



Dossier

**para el jurado del
V Premio a la
Excelencia y Calidad
del Servicio Público**



Comunidad de Madrid

Dossier

para el jurado del V Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público

Tomo I

Candidatura nº 1: INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS
PROYECTO: "Plan de Mejora"

Candidatura nº 2: UNIDAD DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS
PROYECTO: "Programa de Derivación de Pacientes"

Candidatura nº 3: SISTEMA REGIONAL MADRI + D
PROYECTO: "Madri + D"

Candidatura nº 4: OFICINA DE TURISMO JUVENIL (T.I.V.E.)
PROYECTO: "Turismo Juvenil"

Candidatura nº 5: METRO DE MADRID S.A.
PROYECTO: "Plan de Mejora"

Candidatura nº 6: SERVICIO SALUD PÚBLICA ÁREA 1
PROYECTO: "Mejora de la Salud Pública del Distrito de Vallecas"

Candidatura nº 7: SERVICIO DE ASUNTOS GENERALES
PROYECTO: "Supresión de Barreras Arquitectónicas en la Consejería de Transportes e Infraestructuras"

Tomo I I

Candidatura nº 8: LABORATORIO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA
PROYECTO: "Plan de Mejora"

Candidatura nº 9: DEPARTAMENTO DE CENTROS DEL I.M.D.E.R.
PROYECTO: "La Comunidad de Madrid con el Deporte Escolar"

Candidatura nº 10: UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN
PROYECTO: "Tratamiento de Adolescentes"

Candidatura nº 11: GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 9
PROYECTO: "Atención Sanitaria al Área 9"

Candidatura nº 12: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD, ACREDITACIÓN, EVALUACIÓN E INSPECCIÓN
PROYECTO: "Registro Centros Sanitarios"

Candidatura nº 13: DIRECCIÓN GENERAL DE ASEGURAMIENTO Y ATENCIÓN AL PACIENTE
PROYECTO: "Guía de Servicios de la Consejería de Sanidad 2003"



***INSTITUTO DE
PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL
DEL HOSPITAL
CLÍNICO SAN
CARLOS***

***PROYECTO:
"Plan de Mejora"***



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

MEMORIA PARA OPTAR AL PREMIO A LA EXCELENCIA Y CALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

MADRID. FEBRERO 2004

INTRODUCCIÓN

La atención psiquiátrica y los cuidados a la salud mental de la población del área 7 de Madrid se ha venido realizando hasta el año 2003 por parte de los servicios asistenciales procedentes de tres administraciones distintas: el extinto INSALUD, la Consejería de Sanidad y Consumo y el Ayuntamiento de Madrid. En el año 2002 se produjo la transferencia de las competencias sanitarias a la Comunidad de Madrid, quedando todos los servicios del antiguo INSALUD y de la C.M. integrados una dependencia única aunque por el momento con diversidad de situaciones administrativo-laborales de los profesionales. La situación del personal del Ayuntamiento está todavía por definir y parte de él continua con labores integradas en la actividad de la Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Antes de las transferencias existía una integración funcional de los recursos con el soporte jurídico de un Convenio interinstitucional que descansaba, sobre todo en la voluntariedad tanto de los profesionales como de los equipos directivos, obligados a coordinarse y colaborar sin posibilidad de compartir un único sistema de gestión. Esta situación era posible en buena medida por la impregnación en los profesionales de una “cultura asistencial” basada en la continuidad de cuidados y en una atención proporcionada por una red de servicios de tipología diversa y equipos interdisciplinares.

La transferencia sanitaria supuso para los servicios de atención psiquiátrica del área 7 una oportunidad importante de mejora de la calidad al enfocar esta nueva situación administrativa como un momento estratégico de redefinición y diseño de un “nuevo servicio”, partiendo de un enfoque de calidad total.

La situación nueva suponía el reto de integrar en una nueva organización un conjunto de unidades asistenciales muy diversas con profesionales de orientaciones, culturas y prácticas muy distintas, procedimientos muy diferentes y responsables de orígenes varios. La integración debería girar en torno al objetivo central de mejorar la

atención al ciudadano, y, al mismo tiempo, favorecer la satisfacción e interés de los profesionales. Para alcanzar estos logros se necesitaba poner en marcha una nueva estructura funcional, con una nueva cultura de participación, transparencia, trabajo en equipo y búsqueda de la excelencia, basando las decisiones en datos contrastables y en los principios de la medicina basada en la evidencia.

La Ley de Calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud y el Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Comunidad de Madrid definen claramente unos objetivos con el propósito de mejorar la atención sanitaria en general y la asistencia psiquiátrica y atención a la Salud Mental, en términos de igualdad de acceso, continuidad de cuidados, y utilización eficaz y eficiente de prestaciones y recursos para la atención de los pacientes y sus familiares. Todo ello se realiza potenciando los servicios ambulatorios y acercando a la población la atención especializada. También se proponen incrementar la satisfacción y la implicación de los profesionales.

Arrancar con un proyecto de esta naturaleza necesita dos elementos: una fórmula organizativa y de gestión adecuada y un modelo conceptual general. Por eso se decidió proponer a la Gerencia del Hospital Clínico San Carlos un Proyecto de Instituto de Gestión Clínica, que permitiera la integración en una única unidad de gestión a un conjunto de servicios diversos con un modelo de trabajo en red. Al mismo tiempo, se decidió que el modelo de europeo de calidad total que se viene imponiendo en la C.M. (Comunidad de Madrid) y en otros organismos y empresas públicas y privadas, era la herramienta mas útil para poner en marcha el Instituto y para lograr un funcionamiento lo mas óptimo posible a lo largo del tiempo.

Un Instituto se concibe como un modelo de gestión asistencial orientado al paciente, centrado en la atención a los procesos, que dota a los profesionales de herramientas clínicas y de gestión para conseguir los mejores resultados en términos de calidad y costes.

INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DEL HCSC

El proyecto es una experiencia innovadora en el campo de la psiquiatría no sólo en la Comunidad de Madrid sino en el territorio nacional, ya que las unidades de gestión clínica existentes hasta ahora sobre todo en el País Vasco y Cataluña se han desarrollado básicamente en el ámbito hospitalario (no integran servicios ambulatorios), o en el caso de ser mixtas hay pocas experiencias en la sanidad pública de redes de servicios para un territorio concreto bajo esta fórmula de gestión.

La Dirección Gerencia del Hospital Clínico San Carlos, comprometida con el desarrollo de Institutos y Unidades de Gestión Clínica, incluyó el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental entre los objetivos de su Plan Estratégico y apoyó su desarrollo, poniendo a disposición del proyecto a la empresa Consorcio Hospitalario de Cataluña, CHC.

La Oficina Regional de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Madrid apoyó el proyecto, con la intención de extenderlo en el futuro a otras áreas si se demostraba su utilidad.

Como primera medida se exploró entre el personal de asistencia psiquiátrica la satisfacción con el modelo organizativo existente y el interés por buscar nuevas fórmulas de organización. La percepción general fue que era necesario cambiar y que el momento traía consigo la oportunidad para hacerlo. Por ello se hizo a continuación un **estudio de factibilidad** para la constitución de un Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos (en adelante HCSC) para el Área VII de la C.M.

La base del proyecto es hacer efectiva la filosofía de la estrategia de la Asistencia Orientada al Paciente (*Patient Focused Care, PFC*), que básicamente pretende:

- ♦ Proporcionar a los clientes unos servicios más adecuados y satisfactorios, asegurando el continuum asistencial, no sólo en un episodio determinado, si no también entre todos cuantos se produzcan a lo largo del desarrollo de la enfermedad.
- ♦ Hacerlo con una calidad excelente (respuesta a necesidades y expectativas) y a un coste óptimo, asegurando así la sostenibilidad del servicio e incrementando su valor.

- ♦ Potenciar la docencia e investigación, actividades consustanciales con el proceso asistencial y más en el contexto de un ámbito universitario.
- ♦ Facilitar el trabajo diario estructurándolo por procesos a partir de los criterios de la gestión clínica.
- ♦ Implicar y comprometer para ello a los clientes internos en esta propuesta.

En el caso de la Asistencia Psiquiátrica y la Salud Mental del Área VII del HCSC además de estos criterios genéricos avalan la propuesta el modelo mencionado de salud mental adoptado por la C.M., totalmente coincidente con la filosofía del “Patient Focused Care” y la complejidad adicional que su gestión significa: múltiples ubicaciones, diferentes dependencias y regímenes laborales, número importante de profesionales, profesiones diferentes entre si, etc.). Al mismo tiempo hay que subrayar los retos de una asistencia a patologías muy distintas entre sí y a enfermos que a lo largo del tiempo pueden necesitar la ayuda de muy distintos profesionales, en dispositivos diferentes, que debe asegurar la continuidad de los cuidados y de las estrategias de intervención. Para ello se necesita no sólo articular el trabajo en equipo, sino también poner en marcha una cultura de calidad y gestión del conocimiento muy avanzadas.

ÁREA 7: POBLACIÓN. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES. RECURSOS HUMANOS.

Los servicios que se ubican dentro del área están constituidos por numerosos dispositivos con equipos multidisciplinares, recursos estructurales y equipamiento que corresponden a tres administraciones con competencias en Salud Mental. Incluye un total de 180 profesionales.

1. POBLACIÓN DE REFERENCIA

De acuerdo a la zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid, el área 7 está dividida en 3 Distritos: Centro, Chamberí y Latina. Está constituida por 22 zonas básicas de salud con una población de 540.154 habitantes¹. Esta zonificación no es perfecta por lo siguiente:

- La Unidad Infanto Juvenil del HCSC atiende pacientes de 0 a 17 años de los distritos de Moncloa (área 6), Chamberí y parte de Latina.
- Desde 1.998, se incorporó para atención de ingresos de corta estancia y urgencias en el HCSC una parte de la población de Atención Especializada del Distrito de Carabanchel que en total asciende a 116.624 habitantes.
- Desde 1998 los ingresos del distrito Centro se llevan a cabo preferentemente en la Fundación Jiménez Díaz.

¹ Ref.: Censo 1996 modificado 2001. IMSALUD.

El cuadro-resumen de la población a asistir es el siguiente:

DISTRITO	Población de referencia
CENTRO	122.615 ¹
CHAMBERI	126.124
LATINA	255.741
UNIDAD INFANTO JUVENIL HCSC ²	35.674
CARABANCHEL (área 11) ³	116.624
POBLACIÓN TOTAL DEL ÁREA 7	656.778

¹ Los ingresos de corta estancia se llevan a cabo en la FJD.

² La Unidad Infanto Juvenil del HCSC atiende pacientes de 0-17 años de los distritos de Moncloa (área 6), Chamberí y parte de Latina.

³ Los ingresos de corta estancia se llevan a cabo en el HCSC.

2.- DISPOSITIVOS DE DISTRITO.

Distrito	Dispositivo	Dependencia	Carácter
CENTRO	Cabeza, 4	SERMAS	Monográfico
	Navas de Tolosa, 10	AYUNTAMIENTO	CMS
	Ronda de Segovia, 52	IMSALUD	Centro de Especialidades (Area 11)
CHAMBERI	Modesto Lafuente, 21	IMSALUD	Centro de especialidades (Area 7)
	Ponzano, 70	SERMAS	Monográfico
LATINA	Galiana, 1	SERMAS y AYUNTAMIENTO	Monográfico
	José Cadalso, s/n	IMSALUD	Centro de Salud
	Paseo de Extremadura	AYUNTAMIENTO	CMS
U.I. JUVENIL	Hospital Clínico San Carlos	IMSALUD	Hospital Clínico San Carlos

3.- HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS.

El Hospital Clínico San Carlos es el hospital de referencia del Área 7 de Madrid. Tiene 990 camas en funcionamiento, 30 quirófanos instalados y 195 locales para consultas externas. El porcentaje de ocupación es del 90 % . Está constituido por 56 servicios, uno de los cuales es el Servicio de Psiquiatría, unido en su historia a la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Complutense creada en 1933, a los grandes maestros de la Psiquiatría española y a los importantes cambios evolutivos de la Psiquiatría y Salud Mental de la época. Destaca además por ser un Centro Colaborador de la OMS para la Formación e Investigación en Salud Mental. La población asistida en este Servicio es de los distritos Chamberí y Latina (Area 7) y Carabanchel (área

11).Constituye una excepción el distrito Centro (Area 7), que es atendido en la Fundación Jiménez Díaz.

4.- DISPOSITIVOS EXTERNOS A LA ORGANIZACIÓN.

Se trata de dispositivos públicos, generalmente dependientes de la Consejería de Asuntos Sociales y privados concertados con ella. Suelen ser recursos compartidos entre varias áreas, aunque con ofertas determinadas para cada una de ellas.

Dispositivos externos		Plazas/Camas
Urgencias/ Hospitalización del distrito Centro	Fundación Jiménez Díaz	18
Hospitalización de media estancia del Área	Complejo Benito Menni	30
	Centro San Juan de Dios	30
Hospitalización de larga estancia del Área	Complejo Benito Menni	220
	Centro San Juan de Dios	244
Hospitalización hasta los 18 años	Hospital Niño Jesús	14
Hospital de Día Infanto Juvenil	Instituto Montreal	
	Pradera de San Isidro	50
Recursos de Rehabilitación	CRPS ¹ Martínez Campos	90
	CRPS Vázquez De Mella	90
	CRL ¹ Vázquez De Mella	50
Recursos de Reinserción Social	Miniresidencia Aravaca	30
	Miniresidencia	24
	Carabanchel	
	Arco	13
	Plazas en pisos protegidos	4

¹ Centro de Rehabilitación Psico-social.

**5.- RECURSOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL DEL ÁREA 7 (AÑO 2002)²**

	Centro	Chamberi	Latina	Infanto- juvenil	HCSC	Total
Psiquiatras	8	5	11	2	13	39
Psicólogos	5	2	3	2	4	16
Enfermeras	3	5	5	1	27	41
Aux enfermería	0	1	3	0	25	29
Trabajadores sociales	2	2	2	1	3	10
Terapeutas ocupacionales	0	1	0	0	5	6
Administrativos	3	2	3	1	2	11
Auxiliares de control	1	1	1	0	12	15
Auxiliares domésticos	2	1	0	0	0	3
TOTAL	24	20	28	7	91	170

**6.- RECURSOS HUMANOS DE LOS DISTRITOS POR DEPENDENCIA
ADMINISTRATIVA.**

Distrito	Administración			Total
	SERMAS	IMSALUD	Ayuntamiento	
CENTRO	19	2	3	24
CHAMBERI	13	7	0	20
LATINA	22	3	3	28

¹ Centro de Rehabilitación Laboral

² Ref.: Departamento de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de

ACTIVIDADES

1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

1.1.- **Atención psiquiátrica y de salud mental ambulatoria** a toda la población del área 7 de Madrid (540.000 hab.). Incluye la atención general a todas las edades y atención específica a niños y adolescentes:

- Diagnóstico
- Evaluación psicológica
- Evaluación neuropsicológica
- Tratamiento psicofarmacológico
- Tratamientos psicoterapéuticos
- Rehabilitación Psiquiátrica
- Atención de enfermería ambulatoria y domiciliaria
- Atención de trabajo social en relación a la situación social acompañante a la enfermedad mental

1.2.- **Atención psiquiátrica en régimen de hospitalización** a los distritos de Chamberí y Latina del área 7 y a todo el distrito de Carabanchel del área 11 (aproximadamente 600.000 hab.). Incluye:

- Hospitalización en unidad de crisis

- Hospitalización convencional de procesos agudos
- Urgencia Hospitalaria psiquiátrica 24 horas a la misma población que se atiende para hospitalización

1.3.- **Atención en régimen de Hospital de Día** a toda la población del área 7 (atención varias horas al día, varios días de la semana a un mismo paciente)

1.4.- **Programa de atención a los “Enfermos mentales sin techo”** de todo el municipio de Madrid.

2. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

2.1.- **Coordinación con atención primaria** para favorecer la identificación de trastornos mentales y atención precoz

2.2.- **Atención a población de riesgo en el área:** Residencias infantiles de acogida e Instituciones escolares, Mesa del menor etc

2.3.- **Coordinación con servicios sociales** para la atención a la población de riesgo.

2.4. **Actividades con profesionales** de la salud, colegios, centros de trabajo, comunidades de vecinos, profesionales de los medios de comunicación y la población en general para combatir la estigmatización y la discriminación de la enfermedad mental.

3. DOCENCIA.

3.1.- **Docencia de pregrado y postgrado** vinculada al Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la UCM:

- Licenciatura de Medicina: Psicología Médica, Psiquiatría y Drogodependencias
- Licenciatura de Terapia Ocupacional: Psiquiatría y Terapia ocupacional de las enfermedades mentales
- Licenciatura de Nutrición: Psicopatología
- Doctorado: Programa de Psiquiatría y de Neurociencia
- Másters: Psiquiatría Forense, Salud Mental en Catástrofes, Psicoterapia de Orientación psicodinámica Psicodinámica en Medicina

3.2.- Formación de Médicos Especialistas en Psiquiatría y Especialistas en Psicología Clínica: Acreditación para 16 plazas de MIR y tres plazas de PIR

3.3.- Colaboración en la formación de otros médicos especialistas: Medicina de Familia y Comunitaria y Geriátrica.

4. FORMACIÓN CONTINUADA.

4.1. Organización anual de cursos de formación continuada en colaboración con la Oficina de Salud Mental de la Consejería de Sanidad.

4.2. Organización de seminarios de periodicidad semanal realizados en el Servicio de Psiquiatría del HCSC.

4.3. Organización de seminarios de periodicidad quincenal y semanal en los distintos distritos del área 7.

4.4. Sesión clínica de área con periodicidad semanal realizada en el Servicio de Psiquiatría del HCSC.

5. INVESTIGACIÓN.

5.1. Definición de los procesos en el campo de la investigación

5.2. Desarrollo de líneas estratégicas y secundarias de investigación del Instituto.

5.3. Organización de la formación continuada en la investigación.

5.4. Regulación de las informaciones y comunicaciones internas y externas relacionadas con la investigación.

5.5. Coordinación y desarrollo de estrategias de alianza con otras unidades o instituciones para actividades conjuntas.

5.6. Evaluación de las actividades investigadoras.

6. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.:

6.1.- Gestión de la actividad asistencial de cada dispositivo y de la red en su conjunto

6.2.- Mantenimiento y explotación de los sistemas de información

6.3.- Coordinación de recursos humanos

6.4.- Gestión de calidad.

DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

I.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBAL.

Para la realización del diagnóstico estratégico se organizaron grupos de trabajo de diferente composición con la finalidad de identificar necesidades, problemas y oportunidades de mejora. Los grupos fueron los siguientes:

1. **GRUPO PROMOTOR** para definir el posicionamiento estratégico y definición de la Visión, Misión y Valores

Se trataba de un grupo de trabajo constituido por profesionales de todos estamentos profesionales y todos los dispositivos de la organización, incluyendo diferentes puestos jerárquicos. Lo constituían 20 personas.

Trabajó con una metodología de análisis DAFO.

2. **GRUPO DE DIRECTIVOS**, con un total de 8 personas, integrado por el Jefe de Servicio, Adjunto al Jefe de Servicio, Jefes de Distrito, Profesores Titulares vinculados al Hospital y Supervisora de enfermería. Trabajó con una metodología de autoevaluación EFQM.
3. **STAKE HOLDERS**: Son aquellos individuos o grupos de interés que dependen de la organización para satisfacer sus propios objetivos y que a su vez, condicionan la consecución de los objetivos de la organización. Se valoraron las necesidades y expectativas en el marco de la responsabilidad social y comunitaria de la Asistencia en Psiquiatría y Salud Mental. El grupo estaba integrado por 5 personas.

Se ha contado además, para la recogida de información con la colaboración de:

- ♦ **Hospital Clínico San Carlos**: Dirección Médica, Subdirección Médica, Dirección de Enfermería, Sistemas de Información, Subdirección de Gestión de Programas, Admisiones, Subdirección de gestión de Recursos Humanos y Unidad de Análisis de Costes.

- ♦ **Departamento de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid.**
- ♦ **Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.**

A continuación mencionamos los nombres de los integrantes de los grupos de trabajo.

Grupo Promotor:

Nombre	Función	Ubicación
Argudo Capel, Isabel	Psiquiatra	Distrito Chamberí
Astasio Rabiza, Marcos	Psiquiatra	Distrito Centro
Blanco Cabrera, Bárbara	Terapia Ocupacional	HCSC
Jareño, Natividad	Terapia Ocupacional	HCSC
Bustos Martínez, Jesús	Celador	HCSC
Cabranes Díaz, José A.	Neuroendocrino	HCSC
Del Río Vega, Julia	Psiquiatra	HCSC- Psiquiatría de Enlace
Del Yerro Álvarez, M ^a Jesús	Psiquiatra	Dpto. Salud Mental
Fuentenebro, Filiberto	Psiquiatra	HCSC-Hospital de Día
García Barroso, Yolanda	Administrativo	Distrito Centro
Gutiérrez López, Margarita	Psicóloga Infantil	HCSC
Hernández Álvarez, Mercedes	ARS, Supervisora	HCSC
Juárez Rodríguez, Lourdes	Auxiliar Enfermería	HCSC
Nuche Viniegra, María	Psicóloga	Distrito Centro
Pereira Fernández, Manuel	Psiquiatra,	Distrito Latina
Serrano, Rosario	Psiquiatra Infantil	Distrito Latina
Valiente Ortiz, Carmen	Psicóloga	HCSC- Hospital de Día
Villa Matesanz, Ma Antonia	Trabajadora Social	Distrito Chamberí.
Viñuelas González, Belén	Enfermera	Distrito Latina
Yáñez Sáez, Rosa	Psiquiatra	HCSC
Zabala Rodríguez, Nerea	Enfermera	HCSC

Grupo directivo:

Nombre	Función	Centro
López Ibor Aliño, Juan José	Jefe de Servicio - Catedrático	HCSC
Reneses Prieto, Blanca	Adjunta Jefe Servicio	HCSC
Aranda Luengo, Alfredo	Jefe de Distrito	Distrito Latina
Durán Rodríguez, José	Jefe de Distrito	Distrito Chamberí
Fernández Moral, Antonio	Jefe de Distrito	Distrito Centro
Carrasco Perera, José Luis	Prof. Titular - Psiquiatría Enlace	HCSC
Fuentenebro de Diego, Filiberto	Prof. Titular - Hospital de Día	HCSC
Hernández Álvarez, Mercedes	Supervisora de Enfermería	HCSC

Grupo de *stake-holders*:

Asociación	Nombre
Servicios Sociales	Rodríguez, Abelardo
MIR Psiquiatría	Navarro, Paloma
FARE	Pastor Mayoral, Ernesto
FACOMA	González Catena, Antonio
Becarios	Barabas, Ana

Los 10 Principales Problemas Identificados en el Proceso Diagnóstico.

1. Escasa identidad corporativa e insuficiente sentido de pertenencia a una organización con una misión, visión y valores compartidos (cultura distrito versus cultura hospital).
2. La gestión de las personas, dentro de las limitaciones existentes, no da respuesta adecuada a las necesidades de logro, reconocimiento y trascendencia social de los profesionales.
3. Dificultad en la coordinación entre dispositivos asistenciales, que genera a su vez dificultades en la continuidad de cuidados.

4. Política de calidad prácticamente inexistente e indefinición acerca de la cartera de servicios.
5. Dificultades para llevar a cabo con solvencia y alcance generalizado, no sólo las actividades de docencia e investigación, si no también la formación continuada y la gestión del conocimiento.
6. Sistemas de información insuficientes y sistemas de comunicación ineficaces.
7. No operativización, en términos reales, del proceso de inclusión de la Psiquiatría y la Salud Mental en el contexto de la atención especializada, confiada hoy por hoy a la buena voluntad de sus actores. Múltiples interrogantes respecto a la movilidad de las personas, integración de las diversas fuentes de financiación en una bolsa única, sistemática de compra de servicios, participación del área VII en el Plan de Inversiones de Psiquiatría y Salud Mental, etc.
8. Necesidad de un fuerte liderazgo estratégico (reclamado de forma mayoritaria), que dé confianza a todos los miembros de la organización del éxito del proceso emprendido.
9. Inexistencia de un Plan Estratégico que explique a todo el mundo hacia dónde vamos, cómo y cuándo, permitiendo así integrar las expectativas individuales con las colectivas. Nulo interés respecto la trascendencia económica de las actuaciones.
10. Infraestructuras no adecuadas tanto a nivel de Hospital como de Distritos.

II.- ANÁLISIS ECONÓMICO

Una primera aproximación a los costes del Instituto (información hoy no disponible) nos indica un presupuesto anual de funcionamiento de $\pm 8,8\text{M } \text{€}$ ($\pm 1.500\text{M}$ de ptas) no pudiendo estimarse el resultado de su cuenta de explotación al no existir para el conjunto de sus actividades un mecanismo de valoración de la actividad o de compra de servicios.

III.- POSICIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El diagnóstico efectuado se traduce en un posicionamiento estratégico del Instituto que responde al siguiente esquema:

	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
FORTALEZAS	ESTRATEGIAS DEFENSIVAS	ESTRATEGIAS OFENSIVAS
DEBILIDADES	ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA	ESTRATEGIAS DE REORDENACIÓN

IV.- DEFINICIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

La misión, visión y valores del Instituto consensuados con sus componentes son los siguientes:

Misión.

EL Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Área 7, formado por equipos multiprofesionales especializados y dispositivos integrados en Red Única que actúan de forma mancomunada, presta asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental, pública universal, accesible y gratuita, a la población del Área 7 de la Comunidad de Madrid y a otros ámbitos territoriales que tiene asignados, garantizando la asistencia y la continuidad de cuidados de los pacientes, de acuerdo a criterios de calidad, eficacia, efectividad y eficiencia.

Actuará coordinadamente con Atención Primaria, Servicios Sociales y otros ámbitos especializados.

Su Cartera de Servicios, incluirá la aplicación de Técnicas de Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación psiquiátrica y social precisas para lograr la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población atendida.

Su organización estará centrada en mejorar la salud mental de los ciudadanos, procurando una mayor autonomía del individuo y la mejor adaptación a su medio y la prevención de la discapacidad. Contribuirá a la formación y capacitación actualizada de todos sus profesionales y trabajadores, siendo imprescindible que todos ellos estén implicados y comprometidos con la Institución, compartiendo unos valores comunes.

Su integración en el Hospital Clínico y Universitario San Carlos, le compromete con la Asistencia, la Docencia y la Investigación, para las cuales buscará permanentemente la excelencia y la rentabilidad social.

Visión.

El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Área 7 de la C.M., mantendrá permanentemente actualizada su Cartera de Servicios y los conocimientos y competencias de sus profesionales y trabajadores, en consonancia con los avances científicos de cada momento.

En perfecta coordinación con otros Dispositivos Asistenciales y con equipos integrados y coordinados, contribuirá, a la restitución de la salud en la medida de lo posible, a la prevención de la discapacidad, a la mejora permanente del patrón epidemiológico y a la mejora de la calidad de vida.

Será referente de su especialidad a nivel nacional e internacional, para ello desarrollará programas y actividades con la OMS y procurará mantener el estatus de centro colaborador para la investigación y formación en Salud Mental.

Valores.

El Ciudadano - Paciente, como eje y razón de ser de la Unidad.

La Rentabilidad Social, entendida como la consecución de una mezcla equilibrada de eficacia y eficiencia, respetuosas con los principios éticos y los derechos de los pacientes.

Los Profesionales y Trabajadores, como activo básico de la Unidad.

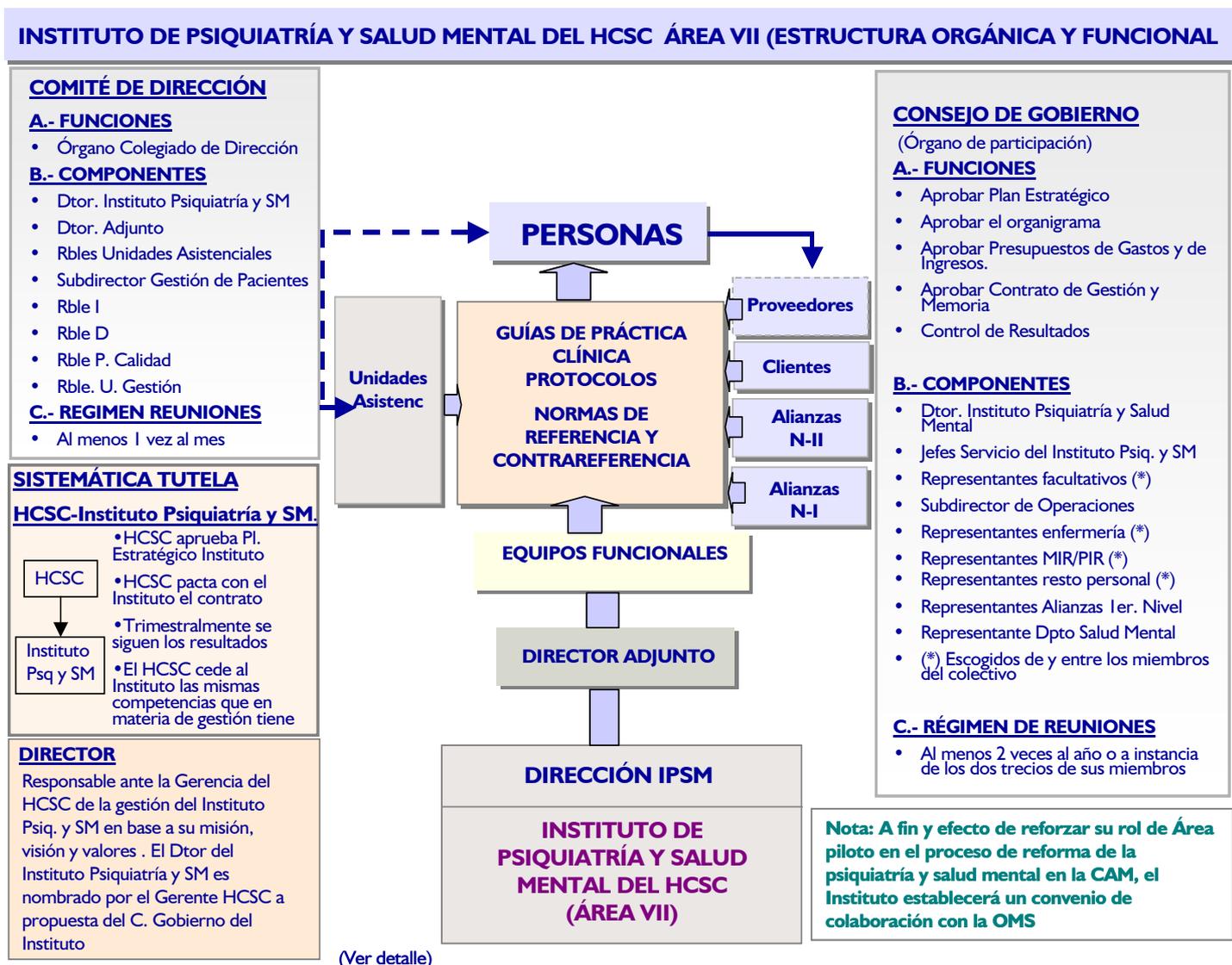
La Docencia e Investigación, como partes inseparables de la asistencia.

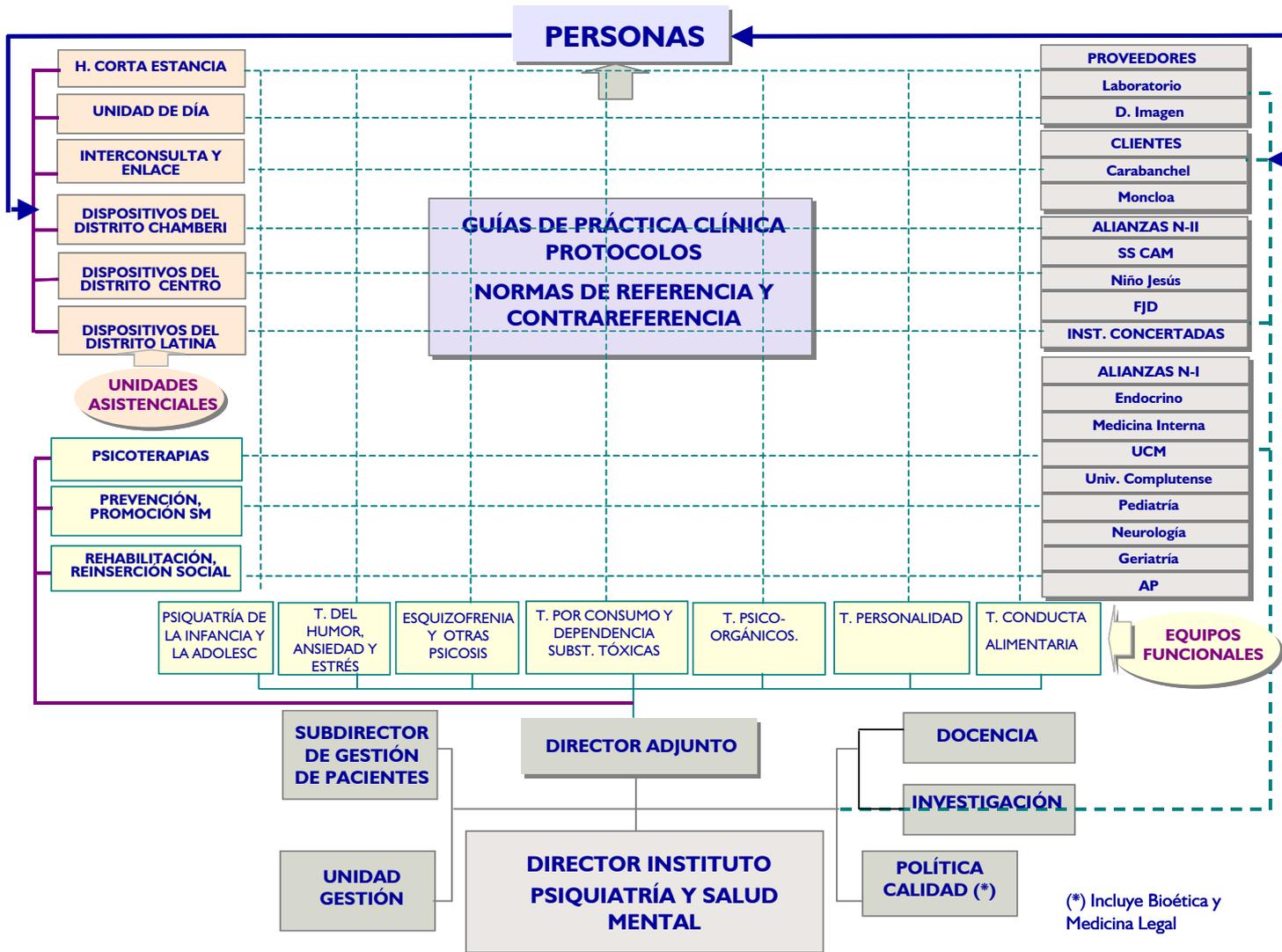
INICIATIVAS DE MEJORA A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

CRITERIO 1: LIDERAZGO

1. Se crea la estructura del Comité de Dirección como órgano colegiado para la dirección estratégica del Instituto.
2. Los componentes del Comité de Dirección están implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolle e implante. Esto se consigue incorporando al Comité todos los mandos intermedios de la organización, así como los responsables de la gestión, la gestión de pacientes, la calidad, la investigación y la docencia.
3. Los mandos intermedios incluidos en el Comité de Dirección, tienen delegadas las funciones de distribución de tareas en sus equipos, diseñar y ejecutar objetivos de calidad y organizar los recursos materiales y humanos asignados.
4. Las decisiones del Comité de Dirección se toman con carácter colegiado y se plasman en actas.
5. El Comité de Dirección actúa de manera controlada por el Consejo de Gobierno (Ver organigrama en Política y Estrategia).
6. Se crean las figuras de Director del Instituto y Director Adjunto, para separar las funciones de liderazgo estratégico y operativo (Ver organigrama en Política y Estrategia). El Director es propuesto a la Gerencia del HCSC por el Consejo de Gobierno
7. Se establece un equilibrio entre el liderazgo gestor (unidades asistenciales) y el liderazgo del conocimiento (áreas funcionales), relacionándose ambos a través de los objetivos de calidad (Ver organigrama en Política y Estrategia).

8. Se crea la Unidad de Gestión responsable de la administración y gestión económica del Instituto.
9. Se crea la Subdirección de Gestión de Pacientes con dependencia de la Dirección de enfermería y de la Dirección del Instituto, destinada a la coordinación general de los cuidados de los pacientes en todos los niveles asistenciales, y asegurar su continuidad.





CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

1. Como consecuencia del análisis estratégico y en respuesta a la estrategia de reordenación se crea una nueva estructura organizativa matricial como primera iniciativa de mejora.
2. El organigrama responde a una doble organización matricial, jerárquica y funcional.
3. La organización funcional se basa en la gestión del conocimiento a través de las denominadas Unidades funcionales.
4. La organización jerárquica responde al esquema tradicional de una organización sanitaria pública y se concreta en la creación de Unidades Asistenciales.
5. Implantación de la Dirección participativa por objetivos que incluye:
 - ♦ Objetivos de calidad:
 - De calidad científico-técnica (vinculado a las unidades funcionales)
 - De calidad de los procedimientos asistenciales (vinculados a las unidades asistenciales)
 - De calidad de los procedimientos administrativos (vinculados a la organización en su conjunto)
 - ♦ Objetivos de actividad (vinculados a las unidades asistenciales)
 - ♦ Objetivos económicos
6. Implantación del Contrato de Gestión con descentralización a las Unidades asistenciales
7. Creación de la Unidades funcionales: Son Comunidades de Práctica basadas en la Gestión del conocimiento. Tienen un coordinador responsable su misión diseñar y

desarrollar los objetivos de calidad científico técnica: guías, protocolos, vías clínicas etc.

8. Definición de la política de calidad del Instituto:

- ♦ Lograr que la cultura de la calidad forme parte de la gestión general del Instituto tanto en su dimensión organizativa, clínico-asistencial y administrativa desde un modelo de calidad total, con el marco de la política de calidad del Hospital y el plan de calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Objetivos generales.

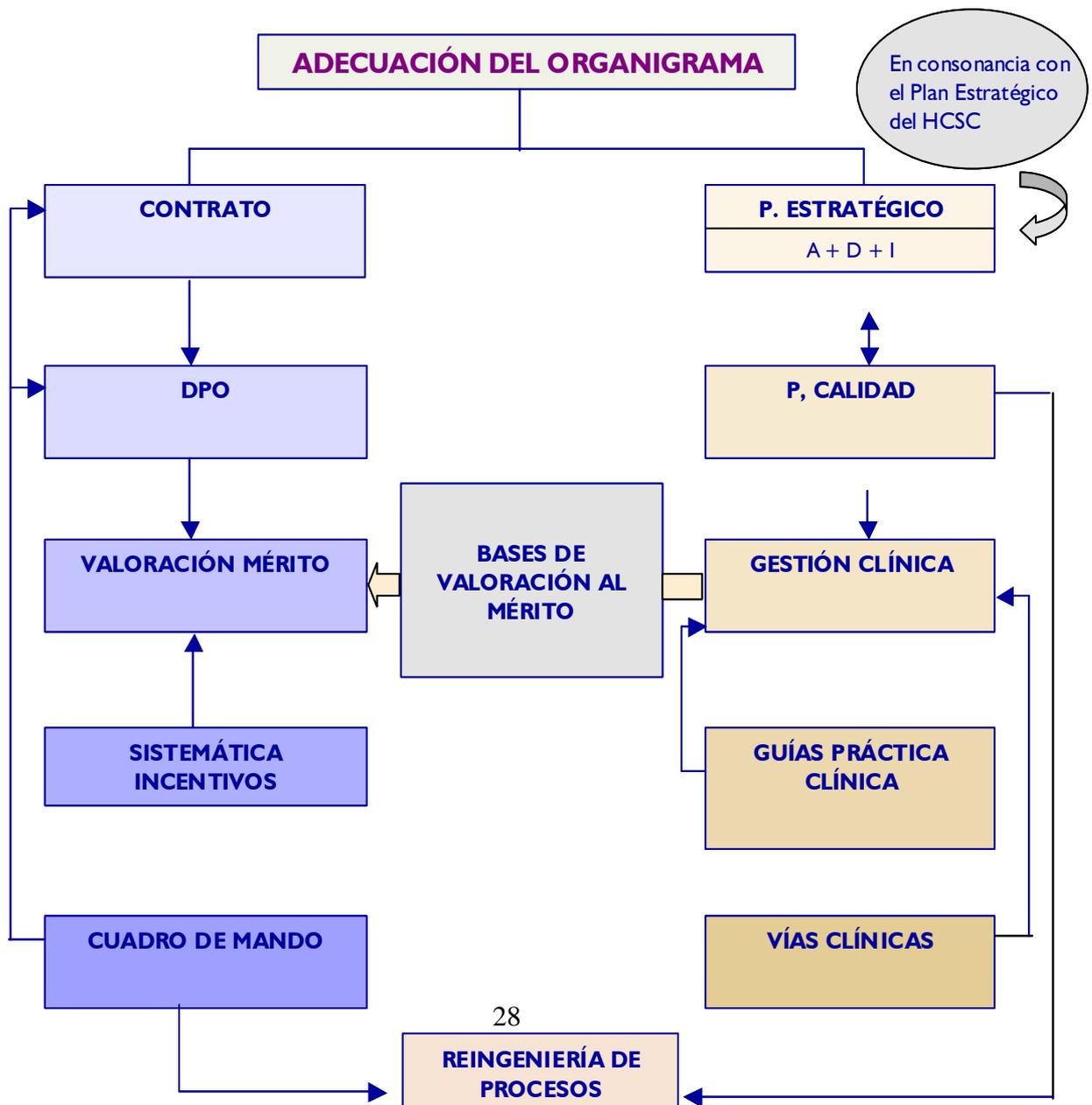
1. Incorporar los objetivos de calidad del Instituto con carácter general al Plan Estratégico y con carácter particular al Contrato de gestión anual.
2. Descentralizar los objetivos de calidad en la misma medida que el contrato de gestión (Instituto, Unidades asistenciales y funcionales, programas, profesionales concretos...).
3. Establecer, al menos, tres líneas básicas de mejora de la calidad:
 - ♦ Mejora de la calidad técnico-científica, ligada a las unidades funcionales.
 - ♦ Mejora de la calidad de los procedimientos asistenciales, ligada a las unidades asistenciales.
 - ♦ Mejora de la calidad de los procesos administrativos y organizativos, ligada a las unidades asistenciales y al resto de la organización del Instituto.
4. Diseñar los objetivos de mejora de la calidad combinando iniciativas de mejora propuestas por los profesionales, por el equipo directivo y por los niveles superiores de la organización.
5. Diseñar las líneas y objetivos de mejora e la calidad basándose en la evidencia científica en el grado que sea posible, tanto en el ámbito técnico- científico como en el de la planificación y gestión.

Objetivos específicos.

1. Incrementar la formación de los profesionales en gestión de calidad especialmente en las herramientas básicas de la mejora continua de la calidad mediante organización de breves seminarios y talleres “in situ”.
2. Conseguir que los objetivos de mejora de la calidad se incorporen al contrato de gestión y progresivamente a la organización del servicio, siendo por tanto evaluables y sujetos a seguimiento.
3. Diseñar para los próximos dos años los objetivos específicos a realizar en los correspondientes contratos de gestión.
4. Las líneas prioritarias de desarrollo se incluyen en el propio Plan Estratégico y están imbricadas en el mismo. La calidad no se entiende como una línea independiente de desarrollo sino como un enfoque de gestión de la estrategia general y particular del Instituto.
5. Las líneas básicas para este periodo serían las siguientes:
 - ♦ Establecer progresivamente, y con el orden de prioridad que se determine, los procedimientos básicos administrativos y de organización de las unidades asistenciales, funcionales y otros órganos del Instituto como Docencia e Investigación.
 - ♦ Establecer la cartera de servicios del Instituto en sus dos dimensiones: Funcional y Asistencial.
 - ♦ Establecer progresivamente, y con el orden de prioridad que se determine, el documento de funciones básico de cada estamento profesional con el objetivo de mejorar el trabajo de los equipos interdisciplinarios y la planificación de los recursos humanos.
 - ♦ Diseñar y desarrollar progresivamente protocolos y guías de procedimiento de procesos clínico- asistenciales más relevantes con arreglo al orden de prioridad que se determine por cada Unidad funcional, acompañados siempre del sistema de

evaluación correspondiente que se incorporará al sistema de evaluación de rutina del Instituto con sus correspondientes indicadores.

- ♦ Comenzar a establecer un sistema básico de indicadores de funcionamiento del Instituto en los que el componente de calidad deberá estar presente.
- 6. Creación de una Comisión de docencia y formación continuada
- 7. Creación de una Comisión de Investigación
- 8. Realización del Plan Estratégico del Instituto 2003-2005
- 9. Definición de la política de intercambio con proveedores y con servicios sinérgicos.
- 10. Elaboración de un Plan de Gestión del Cambio, que se guiará por el siguiente diagrama de flujo:



CRITERIO 3: PERSONAS

1. Se fomentan medios de interrelación y comunicación directa entre los integrantes de las Unidades Asistenciales y Funcionales a través de reuniones periódicas, sesiones clínicas y seminarios.
2. Se promueve el trabajo en equipos multidisciplinares.
3. Se adoptan medidas para divulgación de una Cultura de Calidad (formación continuada, trabajo con guías y vías clínicas, protocolos).
4. Se incrementa la formación de los profesionales en Gestión de Calidad (herramientas básicas de la mejora continua de la calidad) mediante organización de seminarios y talleres.
5. Se potencia la iniciativa de propuesta de objetivos (“de abajo a arriba”) específicos para cada profesional o equipos de profesionales.
6. Se promueve la Formación Continuada a todos los niveles y en los distintos estamentos.
7. Se promueve y apoya la participación de las personas en líneas de investigación prioritarias.
8. Se desarrollan de nuevas herramientas de información y comunicación:
 - ♦ Nuevos desarrollos informáticos: bases de datos de información relevante al servicio de la clínica: suicidio, urgencias, psicoterapia.
 - ♦ Agendas vinculadas al sistema de información general: informatización de todas las agendas de citación.

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

I.- ESTRATEGIAS DE ALIANZA.

En el seno del Área 7

1. Atención Primaria: “Círculos de Calidad”.
2. Atención especializada, especialmente los Centros de especialidades de Modesto Lafuente y Av. de Portugal.
3. Servicios de Rehabilitación y reinserción social:
 - ♦ CRPS Martínez Campos y Vázquez de Mella
 - ♦ Minirresidencia de Aravaca.
 - ♦ CRL Vázquez de Mella
 - ♦ Pensiones supervisadas y pisos tutelados
 - ♦ Unidad de Media Estancia y Rehabilitación (Ciempozuelos)
 - ♦ Unidad de Larga Estancia (Ciempozuelos).

En el Hospital Clínico San Carlos (otros Servicios):

1. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición para la atención coordinada de Trastornos de Conducta Alimentaria
2. Unidad de Gestión Clínica de Geriatria
3. Instituto de Neurociencia
4. Pediatría, Neonatología (Captación precoz de familia en riesgo)
5. UCI
6. Aislamiento (politoxicómanos, VIH)

7. Medicina Interna (VIH)
8. Unidad del Dolor
9. Departamento de Salud Laboral del Hospital para acuerdos acerca de la asistencia a trabajadores
10. Farmacia (Unidosis)

Con otras áreas y hospitales de Madrid:

1. Área 11 de Madrid, de quien dependen los 3 Neuropsiquiatras y el ambulatorio de Especialidades del Distrito Centro y los pacientes de Carabanchel que ingresan en el Hospital Clínico
2. Área 6 de Madrid: El Servicio de Psiquiatría atiende a pacientes de Moncloa
3. Fundación Jiménez Díaz: Ingresan pacientes de Distrito Centro
4. Hospital Ramón y Cajal (Investigación Clínica)
5. Hospital 12 de Octubre (Investigación Clínica y gestión del Ambulatorio de Especialidades del Área 11)
6. Hospital del Niño Jesús (Ingreso de los pacientes menores de 18 años)

Con la Universidad Complutense de Madrid.

1. Programas de Neurociencia: Investigación básica y clínica
2. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
3. Centro de Magnetoencefalografía

Con otros organismos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

1. Oficina Regional de Salud Mental.
2. Agencia Laín Entralgo (Formación e Investigación).

3. Consejería de Servicios Sociales: Atención Socio sanitaria. Gestión de recursos residenciales (de media y larga estancia) y de rehabilitación.

Con el Ayuntamiento de Madrid

Para concretar el convenio de colaboración para el área 7, sobre todo para el Distrito de Latina y el ámbito de a atención infanto- juvenil.

Con ONGs, Fundaciones y Asociaciones de Familiares y Enfermos.

1. Fundación Alzheimer: Para desarrollar proyectos compartidos con el Equipo de Trastornos Psico orgánicos
2. FEAFES: Federación de Asociaciones de Enfermos Mentales de Madrid
3. Asociaciones sectoriales: Alcoholismo, trastornos de conducta alimentaria, etc.

Con Sociedades Científicas y Asociaciones Profesionales.

1. Asociación Mundial de Psiquiatría
2. Asociación Mundial de Psicólogos, etc.(Programas formativos) (existe?)
3. Colectivos profesionales: Estrategias de coordinación y comunicación entre diferentes colectivos profesionales y no profesionales del Instituto (Ej. Psiquiatras y Psicólogos, Trabajadoras Sociales, celadores, auxiliares de control, etc.)

Con Organizaciones Internacionales

1. Organización Mundial de la Salud: El Instituto de Psiquiatría San Carlos es uno de los dos Centros Colaborador del Sistema Sanitario Español
2. Centro Internacional de Desastres (en constitución)

II.- INICIATIVAS DE MEJORA REFERIDAS A RECURSOS.

1. Desarrollo de un nuevo hospital de día para el área con 30 plazas de capacidad destinado a trastornos de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Supone acondicionamiento y equipamiento de nuevos locales y adición de nuevos recursos humanos (en concordancia con el Plan de Salud Mental de la C. M.)
2. Expansión y reubicación en algunos casos de los locales de consulta de Modesto Lafuente y Las Águilas.
3. Desarrollar el Plan funcional de la Planta de psiquiatría para la remodelación inminente del hospital (el grupo de trabajo ya está constituido y los objetivos generales han sido fijados).
4. Reordenación e incremento de los recursos de psiquiatría Infantil con arreglo al plan de Salud mental.

CRITERIO 5: PROCESOS.

I.- PROCESOS CLÍNICO- ASISTENCIALES.

Definición de los procesos clínico-asistenciales (Procesos clave).

1. Atención urgente hospitalaria 24 horas.
2. Atención en régimen de hospitalización convencional.
3. Atención en Unidad de Crisis en régimen de hospitalización.
4. Atención en régimen de Hospitalización parcial o programas de día.
5. Atención ambulatoria integral: Adultos
6. Atención ambulatoria a pacientes en Programa de continuidad de cuidados.
7. Atención ambulatoria a niños y adolescentes.
8. Psiquiatría de enlace.

9. Atención a enfermos mentales crónicos “sin techo”.

Iniciativas de mejora de los procesos clínico asistenciales.

1. Creación de la unidad de día para trastornos de comportamiento alimentario y trastornos de la personalidad.
2. Extensión del plan de cuidados de enfermería a pacientes con trastornos mentales y drogodependencias de otros servicios del hospital.
3. Protocolización de la evaluación del riesgo de suicidio.
4. Protocolo de evaluación de las técnicas de psicoterapia.
5. Implantar un procedimiento o guía para la atención a los primeros episodios de esquizofrenia.
6. Reordenar y optimizar la oferta de hospitalización de niños y adolescentes en el Hospital Clínico San Carlos.
7. Extender el diagnóstico psicológico a todas las Unidades Asistenciales.
8. Implementar nuevas actividades de terapia grupal en la Unidad de Hospitalización Breve.
9. Implementar grupos de intervención multifamiliar en la Unidad de Hospitalización Breve.
10. Extender a todas las Unidades Asistenciales la oferta de Psicoterapia de grupo.
11. Puesta en marcha de la Clínica del Trastorno Bipolar.
12. Mejorar en mecanismos de derivaciones y reingresos para evitar costes adicionales de no- calidad:
 - ♦ Mejora de la relación revisiones/ nuevos
 - ♦ Mejora de los mecanismos de derivación a Atención Primaria

- ♦ Optimizar la coordinación con los “gestores de casos de los distritos” para continuidad de cuidados, para evitar el efecto “puerta giratoria” de los pacientes crónicos

II.- PROCESOS DE APOYO.

Definición de los procesos de apoyo.

1. Recepción- información a pacientes ambulatorios
2. Recepción - acogida – información a pacientes hospitalarios
3. Registro de la actividad: alimentación de los sistemas de información
4. Procesos administrativos de archivos y documentación
5. Procesos de comunicación interna
6. Procesos de comunicación externa
7. Proceso de coordinación con Atención Primaria
8. Proceso de coordinación con Servicios Sociales

Iniciativas de mejora de los procesos de apoyo a la asistencia.

1. Asistencia del paciente allí donde el paciente está, mediante la filosofía de la “Continuidad de cuidados”: elaboración de base de datos de pacientes crónicos y su actualización permanente, puesta en marcha de las fichas de continuidad de cuidados
2. Difundir Cartera de Servicios del Instituto y de psicoterapia
3. Ampliación de horarios de atención
4. Acondicionamiento de la planta de Hospitalización con arreglo a las necesidades (Plan Funcional de Obras) y remodelación de la misma
5. Reconversión de los sistemas de atención telefónica

6. Garantizar la confidencialidad y protección de datos
7. Diseño y puesta en marcha de los cuadros de mando del instituto para el equipo directivo y todos los responsables intermedios (ver en anexo)

III.- PROCESOS EN EL CAMPO DE LA DOCENCIA (PROCESOS CLAVES).

Definición de los procesos en el campo de la docencia.

1. Formación de Residentes Médicos y Psicólogos
2. Formación continuada de todos los colectivos de profesionales
3. Formación de pregrado (alumnos de medicina, terapia ocupacional y nutrición)

Iniciativas de mejora en los en el campo de la Docencia.

1. Procedimiento de acogida de los MIR y PIR nuevos que llegan anualmente al servicio
2. Procedimiento de autorización a Congresos y Reuniones Científicas para MIR y PIR, para optimizar sus repercusiones en la formación.
3. Programa de Formación integral en Psicoterapia (permanente en el tiempo) para MIR y PIR y Formación continua de los profesionales del área
4. Seminarios docentes de las Unidades funcionales periódicos para MIR y PIR y Formación Continua
5. Creación de un Comisión de Docencia y Formación Continua
6. Puesta en marcha del “miércoles docente”: semanalmente todos los profesionales pueden disponer de media mañana de los miércoles para destinara a actividades docentes programadas en el servicio

IV.- PROCESOS EN EL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN

Definición de los procesos en el campo de la investigación

1. Estímulo y apoyo material a las actividades investigadoras de los miembros del Instituto
2. Líneas estratégicas de investigación del Instituto.
3. Líneas básicas de financiación de la investigación
4. Formación continuada en la investigación
5. Comunicación interna y externa de las actividades de investigación
6. Generalización de la información relacionada con la investigación
7. Estrategias de alianza
8. Evaluación de las actividades investigadoras

Iniciativas de mejora en el campo de la Investigación. Implementación y desarrollo.

1. **Profesionales.** Definición de profesionales y tiempos dedicados a la investigación así como de los sistemas de incentivación adecuados.
2. **Líneas.** Definición de las líneas estratégicas de investigación de acuerdo a la tradición del servicio, a la experiencia investigadora de los profesionales y a las necesidades asistenciales y sociales actuales.
3. Definición de líneas de investigación secundarias
4. **Financiación.** Establecer un catálogo de las posibilidades de financiación , tanto pública como privada, de proyectos de investigación, generando una actividad protocolizada de solicitud de ayudas

5. **Formación.** Desarrollo de programas formativos , en forma de seminarios y reuniones divulgativas periódicas, coordinados por el personal investigador, y orientados a la formación en metodología de la investigación.
6. **Información.** Establecimiento de sistemas fluídos de transmisión de la información relacionada, tanto proyectos como ofertas de financiación o resultados de investigación. Las vías serán la mejora de los sistemas informáticos con la creación de una web de investigación del Instituto y la edición de un boletín trimestral de investigación.
7. **Alianzas.** Establecimientos de alianzas de investigación necesarias para la ejecución de proyectos y para el establecimiento de redes temáticas:
 - Alianzas con servicios centrales, endocrinología y radiodiagnóstico del hospital
 - Alianzas con atención primaria
 - Alianzas con unidades de investigación clínica e investigación básica de otros centros que compartan objetivos comunes de investigación en proyectos concretos
 - Alianza con la Universidad Complutense para la realización de proyectos compartidos
8. **Evaluación.** Creación de una Comisión de Investigación del Instituto. Dicha comisión tendrá las misiones de apoyar y coordinar las distintas actividades investigadoras del Instituto así como velar por el correcto desarrollo de las mismas. La comisión tendrá también una tarea de evaluación de la calidad total de la actividad investigadora, en su diseño, ejecución, resultados y aplicabilidad.
9. **Objetivos anuales.** La comisión de investigación propondrá al Comité de Dirección del Instituto los objetivos anuales.

CRITERIO 6: CLIENTES EXTERNOS

1. Elaboración de la Carta de Servicios del Instituto
2. Puesta en marcha en todos los servicios ambulatorios del Plan de continuidad de cuidados
3. Implementación de las fichas de seguimiento de pacientes crónicos graves en el todos los distritos
4. Puesta en marcha del Procedimiento de atención al paciente en los servicios ambulatorios
5. Puesta en marcha del procedimiento de Información a pacientes y familiares en el momento de ingreso en la planta
6. Cumplimentación y entrega en mano del Informe de alta de cuidados enfermería a todos los pacientes egresados, conteniendo la información de manejo del paciente por parte de los familiares y pautas para la enfermería ambulatoria.
7. Informe de alta médica debidamente cumplimentado y en mano a todos los pacientes egresados
8. Diseño e implantación de la encuesta de satisfacción de pacientes en el Hospital de Día
9. Disminución de la lista de espera para citas ordinaria en atención ambulatoria en todos los distritos en un 50%. Espera máxima: 30 días, espera media 15 días)
10. Disminución del tiempo de espera máximo a 5 días para atención inicial apacientes con trastornos por consumo de alcohol
11. Garantía de un mínimo de cuatro visitas ambulatorias a pacientes con trastornos psicóticos en los tres primeros meses tras su diagnóstico
12. Línea abierta para consulta telefónica para pacientes graves y situaciones urgentes

CRITERIO 7: RESULTADOS EN PERSONAS

1. Proporción importante de profesionales incorporados a las unidades funcionales voluntariamente.
2. Funcionamiento real del nuevo organigrama del Instituto con las Unidades funcionales.
3. Dirección participativa por objetivos implantada en 2003-4 con contrato de gestión incorporando los objetivos de calidad.
4. Puesta en marcha del Plan de acogida de nuevos residentes cada año. (4 MIR y 1 PIR nuevos cada año, total: 16 MIR en formación y 3 PIR).
5. Implantación de “Libro del residente”, como experiencia piloto de evaluación de la formación de especialistas.
6. Puesta en marcha de la Comisión de docencia y formación continua con representación de todos los estamentos profesionales.
7. Realización por el Instituto en el 2003 de las siguientes actividades de formación continua:
 - ♦ Curso de habilidades de recepción y atención a pacientes para personal no sanitario.
 - ♦ Curso de formación en sistema diagnóstico CIE-10.
 - ♦ Sesiones clínicas generales de todo el Instituto: Una sesión semanal.
 - ♦ Sesiones clínicas de la Unidad funcional de Trastornos del Humor : Una reunión mensual.
 - ♦ Seminarios semanales de todas la Unidades funcionales con carácter rotativo
 - ♦ Seminarios extraordinarios de carácter trimestral de la Unidad funcional de trastornos del humor
 - ♦ Sesiones bibliográficas y de protocolos de la Unidad de trastornos del humor semanales

- ♦ Programa integral de formación continua en psicoterapia para todos los facultativos del área y Residentes (algunos seminarios son abiertos a enfermería y Terapia Ocupacional): Seminario de periodicidad semanal.
8. Proyectos de Investigación financiados finalizados:
- ♦ “Estudios de los factores que intervienen en el abandono terapéutico”. Financiado por la Consejería de Sanidad bajo la línea de investigación : Diseño de indicadores de calidad en Salud Mental”. Tesis doctoral.
9. Proyectos de Investigación financiados en marcha:
1. Estudio longitudinal de primeros episodios de esquizofrenia
 2. Marcadores genéticos en trastorno bipolar
 3. Marcadores preclínicos del deterioro cognitivo leve
 4. Mecanismos de adaptación al estrés en la obesidad mórbida
 5. Estudio de abandonos de tratamientos psiquiátricos
 6. Estudio del riesgo de suicidio
 7. Estudio psicobiológico de los intentos de suicidio y personalidades impulsivas
 8. Estudio evolutivo de los trastornos límite de la personalidad
 9. Ensayos clínicos controlados:
 - Antipsicóticos atípicos versus haloperidol en primeros episodios psicóticos
 - Sertindol en esquizofrenia
 - Olanzapina en el trastorno límite de la personalidad
 - Bupropion versus venlafaxina en depresión grave

10. Incentivos vinculados al contrato de gestión: productividad variable. Está en marcha un nuevo proceso de redistribución de incentivos
11. Incremento de Recursos Humanos :
 - ♦ 5 psiquiatras
 - ♦ 2 psicólogos clínicos
12. Incremento de recursos informáticos: equipos y comunicaciones hasta un mínimo de 1 ordenador por cada dos facultativos.

CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

1. Carta de Servicios elaborada
2. Implantación de un Aula de Psicoeducación para trastornos bipolares para pacientes y familiares
3. Coordinación con las Asociaciones de Autoayuda de enfermos y familiares (ADANE, AMAFE, TRASTORNOS BIPOLARES, FACOMA ETC.)
4. Puesta en marcha del Programa de atención a los “Enfermos mentales sin techo”, con sede en el Distrito de Centro, destinado a todo Madrid, en coordinación con los Servicios Sociales municipales y autonómicos.
5. Varios profesionales formados en Gestión de Calidad con el objetivo de garantizar la atención centrada en el ciudadano y la sociedad.
6. Atención en forma de programas a las patologías emergentes con gran impacto social: Trastornos de la conducta alimentaria, Trastornos de la personalidad border-line.
7. Cartera de Servicios consensuada de técnicas de psicoterapia para el área
8. Página WEB del Instituto con información actualizada para la sociedad.
9. Realización de un programa de formación en salud mental para Médicos de Atención Primaria del área en forma de “Círculos de Calidad”, realizadas 10

sesiones en dos círculos de calidad. Están destinados a mejorar la capacidad de detección de patología psíquica en los usuarios del sistema sanitario.

10. Puesta en marcha del programa de “Apoyo a Salud Laboral” (Trabajadores del hospital no pertenecientes al Instituto) desde psiquiatría de enlace.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

1. Cuatro nuevos protocolos clínico-asistenciales elaborados
2. Dos guías de procedimiento de atención no clínica a pacientes implantados: recepción de pacientes ambulatorios y recepción de pacientes y familiares al ingreso
3. Una guía de procedimiento interno implantada: Programa de acogida de nuevos residentes
4. Disminución en 2,3 días en la estancia media hospitalaria y aumento de la capacidad de utilización de recursos alternativos externos en el año 2003.
5. Disminución significativa de la media de pacientes con más de 30 días de hospitalización
6. Disminución significativa de nº días de espera media para atención ambulatoria
7. Programa de formación teórica de Residentes implantado



***UNIDAD DE
DERIVACIÓN DE
PACIENTES DEL
HOSPITAL CLÍNICO
SAN CARLOS***

***PROYECTO:
"Programa de Derivación
de Pacientes"***

Programa de Derivación de Pacientes

Memoria

V Premio a la Excelencia y Calidad
del Servicio Público



**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL V PREMIO
A LA EXCELENCIA Y CALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO
EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

**DENOMINACIÓN DE LA CANDIDATURA:
*"El Programa de Derivación de Pacientes"***

INTRODUCCIÓN



Los cambios en las demandas asistenciales de la población producidos en los últimos años, están incidiendo directamente en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias, muy especialmente en los hospitales de agudos de alta especialización, donde se están produciendo estancias inadecuadas y/o prolongadas, con el consiguiente incremento de los costes e inadecuados resultados de los indicadores de actividad asistencial.

Por otra parte, el ingreso y, en su caso, la derivación de los pacientes al dispositivo asistencial adecuado, tradicionalmente ha sido difícil dada la comunicación poco eficaz que ha existido entre los diferentes centros asistenciales.



¿Para qué un Programa de Derivación?

Buscar estrategias para:

Ingresar,
reubicar,
trasladar

**al Centro adecuado
según necesidades del paciente**

Puesto que el ciudadano es, sin duda, el centro del sistema sanitario, esta realidad debe requerir de estrategias organizativas que aseguren una atención eficiente que permita ingresar, trasladar ó reubicar al paciente en el dispositivo asistencial adecuado a sus necesidades.

¿A través de?

*Centros Sanitarios de Apoyo
de la Comunidad de Madrid*

Área 5
Área 6
Área 3
Área 8
A-7
A-4
A-2
Área 10
Área 1
Área 11

H. Gómez Ulla	H. San Rafael
C. San José	H. V. Poveda
H. Fuenfría	C. San Camilo
H. Guadarrama	H. Cruz Roja
H. Carlos III	H. V. de la Torre
H. Beata	

Entre estos dispositivos se encuentran los **Centros Sanitarios de Apoyo**, que atienden fundamentalmente a pacientes que precisan cuidados por patologías crónicas reagudizadas, convalecencia postquirúrgica, cuidados paliativos y/o tratamiento rehabilitador.



Conscientes de esta realidad, en el Hospital Clínico San Carlos (HCSC) nos planteamos **mejorar el Proceso de Derivación de Pacientes** desde nuestro Hospital a Centros de Apoyo de la Comunidad de Madrid, a partir del desarrollo de un Programa específico que nos permitiera ubicar a los pacientes (ya ingresados en nuestro Centro) en un dispositivo asistencial más adecuado a sus necesidades individuales.

ACTIVIDADES



I.- Análisis del Proceso

Pacientes con estancia > 21 días

- ⇒Requerimientos asistenciales
- ⇒Presencia de problema/riesgo social
- ⇒Sistemática habitual del proceso de derivación
- ⇒Percepción de los profesionales del Hospital

1.-Análisis del Proceso

Previo a la planificación y diseño del Programa de Derivación de Pacientes, procedimos a realizar un análisis situacional que nos permitiera conocer el número de pacientes ingresados en el Hospital Clínico con estancias superiores a 21 y 50 días, sin causa clínica que lo justificara.

Indicador	Octubre 2002
Pacientes con estancia > 21 días	125
Pacientes con estancia > 50 días	51

Nº de pacientes con estancias superiores a 21 días, previo al Programa

Valoramos, además, el nivel de dependencia de cuidados de cada uno de los pacientes, así como la existencia de problema/riesgo social.

Por otra parte, se analizó la evolución de las derivaciones y la sistemática del proceso, identificando los problemas del mismo y la percepción que existía por parte de los profesionales del Hospital. Entre sus opiniones destacaban las siguientes:

- "Son pacientes que empeoran los resultados de actividad del Servicio"
- "Es un proceso largo y complejo, que requiere muchos trámites"

- "Dificulta y entorpece el trabajo rutinario"*
- "La comunicación con otros centros es poco eficaz y fluida"*

Con esta información general, ya desde el inicio del Programa nos planteamos planificar un sistema de evaluación que nos permitiera analizar la repercusión del Programa con respecto a la satisfacción de los profesionales implicados en el proceso de derivación.



II.- Liderazgo de la Dirección

Implicación de los directivos del Hospital

- ⇒ Visitas del Equipo Directivo a los Centros Sanitarios de Apoyo de la Comunidad de Madrid
- ⇒ Presentación del Programa de Derivación como una necesidad y beneficio común
- ⇒ Consenso en los criterios de derivación de pacientes
- ⇒ Compromiso bilateral de cumplimiento de los acuerdos

2.- Liderazgo de la dirección e implicación de los profesionales

Dada la trascendencia del Programa (en cuanto a la incidencia en la organización y resultados de actividad, tanto de nuestro hospital como de los Centros de Apoyo), entendimos que la Dirección del Hospital Clínico San Carlos debía asumir el liderazgo de este proyecto a través de la implicación personal de sus directivos, de modo que se garantizara su implantación y desarrollo mediante el apoyo explícito de éstos al Programa.

III.- Implicación de Profesionales

Información y apoyo a los profesionales

- ⇒ Presentación del Programa de Derivación a los equipos asistenciales del Hospital y de los Centros de Apoyo de la Comunidad de Madrid
- ⇒ Información de criterios de derivación, procedimiento establecido, interlocutores, logística.
- ⇒ Compromiso de seguimiento de los procesos por parte del Hospital: Soporte y apoyo a los profesionales

Por ello, se planificaron y realizaron visitas a los Centros de Apoyo por parte de miembros del Equipo Directivo del Hospital Clínico (Direcciones Médica y de Enfermería, coordinado por la Subgerencia) con los Equipos Directivos de cada uno de ellos. Estratégicamente, se trataba de presentar el Programa de Derivación de Pacientes como una necesidad común y un beneficio para pacientes y profesionales, con verdaderas expectativas de éxito en el futuro, siempre que el desarrollo del Programa se basara en el consenso, la coordinación, la confianza y el objetivo común de mejorar la atención.

El resultado de estas reuniones fue el establecimiento de criterios de derivación específicos para cada centro, el consenso en el case-mix de pacientes subsidiarios de ser atendidos en éstos, y el compromiso de un estricto cumplimiento de todos los acuerdos establecidos para el despliegue de la estrategia de implantación. Se trataba, pues, de planificar posteriores reuniones con el fin de analizar conjuntamente si las expectativas y objetivos del Programa de Derivación eran satisfechas en la medida de lo previsto e introducir medidas correctoras en su caso.

Simultáneamente a estas reuniones, se procedió a informar a los profesionales médicos y de enfermería y trabajadores sociales del HCSC, presentándoles el Programa como un soporte y apoyo a su trabajo, facilitándoles información escrita de los criterios de derivación para cada uno de los Centros de Apoyo, tipología de pacientes, teléfonos de contacto de los responsables del proceso, procedimiento a seguir, etc.



INICIATIVAS DE MEJORA

1.- Implementación de la figura de "Gestor de Derivaciones"

Desde el punto de vista metodológico, la mejora del Proceso de Derivación de Pacientes ha supuesto la creación de la figura del "Gestor de Derivaciones", como estrategia dirigida al logro de 3 objetivos fundamentales:

- ⇒ La mejora de nuestra eficiencia asistencial y organizativa
- ⇒ La mayor implicación y satisfacción de los profesionales
- ⇒ La mejora de la calidad del servicio prestado a nuestros clientes

El Gestor de Derivaciones

Gestiona y sistematiza los procesos de derivación desde la perspectiva de un abordaje común que permita colocar al paciente en el recurso asistencial que mejor pueda resolver su problema de salud

Dinamizador de los Procesos

Interlocutor entre Centros

Facilita la percepción de un sistema sanitario coordinado y coherente que asegure la continuidad de su atención, desde la perspectiva del paciente

El Gestor de Derivaciones, es el responsable y dinamizador de todos los procesos de derivación de pacientes desde el Hospital Clínico a los Centros de Apoyo, y actúa como único interlocutor entre ambos niveles asistenciales.

Su objetivo fundamental es mejorar la gestión de estos procesos y sistematizarlos, desde la perspectiva de un abordaje común que permita colocar al paciente en el recurso asistencial que mejor pueda resolver su problema de salud, de manera que éste perciba un sistema sanitario coordinado y coherente que asegure la continuidad de su atención.

Perfil del Gestor de Derivaciones



Profesional sanitario

Profundo conocedor de la organización hospitalaria

Aptitudes para las relaciones interpersonales

Reconocido por los profesionales

Capacidad para el trabajo en equipo

Desde el punto de vista organizativo, entendimos que el perfil del Gestor de Derivaciones debía ser el de un profesional sanitario, profundo conocedor del Hospital y su organización, con aptitudes y capacidades para las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo, y que fuera bien aceptado por el conjunto de los profesionales del Centro.

Se definieron como principales competencias del gestor de derivaciones:

- La coordinación diaria con los diferentes equipos multidisciplinares (médico y enfermera responsables del paciente, trabajador social y rehabilitador, en su caso), los cuales valoran la situación y necesidades individuales de cada paciente y su familia, identificando a los pacientes subsidiarios de asistencia en un Centro de Apoyo, en función de los criterios de inclusión acordados
- Iniciar el procedimiento (una vez consensuada la idoneidad del traslado), contactando telefónicamente con el Responsable del Servicio de Admisión del Centro de Apoyo correspondiente.
- Proporcionar la información necesaria a los distintos profesionales implicados en la asistencia, a través del envío de los informes Médico, de Enfermería y Social. Una vez que el Centro de Apoyo acepta la solicitud de derivación, el Servicio de Admisión correspondiente contacta con el Gestor de Derivaciones, el cual inicia el procedimiento de traslado.

- Informar al paciente y su familia a cerca del Centro de Apoyo seleccionado, sus características y ubicación, sirviéndoles de enlace entre ambos centros de modo que no vivan ninguna ruptura, discontinuidad ó contradicción durante todo su proceso asistencial.
- Dar soporte a los profesionales del Centro de Apoyo, a través de contactos telefónicos y visitas de seguimiento de los pacientes derivados
- Promover la continuidad de la asistencia, a través del consenso de protocolos de cuidados que reduzcan la variabilidad clínica
- Facilitar, si es preciso, la realización de pruebas y otras intervenciones que no puedan ser realizadas en el centro de derivación.

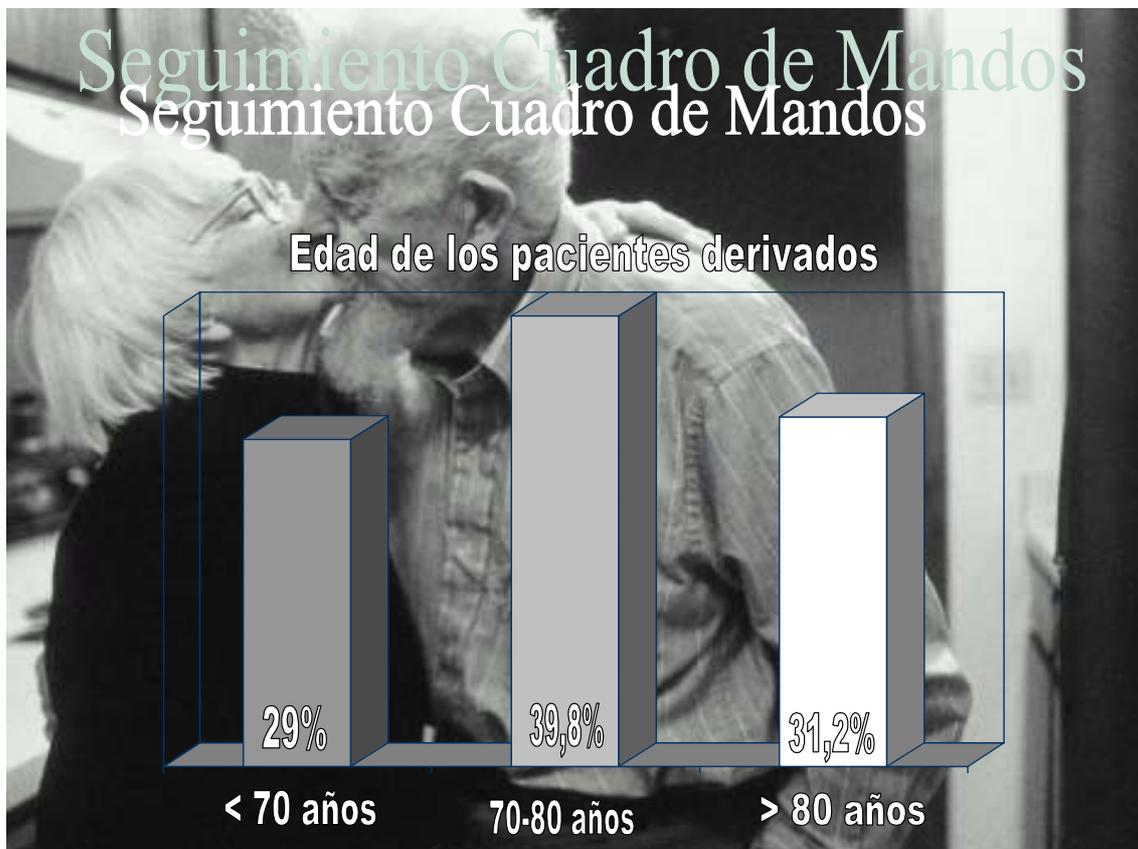


Este diseño de competencias configuró el mapa del nuevo proceso, estableciéndose el circuito a seguir: Desde la detección de pacientes subsidiarios de ser atendidos en los Centros de Apoyo, hasta el traslado, propiamente dicho, de los mismos.

2.- Diseño del Sistema de Información/Cuadro de Mandos

Con el fin de evaluar el nivel de efectividad del Programa de Derivación de Pacientes Hospitalizados, diseñamos un cuadro de mandos que nos permitiera realizar el seguimiento mensual de las derivaciones realizadas desde el Hospital a los Centros de Apoyo.

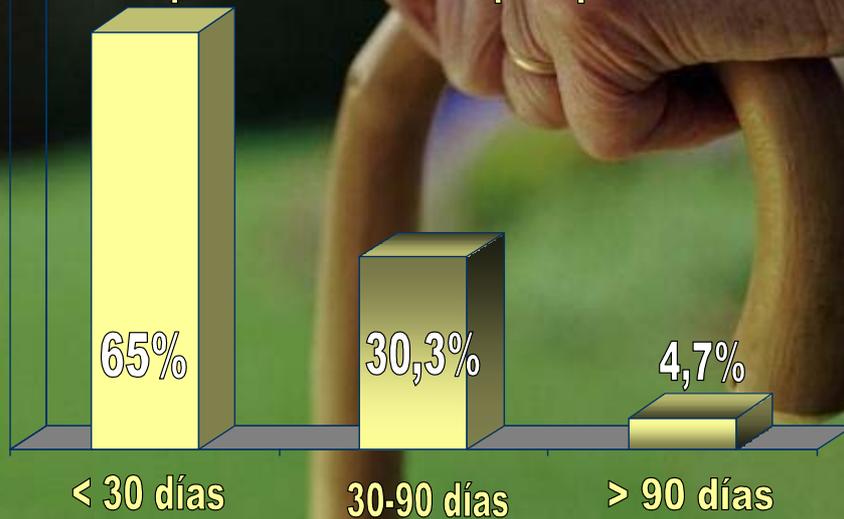
Así mismo, monitorizamos diversos indicadores relacionados con el case-mix de los pacientes derivados, desde el punto de vista de la edad, tiempo de estancia en el Hospital previa a su traslado, área de hospitalización de procedencia, y nivel de dependencia de cuidados.



Seguimiento Cuadro de Mandos

Seguimiento Cuadro de Mandos

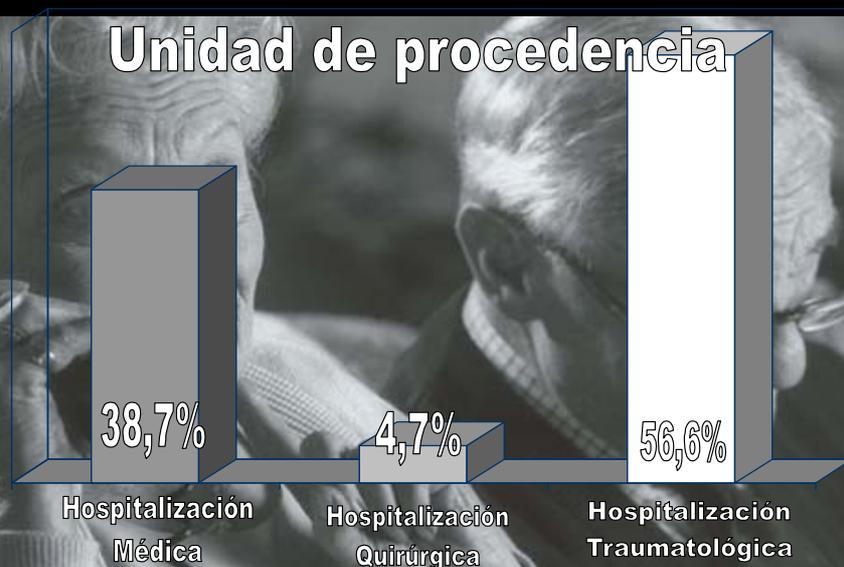
Estancia de los pacientes en el Hospital previa a su derivación



Seguimiento Cuadro de Mandos

Seguimiento Cuadro de Mandos

Unidad de procedencia





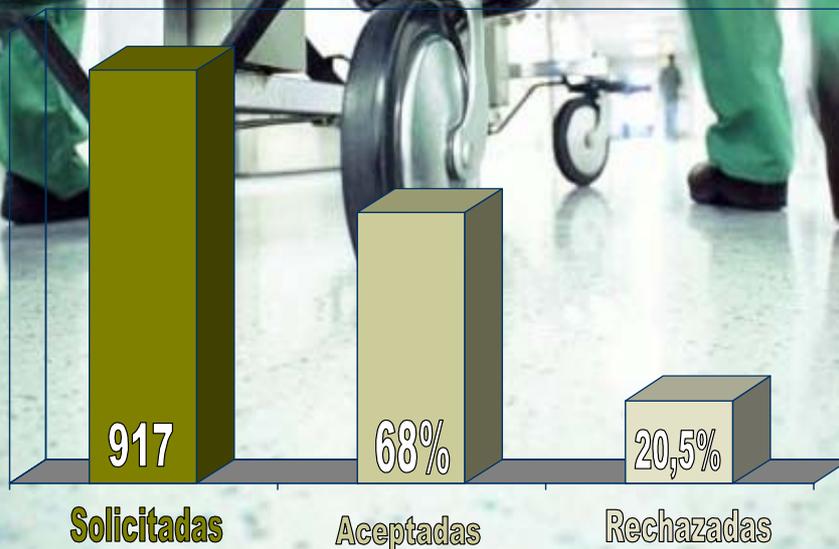
RESULTADOS EN LA ORGANIZACIÓN

El Programa de Derivación de Pacientes inició su andadura el pasado 1 de Noviembre de 2002. Después de un año de implantación, actualmente trabajamos de forma estable con un total de 8 Centros de Apoyo ubicados en la Comunidad de Madrid.

Comparando el periodo de funcionamiento del Programa (1 de Noviembre 2002 a 1 de Noviembre de 2003), con el mismo periodo de tiempo del año 2001-2002 (en el que el proceso de derivación no se realizaba de forma sistematizada) hemos incrementado el número de derivaciones en 595.

Seguimiento Cuadro de Mandos

Total Derivaciones año 2003



Durante el desarrollo del Programa se han solicitado 917 derivaciones, de las cuales han sido aceptadas el 68% de las mismas por parte de los Centros de Apoyo.

El total de pacientes derivados ha sido de 624, habiendo generado en el Hospital Clínico San Carlos (previa a su derivación) un total de 23.429 estancias, con una estancia media de 37,55 días.

Seguimiento Cuadro de Mandos



Estas estancias, transformadas en camas (teniendo en cuenta el porcentaje global de ocupación del 91% en el HCSC) han representado un consumo total de 70,54 camas.

Partiendo de la base de que, en términos generales, el 44,62% de cada proceso completo ha sido atendido en el Hospital Clínico y el 55,38% restante en el Centro de Apoyo correspondiente, el proceso global de estos pacientes ha generado 52.507,4 estancias, con una estancia media de 84,15 días y un consumo total de camas de 158,09 (al 95% de ocupación). Por lo tanto, estos recursos son los que el Hospital Clínico hubiera tenido que destinar, si los procesos se hubieran atendido globalmente en el HCSC.

Además, estos pacientes derivados a Centros adecuados a sus necesidades asistenciales (de menor complejidad y menor coste de atención), ha permitido destinar 87,55 camas a asumir 3.231 ingresos en el HCSC, a una estancia media de 9 días (al 91% de ocupación).

Resultados en la Organización

"Ahorro" y adecuación de costes

Indicador	Hospital	+	C.Apoyo	=	Total Procesos
Total Pacientes	624	-	624	-	624
Total Estancias	23.429	+	29.078,4	=	52.507,4
Camas	70,54	+	87,55	=	158,09
Estancia Media	37,55 (44,6%)	+	46,6 (55,4%)	=	84,15
Coste/Estancia	440 Euros	+	176 Euros	=	616 Euros
Costes Totales	10.308.760 E	+	5.135.245 E	=	15.444.005 E
"Beneficio" para el Hospital	$29.078,4 : 9 = 3.230,93$ $3.231 \text{ Ingresos} \times 9 \text{ días E.M.} = \mathbf{29.079 \text{ Estancias}}$				
"Beneficio" para la C. de Madrid	$29.078,4 \text{ Estancias} \times 440 \text{ Euros} = 12.794.496 \text{ Euros}$ $12.794.496 - 5.135.245 = \mathbf{7.659.251 \text{ Euros}}$				

Tomando como referencia los datos recogidos en el "Análisis de Costes del Hospital Clínico San Carlos, año 2002" y en "Resultados de la Gestión Analítica, año 2002" del Instituto Madrileño de la Salud, el coste de estos pacientes atendidos en el Hospital Clínico (previa a su derivación) ha sido de 10.308.760 euros, a un coste medio por estancia de 440 euros.

Si estos pacientes no se hubieran derivado, el coste global de la atención de éstos hubiera sido de 23.103.256 euros. Por tanto, si tenemos en cuenta que el coste que ha supuesto la atención en los Centros de Apoyo es de 5.135.245 euros (a un coste medio de 176,6 euros por estancia), el impacto económico que supone para el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid es de un ahorro de 7.659.251 euros.

Para el Hospital Clínico, esta misma situación ha supuesto un ahorro potencial de 12.794.496 euros, lo cual ha permitido financiar parcialmente los costes de atención de los 3.231 pacientes que se han ingresado en las camas que han liberado los pacientes derivados. Esto supone un 8,96% del total de los ingresos generados en el HCSC en este periodo, que fue de 36.053.

Resultados en los Clientes Internos

Mayor satisfacción de los profesionales

Población encuestada: 131 profesionales

- 66,4% Hospital Clínico
- 33,6% Centro de Apoyo

Valoración del Hospital Clínico

- Mejora global del proceso (66%)
- Mejora de resultados de actividad del Hospital (62,5%)
- Buena accesibilidad al gestor (48,2%)
- Mejora la gestión del tiempo (37,5%)
- Información puntual y precisa del traslado del paciente (35,7%)

Valoración del Centro de Apoyo

- Mejora global del proceso (52,3%)
- Mejora de resultados de actividad del Centro (38%)
- Facilita el procedimiento de traslado (33,3%)
- Información veraz y ajustada a la realidad del paciente (47,6%)

RESULTADOS EN LOS CLIENTES INTERNOS: LOS PROFESIONALES

En términos referidos a los resultados del Programa de Derivación en los profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc. tanto del HCSC como de los Centros de Apoyo), se ha evidenciado una clara mejora de la comunicación entre los diferentes centros asistenciales, así como de la coordinación entre ellos. Esto está dando lugar a una mayor protocolización de la actividad, a través de un progresivo consenso que conlleva una actualización de los procedimientos y protocolos de cuidados entre los profesionales de enfermería del Hospital y de los Centros de Apoyo, a fin de reducir la variabilidad clínica y asegurar la continuidad de cuidados.

Después de un año de funcionamiento del Programa, tal como habíamos previsto en su inicio, hemos realizado una primera evaluación que nos permitiera analizar la repercusión del Programa con respecto a la satisfacción de los profesionales implicados en el proceso de derivación. Para ello, hemos realizado una encuesta con 4 preguntas cerradas (que analizan accesibilidad, información, tiempo de respuesta, repercusión en la organización del trabajo y valoración global del Programa), que permite contestar varios items dentro de la misma pregunta.

Se han encuestado a un total de 131 profesionales, de los cuales el 66,4% son del Hospital Clínico y el 33,6% del Centro de Apoyo al que derivamos el mayor volumen de pacientes (que se corresponde con el 38,6% del total de pacientes derivados desde el HCSC).

Resultados en los profesionales del Hospital Clínico

Se entregaron 87 cuestionarios, a los que contestaron un 57,7% , considerándose todos ellos válidos.

Población total encuestada: 56 profesionales sanitarios (18 médicos, 33 enfermeras y 5 trabajadores sociales).

Los aspectos del Programa que se han valorado como más positivos han sido:

- La accesibilidad de las personas que trabajan en él (48,2%)
- Evita trámites, gestiones y pérdidas de tiempo (37,5%)
- Reciben la información necesaria para conocer en qué situación se encuentra el proceso (35,7%)

El aspecto valorado más negativamente ha sido la lentitud del procedimiento para resolver el proceso de derivación (37,5% de los encuestados).

El 62,5% de los profesionales consideran que el nuevo modo de gestionar el proceso, a través del Programa de Derivación, repercute positivamente en los indicadores/resultados de actividad del Hospital Clínico.

Finalmente, el 66% opina que el Programa ha mejorado el proceso de derivación de pacientes en términos generales.

Resultados en los profesionales del Centro de Apoyo

Se han entregado un total de 44 encuestas a médicos y enfermeras (tanto de Unidades de Hospitalización como del Servicio de Admisión), a las cuales han contestado el 47,7%.

Los aspectos del Programa que se han valorado como más positivos han sido:

- Facilita el procedimiento del traslado del paciente (33,3%)
- Reciben la información necesaria, completa y suficiente sobre el paciente (47,6%)
- Reciben información veraz y ajustada a la realidad del paciente (42,8%)

Sin embargo, existe un 38% de encuestados que valora negativamente la información que recibe del paciente, así como la accesibilidad a los responsables del Programa.

Finalmente, el 38% de los profesionales del Centro de Apoyo considera que el Programa tiene una repercusión positiva sobre los indicadores de actividad de su Centro, y un 52,3% opina que ha mejorado el propio proceso de derivación de pacientes en términos generales.

Resultados en los Clientes Externos

Mayor satisfacción de los pacientes

Población encuestada:
18 pacientes (*)

Valoración:
Han recibido la información que necesitaban previa a su traslado (38%)

(*) Censo de pacientes en el Centro de Apoyo de mayor derivación en la fecha de estudio

A photograph showing a group of five elderly people, three women and two men, gathered around a birthday cake. They are all smiling and appear to be in a celebratory mood. The cake has several lit candles. The background is a warm, yellowish-orange color.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES EXTERNOS: LOS PACIENTES

Con el fin de valorar la satisfacción de los pacientes derivados, hemos realizado una encuesta a los 18 pacientes que, en el momento de la evaluación, permanecían ingresados en el Centro de Apoyo de mayor derivación.

La encuesta incluye 2 preguntas cerradas (pudiendo contestar a más de un ítem en cada una) y una pregunta abierta que valora, fundamentalmente, la información que han recibido, su valoración general sobre el proceso, y propuestas de mejora.

El aspecto que han valorado más positivamente ha sido la información que se les ha proporcionado antes de su traslado, con respecto a la cual el 38% considera que "era la información que necesitaban". Sin embargo, otro 33% de los pacientes ha valorado este mismo criterio como el más negativo.

Resultados Globales

Mejora del proceso

Aumento de la eficiencia

Adecuación de la atención

Respuesta a las necesidades

Aumento de la satisfacción

Mejora de la calidad

En definitiva, podemos afirmar que el Programa de derivación de Pacientes, desde el Hospital Clínico a los Centros de Apoyo de la Comunidad de Madrid, ha permitido mejorar el proceso de derivación existente, dando respuesta a las necesidades asistenciales de los pacientes en el Centro adecuado, aumentado a la vez la eficiencia de nuestro Hospital en lo referido a actividad y consumo de costes.

Finalmente, el rediseño del proceso de derivación ha mejorado tanto la satisfacción de nuestros profesionales como de los propios pacientes y sus familias.

CONCLUSIONES: NUEVOS PLANES DE MEJORA PARA EL FUTURO



El análisis del impacto que ha supuesto la implantación del Programa de Derivación de Pacientes, a través de la introducción de medidas innovadoras destinadas a la mejora de este proceso asistencial, nos permite plantearnos, en un futuro próximo, nuevas iniciativas encaminadas a mejorar la eficiencia y la calidad del servicio prestado, así como a mejorar la percepción de los clientes (internos y externos) y su grado de satisfacción con respecto a éste.

Los objetivos de mejora planteados son los siguientes:

- Analizar el seguimiento de los pacientes derivados en los Centros de Apoyo desde el punto de vista de estancia media, complicaciones, reingresos, evolución del nivel de dependencia/independencia de los pacientes, continuidad de cuidados, etc. Ello nos permitirá determinar en el futuro la idoneidad y adecuación de cada uno de los Centros de Apoyo, en función de la tipología de pacientes y procesos.
- Analizar los motivos de rechazo de solicitudes de derivación enviadas, con el fin de mejorar la adecuación de éstas a los criterios de ingreso acordados con los Centros de Apoyo, ampliándolos ó modificándolos en su caso. Esperamos que su reevaluación nos permita mejorar la

adecuación de las solicitudes de derivación desde el Hospital Clínico, lo cual conlleve a una disminución del porcentaje de solicitudes rechazadas.

- Mejorar la información sobre los objetivos, contenido, resultados y utilidad del Programa de Derivación de Pacientes a los médicos y enfermeras asistenciales de las Unidades de Hospitalización de los Centros de Apoyo. Ello mejorará la comunicación y la accesibilidad, tanto a los gestores de derivación como al propio Programa.
- Agilizar el procedimiento del proceso de derivación, aumentando la disponibilidad de tiempo de las personas asignadas a gestionar dichos procesos, de modo que mejore la percepción de "lentitud del procedimiento", manifestado por cierto número de profesionales.



SISTEMA REGIONAL

MADRI + D

PROYECTO:

“Madri + D”

madri+d

CENTRO VIRTUAL **madri+d**

www.madrimasd.org

“La difusión telemática del conocimiento: cooperar para competir”

**RESUMEN DE LA MEMORIA
CANDIDATURA AL *PREMIO DE CALIDAD DE
LOS SERVICIOS DE LA COMUNIDAD DE
MADRID***

DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

Noviembre 2003

PREFACIO.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
1. ACTIVIDADES.....	6
2. INICIATIVAS DE MEJORA.....	10
2.1. Elementos diferenciadores	10
Modelo de gestión en la administración.....	11
Modelo de innovación.....	11
Modelo de optimización de recursos	11
Modelo de gestión del conocimiento compartido	12
Modelo de medición de resultados intangibles	13
2.2. Ejercicio de Autoevaluación.....	13
3. RESULTADOS.....	14
3.1. Resultados en los clientes	14
Cuestionario de opinión Web madri+d.....	15
Encuesta de valoración de la revista madri+d	15
Encuesta de usuarios del SIA	16
3.2. Resultados en miembros y recursos	16
3.3. Resultados en la sociedad	17
3.4. Resultados clave	18
4. RESUMEN DE LOS RESULTADOS CLAVES.....	19
4.1. Resultados claves generales.....	19
4.2. Resultados claves de los servicios	19
I. Anexo	29
a. Miembros de madri+d	29
b. Entidades colaboradoras de madri+d	30
c. Socios europeos de madri+d.....	31

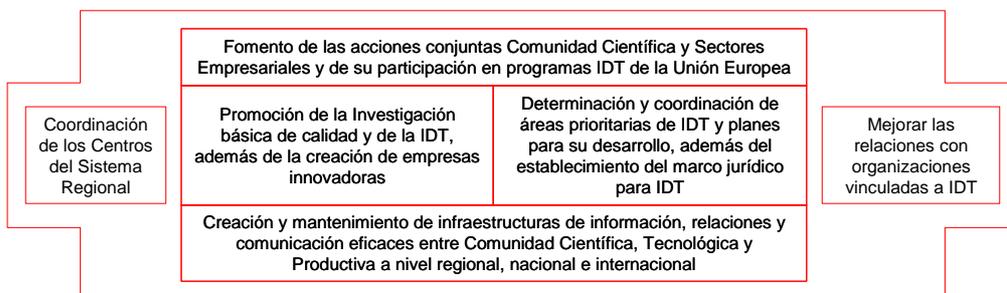
PREFACIO.

En la nueva economía la variable fronteriza –entre territorios, entre administraciones, entre agentes o entre áreas de conocimiento, se difumina para expandirse a través de Redes Telemáticas que permiten una mayor eficiencia y ductilidad de las actividades, una mayor implicación de los miembros participantes y una mayor eficacia en la gestión de los recursos. En esta nueva línea, de la Sociedad de la Información, la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid ha puesto en marcha, desarrollado a través del trabajo en RED, el Centro Virtual madri+d como modelo innovador dentro de la Administración, cuyo pilar básico es la puesta en marcha de prácticas de mejora continua enfocadas hacia la satisfacción de clientes y usuarios, y a través del cual se consigue la optimización de recursos públicos y la gestión del conocimiento regional necesarios para desarrollar la Estrategia Regional de Investigación Científica y Tecnológica.

INTRODUCCIÓN.

Desde la conclusión del análisis regional realizado en 1996 a través del ERICIT¹, la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Investigación, ha gestionado la implantación de una *Estrategia Regional de Investigación Científica y Tecnológica* en la región.

Gráfico 1: Esquema de competencias de la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid².



Fuente: Elaboración propia.

Alineado con sus competencias, fue elaborado (con la participación de la Comisión Interdepartamental de Ciencia y Tecnología y del Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid) el *III Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica 2000-2003* (III PRICIT) amparado en el marco jurídico establecido por la *Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica 1998 (LEFICIT)*, la cual facilita una senda de acción básica para la Investigación y el Desarrollo Tecnológico regional –IDT- (ver líneas del III PRICIT en el anexo).

¹ ERICIT: Estrategia Regional de Investigación Científica y Tecnológica

² IDT: Investigación y Desarrollo Tecnológico

Como una de las primeras acciones puestas en marcha para gestionar y desarrollar la estrategia regional del PRICIT, la Dirección General de Investigación puso en funcionamiento en 1997, a modo de acción piloto, el *Sistema Regional de Información y Promoción Tecnológica madri+d*.

Este sistema se configura a través de una Red de colaboración (gestionada por la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid –DGI CM) de centros públicos de investigación y entidades privadas sin ánimo de lucro vinculadas a la investigación científica y tecnológica, promovidas por la Comunidad de Madrid dentro del ámbito del V Programa Marco de la Unión Europea.

Gráfico 2: Miembros de la red *madri+d* (NOVIEMBRE 2003).



Fuente: *Elaboración propia.*

Dado que para la eficacia de la Red era vital la integración y gestión de conocimientos compartidos por sus miembros, la DGI CM pone en funcionamiento en 1997 el Centro Virtual *madri+d* como el recurso idóneo para lograr los objetivos de coordinación, recurso que utiliza las herramientas más modernas que ofrece la Sociedad de la Información.

De esta forma *madri+d*, apoyado en el Sistema Regional se convierte en una herramienta clave para el desarrollo de la Estrategia Regional de IDT siguiendo las líneas estratégicas diseñadas en el III PRICIT.

Bajo la filosofía “cooperar para competir” y bajo el dominio www.madrimasd.org se creó el sitio web del Centro Virtual *madri+d*, el cual ha evolucionado y se ha adaptado a los nuevos requerimientos técnicos y de mejora que los propios usuarios y miembros han demandado, dentro del espíritu de mejora continua y satisfacción de usuarios.

Gráfico 3: Evolución de la página de acceso al sitio WEB *www.madrimasd.org*



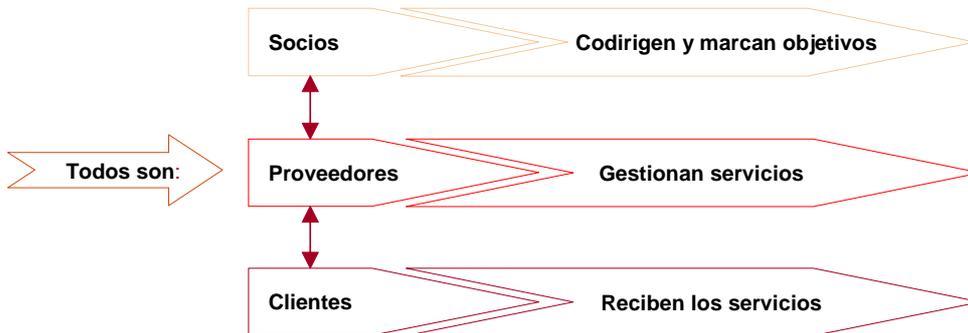
Fuente: *Elaboración propia.*

Por lo tanto, hablar de madri+d es hablar del Sistema Regional de Innovación ya que el Centro Virtual actúa como elemento catalizador del potencial de la Red y de sus objetivos genéricos, los cuales se enumeran a continuación:

- Promover actitudes innovadoras en la sociedad madrileña.
- Difundir los proyectos y prácticas realizadas por universidades, centros públicos de investigación y empresas madrileñas en el ámbito de la investigación y el desarrollo tecnológico.
- Fomentar la cooperación de manera especial, entre las universidades y los centros públicos de investigación y, las Administraciones Públicas y las empresas, fundamentalmente pequeñas y medianas.
- Incrementar la inversión privada y la explotación de los recursos públicos en investigación y desarrollo tecnológico.

En este sentido, podríamos sintetizar los principios de acción del Centro Virtual madri+d en el siguiente gráfico.

Gráfico 4: Principios de acción del Centro Virtual *madri+d*



Fuente: *Elaboración propia.*

1. ACTIVIDADES.

El Centro Virtual madri+d no es un escaparate de la realidad, por el contrario es una pieza clave de la política científico-tecnológica de la Comunidad de Madrid para el desarrollo de las distintas líneas de actuación del III PRICIT, y cada vez más, en su ámbito, se está convirtiendo en un punto de referencia en Internet, basado en el trabajo en Red.

Gráfico 5: Enfoque regional



Fuente: Elaboración propia.

Para el desarrollo de tales líneas estratégicas (ver anexo), el Centro Virtual madri+d ofrece los siguientes programas/servicios:

Cultura Científica

El programa Cultura Científica trata de movilizar a la ciudadanía hacia la ciencia y a las empresas e instituciones hacia el ciudadano.

Para conseguir su objetivo el programa se compone de las siguientes iniciativas:

- Participación ciudadana: Foro que fomenta la participación ciudadana en temas relacionados con el ámbito científico general.
- Tercera cultura: Foro interdisciplinar sobre cuestiones relacionadas con la Sociedad de la Información y los avances científicos. Para su desarrollo, se organizan seminarios, cursos y encuentros internacionales en los que se desarrolla el intercambio de ideas.
- EXEA: Identificar aquellos emplazamientos de fuerte identidad científico-técnica de la Comunidad de Madrid y ponerlos en valor, mostrando el día a día del trabajo y la investigación. Contenido:
 - Ruta de la Tecnociencia. Recorrerá ambientes característicos de la Nueva Economía.
 - Ruta de los Laboratorios. Mostrará instalaciones científicas de excelencia.
 - Ruta de la Industria. Acercará los escenarios de la producción industrial de escala
 - Ruta del Consumo. Enseñará las estructuras que hacen posible la vida en una sociedad de consumo.
- Red de Museos y Centros de Difusión Científica:
- Centro Virtual de Cultura Científica
 - Ciencia en el aula
 - Ciencia para todos
 - Ciencia en la vitrina
 - Ciencia en la calle
- Semana de la Ciencia:
- Feria Madrid por la Ciencia:

- Promocionar cultura científica, dirigida a la ciudadanía y animada por la población más joven.
- Crear un foro de encuentro entre distintas formas de realización y aplicación de tareas científicas.
- Establecer una vía de comunicación entre centros educativos, laboratorios de investigación, museos y centros especializados, mundo editorial y empresas de la Comunidad de Madrid.
- Exponer, de manera amena y accesible, sin perjuicio de criterios de calidad, prácticas y resultados de investigación y docencia actualizados.

Centro de Enlace

El IRC Madrid actúa como representante de los clientes en la región (empresas o grupos de investigación) en los procesos de transferencia de tecnología. La red de Centros de Enlace organiza y gestiona diferentes servicios para alcanzar el objetivo de las oficinas regionales: eventos nacionales e internacionales de transferencia de tecnología, gestión, a saber, de ofertas y demandas a través de una Intranet propia, organización y participación en jornadas de formación y desarrollo de metodologías de comercialización, etc.

La DGI CM pertenece a la red de Centros de Enlace desde 1996 como miembro del consorcio CENEO compuesto por las regiones de Aragón, Castilla La Mancha, La Rioja, Extremadura y Canarias. No obstante, el especial énfasis en la importancia de los procesos de comercialización y transferencia tecnológica del III PRICIT supuso una apuesta decidida por la Red de Centros de Enlace para la Innovación como el instrumento más idóneo. La Dirección General de Investigación es desde el año 2000 es la coordinador del Centro de Enlace para la Innovación para la región. En la actualidad, se está en proceso de negociación del programa para el próximo período 2004-2007

Vivero Virtual de Empresas (VVE)

El VVE trata de diseñar y ofrecer unos servicios comunes de alta calidad persiguiendo el logro de factores de escala para optimizar los siguientes factores:

- La organización de eventos técnicos y de difusión.
- La sensibilización de investigadores, profesores, estudiantes y becarios a favor de la creación de empresas spin-off.
- La identificación y evaluación de ideas empresariales.
- La formación activa para nuevos emprendedores.
- El soporte técnico para la realización de planes de negocio.
- La organización y oferta de información y documentación relacionada con el mundo de la promoción y creación de empresas innovadoras de base tecnológica.
- La tutorización personalizada mediante expertos de los procesos de puesta en marcha de los nuevos proyectos empresariales.
- El diseño y suministro de metodologías de sensibilización, análisis y evaluación de proyectos spin-off empresarialmente viables.
- La búsqueda, preparación y presentación de buenas prácticas mundiales en el campo de la creación de empresas innovadoras.
- La provisión y facilitación de contactos a los emprendedores, tanto de tipo comercial y financiero, como tecnológico o estratégico.

- La preparación y realización de programas internacionales de cooperación que favorezcan la internacionalización de los nuevos proyectos de empresa spin-off.

Recursos Humanos

Los objetivos de esta iniciativa son los siguientes:

- Proporcionar oportunidades de carrera en el mundo empresarial a profesionales con vocación investigadora.
- Satisfacer la necesidad que las empresas tienen de estos perfiles curriculares contribuyendo a la vez a fomentar prácticas innovadoras, a través de su bolsa de empleo.
- Ofrecer otros servicios de gran valor añadido para garantizar la orientación profesional y la adecuación de los candidatos a los puestos ofrecidos por las empresas.

Círculos de Innovación

Este servicio trata de introducir y desarrollar prácticas de Vigilancia Tecnológica e Inteligencia Económica en las empresas madrileñas con el fin de potenciar su nivel competitivo.

Actualmente existen los siguientes Círculos de Innovación en diferentes áreas consideradas como prioritarias en el III PRICIT:

- Biotecnología
- Materiales y tecnologías de la producción
- Medioambiente
- Energía
- Tecnologías de información y comunicaciones
- Microsistemas y nanotecnología
- Agroalimentación

Además, los Círculos de Innovación gestionan 4 grupos de trabajo sectoriales, formados por miembros de la comunidad científica y empresa de la Comunidad de Madrid. Se trata de un espacio de interrelación de alto valor añadido, por sectores industriales estratégicos.

Iberoamérica

A corto plazo, la finalidad del Programa Iberoamérica "I+D+I" es fomentar las relaciones en el ámbito de la innovación entre España y los países iberoamericanos, y de éstos entre sí. A medio plazo el objetivo es conformar una Red de Redes que permita la conexión a todas las empresas e instituciones incluidas en ella con los países y programas relacionados en la Unión Europea.

Red de laboratorios

El servicio madri+d relacionado con la Red de Laboratorios de la Comunidad de Madrid se concreta en:

- Difusión de las capacidades de calibración y ensayo de los miembros de la Red entre las empresas de la Comunidad de Madrid o cualquier otra organización interesada.
- Intercambio de conocimiento para la mejora de la Calidad de los Servicios de los Laboratorios a través de:
 - Publicación de noticias de interés para los Laboratorios.
 - Intercambio de conocimiento a través de Foros virtuales de Calibración y Ensayo.
 - Mejora de los Laboratorios a través de asesoramiento on-line a los laboratorios de la red.

La sección de la Red de Laboratorios es una de las acciones previstas en el Marco de la Línea "Capacidades para la Innovación". Programa 7.2. Red de Laboratorios Acreditados (Artículos 2 c, 18 y 20 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica),

cuyo objeto es favorecer la mejora de la calidad de los laboratorios y su puesta a disposición de las necesidades productiva y sociales de la región.

Sistema de Información Activa (SIA)

El SIA tiene por objetivo distribuir información relacionada con actividades de I+D+I a la comunidad investigadora y empresas de Madrid mediante procedimientos telemáticos a través del correo electrónico. Según el perfil de suscripción determinado a priori por el usuario, mediante áreas tecnológicas y códigos CNAE, se recibe información relacionada con sus intereses y necesidades. Para su dinamismo, el sistema permite que el usuario pueda variar su perfil de suscripción.

El SIA distribuye, a través del correo electrónico, información sobre cuatro grandes áreas de interés en los ámbitos regional, nacional y europeo:

- Oferta y Demanda Tecnológica y Búsqueda de socios
- Convocatorias, Ayudas y Fuentes de Financiación
- Eventos, Jornadas, Cursos y Seminarios
- Legislación y Normativa en materia de Innovación.

IDI responde + Asesorías Telemáticas

Esta iniciativa presenta una doble óptica:

1. Desde la perspectiva de la atención al cliente y la coordinación, el Centro Virtual Sistema madri+d es entendido como un servicio telemático que pone a disposición de los grupos de investigación, empresas y el ciudadano en general un sistema de consultas (buzón madri+d). Objetivos:
 - 1.1. Atender las consultas o peticiones de información y activar los canales de contacto para las respuestas a dichas consultas de manera que todas las peticiones sean respondidas y solucionadas.
 - 1.2. Facilitar la navegación a través de un diseño fácil y ágil, sin errores y conteniendo ayudas, mapas de navegación...
 - 1.3. Que todo usuario quede satisfecho de los servicios de nuestra Web.
2. Servicio de asesoramiento telemático gratuito para PYME sobre aspectos claves de la innovación. El servicio lo prestan importantes consultoras especializadas en las siguientes áreas:
 - 2.1. Fiscalidad de la I+D
 - 2.2. Financiación
 - 2.3. Comercialización y Marketing
 - 2.4. Protección de los Resultados de la Investigación

El servicio se presta a través de la página Web www.madrimasd.org y con un plazo de respuesta de 24 a 48 horas máximo.

Las preguntas realizadas quedan almacenadas en una base de datos para que sirvan de orientación a otros posibles usuarios.

Revista madri+d

El servicio consta de una revista online sobre I+D, publicada mensualmente, además de la publicación en soporte papel de un monográfico de interés cada tres meses. Esta iniciativa se concibe como un elemento básico del sistema, porque permite tener una idea relativamente exacta de la capacidad investigadora y tecnológica de nuestro entorno y compararla con la existente, tanto a nivel nacional como internacional. Además, por su novedad temática, se convierte en un punto de referencia en la red con relación a la I+D.

Oficina madri+d en Bruselas

A través de la ORDEN 880/1999 de 6 de mayo, de la Consejería de Presidencia y de la Consejería de Educación se regula la integración de un Delegado de la Red madri+d en la Unidad de Representación de la Comunidad de Madrid en Bruselas.

El objetivo es promocionar, en el ámbito europeo, la calidad de la investigación, del desarrollo tecnológico y de la innovación que se lleva a cabo desde la Comunidad de Madrid a través de la "imagen de marca" de madri+d y acercar a los miembros del Sistema madri+d a las instituciones europeas, al proceso decisorio y a los diferentes programas comunitarios que pueden ser relevantes para ellos.

Las actividades llevadas a cabo desde la Oficina de la Comunidad de Madrid en Bruselas giran, pues, en torno a tres campos:

- La promoción entre las Instituciones Comunitarias Europeas, especialmente en la Comisión Europea y también ante las Oficinas regionales de otras Comunidades Autónomas españolas, así como de otros Estados miembros de la Unión Europea y con Oficinas de representación de organismos dedicados a la investigación y desarrollo tecnológico con sede en Bruselas.
- La realización de un grupo de actividades de apoyo a la participación en programas comunitarios de las instituciones y empresas madrileñas.
- La gestión de la información que sobre I+D e Innovación se genera en Bruselas.

Buscador madri+d

El buscador madri+d en ciencia y tecnología (www.madrimasd.org/BuscadorMadrimasd) permite el acceso a la información referente a:

- Las diversas bases de datos del sistema madri+d que recogen toda la oferta de conocimiento de la Comunidad de Madrid.
- Todas las universidades, centros públicos de investigación, centros tecnológicos, parques tecnológicos, empresas y museos de ciencia y tecnología, a nivel español, europeo e iberoamericano.

2. INICIATIVAS DE MEJORA.

2.1. Elementos diferenciadores

En cualquier ámbito competitivo son necesarios elementos característicos que permitan la diferenciación de una candidatura y que, en última instancia, son la base de la idea que sustenta la iniciativa.

En este sentido, el Centro Virtual Sistema madri+d presenta los siguientes factores diferenciales relacionados con los criterios del modelo EFQM que se indican a continuación:

- Modelo de gestión en la administración (modelo EFQM criterios 2. Política y Estrategia)
- Modelo innovador dentro de los sistemas regionales (modelo EFQM criterio 8. Resultados en la sociedad)
- Modelo de optimización de recursos (modelo EFQM criterio 4. Alianzas y Recursos)
- Modelo de gestión del conocimiento a escala regional (modelo EFQM criterios 3. Personas y 4. Alianzas y Recursos)
- Modelo de medición de resultados intangibles (modelo EFQM criterio 9. Resultados)

Modelo de gestión en la administración

- Las acciones puestas en marcha no surgen de manera arbitraria, sino que se derivan de un estructurado Plan Estratégico (III Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica –III PRICIT) que se centra en las necesidades detectadas en la región a través del proyecto ERICIT (Estrategia Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica). Este Plan se articula en una serie de líneas de acción perfectamente delimitadas con objetivos claros y con un sistema de seguimiento y mejora continua.
- Detrás del Centro Virtual Sistema madri+d existe un auténtico proceso de planificación estratégica que no es habitual en las unidades de la administración regional en el que participan todos los agentes sociales implicados en los temas de ciencia, tecnología e innovación.
- El planteamiento operativo obedece a un modelo de acción permanentemente orientado a la consecución de resultados.
- La iniciativa busca la integración de capacidades y servicios. El Centro Virtual Sistema madri+d aglutina a 35 organizaciones que avanzan en un frente común de acción regional, y que, generalmente, pasan de una concepción interna de sus actividades a una apertura estratégica, centrada en la colaboración y trabajo en red para sustentar la idea básica de gestión del conocimiento regional.

Modelo de innovación

- En el momento de su puesta en marcha no había ninguna iniciativa similar en el ámbito regional, nacional o europeo. De hecho, el carácter innovador está avalado por la Comisión Europea con su premio de excelencia otorgado a la Comunidad de Madrid en el año 2000. Además, el Centro Virtual Sistema madri+d se convierte en un punto de referencia en materia de innovación, aglutinador, gestor y coordinador de servicios; pasando a ser un potente portal, lugar de encuentro de la investigación e innovación tecnológica con interés tanto en su aspecto académico como empresarial.

Modelo de optimización de recursos

- La gestión de los diferentes servicios se asigna a las organizaciones socias claves (miembros y colaboradores) según sus capacidades, especialización y su compatibilidad con la cultura del proyecto, con lo cual se consigue optimizar el valor que añaden al proyecto, una eficiente distribución y explotación del conocimiento regional. madri+d busca la participación directa en la consecución de sus objetivos de cada uno de los miembros del Sistema y la consolidación o creación de unidades de apoyo a la innovación que, de una manera eficiente, coordinada y descentralizada, favorezcan la difusión del conocimiento y la promoción de la innovación tecnológica, prestando servicios altamente cualificados de información y asesoramiento a los investigadores y empresarios de la región de Madrid.

En este sentido, los objetivos de eficiencia y calidad en los que se articula el Centro Virtual Sistema madri+d se pueden agrupar en las siguientes dos categorías:

Interna:	Externa:
<ul style="list-style-type: none"> – Crear una cultura de servicios en los Centros Públicos de Investigación. – Crear una red coordinación de gestión del conocimiento regional. – Conseguir una mayor optimización de los recursos públicos. – Conocer de forma continua el estado del arte regional en materia de investigación científica e innovación tecnológica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Explotación de los recursos y resultados de investigación. – Mejora de la calidad de los servicios prestados. – Aumento del nivel competitivo de la región. – Mejora del bienestar social.

Los anteriores aspectos diferenciadores se desarrollan teniendo en cuenta las premisas siguientes, base de la cultura de cooperación que facilita el desarrollo del proyecto en un sistema basado en la mejora continúa:

- La aceptación, por parte de los gestores de los servicios, de que el servicio público debe prestarse de manera eficiente y con filosofía de innovación permanente.
- La orientación al cliente de todos los servicios, tanto en su vertiente interna como externa, asentado así una política de continua valoración y análisis.
- La reflexión y el establecimiento de procedimientos de acción claros para la prestación y la coordinación de los diferentes servicios, consensuados, eficientes y de carácter sistemático.
- El intercambio y el enriquecimiento derivado del trabajo en equipo/red.
- El establecimiento de planes de trabajo e indicadores para cada una de las actividades, vinculando tales tareas y cifras a los recursos disponibles y a los objetivos de los servicios.
- La iniciativa está financiada no sólo con fondos regionales, sino que ve aumentada su operatividad con fondos europeos, a través de la participación como coordinador o socio en diferentes proyectos de la Comisión Europea, relacionados con las iniciativas establecidas en el III PRICIT. Además, las alianzas con los propios miembros (socios), les hace involucrase en la co-financiación del proyecto.

El desarrollo anterior permite un continuo análisis y evaluación del estado del arte científico y tecnológico de la región y sus implicaciones en las políticas de desarrollo innovador y mejora continua (calidad).

Modelo de gestión del conocimiento compartido

- madri+d, con su labor coordinadora y metodológica, otorga un valor añadido a la investigación científica e innovación tecnológica regional, siendo los flujos de información y conocimiento manejados por el activo básico del sistema, es decir, se convierte en un sistema de macro-gestión del conocimiento. La información disponible y accesible de las bases de datos (Ver apartado 4) permite que cualquier ciudadano pueda acceder a datos relevantes de las áreas de conocimiento de los centros de excelencia en investigación desarrollo e innovación. Las actividades de cooperación y transferencia realizadas en el seno de madri+d entre empresas y organismos permiten transformar esa información en conocimiento.
- Los recursos aportados por madri+d refuerzan/potencian los grupos de trabajo de las instituciones tanto por el incremento de las plantillas, como por la dotación de medios

técnicos, formativos y de gestión. En este sentido, se podría citar la suscripción a bases de datos como la *British Library*; el uso de la base de datos GesMadrid, metodologías y procedimientos de gestión como los de la red de Centros de Enlace (*IRC Network-transferencia de tecnología*) y la participación en programas europeos como, en su momento, PRIACES que ha permitido a los grupos de trabajo visitar otras regiones europeas (Finlandia, Escocia y Holanda) para conocer de primera mano la experiencia en creación de empresas de base tecnológica.

- Con la aparición de madri+d, el personal de las organizaciones miembro ha asumido papeles de relevancia dentro del sistema regional y ha participado en foros internacionales que les ha permitido intercambiar experiencias con otros grupos, con proyectos europeos, con foros regionales, *workshops* (talleres), ferias, *brokerage events*, *technology transfer days*, etc. En este sentido puede decirse que, sin duda, ha incrementado el conocimiento, la motivación y la polivalencia de las personas involucradas. Gracias a madri+d el personal de las instituciones y las propias organizaciones asumen el proceso de gestión de la innovación como un todo dentro de un sistema regional implicado en un contexto internacional y por tanto con una perspectiva más amplia.
- Uno de los objetivos de madri+d es fomentar el trabajo en equipo y el aprendizaje organizacional mediante la creación de servicios de apoyo a la innovación comunes y compartidos como son los Círculos de Innovación, el Vivero Virtual de Empresas, el Centro de Enlace de Madrid, etc., en los que participan activamente personal de las distintas organizaciones lo que permite compartir, e identificarse con, el éxito del sistema regional madri+d.

Modelo de medición de resultados intangibles

- Todos los programas puestos en marcha disponen de una batería de indicadores, perfectamente definidos, capaces de dar a los gestores un seguimiento y un reflejo fiel de la marcha y evaluación de las actividades, muchas de ellas referidas a valores intangibles.
- Estos indicadores que están en sintonía con programas europeos y han servido de modelo a otras regiones de nuestro entorno, a través de proyectos como los Innovation Relay Centres.

2.2. Ejercicio de Autoevaluación.

En línea con la filosofía de mejora continua, la DGI-CM ha realizado en el verano del 2001 un ejercicio de autoevaluación que permite una interesante reflexión sobre la gestión de las actividades en su conjunto y su potencial de mejora. Los aspectos destacables se reflejan en la tabla adjunta

El compromiso con la calidad lleva a la DGI a poner en marcha acciones que refuerzan las áreas de mejora y optimizan su labor de mejora de la posición competitiva de la economía madrileña y de su tejido empresarial a través de la generación y difusión del conocimiento científico y tecnológico, así como el fomento de la cooperación entre centros de investigación, empresas y administraciones públicas.

Sumario de los resultados del la autoevaluación.

Criterios	Puntos fuertes	Áreas de mejora
1. Liderazgo	Compromiso, accesibilidad y responsabilidad	Acciones sistemáticas formalizadas
2. Política y Estrategia	Proceso reflexionado estratégicamente	Homogeneización de criterios de formulación y seguimiento de contratos programa
3. Personas	Desarrollo de capacidades	Planificación de formación y carreras profesionales
4. Alianzas y Recursos	Optimización y eficiencia de recursos	Necesidad de flexibilidad para incorporar recursos
5. Procesos	Procedimentación incremental y sistemática	Procedimentación total
6. Resultados en los clientes (ciudadanos)	Servicio público eficiente con vocación de mejora continua	Sistematización periódica de la recogida de información sobre satisfacción.
7. Resultados en las personas (miembros-socios)	Autonomía, desarrollo de capacidades	Sistematización periódica de recogida de información sobre satisfacción.
8. Resultados en la sociedad	Nexo investigador-empresa, Competitividad regional, bienestar social	Aumento del carácter de servicio público en los Centros Públicos de Investigación
9. Resultados claves	Objetivos, indicadores, seguimiento	Progresión de los resultados

Fuente: Elaboración propia.

La autoevaluación y las acciones derivadas de la misma confirman de nuevo la existencia de un compromiso claro con la calidad, que se materializa en la implantación incremental y sistemática de herramientas.

3. RESULTADOS.

3.1. Resultados en los clientes

Todos los servicios desarrollados en el ámbito del Centro Virtual Sistema madri+d, y bajo el espíritu de mejora continua que recorre el sistema madri+d, prestan una alta atención al grado de satisfacción del usuario.

Cada iniciativa busca la óptica del cliente en su desarrollo, potenciando la idea de la creación de un producto de valor añadido.

Dentro de los servicios más directos que se prestan en el Centro Virtual Sistema madri+d, esta continua preocupación se constata en la visita o contacto sistemático con el usuario que se realiza una vez prestado un servicio. Como ejemplo, los Círculos de Innovación establecen un feedback permanente con los clientes con el fin de conseguir un producto estratégicamente relevante para la organización.

Para reforzar este cometido se articulan dos líneas de acción que tratan de conocer la opinión del usuario:

1. Cuestionario de opinión existente en la página <http://www.madrimasd.org/>.

2. Cuestionario, que desde algunas de las iniciativas, se envía a los clientes/usuarios de los servicios, con el fin de conocer su grado de satisfacción (ver cuestionario y muestra en el anexo).

Ambas vías, muestran un nivel satisfactorio en el grado de adecuación de los servicios que se prestan dentro del Centro Virtual Sistema madri+d.

Dentro del ánimo de fortalecer los procesos de mejora continua en el servicio público el Sistema madri+d ha considerado utilizar una serie de cuestionarios que le permitan formalizar la corriente de opinión de sus miembros, recursos y usuarios. Entre estos instrumentos se encuentran los que a continuación aparecen.

Cuestionario de opinión Web madri+d

The screenshot shows a web form titled 'Cuestionario de opinión' on the madri+d website. The form includes a header with the madri+d logo and navigation links. The main content area contains the following sections:

- Perfil de Usuario:** Radio buttons for 'Investigador', 'Empresa', 'Estudiante', 'Funcionario', and 'Otros, definir:'.
- ¿Por qué motivo consulta Madri+d?:** Radio buttons for 'Motivos profesionales', 'Tareas de estudiante', 'Interés personal', 'Navegación al azar', and 'Otros, definir:'.
- ¿Con qué frecuencia utiliza Madri+d?:** A dropdown menu labeled 'Seleccione opción'.
- Satisfacción con Madri+d:** A dropdown menu labeled 'Seleccione opción' followed by several questions with dropdown menus:
 - ¿¿Encuentra la información que busca en Madri+d?'
 - ¿Cuál ha sido el grado de utilidad de la información recibida?'
 - ¿Qué le parece la organización de la información en Madri+d?'
 - ¿Qué le parece la presentación (incluido el gráfico) de Madri+d?'
 - ¿Qué le parece la información de Madri+d?'
 - ¿Qué le parece el tiempo de respuesta de las asesorías de Madri+d?'
 - ¿¿Intentará a buscar información aquí?'
- Comentarios:** A dropdown menu labeled 'Seleccione opción' followed by another dropdown menu labeled 'Seleccione opción'.
- Esciba sus comentarios en el espacio siguiente:** A large text input field.
- Correo electrónico:** A text input field.

At the bottom of the form are two buttons: 'Enviar respuesta' and 'Reservar respuesta'.

Encuesta de valoración de la revista madri+d

The screenshot shows a survey form titled 'Encuesta de valoración de la revista madri+d' on the madri+d website. The form includes a header with the madri+d logo and navigation links. The main content area contains the following sections:

- Encuesta:** A large heading.
- Tu Opinión:** A sub-heading.
- Encuesta de valoración de la revista madri+d:** A sub-heading.
- La valoración de cada respuesta de la presente encuesta va en escala de 1 a 5, siendo 1 la estimación mínima y 5 la estimación óptima, en función de los criterios de calidad, satisfacción e interés que usted percibe.**
- 1. ¿Considera interesantes los contenidos publicados en la revista madri+d?'** Radio buttons for 1, 2, 3, 4, 5.
- 2. ¿Estos contenidos se adecúan a sus necesidades y a lo que usted espera recibir de una revista dedicada a la investigación en gestión de la I+D+i?'** Radio buttons for 1, 2, 3, 4, 5.
- 3. ¿Considera oportuno abrir nuevas secciones además de las ya existentes en la revista madri+d?'** Radio buttons for SI and NO.
- Indicar cuáles:** A text input field.
- 4. ¿Propone alguna clase de mejora con el fin de incrementar la calidad de la revista madri+d?'** Radio buttons for SI and NO.
- Indicar cuáles:** A text input field.

At the bottom of the form is a button labeled 'Enviar'.

Encuesta de usuarios del SIA

3.2. Resultados en miembros y recursos

La metodología de acción que sigue madri+d se basa en un planteamiento que valoriza un enfoque de cliente interno y externo. Esta premisa conlleva una mayor implicación de la personas con los objetivos del Centro Virtual Sistema madri+d y por lo tanto, un mejor clima laboral que redundará en la buena marcha de las iniciativas.

El contraste de ideas es continuo debido a la estructura en grupos de trabajo, que permiten una participación alta de los miembros del sistema, además de la consecución de un sentimiento de valorización de la actividad del individuo.

En este sentido, existen dos vías para el fomento del flujo de relación con los miembros de la organización:

1. A través de los cuestionarios que se hacen llegar a las personas responsables de las distintas actividades.
2. A través de la constante participación en los grupos de trabajo.

Por otra parte, la Fundación para el Conocimiento, como coordinadora de servicios de madri+d ha iniciado el proceso de implantación de la norma ISO 9001 que implica la elaboración de cuestionarios a los empleados y que están disponibles.

El seguimiento de las carreras profesionales de las distintas personas que a lo largo del tiempo han formado parte del sistema revela que la mayoría de ellas, se han integrado perfectamente en el Sistema Regional, bien como personal de otras instituciones bien iniciando sus propias empresas. Dentro del Sistema existe por tanto fluidez profesional, expectativas satisfechas así como permanente proceso de formación continua que permite la mejora y capacitación profesional.

3.3. Resultados en la sociedad

El Centro Virtual Sistema madri+d potenciado/sustentado por la red madri+d permite la movilización del ámbito científico en dos direcciones; la primera, desde los centros públicos de investigación hacia el ciudadano; y la segunda, desde el ciudadano hacia la investigación. Además, esta iniciativa, en su despliegue global, pretende incrementar el nivel competitivo regional, y por ende, beneficia al empresariado, el empleo, la economía y el bienestar regional. Concretando, podemos identificar diferentes líneas en las que se demuestra el impacto de madri+d en la sociedad:

- Reconocimientos externos (premios...)

Premio Fundación Universidad-Empresa 2002 al mejor sitio de Internet en temas de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Premio de la Comisión Europea "Award of Excellence for Innovative Regions" 1999 y 2002

La gestión y los objetivos conseguidos hasta la fecha han sido reconocidos a todos los niveles lo que ha permitido aumentar el prestigio de Madrid en relación con la ciencia y la tecnología. Como ejemplo, cabe destacar, por un lado, el reconocimiento como región de excelencia otorgado por la Comisión Europea a la región de Madrid.

Por otro lado, existen regiones nacionales que han recurrido a madri+d para ser asesoradas en sus planteamientos de estrategia regional de innovación.

Gráfico 6: Madrid región de excelencia



Fuente: http://www.cordis.lu/paxis/src/reg_ex.htm

- Empleo

La integración de servicios y la puesta en común de dos ámbitos diferenciados, como son los centros públicos de investigación y las empresas, han favorecido la creación de puestos de trabajo relacionados con la ciencia y la tecnología, dotando a tal disciplina de una mayor oferta y relevancia dentro del mercado laboral. Por otra parte, el desarrollo y gestión de los servicios ha conseguido la creación de una serie de grupos de trabajo que siguen una tendencia incremental en cuanto a recursos dedicados.

- Relación con asociaciones

La promoción de los contactos con empresas ha favorecido la relación con colectivos que aglutinan a grupos de empresas, y que son una puerta de entrada al establecimiento de relaciones con organizaciones. En este sentido, CEIM es uno de los miembros de madri+d que facilita esta labor.

3.4. Resultados clave

En su espíritu de mejora continua y de seguimiento de la estrategia regional, madri+d ha ido incorporando los servicios de forma gradual identificando los miembros del sistema con capacidades para su gestión.

- Evolución de la dotación económica: Distribución de fondos (regionales, nacionales, europeos)

El III Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica, aprobado por el Consejo de Gobierno del día de 10 de junio de 1999, para el período 2000-2003, cuyo objetivo último y fundamental se encuentra en la necesidad de facilitar las condiciones para que la singular capacidad de crear conocimiento que se concentra en la Comunidad de Madrid, incide de manera más directa en el bienestar social bajo los criterios de cooperación y coordinación de todos los agentes sociales implicados en los procesos de investigación e innovación, recoge de manera relevante entre sus instrumentos de gestión el contrato programa, consiguiendo la administración regional que las partes que suscriban dicho contrato sean cofinanciadores del programa y por otra parte co-responsables para lograr los objetivos previamente acordados por ambas partes.

La distribución actual de la financiación muestra el siguiente perfil, a través del cual podemos observar el grado de financiación externa que se ha conseguido a partir de la adecuada gestión.

Gráfico 7: Distribución de la financiación del Centro Virtual Sistema madri+d



4. RESUMEN DE LOS RESULTADOS CLAVES.

4.1. Resultados claves generales

Evolución de servicios madri+d desde 1997

Servicios	1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003							
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
CCII									CIBT-CIMT				CIBT-CIMT-CIMAE-CITIC-CIMN				CIBT-CIMT-CIMAE-CITIC-CIMN-CINER-CIAA															
IRC	Dentro del Consorcio CENO								IRC Madrid																							
VVE													Gestionado por la UCM																			
Formación													Gestionado por la UC3M																			
Iberoamérica									Gestionado por la UA																							
Cultura científica													Gestionado por la DGI																			
Indicadores													Coordinado por la UC3M				Coordinado por la UAM															
Base de Datos	Gestionado por la UPM																															
Revista					Gestionado por la UAM																											
RRHH									Gestionado por la FUE																							
Laboratorios													Gestionado por CETEMA				Gestionado por la DGI															
SIA					Gestionado por la UPM																											
CVIT	Gestionado por la DGI																															
III PRICIT									Coordinado DGI																							
Elaboración IV PRICIT																																

Fuente: Elaboración propia

Miembros y colaboradores de Centro Virtual Sistema madri+d

Concepto	Cantidad
Número de miembros	35
Número de colaboradores	17
Total	52

4.2. Resultados claves de los servicios

- **Apoyo para facilitar la explotación de resultados.**

Existe monitorización del proceso de comercialización de resultados de la investigación (Centro de Enlace) e incluso la posibilidad de recibir financiación por parte de la Dirección General de Investigación. Dicha financiación presenta la distribución que se describe a continuación:

Convocatoria de ayudas a empresas de la Comunidad de Madrid para la realización de proyectos de investigación y desarrollo. Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid

Año	Presupuesto Total Proyectos (miles €)	Cantidad solicitada (miles €)	Cantidad concedida (miles €)
2003	105.892,74	61.517,56	4.399,96
2002	-	-	-
2001	110.291,73	62.679,55	3.906,58
2000	109.696,73	55.076,75	4.044,81
1999	45.412,47	27.249,89	3.750,32
1998	36.842,04	24.563,36	2.987,03
1997	39.871,14	20.236,08	3.161,32

Año	Presentadas	Admitidas	Concedidas
2003	231	204	35
2002	-	-	-
2001	189	180	33
2000	215	198	32
1999	135	127	37
1998	116	116	30
1997	111	109	32

Fuente: Dirección General de Investigación

▪ **Cultura Científica**

Actividades y resultados de cultura científica 2001-2003

Actividades	Resultados
I Feria Madrid por la Ciencia (mayo 2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Pabellón de Convenciones de la Casa de Campo - 4.500 m², 70 stands, 3 teatros, 2 exposiciones. - Duración: 3 día - 43 centros educativos, 80 profesores, 700 alumnos, 10 centros de investigación, 7 museos/centros de difusión científica - Visitantes: 30.000 visitantes. - Página web Madrid por la Ciencia - 1 publicación. - 1 video promocional

Actividades	Resultados
II Feria Madrid por la Ciencia (mayo 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Pabellón 6 del Parque Ferial Juan Carlos I - 8.000 m², 102 stands, 2 exposiciones, teatro, conferencias - Duración: 3 días - 54 reseñas, 30 cuñas radio, 12 cuñas TV, 16 referencias web, mobiliario urbano, mailings, etc. - 57 centros educativos, 14 centros de investigación, 7 universidades, 8 museos y centros de difusión científica, 4 editoriales, 7 entidades privadas, Comunidad de Madrid, Ministerios, Comunidades autónomas. - Personas implicadas: 2.000 alumnos, 180 profesores, 70 investigadores, 90 profesores de universidad, ... - Visitantes: 50.000 visitantes - Página web Madrid por la Ciencia - 1 libro Madrid por la Ciencia (colaboración SM) - 1 Vídeo de la Feria - Evaluación de la Feria
III Feria Madrid por la Ciencia (marzo 2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Pabellón 8 del Parque Ferial Juan Carlos I - 16.200 m², 132 stands, y exposiciones, conferencias, teatro, cine - Duración: 3 días - 61 centros educativos, 16 centros de investigación, 8 universidades, 9 museos y centros de difusión científica, 6 editoriales, 23 entidades privadas, Comunidad de Madrid, Ministerios, Comunidades Autónomas, Ayuntamiento de Madrid. - Personas implicadas: 2.000 alumnos, 200 profesores, 90 investigadores, 96 profesores de universidad,... - Visitantes: 80.000 visitantes - Página web Madrid por la Ciencia - 1 Libro Madrid por la Ciencia - 1 Vídeo Madrid por la Ciencia - Creación y difusión de un cartel informativo (7.000 unidades) - Y creación y difusión de un folleto desplegable. - 306 Creación y difusión de carteles para el mobiliario urbano (Mupis, OPIS) - 42 Columnas de 3,25x 1,20m - Metro de Madrid. 300 Carteles de 0,70x1m - Publicidad en Canal Metro - Cuñas de radio (Onda Cero, La Ser, Cadena COPE y Telemadrid) - Anuncios de prensa escrita: Metro de Madrid y 20 Minutos
IV Feria Madrid por la Ciencia (febrero 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Pabellón 5 Parque Ferial Juan Carlos I - 18.000 m², 145 stands, 3 exposiciones, vídeo, conferencias.. - Duración: 4 días - 60 centros educativos, 18 centros de investigación, 10 universidades, 9 museos y centros de divulgación científica, 25 entidades privadas, 9 editoriales, Comunidad de Madrid, Comunidades autónomas, Ministerios, Ayuntamiento de Madrid... - Personas implicadas: 2.000 alumnos, 190 profesores, 120 profesores universitarios, 90 investigadores,... - Visitantes: 116.303 visitantes - Página web Madrid por la Ciencia - Libro IV Feria Madrid por la Ciencia - 1 DVD de la Feria

Actividades	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de la Feria - Evaluación: Público visitante, entidades participantes - 151.500 ejemplares del folleto de la IV Feria - 17.000 carteles del cartel de la IV Feria - Mobiliario urbano - Vallas de Metro - 25 autobuses EMT - Banderolas Madrid
I Semana de la Ciencia (noviembre 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Organización: Dirección General de Investigación - Duración: 1 semana - 100 entidades, 5 consejerías de la CM, 6 Ministerios, 10 Ayuntamientos, 8 Universidades, 13 Museos, 20 Centros de investigación, 16 empresas, sociedades científicas, fundaciones, ong's,... - Duración: 7 días - Más de 300 - 96 puertas abiertas y visitas guiadas, 92 mesas redondas y conferencias, 21 cursos y talleres, 25 itinerarios didácticos, 49 vídeo, exposiciones premios. - Visitantes: 80.000 visitantes - 1.000.000 de programas encartadazos en los dominicales de 4 periódicos - Carteles de la Semana de la Ciencia - Publicidad en autobuses de la EMT - Carteles Metro Madrid - Banderolas en el Paseo de la Castellana
II Semana de la Ciencia (noviembre 2002)	<ul style="list-style-type: none"> - 130 entidades organizadoras, 240 organizadoras y colaboradoras, 6 consejerías de la CM, 6 Ministerios, 12 Ayuntamientos, 11 Universidades, 9 Museos, 31 Centros de investigación, 17 empresas, 14 sociedades científicas, 19 fundaciones, ong's,... - Duración: 14 días - Actividades:530 - 185 puertas abiertas y visitas guiadas, 191 mesas redondas y conferencias, 55 cursos y talleres, 28 itinerarios didácticos y excursiones, 63 exposiciones, 35 cine, premios y otros. - Visitantes: 150.000 visitantes - Difusión: - 1.000.000 de programas encartadazos en los dominicales de 4 periódicos - Carteles de la Semana de la Ciencia - Publicidad en autobuses de la EMT e interurbanos - Mobiliario urbano - Carteles Metro Madrid - Banderolas en el Paseo de la Castellana - Evaluación de la Semana de la Ciencia - Público asistente: 4.138 personas encuestadas - Entidades participantes: 91% intención de volver a participar - Informes evaluadores
III Semana de la Ciencia (noviembre 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - 245 entidades organizadoras y colaboradoras, 6 consejerías de la CM, 6 Ministerios, 12 Ayuntamientos, 14 Universidades, 10 Museos, 33 Centros de investigación, 21 empresas, 12 sociedades científicas, 17 fundaciones, 5 ong's, 9 colegios profesionales...

Actividades	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> - Personas: 2.000 científicos e investigadores, 3.200 en la gestión - Duración: 14 días - Actividades: 736 - 182 puertas abiertas y visitas guiadas, 326 mesas redondas y conferencias, 116 cursos y talleres, 31 itinerarios didácticos y excursiones, 48 exposiciones, 33 cine, premios y otros. - Visitantes: pendiente dato - 800.000 de programas encartados en los dominicales de 4 periódicos - 105.000 distribuidos - 10.000 Carteles de la Semana de la Ciencia - Publicidad en 100 autobuses de la EMT y 70 interurbanos - Mobiliario urbano - Vallas y carteles Metro Madrid - Evaluación de la III Semana de la Ciencia - 160 actividades evaluadas, 11 evaluadores, colaboración con FECYT
Red de museos y centros de difusión científica	<ul style="list-style-type: none"> - Real Jardín Botánico, Museo Nacional de Ciencias Naturales, Museo del Ferrocarril, Planetario de Madrid, Museo Geominero, Museo Naval-Museo Nacional de Ciencia y Tecnología. - Estudios de público, evaluación de opinión de profesorado, evaluación de opinión del alumnado, estudios de públicos potenciales, estudio y mapa de programas. - Preparación de una web de recursos museísticos de Madrid - Preparación de una campaña de visibilidad
Talleres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciencia y cultura. 23/04/99 2. Museos y Casas de Ciencia. 18/06/99 3. La Ciencia en la escuela y en la calle. 24/09/99 4. Ciencia y participación ciudadana. 21/01/00
Cursos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciencia, opinión pública y participación ciudadana. Cursos de Verano. Julio 2000.
Seminarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Política y gestión de cultura científica en Europa. Noviembre 2001.
Publicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ● 4 libros
Materiales editados	<ul style="list-style-type: none"> ● 16 publicaciones

▪ **Centro de Enlace**

Resultados del IRC 2000-2003 por indicadores

Indicadores del Centro de Enlace (IRC, Innovation Relay Centre)	2000	2001	2002	2003	TOTAL
Número de empresas visitadas	100	145	62	62	369
Número de empresas auditadas	89	93	52	53	287
Número de grupos de investigación auditados por cada oferta tecnológica tramitada	185	244	250	113	792
Número de ofertas y demandas difundidas en Europa	148	195	200	90	633
Número de comercializaciones en curso	7	8	6	11	32
Número de contratos de transferencias realizados	17	16	11	4	48
Número de ofertas y demandas europeas distribuidas	911	949	1025	518	2492

▪ **Vivero Virtual de Empresas (VVE)**

Resultados del VVE 2000-2003 por indicadores

Indicadores de la sección Vivero Virtual de Empresas	2000-2003
Programas formativos para emprendedores	8
Número de participantes en el curso de emprendedores	133
Programas formativos para facilitadores	4
Número de participantes en el curso de facilitadores	49
Revisión de ideas de potenciales emprendedores	172
Estudios de viabilidad	3
Tutorización de planes de negocios	149
Jornadas de sensibilización	43
Encuentro Internacional de experiencias en creación de EIBT	3
Número de participantes en los encuentros	220
Número de planes de empresa entregados	112
Número de empresas constituidas	44

▪ **Recursos Humanos**

Resultados de Recursos Humanos por indicadores

Indicadores de Recursos Humanos	Hasta noviembre 2003
Número de perfiles existentes (doctores, técnicos e investigadores)	3093
Número de ofertas enviadas	918

▪ **Círculos de Innovación**

Resultados de Círculos de Innovación por indicadores

Indicadores de Círculos de Innovación	Hasta noviembre 2003
Asociaciones contactadas	22
Empresas incorporadas	75
Investigadores incorporados	550
Servicios de Vigilancia Tecnológica	195

▪ **Red de Laboratorios**

Resultados de Red de Laboratorios por indicadores

Indicadores de Red de Laboratorios	Acumulado hasta 13/11/2003
Número de laboratorios	96
Número de servicios de ensayo registrados	284
Número de servicios de calibración registrados	84
Número de expertos registrados	452

▪ **Servicio de Información Activa (SIA)**

Resultados de SIA por indicadores

Indicadores de SIA	1999	2000	2001	2002	2003
Número de investigadores	490	2388	5785	7563	8581
Número de empresas	0	242	325	591	839
Número de doctores	0	394	650	1707	2765
Número de usuarios totales del sistema	490	3024	6760	9861	12185
Número de informaciones difundidas	90	735	1027	2034	2848

Indicadores de SIA	1999	2000	2001	2002	2003
Número de colaboraciones establecidas	-	94	251	1004	1258
Número de encuesta de calidad SIA	-	-	-	-	121

▪ **IDI Responde/Asesoría**

Resultados de IDI Responde por indicadores

Indicadores de IDI Responde	Resultados
Número de consultas	351
Ratio de respuesta	100%

Resultados de Asesoría por indicadores

Indicadores de Asesoría	Resultados
Número de consultas	831
Ratio de respuesta	100%

▪ **Revista madri+d**

Resultados de Revista madri+d por indicadores

Indicadores de Revista madri+d	Resultados
Número de ejemplares difundidos	14400
Número de monográficos	8
Número de foros	28

▪ **Oficina madri+d en Bruselas**

Resultados de Oficina madri+d en Bruselas por actividades

Actividades	Resultados
Gestión de la información de interés para la IDT de la CM que se genera en el ámbito comunitario	Envío de 57 convocatorias al mes de las series S y C del DOCE (por SIA) Envío 624 convocatorias al SIA Mantenimiento de la sección web de la Oficina en la página madri+d Envío de un promedio de 9 noticias breves sobre asuntos europeos para la página madri+d Asistencia a seminarios y reuniones (79 en total) Participaciones en la revista madri+d
Promoción de la actividad de IDT madrileña y de la red madri+d y sus actividades	Enlace en CORDIS, SOST, Oficina de la Comunidad de Madrid en Bruselas Enlace con el III PRICIT en la página de IRC-IRE

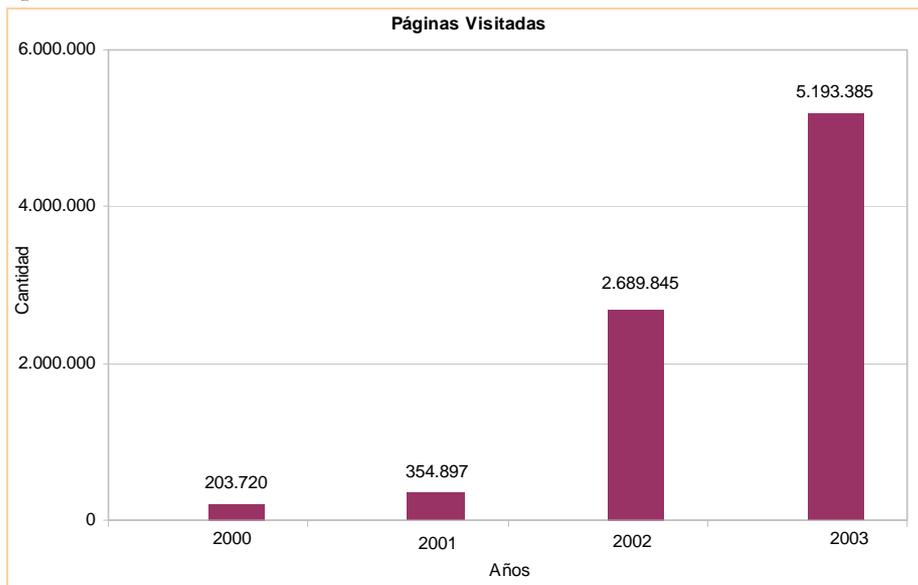
Actividades	Resultados
	Difusión en revistas especializadas Difusión de 13 publicaciones madri+d Difusión del Centro Virtual Sistema madri+d Difusión en Revista madri+d (bimensual)
Fomentar y facilitar la participación en programas comunitarios de las empresas e instituciones miembros del sistema madri+d	Organización de 2 seminarios de formación Búsquedas de socios para proyectos transnacionales 126 en 2003 Asesoría telemática personalizada y respuesta a consultas: 184 solicitudes contestadas Servicio de ubicación de áreas de investigación en programas comunitarios: 35 en 2003

▪ **Centro Virtual Sistema madri+d**

Indicadores Centro Virtual Sistema madri+d registrados

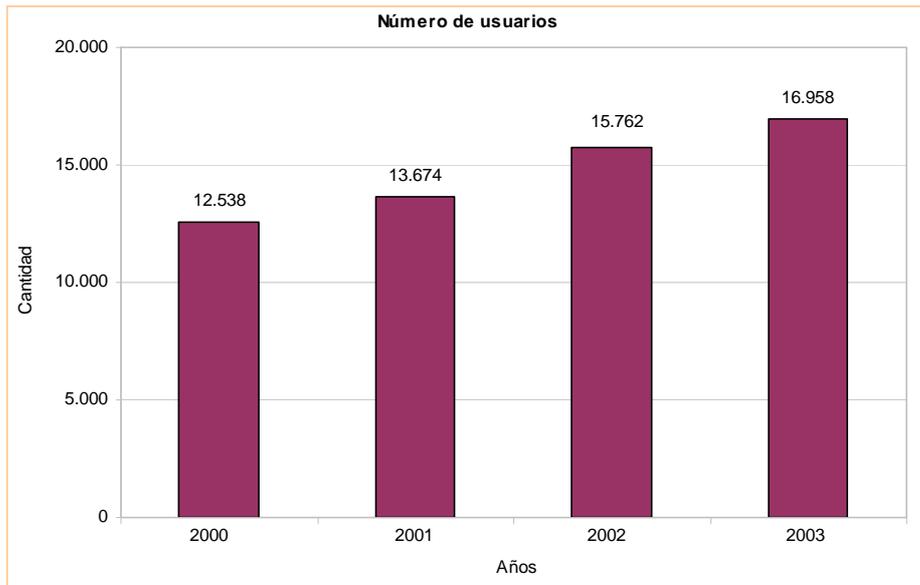
Indicadores Centro Virtual Sistema madri+d registrados	2000	2001	2002	2003
Páginas visitadas	203720	354897	2689845	5193385
Número de usuarios	12538	13674	15762	16958
Documentos descargados	37625	69484	152588	457150
Encuesta opinión usuarios	-	-	41	29

Páginas visitadas en el Centro Virtual Sistema madri+d



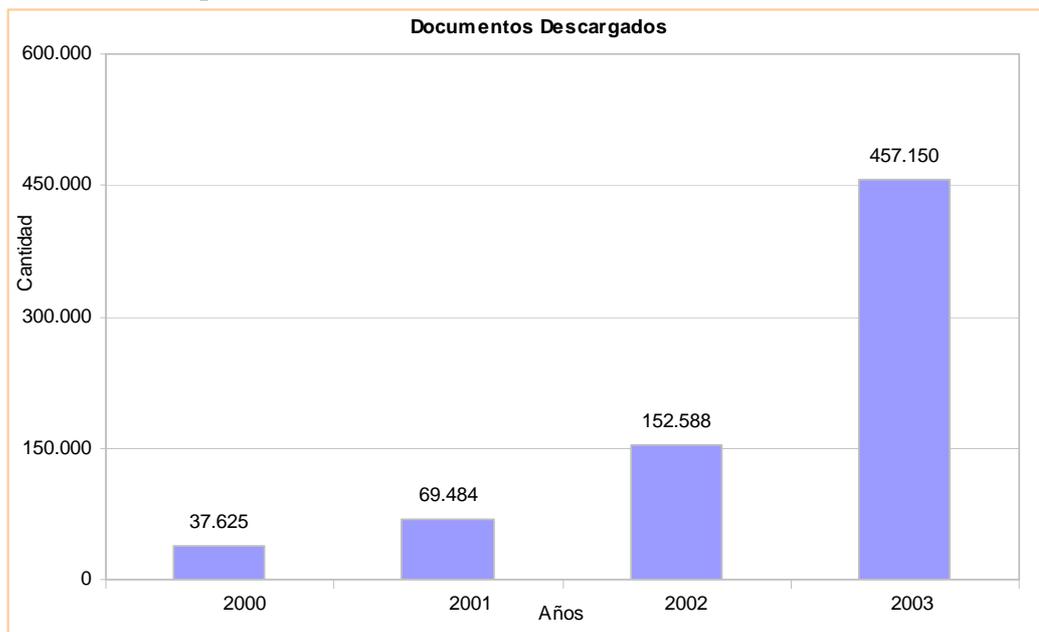
Fuente: Elaboración propia

Usuarios del Centro Virtual Sistema madri+d



Fuente: Elaboración propia

Documentos descargados del Centro Virtual Sistema madri+d



Fuente: Elaboración propia

I. Anexo

a. Miembros de madri+d

La siguiente tabla recoge a todos los miembros de madri+d con sus respectivos acrónimos y direcciones de Internet.

Miembros de madri+d

Miembros de madri+d	Acrónimos	Dirección Web
Asociación para la Investigación y el Desarrollo Industrial de los Recursos Naturales	AITEMIN	http://www.aitemin.es/
Asociación Nacional de Industrias Electrónicas y de Telecomunicaciones	ANIEL	http://www.aniel.es/
Agencia "Pedro Laín Entralgo" Consejería de Sanidad de la CM	AGENCIA LAIN ENTRALGO	http://www.madrid.org/lainentralgo
Asociación Española de Bioempresas	ASEBIO	http://www.asebio.com
Asociación Multisectorial de Empresas Españolas de Electrónica y Comunicaciones	ASIMELEC	http://www.asimelec.es/
Asociación Española de Constructores de Material Aeroespacial	ATECMA	http://www.atecma.org
Cámara de Comercio de Madrid	COCIM	http://www.camaramadrid.es/
Centro de Estudios y experimentación de Obras Públicas	CEDEX	http://www.cedex.es/
Confederación Empresarial de Madrid-CEOE	CEIM	http://www.ceim.es/
Centro Español de Metrología	CEM	http://www.cem.es/
Confederación Española de Organizaciones de Panadería	CEOPAN	http://www.ceopan.es/
Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas	CIEMAT	http://www.ciemat.es/
Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas	CNIO	http://www.cnio.es/
Consejo Superior de Investigaciones Científicas	CSIC	http://www.csic.es/
Federación Empresarial de la Industria Química Española	FEIQUE	http://www.feique.org/
Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria	FENIN	http://www.fenin.org/
Federación de Municipios de Madrid	FMM	http://fmmadrid.com/cdt
Fundación Universidad-Empresa	FUE	http://www.fue.es/
Instituto Geológico y Minero de España	IGME	http://www.igme.es/
Instituto Madrileño de Investigación Agraria y Alimentaria	IMIA	http://www.imianet.org/
Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria	INIA	http://www.inia.es/
Instituto Nacional de Técnica Aeroespacial	INTA	http://www.inta.es/

Miembros de mabri+d	Acrónimos	Dirección Web
Instituto de Salud Carlos III	ISCIII	http://www.isciii.es/
Asociación Española de Fabricantes de Equipos	SERNAUTO	http://www.sernauto.es/
Universidad San Pablo	USP-CEU	http://www.ceu.es/
Universidad de Alcalá	UAH	http://www.uah.es/
Universidad Autónoma de Madrid	UAM	http://www.uam.es/
Universidad Carlos III de Madrid	UC3M	http://www.uc3m.es/
Universidad Complutense de Madrid	UCM	http://www.ucm.es/
Universidad Europea de Madrid	UEM	http://www.uem.es/
Universidad Nacional de Educación a Distancia	UNED	http://www.uned.es/
Universidad Antonio de Nebrija	UNNE	http://www.nebrija.com/
Universidad Pontificia Comillas de Madrid	UPCO	http://www.upco.es/
Universidad Politécnica de Madrid	UPM	http://www.upm.es/
Universidad Rey Juan Carlos	URJC	http://www.urjc.es/

b. Entidades colaboradoras de mabri+d

mabri+d cuenta además con la colaboración de una serie de entidades públicas y privadas especializadas en gestión de la innovación y vinculadas al sistema para el desarrollo de actividades. Estas entidades son las que aparecen en la siguiente tabla.

Entidades colaboradoras de mabri+d	Acrónimos	Dirección Web
Auren Auditores, Consultores, Asesores, S.A.	AUREN	http://www.auren.es/
Fundación COTEC para la innovación tecnológica	COTEC	http://www.cotec.es/
Fundación Empresa-Universidad. U. de Alicante	FUNDEUN	http://www.fundeun.ua.es/
ABRIL Abogados, S.L.	ABRIL	http://www.abrilabogados.com/
IALE Tecnología	IALE	http://www.iale.es/
Instituto Andaluz de Tecnología	IAT	http://www.iat.es/
Instituto Español de Comercio Exterior	ICEX	http://www.icex.es/
Investigación, Desarrollo y Transferencia Tecnológica	IDETRA	http://www.idetra.com/
Instituto Kaizen	Kaizen	http://www.kaizen.org/
Seniors Españoles para la Cooperación Técnica	SECOT	http://www.secot.org/
SOCINTEC	SOCINTEC	http://www.socintec.es/
Grupo SCA	Grupo SCA	http://www.gruposca.es/
Agencia de acreditación en I+D+I	AIDIT	http://www.e-aidit.com/
Asesoría fiscal en I+D+i	Asesoría IDI	http://www.asesoria-imasdmasi.com/
AENOR	AENOR	http://www.aenor.es/
CDTI, Iniciativa NEOTEC	CDTI	http://www.neotec.cdti.es/
Fundación-Biodiversidad	FUNBIO	http://www.fundacion-biodiversidad.es/index.html

c. Socios europeos de madri+d

A continuación aparece un gráfico que recoge a todos los socios europeos de madri+d.

Socios europeos de madri+d



Fuente: Elaboración propia

madri+d

CENTRO VIRTUAL madri+d

www.madrimasd.org

"La difusión telemática del conocimiento: cooperar para competir"

**CANDIDATURA AL PREMIO DE CALIDAD DE
LOS SERVICIOS DE LA COMUNIDAD DE
MADRID**

DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Noviembre 2003

1	Presentación	6
1.1	Elementos diferenciadores	6
1.1.1	Modelo de gestión en la administración	6
1.1.2	Modelo de innovación.....	6
1.1.3	Modelo de optimización de recursos	7
1.1.4	Modelo de gestión del conocimiento compartido	8
1.1.5	Modelo de medición de resultados intangibles.....	8
1.2	Datos de la unidad candidata	9
1.3	Datos del proyecto presentado: Centro virtual sistema madri+d, gestión del conocimiento regional.....	10
1.4	Justificación de la presentación al premio de calidad de los servicios.....	14
1.4.1	Elementos operativos	15
1.4.1.1	Planificación	15
1.4.1.2	Implantación	16
1.4.1.3	Compromiso de la Dirección.....	16
1.4.2	Dos piezas básicas: La orientación al cliente y el clima laboral	16
1.4.2.1	Orientación al cliente	16
1.4.2.2	Clima laboral: Desarrollo e implicación de los trabajadores	17
2	Desarrollo de los criterios de calidad: Criterios agentes	17
2.1	Criterio 1 modelo EFQM: Liderazgo	17
2.1.1	A través de la difusión	17
2.1.2	A través de la accesibilidad	18
2.1.3	A través del reconocimiento	18
2.1.4	La diseminación.....	19
2.2	Criterio 2 modelo EFQM: Política y estrategia	20
2.2.1	Formulación de los planes y estrategia basados en información relevante	20
2.2.1.1	El Centro Virtual Sistema madri+d y la misión de la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid	20
2.2.1.2	El proceso de planificación estratégica que da cobertura al proyecto centro virtual sistema madri+d	21
2.2.1.2.1	Entradas al proceso	23
2.2.1.2.2	Salidas del proceso: III Plan regional de investigación científica e innovación tecnológica	24
2.2.1.2.3	Participantes en el proceso	24
2.2.1.3	Objetivos del III Plan regional de investigación científica e innovación tecnológica	26
2.2.2	Sistema de comunicación e implantación de la estrategia y los planes.....	28
2.2.2.1	La marca madri+d.....	28

2.2.2.2	Difusión de resultados y buenas prácticas	30
2.2.2.3	Sistema de diagnóstico y apoyo	31
2.2.3	Sistema de actualización y de mejora de las estrategias y los planes	32
2.2.4	Optimización del proceso por medio del Proceso de Auto-evaluación	33
2.2.5	Elaboración del IV PRICIT.....	34
2.3	Criterio 3 modelo EFQM: Personas	36
2.3.1	Planificación, gestión y mejora	36
2.3.1.1	Funcionario.....	36
2.3.1.2	Contratado.....	36
2.3.1.3	Vinculados a proyecto a través de organizaciones privadas. Asistencias técnicas.....	37
2.3.2	Implicación y asunción de las responsabilidades.....	37
2.3.3	Diálogo entre las personas y la organización.....	37
2.4	Criterio 4 Modelo EFQM: Alianzas/colaboradores y recursos.....	37
2.4.1	Gestión de alianzas	37
2.4.1.1	Colaboración-alianzas con miembros del sistema madri+d	37
2.4.1.2	Relaciones de socio con organizaciones internacionales	39
	Socios europeos de madri+d.....	45
2.4.2	Gestión de los recursos económicos.....	45
2.4.3	Gestión recursos informáticos	45
2.4.4	Proceso de gestión del conocimiento.....	46
2.5	Criterio 5 modelo EFQM: Procesos.....	51
2.5.1	Definición de los procesos asociados a la prestación de los servicios	51
2.5.2	Servicios y procesos orientados al cliente.....	51
2.5.3	Relación de servicios del centro virtual sistema madri+d.....	52
2.5.3.1	Cultura Científica	52
2.5.3.2	Centro de Enlace	53
2.5.3.3	Vivero Virtual de Empresas (VVE).....	53
2.5.3.4	Recursos Humanos	54
2.5.3.5	Círculos de Innovación	55
2.5.3.6	Iberoamérica.....	55
2.5.3.7	Red de laboratorios	56
2.5.3.8	Indicadores bibliométricos	56
2.5.3.9	Sistema de Información Activa (SIA).....	56
2.5.3.10	IDI responde + Asesorías Telemáticas.....	57
2.5.3.11	Revista madri+d.....	57
2.5.3.12	Oficina madri+d en Bruselas	58
2.5.3.13	Bases de Datos	58

2.5.3.14	Buscador madri+d	59
2.5.4	Gestión de los procesos e indicadores de seguimiento	59
2.5.4.1	Cultura Científica	59
2.5.4.2	Centro de Enlace	59
2.5.4.3	Vivero Virtual de Empresas	60
2.5.4.4	Recursos Humanos	60
2.5.4.5	Círculos de Innovación	61
2.5.4.6	Iberoamérica.....	61
2.5.4.7	Red de Laboratorios	62
2.5.4.8	Indicadores bibliométricos	62
2.5.4.9	Sistema de Información Activa	63
2.5.4.10	IDI responde + Asesorías Telemáticas.....	63
2.5.4.11	Revista madri+d.....	63
2.5.4.12	Oficina madri+d en Bruselas	63
2.5.4.13	Bases de Datos	64
3	Desarrollo de los criterios de calidad: Criterios resultados	64
3.1	Criterio 6 modelo EFQM: Resultado en los clientes.....	65
Cuestionario de opinión Web madri+d	66	
Encuesta de valoración de la revista madri+d	67	
Encuesta de usuarios del SIA	68	
3.2	Criterio 7 modelo EFQM: Resultados en miembros y recursos	68
3.3	Criterio 8 modelo EFQM: Resultados en la sociedad	69
3.4	Criterio 9 modelo EFQM: Resultados clave	71
3.4.1	Resultados claves generales.....	72
3.4.2	Resultados claves de los servicios.....	72
3.4.2.1	Cultura Científica	72
3.4.2.1.1	Actividades y resultados de cultura científica	72
3.4.2.2	Centro de Enlace	78
3.4.2.2.1	Resultados del Centro de Enlace (IRC).....	78
3.4.2.3	Vivero Virtual de Empresas (VVE).....	78
3.4.2.3.1	Resultados del VVE 2000-2003.....	78
3.4.2.3.2	Empresas Creadas VVE	79
3.4.2.4	Recursos Humanos	80
3.4.2.4.1	Resultados de Recursos Humanos	80
3.4.2.5	Círculos de Innovación	80
3.4.2.5.1	Resultados de Círculos de Innovación	80
3.4.2.6	Iberoamérica.....	80

3.4.2.7	Red de Laboratorios	80
3.4.2.7.1	Resultados de Red de Laboratorios	80
3.4.2.8	Servicio de Información Activa (SIA)	81
3.4.2.8.1	Resultados de SIA	81
3.4.2.9	IDI Responde/Asesoría.....	81
3.4.2.9.1	Resultados de IDI Responde.....	81
3.4.2.9.2	Resultados de Asesoría.....	81
3.4.2.10	Revista madri+d.....	81
3.4.2.10.1	Resultados de Revista madri+d.....	81
3.4.2.11	Oficina madri+d en Bruselas	82
3.4.2.11.1	Resultados de Oficina madri+d en Bruselas.....	82
3.4.2.12	Centro Virtual Sistema madri+d.....	83
3.4.2.12.1	Resultados de Centro Virtual Sistema madri+d.....	83
4	Anexo	85
4.1	Miembros de madri+d.....	85
4.2	Entidades colaboradoras de madri+d.....	86
4.3	Socios europeos de madri+d.....	87
4.4	Líneas del III PRICIT	88
4.4.1	Línea 1 Promoción de la I+D Pública	88
4.4.2	Línea 2 Promoción de la I+D Empresarial.....	88
4.4.3	Línea 3. Formación y Movilidad.....	88
4.4.4	Línea 4. Cultura Científica	88
4.4.5	Línea 5. Valorización de la Oferta Científico-tecnológica.....	89
4.4.6	Línea 6. Servicios de Ayuda a la Innovación.....	89
4.4.7	Línea 8. Relación con otras Políticas Públicas de I+D.....	89
4.4.8	Línea 9. Programas de Apoyo.....	90

1 Presentación

1.1 Elementos diferenciadores

En cualquier ámbito competitivo son necesarios elementos característicos que permitan la diferenciación de una candidatura y que, en última instancia, son la base de la idea que sustenta la iniciativa.

En este sentido, el Centro Virtual Sistema madri+d presenta los siguientes factores diferenciales relacionados con los criterios del modelo EFQM que se indican a continuación:

- Modelo de gestión en la administración (modelo EFQM criterios 2. Política y Estrategia)
- Modelo innovador dentro de los sistemas regionales (modelo EFQM criterio 8. Resultados en la sociedad)
- Modelo de optimización de recursos (modelo EFQM criterio 4. Alianzas y Recursos)
- Modelo de gestión del conocimiento a escala regional (modelo EFQM criterios 3. Personas y 4. Alianzas y Recursos)
- Modelo de medición de resultados intangibles (modelo EFQM criterio 9. Resultados)

1.1.1 Modelo de gestión en la administración

- Las acciones puestas en marcha no surgen de manera arbitraria, sino que se derivan de un estructurado Plan Estratégico (III Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica –III PRICIT) que se centra en las necesidades detectadas en la región a través del proyecto ERICIT (Estrategia Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica). Este Plan se articula en una serie de líneas de acción perfectamente delimitadas con objetivos claros y con un sistema de seguimiento y mejora continua.
- Detrás del Centro Virtual Sistema madri+d existe un auténtico proceso de planificación estratégica que no es habitual en las unidades de la administración regional en el que participan todos los agentes sociales implicados en los temas de ciencia, tecnología e innovación.
- El planteamiento operativo obedece a un modelo de acción permanentemente orientado a la consecución de resultados.
- La iniciativa busca la integración de capacidades y servicios. El Centro Virtual Sistema madri+d aglutina a 35 organizaciones que avanzan en un frente común de acción regional, y que, generalmente, pasan de una concepción interna de sus actividades a una apertura estratégica, centrada en la colaboración y trabajo en red para sustentar la idea básica de gestión del conocimiento regional.

1.1.2 Modelo de innovación

- En el momento de su puesta en marcha no había ninguna iniciativa similar en el ámbito regional, nacional o europeo. De hecho, el carácter innovador está avalado por la Comisión Europea con su premio de excelencia otorgado a la Comunidad de Madrid en el año 2000. Además, el Centro Virtual Sistema madri+d se convierte en un punto de referencia en materia de innovación, aglutinador, gestor y coordinador de servicios; pasando a ser un potente portal, lugar de encuentro de

la investigación e innovación tecnológica con interés tanto en su aspecto académico como empresarial.

1.1.3 Modelo de optimización de recursos

- La gestión de los diferentes servicios se asigna a las organizaciones socias claves (miembros y colaboradores) según sus capacidades, especialización y su compatibilidad con la cultura del proyecto, con lo cual se consigue optimizar el valor que añaden al proyecto, una eficiente distribución y explotación del conocimiento regional. madri+d busca la participación directa en la consecución de sus objetivos de cada uno de los miembros del Sistema y la consolidación o creación de unidades de apoyo a la innovación que, de una manera eficiente, coordinada y descentralizada, favorezcan la difusión del conocimiento y la promoción de la innovación tecnológica, prestando servicios altamente cualificados de información y asesoramiento a los investigadores y empresarios de la región de Madrid.

En este sentido, los objetivos de eficiencia y calidad en los que se articula el Centro Virtual Sistema madri+d se pueden agrupar en las siguientes dos categorías:

Interna:	Externa:
<ul style="list-style-type: none"> – Crear una cultura de servicios en los Centros Públicos de Investigación. – Crear una red coordinación de gestión del conocimiento regional. – Conseguir una mayor optimización de los recursos públicos. – Conocer de forma continua el estado del arte regional en materia de investigación científica e innovación tecnológica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Explotación de los recursos y resultados de investigación. – Mejora de la calidad de los servicios prestados. – Aumento del nivel competitivo de la región. – Mejora del bienestar social.

Los anteriores aspectos diferenciadores se desarrollan teniendo en cuenta las premisas siguientes, base de la cultura de cooperación que facilita el desarrollo del proyecto en un sistema basado en la mejora continua:

- La aceptación, por parte de los gestores de los servicios, de que el servicio público debe prestarse de manera eficiente y con filosofía de innovación permanente.
- La orientación al cliente de todos los servicios, tanto en su vertiente interna como externa, asentado así una política de continua valoración y análisis.
- La reflexión y el establecimiento de procedimientos de acción claros para la prestación y la coordinación de los diferentes servicios, consensuados, eficientes y de carácter sistemático.
- El intercambio y el enriquecimiento derivado del trabajo en equipo/red.
- El establecimiento de planes de trabajo e indicadores para cada una de las actividades, vinculando tales tareas y cifras a los recursos disponibles y a los objetivos de los servicios.
- La iniciativa está financiada no sólo con fondos regionales, sino que ve aumentada su operatividad con fondos europeos, a través de la participación como coordinador o socio en diferentes proyectos de la Comisión Europea, relacionados con las iniciativas establecidas en el III PRICIT. Además, las alianzas con los propios miembros (socios), les hace involucrase en la co-financiación del proyecto.

El desarrollo anterior permite un continuo análisis y evaluación del estado del arte científico y tecnológico de la región y sus implicaciones en las políticas de desarrollo innovador y mejora continua (calidad).

1.1.4 Modelo de gestión del conocimiento compartido

- madri+d, con su labor coordinadora y metodológica, otorga un valor añadido a la investigación científica e innovación tecnológica regional, siendo los flujos de información y conocimiento manejados por el activo básico del sistema, es decir, se convierte en un sistema de macro-gestión del conocimiento. La información disponible y accesible de las bases de datos (Ver apartado 4) permite que cualquier ciudadano pueda acceder a datos relevantes de las áreas de conocimiento de los centros de excelencia en investigación desarrollo e innovación. Las actividades de cooperación y transferencia realizadas en el seno de madri+d entre empresas y organismos permiten transformar esa información en conocimiento.
- Los recursos aportados por madri+d refuerzan/potencian los grupos de trabajo de las instituciones tanto por el incremento de las plantillas, como por la dotación de medios técnicos, formativos y de gestión. En este sentido, se podría citar la suscripción a bases de datos como la *British Library*, el uso de la base de datos GesMadrid, metodologías y procedimientos de gestión como los de la red de Centros de Enlace (*IRC Network*- transferencia de tecnología) y la participación en programas europeos como, en su momento, PRIACES que ha permitido a los grupos de trabajo visitar otras regiones europeas (Finlandia, Escocia y Holanda) para conocer de primera mano la experiencia en creación de empresas de base tecnológica.
- Con la aparición de madri+d, el personal de las organizaciones miembro ha asumido papeles de relevancia dentro del sistema regional y ha participado en foros internacionales que les ha permitido intercambiar experiencias con otros grupos, con proyectos europeos, con foros regionales, *workshops* (talleres), ferias, *brokerage events*, *technology transfer days*, etc. En este sentido puede decirse que, sin duda, ha incrementado el conocimiento, la motivación y la polivalencia de las personas involucradas. Gracias a madri+d el personal de las instituciones y las propias organizaciones asumen el proceso de gestión de la innovación como un todo dentro de un sistema regional implicado en un contexto internacional y por tanto con una perspectiva más amplia.
- Uno de los objetivos de madri+d es fomentar el trabajo en equipo y el aprendizaje organizacional mediante la creación de servicios de apoyo a la innovación comunes y compartidos como son los Círculos de Innovación, el Vivero Virtual de Empresas, el Centro de Enlace de Madrid, etc., en los que participan activamente personal de las distintas organizaciones lo que permite compartir, e identificarse con, el éxito del sistema regional madri+d.

1.1.5 Modelo de medición de resultados intangibles

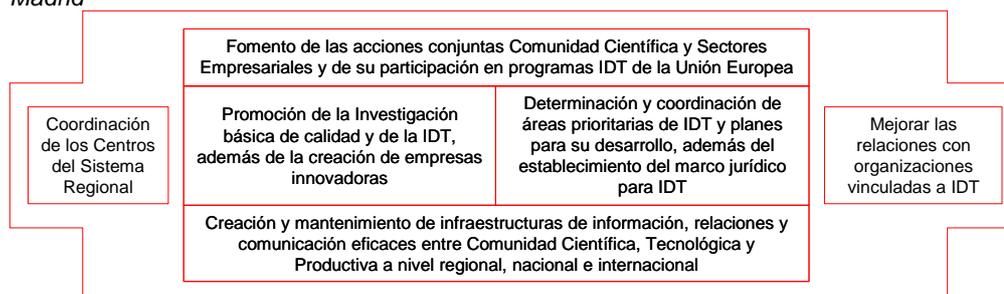
- Todos los programas puestos en marcha disponen de una batería de indicadores, perfectamente definidos, capaces de dar a los gestores un seguimiento y un reflejo fiel de la marcha y evaluación de las actividades, muchas de ellas referidas a valores intangibles.
- Estos indicadores que están en sintonía con programas europeos y han servido de modelo a otras regiones de nuestro entorno, a través de proyectos como los Innovation Relay Centres.

1.2 Datos de la unidad candidata

Según las competencias atribuidas por ley, le corresponde a la Dirección General de Investigación (ver Gráfico 1) el ejercicio de las funciones de fomento y coordinación de las actividades de investigación de la Comunidad de Madrid y en concreto las siguientes tareas:

- a) La planificación y ejecución de la política de investigación y desarrollo tecnológico de la Comunidad de Madrid en coordinación con las restantes Consejerías, de acuerdo con las directrices de la Comisión Interdepartamental de Ciencia y Tecnología.
- b) El estímulo de la innovación tecnológica en la Comunidad de Madrid incentivando las acciones de investigación y desarrollo que comporten actuaciones conjuntas de la comunidad científica y los sectores empresariales.
- c) El fomento de la investigación básica de calidad y aquella que se desarrolle en áreas de interés económico, social y cultural para la Comunidad de Madrid.
- d) El impulso a la formación de investigadores en las áreas de conocimiento determinadas por la política de investigación científica y desarrollo tecnológico de la Comunidad de Madrid.
- e) La propuesta del marco jurídico que desarrolle las competencias que en materia de investigación y desarrollo tecnológico corresponden a la Comunidad de Madrid.
- f) La coordinación con las Universidades y Centros de Investigación de la Comunidad de Madrid para el establecimiento de programas y actuaciones que respondan a las necesidades sociales y económicas de la región.
- g) La coordinación de actuaciones en materia de investigación científica y desarrollo tecnológico con aquellas que se lleven a cabo en entidades de carácter local, nacional e internacional y que afecten a necesidades o intereses de la Comunidad de Madrid.
- h) El establecimiento de las relaciones que correspondan con fundaciones y asociaciones vinculadas a tareas de investigación y desarrollo.
- i) La creación y mantenimiento de una infraestructura de información, relaciones y comunicaciones eficaces entre las comunidades científica, tecnológica y productiva.
- j) La propuesta de creación o supresión de centros de investigación propios o adscritos a la Comunidad de Madrid.
- k) La elaboración de los planes que correspondan a la política de investigación y desarrollo de la Comunidad de Madrid, la gestión de las actividades relacionadas, el seguimiento y evaluación de sus resultados.

Gráfico 1: Esquema de competencias de la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid



Fuente: Elaboración propia

1.3 Datos del proyecto presentado: Centro virtual sistema madri+d, gestión del conocimiento regional

El Centro Virtual Sistema madri+d está gestionado por la Dirección General de Investigación desde su estructura apoyada en el Sistema Regional de Información y Promoción Tecnológica madri+d.

Este sistema es una red de centros públicos de investigación y entidades privadas sin ánimo de lucro vinculadas a la innovación tecnológica y promovidas por la Comunidad de Madrid dentro del Programa Marco de la Unión Europea. Este Sistema es una herramienta clave dentro del PRICIT, III Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica (2000-2003).

madri+d pretende mejorar la posición competitiva de la economía madrileña y de su tejido empresarial a través de la generación y difusión del conocimiento científico y tecnológico, así como fomentar la cooperación entre centros de investigación, empresas y administraciones públicas.

madri+d busca la participación directa de cada uno de los miembros del Sistema en la consecución de sus objetivos y la consolidación o la creación de unidades de apoyo a la innovación que, de una manera eficiente, coordinada y descentralizada, favorezcan la difusión del conocimiento y la promoción de la innovación tecnológica, prestando servicios altamente cualificados de información y asesoramiento a los investigadores y empresarios de la región de Madrid.

Los objetivos que madri+d persigue son los siguientes:

- Promover actitudes innovadoras en la sociedad madrileña.
- Difundir actividades realizadas por universidades, centros públicos de investigación y empresas madrileñas en el ámbito de la innovación
- Fomentar la cooperación de manera especial, entre las universidades y los centros públicos de investigación y, entre las administraciones públicas y las empresas, fundamentalmente pequeñas y medianas
- Incrementar la inversión privada y la explotación de los recursos públicos en investigación y desarrollo tecnológico

Los principios de acción de esta iniciativa son los que aparecen a continuación:

- Conocimiento y difusión de la oferta científico-tecnológica de la Comunidad de Madrid.
- Creación y coordinación de capacidades en el Sistema Regional de Innovación.
- Información y asesoramiento sobre demandas de innovación tecnológica.

Bajo la filosofía "cooperar para competir", forman parte del Sistema los principales centros de investigación, desarrollo e innovación de la Comunidad de Madrid, aportando, cada uno de ellos información y conocimiento que revierte en el resto de los miembros, en el propio sistema y en los usuarios del mismo.

Desde 1997 bajo el dominio www.madrimasd.org ha ido formándose la página principal del sistema regional de innovación (Centro Virtual Sistema madri+d).

Gráfico 2: Evolución de la página principal del Centro Virtual Sistema madri+d



Versión hasta 1999

Versión hasta Octubre 2001

Versión desde Octubre 2001

Fuente: Elaboración propia

Algunos datos que nos pueden aportar una idea del potencial del Centro Virtual Sistema madri+d aparecen en el Gráfico 3 a continuación.

Gráfico 3: Datos maestros: madri+d

	14.120 investigadores
	1.017 empresas
	1.045 doctores
	13.160 proyectos I+D
	2.419 servicios técnicos
	350 ofertas propias de tecnologías
	13 servicios online de información y asesoramiento sobre gestión de la I+D+I
	10.500 usuarios inscritos al boletín diario de madri+d sobre ciencia y tecnología
	9.700 usuarios inscritos en el sistema de información activa (SIA)
	6 millones de páginas visitadas al año
	600.000 documentos descargados al año
	Primera posición en los buscadores principales para las palabras claves Madrid e innovación
	Sexta página mundial en el ranking de influencia en vigilancia tecnológica e inteligencia económica
	Premio Fundación Universidad Empresa 2002 al mejor sitio de Internet en temas de ciencia, tecnología e innovación
Premio de la Comisión Europea en "Award of Excellence for Innovative Regions" (1999, 2002)	
Versiones en castellano, inglés y portugués	

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del centro virtual sistema madri+d

El Centro Virtual Sistema madri+d no es sólo un escaparate de la realidad regional, por el contrario es una pieza clave de la política científico-tecnológica de la Comunidad de Madrid llegando a ser un instrumento fundamental para el desarrollo de los distintos programas del III PRICIT, y cada vez más, se está convirtiendo en un punto de referencia en Internet dentro del ámbito de la investigación científica e innovación tecnológica.

Como ejemplo, el Centro Virtual Sistema madri+d permite tener identificada y actualizada, con herramientas comunes, la oferta y demanda de conocimiento de Madrid y su proyección internacional, que así es gestionada y explotada por sus titulares en un espacio común.

Coordinados desde la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid participan 35 organizaciones miembros, más algunos colaboradores que apoyan a la DGI en las tareas desarrolladas en el Centro Virtual Sistema madri+d.

Gráfico 4: Miembros de la red madri+d (noviembre 03)

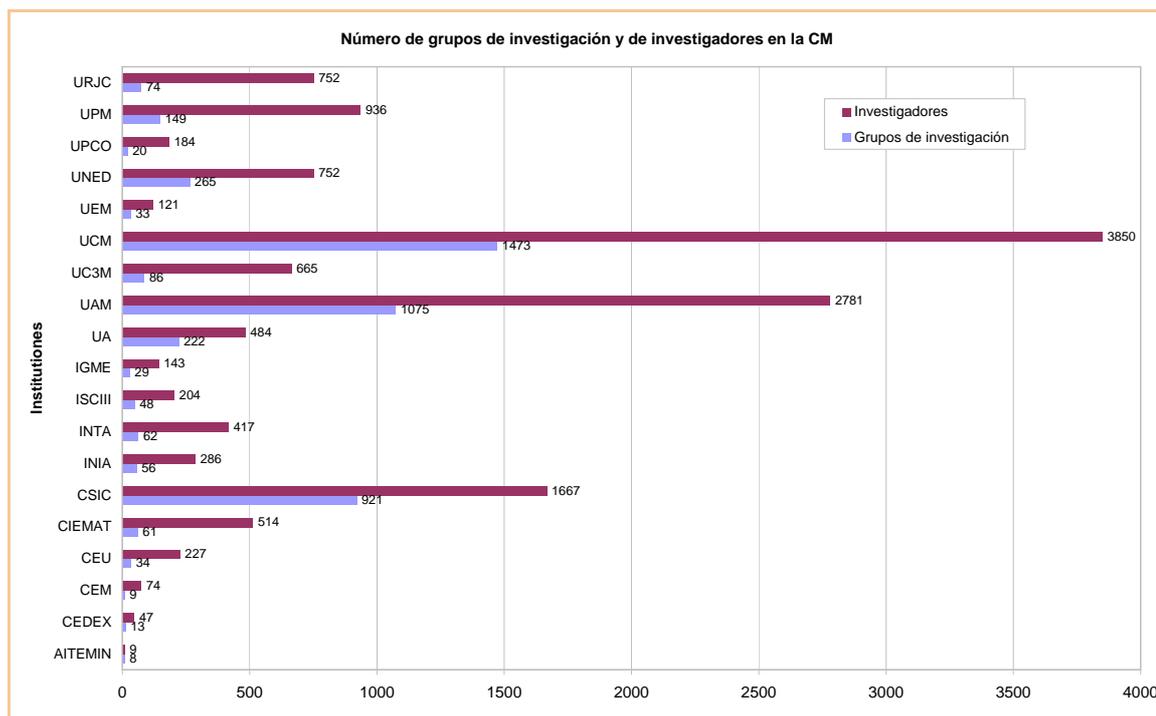


Fuente: Elaboración propia. (Ver detalle en el anexo)

El Sistema de Información y Promoción Tecnológica madri+d es un Sistema vivo permanentemente actualizado.

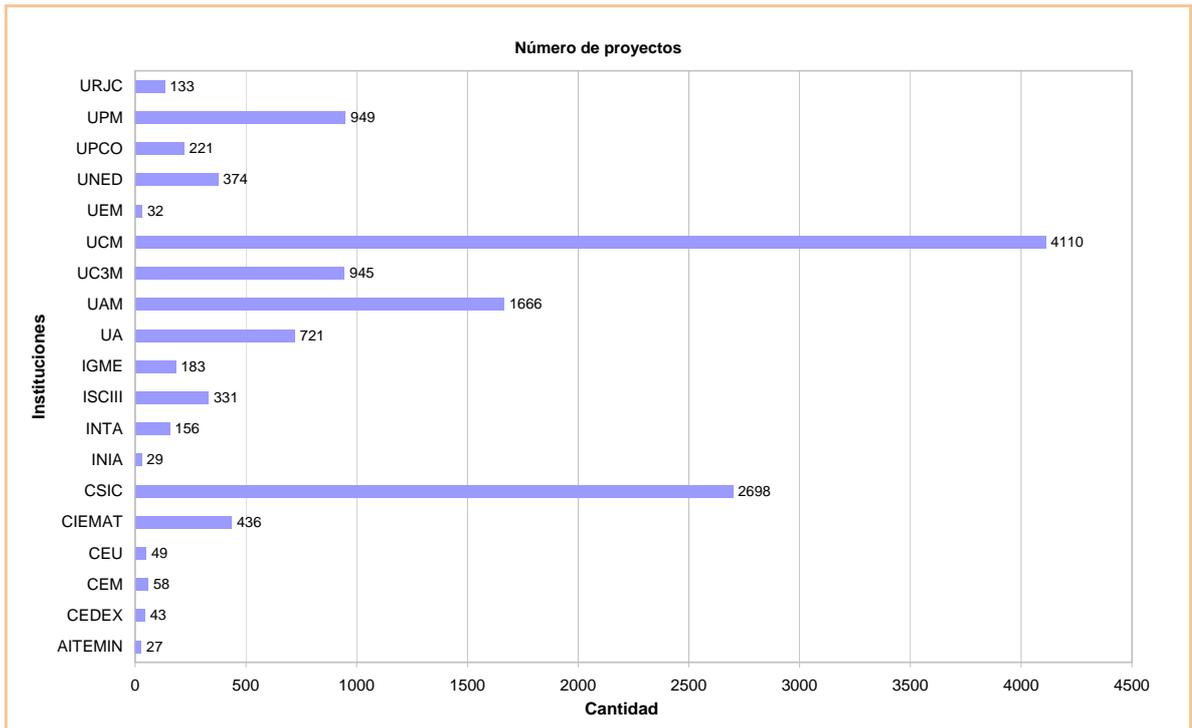
Los siguientes gráficos reflejan la magnitud de la participación en cuanto a variables asociadas al conocimiento manejado y difundido. El Centro Virtual Sistema madri+d en su dominio www.madrimasd.org ofrece información detallada de cada uno de los Grupos de Investigación, Investigadores, Proyectos y Servicios.

Gráfico 5: Número de grupos de investigación e investigadores por cada uno de los miembros (noviembre 03)



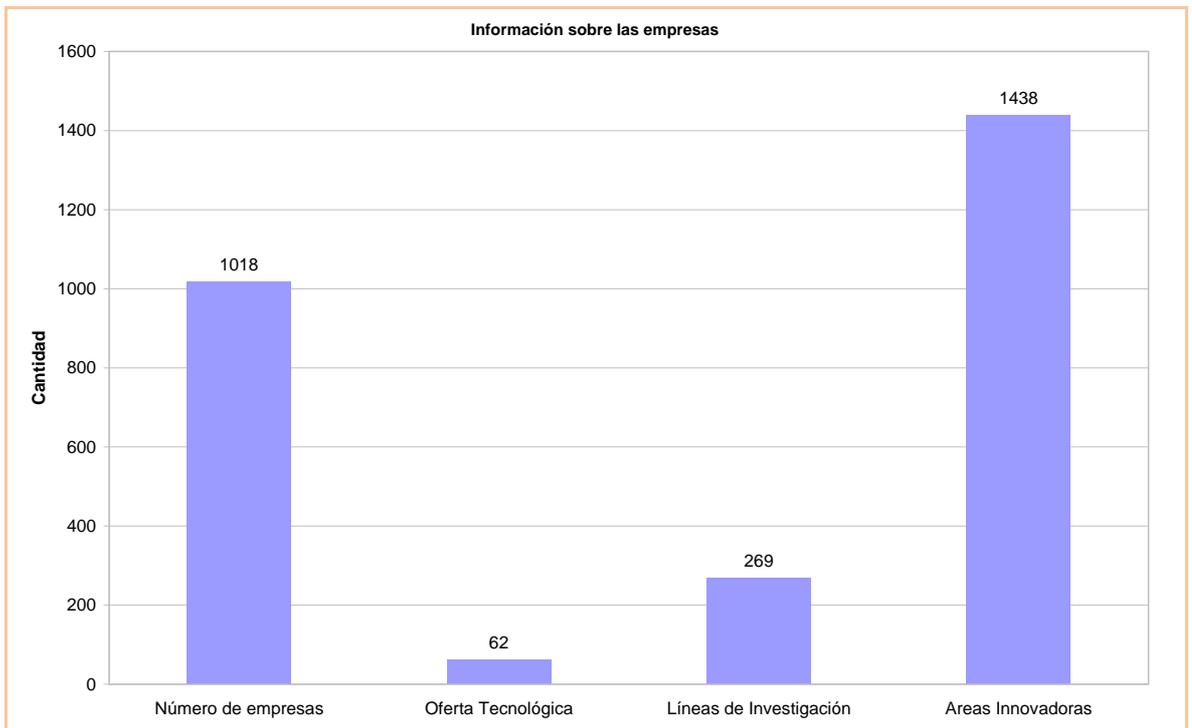
Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del centro virtual sistema madri+d

Gráfico 6: Número de proyectos por cada uno de los miembros (noviembre 03)



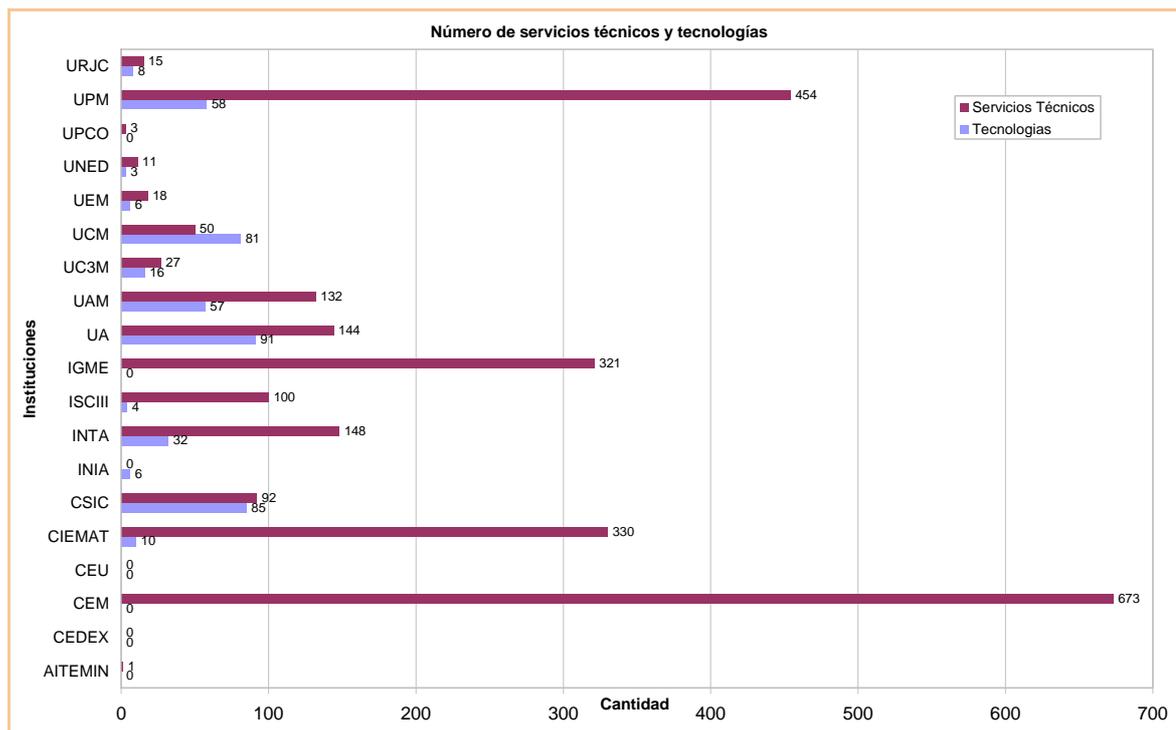
Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del centro virtual sistema madri+d

Gráfico 7: Información sobre las empresas (noviembre 03)



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del centro virtual sistema madri+d

Gráfico 8. Número de servicios técnicos y número de tecnologías por cada uno de los miembros



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas del centro virtual sistema madri+d

1.4 Justificación de la presentación al premio de calidad de los servicios

Después del esfuerzo realizado en la articulación de la base que sustenta el Centro Virtual Sistema madri+d, el ánimo de esta candidatura no es otro que el de obtener el reconocimiento a una iniciativa innovadora de gran valor añadido, y que puede ser modelo para la gestión en red de otros sistemas regionales abiertos y que impliquen variedad de agentes: administración, instituciones, empresas y expertos.

Los ejercicios estratégicos llevados a cabo en el campo de la investigación científica y la innovación tecnológica han desarrollado un proceso estructurado de planificación y acción, sentando así bases sólidas para la creación del Centro Virtual Sistema madri+d.

En este sentido, la reflexión estratégica llevada a cabo con ERICIT, el análisis de necesidades realizado, la articulación del marco legal de apoyo (Ley de Fomento de la Ciencia y Tecnología –LEFICIT), el establecimiento del programa “matriz” (III PRICIT) y la operatividad centrada en los servicios de la red regional de innovación (sistema regional madri+d) describen el proceso evolutivo del Centro Virtual Sistema madri+d. Asimismo, toda la experiencia acumulado durante este periodo ha servido para la definición en red del IV PRICIT.

Esta iniciativa se hace operativa bajo la forma de contratos programa con las instituciones miembros, los cuales introducen compromisos en forma de planes de trabajo, recursos, indicadores y presupuesto y, por ende, fijan una senda eficiente de desarrollo para madri+d y su Centro Virtual Sistema madri+d.

Gráfico 9: Enfoque competitivo



Fuente: Elaboración propia

Los objetivos de eficiencia y calidad se agrupan en las siguientes dos categorías:

1. **Interna:**

- a. Crear una cultura de servicios en los Centros Públicos de Investigación.
- b. Crear una red de coordinación de gestión del conocimiento regional.
- c. Conseguir una mayor optimización de los recursos públicos.
- d. Conocer de forma continua el estado del arte regional en materia de investigación científica e innovación tecnológica.

2. **Externa:**

- a. Explotación de los recursos y resultados de investigación.
- b. Mejora de la calidad de los servicios prestados.
- c. Aumento del nivel competitivo de la región.
- d. Mejora del bienestar social.

Los elementos operativos y la orientación al cliente, así como el clima laboral en el que se desarrolla la iniciativa, son indispensables y refuerzan los elementos diferenciadores del apartado 1.1.

1.4.1 Elementos operativos

1.4.1.1 Planificación

- madri+d actúa tanto para su núcleo de participantes (en su faceta de coordinación o ejecución) como para los ciudadanos, especialmente investigadores y empresarios, integrando así la idea de cliente interno y externo en la cultura organizacional.
- madri+d sigue un esquema de comunión continuo, tanto estratégico (seguimiento de la estrategia planteada por el III PRICIT y el análisis realizado para sus actualizaciones) como operativo, con los usuarios directos de los servicios, principalmente de manera informal (contacto con el usuario tras un servicio prestado).
- madri+d plantea su acción teniendo en cuenta el entorno en el que opera, aprovechando el surgimiento de buenas prácticas y por tanto, realizando un ejercicio estratégico de *benchmarking*, tanto geográfico como funcional o competitivo (participación en proyectos y eventos relevantes).
- madri+d analiza y valora las decisiones de desarrollo, avanzando de forma gradual y priorizando un sentido de atención a la necesidad u oportunidad. Un ejemplo de ello es la creación de un nuevo Círculo de Innovación en un área temática determinada.
- madri+d busca y distribuye responsabilidades tras un análisis de las capacidades de los posibles agentes ejecutores de los servicios (socios claves-miembros

claves), con el fin de obtener las ventajas derivadas de la especialización institucional.

- madri+d por su coherente planteamiento estratégico se convierte en un sistema con poder de atracción para el resto de agentes del sistema público de investigación. De este enfoque se deriva un efecto “bola de nieve” muy beneficioso para la competitividad regional. Actualmente los miembros valorizan muy positivamente el participar en la red.

1.4.1.2 Implantación

- madri+d basa su operativa en planes de trabajo establecidos por contrato programa, lo cual refuerza el compromiso de las instituciones con la iniciativa, tanto a nivel operativo como económico.
- madri+d inserta entre sus actividades una revisión y seguimiento continuo de las tareas, incentivando y promocionando la consecución de los objetivos.
- madri+d actúa de forma particular en cada caso concreto de desviación, con un planteamiento de acción proactivo de mejora.

1.4.1.3 Compromiso de la Dirección

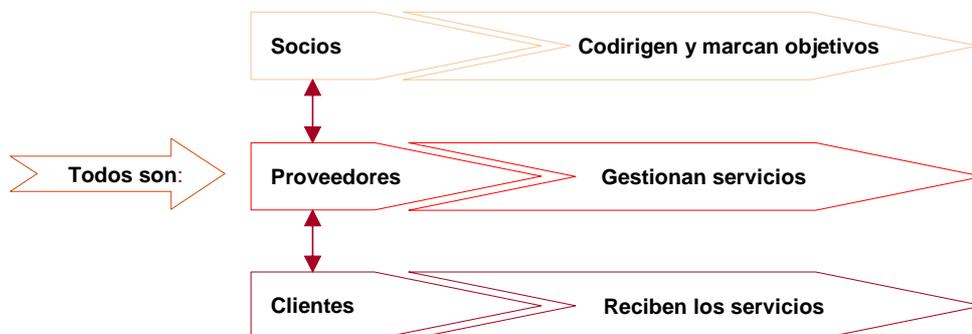
- madri+d facilita los recursos y herramientas necesarias para el desarrollo de las actividades, con un equipo de coordinación flexible y comprometido con el proyecto.
- madri+d articula el compromiso de las instituciones miembros a través de la firma de contratos programa que ligan las actividades con la liberación de recursos por parte de la administración regional, lo que permite un modelo eficiente para la ejecución del gasto público.
- La Dirección General de Investigación, mantiene una actitud de puertas abiertas respecto de los socios (miembros, socios), y reconoce la labor de los mismos a través de la participación en aquellos actos que los miembros ponen en marcha y expresa valoración de sus actividades.

1.4.2 Dos piezas básicas: La orientación al cliente y el clima laboral

1.4.2.1 Orientación al cliente

madri+d es una iniciativa de acercamiento y orientación al cliente, de instituciones de carácter público que mediante la articulación en un sistema integrado y abierto potencia el acercamiento y su orientación a los ciudadanos ofreciendo servicios concretos de apoyo a la innovación tecnológica a las empresas de la región.

El esquema de clientela dentro de la iniciativa presenta la siguiente disposición:



1.4.2.2 *Clima laboral: Desarrollo e implicación de los trabajadores*

- madri+d desarrolla una cultura de participación que se traduce en la existencia de un compromiso basado planes de trabajo consensuados.
- madri+d, a través del establecimiento de equipos de trabajo cooperativos repercute en el clima de confianza del sistema, lo que fortalece una política participativa de los integrantes de la organización.
- madri+d delega en los equipos de trabajo la responsabilidad sobre las acciones que llevan a cabo, eso sí, siguiendo la línea estratégica marcada y comunicada por la Dirección.
- madri+d potencia en los miembros un alto grado de autonomía y participación lo que favorece una alta implicación del personal.
- madri+d establece planes de trabajo abiertos que incentivan los contactos intra e inter servicios.
- madri+d facilita formación a través de dos vías diferentes, la primera referida a la formación que decide la Dirección para afrontar los retos estratégicos preestablecidos. La segunda, que viene determinada por la gestión de las iniciativas y que trata de actualizar la base cognitiva del empleado. En el primer caso, está reflejada en los planes de trabajo y serán receptores de tal formación los diferentes equipos de trabajo. En el segundo caso, existe una plena disponibilidad, dentro de la autonomía de trabajo existente, para asistir a los cursos que se consideren interesantes para la dinámica del servicio.

2 Desarrollo de los criterios de calidad: Criterios agentes

2.1 Criterio 1 modelo EFQM: Liderazgo

Compromiso fuerte con la filosofía de la Gestión de Calidad Total

2.1.1 A través de la difusión

El liderazgo desarrollado por la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid parte de un doble planteamiento, a saber, interno con reuniones en las que comparte la misión y valores de red regional y se constata la idoneidad de la iniciativa. En estos eventos cada miembro encuentra su lugar estratégico y de relevancia en la red.

Por otro lado, está el planteamiento externo, es decir, la organización y participación en eventos nacionales e internacionales, en los que aumenta la notoriedad del sistema y su interrelación con otras iniciativas. Desde esta óptica se ha venido observando un reconocimiento de la labor de madri+d que ha desembocado en el establecimiento de relaciones con otras regiones con el fin de asesorar/ayudar en el proceso de creación de redes regionales similares, por ejemplo, en Castilla León y Aragón, lo que da idea del impacto que madri+d está produciendo en el ámbito investigador y tecnológico nacional.

En este sentido, algunos datos significativos dentro del nivel de liderazgo son los siguientes:

Tabla 01: Acciones de difusión madri+d

Internas: (Reuniones anuales del sistema regional madri+d)	
2000	200 participantes
2001	230 participantes
2003	250 participantes
Externas: (Organización/participación)	
45 presentaciones internacionales en <i>workshops</i>	
63 presentaciones a asociaciones empresariales	
53 eventos organizados, internacionales y nacionales (BIOSARAO 2000, BIOMEDICINE 2001 y BIBO 2001, congresos nacionales de Biotecnología, Medioambiente y TIC, Expocom 2003, encuentro red IRE, ferias de la ciencia, semana de la Ciencia, cursos de innovación, etc.) y reuniones internacionales de proyectos europeos	
El sistema regional madri+d en su conjunto ha realizado más de 4000 reuniones dentro de los distintos programas	

Fuente: Elaboración propia

Compromiso con la dotación de recursos

2.1.2 A través de la accesibilidad

Estas acciones se ven complementadas con la total accesibilidad de la Dirección. En este sentido, el desarrollo de este proyecto en toda su complejidad sólo ha sido posible gracias a una total implicación de la Dirección General de Investigación.

Esta implicación se pone de manifiesto en la permanente disponibilidad de la Directora General y los Jefes de Servicio a participar en su desarrollo en cada una de sus etapas asistiendo a las numerosas reuniones que de carácter gestor u organizativo han sido necesarias. Esto ha generado sin duda un valor añadido al proceso, proyectando un alto grado de confianza entre todos los agentes involucrados. La disposición abierta, propiciada no sólo en las numerosas reuniones sino en la posibilidad de tener acceso directo a los máximos responsables (Cultura de "puertas abiertas"), ha permitido enriquecer los proyectos con la incorporación de soluciones emanadas de los participantes en todos los niveles de responsabilidad. La confianza generada y el compromiso adquirido son sin duda, uno de los mayores activos del proyecto.

Compromiso con los esfuerzos y logros del personal

2.1.3 A través del reconocimiento

Cada evento es una oportunidad aprovechada por la Dirección para "dar juego" a los miembros de la red, aumentando su notoriedad con la participación directa en foros relevantes. Además, dichos miembros, con la misma filosofía, involucran y reconocen los méritos de sus clientes permitiéndoles la participación en los eventos, en los cuales comunican sus éxitos, siendo considerados ejemplos de buenas prácticas, que redundan en un aumento de credibilidad del programa y un incremento de la notoriedad del participante.

Algunos ejemplos de ello son los siguientes:

- Participación de la Universidad Politécnica de Madrid, la Universidad Autónoma de Madrid, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, el CIEMAT y el INTA en la impartición de diferentes cursos de Vigilancia Tecnológica.
- Participación de empresas en el BIBO 2001, como ejemplos de buenas prácticas, a saber, Tolsa, Mologen, etc.

Compromiso con los socios del proyecto y los usuarios externos

2.1.4 La diseminación

La Dirección promueve en todos los Foros a los que asiste la difusión de todas aquellas acciones relacionadas con la promoción externa de calidad.

En este sentido, a parte de las citadas acciones de reconocimiento y difusión, se intenta diseminar, bajo el soporte de publicaciones, todas aquellas historias de éxito que puedan favorecer o sensibilizar a otros colectivos empresariales. Para ello, algunas de las publicaciones de la colección *madri+d* tienen un matiz ejemplificador como demuestran sus títulos:

Tabla 02: Documentos colección *madri+d*

Publicaciones Colecciones <i>madri+d</i>
Inteligencia Económica y Tecnológica. Guía para principiantes y profesionales
Guía para la creación de bioempresas
El sistema regional de I+D+I de la Comunidad de Madrid
Capital intelectual y producción científica
Madrid, nodo de comunicaciones por satélite
Creación de empresas de base tecnológica: la experiencia internacional
La innovación: un factor clave para la competitividad de las empresas
Los Parques Científicos y Tecnológicos en España: retos y oportunidades
I+D+I en pequeñas y medianas empresas de la comunidad de Madrid
La prosperidad por medio de la investigación (la investigación básica EEUU)
Generación de conocimiento e innovación empresarial
Madrid centro de investigación e innovación
Investigación y desarrollo en la Comunidad de Madrid. Tres estudios sobre recursos, producción y distribución de la actividad científica madrileña
Cooperación tecnológica entre centros públicos de investigación y empresas
La innovación tecnológica en trece sectores de la Comunidad de Madrid
Guía del Madrid científico. Ciencia y Corte
Madrid, Ciencia y Corte
Ley 5 de Fomento de la Investigación y la Innovación
PRICIT (III Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica 2000-2003)

Fuente: *Elaboración propia*

Por otra parte, se encuentra la participación en iniciativas de calidad relacionadas con el ámbito de la investigación. En este sentido, la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid está implicada en dos grupos de trabajo estructurados por AENOR:

- Grupo de trabajo 2. AEN/CTN 166 "I+D+I".- "Normalización de los proyectos de I+D+I".

- Grupo de trabajo 3. AEN/CTN 166 “I+D+I”.- “Normalización de los sistemas de gestión de I+D+I”.

2.2 Criterio 2 modelo EFQM: Política y estrategia

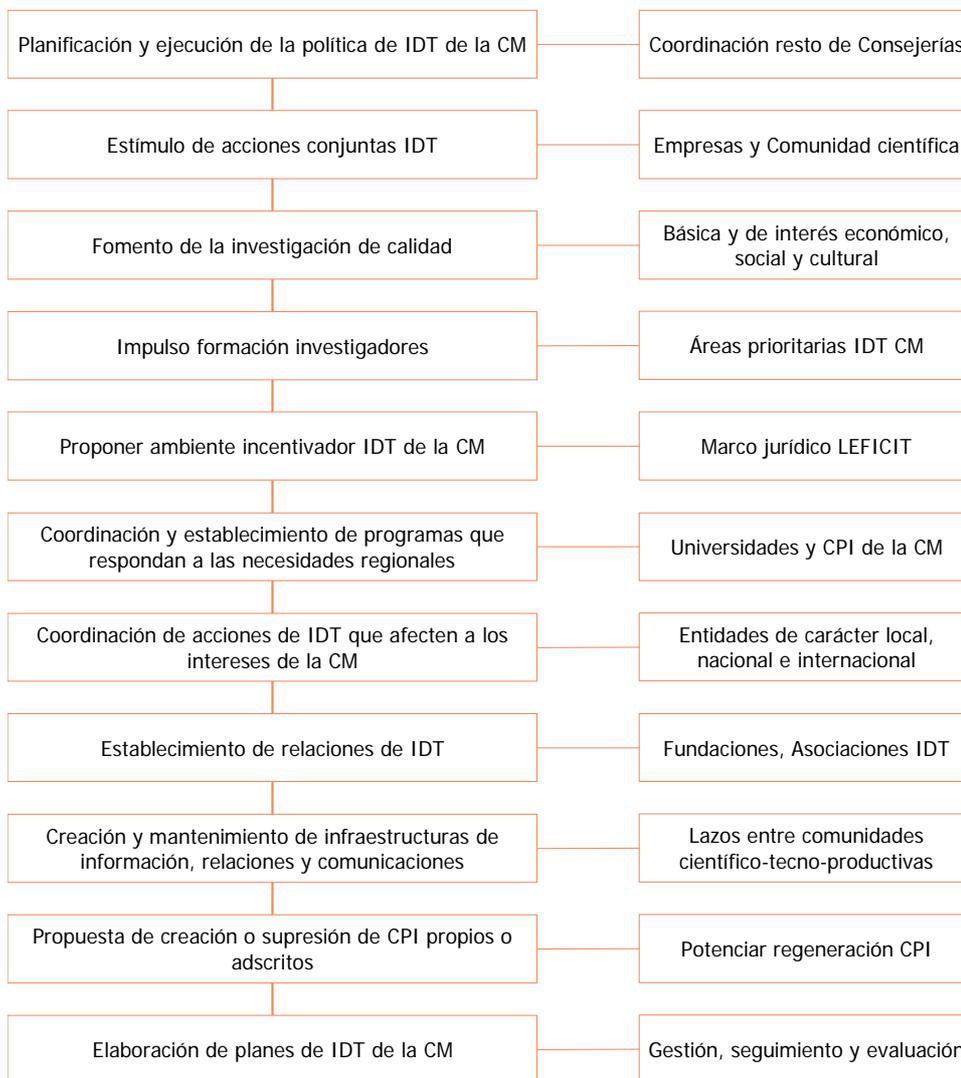
Compromiso la información relevante y global como sustento de la estrategia

2.2.1 Formulación de los planes y estrategia basados en información relevante

2.2.1.1 El Centro Virtual Sistema madri+d y la misión de la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid

El siguiente gráfico recoge la misión de la Dirección General de Investigación (DGI) tal y como recogen en sus competencias.

Gráfico 12: Competencias DGI



Fuente: Elaboración propia

Este esquema nos da idea del necesario enfoque integrador/coordinador en el que se basa la estrategia de la Dirección General de Investigación. En este sentido, madri+d se convierte en el desarrollo/modelo “natural y lógico” que cualquier organismo de gestión podría seguir.

2.2.1.2 El proceso de planificación estratégica que da cobertura al proyecto centro virtual sistema madri+d

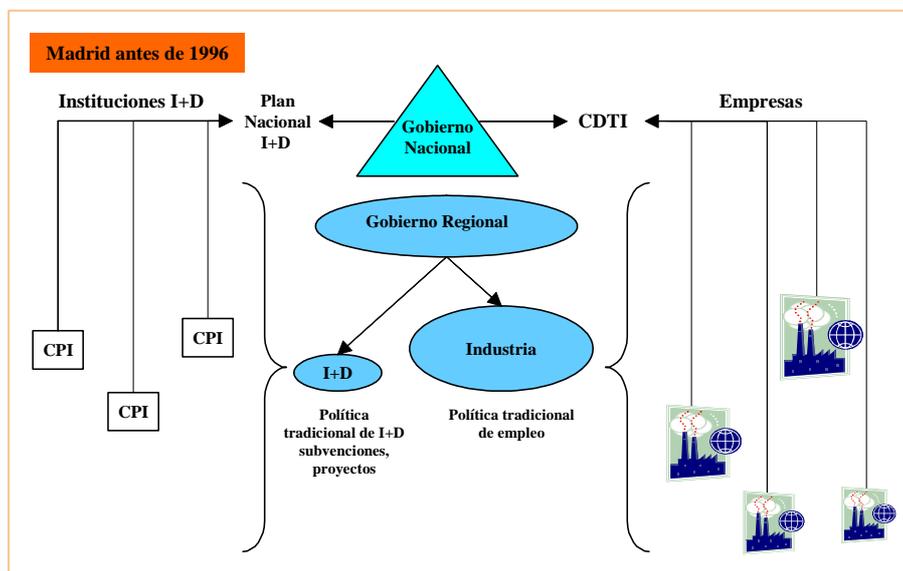
Desde la reflexión estratégica regional iniciada con la realización del ejercicio RISS/RITTS fomentado por la Unión Europea, concretado en el ERICIT, la Comunidad de Madrid, con el apoyo del consenso regional y la articulación de un marco legal adecuado, puso en marcha diferentes acciones piloto, una de las cuáles fue la “acción piloto madri+d”.

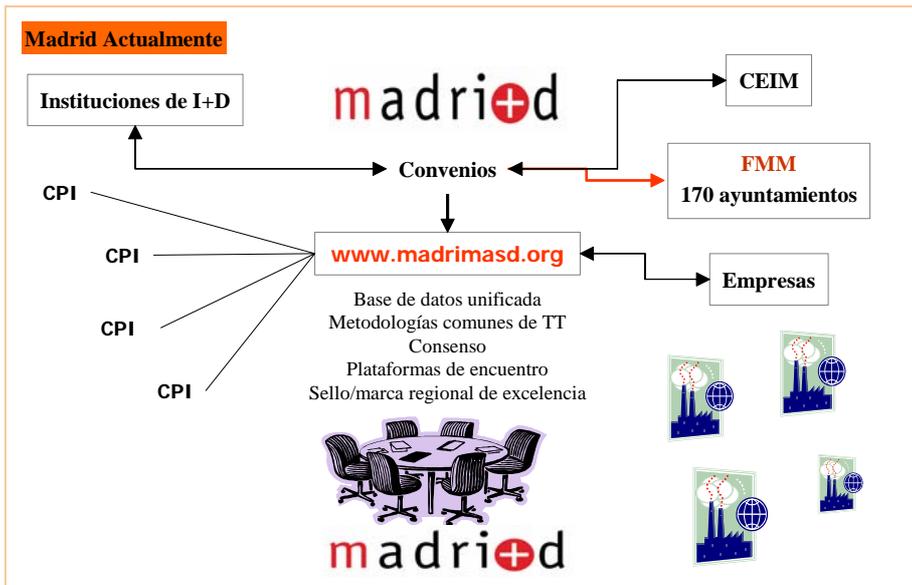
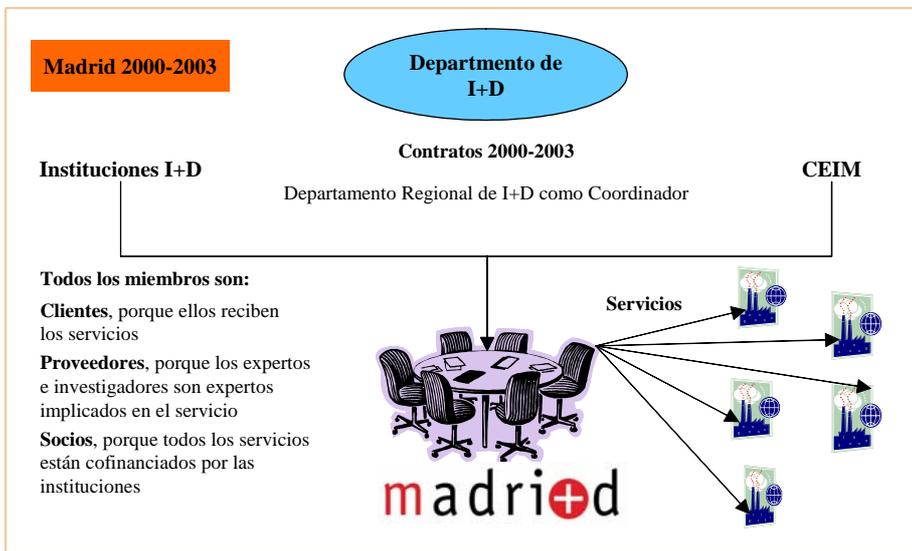
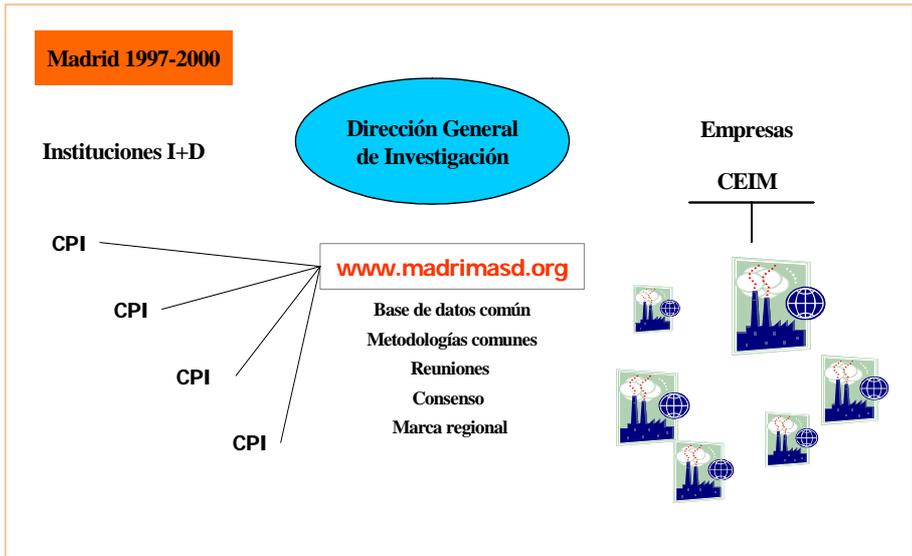
Dicha acción en sus primeras fases trató de crear una arquitectura/red cooperativa entre diferentes centros públicos de investigación (CPI) y universidades, fomentada por el comentado marco legal prestado por la LEFICIT y su promoción de la investigación científica y la innovación tecnológica. Este ejercicio previo desembocó en la elaboración de un plan que cubre las necesidades derivadas del anterior análisis, el III PRICIT. Este plan se centra principalmente en 4 aspectos:

- Apoyar la investigación de alta calidad
Resultado: Proyectos estratégicos
- Promover las relaciones entre empresas y centros públicos de investigación
Resultado: madri+d
- Fortalecer la cultura científica
Resultado: Sensibilización ciudadana
- Cooperación europea
Resultado: Proyectos europeos

Los elementos quedan reflejados visualmente en los siguientes 4 gráficos que aparecen a continuación:

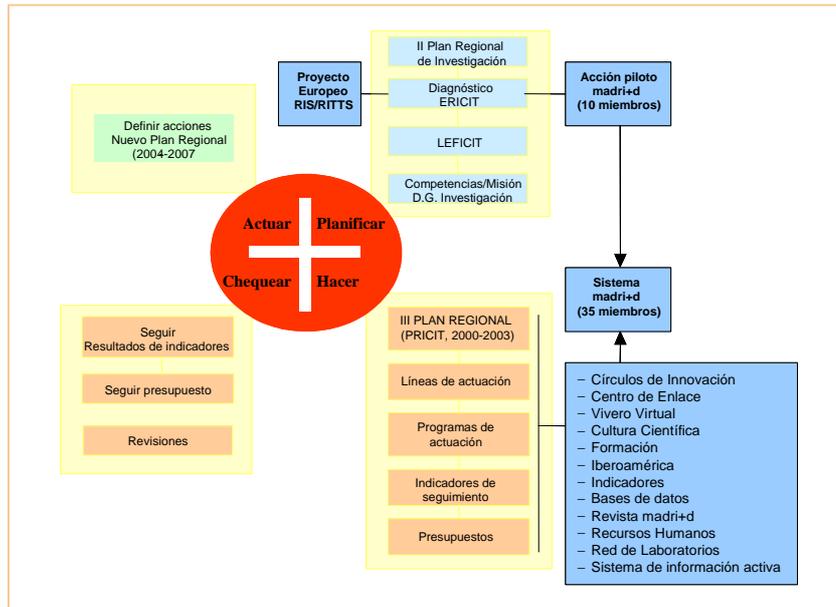
Gráficos: El proceso de eficiencia y optimización





El proceso de Planificación Estratégica planteado se presenta en el siguiente gráfico:

Gráfico 13: Proceso de planificación estratégica



Fuente: Elaboración propia

Para su total comprensión, es necesario detenernos en la descripción de cuáles son las entradas que alimentan el proceso, los participantes involucrados y por último, los resultados que se obtienen.

2.2.1.2.1 Entradas al proceso

Las fuentes de información de entrada para la elaboración del III PRICIT han sido:

- Los resultados del I Plan Regional de Investigación 1994-1997
- Los resultados del II Plan Regional de Investigación 1997-2000
- El Libro Verde de la Innovación de la Comisión Europea 1995
- La Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica de la Comunidad de Madrid de 1998 (LEFICIT), supuso la definición de un marco de actuación más allá de la duración de un equipo de gobierno y su aceptación por todos los agentes del sistema, permitiendo la puesta en marcha de una política adecuada a las características de Madrid.
- La Estrategia Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica 1996 (ERICIT). El objetivo de esta iniciativa fue impulsar la innovación en el ámbito de la Comunidad de Madrid y articular investigación, formación, movilidad, interacciones y capacidad de las empresas para absorber nuevas tecnologías y conocimientos. Dicha estrategia recogió la siguiente información:
 - Análisis de las Necesidades de Innovación en la Comunidad de Madrid por parte de las empresas.
 - Análisis de la capacidad de oferta científica y tecnológica presente en la Comunidad de Madrid, sobre todo a través de las numerosas instituciones de investigación establecidas en la región.
 - Celebración de mesas mixtas de debate.
 - Reflexión estratégica sobre la forma de dar respuesta a las necesidades planteadas y la forma de rentabilizar y optimizar los recursos disponibles.
 - Observación, comparación (*benchmarking*) e intercambio con experiencias similares en otras regiones europeas, actuando bajo el mismo marco RITTS.

- Diseño de un diagnóstico, en el marco dispuesto por la Ley de la Comunidad de Madrid 5/1998 sobre Fomento de la Investigación Científica y la Innovación Tecnológica.
- Análisis de experiencias internacionales de Estrategias Regionales.

2.2.1.2.2 Salidas del proceso: III Plan regional de investigación científica e innovación tecnológica

Tras la anterior fase, con la información resultante y bajo el lema “cooperar localmente para competir globalmente”, el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid aprobó en 1999 el III Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica 2000-2003, dirigido a poner en marcha el marco desarrollado en la LEFICIT, es decir, implicar a los ciudadanos en la ciencia y la tecnología, mejorar la competitividad regional y promover la excelencia científica.

2.2.1.2.3 Participantes en el proceso

En la elaboración del anteproyecto del Plan participaron los representantes de los actores del sistema de ciencia tecnología y sociedad a través de múltiples reuniones y debates, así como grupos de expertos y de evaluadores del anterior plan regional.

Las necesidades en investigación de las distintas políticas sectoriales se han visto recogidas en la elaboración del Plan, tanto a través de la Comisión Interdepartamental de Ciencia y Tecnología, como con reuniones de trabajo específicas con los responsables designados como interlocutores.

Igualmente se implicó en la elaboración del III PRICIT a los agentes sociales a través del Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid, que de acuerdo con lo establecido en el apartado c) del artículo 4 de la Ley 6/1991, de 4 de abril, de creación del Consejo Económico y Social, a petición de la Dirección General de Investigación, emitió el informe 4/99 de 7 de abril de 1999 sobre política regional de investigación científica e innovación tecnológica, cuyas consideraciones sirvieron para la elaboración del Plan.

Las siguientes tablas muestran la información desglosada sobre los participantes.

Tablas 03-05: Participantes en la definición del PRICIT

Miembros de la Comisión Interdepartamental de Ciencia y Tecnología	
1.	Consejería de Presidencia. Servicio de Radiodifusión y Televisión
2.	Consejería de Hacienda. Director General de Calidad de los Servicios
3.	Consejería de Economía. Viceconsejero de Economía
4.	Consejería de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes. Director General de Transportes
5.	Consejería de Sanidad. Viceconsejero de Sanidad
6.	Consejería de Servicios Sociales. Viceconsejero de Servicios Sociales
7.	Consejería de Educación. Director General de Investigación
8.	Consejería de Cultura. Viceconsejero de Cultura
9.	Gerente del Instituto Madrileño de Investigación Agraria

Miembros del Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid

Grupo de expertos:

1. FERE
2. Centro Universitario Villanueva
3. Universidad Politécnica de Madrid (2 miembros)
4. Orientrade 2000, S.A.
5. IFEMA
6. DIKEI Abogados
7. Universidad Complutense de Madrid
8. ASALMA

Grupo empresarial:

1. El Corte Inglés, S.A.
2. CEIM (4 miembros)
3. AEDE
4. AECOM
5. Asociación Gremial de Empresarios de Artes Gráficas
6. ADEPESCA
7. AMERC
8. TEYME, S.A.

Grupo empresarial:

1. CCOO Madrid Región (6 miembros)
2. UGT Madrid (5 miembros)

Miembros del Consejo de Ciencia y Tecnología de la Comunidad de Madrid

1. Director General de Investigación de la Comunidad de Madrid
2. Director de Programas de la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid
3. Director General de Organización y Sistemas de Información
4. Vicerrector de Investigación de la Universidad Complutense de Madrid
5. Vicerrector de Desarrollo Científico y Tecnológico de la Universidad de Alcalá de Henares
6. Vicerrector de Infraestructuras para la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid
7. Vicerrector de Investigación y Relaciones Institucionales de la UPM
8. Rector de la Universidad Rey Juan Carlos
9. Vicerrector de Investigación de la Universidad Carlos III de Madrid
10. Secretario General de la Cámara de Comercio e Industria de Madrid
11. Director de CIEMAT
12. Consejero Director del área científica. Glaxo Wellcome
13. Director del departamento de Ciencias Básicas e Instrumentación del INTA
14. USMR-CCOO
15. Izquierda Unida
16. Vicepresidente del CSIC
17. Repsol
18. Fundación Universidad Empresa
19. UGT
20. Consejo de Seguridad Nuclear
21. Vocal Asesor de la Dirección General de Industria y Tecnología

2.2.1.3 Objetivos del III Plan regional de investigación científica e innovación tecnológica

El Centro Virtual Sistema madri+d es un proyecto que se implanta como elemento de soporte básico para la consecución de los objetivos del III Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica. Los objetivos determinados por el mismo son:

1. Apoyar la investigación, realizada en instituciones públicas o en empresas, con criterios de calidad y excelencia y con un enfoque de utilidad estratégica para la región.
2. Fomentar la cultura científico-tecnológica y el espíritu innovador en los ciudadanos, las empresas y las instituciones de la región.
3. Unificar e integrar la actuación de la administración regional sobre política de investigación e innovación, en el marco de la Ley de Fomento de la Investigación Científica y la Innovación Tecnológica de la Comunidad de Madrid, y coordinarla con la de las restantes Administraciones Públicas.
4. Facilitar el acceso a la información de la manera más eficaz y al menor coste.
5. Impulsar la creación de nuevas empresas innovadoras de base tecnológica, que tengan su origen en universidades, centros de investigación y grandes empresas
6. Difundir internacionalmente una imagen de Madrid como región, con competencias e infraestructuras del conocimiento.
7. Promover nuevas formas de financiación de la innovación que logre la incorporación de capital para la innovación procedente de instituciones, organizaciones de capital-riesgo, fundaciones e inversores privados.
8. Incorporar al sistema regional recursos humanos con altas capacidades.
9. Favorecer la mejora e implantación de infraestructuras de apoyo a la investigación e innovación tecnológica.
10. Lograr un elevado grado de transparencia en la gestión y evaluación continua del Plan, así como un alto nivel de participación y consenso.

El despliegue de los objetivos del III PRICIT en Líneas de acción y Programas concretos, así como la relación de los Programas concretos con el Centro Virtual Sistema madri+d se refleja en el siguiente gráfico.

Gráfico 15: Relación objetivos estratégicos, líneas de acción, servicios e indicadores de seguimiento

										INDICADORES																																																																																																									
										PROGRAMAS																																																																																																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	2.11	2.12	2.13	2.14	2.15	2.16	2.17	2.18	2.19	2.20	2.21	2.22	2.23	2.24	2.25	2.26	2.27	2.28	2.29	2.30	2.31	2.32	2.33	2.34	2.35	2.36	2.37	2.38	2.39	2.40	2.41	2.42	2.43	2.44	2.45	2.46	2.47	2.48	2.49	2.50	2.51	2.52	2.53	2.54	2.55	2.56	2.57	2.58	2.59	2.60	2.61	2.62	2.63	2.64	2.65	2.66	2.67	2.68	2.69	2.70	2.71	2.72	2.73	2.74	2.75	2.76	2.77	2.78	2.79	2.80	2.81	2.82	2.83	2.84	2.85	2.86	2.87	2.88	2.89	2.90	2.91	2.92	2.93	2.94	2.95	2.96	2.97	2.98	2.99	3.00
<p>1. Apoyar la investigación, realizada en instituciones públicas o en empresas, con carácter de actividad y excéntrica, y con un enfoque de utilidad estratégica</p> <p>2. Promover la cultura científica y tecnológica y el espíritu innovador en las universidades, las empresas y las instituciones de la región</p> <p>3. Utilizar e integrar la actividad de la administración regional en la política de investigación e innovación, en el marco de la Ley de Fomento de la Investigación Científica y la Innovación Tecnológica de la Comunidad de Madrid, y acordarla con la de los restantes Administraciones Públicas.</p> <p>4. Facilitar el acceso a la información de la manera más eficaz y al menor coste.</p> <p>5. Impulsar la creación de nuevas empresas innovadoras de base tecnológica que tengan su origen en universidades, centros de investigación y grandes corporaciones e impulsar nuevas formas de financiación de la investigación que favorezcan la incorporación de capital para la innovación procedente de instituciones, organizaciones de capital-riesgo, fundaciones e inversiones laborales</p> <p>6. Incorporar al sistema regional las mejores prácticas mundiales</p> <p>7. Promover nuevas formas de financiación de la investigación que favorezcan la incorporación de capital para la innovación procedente de instituciones, organizaciones de capital-riesgo, fundaciones e inversiones laborales</p> <p>8. Incorporar al sistema regional las mejores prácticas mundiales</p> <p>9. Favorecer la mejora e implantación de infraestructuras de apoyo a la investigación e innovación tecnológica.</p> <p>10. Lograr un elevado grado de transparencia en la gestión y evaluación mediante el Plan anual como un nivel de participación y consenso.</p>										<p>Nº instituciones</p> <p>Nº investigadores</p> <p>Nº de emprendedores</p> <p>Nº de visitas al servicio</p> <p>Número de acuerdos de colaboración</p> <p>Número de notas</p> <p>Nº de acciones participativas Proyectos</p> <p>Número de contratos individuales</p> <p>Nº de empresas</p> <p>Número de servicios prestados</p> <p>Nivel de satisfacción de los usuarios</p> <p>Número de usuarios</p>										<p>matriz</p> <p>madri+d</p> <p>MADRID</p> <p>SIA</p> <p>CIRCULOS</p> <p>IRC</p> <p>VIVERO VIRTUAL</p> <p>FONDACION</p> <p>INDICADORES</p> <p>RED DE LABORATORIOS</p> <p>IBEROMERICA</p> <p>REVISTA</p> <p>BASES DE DATOS MADRID-D</p> <p>CULTURA CIENTIFICA</p> <p>ASOCIACION</p>																																																																																															

2.2.2 Sistema de comunicación e implantación de la estrategia y los planes

Tras la definición y aprobación del III PRICIT este fue difundido públicamente, con la presencia de los agentes interesados, en Diciembre de 1999 por el propio Presidente del Gobierno Regional.

Entre las actuaciones de información y comunicación realizadas se encuentran las siguientes:

- Información y divulgación de las diferentes actuaciones del programa. En los diferentes actos de difusión como reuniones internas y participación en talleres, congresos, etc., y la organización y asistencia a eventos internacionales.
- Soporte de consultoría a empresas y entidades para preparar propuestas de participación en los programas del III PRICIT y de la Comisión Europea, a través de cualquier punto de contacto de la red madri+d.
- Asesoramiento a los beneficiarios del Plan para realizar el seguimiento de sus proyectos a través de los procesos de monitorización realizados desde las unidades de gestión.
- Lanzamiento de campañas de sensibilización e imagen. La difusión, la imagen y el marketing se insertan en la estrategia como un elemento operativo esencial. Para su desarrollo se han publicado documentos, folletos informativos y se cuenta con un amplio abanico de productos propagandísticos.

Los objetivos de esta línea de actuación son:

- Dotar al Sistema madri+d de una imagen corporativa potente e identificable.
- Dotar a todos los miembros del Sistema madri+d de una imagen corporativa unificada en sus actuaciones conjuntas así como de un manual de estilo.
- Reforzar la idea de marca de la región como lugar de excelencia en investigación, desarrollo e innovación.
- Facilitar la gestión de la imagen corporativa.
- Lograr una mayor y más fácil penetración e identificación de las acciones en la sociedad.

El diseño de madri+d, su imagen corporativa, los folletos, etc., han tenido una gran notoriedad con comentarios muy favorables desde diferentes foros y en especial desde la Comisión Europea que apuesta cada vez más por utilizar estos mecanismos para lograr una mayor penetración social.

2.2.2.1 La marca madri+d

Sin duda, uno de los éxitos del sistema regional de información y promoción tecnológica de la Comunidad de Madrid es haber logrado una importante penetración social de la marca madri+d. Al día de hoy, podemos decir que madri+d es ampliamente conocido por todos los agentes sociales tanto regionales como nacionales implicados en los procesos de innovación tecnológica. Esta imagen de marca se ha logrado gracias a una fuerte política de diseño gráfico que posee las siguientes características:

- Diferenciada. Se ha logrado un logotipo corporativo definido y claramente identificable en los dos parámetros fundamentales del sistema; por un lado, su aplicación territorial a la Comunidad de Madrid y por otro, su implicación en los procesos de I+D.
- Alta calidad del diseño realizado por Juan Antonio Moreno, uno de los más importantes diseñadores gráficos españoles de la actualidad. Tanto el diseño del

logotipo así como de todas las publicaciones y demás productos de comunicación generados por el Sistema han logrado una coherencia interna grande y una proyección exterior de alta calidad como así ha sido reconocido en diversas reuniones internacionales mantenidas con responsables tanto de otros sistemas regionales de innovación como con representantes de la Comisión Europea.

- Corporativa, asumida para la totalidad de la comunicación del Sistema. A pesar de la diversidad de instituciones que participan en el Sistema madri+d, 35 instituciones públicas y privadas, todas y cada una de ellas han asumido el modelo de comunicación corporativa del Sistema para la comunicación exterior de sus actividades vinculadas a la red.

Otros soportes que han potenciado la labor de difusión y merchandising han sido los siguientes:

- Logotipos. Cada iniciativa sigue una cuidadosa estrategia de imagen con logotipos identificadores. Se ha logrado un gran impacto, así como una fácil identificación y unidad de toda la imagen corporativa del sistema madri+d.
- Documentos. Colección madri+d (Ver tabla 02)
- Revista madri+d
 - Formato electrónico (mensual)
 - 8 monográficos formato papel (tirada trimestral)
 - Foro virtual
- Catálogos de oferta tecnológica
 - Biotecnología (2000, 2003)
 - Tecnologías de la información y las comunicaciones (2000, 2003)
 - Nuevos materiales y tecnologías de la producción (2000, 2003)
- Artículos propagandísticos:
 - Alfombrillas ordenador
 - Separadores
 - Bolsas
 - Bolígrafos
 - Lápices
 - Cuadernos
 - Compact disks
 - Pins
 - Mecheros
 - Imanes
 - *Blocks*
 - Carpetas
- Folletos (tirada 7.500 cada uno):
 - LEFICIT
 - Círculos de Innovación
 - Vivero Virtual de Empresas
 - Innovation Relay Center (Centro de enlace para la innovación)

- Oficina de la Comunidad de Madrid en Bruselas
- Bases de datos
- Centro Virtual Sistema madri+d
- madri+d
- Empresas y grupos de investigación: 10 razones para colaborar
- Recursos Humanos
- Efecto sinérgico por la presencia de CEIM dentro de la red madri+d:
 - Revista CEIM:
 1. 6 números anuales
 2. 10.000 ejemplares por tirada

2.2.2.2 Difusión de resultados y buenas prácticas

A través de las reuniones de trabajo y de los ejemplos publicados en la colección de madri+d:

- Publicación: “Generación de conocimiento e innovación empresarial. 21 experiencias en la región de Madrid”. Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid. Consejería de Educación. 1999. Ejemplos de difusión de resultados:

Tabla 06: Ejemplo de difusión de buenas prácticas a través de una publicación

Generación de conocimiento e innovación empresarial	
Casos	Objeto
UA y LOGITEL, S.L.	Desarrollo conjunto de actividades de I+D, bajo contrato de investigación; práctica de estudiantes en la empresa; formación
UA Y LILLY, S.A.	Desarrollo conjunto de actividades de I+D, bajo contrato de investigación
UCM Y CEPA	Desarrollo conjunto de actividades de I+D, a través de proyectos concertados
UCM Y SMITHKLINE BEECHAM, S.A.	Desarrollo conjunto de actividades de I+D, a través de una acción PETRI
UCM Y ANTIBIÓTICOS, S.A.	Desarrollo conjunto de actividades de I+D, bajo contrato de investigación
UCM Y DANONE, S.A.	Desarrollo conjunto de actividades de I+D, bajo contrato de investigación
UCM, CSN Y ENRESA	Desarrollo conjunto de actividades de I+D, bajo contrato de investigación
ISOFOTÓN	Creación de empresa de base tecnológica (spin-off académico)
CEDEX Y ASINEL, S.A., ENERTRÓN, S.A.	Desarrollo conjunto de actividades de I+D, bajo contrato de investigación
CSIC Y TALGO, S.A.	Desarrollo conjunto de actividades de I+D, bajo contrato de investigación
UPM	Transferencia tecnológica
UPM Y ELAPSA	Comercialización tecnología
UPM, MACROFITAS, S.L. Y AENA	Transferencia de tecnología bajo licencia de patente
UNED E INGECIBER, S.A.	Formación; proyectos de I+D; prácticas estudiantes en la empresa

Generación de conocimiento e innovación empresarial	
Casos	Objeto
UC3M E INAPCO, S.A.	Desarrollo conjunto de actividades de I+D.
CEM Y TEKNIKER	Proyectos de I+D; asistencia técnica
CETEMA Y QUIMIGRANEL E INYSA	Asesoría, consultoría y servicios (calidad, organización y software)
INTA Y CASA	Proyecto integrado en el Plan Nacional de I+D
INTA Y COPA AMÉRICA DESAFÍO ESPAÑA, S.A.	Proyecto cooperativo de I+D, con financiación pública y privada
UAM, FGUAM Y SMITHKLINE BEECHAM, S.A.	Patrocinio de infraestructuras e instalaciones para investigación
CIEMAT	Formación y transferencia de personal; proyectos I+D cooperativa; servicios de metrología y normalización; asesoría y consultoría

- Publicación: "I+D+I en pequeñas y medianas empresas de la Comunidad de Madrid". Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid. Consejería de Educación. 2001. Ejemplos de difusión de buenas prácticas aparecen en la Tabla 07.

Tabla 07: Ejemplo de difusión de buenas prácticas

I+D+I en pequeñas y medianas empresas de la Comunidad de Madrid	
Empresas	Objeto del proyecto
Alcalagres	Sistemas de visión artificial
Faplisa	Seguridad vial
Infrarrojo y Microelectrónica, SL	Software para sillas de ruedas
Softrónica	Módulos transeptores de UHF/CM
Sidsa	Descodificadores
Inspira	Óptica Especular
Broad Telecom	Trasmisores
Ingenasa	Bursitis Infecciosa

2.2.2.3 Sistema de diagnóstico y apoyo

También son considerados elementos de difusión e implantación de la estrategia, además de los servicios detallados en proceso, otros elementos auxiliares que aparecen a continuación:

- Servicio de Autodiagnóstico en gestión empresarial de la Innovación. Consiste en una potente herramienta informática que, vía Internet, permite a los gestores de las empresas, evaluar su gestión en aspectos claves de la innovación. La herramienta se organiza mediante módulos que han sido desarrollados por instituciones y consultoras especialistas en este ámbito. La herramienta consta de dos tipos de módulos:
 - Módulos Básicos: Módulos de introducción a la gestión de la innovación en las empresas.
 - Módulos especiales: Módulos avanzados sobre aspectos esenciales de la gestión de la innovación en las empresas.

2.2.3 Sistema de actualización y de mejora de las estrategias y los planes

El proceso de Planificación Estratégica prevé la implantación de un dispositivo de monitorización capaz de facilitar el cumplimiento efectivo de los objetivos del III PRICIT, realizando un seguimiento permanente de todos los programas, sobre la base de la comparación entre lo planificado y lo conseguido en cada hito, según los indicadores cuantitativos y cualitativos establecidos. Dado que se ha asumido desde un principio que el III PRICIT pone en marcha un proceso de promoción y estímulo de la innovación, el control realizado sobre la marcha del Plan debe ir orientado a la introducción de las modificaciones oportunas, a medida que se va avanzando en el desarrollo del mismo.

Gráfico 17: Sistema de revisión



Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, este sistema de control y retroalimentación debe ser transparente y público, por lo que se requiere una clara política de comunicación, difusión y participación. Dado el número y diversidad de actuaciones previstas y la voluntad de acometerlas de forma integrada, el III PRICIT diseña y pone en marcha un completo dispositivo de acompañamiento del Plan que determina con precisión los métodos y herramientas para la realización de la necesaria evaluación de las actuaciones ex-ante, durante y ex-post.

La evaluación se realiza a tres niveles:

- Evaluación de propuestas estratégicas presentadas por los distintos agentes (grupos de investigación, instituciones, empresas, asociaciones, etc.), con el objeto de determinar su grado de adaptación a los objetivos y líneas de actuación del III PRICIT, así como su nivel de calidad y su potencial de impacto.
- Evaluación de los programas operativos en sí mismos y su capacidad para dar respuesta a los objetivos planteados en el III PRICIT, incluyendo los programas relativos a acciones especiales y medidas de acompañamiento.
- Evaluación de los resultados conseguidos bajo los auspicios del III PRICIT, tanto intermedios como finales.

Para poder introducir correcciones en el sistema, derivadas de las conclusiones y recomendaciones procedentes de las distintas evaluaciones, es preciso asegurar un eficiente sistema de recogida de datos sobre la marcha de todas las actuaciones del Plan, a partir de la información suministrada por los participantes, y por el análisis complementario realizado por expertos. Por lo tanto, es importante el diseño de unos formatos sencillos de petición y recogida de información, a fin de asegurar el máximo nivel de colaboración.

Finalmente, conviene subrayar la voluntad del III PRICIT con el fin de que el proceso de evaluación incida en la toma de decisiones, tanto en el ámbito operativo de cada una de las actuaciones del Plan, como en el ámbito estratégico del mismo.

Para esta faceta, se comunica claramente a los agentes que las evaluaciones no tienen una función prioritariamente estadística, y en ningún caso se persigue exclusivamente una función fiscalizadora. La información recogida para realizar las evaluaciones, los resultados y recomendaciones de éstas, se dirigen sobre todo a introducir en el Plan las correcciones precisas para lograr una mejora continua en la aplicación de los recursos públicos en pro de la innovación.

La disponibilidad de información sobre el III PRICIT y su difusión entre todos los actores del Sistema Regional de Innovación es también un factor crítico para el éxito del Plan. Disponer de información de calidad sobre la marcha del Plan, y utilizarla/comunicarla de manera adecuada es uno de los retos que el propio Plan tiene planteados

Los Resultados del III PRICIT son evaluados periódicamente a través de las actuaciones de seguimiento y control previstas que se concretan en:

- Seguimiento de hitos
A través del seguimiento continuo de las actividades realizadas en cada iniciativa.
- Revisión del cumplimiento de objetivos y evaluación de propuestas
Con el análisis periódico de los indicadores y la reflexión derivada para un constante ejercicio de encauzamiento y mejora continua.
- Monitorización del grado de avance de los contratos-programa
Por medio de los informes económicos y de actividad que se establecen en el contrato-programa.
- Medida y análisis de indicadores
A través de las unidades de coordinación, que con un conocimiento/seguimiento cercano y continuo de las actividades, y metodologías claras de evaluación, realizan el análisis y valoración del trabajo realizado.

2.2.4 Optimización del proceso por medio del Proceso de Auto-evaluación

En el año 2001, y en línea con el compromiso de calidad, se realiza un ejercicio de auto-evaluación, del que se deriva información relevante para la mejora del sistema. En este sentido, se han puesto en marcha las siguientes acciones:

- Formación de seis personas en el modelo de EFQM
 - José Luis Belinchón
 - José de la Sota
 - María Eugenia Garcés
 - Mayte Aragón
 - Carlos Merino
 - Beatriz Presmanes
- Realización de ejercicio de auto-evaluación por las tres personas que asistieron a la última edición del curso
- Comunicación de los resultados del proceso de auto-evaluación a la Dirección

Tabla 11: Sumario de los resultados de la auto-evaluación

Crterios	Puntos fuertes	Áreas de mejora
1. Liderazgo	Compromiso, accesibilidad y responsabilidad	Acciones sistemáticas formalizadas
2. Política y Estrategia	Proceso reflexionado estratégicamente	Homogeneización de criterios de formulación y seguimiento de contratos programa
3. Personas	Desarrollo de capacidades	Planificación de formación y carreras profesionales
4. Alianzas y Recursos	Optimización y eficiencia de recursos	Necesidad de flexibilidad para incorporar recursos
5. Procesos	Procedimentación incremental y sistemática	Procedimentación total
6. Resultados en los clientes (ciudadanos)	Servicio público eficiente con vocación de mejora continua	Sistematización periódica de la recogida de información sobre satisfacción.
7. Resultados en las personas (socios)	Autonomía, desarrollo de capacidades	Sistematización periódica de recogida de información sobre satisfacción.
8. Resultados en la sociedad	Nexo investigador-empresa, Competitividad regional, bienestar social	Aumento del carácter de servicio público en los Centros Públicos de Investigación
9. Resultados claves	Objetivos, indicadores, seguimiento	Progresión de los resultados

Fuente: Elaboración propia

Desde esta panorámica, se desprende la idea de la existencia de una estructura y compromiso claro de calidad, con un desarrollo incremental y sistemático en el uso de las herramientas adecuadas.

2.2.5 Elaboración del IV PRICIT

La elaboración del IV PRICIT comienza a mediados de marzo 2003, con la celebración de los distintos grupos de trabajo o paneles de expertos. Desde mediados de junio hasta mediados de noviembre se procede a la explotación de la información y elaboración del primer borrador del plan que será discutido y depurado en los próximos meses.

El IV PRICIT se ha entendido desde su inicio como un proceso dirigido a implicar a los agentes del Sistema Regional de Ciencia y Tecnología en la definición de sus objetivos y en su consecución.

Respondiendo a esta idea la metodología del plan se ha agrupado en cuatro fases igualmente relevantes:

- Plan Estratégico
- Alinear la Organización
- Ejecutar el Plan
- Revisar y Mejorar

Desde el inicio, en la fase de análisis del sistema de Ciencia y Tecnología de la Comunidad de Madrid, se ha cuidado la incorporación en la elaboración del nuevo plan de todo lo aprendido en la ejecución de los anteriores. De manera especial, lo correspondiente a los últimos cuatro años, que han servido para la plena consolidación de la política regional.

Algunos datos relevantes sobre la elaboración del IV PRICIT:

- Número de participantes (290 personas)
- Listado de instituciones participantes
 - Universidad Politécnica de Madrid
 - Universidad de Alcalá
 - Universidad Nacional de Educación a Distancia
 - Universidad Complutense de Madrid
 - Universidad Carlos III de Madrid
 - Universidad Autónoma de Madrid
 - Universidad Rey Juan Carlos
 - Universidad San Pablo-CEU
 - Universidad Pontificia Comillas de Madrid
 - Instituto Nacional de Técnica Aeroespacial
 - Consejo Superior de Investigaciones Científicas
 - Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas
 - Instituto de Salud Carlos III
 - Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria
 - Fundación Española de Ciencia y Tecnología
 - Fundación COTEC
 - Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial
 - Ministerio de Ciencia y Tecnología
 - Ministerio de Educación, Cultura y Deporte
 - Ministerio de Fomento
 - Federación de Municipios de Madrid
 - Comisión Europea
 - Comunidad de Madrid
 - Hospitales
 - Asociaciones y Federaciones de empresarios
 - Empresas (incluidas PYME)
- Grupos de trabajo: 20
- Reuniones realizadas: 40
- Documentos gestionados: 350
- Comunicaciones vía Web recogidas: 200
- Número de accesos a la Web: 247.190 visitas

2.3 Criterio 3 modelo EFQM: Personas

2.3.1 Planificación, gestión y mejora

Con el fin de lograr una estructura ágil y dinámica, la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid (DGI) ha creado una arquitectura organizativa que permite la obtención de un efecto multiplicador de su poder de gestión. Dicha estructura se presenta a continuación, pasando seguidamente a delimitar el tipo de recursos que la componen.

Gráfico 18: Estructura de personal y recursos



Fuente: Elaboración propia

2.3.1.1 Funcionario

La DGI CM presenta un núcleo administrativo que está compuesto por 6 miembros, los cuales establecen la base institucional de madri+d, del centro virtual sistema madri+d y de los servicios asociados. Salvando la figura de Director General, el resto de los jefes de área se ocupan de la labor de planificación, coordinación, gestión económica y seguimiento económico, lo que dota a la estructura de la organización de una base lo suficientemente diversificada como para apoyar eficientemente todo el proceso.

La definición de funciones y responsabilidades viene dada por la especialización del jefe de área, tratando de adecuar las necesidades de gestión de madri+d a las capacidades del personal funcionariado dedicado.

2.3.1.2 Contratado

La DGI trata de consolidar la coordinación de las iniciativas a través de personal contratado con perfiles definidos y analizados previamente en línea con las necesidades de gestión del III PRICIT. El proceso se desarrolla por medio de concurso público en el cual se establecen los requisitos, objetivos, dedicación, etc., necesarios para la gestión de un programa en concreto.

El candidato presenta una oferta en la que se acredita un bagaje y currículo, y se detalla un plan de trabajo vinculado a una oferta económica. Esto asegura unas expectativas de trabajo claras y eficientes en cuanto a su coste.

La DGI tiene establecido un procedimiento para realizar la selección de candidatos, evaluando, por medio de un Comité de Evaluación, todas las ofertas según el grado de cumplimiento de los requisitos.

En el posterior contrato se definen detalladamente el alcance y objetivos de la colaboración. Todas las funciones y responsabilidades están definidas en el contrato, existiendo un seguimiento del grado de consecución de los objetivos.

Por su contacto directo y bagaje profesional en la materia, estos colaboradores participan activamente en el proceso de mejora continua, proponiendo nuevas ideas y enfoques que promueven un ambiente de creatividad en la organización.

2.3.1.3 Vinculados a proyecto a través de organizaciones privadas. Asistencias técnicas.

El procedimiento es idéntico al descrito en el caso de colaboraciones, existiendo hasta el momento 2 organizaciones actuando bajo esta forma contractual.

Los recursos que están organizaciones aportan, potencian y complementan la acción de las iniciativas, tanto en su vertiente coordinadora, como en las tareas de difusión y formación.

2.3.2 Implicación y asunción de las responsabilidades

La cultura del sistema, tal como ya se ha indicado potencia la participación del personal en las actividades de mejora a través de las propuestas que realizan.

Todas las personas que trabajan para el sistema son convocadas para participar en los diferentes actos y conferencias que se celebran asociados al sistema.

Así mismo, la Dirección General de Investigación participa en la creación de la Fundación para el Conocimiento madrimasd junto con otras organizaciones que es un instrumento eficaz de gestión y coordinación de las políticas regionales de I+D+i en aquellos programas que por su naturaleza y duración no deben ser gestionados directamente por el personal funcionario. En este sentido, la Fundación coordina líneas del sistema madri+d como son la Comercialización e Internacionalización tecnológica, la Vigilancia Tecnológica a través de los Círculos de Innovación y el Vivero Virtual de Empresas, la Red Alta Velocidad y algunas de las actividades referidas a la página Web del Sistema Regional.

El trabajo se realiza a través de la colaboración en equipos asociados a las diferentes iniciativas y servicios

2.3.3 Diálogo entre las personas y la organización

Como ya se indicó en el criterio 1 existe una actitud de escucha y dialogo permanente potenciada desde la Dirección. Este diálogo se sistematiza principalmente en las reuniones externas (Ver tabla 01) y en aquellas que se promueven desde los diferentes Servicios (Círculos de Innovación, presentación de metodologías)

2.4 Criterio 4 Modelo EFQM: Alianzas/colaboradores y recursos

2.4.1 Gestión de alianzas

2.4.1.1 Colaboración-alianzas con miembros del sistema madri+d

Bajo un compromiso innovador de eficiencia y calidad, madri+d está formado, fundamentalmente, por instituciones de carácter público, como Universidades y Centros Públicos de Investigación, centrados, sin embargo, en sus propios objetivos, a saber, educación e investigación. Al integrarlos en un sistema coordinado, abierto a otros ámbitos de la sociedad, como son los propios ciudadanos y las empresas, madri+d potencia dos objetivos básicos:

- El ciudadano percibe de forma novedosa a estas instituciones prestatarias de servicios, no sólo de forma aislada, sino como gestores de servicios públicos directamente implicados con el ciudadano como son la mejora de la competitividad y la creación de innovaciones que redundan en el bienestar social.

Por ejemplo, madri+d gestiona el programa de Cultura Científica que incentiva la participación ciudadana en el ámbito de la Ciencia y la Tecnología. Esta iniciativa presenta actividades como congresos, ferias, talleres, cursos, seminarios, publicaciones, etc. con el fin de acerca la ciencia al ciudadano.

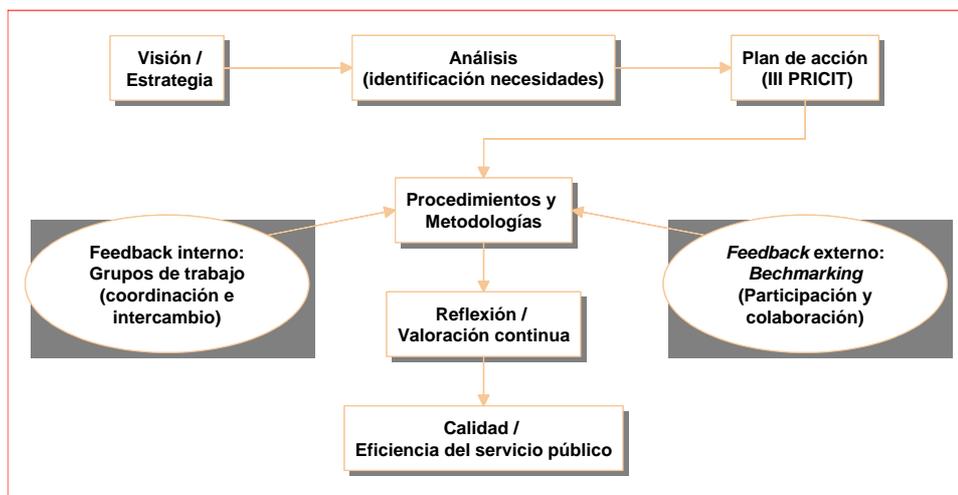
- Las empresas perciben a las entidades públicas (Universidades, Centros de Investigación Administración) como agentes comprometidos con la realidad empresarial de la región, dentro de los nuevos esquemas de la Sociedad de la Información que permiten un alto nivel de accesibilidad. Este enfoque despliega el potencial de tales agentes públicos y los convierten en proveedores de servicios ajustados a las necesidades de los usuarios, aportando un gran valor añadido a la dirección empresarial en todas sus funciones.

Por supuesto, todo este planteamiento de acción se estructura en la siguiente base de premisas, que aceptan y comparten los miembros del sistema:

- La aceptación por parte de los miembros del servicio público como un reto de eficiencia e innovación permanente.
- La orientación al cliente, tanto en su vertiente interna como externa, asentado así una política de continua valoración y análisis.
- La reflexión y establecimiento de procedimientos de acción claros, consensuados, eficientes y de carácter sistemático.
- El intercambio y el enriquecimiento derivado del trabajo en equipo/red.
- El establecimiento de planes de trabajo e indicadores para cada una de las actividades, vinculando tales tareas y cifras a los recursos disponibles y a los objetivos de los servicios.

Esta base de premisas unida al planteamiento de gestión del conocimiento permite un continuo análisis y evaluación del estado del arte científico y tecnológico de la región y sus implicaciones en las políticas de desarrollo innovador y mejora continua (calidad).

Gráfico 19: Proceso de participación de socios gestores



Fuente: Elaboración propia

2.4.1.2 Relaciones de socio con organizaciones internacionales

El Sistema madri+d participa como socio en los proyectos europeos así como en las redes de intercomunicación que algunos de estos proyectos generan. A través de la colaboración en estas iniciativas se mejora la capacidad de servicio y se participa en un sistema de intercambio de experiencias cuyos beneficios serán transmitidos a las empresas y organizaciones clientes.

A continuación se presenta la relación de proyectos europeos en los que está vinculada la DGI de la Comunidad de Madrid.

Proyecto INFOACT “Diffusion of Economic Intelligence for SME”
Resumen:
La Comunidad de Madrid participó en el proyecto europeo INFOACT, junto con las regiones de Auvergne, Lyon, Tesalia y Yorkshire & The Humber.
Duración:
El proyecto INFOACT comenzó en enero de 2000 y finalizó el 10 de marzo de 2001.
Objetivo:
El objetivo del proyecto INFOACT se centró en la difusión de la Inteligencia Económica y la Vigilancia Tecnológica entre las pequeñas y medianas empresas. El contenido del proyecto se basaba en la puesta en marcha de actuaciones dirigidas a: <ul style="list-style-type: none">– Empresas, para ayudarlas a identificar sus necesidades de información y a explotar de forma eficiente la información que reciben.– Proveedores de información tecnológica y económica, para ayudarles a la utilización de metodologías y herramientas adecuadas para la recogida, el tratamiento y la difusión de la información. Con este proyecto se intentó potenciar la capacidad empresarial de anticipación ante la evolución del entorno: <ul style="list-style-type: none">– Detectando oportunidades de mercado– Alertando de posibles cambios en el mercado– Facilitando la incorporación de productos y procesos tecnológicamente innovadores– Analizando y siguiendo la evolución de reglamentaciones y políticas Las anteriores actuaciones se llevaron a cabo generalmente de forma colectiva, a través de clusters empresariales formados sobre una base sectorial o tecnológica, potenciándose así mismo la colaboración entre clusters de diversas regiones europeas.

Proyecto CETISME “Cooperate to Promote Economic and Technological Intelligence in SME”
Resumen:
La Comunidad de Madrid participó en el proyecto CETISME, junto con Lorraine, Coventry y Pisa, como organismo coordinador del proyecto.
Duración:
El proyecto comenzó su andadura el 1 de enero de 2001, con la celebración el 2 de marzo de 2001 de ese mismo año del kick-off meeting en Madrid. Finalizó el 31 de diciembre de 2002.
Objetivo:
La Comunidad de Madrid quiso dar continuidad a la línea comenzada con el proyecto INFOACT y el programa regional de Círculos de Innovación dentro del ámbito de la vigilancia tecnológica e inteligencia económica. En este sentido, el proyecto CETISME tuvo como objetivo aumentar la sensibilización empresarial hacia estas herramientas estratégicas de gestión de la innovación.

Proyecto CETISME “Cooperate to Promote Economic and Technological Intelligence in SME”

Para ello se identificaron y difundieron metodologías, herramientas y buenas prácticas entre los socios, además de facilitar formación en ETI y apoyo para la presentación de propuestas europeas y la realización de acciones transregionales.

Proyecto METROPOLIS (Innopolitan) “Innovation and Networking Activities in Large Metropolitan Areas”

Resumen:

La Comunidad de Madrid participa desde el año 1997, junto con organismos de 13 grandes áreas metropolitanas de la Unión Europea y de los países candidatos, en la Red Temática Metrópolis. Los socios de la CM fueron Helsinki, Lisboa y Valle del Tajo, Milán, Berlín, Oslo, Estocolmo, Praga, Roma, Róterdam, Tallin, Viena, y Niza.

Duración:

La primera parte de este proyecto comenzó su andadura en el año 1997 hasta el 1999. La segunda parte del proyecto discurrió de 1999 a 2001. En la fase actual METROPOLIS se define desde el 12 de Noviembre de 2001 hasta el 11 de noviembre de 2003. El kick-off meeting tuvo lugar el 18 de enero de 2002 en Madrid.

Objetivo:

Actualmente, los socios del foro METROPOLIS tratan de poner en común aspectos que les permitan, en el marco de sus correspondientes políticas de apoyo a la innovación, poner en marcha nuevas acciones o mejorar los actuales esquemas de apoyo.

Para ello, las organizaciones y autoridades europeas con responsabilidades en materia de innovación que participan en este proyecto:

- Comparan sus procesos de definición de estrategias regionales de apoyo a la innovación.
- Analizan, a través de seminarios temáticos, otros aspectos de especial interés relacionados con la innovación.
- Difunden buenas prácticas hacia otros agentes de las regiones participantes mediante presentaciones públicas e informes.
- Promocionan en sus regiones esquemas nuevos o ya existentes de apoyo a la innovación.

Proyecto SAIL “Strengthening Academic and Industrial Links”

Resumen:

La Comunidad de Madrid participa en la red temática SAIL junto con 13 regiones más: Coventry, Rumania, North East Rumania, Cracovia, Lower Silesian, Creta, Chipre, Islandia, North West Ireland, South East Ireland, Vastra Gotaland, Stuttgart, Galilea

Duración:

El proyecto comenzó su andadura en Enero de 2002, con la celebración en marzo de ese año del kick-off meeting en Coventry, y finalizará el 1 de diciembre de 2003.

Objetivo:

El objetivo principal del proyecto SAIL es facilitar el intercambio transnacional entre regiones de conocimientos y experiencias en el campo de la cooperación entre el mundo académico y el tejido industrial y empresarial dentro del programa Innovation.

Los principales resultados que se esperan obtener son:

- Siete nuevas iniciativas regionales de origen gubernamental
- Seis acciones pilotos en Programas Europeos, tales como el ERDF Innovative Actions 2000-2006 Programme
- 20 acuerdos entre regiones miembros o no miembros de la red en la temática SAIL
- Cuatro grupos de trabajo regionales subtemáticos

Proyecto PRIACES “Política Regional Integrada de Apoyo a la Creación de Empresas Spin-off”

Resumen:

La Comunidad de Madrid participó como coordinador en el proyecto europeo PRIACES, junto con las regiones de Twente, Helsinki, Holanda y dentro de Madrid con el Instituto Universitario Euroforum.

El proyecto PRIACES formó parte de uno de los 24 proyectos que la Comisión Europea apoyó para mostrar las mejores prácticas en la creación y desarrollo de empresas de base tecnológica.

Duración:

El proyecto PRIACES comenzó su andadura el 18 de julio de 2000, con la celebración en Madrid del kick-off meeting. Fue un proyecto de 18 meses de duración, que finalizó en Febrero de 2002.

Objetivo:

Este proyecto se basó en el desarrollo de un conjunto de trabajos metodológicos y un proceso de monitorización y seguimiento operativo que pudiera demostrar la necesidad de una política integral para superar los obstáculos sociales, educativos, económicos y culturales, que impiden la creación y el desarrollo de empresas tecnológicas en la Comunidad de Madrid.

El Vivero Virtual de Empresas de la Comunidad de Madrid surge a raíz de este proyecto, como herramienta telemática de apoyo al emprendedor en la creación y desarrollo de empresas tecnológicas, desde la fase de idea innovadora hasta la constitución legal de la empresa y la búsqueda de espacio físico.

Proyecto SPRING I y II “Speed-up of Regional Innovation and Economic Growth”

Resumen:

La Comunidad de Madrid participa en la red temática de excelencia SPRING II junto con las regiones de Estocolmo, Cambridge y Stuttgart.

Duración:

La primera parte de este proyecto discurrió entre septiembre del año 2000 y febrero de 2002, comenzando con la celebración el 10 de septiembre de 2000 del kick-off meeting en Estocolmo.

La segunda parte del proyecto, donde ahora nos encontramos, comenzó su andadura el 1 de enero de 2003, con la celebración en febrero de ese mismo año del kick-off meeting en Berlín. Esta segunda parte del proyecto SPRING finalizará el 31 de diciembre de 2005.

Objetivo:

El objetivo principal de este proyecto, es el intercambio de metodologías y procesos ya existentes en las respectivas zonas, para estimular y apoyar la creación y desarrollo de nuevas empresas de base tecnológica, así como la disseminación de estas buenas prácticas a regiones de Europa menos desarrolladas.

En SPRING II se pretende además involucrar directamente a las autoridades locales (municipios), en las decisiones políticas de su región en materia de creación de empresas de base tecnológica.

El proyecto SPRING II divide el trabajo en cuatro áreas temáticas de estudio. Cada región participante lidera un área coordinando toda la información que sobre ese tema generen y aporten el resto de las regiones:

- Capital Intelectual
- Financiación
- Emprendedores
- Cultura Científica

Proyecto DESCARTES “Développement de Systèmes d’Innovation Durable dans les Régions Urbaines”

Resumen:

La Comunidad de Madrid, a través de la Fundación para el Conocimiento madri+d, ha presentado la propuesta del proyecto Descartes, a la segunda convocatoria del programa europeo INTERREG III, junto con Oslo, Berlín, Milán, Róterdam, Praga, Atenas, y Helsinki.

Duración:

El proyecto DESCARTES es un proyecto a tres años que comenzará su andadura en enero de 2004 hasta diciembre de 2006.

Objetivo:

El objetivo principal de este proyecto es la realización de un doble ejercicio de *benckmarking*, para identificar buenas prácticas en la gestión de sistemas regionales de innovación y el diseño de indicadores regionales que permitan la comparación.

Por un lado, se realizará un análisis o *benchmarking* cuantitativo con la red completa de socios (8-9 autoridades regionales), y por otro lado, se realizará un análisis o *benchmarking* cualitativo.

Los resultados de ambos análisis se recogerán, se estructurarán y se diseminarán a través de las herramientas apropiadas.

La Fundación para el Conocimiento madri+d ocupa dos roles diferentes dentro del proyecto: socio participante y líder del proyecto.

Proyecto “Information, Society and Technology: A five region approach to developing regional foresight scenarios”

Resumen:

La Comunidad de Madrid, a través de la Fundación para el Conocimiento madri+d y junto con las regiones de Bolonia, Coventry, Stuttgart y Vastra Gotaland, ha presentado la propuesta del proyecto “Información, Sociedad y Tecnología: Desarrollo de la prospectiva regional en cuatro regiones europeas”, dentro de la iniciativa europea *Regions of Knowledge*.

Duración:

Se ha planificado que el proyecto tenga una duración de dos años, comenzando a principios del año 2004 y terminando en el 2006.

Objetivo:

El objetivo principal del proyecto es el de potenciar el uso de la prospectiva tecnológica en las cinco regiones participantes. Para ello se van a desarrollar una serie de actuaciones como las que a continuación se detallan:

- *Clustering* regional: Agrupar a todos aquellos factores de cada región caracterizados por su conocimiento y desarrollo de metodologías de Prospectiva, ponerlas en común y mejorarlas en lo posible.
- Intercambio de conocimientos: Una vez asentado el cluster regional, y definidas sus actividades, se iniciarán una serie de acciones encaminadas a potenciar el intercambio de conocimientos con el resto de participantes europeos.
- Con las nuevas metodologías establecidas mediante el intercambio y elección de prospectiva en las áreas de “Información, Sociedad y Tecnología”, lo que dará lugar a un estudio validado del estado.
- Difusión: de los resultados obtenidos en el proyecto, mediante la celebración de seminarios, conferencias y publicaciones.

Proyecto IRC Madrid
Resumen:
La Comunidad de Madrid, a través de la Fundación para el Conocimiento madri+d, participa junto con otras 250 regiones europeas en una red de oficinas regionales especializadas en la transferencia de tecnología cofinanciada por la Unión Europea. La red está constituida por 68 organizaciones independientes de los estados miembros y asociados de la UE, elegidas mediante una convocatoria abierta dentro del programa <i>Innovation</i> . En la actualidad, la red de Centros de Enlace se ha consolidado dentro del V Programa Marco como una de las redes más activas y eficaces para promover la creación de un mercado tecnológico común europeo.
Duración:
El proyecto IRC Madrid comenzó su andadura en abril de 2000 y tiene su finalización en el año 2004.
Objetivo:
El objetivo de la red es mejorar la competitividad de las PYME mediante el acceso a las tecnologías desarrolladas en toda Europa, ayudándolas a definir y encontrar las soluciones que necesitan y ofertando sus propios desarrollos. Así mismo, promueve la transferencia de los resultados de la investigación de los centros públicos de investigación y su explotación por parte de las empresas facilitando servicios especializados de asesoramiento en todo el proceso.
Proyecto NANOMAT “A targeted action to encourage the participation of SME in the 6FP, in the Nanotechnologies and knowledge-based multifunctional materials fields”
Resumen:
La Comunidad de Madrid, a través de la Fundación para el Conocimiento madri+d, ha presentado la propuesta del proyecto NONOMAT, junto con Luxemburgo, Stuttgart, República Eslovaca, Hungría, la República Checa, Polonia, París y Rumania.
Duración:
El proyecto NANOMAT comenzará su andadura en enero de 2004 y durará hasta el año 2006.
Objetivo:
El objetivo principal de este proyecto es conseguir que las PYMES de los distintos países implicados se acerquen a los campos de la nanotecnología y materiales multifuncionales, promoviendo su participación en el Sexto Programa Marco de la CE.
Proyecto Red Temática “GATE2GROWTH INCUBATOR FORUM”
Resumen:
La Comunidad de Madrid, a través de la Fundación para el Conocimiento madri+d, participa en la red temática “Gate2growth Incubator Forum” dentro del programa europeo “Promotion of Innovation and Encouragement of SME Participation”.
Duración:
La participación en la Red Temática gate2growth se renueva anualmente por parte de sus miembros.
Objetivo:
El objetivo principal de esta iniciativa es apoyar a los gestores de incubadoras tecnológicas, a directores de OTRI y OTT de universidades y centros públicos de investigación, a responsables de áreas de emprendizaje, etc., con el objetivo de mejorar sus capacidades para ayudar a los emprendedores, promoviendo el trabajo en red, el intercambio de experiencias y las mejores prácticas a nivel europeo.

Proyecto “Supporting the Development of Knowledge Based Businesses by Strengthening Academia-industry Links”

Resumen:

La Comunidad de Madrid, a través de la Fundación para el Conocimiento madri+d, junto con las regiones de Coventry, Stuttgart y Vastra Gotaland, ha presentado la propuesta del proyecto “Apoyo al Desarrollo de Empresas de Origen Científico al Fortalecer los Lazos entre Universidades e Industria”, dentro del programa europeo INTERREG III.

Duración:

Se ha planificado que el proyecto tenga una duración de dos años, comenzando a principios del año 2004 y terminando en abril de 2006.

Objetivo:

El objetivo principal del proyecto es el de potenciar las relaciones entre las empresas de base tecnológica y las instituciones académicas e investigadoras. Para ello se van a desarrollar una serie de actuaciones como las que a continuación se detallan:

- *Clustering* regional: Donde se integrarán todas aquellas acciones que comprometan un trabajo conjunto entre regiones con el fin de intercambiar los distintos conocimientos entre regiones.
- Análisis regional: con el fin de identificar aquellos proyectos y programas que sean exitosos en la cooperación entre empresas y la comunidad investigadora.
- Sistema de integración: Con las buenas prácticas identificadas se pretende diseñar un sistema piloto que integre las mejores metodologías en el campo de la colaboración entre la Industria y la comunidad investigadora, que será conocido como “Anteproyecto”. Se estudiarán las posibilidades y problemas de la implantación en las regiones posteriormente.
- Difusión: de los resultados obtenidos en el proyecto mediante la celebración de seminarios y conferencias.

Proyecto INES “Integration of the European Mobile Research Community in a Collaborative Work Environment”

Resumen:

La Comunidad de Madrid, a través de la Fundación para el Conocimiento madri+d, junto con la empresa española MOVIQUITY y las universidades de Bremen, Budapest y Helsinki, ha presentado la propuesta del proyecto INES, dentro del programa europeo IST *Priority*.

Duración:

Se ha planificado que el proyecto tenga una duración de dos años y medio, comenzando en enero de 2004 y terminando en el mes de Junio de 2006.

Objetivo:

El objetivo principal del proyecto es desarrollar un portal inteligente de fácil uso y de valor añadido para generar y facilitar el acceso al conocimiento procedente de investigaciones en comunicaciones móviles (regionales, nacionales e internacionales), empleando también la vigilancia tecnológica.

Esta propuesta de proyecto constituye por tanto un mayor acercamiento a la investigación global en actividades de comunicaciones móviles, considerando la colaboración y el trabajo en red como tendencia en las futuras líneas de investigación en el sector. La propuesta ayudará a aliviar los obstáculos actuales derivados de la fragmentación de la base de la investigación.

Otro de los propósitos del proyecto es el de acercar las líneas de investigación mundiales, es decir mercados como Japón o EEUU, a la Comunidad Europea, con el fin de incrementar la competitividad respecto a estos países

Socios europeos de madri+d



2.4.2 Gestión de los recursos económicos

En cuanto a los recursos económicos cabe destacar 3 vías dentro de la estructura de gasto/financiación:

1. Financiación de las iniciativas bajo su epígrafe presupuestario y los recursos complementarios recibidos de proyectos europeos para algunas de ellas.
2. Financiación del Centro Virtual Sistema madri+d para su operatividad.
3. Colaboraciones y asistencias técnicas que dotan de recursos a las labores de gestión y coordinación.

En cuanto al primer apartado, esta vía se centra en criterios de optimización de los recursos económicos, de esta manera la eficiencia de la financiación se ve incrementada por la complementariedad de los recursos de la Comisión Europea y la aportación de los diferentes socios (miembros gestores).

Dada la rápida evolución de las tecnologías de la información y para asegurar la actualización del Centro Virtual Sistema madri+d a los nuevos desarrollos del mercado, existe un Consejo Asesor del Centro Virtual Sistema madri+d (especialistas de contenidos, diseño y programación) cuya función es la de analizar y evaluar la conveniencia de nuevas inversiones telemáticas.

2.4.3 Gestión recursos informáticos

Dado el carácter telemático/virtual del Centro Virtual Sistema madri+d existen una serie de aspectos del sistema a destacar, a saber:

- Confidencialidad/Seguridad

Todo el sistema dispone, a nivel general, de los protocolos de seguridad que hacen del Centro Virtual Sistema madri+d un entorno seguro para su propósito u objetivo. En el ámbito particular, existen los mecanismos de confidencialidad que permiten el uso de espacios privados para los usuarios.

- Disponibilidad/Fiabilidad

El Centro Virtual Sistema madri+d, por su naturaleza telemática, facilita una disponibilidad total de 24 horas diarias, además de dotar de un altísimo nivel de fiabilidad a cada una de las entradas del sistema.

- Actualización de versiones telemáticas

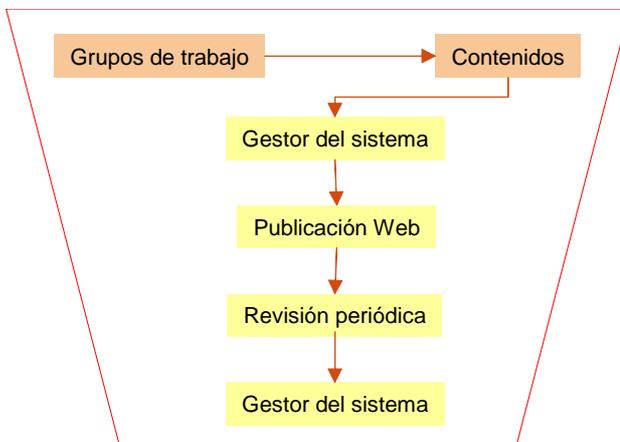
Como se ha comentado, existen un proceso analítico (Consejo Asesor del Centro Virtual Sistema madri+d) para la actualización de las versiones web.

- Actualización de contenidos.

La actualización de contenidos se realiza con la participación directa de los grupos de trabajo, con lo que se dota al Centro Virtual Sistema madri+d de contenidos adaptados a las necesidades de los usuarios. Este proceso se desarrolla de acuerdo con el esquema que presenta el siguiente gráfico:

Dentro de la cultura del sistema madri+d está implícito el fomento de las relaciones telemáticas para la comunicación e información que sin duda aumentan la eficiencia y rapidez de los contactos.

Gráfico 20: Centro virtual sistema madri+d —actualización de contenidos

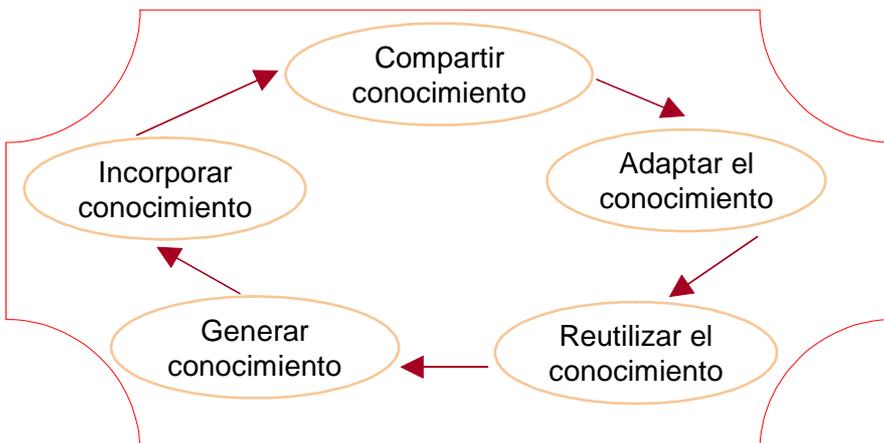


Fuente: Elaboración propia

2.4.4 Proceso de gestión del conocimiento

La iniciativa madri+d parte de una idea clara de gestión del conocimiento dentro de la región de Madrid, intentando potenciar el proceso continuo que se desarrolla a través de las fases de generar, incorporar, compartir, adaptar y reutilizar tal conocimiento. Dicho proceso se explota de forma integral a través del Centro Virtual Sistema madri+d.

Gráfico 21: Proceso continuo de gestión del conocimiento regional



Fuente: Elaboración propia a partir de información de Dirección General de Calidad en los Servicios (1998): "Manual de implantación del Plan de Calidad de la Comunidad de Madrid". Comunidad de Madrid.

El desglose de este desarrollo permite concretar "qué" y "cómo" se desarrollan las distintas fases de gestión del conocimiento dentro de la iniciativa madri+d.

1. Compartir conocimiento: madri+d a través de la participación, como miembros, de 35 instituciones relacionadas con el mundo de la investigación y la innovación tecnológica, y de la inscripción dentro de sus sistemas de distribución de más de 14.113 investigadores y 1.018 empresas, logra una disseminación de conocimiento muy elevada, no sólo en el ámbito regional sino también a nivel nacional y europeo.

- Qué
 - Información y experiencias sobre investigación científica e innovación tecnológica
- Cómo
 - Grupos de trabajo para cada una de las iniciativas
 - Bases de datos madri+d
 - Reuniones periódicas
 - Herramientas de transferencia
 - Proyectos europeos
 - Página web
- Algunos resultados
 - Uso de metodologías comunes de trabajo en servicios como círculos de innovación, comercialización, Vivero Virtual, etc.
 - Participación en proyectos europeos de intercambio de buenas prácticas como SPRING, PRIACES, METROPOLIS, etc.
 - Realización de asesorías tecnológicas

2. Incorporar conocimiento: La iniciativa madri+d, a través de su labor de gestión y coordinación, permite la incorporación de conocimientos a las instituciones derivada de una mayor comprensión del estado del arte regional. Además, la magnitud de la red consigue un efecto de atracción que posibilita la incorporación de conocimientos de nuevos socios. Este proceso se complementa con la realización de intercambios tanto a nivel regional como nacional y europeo.

En la actualidad, todas las instituciones de madri+d utilizan herramientas de gestión de la innovación tecnológica y del conocimiento introducidas por la red. Este ejercicio permite conocer el estado del conocimiento científico-tecnológico de la región (relación de estudios publicados, indicadores, metodologías de gestión en transferencia de tecnología, vigilancia tecnológica, creación de empresas, formación continua, etc.).

- Qué
 - Estado científico-tecnológico de la región.
 - Metodologías probadas en gestión de la innovación y del conocimiento.
- Cómo
 - Uso de metodologías comunes

- *Benchmarking*
 - Proyectos europeos
 - Sistema de Información Activa (sistema de distribución telemática de información)
 - Algunos resultados
 - Conocimiento de experiencias regionales de vigilancia tecnológica en Europa (proyecto INFOACT)
 - Conocimiento de la oferta y demanda tecnológica de la red europea de Centros de Enlace (proyecto IRC Madrid)
3. Generar conocimiento: La actividad de financiación que madri+d facilita, permite el desarrollo de proyectos de investigación y tecnología que contribuyen al incremento de la labor de generación de conocimiento.

La disposición en red facilita una especialización y diversidad que se gestiona a través de los equipos de trabajo. Estos equipos desarrollan su actividad con una autonomía que se inserta dentro del marco de los planes de trabajo establecidos en el contrato programa.

- Qué
 - Nuevas herramientas de gestión de la innovación
 - Resultados de los servicios
 - Ampliar la oferta de servicios
 - Cómo
 - *Workflow*: Exposición de resultados a través de los informes periódicos de seguimiento
 - Algunos resultados
 - Creación de nuevas iniciativas como respuesta a las necesidades detectadas
 - Resultados de los servicios (planes de negocio, informes de vigilancia tecnológica, consultas y asesorías tecnológicas)
 - Publicaciones madri+d y otros documentos accesibles
4. Adaptar conocimiento: La gestión de las actividades por equipos de trabajo permiten un análisis de las técnicas, herramientas y metodologías que se van nutriendo de la experiencia y la coyuntura existentes para adaptarse al entorno propio.

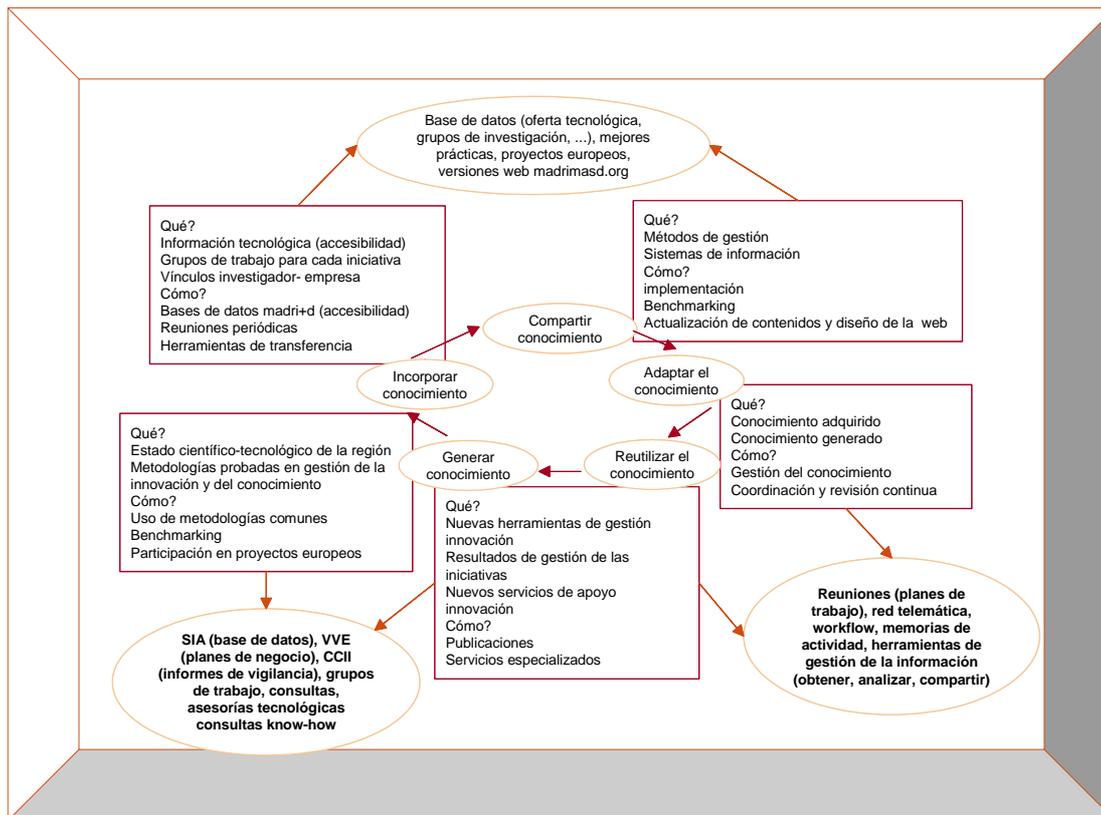
Por otra parte, en su faceta regional, la red madri+d actúa como elemento emisor y receptor de conocimiento, es en ésta labor en la que surge la tarea de adaptación en un doble sentido.

Además, la participación en proyectos europeos, permite la identificación e implementación diferenciada de las mejores prácticas derivadas de los procesos de *benchmarking*.

- Qué
 - Métodos de gestión
 - Sistemas de información y *workflow*

- Cómo
 - Implementación de buenas prácticas (*benchmarking*)
 - Actualización de contenidos y diseño del centro virtual
 - Actualización de bases de datos
 - Algunos resultados
 - Procedimientos con espíritu de mejora continua
 - Revisión periódica del Centro Virtual Sistema madri+d con participación de agentes implicados en su desarrollo y del Consejo Asesor de la página Web
 - Uso de Gesmadrid como base de datos común y coordinada
5. Reutilizar conocimiento: La constante actividad de coordinación permite una revisión continua de los desarrollos, lo que facilita una reutilización de los conocimientos evitando, por un lado, las ineficiencias de redesarrollar ideas, y por otro, fomentando la diseminación de buenas prácticas en la gestión y el desarrollo de las actividades.
- Qué
 - Conocimiento adquirido
 - Conocimiento generado
 - Cómo
 - Coordinación y revisión continua
 - Reuniones de los grupos de trabajo, *workflow*
 - Algunos resultados
 - Intercambio de datos, presentaciones, informes de actividades desarrolladas, etc., que permiten una continua revisión y aprovechamiento del estado del arte regional

Gráfico 22: Desglose de proceso de gestión del conocimiento



Fuente: Elaboración propia

Descrito el proceso, la labor del Centro Virtual Sistema madri+d plantea los siguientes aspectos relevantes:

- madri+d, con su labor coordinadora y metodológica, otorga un valor añadido a la investigación científica e innovación tecnológica regional, siendo los flujos de información y conocimiento manejados el activo básico del sistema, es decir, se convierte en un sistema de macrogestión del conocimiento.

En este sentido, se podría citar la suscripción a bases de datos como la *British Library*, el uso de la base de datos GesMadrid, metodologías y procedimientos de gestión como los de la red de Centros de Enlace (transferencia de tecnología) y la participación en programas europeos como PRIACES, que ha permitido a los grupos de trabajo visitar otras regiones europeas (Finlandia, Escocia y Holanda) para conocer de primera mano la experiencia en creación de empresas de base tecnológica.

- Con la existencia de madri+d, el personal de las organizaciones miembro ha asumido papeles de relevancia dentro del sistema regional y en foros internacionales, reuniones de proyectos europeos, foros regionales, *workshops*, ferias, *brokerage events*, *technology transfers days*, etc., lo que sin duda incrementa su motivación y polivalencia. Gracias a madri+d el personal de las instituciones y las propias organizaciones asumen el proceso de gestión de la innovación como un todo dentro de un sistema regional implicado en un contexto internacional y por tanto con una perspectiva más amplia.

2.5 Criterio 5 modelo EFQM: Procesos

2.5.1 Definición de los procesos asociados a la prestación de los servicios

Se deben considerar los siguientes aspectos:

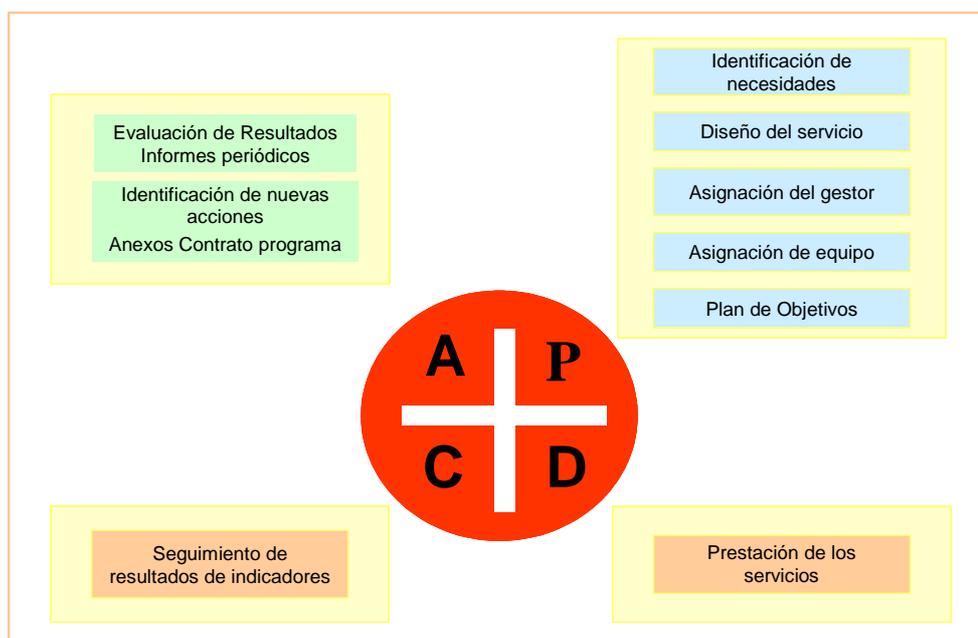
- El establecimiento de procedimientos en el desarrollo de los servicios (contenido del Centro Virtual Sistema madri+d). En este sentido, hay que destacar los siguientes aspectos:
 - Los procesos de prestación de servicios están definidos.
 - La mayoría de los procesos están documentados.
 - Los procesos tienen indicadores.
 - Existe un sistema de mejora y seguimiento de los procesos.
 - El personal participa en la mejora de los procesos
- Los procedimientos operativos del Centro Virtual que se establecen en el nivel telemático. Al ser el ente que acoge todos los contenidos, su carácter operativo se ve favorecido por los procedimientos de cada uno los servicios que lo integra.

2.5.2 Servicios y procesos orientados al cliente

Los servicios que provee el Centro Virtual Sistema madri+d están orientados hacia la mejora de la capacidad competitiva de sus principales clientes, empresas e investigadores cuyas organizaciones están en un proceso innovador. El Centro Virtual Sistema madri+d proporciona servicios de información y asesoramiento en aquellas materias derivadas del ejercicio de estratégico realizado para conocer las necesidades de los clientes regionales.

Los Servicios se articulan a través de tres pilares básicos alrededor de los cuales los clientes actúan también como proveedores de información y de necesidades:

Gráfico 23: Desarrollo de los procesos



Fuente: Elaboración propia

2.5.3 Relación de servicios del centro virtual sistema madri+d

2.5.3.1 Cultura Científica

El programa Cultura Científica trata de movilizar a la ciudadanía hacia la ciencia y a las empresas e instituciones hacia el ciudadano.

Para conseguir su objetivo el programa se compone de las siguientes iniciativas:

- Participación ciudadana: Foro que fomenta la participación ciudadana en temas relacionados con el ámbito científico general.
- Tercera cultura: Foro interdisciplinar sobre cuestiones relacionadas con la Sociedad de la Información y los avances científicos. Para su desarrollo, se organizan seminarios, cursos y encuentros internacionales en los que se desarrolla el intercambio de ideas.
- EXEA: Identificar aquellos emplazamientos de fuerte identidad científico-técnica de la Comunidad de Madrid y ponerlos en valor, mostrando el día a día del trabajo y la investigación. Contenido:
 - Ruta de la Tecnociencia. Recorrerá ambientes característicos de la Nueva Economía.
 - Ruta de los Laboratorios. Mostrará instalaciones científicas de excelencia.
 - Ruta de la Industria. Acercará los escenarios de la producción industrial de escala
 - Ruta del Consumo. Enseñará las estructuras que hacen posible la vida en una sociedad de consumo.
- Red de Museos y Centros de Difusión Científica: Se intenta crear y estimular una Red constituida por "polos" museísticos vivos que deben no sólo documentar y conservar instrumentos y archivos relativos al crecimiento del conocimiento, sino también ofrecer ocasiones de difusión de la cultura científica a través de muestras y todo tipo de iniciativas sobre las innovaciones tecnológicas. Los museos de hoy responden a la exigencia de su conversión en centros de educación permanente, unidos al mundo de la investigación y atentos a las exigencias de la escuela y del interés en la formación de los ciudadanos.
- Centro Virtual de Cultura Científica: El objetivo general es convertir el Web en el portal de referencia para todo aquel que quiera incrementar sus niveles de información científica. La oferta que, inicialmente, se propone cubrir el portal, es la siguiente:
 - Ciencia en el aula
 - Ciencia para todos
 - Ciencia en la vitrina
 - Ciencia en la calle
- Semana de la Ciencia: Conjunto de actividades que, a modo de amplia jornada de puertas abiertas, facilita al ciudadano; por un lado, el conocimiento de instituciones de excelencia normalmente poco accesibles; por otro, la presentación y discusión de prácticas y trabajos científicos de actualidad.
- Feria Madrid por la Ciencia: Evento dirigido a la presentación y discusión de prácticas y trabajos científicos, destinada a todos los públicos y bajo una forma de exposición dinámica.

Objetivos:

- Promocionar cultura científica, dirigida a la ciudadanía y animada por la población más joven.
- Crear un foro de encuentro entre distintas formas de realización y aplicación de tareas científicas.
- Establecer una vía de comunicación entre centros educativos, laboratorios de investigación, museos y centros especializados, mundo editorial y empresas de la Comunidad de Madrid.
- Exponer, de manera amena y accesible, sin perjuicio de criterios de calidad, prácticas y resultados de investigación y docencia actualizados.

2.5.3.2 *Centro de Enlace*

El IRC Madrid actúa como representante de los clientes en la región (empresas o grupos de investigación) en los procesos de transferencia de tecnología. La red de Centros de Enlace organiza y gestiona diferentes servicios para alcanzar el objetivo de las oficinas regionales: eventos nacionales e internacionales de transferencia de tecnología, gestión, a saber, de ofertas y demandas a través de una Intranet propia, organización y participación en jornadas de formación y desarrollo de metodologías de comercialización, etc.

La DGI CM pertenece a la red de Centros de Enlace desde 1996 como miembro del consorcio CENEO compuesto por las regiones de Aragón, Castilla La Mancha, La Rioja, Extremadura y Canarias. No obstante, el especial énfasis en la importancia de los procesos de comercialización y transferencia tecnológica del III PRICIT supuso una apuesta decidida por la Red de Centros de Enlace para la Innovación como el instrumento más idóneo. Gracias a ello, la DGI CM logró en el año 2000 la aprobación por parte de la Comisión Europea de un consorcio propio para la región, siendo el segundo Centro de Enlace de toda la red europea en cuanto a dotación de fondos.

2.5.3.3 *Vivero Virtual de Empresas (VVE)*

El VVE trata de diseñar y ofrecer unos servicios comunes de alta calidad persiguiendo el logro de factores de escala para optimizar los siguientes factores:

- La organización de eventos técnicos y de difusión.
- La sensibilización de investigadores, profesores, estudiantes y becarios a favor de la creación de empresas spin-off.
- La identificación y evaluación de ideas empresariales.
- La formación activa para nuevos emprendedores.
- El soporte técnico para la realización de planes de negocio.
- La organización y oferta de información y documentación relacionada con el mundo de la promoción y creación de empresas innovadoras de base tecnológica.
- La tutorización personalizada mediante expertos de los procesos de puesta en marcha de los nuevos proyectos empresariales.
- El diseño y suministro de metodologías de sensibilización, análisis y evaluación de proyectos spin-off empresarialmente viables.
- La búsqueda, preparación y presentación de buenas prácticas mundiales en el campo de la creación de empresas innovadoras.
- La provisión y facilitación de contactos a los emprendedores, tanto de tipo comercial y financiero, como tecnológico o estratégico.

- La preparación y realización de programas internacionales de cooperación que favorezcan la internacionalización de los nuevos proyectos de empresa spin-off.

Gráfico 24: Vivero Virtual de Empresas: Proceso de actuación



Fuente: Vivero Virtual de Empresas

Los principales productos y servicios del Vivero son:

- Servicios de apoyo al emprendedor como por ejemplo servicios de información, asesoramiento y tutorías, formación, internacionalización de nuevas empresas, web, búsqueda de financiación, gestión del alojamiento en espacio físico y habilitación de espacio.
- Servicios de apoyo a las instituciones; como jornadas de sensibilización para informar en las instituciones de los servicios del vivero, diseño de planes estratégicos y estudios de indicadores que animen al profesor, investigador, estudiante y becario a crear su empresa. El análisis de ideas, detectando aquellas con potencial para convertirse en empresas y estudiando posteriormente su viabilidad comercial. Además, se imparten programas formativos para agentes de interfaz.
- Otros servicios de apoyo: A través del website se ofrecen servicios de comunicaciones avanzadas (chats, foros, videoconferencia, etc.) que facilitan el trabajo online entre expertos y emprendedores. Además se facilita formación y consultoría online.
- El VVE dispone de productos específicos de utilidad para el proceso de creación de empresas que podrán ser descargados a través de Internet, como por ejemplo el CD-ROM para la realización del plan de empresa o para gestión de proyectos.

2.5.3.4 Recursos Humanos

Recursos Humanos para la Innovación es una herramienta para la gestión de currícula integrada en la plataforma del Centro Virtual Sistema madri+d. Últimamente han proliferado en Internet numerosas bolsas de empleo dirigidas al público en general. Lo que se pretende lograr con esta iniciativa, es convertir dicha herramienta en un portal de empleo especializado, cuyo elemento diferenciador será su público objetivo, es decir, personal altamente cualificado procedente del ámbito investigador (doctores, doctorandos, ingenieros, etc.), así como todos aquellos universitarios que consideren la innovación y la investigación como rumbo principal de su futuro profesional.

Entre las razones que han impulsado a la Dirección General de Investigación a desarrollar este portal, están la dificultad de los profesionales de la investigación para

acceder al mercado laboral empresarial y, sobre todo, la tradicional falta de investigación en las empresas españolas, teniendo en cuenta la importancia de la cualificación y movilidad de los recursos humanos como pieza clave de apoyo a la innovación empresarial.

Los objetivos de esta iniciativa son los siguientes:

- Proporcionar oportunidades de carrera en el mundo empresarial a profesionales con vocación investigadora.
- Satisfacer la necesidad que las empresas tienen de estos perfiles curriculares contribuyendo a la vez a fomentar prácticas innovadoras, a través de su bolsa de empleo.
- Ofrecer otros servicios de gran valor añadido para garantizar la orientación profesional y la adecuación de los candidatos a los puestos ofrecidos por las empresas.

2.5.3.5 Círculos de Innovación

Este servicio trata de introducir y desarrollar prácticas de Vigilancia Tecnológica e Inteligencia Económica en las empresas madrileñas con el fin de potenciar su nivel competitivo.

Actualmente existen los siguientes Círculos de Innovación en diferentes áreas consideradas como prioritarias en el III PRICIT:

- Biotecnología
- Materiales y tecnologías de la producción
- Medioambiente y energía
- Tecnologías de información y comunicaciones
- Microsistemas y nanotecnología
- Agroalimentación

Además, los Círculos de Innovación gestionan 4 grupos de trabajo sectoriales, formados por miembros de la comunidad científica y empresa de la Comunidad de Madrid. Se trata de un espacio de interrelación de alto valor añadido, por sectores industriales estratégicos.

Los Círculos se articulan para dar operatividad a la línea 6.2 del III PRICIT, y por lo tanto, desarrollan el epígrafe de “Servicios de información” como ámbito de importancia estratégica para la región, respaldada por los recientes planteamientos de la Comisión Europea en materia de Vigilancia Tecnológica e Inteligencia Económica.

2.5.3.6 Iberoamérica

A corto plazo, la finalidad del Programa Iberoamérica “I+D+I” es fomentar las relaciones en el ámbito de la innovación entre España y los países iberoamericanos, y de éstos entre sí. A medio plazo el objetivo es conformar una Red de Redes que permita la conexión a todas las empresas e instituciones incluidas en ella con los países y programas relacionados en la Unión Europea.

Objetivos del programa:

- Conocimiento del tejido innovador de los países iberoamericanos, tanto de empresas como de instituciones.
- Creación de una base de datos de empresas e instituciones innovadoras en Iberoamérica y su interfaz de consulta por Internet a través de www.madrimasd.org.

- Apertura y difusión hacia Iberoamérica de madri+d.
- Identificación de interlocutores en los países iberoamericanos con el SIA de madri+d.
- Creación de un servicio de información europea para empresas e instituciones iberoamericanas.
- Conseguir que el Centro de Enlace de madri+d sea centro de referencia para información y asesoramiento con relación a la red europea y los programas de la UE

2.5.3.7 Red de laboratorios

El servicio madri+d relacionado con la Red de Laboratorios de la Comunidad de Madrid se concreta en:

- Difusión de las capacidades de calibración y ensayo de los miembros de la Red entre las empresas de la Comunidad de Madrid o cualquier otra organización interesada.
- Intercambio de conocimiento para la mejora de la Calidad de los Servicios de los Laboratorios a través de:
 - Publicación de noticias de interés para los Laboratorios.
 - Intercambio de conocimiento a través de Foros virtuales de Calibración y Ensayo.
 - Mejora de los Laboratorios a través de asesoramiento on-line a los laboratorios de la red.

La sección de la Red de Laboratorios es una de las acciones previstas en el Marco de la Línea “Capacidades para la Innovación”. Programa 7.2. Red de Laboratorios Acreditados (Artículos 2 c, 18 y 20 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica), cuyo objeto es favorecer la mejora de la calidad de los laboratorios y su puesta a disposición de las necesidades productiva y sociales de la región.

2.5.3.8 Indicadores bibliométricos

El objetivo de esta iniciativa es la elaboración de indicadores bibliométricos para el análisis y seguimiento de la producción científica y tecnológica de la Comunidad de Madrid (CM), estimada a través de sus publicaciones científicas recogidas en las principales bases de datos bibliográficas nacionales e internacionales. Estos indicadores se facilitarán anualmente a la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid para su inclusión en el Sistema madri+d. La elaboración, de forma periódica, de estos indicadores de ciencia y tecnología, constituirá una potente herramienta para la gestión de la actividad científica y permitirá efectuar un seguimiento de las acciones de I+D desarrolladas.

2.5.3.9 Sistema de Información Activa (SIA)

El SIA tiene por objetivo distribuir información relacionada con actividades de I+D+I a la comunidad investigadora y empresas de Madrid mediante procedimientos telemáticos a través del correo electrónico. Según el perfil de suscripción determinado a priori por el usuario, mediante áreas tecnológicas y códigos CNAE, se recibe información relacionada con sus intereses y necesidades. Para su dinamismo, el sistema permite que el usuario pueda variar su perfil de suscripción.

El SIA distribuye, a través del correo electrónico, información sobre cuatro grandes áreas de interés en los ámbitos regional, nacional y europeo:

- Oferta y Demanda Tecnológica y Búsqueda de socios
- Convocatorias, Ayudas y Fuentes de Financiación
- Eventos, Jornadas, Cursos y Seminarios
- Legislación y Normativa en materia de Innovación.

2.5.3.10 *IDI responde + Asesorías Telemáticas*

Esta iniciativa presenta una doble óptica:

1. Desde la perspectiva de la atención al cliente y la coordinación, el Centro Virtual Sistema madri+d es entendido como un servicio telemático que pone a disposición de los grupos de investigación, empresas y el ciudadano en general un sistema de consultas (buzón madri+d). Objetivos:
 - Atender las consultas o peticiones de información y activar los canales de contacto para las respuestas a dichas consultas de manera que todas las peticiones sean respondidas y solucionadas.
 - Facilitar la navegación a través de un diseño fácil y ágil, sin errores y conteniendo ayudas, mapas de navegación...
 - Que todo usuario quede satisfecho de los servicios de nuestra Web.
2. Servicio de asesoramiento telemático gratuito para PYME sobre aspectos claves de la innovación. El servicio lo prestan importantes consultoras especializadas en las siguientes áreas:
 - Fiscalidad de la I+D
 - Financiación
 - Comercialización y Marketing
 - Protección de los Resultados de la Investigación

El servicio se presta a través de la página Web www.madrimasd.org y con un plazo de respuesta de 24 a 48 horas máximo.

Las preguntas realizadas quedan almacenadas en una base de datos para que sirvan de orientación a otros posibles usuarios.

2.5.3.11 *Revista madri+d*

El servicio consta de una revista online sobre I+D, publicada mensualmente, además de la publicación en soporte papel de un monográfico de interés cada tres meses. Esta iniciativa se concibe como un elemento básico del sistema, porque permite tener una idea relativamente exacta de la capacidad investigadora y tecnológica de nuestro entorno y compararla con la existente, tanto a nivel nacional como internacional. Además, por su novedad temática, se convierte en un punto de referencia en la red con relación a la I+D.

Objetivos de la revista:

- Crear un escaparate con las principales aportaciones de los agentes del sistema que sirvan de apoyo e impulso al proceso de innovación.
- Dar a conocer las actividades que llevan a cabo las empresas innovadoras y los investigadores madrileños preferentemente.
- Promover la cultura de la innovación entre todos los usuarios del CVAI.
- Fomentar dos conceptos que están muy unidos al de innovación: la cooperación y la información.

2.5.3.12 Oficina *madri+d* en Bruselas

A través de la ORDEN 880/1999 de 6 de mayo, de la Consejería de Presidencia y de la Consejería de Educación se regula la integración de un Delegado de la Red *madri+d* en la Unidad de Representación de la Comunidad de Madrid en Bruselas.

El objetivo es promocionar, en el ámbito europeo, la calidad de la investigación, del desarrollo tecnológico y de la innovación que se lleva a cabo desde la Comunidad de Madrid a través de la "imagen de marca" de *madri+d* y acercar a los miembros del Sistema *madri+d* a las instituciones europeas, al proceso decisorio y a los diferentes programas comunitarios que pueden ser relevantes para ellos.

Las actividades llevadas a cabo desde la Oficina de la Comunidad de Madrid en Bruselas giran, pues, en torno a tres campos:

- La promoción entre las Instituciones Comunitarias Europeas, especialmente en la Comisión Europea y también ante las Oficinas regionales de otras Comunidades Autónomas españolas, así como de otros Estados miembros de la Unión Europea y con Oficinas de representación de organismos dedicados a la investigación y desarrollo tecnológico con sede en Bruselas.
- La realización de un grupo de actividades de apoyo a la participación en programas comunitarios de las instituciones y empresas madrileñas.
- La gestión de la información que sobre I+D e Innovación se genera en Bruselas.

Para alcanzar estos objetivos se han llevado a cabo desde la fecha de su creación una serie de actividades, que se pueden encuadrar en las siguientes categorías y que a continuación se detallan:

- Gestión de la información de interés para la investigación y desarrollo tecnológico e innovación de la Comunidad de Madrid, que se genera en el ámbito comunitario.
- Promoción de la actividad de investigación e innovación tecnológica madrileña y de la red *Madri+d* y sus actividades.
- Fomentar y facilitar la participación en programas comunitarios de las empresas e instituciones miembros del Sistema *Madri+d*.

2.5.3.13 Bases de Datos

La Base de Datos de *madri+d* está registrada con el nº 1981900001 en la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid conforme a la Ley 13/95, del 21 de Abril, de regulación del uso de la informática en el tratamiento de los datos de carácter personal.

La Base de Datos *madri+d* contiene, en un formato homogéneo, información sobre las actividades de investigación e innovación tecnológica en la Comunidad de Madrid que permite ser consultado libremente a través de Internet.

Además pretende compensar la inscripción con una serie de servicios:

- Incorporándole automáticamente al Sistema de Información Activa.
- Evitando tener que rellenar largos y pesados cuestionarios pues *Madri+d* permitirá modificar y actualizar la información simplemente contactando con nosotros vía Internet.
- Siendo atendido por personal cualificado.

El objeto de esta Base de Datos es dar a conocer los recursos en investigación ubicados en nuestra región y, promover la colaboración entre investigadores y potenciales usuarios derivada su conocimiento.

2.5.3.14 *Buscador madri+d*

El buscador madri+d en ciencia y tecnología (www.madrimasd.org/BuscadorMadrimasd) permite el acceso a la información referente a:

- Las diversas bases de datos del sistema madri+d que recogen toda la oferta de conocimiento de la Comunidad de Madrid.
- Todas las universidades, centros públicos de investigación, centros tecnológicos, parques tecnológicos, empresas y museos de ciencia y tecnología, a nivel español, europeo e iberoamericano.

2.5.4 **Gestión de los procesos e indicadores de seguimiento**

A continuación se proporciona información sobre los procedimientos que definen los criterios de ejecución de los procesos-servicios y los indicadores de seguimiento asociados.

2.5.4.1 *Cultura Científica*

El programa de cultura científica sigue una pauta organizada de acción para cada una de las iniciativas que desarrolla estructurándose la actividad de la siguiente forma:

- Procedimientos de programación
- Procedimientos de organización y contacto
- Procedimientos de participación
- Procedimientos de difusión
- Indicadores
- Número de ferias
- Número de talleres, seminarios, cursos
- Material editado

2.5.4.2 *Centro de Enlace*

El proceso de transferencia de tecnología que desarrolla el IRC Madrid se articula en función a los siguientes procedimientos:

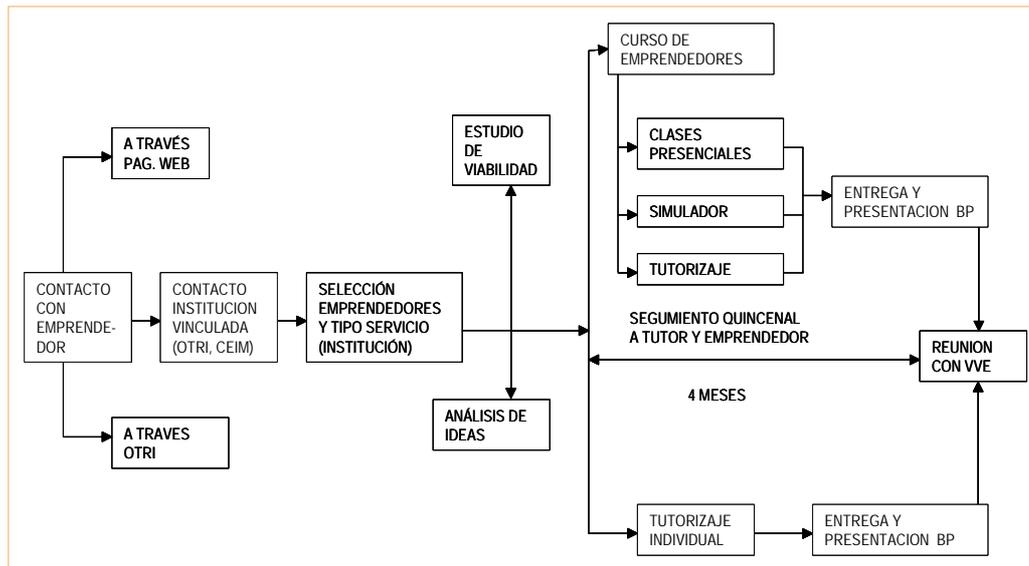
- Procedimientos para la distribución de oferta y demanda europea entre los clientes del IRC Madrid.
- Procedimiento para la gestión interna y seguimiento de las comercializaciones en curso.
- Procedimiento para la identificación y preparación de ofertas de los miembros de madri+d y oferta y demanda de las empresas innovadoras de la región para su comercialización en Europa a través de los otros socios internacionales de la Red.
- Procedimientos para la realización de auditorías tecnológicas.
- Indicadores:
 - Nº de empresas visitadas e informadas sobre el proyecto y los servicios que pueden recibir del Centro de Enlace.
 - Nº de empresas auditadas para la preparación de fichas de oferta y/o demanda tecnológica.
 - Nº de grupos de investigación auditados para la preparación de fichas de oferta tecnológica.
 - Nº de ofertas y demandas difundidas en Europa a través de la Red de Centros de Enlace.

- Nº de comercializaciones en curso.
- Nº de contratos de transferencias realizados.
- Nº de ofertas y demandas europeas distribuidas a nuestros clientes.

2.5.4.3 Vivero Virtual de Empresas

En su desarrollo el VVE establece un claro procedimiento operativo desde la llegada de un emprendedor hasta la posible creación de una empresa.

Gráfico 25: Flujo operativo del Vivero Virtual de Empresas



Fuente: Vivero Virtual de Empresas

Los indicadores que presenta el VVE son los siguientes:

- Nº de programas formativos para emprendedores
- Nº de participantes en los cursos
- Nº programas formativos para facilitadores
- Revisión de ideas de potenciales emprendedores
- Ideas empresariales en proceso de monitorización. Estudios de viabilidad
- Tutorización de planes de negocio
- Encuentro Internacional de experiencias en creación de empresas (participantes)
- Documentos producidos
- Nº de planes de negocio entregados
- Nº de empresas constituidas y en proceso de constitución

2.5.4.4 Recursos Humanos

El programa Recursos Humanos establece unas claras pautas de acción para el desarrollo de sus actividades, a saber:

- Procedimientos de inscripción
- Procedimientos de valoración y filtrado de currícula
- Procedimientos de gestión de la bolsa de empleo
- Indicadores:

- Número de inscritos
- Número de ofertas de empleo

Para actuar con dichos procedimientos, el programa Recursos Humanos cuenta con el Servicio de Información Activa (SIA) y el Servicio de Estrategia Profesional (SEP).

El SIA permite al candidato recibir en su correo electrónico las ofertas de empleo e información personalizada, de acuerdo con el perfil que aparece en su ficha. El SEP, cuyo objetivo es ayudar a definir y alcanzar los objetivos profesionales de los candidatos, se compone de un Manual de Orientación Profesional, un Observatorio de Evolución y Asesoramiento —que evalúa la asimilación y eficacia práctica de las acciones de búsqueda de empleo del candidato— y un Servicio de asesoramiento *online*, en el que a través de correo electrónico podrán dirigir sus consultas y ser asesorados por expertos. Todas estas acciones facilitan la incorporación de los candidatos al mercado laboral empresarial.

2.5.4.5 *Círculos de Innovación*

En su tarea diaria el programa Círculos de Innovación sienta su operatividad en una serie de procedimientos que se enumeran a continuación, a saber:

- Procedimientos de difusión y contacto
- Procedimientos de prestación del servicio
- Procedimientos de coordinación
- Procedimientos de relación con el entorno virtual
- Indicadores:
 - Difusión de actividades
 - Página Web
 - Difusión de la vigilancia tecnológica
 - Formación en vigilancia tecnológica
 - Incorporación de empresas
 - Colaboración de investigadores
 - Servicios de vigilancia tecnológica
 - Cooperación empresas-investigadores

2.5.4.6 *Iberoamérica*

La iniciativa Iberoamérica presenta la siguiente estructura de procedimientos:

- Procedimiento de recopilación de información
- Procedimiento de almacenamiento de datos
- Procedimiento de identificación de interlocutores
- Procedimiento de difusión
- Indicadores:
 - Número de empresas/instituciones consultadas
 - Número de empresas/instituciones analizadas
 - Número de *emails* enviados

2.5.4.7 Red de Laboratorios

La Red de Laboratorios actúa bajo la siguiente estructura operativa:

- Procedimiento de mantenimiento de datos de Laboratorios
- Procedimiento de publicación de noticias
- Procedimiento de coordinación de los foros
- Procedimiento de asesoramiento *online*
- Indicadores:
 - Número de grupos
 - Número tipo de ensayos
 - Número tipo calibraciones
 - Número de expertos

2.5.4.8 Indicadores bibliométricos

El programa Indicadores presenta los siguientes procedimientos de actuación:

- Procedimiento de identificación de fuentes de información
- Procedimiento de recopilación de información
- Procedimiento de análisis de información
- Procedimiento de difusión de resultados
- Indicadores:
 - Número de informes realizados

Para esta iniciativa se utilizan diversas bases de datos tanto multidisciplinares como especializadas:

- Bases de datos bibliográficas internacionales del *Institute for Scientific Information* (ISI) de EEUU.
- Bases de datos bibliográficas españolas elaboradas por el CSIC.
- Bases de datos bibliográficas internacionales especializadas en Ciencias Sociales y Humanidades

Los principales indicadores aparecen a continuación:

- Indicadores de actividad. Permitirán identificar aquellas áreas en las que la CM muestra mayor actividad científica que el conjunto del país.
- Indicadores de impacto. Estos indicadores permitirán mostrar aquellas áreas en las que la CM muestra mayor visibilidad internacional.
- Indicadores de colaboración. Con el fin de establecer relaciones de coautoría, número de instituciones por documento, redes de colaboración y ejes de las mismas, tasa de colaboración nacional e internacional. Es un interesante indicador de la capacidad de los investigadores para establecer vínculos con la comunidad científica internacional.

Se estructurarán los indicadores en tres grandes grupos temáticos:

- Ciencias Experimentales y Tecnología
- Medicina
- Ciencias Sociales y Humanidades

2.5.4.9 Sistema de Información Activa

El Sistema de Información Activa basa su operatividad en el siguiente esquema:

- Gestión de la información incluida.
- Envío de mensajes tipo, según usuario.
- Gestión de usuarios: Zona de registro, gestión de perfiles de suscripción, alta y bajas del sistema, etc.
- Búsqueda de información en el Sistema de Integración de la plataforma SIA en la nueva versión de la Web madri+d.
- Indicadores:
 - N° de investigadores participantes del sistema
 - N° de empresas participantes del sistema
 - N° de doctores participantes del sistema
 - N° de Usuarios totales del sistema
 - N° de Informaciones difundidas

2.5.4.10 IDI responde + Asesorías Telemáticas

El sistema IDI responde y las asesorías presentan la siguiente estructura operativa:

- Procedimiento de recepción y almacenamiento de consultas
- Procedimiento de distribución
- Procedimiento de respuesta
- Indicadores:
 - N° de solicitudes información general
 - Número de consultas-asesorías
 - Ratio de respuesta

2.5.4.11 Revista madri+d

La Revista presenta los siguientes procedimientos de acción:

- Procedimiento de programación
- Procedimiento de identificación y recepción de contenidos
- Procedimiento de selección y evaluación de contenidos
- Procedimiento de publicación
- Procedimiento de difusión
- Indicadores:
 - N° de ejemplares difundidos
 - N° de visitas a la revista electrónica registradas
 - N° de participaciones en los foros

2.5.4.12 Oficina madri+d en Bruselas

La Oficina madri+d opera bajo la siguiente estructura de procedimientos:

- Procedimientos de gestión de la información.

- Procedimientos de promoción de la actividad de IDT madrileña y de la red madri+d y sus actividades.
- Procedimientos de fomento de la participación en programas comunitarios de las empresas e instituciones miembros del sistema madri+d.
- Indicadores:
 - Número de convocatorias enviadas
 - Número de socios buscados
 - Número de jornadas organizadas
 - Número de noticias enviadas

2.5.4.13 Bases de Datos

La iniciativa Bases de datos presenta el siguiente esquema operativo:

- Procedimientos de inscripción
- Procedimientos de almacenamiento de datos
- Procedimientos de gestión de la información
- Procedimientos de servicio de información
- Procedimientos de seguridad
- Indicadores:
 - Número de registros de grupos de investigación
 - Número de registros de investigadores
 - Número de proyectos de investigación
 - Número de profesionales
 - Número de empresas
 - Número de tecnologías

3 Desarrollo de los criterios de calidad: Criterios resultados

La Dirección General de Investigación dentro del ánimo de fortalecer sus procesos de mejora continua y por ende su candidatura al premio de calidad en el servicio público ha considerado la realización de una serie de cuestionarios que le permitan formalizar la corriente de opinión desde sus miembros, recursos y usuarios. De esta manera, este tipo de actividad que ya se venía realizando de manera menos formalizada pasa a consolidarse como una herramienta más dentro de la cultura de calidad que gradualmente va acaparando la realidad de las iniciativas y servicios del Centro Virtual Sistema madri+d.

La preparación de tales cuestionarios se ha basado en los atributos reflejados en la literatura relativa al modelo EFQM con el fin de dotar de sentido y continuidad a la línea de acción que representa la candidatura del Centro Virtual.

En las siguientes líneas aparecen los cuestionarios utilizados y los listados de receptores, tanto en lo que se refiere a miembros como a los usuarios de los distintos servicios de madri+d. Todos los envíos se realizarán a través de correo electrónico.

3.1 Criterio 6 modelo EFQM: Resultado en los clientes

Todos los servicios desarrollados en el ámbito del Centro Virtual Sistema madri+d, y bajo el espíritu de mejora continua que recorre el sistema madri+d, prestan una alta atención al grado de satisfacción del usuario.

Cada iniciativa busca la óptica del cliente en su desarrollo, potenciando la idea de la creación de un producto de valor añadido.

Dentro de los servicios más directos que se prestan en el Centro Virtual Sistema madri+d, esta continua preocupación se constata en la visita o contacto sistemático con el usuario que se realiza una vez prestado un servicio. Como ejemplo, los Círculos de Innovación establecen un feedback permanente con los clientes con el fin de conseguir un producto estratégicamente relevante para la organización.

Para reforzar este cometido se articulan dos líneas de acción que tratan de conocer la opinión del usuario:

1. Cuestionario de opinión existente en la página <http://www.madrimasd.org/>.
2. Cuestionario, que desde algunas de las iniciativas, se envía a los clientes/usuarios de los servicios, con el fin de conocer su grado de satisfacción (ver cuestionario y muestra en el anexo).

Ambas vías, muestran un nivel satisfactorio en el grado de adecuación de los servicios que se prestan dentro del Centro Virtual Sistema madri+d.

Dentro del ánimo de fortalecer los procesos de mejora continua en el servicio público el Sistema madri+d ha considerado utilizar una serie de cuestionarios que le permitan formalizar la corriente de opinión de sus miembros, recursos y usuarios. Entre estos instrumentos se encuentran los que a continuación aparecen.

Cuestionario de opinión Web madri+d

madri+d

CONTACTO IDENTIFICACIÓN

REGISTRO Buscar

Información madri+d Secciones Bases de datos Servicios ENGLISH PORTUGUESE

Información madri+d / Acerca de madri+d / Su opinión

Mapa de la web

Ayuda sobre el web

FAQ

Su opinión

Cuestionario de opinión.

Para ayudarnos a prestarle un mejor servicio, le rogamos se tome unos instantes para rellenar el siguiente cuestionario.

Perfil de Usuario

Investigador

Empresa

Estudiante

Particular

Otros, definir.

¿Por qué motivo consulta Madri+d?

Motivos profesionales

Tareas de estudiante

Interés personal

Navegación al azar

Otros, definir.

¿Con que frecuencia utiliza Madri+d?

Satisfacción con Madri+d

¿Encuentra la información que busca en Madri+d?

¿Cual ha sido el grado de utilidad de la información recibida?

¿Qué le parece la organización de la información en Madri+d?

¿Qué le parece la presentación (incluido el grafismo) de Madri+d?

¿Que le parece la información de Madri+d?

¿Qué le parece el tiempo de respuesta de las asesorías de Madri+d?

¿Volverá a buscar información aquí?

Comentarios

¿Qué clase de comentario quiere enviar?

¿Cuál es el tema de su comentario?

Escriba sus comentarios en el espacio siguiente:

Si lo desea puede proporcionar su dirección de e-mail, así haremos un seguimiento personalizado de sus sugerencias y podremos mantenerle informado. En todo caso toda la información que nos dé será tratada de forma estrictamente confidencial. Gracias por su tiempo.

Correo electrónico

Encuesta de valoración de la revista madri+d

madri+d Número 19, octubre - noviembre 2003.
ESTRATEGIAS, CONOCIMIENTOS E INNOVACIÓN >> Encuesta

Otros idiomas 

CONSEJO DE REDACCIÓN HEMEROTECA ENCUESTA SUSCRÍBASE BUZÓN DE SUGERENCIAS

Encuesta

Sumario
Editorial
Tribuna de debate +
Aula abierta +
Investigación +
Quién es quién +
Innovaciones de éxito y transferencias de tecnología
La I+D en cifras
La I+D en la red
Línea directa con madri+d +
Bibliografía +
Con otro aire

Tu Opinión

Encuesta de valoración de la revista madri+d

La valoración de cada respuesta de la presente encuesta va en escala de 1 a 5, siendo 1 la estimación mínima y 5 la estimación óptima, en función de los criterios de calidad, satisfacción e interés que usted percibe.

1. ¿Considera interesantes los contenidos publicados en la revista madri+d?

1 2 3 4 5

2. ¿Estos contenidos se adecuan a sus necesidades y a lo que usted espera recibir de una revista dedicada a la investigación en gestión de la I+D+I?

1 2 3 4 5

3. ¿Considera oportuno abrir nuevas secciones además de las ya existentes en la revista madri+d?

SI NO

Indicar cuales:

4. ¿Propondría alguna clase de mejora con el fin de incrementar la calidad de la revista madri+d?

SI NO

Indicar cuales:

ENVIAR



Encuesta de usuarios del SIA

Servicios Información madri+d Secciones Bases de datos **madri+d**

CONTACTO SU OPINION
REGISTRO IDENTIFICACION
Buscar

Sistema de Información Activa (Encuesta) SIA
Contactar con los Responsables del SIA

La valoración de cada respuesta de la presente encuesta va en una **escala de 1 a 5, siendo 1 estimación mínima y 5 de excelencia**, ó bien en una valoración SI/NO, según valores de calidad, satisfacción o interés que usted percibe.

Si tiene alguna duda, póngase en contacto, mediante [correo electrónico](#), con los Responsables del SIA.

¿Considera suficiente el contenido de los mensajes para determinar su interés respecto a la información completa? 3

Los contenidos que recibe, ¿se adecuan a las necesidades de información que expresó en su perfil de suscripción? 3

¿Considera de interés abrir otras categorías de información en materia de Investigación, Desarrollo e Innovación, además de las ya existentes? SI

Indicar cuales ...

¿Tiene alguna sugerencia en orden a mejorar el contenido de los mensajes? SI

Indicar cuales ...

¿Se ha puesto en contacto mediante correo electrónico para realizar peticiones de información o enviar alguna sugerencia? SI

En caso afirmativo ...

¿Está satisfecho con la solución o contestación que le dieron a su pregunta? SI

Valore la rapidez de contestación de los administradores del sistema 3

¿Ha utilizado en algún momento las herramientas de búsqueda de madri+d relacionadas con el SIA? SI

En caso afirmativo ...

¿Considera sencillo el manejo de estas herramientas de búsqueda? SI

¿Encuentra, generalmente, con facilidad aquello que está buscando? SI

Indíquenos alguna sugerencia para mejorar estas búsquedas:

Finalizar Encuesta Borrar Resultados

3.2 Criterio 7 modelo EFQM: Resultados en miembros y recursos

La metodología de acción que sigue madri+d se basa en un planteamiento que valoriza un enfoque de cliente interno y externo. Esta premisa conlleva una mayor implicación de la personas con los objetivos del Centro Virtual Sistema madri+d y por lo tanto, un mejor clima laboral que redundará en la buena marcha de las iniciativas.

El contraste de ideas es continuo debido a la estructura en grupos de trabajo, que permiten una participación alta de los miembros del sistema, además de la consecución de un sentimiento de valorización de la actividad del individuo.

En este sentido, existen dos vías para el fomento del flujo de relación con los miembros de la organización:

1. A través de los cuestionarios que se hacen llegar a las personas responsables de las distintas actividades.
2. A través de la constante participación en los grupos de trabajo.

Por otra parte, la Fundación para el Conocimiento, como coordinadora de servicios de madri+d ha iniciado el proceso de implantación de la norma ISO 9001 que implica la elaboración de cuestionarios a los empleados y que están disponibles.

El seguimiento de las carreras profesionales de las distintas personas que a lo largo del tiempo han formado parte del sistema revela que la mayoría de ellas, se han integrado perfectamente en el Sistema Regional, bien como personal de otras instituciones bien iniciando sus propias empresas. Dentro del Sistema existe por tanto fluidez profesional, expectativas satisfechas así como permanente proceso de formación continua que permite la mejora y capacitación profesional.

3.3 Criterio 8 modelo EFQM: Resultados en la sociedad

El Centro Virtual Sistema madri+d potenciado/sustentado por la red madri+d permite la movilización del ámbito científico en dos direcciones; la primera, desde los centros públicos de investigación hacia el ciudadano; y la segunda, desde el ciudadano hacia la investigación.

Además, esta iniciativa, en su despliegue global, pretende incrementar el nivel competitivo regional, y por ende, beneficia al empresariado, el empleo, la economía y el bienestar regional.

Concretando, podemos identificar diferentes líneas en las que se demuestra el impacto de madri+d en la sociedad:

- Reconocimientos externos (premios...)

Premio Fundación Universidad-Empresa 2002 al mejor sitio de Internet en temas de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Premio de la Comisión Europea “Award of Excellence for Innovative Regions” 1999 y 2002

La gestión y los objetivos conseguidos hasta la fecha han sido reconocidos a todos los niveles lo que ha permitido aumentar el prestigio de Madrid en relación con la ciencia y la tecnología. Como ejemplo, cabe destacar, por un lado, el reconocimiento como región de excelencia otorgado por la Comisión Europea a la región de Madrid.

Por otro lado, existen regiones nacionales que han recurrido a madri+d para ser asesoradas en sus planteamientos de estrategia regional de innovación.

Gráfico 26: Madrid región de excelencia



Fuente: http://www.cordis.lu/paxis/src/reg_ex.htm

- Empleo

La integración de servicios y la puesta en común de dos ámbitos diferenciados, como son los centros públicos de investigación y las empresas, han favorecido la creación de puestos de trabajo relacionados con la ciencia y la tecnología, dotando a tal disciplina de una mayor oferta y relevancia dentro del mercado laboral.

Por otra parte, el desarrollo y gestión de los servicios ha conseguido la creación de una serie de grupos de trabajo que siguen una tendencia incremental en cuanto a recursos dedicados.

- Relación con asociaciones

La promoción de los contactos con empresas ha favorecido la relación con colectivos que aglutinan a grupos de empresas, y que son una puerta de entrada al establecimiento de relaciones con organizaciones. En este sentido, CEIM es uno de los miembros de madri+d que facilita esta labor.

3.4 Criterio 9 modelo EFQM: Resultados clave

- Evolución de servicios madri+d desde 1997

Grafico 27: Evolución del lanzamiento de servicios

Servicios	1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003							
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
CCN																																
IRC	Dentro del Consorcio CENO								IRC Madrid																							
VVE																	Gestionado por la UCM															
Formación																	Gestionado por la UC3M															
Iberoamérica																	Gestionado por la UA															
Cultura científica																	Gestionado por la DGI															
Indicadores																	Coordinado por la UC3M				Coordinado por la UAM											
Base de Datos	Gestionado por la UPM																															
Revista																	Gestionado por la UAM															
RRHH																	Gestionado por la FUE															
Laboratorios																	Gestionado por CETEMA				Gestionado por la DGI											
SIA																	Gestionado por la UPM															
CVIIT	Gestionado por la DGI																															
III PRICIT																	Coordinado DGI															
Elaboración IV PRICIT																									Coordina DGI							

Fuente: Elaboración propia

En su espíritu de mejora continua y de seguimiento de la estrategia regional, madri+d ha ido incorporando los servicios de forma gradual identificando los miembros del sistema con capacidades para su gestión.

- Evolución de la dotación económica: Distribución de fondos (regionales, nacionales, europeos)

El III Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica, aprobado por el Consejo de Gobierno del día de 10 de junio de 1999, para el período 2000-2003, cuyo objetivo último y fundamental se encuentra en la necesidad de facilitar las condiciones para que la singular capacidad de crear conocimiento que se concentra en la Comunidad de Madrid, incide de manera más directa en el bienestar social bajo los criterios de cooperación y coordinación de todos los agentes sociales implicados en los procesos de investigación e innovación, recoge de manera relevante entre sus instrumentos de gestión el contrato programa, consiguiendo la administración regional que las partes que suscriban dicho contrato sean cofinanciadores del programa y por otra parte co-responsables para lograr los objetivos previamente acordados por ambas partes.

La distribución actual de la financiación muestra el siguiente perfil, a través del cual podemos observar el grado de financiación externa que se ha conseguido a partir de la adecuada gestión.

Gráfico 28: Distribución de la financiación del Centro Virtual Sistema madri+d



Fuente: Elaboración propia

3.4.1 Resultados claves generales

Tabla 13: Miembros y colaboradores de Centro Virtual Sistema madri+d

Concepto	Cantidad
Número de miembros	35
Número de colaboradores	17
Total	52

3.4.2 Resultados claves de los servicios

3.4.2.1 Cultura Científica

3.4.2.1.1 Actividades y resultados de cultura científica

Tabla 14: Actividades y resultados de cultura científica 2001-2003

Actividades	Resultados
I Feria Madrid por la Ciencia (mayo 2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Organización: <ul style="list-style-type: none"> o Pabellón de Convenciones de la Casa de Campo o 4.500 m², 70 stands, 3 teatros, 2 exposiciones. - Duración: 3 días - Participantes: <ul style="list-style-type: none"> o 43 centros educativos, 80 profesores, 700 alumnos, 10 centros de investigación, 7 museos/centros de difusión científica - Visitantes: 30.000 visitantes. - Materiales: <ul style="list-style-type: none"> o Página web Madrid por la Ciencia o 1 publicación. o 1 video promocional - Estrategia de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> o Convocatoria pública, contratos programa, convenios de colaboración, reuniones con participantes previas y posteriores.
II Feria Madrid por la Ciencia (mayo 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Organización: <ul style="list-style-type: none"> o Pabellón 6 del Parque Ferial Juan Carlos I o 8.000 m², 102 stands, 2 exposiciones, teatro, conferencias

Actividades	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> - Duración: 3 días - Difusión: <ul style="list-style-type: none"> o 54 reseñas, 30 cuñas radio, 12 cuñas TV, 16 referencias web, mobiliario urbano, mailings, etc. - Participantes: <ul style="list-style-type: none"> o 57 centros educativos, 14 centros de investigación, 7 universidades, 8 museos y centros de difusión científica, 4 editoriales, 7 entidades privadas, Comunidad de Madrid, Ministerios, Comunidades autónomas. - Personas implicadas: 2.000 alumnos, 180 profesores, 70 investigadores, 90 profesores de universidad, ... - Visitantes: 50.000 visitantes - Materiales: <ul style="list-style-type: none"> o Página web Madrid por la Ciencia o 1 libro Madrid por la Ciencia (colaboración SM) o 1 Vídeo de la Feria - Evaluación de la Feria - Estrategia de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> o Convocatoria pública, contratos programa, convenios de colaboración, reuniones con participantes previas y posteriores.
<p>III Feria Madrid por la Ciencia (marzo 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organización: <ul style="list-style-type: none"> o Pabellón 8 del Parque Ferial Juan Carlos I o 16.200 m², 132 stands, y exposiciones, conferencias, teatro, cine - Duración: 3 días - Participantes: <ul style="list-style-type: none"> o 61 centros educativos, 16 centros de investigación, 8 universidades, 9 museos y centros de difusión científica, 6 editoriales, 23 entidades privadas, Comunidad de Madrid, Ministerios, Comunidades Autónomas, Ayuntamiento de Madrid. - Personas implicadas: 2.000 alumnos, 200 profesores, 90 investigadores, 96 profesores de universidad,... - Visitantes: 80.000 visitantes - Materiales: <ul style="list-style-type: none"> o Página web Madrid por la Ciencia o 1 Libro Madrid por la Ciencia o 1 Vídeo Madrid por la Ciencia - Evaluación de la Feria: Público visitante - Difusión: <ul style="list-style-type: none"> o Creación y difusión de un cartel informativo (7.000 unidades) o Y creación y difusión de un folleto desplegable. o 306 Creación y difusión de carteles para el mobiliario urbano (Mupis, OPIS) o 42 Columnas de 3,25x 1,20m o Metro de Madrid. 300 Carteles de 0,70x1m o Publicidad en Canal Metro o Cuñas de radio (Onda Cero, La Ser, Cadena COPE y Telemadrid) o Anuncios de prensa escrita: Metro de Madrid y 20 Minutos

Actividades	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> o Convocatoria pública, contratos programa, convenios de colaboración, reuniones con participantes previas y posteriores
IV Feria Madrid por la Ciencia (febrero 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Organización: <ul style="list-style-type: none"> o Pabellón 5 Parque Ferial Juan Carlos I o 18.000 m2, 145 stands, 3 exposiciones, vídeo, conferencias.. - Duración: 4 días - Participantes: <ul style="list-style-type: none"> o 60 centros educativos, 18 centros de investigación, 10 universidades, 9 museos y centros de divulgación científica, 25 entidades privadas, 9 editoriales, Comunidad de Madrid, Comunidades autónomas, Ministerios, Ayuntamiento de Madrid... - Personas implicadas: 2.000 alumnos, 190 profesores, 120 profesores universitarios, 90 investigadores,... - Visitantes: 116.303 visitantes - Materiales: <ul style="list-style-type: none"> o Página web Madrid por la Ciencia o Libro IV Feria Madrid por la Ciencia o 1 DVD de la Feria o Vídeo de la Feria - Evaluación: Público visitante, entidades participantes - Difusión: <ul style="list-style-type: none"> o 151.500 ejemplares del folleto de la IV Feria o 17.000 carteles del cartel de la IV Feria o Mobiliario urbano o Vallas de Metro o 25 autobuses EMT o Banderolas Madrid - Estrategia de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> o Convocatoria pública, contratos programa, convenios de colaboración, reuniones con participantes previas y posteriores
I Semana de la Ciencia (noviembre 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Organización: Dirección General de Investigación - Duración: 1 semana - Participantes: <ul style="list-style-type: none"> o 100 entidades, 5 consejerías de la CM, 6 Ministerios, 10 Ayuntamientos, 8 Universidades, 13 Museos, 20 Centros de investigación, 16 empresas, sociedades científicas, fundaciones, ong's,... - Duración: 7 días - Actividades: <ul style="list-style-type: none"> o Más de 300 o 96 puertas abiertas y visitas guiadas, 92 mesas redondas y conferencias, 21 cursos y talleres, 25 itinerarios didácticos, 49 vídeo, exposiciones premios. - Visitantes: 80.000 visitantes - Difusión: <ul style="list-style-type: none"> o 1.000.000 de programas encartadazos en los dominicales de 4 periódicos

Actividades	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Carteles de la Semana de la Ciencia ○ Publicidad en autobuses de la EMT ○ Mobiliario urbano ○ Carteles Metro Madrid ○ Banderolas en el Paseo de la Castellana - Estrategia de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Convocatoria pública, contratos programa, convenios de colaboración, reuniones con participantes previas y posteriores
II Semana de la Ciencia (noviembre 2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Participantes: <ul style="list-style-type: none"> ○ 130 entidades organizadoras, 240 organizadoras y colaboradoras, 6 consejerías de la CM, 6 Ministerios, 12 Ayuntamientos, 11 Universidades, 9 Museos, 31 Centros de investigación, 17 empresas, 14 sociedades científicas, 19 fundaciones, ong's,... - Duración: 14 días - Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ 530 ○ 185 puertas abiertas y visitas guiadas, 191 mesas redondas y conferencias, 55 cursos y talleres, 28 itinerarios didácticos y excursiones, 63 exposiciones, 35 cine, premios y otros. - Visitantes: 150.000 visitantes - Difusión: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1.000.000 de programas encartadazos en los dominicales de 4 periódicos ○ Carteles de la Semana de la Ciencia ○ Publicidad en autobuses de la EMT e interurbanos ○ Mobiliario urbano ○ Carteles Metro Madrid ○ Banderolas en el Paseo de la Castellana - Evaluación de la Semana de la Ciencia <ul style="list-style-type: none"> ○ Público asistente: 4.138 personas encuestadas ○ Entidades participantes: 91% intención de volver a participar ○ Informes evaluadores - Estrategia de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Convocatoria pública, contratos programa, convenios de colaboración, reuniones con participantes previas y posteriores
III Semana de la Ciencia (noviembre 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Participantes: <ul style="list-style-type: none"> ○ 140 entidades organizadoras, 245 organizadoras y colaboradoras, 6 consejerías de la CM, 6 Ministerios, 12 Ayuntamientos, 14 Universidades, 10 Museos, 33 Centros de investigación, 21 empresas, 12 sociedades científicas, 17 fundaciones, 5 ong's, 9 colegios profesionales... - Personas implicadas: 2.000 científicos e investigadores, 3.200 en la gestión - Duración: 14 días - Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ○ 736 ○ 182 puertas abiertas y visitas guiadas, 326 mesas redondas y conferencias, 116 cursos y talleres, 31 itinerarios didácticos

Actividades	Resultados
	<p>y excursiones, 48 exposiciones, 33 cine, premios y otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visitantes: pendiente dato - Difusión: <ul style="list-style-type: none"> o 800.000 de programas encartados en los dominicales de 4 periódicos o 105.000 distribuidos o 10.000 Carteles de la Semana de la Ciencia o Publicidad en 100 autobuses de la EMT y 70 interurbanos o Mobiliario urbano o Vallas y carteles Metro Madrid - Evaluación de la III Semana de la Ciencia <ul style="list-style-type: none"> o 160 actividades evaluadas, 11 evaluadores, colaboración con FECYT - Estrategia de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> o Convocatoria pública, contratos programa, convenios de colaboración, reuniones con participantes previas y posteriores
Red de museos y centros de difusión científica	<ul style="list-style-type: none"> - Siete integrantes: <ul style="list-style-type: none"> o Real Jardín Botánico, Museo Nacional de Ciencias Naturales, Museo del Ferrocarril, Planetario de Madrid, Museo Geominero, Museo Naval-Museo Nacional de Ciencia y Tecnología. - Resultados: <ul style="list-style-type: none"> o Estudios de público, evaluación de opinión de profesorado, evaluación de opinión del alumnado, estudios de públicos potenciales, estudio y mapa de programas. o Preparación de una web de recursos museísticos en la Comunidad de Madrid o Preparación de una campaña de visibilidad y de red de los museos integrantes de la red de museos.
Talleres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciencia y cultura. 23/04/99 2. Museos y Casas de Ciencia. 18/06/99 3. La Ciencia en la escuela y en la calle. 24/09/99 4. Ciencia y participación ciudadana. 21/01/00
Cursos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciencia, opinión pública y participación ciudadana. Cursos de Verano. Julio 2000.
Seminarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Política y gestión de cultura científica en Europa. Noviembre 2001.
Publicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Guía del Madrid Científico. Ciencia y Corte, A, LAFUENTE, Ediciones Doce Calles, 1998. 240 pp. • Cómo se publica en nature – una guía, supplement to vol. 402, nº 6762, 9 december 1999. Madrid, Ciencia y Corte, A. LAFUENTE y J. MOSCOSO, eds., Madrid, 1999, 300 pp. (exposición en Madrid)Madrid, Ciencia y Corte. Guía de la exposición • El compás y el príncipe. Ciencia y Corte en la España moderna, A. LAFUENTE y J. MOSCOSO, eds., s.l., 2000, 200 pp. (exposición en Valencia)El compás y el príncipe. Ciencia y Corte en la España moderna. Guía de la exposición • El compás y el príncipe. Ciencia y Corte en la España moderna, A. LAFUENTE y J. MOSCOSO, eds., s.l., 2000, 200 pp. (exposición en Murcia)

Actividades	Resultados
Materiales editados	<ul style="list-style-type: none"> • Real Colegio Universitario “Escorial-M^a Cristina”:Maestros de capilla del Monasterio de San Lorenzo de El Escorial, Colección dirigida por José SIERRA PÉREZ • P. ANTONIO SOLER (1729-1783) <ul style="list-style-type: none"> ○ Música Religiosa. Varia Liturgica. Ediciones Escorialenses, 1997. ○ Música Religiosa. Varia Litúrgica. Ediciones Escorialenses, 1998. ○ Música Religiosa. Misas. Ediciones Escorialenses, 1999. ○ 1. Música Escénica (Obra completa). Ediciones Escorialenses, 2000. ○ 2. Música Escénica (Obra completa) Pedro Calderón de la Barca. Ediciones Escorialenses, 2000. • Fr. MARTÍN DE VILLANUEVA (+1605) • Obras Completas. Ediciones Escorialenses, 1997. • P. JUAN DE DURANGO (1632-1696). • I. Música Religiosa. Oficio: Magnificats, Nunc Dimittis, Himnos. Ediciones Escorialenses, 1998. • P. PEDRO DE TAFALLA (1606-1660)I. Música Religiosa. Las Misas. Ediciones Escorialenses, 1999.Sociedad Española de Musicología (Sedem): Discos de la Colección: El patrimonio musical hispano. Serie: Compositores en la Comunidad de Madrid • José de Nebra (1702-1768). Oficio de Difuntos para Fernando VI y Bárbara de Branganza, 1999. • El piano en el salón romántico, 1999. Piano: Ana VEGA TOSCANO. • Celebrando a Carlos Patiño (1600-1675.). Obras Religiosas para uno y dos coros y b.c., 2000. Director: Emilio TABRAUE. • El violín español en el siglo XVIII, 2001. Recopilador: Emilio MORENO. • Sonatas para violín y piano de Joaquín TURINA, 2001. Intérpretes: Manuel GUILLÉN y Luis REGO.Libros. Partituras: • Seis sonatas en trío (nos IV-IX) para dos violines y bajo, de JUAN OLIVER ASTORGA (1733-1830). Editadas por Emilio MORENO, Madrid, 1999 • Dos juegos de variaciones sobre el “Minué Afandangado” para forte piano, de FÉLIX MÁXIMO LÓPEZ. Editadas por Genoveva GÁLVEZ, Madrid, 2000. • Días de gloria y muerte. Misas de José de Torres. Editadas por Begoña POLO, Madrid, 2001. • Colección del CSIC: Catálogo de fotografías de la Comisión científica del Pacífico (1862-1866). CD-Rom

3.4.2.2 Centro de Enlace

3.4.2.2.1 Resultados del Centro de Enlace (IRC)

Tabla 16: Resultados del IRC 2000-2003 por indicadores

Indicadores del Centro de Enlace (IRC, Innovation Relay Centre)	2000	2001	2002	2003	TOTAL
Número de empresas visitadas	100	145	62	62	369
Número de empresas auditadas	89	93	52	53	287
Número de grupos de investigación auditados por cada oferta tecnológica tramitada	185	244	250	113	792
Número de ofertas y demandas difundidas en Europa	148	195	200	90	633
Número de comercializaciones en curso	7	8	6	11	32
Número de contratos de transferencias realizados	17	16	11	4	48
Número de ofertas y demandas europeas distribuidas	911	949	1025	518	2492

3.4.2.3 Vivero Virtual de Empresas (VVE)

3.4.2.3.1 Resultados del VVE 2000-2003

Tabla 17: Resultados del VVE 2000-2003 por indicadores

Indicadores de la sección Vivero Virtual de Empresas	2000-2003
Programas formativos para emprendedores	8
Número de participantes en el curso de emprendedores	133
Programas formativos para facilitadores	4
Número de participantes en el curso de facilitadores	49
Revisión de ideas de potenciales emprendedores	172
Estudios de viabilidad	3
Tutorización de planes de negocios	149
Jornadas de sensibilización	43
Encuentro Internacional de experiencias en creación de EIBT	3
Número de participantes en los encuentros	220
Número de planes de empresa entregados	112
Número de empresas constituidas	44

3.4.2.3.2 Empresas Creadas VVE

Tabla 18: Empresas creadas en el VVE entre 2000-2003

Empresa	Sector	Institución
ABM Comunicación Multilingüe	Comunicaciones	UPCO
Actea Gestión Ambiental	Consultaría medioambiental	UAM
Afigen	Biotechnología	INIA
Agora	Videomática	UPCO
Aloe Corporation	Agroindustrial, Farmacéutico y Cosmético	UA
Altiría TIC, SLL	Telecomunicaciones	UPM
Ariema	Asesoría e ingeniería, energía y medioambiente	INTA
Artheria Networks, S.L	Internet	CEIM
Avatars Virtual Technologies	Informática	UPM
Campo de Setas	Biotechnología y producción alimenticia	UA
Casintel	Domótica	UPCO
CFESolar	Energías Renovables	UNED
Child Institute	Servicios asistenciales	CEIM
Cimera Estudios aplicados, S.L	Ciencia y Medio ambiente	UAM
Conagri, S.L	Servicios de siembra directa y asesoramiento	UAM
Cytochrome, S.C	Farmacogenética	UA
Daedalus	Sistemas inteligentes	UPM
Diginstant	Fotografía y video digital	UPM
Enerweb	Servicios de consultoría	Privado
Genyca Innova, S.L.	Genética Molecular	CEIM
GCM Communication Technologies	Telecomunicaciones	CEIM
Global Aquafish	Ingeniería en acuicultura y pesca	UPM
Histania Consultores	Consultoría de Historia e humanidades	UAH
Imix Ingeniería, S.L.	Industria Naval	UPM
I4 S.L.	Inspección Visual Industrial	UPM
Ingenia Consultores	Consultoría Domótica	UAM
Integromix	Bioinformática	UAM
Intelia Consultores, S.L.	Telecomunicaciones	UPM
Interaxn Proteomix	Farmacéutico	UAM
Inventa Soluciones	Consultoría y desarrollo de software	UPM
ISI 3	E-commerce	UPM
Lactest, S.L.	Industria Farmacéutica	UAM
LEQ Ingenieros S.L.	Ingeniería en I+D+I en Acústica	UPM
Ley & Law	Consultoría jurídica	UNED

Empresa	Sector	Institución
Némesis Soluciones, S.L.	Tecnologías de la información	UCIIM
Orange Soft	Telecomunicaciones	UPM
Phyllum, S.L.	Biotechnología	UAM
Plant Bioproduct S.L.	Biotechnología	CEIM
Reis Arte Digital	Diseño gráfico	CEIM
Serpyme	Servicios de Asesoría y Riesgos laborales	URJC
Softcode	Consultoría informática	CEIM
Solidarte	Internet	UPCO
Tof 2	Asesoría y Formación Ambiental	URJC
Tramitel.com	Servicios de consultoría	CEIM

3.4.2.4 Recursos Humanos

3.4.2.4.1 Resultados de Recursos Humanos

Tabla 20: Resultados de Recursos Humanos por indicadores

Indicadores de Recursos Humanos	Hasta noviembre 2003
Número de perfiles existentes (doctores, técnicos e investigadores)	3093
Número de ofertas enviadas	918

3.4.2.5 Círculos de Innovación

3.4.2.5.1 Resultados de Círculos de Innovación

Tabla 21: Resultados de Círculos de Innovación por indicadores

Indicadores de Círculos de Innovación	Hasta noviembre 2003
Asociaciones contactadas	22
Empresas incorporadas	75
Investigadores incorporados	550
Servicios de Vigilancia Tecnológica	195

3.4.2.6 Iberoamérica

3.4.2.7 Red de Laboratorios

3.4.2.7.1 Resultados de Red de Laboratorios

Tabla 23: Resultados de Red de Laboratorios por indicadores

Indicadores de Red de Laboratorios	Acumulado hasta 13/11/2003
Número de laboratorios	96
Número de servicios de ensayo registrados	284
Número de servicios de calibración registrados	84
Número de expertos registrados	452

3.4.2.8 Servicio de Información Activa (SIA)

3.4.2.8.1 Resultados de SIA

Tabla 25: Resultados de SIA por indicadores

Indicadores de SIA	1999	2000	2001	2002	2003
Número de investigadores	490	2388	5785	7563	8581
Número de empresas	0	242	325	591	839
Número de doctores	0	394	650	1707	2765
Número de usuarios totales del sistema	490	3024	6760	9861	12185
Número de informaciones difundidas	90	735	1027	2034	2848
Número de colaboraciones establecidas	-	94	251	1004	1258
Número de encuesta de calidad SIA	-	-	-	-	121

3.4.2.9 IDI Responde/Asesoría

3.4.2.9.1 Resultados de IDI Responde

Tabla 26: Resultados de IDI Responde por indicadores

Indicadores de IDI Responde	Resultados
Número de consultas	351
Ratio de respuesta	100%

3.4.2.9.2 Resultados de Asesoría

Tabla 27: Resultados de Asesoría por indicadores

Indicadores de Asesoría	Resultados
Número de consultas	831
Ratio de respuesta	100%

3.4.2.10 Revista madri+d

3.4.2.10.1 Resultados de Revista madri+d

Tabla 28: Resultados de Revista madri+d por indicadores

Indicadores de Revista madri+d	Resultados
Número de ejemplares difundidos	14400
Número de monográficos	8
Número de foros	28

3.4.2.11 Oficina madri+d en Bruselas

3.4.2.11.1 Resultados de Oficina madri+d en Bruselas

Tabla 29: Resultados de Oficina madri+d en Bruselas por actividades

Actividades	Resultados
Gestión de la información de interés para la IDT de la CM que se genera en el ámbito comunitario	Envío de 57 convocatorias al mes de las series S y C del DOCE (por SIA) Envío 624 convocatorias al SIA Mantenimiento de la sección web de la Oficina en la página madri+d Envío de un promedio de 9 noticias breves sobre asuntos europeos para la página madri+d Asistencia a seminarios y reuniones (79 en total) Participaciones en la revista madri+d
Promoción de la actividad de IDT madrileña y de la red madri+d y sus actividades	Enlace en CORDIS, SOST, Oficina de la Comunidad de Madrid en Bruselas Enlace con el III PRICIT en la página de IRC-IRE Difusión en revistas especializadas Difusión de 13 publicaciones madri+d Difusión del Centro Virtual Sistema madri+d Difusión en Revista madri+d (bimensual)
Fomentar y facilitar la participación en programas comunitarios de las empresas e instituciones miembros del sistema madri+d	Organización de 2 seminarios de formación Búsquedas de socios para proyectos transnacionales 126 en 2003 Asesoría telemática personalizada y respuesta a consultas: 184 solicitudes contestadas Servicio de ubicación de áreas de investigación en programas comunitarios: 35 en 2003

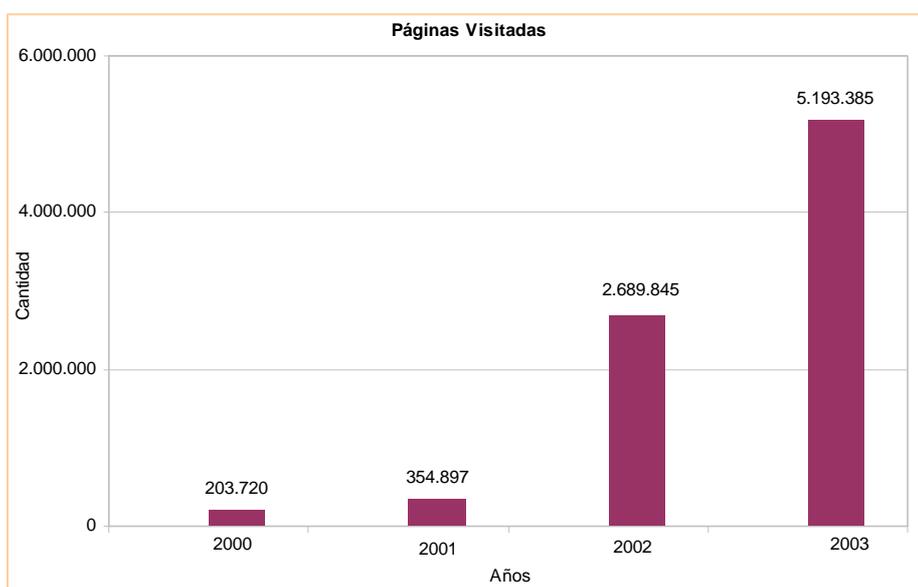
3.4.2.12 Centro Virtual Sistema madri+d

3.4.2.12.1 Resultados de Centro Virtual Sistema madri+d

Tabla 30: Indicadores Centro Virtual Sistema madri+d registrados

Indicadores Centro Virtual Sistema madri+d registrados	2000	2001	2002	2003
Páginas visitadas	203720	354897	2689845	5193385
Número de usuarios	12538	13674	15762	16958
Documentos descargados	37625	69484	152588	457150
Encuesta opinión usuarios	-	-	41	29

Gráfico 29: Páginas visitadas en el Centro Virtual Sistema madri+d



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 30: Usuarios del Centro Virtual Sistema madri+d

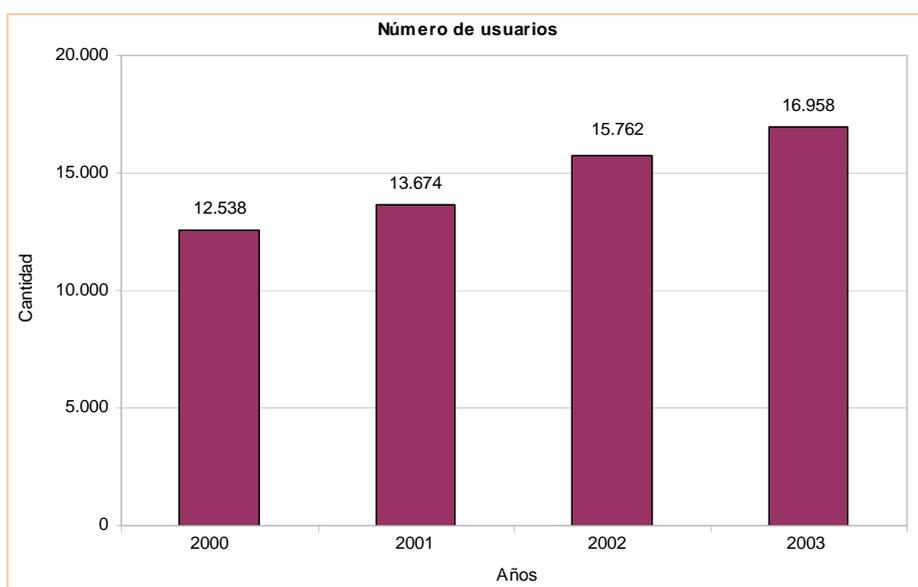
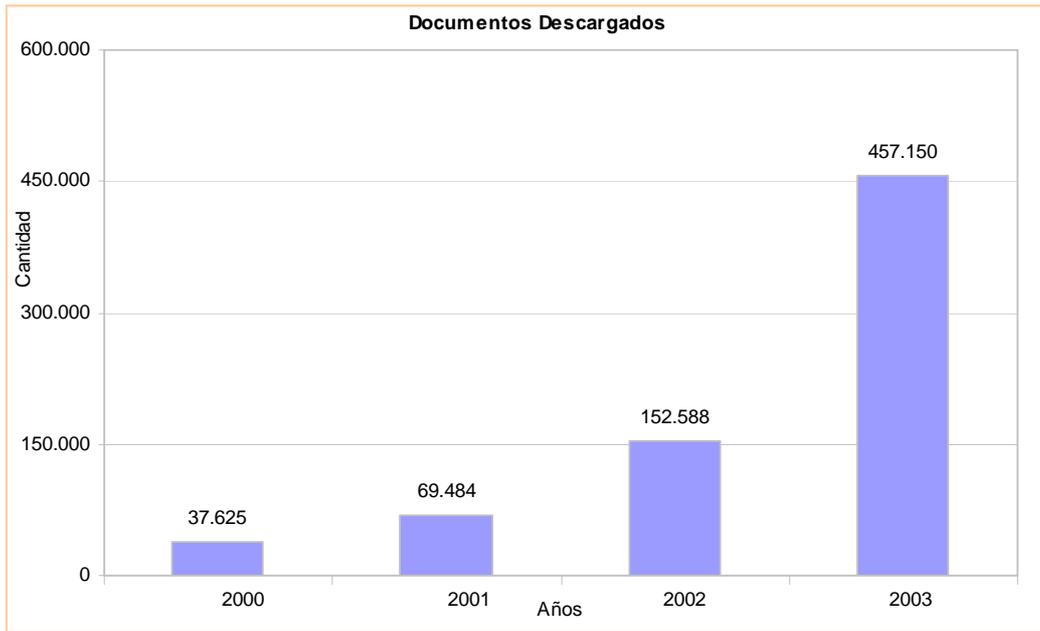


Gráfico 31: Documentos descargados del Centro Virtual Sistema madri+d



Fuente: Elaboración propia

4 Anexo

4.1 Miembros de madri+d

La siguiente tabla recoge a todos los miembros de madri+d con sus respectivos acrónimos y direcciones de Internet.

Tabla 32: Miembros de madri+d

Miembros de madri+d	Acrónimos	Dirección Web
Asociación para la Investigación y el Desarrollo Industrial de los Recursos Naturales	AITEMIN	http://www.aitemin.es/
Asociación Nacional de Industrias Electrónicas y de Telecomunicaciones	ANIEL	http://www.aniel.es/
Agencia "Pedro Laín Entralgo" Consejería de Sanidad de la CM	AGENCIA LAIN ENTRALGO	http://www.madrid.org/lainentralgo
Asociación Española de Bioempresas	ASEBIO	http://www.asebio.com
Asociación Multisectorial de Empresas Españolas de Electrónica y Comunicaciones	ASIMELEC	http://www.asimelec.es/
Asociación Española de Constructores de Material Aeroespacial	ATECMA	http://www.atecma.org
Cámara de Comercio de Madrid	COCIM	http://www.camaramadrid.es/
Centro de Estudios y experimentación de Obras Públicas	CEDEX	http://www.cedex.es/
Confederación Empresarial de Madrid- CEOE	CEIM	http://www.ceim.es/
Centro Español de Metrología	CEM	http://www.cem.es/
Confederación Española de Organizaciones de Panadería	CEOPAN	http://www.ceopan.es/
Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas	CIEMAT	http://www.ciemat.es/
Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas	CNIO	http://www.cnio.es/
Consejo Superior de Investigaciones Científicas	CSIC	http://www.csic.es/
Federación Empresarial de la Industria Química Española	FEIQUE	http://www.feique.org/
Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria	FENIN	http://www.fenin.org/
Federación de Municipios de Madrid	FMM	http://fmmadrid.com/cdt
Fundación Universidad-Empresa	FUE	http://www.fue.es/
Instituto Geológico y Minero de España	IGME	http://www.igme.es/
Instituto Madrileño de Investigación Agraria y Alimentaria	IMIA	http://www.imianet.org/

Miembros de madri+d	Acrónimos	Dirección Web
Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria	INIA	http://www.inia.es/
Instituto Nacional de Técnica Aeroespacial	INTA	http://www.inta.es/
Instituto de Salud Carlos III	ISCIII	http://www.isciii.es/
Asociación Española de Fabricantes de Equipos y Componentes para Automoción	SERNAUTO	http://www.sernauto.es/
Universidad San Pablo	USP-CEU	http://www.ceu.es/
Universidad de Alcalá	UAH	http://www.uah.es/
Universidad Autónoma de Madrid	UAM	http://www.uam.es/
Universidad Carlos III de Madrid	UC3M	http://www.uc3m.es/
Universidad Complutense de Madrid	UCM	http://www.ucm.es/
Universidad Europea de Madrid	UEM	http://www.uem.es/
Universidad Nacional de Educación a Distancia	UNED	http://www.uned.es/
Universidad Antonio de Nebrija	UNNE	http://www.nebrija.com/
Universidad Pontificia Comillas de Madrid	UPCO	http://www.upco.es/
Universidad Politécnica de Madrid	UPM	http://www.upm.es/
Universidad Rey Juan Carlos	URJC	http://www.urjc.es/

4.2 Entidades colaboradoras de madri+d

madri+d cuenta además con la colaboración de una serie de entidades públicas y privadas especializadas en gestión de la innovación y vinculadas al sistema para el desarrollo de actividades. Estas entidades son las que aparecen en la siguiente tabla.

Tabla 33: Entidades colaboradoras de madri+d

Entidades colaboradoras de madri+d	Acrónimos	Dirección Web
Auren Auditores, Consultores, Asesores, S.A.	AUREN	http://www.auren.es/
Fundación COTEC para la innovación tecnológica	COTEC	http://www.cotec.es/
Fundación Empresa-Universidad. Universidad de Alicante	FUNDEUN	http://www.fundeun.ua.es/
ABRIL Abogados, S.L.	ABRIL	http://www.abrilabogados.com/
IALE Tecnología	IALE	http://www.iale.es/
Instituto Andaluz de Tecnología	IAT	http://www.iat.es/
Instituto Español de Comercio Exterior	ICEX	http://www.icex.es/
Investigación, Desarrollo y Transferencia Tecnológica	IDETRA	http://www.idetra.com/
Instituto Kaizen	Kaizen	http://www.kaizen.org/
Seniors Españoles para la Cooperación Técnica	SECOT	http://www.secot.org/

Entidades colaboradoras de madri+d	Acrónimos	Dirección Web
SOCINTEC	SOCINTEC	http://www.socintec.es/
Grupo SCA	Grupo SCA	http://www.gruposca.es/
Agencia de acreditación en Investigación Desarrollo e Innovación Tecnológica	AIDIT	http://www.e-aidit.com/
Asesoría fiscal en investigación, desarrollo e innovación	Asesoría I+D+I	http://www.asesoria-imasdmasi.com/
Asociación Española de Normalización y Certificación	AENOR	http://www.aenor.es/
Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial, Iniciativa NEOTEC	CDTI-NEOTEC	http://www.neotec.cdti.es/
Fundación-Biodiversidad	FUNBIO	http://www.fundacion-biodiversidad.es/index.html

4.3 Socios europeos de madri+d

A continuación aparece un gráfico que recoge a todos los socios europeos de madri+d.

Gráfico 29: Socios europeos de madri+d



Fuente: Elaboración propia

4.4 Líneas del III PRICIT

4.4.1 Línea 1 Promoción de la I+D Pública

Programa 1.1. Áreas Tecnológicas Estratégicas

Artículos 2a y 15 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Revisión, seguimiento

Programa 1.2. Biomedicina

Artículos 2a y 15 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 1.3. Socioeconomía y Humanidades

Artículos 2a, 15 y 24 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 1.5. Infraestructuras científico- tecnológicas de interés regional

Artículos 2b y 20 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 1.6. Red telemática de alta velocidad

Artículos 2 c y 19.2 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

4.4.2 Línea 2 Promoción de la I+D Empresarial

Programa 2.1. Ayudas a las pequeñas y medianas empresas

Artículos 2b, 2 d, 6 b y 15 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 2.2. Cooperación entre PYMES y grandes empresas

Artículos 2d y 14.1 24 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

4.4.3 Línea 3. Formación y Movilidad

Programa 3.1. Jóvenes investigadores

Artículos 2h, 13 y 14 24 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 3.2. Técnicos de apoyo

Artículos 2h, 13 y 14 24 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 3.3. Doctorado

Artículos 2h, 13 y 14 24 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

4.4.4 Línea 4. Cultura Científica

Programa 4.1. Participación ciudadana

Artículos 2j y 17 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 4.2. Madrid por la Ciencia

Artículos 2 j y 17 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

4.4.5 Línea 5. Valorización de la Oferta Científico-tecnológica

Programa 5.1. Identificación y normalización

Artículos 2c y 22 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 5.2. Redes y comercialización

Artículos 2 c y 22 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

4.4.6 Línea 6. Servicios de Ayuda a la Innovación

Programa 6.1. Información y asesoramiento

Artículos 2c, 22 y 23 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 6.2. Círculos de Innovación. Inteligencia Económica

Artículos 2b, 22 y 23 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 6.3. Vivero Virtual de Empresas

Artículos 2d, 22 y 23 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Línea 7. Capacidades para la Innovación

Programa 7.1. Definición de estrategias para la innovación

Artículos 2b, 19.2 y 22 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 7.2. Red de laboratorios acreditados

Artículos 2c, 18 y 20 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 7.3. Centros de tecnológica innovación

Artículos 2 c, 18 y 20 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

4.4.7 Línea 8. Relación con otras Políticas Públicas de I+D

Programa 8.1. Cooperación con la administración general del estado

Artículos 2f de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 8.2. Cooperación interregional

Artículos 2g de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 8.3. Participación en programas europeos

Artículos 2c, 18 y 20 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

4.4.8 Línea 9. Programas de Apoyo

Programa 9.1. Plan de comunicación

Artículos 2e de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 9.2. Impulso de capital semilla

Artículos 2d y 15 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

Programa 9.3. Instituto de análisis y gestión de la ciencia y la tecnología

Artículos 2a, 12 y 20 de la Ley de Fomento de la Investigación Científica e Innovación Tecnológica

**OFICINA DE
TURISMO JUVENIL
(T.I.V.E.)**

**PROYECTO:
"Turismo Juvenil"**



PROGRAMA PARA LA

PROMOCIÓN DE USOS

ALTERNATIVOS DEL TIEMPO DE

OCIO ENTRE LOS JÓVENES

PREFACIO

El “Programa para la Promoción de usos alternativos del tiempo de ocio entre los jóvenes” es una apuesta del TIVE por adoptar medidas proactivas que acerquen a los jóvenes un conjunto de actividades en las que emplear de forma provechosa su tiempo de ocio.

Yendo más allá de las tareas que se le suponen a una mera agencia de viajes, el TIVE interviene en la sociedad con la intención de crear espacios y actitudes positivas de cara a la formación de ciudadanos plenos.

INTRODUCCIÓN

La generación de espacios lúdicos de intercambio donde el joven desarrolle su capacidad de conversación permite aportar elementos de maduración y autoconfianza en si mismo del joven que superan las barreras tendidas por el exceso de proteccionismo.

Mediante el descubrimiento del placer de viajar y del intercambio cultural, en suma, el mundo pierde su carácter de entidad abstracta y virtual para hacerse real a través de su conocimiento directo.

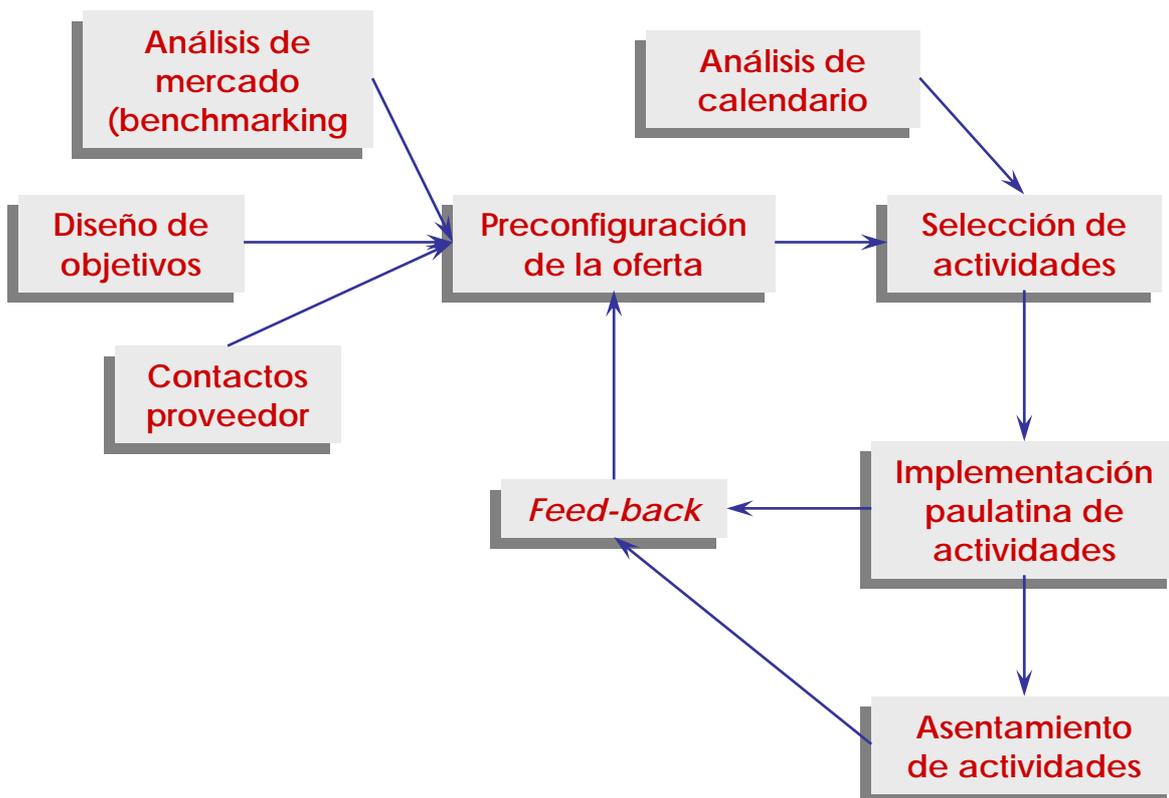
Para ello, se han diseñado una serie de actividades y servicios que se incorporen a la oferta tradicional del TIVE, con un calendario de implementación paulatina a lo largo de tres años, de tal forma que conjuntamente establezcan una propuesta variada y útil para el disfrute del tiempo de ocio de los jóvenes madrileños.

Los objetivos generales del programa son:

- ✘ Desarrollar el ocio y tiempo libre de los jóvenes.
- ✘ Desplegar una oferta turística accesible económicamente.
- ✘ Facilitar la información de los jóvenes en materias de su incumbencia dentro de un entorno amigable.
- ✘ Fomentar las actividades físicas y deportivas de los jóvenes.
- ✘ Facilitar el aprendizaje de idiomas extranjeros.
- ✘ Posibilitar el disfrute del ocio y el tiempo libre entre los jóvenes de extracción social menos favorecidos.

El objetivo principal del programa se centra, finalmente, en aportar elementos y espacios que permitan al joven madrileño madurar plenamente como persona, y por ende como ciudadano, mediante la generación de actividades que en ningún momento pierden su carácter lúdico

Esquema estratégico



Para el diseño y selección de las actividades que conforman el programa se han tomado en cuenta diversas variables:

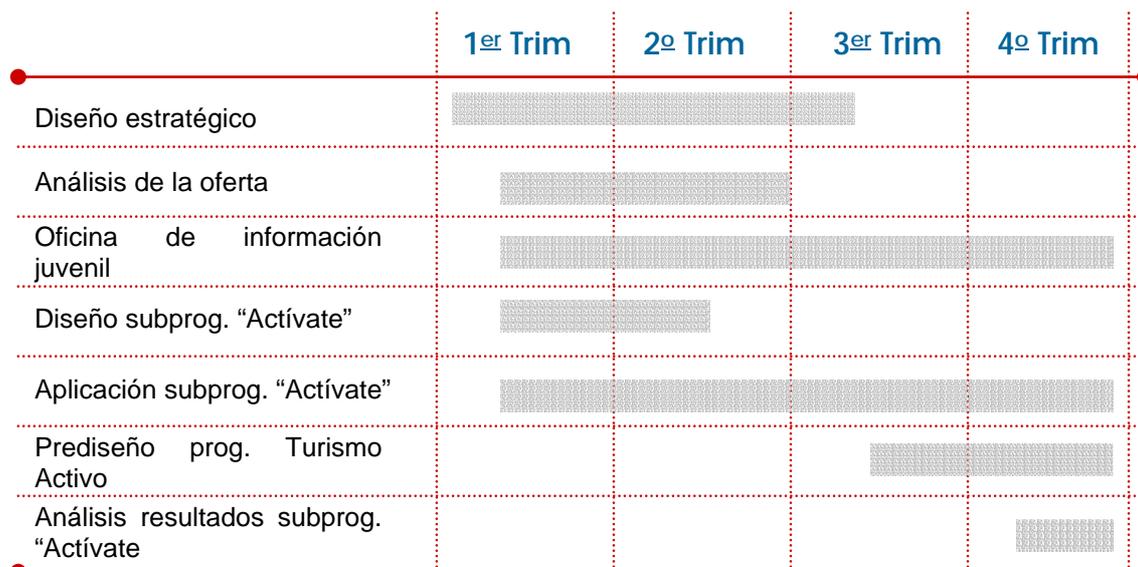
- ✘ Objetivos del programa.
- ✘ Análisis preliminar de la oferta turística, con el fin de ajustar la oferta del programa a las necesidades detectadas.
- ✘ Recursos humanos y materiales disponibles.
- ✘ Relaciones nacionales e internacionales.
- ✘ Elementos estacionales.

De esta forma se incorporan de forma integrada en el diseño del programa los distintos elementos que entran en juego en la configuración de una oferta sobre ocio y tiempo libre; la demanda, los proveedores, los recursos propios y la coyuntura estacional.

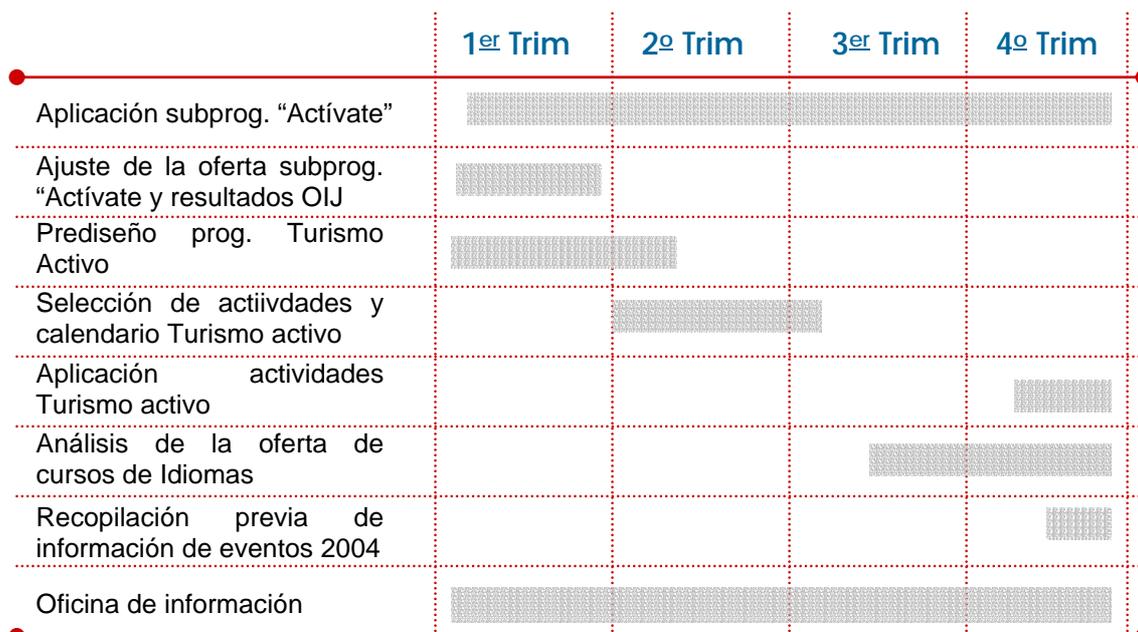
De esta manera se han configurado diversos subprogramas que en cada caso dan respuesta a necesidades y circunstancias particulares.

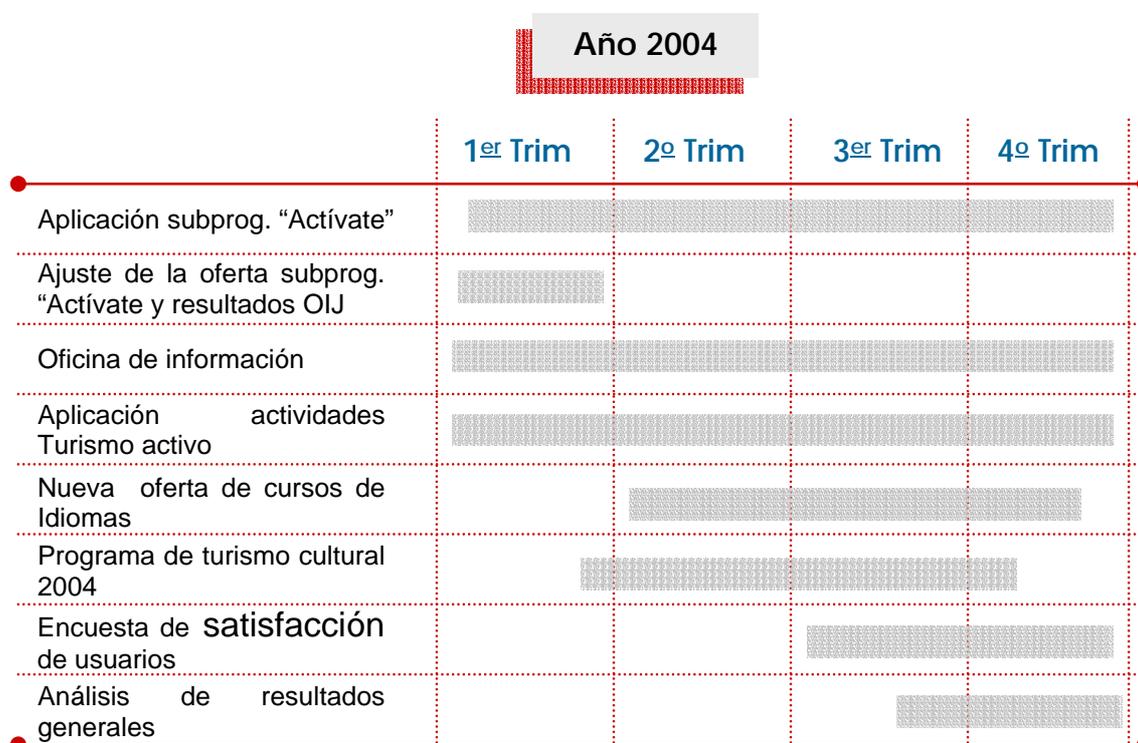
Cronograma de implementación de actividades

Año 2002



Año 2003





ACTIVIDADES

En conjunto se diseñaron cinco subprogramas que cubrían finalidades parciales definidas en el área de análisis y estrategia.



1. Oficina de Información Juvenil:

En los locales del TIVE, y con el mismo horario de servicio se ha creado una oficina miembro de la Red de Centros de Información Juvenil de la Comunidad de Madrid que complementariamente a los servicios de información y tramitación turística ofrece información sobre distintos temas de interés juvenil (Empleo, oposiciones, Cursos y becas, programas europeos, salud, cultura y eventos, etc).

Objetivos específicos del subprograma

- ✘ Completar los servicios de información turística del TIVE con temas de interés general de su público objetivo, incorporando un valor añadido a la oferta previamente existente.
- ✘ Acercar a los jóvenes información de su interés en un entorno cercano.
- ✘ Actuar de forma coordinada y complementaria con la Red de Centros de Información Juvenil de la Comunidad de Madrid

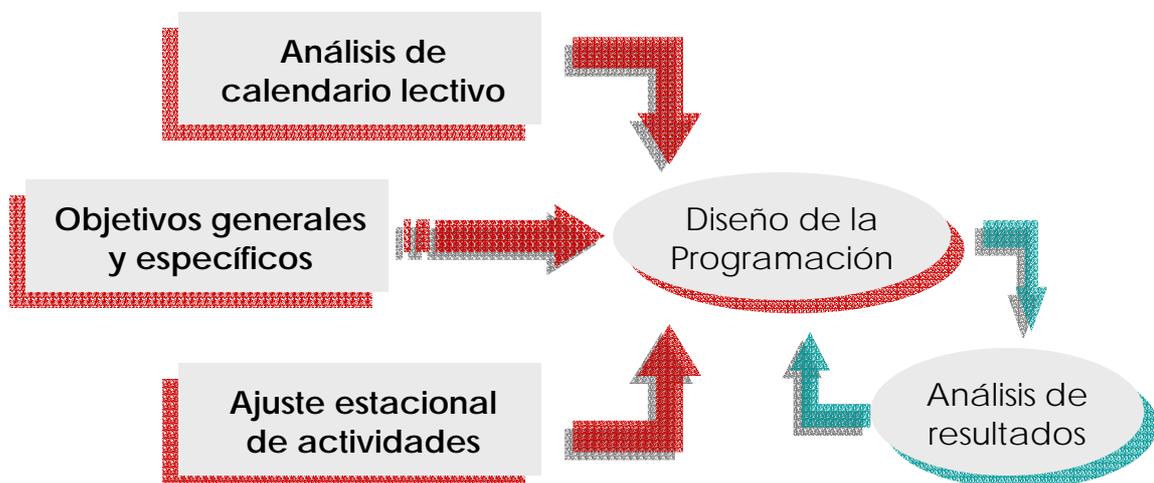
2. Programa de Turismo Activo para Jóvenes.

Programa diseñado para el aprovechamiento de periodos no lectivos o de menor intensidad en la realización de diversas actividades adaptadas a la época del año.

Objetivos específicos del subprograma

- ✘ Aprovechar los periodos de menor carga lectiva para el desarrollo de viajes de media distancia (en el territorio nacional e internacional) con varios días de duración.
- ✘ Fomentar las actividades físicas y deportivas de los jóvenes, así como de conocimiento y respeto de la naturaleza.

Esquema de diseño de actividades del subprograma



Tipos de actividades

- ✘ **Días azules.** En Septiembre y Mayo. Fomento de Actividades acuáticas.
- ✘ **Días Blancos.** En Diciembre, Enero y Marzo. Actividades deportivas de invierno.
- ✘ **Días verdes.** Noviembre y Abril. Senderismo y actividades en la naturaleza.
- ✘ **Días Naranjas.** Julio y Agosto. Viajes internacionales y Programa Inturjovent de verano



Extracto de folleto divulgativo del Programa de Turismo Activo para Jóvenes

3. Programa Actívate y Talleres de Verano.

Programa anual de desarrollo de actividades culturales, deportivas y de utilización alternativa del tiempo libre en las infraestructuras de la red de Albergues Juveniles de la Comunidad de Madrid.

Objetivos específicos del subprograma

- ✘ Ofrecer alternativas interesantes y productivas para la utilización del tiempo libre de los jóvenes durante el fin de semana.
- ✘ Maximizar el aprovechamiento de la Red de Albergues Juveniles de la comunidad de Madrid.
- ✘ Fomentar el alberguismo como lugar de encuentro y convivencia con otros jóvenes y de conocimiento del entorno.

Las actividades están específicamente diseñadas para el máximo aprovechamiento de las características de los Albergues y la climatología de la temporada.

Se programan actividades y cursos sobre agricultura y ganadería ecológica, deportes de invierno, senderismo y aulas medio-ambientales, danza y artes escénicas, fotografía, artesanía, etc.

4. Programa de fomento del turismo socio cultural.

Programación de viajes turísticos a los eventos culturales y sociales más relevantes del año.

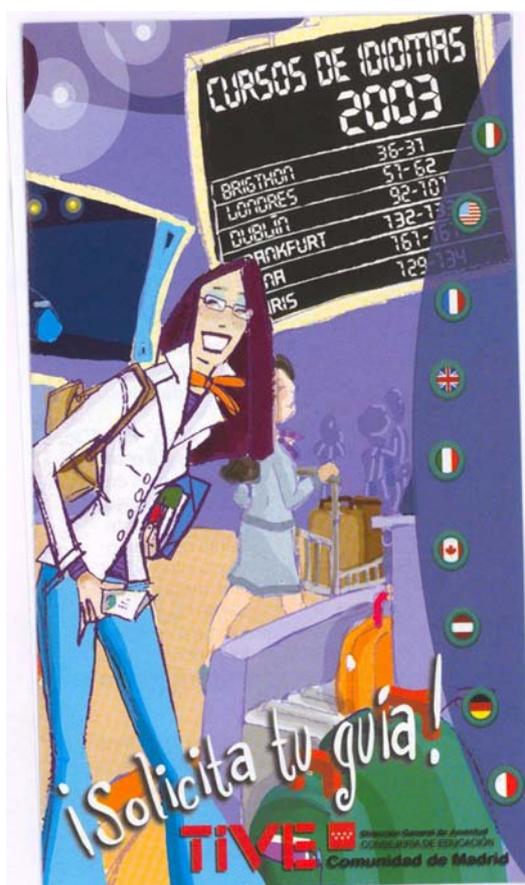
Objetivos específicos del subprograma

- ✘ Impulsar entre los jóvenes un tipo de turismo generador de experiencias y espacios de reflexión nuevos.
- ✘ Generar expectativas en torno a eventos de importante significación social.
- ✘ Fomentar el turismo cultural como uso alternativo del tiempo libre.

Entre los eventos del año 2004 programados en la oferta del TIVE se encuentran el Festival Internacional de Teatro de Edimburgo 2004 y el Forum 2004 de Barcelona.

5. Cursos de idiomas.

Promoción del aprendizaje y/o perfeccionamiento de un idioma extranjero mediante la inmersión lingüística y la integración en un ambiente internacional y multiétnico.



Portada del díptico divulgativo y de la Guía de los Cursos de Idiomas

La oferta tradicional del TIVE en cursos de idiomas (consistente en inglés, alemán, francés e italiano) se incrementa mediante la implementación de este subprograma con la posibilidad de estudiar Portugués y Ruso.

Objetivos específicos del subprograma

- ✘ Desarrollar y potenciar el estudio de idiomas extranjeros.
- ✘ Generar interés por idiomas y culturas de menos preeminencia social en la actualidad.
- ✘ Facilitar los viajes internacionales y por ende el conocimiento de otros pueblos y culturas.

La oficina de Turismo Juvenil actúa en todos los casos como intermediaria entre los alumnos y las instituciones responsables de los cursos. El TIVE ha seleccionado mas de 50 escuelas de distintos países del mundo para articular su oferta.

Para ello, se han implementado actividades y acciones de mejora que implican los siguientes criterios y subcriterios del Modelo Europeo de Excelencia:

❖ Criterio 1 – Liderazgo.

1. Definición y divulgación de los valores y misiones del TIVE y de su compromiso con los usuarios.
2. Implantación de una filosofía de trabajo volcada con la satisfacción de los usuarios con los servicios ofertados.

Para ambas iniciativas se han:

- × Realización de reuniones de trabajo entre el personal del TIVE para la definición de valores y misiones del TIVE de forma comprometida por todos.

- ✘ Potenciación de la comunicación interna mediante reuniones de trabajo. Mediante estas se fomenta la generación de ideas novedosas y su intercambio.
 - ✘ Difusión del Modelo EFQM de Calidad entre los trabajadores del TIVE.
 - ✘ Reconocimiento de ideas, esfuerzos y logros llevados a cabo para mejorar la gestión del servicio
- ❖ Criterio 2 – Estrategia.
3. Análisis de mercado y benchmarking para la definición de una oferta turística acorde con las necesidades del público objetivo.
- ✘ Análisis de la oferta prestada por servicios análogos al TIVE en territorio español e internacional.
 - ✘ Estudio de la oferta turística general para identificar patrones, servicios y destinos de interés para el público objetivo.

- ✘ Estudio del informe “La Juventud en la Comunidad de Madrid de cara al Siglo XXI” resultado de un estudio sociológico promovido por la Dirección General de Juventud.
4. Análisis de las sugerencias y quejas de los usuarios de los servicios.
- ❖ Criterio 4 – Alianzas y recursos.
5. Relaciones internacionales.
- Para aumentar la oferta de cursos a otros idiomas y potenciar la reserva internacional de alojamientos y transportes.
6. Relaciones institucionales con organismos nacionales; servicios competentes de otras CC.AA, otras instituciones de la Comunidad de Madrid con intereses entre los jóvenes.
- Se establecen relaciones institucionales con organismos con competencias en materia de juventud de otras Comunidades

Autónomas para promover el intercambio de experiencias y desarrollar el Programa de Turismo Activo.

7. Apertura de una nueva oficina en la zona sur de Madrid.

Facilitando el acceso a los servicios mediante la proximidad física a los usuarios potenciales.

Se están analizando los datos concernientes a los usuarios de todos los programas realizados para ajustar la localización definitiva de dicha oficina en el emplazamiento de mayor utilidad social.

8. Asistencia a ferias y eventos.

Con el doble objetivo de promocionar las actividades (Fitur, Expojoven, Juvenalia) y de establecer contactos y relaciones con otras organizaciones del sector (Feria de Cursos de Idiomas de Brighton, Conferencia de Viajes para Jóvenes y estudiantes , WYSTC).

9. Mejoras en las instalaciones

Con el fin de acoger las nuevas Oficinas de Información Juvenil y prestar sus servicio de información a los usuarios de manera cómoda y adecuada. Igualmente Se han acometido mejoras en la fachada para facilitar la identificación visual de las instalaciones.

❖ Criterio 5 – Procesos.

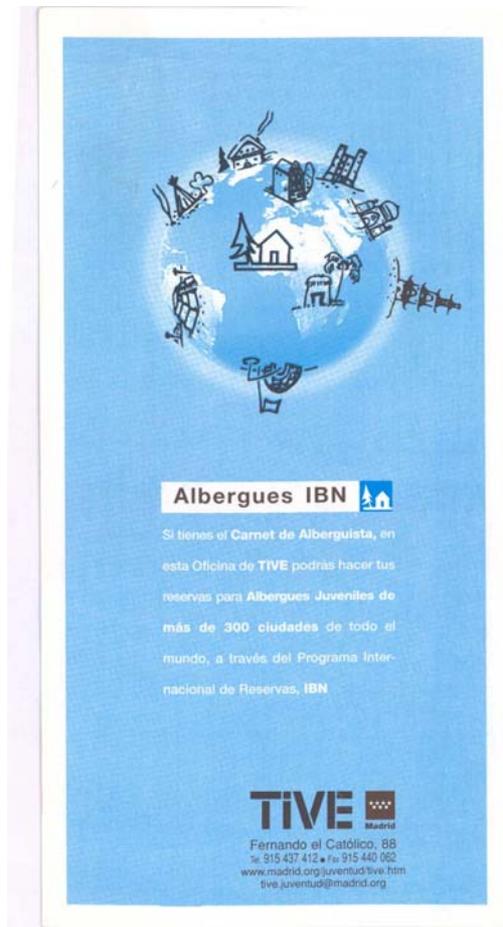
10. Informatización de procesos.

Implantación de un sistema informático para la gestión y tramitación de procedimientos turísticos y administrativos.

11. Mejora en el servicio de gestión en carnés para jóvenes, alberguistas y estudiantes y profesores.

12. Procedimiento de Reservas Internacionales IBN

Programa Internacional de Reservas que permite la gestión de reservas en albergues de más de 300 ciudades en todo el mundo.



Anverso de la tarjeta informativa de los servicios del TIVE sobre la reserva internacional.

Estas ciudades son las principales urbes de los siguientes países:

- × Kenia
- × Sudáfrica
- × Canadá
- × Estados Unidos
- × Australia
- × Nueva Zelanda
- × China
- × Corea del Sur
- × India
- × Japón
- × Malasia
- × Singapur

- | | | |
|-------------|---------------|--------------|
| × Tailandia | × Taiwan | × Alemania |
| × Austria | × Bélgica | × Croacia |
| × Dinamarca | × Eslovaquia | × Eslovenia |
| × Estonia | × Finlandia | × Francia |
| × Grecia | × Hungría | × Irlanda |
| × Islandia | × Israel | × Italia |
| × Letonia | × Lituania | × Luxemburgo |
| × Malta | × Noruega | × Polonia |
| × Portugal | × Reino Unido | × Chequia |
| × Rumanía | × Rusia | × Suecia |
| × Suiza | × Turquía | × Holanda |
| × Argentina | × Bolivia | × Brasil |
| × Chile | × Costa Rica | × Ecuador |
| × México | × Perú | × Uruguay |

13. Difusión y promoción de servicios y programas.

Se ha publicado y difundido folletos, dípticos y carteles divulgando y promocionando las distintas actividades entre el público objetivo de las mismas.

14. Programa de becas y subvenciones.

Entre los objetivos generales del programa se encuentra que un tipo de turismo dinámico sea accesible económicamente para los jóvenes. Por ello, además de una política de precios altamente competitiva se incluye un programa de becas para que los jóvenes con menos recursos puedan acceder a las actividades programadas.

15. Carta de Servicios.

Reflejo del compromiso del TIVE con sus usuarios actuales y potenciales.

❖ Criterio 6 – Resultados en los usuarios.

16. Encuesta de satisfacción de usuarios.

Cuando las distintas actividades que constituyen el Programa se hayan completado se medirá la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados:

Esta encuesta segmentará el colectivo de usuarios según el tipo de servicio que haya utilizado para medir los aspectos más satisfactorios, los elementos de mejora, y las sugerencias para mejorar y aumentar la oferta de servicios.

17. Análisis de sugerencias, quejas y reclamaciones de los usuarios.

❖ Criterio 8 – Resultados en la sociedad.

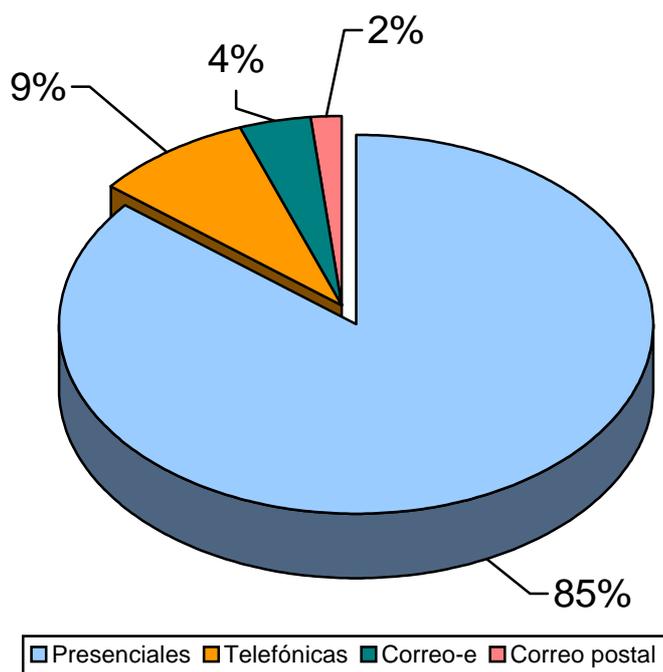
18. Elaboración de índices de incidencia de la actividad del TIVE en el conjunto de su colectivo (número de usuarios, peticiones de información solicitada, etc.).

1. De la Oficina de información Juvenil.

Durante el año 2002 se han respondido 8.729 consultas

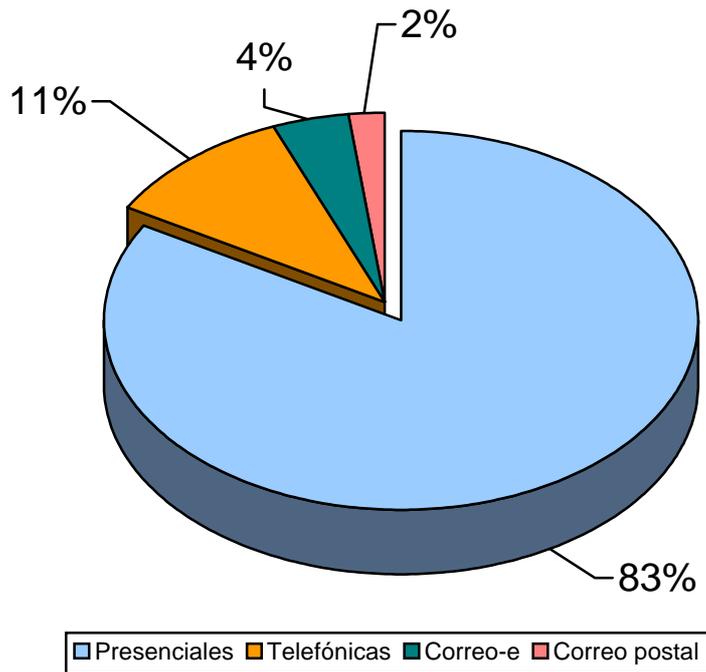
Estas han sido recibidas por los siguientes medios:

❖ Medios de consulta a la OIJ – Año 2002.



Igualmente durante el 2003 se han respondido 8.786 consultas.

❖ Medios de consulta a la OIJ – Año 2003.



Además durante el año 2003, el TIVE ha respondido a 27.211 consultas presenciales y 17.811 consultas telefónicas, sumando un total de 53.808 usuarios de los servicios de información del resto del TIVE

2. Programa Actívate y Talleres de verano.

- × Durante el 2002 se convocaron 1669 plazas.
- × De las cuales se cubrió el 86,82%
- × Y fueron subvencionadas por el carné joven el 66,39%

Las actividades se ajustaron y afinaron durante el 2003 acercándolas a los gustos y necesidades del público objetivo, optimizando de esta forma los recursos y resultados. Así:

- × Durante el 2003 se convocan 1.199 plazas.
- × De las cuales se han cubierto el 99,08%
- × Y fueron subvencionadas por el carné joven el 82,32%

3. Número de becas concedidas 63.
 Importe de las becas 5.801 €

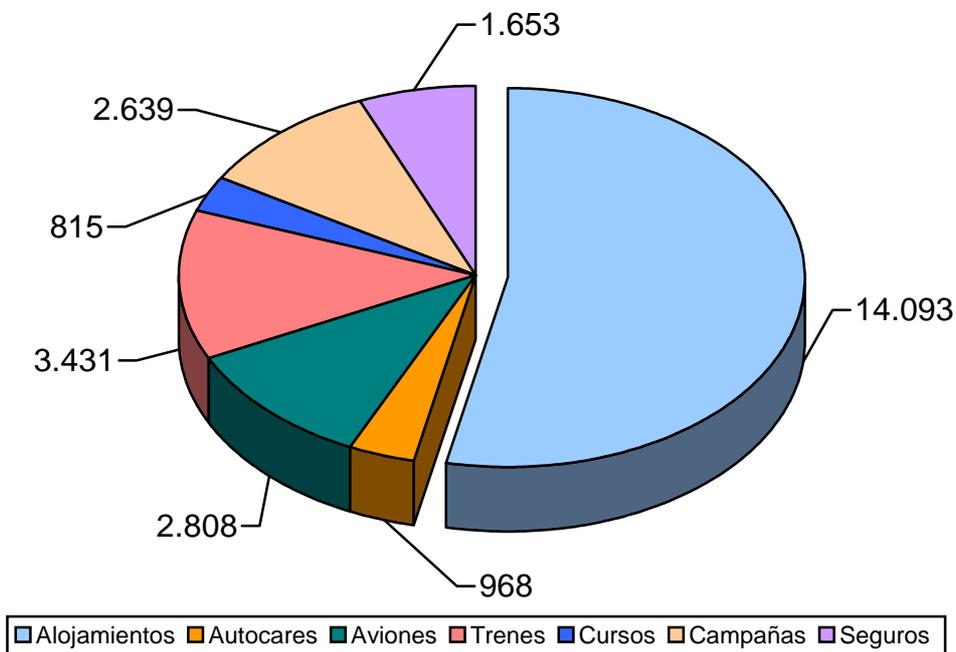
Estas becas han sido concedidas tras el estudio individualizado de las peticiones recibidas para asegurar su utilidad social. En el número

de becas no se incluyen las subvenciones a los usuarios del Carné Joven en el Programa Actívate.

4. Servicios turísticos.

Durante el 2003 se han gestionado un total de 29407 servicios turísticos entre alojamientos, cursos, campañas y medio de transportes.

❖ Servicios turísticos gestionados por tipos en 2003



Además se han gestionado un total de 48.659 de efectos entre los distintos carnés y guías:

× Carnés ISIC	15.816
× Carnés FIYTO	149
× Carnés TEACHER	850
× Carnés REAJ	21.345
× Carnés Joven	9.587
× Guías REAJ	912

5. Difusión de los servicios a través de las ferias, congresos y eventos.
6. Adecuación de los espacios para los nuevos servicios y los habituales del TIVE.
7. Software informático en las oficinas actualizado.

❖ Carta de Servicios.Principales servicios prestados

- ✘ Programa de Turismo activo para jóvenes en diversas estaciones del año
- ✘ Talleres de verano y actividades de fin de semana en los albergues juveniles de Madrid.
- ✘ Tramitación de viajes; estancias, transporte y Seguro de viaje
- ✘ Reservas en Albergues juveniles de más de 300 ciudades con el Programa Internacional de Reservas.
- ✘ Cursos de idiomas. Ofrece a los jóvenes la posibilidad de aprender y perfeccionar otra lengua en más de 50 escuelas de distintos países; ESCOCIA, INGLATERRA, GALES, MALTA, IRLANDA, CANADA, ESTADOS UNIDOS, FRANCIA, ALEMANIA, AUSTRIA, ITALIA.
- ✘ Oficina de INFORMACIÓN JUVENIL, miembro de la Red de Centros de Información Juvenil de la Comunidad de Madrid, donde se ofrece información sobre: TRABAJO OPOSICIONES CURSOS, BECAS

PREMIOS TIEMPO LIBRE PROGRAMAS CON EUROPA CULTURA

SALUD OTROS

✘ Tramitación y gestión de carnés:

- i. Estudiante.
- ii. Joven Europeo.
- iii. Jóvenes.
- iv. Albergues Juveniles.
- v. Profesores.

Nuestro compromiso

- ✘ Desarrollar el placer de viajar y del turismo entre los jóvenes.
- ✘ Facilitar el acceso a los productos y servicios del TIVE a los jóvenes con menos recursos
- ✘ Difundir y promover el uso lúdico y responsable del tiempo libre entre los jóvenes.
- ✘ Velar por el adecuado cumplimiento de los servicios contratados.
- ✘ Atender a la demanda de los usuarios para desarrollar nuevas actividades y servicios.
- ✘ Informar y dar respuesta eficaz a las necesidades de información de los jóvenes.

- ✘ Promover el aprendizaje de materias alternativas a las de la formación reglada.
- ✘ Desarrollar las actividades deportivas y medioambientales entre los jóvenes.

Indicadores de calidad

- ✘ Niveles de ocupación de plazas en los Albergues Juveniles de la Comunidad de Madrid mediante actividades programadas y realizadas por el TIVE.
- ✘ Datos relativos al número de jóvenes atendidos por los servicios de información.
- ✘ Datos relativos a la encuesta de satisfacción de usuarios.
- ✘ Datos relativos a las sugerencias y reclamaciones.
- ✘ Número de actividades programadas y realizadas según tipos.
- ✘ Número de publicaciones editadas y distribuidas de carácter informativo y/o divulgativo.

- ✘ Número de carnés gestionados por tipo.

- ✘ Ferias, jornadas y eventos en los que participa.

- ✘ Becas concedidas y cuantía de las mismas.

- ✘ Número de servicios turísticos gestionados.

***METRO DE
MADRID S.A.***

***PROYECTO:
"Plan de Mejora"***



Plan de Calidad Corporativo

Metro de Madrid, S.A.

-de usuario a cliente-

V Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público
en la Administración de la Comunidad de Madrid



INDICE

ANTECEDENTES	3
CRITERIO 1: LIDERAZGO	3
1.a.) Guías de actuación en el desarrollo de la misión, visión y valores	3
1.b.) Implicación interna para el desarrollo, implantación y mejora del sistema de gestión.....	4
1.c.) Implicación externa con ciudadanos, partners, y representantes de la sociedad ..	5
1.d.) Motivación, apoyo y reconocimiento de las personas por parte de la organización	7
CRITERIO 2: ESTRATEGIA	9
2.a. y 2.b) Estrategia basada en información relevante y global	9
2.c.) Desarrollo, revisión y actualización de la estrategia	10
2.d.) Comunicación y despliegue de la estrategia	12
CRITERIO 3: PERSONAS	14
3.a.) Planificación, gestión y mejora de los Recursos Humanos	14
3.b.) Identificación, desarrollo y mantenimiento de las capacidades y competencias del personal de la organización	15
3.c.) Participación e involucración activa de las personas de la organización	18
3.d.) Comunicación y dialogo entre las personas y la organización.....	19
3.e.) Recompensa , reconocimiento y atención a las personas de la organización....	21
CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS	23
4.a.) Gestión de las alianzas externas	23
4.b.) Gestión de los recursos económicos y financieros.....	25
4.c.) Gestión de los activos	26
4.d.) Gestión de la tecnología	29
4.e.) Gestión de la información y conocimiento.....	30
CRITERIO 5: PROCESOS	32
5.a.) Diseño y gestión de los procesos.....	32
5.b.) Mejora e innovación de procesos	34
5.c.) Diseño, desarrollo y mejora de los servicios en función de las necesidades y expectativas de los ciudadanos	35
5.d.) Prestación del servicio a los ciudadanos	38
5.e.) Gestión y mejora de las relaciones con el ciudadano	39
CRITERIO 6: RESULTADOS EN CLIENTES.....	47
6.a. y 6.b) Medidas de percepción e Indicadores de rendimiento	47
CRITERIO 7: RESULTADOS EN PERSONAS.....	50
7.a. y 7.b) Medidas de percepción e Indicadores de rendimiento	50
CRITERIO 8 : RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	53
8.a. y 8.b) Medidas de percepción e Indicadores de rendimiento	53
CRITERIO 9 : RESULTADOS CLAVE EN LA ORGANIZACIÓN	56
9.a. y 9.b) Resultados e Indicadores	56

ANTECEDENTES

Metro de Madrid comenzó en 1.919 a prestar su servicio de transporte público de viajeros, con la inauguración de la línea 1 entre Sol y Cuatro Caminos. Aunque muchas cosas han cambiado, hay una que ha permanecido invariable desde entonces: su vocación de procurar a los madrileños el mejor transporte público posible.

Metro de Madrid es hoy la tercera red europea de metro en extensión y la cuarta del mundo, disponiendo de una gran cantidad de parámetros de primer nivel, como son entre otros, la modernidad de su material móvil, o el elevado número de estaciones de su red, que consiguen que un elevado porcentaje de madrileños dispongan de una estación a menos de 600 metros de sus domicilios o destinos habituales.

Hace tres años, la Dirección de Metro de Madrid, S.A. consciente de la necesidad de ofrecer a los ciudadanos el mejor servicio de transporte posible, y la creciente exigencia de estos en relación a la calidad de los servicios públicos en general, se planteó la definición e implantación de un Plan de Calidad Corporativo, que permitiera optimizar sus recursos y orientar sus procesos con el fin de satisfacer las exigencias de sus clientes.

CRITERIO 1: LIDERAZGO

1.a.) Guías de actuación en el desarrollo de la misión, visión y valores

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño y difusión de la misión de Metro de Madrid, S.A.
- Diseño e implantación del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) desde cuatro perspectivas (Clientes, Procesos, Personas, Financiero)
- Diseño, revisión y difusión de la Política de Calidad Corporativa
- Diseño e implantación del Plan de Calidad Corporativo
- Diseño e implantación Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S)
- Diseño e implantación del Plan de Formación Corporativo

- Diseño e implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P)
- Diseño e implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S)

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Difusión de la misión de Metro de Madrid, S.A. **100% de los empleados**
- Implantación del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) para el colectivo de Directivos y Técnicos. **438 de empleados**
- Difusión de la Política de Calidad Corporativa. **100% de los empleados**
- Difusión del Plan de Calidad Corporativo para el colectivo de Directivos y Técnicos y Personal asignado a línea 8. **648 empleados**
- Implantación Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S) para el colectivo de Directivos y Técnicos. **495 empleados**
- Implantación del Plan de Formación Corporativo. **100% de los empleados**(
- Implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P) para mandos intermedios y técnicos no titulados. **495 empleados**
- Implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S) para personal operario. **933 empleados**

1.b.) Implicación interna para el desarrollo, implantación y mejora del sistema de gestión

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Aprobación y revisión en Consejo de Dirección de las iniciativas de mejora definidas en el apartado 1a)
- Aprobación en Consejo de Dirección de la dotación presupuestaria necesaria para implantar las iniciativas de mejora definidas en el apartado 1a)
- Diseño de la Cartografía de Procesos Clave de la prestación del servicio

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) para el colectivo de Directivos y Técnicos. **Revisión semestral, Aprobación anual**
- Difusión de la Política de Calidad Corporativa. **Revisión y aprobación anual**
- Difusión del Plan de Calidad Corporativo para el colectivo de Directivos y Técnicos y Personal asignado a línea 8. **Revisión cada cuatro años**
- Implantación Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S) para el colectivo de Directivos y Técnicos. **Revisión y aprobación anual**
- Implantación del Plan de Formación Corporativo. **Revisión y aprobación anual**
- Implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P) para mandos intermedios y técnicos no titulados. **Revisión trimestral, Aprobación anual**
- Implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S) para personal operario. **Revisión y aprobación cada cuatro años**
- Cartografía de Procesos Clave. **26 procesos clave, 64 actividades clave**
- Plan presupuestario. **Revisión y aprobación anual**

1.c.) Implicación externa con ciudadanos, partners, y representantes de la sociedad
 Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño y realización de encuestas de expectativas del servicio prestado a sus clientes
- Diseño y realización de encuestas de percepción del servicio prestado a sus clientes
- Diseño y realización de grupos de opinión con ciudadanos de la Comunidad de Madrid
- Representación de la asociación de consumidores en el Consejo de Administración de Metro de Madrid, S.A.
- Participación activa en organizaciones encargadas de difundir la excelencia en la gestión
- Participación y promoción de grupos de benchmarking nacionales e internacionales con empresas de transporte público y proveedores líderes.
- Convenios de colaboración, patrocinio y mecenazgo con organizaciones no gubernamentales y gubernamentales de carácter social

- Jornadas de Puertas Abiertas
- Establecimiento de compromisos de calidad de servicio con los clientes de Metro de Madrid
- Diseño y difusión de la Carta de Servicios de Metro de Madrid
- Establecimiento de compromisos de reducción del impacto medioambiental

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Encuestas de expectativas del servicio prestado a los clientes. **Revisión cada dos años**
- Encuestas de percepción del servicio prestado a sus clientes. **Revisión cada seis meses**
- Grupos de opinión con ciudadanos de la Comunidad de Madrid. **Realización de seis grupos de opinión sobre aspectos de interés de los ciudadanos**
- Representación de la asociación de consumidores en el Consejo de Administración de Metro de Madrid, S.A. **Un representante con voto**



- Participación activa en organizaciones encargadas de difundir la excelencia en la gestión. **Club Gestión de Calidad, Asociación Española de la Calidad, Madrid Excelente, Plan Director de Calidad de la Comunidad de Madrid,...**
- Participación y promoción de grupos de benchmarking nacionales e internacionales con empresas de transporte público y proveedores líderes. **CoMET (Community of Metros), ALAMYS (Asociación Latino Americana de Metros y Subterráneos), CYQUAL (Círculo de la calidad), CEN (Comité Europeo de Normalización), UITP (Unión Internacional del Transporte Público), PROTRANS (Proveedores de Transporte), ...**
- Convenios de colaboración, patrocinio y mecenazgo con organizaciones no gubernamentales y gubernamentales de carácter social. **Médicos sin Fronteras, Fundación Española del Corazón, Aldeas Infantiles, Asociación Española contra el Cáncer, Fundación Antidroga, Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid,...**
- Jornadas de Puertas Abiertas . **2 al año**

- Establecimiento de compromisos de calidad de servicio con los clientes de Metro de Madrid. **50 compromisos de calidad de servicio basados en la exigente norma europea EN 13816**
- Carta de Servicios de Metro de Madrid. **Primera carta de servicios con compromisos cuantificados en todos los criterios de la norma EN 13816**
- Establecimiento de compromisos de reducción del impacto medioambiental. **Compromisos de minimización de consumo energético eléctrico, de agua, de combustible, de residuos peligrosos. Investigación de nuevas tecnologías para su cumplimiento**

1.d.) Motivación, apoyo y reconocimiento de las personas por parte de la organización

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas
- Política de Calidad Corporativa con mención expresa al apoyo y reconocimiento de las personas
- Plan de comunicación del Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S)
- Plan de Formación Corporativo en sus tres líneas de actuación: *Formación Continua, Formación orientada a resultados y Formación para la actualización*
- Diseño e implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P)
- Diseño e implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S)
- Diseño de Planes de carrera
- Encuesta de calidad de Comunicación Interna
- Implantación del Proyecto de Desarrollo de Habilidades de Comunicación
- Plan de motivación en la Unidad Operativa. **Grupos de participación, Tablón de anuncios, reconocimiento. 1750 empleados**

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas para el colectivo de Directivos y Técnicos. **438 empleados. Evaluación y**

Comunicación trimestral de resultados. Sistema de retribución basado en DPO

- Política de Calidad Corporativa con mención expresa al apoyo y reconocimiento de las personas.”**Difundir y comunicar a todos los niveles de la organización la cultura de la Calidad y del servicio al cliente, fomentando la participación y formación del personal”**
- Implantación Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S) para el colectivo de Directivos y Técnicos. **Evaluación y Comunicación semestral de resultados. Sistema de retribución basado en EDS**
- Plan de Formación Corporativo. **Recopilación, análisis y valoración de las necesidades formativas, Seguimiento continuo, Revisión anual. Representación de los trabajadores. Formación en herramientas alineadas con la perspectiva personas**
- Implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P) para mandos intermedios y técnicos no titulados. **Evaluación trimestral y Comunicación semestral de resultados. Sistema de retribución basado en FCP**
- Planes de carrera. A través de la evaluación de puestos de trabajo y la gestión de sus competencias.. **Evaluación continua y revisión anual**
- Encuesta de calidad de Comunicación Interna para el colectivo de Directivos y Técnicos. **Evaluación y revisión anual**
- Implantación del Proyecto de Desarrollo de Habilidades de Comunicación para el colectivo de Directivos y Técnicos. **163 empleados. 2.608 horas de formación**
- Plan de motivación en la Unidad Operativa. **Grupos de participación. 1750 empleados. Tablón de anuncios. Actualización semanal**

CRITERIO 2: ESTRATEGIA

2.a. y 2.b) Estrategia basada en información relevante y global

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño e implantación del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) desde cuatro perspectivas (Clientes, Procesos, Personas, Financiero) para la definición de los objetivos estratégicos
- Diseño de informes e indicadores de la perspectiva Clientes/Mercado
- Diseño de informes e indicadores de la perspectiva Procesos
- Diseño de informes e indicadores de la perspectiva Personas
- Diseño de informes e indicadores de la perspectiva Financiera
- Diseño de informes e indicadores de negocio (Key Performance Indicators) para el análisis estratégico en relación con otros metropolitanos del mundo
- Informes sobre mejores prácticas de los grupos de excelencia empresarial y benchmarking internacional

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:



- Definición anual de los **objetivos estratégicos** en base al Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) desde cuatro perspectivas (Clientes, Procesos, Personas, Financiero). **Seguimiento periódico en Consejo de Dirección**
- Conocimiento de las necesidades, expectativas y percepción de los clientes.
Informe de Calidad Percibida e Indicador de Calidad Percibida (I.C.P)
Informe de Calidad Esperada e Indicador de Calidad Esperada (I.C.E)
Informe de Calidad Exigida e Indicador de Calidad Exigida (I.C.Ex)
Informe de priorización del servicio desde la perspectiva de los clientes
- Conocimiento del mercado e imagen corporativa
Informe de selectividad positiva y negativa. Indicadores de fidelización y captación (I.F.C.) y (I.C.C.)
Informe de evolución de la demanda. Indicador de cuota de mercado

Informe de imagen corporativa. Indicador de Imagen Corporativa (I.I)

- Conocimiento de la Calidad Producida en los procesos de prestación de servicio

Informe de Calidad de Servicio. 50 indicadores clave de los procesos de prestación de servicio

Informe Trimestral de Calidad Objetivo. Establecimiento de 50 estándares de calidad de servicio

Informe trimestral sobre el rendimiento del sistema de productividad

- Conocimiento de las necesidades, expectativas y percepción de los empleados

Informe de Evaluación del desempeño. Indicador de evaluación del desempeño.

Informe de necesidades de formación. Plan de Formación. Indicadores clave de la eficacia de la formación. Participación de los representantes de los trabajadores.

Informe anual de valoración de puestos de trabajo y gestión de sus competencias. Planes de carrera

Informe anual de la calidad de la comunicación interna. Indicador de Comunicación Interna (I.C.I)

Plan de prevención de riesgos laborales. Indicadores de prevención

- Conocimiento de la situación Financiera

Plan anual y plurianual de inversiones. Indicadores económicos

- Conocimiento de la gestión de los mejores metropolitanos del mundo.

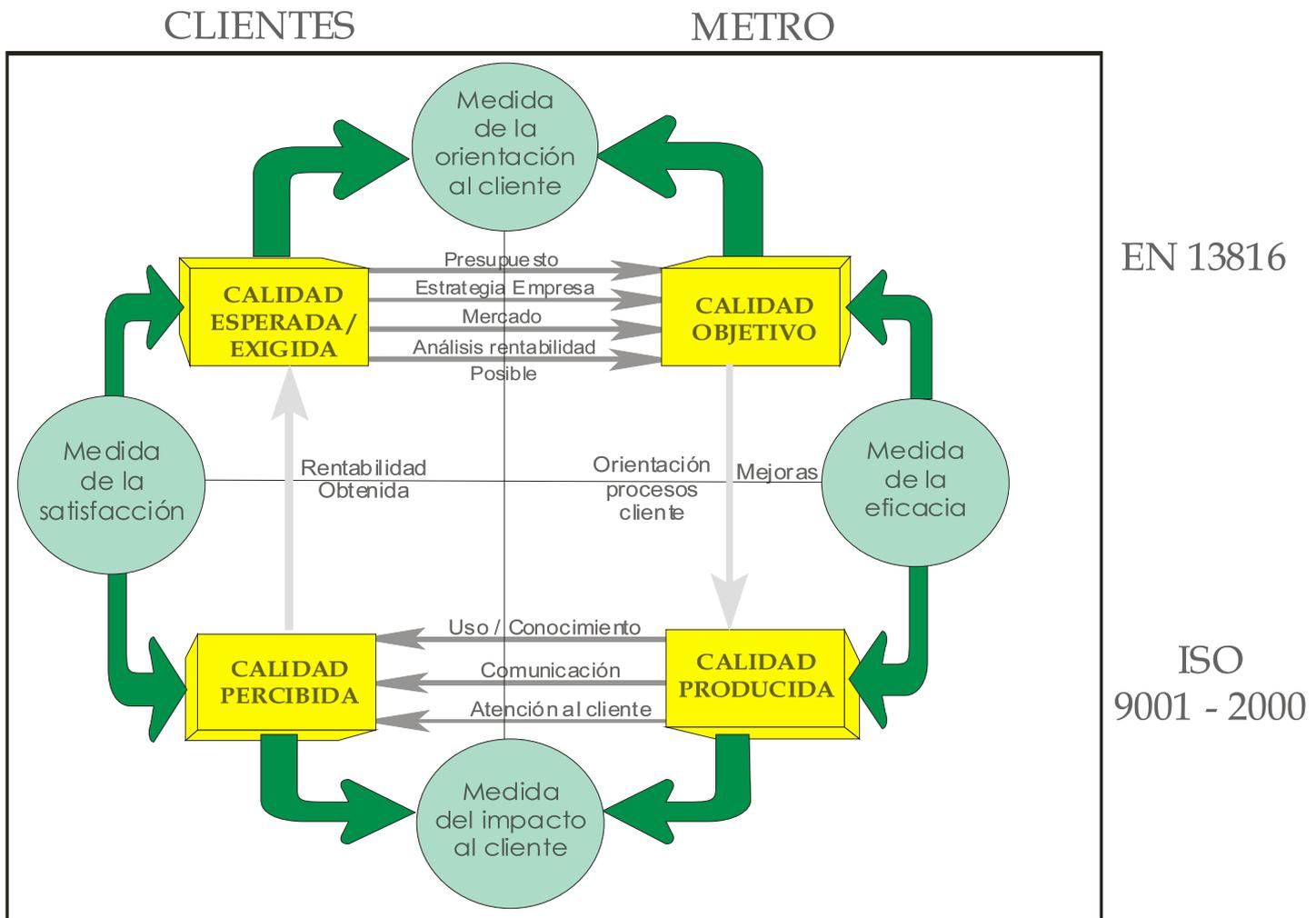
Indicadores estratégicos de negocio (Key Performance Indicators). 47 indicadores clave de negocio

- Conocimiento de las mejores prácticas de los grupos de excelencia empresarial y benchmarking internacional. **Informes ejecutivos**

2.c.) Desarrollo, revisión y actualización de la estrategia

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño e implantación bucle de calidad
- Diseño e implantación del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) desde cuatro perspectivas (Clientes, Procesos, Personas, Financiero) para la definición de los objetivos estratégicos



Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Aplicación anual del bucle de calidad
- Definición anual de los **objetivos estratégicos** en base al Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) desde cuatro perspectivas (Clientes, Procesos, Personas, Financiero). **Informe anual de Dirección por Objetivos (D.P.O). Análisis DAFO. Factores críticos de éxito. Planes de acción estratégicos. Seguimiento periódico en Consejo de Dirección**

2.d.) Comunicación y despliegue de la estrategia

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Establecimiento de talleres por Direcciones, Unidades y Gerencias para la determinación de los objetivos departamentales a partir de los objetivos estratégicos, basándose en la perspectiva Procesos.
- Alineación, homogenización y contraste de los objetivos departamentales
- Plan de comunicación y seguimiento del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.). Incorporado en la perspectiva Personas.
- Medición del grado de sensibilización y eficacia del proceso de comunicación por parte de los empleados
- Revisión de la Política de Calidad

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Involucrar a los Directivos en el despliegue de los objetivos estratégicos. **63 talleres. 146 objetivos departamentales. 100% de departamentos con objetivos**
- **Orientación de los objetivos departamentales a los objetivos estratégicos**
- Comunicación de estrategia, planes, objetivos y metas .en toda la organización:
Informe de Comunicación de objetivos por Unidades de Negocio y Colectivos:
 - Descripción de los objetivos estratégicos, planes de acción, indicadores y metas**
 - Descripción de los objetivos departamentales, planes de acción, indicadores y metas, objetivos compartidos con otros departamentos, 933 de empleados con objetivos**
- Entrevistas individuales o en grupo para la comunicación de los objetivos departamentales**
- Seguimiento de estrategia, planes, objetivos y metas .en toda la organización:
Informes periódicos de cumplimentación de objetivos departamentales
Informe semestral cumplimentación de objetivos estratégicos

Indicadores de la eficacia del proceso de comunicación y seguimiento del Sistema de Dirección por Objetivos

Entrevistas individuales o en grupo para el seguimiento de los objetivos departamentales

Auditorias Internas para garantizar la objetividad y consistencia de todo el proceso.

- Grado de sensibilización y eficacia del proceso de comunicación por parte de los empleados. **Informe anual de la calidad de la comunicación interna. Indicador de Comunicación Interna (I.C.I)**
- Difusión de la Política de Calidad. **Carta del Director Gerente**

CRITERIO 3: PERSONAS

3.a.) Planificación, gestión y mejora de los Recursos Humanos

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas
- Política de Calidad Corporativa con mención expresa al apoyo y reconocimiento de las personas
- Plan de comunicación del Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S)
- Plan de Formación Corporativo en sus tres líneas de actuación: *Formación Continua, Formación orientada a resultados y Formación para la actualización*
- Diseño e implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P)
- Diseño e implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S)
- Diseño de Planes de carrera
- Encuesta de calidad de Comunicación Interna
- Implantación del Proyecto de Desarrollo de Habilidades de Comunicación
- Planes de contratación y selección de personal
- Proyectos de mejora en la Gestión
- Diseño e implantación del sistema informático de gestión de recursos humanos
- Contratación indefinida de personas con discapacidad permanente o minusvalías.

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas para el colectivo de Directivos y Técnicos. **438 empleados, Evaluación y Comunicación trimestral de resultados**
- Política de Calidad Corporativa con mención expresa al apoyo y reconocimiento de las personas. **”Difundir y comunicar a todos los niveles de la organización la cultura de la Calidad y del servicio al cliente, fomentando la participación y formación del personal”**
- Implantación Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S) para el colectivo de Directivos y Técnicos. **438 empleados, Evaluación y Comunicación semestral**

de resultados. Evalúa factores como “actitud, liderazgo, trabajo en equipo, orientación al cliente, organización y gestión de recursos, gestión y desarrollo de personas, ...”

- Plan de Formación Corporativo. **Recopilación, análisis y valoración de las necesidades formativas, Seguimiento continuo: Informes periódicos de seguimiento por departamentos. Revisión anual. Representación de los trabajadores. Formación en herramientas alineadas con la perspectiva personas. 9.688 alumnos, 182.790 horas de formación. Incremento en 2003 del 12% del número de horas/alumno y del 9% del número de horas/plantilla media. Indicadores del grado de cumplimiento del Plan de Formación. Costes del Plan de Formación**
- Implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P) para mandos intermedios y técnicos no titulados. **Evaluación trimestral y Comunicación semestral de resultados. 495 empleados**
- Planes de carrera. A través de la evaluación de puestos de trabajo y la gestión de sus competencias.. **Evaluación continua y revisión anual**
- Encuesta de calidad de Comunicación Interna para el colectivo de Directivos y Técnicos. **Evaluación y revisión anual. 495 empleados.**
- Implantación del Proyecto de Desarrollo de Habilidades de Comunicación para el colectivo de Directivos y Técnicos. **163 empleados. 2.608 horas de formación**
- Planes de contratación y selección de personal. **Planes de promoción interna. Convenios con Fundaciones Universitarias, Plan F.I.P con el Servicio Regional de Empleo de la Comunidad de Madrid. 450 trabajadores nuevos en los tres últimos años**
- Proyectos de mejora en la Gestión. **Liderado por la Gerencia de Organización. Afecta a 933 empleados**
- Diseño e implantación del sistema informático de gestión de recursos humanos. **Implantación del modulo de SAP de recursos humanos**
- Contratación indefinida de personas con discapacidad permanente o minusvalías. **125 personas**

3.b.) Identificación, desarrollo y mantenimiento de las capacidades y competencias del personal de la organización

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas
- Plan de comunicación del Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S)
- Plan de Formación Corporativo en sus tres líneas de actuación: *Formación Continua, Formación orientada a resultados y Formación para la actualización*
- Diseño e implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P)
- Diseño e implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S)
- Diseño de Planes de carrera
- Alineación, homogenización y contraste de los objetivos departamentales
- Plan de comunicación y seguimiento del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.). Incorporado en la perspectiva Personas.
- Implantación del Centro de Formación
- Diseño e implantación del Proyecto e-learning

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas para el colectivo de Directivos y Técnicos. **438 empleados, Evaluación y Comunicación trimestral de resultados**
- Implantación Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S) para el colectivo de Directivos y Técnicos. **438 empleados, Evaluación y Comunicación semestral de resultados. Evalúa factores como “actitud, liderazgo, trabajo en equipo, orientación al cliente, organización y gestión de recursos, gestión y desarrollo de personas, ...”. 498 entrevistas individuales para el establecimiento de planes de desarrollo anuales**
- Plan de Formación Corporativo. **Recopilación, análisis y valoración de las necesidades formativas, Seguimiento continuo y revisión anual. Representación de los trabajadores. Formación en herramientas alineadas con la perspectiva personas. 9.688 alumnos, 182.790 horas de formación**
Líneas de Formación:

Formación continua: formación propuesta por la Gerencia de Formación con el objetivo de proveer los conocimientos, habilidades y capacidades básicas para desempeñar adecuadamente las responsabilidades del puesto

Formación orientada a resultados: formación vinculada a objetivos, indicadores, metas específicas. Implica a Directivos y Mandos en su definición y seguimiento

Formación para la actualización: Formación orientada a la actualización de conocimientos y saber-hacer operativos. Implica a Directivos y Mandos directamente en la formación de sus equipos y en el seguimiento de su aplicación en los puestos de trabajo

- Implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P) para mandos intermedios y técnicos no titulados. **Evaluación trimestral y Comunicación semestral de resultados. 495 empleados**
- Planes de carrera. A través de la evaluación de puestos de trabajo y la gestión de sus competencias.. **Evaluación continua y revisión anual**
- **Orientación de los objetivos departamentales a los objetivos estratégicos**
- Comunicación de estrategia, planes, objetivos y metas .en toda la organización:
Informe de Comunicación de objetivos por Unidades de Negocio y Colectivos:

Descripción de los objetivos estratégicos, planes de acción, indicadores y metas

Descripción de los objetivos departamentales, planes de acción, indicadores y metas, objetivos compartidos con otros departamentos. **933 de empleados con objetivos**

Entrevistas individuales o en grupo para la comunicación de los objetivos departamentales

- **1 Centro de Formación**
- **Proyecto e-learning. Formación mediante computador con tutorías y seguimiento. 800 empleados**

3.c.) Participación e involucración activa de las personas de la organización

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas
- Plan de comunicación del Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S)
- Plan de Formación Corporativo en sus tres líneas de actuación: *Formación Continua, Formación orientada a resultados y Formación para la actualización*
- Diseño e implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P)
- Diseño e implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S)
- Diseño e implantación de Convenios Colectivos
- Plan de comunicación y seguimiento del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.). Incorporado en la perspectiva Personas.
- Plan de motivación en la Unidad Operativa

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas para el colectivo de Directivos y Técnicos. **438 empleados, Evaluación y Comunicación trimestral de resultados**
- Implantación Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S) para el colectivo de Directivos y Técnicos. **438 empleados, Evaluación y Comunicación semestral de resultados. Evalúa factores como “actitud, liderazgo, trabajo en equipo, orientación al cliente, organización y gestión de recursos, gestión y desarrollo de personas, ...”.** 498 entrevistas individuales para el establecimiento de planes de desarrollo anuales
- Plan de Formación Corporativo. **Recopilación, análisis y valoración de las necesidades formativas, Seguimiento continuo y revisión anual. Representación de los trabajadores. Formación en herramientas alineadas con la perspectiva personas. 9.688 alumnos, 182.790 horas de formación**

- Implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P) para mandos intermedios y técnicos no titulados. **Evaluación trimestral y Comunicación semestral de resultados. 495 empleados**
- Implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S) para personal operario. **933 empleados. Reuniones de grupos de trabajo periódicos.**
- Diseño e implantación de Convenios Colectivos. **100% empleados. Reuniones de grupos de trabajo periódicos**
- Comunicación de estrategia, planes, objetivos y metas .en toda la organización: **Informe de Comunicación de objetivos por Unidades de Negocio y Colectivos Entrevistas individuales o en grupo para la comunicación de los objetivos departamentales**
- Plan de motivación en la Unidad Operativa. **Grupos de participación. 1750 empleados. Tablón de anuncios. Actualización semanal**

3.d.) Comunicación y dialogo entre las personas y la organización

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Establecimiento de talleres por Direcciones, Unidades y Gerencias para la determinación de los objetivos departamentales a partir de los objetivos estratégicos, basándose en la perspectiva Procesos.
- Plan de comunicación y seguimiento del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.). Incorporado en la perspectiva Personas.
- Medición del grado de sensibilización y eficacia del proceso de comunicación por parte de los empleados
- Diseño e implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S)
- Diseño e implantación de Convenios Colectivos
- Diseño e implantación Intranet
- Plan de motivación en la Unidad Operativa
- Creación del buzón de sugerencias

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Involucrar a los Directivos en el despliegue de los objetivos estratégicos. **63 talleres. 146 objetivos departamentales. 100% de departamentos con objetivos**
- Comunicación de estrategia, planes, objetivos y metas .en toda la organización:
Informe de Comunicación de objetivos por Unidades de Negocio y Colectivos:
 - Descripción de los objetivos estratégicos, planes de acción, indicadores y metas
 - Descripción de los objetivos departamentales, planes de acción, indicadores y metas, objetivos compartidos con otros departamentos, 933 de empleados con objetivos**Entrevistas individuales o en grupo para la comunicación de los objetivos departamentales**
- Seguimiento de estrategia, planes, objetivos y metas .de comunicación en toda la organización:
Indicadores de la eficacia del proceso de comunicación y seguimiento del Sistema de Dirección por Objetivos
Entrevistas individuales o en grupo para el seguimiento de los objetivos departamentales
- Grado de sensibilización y eficacia del proceso de comunicación por parte de los empleados. **Informe anual de la calidad de la comunicación interna. Indicador de Comunicación Interna (I.C.I). 933 encuestas**
- Implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S) para personal operario. **933 empleados. Reuniones de grupos de trabajo periódicos**
- Diseño e implantación de Convenios Colectivos. **100% empleados. Reuniones de grupos de trabajo periódicos**
- Implantación Intranet. **Comunicación vertical entre organización y empleados. 2000 empleados con intranet**
- **Creación del buzón de sugerencias**
- Plan de motivación en la Unidad Operativa. **Grupos de participación.. Tablón de anuncios. Actualización semanal. 1750 empleados.**

3.e.) Recompensa , reconocimiento y atención a las personas de la organización

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas
- Política de Calidad Corporativa con mención expresa al apoyo y reconocimiento de las personas
- Plan de comunicación del Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S)
- Diseño e implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P)
- Diseño e implantación de Convenios de Productividad Sectorial (C.P.S)
- Diseño de Planes de carrera
- Planes de Beneficios Sociales
- Plan de motivación en la Unidad Operativa
- Colaboración con servicios de asistencia social.
- Normativa interna para con discapacidad permanente o minusvalías.
- Plan de prevención de riesgos laborales y Planes de emergencia
- Campañas de concienciación sobre el medio ambiente
- Creación del Área de Medicina Laboral. Clínica propia

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas para el colectivo de Directivos y Técnicos. **438 empleados. Evaluación y comunicación trimestral de resultados. Sistema de retribución basado en DPO**
- Política de Calidad Corporativa con mención expresa al apoyo y reconocimiento de las personas.”**Difundir y comunicar a todos los niveles de la organización al cultura de la Calidad y del servicio al cliente, fomentando la participación y formación del personal”**
- Implantación Sistema de Evaluación del Desempeño (E.D.S) para el colectivo de Directivos y Técnicos. **Evaluación y Comunicación semestral de resultados. Sistema de retribución basado en EDS. Promociones internas.**

- Implantación del Sistema de Productividad basado en el rendimiento (F.C.P) para mandos intermedios y técnicos no titulados. **Evaluación trimestral y Comunicación semestral de resultados. Sistema de retribución basado en FCP.**
- Planes de carrera. A través de la evaluación de puestos de trabajo y la gestión de sus competencias.. **Evaluación continua, Revisión anual. Promociones internas**
- Planes de Beneficios Sociales. **Incorporados en los Convenios Colectivos: pólizas de seguro para la cobertura de riesgos de trabajo, pases gratuitos de libre circulación, mejoras sobre la legislación en situaciones de maternidad/paternidad**
- Plan de motivación en la Unidad Operativa. **Reconocimiento de empleados.. Grupos de participación.1750 empleados**
- Colaboración con servicios de asistencia social. **Colabora con entidades como (U.D.A. o C.A.D.) en el tratamiento de sus trabajadores sujetos a procesos de adicción a sustancias toxicológicas**
- Normativa interna para con discapacidad permanente o minusvalías. **Establece “la obligación de reclasificar y reubicar a trabajadores con disminución de facultades en puestos de trabajo compatibles con sus limitaciones, sin merma de los conceptos retributivos que vinieran devengando hasta la fecha de objetivación de su limitación”**
- Plan de prevención de riesgos laborales y Planes de emergencia. **100 % de empleados y 100% de recintos. Comité de prevención de riesgos laborales. Comité de seguridad y Salud. Reuniones periódicas**
- Campañas de concienciación sobre el medio ambiente. **Patrocinio de campañas, conferencias, charlas sobre el medio ambiente**
- **Creación del Área de Medicina Laboral. Clínica propia. Revisión médica anual al 100% de empleados. Asistencia médica continua. Campañas de vacunación anual. Edición de folletos informativos**

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

4.a.) Gestión de las alianzas externas

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Representación de la asociación de consumidores en el Consejo de Administración de Metro de Madrid, S.A.
- Participación activa en organizaciones encargadas de difundir la excelencia en la gestión
- Participación y promoción de grupos de benchmarking nacionales e internacionales con empresas de transporte público y proveedores líderes.
- Convenios de colaboración, patrocinio y mecenazgo con organizaciones no gubernamentales y gubernamentales de carácter social
- Establecimiento de compromisos de calidad de servicio con los clientes de Metro de Madrid
- Desarrollo conjunto de innovaciones tecnológicas con líderes europeo en diversos campos tecnológicos
- Estudio de alineación con la misión y política estratégica de la compañía.

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Representación de la asociación de consumidores en el Consejo de Administración de Metro de Madrid, S.A. **Un representante con voto. Se consigue dar valor añadido a la misión de Metro de Madrid, S.A.**

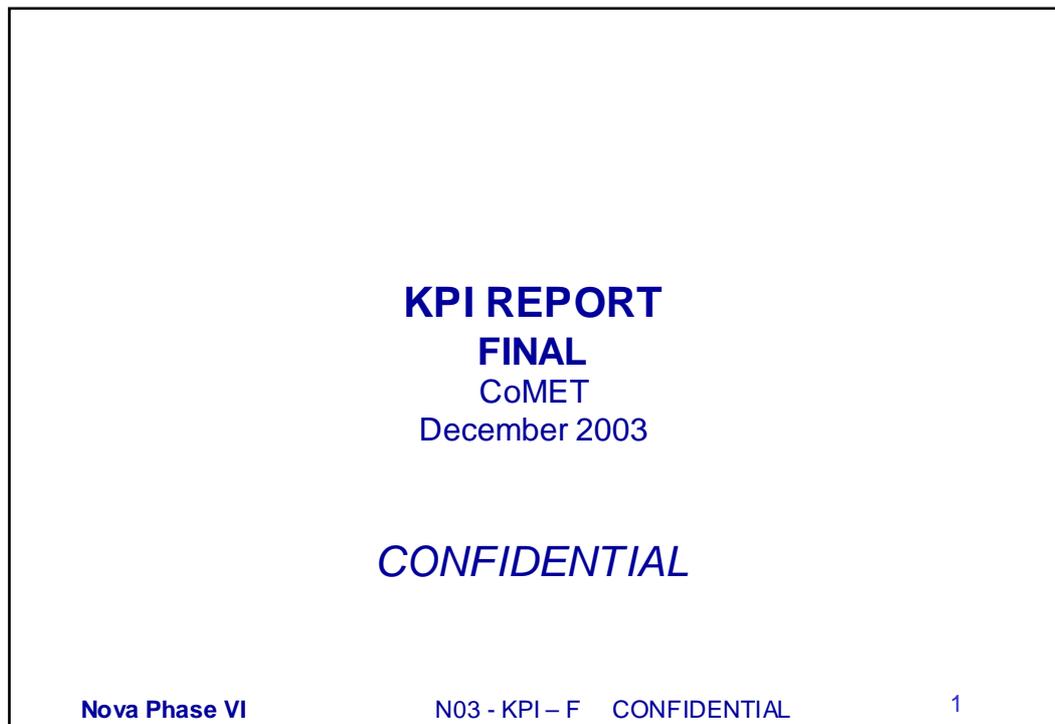


- Participación activa en organizaciones encargadas de difundir la excelencia en la gestión. **Club Gestión de Calidad, Asociación Española de la Calidad, Madrid Excelente, Plan Director de Calidad de la**

Comunidad de Madrid,...

Conocimiento de las mejores herramientas de gestión de las organizaciones líderes

- Participación y promoción de grupos de benchmarking nacionales e internacionales con empresas de transporte público y proveedores líderes. **CoMET (Community of Metros), ALAMYS (Asociación Latino Americana de Metros y Subterráneos), CIQUAL (Círculo de la calidad), CEN (Comité Europeo de Normalización), UITP (Unión Internacional del Transporte Público), PROTRANS (Proveedores de Transporte),....** A través del conocimiento de la gestión de los mejores metropolitanos del mundo y mejores prácticas de los grupos de excelencia empresarial. Se analizan en Consejo de Dirección los Informe ejecutivos e indicadores estratégicos de negocio (**Key Performance Indicators**). **Implantación de la Certificación del servicio según la norma EN-13816, Reducción de los procesos de gestión de con proveedores. Identificación de los mejores proveedores en el transporte**



- Convenios de colaboración, patrocinio y mecenazgo con organizaciones no gubernamentales y gubernamentales de carácter social. **Médicos sin Fronteras, Fundación Española del Corazón, Aldeas Infantiles, Asociación Española contra el Cáncer, Fundación Antidroga, Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid,...** Mejora de la imagen de marca de la compañía

- Establecimiento de compromisos de calidad de servicio con los clientes de Metro de Madrid.**50 compromisos de calidad de servicio basados en la exigente norma europea EN 13816. Mejora de la percepción del servicio**
- Desarrollo conjunto de innovaciones tecnológicas con líderes europeos en diversos campos tecnológicos. **Acuerdos en construcción, comunicaciones, instalaciones eléctricas, ahorro energético, seguridad, informática con empresas líderes como SIEMENS, INDRA, CAF, ... Mejora de la imagen de marca de la compañía**
- Estudio de alineación con la misión y política estratégica de la compañía. **Estrategia alineada con la misión y política de la compañía. “Fomentar la innovación y el desarrollo técnico , así como la imagen de marca de Metro de Madrid, S.A....”;** “Estimular la cooperación entre las diferentes Unidades de Metro de Madrid, así como la colaboración con entidades relacionadas con los servicios a los ciudadanos”

4.b.) Gestión de los recursos económicos y financieros

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño e implantación del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) desde la perspectiva Financiera para la definición de los objetivos estratégicos
- Diseño de informes e indicadores de la perspectiva Financiera
- Diseño de informes e indicadores de negocio (Key Performance Indicators) para el análisis estratégico en relación con otros metropolitanos del mundo
- Informes sobre mejores prácticas de los grupos de excelencia empresarial y benchmarking internacional
- Diseño e implantación del sistema informático de gestión financiera
- Estudio de alineación con la misión y política estratégica de la compañía.
- Diseño e implantación Estructura organizativa financiera

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Definición anual de los **objetivos estratégicos** en base al Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) desde la perspectiva Financiera. **Seguimiento periódico en Consejo de Dirección. Objetivo estratégico OES3 del año 2003 “Mejorar la eficiencia económica”.** **Planes de acción estratégicos:**
 Establecimiento de periodos medios de pago y cobros
 Gestión de tesorería “cero” o ningún saldo monetario ocioso
 Relación entre costes financieros y activos inmovilizados
 Grado de cumplimiento de las inversiones
 Plan anual y plurianual de inversiones
- Diseño de informes e indicadores de la perspectiva Financiera
100% de cumplimiento del Objetivo estratégico OES3 del año 2003 “Mejorar la eficiencia económica”. **Informes de seguimiento mensual por departamentos de gasto e inversión**
- Conocimiento de la gestión financiera de los mejores metropolitanos del mundo.
Indicadores estratégicos de negocio (Key Performance Indicators). Financial Indicators
- Conocimiento de las mejores prácticas financieras de los grupos de excelencia empresarial y benchmarking internacional. **Informes ejecutivos. Informe CoMET: “Fares, Funding and Financing of Metros”**
- Diseño e implantación del sistema informático de gestión financiera.
Implantación del modulo de SAP de finanzas
- Estudio de alineación con la misión y política estratégica de la compañía.
Estrategia alineada con la misión y política de la compañía. “...todo ello orientando a la compañía hacia una cultura de eficiencia económica y de generación de recursos que logre una cobertura óptima de los ingresos sobre gastos producidos por la actividad”.
- Diseño e implantación Estructura organizativa financiera. **La estructura financiera de la compañía se definió con el objeto de asegurar el cumplimiento de los compromisos de inversión limitando al mínimo los riesgos financieros**

4.c.) Gestión de los activos

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Creación de la Unidad de Explotación de activos
- Diseño e implantación del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) desde la perspectiva Procesos para la definición de los objetivos estratégicos
- Diseño e implantación de un sistema de gestión de stocks, almacenes y proveedores
- Gestión de los inmuebles y las personas
- Diseño e implantación del sistema de gestión de fichas de productos
- Gestión de los residuos
- Establecimiento de compromisos de reducción del impacto medioambiental.
- Diseño de informes e indicadores de negocio (Key Performance Indicators) para el análisis estratégico en relación con otros metropolitanos del mundo

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Creación de la Unidad de Explotación de activos. **Dicha unidad vela por la gestión de los activos de la compañía de acuerdo a la política y estrategia de la compañía. Plan de recuperación y gestión comercial de la antigua subestación de Pacífico. Plan de remodelación de estaciones**
- Definición anual de los **objetivos estratégicos** en base al Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) desde la perspectiva Procesos. **Seguimiento periódico en Consejo de Dirección. Objetivo estratégico OES3 del año 2003 “Mejorar la eficiencia económica”.** **Planes de acción estratégicos:**
 Establecimiento de indicadores que miden la disponibilidad y fiabilidad de las instalaciones y material rodante. Metas y Objetivos
 Establecimiento de indicadores que miden el grado de conservación de las instalaciones y material rodante. Metas y Objetivos
- Diseño e implantación de un sistema de gestión de stocks, almacenes y proveedores. **Control y gestión de los stocks de materiales y almacenes, priorización del stock por categorías estratégicas, análisis de la rotación y dotación de stocks, sistema de evaluación de proveedores (PROTRANS).** **Diseño e implantación del sistema informático de gestión logística.** **Implantación del modulo de SAP de logística.**

- Gestión de los inmuebles y las personas. **Plan de prevención de riesgos laborales y Planes de emergencia. 100 % de empleados y 100% de recintos. Comité de prevención de riesgos laborales. Comité de seguridad y Salud. Reuniones periódicas**
- Diseño e implantación del sistema de gestión de fichas de productos. **Se evalúa su impacto medioambiental con el objetivo de minimizarlo**
- Gestión de los residuos. **Se dispone de un Plan de minimización de residuos que se actualiza cada cuatro años. Revisión periódica del cumplimiento del mismo. Acopios temporales de residuos (papel, cartón, madera, metal y vidrio). El 100 % de los residuos peligrosos generados por Metro de Madrid son entregados a un gestor autorizado**
- Establecimiento de compromisos de reducción del impacto medioambiental. **Compromisos de minimización de consumo energético eléctrico, de agua, de combustible, de residuos peligrosos. “El consumo de agua en estaciones (descontado el de los locales comerciales) no supera los 0,7 l / viajero. · El consumo de agua en los depósitos de trenes no supera los 1,2 l / coche x km.” Al menos el 50% del total del agua empleada en la limpieza de trenes en túnel de lavado es reciclada. El consumo de energía eléctrica no superará los 4,5 kwh / coche x km. Al menos el 80% de la potencia instalada en las calderas de Metro funciona con gas natural”.100% de cumplimiento en el año 2003**
- **Investigación de nuevas tecnologías para su cumplimiento. Recicladoras de agua en depósitos , dispositivos de ahorro energético en escaleras mecánicas, acumuladores de energía que recogen la electricidad generada por los sistemas de los trenes en las frenadas, explotación de las subestaciones eléctricas en paralelo para mejorar su eficiencia, sistema integrado de regulación de tráfico y gestión energética aplicado en la nueva línea 12, construcción del material móvil con aleaciones ligeras**
- Conocimiento de la gestión de recursos de los mejores metropolitanos del mundo. **Indicadores estratégicos de negocio (Key Performance Indicators). Asset Utilisation Indicators. Optimizar el uso del transporte**

4.d.) Gestión de la tecnología

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Desarrollo conjunto de innovaciones tecnológicas con líderes europeo en diversos campos tecnológicos
- Gestión de los residuos
- Establecimiento de compromisos de reducción del impacto medioambiental.
- Aprovechamiento de la propiedad intelectual
- Gestión tecnológica de los inmuebles y las personas
- Construcción del Centro de Tecnologías de la Información

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Desarrollo conjunto de innovaciones tecnológicas con líderes europeos en diversos campos tecnológicos. **Acuerdos en construcción, comunicaciones, instalaciones eléctricas, ahorro energético, seguridad, informática con empresas líderes como SIEMENS, INDRA, CAF, ... Mejora de la imagen de marca de la compañía. Como ejemplo ilustrativo se ha implantado con éxito las tecnologías Wireless (Wi-Fi), Bluetooth, GPRS,...**
- Gestión de los residuos. **Se dispone de un Plan de minimización de residuos que se actualiza cada cuatro años. Revisión periódica del cumplimiento del mismo. Acopios temporales de residuos (papel, cartón, madera, metal y vidrio). El 100 % de los residuos peligrosos generados por Metro de Madrid son entregados a un gestor autorizado**
- Establecimiento de compromisos de reducción del impacto medioambiental. **Compromisos de minimización de consumo energético eléctrico, de agua, de combustible, de residuos peligrosos. 100% de cumplimiento en el año 2003**
- Aprovechamiento de la propiedad intelectual. **Sistema de extinción de incendio por agua nebulizada**
- Gestión tecnológica de los inmuebles y las personas. **Proyecto Géminis de Gestión de emergencias**

- **Construcción del Centro de Tecnologías de la Información. Centro desde donde se monitorizan, investigan y soportan todas las tecnologías y sistemas de la información. 120 empleados, mas de 2000 ° usuarios con informática en 51 recintos de la Comunidad, 5.600 puntos de conexión, más de 1.100 usuarios con SAP, 35 servidores UNIX, 24 servidores NT/Server 2000, Centro de Atención al usuario (3.500 llamadas mensuales), 2.300 PC's.**
- **Disponibilidad de los sistemas: 99,8%. Nivel de satisfacción del usuario: 94,3%**

4.e.) Gestión de la información y conocimiento

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Construcción del Centro de Tecnologías de la Información
- Diseño y implantación del Plan de Sistemas
- Diseño e implantación Intranet
- Plan de seguridad informática
- Creación de áreas de planificación e I+D, desarrollo, atención y soporte al usuario y seguridad informática
- Diseño e implantación del Centro Interactivo de Atención al Cliente y Centros de Atención al Cliente
- Diseño e implantación del nuevo Puesto Central

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- **Construcción del Centro de Tecnologías de la Información. Centro desde donde se monitorizan, investigan y soportan todas las tecnologías y sistemas de la información. 120 empleados, mas de 2000 ° usuarios con informática en 51 recintos de la Comunidad, 5.600 puntos de conexión, más de 1.100 usuarios con SAP, 35 servidores UNIX, 24 servidores NT/Server 2000, Centro de Atención al usuario (3.500 llamadas mensuales), 2.300 PC's.**
- **Disponibilidad de los sistemas: 99,8%. Nivel de satisfacción del usuario: 94,3%**
- **Diseño y implantación del Plan de Sistemas. Anualmente se identifican las necesidades y requisitos para la gestión de la información de todos los**

departamentos. 63 talleres. Se revisa y aprueba anualmente en Consejo de Dirección. Se establecen objetivos estratégicos en relación con las cuatro perspectivas (Clientes, Procesos, Personas, Financiero) del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.)

- **Diseño e implantación Intranet. 2000 usuarios con acceso a la intranet**
- **Plan de seguridad informática. Su objetivo es gestionar el acceso adecuado a la información por parte de los usuarios internos y externos, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos. Su gestión está alineada con la norma UNE-EN-ISO 17799**
- **Creación de áreas de planificación e I+D, desarrollo, atención y soporte al usuario y seguridad informática. Los objetivos de estas áreas es la planificación e investigación de nuevas herramientas informáticas para la gestión del conocimiento , el desarrollo de aplicaciones que optimicen la gestión de los recursos, la atención y soporte ante incidencias y conocimientos informáticos y la seguridad en el acceso y consulta de la información**
- **Diseño e implantación del Centro Interactivo de Atención al Cliente y Centros de Atención al Cliente. Centro totalmente informatizado con las últimas tecnologías de la información cuyo objetivo es dar respuesta a las necesidades de información a los clientes y transmitirla a Metro de Madrid, para su conocimiento y gestión**
- **Diseño e implantación del nuevo Puesto Central. Centro tecnológico que permite controlar en tiempo real hasta 16 líneas, 300 Km. de red, 350 trenes y 100 subestaciones eléctricas**

CRITERIO 5: PROCESOS

5.a.) Diseño y gestión de los procesos

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño de la Cartografía de Procesos Clave de la prestación del servicio.
- Establecimiento de talleres por Direcciones, Unidades y Gerencias para la determinación de los objetivos departamentales a partir de los objetivos estratégicos, basándose en la perspectiva Procesos.
- Alineación, homogenización y contraste de los objetivos departamentales
- Diseño de informes e indicadores de la perspectiva Procesos
- Implantación de sistemas de gestión de calidad basados en ISO-9001, para la gestión de procesos clave.
- Implantación de sistemas de gestión de calidad de servicio corporativo basados en ISO-9001 y EN13816.
- Diseño e implantación de encuestas de cliente interno

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:



- **Cartografía de Procesos Clave. 26 procesos clave, 64 actividades clave. Definición de 26 responsables de procesos. Clasificación por impacto en la prestación:**
 - Procesos directos.**
 - Procesos indirectos**
 - Procesos con influencia**
- **Involucrar a los Directivos en el despliegue de los objetivos estratégicos. 63 talleres. 146 objetivos departamentales. 100% de departamentos con objetivos**
- **Orientación de los objetivos departamentales a los objetivos estratégicos**
- **Comunicación de estrategia, planes, objetivos y metas .en toda la organización de la perspectiva procesos:**
 - Informe de Comunicación de objetivos por Unidades de Negocio y Colectivos:**

Descripción de los objetivos estratégicos, planes de acción, indicadores y metas
Descripción de los objetivos departamentales, planes de acción, indicadores y metas, objetivos compartidos con otros departamentos, 933 de empleados con objetivos

Entrevistas individuales o en grupo para la comunicación de los objetivos departamentales

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTOS
UNIDAD DE CALIDAD Y GESTIÓN COMERCIAL



- Gestión y conocimiento de la Calidad Producida en los procesos de prestación de servicio

Informe mensual de Calidad de Servicio. 50 indicadores clave de los procesos de prestación de servicio. Revisión en Consejo de Dirección

Informe Trimestral de Calidad Objetivo. Establecimiento de 50 estándares de calidad de servicio. Revisión en Consejo de Dirección

Informe trimestral sobre el rendimiento del sistema de productividad. Revisión en Consejo de Dirección

Febrero 2003

- Implantación de sistemas de gestión de calidad basados en ISO-9001, para la gestión de procesos clave.

Unidad de Ingeniería: Proyectos de instalaciones y material móvil

Unidad de Material Móvil: Mantenimiento y reparación del material rodante

Unidad de Logística: Compras, contrataciones y aprovisionamiento

- Implantación del sistema de gestión de calidad de servicio corporativo basados en ISO-9001 y EN13816. **para la gestión del diseño , medición y seguimiento de los procesos clave y su repercusión en la calidad de servicio al cliente. Las líneas maestras del sistema de gestión de calidad de servicio son:**

Certificación de los procesos de prestación del servicio.

Orientación de los procesos a la Calidad del Servicio del Cliente final.

Asegurar los procesos críticos que mayor impacto tengan sobre el Cliente.

Asegurar los estándares de Calidad de servicio.

Desarrollar un Sistema de Calidad Corporativo para Metro de Madrid

Coordinar los Sistemas de Calidad implantados.

Establecimiento del diagrama relacional entre los atributos de percepción del servicio, los procesos que impactan en los mismos y las actividades clave.

CRITERIOS METRO	CALIDAD PERCIBIDA	COMPROMISO CON EL CLIENTE		
CRITERIO-N3	ATRIBUTO	SERVICIO DE REFERENCIA	NIVEL DE EXIGENCIA	SITUACIONES INACEPTABLES
5.1.2.-Tiempo de Respuesta del CIAC	Rapidez de respuesta Canal telefónico	Las conexiones que el cliente de Metro realiza a través del canal telefónico serán atendidas en un tiempo máximo de 10 segundos	Más de 95 % de los Clientes disponen del servicio de referencia	Máximo de 5% de nivel de abandonos

CALIDAD PRODUCIDA					
INDICADOR DE CLIENTE	PROCESO DIRECTO	UNIDAD/ GERENCIA	INDICADOR DE CLIENTE	PROCESOS CON INFLUENCIA	UNIDAD/ GERENCIA
Tiempo de respuesta canal telefonico	P17 Atención al cliente información	C. de Calidad	Indicadores de eficacia Indicadores de eficiencia	P20 Gestión de la Calidad	C de Calidad
Tiempo de respuesta canal WEB	P22 Sistemas de información	G de Sistemas de información	Indicadores de Fiabilidad y Disponibilidad percibida por el Cliente	P25. Aprovisionamiento	U. Logística
Tiempo de respuesta canal e-mail	P13 Mantenimiento de IIFF	U. de IIFF		P9: Definición y creación de la red	G. Ingeniería de equipamientos U.Construcción e Instalaciones

-
- Diseño e implantación de encuestas de cliente interno. **Realización anual de encuestas de cliente interno e informes ejecutivos con el objetivo de identificar las necesidades, expectativas y percepción de los clientes internos de los procesos. Establecimiento de compromisos entre clientes y proveedores internos.**

5.b.) Mejora e innovación de procesos

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño e implantación bucle de calidad en 5 a)
- Diseño de la Cartografía de Procesos Clave de la prestación del servicio.
- Implantación de sistemas de gestión de calidad basados en ISO-9001, para la gestión de procesos clave e Implantación del sistema de gestión de calidad de servicio corporativo basados en ISO-9001 y EN13816.

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Aplicación del bucle de calidad
- Diseño de la Cartografía de Procesos Clave de la prestación del servicio.
Revisión de la cartografía de procesos.
- Implantación de sistemas de gestión de calidad basados en ISO-9001, para la gestión de procesos clave e implantación de sistemas de gestión de calidad de servicio corporativo basados en ISO-9001 y EN13816. A través de las siguientes herramientas de los sistemas.

Revisión del sistema por la dirección. Garantiza la revisión de los objetivos de los procesos y su realimentación a los estratégicos

Gestión de los procedimientos. Garantiza la definición y revisión de los procedimientos asociados a los procesos y sus indicadores de medida.

Gestión de los servicios no conformes y no conformidades. Garantiza la identificación de incumplimientos de estándares de calidad de servicio y disminución de la eficacia y eficiencia de los procesos. Identificación de áreas de mejora.

Gestión de acciones correctivas y preventivas. Garantiza la implantación de acciones correctivas y preventivas de los procesos

Gestión de las auditorías internas. Vela por el cumplimiento de todos los requisitos establecidos en los sistemas de gestión de calidad.

5.c.) Diseño, desarrollo y mejora de los servicios en función de las necesidades y expectativas de los ciudadanos

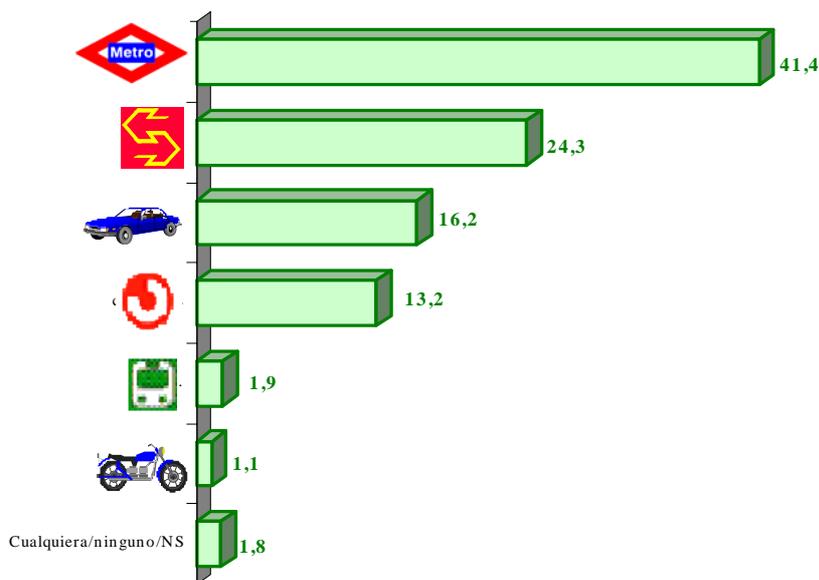
Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño y realización de encuestas de expectativas del servicio prestado a sus clientes
- Diseño y realización de encuestas de percepción del servicio prestado a sus clientes
- Diseño y realización de grupos de opinión con ciudadanos de la Comunidad de Madrid
- Análisis de las reclamaciones y sugerencias de los clientes
- Representación de la asociación de consumidores en el Consejo de Administración de Metro de Madrid, S.A.
- Informes sobre mejores servicios/productos de los grupos de excelencia empresarial y benchmarking internacional

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Encuestas de expectativas del servicio prestado a los clientes. **Revisión cada dos años**
- Encuestas de percepción del servicio prestado a sus clientes. **Revisión cada seis meses**
- Encuestas de percepción sobre el servicio / producto
 - Encuesta de conservación de estaciones y trenes**
 - Encuesta de limpieza de estaciones y trenes**
 - Encuesta sobre información ofrecida. Calidad y eficacia de los medios**
 - Encuesta sobre la imagen de producto/servicio de Metro de Madrid y su relación con la competencia.**
 - Encuesta sobre selectividad positiva y negativa del servicio**
 - Encuesta de percepción de la seguridad**
 - Encuestas sobre nuevos servicios**

MEDIOS DE TTE. PREFERIDOS EN TOTAL POBLACIÓN
(respuesta múltiple; suma de % superior al 100%)



- Grupos de opinión con ciudadanos de la Comunidad de Madrid y empleados.
Realización de seis grupos de opinión sobre aspectos de interés de los ciudadanos

Servicio de Atención al cliente

Seguridad

Página WEB

Cuatro grupos de opinión de empleados sobre el servicio

Percepción de las importancias del servicio

- Representación de la asociación de consumidores en el Consejo de Administración de Metro de Madrid, S.A. **Un representante con voto. Visión de la asociación de consumidores sobre productos y servicios**
- Análisis de las reclamaciones y sugerencias de los clientes. **Informe anual de las reclamaciones y sugerencias de los clientes respecto al producto y servicio.**
- Conocimiento de las mejores servicios/productos de los grupos de excelencia empresarial y benchmarking internacional. **Informes ejecutivos. Implantación de tecnologías SMS y UMTS para los clientes**
- Algunos ejemplos representativos de su puesta en practica son:
Plan de accesibilidad 2003-2007.

Plan de remodelación de estaciones 2003-2007

5.d.) Prestación del servicio a los ciudadanos

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Establecimiento de compromisos de calidad de servicio con los clientes de Metro de Madrid
- Diseño y difusión de la Carta de Servicios de Metro de Madrid

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Establecimiento de compromisos de calidad de servicio con los clientes de Metro de Madrid. **50 compromisos de calidad de servicio basados en la exigente norma europea EN 13816. Revisión anual de compromisos en Consejo de Dirección. Certificación del servicio de línea 8 por AENOR.**

Los 50 compromisos cubren la totalidad de los requisitos establecidos por la norma europea EN13816 en los ocho criterios percibidos por los clientes:

1. Servicio ofertado: Determina el diseño del servicio prestado en términos de explotación, fiabilidad y adecuación al cliente de Metro de Madrid, así como su alcance geográfico y temporal.

2. Accesibilidad: Posibilidades de acceso a la red de Metro de Madrid, S.A, tanto desde el exterior como en los desplazamientos por el interior.

3. Información: Establece la sistemática seguida por Metro de Madrid para informar a los clientes sobre aspectos generales de prestación de servicio, actuación en caso de interrupción programada de servicio, e interrupciones de servicio no programadas.

4. Tiempos: Cubre los aspectos relativos al compromiso de Metro de Madrid con los clientes en los referente a horarios de servicio, frecuencia, duración del trayecto y otros aspectos relacionados con el tiempo de viaje y de espera en andén

5. Atención al cliente: Elementos del servicio introducidos para dar respuesta a las demandas, quejas, reclamaciones y sugerencias del cliente al respecto del servicio de Metro de Madrid, así como la forma de interactuar con el mismo durante la prestación del servicio.

6. Confort: Conjunto de elementos del servicio incluidos para posibilitar la realización de los viajes en condiciones de comodidad, así como las actuaciones tendentes a mejorar las condiciones del viaje y de las instalaciones

7. Seguridad: Constituye las medidas, instalaciones y actuaciones tendentes a procurar la sensación de protección personal de los clientes, así como las condiciones de seguridad de las instalaciones de Metro.

8. Impacto Ambiental: Se define como el efecto sobre el ambiente que producen las instalaciones y actuaciones comprendidas en el servicio ofrecido por Metro de Madrid.

Se adjunta Servicio de Referencia en Anexo I.

- Carta de Servicios de Metro de Madrid. **Primera carta de servicios con compromisos cuantificados en todos los criterios de la norma EN 13816. Incorporar título y compromisos. 100% de cumplimiento de los compromisos para el año 2003**



5.e.) Gestión y mejora de las relaciones con el ciudadano

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño e implantación del Centro Interactivo de Atención al Cliente y Centros de Atención al Cliente

- Diseño e implantación del nuevo Puesto Central.
- Diseño e implantación de Manuales de Atención al cliente
- Indicadores de medición de la atención al cliente e información al cliente.
- Compromisos cuantificados sobre la atención al cliente
- Sistema de gestión de las reclamaciones.
- Campañas de concienciación sobre el buen uso de los productos y servicios
- Línea especial de comunicación ante incidencias programadas en el servicio.
- Línea de Formación específica en atención al cliente
- Encuestas de percepción sobre las relaciones con el cliente.

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Diseño e implantación del Centro Interactivo de Atención al Cliente y Centros de Atención al Cliente. **Centro totalmente informatizado con las últimas tecnologías de la información cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de la información suministrada a los clientes a través de los todos los canales actuales de comunicación.**

Los principales resultados son:

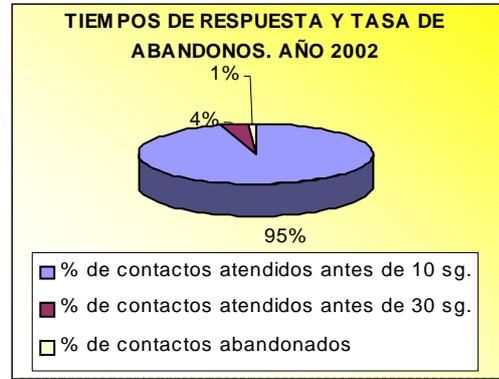


Mejoras en los estándares de calidad de la prestación del servicio del C.I.A.C.:

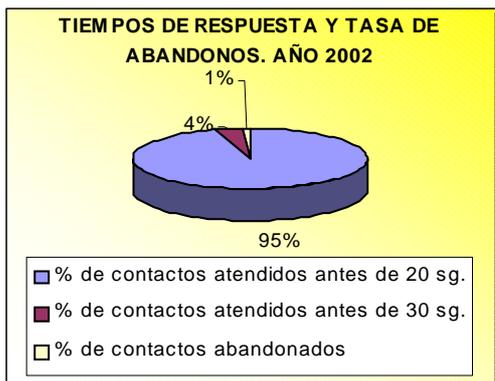
C.A.T.



C.I.A.C. CANAL TELEFÓNICO



C.I.A.C. CANALWEB

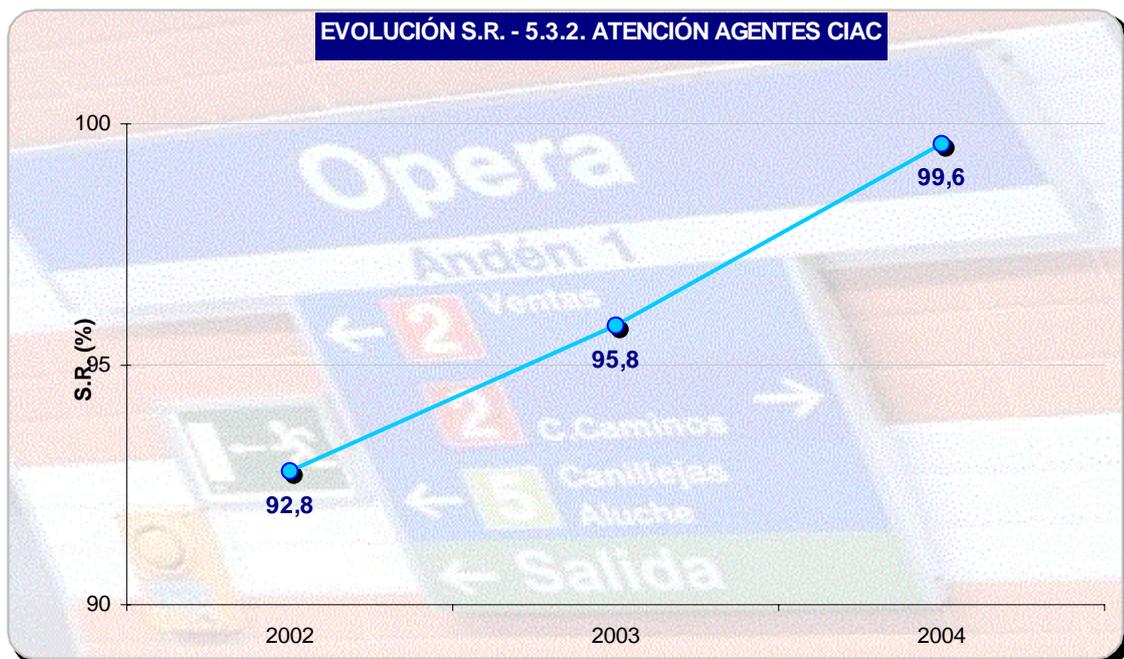


C.I.A.C. CANAL E-MAIL



- Nivel de Calidad Percibida 2000= 6,7 Nivel de Calidad Percibida > 7,36
- Modos de contacto= 3 ➤ Disponibilidad de Sistemas > 98 %
- Horario de servicio= 8:30 a 14:30 Modos de contacto= 6
- Atención unificada de contactos en cuanto a la recepción, consulta y atención a los clientes del centro Horario de servicio= 06:00 a 1:30
- Toda la información demandada por los clientes debe estar en soporte informático, pudiéndose acceder a ella mediante un solo "click" de ratón.
- Mejora de los tiempos de respuesta a los clientes
- Mejora de los tiempos de consulta de la información
- Mejora y evaluación del rendimiento de los agentes
- Actualización on-line de la información manejada por los agentes

- **Análisis y estadísticas de todas las variables de gestión que influyen en la prestación del servicio**
- **Diseño e implantación del nuevo Puesto Central. Se han mejorado y unificado los sistemas y equipamiento de información al cliente. Sistemas de teleindicadores, sistemas de megafonía centralizada.**
- **Diseño e implantación de Manuales de Atención al cliente. Dichos Manuales establecen las pautas a seguir en relación con los clientes. Se han editado Manuales para el personal de las estaciones, del Centro Interactivo de Atención al Cliente y Centros de Atención al Cliente. 1.800 empleados**
- **Indicadores de medición de la atención al cliente e información al cliente. Se miden mensualmente de acuerdo a lo establecido en los procedimientos de medida y Manuales de Atención al cliente; forman parte del Informe mensual de Calidad de Servicio. Revisión en Consejo de Dirección**



- **Compromisos cuantificados sobre la atención al cliente. Se han establecido diversos estándares de calidad que forman parte de los compromisos publicados a los clientes, su cumplimiento forma parte del Informe Trimestral de Calidad Objetivo. Revisión en Consejo de Dirección**

5 ATENCIÓN AL CLIENTE

CRITERIO DE CALIDAD:

Metro de Madrid, S.A. trabaja para que todos sus clientes reciban un trato basado en la calidad humana y la eficiencia por parte de todo su personal.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO:

■ Nos comprometemos a que más del 90% de nuestros clientes que requieran asistencia en los Centros de Atención al Viajero (C.A.V.) y en el Centro Interactivo de Atención al Cliente (C.I.A.C.) reciban un trato excelente de acuerdo a los exigentes estándares establecidos.

■ Nos comprometemos a atender más del 95% de las llamadas recibidas en el Centro Interactivo de Atención al Cliente (C.I.A.C.) antes de 10 segundos y responder antes de 30 minutos a los clientes que contacten vía e-mail, solicitando información.

6 IMPACTO AMBIENTAL

CRITERIO DE CALIDAD:

Metro de Madrid, S.A. continúa siendo una de las empresas de transporte más preocupadas por el medio ambiente.

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO:

■ Nos comprometemos a que nuestro consumo de energía eléctrica no supere los 4,5 kw-h por cada kilómetro recorrido por todos los coches que componen nuestra flota de trenes, lo que supone que el gasto energético por viajero es cinco veces inferior al realizado en vehículo privado.

■ Nos comprometemos a que el 100% de nuestros residuos peligrosos sean entregados para su adecuado tratamiento a gestores legalmente autorizados.

- Sistema de gestión de las reclamaciones. **Se han potenciado los canales para la recepción de reclamaciones disponiendo en la actualidad de los siguientes:**

A través de todas las estaciones de la red en impreso oficial.

A través del correo ordinario.

A través del Centro Interactivo de Atención al Cliente

E-mail

Fax

Teléfono

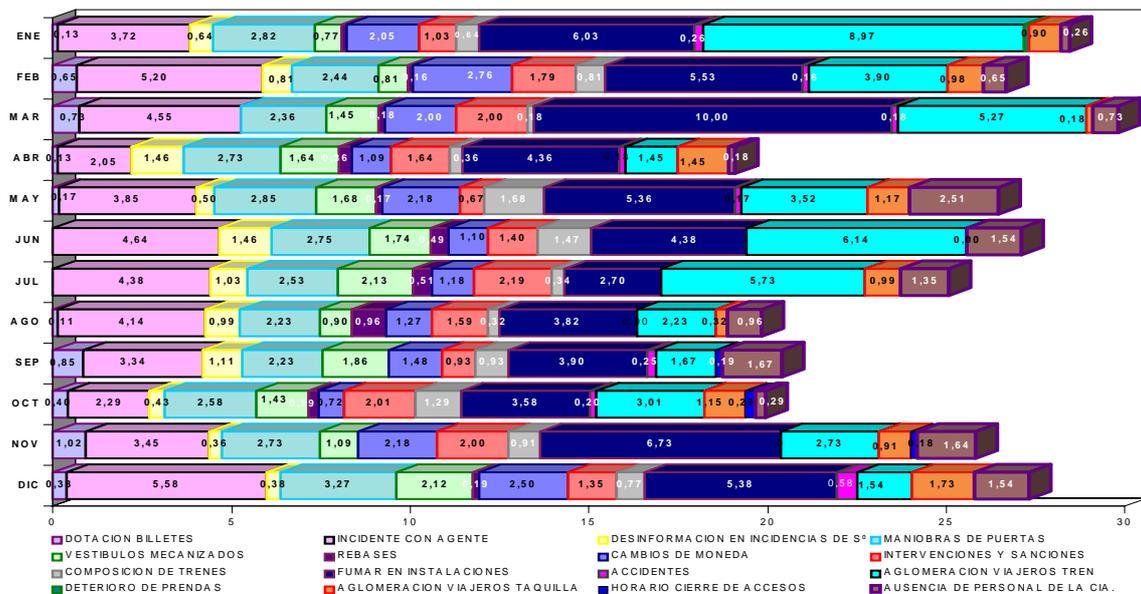
Audioconferencia

Videoconferencia

A través de nuestros Centros de Atención al Viajero de las estaciones de Aeropuerto, N.

Ministerios y A. América.

•Las reclamaciones son remitidas en todos los casos a nuestro departamento de Atención al Cliente, donde son tipificadas por categorías y líneas e introducidas en una base de datos para gestionar la evolución en función de aquéllas. Estas reclamaciones y sugerencias, son informadas y contestadas de forma personalizada en todos los casos, en unos plazos inferiores a los marcados en el Reglamento de Viajeros.



Mensualmente se realiza un análisis de las reclamaciones recibidas, y se segmentan por departamentos afectados. Posteriormente, se distribuyen todas y cada una de las reclamaciones a los diferentes departamentos de la compañía que tienen relación directa con cada una de ellas, con el fin de dar a conocer de primera mano a cada responsable, de las quejas de los clientes en lo que a su labor directa se refiere. De este modo los propios responsables pueden llevar a cabo acciones de mejora directamente sobre aquellos aspectos que más les afectan.

• Existe un procedimiento de tramitación de reclamaciones, y por el cual también se comprueba la calidad de la contestación aportada, desde la corrección del lenguaje, vocabulario y sintaxis, hasta la idoneidad de las razones aportadas, etc.

Se realizan continuos análisis de los tiempos de contestación de las reclamaciones, y también se encuesta el grado de satisfacción de nuestros clientes al respecto.

Por otra parte también existe formación de nuestros agentes, y reuniones en las que se tratan posibles mejoras de los sistemas, existiendo un responsable de todo el proceso de Atención al Cliente y por ende de la tramitación de las reclamaciones.

Del análisis de las reclamaciones, obtenemos uno de los elementos que componen el mencionado “Bucle de Calidad” como es el grado de Calidad Exigida.

- Campañas de concienciación sobre el buen uso de los productos y servicios. Se han realizado diversas campañas sobre el buen uso de las instalaciones encuestando a los clientes su valoración de las mismas.



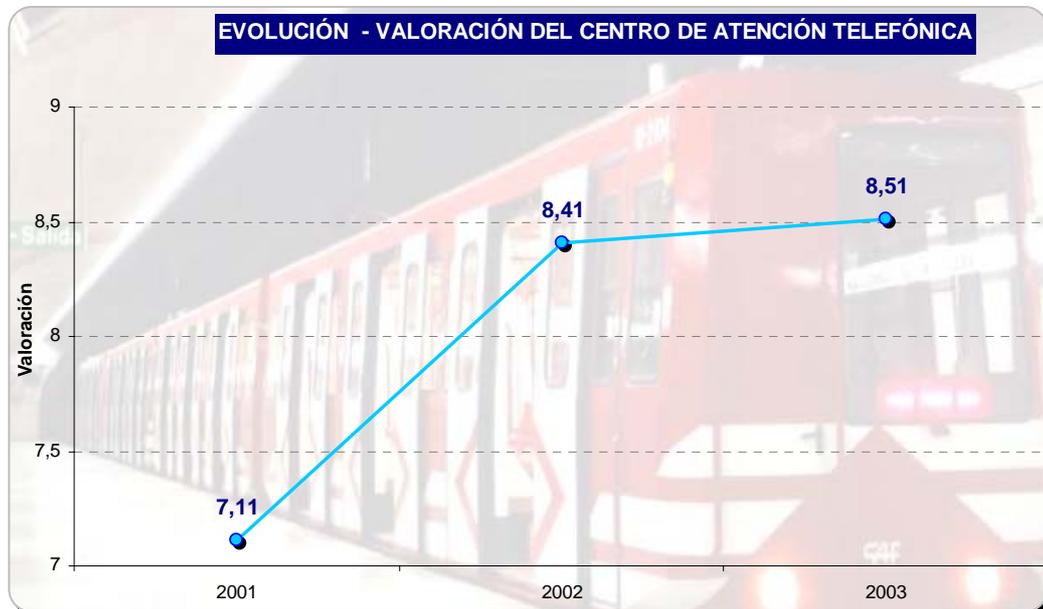
- Línea especial de comunicación ante incidencias programadas en el servicio. Se han realizado diversas campañas de información ante incidencias programadas del servicio con objeto de mejorar la percepción del servicio mientras duran las incidencias, normalmente relacionadas con mejoras en el servicio.

- Línea de Formación específica en atención al cliente. **Durante el año 2003, se han realizado cursos de formación de atención al cliente. 794 alumnos.14.987 horas.**
- Encuestas de percepción sobre las relaciones con el cliente. Con objeto de evaluar la calidad de la atención al cliente e información se realizan las siguientes encuestas periódicas:

Calidad de la información ofrecida en la red. Información general y ante incidencias. Semestral

Calidad de la atención al cliente en el Centro Interactivo de Atención al Cliente y Centros de Atención al Cliente. Trimestral

Calidad de la respuesta a las reclamaciones



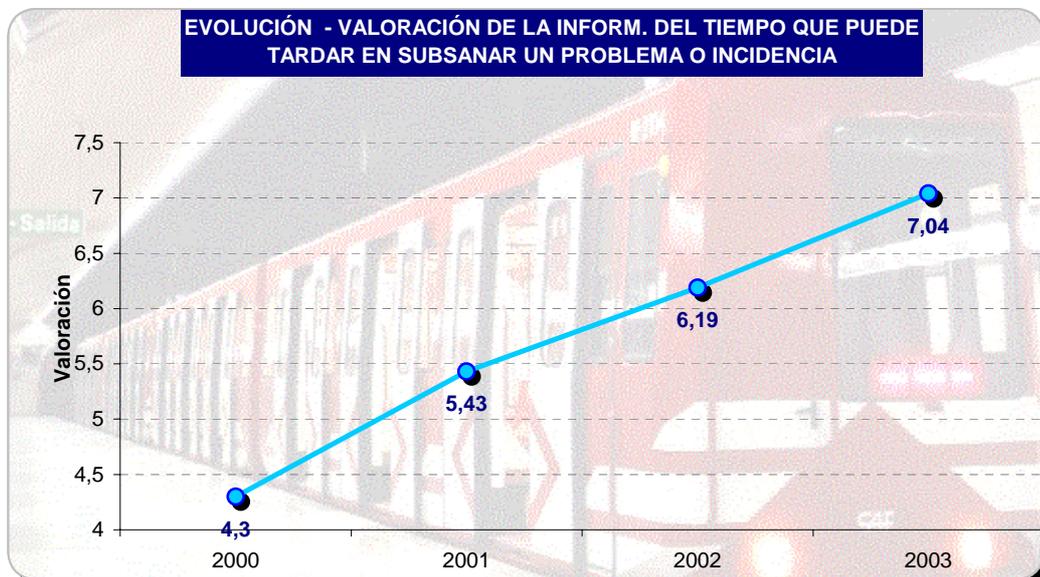
CRITERIO 6: RESULTADOS EN CLIENTES

6.a. y 6.b) Medidas de percepción e Indicadores de rendimiento

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño e implantación del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Clientes para la definición de los objetivos estratégicos
- Diseño de informes e indicadores de la perspectiva Clientes/Mercado
- Diseño y difusión de la Carta de Servicios de Metro de Madrid

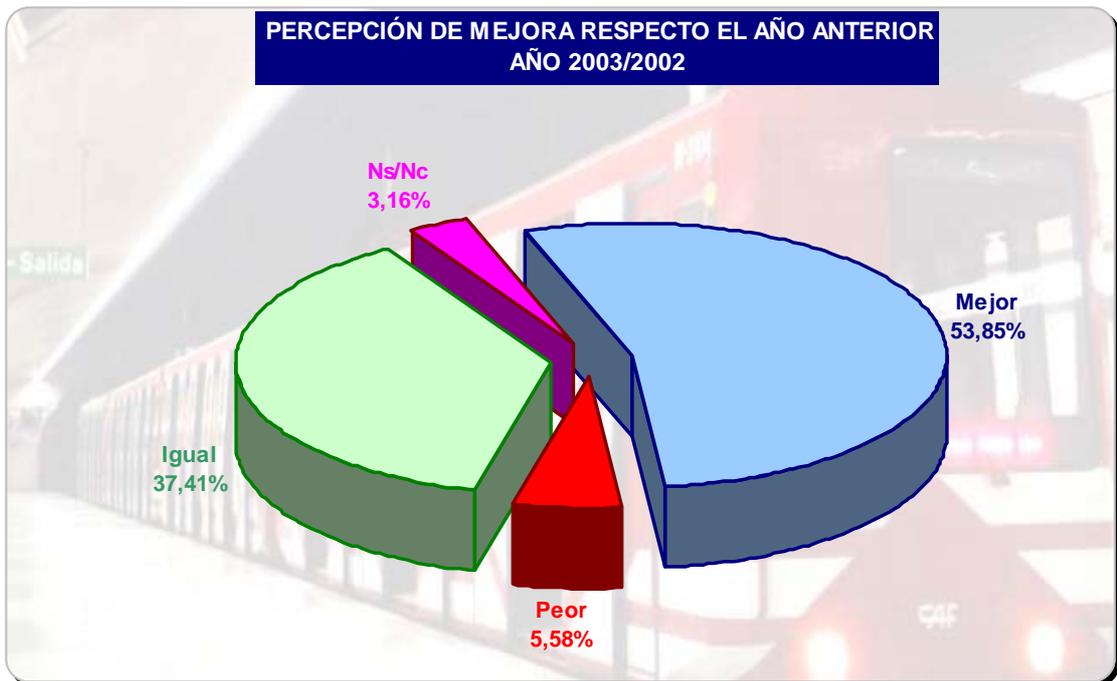
Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:



- Definición anual de los **objetivos estratégicos** en base al Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) desde la perspectiva Clientes **Seguimiento periódico en Consejo de Dirección. Para su gestión se aplica el bucle de calidad**
- Conocimiento de las necesidades, expectativas y percepción de los clientes. **Informe de Calidad Percibida e Indicador de Calidad Percibida (I.C.P).** El detalle de las actuaciones y resultados para la relación con el cliente están definidos en los apartados 5c, 5.d y 5e.

Informe de Calidad Esperada e Indicador de Calidad Esperada (I.C.E)

Informe de Calidad Exigida e Indicador de Calidad Exigida (I.C.Ex)



Informe de priorización del servicio desde la perspectiva de los clientes

- Conocimiento del mercado e imagen corporativa

Informe de selectividad positiva y negativa. Indicadores de fidelización y captación (I.F.C.) y (I.C.C.)

Informe de evolución de la demanda. Indicador de cuota de mercado

Informe de imagen corporativa. Indicador de Imagen Corporativa (I.I).

Posicionamiento competitivo.



- Carta de Servicios de Metro de Madrid. **Primera carta de servicios con compromisos cuantificados en todos los criterios de la norma EN 13816. Incorporar título y compromisos. 100% de cumplimiento de los compromisos para el año 2003**

- Reconocimientos y premios.

Finalistas en el Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público de la Comunidad de Madrid en el año 1995.

El Centro Interactivo de Atención al Cliente, fue candidatura preseleccionada en el IV Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público de la Comunidad de Madrid, celebrado en el año 2.002.

Reconocimiento como Hostelero Honorífico del año 2.002 por la Asociación de Hostelería de Madrid, por su labor en la gestión de la línea 8 que enlaza el aeropuerto de Barajas con el centro de negocios de la ciudad.

Metro de Madrid ha recibido el premio IBEST por su página web, como finalista en el apartado de transportes.

- **Concesión del uso de la marca de garantía Madrid Excelente la Metro de Madrid por su Gestión empresarial en 2003.**



- **Certificación de los sistemas de gestión de calidad según la normativa ISO-9001, en:**

Unidad de Ingeniería: Proyectos de instalaciones y material móvil

Unidad de Material Móvil: Mantenimiento y reparación del material rodante

Unidad de Logística: Compras, contrataciones y aprovisionamiento

- **Certificación de la calidad del servicio de línea 8 según EN-13.816 en 2003**
- **Indicadores de rendimiento. Existen multitud de indicadores relacionados con la eficacia y eficiencia de los procesos, que por su extensión no se detallan, quedando a disposición de cualquier información adicional que se precise.**

CRITERIO 7: RESULTADOS EN PERSONAS

7.a. y 7.b) Medidas de percepción e Indicadores de rendimiento

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Diseño e implantación del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas para la definición de los objetivos estratégicos
- Encuesta de calidad de Comunicación Interna
- Plan de motivación en la Unidad Operativa
- Papel relevante de la organización en la sociedad
- Indicadores de rendimiento del sistema de gestión de Recursos Humanos

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Diseño e implantación del Sistema de Dirección por Objetivos (D.P.O.) en su perspectiva Personas para la definición de los objetivos estratégicos. Existe un objetivo estratégico para 2003 “OES6: Incrementar el compromiso de directivos , mandos y técnicos” cuyo grado de cumplimiento para 2003 fue de 100%. . **Dicho objetivo evalúa factores como relacionados con la motivación resultante en los trabajadores por la implantación de las herramientas D.P.O, E.D.S - en la que se evalúan factores como: “actitud, iniciativa, liderazgo, trabajo en equipo, orientación al cliente externo/interno, comprensión de la organización, solución de problemas, pensamiento conceptual, orientación al logro, organización gestión de recursos, programación y calidad, gestión y desarrollo de personas, impacto e influencia, capacidad de comunicación ” que sirven como base para la evaluación de algunas iniciativas mencionadas en 3.c, 3d y 3e.- y F.C.P.**
- Encuesta de calidad de Comunicación Interna
La evolución de este indicador del año 2002 al 2003 ha sido de 5,2 a 6,6.
- Plan de motivación en la Unidad Operativa. **Reconocimiento de empleados. Cada tres meses.**
- Papel relevante de la organización en la sociedad

•Metro de Madrid, S.A. cuenta actualmente con una plantilla de 5.529 trabajadores en términos de empleo directo, de los cuales, un total aproximado de 450 trabajadores han sido contratados desde el 1 de enero de 2001 hasta la fecha, lo que supone, en la práctica, la creación de más de 200 empleos directos netos. Además, dada la amplia afectación que supone la explotación de su objeto social, así como de la continua ampliación de su red de transporte, respecto de actividades indirectas, cuya realización no se asume con plantilla propia, cabe afirmar que Metro de Madrid, S.A. tiene una incidencia muy importante en cuanto se refiere a creación de empleo indirecto en el ámbito de la Comunidad de Madrid. Sirva reseñar, a este respecto, y a título de ejemplo, determinados sectores de actividad, como el de seguridad (con un entorno aproximado de 1.000 empleados) y el de limpieza (con unos 500 trabajadores).

Los referidos 450 trabajadores contratados en los últimos tres años son, prácticamente en su totalidad, menores de 30 años y, en su gran mayoría, han sido contratados como demandantes de primer empleo, y han sido formados mediante convenios de colaboración suscritos con los Organismos públicos competentes en materia de promoción de empleo en el ámbito de la Comunidad de Madrid. Igualmente, en su selección, han participado Instituciones tales como Fundaciones Universitarias (mediante el sistema de becas de aprendizaje y formación para titulados universitarios) y el Servicio Regional de Empleo de la Comunidad de Madrid (mediante el plan FIP, para el caso de personal no titulado).

A favor de todos los trabajadores de la empresa existen determinados beneficios sociales tales como pólizas de seguro para la cobertura de determinados riesgos y pases gratuitos de libre circulación; lógicamente, la normativa vigente sobre protección de las situaciones de maternidad/paternidad se aplica en la empresa, con las mejoras que establece al respecto el vigente convenio colectivo de empresa.

El porcentaje de contratos indefinidos es la inmensa mayoría.

Metro de Madrid, S.A. tiene contratados, bajo la modalidad de contrato indefinido, a un número superior a 125 trabajadores que presentan diversos supuestos de discapacidad permanente o minusvalías, siendo de reseñar que, además de la legislación de ámbito general, la propia normativa interna de la empresa establece la obligación de reclasificar y reubicar a trabajadores con disminución de facultades en puestos de trabajo compatibles con sus limitaciones, sin merma de los conceptos retributivos fijos que vinieran devengando hasta la fecha de objetivación de su limitación.

En el tratamiento de sus trabajadores sujetos a procesos de adicción a sustancias toxicológicas, Metro de Madrid, S.A., a través de sus servicios de asistencia social, colabora con las entidades y servicios competentes (tales como, U.D.A. ó C.A.D.) establecidos por la Administración Autonómica y Local.

Metro de Madrid es sin duda uno de los elementos dinamizadores de la economía no solo de Madrid capital, sino de toda la región. En la actualidad, aproximadamente un 80% de los ciudadanos de nuestra comunidad, disponen de una estación de Metro a menos de 600 metros de sus domicilios o destinos laborales o centros de enseñanza, y se ha convertido en la cuarta red de metro del mundo en extensión, solamente superada por ciudades que triplican la población de Madrid, como son Londres, Nueva York y Moscú. Metro de Madrid transporta diariamente en la actualidad más de dos millones trescientos mil viajeros, lo que significa, que aproximadamente unas novecientas mil personas diferentes acuden a nuestras instalaciones diariamente, y si se contemplara un período de cuatro meses, podría decirse que aproximadamente el 60% de la población total de la Comunidad de Madrid, habría realizado al menos un viaje en Metro. No obstante, Metro de Madrid no solo impacta en la sociedad madrileña, sino que además indirectamente lo hace en otras ciudades de España y del resto del mundo, ya que no son pocas las delegaciones de numerosos países las que nos visitan habitualmente con la finalidad de adaptar numerosos aspectos de nuestro modelo de transporte, amén de los turistas nacionales e internacionales que ven en Metro de Madrid un reflejo de lo que nuestra comunidad es hoy día.

- Indicadores de rendimiento del sistema de gestión de Recursos Humanos
Existen diversos indicadores que miden ratios de gestión de los Recursos Humanos, que por su confidencialidad no podemos aportar en este documento, quedando a su disposición para poder mostrarlos en nuestras instalaciones.

CRITERIO 8 : RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

8.a. y 8.b) Medidas de percepción e Indicadores de rendimiento

Metro de Madrid ha desarrollado las siguientes iniciativas:

- Convenios de colaboración, patrocinio y mecenazgo con organizaciones no gubernamentales y gubernamentales de carácter social
- Contratación indefinida de personas con discapacidad permanente o minusvalías.
- Colaboración con servicios de asistencia social.
- Normativa interna para con discapacidad permanente o minusvalías.
- Campañas de concienciación sobre el medio ambiente
- Diseño e implantación del sistema de gestión de fichas de productos
- Gestión de los residuos
- Establecimiento de compromisos de reducción del impacto medioambiental.
- Campañas de concienciación sobre el buen uso de los productos y servicios
- Iniciativas definidas en 7 a y 7 b
- Medición del impacto en la sociedad

Metro de Madrid ha conseguido los siguientes resultados:

- Convenios de colaboración, patrocinio y mecenazgo con organizaciones no gubernamentales y gubernamentales de carácter social. **Médicos sin Fronteras, Fundación Española del Corazón, Aldeas Infantiles, Asociación Española contra el Cáncer, Fundación Antidroga, Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid,..**
- Contratación indefinida de personas con discapacidad permanente o minusvalías.**125 personas**

- Colaboración con servicios de asistencia social. **Colabora con entidades como (U.D.A. o C.A.D.) en el tratamiento de sus trabajadores sujetos a procesos de adicción a sustancias toxicológicas.**
- Normativa interna para con discapacidad permanente o minusvalías. **Establece “la obligación de reclasificar y reubicar a trabajadores con disminución de facultades en puestos de trabajo compatibles con sus limitaciones, sin merma de los conceptos retributivos que vinieran devengando hasta la fecha de objetivación de su limitación”**
- Campañas de concienciación sobre el medio ambiente. **Patrocinio de campañas, conferencias, charlas sobre el medio ambiente**
- Diseño e implantación del sistema de gestión de fichas de productos. **Se valúa su impacto medioambiental con el objetivo de minimizarlo**
- Gestión de los residuos. **Se dispone de un Plan de minimización de residuos que se actualiza cada cuatro años. Revisión periódica del cumplimiento del mismo. Acopios temporales de residuos (papel, cartón, madera, metal y vidrio). El 100 % de los residuos peligrosos generados por Metro de Madrid son entregados a un gestor autorizado**
- Establecimiento de compromisos de reducción del impacto medioambiental. **Compromisos de minimización de consumo energético eléctrico, de agua, de combustible, de residuos peligrosos. “El consumo de agua en estaciones (descontado el de los locales comerciales) no supera los 0,7 l / viajero. · El consumo de agua en los depósitos de trenes no supera los 1,2 l / coche x km.” Al menos el 50% del total del agua empleada en la limpieza de trenes en túnel de lavado es reciclada. El consumo de energía eléctrica no superará los 4,5 kwh / coche x km. Al menos el 80% de la potencia instalada en las calderas de Metro funciona con gas natural.100% de cumplimiento sen el año 2003. Investigación de nuevas tecnologías para su cumplimiento. Recicladoras de agua en depósitos , dispositivos de ahorro energético en escaleras mecánicas, acumuladores de energía que recogen la electricidad generada por los sistemas de los trenes en las frenadas, explotación delas subestaciones eléctricas en paralelo para mejorar su eficiencia, sistema integrado de regulación de tráfico y gestión energética aplicado en la nueva línea 12, construcción del material móvil con aleaciones ligeras.**
- Campañas de concienciación sobre el buen uso de los productos y servicios. **Se han realizado diversas campañas sobre el buen uso de las instalaciones encuestando a los clientes su valoración de las mismas.**



- El impacto de Metro de Madrid sobre la sociedad que vive en nuestra comunidad, es muy elevado como demuestran las encuestas que realizamos, y en las que los habitantes de Madrid opinan que sobre diez puntos, **Metro obtiene las siguientes calificaciones:**
 - **Necesaria para la vida en la ciudad 9.01**
 - **Útil 8.97**
 - **Representativa de la ciudad 8.01**

Estos datos se recogen del amplio glosario de encuestas que realizamos (opinión, expectativas, información e imagen) que se realizan al menos una vez al año.

Además, en cuanto al empleo, Metro de Madrid aporta innumerables puestos indirectos en empresas suministradoras y proveedoras así como en empresas de consultoría y servicios, como vigilancia, limpieza, medición de la calidad del servicio, etc, al margen de los más de 5.300 empleos directos que mantiene.

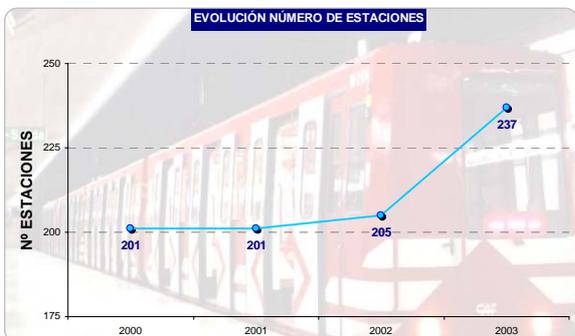
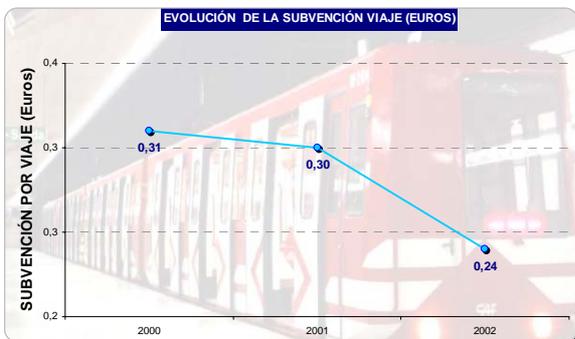
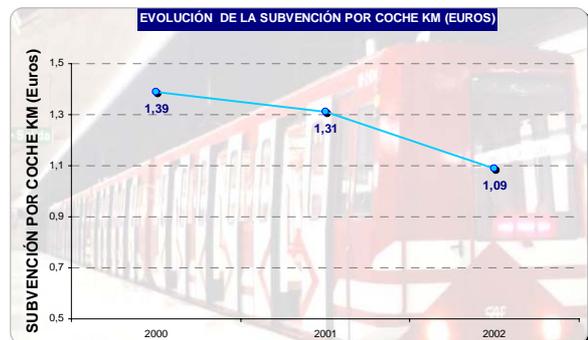
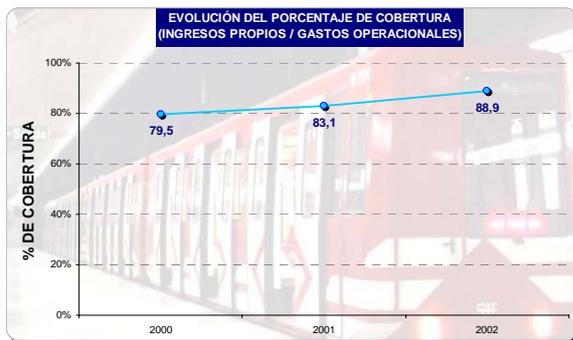
Metro de Madrid respeta el medio ambiente, consiguiendo una mínima contaminación en gases, líquidos y sólidos, disponiendo de sistemas de reciclado de agua, papel, etc. Además, Metro de Madrid se acaba de comprometer a limitar en la línea 8 en principio, pero con la voluntad de extenderlo a toda la red, una limitación de consumo de 4,5 Kwh por coche y kilómetro recorrido, lo que supone un consumo por viajero cinco veces inferior al que se produce en transporte privado.

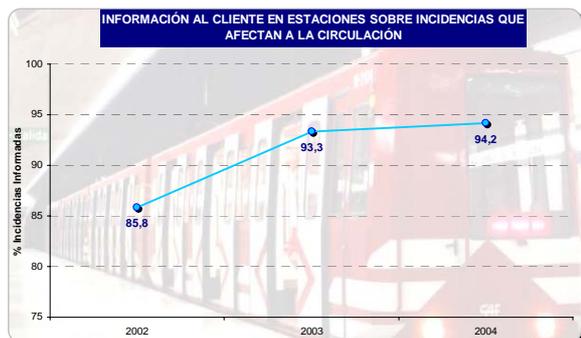
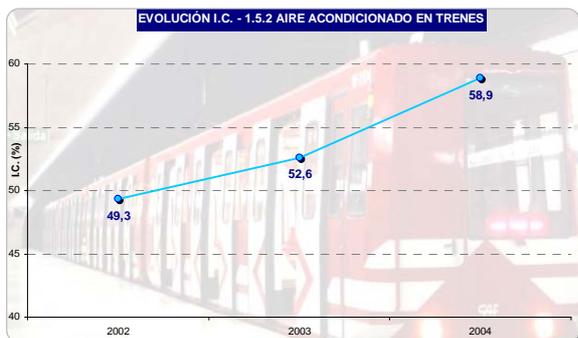
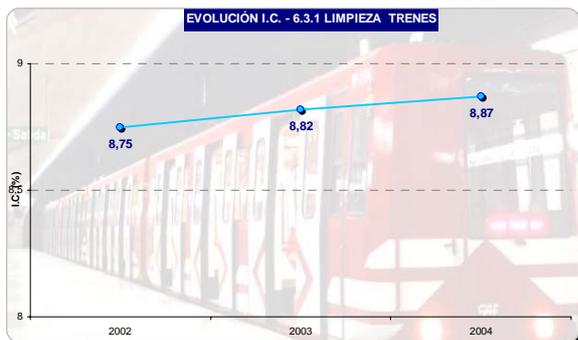
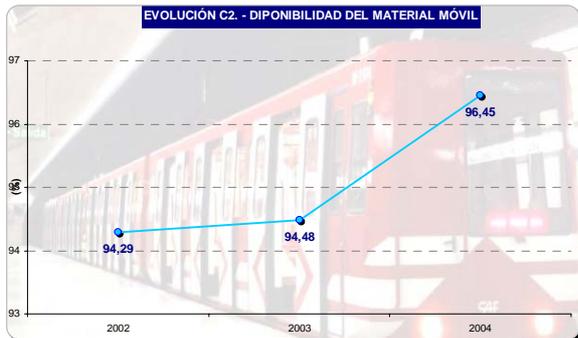
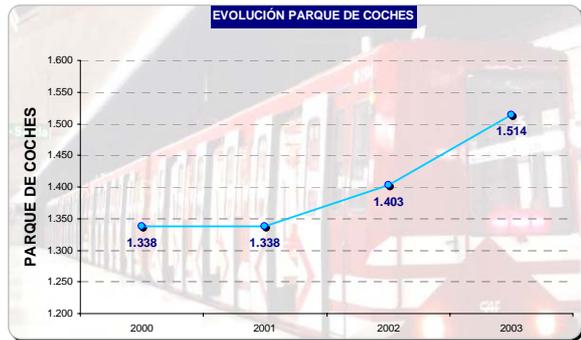
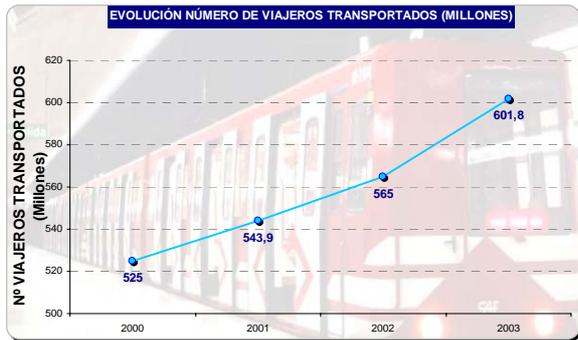
Por otra parte, es sabido su constante apoyo y promoción de eventos culturales, habiendo desarrollado en sus propias instalaciones conciertos de música, exposiciones fotográficas, de pintura, talleres para escolares, teatro, cine, etc

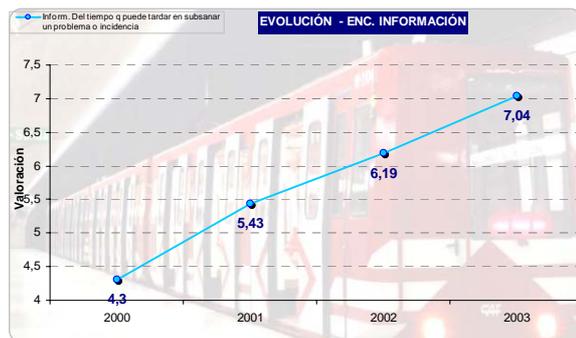
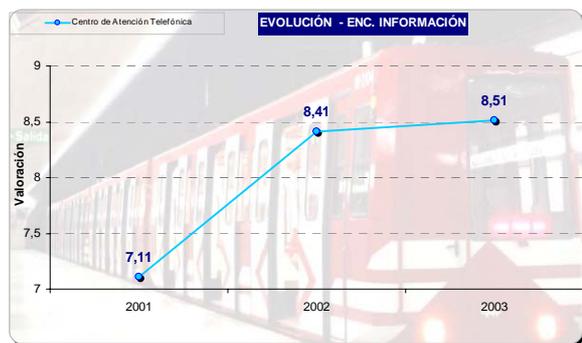
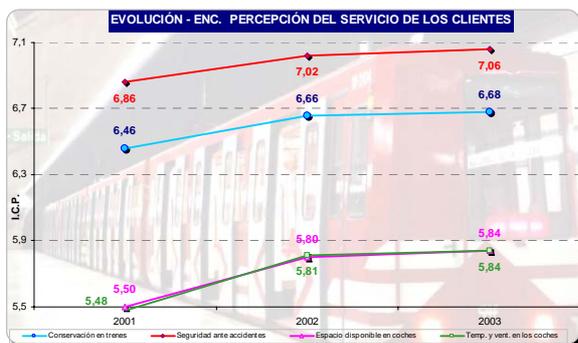
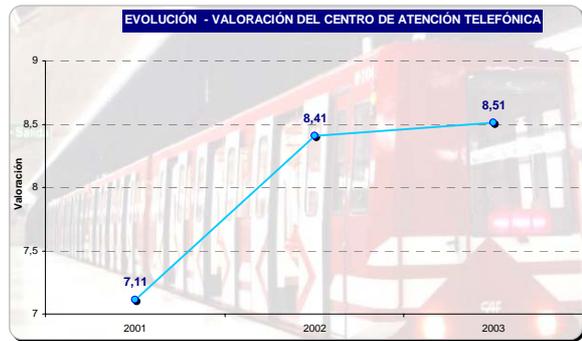
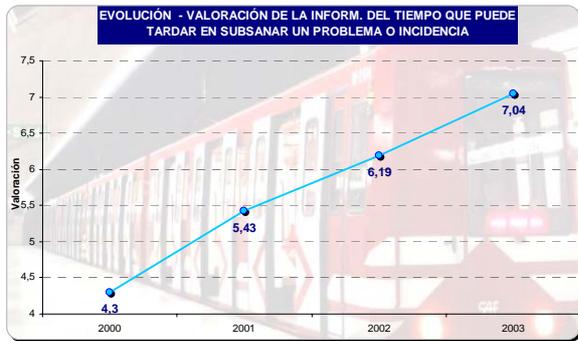
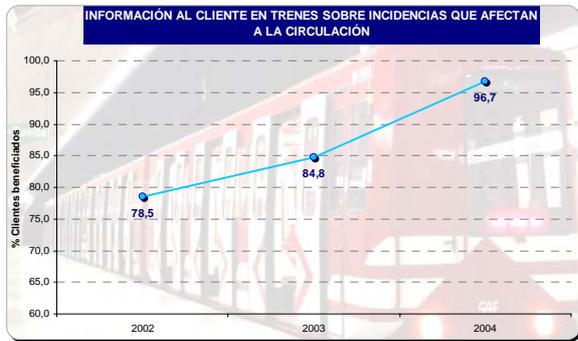
Metro de Madrid a través de la gestión eficaz de su servicio contribuye a prestar valor a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid, y es en este aspecto en el que la compañía se vuelca diariamente. Por otra parte, Metro de Madrid trabaja con el fin de reducir al máximo las subvenciones de fondos públicos que recibe de las autoridades competentes, y de esta manera representar cada vez menos carga para todos los contribuyentes.

CRITERIO 9 : RESULTADOS CLAVE EN LA ORGANIZACIÓN

9.a. y 9.b) Resultados e Indicadores







***SERVICIOS DE SALUD
PÚBLICA
ÁREA 1***

PROYECTO:

***“Mejora de la Salud
Pública del Distrito de
Vallecas”***





MEJORANDO LA SALUD PÚBLICA EN PUENTE Y VILLA DE VALLECAS. *Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas (2001-2005)*





INDICE

		Página
I.	Introducción	3
II.	Actividades	5
III.	Iniciativas de mejora	28
Criterio 1	Liderazgo	28
Criterio 2	Estrategia	30
Criterio 3	Personas	31
Criterio 4	Alianzas y recursos	33
Criterio 5	Procesos	35
Criterio 6	Resultados en los clientes	38
Criterio 7	Resultados en las personas	39
Criterio 8	Resultados en la sociedad	40
Criterio 9	Resultados clave	41
IV.	Resultados obtenidos	42
Criterio 1	Liderazgo	42
Criterio 2	Estrategia	44
Criterio 3	Personas	50
Criterio 4	Alianzas y recursos	52
Criterio 5	Procesos	55
Criterio 6	Resultados en los clientes	58
Criterio 7	Resultados en las personas	60
Criterio 8	Resultados en la sociedad	61
Criterio 9	Resultados clave	64
V.	Anexos	66



I. INTRODUCCIÓN

En el año 2000 se acordó entre el Gobierno de la Comunidad de Madrid, la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos de Madrid y la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de los Distritos Municipales de Puente de Vallecas y Vallecas Villa, poner en marcha un Plan de Inversiones en dichos distritos durante el periodo 2001-2005. Este acuerdo se plasmó en la Ley 17/2000 del 27 de diciembre de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el 2001, en la que aparece una dotación presupuestaria como ***Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas***.

Para el desarrollo de las actuaciones, se formó un **Equipo Técnico** con profesionales del Servicio de Salud Pública del Área 1 del Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad. Posteriormente se incorporaron técnicos contratados específicamente para este Plan. Los profesionales que intervienen en su ejecución, a todos los niveles organizativos, han asumido el planteamiento de prestar un **“servicio de calidad”** a los ciudadanos que viven y/o trabajan en el distrito de Vallecas.

El trabajo que se está realizando, ha supuesto un reto para todo el Equipo técnico por ser un proyecto nuevo y muy satisfactorio desde el punto de vista profesional, ya que está permitiendo realizar proyectos que debido a la limitación de recursos no había sido posible iniciar antes de la aprobación del *Plan*.

Los principios básicos que han regido el desarrollo de estas acciones han sido el **abordaje integral de la salud pública y el trabajo en equipo**, estableciendo criterios de calidad de la actuación administrativa, implantados progresivamente, atendiendo al **Modelo Europeo de Excelencia (E.F.Q.M.)**, planificados, sistematizados y revisados continuamente, teniendo en cuenta el objetivo de **“satisfacción del ciudadano”**.

Cabe resaltar que las actividades hasta ahora realizadas lo han sido contando con la **participación ciudadana** y profesional en la toma de decisiones. Es decir, este Plan se ha organizado en torno a la colaboración del Equipo Técnico, con la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de los Distritos Municipales de Puente de Vallecas y Vallecas Villa y con los profesionales de otras Instituciones y Organismos que trabajan en Vallecas, como la Gerencia de Atención Primaria del área 1 del Instituto Madrileño de Salud, el Centro Municipal de Salud



del Ayuntamiento de Madrid, los Servicios Sociales, las Juntas Municipales de Vallecas u otros organismos y Servicios de la Administración Pública.

Esta Colaboración se ha plasmado en la organización y liderazgo de la **Mesa de Coordinación del Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas**, donde los profesionales y vecinos **deciden** el desarrollo de actuaciones.

Las **líneas de actuación prioritarias del Plan, pactadas con los Vecinos**, se han concretado en:

1. Conocimiento de los patrones de morbi-mortalidad
2. Actuaciones en Promoción de la Salud y Educación Sanitaria
3. Estudio y control de los factores de riesgo medioambientales
4. Control de factores de riesgo alimentario

El desarrollo de las actividades incluidas en éstas líneas de actuación prioritarias se evalúan de forma continua tanto por la dirección del Servicio de Salud Pública como por los miembros de la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de los Distritos Municipales de Puente de Vallecas y Vallecas Villa.





Estos distritos municipales, pertenecen al Área de Salud 1 de la Comunidad de Madrid, y cuentan con **295.231 habitantes** (Censo de 2001).

Consideramos que con un número de habitantes en torno a las 300.000 personas, **el impacto** de las actuaciones puestas en marcha puede ser muy importante. No obstante, este impacto no siempre puede ser evaluado a corto plazo, dado que las actuaciones que se realizan en Salud Pública suelen presentar resultados a largo plazo sobre la salud de la población.

II. **ACTIVIDADES** ¹

De las actividades que se describen a continuación, unas afectan a todas las Líneas de trabajo, como es el caso de la Coordinación ó los Sistemas de Información y otras obedecen a los objetivos anuales consensuados con la participación vecinal, en consonancia a las líneas establecidas y que nos permitimos recordar:

- Conocimiento de los patrones de morbi-mortalidad
- Actuaciones en Promoción de la Salud y Educación Sanitaria
- Estudio y control de los factores de riesgo medioambientales
- Control de factores de riesgo alimentario

1.- COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Desde el comienzo del Plan se ha visto la necesidad de **priorizar y profundizar la coordinación entre las diferentes instituciones implicadas** en las actividades del Plan, al objeto de conseguir una mayor eficacia que **amplifique los beneficios sobre los ciudadanos** del distrito.

El objetivo de ésta actividad es sumar recursos, unificar criterios y procedimientos de actuación, buscando un efecto sinérgico entre las actividades de las diferentes Instituciones y Organismos.

¹ En la carpeta que acompaña a esta memoria se recogen como anexos las publicaciones, estudios, comunicaciones, material de difusión, ejemplos de actas y otra documentación que complementa la información que aquí se presenta



Así mismo la **participación de los ciudadanos** en la toma de decisiones implica a los afectados por la intervención, facilitando la viabilidad de las actuaciones.

Las instituciones con las que se han establecido mecanismos de colaboración son entre otras:

- ✧ Otras dependencias orgánicas de la Consejería de Sanidad: Dirección General de Planificación, Agencia Antidroga, Salud Mental y Gerencia de Atención Primaria Área I
- ✧ Ayuntamiento de Madrid: Concejalías de Medio Ambiente, Salud, Educación, Servicios Sociales, Juntas Municipales y Centro Municipal de Salud de Villa de Vallecas (CMS)
- ✧ Otras Consejerías de la Comunidad de Madrid: Educación, Medio Ambiente, Servicios Sociales e Industria e Innovación Tecnológica
- ✧ Cruz Roja Oficina de Madrid
- ✧ Centro Universitario de Salud Pública
- ✧ Instituto de Salud Carlos III
- ✧ Ministerio de Ciencia y Tecnología
- ✧ Asociaciones de Vecinos y ONG's.

2.- SISTEMAS DE INFORMACION

Se ha procedido a la creación, por parte del Departamento de Informática del Instituto de Salud Pública, de una **carpeta compartida exclusiva** en red interna para el personal del Servicio de Salud Pública que trabaja en el Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas.

Asimismo se ha puesto en marcha un proyecto piloto para la implantación de **un sistema de información geográfico en el Servicio**, al objeto de organizar la información ambiental obtenida y posibilitar su análisis espacial.

Los técnicos tienen acceso a **otros sistemas de información** que ya existían en el Servicio antes del comienzo del Plan. Desde el año 2003 todo el personal del servicio tiene acceso a internet y correo electrónico.



3.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

3.1.- ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El análisis de la situación de salud de la población constituye una línea de actuación prioritaria a partir de la cual se persigue identificar los problemas de salud que afectan a la población del distrito. La herramienta más empleada para cuantificar y valorar el estado de salud de la población son los indicadores de salud.

3.1.1.-Estudio demográfico del distrito. *Anexo 1*

Surge como un estudio previo al resto de estudios que se van a realizar en el contexto del Plan. Es sabido que el nivel de salud de una población resulta de la interdependencia de una amplia gama de factores, que en conjunto pueden condicionar su estado de salud de forma favorable o desfavorable. Entre los factores más importantes están los relacionados con las características propias de la población, tanto en cifras absolutas como en su distribución geográfica y en su estructura.

En éste estudio se analizan los siguientes factores:

- Evolución de la **densidad de la población** 1981/2001
- **Estructura de la población**, para conocer su composición por edad y sexo
- **Movimiento natural de la población**, determinado por nacimientos, defunciones y población inmigrante.
- **Aspectos socioeconómicos**, que definen el grado de desarrollo económico y social

3.1.2.- Estudio descriptivo sobre la mortalidad en Vallecas. *Anexo 2*

Las estadísticas de mortalidad se consideran una de las fuentes de información más importantes sobre el nivel de salud de la población.

El objetivo principal de este informe es estudiar la evolución de la mortalidad en Vallecas y compararla con la evolución observada en el conjunto de la Comunidad de Madrid.

En el informe se describe, en primer lugar, la **mortalidad general, las principales causas de muerte, años potenciales de vida perdidos (APVP) y la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE)**, que afectan a la población según sexo y edad en el período 1994-1998. Posteriormente, se comparan los



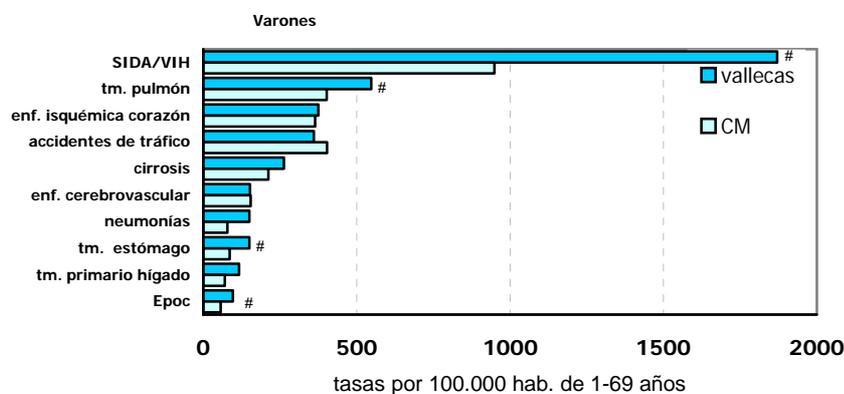
resultados obtenidos, tanto para Vallecas en conjunto como para los distritos de Puente y Villa, con los de la Comunidad de Madrid, para detectar aquellas patologías que presentan un exceso o defecto de mortalidad

Los principales resultados se comentan a continuación.

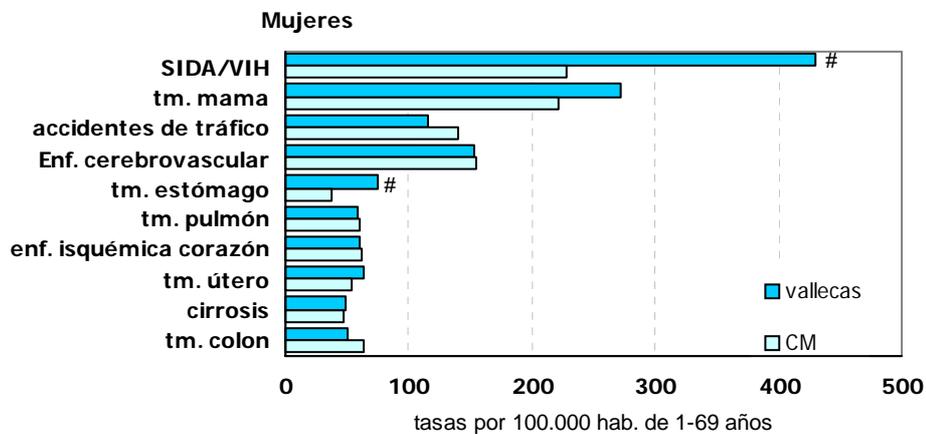
Resumen de los resultados más importantes

MORTALIDAD (Periodo 1994-1998)	
✓	Las principales causas de muerte son: Enfermedades del aparato circulatorio, tumores y enfermedades respiratorias (patrón semejante al de la Comunidad de Madrid).
✓	Hasta los 45 años, la primera causa de muerte es el SIDA/VIH en ambos sexos; en varones de 45-74 años el cáncer de pulmón; en mujeres de 45-64 años el cáncer de mama; en mayores de 65 años: cardiopatía isquémica en varones y enfermedad cerebrovascular en mujeres
✓	Por género, son los varones los que presentan un riesgo de morir un 14,3% superior, mientras que en las mujeres no se aprecian diferencias significativas, con respecto a la Comunidad.

TASAS ESTANDARIZADAS DE **Años Potenciales de Vida Perdidos** (APVP) POR CAUSAS DE LA LISTA REDUCIDA Y DETALLADA (CIE9). VALLECAS Y COMUNIDAD DE MADRID, 1994-1998



Diferencias estadísticamente significativas



3.1.3.- Estudio de morbilidad de las enfermedades transmisibles. *Anexo3*

El objeto de este estudio es **analizar la situación de las Enfermedades Transmisibles** en Vallecas, a partir de los datos disponibles recogidos a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, constituido por una serie de sistemas de información: Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria; Sistema de notificación de Alertas y Brotes Epidémicos; Registro de Casos de Tuberculosis; Registro Regional de SIDA/VIH; Registro de Infecciones que causan Meningitis.

3.1.4.- Análisis de los Comportamientos de riesgo relacionados con la salud:

Se explotan de los datos disponibles del Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo asociado a Enfermedades no Transmisibles (SIVFRENT) de la Consejería de Sanidad, referidos al distrito de Vallecas



3.2.- IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE RIESGO AMBIENTAL

La industria tradicionalmente ha estado ligada, desde un punto de vista ambiental, a la emisión de efluentes gaseosos, vertidos líquidos y generación de residuos con incidencia en el medio ambiente y en la salud. Asimismo, los procesos que se realizan en la industria requieren operaciones de almacenamiento y manipulación de sustancias, preparados y residuos tóxicos que, en ciertas circunstancias, pueden generar vertidos accidentales o situaciones de emergencia por incendio, explosión, etc., con riesgo para la salud de las personas.

Es preciso tener en cuenta, que **el riesgo para la salud que una determinada industria puede producir depende de un gran número de factores** y que el riesgo ambiental y sobre la salud asociado a la industria es un aspecto de la actividad que no se puede eliminar de manera completa. **Resulta pues de gran importancia, conocer este riesgo y determinar la probabilidad y los factores que los desencadenan**, a fin de establecer los sistemas de gestión interior (métodos y actuaciones que las empresas deben desarrollar para la minimización de sus riesgos) y exterior (actuaciones coordinadas que desde diferentes instancias establecen las pautas de control y eliminación del riesgo cuando éste pueda producirse) que se precisen.

En cuanto a la contaminación atmosférica, se han estudiado los **contaminantes criterio** (sustancias comunes, perjudiciales para la salud y el bienestar de los seres humanos, en cuyos niveles de concentración atmosférica se han basado los criterios de calidad del aire). Internacionalmente los contaminantes criterio son: Monóxido de carbono (CO), Óxidos de azufre (SO_x), Óxidos de nitrógeno (NO_x), Ozono (O₃), Plomo (Pb) y Partículas en suspensión.

Las actividades realizadas en este campo son las siguientes:

3.2.1.- Identificación y georreferenciación de la industria existente en Vallecas.

Para conocer la **industria existente en Vallecas**, se cuenta con el Mapa de Industria Química elaborado recientemente por el Instituto de Salud Pública, con la información suministrada por el Registro Industrial de la Consejería de Economía de la Comunidad de Madrid y con el trabajo de campo para actualizar la información y evaluar la importancia real (tamaño, medidas preventivas, etc.) de las industrias ubicadas tanto en polígonos industriales como en zonas residenciales. De todos estos establecimientos se han seleccionado los que responden a problemáticas concretas en relación con su posible impacto sobre la salud.



La **georreferenciación**, o asignación de coordenadas a las ubicaciones de las industrias para su incorporación a bases de datos geográficas utilizables por programas de cartografía, nos va a permitir localizar dónde se producen los riesgos más significativos en los distintos elementos del medio (calidad del aire, agua, suelo, generación de ruidos, etc.) a fin de realizar una sectorialización del impacto que la industria produce en Vallecas, especialmente en los espacios sanitariamente más sensibles.

3.2.2.-Caracterización de la problemática ambiental asociada a las diferentes actividades industriales: Elaboración de informes sectoriales sobre las implicaciones y problemas específicos que pueden originar las industrias de los diferentes sectores industriales que desarrollan su actividad en Vallecas.

En este punto, se pretende analizar la legislación que afecta a las actividades industriales representadas en Vallecas y recopilar información de diversas fuentes en relación con el impacto en salud de determinadas actividades industriales. Con esta información se va elaborar la documentación que permitirá realizar una valoración inicial de los posibles efectos de las diferentes actividades sobre la salud.

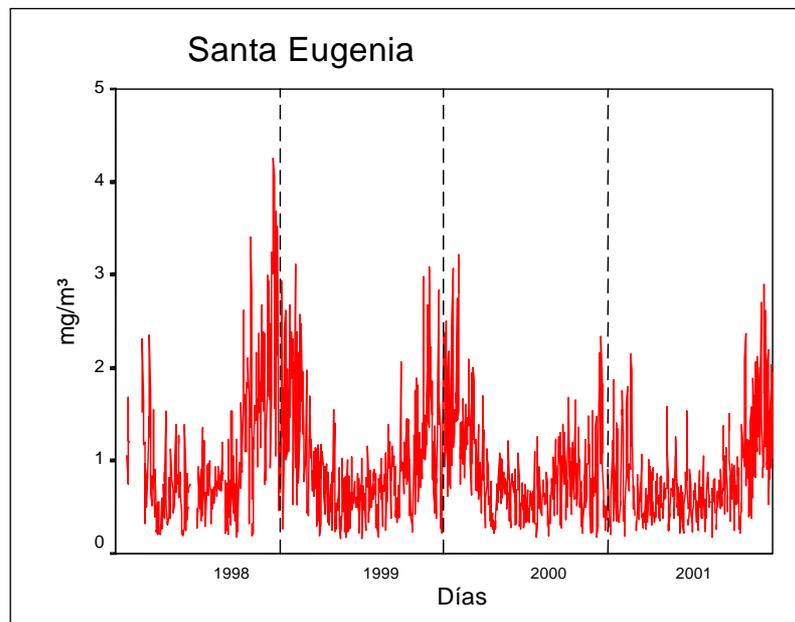
3.2.3.- Valoración de los riesgos ambientales asociados a los diferentes procesos industriales.

Este estudio se encuentra en la actualidad en la fase de campo, una vez superadas las fases de revisión bibliográfica, diseño y elaboración del protocolo para efectuar la recogida de información en las industrias del distrito.



3.2.4.- Identificación de riesgos ambientales asociados a la contaminación atmosférica y ruido.

Se dispone de las series de valores medios diarios de los contaminantes criterios para cada una de las dos estaciones existentes en el distrito (Puente de Vallecas y Santa Eugenia) y cada contaminante y se ha realizado un análisis descriptivo de los valores medios diarios de cada contaminante para cada estación, calculando diferentes estadísticos.



3.2.5.-Estudio de Biomarcadores (Estudio Piloto de Vigilancia de la Exposición a Contaminantes Ambientales mediante Biomarcadores), para conocer el impacto de la exposición de la población a determinados contaminantes ambientales. *Protocolo de investigación anexo 4*

Las emisiones de contaminantes al medio ambiente, consecuencia de los cambios en los métodos de producción y en los estilos de vida, hacen que la población general esté expuesta diariamente a una gran cantidad de sustancias tóxicas presentes en su entorno, tanto en el aire como en el agua y en los alimentos que consume. Los niveles de exposición son generalmente bajos, inferiores a los encontrados en el medio laboral, pero su impacto sobre la salud es muy importante, dado el carácter generalizado de la exposición. Sin embargo, los datos sobre niveles de contaminación ambiental son escasos, tanto dentro como fuera de España, y todavía



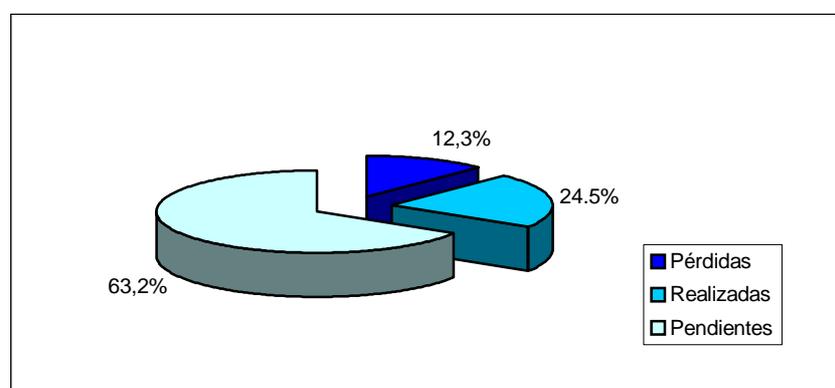
son más escasos los datos sobre los niveles efectivos que alcanzan los contaminantes ambientales en los órganos diana. Por otra parte, los factores genéticos cobran cada vez mayor importancia, ya que modulan la susceptibilidad individual a estas enfermedades, y la interacción entre factores ambientales y genéticos constituye en este momento un área de investigación de gran interés.

Se ha establecido un acuerdo de colaboración entre la Consejería de Sanidad y el Instituto Carlos III para la realización del proyecto con título "Estudio piloto de vigilancia de la exposición a contaminantes ambientales mediante Biomarcadores en dos áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid" (distritos de Puente y Villa de Vallecas en el área sanitaria 1 y área 10). El Estudio de Biomarcadores se encuentra en fase de captación de participantes voluntarios, tríos constituidos por recién nacido, madre y padre en número de 150. Se espera concluir el estudio (toma de muestras, análisis, creación de base de datos, estudio y conclusiones) a lo largo del año 2004.

Datos preliminares de captación del Estudio de Biomarcadores

✓ Asisten 310 embarazadas en las 16 sesiones celebradas en los 10 centros de salud con clases de preparación al parto.
✓ No cumplen los requisitos necesarios para ser incluidas en el estudio 50 mujeres (16.13%)
✓ Captadas: 65 parejas, la tasa de participación es del 25%.
✓ Perdidas: 8 tríos (12.30% de las captadas)
✓ Se han completado de momento 14 tríos (24.5% de las captadas), es decir, padre, madre e hijo.

Captación de sujetos para el estudio





3.3.- INFORME SOBRE PERCEPCIÓN DE RIESGOS AMBIENTALES POR LA POBLACION ²

El conocimiento de la percepción que las personas tienen sobre los riesgos ambientales, sus preocupaciones, interpretaciones o fuentes de información son de gran importancia para establecer actuaciones coherentes en relación con la gestión de estos riesgos y la mejora de la salud. Para profundizar en este conocimiento y valorar las expectativas de la población en este ámbito se ha incluido una pregunta en el SIVFRENT dirigida a evaluar la percepción que los ciudadanos tienen acerca del efecto sobre la salud de algunos riesgos ambientales.

En el año 2003 se ha realizado una investigación específica para conocer la importancia que los ciudadanos de Vallecas conceden a los riesgos ambientales para la salud y la valoración que les merece la información que reciben sobre ellos.

En primer lugar se realizaron dos **Grupos Focales ó de discusión**, (uno de mayores y otro de menores de 40 años) con el objetivo de detectar variables cualitativas, actitudes y sentimientos relacionados con la salud y los riesgos derivados del medio ambiente. A continuación se realizó una encuesta cuantitativa en función de los resultados obtenidos en los grupos anteriormente citados

² Resultados preliminares en el anexo 5



VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL RIESGO PARA LA SALUD

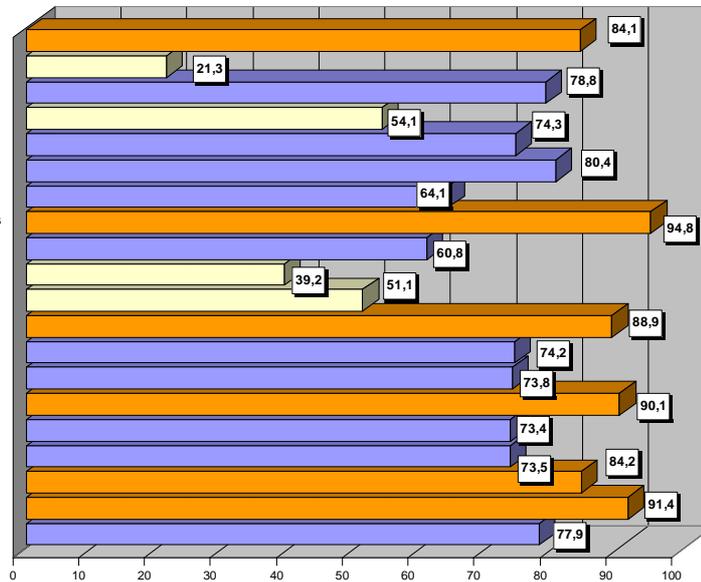


Porcentajes correspondientes a respuesta **Mucho + Bastante**

Riesgos ambientales

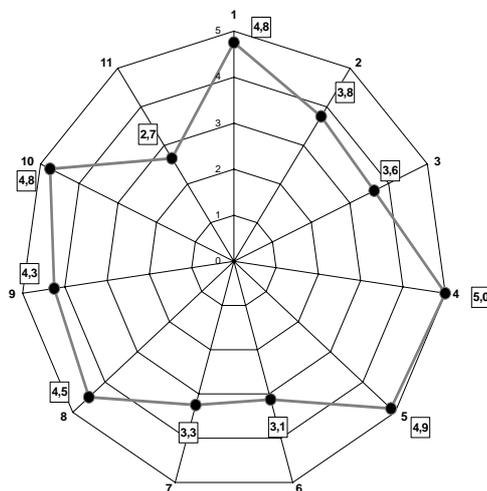
- 20. Áreas incontroladas basuras
- 19. Aguas residuales riego parques
- 18. Excrementos caninos parques
- 17. Tintorerías, etc. bajos vivienda
- 16. Humedades y mohos vivienda
- 15. Cucarachas, ratas y vectores
- 14. Productos químicos hogar
- 13. Humo tabaco espacios cerrados
- 12. Tendidos eléctricos AT
- 11. Uso teléfono móvil
- 10. Antenas de telefonía móvil
- 9. Contaminación atmósfera
- 8. Cambio climático
- 7. Ozono en verano
- 6. Polen
- 5. Incineración de residuos
- 4. Contaminación del agua
- 3. Contaminación del industrias
- 2. Contaminación tráfico
- 1. Ruido

n = 701



Percepción de la Influencia en la Salud de los Riesgos Ambientales en la Población de Vallecas

Resultados de la encuesta sobre percepción de riesgos ambientales



Relación de Riesgos

1. Ruido
2. Antenas telefonía
3. Tendidos eléctricos
4. C. grandes ciudades
5. C. tráfico
6. C. Industrial
7. Contaminación del agua
8. Vertedero de residuos
9. Alimentación
10. Incineración
11. Fumador pasivo

Resultados en relación a los riesgos ambientales percibidos por el Grupo focal de menores de 40 años



Los resultados permiten afirmar que la estrategia de intervención en Sanidad Ambiental se ajusta a las necesidades y que habrá que incidir en estrategias de información más eficaces en algunos temas.

4.- RIESGOS AMBIENTALES ASOCIADOS A LA TRANSMISIÓN DE LEGIONELOSIS

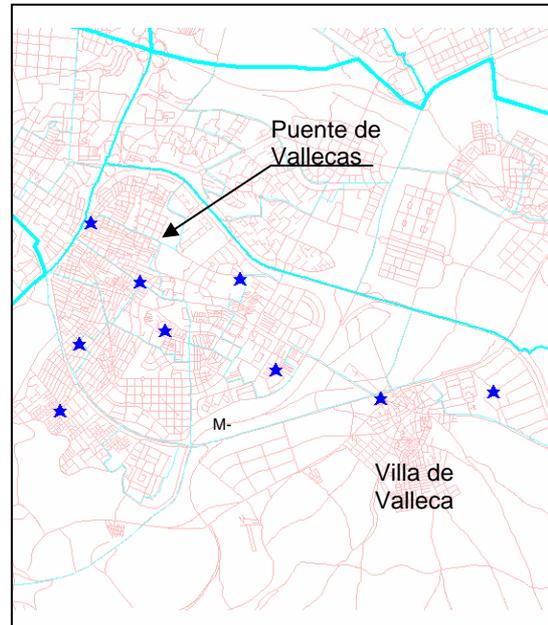
Las actuaciones llevadas a cabo han ido encaminadas a la actualización de los censos ya existentes de las instalaciones consideradas de riesgo en la transmisión de la legionelosis, así como a la tipificación de las instalaciones según el riesgo. Se realiza también el seguimiento y control de las instalaciones con el fin de verificar el cumplimiento de la normativa vigente. Asimismo se procedió a la georreferenciación de todas las instalaciones, con el fin de ubicarlas en el futuro Mapa de Riesgos del distrito de Vallecas.

5.- RIESGOS AMBIENTALES ASOCIADOS A LA DISTRIBUCIÓN DE AGUA Y TRATAMIENTO DE LA MISMA

5.1. - Realización de un informe sobre calidad de agua en Estaciones Oficiales de Muestreo (EOM) ubicadas en el distrito. Se ha estudiado la evolución, a lo largo del período 1996 - 2001, en el número de análisis completos, mínimos y normales realizados en las Estaciones Oficiales de Muestreo (EOM) de los dos distritos de Vallecas, así como los efectuados en los puntos de la red de distribución de las dos zonas que corresponden a estos dos distritos. Se ha contabilizado, para cada parámetro y punto de muestreo, el número de superaciones de los valores determinados por la legislación, así como el porcentaje de cumplimiento de los estándares y, por último, se han calculado los valores medios anuales de cada parámetro en cada punto de muestreo.



Localización de los puntos de muestreo para la vigilancia de la calidad del agua en los distritos de Vallecas.



5.2.- Valoración de riesgos asociados a metales en la red de distribución domiciliaria (plomo, níquel). Se han definido los protocolos y la estrategia de muestreo e investigación de campo, laboratorio y análisis de resultados, para la realización del estudio "Análisis de los niveles de plomo, cobre, níquel, hierro y cromo en el grifo del Consumidor".

5.3.- Identificación y evaluación de riesgos asociados a estaciones depuradoras y calidad de curso de aguas.

6.- INVESTIGACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD PERCIBIDAS POR LA POBLACION

6.1.- ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS NECESIDADES DE SALUD PERCIBIDAS POR LA POBLACION

El estudio implica un proceso de Investigación - Acción con los vecinos y profesionales socio sanitarios de Vallecas, encaminado tanto a conocer demandas referentes a la atención sanitaria de la zona, como a generar alternativas de trabajo **unificando estrategias y movilizand**



los esfuerzos de las Instituciones y Organismos implicados en el mismo sentido y dirección. *Anexo 6*

6.2.- ENCUESTA REGIONAL DE SALUD

Se han analizado los resultados de la Encuesta Regional de Salud, realizada en el año 2001, referentes al distrito sanitario de Vallecas. El estudio recoge información sobre la calidad de vida, morbilidad percibida y dependencia funcional de la población de Vallecas y su comparación con el conjunto de la Comunidad. Se dispondrá de resultados a lo largo del año 2004.

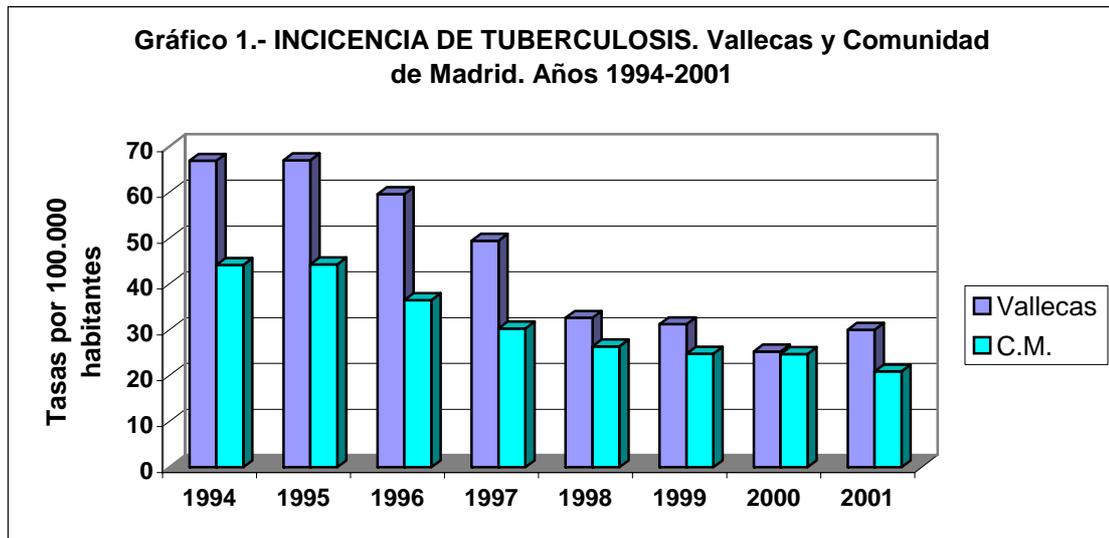
7.- VIGILANCIA Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

No hay ninguna duda en que para el control de la enfermedad tuberculosa, son imprescindibles la detección precoz, el tratamiento de los enfermos hasta su curación y la identificación de los contactos infectados. La larga duración del tratamiento, el número de comprimidos diarios y las situaciones sociales frecuentemente asociadas, hace que el cumplimiento del tratamiento por los enfermos sea complicado, conduciendo al abandono de tratamiento y por tanto a la aparición de cepas resistentes a los fármacos antituberculosos.

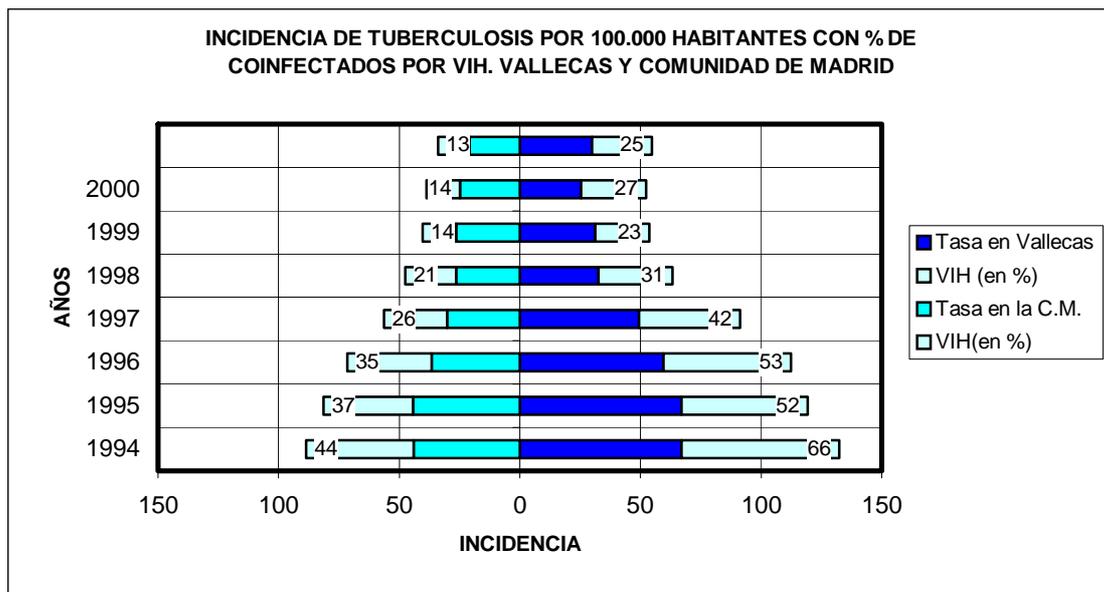
Desde el inicio de las actuaciones del Plan y como parte de las acciones para el incremento del nivel de salud de la población del distrito, se planteó aumentar el control de la tuberculosis mediante la realización de Tratamientos Directamente Observados (TDO) y Tratamientos Directamente Supervisados (TDS), en pacientes que por sus circunstancias personales y sociales podrían ser candidatos al abandono del tratamiento antituberculoso antes de su curación.

Los motivos de la inclusión de esta actividad en el Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas, fueron los siguientes:

.- Vallecas es uno de los distritos que presenta tasas de incidencia mayores en la Comunidad de Madrid. Tiene incluso el dudoso privilegio de haber sido el de mayor incidencia en los primeros años desde el inicio del Registro Regional de Casos de la Comunidad de Madrid (Grafico 1).



- En Vallecas, los factores de riesgo asociados con la Tuberculosis más frecuentes en estos últimos años han sido la coinfección con el VIH y ser usuarios de drogas. Este tipo de pacientes tienen una tasa de abandonos de tratamiento más alto que en la población general, y son la población diana para este tipo de seguimientos con TDO o TDS.





.- Se contaba con la experiencia previa de colaboración con Cruz Roja Española Oficina de Madrid para la realización de este tipo de tratamientos en la Comunidad de Madrid mediante su Unidad Móvil. En agosto de 2001, se firmo un Convenio entre la Cruz Roja y la Dirección General de Salud Pública (*anexo 7*) por el que incorporaron al Área 1 un equipo formado por dos Diplomados Universitarios de Enfermería y un Auxiliar de Clínica constituidos en una unidad para el trabajo de Campo de TDO ó TDS.

8.- ACTUACIONES EN COLECTIVOS DESFAVORECIDOS

8.1.-Se han identificado las Asociaciones de **Ayuda Mutua** de la zona a las que se invitó a participar en una Feria de Ayuda Mutua y salud celebrada en Octubre del 2002, con una participación de 32 asociaciones locales y regionales.

8.2.-Se ha realizado un curso de "Metodología para la realización de Proyectos Subvencionados" dirigido a profesionales socio sanitarios de Asociaciones y ONG's de Vallecas que llevan a cabo programas de Educación para la Salud en noviembre 2003. La media en la valoración global del curso en una escala de 0 a 10, ha sido 7.00.

8.3.--Dos técnicos del Servicio de Salud Pública colaboran en las actividades de las redes de comunicación y participación entre las distintas instituciones y asociaciones dedicadas a la atención de la población **inmigrante** de la zona, con el fin de realizar un proyecto común. En este sentido y durante el año 2003, se ha iniciado un estudio de la situación de la inmigración en Vallecas centrado en la vivienda, empleo, educación y salud a través de la **Mesa de Convivencia del distrito liderada por el Centro de Atención Social a Inmigrantes (CASI)** de Vallecas. Igualmente en el año 2004 se pretende potenciar la figura del responsable de inmigración que ya existe en los Centros de Salud de la zona.

8.4.--Proyecto de Voluntariado; el proyecto "Voluntariado en Atención Primaria" surge como iniciativa del Consejo de Salud de Portazgo, para dar respuesta a las necesidades de mejora de la calidad de vida de los mayores de la zona; para ello se elaboró este proyecto que se sustenta en la idea de crear un cuerpo de voluntarios dependientes del centro de salud, que ayuden a los mayores de la zona en aspectos relacionados con el aislamiento, comunicación y problemas de acceso a los Servicios sanitarios. Este proyecto ya se ha puesto en marcha en los Centros de Salud "Peña Prieta", "Numancia I" y "Numancia II". *Anexo 8 cartel y díptico*



Instituto de Salud Pública
Área I



Cartel del proyecto de voluntariado

VOLUNTARIADO VALLECAS

VOLUNTARIADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ayuda
a los
mayores
**Da
la cara**




Salud Pública Vallecás
por siempre siempre en sus mejores momentos

 **Área 1**
Atención Primaria




COMUNIDAD DE MADRID
Comunidad de Madrid

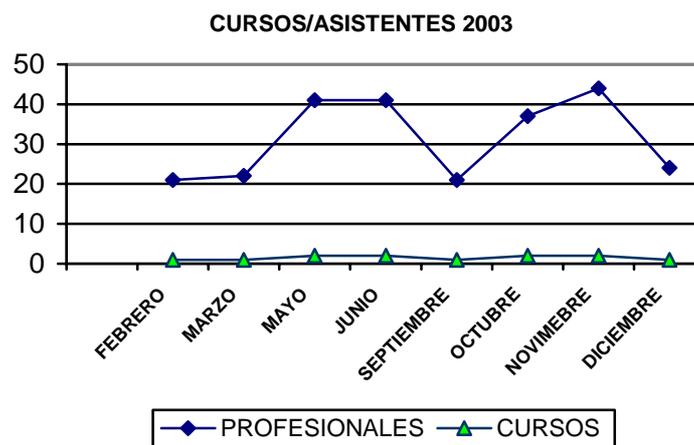


9.- ABORDAJE INTEGRAL DEL TABAQUISMO

En noviembre del año 2002 comenzaron las actividades de una unidad estable especializada en el abordaje del Tabaquismo denominada EQUIPO PARA LA PROMOCION DE ENTORNOS SIN TABACO, que se encarga de la **formación de los profesionales de Atención Primaria**, con objeto de que estos puedan intervenir sobre la población general, ofreciendo terapias de deshabituación y **formación del personal docente de los Institutos de Educación Secundaria de Vallecas**. La Unidad la forman 1 médico, 1 Diplomado Universitario en Enfermería y un administrativo contratados para este fin con fondos del Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas. Las actividades desarrolladas durante 2003 han sido:

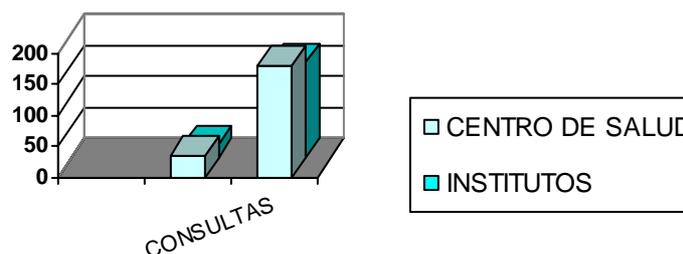
Formación

- 12 Cursos "Prevención y Tratamiento del consumo de tabaco en Atención Primaria", (acreditados con 4,5 créditos por la Agencia Lain Entralgo)



Consultas

- Consultas de deshabituación realizadas durante el año 2003 en los Centros de Salud y en los Institutos de Enseñanza Secundaria.





10.- INTERVENCIONES EN CENTROS EDUCATIVOS

Las actuaciones del Plan se presentaron en **la Mesa de Salud Escolar de Vallecas/Moratalaz**, que es el órgano de participación y decisión para las actividades que se quieren desarrollar en los centros de enseñanza. Estas Mesas de Salud Escolar se encuentran constituidas en todo el territorio de la Comunidad de Madrid a nivel área sanitaria, distritos municipales ó agrupación de distritos.

Desde estas Mesas se impulsan, potencian y se realiza el seguimiento y evaluación de los proyectos de Educación para la Salud subvencionados por la Dirección General de Salud Pública en Vallecas. Igualmente se colabora en la formación del profesorado en temas de salud, a través del Centro de Atención al Profesorado (CAP).

Además de otras actividades desarrolladas por Salud Pública en el área, como puede ser el envío de material de Educación para la salud, la oferta a los colegios de primaria de "Desayunos Saludables", ó el control y educación sanitaria sobre pediculosis, queremos destacar como proyectos en marcha:

- El diseño de un proyecto de valoración de los menús ofertados en los comedores Escolares.
- La definición de un cuestionario y protocolo de evaluación ambiental de los centros docentes, considerados como espacios ambientalmente sensibles.

11.- ATENCIÓN Y CANALIZACIÓN DE LAS DEMANDAS DE LA POBLACIÓN

Se ha realizado un estudio de las condiciones de vivienda y problemas de salud de los vecinos del Barrio Viejo (*anexo 9*). Surgido a demanda de la *Asociación de vecinos "Barrio Viejo" de Puente de Vallecas* dado el estado de sus viviendas y la consiguiente preocupación de estos vecinos en relación a la posible repercusión sobre la salud de sus habitantes.



Instituto de Salud Pública
Área I



Portada del estudio de barrio Viejo surgido a demanda de la asociación de vecinos de la zona

ESTUDIO SOBRE CONDICIONES DE VIVIENDA Y SALUD
BARRIO VIEJO: ÁREA DE PLANEAMIENTO INCORPORADO
(PERI 14.4: API 13.09 MARTÍNEZ DE LA RIVA)

Junio de 2003.



Instituto de Salud Pública
Área I



Salud Pública Vallecas
plan integral de mejora en salud pública de vallecas



12.- CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DONDE SE ADQUIEREN Y/O CONSUMEN ALIMENTOS (comercios minoristas de alimentación, bares, comedores de guarderías, colegios y centros de día).

Estas actuaciones dependen de los Servicios Sanitarios y de Consumo de las Juntas Municipales de Villa de Vallecas y Puente de Vallecas. No obstante y **como muestra de la colaboración e intercambio de información** desarrollada por el Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas, los responsables de estas actividades han informado en la Mesa de Coordinación del resultado de las inspecciones efectuadas en el año 2003 a los comedores de los centros escolares, residencias de la tercera edad y restaurantes exóticos. *Anexo 10.*

Para el año 2004 se tiene previsto que igualmente se proporcione información del resultado de las campañas de inspección a los comedores de colegios y guarderías, así como de la campaña específica iniciada sobre pastelerías y carnicerías.

13.- IMPLEMENTACION DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD QUE NOS HAN CONDUCIDO A LA PRESENTACIÓN DE UNA CANDIDATURA A LA V EDICIÓN DEL PREMIO A LA EXCELENCIA Y CALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO

El comienzo de las actividades del Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas ha propiciado que la dirección del Servicio haya planteado un proceso **de evolución hacia la mejora continua** de las actividades propias del Servicio de Salud Pública del Área I, comenzando con las relacionadas con dicho Plan. Estos planteamientos se han traducido en las siguientes actividades:

- ✧ Formación del personal del Centro de Salud Pública en Gestión de Procesos.
- ✧ Presentación a la V Edición del Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público.
- ✧ Simplificación progresiva de los Procesos del Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas. buscando de forma prioritaria la **satisfacción de los ciudadanos**, que son alrededor de 300.000 personas residentes en Puente y Villa de Vallecas.



14.- **DIFUSIÓN DE LA INFORMACION**

Para dar publicidad y difusión al Plan Integral de Mejora en salud Pública de Vallecas, así como divulgar la información más relevante de las actividades que se están realizando, se ha diseñado una campaña de comunicación, en la que se destaca:

- ✧ **Página Web** que recoge información, noticias, estudios e informes relacionados con el Plan Vallecas, e incluye un buzón de sugerencias:
www.madrid.org/sanidad_planvallecas (la página web de la que cuelgan los contenidos del Plan, se encuentra en periodo de pruebas).
- ✧ Participación en las actividades e información de las actuaciones en los **Consejos de Salud de Vallecas**, órganos de participación ciudadana y profesional.
- ✧ Publicación de **documentos técnicos** sobre estudios realizados. En la actualidad se ha publicado **“Mortalidad en Vallecas”** (documento técnico nº 77, editado por el Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad). Se tiene previsto editar otros estudios a lo largo del 2004.
- ✧ **Material de difusión del Plan (trípticos, posters y logo) *anexo 11***



la salud de Vallecas es tu salud



¡tenemos un plan!

- > Un plan para Vallecas que garantice la calidad de vida de todos los que vivimos aquí.
- > Un plan que ya está actuando y en el que estamos implicados vecinos, Ayuntamiento y Comunidad de Madrid.
- > Es el **Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas** y tienes que conocerlo.

> www.madrid.org/sanidad_planvallecas





III. INICIATIVAS DE MEJORA

Criterio 1: LIDERAZGO

Destacamos el desarrollo e implicación en la misión y la motivación de la dirección, así como la participación de los ciudadanos tanto para conocer sus necesidades y percepciones, como a la hora de la toma de decisiones y la atención y valoración técnica de la demanda poblacional.

- ✧ Se ha realizado un **Estudio Cualitativo** para conocer los problemas de salud percibidos por la población.

Este estudio implica un proceso de Investigación - Acción con los vecinos y profesionales socio sanitarios de Vallecas, encaminado tanto a conocer demandas referentes a la atención sanitaria de la zona, como a generar alternativas de trabajo, unificando estrategias y movilizand los esfuerzos de las Instituciones y Organismos implicados en el mismo sentido y dirección.

Presenta un diseño novedoso, consistente en que la segunda fase del estudio ha ido encaminada a la realización de un conjunto consensuado de propuestas de actuación, de promoción de la salud, para abordar las necesidades detectadas en la primera fase del estudio. Se utilizará como guía de trabajo durante los años de vigencia del Plan.

- ✧ Se convocan y lideran reuniones periódicas entre el Equipo técnico, los profesionales de los otros organismos implicados y la **Coordinadora de Asociaciones de Vecinos** para conocer sus opiniones, recoger sus sugerencias y reorientar actividades.

En esta denominada **Mesa de Coordinación del Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas**, los técnicos y los vecinos deciden el desarrollo de actuaciones. Los acuerdos se recogen en actas. *Anexo 12 (ejemplos de actas)*

- ✧ Existe un proceso de retroalimentación directo y constante con los técnicos del Servicio, que se traduce en reuniones previas a la Mesa de Coordinación del **Equipo técnico** para informar, reformular, y/o sugerir cambios. La información se recoge en actas. *Anexo 12*



- ✧ Estímulo de la dirección para la implantación de la gestión por procesos.

Entre el año 2002 y 2003 se han formado 4 técnicos superiores en gestión de procesos (Jefe de Servicio, un Jefe de Sección y dos técnicos superiores contratados para el desarrollo de actividades del Plan Integral de Mejora en Salud Pública en Vallecas).

- ✧ Implantación de un proceso de Auto evaluación. *Anexo 13*
- ✧ Atención personal de la dirección a la demanda de las Asociaciones de Vecinos de Vallecas. La demanda se analiza y se deciden actuaciones de los solicitantes con los técnicos implicados.

Demanda para la realización del Estudio de barrio Viejo

Muy Sra. mía:

Como Asociación de Vecinos Barrio Viejo de Puente de Vallecas, venimos a solicitarle que por parte de este Servicio de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Madrid, se realice un informe sobre los problemas de salud que están acaeciendo desde hace mucho tiempo, y que afectan a la zona que corresponde al Plan General de Urbanismo, en su sección PERI 14,4, Martín de la Riva (API 1309), especialmente en la zona que corresponde a la bolsa de deterioro urbano; como asociación y al tiempo afectados, estamos a su disposición para facilitarles cuanta documentación pueda serles útil en la elaboración del citado estudio. Por ello adjuntamos a este escrito de solicitud, los documentos siguientes:

- 1.- Plano de la zona a estudiar
- 2.- Relación provisional de vecinos afectados (que se completará posteriormente)
- 3.- Informe técnico realizado por un arquitecto sobre la zona y sus condiciones

Habida cuenta de que el estudio que le solicitamos realizar es una petición que nos hace el Juzgado ante el que tenemos presentada demanda, les rogamos que una vez realizado el estudio sea remitido a la siguiente dirección:

Sala de lo Contenciosos Administrativo. Sección
Primera Recurso nº 977/2001
Tribunal Superior de Justicia
C/ General castaños 1
28004 Madrid

En la confianza de que nuestra demanda pueda ser atendida en el menor plazo de tiempo posible, como Subsecretaria de la Asociación Barrio Viejo firmo el presente en Madrid, a treinta de junio del año dos mil dos.

Fdo:
Subsecretaria de la Asociación Barrio Viejo
C/ Uceda nº 110
28053 Madrid

Teléfonos : 914 77 38 20 y 667 95 63 98 (preguntar por María José)

SERVICIO DE SALUD PÚBLICA ÁREA I
DE LA COMUNIDAD DE MADRID



Criterio 2: ESTRATEGIA

Se valoran las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés. Se fomenta el intercambio de Información y la producción científica. Se revisan periódicamente las líneas estratégicas y se ha iniciado el esquema de procesos clave.

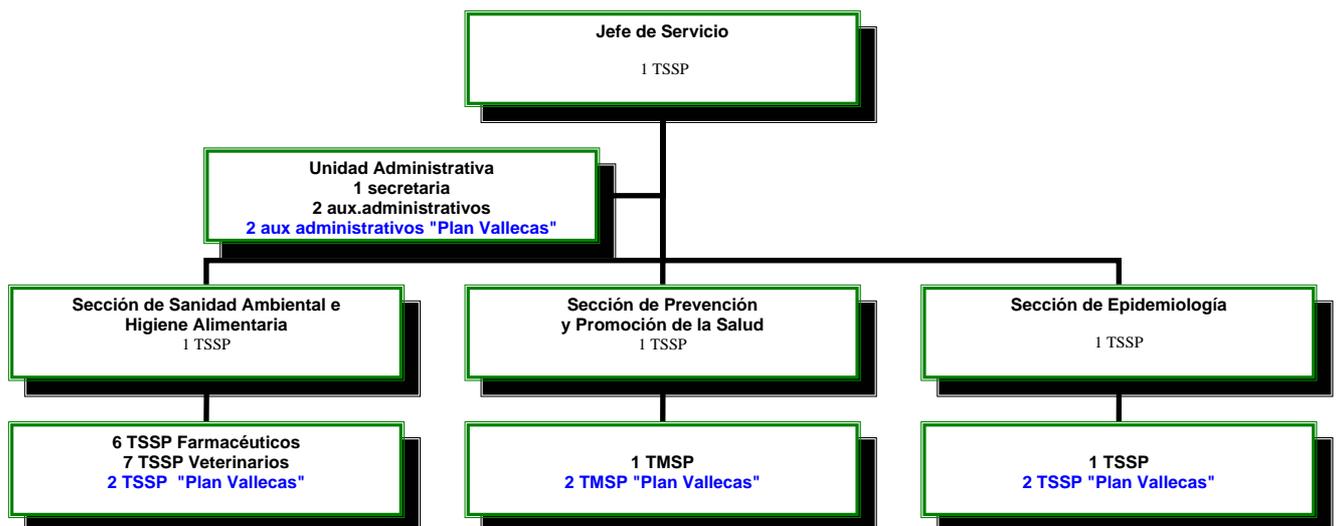
- ✧ Se realiza una recopilación constante de información y sugerencias de los vecinos del distrito a través de las reuniones mensuales, de la ya comentada Mesa de Coordinación. Se organizan otras reuniones en grupos de trabajo si así se considera (por ejemplo en la actualidad existe un grupo de trabajo de evaluación del programa socio sanitario del mayor). Se analizan otro tipo de demandas y se organizan las actuaciones que se derivan de ellas. *Anexo 12 actas*
- ✧ Análisis de los resultados de la auto evaluación según modelo EFQM. *Anexo 13*
- ✧ Recopilación de datos demográficos y económicos del distrito, mediante el Estudio Demográfico ya comentado. *Anexo 1*
- ✧ Creación de un equipo de mejora para determinar los procesos clave, formado por el Jefe del Servicio, un Jefe de Sección y dos técnicos superiores formados en **Gestión de Procesos**. Este equipo ha iniciado la implementación de la gestión por procesos.
- ✧ Confección mensual del Cuadro de Mandos Integral del Servicio, en el que se incluyen cuatro líneas estratégicas de la organización (higiene alimentaria, sanidad ambiental, epidemiología y prevención de enfermedad/promoción de salud)
- ✧ La producción científica es abundante. Además de los documentos técnicos publicados y pendientes de su publicación, se han presentado **ocho comunicaciones científicas** en distintos foros profesionales y se ha informado de actuaciones concretas en los 5 Consejos de Salud de Vallecas y en otros foros con participación vecinal.



Criterio 3: PERSONAS

La Planificación, gestión, el fomento del conocimiento, la implicación y asunción de responsabilidades y la mejora de los recursos humanos, como método hacia la mejora.

Organigrama Servicio Salud Pública área 1



TSSP: Técnico Superior de Salud Pública. TMSP: Técnico Medio de Salud Pública

- ✧ Al comienzo de las actividades del Plan, se definieron las necesidades de personal en número, experiencia y formación. Se realizó el proceso de selección y contratación del personal necesario para el desarrollo de actividades del Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas. En el año 2001 se contrataron **6 técnicos superiores** (dos de estos técnicos superiores se ubican en el Servicio de Sanidad Ambiental del Instituto de Salud Pública), **2 técnicos medios y 2 administrativos**.



- ✧ Desde la Dirección del Servicio se han fomentado activamente las políticas de “empowerment” o asunción de responsabilidades de los técnicos implicados en la toma de decisiones y se favorece la motivación de los técnicos dentro de la organización / unidad administrativa con incentivos a la productividad. Los criterios de distribución económica entre el personal del servicio se han basado en el **esfuerzo** (motivación, participación, asunción de responsabilidades, implicación en las actividades, reparto de cargas de trabajo por bajas ó disposición fuera de horario), el **tiempo** trabajado en meses y la **valoración** subjetiva de la dirección del Servicio, asignando una puntuación a cada apartado.

Tabla puntuaciones incentivos Servicio Salud Pública área 1 año 2003 (sin nombres ni puesto de trabajo)

1º apellido	2º apellido	Nombre	Puesto	meses	sobreesfuerzo	subjetivo	Total	total sobre 60
-----	-----	-----	-----	24	3	12	39	60
-----	-----	-----	-----	24	2	8	34	52
-----	-----	-----	-----	24		7	31	48
-----	-----	-----	-----	16	1	10	27	42
-----	-----	-----	-----	24	2	8	34	52
-----	-----	-----	-----	24	2	10	36	55
-----	-----	-----	-----	23		8	31	48
-----	-----	-----	-----	24		8	32	49
-----	-----	-----	-----	24		10	34	52
-----	-----	-----	-----	24	3	12	39	60
-----	-----	-----	-----	24		10	34	52
-----	-----	-----	-----	22		8	30	46
-----	-----	-----	-----	24	3	12	39	60
-----	-----	-----	-----	24		10	34	52
-----	-----	-----	-----	24	3	12	39	60
-----	-----	-----	-----	24		10	34	52
-----	-----	-----	-----	24	3	12	39	60
-----	-----	-----	-----	24	3	12	39	60
-----	-----	-----	-----	24		8	32	49



Criterio 4: ALIANZAS Y RECURSOS

Se gestionan las alianzas externas, se establece colaboración interinstitucional y vecinal y se analiza y actualiza el conocimiento.

- ✧ Las actividades se desarrollan mediante el establecimiento de alianzas estratégicas con otras organizaciones, con el fin de rentabilizar actuaciones (Atención Primaria, Servicios Sociales, Ayuntamiento, etc). Estas alianzas se establecen no solo en la Mesa de Coordinación, si no que han ido más allá con las propuestas de actuación consensuadas, que han surgido del Estudio cualitativo de necesidades de salud percibida. *Anexos 6 y 12*
- ✧ Convenio con Cruz Roja para el Tratamiento directamente observado (TDO) de casos de Tuberculosis *anexo 7*
- ✧ Los datos almacenados son corregidos y validados, la información archivada se actualiza periódicamente. Se emplean bases de datos y documentación informatizadas y centralizadas para permitir acceso a los usuarios autorizados. Se garantiza la confidencialidad de los datos personales cuando se requieren para registros ó estudios, sometiéndose a los requisitos de la Legislación vigente en materia de tratamiento de datos de carácter personal y se solicita **consentimiento informado** para la participación en estudios.

La organización garantiza la seguridad de la información obtenida: cada usuario puede acceder solo a aquellos datos para los cuales haya sido autorizado mediante una clave secreta. Asimismo se destruyen los documentos confidenciales una vez que dejan de ser necesarios.

- ✧ Se externalizan de servicios, como es el caso de algunos estudios (Estudio cualitativo de necesidades de salud percibida, Estudio sobre percepción de riesgos ambientales, Estudio de biomarcadores,...). Esta externalización se realiza por dos motivos bien diferenciados:
 - Cuando el trabajo de campo supera las posibilidades de los recursos del Servicio, o se requieren técnicas analíticas complejas y/o súper especializadas.
 - Cuando la externalización va a suponer un valor añadido a los resultados obtenidos, ya que el punto de mira va a estar fuera de la organización, evitando apreciaciones subjetivas.



Ejemplo solicitud consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Madrid a..... De..... de 2002, los abajo firmantes con domicilio en la calle..... nº..... piso..... Puerta..... dan su consentimiento para participar en el estudio sobre problemas de salud y vivienda que se va a realizar próximamente.

Conocen que para la consecución de los objetivos de este estudio, va a ser necesario la revisión de su historia clínica y de los menores a su cargo que se relacionan, por personal sanitario del centro de salud de Martínez de la Riva. Igualmente conocen que técnicos del Servicio de Salud Pública del Área Sanitaria 1 realizarán en su momento una visita a su domicilio, así como la toma de muestras de esporas ambientales si fuesen necesarias.

La información y los datos personales que proporcionen estarán sujetos a lo contemplado en la legislación vigente en materia de tratamiento de datos de carácter personal y solo podrá ser utilizada con fines estadísticos de interés para la Salud Pública.

Nombre	Apellidos	Edad	H	M	DNI	Firma*

* Firma de las personas mayores de 18 años que vayan a participar en el estudio y firma del padre, madre o tutor legal en el caso de los menores de 18 años que igualmente vayan a participar en el estudio

¿Viven en este domicilio otras personas que **no vayan** a participar en el estudio? Si no

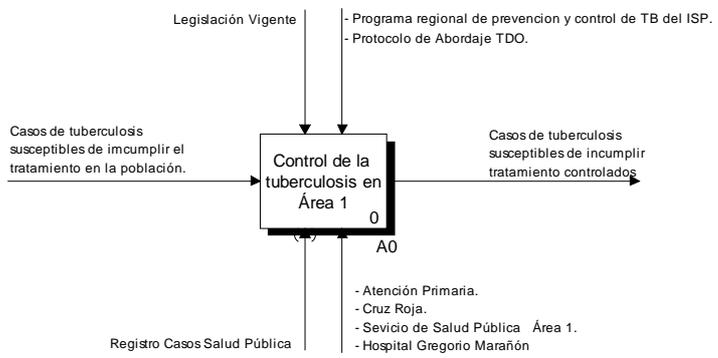
número de personas que **no** participan en el estudio



Criterio 5: PROCESOS

Se ha iniciado el diseño y gestión sistemática de los procesos, basándose en las expectativas ciudadanas y el mantenimiento de las relaciones y participación

✧ Se ha seleccionado como proyecto inicial de mejora la **Vigilancia y Control de la Tuberculosis.**

 Versión:	Autor: Margot/ Marga/ Pedro	Fecha creación: 23/12/2002	TRABAJANDO	LECTOR	FECHA	CONTEXTO: TOP
	Proyecto: Control de la Tuberculosis en el Area I	Fecha revisión: 23/12/2002	BORRADOR			
			RECOMENDADA			
			PUBLICACIÓN			
<div style="text-align: center;">  </div> <p>Propósito: Ubicar y visualizar el control de la tuberculosis en el Area I en línea con el Plan Vallecas.</p> <p>Punto de Vista: Equipo de Salud Pública del Area I</p>						
Nodo: A-0	Título: Control de la Tuberculosis en el Area I				Número:	Pag:



Comunidad de Madrid Comunidad de Madrid	Autor: Fecha creación: 23/12/2002 Proyecto: Control de la Tuberculosis en el Área I Fecha revisión: 23/12/2002	TRABAJANDO	LECTOR	FECHA	CONTEXTO:
Versión:		BORRADOR			■
<p>Legislación Vigente</p> <p>Casos de tuberculosis susceptibles de incumplir el tratamiento en la población.</p> <p>- Atención Primaria. - Cruz Roja. - Servicio de Salud Pública Área 1. - Hospital Gregorio Marañón</p> <p>CAPTAR 1</p> <p>Casos</p> <p>VALORAR 2</p> <p>Casos valorados</p> <p>SEGUIR Y TRATAR 3</p> <p>- Atención Primaria - Servicio de Salud Pública Área 1 - Cruz Roja</p> <p>Casos de tuberculosis susceptibles de incumplir tratamiento controlados</p> <p>ANALIZAR Y DIAGNOSTICAR CONTACTOS (CASOS) 4</p> <p>- Servicio Salud Pública Área 1 - Atención Primaria</p>		RECOMENDADA	PUBLICACIÓN		
Nodo: A0	Título: Control de la tuberculosis en Área 1	Número:		Pag:	



- ✧ Se establecen calendarios detallados de actividades, con responsables para cada una de ellas y puntos de control intermedios para revisar la marcha del proyecto, reuniones mensuales del equipo técnico, grupos de trabajo, etc
- ✧ Formación del personal en Control de Calidad y Gestión de Procesos. . En el año 2003 se han formado 4 técnicos superiores en gestión de procesos (Jefe de Servicio, un Jefe de Sección y dos técnicos superiores contratados para el desarrollo de actividades del Plan Integral de Mejora en Salud Pública en Vallecas).
- ✧ Con la **metodología participativa** empleada, se ha logrado un conocimiento real de las necesidades y expectativas, actuales y futuras, de los ciudadanos a través de contactos directos, de los estudios realizados y de la atención a las demandas. La prestación de servicios se realizan de acuerdo con lo esperado por el ciudadano y se comprueba de forma continua ya que éstos pueden realizar desvíos presupuestarios entre diferentes partidas dentro del Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas.
- ✧ Se ha elaborado la Carta de Servicios, a falta de su edición. *Anexo 14*

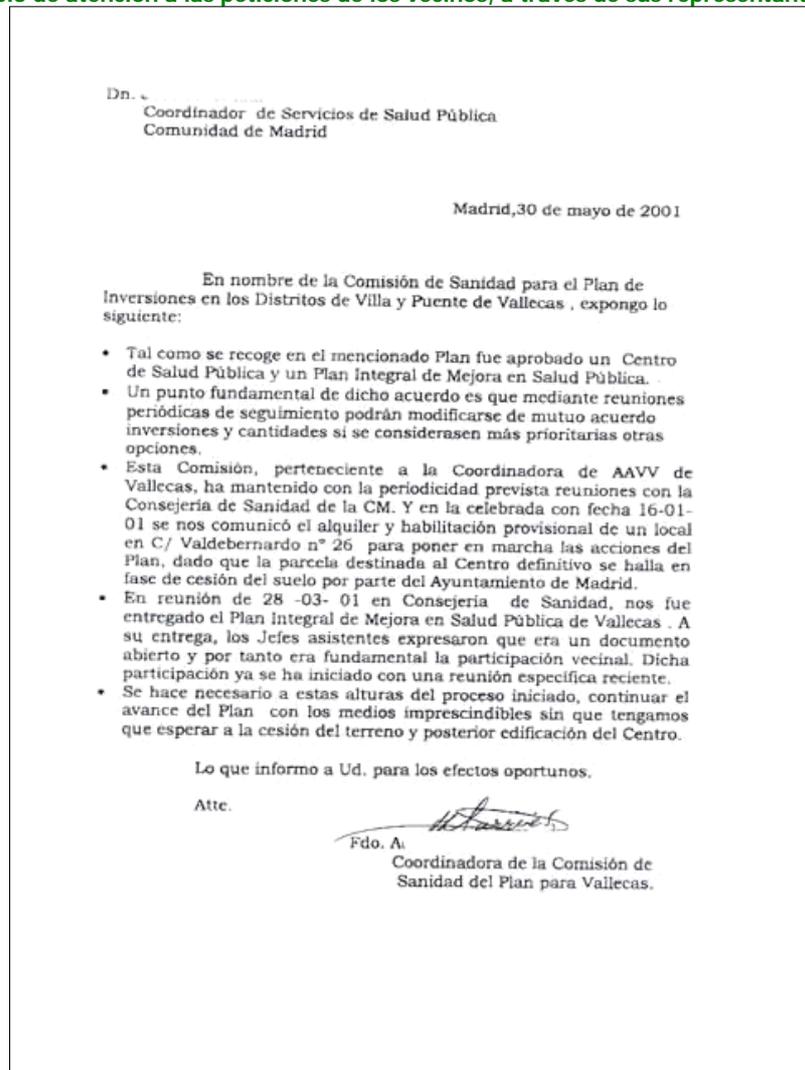


Criterio 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Medidas de la percepción e Indicadores del rendimiento de los clientes, en este caso los vecinos de los distritos municipales de Vallecas, generalmente a través de sus representantes vecinales

- ✧ La atención y percepción de los ciudadanos se puede medir a través de mesas de coordinación, grupos de trabajo, cartas, peticiones, etc, en las que participan los representantes de los vecinos.

Ejemplo de atención a las peticiones de los vecinos, a través de sus representantes



- ✧ Existe un buzón de sugerencias en la página web del Plan. www.madrid.org/sanidad_planvallecas (en periodo de prueba)



Criterio 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Medidas de percepción e Indicadores de rendimiento de las personas que trabajan en la organización.

- ✧ Las encuestas de opinión a los técnicos que intervienen en el Plan, no se han realizado por el momento ya que el entorno de trabajo que se ha creado facilita la comunicación constante con los responsables del Plan y la dirección del Servicio. Como ya se ha comentado, se ha institucionalizado la delegación y asunción de responsabilidades, los reconocimientos y la formación continuada.

- ✧ Indicadores sobre involucración y participación en actividades de mejora:
 - Nº de horas semanales empleadas en reuniones de los grupos de calidad.

- ✧ Indicadores relativos al programa de formación:
 - Nº de trabajadores del Servicio de Salud Pública que recibieron formación.
 - Media de cursos de formación por persona

- ✧ Evolución de las remuneraciones y recompensas a los técnicos:
 - Incentivos ofrecidos al personal del Servicio de Salud Pública

- ✧ Indicadores de gestión del personal:
 - Absentismo laboral relacionado con la motivación y satisfacción de los Trabajadores.
 - Rotación del personal.
 - Nº de accidentes laborales.
 - Nº de quejas formales presentadas al departamento de personal
 - Nº de demandas ante la magistratura de trabajo.



Criterio 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Medidas de percepción e Indicadores de rendimiento de la visibilidad de las actuaciones realizadas

- ✧ Reconocimiento ciudadano a través de las asociaciones vecinales, tal y como se ha explicado anteriormente.
- ✧ Cartas, evaluaciones de cursos y/o actividades u otro tipo de reconocimientos procedentes de asociaciones y colectivos favorecidos por el trabajo de la organización.
- ✧ Reconocimiento Profesional: asistencia a foros profesionales y docencia en cursos. *Anexo 15*

Portada de la comunicación en el Congreso de AMAS. Córdoba, octubre 2003



- ✧ Difusión de información relevante para la comunidad a través de publicaciones técnicas, comunicaciones en eventos (congresos, foros profesionales...) y página Web.
- ✧ Apariciones / menciones en prensa a consecuencia de las actividades realizadas. *Anexo 16*



Criterio 9: RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN

Resultados Clave e indicadores del Rendimiento de la organización / unidad administrativa.

Los resultados clave del Plan en relación a los objetivos planificados, son evaluados periódicamente por la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos.

Se ha de tener en cuenta que las actuaciones realizadas en Salud Pública presentan resultados a largo plazo y debido a la novedad que el Plan supone, no se pueden comparar sus resultados con los de otros planes similares de otras organizaciones / unidades administrativas.

Como medidas que utiliza la organización para supervisar, entender y mejorar los resultados clave del rendimiento destacamos:

- ✧ Memoria de resultados anual del Servicio de Salud Pública. *Anexo 17*
- ✧ Mediciones internas que no afectan de modo directo a la satisfacción del ciudadano como:
 - .- Mediciones de tiempos de ciclo que afectan a la eficiencia de la organización (tiempo preparación informes o de realización de un estudio).
 - .- Mediciones de productividad
- ✧ Cumplimiento de los presupuestos del Plan.
- ✧ Desviaciones consensuadas en los presupuestos



IV. RESULTADOS OBTENIDOS

La evaluación de los resultados se realiza habitualmente en función de las Líneas de actuación prioritarias y Objetivos anuales del Plan pactadas con los representantes vecinales, Instituciones y Organismos en la **Mesa de Coordinación**. No obstante, a continuación se analizan los **RESULTADOS OBTENIDOS CON RELACIÓN A LOS CRITERIOS DEL MODELO E.F.Q.M.**

Criterio 1: LIDERAZGO

1. Realización del **Estudio Cualitativo para conocer los problemas de salud percibidos por la población**. Como **resultado** inmediato del estudio se han elaborado unas propuestas de actuación consensuadas (*anexo 6*), de promoción de la salud, para abordar las necesidades detectadas en la primera fase del estudio. Se utilizará como guía de trabajo durante los años de vigencia del Plan.

PRESENTACION de las propuestas de actuación consensuadas surgidas del Estudio Cualitativo sobre la percepción del estado de salud de los vecinos de Vallecas

Los distritos madrileños de Puente y Villa de Vallecas forman parte del área sanitaria 1 de la Comunidad de Madrid, que incluye también a los distritos de Moratalaz-Vicálvaro, Retiro y Arganda.

Estos distritos vallecanos, se han distinguido históricamente por su alto grado de asociacionismo y reivindicación social. Se trata de los distritos que probablemente tienen, dentro de la ciudad de Madrid, mayor capacidad de participación y movilización ciudadana.

Es un hecho conocido el bajo nivel socio económico de la población de Vallecas y su déficit de equipamientos a pesar de los cambios de los últimos años como la ubicación de la Asamblea de Madrid o la construcción de nuevas barriadas e infraestructuras.

Igualmente es importante destacar que ambos distritos poseen unos niveles de salud por debajo de la media de la Comunidad de Madrid, según datos de años anteriores.

La iniciativa de las Asociaciones de Vecinos, solicitando inversiones en Vallecas, fue recogida por la Administración Regional. Durante el año 2000 se acordó entre el Gobierno de la Comunidad de Madrid, la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos de Madrid y la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de Puente y Villa de Vallecas, poner en marcha un Plan de Inversiones en dichos distritos durante el periodo 2001- 2005. Este acuerdo se plasmó en la Ley 17/2000 de 27 de diciembre de 2000, de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2001.

Entre la dotación económica de este Plan de Inversiones, también conocido como Plan 18.000 ó Plan Vallecas, aparece una dotación presupuestaria específica para el Plan Integral de Mejora en Salud Pública Para el desarrollo de las actuaciones de Salud Pública se formó en primer lugar un equipo de trabajo entre el Servicio de Salud Pública del área 1 y el Servicio de Sanidad Ambiental, a los que posteriormente se incorporaron técnicos contratados específicamente para este Plan. Este equipo consideró desde el primer momento la necesidad de realizar un abordaje integral de las acciones, por lo que fomentó y lideró la formación de grupos y mesas de trabajo en las que se fueron integrando técnicos de la Gerencia del antiguo INSALUD, del Centro Municipal de Salud y miembros de las Asociaciones Vecinales. Igualmente y dependiendo del tema a tratar se contó con la participación de técnicos de distintas Consejerías y/o de los Servicios Sociales y Juntas Municipales del Ayuntamiento de Madrid.

De los proyectos que han surgido de estos grupos de trabajo hay ya algunas actividades en marcha y también importantes documentos técnicos para conocer la realidad de Vallecas y facilitar el desarrollo de nuevas actuaciones en los próximos años.

Entre estas actividades, queremos ahora destacar la realización de un estudio cualitativo sobre las necesidades de salud percibidas por la población de Vallecas, con un diseño novedoso, ya que la segunda fase del estudio ha ido encaminada a la



realización de un conjunto consensado de propuestas de actuación para abordar las necesidades detectadas en la primera fase del estudio.

Estas propuestas consensadas, son las que se presentan a continuación como conjunto básico de trabajo en las siguientes áreas (a desarrollar en los próximos años y de acuerdo al reparto establecido de competencias):

- Jóvenes de 12 a 16 años
- Mayores
- Medio Ambiente
- Atención Primaria

Consideramos que el trabajo técnico que ha surgido de la iniciativa ciudadana y del compromiso de la Administración, constituye un novedoso método por su carácter transversal y participativo, de cuyos resultados se podrá dar cuenta en un futuro cercano.

Madrid junio 2003

Comisión de Coordinación y Seguimiento del Plan Integral de Mejora de la Salud Pública en Vallecas

-
2. Liderazgo de las reuniones periódicas (mensuales) de la **Mesa de Coordinación del Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas** (técnicos y vecinos), para conocer las opiniones de los representantes vecinales y recoger sus sugerencias: 22 reuniones durante 2002 y 2003 (*anexo 12 ejemplos actas*)
 3. Existe un proceso de retroalimentación directo y constante entre los técnicos del Servicio. El **Equipo técnico** se reúne habitualmente una vez al mes (11 reuniones en 2003) y los **grupos de trabajo** se reúnen según la necesidad (*Anexo 12 ejemplos actas*).
 4. Estimulo de la dirección para la implantación de la gestión por procesos y formación de equipos de mejora internos. Formación del personal para la implantación de la gestión de procesos: 4 técnicos formados en Gestión de procesos y otros 9 técnicos han realizado algún curso relacionado con la normativa ISO y/o auditorías
 5. Atención personal de la dirección a las Asociaciones de Vecinos de Vallecas



Criterio 2: ESTRATEGIA

1. Recopilación constante de información de los vecinos. Recopilación de datos demográficos y económicos del distrito

ESTUDIO DEMOGRAFICO *Anexo 1*

Los resultados más importantes del estudio son los siguientes:

- ✓ **Población empadronada en el 2001**

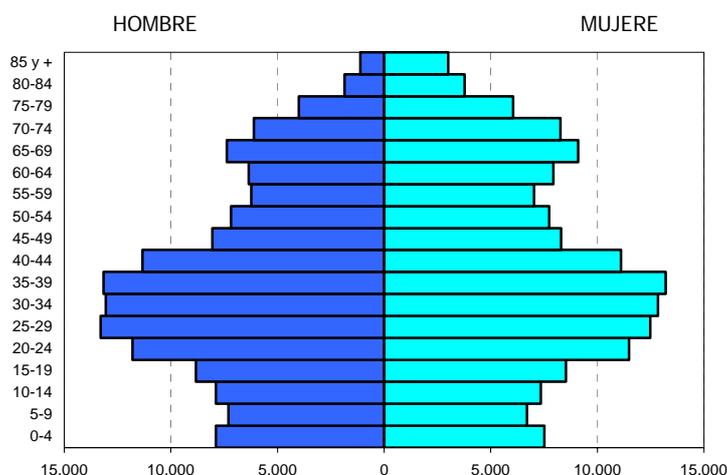
VALLECAS			PUENTE VALLECAS			VILLA VALLECAS		
HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
142.813	152.418	295.231	111.849	120.466	232.315	30.964	31.952	62.916

Fuente: Datos provisionales del Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Madrid, 2001.

En el periodo 1996- 2001, ha aumentado la población un 3.5%, especialmente en el grupo de mayores de 75 años.

- ✓ **Pirámide de población**

La pirámide de la población de Vallecas no responde a una morfología clásica, pero sí que se observa un patrón típico de envejecimiento progresivo, con la base estrecha y un ensanchamiento hacia el centro que disminuye lentamente hasta el vértice, con predominio de población femenina sobre la masculina a partir de los 50 años. Pero hay que reseñar el aumento significativo del primer escalón debido a un incremento de la natalidad en los últimos cuatro años.



- ✓ **Indicadores sociodemográficos**



INDICADORES	CM*	VALLECAS**	PUENTE DE VALLECAS**	VILLA DE VALLECAS**
Proporción de masculinidad	92,6	93,7	92,8	97,0
Índice de dependencia global	40,8	47,6	50,0	39,8
Índice de dependencia juvenil	20,3	22,3	22,0	23,6
Índice de dependencia senil	20,5	25,3	28,0	16,2
Índice de envejecimiento	101	113,4	127,3	68,7
Índice de progresividad	10,6	8,1	8,2	8,0

* Datos provisionales facilitados por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. 1999

** Datos provisionales facilitados por el Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Madrid. 2001

✓ **Tasas de actividad y paro**

	TASAS DE ACTIVIDAD			TASAS DE PARO		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PUENTE DE VALLECAS						
16 a 19 años	38,71	33,7	36,24	46,56	51,22	48,68
20 a 24 años	77,06	70,39	73,77	14,96	20,07	17,37
25 a 54 años	93,47	62,71	78,17	7,38	14,14	10,08
55 y más años	27,92	7,76	16,2	8,08	9,6	8,5
Total	66,16	41,43	54,67	9,44	20,72	12,1
VILLA DE VALLECAS						
16 a 19 años	26,32	21,35	23,85	44,14	52,32	47,73
20 a 24 años	67,38	61,29	64,36	14,12	19,3	16,56
25 a 54 años	95,12	61,01	78,09	5,63	11,76	8,02
55 y más años	34,44	8,15	19,92	7,63	9,24	7,98
Total	73,54	44,01	58,41	7,52	13,82	9,96
MUNICIPIO DE MADRID						
16 a 19 años	18,42	15,69	17,32	46,43	50	47,73
20 a 24 años	54,9	54,27	54,6	15,71	20,47	17,98
25 a 54 años	93,46	72,63	82,57	6,16	11,06	8,41
55 y más años	31,88	11,62	20,61	5,9	8,06	6,58
Total	62,85	44,36	53,14	7,74	12,29	9,74

* Datos provisionales. Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Madrid, 2001

Las tasas de actividad total y por sexo en Puente son ligeramente inferiores a las observadas en Villa de Vallecas, encontrando ambas por encima de la media del municipio de Madrid.

En cuanto a las tasas de paro, llama la atención las altas tasas en Puente respecto a Villa, siendo éstas similares a las del municipio de Madrid. Sobresaliendo la tasa de paro registrada en el grupo de mujeres de Puente de Vallecas (20.72%).

Al analizar por grupos de edad, destacar las mayores tasas de actividad en los grupos más jóvenes, de 16 a 19 y de 20 a 24 años, en comparación a lo que se da en el municipio de Madrid. No observándose estas diferencias tan marcadas en lo que respecta las tasa de paro en ambos grupos de edad.



✓ **Población extranjera**

En septiembre de 2001, la población extranjera es de 19.197, que representa el 6.5% de la población de Vallecas. En el momento de realizar este resumen, los últimos datos disponibles a julio del 2003, el porcentaje aumentó al 11.61% de la población total del distrito.

2. Análisis de los resultados de las auto evaluaciones según modelo EFQM *anexo 13*

resumen de los resultados de la auto evaluación

1. AGENTES.

Criterio Número	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%
Subcriterios	1 a	75	2 a	50	3 a	80	4 a	30	5 a	50
	1 b	70	2 b	75	3 b	80	4 b	40	5 b	70
	1 c	90	2 c	10	3 c	50	4 c	80	5 c	80
	1 d	30	2 d	10	3 d	40	4 d	80	5 d	40
			2 e	75	3 e	40	4 e	80	5 e	70
TOTAL		265		220		290		310		310
		/4		/5		/5		/5		/5
Puntuación		66,25		44		58		62		62

2. RESULTADOS.

Criterio Número	6	%	7	%	8	%	9	%
Subcriterios	A	50	A	70	a	30	A	40
	B	60	b	60	b	40	B	60
Cálculo		(3a+b)/4		(3a+b)/4		(a+3b)/4		(a+b)/2
TOTAL		52,5		67,5		37,5		50



3. CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN TOTAL.

Criterio Número	Puntuación %	Factor	Puntos
1. Liderazgo	66,25	X 1,0	66,25
2. Política y Estrategia	44	X 0,8	35,20
3. Personas	58	X 0,9	52,20
4. Alianzas y Recursos	62	X 0,9	55,80
5. Procesos	62	X 1,4	86,80
6. Resultados en los Clientes	52,5	X 2,0	105,00
7. Resultados en la Personas	67,5	X 0,9	60,75
8. Resultados en la Sociedad	37,5	X 0,6	22,50
9. Resultados Clave	50	X 1,5	75,00
Puntuación Total			559,50

3. Se han presentado ocho comunicaciones científicas en distintos foros profesionales y se ha informado de actuaciones concretas en los 5 Consejos de Salud de Vallecas y en otros foros con participación vecinal.
4. Implementación de la gestión por procesos: Inicio en el 2003.
5. Creación de un equipo de mejora para determinar los procesos clave: SI
6. Confección mensual del Cuadro de Mandos, en el que se incluyen cuatro líneas estratégicas de la organización (higiene alimentaria, sanidad ambiental, epidemiología y prevención de enfermedad/promoción de salud).

Línea estratégica 4 (prevención/promoción) del cuadro de mandos del servicio de salud Pública del área 1 del año 2003

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
4.1.1.- % Centros de ESO que han implantado el proyecto "Centros Educativos sin Humo"	1	
4.1.2.- Actividades realizadas en medios de comunicación o en otros soportes publicitarios sobre prevención del inicio al consumo de tabaco destinadas a adolescentes y jóvenes	2	
4.1.3.- Actividades educativas comunitarias realizadas (destinadas a familias) sobre prevención del inicio al consumo de tabaco en adolescentes y jóvenes	22	
4.2.1.- Cursos realizados sobre Abordaje Clínico y Terapéutico del Tabaquismo en Atención Primaria	12	
4.2.2.- Nº profesionales de Atención Primaria formados en el Abordaje Clínico y Terapéutico del Tabaquismo.	254	
4.3.- Nº intervenciones realizadas en medios de comunicación o en otros soportes publicitarios o informativos sobre actitudes y comportamientos alimentarios favorables a la salud.	21	
4.4.1.- Centros escolares con el servicio "Vigilancia del equilibrio nutricional del menú de los comedores escolares de la región" implantado.	41	120
4.4.2.- Cobertura del servicio "Vigilancia del equilibrio nutricional del menú de los comedores escolares de la región" en empresas suministradoras del menú escolar.	16 empresas	desconocido
4.5.- Profesionales socio-sanitarios de Atención Primaria formados en Educación para la Salud.	60	50
4.6.1.- Centros escolares que declaran casos de pediculosis.	20	169
4.6.2.- Centros escolares donde se han producido casos de pediculosis que han requerido intervención de los Servicios de Salud Pública de Área.	8	-
7.1.- Cursos realizados en Atención Primaria sobre "Consulta Joven".	1	-
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
4.7.2.- Nº profesionales de Atención Primaria con formación orientada a la prestación del servicio "Consulta Joven"	30	-
4.8.1.- Nº actividades educativas grupales y/o de promoción de la salud de la mujer realizadas en diferentes ámbitos comunitarios	0	-



4.8.2.- Nº municipios < 50.000 hab. en los que se han realizado actividades educativas grupales y/o de promoción de salud de la mujer.	0	-
4.8.3.- Nº municipios > 50.000 hab. en los que se han realizado actividades educativas grupales y/o de promoción de salud de la mujer.	0	-
4.9.- Nº profesionales formados en prevención y detección de la violencia de pareja contra las mujeres.	0	-
4.10.1.- Población \geq de 65 años vacunada frente a la enfermedad neumocócica	32964	-
4.10.2.- Centros de vacunación que notifican "en plazo".	38	38
4.10.3.- Utilización de la vacuna de Polio.	33062	34013
4.10.4.- Utilización de la vacuna de Hepatitis B pediátrica	30932	33036
4.10.5.- Utilización de la vacuna antimeningocócica C.	24314	23666
4.10.6.- Utilización de la vacuna Triple Vírica	22190	20640
4.10.7.- Utilización de la vacuna Tétanos difteria adultos (Tda)	8655	8000
4.11.1.- Cursos realizados sobre autocuidados en asma destinados al profesorado de educación física	0	-
4.11.2.- Nº Equipos de Atención Primaria que inician formación grupal a pacientes en autocuidados en asma.	0	-
4.12.1.- Producción de documentos técnicos.	1	-
4.12.2.- Producción de materiales destinados a la población general o a colectivos específicos.	4	-



Criterio 3: PERSONAS

1. **Definición de las necesidades de personal.** Proceso de selección y contratación del personal necesario: Contratadas 8 personas en el año 2001 para el desarrollo de actuaciones del Plan (1 DUE, 1 Trabajador social, 2 administrativos, 2 farmacéuticos, 1 biólogo y 1 matemática). Esta contratación ha supuesto un incremento de más del 25 % la dotación del personal del Servicio de Salud Pública del área 1.

Ejemplo de memoria para contratación de personal

MEMORIA DE NECESIDADES, FUNCIONES Y PERFIL DEL PERSONAL A CONTRATAR EN LA SECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA PARA EL PLAN DE INVERSIONES EN SALUD PÚBLICA EN EL DISTRITO DE VALLECAS

JUSTIFICACIÓN

Para llevar a cabo los objetivos a cumplir dentro de la Acción II (Plan Integral de mejora en Salud Pública para la población del distrito de Vallecas) en el campo de la epidemiología, y teniendo en cuenta que se van a seguir manteniendo las actuaciones rutinarias y de programa que se llevan en el Servicio de Salud Pública del Área I, es imprescindible la contratación de personal de apoyo para asumir las nuevas actividades.

El personal necesario además del que ya cuenta la sección son dos epidemiólogos y un auxiliar administrativo.

EPIDEMIOLOGOS: FUNCIONES A DESEMPEÑAR

1. _ Monitorización continua de la morbi-mortalidad por enfermedades no transmisibles:
 - Estudio anual de la mortalidad por causas, edad y sexo en el distrito.
 - Vigilancia de la morbilidad mediante el Conjunto Mínimo de Datos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
 - Vigilancia de los factores de riesgo que influyen en la morbi-mortalidad, mediante el control, seguimiento y análisis de la encuesta de salud realizada por una empresa.
 - Vigilancia de Procesos agudos que requieren asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón (infecciones respiratorias e intoxicaciones etílicas)
 - Elaboración de la información generada.
2. _ Monitorización continua de la morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles:
 - Potenciar en el distrito los sistemas que ya existen en el Área en cuanto a la cobertura de notificación y oportunidad de las mismas (Enfermedades de Declaración Obligatoria, alertas y brotes epidémicos, enfermedades que causan meningitis, parálisis flácida aguda y plan para la erradicación del sarampión).
 - Elaboración de la información generada



2. Desde la Dirección del Servicio se han fomentado activamente las políticas de *“empowerment”* o asunción de responsabilidades de los técnicos implicados en la toma de decisiones y se favorece la motivación de los técnicos dentro de la organización / unidad administrativa con incentivos a la productividad.

3. Reconocimiento de los esfuerzos y logros del personal por parte de la dirección. Los criterios de distribución económica entre el personal del servicio se han basado en el esfuerzo, el tiempo trabajado en meses y la valoración subjetiva de la dirección del Servicio. El reconocimiento de los esfuerzos y logros del personal por parte de la dirección a través de incentivos de productividad del año 2002 han supuesto 33.999 Euros.



Critero 4: ALIANZAS Y RECURSOS

- 1 Asignación de partidas presupuestarias suficientes para financiar los planes de mejora y los reconocimientos. Correcta gestión de los recursos financieros en apoyo de la estrategia. Revisión continua de la planificación financiera para detectar desviaciones y tomar las acciones pertinentes para resolverlas.

Ejemplo de acciones de transferencia de créditos como apoyo a la estrategia

NOTA INTERIOR	
DE	Ilmo. Sr. Director-Gerente de la Agencia Antidroga
A	Oficina Presupuestaria
ASUNTO: Transferencia de Créditos	
<p>La Agencia Antidroga tiene prevista su participación en el "Plan Vallecas" durante el ejercicio 2002 por medio de la aportación de 180.304 € al Programa del Servicio Madrileño de Salud para la construcción de un edificio destinado a diversos servicios para la población de la zona.</p> <p>Esta cuantía, que se encuentra en la partida 60210 de nuestro programa presupuestario debía ser transferida al S.E.R.M.A.S a mediados de año, momento en que debía encontrarse ya en marcha la obra de construcción del mencionado complejo.</p> <p>Sin embargo nos comunican desde el Servicio Madrileño de Salud el retraso en el comienzo de las obras hasta el próximo ejercicio, resultando por tanto imposible realizar la transferencia de los créditos.</p> <p>Tras consulta con la Dirección General de Presupuestos de la Consejería de Hacienda nos informan de la posibilidad de traspasar los mismos a otro Programa Presupuestario distinto siempre que estas cuantías se destinen a inversiones (Capítulo VI) del "Plan Vallecas".</p> <p>Tras diversos contactos con distintos Organismos que van a realizar en el presente ejercicio actuaciones en el mencionado Plan nos informan desde el</p> <p>Instituto de Salud Pública de su necesidad de incrementar sus cuantías destinadas a inversiones en el "Plan Vallecas", manifestando su conformidad con la transferencia de créditos, si bien nos comunican que debe realizarse al programa 720 de la Dirección General de Salud Pública, que nutre su cuenta corriente al ser el Instituto de Salud Pública un Ente de Derecho Público sometido al ordenamiento jurídico privado.</p> <p>Por tanto rogamos procedan, a la mayor brevedad posible, a realizar la modificación del crédito por importe de 180.304 € transfiriendo esta cuantía desde la partida 60210 del Programa 770 de la Agencia Antidroga a la partida presupuestaria que proceda del Programa 720 de la Dirección General de Salud Pública par su traspaso a la cuenta corriente del Instituto de Salud Pública.</p> <p style="text-align: right;">Madrid, 25 de junio de 2002</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: Ilmo. Sr. Director Gerente de la Agencia Antidroga</p>	



- 2 Contratación externa de servicios: estudios cuya complejidad ó cargas de trabajo superan las posibilidades reales del Servicio ó cuando se considera necesaria el punto de vista fuera de la organización

En azul actividades contratadas externamente

PRESUPUESTOS VALLECAS 2003/2004

DESTINATARIOS: ESTUDIOS Y ACTIVIDADES EXTERNALIZADAS

ACTIVIDAD	DESTINATARIO	PRESUPUESTADO	GASTADO	SIN GASTAR 2003	
		2003	DIC 2003	NO COMPROMETIDO	COMPROMETIDO 002004
Edición y difusión de material informativo.	Empresa Z	6.000	5.271,34	728,66	
Encuesta Biomarcadores.	CSIC	120.000	60.000,00		60.000
Desarrollo Sistema Información Geográfica .	UAH DPTO. GEO. HUMANA	12.000			12.000
Estudio pb en agua domiciliaria.	FUND. BIOMA	6.000	3.000,00		3.000
Estudio parásitos caninos y contaminación suelo en zonas y parques infantiles.	UC VETE. PARASITOLOGÍA	30.000			30.000
Encuesta percepción riesgos ambientales.	CUANTER	12.000	12.000,00		
Intervención tabáquica.	Unidad Promoción Entornos Saludables	142.500			142.500
Feria de Asociaciones y ONG´s de Vallecas.	-----	30.000		30.000,00	
Voluntariado. Edición materiales		1.000	558,00	442,00	
Valoración nutricional en Centros Escolares.	A determinar	3.600			3.600
Estudio campos electromagnéticos en Centros Escolares.	A determinar	27.000			27.000
Encuesta comportamientos de riesgo relacionados con la salud, población escolar 14 a 17 años.	A determinar	15.000			15.000
Prevención y control de la tuberculosis en Vallecas.	Convenio Cruz Roja	64.460	64.460,00		
	ACTIVIDADES	469.560	145.289	31.171	293.100
	PERSONAL	309.520	¿		309.520 + I.P.C.
	TOTAL:	779.080			

*) 2004 para evaluación y vigilancia de riesgos ambientales en espacios sanitariamente sensibles.

1) Un técnico superior ha prestado servicios solamente 10 meses en el año 2003.



- 3 Establecimiento de alianzas estratégicas con otras organizaciones realizado a través de:
 - Mesas de coordinación
 - Grupos de trabajo
 - Propuestas de actuación consensuadas
 - Participación en foros vecinales

- 4 Recogida de toda la información relevante para la organización. Integridad, fiabilidad y validez de la información. Existe una Carpeta "Plan Vallecas" en disco de red compartido.



Criterio 5: PROCESOS

- 1 Selección de los proyectos iniciales de mejora: **Vigilancia y control de la tuberculosis.**

Resultados cuantitativos de la Vigilancia y Control de Tuberculosis (TDO y TDS) año 2003

- **Tipos de tratamiento**

TRATAMIENTOS DIRECTAMENTE OBSERVADOS	13	17.80%
TRATAMIENTOS DIRECTAMENTE SUPERVISADOS	28	38.35%
QUIMIOPROFILAXIS DE LOS CONTACTOS FAMILIARES	32	43.83%

- **Factores de riesgo de los pacientes en tratamiento**

USUARIOS DE DROGAS	5	12.19%
ALCOHOLICOS	5	12.19%
SIN HOGAR	3	7.31%
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	2	4.87%
NIÑOS DE FAMILIA CONFLICTIVA	2	4.87%
FAMILIA CON PROBLEMAS SOCIALES	1	2.43%
INMIGRANTES	20	48.78%
OTROS	3	7.31%

- **Evolución de los casos**

FIN DE TRATAMIENTO POR CURACIÓN	18
TRATAMIENTOS EN CURSO	13
TRATAMIENTOS DERIVADOS	8
ABANDONOS EN TRATAMIENTO	1
EXITUS	1
QUIMIOPROFILAXIS EN FAMILIARES FINALIZADAS	11
QUIMIOPROFILAXIS EN FAMILIARES EN CURSO	18
ABANDONOS DE QUIMIOPROFILAXIS	3

- 2 Formación del personal en Control de Calidad y Gestión de Procesos. . En el año 2003 se han formado 4 técnicos superiores en gestión de procesos (Jefe de Servicio, un Jefe de Sección y dos de los técnicos superiores contratados para el Plan Integral de Mejora en Salud Pública en Vallecas). En el mismo sentido otros nueve técnicos del Servicio han participado en actividades formativas relacionadas con la calidad, como formación en normas ISO ó Auditorias.
- 3 Con la **metodología participativa** empleada, se ha logrado un conocimiento real de las necesidades y expectativas, actuales y futuras, de los ciudadanos a través de los contactos directos, los estudios realizados y la atención a las demandas. La prestación de servicios se realizan de acuerdo con lo esperado por el ciudadano y se comprueba de forma



continua ya que éstos pueden realizar desvíos presupuestarios entre diferentes partidas dentro del Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas.

Ejemplo de transferencia de créditos

Comunidad de Madrid

SECRETARÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
C/ PRINCIPALES 1825
24 OCT 2002

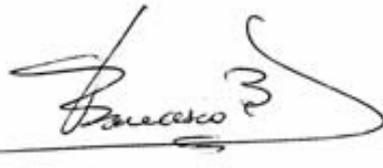
Madrid, 9 de octubre de 2002

Con el acuerdo de los representantes de las AA.VV., en el marco de las reuniones de seguimiento del Plan de Inversiones en Vallecas, se consensúa transferir 180.304 € asignados al programa 770, partida 60210, incluido en el presupuesto 2002 de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, al programa 720 de la Dirección General de Salud Pública, para su utilización en el desarrollo de Proyectos Específicos del Plan Integral de mejora de la Salud Pública en el distrito de Vallecas.

Esta transferencia no supone ninguna modificación respecto al objetivo inicialmente previsto en el Plan de Inversiones de Vallecas para la construcción de un Centro Integral de Atención a Drogodependientes a desarrollar por la Agencia Antidroga.


Representante Comisión de Sanidad de las AA.VV.


Director Gerente de la Agencia Antidroga


Director General de Salud Pública



4 Igualmente se promueve la mejora constante de las relaciones de la organización con los ciudadanos, a través del sistema de gestión participativo ya comentado, que permite conocer en cada momento cuales son las necesidades y expectativas de los mismos, así como su nivel de satisfacción. (reuniones periódicas, foros profesionales, participación en los cinco Consejos de Salud, etc.

5 Se ha elaborado la Carta de Servicios, a falta de su edición. *Anexo 14*



Criterio 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES

1 Satisfacción mostrada por los representantes vecinales en las reuniones de coordinación, en foros de participación conjunta ó en publicaciones en prensa escrita local.

Anexo 12 ejemplos de actas y anexo 16 menciones en prensa

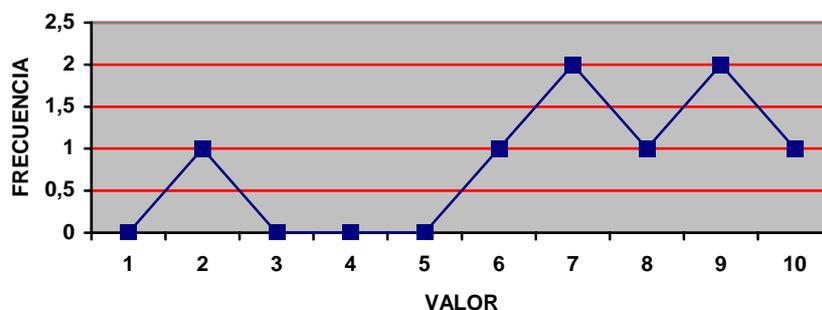
2 Existe un Buzón de sugerencias en la Página Web del Plan de la Consejería de Sanidad.

3 No se han recibido reclamaciones en el año 2003

4 Como ya se ha comentado, la decisión sobre actuaciones a realizar se toma de acuerdo a los representantes legales de los ciudadanos agrupados en torno a las Asociaciones vecinales y a la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de Vallecas

5 Se han recibido cartas y se ha manifestado en foros profesionales, cursos y en los Consejos de Salud el reconocimiento por parte de asociaciones y colectivos favorecidos por el trabajo de la organización. Por ejemplo en el curso de "Metodología para la realización de Proyectos Subvencionados" dirigido a profesionales socio sanitarios de Asociaciones y ONGs de Vallecas que llevan a cabo programas de Educación para la Salud, la Valoración global del Curso, en una escala de 1 a 10 ha sido 7,0 de media, siendo lo más valorado la oportunidad de organización de este tipo de actividades

Valoración global del curso (Escala de 0 a 10):MEDIA: 7,0





6 La percepción que la población tiene de las actuaciones que realizamos, en el campo de la Salud Pública es difícil de objetivar y demostrar, ya que los resultados son generalmente visibles a largo plazo y no siempre se tendrán en cuenta las medidas adoptadas en su momento para poder llegar a los cambios producidos. No obstante el estudio y diagnóstico de las condiciones de salud, las intervenciones sobre hábitos, la educación para la salud y la información y participación de los ciudadanos en la toma de decisiones, son pilares fundamentales para lograr los cambios necesarios para obtener unas condiciones de vida saludables para la población.



Criterio 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS

- 1 Comunicación constante entre la dirección y los técnicos que trabajan en el Plan. Delegación y asunción de responsabilidades.

- 2 **Indicadores de involucración y participación en actividades de mejora:**
 - Nº de horas semanales empleadas en reuniones de los grupos de calidad: 3 (se resuelven los problemas planteados y se discuten las sugerencias de mejora)

- 3 **Indicadores relativos al programa de formación:**
 - Nº de empleados que recibieron formación: todos.
 - Media de cursos por persona en el Servicio de Salud Pública: 2 (en trece de los cursos realizados sus contenidos han tenido que ver con la calidad y la gestión por procesos).

- 4 -Evolución de las remuneraciones y recompensas a los empleados:
 - Beneficios extra-salariales ofrecido a los trabajadores: complementos de productividad

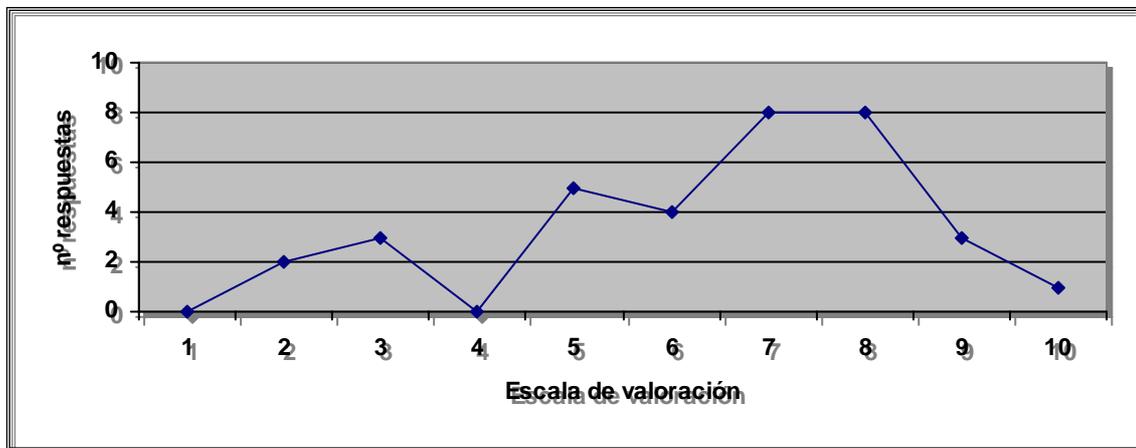
- 5 Indicadores de gestión del personal:
 - Absentismo laboral relacionado con la motivación y satisfacción de los empleados: 0
 - Rotación del personal: habitualmente.
 - Nº de accidentes laborales: 1 en el año 2003
 - Nº de quejas formales presentadas al departamento de personal: 0
 - Nº de demandas ante la magistratura de trabajo: 0



Criterio 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD.

- 1 Existe un reconocimiento demostrado por parte de la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos *anexo 12 ejemplos de actas*
- 2 Se ha organizado una **Feria de Ayuda Mutua y Salud** celebrada en Octubre del 2002, con una participación de 32 asociaciones locales y regionales, ubicadas en otras tantas casetas, a las que se añadió una caseta de la Consejería de Sanidad y otra del Ayuntamiento de Madrid. La feria se situó cercana a un centro comercial durante todo el día de un sábado, por lo que se acercaron un número importante de vecinos a solicitar información

Valoración general de la Feria llevada a cabo por las asociaciones participantes.



- 3 Puesta en marcha de la página Web (actualmente no operativa)
- 4 Apariciones / menciones en prensa nacional a consecuencia de las actividades relevantes 1

MADRID EL PAÍS, miércoles 8 de octubre de 2003
La mortalidad en Vallecas Villa
supera un 18% la media regional



En el distrito han existido varios núcleos de población marginal

Un estudio oficial concluye que la mortalidad en el distrito de Villa de Vallecas es un 18% superior a la media regional entre los años 1994 y 1998. La mortalidad entre los hombres de Puente de Vallecas también superó en un 15,5% a la media regional. Esta desigualdad sobre otras zonas de la capital “tiende a reducirse, aunque muy lentamente”, según los autores del estudio. La población de Villa de Vallecas ha sufrido el impacto del sida, las drogas, los malos hábitos alimentarios y el consumo de alcohol y tabaco, según la Consejería de Sanidad. De hecho, en este distrito está actualmente el *hipermercado* de droga de Las Barranquillas y, durante el cuatrienio analizado por los investigadores, había también otros núcleos demarginación. Hace tres años, las asociaciones vecinales de Villa de Vallecas y Puente de Vallecas arrancaron del Gobierno regional una inversión de 18.000 millones de pesetas para “superar las deficiencias históricas que sufre Vallecas”, según destacaron ambas partes en la firma del acuerdo, el 2 de octubre de 2000. Una de las primeras medidas de lo que se dio en llamar *Plan 18.000* ha sido la elaboración de un estudio en profundidad sobre las causas de las 11.454 muertes registradas entre los años 1994 y 1998 en Vallecas (en ese periodo murieron 174.409 personas en la región). Los investigadores han escogido estos cuatro años porque eran los últimos de los que disponían de toda la información necesaria para elaborar el estudio, según sus dos autoras, Natividad García Marín y Elisa Gil Montalbán. La población de los distritos de Villa de Vallecas y Puente de Vallecas muere de las mismas enfermedades que el resto de la población regional (trastornos circulatorios, cánceres, enfermedades respiratorias...), y no por factores medioambientales o de otro tipo. La única diferencia con el resto de los madrileños apreciable es que los vallecanos, según el estudio de Sanidad, mueren

antes. PÁGINA 4

La mortalidad de la población de Vallecas Villa supera en un 18% a la media regional El distrito sufre una mayor incidencia de sida, tuberculosis, cáncer de estómago y de pulmón

4 / MADRID EL PAÍS, miércoles 8 de octubre de 2003

Unos 18.000 millones de las antiguas pesetas (108 millones de euros) a invertir entre 2001 y 2005. Ése fue el compromiso que las asociaciones de vecinos de los distritos de Villa de Vallecas (64.700 habitantes) y Puente de Vallecas (241.100) arrancaron hace tres años del Gobierno regional para “superar las deficiencias históricas que sufre Vallecas”, según destacaron ambas partes en la firma del acuerdo, el 2 de octubre de 2000. El acuerdo, conocido como Plan 18.000, incluía partidas económicas destinadas a vivienda, educación y servicios sociales, entre otras. En materia sanitaria, el plan preveía un Plan Integral de Mejora de la Salud Pública en Vallecas, con un presupuesto de 1,8 millones de euros. Todo ello destinado a dar satisfacción “a las urgentes necesidades sociosanitarias en droga, en alcoholismo, en tuberculosis y en muchas otras áreas de atención que necesitaba y necesita Vallecas”, afirma Julio Físico, responsable de sanidad de la asociación de vecinos de La Colmena. Una de las primeras medidas de este plan ha sido la elaboración de un estudio en profundidad de las causas de las 11.454 muertes registradas entre 1994 y 1998 en Vallecas. En ese mismo periodo murieron en la región 174.409 personas. Los investigadores han escogido estos años porque eran los últimos con toda la información disponible, según sus dos autoras, Natividad García Marín y Elisa Gil Montalbán. **Las diferencias se acortan** Han pasado cinco años desde 1998, el último incluido en la investigación. En este tiempo es “previsible” que las diferencias entre Vallecas y el resto de la región se hayan ido reduciendo, “aunque de forma muy limitada porque las tasas de mortalidad se modifican siempre muy lentamente”, afirma Margot Cisneros, jefa de servicio de Salud Pública del área de Vallecas. Los autores comparan la mortalidad registrada en toda la región y en Vallecas y constatan que “el riesgo de morir de la población masculina es un 14,3% superior al resto de la Comunidad, siendo en Puente y en Villa similar”. La situación de la población femenina, sin embargo, es distinta, ya que mientras en Puente de Vallecas la mortalidad es casi idéntica que la media regional, en Villa de Vallecas es netamente superior, un 21,4%. Entre las causas de esta elevada mortalidad destaca el impacto que desde la década de los ochenta tiene la droga entre sectores de la población de Vallecas. “Pero no es la droga sola, sino todos los factores que la acompañan. La exclusión social, el sida, la tuberculosis... Todos estos factores contribuyen al aumento de la mortalidad”, afirman las autoras del estudio. La droga y el sida, sin embargo, no son las únicas causas de



esta mayor mortalidad. “En Vallecas domina un perfil socioeconómico medio-bajo. Este perfil tiene un consumo de tabaco y alcohol superior a la media de la población. Éste es el origen del mayor número de muertes por cáncer, cirrosis, enfermedades pulmonares y trastornos cardíacos y cerebrovasculares que la investigación ha detectado en Vallecas respecto a la media regional”, explica Margot Cisneros. La investigación de Sanidad también concluye que “en Vallecas ocurren más defunciones por tuberculosis, neumonías, sida y cáncer de tráquea, bronquios y pulmón de las que cabría esperar y las cuales se consideranevitables desde un punto de vista sanitario”. Esta última afirmación significa que, por población y por recursos sanitarios disponibles, Vallecas debería registrar muchas menos muertes de las detectadas en el estudio. En algunas enfermedades como la tuberculosis y las neumonías, Vallecas sufre más del doble de fallecimientos de los que podría esperarse. “El problema es cómo hacer llegar los recursos sanitarios a la población afectada. No olvidemos que se trata de una población que en ocasiones vive al límite de la exclusión social y con problemas como las toxicomanías o el sida”, explica Cisneros. La oficina de Salud Pública del área de Vallecas colabora desde la firma del Pacto 18.000 con la Coordinadora de de Asociaciones de Vecinos de Vallecas Villa y Puente en varias medidas destinadas a la prevención de enfermedades y a la atención de los colectivos más desfavorecidos, como la gente mayor, los toxicómanos u otros colectivos con riesgo de exclusión social. Una de estas iniciativas, en la que participa un vehículo de la Cruz Roja, pretende que los enfermos de tuberculosis nunca abandonen el ratamiento contra la enfermedad. “La labor que hacen es encomiable, buscando y siguiendo a los enfermos allí donde estén”, concluye Cisneros.

5 Apariciones en medios locales: 5

6 Se han presentado ocho comunicaciones científicas en distintos foros profesionales *anexo 15*

Nombre Comunicación	Foro/Evento	Organizado	Localidad	Fecha
Plan Integral de mejora en Salud Pública de Vallecas	Foro Madrileño de Salud Pública	AMAS: Asociación Madrileña de Administración Sanitaria	Madrid	Octubre 2002
Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas. Una experiencia Urbana	III Jornadas de salud Municipal	Ayuntamientos de Alcobendas y S.Sebastián de los Reyes	Alcobendas	Febrero 2003
Necesidades de salud percibidas. Estudio cualitativo en el marco del Plan integral de mejora en Salud Pública de Vallecas	II Congreso Nacional sobre la Cultura de la Salud	Asociación de Educación para la Salud	Madrid	Noviembre 2003
Plan Vallecas. La participación Ciudadana en la mejora de la Salud Pública	X Congreso SESPAS	SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria	Santander	Mayo 2003
Desigualdades en Salud: Mortalidad en Vallecas	X Congreso SESPAS	SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria	Santander	Mayo 2003
Plan de Mejora de la Salud Pública en Vallecas	VII Congreso de la Red Española de Ciudades Saludables	Red Madrileña de Ciudades Saludables	Alcalá de Henares	Noviembre 2003
Percepción de la influencia sobre la salud de los riesgos ambientales	VII Congreso Nacional de Sanidad Ambiental	Sociedad Española de Sanidad Ambiental	Salamanca	Junio 2003
Estudio sobre condiciones de vivienda y salud en Barrio Viejo (Vallecas)	Jornadas de AMAS	AMAS: Asociación Madrileña de Administración Sanitaria	Córdoba	Octubre 2003



Criterio 9: RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN

Resultados Clave del Rendimiento de la organización / unidad administrativa.

Los resultados clave de la organización en relación a sus objetivos planificados, son evaluados periódicamente por la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos.

Debido a la novedad que el Plan supone, no se pueden comparar sus resultados con los de otros planes similares de otras organizaciones / unidades administrativas.

Se ha de tener en cuenta que las actividades realizadas en el marco de Programas de Salud Pública, presentan resultados a largo plazo.

Indicadores Clave del Rendimiento de la organización / unidad administrativa.

Se abordan las medidas operativas que utiliza la organización / unidad administrativa para supervisar, entender y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma, como por ejemplo:

Mediciones internas que no afecten de modo directo a la satisfacción del ciudadano:

Mediciones de tiempos de ciclo que afectan a la eficiencia de la organización (tiempo preparación de informes o de realización de estudios):

Mediciones de productividad (unidades producidas por trabajador y unidad de tiempo; coste por unidad de tiempo de operación):

Nivel de ejecución de los Presupuestos del Plan: 100%



MEMORIA DE ACTIVIDADES

AÑO 2003

SERVICIO SALUD PÚBLICA ÁREA I



ANEXOS

- ➔ **Anexo 1: Estudio demográfico de Vallecas.**
- ➔ **Anexo 2: Estudio descriptivo sobre la mortalidad en Vallecas.**
- ➔ **Anexo 3: Estudio de Morbilidad de enfermedades transmisibles**
- ➔ **Anexo 4: Protocolo del Estudio Piloto de Vigilancia de la Exposición a Contaminantes Ambientales mediante Biomarcadores...**
- ➔ **Anexo 5: Resultados preliminares del Estudio sobre la Percepción del Riesgo Ambiental en la Población de Vallecas.**
- ➔ **Anexo 6: Propuestas de Actuación consensuadas resultantes del Estudio Cualitativo.**
- ➔ **Anexo 7: Convenio con Cruz Roja**
- ➔ **Anexo 8: Cartel y díptico del proyecto de Voluntariado en Atención Primaria.**
- ➔ **Anexo 9: Estudio sobre las condiciones de las viviendas y problemas de salud en Barrio viejo.**
- ➔ **Anexo 10: Informe de los Servicios Sanitarios Municipales de las Juntas de Puente y Villa de Vallecas en relación a las inspecciones sobre comedores colectivos**



- ➔ **Anexo 11: Carteles y folletos del Plan.**

- ➔ **Anexo 12: Ejemplos de Actas de reuniones de la Mesa de Coordinación, Equipo Técnico, Consejos de Salud y otros grupos de trabajo**

- ➔ **Anexo 13: Auto evaluación según Modelo EFQM.**

- ➔ **Anexo 14: Carta de Servicios.**

- ➔ **Anexo 15: Comunicaciones y Presentaciones.**

- ➔ **Anexo 16: Menciones en prensa local y regional**

- ➔ **Anexo 17: Memoria anual Servicio de Salud Pública área 1 del año 2003**

***SERVICIO DE
ASUNTOS
GENERALES***

PROYECTO:

***“Supresión de Barreras
Arquitectónicas en la
Consejería de Transportes
e Infraestructuras”***



CANDIDATURA:	SERVICIO DE ASUNTOS GENERALES
PRESUPUESTO:	304.797'35 €
PERSONA DE CONTACTO:	ARMANDO TEIXEIRO FEIJOO
DIRECCION / TELEFONO	MAUDES, 17 - 915803114
NOMBRE DEL PROYECTO:	SUPRESION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS
Nº VISITANTES EN LOS EDIFICIOS:	

MEMORIA

La Consejería de Transportes e infraestructuras está constituida por una serie de edificios diseminados en el municipio de Madrid, al menos en lo que se refiere al ámbito al que este trabajo se dirige.

Los edificios objetivo de la actuación han sido los siguientes:

- Hospital de Jornaleros, C/ Maudes, 17
- Edificio del antiguo organismo COPLACO, sito en la C/ Orense, 60
- Edificio destinado a dependencias del Instituto de la Vivienda (Atención al Ciudadano) y Archivo c/ Braganza s/n

Descripción de estos edificios:

El primero de los relacionados, en C/ Maudes, 17 es la Sede Central de la Consejería.

Edificio emblemático del arquitecto Antonio Palacios, inaugurado en 1916, fue concebido como Hospital de Jornaleros y, habiendo abandonado su actividad primigenia, fue recuperado en 1986 para sede de la Consejería de Política Territorial de la Comunidad de Madrid a la que, con diversos nombres, sigue sirviendo.

Puede entenderse que, dadas las características arquitectónicas del edificio y estando calificado como Edificio Protegido y catalogado por el Ayuntamiento de Madrid, tanto en su aspecto exterior como interior, introducir modificaciones de cualquier género, tanto en lo referente a instalaciones, como a obras puntuales de cualquier tipo que pudieran variar las características del conjunto implica una gran dificultad para adaptarse a la normativa de Promoción de Accesibilidad de Supresión de Barreras Arquitectónicas y a la vez, exige fuertes dosis de imaginación para conseguir, sin modificar

sustancialmente elemento arquitectónico alguno del edificio hacer del mismo un lugar más accesible para todos los ciudadanos.

El edificio de Orense, 60 que data de los años 70, alberga las Direcciones Generales de Carreteras y Transportes, así como un importante Punto de Información al Ciudadano. Nace con importantes deficiencias tanto en lo referente a la organización horizontal, como a la vertical, encontrándonos en principio con una escalinata de acceso al edificio impracticable para personas con discapacidad, lo que da muestra de la concepción urbanística de la época además de otras muchas deficiencias incidentes en los aspectos de movilidad y accesibilidad a sus distintas plantas.

Por último, el de la C/ Braganza s/n, edificio típico de los años 50, concebido para Instituto Nacional de la Vivienda, después de una profunda remodelación realizada en los años 90, alberga en la actualidad el Servicio de Adjudicaciones e Información de Vivienda, así como un importante Archivo General de la Consejería.

Por supuesto, este edificio, con acceso directo desde planta de calle, ha requerido un menor número de actuaciones para su adecuación, lo que no ha evitado que haya tenido que ser adaptado para tratar de cumplir en el mayor grado posible la norma.

ACTIVIDADES

El servicio de Asuntos Generales de la IConsejería de Transportes e infraestructuras, tiene una serie de funciones generadoras de su actividad habitual, entre las que están las siguientes:

- Dar apoyo técnico y logístico tanto a los funcionarios como a los ciudadanos que acuden a las instalaciones en que se desarrollan sus actividades.
- Cuidar del mantenimiento de las instalaciones de los edificios anteriormente mencionados.
- Efectuar cuantas reformas y rehabilitaciones de los edificios que se encuentran bajo su custodia o dependencia precisen.
- Velar por la seguridad tanto del personal como de las instalaciones.
- Seguimiento diario del estado de los edificios.

Para la realización de estas actividades, el Servicio de Asuntos Generales dispone de un equipo multiprofesional que está distribuido en los edificios de Maudes y Orense y además mantiene una continua comunicación con el resto de los edificios de su responsabilidad.

INICIATIVAS DE MEJORA:

La Ley 8/1993 de 22 de junio de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas dentro de las Disposiciones sobre Barreras Arquitectónicas de Edificios (B.A.E.), en su título II, Capítulo 2º Sección 1ª: Accesibilidad en los Edificios de Uso Público (Art. 17 al 25), establece una serie de normas relacionadas con todo lo relativo a la supresión de barreras en los edificios públicos desde los accesos a los mismos, hasta la reserva de plazas de aparcamiento.

De acuerdo con lo establecido por la norma, en el período comprendido entre enero de 1999 y junio de 2003, aproximadamente coincidente con la última legislatura, se acometen una serie de actuaciones que van a incidir en la totalidad del articulado por el que nos vemos afectados. Así, se han realizado obras en los que respecta a:

- Accesibilidad en los edificios de uso público (Art. 17)
- Aparcamientos (Art. 18)
- Acceso al interior de edificio (Art. 19)
- Comunicación horizontal (Art. 20)
- Comunicación Vertical (Art. 21)
- Aseos (Art. 22)
- Servicio de Instalaciones (Art. 23)

La repercusión en cada uno de los aspectos reseñados se explicita en el relato de las obras ejecutadas en los diferentes edificios que al principio fueron indicados. Son las siguientes:

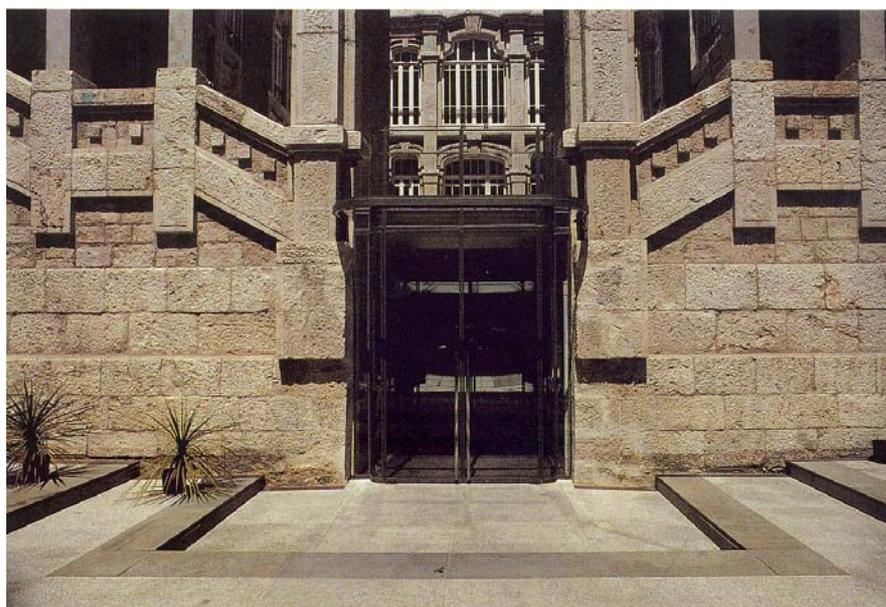
C/ MAUDES, 17

La descripción cronológica que a continuación se describe de las actuaciones llevadas a cabo en el edificio de la C/ Maudes, nº 17, reflejan el intento de dotar al mismo de un itinerario accesible que permita recorrer prácticamente en su totalidad las dependencias del inmueble a las personas con movilidad reducida, tanto si son empleados, como visitantes.

En todos los casos se ha optado por la solución que, recogiendo los requerimientos establecidos en la legislación vigente aplicable, menos altere o modifique las condiciones del edificio como elemento de valor arquitectónico.

1□ Año 1999. Acceso al interior del edificio

Originalmente este acceso presentaba tres barreras arquitectónicas para acceder desde la vía pública al nivel de planta Baja del edificio. FOTO N° 1



La primera barrera la formaban los dos peldaños exteriores de bajada a cota del vestíbulo de entrada. Para suprimir la misma se realizaron dos rampas de obra a ambos laterales de acceso a la puerta principal en paralelo y contiguas a la fachada. FOTO N° 2



Una vez salvado este punto, las personas con movilidad reducida se encontraban con una segunda barrera en las dos puertas de acceso al vestíbulo principal que, dadas sus dimensiones y practicabilidad (dos hojas de vidrio de vaivén), representaban un gran problema para su manipulación. Con el fin de eliminar esta barrera, las puertas se sustituyeron por otras automáticas, con sistema antipánico, para permitir la evacuación del personal del edificio en caso de emergencia. FOTO N° 3



La tercera barrera aparecía en los escalones interiores que rodean el vestíbulo de entrada y que permiten subir al nivel de planta Baja del edificio.

Esta barrera se suprimió mediante la instalación de una plataforma elevadora, ubicándola en el último hueco del lado izquierdo de acceso frontal. FOTO N° 4



Obviamente se colocaron barandillas y dobles pasamanos a ambos lados de las rampas, así como en el centro del vano exterior en el desarrollo de la escalinata, en los vanos escalonados a ambos lados del recinto de control de acceso en el vestíbulo de entrada y en los laterales del hueco central de subida a nivel de planta Baja.

2[] Año 2001. Comunicación vertical. Sustitución ascensores principales

Durante el ejercicio presupuestario del año 2002, la S.G.T. acometió las obras de reforma de modernización de las instalaciones de los dos aparatos elevadores principales. Las mismas contemplaban todas las especificaciones concretas de diseño para definir un itinerario practicable vertical de uso por personas con movilidad reducida, permitiéndoles acceder a las plantas baja, primera, segunda y tercera del edificio con el ascensor izquierdo y hasta la planta segunda, con el ascensor derecho. FOTO N° 5



El presupuesto de Ejecución material fue de 80.685'88 €

3] Año 2001. Acceso oficinas información urbanística y venta de publicaciones

La nueva apertura de acceso directo desde la calle a las oficinas de Información Urbanística y Venta de Publicaciones se resolvió teniendo en cuenta la necesidad de diseñar la misma para permitir el acceso autónomo a estas dependencias de atención al público a personas con movilidad reducida. Dado que existía una diferencia de nivel de 1,20 m. aproximadamente entre la cota interior de planta baja y la cota de acceso de calle, se proyectó rebajar la primera para formar un pequeño vestíbulo de acceso directo desde el nivel de calle. Este vestíbulo permite el paso, a mano derecha, a una escalera de desembarco a nivel de planta baja y, a mano izquierda, a una plataforma elevadora con puerta de embarco frontal ubicada en el plano de cerramiento vertical del vestíbulo. Las dimensiones libres de este vestíbulo permiten la maniobrabilidad a una silla de ruedas para acceder a la citada plataforma elevadora. FOTOS N° 6, 7 y 8



El presupuesto de ejecución material fue 41.161'91 €

4□ Años 2002-2003. Comunicación horizontal. Comunicación interior al patio y pabellón de Antonio Palacios.

Para dotar de un acceso a este Pabellón, para uso de personas con minusvalía física, se barajaron dos posibles soluciones:

- a. Acceso desde pasillo de Alenza en planta baja
- b. Acceso a través del patio que rodea este Pabellón

La primera solución planteaba grandes problemas por la existencia de numerosos tramos de escalera sin recorrido ni ancho suficiente para realizar rampas o instalar aparatos salvaescaleras. Para salvar estas barreras se valoró la posibilidad de instalar un pequeño aparato elevador. La realización de un hueco para definir el recorrido de este aparato conllevaba modificar estructural y arquitectónicamente una pequeña área de la edificación adecuándola a las paradas en los diferentes niveles, e incluyendo una actuación sobre la fachada a fin de hacer practicable una salida directa al patio.

Debido a la complejidad de esta actuación, por las modificaciones de conjunto que representaba, y sin olvidar su alta incidencia económica, se optó por llevar a cabo la segunda solución.

Esta segunda solución contempla practicar el acceso al Pabellón aislado de Antonio Palacios a través del patio que rodea al mismo. Para salvar el desnivel existente entre la cota del pasillo-corredor central de planta baja y la cota de patio situada por debajo de esta, se ha instalado una rampa paralela a la fachada, siguiendo el cambio de dirección de la misma y cuyo embarque se sitúa en el hueco izquierdo de ventana inmediato a la puerta de salida a este patio. Este hueco de ventana se adaptó para la colocación de una puerta. Interiormente se forró el zócalo inferior con material cerámico de igual calidad y diseño al existente, simulando la ventana original. FOTO N° 9



Para favorecer la iluminación natural de los huecos de luz situados en la base de la fachada contigua a la rampa, los planos inclinados y las mesetas de la misma se han resuelto con materiales translúcidos : vidrio laminado y trámex. El vidrio tiene un tratamiento micrograbado para evitar el deslizamiento. Los pasamanos y soportes de las barandillas son de acero inoxidable mate. Si bien los materiales descritos no están presentes en esta zona del edificio, mantienen una coherencia plástica con el conjunto. Igualmente cabe señalar que esta rampa es desmontable, formada por módulos de 1,20 x 1,00 m., unidos entre sí por un sistema asemejado al de bisagras. FOTO N° 10



Para salvar los dos escalones de la acera perimetral de este patio, en el recorrido de acceso se han colocado dos pequeñas rampas, igualmente desmontables. FOTOS N° 11 y 12



Desde el nivel de patio hasta el nivel de planta primera de este Pabellón, existen dos tramos de escaleras continuos interrumpidos por una meseta intermedia. El primer tramo es exterior y el segundo se ubica dentro de la edificación.

Para practicar este acceso, se ha instalado un aparato elevador salvaescalera en todo el desarrollo de los dos tramos. Esta plataforma va dotada de unos giros en su desembarco, de modo que queda oculta detrás de la pared derecha. FOTO N° 13



El rail de este aparato se fija a unos soportes de acero inoxidable en el tramo de escalera que queda a la intemperie, fijándose a la pared, y paralela a esta, en el tramo interior. FOTOS N° 14 y 15



El presupuesto de Ejecución material fue de 57.467'95 €

C/ ORENSE, 60

- Acceso al interior del edificio desde la C/ Orense.

Antecedentes: Con anterioridad al año 1999 existía una rampa de tramo único para el acceso al edificio, con un desarrollo horizontal de aproximadamente 12,60 m y un desnivel de 1,35 m., lo que daba una pendiente de aproximadamente el 10,67%.

A la vista de los parámetros anteriores, que no se adaptaban a la legalidad vigente, se tomó la decisión de acometer una serie de obras encaminadas a subsanar las deficiencias existentes y de esta manera poder aplicar la ley anteriormente reseñada.

En el año 2000 se procede al diseño de una nueva rampa, barajándose una serie de opciones, siempre teniendo en cuenta no solo los aspectos prácticos sino dando también una gran importancia a la parte estética de la misma. Se resolvió finalmente que la nueva rampa debía de tener 2 tramos en zigzag, lo que permitía un mayor desarrollo en el sentido longitudinal y a la vez una mayor reducción de la pendiente, que en nuestro caso ya no supera el máximo del 8% que prevé la ley en lo que se refiere a tramos menores de 10 m. de desarrollo horizontal, lo que permite un acceso más cómodo al edificio.

Se dotó a estas nuevas rampas de doble pasamanos (uno a 0.70 m. y otro a 0,90m. del suelo), con un grosor y distancia a la pared de adosamiento lo suficiente para permitir un táctil y seguro asimiento a las personas con dificultades de manipulación. FOTO N° 16



El presupuesto de ejecución de esta obra fue de: 7.174,40 €

- **Comunicación horizontal.**

Hasta el año 2000 la entrada del edificio se conformaba por un sistema de puertas de accionamiento manual donde como pieza principal existía un pequeño hall al cual se llegaba, bien desde la escalinata de acceso al edificio en su parte frontal, bien por el lateral derecho desde la rampa existente.

Para instalar un sistema de puertas en un espacio tan reducido, que a la vez comunicaba con el Servicio de Atención al Ciudadano, se ideó un nuevo sistema de acceso al edificio con el consiguiente cambio de aquéllas, con lo que la apertura y cierre de las mismas se efectuara de manera automática, accionadas por un sistema de control remoto mediante célula fotoeléctrica. De este modo se conseguía un mejor acceso para todo el personal que llegara al edificio y un mejor aprovechamiento de los espacios, tanto en lo referente a distribución, como en el uso de los mismos. FOTO N° 17



El presupuesto de Ejecución de la obra fue de 10.643,63 €.

En el año 2001 se ejecutó la reestructuración y ampliación del pasillo de la planta baja para poder dar acceso a discapacitados desde el vestíbulo principal del edificio a las zonas posteriores del mismo, así como al aseo existente en esta zona (que ya había sido modificado en el año 1999) para el uso de discapacitados, pasando a tener una anchura de 1,40m. FOTO N° 18



El presupuesto de Ejecución de Material fue de 4.700 €.

- **Comunicación vertical**

Entre los años 1999 y 2000 se procedió a la sustitución de los ascensores para posibilitar la utilización de los mismos por personas discapacitadas y dentro de las mismas al colectivo de invidentes, para lo que se les dotó de un sistema de accionamiento con botonadura visual y táctil de fácil uso y manejo. Asimismo se dotó a estos ascensores de mayor amplitud tanto en las cabinas como de las puertas. FOTOS N° 19 y 20



En otro orden de cosas, aunque también con incidencia directa en eliminación de barreras, se decidió que uno de los ascensores llegara hasta el segundo sótano del edificio, puesto que hasta la fecha a los dos ascensores existentes en el edificio solo llegaban hasta el primer sótano, siendo el acceso al segundo a través de la escalera principal del edificio, lo que impedía la llegada de personas disminuidas a esta planta.

Así, pues, prolongó el recorrido de uno de los ascensores hasta el mencionado segundo sótano.

La realización de esta obra supuso la ejecución de un nuevo foso que albergara los mecanismos de frenada, lo que dificultó bastante la obra, ya que afectaba parcialmente a una zapata del edificio, así como a la red de saneamiento, que discurría por la zona.

Las actuaciones que se hubieron de realizar consistieron en desviar parte del saneamiento a fin de que no afectara al funcionamiento del mismo se

hicieron, por tanto nuevas arquetas de cambio de dirección, así como nuevo recorrido del saneamiento.

Por lo que se refiere a la estructura del edificio, la incidencia se limitó a la rotura de una esquina de la zapata afectada lo que en ningún momento supuso una alteración en el trabajo de la misma tal y como se reflejó en el correspondiente Informe Técnico que para este caso puntual se redactó en su momento. FOTO N° 21



El presupuesto de la inversión fue de 87.146,75 €.

- **Aseo de minusválidos:**

Esta actuación, ejecutada en el año 1999, consistió en la adaptación y transformación en planta baja del edificio, con acceso directo desde el vestíbulo principal del edificio, de un aseo al cual se dotó de un inodoro y un lavabo de diseño especial, lo que permite su utilización por personas discapacitadas.

Las medidas interiores del aseo son actualmente de 2,62 m x 2.31 m. lo que permite el giro de 360° a una silla de ruedas y a la vez una gran maniobrabilidad dentro del mismo. FOTO N° 22



El presupuesto de esta obra fue de 15.996,83 €.

- **Aparcamiento para minusválidos.**

Aunque existe un aparcamiento en el edificio y los ascensores llegan hasta la planta en que se ubica, se pensó en que la mejor opción y probablemente más cómoda para las personas que hubieran de usarlo era habilitar una plaza de aparcamiento próxima a la entrada del edificio, por lo que se solicitó al Ayuntamiento su instalación y señalización del mismo. La existencia de esta reserva data del año 1999. FOTO N° 23



RESULTADOS OBTENIDOS:

La conclusión de todas estas obras ha supuesto, además de alcanzar unas altas cotas de cumplimiento de la Ley 8/1993, una serie de beneficios indudables para las personas con discapacidad que podemos concretar en las siguientes:

- Mejor acceso a los edificios desde la vía pública.
- Mejor intercomunicación entre las distintas dependencias (especialmente en el edificio de la C/ Maudes N°. 17, ya que en el mismo se encuentran varios pabellones interconectados entre sí por patios y escalinatas de difícil uso para personas discapacitadas).
- Mejor comunicación en los edificios tanto en su desarrollo horizontal (rampas, ancho de pasillos y puertas, etc.).
- Instalación de nuevas puertas de acceso a los edificios de apertura y cierre automático.
- Instalación de nuevos ascensores en desplazamientos verticales que permite acceder a personas discapacitadas a todos los servicios de los edificios.

CANDIDATURA:	SERVICIO DE ASUNTOS GENERALES
PRESUPUESTO:	304.797'35 €
PERSONA DE CONTACTO:	ARMANDO TEIXEIRO FEIJOO
DIRECCION / TELEFONO	MAUDES, 17 - 915803114
NOMBRE DEL PROYECTO:	SUPRESION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS
Nº VISITANTES EN LOS EDIFICIOS:	

MEMORIA

La Consejería de Transportes e infraestructuras está constituida por una serie de edificios diseminados en el municipio de Madrid, al menos en lo que se refiere al ámbito al que este trabajo se dirige.

Los edificios objetivo de la actuación han sido los siguientes:

- Hospital de Jornaleros, C/ Maudes, 17
- Edificio del antiguo organismo COPLACO, sito en la C/ Orense, 60
- Edificio destinado a dependencias del Instituto de la Vivienda (Atención al Ciudadano) y Archivo c/ Braganza s/n

Descripción de estos edificios:

El primero de los relacionados, en C/ Maudes, 17 es la Sede Central de la Consejería.

Edificio emblemático del arquitecto Antonio Palacios, inaugurado en 1916, fue concebido como Hospital de Jornaleros y, habiendo abandonado su actividad primigenia, fue recuperado en 1986 para sede de la Consejería de Política Territorial de la Comunidad de Madrid a la que, con diversos nombres, sigue sirviendo.

Puede entenderse que, dadas las características arquitectónicas del edificio y estando calificado como Edificio Protegido y catalogado por el Ayuntamiento de Madrid, tanto en su aspecto exterior como interior, introducir modificaciones de cualquier género, tanto en lo referente a instalaciones, como a obras puntuales de cualquier tipo que pudieran variar las características del conjunto implica una gran dificultad para adaptarse a la normativa de Promoción de Accesibilidad de Supresión de Barreras Arquitectónicas y a la vez, exige fuertes dosis de imaginación para conseguir, sin modificar

sustancialmente elemento arquitectónico alguno del edificio hacer del mismo un lugar más accesible para todos los ciudadanos.

El edificio de Orense, 60 que data de los años 70, alberga las Direcciones Generales de Carreteras y Transportes, así como un importante Punto de Información al Ciudadano. Nace con importantes deficiencias tanto en lo referente a la organización horizontal, como a la vertical, encontrándonos en principio con una escalinata de acceso al edificio impracticable para personas con discapacidad, lo que da muestra de la concepción urbanística de la época además de otras muchas deficiencias incidentes en los aspectos de movilidad y accesibilidad a sus distintas plantas.

Por último, el de la C/ Braganza s/n, edificio típico de los años 50, concebido para Instituto Nacional de la Vivienda, después de una profunda remodelación realizada en los años 90, alberga en la actualidad el Servicio de Adjudicaciones e Información de Vivienda, así como un importante Archivo General de la Consejería.

Por supuesto, este edificio, con acceso directo desde planta de calle, ha requerido un menor número de actuaciones para su adecuación, lo que no ha evitado que haya tenido que ser adaptado para tratar de cumplir en el mayor grado posible la norma.

ACTIVIDADES

El servicio de Asuntos Generales de la IConsejería de Transportes e infraestructuras, tiene una serie de funciones generadoras de su actividad habitual, entre las que están las siguientes:

- Dar apoyo técnico y logístico tanto a los funcionarios como a los ciudadanos que acuden a las instalaciones en que se desarrollan sus actividades.
- Cuidar del mantenimiento de las instalaciones de los edificios anteriormente mencionados.
- Efectuar cuantas reformas y rehabilitaciones de los edificios que se encuentran bajo su custodia o dependencia precisen.
- Velar por la seguridad tanto del personal como de las instalaciones.
- Seguimiento diario del estado de los edificios.

Para la realización de estas actividades, el Servicio de Asuntos Generales dispone de un equipo multiprofesional que está distribuido en los edificios de Maudes y Orense y además mantiene una continua comunicación con el resto de los edificios de su responsabilidad.

INICIATIVAS DE MEJORA:

La Ley 8/1993 de 22 de junio de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas dentro de las Disposiciones sobre Barreras Arquitectónicas de Edificios (B.A.E.), en su título II, Capítulo 2º Sección 1ª: Accesibilidad en los Edificios de Uso Público (Art. 17 al 25), establece una serie de normas relacionadas con todo lo relativo a la supresión de barreras en los edificios públicos desde los accesos a los mismos, hasta la reserva de plazas de aparcamiento.

De acuerdo con lo establecido por la norma, en el período comprendido entre enero de 1999 y junio de 2003, aproximadamente coincidente con la última legislatura, se acometen una serie de actuaciones que van a incidir en la totalidad del articulado por el que nos vemos afectados. Así, se han realizado obras en los que respecta a:

- Accesibilidad en los edificios de uso público (Art. 17)
- Aparcamientos (Art. 18)
- Acceso al interior de edificio (Art. 19)
- Comunicación horizontal (Art. 20)
- Comunicación Vertical (Art. 21)
- Aseos (Art. 22)
- Servicio de Instalaciones (Art. 23)

La repercusión en cada uno de los aspectos reseñados se explicita en el relato de las obras ejecutadas en los diferentes edificios que al principio fueron indicados. Son las siguientes:

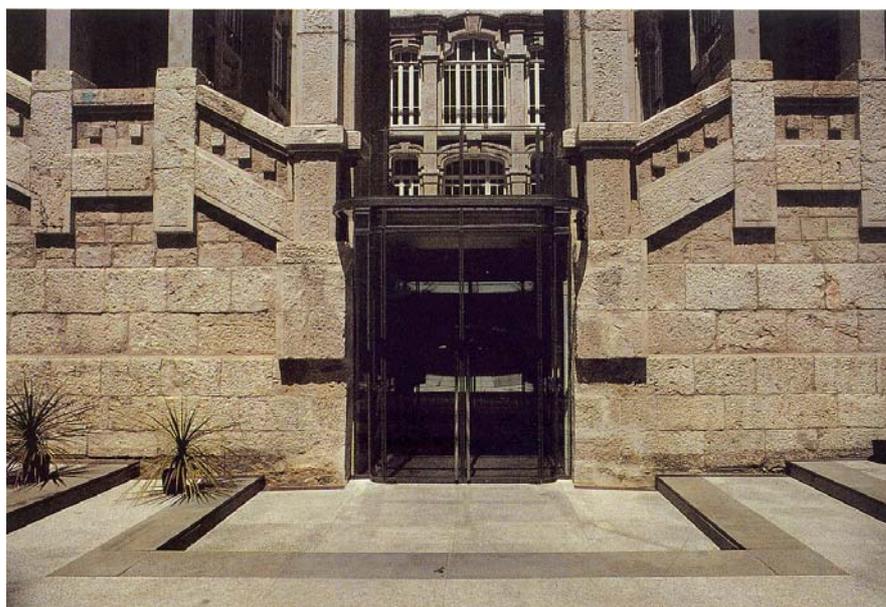
C/ MAUDES, 17

La descripción cronológica que a continuación se describe de las actuaciones llevadas a cabo en el edificio de la C/ Maudes, nº 17, reflejan el intento de dotar al mismo de un itinerario accesible que permita recorrer prácticamente en su totalidad las dependencias del inmueble a las personas con movilidad reducida, tanto si son empleados, como visitantes.

En todos los casos se ha optado por la solución que, recogiendo los requerimientos establecidos en la legislación vigente aplicable, menos altere o modifique las condiciones del edificio como elemento de valor arquitectónico.

1□ Año 1999. Acceso al interior del edificio

Originalmente este acceso presentaba tres barreras arquitectónicas para acceder desde la vía pública al nivel de planta Baja del edificio. FOTO N° 1



La primera barrera la formaban los dos peldaños exteriores de bajada a cota del vestíbulo de entrada. Para suprimir la misma se realizaron dos rampas de obra a ambos laterales de acceso a la puerta principal en paralelo y contiguas a la fachada. FOTO N° 2



Una vez salvado este punto, las personas con movilidad reducida se encontraban con una segunda barrera en las dos puertas de acceso al vestíbulo principal que, dadas sus dimensiones y practicabilidad (dos hojas de vidrio de vaivén), representaban un gran problema para su manipulación. Con el fin de eliminar esta barrera, las puertas se sustituyeron por otras automáticas, con sistema antipánico, para permitir la evacuación del personal del edificio en caso de emergencia. FOTO N° 3



La tercera barrera aparecía en los escalones interiores que rodean el vestíbulo de entrada y que permiten subir al nivel de planta Baja del edificio.

Esta barrera se suprimió mediante la instalación de una plataforma elevadora, ubicándola en el último hueco del lado izquierdo de acceso frontal. FOTO N° 4



Obviamente se colocaron barandillas y dobles pasamanos a ambos lados de las rampas, así como en el centro del vano exterior en el desarrollo de la escalinata, en los vanos escalonados a ambos lados del recinto de control de acceso en el vestíbulo de entrada y en los laterales del hueco central de subida a nivel de planta Baja.

2[] Año 2001. Comunicación vertical. Sustitución ascensores principales

Durante el ejercicio presupuestario del año 2002, la S.G.T. acometió las obras de reforma de modernización de las instalaciones de los dos aparatos elevadores principales. Las mismas contemplaban todas las especificaciones concretas de diseño para definir un itinerario practicable vertical de uso por personas con movilidad reducida, permitiéndoles acceder a las plantas baja, primera, segunda y tercera del edificio con el ascensor izquierdo y hasta la planta segunda, con el ascensor derecho. FOTO N° 5



El presupuesto de Ejecución material fue de 80.685'88 €

3] Año 2001. Acceso oficinas información urbanística y venta de publicaciones

La nueva apertura de acceso directo desde la calle a las oficinas de Información Urbanística y Venta de Publicaciones se resolvió teniendo en cuenta la necesidad de diseñar la misma para permitir el acceso autónomo a estas dependencias de atención al público a personas con movilidad reducida. Dado que existía una diferencia de nivel de 1,20 m. aproximadamente entre la cota interior de planta baja y la cota de acceso de calle, se proyectó rebajar la primera para formar un pequeño vestíbulo de acceso directo desde el nivel de calle. Este vestíbulo permite el paso, a mano derecha, a una escalera de desembarco a nivel de planta baja y, a mano izquierda, a una plataforma elevadora con puerta de embarco frontal ubicada en el plano de cerramiento vertical del vestíbulo. Las dimensiones libres de este vestíbulo permiten la maniobrabilidad a una silla de ruedas para acceder a la citada plataforma elevadora. FOTOS N° 6, 7 y 8



El presupuesto de ejecución material fue 41.161'91 €

4□ Años 2002-2003. Comunicación horizontal. Comunicación interior al patio y pabellón de Antonio Palacios.

Para dotar de un acceso a este Pabellón, para uso de personas con minusvalía física, se barajaron dos posibles soluciones:

- a. Acceso desde pasillo de Alenza en planta baja
- b. Acceso a través del patio que rodea este Pabellón

La primera solución planteaba grandes problemas por la existencia de numerosos tramos de escalera sin recorrido ni ancho suficiente para realizar rampas o instalar aparatos salvaescaleras. Para salvar estas barreras se valoró la posibilidad de instalar un pequeño aparato elevador. La realización de un hueco para definir el recorrido de este aparato conllevaba modificar estructural y arquitectónicamente una pequeña área de la edificación adecuándola a las paradas en los diferentes niveles, e incluyendo una actuación sobre la fachada a fin de hacer practicable una salida directa al patio.

Debido a la complejidad de esta actuación, por las modificaciones de conjunto que representaba, y sin olvidar su alta incidencia económica, se optó por llevar a cabo la segunda solución.

Esta segunda solución contempla practicar el acceso al Pabellón aislado de Antonio Palacios a través del patio que rodea al mismo. Para salvar el desnivel existente entre la cota del pasillo-corredor central de planta baja y la cota de patio situada por debajo de esta, se ha instalado una rampa paralela a la fachada, siguiendo el cambio de dirección de la misma y cuyo embarque se sitúa en el hueco izquierdo de ventana inmediato a la puerta de salida a este patio. Este hueco de ventana se adaptó para la colocación de una puerta. Interiormente se forró el zócalo inferior con material cerámico de igual calidad y diseño al existente, simulando la ventana original. FOTO N° 9



Para favorecer la iluminación natural de los huecos de luz situados en la base de la fachada contigua a la rampa, los planos inclinados y las mesetas de la misma se han resuelto con materiales translúcidos : vidrio laminado y trámex. El vidrio tiene un tratamiento micrograbado para evitar el deslizamiento. Los pasamanos y soportes de las barandillas son de acero inoxidable mate. Si bien los materiales descritos no están presentes en esta zona del edificio, mantienen una coherencia plástica con el conjunto. Igualmente cabe señalar que esta rampa es desmontable, formada por módulos de 1,20 x 1,00 m., unidos entre sí por un sistema asemejado al de bisagras. FOTO N° 10



Para salvar los dos escalones de la acera perimetral de este patio, en el recorrido de acceso se han colocado dos pequeñas rampas, igualmente desmontables. FOTOS N° 11 y 12



Desde el nivel de patio hasta el nivel de planta primera de este Pabellón, existen dos tramos de escaleras continuos interrumpidos por una meseta intermedia. El primer tramo es exterior y el segundo se ubica dentro de la edificación.

Para practicar este acceso, se ha instalado un aparato elevador salvaescalera en todo el desarrollo de los dos tramos. Esta plataforma va dotada de unos giros en su desembarco, de modo que queda oculta detrás de la pared derecha. FOTO N° 13



El rail de este aparato se fija a unos soportes de acero inoxidable en el tramo de escalera que queda a la intemperie, fijándose a la pared, y paralela a esta, en el tramo interior. FOTOS N° 14 y 15



El presupuesto de Ejecución material fue de 57.467'95 €

C/ ORENSE, 60

- Acceso al interior del edificio desde la C/ Orense.

Antecedentes: Con anterioridad al año 1999 existía una rampa de tramo único para el acceso al edificio, con un desarrollo horizontal de aproximadamente 12,60 m y un desnivel de 1,35 m., lo que daba una pendiente de aproximadamente el 10,67%.

A la vista de los parámetros anteriores, que no se adaptaban a la legalidad vigente, se tomó la decisión de acometer una serie de obras encaminadas a subsanar las deficiencias existentes y de esta manera poder aplicar la ley anteriormente reseñada.

En el año 2000 se procede al diseño de una nueva rampa, barajándose una serie de opciones, siempre teniendo en cuenta no solo los aspectos prácticos sino dando también una gran importancia a la parte estética de la misma. Se resolvió finalmente que la nueva rampa debía de tener 2 tramos en zigzag, lo que permitía un mayor desarrollo en el sentido longitudinal y a la vez una mayor reducción de la pendiente, que en nuestro caso ya no supera el máximo del 8% que prevé la ley en lo que se refiere a tramos menores de 10 m. de desarrollo horizontal, lo que permite un acceso más cómodo al edificio.

Se dotó a estas nuevas rampas de doble pasamanos (uno a 0.70 m. y otro a 0,90m. del suelo), con un grosor y distancia a la pared de adosamiento lo suficiente para permitir un táctil y seguro asimiento a las personas con dificultades de manipulación. FOTO N° 16



El presupuesto de ejecución de esta obra fue de: 7.174,40 €

- **Comunicación horizontal.**

Hasta el año 2000 la entrada del edificio se conformaba por un sistema de puertas de accionamiento manual donde como pieza principal existía un pequeño hall al cual se llegaba, bien desde la escalinata de acceso al edificio en su parte frontal, bien por el lateral derecho desde la rampa existente.

Para instalar un sistema de puertas en un espacio tan reducido, que a la vez comunicaba con el Servicio de Atención al Ciudadano, se ideó un nuevo sistema de acceso al edificio con el consiguiente cambio de aquéllas, con lo que la apertura y cierre de las mismas se efectuara de manera automática, accionadas por un sistema de control remoto mediante célula fotoeléctrica. De este modo se conseguía un mejor acceso para todo el personal que llegara al edificio y un mejor aprovechamiento de los espacios, tanto en lo referente a distribución, como en el uso de los mismos. FOTO N° 17



El presupuesto de Ejecución de la obra fue de 10.643,63 €.

En el año 2001 se ejecutó la reestructuración y ampliación del pasillo de la planta baja para poder dar acceso a discapacitados desde el vestíbulo principal del edificio a las zonas posteriores del mismo, así como al aseo existente en esta zona (que ya había sido modificado en el año 1999) para el uso de discapacitados, pasando a tener una anchura de 1,40m. FOTO N° 18



El presupuesto de Ejecución de Material fue de 4.700 €.

- **Comunicación vertical**

Entre los años 1999 y 2000 se procedió a la sustitución de los ascensores para posibilitar la utilización de los mismos por personas discapacitadas y dentro de las mismas al colectivo de invidentes, para lo que se les dotó de un sistema de accionamiento con botonadura visual y táctil de fácil uso y manejo. Asimismo se dotó a estos ascensores de mayor amplitud tanto en las cabinas como de las puertas. FOTOS N° 19 y 20



En otro orden de cosas, aunque también con incidencia directa en eliminación de barreras, se decidió que uno de los ascensores llegara hasta el segundo sótano del edificio, puesto que hasta la fecha a los dos ascensores existentes en el edificio solo llegaban hasta el primer sótano, siendo el acceso al segundo a través de la escalera principal del edificio, lo que impedía la llegada de personas disminuidas a esta planta.

Así, pues, prolongó el recorrido de uno de los ascensores hasta el mencionado segundo sótano.

La realización de esta obra supuso la ejecución de un nuevo foso que albergara los mecanismos de frenada, lo que dificultó bastante la obra, ya que afectaba parcialmente a una zapata del edificio, así como a la red de saneamiento, que discurría por la zona.

Las actuaciones que se hubieron de realizar consistieron en desviar parte del saneamiento a fin de que no afectara al funcionamiento del mismo se

hicieron, por tanto nuevas arquetas de cambio de dirección, así como nuevo recorrido del saneamiento.

Por lo que se refiere a la estructura del edificio, la incidencia se limitó a la rotura de una esquina de la zapata afectada lo que en ningún momento supuso una alteración en el trabajo de la misma tal y como se reflejó en el correspondiente Informe Técnico que para este caso puntual se redactó en su momento. FOTO N° 21



El presupuesto de la inversión fue de 87.146,75 €.

- **Aseo de minusválidos:**

Esta actuación, ejecutada en el año 1999, consistió en la adaptación y transformación en planta baja del edificio, con acceso directo desde el vestíbulo principal del edificio, de un aseo al cual se dotó de un inodoro y un lavabo de diseño especial, lo que permite su utilización por personas discapacitadas.

Las medidas interiores del aseo son actualmente de 2,62 m x 2.31 m. lo que permite el giro de 360° a una silla de ruedas y a la vez una gran maniobrabilidad dentro del mismo. FOTO N° 22



El presupuesto de esta obra fue de 15.996,83 €.

- **Aparcamiento para minusválidos.**

Aunque existe un aparcamiento en el edificio y los ascensores llegan hasta la planta en que se ubica, se pensó en que la mejor opción y probablemente más cómoda para las personas que hubieran de usarlo era habilitar una plaza de aparcamiento próxima a la entrada del edificio, por lo que se solicitó al Ayuntamiento su instalación y señalización del mismo. La existencia de esta reserva data del año 1999. FOTO N° 23



RESULTADOS OBTENIDOS:

La conclusión de todas estas obras ha supuesto, además de alcanzar unas altas cotas de cumplimiento de la Ley 8/1993, una serie de beneficios indudables para las personas con discapacidad que podemos concretar en las siguientes:

- Mejor acceso a los edificios desde la vía pública.
- Mejor intercomunicación entre las distintas dependencias (especialmente en el edificio de la C/ Maudes N°. 17, ya que en el mismo se encuentran varios pabellones interconectados entre sí por patios y escalinatas de difícil uso para personas discapacitadas).
- Mejor comunicación en los edificios tanto en su desarrollo horizontal (rampas, ancho de pasillos y puertas, etc.).
- Instalación de nuevas puertas de acceso a los edificios de apertura y cierre automático.
- Instalación de nuevos ascensores en desplazamientos verticales que permite acceder a personas discapacitadas a todos los servicios de los edificios.



***LABORATORIO
REGIONAL DE SALUD
PÚBLICA***

***PROYECTO:
"Plan de Mejora"***

PLAN DE CALIDAD

DEL LABORATORIO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA

(1997-2003)



CANDIDATURA AL

PREMIO A LA EXCELENCIA Y CALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO

DE LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2003.



Instituto de Salud Pública
Laboratorio Regional de Salud Pública



INDICE

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCIÓN	1
ACTIVIDADES	3
INICIATIVAS DE MEJORA	
Criterio 1. Liderazgo	4
Criterio 2. Estrategia	6
Criterio 3. Personas	9
Criterio 4. Alianzas y recursos	11
Criterio 5. Procesos	13
Criterio 6. Resultados en los clientes	15
Criterio 7. Resultados en las personas	17
Criterio 8. Resultados en la sociedad	19
Criterio 9. Resultados clave	20
RESULTADOS	
Criterio 1. Liderazgo	21
Criterio 2. Estrategia	26
Criterio 3. Personas	28
Criterio 4. Alianzas y recursos	32
Criterio 5. Procesos	37
Criterio 6. Resultados en los clientes	40
Criterio 7. Resultados en las personas	44
Criterio 8. Resultados en la sociedad	46
Criterio 9. Resultados clave	47
ANEXOS	
Anexo 1. Procedimientos en vigor	50
Anexo 2. Acciones formativas	55
Anexo 3. Anexo Técnico. Revisión 4	57
Anexo 4. Planes operativos anuales	62

INTRODUCCIÓN

El Laboratorio Regional de Salud Pública (en adelante L.R.S.P.) es un Servicio dependiente de la Coordinación de Servicios Centrales del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, según se establece en la ORDEN 855/2002 de 13 de noviembre de la Consejería de Sanidad en su Art. 1.; con funciones de **asesoramiento técnico a la Dirección General de Salud Pública en el ámbito de: Prevención y Promoción de la Salud, Sanidad Ambiental, Seguridad Alimentaria y Vigilancia Epidemiológica** (Decreto 138/2002 de 25 de julio de la Consejería de Sanidad).

El Laboratorio Regional de Salud Pública desarrolla su actividad en el campo de los **análisis microbiológicos y fisicoquímicos de aguas y alimentos**, así como en los **análisis de muestras clínicas** relacionadas con la vigilancia epidemiológica.

Tiene como actividad principal los análisis de muestras para los Planes y Programas de Salud Pública que tienen como finalidad dirigir y formular las líneas de trabajo necesarias para que las intervenciones en Salud Pública mejoren la salud y calidad de vida de todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

A partir de la publicación del RD 1397/1995, los laboratorios que asumen la realización de pruebas analíticas para la regulación de infracciones y sanciones en materia de defensa del consumidor y de la producción agroalimentaria, tienen que **cumplir los criterios** generales de funcionamiento de los laboratorios de ensayo establecidos en la **Norma UNE 45.001 (actualmente UNE-EN ISO/IEC 17025) y acreditar la competencia técnica por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC)**. La acreditación del Laboratorio implica no solo una declaración formal del cumplimiento de los requisitos de la Norma, si no, un reconocimiento externo de la "competencia técnica" del laboratorio para realizar las actividades incluidas en el Alcance de Acreditación.

Esta imposición reglamentaria llevó al Laboratorio Regional de Salud Pública a la necesidad de implantar un **Sistema de Aseguramiento de la Calidad que le permitiese demostrar su Competencia Técnica** y su capacidad para producir resultados de ensayo fiables y reproducibles.

El Sistema de Aseguramiento de la Calidad fue implantado progresivamente, por áreas de actividad (periodo 1997-1999), dado que las dificultades para cubrir los requisitos de gestión, organización y competencia técnica hacían imposible la implantación simultánea en toda la organización. El Laboratorio Regional de Salud Pública consiguió la acreditación por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) para el Sistema de Gestión de la Calidad y Área de Microbiología de Alimentos, en Febrero del año 2000, y ha ido ampliando el Alcance de Acreditación en las Áreas de Microbiología de Aguas y de Análisis Fisicoquímicos. En el año 2001

se adapta el Sistema de Gestión de la Calidad para cumplir requisitos de Norma UNE-EN ISO/IEC 17.025 y se acredita por ENAC en Diciembre de 2001.

En línea con la "Apuesta por la Calidad" (periodo 1997-1999), la **V Legislatura de la Dirección General de Salud Pública** (octubre 1999) establece la elaboración de un **Plan Director** del Laboratorio Regional de Salud Pública que garantice, después del correspondiente análisis de necesidades, la dotación de recursos humanos y tecnológicos que le permitan significarse dentro de la Comunidad de Madrid en funciones de referencia en el control analítico, investigación e innovación tecnológica. El Diagnóstico de mejora y desarrollo del Plan Director, **se presenta en la Dirección General de Salud Pública en Diciembre del año 2000** y el Laboratorio Regional de Salud Pública acomete las diferentes actividades encaminadas a corregir las necesidades detectadas.

Como Plan de Acción prioritario y crítico para conseguir los objetivos estratégicos identificados, se proponía la necesidad de convertir el L.R.S.P. o su organización superior en un **organismo autónomo con capacidad de gestión**, y así, con la entrada en vigor de la LOSCAM (Ley de Ordenación Sanitaria) y del Decreto 138/2002, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del **Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid**, se consigue la creación de un organismo que por su autonomía de gestión permite eliminar una de las principales debilidades de la organización.

La Memoria pretende describir el **Proceso de Mejora** que, partiendo de una imposición Reglamentaria Europea, llevó al L.R.S.P. a **implantar un Sistema de Gestión de la Calidad (1997-2000)**. Una vez conseguida la implantación y valorando los beneficios obtenidos en nuestra gestión, se planteó la necesidad de **evaluar** nuestro Sistema con **criterios EFQM** que permitiera **perpetuar los ciclos de mejora** y abordar áreas de gestión que el Sistema de Calidad no contempla **(2001-2003)**.

AÑO	PUNTOS CRÍTICOS DEL PROCESO DE MEJORA
1995	Publicación del RD 1397/1995
1997	Aprobación de la Política de Calidad Inicio de las actividades de Implantación y Formación
1998	Entrada en vigor del RD 1397/1995 Solicitud de Acreditación a la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) V Legislatura de la Dirección General de Salud Pública
1999	Diagnóstico del Plan Director del L.R.S.P.
2000	Acreditación ENAC en Microbiología de Alimentos y del Sistema de Calidad por EN 45.001 Plan Director del Laboratorio Regional de Salud Pública
2001	Acreditación ENAC para Microbiología de Aguas y Alimentos
2002	Acreditación ENAC en Microbiología de Aguas, Alimentos y Análisis Físicoquímicos Acreditación del Sistema de Calidad por UNE-EN ISO/IEC 17025 Decreto 138/2002 de creación del Instituto de Salud Pública
2003	Aprobación del primer Contrato Programa con la Dirección General de Salud Pública donde se constata como línea estratégica fomentar la Calidad como Modelo de Trabajo y se pactan los Objetivos en Calidad para el año

ACTIVIDADES

El Laboratorio Regional de Salud Pública está organizado en las siguientes **Áreas funcionales**:

- Microbiología de Aguas y Alimentos.
- Físico Química de Aguas y Alimentos.
- Microbiología Clínica.
- Garantía de Calidad.
- Administración.

Está constituido por una plantilla media en el periodo de 38 trabajadores, con un volumen de actividad media de 6.000 muestras analizadas y 31.000 determinaciones realizadas.

Las principales actividades desarrolladas por el Laboratorio Regional de Salud Pública son:

- **Análisis de muestras clínicas, ambientales, de aguas, de alimentos y otros productos destinados al consumo humano.**
- Prestar **cobertura diagnóstica**, fundamentalmente en relación a los **brotos de enfermedades infecciosas**.
- Dar apoyo, en **control analítico**, a las necesidades urgentes, fundamentalmente en relación a brotes de toxoinfección, y ante cualquier **alerta en Salud Pública**.
- Realización de estudios de incidencia y prevalencia (**vigilancia epidemiológica**).
- Realización de **pruebas analíticas para la regulación de infracciones y sanciones** en materia de defensa del consumidor y de la producción agroalimentaria.
- Participar en las **Comisiones Técnicas de los Programas de Salud Pública del Instituto de Salud Pública** para la elaboración, seguimiento y evaluación de dichos Programas.
- Dar **asesoramiento técnico en toma de muestras e interpretación de resultados** analíticos a todos los profesionales del Instituto de Salud Pública que son usuarios del Laboratorio Regional de Salud Pública.
- **Coordinar la Red de Laboratorios** de Salud Pública de la Administración Local de la Comunidad de Madrid.
- Realizar la **evaluación técnica de los Laboratorios para el Registro y Autorización de Laboratorios** de la Comunidad de Madrid que realizan controles analíticos de productos alimenticios.
- Desarrollar áreas de **especialización técnica** que le permita abordar las **exigencias y requisitos que imponen los Planes Nacionales y Europeos** en el control de productos destinados al consumo humano y control ambiental.

INICIATIVAS DE MEJORA

Criterio 1. Liderazgo

Criterio 2. Estrategia

Criterio 3. Personas

Criterio 4. Alianzas y recursos

Criterio 5. Procesos

Criterio 6. Resultados en los clientes

Criterio 7. Resultados en las personas

Criterio 8. Resultados en la sociedad

Criterio 9. Resultados clave

RESULTADOS

Criterio 1. Liderazgo

Criterio 2. Estrategia

Criterio 3. Personas

Criterio 4. Alianzas y recursos

Criterio 5. Procesos

Criterio 6. Resultados en los clientes

Criterio 7. Resultados en las personas

Criterio 8. Resultados en la sociedad

Criterio 9. Resultados clave

ANEXOS

Anexo 1. Procedimientos en vigor

Anexo 2. Acciones formativas

Anexo 3. Anexo Técnico. Revisión 4

Anexo 4. Planes operativos anuales

INICIATIVAS DE MEJORA

CRITERIO 1. LIDERAZGO

El Laboratorio Regional de Salud Pública inició las actividades de implantación del Sistema de la Calidad en el año 1997, y siendo una imposición reglamentaria, la Dirección General de Salud Pública apostó por conseguir la acreditación del Laboratorio por Norma 45.001 en el plazo de entrada en vigor del requisito reglamentario. Se designa **nueva Dirección del Laboratorio (1997)** y se nombra **Responsable de Garantía de Calidad**. Se aprueba formalmente la **Política de la Calidad** en la primera edición del Manual de la Calidad en el año 1998.

En el año 1999, el nuevo Director General de Salud Pública continúa la Política de Calidad y Cultura de la Excelencia establecida por su antecesor e incluye en su Proyecto para la V Legislatura la realización de un **Diagnóstico y Plan Director para el Laboratorio Regional de Salud Pública** (año 2000).

Para el diagnóstico de situación se utilizaron como herramientas:	Análisis DAFO
	Auditoría interna según norma EN 45001
	Evaluación según modelo EFQM
	Encuesta de satisfacción de clientes
	Encuesta de satisfacción de personal

- A partir de las conclusiones del Diagnóstico de Situación y en función de los objetivos identificados, se proponen en el Plan Director ocho **Planes de Mejora** cuya implantación es aprobada por la Dirección General de Salud Pública.

Como requisito para el cumplimiento de Norma UNE-EN ISO/IEC 17.025 (año 2002), el Laboratorio implanta, la **Dirección por Objetivos**. Se identifica la **Misión**, la **Política Estratégica** y los **Objetivos Generales** que se desarrollaron y aprobaron en el documento Plan Operativo año 2002.

La Dirección del Laboratorio declara a través de los Objetivos Generales la intención de mejorar la aptitud y actitud de sus Recursos Humanos. La **relación entre el equipo de Dirección** (Director y Responsables Técnicos) **y empleados** están garantizadas al ser un Servicio de 38 trabajadores. De cualquier forma, la Dirección tiene establecidas reuniones trimestrales con cada unidad funcional para el seguimiento del Plan Operativo y un mínimo de dos reuniones al año con todo el personal del Laboratorio para informar de aquellos aspectos de organización o de interés para todos.

En el año 2002 se implanta de forma general en el Instituto de Salud Pública y en particular en el Laboratorio Regional de Salud Pública la **asignación de incentivos por rendimiento y desempeño**. Actualmente el Responsable del Laboratorio y el Responsable de Calidad están trabajando en un grupo de iniciativa y mejora con otros profesionales del Instituto en el procedimiento de asignación de incentivos en toda la Organización (Instituto de Salud Pública).

Desde el año 1997 se desarrollan **Planes Anuales de Formación**, aprobados por el Director General de Salud Pública, para todos los niveles profesionales del Laboratorio, que incluyen siempre un área formativa en Calidad, iniciando en el año 2000 la formación en EFQM para los Responsables Técnicos del Laboratorio y de la Sección de Garantía de la Calidad.

CRITERIO 2. **ESTRATEGIA**

Una vez establecida formalmente la Política de Calidad en la primera edición del Manual de la Calidad (1998), se inicia la **identificación de los procesos clave** y su normalización a través de los Procedimientos Generales que se aprobaron dentro de los requisitos del Sistema de la Calidad.

En el Diagnóstico de mejora y desarrollo del Plan Director se identificaron los puntos fuertes / puntos débiles y se abordaron las Áreas de mejora a través de la **implantación de los Planes Operativos**.

Se concreta la Política Estratégica del Laboratorio Regional de Salud Pública en el primer Plan Operativo del año 2002, y se establecen también los indicadores que en ese momento eran accesibles para seguir las actividades priorizadas para el año. Con el Plan Operativo 2003 se define el **Cuadro de Mando de Indicadores** del Laboratorio Regional de Salud Pública.

La **difusión de la Estrategia y la priorización de Objetivos** para el año se realiza a través de las reuniones de aprobación y seguimiento del Plan Operativo, y se elabora un documento que se distribuye de forma controlada a todos los Responsables Técnicos para su difusión dentro de las Áreas de trabajo del Laboratorio.

La **evaluación de la eficacia y eficiencia de la Estrategia** se realiza a través de:

- **Seguimiento** trimestral del **Plan Operativo** del año a través de reuniones de Dirección y Garantía de la Calidad con todas las unidades.
- **Revisión del Sistema de Calidad** que se realiza a final de año y donde se evalúan los resultados para fijar objetivos del año siguiente.
- **Evaluación** de los resultados del **Cuadro de Mando de Indicadores**.
- **Revisión** de todas las **Reclamaciones, No Conformidades y Acciones Preventivas** del año en la preparación de la Revisión del Sistema de Calidad.
- **Auditorías internas y externas** del Sistema de la Calidad y Áreas Técnicas.

Los resultados de estas evaluaciones son tenidas en cuenta para la Planificación estratégica del año siguiente.

El Laboratorio Regional de Salud Pública recoge la información relevante y mantiene un **contacto** permanente **con sus clientes** a través de:

- **Reuniones de Comisiones Técnicas** de los Programas de Salud Pública a la que acuden los Responsables Técnicos del Laboratorio.

- **Reuniones de Red** de Jefes de Sección de las Áreas de Salud Pública a la que asiste el Director del Laboratorio.
- **Reunión de Jefes de Servicio con el Coordinador.**
- **Sistema de Reclamaciones** del Sistema de Calidad.
- Para los **Programas del año 2002** se diseñó, en un grupo de trabajo de la Dirección General de Salud Pública, donde participaba el Director del Laboratorio, un **documento de "Propuesta de muestreo"** que recogiera para cada programa los requisitos de todos los Servicios y sirviera de referencia para el año y el Programa. Este documento se ha sistematizado para el año 2003.
- El Laboratorio distribuye de forma controlada a todos sus clientes una recopilación de **Documentación de Referencia del Laboratorio** donde pueden encontrar la información relevante para cualquier usuario.

Los Documentos que se incluyen en la Documentación de Referencia son:	Organigrama
	Volante de petición de análisis
	Catálogo de ensayos del Laboratorio
	Requisitos de aceptación de una muestra a ensayo
	Procedimiento para la gestión documental de análisis oficiales
	Perfiles analíticos para los programas anuales. Contrato de ensayos
	Hoja de Sugerencias y Reclamaciones

La información de nuestros clientes más crítica para el Laboratorio Regional de Salud Pública, es decir, la información relacionada con las necesidades analíticas para el año, se concreta en el **Contrato de Ensayos para el año**, que se aprueba por el Director General del Instituto de Salud Pública y se distribuye a todos los clientes del Laboratorio Regional de Salud Pública. Los Responsables Técnicos del Laboratorio Regional de Salud Pública acuerdan con los Servicios de Salud Pública el calendario de muestreo y se fijan los requisitos de aceptación de una muestra a ensayo a través de un documento sometido a control que también se distribuye a todos los clientes.

La información, recogida por todas las vías, es tenida en cuenta en el momento de realizar las propuestas de Objetivos Anuales por las unidades del Laboratorio Regional de Salud Pública para su priorización y aprobación en el Plan Operativo Anual.

Durante la realización del diagnóstico de mejora del Plan Director surgió la necesidad de realizar la primera **encuesta de satisfacción de clientes**. En la actualidad se ha realizado una nueva encuesta, ya que el cambio organizativo sufrido en el Instituto de Salud Pública y en la Dirección General de Salud Pública, ha llevado a considerar no solo la necesidad de evaluar las mejoras implantadas, si no también los nuevos requisitos surgidos del cambio que hayan podido condicionar las necesidades de nuestros clientes.

En las reuniones mantenidas durante la Revisión del Sistema de Calidad, donde se aprueban los objetivos del año, y en las reuniones de seguimiento del Plan Operativo también se recogen las **observaciones del personal** ya que participan en estas reuniones todos los componentes de las unidades.

CRITERIO 3. PERSONAS

El Laboratorio Regional de Salud Pública definió en la primera edición del Manual de la Calidad las **funciones de cada categoría profesional** así como los **requisitos mínimos para acceder** a los puestos de trabajo en cuanto a formación, titulación y experiencia.

Hasta el año 2002, con la creación del Instituto de Salud Pública como organización autónoma de la Consejería de Sanidad, el Laboratorio estaba sometido a la Ley de Función Pública para la incorporación de personal, que impedía una ágil y eficaz selección de personal en función de las necesidades y de los perfiles de los puestos de trabajo. Esta rigidez en la contratación de personal era de gran repercusión para este Servicio donde el grado de especialización en formación y experiencia es crítico para el cumplimiento de las especificaciones del Sistema de Calidad y de competencia técnica.

En el proyecto de mejora del Plan Director se priorizó la: "Creación de organismo autónomo" para permitir al laboratorio la **contratación de personal con perfiles adaptados a las necesidades reales**. El Plan se consolida con la creación del Instituto de Salud Pública por Decreto 138/2002 y el Laboratorio Regional de Salud Pública presenta la propuesta de **nuevo organigrama** que se aprueba y publica por ORDEN 855/2002.

En cumplimiento de la Reglamentación vigente, en Junio 2001, el Laboratorio realiza la **Evaluación Inicial de Riesgos Laborales**. En el año 2002 se constituye un **grupo de trabajo para** la implantación de actuaciones dirigidas a **la prevención de riesgos laborales**. El grupo esta compuesto por 6 personas y ha mantenido reuniones mensuales hasta la actualidad.

Desde 1.998 el Laboratorio dispone de un **Procedimiento General de Formación y Cualificación de personal**, que se audita para la evaluación de la competencia técnica dentro del proceso de acreditación.

- El **Plan Anual de Formación** del Laboratorio se confecciona con las sugerencias recibidas por Responsables Técnicos durante la Revisión del Sistema de Calidad. Está dirigido a posibilitar el cumplimiento de la estrategia y a cubrir las necesidades de formación que se detectan.
- De forma independiente al Plan de Formación, desde el Área de Garantía de Calidad **se difunden** a través de los Responsables Técnicos **los cursos que son ofertados por diversas instituciones** (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación; empresas privadas; AENOR etc.) y que son de interés para los objetivos del Laboratorio.

- El Laboratorio implantó en el año 2002 una **encuesta de valoración de las actividades formativas** que sirve también de referencia para la evaluación de los Planes de Formación Anuales en la Revisión del Sistema de Calidad.
- Se elaboran **Planes de Cualificación específicos para cada persona** en función de su cualificación y experiencia, antes de ser autorizados por el Director a realizar cualquier actividad del Laboratorio. La cualificación de cada técnico implicado en análisis se revisa y actualiza anualmente.
- El laboratorio inició la **formación** de su personal **en Prevención de Riesgos Laborales** en el Plan de Formación de 2000 hasta la actualidad, dando prioridad a las personas de nueva incorporación. En el Año 2003 se realiza una **encuesta de detección de necesidades** de formación, en Prevención de Riesgos Laborales, para todos y cada uno de los trabajadores del Laboratorio, que permita priorizar la formación de las personas en el Plan de Formación de 2.004.

Para facilitar la integración de las personas en la actividad del Laboratorio se aprobó en Junio de 2002 un **procedimiento de trabajo para la incorporación de personal**.

CRITERIO 4. **ALIANZAS Y RECURSOS**

ALIANZAS EXTERNAS

El Laboratorio actúa como **Coordinador de la Red de Laboratorios de Salud Pública** de la Administración Local en el ámbito de la Comunidad de Madrid (Decreto 87/1998). El objeto de la Red es fomentar la coordinación en la planificación, estudio y divulgación de todos aquellos aspectos técnicos, de información y formación que permitan, con la aplicación de los recursos materiales y humanos individuales de cada laboratorio integrante, una mayor eficacia en las actuaciones de estudio de vigilancia y control analítico de los productos alimenticios que tienen encomendadas.

La Orden 13/2000 de la Consejería de Sanidad hace pública la relación de los 9 laboratorios integrantes de la Red de Laboratorios de Salud Pública, que se reúnen con una periodicidad mínima de tres veces al año.

El Laboratorio Regional de Salud Pública tiene encomendado, en nombre del Instituto de Salud Pública, la **subcontratación de ensayos** que no puede llevar a cabo por no estar incluidos en su Catálogo de Ensayos; esto le permite ampliar la cobertura de la demanda analítica de sus clientes. El laboratorio gestiona, con cualquier laboratorio a nivel nacional, la remisión de muestras y su seguimiento hasta la recepción del informe de ensayo por el laboratorio subcontratado y su envío al cliente.

RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

El laboratorio realiza un **seguimiento en continuo de los gastos por partidas presupuestarias** mediante una base de datos administrativa que permite controlar la facturación en tiempo real.

Se han establecido **Indicadores de Coste** para el año 2003.

LOCALES, DEPENDENCIAS, EQUIPOS Y MATERIALES

En el año 2003 se ha procedido a la **redistribución de las dependencias administrativas** del Laboratorio ocupando la planta baja del edificio.

El Laboratorio dispone de un **Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos** que garantiza el cumplimiento en continuo de las especificaciones y aumentan la vida útil de dichos equipos, con el consiguiente ahorro en gasto de mantenimiento correctivo.

En el año 2003 como consecuencia de las actividades de implantación de las mejoras en Prevención de Riesgos Laborales **se han adecuado los equipos de extinción de incendios a las actividades de cada dependencia** del Laboratorio, ya que si bien existían algunos equipos no eran los específicos por

actividad, y se ha dotado de **detectores de incendios a las nuevas dependencias ocupadas por el laboratorio.**

El laboratorio tiene implantado un **sistema de recogida selectiva de residuos.**

El Laboratorio dispone de una dotación de 21 **ordenadores instalados en red**, cuyo mantenimiento integral lo realiza un Departamento del Instituto de Salud Pública que garantiza que estos equipos se hallan en buen estado y se adecuan a las funciones que realizan.

Todos los ordenadores tienen claves de acceso por usuario y todo el sistema informático tiene un **sistema de seguridad** con niveles de acceso diferentes al software y sistema de back-up.

El Laboratorio desde la implantación del Sistema de Calidad dispone de un **procedimiento general para la gestión de compras.** Con la implantación de requisitos de la norma UNE-EN ISO/IEC 17.025, se establece la sistemática para la **evaluación inicial y anual de los proveedores.** Se dispone de una **lista de proveedores autorizados** que cumplen los requisitos establecidos. Dichos requisitos se priorizan en base a garantizar el cumplimiento de unos estándares de calidad que permitan al Laboratorio reducir los controles de calidad sobre los suministros. La lista de proveedores autorizados se actualiza al menos una vez al año.

INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO

El Laboratorio dispone de un **Procedimiento para el control de la documentación.** Este control se aplica tanto a la Documentación Interna, en la que se incluye los documentos del Sistema de Calidad; como a la Documentación Externa, que incluye todas las referencias (reglamentaciones, normas, catálogos, publicaciones, etc.) que se han utilizado en el desarrollo de los procedimientos o que tienen una relación de interés para las actividades que desarrolla el laboratorio.

- La **documentación esta disponible** para todo el personal del Laboratorio y localizada a través de listas de control de documentación. En el año 2002 se ha instalado **en la red informática** una base de datos que lista toda esta documentación y su localización.
- La **documentación de referencia del Laboratorio**, en la que se incluye la información mas relevante para sus clientes, se distribuye controladamente y con el compromiso, por parte del Laboratorio, de mantenerla actualizada y disponible en los Servicios de Salud Pública de Área, Servicios Centrales y clientes ajenos al Instituto de Salud Pública.

En el 2003 se constituye un grupo de trabajo para la elaboración de la primera **Carta de Servicios** del Laboratorio Regional de Salud Pública, publicada en ese mismo año.

CRITERIO 5. PROCESOS

Con la implantación del Sistema de Calidad, **el laboratorio identificó sus procesos claves y de apoyo**, que se describen en los Procedimientos Operativos de la Calidad.

A partir de los procedimientos generales **se revisaron todos los procesos** derivados y se introdujeron las acciones correctoras oportunas **para ajustar estos a los requisitos de la Norma ISO 45001** y posteriormente a la norma UNE-EN ISO/IEC 17.025.

Dentro de este proceso de implantación **se han ido describiendo todas las actividades en Procedimientos Normalizados de Trabajo.**

Los Procedimientos Operativos de Calidad y los Procedimientos Normalizados de Trabajo recogen todas las **actividades, sus responsables, los recursos necesarios, los registros generados, y la documentación aplicable** a cada proceso.

Todos los **procedimientos** están **normalizados** y tienen establecido una **sistemática de revisión y mejora**. La revisión y mejora de los procedimientos puede partir de las auditorías externas o internas, de las sugerencias de mejora del personal o del cliente, de las reclamaciones o de la revisión sistemática establecida cada 2 años para su actualización.

Cualquier persona del Laboratorio a través de un Responsable Técnico puede realizar una **propuesta de mejora** a los procedimientos.

Todos los procedimientos son **elaborados por personal de la unidad que realiza las actividades descritas**, se revisan por Garantía de Calidad y se aprueban por el Responsable Técnico, o el Director en el caso de los Procedimientos Generales.

Todos los procedimientos **se distribuyen de forma controlada y se verifica su implantación y eficacia por auditorías internas.**

Los cambios en los procedimientos se verifican por un sistema de **control de ediciones.**

El Sistema de Calidad describe la **sistemática de implantación de acciones correctoras y de acciones de mejora** en el Procedimiento Operativo de la Calidad para la gestión de los Informes de No Conformidad e informes de Acción Preventiva. Se debe tener en cuenta que los Informes de Acción Preventiva se registran desde la implantación de la Norma UNE-EN ISO/IEC 17025, ya que no se contemplaba en la Norma 45001.

La incorporación de personal a la plantilla del Laboratorio esta regulada por un **Procedimiento Normalizado de Trabajo para la Incorporación de Personal**, que pone a disposición todos los procesos documentados y asegura la formación específica, en función de la formación/experiencia del trabajador, mediante la elaboración de un **Plan de Cualificación individualizado**, tanto de las Áreas técnicas, como de Calidad y de Prevención de Riesgos Laborales.

En el Plan Operativo del año 2002 se establecen **indicadores de procesos** y éstos son mejorados para el año 2003 con su adaptación al **Cuadro de Mando Integral**.

En el año 2003 se ha implantado un servicio de **atención telefónica al cliente**, que depende del Área de Garantía de Calidad. El servicio tiene como finalidad principal el facilitar un acceso rápido a cualquier consulta con el Laboratorio, por lo que se reservó una línea telefónica única que se ha informado a todos los clientes en la Documentación de Referencia del Laboratorio.

El Laboratorio trata de informar de forma clara, en **relación a los servicios que presta**, a través de su **Carta de Servicios** así como por **Documentación de Referencia** actualizada que distribuye entre sus clientes y que incluye el Catálogo de Ensayos para el año.

CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Dentro del Diagnóstico del Plan Director (**año 2000**) se realizó la primera **encuesta de satisfacción de clientes**. La encuesta se realizó por una empresa externa mediante encuesta/entrevista personal a los Jefes de Servicio de las Áreas de Salud Pública y Servicios Centrales, clientes del Laboratorio. Los aspectos encuestados se resumen en:

- a) Valoración de los atributos del Servicio: importancia de los atributos y posicionamientos del Laboratorio con respecto a los atributos.
- b) Expectativas sobre el servicio del Laboratorio.
- c) Propuestas de mejora en relación a la gestión de muestras considerada como la actividad principal del Laboratorio.
- d) Comparación con los Laboratorios Municipales en áreas en que se subcontratan ensayos.
- e) Propuestas de mejora hacia el laboratorio y en la relación cliente-laboratorio.

Las **áreas** identificadas sobre las que se debía focalizar la **mejora** desde el punto de vista del laboratorio eran:

- a) Coordinación con el cliente en remisión y transporte de muestras, cronograma de muestras, etc.
- b) Plazos de entrega de boletines analíticos.

; y como **expectativas** que los **clientes** manifestaron tener respecto al laboratorio destaca:

- c) Dar asesoramiento técnico en protocolos de toma de muestras e interpretación de resultados.

Como **acciones correctoras** directamente relacionadas con las conclusiones de la encuesta (consultar en Resultados el Criterio 6: Resultados en los clientes) se puede destacar:

- a) **Estudio de los tiempos de demora** y puntos críticos en todo el proceso de gestión de muestras. Se repitió el seguimiento a los 6 meses de la implantación de las acciones correctoras para evaluar los resultados.
- b) Se asumió desde el Laboratorio la **coordinación de conductores** para la recogida de muestras y se contrató una mensajería externa como apoyo de este servicio.
- c) **Se impartieron 2 cursos** por el personal del Laboratorio dirigidos a todos los inspectores de la Áreas de Salud Pública para dar a conocer con suficiente detalle las actividades del Laboratorio, los requisitos de la acreditación y la correcta interpretación de los informes de ensayo.
- d) El **teléfono de atención al cliente** tiene como finalidad principal ser una vía de acceso a las consultas del cliente con el Laboratorio.

Destacar que en la encuesta se detectaron áreas de mejora asociadas al funcionamiento de Áreas de Salud Pública/Servicios Centrales/Dirección General, que fueron trasladadas a esta última ya que sus acciones correctoras no podían ser implantadas desde el Laboratorio.

En el **año 2003** se realiza una **nueva encuesta de satisfacción de clientes** que permitiera valorar los resultados con respecto al año 2000 y detectar nuevas necesidades.

En la realización de esta encuesta se han mejorado aspectos como:

- a) Se contrata una empresa externa especializada en este tipo de herramientas y se realiza como proyecto independiente lo que permitió profundizar en la investigación.
- b) Se encuestaron 123 clientes del Laboratorio donde se incluyen Jefes de Servicio, Jefes de Sección e Inspectores de Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria, lo que permite obtener unos resultados muy fiables si se tiene en cuenta que representan el 82 % de los integrantes del universo (error máximo de muestreo $\pm 3,83$ % e intervalo de confianza del 95,5 %).
- c) Como técnica de investigación se utilizó un grupo de discusión para obtener los atributos relevantes y a partir de los resultados se confecciona un cuestionario que se aplica por entrevista telefónica.

Alguna de las **acciones correctoras** relacionadas con las conclusiones de la encuesta, dependientes del Laboratorio, se han **incluido entre los Objetivos Anuales en el Plan Operativo de 2.004**.

Los resultados de la encuesta se han presentado a todos los responsables del Instituto de Salud Pública con competencia en las actividades relacionadas con la encuesta: Coordinador de Servicios Centrales, Coordinadores de Servicios Territoriales, Jefes de Servicio de Salud Pública y Servicios Centrales y Jefes de Sección de Salud Pública y Servicios Centrales.

La participación de los técnicos del Laboratorio en actividades comunes con todos sus clientes: las comisiones técnicas, los grupos de Red con los Jefes de Sección de las Áreas de Salud Pública, reuniones de Coordinación de Servicios Centrales, recogida de información a través de la atención al cliente, etc., son puntos de contacto donde se intercambia mucha información de necesidades de la coordinación cliente / laboratorio.

El Laboratorio Regional de Salud Pública dispone de un **sistema de sugerencias y reclamaciones** que supone otra fuente de información muy útil en relación con los clientes. El proceso de gestión se describe por un Procedimiento Operativo dentro del Sistema de Calidad.

En el Plan Operativo 2002 y 2003 se contemplan los **indicadores que permiten medir los resultados en los clientes**.

El Laboratorio ha asumido la **gestión de compras de reactivos y material fungible para los Servicios Centrales y las Áreas de Salud Pública** hasta que la organización del Instituto de Salud Pública permita que los Servicios de Salud Pública dispongan de su propia infraestructura.

CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

En el Diagnóstico del Plan Director del Laboratorio se realizó la primera **encuesta de satisfacción de personal (año 2000)**.

La encuesta fue realizada por una empresa externa mediante encuesta / entrevista personal a un total de 15 trabajadores entre los que estaban representadas todas las Áreas del laboratorio y todos los niveles administrativos. Los contenidos encuestados fueron:

- a) Aspectos genéricos para valorar el grado de conocimiento sobre el desempeño de un trabajo y el fin al que va dirigido.
- b) Aspectos considerados más importantes en los que se debería trabajar para mejorar la realización de su trabajo.
- c) Aspectos asociados a la participación y reconocimiento.
- d) Aspectos asociados a la formación y adiestramiento.

En el año 2003 estaba previsto repetir la encuesta de satisfacción de empleados, pero debido a creación de la nueva estructura organizativa (Instituto de Salud Pública) se ha decidido retrasar al 2004, cuando la estructura esté consolidada.

En el Cuadro de Mando Integral se contempla también un **indicador** indirecto, **absentismo**, que permite valorar la evolución en este criterio.

La **participación** de las personas en **actividades de formación** es muy aceptable valorando los resultados del número total de horas de formación por persona.

El personal del Laboratorio participa en **grupos de iniciativa y mejora**:

- Se inician en el año 2002 con la creación de un grupo para la implantación del Sistema de Prevención de Riesgos Laborales y que desde su creación se ha reunido con una periodicidad mensual y la implantación de todas las acciones que se han ido generando por la actividad del grupo.
- En el año 2003 se constituyen los grupos para la Realización de la Carta de Servicios y el Procedimiento de Distribución de Incentivos del Instituto de Salud Pública.

Como parte de la estrategia de **formación** que se describe en el Criterio 3, se destacan como actividades de mejora de los resultados en las personas:

- La difusión del Plan de Formación a todo el personal a través de los Responsable Técnicos.
- La difusión de la oferta formativa de las organizaciones de la Comunidad de Madrid (IMAP, Agencia Lain Entralgo, etc.) desde Dirección a todo el personal del laboratorio, para acceder a un número determinado de cursos no directamente relacionados con el trabajo del Laboratorio, pero en los que los trabajadores con interés, tienen opción a formación mas generalista (Derecho administrativo, Derecho comunitario, Gestión de personal, etc.).
- La difusión, desde el Área de Garantía de Calidad, a todo el personal de cualquier curso relacionado con la Calidad, que son ofertados por otras instituciones.
- La encuesta de valoración de las actividades formativas que permiten evaluar la percepción de cada trabajador en aspectos como pueden ser la aplicación a su trabajo diario o recomendaciones del curso para otros compañeros.
- Los Planes de Cualificación específicos para cada trabajador están dirigidos a que la formación, bien por nueva incorporación, bien por actividades nuevas o bien para actualización de dicha formación, se realice de forma programada con conocimiento por parte del propio trabajador y con obligación de un seguimiento que incorpore las correcciones / adaptaciones necesarias para cada caso en particular.

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

El Laboratorio imparte **prácticas para alumnos a través de convenios con organizaciones docentes** que lo solicitan. Los alumnos se integran en las actividades del Laboratorio durante el periodo de prácticas.

El Laboratorio **colabora con delegaciones internacionales de profesionales de países en desarrollo** dentro de Programas de Intercambio Nacionales para la realización de estancias/visitas en los que la participación del Laboratorio Regional de Salud Pública es absolutamente desinteresada.

Desde 1999 el laboratorio tiene implantado un sistema **para la gestión de residuos urbanos o generales, con separación de papel y cartón, y de los residuos biosanitarios especiales y residuos químicos** consecuencia de la actividad analítica.

En el año 2.003 el L.R.S.P., por solicitud del Laboratorio Regional Agrario de la Consejería de Economía e Innovación Tecnológica, **forma a un técnico para la realización de auditorías internas**, asistiendo como observador a la realización de una de las auditorías del Plan Anual de Auditorías Internas del 2.003.

CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Se consideran "resultados clave" del Laboratorio Regional de Salud Pública:

- a) Dar la **máxima cobertura analítica a los clientes del laboratorio**, entendiendo por cobertura analítica el poder dar respuesta a cualquier petición analítica relacionada con las actuaciones en Salud Pública del Instituto de Salud Pública y siempre que se encuentren dentro del campo de actividad del Laboratorio. El campo de actividad en este caso es casi infinito y el laboratorio debe satisfacer esa demanda con la capacidad analítica propia o contactando con cualquier otro laboratorio que tenga a disposición el análisis que se solicita.
- b) Estar **acreditado por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC)** para el control oficial de productos alimenticios o destinados al consumo humano.

El Laboratorio Regional de Salud Pública tiene entre sus competencias la realización de análisis de muestras para el control de infracciones y sanciones en materia de defensa del consumidor (Real Decreto 1945/1983), por lo que es imprescindible que aquellos análisis de control reglamentario estén bajo acreditación por la Entidad Nacional de Acreditación.

En el mismo sentido que en el apartado anterior, el Laboratorio **debe tener acreditado el número máximo de parámetros analíticos**, para Programas en los que por imposición reglamentaria las muestras tomadas para su análisis siempre serán para el control oficial.

Por lo tanto, se debe tener en cuenta que, las acciones implantadas para mejorar los resultados claves en nuestro caso están dirigidas a aumentar la oferta analítica en tipo de análisis, tipo de técnicas y tipo de muestras, a ser posible bajo acreditación ENAC y adquiere menor relevancia el aumentar el número de análisis/determinaciones efectuadas, si bien esto nos permite reducir los costes por muestra analizada.

Las iniciativas implantadas **para mejorar nuestros resultados claves se reflejan en los Objetivos Anuales** de las unidades del laboratorio y recogidas en los Planes Operativos (Anexo 4).

Los resultados clave del Laboratorio son evaluados a través de:	Cuadro de Mando Integral
	Las auditorías externas de acreditación realizados por la ENAC
	Cumplimiento de los objetivos anuales aprobados por Plan Operativo
	La Revisión del Sistema de Calidad
	Plan de auditorías internas

RESULTADOS

CRITERIO 1. LIDERAZGO

- En Diciembre de 1998 se aprueba en edición 1 el **Manual de la Calidad** en el que se incluye la **Política de Calidad** del Laboratorio. En la actualidad se encuentra en edición 8 de fecha Diciembre 2003.

POLÍTICA DE LA CALIDAD

La Política Estratégica para la Calidad definida en el Laboratorio Regional de Salud Pública establece como directrices para la gestión:

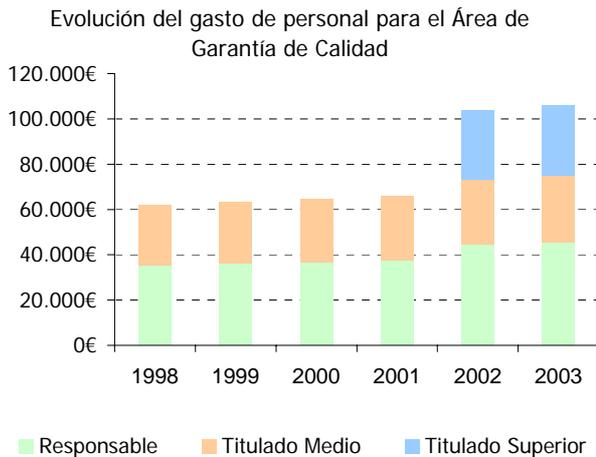
- Mejorar la satisfacción de sus clientes.
- Trabajar con criterios de mejora continua.
- Mejorar la satisfacción de su personal.

Dentro de este marco estratégico se establecen como Objetivos Generales:

- Cumplir con los requisitos de un Sistema de Aseguramiento de la Calidad conforme a Norma UNE EN ISO/IEC 17025 descrito en los documentos del Sistema de Calidad.
- Orientar la gestión del Laboratorio Regional de Salud Pública hacia la satisfacción de los clientes en relación a sus requisitos, demandas y servicios prestados. Todos los empleados, con independencia de su cargo o función, son responsables de identificar y cumplir con las expectativas de los clientes; cada empleado es parte de un esfuerzo común para alcanzar este objetivo prioritario.
- Actualizar y mejorar de forma permanente las metodologías de trabajo revisando los procedimientos existentes y desarrollando nuevos parámetros o actividades.
- Realizar los trabajos conforme a los procedimientos establecidos que estarán diseñados para controlar y prevenir deficiencias.
- Dotar al Laboratorio de los recursos humanos y técnicos adecuados para conseguir los objetivos.
- Mejorar la aptitud y actitud de los empleados, facilitando la coordinación y comunicación interna, asegurando la cualificación del personal para las tareas que les sean asignadas y consiguiendo el compromiso de todos los empleados en la Política de Calidad que permita desarrollar una gestión participativa.

Enrique Gil López.
Director General del Instituto de Salud Pública.

- Evolución de la dotación presupuestaria de **Garantía de Calidad**:



⇒ En el año 2001 la Sección de Garantía de Calidad se transforma en Área de Garantía de Calidad.

⇒ En el año 2002 se adscribe al Área un Titulado Superior.

- Realización del **Diagnóstico y Plan Director** para el Laboratorio Regional de Salud Pública. Seguimiento de la implantación:

NIVEL ESTRATÉGICO		
Objetivos identificados	Propuestas Áreas de Mejora del Plan Director	Principales acciones de mejora
<p>Prestar cobertura a las demandas generadas por los clientes del L.R.S.P., considerando su situación actual y su previsible evolución en el futuro</p> <p>Cumplir las competencias analíticas de origen legislativo que corresponden al laboratorio</p> <p>Desarrollar áreas de especialización que permitan actuar como centro de referencia en ciertos ámbitos y para determinados parámetros</p>	<p>Identificación clara de la estrategia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la legislación aplicable - Identificación, por los clientes, de las técnicas necesarias - Identificación del papel de los laboratorios de la Red - Identificación de los servicios a prestar al exterior - <p>Mayor autonomía en la contratación de profesionales cualificados</p> <p>Mejorar y sistematizar la recogida de información de los clientes</p> <p>Mejorar los sistemas de información, comunicación y reconocimiento del personal</p>	<p>Plan Operativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Misión - Visión - Objetivos Generales <p>Creación del Instituto de Salud Pública (Decreto 138/2002)</p> <p>Encuesta de Satisfacción de Clientes</p> <p>Sistema de recogida de Sugerencias y Reclamaciones</p> <p>Modificación del Organigrama</p> <p>Asignación de incentivos por rendimiento</p>
<p>Contribuir a la eficacia de los programas de vigilancia y control a través de la coordinación de los recursos existentes</p>	<p>Puesta en marcha de un Plan Estratégico de la Red de Laboratorios</p> <p>Establecer con las áreas procedimientos de actuación ante situaciones de emergencia</p>	<p>Ampliación del alcance de acreditación</p> <p>Subcontratación de ensayos</p>
<p>Mejorar la imagen del laboratorio y el impacto social</p>	<p>Difusión sistemática de la información de impacto social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carta de servicios - Catálogo de servicios - Información en página web de la Consejería 	<p>Carta de Servicios (2003)</p> <p>Catálogo de Servicios del laboratorio</p> <p>Difusión de la Documentación de Referencia</p> <p>Acreditación del laboratorio</p>

NIVEL PROCESOS

Objetivos identificados	Propuestas Áreas de Mejora del Plan Director	Principales acciones de mejora
<p>Racionalizar y optimizar los procesos, rediseñándolos y orientándolos hacia las exigencias del receptor final del servicio asociándoles a indicadores de medida que faciliten su seguimiento y mejora</p> <p>Formalizar los procesos a través de sistema de calidad en todas las actividades del laboratorio, reconocidas por terceros</p> <p>Mejorar la cualificación y aptitud de los recursos humanos con el fin de orientar sus intereses hacia los del laboratorio</p>	<p>Ausencia de procesos escritos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procesos técnicos - Procesos auxiliares - Planificación estratégica - Coordinación con clientes - Aprobación y seguimiento de proveedores <p>Mejorar Gestión de Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información, comunicación y coordinación - Reconocimiento <p>Sistematizar la recogida de propuestas de los clientes</p> <p>Saturación de algunos recursos relacionados con los análisis</p> <p>Adecuar la formación técnica a la necesidades actuales</p> <p>Aumentar las actividades de comparación y compartición de prácticas con organizaciones semejantes</p>	<p>Procedimientos Operativos de Calidad (POC), Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) e Instrucciones de Trabajo</p> <p>Reuniones informativas y seguimiento</p> <p>Asignación de incentivos por rendimiento / desempeño</p> <p>Sistema de recogida de Sugerencias y Reclamaciones</p> <p>Incremento de la plantilla. Modificación de organigrama funcional</p> <p>Planes anuales de formación</p>
<p>Desarrollar un marco de cooperación con otra instituciones que favorezca la coordinación de los recursos y la mejora de la calidad y eficacia de los servicios de la Red de Laboratorios Municipales</p>	<p>Ausencia de estructura operativa para realizar las acciones de la Red de Laboratorios</p> <p>Ausencia de sistemática de colaboración con otras organizaciones</p>	<p>Grupos técnicos Red de Laboratorios</p> <p>Convenios para la subcontratación de ensayos</p>
<p>Favorecer la generación de recursos externos (tasas, precios públicos, proyectos convenios, colaboraciones, etc.)</p>	<p>Identificación clara de la estrategia</p> <p>Necesidad de una mayor autonomía para establecer una estructura de costes</p> <p>Ausencia de sistema de difusión de servicios</p> <p>Ausencia de sistema administrativo para la facturación y cobro.</p> <p>Saturación del personal administrativo</p>	<p>---</p>

NIVEL PRODUCTOS

Objetivos identificados	Propuestas Áreas de Mejora del Plan Director	Principales acciones de mejora
Grado de adecuación de las necesidades impuestas por la legislación y objetivos de la administración.	<p>No está identificada y aprobada la estrategia de realización de ensayos. No se identifican formalmente todas las necesidades de la Áreas de Salud y Servicios Centrales</p> <p>Necesidad de puntos de mejora identificados por los clientes: coordinación, plazos de entrega y asesoramiento técnico</p> <p>No se realizan todos los ensayos exigidos por la reglamentación</p> <p>No está definida la estrategia de producto del L.R.S.P. dentro de la Red</p>	<p>Plan Operativo</p> <p>Programas de Salud Pública</p> <p>Atención al Cliente</p> <p>Formación impartida por el Laboratorio</p> <p>Ampliación del alcance de acreditación</p>
Desarrollar un marco de cooperación con otras instituciones que favorezca la coordinación de los recursos y la mejora de eficacia de los servicios de la Red de Laboratorios.	<p>Ausencia de estructura operativa para realizar las acciones de la Red de Laboratorios</p> <p>Ausencia de sistemática de colaboración con otras organizaciones</p>	<p>Grupos técnicos Red de Laboratorios</p>
Mejora de la imagen externa .	<p>Las acciones puestas en práctica por el L.R.S.P. son limitadas</p>	<p>Carta de Servicios (2003)</p> <p>Difusión de la Documentación de Referencia</p> <p>Acreditación del laboratorio</p>
Disponibilidad de indicadores de gestión	<p>No se ha definido un cuadro de mano que recoja los indicadores críticos</p> <p>No se dispone de información sobre coste de los servicios</p> <p>No se dispone de sistemática para analizar la satisfacción de los receptores de la prestación</p>	<p>Cuadro de Mando Integral</p>
Restricciones asociadas a la capacidad de respuesta del laboratorio ante situaciones de emergencia en cuanto a cantidad y características	<p>No existe un plan de acciones a tomar para minimizar el impacto de la carga de trabajo excesiva: acuerdos con otros laboratorios, procedimientos de actuación en caso de emergencia</p>	<p align="center">- - -</p>

- Implantación de la **Dirección por Objetivos** desde el año 2002.

Misión:

“El Laboratorio Regional de Salud Pública es un servicio dependiente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid que realiza funciones de Control Analítico y Control de Calidad en materia de Salud Pública. (Decreto 22/2000)”.

Objetivos Generales	Política estratégica			
	Mejorar la satisfacción de nuestros clientes	Mejorar la satisfacción de personal	Desarrollar áreas de especialización	Trabajar con criterios de mejora continua
Prestar cobertura a las demandas de los clientes del L.R.S.P.				
Desarrollar nuevos parámetros / actividades				
Mejorar los procesos existentes				
Mejorar la aptitud y actitud de los Recursos Humanos				
Coordinar las actividades de la Red de Laboratorios de la CM				

- La nueva entidad jurídica del Instituto de Salud Pública ha permitido iniciar en el año 2002 la **asignación de incentivos por rendimiento y desempeño**. El importe total adjudicado al Laboratorio ha sido de unos 38.000 € para el año 2002. Los incentivos para el año 2.003 están pendientes de la evaluación del Contrato Anual de Prestación de Servicios.
- Desde 1997 los Planes de Formación incluyen **formación en calidad**:



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Media de horas de formación en calidad por persona	8	10	5	20	6	8	9

CRITERIO 2: ESTRATEGIA

- **Documento Plan Director:** Febrero de 2001.

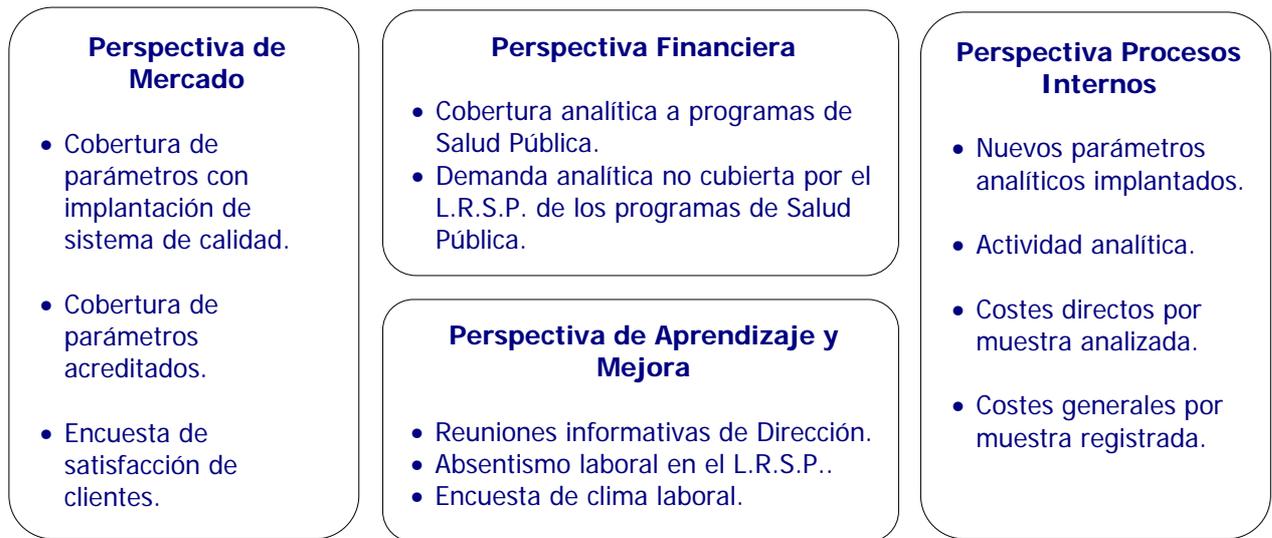
Planes identificados en el Documento Plan Director		Seguimiento
PLAN A:	Convertirse en organismo autónomo con capacidad de gestión dentro de la misión y estrategia marcada por la Consejería de Sanidad	IMPLANTADO
PLAN B:	Organización del servicio de cara a cubrir actividades complementarias a las de control: - Coordinación de la Red de Laboratorios - Registro de laboratorios de análisis - Asesoramiento técnico a clientes	IMPLANTADO
PLAN C:	Identificación y aprobación por parte de la Dirección General de la Política, Estrategia y Objetivos a medio plazo así como los mecanismos de revisión de los mismos	IMPLANTADO
PLAN D:	Definición de planes detallados de producto asociados a las diferentes áreas de actividad	IMPLANTADO
PLAN E:	Definición e implantación de un sistema de colaboración con los clientes para mayor adecuación a sus necesidades	IMPLANTADO
PLAN F:	Definición e implantación de un sistema de colaboración con las organizaciones externas	EN IMPLANTACIÓN
PLAN G:	Definición e implantación de los sistemas de gestión, comunicación, participación y reconocimiento de personal	IMPLANTADO
PLAN H:	Puesta en el mercado de ensayos	NO IMPLANTADO

- Desde el año 1997 se han descrito los **procesos del laboratorio** en la Documentación del Sistema de Calidad.

PROCESOS CLAVES Y DE APOYO	15 Procedimientos Operativos
PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS	74 PNT analíticos
Total ⇒ 192	60 PNT de control de equipos
	66 Instrucciones

En el Anexo 1 se listan los Procedimientos en vigor.

• **Cuadro de mando integral:**



• **Evaluación de la estrategia:**

Revisión del Sistema de Calidad	1 revisión anual	Desde 1999
Plan Operativo	1 revisión trimestral	Desde 2002
Cuadro de Mando Integral	1 revisión anual	Desde 2002
Plan anual de Auditorías Internas	1 revisión anual	Desde 1999
Auditorías Externas	1 anual	Desde 1999

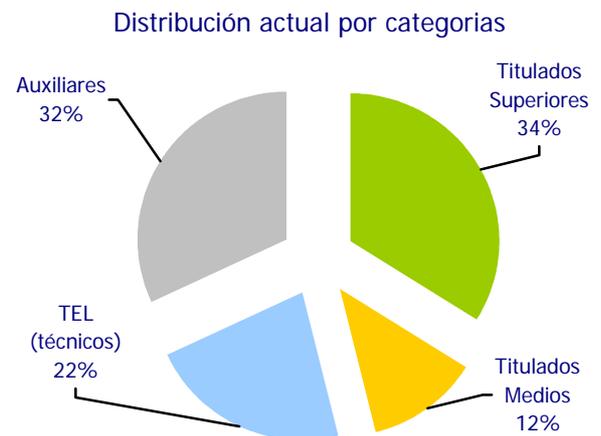
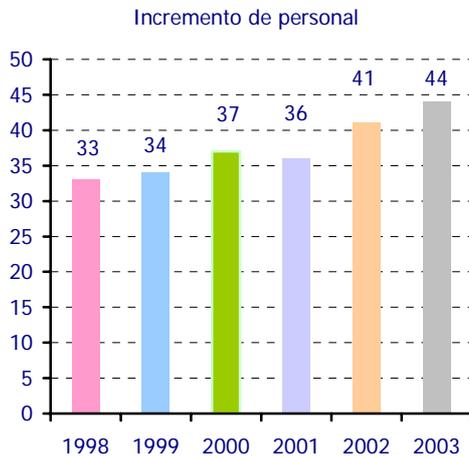
• **Difusión de la Estrategia:** Planes operativos.

Ejemplares	Destinatarios
8	Consejero de Sanidad Director de la Dirección General de Salud Pública Director de Instituto de Salud Pública Secretario Técnico de Instituto de Salud Pública Coordinador de Servicios Centrales Coordinadores de Áreas de Salud (3)
6	Dirección del Laboratorio Área de Garantía de Calidad Sección de Técnicas Instrumentales Sección de Microbiología de Aguas y Alimentos Sección de Microbiología Clínica Sección de Administración

CRITERIO 3: PERSONAS

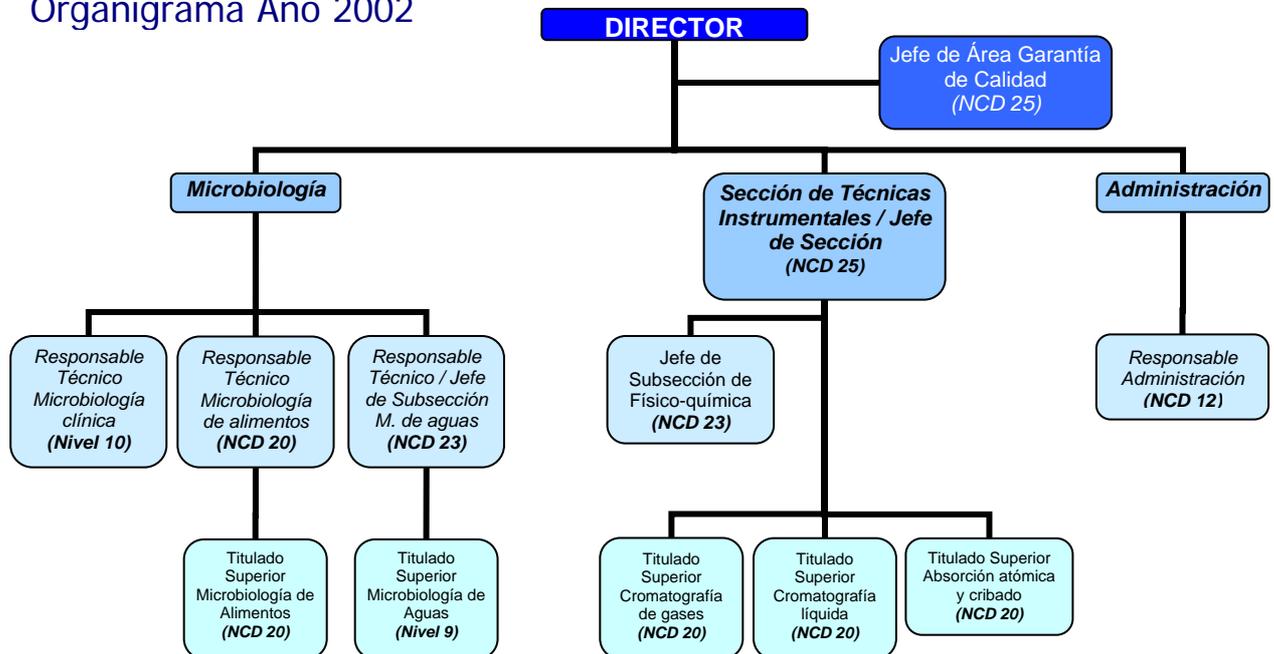
- Con la creación del Instituto de Salud Pública el Laboratorio reestructura su organización interna:

- Contratación de personal** acorde con sus necesidades. Se incorporan 11 personas en el periodo 1998 – 2003, lo que supone un **incremento del 25%** sobre la plantilla del año 1998.



- Modificación del Organigrama:**

Organigrama Año 2002

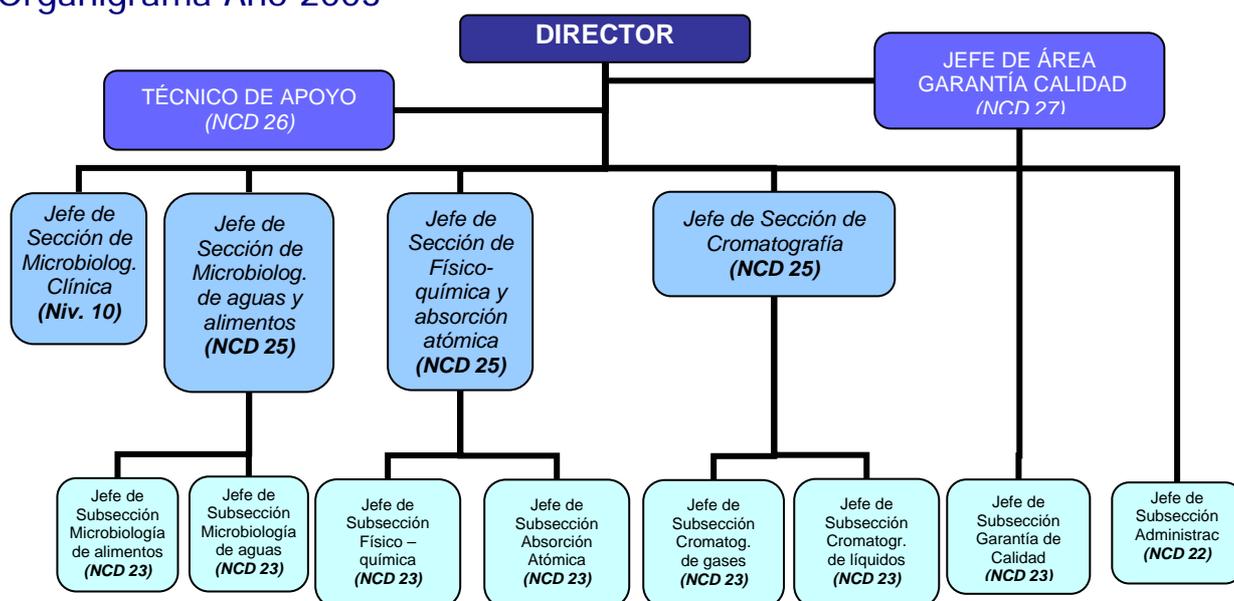


NCD: Nivel de Complemento de Destino

Las modificaciones introducidas están dirigidas a:

- **Horizontalizar** las dependencias de las unidades de **la organización** para mejorar los flujos de información y la comunicación.
- **Equilibrar el volumen de actividad de las Secciones** y el número de trabajadores dependientes de cada Jefe de Sección, por lo que la Sección de Técnicas Instrumentales se divide en dos secciones independientes (Cromatografía y Absorción atómica/Físico-química) y se unifica la Sección de Microbiología de Alimentos y Aguas.
- **Reclasificar** a los responsables de las unidades en **niveles administrativos superiores** en función del nivel de exigencia, en especialización y experiencia, de los puestos de trabajo, y unificar los niveles para puestos de trabajo de similares funciones.
- Ajustar el organigrama funcional al organigrama administrativo.

Organigrama Año 2003



NCD: Nivel de Complemento de Destino

- Con respecto a la **actuaciones del grupo de iniciativa y mejora para la implantación de la Prevención de Riesgos Laborales** pueden destacarse como **resultados mas significativos**:

1. Inclusión de la **Política de Prevención de Riesgos Laborales** y funciones por categoría profesional en el Manual de la Calidad en vigor (Edición 7).

POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Dentro de la Política de Prevención de Riesgos Laborales establecida en el Laboratorio Regional de Salud Pública se definen como Objetivos Generales:

- Cumplir la Normativa legal vigente.
- Situar la seguridad y salud de los trabajadores al mismo nivel que cualquier otra actividad relevante del Laboratorio, así como, adoptar las medidas que garanticen la seguridad y salud de los trabajadores.
- Dar a conocer, aplicar e integrar la actividad preventiva a todos los niveles, miembros y actividades del Laboratorio dotando de los medios adecuados que permitan desarrollar una actividad preventiva permanente.
- Conseguir el compromiso de todo el personal para que se cumplan las medidas legales y reglamentarias de Seguridad e Higiene, Ergonomía y Vigilancia de la Salud, así como las adoptadas por el Laboratorio.

Enrique Gil López.

Director General del Instituto de Salud Pública.

2. Elaboración del **Manual de Autoprotección** que esta actualmente en proceso de implantación.
 3. **Formación específica** del Jefe de Emergencias y de las Brigadas de Primera Intervención y sus sustitutos.
- La **formación en el área de prevención de riesgos laborales** ha tenido la siguiente evolución:



⇒ Año 2001 realización de la Evaluación de Riesgos.

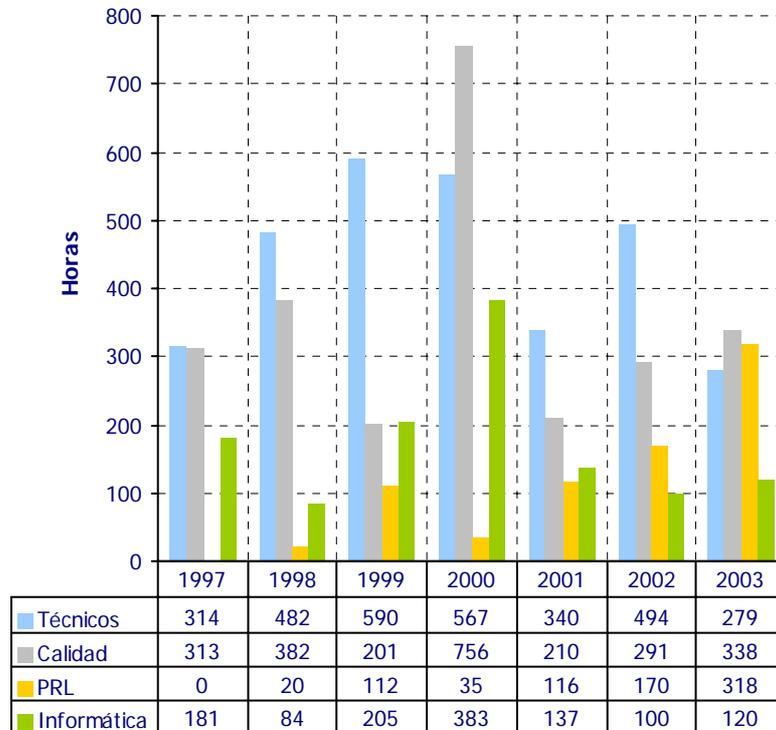
⇒ Año 2002 constitución del Grupo de Prevención de Riesgos Laborales.

⇒ Año 2003 inclusión en el Manual de la Calidad de la Política de Prevención.

- **Planes de Formación.**

- Aprobación de un **Plan Anual de Formación desde 1998.**

Total horas de formación por área formativa



⇒ La formación Técnica se intensifica en los años 1999 y 2000 como parte de la estrategia de preparación para la acreditación de ENAC.

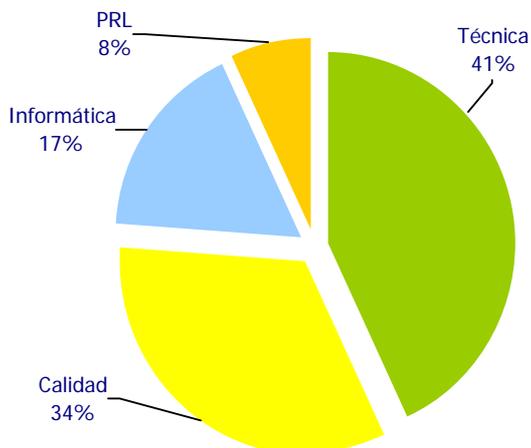
⇒ En el año 2000 se produce un aumento en el área de calidad con motivo de la implantación de sistema en la Sección de Técnicas Instrumentales.

⇒ El número de horas de formación en Prevención de Riesgos Laborales (PRL), aumenta en el año 2002 a partir de la creación del Grupo de Trabajo de Prevención que detecta necesidades de formación.

⇒ La incorporación, durante el año 2000, de nuevo personal en Administración, con déficit de formación hace necesaria su formación en informática.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total de horas de formación	808	968	1.108	1.741	803	1.055	1.055
Media de horas de formación por persona	21	25	29	46	21	28	26

Distribución de la formación en el periodo 1997 - 2003



⇒ El esfuerzo en formación durante el periodo al que hace referencia la memoria se ha centrado en el área técnica, la actividad principal del laboratorio. Este esfuerzo se hace más necesario con la acreditación del laboratorio ya que implica una alta exigencia en el nivel de competencia técnica.

⇒ En segundo lugar destaca el área formativa en Calidad, que se justifica por la formación del personal de nueva incorporación, la formación en la nueva norma 17025 (año 2000) y la actualización y formación permanente en Calidad para todo el personal del Laboratorio a los que les aplica el Plan de Formación Anual.

En el Anexo 2 se listan las principales acciones formativas realizadas por el personal del Laboratorio

CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

ALIANZAS EXTERNAS

- En el seno de la Red de Laboratorios de Salud Pública de la Administración Local de la Comunidad de Madrid se ha desarrollado durante el año 2003 un **proyecto** conjunto **para la caracterización de métodos de microbiología**, compartiendo recursos de todos los laboratorios.

La validación de métodos microbiológicos es un requisito de la norma UNE-EN ISO/IEC 17.025 que exige un esfuerzo muy importante de recursos (económicos, humanos, etc.) inabordable para laboratorios pequeños.

El proyecto ha conseguido la validación de tres métodos con un número muy alto de muestras analizadas, al distribuir el número de muestras entre los 12 laboratorios participantes, que aumenta la fiabilidad de los resultados.

El **ejercicio colaborativo** ha exigido un gran esfuerzo de coordinación y homogeneización de criterios metodológicos, pero ha aportado unos resultados muy robustos desde el punto de vista estadístico y el coste para cada laboratorio ha resultado ser de solo un 8% con respecto al coste total del proyecto.

En este proyecto han participado también **Laboratorios de la Administración Central y de otras Comunidades Autónomas**. Se pretende presentar este estudio en la próxima auditoria externa (Marzo 2004), para que sea supervisado por ENAC y en caso de no existir discrepancias, se pudiera ampliar a la validación de los métodos acreditados.



Proyecto de caracterización de métodos de ensayo microbiológicos

Métodos y parámetros a estudiar

- Recuento de aerobios mesófilos a 30°C (basado en ISO 4833)
- Recuento de estafilococos coagulasa positivos BP / RTF (basados en ISO 6888-1 / 6888-2)
- Presencia/ausencia de estafilococos coagulasa positivos (basado en ISO 6888-3)

Red de Laboratorios de la Comunidad de Madrid (Mayo 2003)

- El Laboratorio Regional de Salud Pública, con el fin de facilitar a sus clientes una **mayor cobertura analítica**, está **recopilando los catálogos de ensayos de todos los Laboratorios de Salud Pública de las Comunidades Autónomas**. Se remitió también a 47 laboratorios el Catálogo de Ensayos del L.R.S.P. con el fin de poner también a disposición nuestra oferta analítica.
- En relación a la **subcontratación de ensayos** no disponibles en el L.R.S.P. esta puede realizarse con cualquier laboratorio a nivel nacional, si bien se dispone de una serie de **laboratorios concertados** con los que la remisión de muestras es mas frecuente.

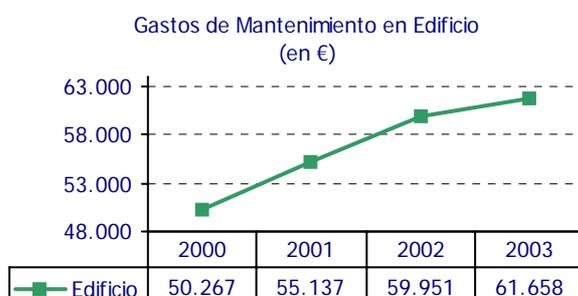
	Nº de laboratorios concertados	Nº de muestras derivadas	Nº de determinaciones derivadas
Año 2002	6	216	1.080
Año 2003	8	322	1.610

RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

- Dentro del Plan operativo 2003 se han establecido objetivos anuales en los que se contemplan planes de ahorro. En particular el Laboratorio disponía de un **contrato de suministro eléctrico** sobredimensionado dado las características de sus instalaciones. Se realizó un **estudio de necesidades de energía en el que se estimaba en ahorro anual de 2.395,91 €** y en el que aconsejaba el modelo de facturación mas adecuado que es el que se ha **contratado**.

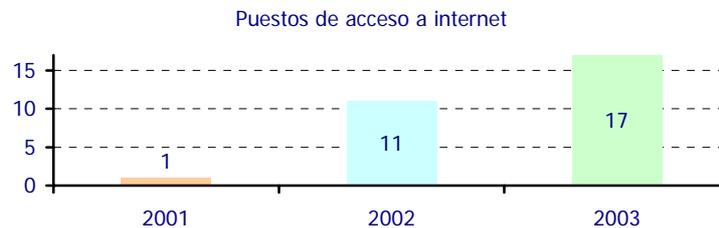
LOCALES, DEPENDENCIAS, EQUIPOS Y MATERIALES

- La ocupación de la planta baja del edificio ha supuesto un **aumento de la superficie útil del laboratorio en 290 m²**. Esta ampliación ha permitido dotar de despachos a los Técnicos. Por otra parte se han adecuado las instalaciones a los requerimientos de la reglamentación de Prevención de Riesgos Laborales, liberando espacios, fundamentalmente pasillos, que han mejorado las vías de evacuación.
- Presupuesto destinado al **mantenimiento de equipos y edificio**:



⇒ El incremento en el mantenimiento de equipos en el año 2002 se debe a la inclusión en mantenimiento preventivo de nuevos equipos de la Sección de Técnicas Instrumentales.

- El Laboratorio ha tratado de promover la utilización de nuevas tecnologías dando prioridad a la instalación de accesos a Internet en paralelo al crecimiento en la dotación de hardware. **A fecha de esta memoria se dispone de 17 puntos de acceso a Internet y 21 PC disponibles.**

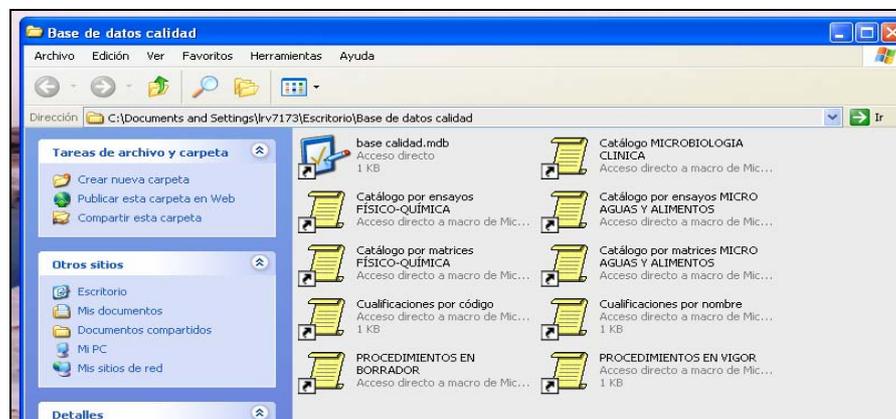


INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO

- El Laboratorio gestiona mediante **bases de datos, archivos de texto y accesos a la Intranet** de la Comunidad de Madrid, toda su información interna (documentos del sistema de calidad) y externa (normas, reglamentaciones, publicaciones, etc.). **Todo el personal tiene acceso a ella mediante la red de ordenadores del Laboratorio.**
- Todas las secciones del laboratorio mantienen actualizada una relación de la documentación propia de la sección y su localización, en el servidor del Laboratorio de acceso predefinido:

G:\labora\<(nombre de la sección)\Documentos en vigor\<(tipo de documento)

- Base de datos de Documentación del Sistema de Calidad.



- Accesos a normativa y legislación:
 - Mediante Intranet:
 - Aranzadi / Westlaw: da acceso a la Legislación Estatal y Autonómica
 - Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid
 - Mediante CD actualizado en cada una de la secciones del Laboratorio:
 - Legislación Alimentaria: humana y animal de Tecnivía
 - Publicaciones:
 - Cuadernos Veterinarios de Legislación: recopilación de normas y legislaciones del sector
 - Actualidad de la Unión Europea: disposiciones de la Unión Europea

- **Carta de servicios del Laboratorio Regional de Salud Pública:**



Laboratorio Regional de Salud Pública
Instituto de Salud Pública · Consejería de Sanidad
carta de servicios

ENAC
ENSAYOS
Nº 203 / LE421

Instituto de Salud Pública
Madrid

C/ General Oráa, 15 · 28006 Madrid
Tel. · 91 411 19 53
Fax · 91 411 22 96
E-mail · lrsp@madrid.org
Atención al cliente · L a V de 8:00 a 15:00 h
91 411 19 53 Ext. 15

Laboratorio de Ensayos Acreditado por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC): Nº 203/LE421

Para conocer el alcance de acreditación consultar con el Laboratorio o en la página Web:
http://www.enac.es/html/labensayo_02.html

El Laboratorio Regional de Salud Pública es un SERVICIO INTERNO del Instituto de Salud Pública.

Para utilizar este servicio ciudadano puede dirigirse al Servicio de Salud Pública de su Área de Salud.

Principales Servicios Prestados

Áreas de Físico – Química y Microbiología de Alimentos y Aguas

- Análisis de muestras ambientales, de aguas, de alimentos y otros productos destinados al consumo humano.
- Dar cobertura, en control analítico, a las necesidades urgentes, fundamentalmente en relación a brotes de toxoinfección, y ante cualquier alerta en Salud Pública.
- Realización de pruebas analíticas para la regulación de infracciones y sanciones en materia de defensa del consumidor y de la producción agroalimentaria.

Área de Microbiología Clínica

- Prestar cobertura diagnóstica, fundamentalmente en relación a los brotes de enfermedades infecciosas.
- Realización de estudios de incidencia y prevalencia (vigilancia epidemiológica), con la creación y conservación de un archivo histórico de muestras de suero.
- Laboratorio de Referencia en el Plan de Eliminación del Sarampión en la Comunidad de Madrid.

Área de Garantía de Calidad

- Gestionar el sistema de aseguramiento de la calidad implantado según norma UNE-EN ISO 17025.
- Gestionar el sistema de Sugerencias y Reclamaciones y de Atención al cliente.

Área Administrativa

- Registro de muestras: comprobación de los requisitos de aceptación e identificación para su análisis.
- Emisión del Informe de Análisis y remisión al cliente.
- Gestionar el transporte de las muestras al Laboratorio.

Generales del Laboratorio

- Participar en las Comisiones Técnicas de los Programas de Salud Pública del Instituto de Salud Pública para la elaboración, seguimiento y evaluación de dichos Programas.
- Coordinar la Red de Laboratorios de Salud Pública de la Administración Local de la Comunidad de Madrid.
- Realizar la evaluación técnica de los laboratorios para el Registro y Autorización de laboratorios de la Comunidad de Madrid que realicen controles analíticos de productos alimenticios.

El Laboratorio Regional de Salud Pública realiza análisis de muestras para los Planes y Programas de Salud Pública que tienen como finalidad dirigir y formular las líneas de trabajo necesarias para que las intervenciones en Salud Pública mejoren la salud y calidad de vida de todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.



Las Cartas de Servicios de la Comunidad de Madrid informan al ciudadano sobre los servicios prestados por sus unidades administrativas y los niveles de calidad que se comprometen a alcanzar, con el fin de facilitar a los usuarios de esta Administración el ejercicio de sus derechos.

En el marco del Plan de Calidad de la Comunidad de Madrid, el Laboratorio Regional de Salud Pública, con el asesoramiento de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ha establecido su Carta de Servicios con los compromisos concretos que asume ante los ciudadanos.



Nuestro Compromiso

- Actualizar la oferta analítica del Laboratorio Regional de Salud Pública en función de las necesidades de sus clientes.
- Desarrollar áreas de especialización técnica que le permita abordar las exigencias y requisitos que imponen los Planes Nacionales y Europeos en el control de productos destinados al consumo humano, control ambiental y de enfermedades infecciosas.
- Ampliar y mejorar el asesoramiento técnico de las actividades relacionadas con los ensayos, a todos los profesionales del Instituto de Salud Pública que son usuarios del laboratorio.
- Gestionar la remisión de muestras a otros laboratorios para cubrir la demanda analítica no disponible en nuestro laboratorio.
- Trabajar con criterios de mejora continua.
- Potenciar la difusión de las actividades del laboratorio.

Indicadores de Calidad

A fin de poder comprobar el nivel de cumplimiento de los compromisos antes reseñados, se establecen los siguientes indicadores del nivel de calidad:

1. Número de ensayos analíticos en servicio.
2. Número de análisis realizados en el año.
3. Número de ensayos acreditados.
4. Resultados de las encuestas de satisfacción de clientes.
5. Número de muestras remitidas a otros laboratorios para la realización de ensayos no disponibles en el LRSP.
6. Número de informes de acción preventiva y correctiva registrados por el sistema de calidad en el año.
7. Datos de las sugerencias y reclamaciones.

Sugerencias y Reclamaciones

La Comunidad de Madrid dispone de un sistema de Sugerencias y Reclamaciones a través del cual los ciudadanos hacen llegar su opinión sobre los servicios ofrecidos.

Las Sugerencias y Reclamaciones pueden presentarse en cualquier Registro, por correo o a través de Internet.

En un plazo aproximado de 48 horas la Comunidad de Madrid se pondrá en contacto con el reclamante y tratará de darle respuesta en un plazo no superior a 15 días.

El Laboratorio tiene implantado un Servicio de Atención Telefónica con el fin de dar una respuesta rápida y sistemática a sus clientes:

Tíf.: 91 411 19 53 Ext.:15 de L a V de 8 a 15 h.

El Laboratorio cuenta también con un sistema propio de Sugerencias y Reclamaciones, que ha difundido entre sus clientes.

La presente Carta de Servicios asume como compromisos de calidad en la atención al ciudadano los **Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa** establecidos por la normativa de la Comunidad de Madrid (Decreto 85/2002, de 23 de mayo).

• Extracto de los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa:

- Actuación de los empleados públicos: identificación, amabilidad, respuesta adecuada, confidencialidad, lenguaje comprensible y esperas cortas.
- Edificios y oficinas administrativas: señalización, equipamiento y condiciones adecuadas para la prestación de los servicios.
- Actuación administrativa presencial, escrita, telefónica o telemática ante solicitudes, sugerencias o reclamaciones de los ciudadanos: adecuada y orientada a la demanda.
- Procedimientos administrativos: impresos normalizados, documentación necesaria, identificación de registros, determinación de plazos y posibilidad de tramitación telemática.

• **Medios de acceso al resto de Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa:** Decreto 85/2002, de 23 de mayo (BOCM de 5 de junio de 2002), así como en el sitio web de la Comunidad de Madrid (www.madrid.org).

Criterios de revisión

Se procederá a realizar una nueva edición de la carta de servicios siempre que se dé alguno de los siguientes supuestos:

- Modificación sustancial de los servicios prestados por el laboratorio.
- Cuando se modifiquen alguno de los datos identificativos del laboratorio.
- Si el laboratorio perdiera la condición de acreditado por ENAC.

Laboratorio Regional de Salud Pública
C/ General Oráa, 15
28006 Madrid

Avda. de América, Diego de León
9, 12, 19, 29, 51, 52, 61, 72, 73, C

OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO
• Plaza del Descubridor Diego de Ordás, 3

PUNTOS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO
Consejería de Sanidad
• Aduana, 29
• Pza. Carlos Trias Bertrán, 7 - Edif. Sollube II

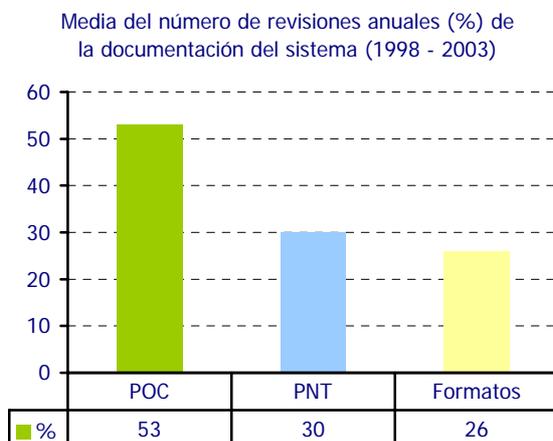
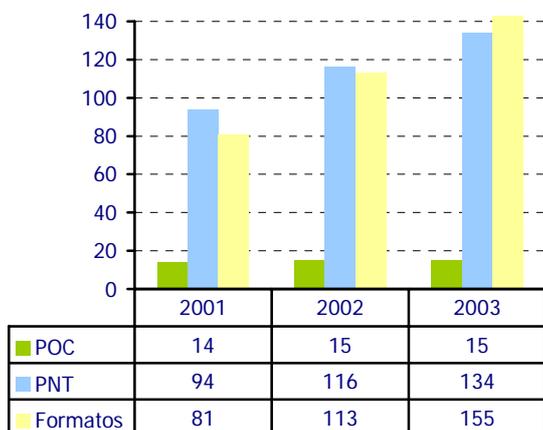


Tirada: 5.000 ejemplares
Código: 0123 Bases (IVA incluido)
Edición: 09/2003
Diseño: legar. 01-41549-2003

CRITERIO 5. PROCESOS

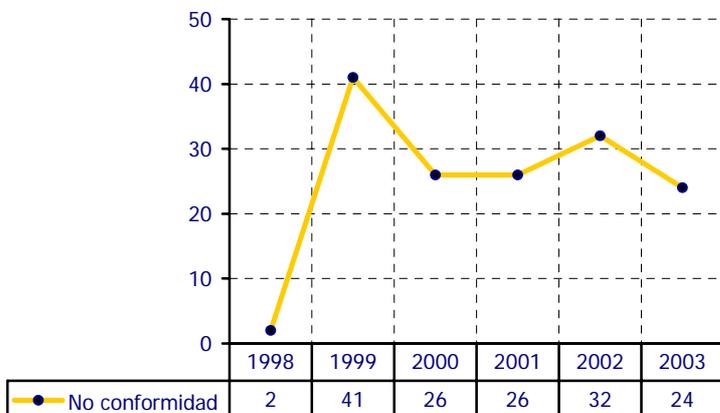
- Procedimientos en vigor**

En el Anexo 1 se listan los Procedimientos en vigor.



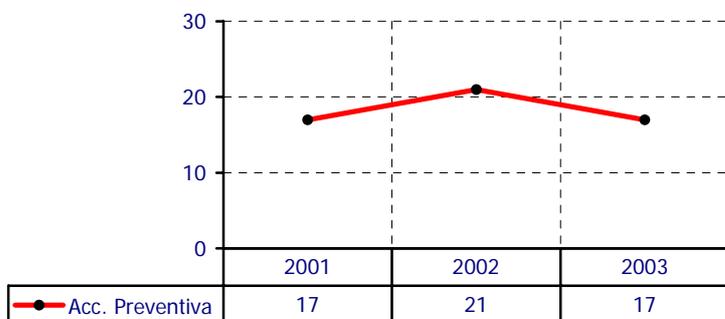
⇒ El alto porcentaje de revisiones anuales de los POC (53 %) es debido a la adaptación de la documentación del sistema de calidad a los requisitos de la norma UNE-EN ISO/IEC 17025.

- Informes de Acción Preventiva y de No Conformidades:**



⇒ Los máximos reflejados en la gráfica en el número de informes de No Conformidad se corresponden con la primera auditoria externa por Norma ISO 45001 (1999) y la primera auditoria externa por norma ISO 17025 (2002).

⇒ El origen más frecuente (50%) de apertura de informes de No Conformidad son las Auditorias Internas y Externas.



⇒ En las auditorias externas se abre informe de No Conformidad aunque ENAC solo califique la desviación a la Norma como "Observación", ya que el Laboratorio considera que el Informe de No Conformidad facilita y asegura la implantación efectiva de las acciones correctoras.

- Procedimiento Normalizado de Trabajo para la Incorporación de Personal (PNT 4.UTI.010).

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA LA INCORPORACIÓN DE PERSONAL		PNT 4.UTI.010
		EDICIÓN: 1
ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Fdo.: V. BARRIÉZ Fecha: 10.06.02	Fdo.: V. BARRIÉZ Fecha: 11.06.02	Fdo.: A. ASEANJO Fecha: 11.06.02

INDICE

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- CAMPO DE APLICACIÓN
- 3.- FUNDAMENTO TEÓRICO
- 4.- DESCRIPCIÓN
 - 4.1. Periodos superiores a 6 meses
 - 4.2. Periodos inferiores a 6 meses
- 5.- FORMATOS RELACIONADOS
- 6.- OTROS PNT RELACIONADOS
- 7.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA
- 8.- ANEXOS

- Formato POC 05.01: **Plan de Cualificación.**

Formato POC-05.01: Ed.:3

CERTIFICADO DE CUALIFICACIÓN		Nº	
Nombre:		Cargo:	
<i>CUALIFICACIÓN PARA:</i>			
<i>PROGRAMA DE CUALIFICACIÓN</i>			
Actividad a realizar	PLAZO		Fdo. Responsable Cualificación
	Previsto	Realizado	
Responsable Técnico:	Aprobado: Fecha y firma:	Evaluado Apto: Fecha y firma:	
Certifico que se ha llevado a cabo el programa de cualificación establecido en este documento por la persona indicada, estando autorizada para la realización de las actividades que se indican,			
Madrid, de de			
Fdo.:			
Copia controlada n.º 1 Destinatario: C. Calidad			
COPIA CONTROLADA		Comunidad de Madrid CONSEJERÍA DE SANIDAD LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA	

- Para la **evaluación de los procesos** se establecieron los siguientes Indicadores incluidos en el Cuadro de Mando Integral del Laboratorio.

Indicadores de Perspectiva Procesos Internos	
Nombre	¿Qué pretende medir?
Nuevos parámetros analíticos implantados	El número de parámetros nuevos, incluidas sus matrices, implantados en el año y dirigido a medir el aumento neto de la oferta analítica en el catálogo de servicios del Laboratorio
Actividad analítica	El número de muestras analizadas y el número de análisis (determinaciones) efectuadas en el año, dirigido a medir el volumen de actividad crítica
Costes directos por muestra analizada	Los costes de los suministros directamente implicados en los análisis por muestra analizada
Costes generales por muestra registrada	Los costes no directamente implicados en los análisis y por muestra registrada en el Laboratorio

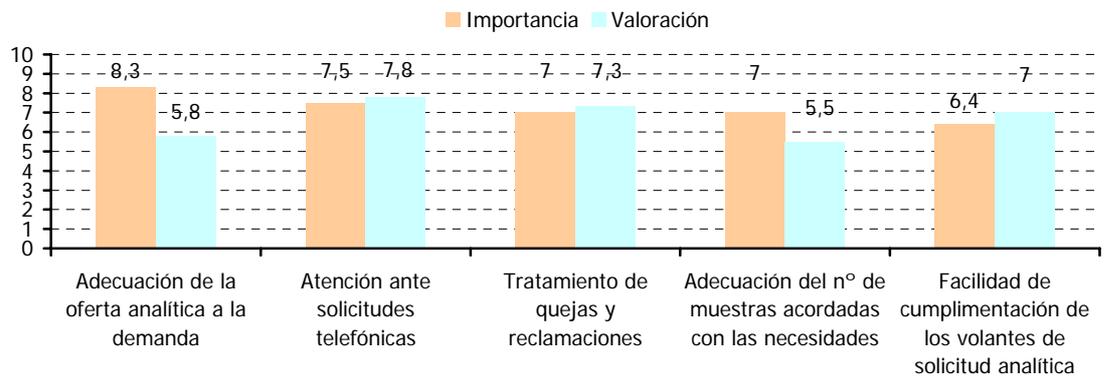
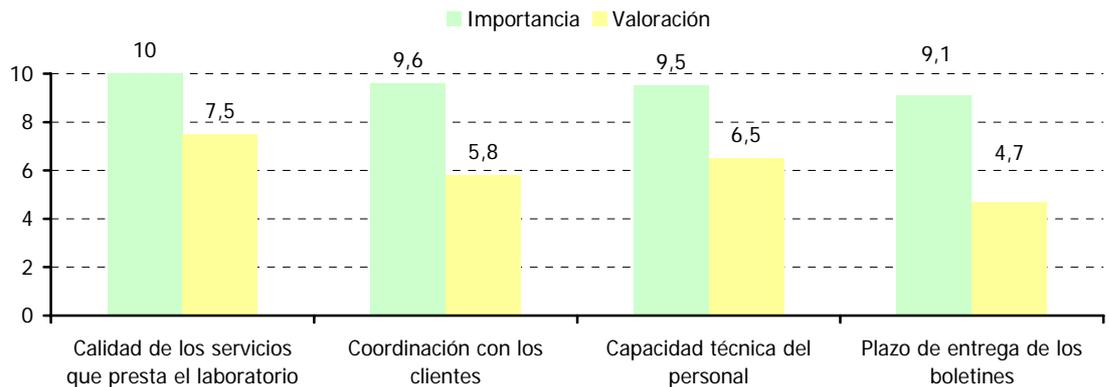
- Como resultado destacable de la implantación del **Servicio de Atención al Cliente** se puede señalar que este nos ha permitido:
 - Recoger la información de los clientes de forma centralizada, para tratar de dar respuesta con criterios uniformes.
 - Detectar necesidades explícitas que se recogen como Propuestas de Mejora.
 - Racionalizar la dedicación de los Responsables Técnicos a consultar externas, ya que atendían esta demanda de forma indiscriminada y en la actualidad solo deben atender la demanda de atención especializada que se deriva desde atención al cliente.

CRITERIO 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES

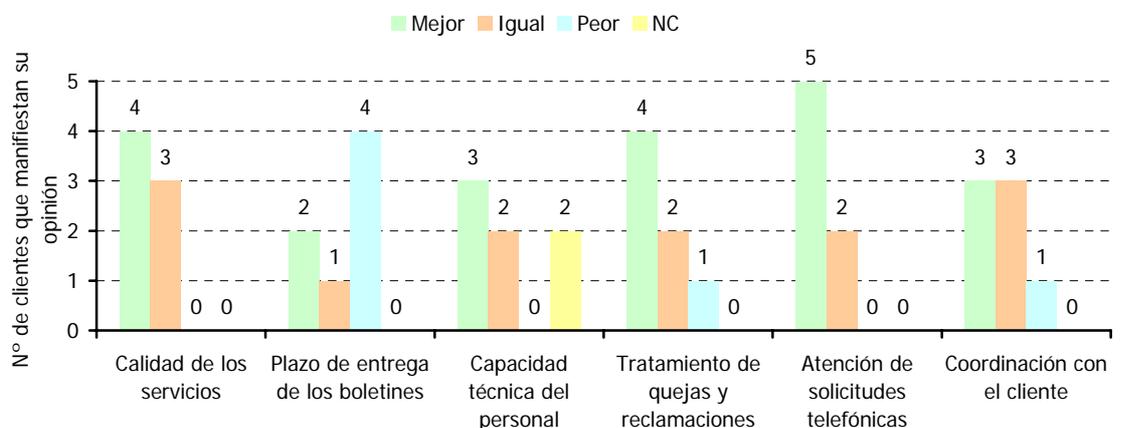
- En la encuesta de satisfacción de clientes del año 2000 las conclusiones obtenidas fueron:

1. La percepción de los clientes respecto a los servicios que presta el Laboratorio es "Buena" (escala: Malo, Regular, Bueno y Muy bueno).

- Importancia y valoración de los atributos:



- Comparación del L.R.S.P. con otros laboratorios realizada por los clientes que usan simultáneamente los servicios de otros laboratorios:



2. Los principales **puntos susceptibles de mejora que dependían solo de la iniciativa del Laboratorio y eran de implantación inmediata** fueron:

- Acortar los plazos de entrega de boletines
- Mejorar la coordinación con las Áreas de Salud Pública, fundamentalmente en relación con el transporte de las muestras

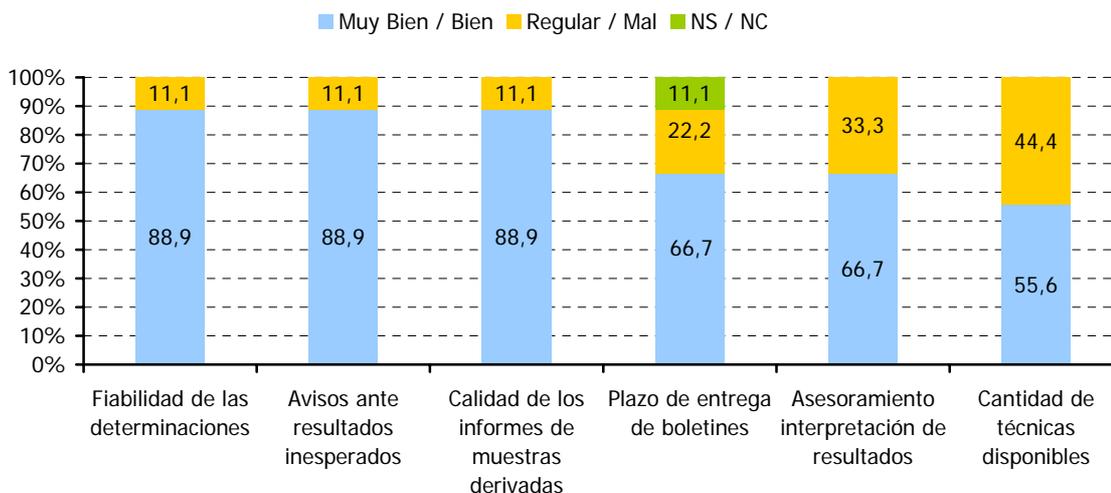
3. **Demanda al L.R.S.P. de asesoramiento técnico.**

Como resultado del estudio de los tiempos en todos los procesos de gestión de muestras se estableció el **tiempo máximo de demora** para todos los puntos críticos del proceso y se verificó su cumplimiento en el seguimiento.

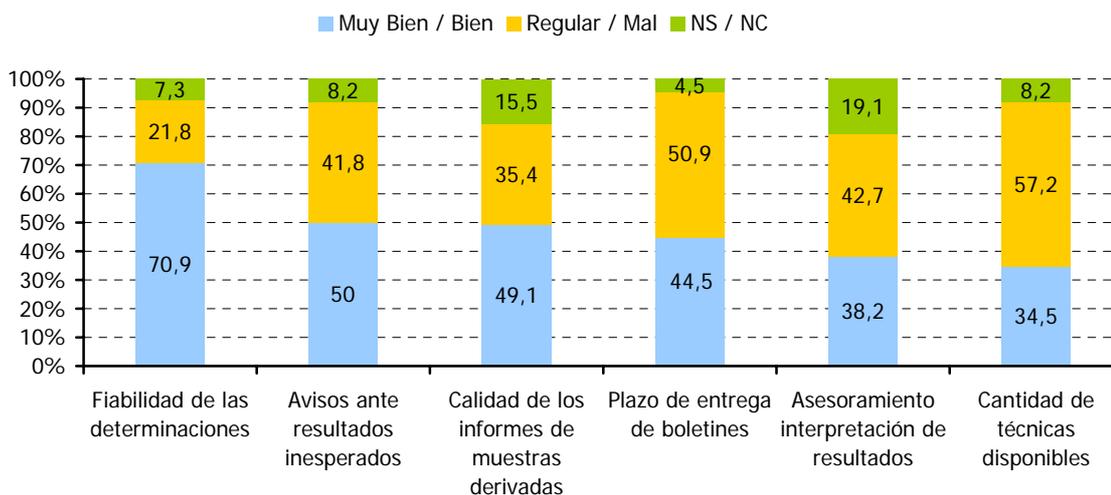
Los **cursos impartidos por el L.R.S.P.** durante el año 2002 fueron valorados por el 75% de los alumnos con una calificación ≥ 7 (escala 0-10). La experiencia resultó un foro de debate que permitió el intercambio de información de gran interés para las partes.

- En la **encuesta de satisfacción de clientes** del año **2003** las conclusiones obtenidas fueron:
 1. Una **amplia mayoría** de los clientes del Laboratorio se definen **Satisfechos** con las prestaciones actuales.
 - El 75,6 % de los profesionales consultados expresan estar “muy satisfechos” o “bastante satisfechos”.
 2. El **55,3 % del total de clientes opina que las prestaciones del L.R.S.P. están hoy mejor que hace tres años.**
 3. El atributo mejor valorado ha resultado la **fiabilidad de sus determinaciones (70,9 %).**
 4. Los atributos peor valorados son:
 - **Plazos de entrega de boletines.**
 - **Nº de técnicas disponibles y acreditadas.**
 - **Asesoramiento técnico en interpretación de resultados.**

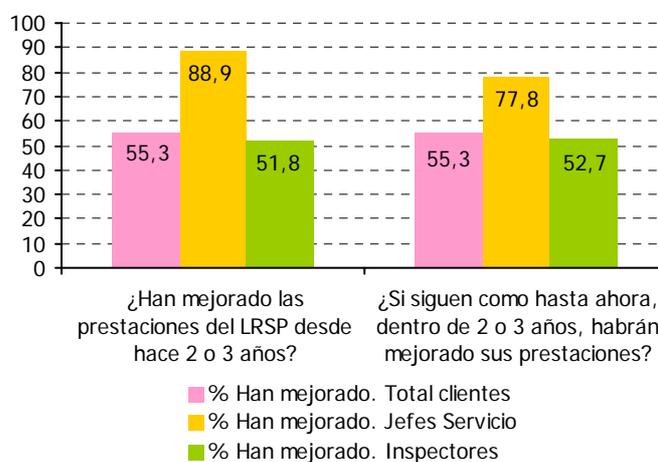
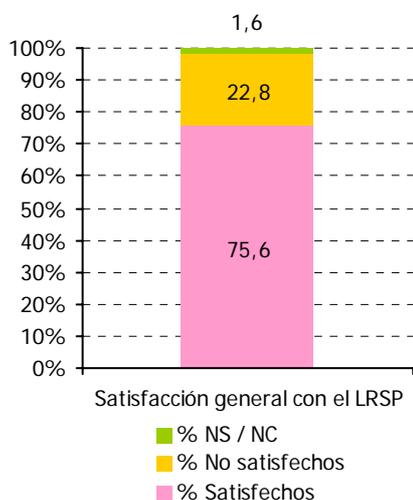
• **Valoración de los atributos de servicio por los Jefes de Servicio:**



• **Valoración de los atributos de servicio por los Inspectores:**



• **Valoración de la satisfacción general:**



- En relación al **sistema de Sugerencias y Reclamaciones** se debe tener en cuenta la circunstancia de que se trata de un sistema para clientes internos, lo que puede justificar el número tan bajo de Informes de Reclamación que se registran (10 informes de media anual). El Laboratorio ha tratado de potenciar el sistema con la difusión de un formato a través de la Documentación de Referencia, de los cursos impartidos a los inspectores y dando prioridad a la resolución y comunicación al cliente de cualquier reclamación recibida.

En el año 2003, dado que se está iniciando la formación en calidad de los técnicos de las Áreas de Salud Pública, se han recibido por escrito las primeras sugerencias de mejora.

CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

- Encuesta de satisfacción de personal (año 2000):

ASPECTOS GENÉRICOS	SI	NO	NS/NC A VECES (*)
1. ¿Conoce a los clientes del LRSP?	86 %	14 %	-
2. ¿Considera que le LRSP presta servicios de calidad?	93 %	7 %	-
3. ¿Su labor es importante para lograr los objetivos del LRSP?	93 %	7 %	-
4. ¿Conoce sus funciones y responsabilidades?	93 %	7 %	-
5. ¿Conoce la descripción de los puestos de trabajo?	93 %	7 %	-
6. ... ¿en su caso se cumple?	86 %	14 %	-
7. ¿Trabaja según procedimientos?	93 %	7 %	-
8. ¿Participa en la definición de los procedimientos?	72 %	21 %	7 % (*)
9. ¿Puede realizar aportaciones para la mejora de los procedimientos?	72 %	21 %	7 %

ASPECTOS COSIDERADOS MAS IMPORTANTES Y EN LOS QUE SE DEBERÍA TRABAJAR PARA MEJORAR LA REALIZACIÓN DE SU TRABAJO	SI	NO	NS/NC A VECES (*)
10. Información de lo que se espera de usted	36 %	64 %	-
11. Información o formación de cómo realizar su trabajo. Parte técnica	50 %	50%	-
12. Directrices de la jefatura inmediata	36 %	64%	-
13. Directrices de la Dirección	57 %	43%	-
14. Coordinación	86 %	14 %	-
15. Información insuficiente de clientes, proveedores y compañeros	64 %	36 %	-
16. Información general de la organización	57 %	43 %	-

ASPECTOS ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN Y RECONOCIMIENTO	SI	NO	NS/NC A VECES (*)
17. ¿Analizan sistemáticamente los problemas y proponen soluciones?	36 %	64 %	-
18. ¿Intercambian regularmente información y formación?	71 %	29%	-
19. ¿Se crean grupos de mejora para abordar problemas complejos?	14 %	86%	-
20. ¿Participa en los grupos de mejora?	14 %	86%	-
21. ¿Desearía participar en los grupos de mejora?	64 %	14 %	22 %
22. ¿Propone iniciativas y sugerencias de mejora?	79 %	21 %	-
23. ¿Se reconoce la participación del personal en las acciones de mejora?	36 %	36 %	28 %

ASOCIADOS A LOS ASPECTOS DE FORMACIÓN	SI	NO	NS/NC A VECES (*)
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN			
24. ¿Es útil para el desempeño de su trabajo?	79 %	21 %	-
25. ¿Es clara para el desempeño de su trabajo?	50 %	21 %	29 % (*)
26. ¿Es suficiente para el desempeño de su trabajo?	43 %	36 %	21 % (*)
FORMACIÓN Y ADIESTRAMIENTO			
27. ¿Se definen en función de sus carencias?	43 %	36 %	7 % 14 % (*)
28. ¿Los aplica en su trabajo diario?	65 %	14 %	7 % 14 % (*)
29. ¿Son suficientes según temas de formación?	72 %	14 %	7 % 7 % (*)
30. ¿Son suficientes según tiempos de formación?	57 %	36 %	7 %

Las **conclusiones** de la encuesta en el documento Diagnóstico se resumía en:

Puntos fuertes	Áreas de Mejora
<p>La mayoría de las personas entrevistadas identifican ventajas a la hora de trabajar en el L.R.S.P. (buen horario, empleo y salario estables para el personal fijo).</p> <p>La mayoría de las personas se sienten orgullosas de las actividades que realiza e identifica estas como de importancia dentro de la actividad del Laboratorio.</p> <p>La mayoría de las personas del L.R.S.P. identifica cuales son los clientes.</p>	<p>Se identifica cierto nivel de desmotivación en:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Falta de comunicación interna – Desmotivación por falta de reconocimiento – Desmotivación por imposibilidad de promoción – Alta rotación del personal por la contratación interina, con el consiguiente esfuerzo continuo en formación y adiestramientos internos

Las acciones de mejora implantadas ya han sido descritas en los diferentes criterios de esta memoria.

- **Grupos de iniciativa y mejora:**

Grupos de iniciativa y mejora para la	Inicio actividad	Nº de personas	Nº de reuniones
implantación y seguimiento del Sistema de Prevención de Riesgos Laborales del L.R.S.P.	2002	5	8
elaboración de la Carta de Servicios del L.R.S.P.	2003	6	5
elaboración de un procedimiento para la Asignación de Incentivos el I.S.P.	2003	4	4

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

- El Laboratorio mantiene un **Convenio con la Facultad de Veterinaria de la Universidad Complutense de Madrid** por el cual durante 200 horas de prácticas, un alumno realiza las actividades acordadas por sus tutores, uno de la Facultad y otro del Laboratorio. Este convenio se ha realizado para los cursos 2001-2002 y 2002-2003.
- Desde el año 1998 el Laboratorio tiene un **Convenio con el Instituto de Educación Secundaria San Fernando** para la realización de la formación práctica en centros de trabajo, de los alumnos del Ciclo Formativo "Sanidad Ambiental". Durante un periodo de tres meses (400 horas) se incorporan al Laboratorio dos alumnos por curso que rotan por las diferentes unidades con un programa de cualificación específico que supervisa su tutor del Laboratorio.

Por otra parte el Laboratorio cede a dicha entidad aquellos equipos, materiales y reactivos que, por no cumplir las especificaciones están destinados a su eliminación. Este material es utilizado de apoyo a las clases impartidas en prácticas por ese Centro.

- El Laboratorio **colabora con delegaciones internacionales de profesionales de países en desarrollo** que, a través de convenios con la Administración Central española (Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Agricultura y Pesca, etc...) dentro de los Programas de intercambio establecidos.

Han visitado nuestro Laboratorio delegaciones de Angola, Brasil y Argentina en los años 2002 y 2003.

- Con el Estado de Minas y Gerais (Brasil) el laboratorio colaboró en el proyecto "Desarrollo de procedimientos en calidad total en los procesos analíticos de y control de calidad de productos alimenticios" (Mayo 2002).
- Con Angola a través del "Plan intensivo de controles de calidad de aguas y pescado", (años 2002 y 2003).

La participación del L.R.S.P. en estos convenios es **absolutamente desinteresada**.

- **Formación de un técnico del Laboratorio Regional Agrario en realización de Auditorias Internas del Sistema de Calidad.**

CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Considerando la información aportada para este criterio en el apartado Iniciativas de Mejora, se podrá valorar que los objetivos prioritarios del Laboratorio no vayan dirigidos a aumentar el número de muestras analizadas como indicador de eficacia y mejorar los indicadores de costes, sino que **el resultado clave es aumentar el campo de actividad y diversidad de la oferta analítica del L.R.S.P.** que le proporcione la mayor independencia de respuesta en cobertura a sus clientes sin necesidad de apoyo en otros laboratorios.

- En este sentido los **indicadores mas sensibles para valorar los resultados clave** son:

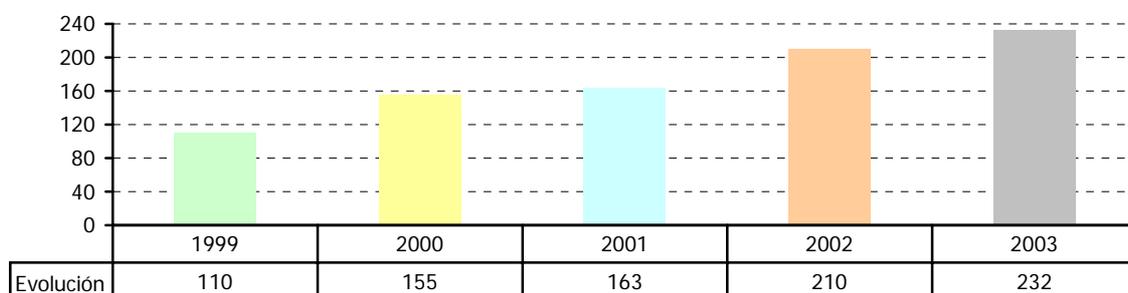
- **Número de parámetros disponibles (año 2003): 525**

- **Nuevos parámetros analíticos implantados en el año.**

Nuevos parámetros					
1998	1999	2000	2001	2002	2003
11	27	45	8	47	22

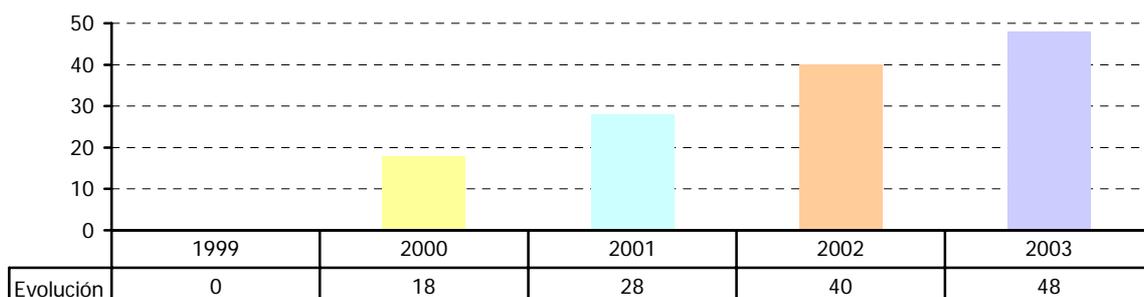
⇒ En el año 2001 se produce un aumento de las tareas en la Sección de Técnicas Instrumentales para la preparación de la Acreditación ENAC, lo que impidió la implantación de nuevos parámetros analíticos

Evolución del número de parámetros en servicio



- **Número de parámetros acreditados.**

Evolución del número de parámetros acreditados



En relación a los Indicadores de Cobertura de los Programas de Salud Pública (perspectiva financiera), aunque son de obligada evaluación y seguimiento por el L.R.S.P., no miden una actividad que dependa en exclusiva del Laboratorio, están sesgados por el grado de cumplimiento de la toma de muestras por los Servicios de Salud Pública y por los Servicios Centrales del Instituto de Salud Pública. Es decir, el nº de muestras/nº de determinaciones que analiza el laboratorio depende de lo solicitado en los Programas y de que finalmente llegue al laboratorio para su análisis.

Sin embargo estos indicadores, forman parte del Cuadro de Mando ya que son de gran utilidad para ayudar al cumplimiento de lo acordado en los Programas, que es para lo que el Laboratorio se ha planificado en el año; su seguimiento permite ir introduciendo acciones correctoras (nuevos cronogramas, adaptación de perfiles, refuerzo de servicios, etc.) que mejoran los resultados finales.

Cobertura analítica del L.R.S.P. a los Programas de Salud Pública: 96,6%

	1999	2000	2001	2002	2003
Nº de muestras	6.928	6.332	4.159	8.400	5.625
Nº de determinaciones	38.104	31.660	27.971	35.099	30.461

- **El L.R.S.P. está acreditado por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC): nº 203/LE421**, para análisis microbiológicos y físico-químicos de alimentos y aguas.
 - El L.R.S.P. ha sido el **primer laboratorio de la administración autonómica acreditado por ENAC** (Febrero 2000).

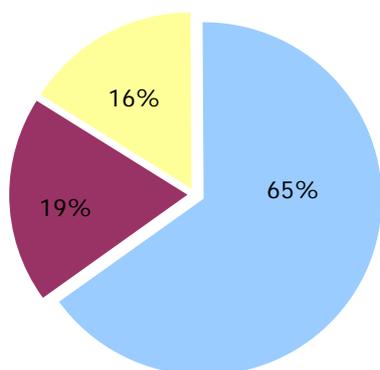


*En el **Anexo 3** se recogen el **Anexo Técnico del Alcance Acreditado**, que actualmente se encuentra en **Revisión 4**.*

- Hasta la fecha **ENAC ha realizado 4 Auditorias Externas**, solo en la primera se abrieron dos informes de No Conformidad, y en todas la demás ocasiones solo han informado de “Observaciones” resueltas por el Laboratorio sin dificultad. **En todas** estas auditorias **se ha conseguido la ampliación** propuesta **del Alcance de Acreditación**.
- En la Auditoria externa del **año 2002** se acreditó la adaptación **del Sistema de Calidad a la Norma UNE-EN ISO/IEC 17025** lo que supuso un nivel de dificultad añadido por la incorporación de requisitos de gestión ISO 9001. Esto supuso un gran esfuerzo tanto al Laboratorio como a sus clientes, en lo que se refiere a los requisitos de coordinación, acuerdos de contrato de ensayos, desviaciones a métodos, etc.
- En relación al **cumplimiento de los Objetivos Anuales**, todas las unidades del Laboratorio incluyen en sus objetivos la implantación de algún parámetro analítico nuevo y la revisión o mejora de aquellos parámetros que por su nivel de implantación pueden ser incluidos en sistema de calidad para presentar en auditoria externa y acreditación.

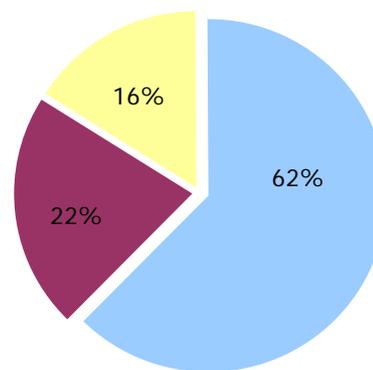
Grado de cumplimiento de los Objetivos anuales:

Año 2002. N° de Objetivos: 31



■ Realizado ■ No Realizado ■ Pospuesto

Año 2003. N° de Objetivos: 37



■ Realizado ■ No Realizado ■ Pospuesto

En el Anexo 4 se recogen los Planes Operativos Anuales por unidades.

Anexo 1. PROCEDIMIENTOS EN VIGOR

Código	Microbiología de Alimentos y Aguas
Procedimientos analíticos	
PNT 1.ANA.001	Recuento de microorganismos aerobios a 21 °C en leche y productos lácteos
PNT 1.ANA.002	Investigación de listeria monocytogenes en alimentos
PNT 1.ANA.003	Recuento de Clostridium perfringens en alimentos
PNT 1.ANA.004	Investigación de Salmonella spp en alimentos
PNT 1.ANA.005	Recuento de microorganismos aerobios mesófilos en alimentos
PNT 1.ANA.006	Uso de cepas de referencia en microbiología
PNT 1.ANA.007	Tinción de bacterias según el método Gram
PNT 1.ANA.008	Preparación de muestras y diluciones para el examen microbiológico
PNT 1.ANA.009	Recuento de Escherichia coli beta-glucoronidasa + en alimentos
PNT 1.ANA.010	Recuento de Enterobacteriaceae en alimentos
PNT 1.ANA.011	Recuento de levaduras y mohos en alimentos
PNT 1.ANA.012	Recuento de microorganismos psicrotróficos en alimentos
PNT 1.ANA.013	Recuento de Coliformes en alimentos
PNT 1.ANA.014	Investigación de Enterobacteriaceae en alimentos
PNT 1.ANA.015	Generalidades en los ensayos microbiológicos
PNT 1.ANA.017	Recuento de estafilococos coagulasa + en alimentos
PNT 1.ANA.018	Investigación de Escherichia coli en alimentos
PNT 1.ANA.019	Recuento de Clostridium sulfito-reductores en alimentos
PNT 1.ANA.020	Recuento de microorganismos aerobios a 30°C en leche y productos lácteos
PNT 1.ANA.021	Recuento de coliformes en leche y productos lácteos
PNT 1.ANA.022	Investigación de Estafilococos coagulasa + en alimentos
PNT 1.ANA.023	Preparación y control de medios de cultivo y reactivos
PNT 1.ANA.024	Recuento de microorganismos termófilos a 44°C en alimentos
PNT 1.ANA.025	Recuento de microorganismos aerobios a 22 y 37 °C en agua
PNT 1.ANA.026	Recuento de coliformes totales en agua mediante filtración por membrana
PNT 1.ANA.027	Recuento de coliformes fecales en agua mediante filtración por membrana
PNT 1.ANA.028	Recuento de Escherichia coli en agua mediante filtración por membrana
PNT 1.ANA.029	Recuento de Enterococos en agua mediante filtración por membrana
PNT 1.ANA.030	Detección y recuento de esporos de clostridium sulfito-reductores en muestras de agua
PNT 1.ANA.031	Recuento de Estafilococos coagulasa + en agua mediante el método de filtración por membrana
PNT 1.ANA.032	Recuento de Pseudomonas aeruginosa en agua mediante filtración por membrana
PNT 1.ANA.033	Investigación de Salmonella spp en agua
PNT 1.ANA.034	Investigación de Clostridium perfringens en alimentos
PNT 1.ANA.035	Investigación de Clostridium sulfito-reductores en alimentos
PNT 1.ANA.037	Recuento de Listeria monocytogenes en alimentos
PNT 1.ANA.041	Preparación, conservación y estandarización de suspensiones bacterianas
PNT 1.ANA.043	Recuento de clostridium perfringens en muestras de agua por filtración de membrana
PNT 1.ANA.044	Investigación de Listeria monocytogenes en alimentos con cribado negativo mediante técnicas ELFA
PNT 1.ANA.045	Investigación presuntiva de Legionella spp en agua por filtración de membrana
PNT 1.ANA.046	Investigación de toxina estafilococica mediante método ELFA
PNT 1.ANA.051	Investigación de Escherichia coli O157 en alimentos mediante método ELFA
PNT 1.ANA.052	Investigación de Campylobacter termotolerantes en alimentos mediante método ELFA
PNT 1.ANA.053	Detección de residuos de inhibidores mediante la técnica de cribado de las 5 placas
PNT 1.ANA.054	Rto. en agar lactosa TTC con tergitol de c. totales en agua por filtración por membrana.
PNT 1.ANA.055	Rto. en agar lactosa TTC con tergitol de c. fecales en agua por filtración por membrana.
PNT 1.ANA.056	Rto. en agar lactosa TTC con tergitol de e.coli en agua, por filtración por membrana

Código	Microbiología de Alimentos y Aguas
Procedimientos de equipos	
PNT 1.CON.001	Uso, mantenimiento, calibración y verificación de pipetas aut., microjeringas y buretas digitales
PNT 1.CON.002	Uso, verificación, mantenimiento y calibración de balanzas monoplato
PNT 1.CON.003	Verificación de equipos de temperatura controlada
PNT 1.CON.004	Calibración de equipos registradores de temperatura
PNT 1.CON.005	Realización, distribución y verificación de hojas de cálculo
PNT 1.CON.006	Control de calidad interno en la Sección de Microbiología
PNT 1.CON.007	Verificación de material estéril y del volumen de embudos para filtración de muestras de agua
PNT 1.CON.008	Control de residuos de inhibidores en el agua destinada al análisis microbiológico
PNT 1.CON.009	Validación de métodos de análisis en microbiología
PNT 1.CON.010	Comprobación de especificaciones y el cálculo de incertidumbre en los métodos cuantitativos
PNT 1.UTI.001	Uso, mantenimiento, calibración y verificación del dosidiluidor I.U.L. Modelo 0800
PNT 1.UTI.002	Uso de las hojas de cálculo en la calibración y verificación de equipos
PNT 1.UTI.003	Uso y mantenimiento de sondas registradoras de temperatura y/o humedad relativa
PNT 1.UTI.004	Uso, mantenimiento y verificación de aparatos medidores de pH
PNT 1.UTI.005	Limpieza y desinfección de locales y superficies de trabajo, y el control ambiental de instalaciones
PNT 1.UTI.006	Mantenimiento de equipos de temperatura controlada
PNT 1.UTI.007	Limpieza y acondicionamiento de material diverso
PNT 1.UTI.008	Uso, mantenimiento y verificación de Mili-Ro 6 Plus
PNT 1.UTI.009	Uso, mantenimiento y verificación de Mili-Q Plus
PNT 1.UTI.010	Control rutinario de temperatura y tiempo en equipos
PNT 1.UTI.011	Gestión de residuos sólidos urbanos y residuos sanitarios
PNT 1.UTI.012	Preparación y uso de material de referencia comerciales en microbiología
PNT 1.UTI.013	Preparación de envases de recogida de muestras de agua para análisis microbiológico
PNT 1.UTI.014	Mantenimiento y verificación de las cabinas de flujo laminar
PNT 1.UTI.015	Uso y mantenimiento del equipo mini vidas (cód.: 1/047)
PNT 1.UTI.017	Uso, mto. calibración y verificación del dosidiluidor IUL modelo Detadiluidor (Cod.: 1/264)

Código	Técnicas instrumentales y Físico – Química
Procedimientos analíticos	
PNT 2.ANA.001	Determinación de cobre por espectrofotometría de absorción atómica (llama) en muestras de agua
PNT 2.ANA.002	Determinación de zinc por espectrofotometría de absorción atómica (llama) en muestras de agua
PNT 2.ANA.003	Determinación de sodio por espectrofotometría de absorción atómica (llama) en muestras de agua
PNT 2.ANA.004	Determinación de potasio por espectrofotometría de absorción atómica (llama) en muestras de agua
PNT 2.ANA.005	Determinación de calcio por espectrofotometría de absorción atómica (llama) en muestras de agua
PNT 2.ANA.006	Determinación de magnesio por espectrofotometría de absorción atómica (llama) en muestras de agua
PNT 2.ANA.007	Determinación de la dureza en aguas por cálculo en muestras de agua
PNT 2.ANA.009	Determinación de hierro por espectrofotometría de AA (cámara de grafito) en muestras de agua
PNT 2.ANA.012	Determinación de plomo por espectrofotometría de AA (cámara de grafito) en muestras de agua
PNT 2.ANA.013	Determinación de níquel por espectrofotometría de absorción atómica (cámara de grafito) en muestras de agua
PNT 2.ANA.014	Determinación de cadmio por espectrofotometría de absorción atómica (cámara de grafito) en muestras de agua
PNT 2.ANA.015	Determinación de cromo por espectrofotometría de absorción atómica (cámara de grafito) en muestras de agua
PNT 2.ANA.018	Determinación de mercurio por espectrofotometría de absorción atómica (FIMS) en muestras de agua
PNT 2.ANA.031	Determinación de sulfatos por espectrofotometría de UV-V turbidimetría en muestras de agua
PNT 2.ANA.034	Determinación de nitratos por espectrofotometría de UV-V en muestras de agua
PNT 2.ANA.035	Determinación de nitritos por espectrofotometría de UV-V en muestras de agua
PNT 2.ANA.036	Determinación de amonio por potenciometría en muestras de agua
PNT 2.ANA.051	Determinación cualitativa de tranquilizantes en orina por cromatografía de gases / espectrometría de masas
PNT 2.ANA.052	Determinación cualitativa de clenbuterol en muestras de origen animal por cromatografía de gases
PNT 2.ANA.053	Determinación de trihalometanos en agua de consumo público por cromatografía de gases
PNT 2.ANA.060	Determinación cualitativa de tranquilizantes en hígado y riñón por cromatografía de gases / espectrofotometría de masas
PNT 2.ANA.061	Análisis cualitativo de residuos de clenbuterol mediante cromatografía en capa fina (método criba)
PNT 2.ANA.062	Análisis cualitativo de residuos de sulfamidas mediante cromatografía en capa fina (método criba)
PNT 2.ANA.065	Determinación cualitativa de clenbuterol por ensayo inmunoenzimático en orina de bovino, ovino, porcino y agua
PNT 2.ANA.073	Cuantificación de sulfamidas en muestras de músculo y riñón por HPLC - DAD
PNT 2.ANA.074	Determinación cuantitativa de dexametasona por HPLC - DAD en muestras de orina de bovino
PNT 2.ANA.078	Determinación cuantitativa de cloranfenicol por HPLC - DAD en muestras de leche de bovino
PNT 2.ANA.079	Determinación de tetraciclinas por HPLC en riñón, músculo y leche por HPLC-DAD

Código	Técnicas instrumentales y Físico – Química
Procedimientos de equipos	
PNT 2.CON.001	Uso y la verificación del material volumétrico de vidrio clase A
PNT 2.CON.002	Validación de métodos de ensayo en la Sección de Técnicas Instrumentales
PNT 2.CON.003	Control de calidad interno en la Sección de Técnicas Instrumentales
PNT 2.CON.004	Preparación de muestras blanco
PNT 2.CON.006	Mantenimiento y verificación del espectrofotómetro de absorción atómica (Cód.: 2/159)
PNT 2.CON.007	Mantenimiento y verificación del espectrofotómetro de absorción atómica
PNT 2.CON.009	Mantenimiento y verificación de equipos de cromatografía líquida (Cód.: 2/008 y 2/009)
PNT 2.CON.010	Mantenimiento del equipos de cromatografía de gases (Cód.: 2/004)
PNT 2.CON.011	Mantenimiento del equipo de cromatografía de gases / espectrofotometría de masas
PNT 2.UTI.001	Uso del espectrofotómetro de absorción atómica Perkin Elmer modelo 1100B (Cód.: 2/001)
PNT 2.UTI.003	Uso del espectrofotómetro de UV-visible GBC (Cód.: 2/013)
PNT 2.UTI.004	Uso del equipos de cromatografía líquida Waters (Cód.: 2/008)
PNT 2.UTI.005	Uso del equipos de cromatografía líquida Perkin Elmer / Shimadzu (Cód.: 2/009)
PNT 2.UTI.006	Uso y verificación del equipo de cromatografía de gases / masas (Cód.: 2/004)
PNT 2.UTI.008	Uso, mantenimiento y verificación del equipo de cromatografía de gases Autosystem de Perkin-Elmer (Cód.: 2/006)
PNT 2.UTI.009	Cambio e instalación de columnas en el equipo de cromatografía de gases / masas (Cód.: 2/004)
PNT 2.UTI.010	Uso, mantenimiento y verificación del equipo Linomat
PNT 2.UTI.011	Uso, verificación y mantenimiento del Milli-Ro 8 Plus (Cód.: 2/015)
PNT 2.UTI.014	Uso y verificación del equipo de cromatografía de gases / espectrofotometría de masas (Cód.: 2/153)
PNT 2.UTI.015	Uso y mantenimiento del espectrofotómetro Spectra Shell Reader (Cód.: 2/131)
PNT 2.UTI.016	Uso del espectrofotómetro de Absorción atómica Perkin Elmer modelo Aanalyst800 (Cód.: 2/159)
PNT 2.UTI.017	Uso, mantenimiento y verificación del equipo Milli-Q Plus 185 (Cód.: 2/014)
PNT 2.UTI.018	Cambio e instalación de columnas cromatográficas en el equipo de cromatografía de gases GC 6890
PNT 2.UTI.019	Cambio e instalación de columnas cromatográficas en el equipo de cromatografía de gases / masas
PNT 2.UTI.022	Uso, mantenimiento y verificación del sistema de determinación de mercurio (FIMS) Perkin-Elmer (Cód.: 2/001)
PNT 2.UTI.023	Uso y verificación del muestreador de espacio en cabeza Agilent 7694 (Cód.: 2/218)

Código	Administración
Procedimientos de equipos	
PNT 4.CON.001	Validación de los sistemas informáticos de gestión de muestras
PNT 4.UTI.001	Registro de muestras
PNT 4.UTI.002	Emisión de boletines de resultados de análisis
PNT 4.UTI.004	Gestión documental de análisis oficiales
PNT 4.UTI.005	Uso y mantenimiento de la aplicación informática de gestión de muestras
PNT 4.UTI.006	Gestión de compras
PNT 4.UTI.007	Iniciación de análisis, introducción, validación de resultados y reactivación de análisis
PNT 4.UTI.010	Incorporación de personal

Código	Garantía de Calidad
Procedimientos de equipos	
POC-01	Elaboración y codificación de procedimientos operativos de la calidad
POC-02	Elaboración de protocolos normalizados de trabajo
POC-03	Realización de auditorías internas y revisión del sistema de calidad
POC-04	Control de documentos y registros
POC-05	Formación y cualificación del personal
POC-06	Control de instalaciones
POC-07	Inventario e identificación de equipamiento
POC-08	Gestión de equipos
POC-09	Gestión de muestras
POC-10	Adquisición de suministros y servicios externos
POC-11	Control y emisión de los informes de análisis
POC-12	Gestión de acciones correctivas y preventivas
POC-13	Gestión de reclamaciones
POC-14	Evaluación de la Calidad de los ensayos
POC-15	Planificación y aprobación de objetivos anuales
PNT 3.CON.001	Calibración de equipos registradores de tiempo

Anexo 2. ACCIONES FORMATIVAS

Área Técnica

Absorción atómica. Cámara de grafito (RSE de Química)

Actuaciones en una situación de crisis relacionada con problemas de salud pública (Consejería de Sanidad)

Conservación y control de cepas bacterianas (CECT)

Control de calidad en análisis microbiológicos. Validación de métodos

Diseño y ejecución de ensayos colaborativos (MAPA)

Curso básico de documentación (IMAP)

Estadística básica para el control de calidad en análisis (LRSP / IMAP)

Estudios de las redes de distribución y detección de puntos críticos (Consejería de Sanidad)

Función directiva en la administración pública

Gestión del capital intelectual en las organizaciones sanitarias (IMAP)

Gestión y administración de personal (IMAP)

Implantación de los equipos instrumentales de análisis en el sistema de calidad (ENIA / ISC)

Iniciación a los archivos de oficina (IMAP)

Interpretación epidemiológica de los resultados del laboratorio en enfermedades infecciosas

Inspección según la norma UNE EN 45.004 y su aplicación en el ámbito de la Salud Pública (ISP / ENEA)

Marcadores microbiológicos (CNM)

Metodología de la investigación estadística con SPSS (ICM)

Microbiología predictiva en alimentos (Instituto tecnología de la carne)

Prevención y control de legionelosis (Centro militar de veterinaria)

Procedimientos administrativos básicos (IMAP)

Procesos tecnológicos en la industria agroalimentaria (IMEFE)

Residuos en alimentos. Técnicas microbiológicas de cribado y post-cribado de residuos antibióticos (CNA)

Residuos en alimentos: sulfamidas en músculo por HPTLC y HPLC-DAD. (CNA)

Secretariado de dirección

SPSS: Análisis factorial discriminante (ICM)

Técnicas de control de calidad en análisis físico-químico. Validación de métodos (LRSP)

Técnicas directivas (IESE)

Toxicología ambiental (CUSP)

Validación de métodos microbiológicos según UNE EN ISO/IEC 17025

Área de Informática

Búsqueda y explotación de información a través de Internet /ICM)

Excel 2.000, nivel básico (ISP)

Gestión integrada de herramientas ofimáticas (ICM)

Microsoft Power Point (ICM)

Office 97: word, excel, access y power point

Paradox 5.0

Plantillas y funciones especializadas de Word Perfect (ICM)

Presentations 7 (ICM)

Quattro Pro 7 (ICM)

Resolución de problemas básicos en entorno Windows (LRSP)

Word Perfect 7 (ICM)

Word 2.000, nivel medio (ISP)

Área de Calidad

Audidores internos de laboratorios (AINLAB)
Audidores internos ISO 9.000: 2.000 (Bureau Veritas / Agencia Laín Entralgo)
Auditorías de sistemas de calidad (IMAP)
Auditorías de sistemas de calidad. Sistemas ARCP (IMAP)
Calidad en laboratorios químicos
Calidad en laboratorios según norma ISO 17025 (F₂I₂)
Calidad y atención al ciudadano (IMAP)
Conceptos Generales de Auditoría (LRSP / IMAP)
Evaluación de los servicios públicos: indicadores de calidad (IMAP)
Formación sobre el trabajo en equipo para la implantación del sistema de calidad (LRSP)
Gestión de calidad en laboratorios de ensayo y calibración (CETEMA)
Gestión del conocimiento (Agencia Laín Entralgo)
Herramientas de mejora de habilidades para el trabajo en equipo (LRSP)
Identificar, establecer y gestionar mapas de procesos en la organización (IMAP)
Indicadores como herramienta de gestión (LRSP / DGCS / CUPS)
Introducción al modelo EFQM (Agencia Laín Entralgo)
Mejora continua en el trabajo, grupos de mejora (LRSP / IMAP)
Modelo europeo de excelencia (EFQM) y herramientas de gestión de la calidad (DGCS / IMAP)
Sistema de calidad en laboratorios, norma UNE ISO 17025 (MAPA)
Sistemas de calidad total. ISO 9000 (AENOR)

Área Prevención de riesgos laborales

Ámbito jurídico de la prevención (Escuela Julián Besteiro)
Condiciones de trabajo y salud en el trabajo (CUSP)
Delegado en prevención de riesgos laborales
Desempeño de funciones de nivel básico de la actividad preventiva
Ergonomía y psicología (Escuela Julián Besteiro)
Exposición dérmica. Prevención de daño para la salud (INSHT)
Gestión de prevención de riesgos laborales (CUSP)
Higiene industrial (Escuela Julián Besteiro)
Medicina en el trabajo (Escuela Julián Besteiro)
Organización y gestión de la prevención (IRSST)
Patología laboral por agentes biológicos en el sector sanitario (IMAP)
Planes de emergencia y evacuación
Prevención de riesgos laborales (MAPA)
Prevención de riesgos químicos, biológicos y medioambientales en el laboratorio (MAPA)
Prevencionista de riesgos laborales
Prevención y extinción de incendios (Escuela de protección civil y bomberos)
Primeros auxilios (IMAP)
Riesgos laborales en laboratorios (IMAP)
Riesgos relacionados con el medio ambiente de trabajo (IMAP)
Seguridad industrial y laboral (F₂I₂)
Seguridad química (CUSP)
Socorrismo y primeros auxilios (IMAP)

Anexo 3. Anexo Técnico. Revisión 4

Acreditación


Entidad Nacional de Acreditación
Otorga la presente
ACREDITACION
a la entidad técnica

**LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DE LA
COMUNIDAD DE MADRID**

*Según criterios recogidos en la norma UNE-EN ISO/IEC 17025,
para la realización de ENSAYOS de:*

Productos agroalimentarios y aguas

Definidos en el Anexo Técnico adjunto.

Acreditación nº: **203/LE421**
Fecha de entrada en vigor: **18/02/00**

La acreditación mantiene su vigencia hasta notificación en contra.

En Madrid, a 15 de marzo de 2002

El Presidente



D. Antonio Muñoz Muñoz

*Este documento no tiene validez sin su anexo técnico correspondiente, cuyo número coincide con el de la acreditación.
La presente acreditación y su anexo técnico están sujetos a modificaciones, suspensiones temporales y retirada. El estado de vigencia de la misma puede confirmarse en el catálogo de ENAC (<http://www.cnac.es>)*

Ref.: CLE/1440 (el presente documento anula y sustituye al documento de ref.: CLE/992)

ALCANCE DE ACREDITACIÓN
LABORATORIO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA

Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

Dirección: C/ General Oraá, 15; 28006 Madrid
Tlfno: 91/ 411.19.53 Fax: 91/ 411.22.96

Está acreditado por la **ENTIDAD NACIONAL DE ACREDITACIÓN**, conforme a los criterios recogidos en la Norma UNE-EN ISO/IEC 17025: 2000 (CGA-ENAC-LEC), para la realización de análisis:

Químicos y microbiológicos de productos agroalimentarios y aguas

Categoría 0 (Ensayos en el laboratorio permanente)

PARTE A: ANÁLISIS QUÍMICOS

PRODUCTO/MATERIAL A ENSAYAR	ENSAYO	MÉTODO DE ENSAYO
Aguas de consumo y envasadas	Metales por espectrofotometría de absorción atómica de llama Cobre: (>50 µg/l) Cinc: (>50 µg/l) Sodio: (>5,0 mg/l) Potasio: (>0,31 mg/l) Calcio: (>0,2 mg/l) Magnesio: (>0,05 mg/l)	Procedimientos internos PNT 2.ANA.001 PNT 2.ANA.002 PNT 2.ANA.003 PNT 2.ANA.004 PNT 2.ANA.005 PNT 2.ANA.006
	Metales por espectrofotometría de absorción atómica con cámara de grafito Hierro: (>5,0 µg/l) Plomo: (>4,0 µg/l) Níquel: (>5,0 µg/l) Cadmio: (>0,50 µg/l) Cromo: (>4,0 µg/l)	Procedimientos internos PNT 2.ANA.009 PNT 2.ANA.012 PNT 2.ANA.013 PNT 2.ANA.014 PNT 2.ANA.015
Orina de porcino	Determinación cualitativa de Tranquilizantes por cromatografía de gases (CG) con detector de espectrometría de masas (MS) Ketamina, Acetopromazina, Propionilpromazina (>5 µg/l) Xilazina y Cloropromazina (> 10 µg/l)	Procedimiento interno PNT 2.ANA.051
Orina, pelo, riñón e hígado de bovino	Determinación cualitativa de Clenbuterol por cromatografía de gases (CG) con detector de espectrometría de masas (MS) Orina: (>1 µg/l) Riñón, hígado: (>1 µg/kg) Pelo: (>20 µg/kg)	Procedimiento interno PNT 2.ANA.052
Hígado y riñón de bovino, ovino, porcino, aves y caza	Determinación cualitativa de Clenbuterol por cromatografía de capa fina (HPTLC) (método criba) (>2 µg/kg)	Procedimiento interno PNT 2.ANA.061

El presente anexo técnico está sujeto a posibles modificaciones. El estado de vigencia de la acreditación puede confirmarse en el catálogo de ENAC (<http://www.enac.es>)




PRODUCTO/MATERIAL A ENSAYAR	ENSAYO	MÉTODO DE ENSAYO
Músculo de ave y riñón de bovino, ovino y porcino	Determinación cualitativa de sulfamidas mediante cromatografía de capa fina (HPTLC) (método de criba) Sulfapiridina, Sulfaquinoxalina, Sulfadimetoxina, Sulfametazina, Sulfametopiridazina, Sulfatiazol y Sulfadiazina ($>30 \mu\text{g/kg}$)	Procedimiento interno PNT 2.ANA.062
Orina de bovino, ovino, porcino y agua	Determinación cualitativa de Clenbuterol por ELISA (método criba) ($>1 \mu\text{g/l}$)	Procedimiento interno PNT 2.ANA.065
Músculo de ave y riñón de bovino, ovino y porcino	Sulfamidas por cromatografía líquida de alta eficacia (HPLC) con detector Diodo Array Músculo de ave: Sulfapiridina, Sulfaquinoxalina, Sulfadimetoxina, Sulfametazina, Sulfametopiridazina y Sulfadiazina ($>50 \mu\text{g/kg}$) Sulfatiazol ($>100 \mu\text{g/kg}$) Riñón: Sulfapiridina, Sulfadimetoxina, Sulfametazina, Sulfametopiridazina y Sulfadiazina ($>50 \mu\text{g/kg}$) Sulfaquinoxalina, Sulfatiazol ($>100 \mu\text{g/kg}$)	Procedimiento interno PNT 2.ANA.073
Orina de bovino	Dexametasona por cromatografía líquida de alta eficacia (HPLC) con detector Diodo Array ($>5 \mu\text{g/l}$)	Procedimiento interno PNT 2.ANA.074
Leche de bovino	Cloranfenicol por cromatografía líquida de alta eficacia (HPLC) con detector Diodo Array ($>10 \mu\text{g/l}$)	Procedimiento interno PNT 2.ANA.078

PARTE B: ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS

1) Area microbiología de alimentos

PRODUCTO/MATERIAL A ENSAYAR	ENSAYO	MÉTODO DE ENSAYO
Leche y productos lácteos	Recuento en placa de aerobios a 21°C ($<1 \text{ ufc/ml}$)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.001
	Recuento en placa de aerobios a 30°C Pasterizados o crudos: ($<1 \text{ ufc/ml}$) Esterilizados o UHT: ($<0,1 \text{ ufc/0,1 ml}$)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.020
	Recuento en placa de coliformes totales (con confirmación) ($<1 \text{ ufc/ml}$)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.021

PRODUCTO/MATERIAL A ENSAYAR	ENSAYO	MÉTODO DE ENSAYO
Alimentos	Investigación de <i>Listeria monocytogenes</i> (Ausencia/Presencia)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.002
	Recuento en placa de <i>Clostridium perfringens</i> (con confirmación) (< 10 ufc/g)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.003
	Investigación de <i>Salmonella spp</i> (Ausencia/Presencia)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.004
	Recuento en placa de <i>Escherichia coli β-glucoronidasa</i> + (< 10 ufc/g)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.009
	Recuento en placa de <i>Enterobacteriaceae</i> (< 10 ufc/g)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.010
	Recuento en placa de mohos y levaduras (< 100 ufc/g)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.011
	Investigación de <i>Enterobacteriaceae</i> (Ausencia/Presencia)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.014
	Recuento en placa de <i>Estafilococos coagulasa</i> + (con confirmación) (< 10 ufc/g)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.017
	Investigación de <i>Escherichia coli</i> (Ausencia/Presencia)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.018
	Recuento en placa de <i>Clostridium</i> sulfitorreductores (< 10 ufc/g)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.019
	Investigación de <i>Estafilococos coagulasa</i> + (con confirmación) (Ausencia/Presencia)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.022
	Investigación de <i>Clostridium perfringens</i> (con confirmación) (Ausencia/Presencia)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.034
	Investigación de <i>Clostridium</i> sulfitorreductores (Ausencia/Presencia)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.035
Alimentos (excepto leche y productos lácteos)	Recuento en placa de bacterias aerobias mesófilas (< 10 ufc/g)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.005
	Recuento en placa de psicrotrofos (< 10 ufc/g)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.012
	Recuento en placa de coliformes totales (< 10 ufc/g)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.013
	Recuento en placa de termófilos a 44°C (< 10 ufc/g)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.024



II) Area Microbiología de Aguas

PRODUCTO/MATERIAL A ENSAYAR	ENSAYO	MÉTODO DE ENSAYO
Aguas de consumo, envasadas y de piscina	Recuento en placa de bacterias aerobias a 37 y 22°C (< 1 ufc/ml)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.025
	Recuento de coliformes totales (con confirmación) (filtración)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.026
	Recuento de coliformes fecales (con confirmación) (filtración)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.027
	Recuento de <i>Escherichia coli</i> (con confirmación) (filtración)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.028
	Recuento de Enterococos (con confirmación) (filtración)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.029
	Recuento en placa de Estafilococos coagulasa + (con confirmación) (filtración)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.031
	Investigación de <i>Salmonella spp</i> (Ausencia/Presencia)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.033
Aguas envasadas y de piscina	Recuento de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (con confirmación) (filtración)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.032
Aguas de consumo	Recuento de <i>Clostridium perfringens</i> (con confirmación) (filtración)	Procedimiento Interno PNT 1.ANA.043

NOTA: En alimentos los límites se refieren al análisis de muestras sólidas. En las técnicas de investigación los rangos se refieren a la cantidad de muestra analizada, siempre que no se indique lo contrario.



Anexo 4. PLANES OPERATIVOS ANUALES

PLAN OPERATIVO 2002. MATRIZ DE RELACIONES: objetivos generales y de sección

Planes de Acción	Objetivos Generales					Cumplimiento
	1	2	3	4	5	
DIRECCIÓN						
Introducir conceptos básicos de contabilidad analítica para mejorar el control presupuestario						N R
Elaborar una propuesta de un nuevo organigrama para el LRSP						R
Implantar la gestión de Prevención de Riesgos Laborales						R
Acortar el tiempo de preanálisis microbiológico y remisión de informes						R
REGISTRO DE LABORATORIOS						
Puesta en marcha del Registro de Laboratorios						R
Elaborar informes técnicos para la comisión de evaluación de Registros de Laboratorios						2003
GARANTIA DE CALIDAD						
Implantar recogida de información mediante encuestas de satisfacción de clientes						R
Dar asesoramiento técnico a las áreas de salud pública impartiendo dos cursos de formación						R
Coordinar la gestión de documentación del Sistema de Prevención de Riesgos Laborales						R
Sistematizar la planificación de objetivos para el año, disponiendo de un plan operativo para el 31 de Enero						R
Mejorar la cartera de servicios para sacar un nuevo catálogo en vigor en el año 2.003						R
Elaborar una cartera de servicios de la Red de Laboratorios						N R
MICROBIOLOGIA CLÍNICA						
Implantar 10 nuevos parámetros analíticos						R
Aprobar PNT para determinación de anticuerpos frente al virus del sarampión						2003
Difundir las actividades del Laboratorio en el Boletín Epidemiológico de la C.M.						2003
MICROBIOLOGIA DE ALIMENTOS Y AGUAS						
Introducir en el sistema de calidad 1 procedimiento analítico que se está realizando en la unidad (Legionella en agua)						R
Implantar 1 nuevo parámetro analítico (Detección de toxina estafilocócica)						R
Cualificación de todo el personal de la unidad para el manejo de la base de datos						N R
Mejorar 7 procedimientos de trabajo que están introducidos en el sistema de calidad						R
Validación de métodos analíticos en Microbiología de alimentos y aguas						2003
CROMATOGRAFÍA DE GASES						
Introducir en el sistema de calidad 2 procedimientos analíticos que se están realizando en la unidad						2003
Introducir en el sistema de calidad 2 equipos que pertenecen a la unidad						R
Cualificación de 3 Técnicos de Laboratorio de la Sección para la realización de procedimientos de la unidad						N R

Planes de Acción	Objetivos Generales					Cumplimiento
	1	2	3	4	5	
CROMATOGRAFÍA DE LÍQUIDOS						
Introducir en el sistema de calidad 1 procedimiento analítico que se está realizando en la unidad (sulfamidas en tejido)						R
Cualificación de 1 Técnico de Laboratorio de la sección para la realización de procedimientos de la unidad						R
ABSORCIÓN ATÓMICA						
Implantar el sistema de calidad en el área de absorción atómica: cámara de grafito para 5 nuevos parámetros (Fe, Pb, Cd, Ni y Cr en aguas)						R
Implantar el sistema de calidad en el área de absorción atómica para el espectrofotómetro AA Analyst 800						R
CRIBADO						
Introducir en el sistema de calidad 1 procedimiento analítico que se está realizando en la unidad (Sulfamidas)						R
Cualificación de 1 técnico de laboratorio de la sección para la realización de procedimientos de la unidad						R
FISICO – QUÍMICA						
Implantar el sistema de calidad en el área de fisico - química para 3 determinaciones en aguas (Nitratos, nitritos y amonio en aguas)						N R
Implantar el sistema de calidad en el área de fisico - química para el espectrofotómetro ultravioleta-visible 916						N R
Número Total de Planes de Acción : 31						

PLAN OPERATIVO 2003. MATRIZ DE RELACIONES: objetivos generales y de sección

Planes de Acción	Objetivos Generales					Cumplimiento
	1	2	3	4	5	
DIRECCIÓN						
Desarrollo orgánico y funcional de la nueva estructura						N R
Implantar dos procedimientos para el reconocimiento y la motivación de personal						N R
Evaluar costes de algunos parámetros para ser ofertados al exterior						N R
Diseño y definición de un plan de ahorro						2004
ADMINISTRACIÓN						
Revisión y mejora del sistema de archivo						R
Creación de una base de datos de seguimiento informativo						R
GARANTIA DE CALIDAD						
Diseñar una encuesta de clima laboral						2004
Diseñar y realizar una encuesta de satisfacción de clientes						R
Elaborar la carta de servicios del LRSP						R
Implantar un servicio telefónico de atención al cliente						R
MICROBIOLOGÍA CLÍNICA						
Realizar ofertas al Servicio de Epidemiología y a las Secciones de Epidemiología de la Áreas Sanitarias						R
Implantar nuevas técnicas diagnósticas en la unidad						R
Difusión de actividades y de la Información generada por la unidad						R
Elaboración y difusión de un volante de petición analítica						R
Inicio de la implantación de Sistema de Calidad en la unidad						R

Planes de Acción	Objetivos Generales					Cumplimiento
	1	2	3	4	5	
MICROBIOLOGIA DE ALIMENTOS Y AGUAS						
Implantación de la determinación de recuento de <i>Listeria monocytogenes</i> en alimentos						R
Implantación de la determinación de <i>Salmonella</i> spp por método rápido (VIDAS)						N R
Implantación de la determinación de Coliformes fecales y <i>Escherichia coli</i> , según directiva						R
Implantación de la determinación de <i>Legionella</i> en agua por PCR						N R
Ampliación del procedimiento de <i>Legionella</i> para confirmación de especie						R
SECCIÓN TÉCNICAS INSTRUMENTALES						
Elaborar estudios técnicos y costo / beneficio para la implantación de métodos rápidos en la sección de TI						R
Implantación de procedimiento de evaluación técnica de autorización de laboratorios						R
Asesorar para la implantación de los parámetros analíticos en la sección de TI						R
CROMATOGRAFÍA DE GASES						
Implantación del procedimiento para la determinación cuantitativa de tranquilizantes (Aperona y Azaperol)						R
Implantación del procedimiento para la determinación de hidrocarburos halogenados volátiles						R
CROMATOGRAFÍA DE LÍQUIDOS						
Implantación del procedimiento para la confirmación de tetraciclinas en riñón por HPLC-DAD						R
Implantación del procedimiento para la confirmación de hormonas en hígado y orina por HPLC-DAD						N R
Estudio y propuesta de adquisición de un equipo de HPLC/MS						2004
ABSORCIÓN ATÓMICA						
Implantación en sistema de calidad del procedimiento para la determinación de Hg en agua						R
Implantación en s. c. del procedimiento para la determinación de Pb y Cd en productos de la pesca						N R
FÍSICO - QUÍMICA						
Implantación del procedimiento para la determinación de amonio en aguas						R
Implantación del procedimiento para la determinación de sulfatos en aguas						R
Implantación del procedimiento para la determinación de fluoruros en aguas						R
Implantación del procedimiento para la determinación de cloro residual en aguas						N R
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES						
Elaboración de propuesta de definición de funciones						2004
Propuesta plan de formación						2004
Elaborar capítulos de riesgos microbiológicos y químicos del Manual de Seguridad						2004
Número Total de Planes de Acción : 37						

Grado de cumplimiento: R: Plan de Acción Realizado
N R: Plan de Acción No realizado
2003 / 2004: Plan de Acción pospuesto para el año indicado



***DEPARTAMENTO DE
CENTROS DEL
I.M.D.E.R.***

***PROYECTO:
"La Comunidad de
Madrid con el Deporte
Escolar"***

PROYECTO DEL INSTITUTO MADRILEÑO DEL DEPORTE, EL ESPARCIMIENTO Y LA RECREACIÓN (IMDER)



Competición escolar "Madrid 2012"

1.- PRESENTACIÓN

Quiénes somos

El Instituto Madrileño del Deporte, el Esparcimiento y la Recreación (IMDER) es el organismo autónomo, dependiente de la Consejería de Cultura y Deportes de la Comunidad de Madrid, que gestiona las instalaciones deportivas y de ocio de la Comunidad de Madrid.

El IMDER fue creado en junio de 1986. La Ley 15/1994 del Deporte de la Comunidad de Madrid, de 28 de diciembre, ratificó su actual personalidad jurídica y las funciones que le fueron asignadas cuando se creó.

Dentro de ese marco legal, las principales funciones que debe desarrollar el IMDER son:

La **gestión eficaz** de las instalaciones deportivas, de esparcimiento, ocio y recreación de la Comunidad de Madrid.

La **divulgación** de los medios que tienen dichas instalaciones y de las actividades lúdico-deportivas que se desarrollan en las mismas, así como el fomento y promoción del deporte en general.

La **organización directa** de cursos, conferencias, seminarios y congresos relacionados con el mundo del deporte y las actividades directamente vinculadas con él.

La **planificación, diseño, organización y celebración**, de forma independiente o en colaboración con terceros, de torneos, campeonatos, exhibiciones, encuentros y concentraciones deportivas.

Pero además, en tanto que Administración Pública madrileña, el IMDER debe ajustar su actuación a la política deportiva de la Comunidad de Madrid que se inspira en los siguientes principios rectores:

- a** La efectiva integración de la educación física y del deporte en el sistema educativo.
- b** El fomento, protección y regulación del asociacionismo deportivo.
- c** El respeto y protección del medio natural.
- d** La erradicación de la violencia en el deporte, el fomento del juego limpio, así como la lucha contra la utilización de métodos y fármacos prohibidos, drogas y estimulantes.
- e** El desarrollo de la investigación científica en el deporte.
- f** La protección del deportista, especialmente frente a las prácticas de riesgo y a la abusiva explotación de que pueda ser objeto.
- g** La promoción de la competición deportiva de rendimiento.
- h** La difusión de las actividades físicas y del deporte en todos los sectores de la población y, en particular, entre los más desfavorecidos.
- i** La promoción de las actividades físicas y del deporte entre los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales como forma de integración social y de terapia, facilitando las condiciones necesarias de acceso a las instalaciones deportivas para la práctica deportiva, así como las condiciones de acceso como espectadores a las mismas.
- j** La colaboración responsable entre las diversas Administraciones Públicas, y entre éstas y la organización deportiva privada.
- k** Facilitar el acceso de la mujer al deporte.
- l** Asegurar la existencia de una red de infraestructuras deportivas suficiente, atendiendo a su adecuada distribución y eficaz gestión con objeto de optimizar su aprovechamiento.

Nuestro compromiso

Difundir y promover la práctica del deporte y la actividad física entre todos los sectores de la población, incluyendo a las personas mayores y a las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial.

Facilitar el acceso de la mujer al deporte.

Favorecer el desarrollo del deporte escolar.

Apoyar el deporte madrileño de competición y alto rendimiento y promocionar la Comunidad de Madrid.

Desarrollar los objetivos anteriores a través de la organización y celebración de eventos, acontecimientos y actividades deportivas y de ocio en las instalaciones del IMDER.

Dar continuidad a los trabajos de mejora y progresiva modernización de las instalaciones deportivas y de ocio del IMDER y mantenerlas en óptimo estado de funcionamiento y utilización.

Mejorar la información al público sobre las instalaciones deportivas, cursos, actividades y acontecimientos deportivos que ofrece el IMDER o se que se realizan en sus instalaciones.

Indicadores de calidad

INDICADORES DEL NIVEL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

Seguir ofertando al público madrileño actividades e instalaciones deportivas y de ocio de calidad a precios sociales.

Número de actividades, eventos o acontecimientos deportivos , incluidos los dirigidos específicamente a personas con necesidades especiales, ofertados, organizados y/o celebrados en las instalaciones deportivas del IMDER.

Número de iniciativas adoptadas para facilitar el acceso de la mujer al deporte.

Niveles de ocupación de las actividades programadas y de las instalaciones deportivas y de ocio ofertados por el IMDER.

Número de colegios y participantes en las competiciones de deporte escolar organizadas por el IMDER y grado de satisfacción de los participantes.

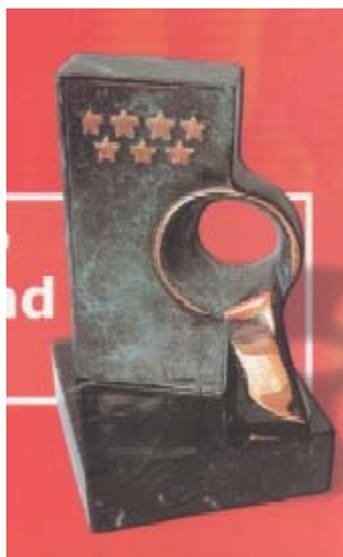
Número de acontecimientos deportivos de alto nivel celebrados en las instalaciones del IMDER y resultados obtenidos por los centros especializados de tecnificación deportiva creados.

Número de nuevas instalaciones deportivas y de ocio construidas y/o mejoradas y barreras arquitectónicas eliminadas.

Número y clasificación de las sugerencias y reclamaciones recibidas y resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción realizadas.

Campañas de divulgación realizadas al objeto de dar a conocer la oferta del IMDER a través de distintos medios, incluida la red de Internet.

Nos hemos comprometido a iniciar la adaptación del Modelo EFQM a la Comunidad de Madrid



El Gerente del IMDER ha efectuado las funciones de **liderazgo**, el cual ha participado activamente en todo el proceso de elaboración de normas, catálogos, página web, etc, Al mismo tiempo ha desarrollado la misión, la cultura, los valores y principios éticos como se puede ver en la presentación que hace del programa en el folleto informativo y en la web del Organismo (www.madrid.org/imder).

Ha estado en permanente contacto con el departamento de Centros del IMDER y con la Oficina Madrid 2.012.

“En esta tercera edición del programa de deporte escolar "Madrid 2012; la Comunidad de Madrid con el Deporte Escolar" intentamos, de nuevo, seguir mejorando el programa e incorporando las sugerencias de los Coordinadores Deportivos que participaron en la segunda edición y que son, sin duda, los que mejor conocen y aprecian nuestra competición.

Después de la experiencia del año pasado, seguimos apostando por la Escuela de Atletismo para facilitar el entrenamiento, en nuestras instalaciones o en las propias instalaciones de los Centros Educativos, de aquellos colegios que dispongan de menos medios para la práctica del Atletismo. También vamos a incorporar a esta edición la posibilidad de que los Centros que así lo soliciten entrenen a sus nadadores en el Centro de Natación Mundial 86.

En esta edición queremos celebrar también alguna de las jornadas deportivas dentro del horario escolar para facilitar la participación de un máximo número de Centros educativos en nuestro programa. Discutiremos con los Coordinadores Deportivos las fechas posibles dentro del primer semestre del año 2004.

Además, vamos a habilitar los medios necesarios para que en los momentos que los deportistas no estén participando en una prueba, en especial en la modalidad de atletismo, dispongan de la posibilidad de hacer deporte de equipo, si lo desean, en nuestras instalaciones deportivas con el fin de hacer más entretenidos los tiempos muertos. Queremos también invitar a deportistas de alto nivel a asistir a las jornadas de competición, para que los participantes los conozcan y puedan intercambiar impresiones con ellos.

Espero que con estos cambios sigan contribuyendo a que nuestra competición sea cada vez más atractiva para los chicos y chicas participantes y sus respectivos Centros Educativos. Sólo me queda, para terminar, desear muy buena suerte a todos.”

Juan Antonio Escudero Lobato
Gerente del Imder

Todo el personal de IMDER, desde el personal de la Gerencia, hasta el de las Instalaciones Deportivas donde se han desarrollado las competiciones han estado volcados durante toda la temporada para dar un excelente servicio a los colegios y la sociedad en general.

Se han llegado a importantes **alianzas** con diferentes instituciones, como por ejemplo las federaciones involucradas (natación, atletismo y gimnasia), con Madrid 2.012, con la Dirección General de Centros, con el Centro de Medicina Deportiva, etc. las cuales han prestado su total apoyo y medios para alcanzar los objetivos del programa. También se mantuvieron reuniones y acuerdos la Patronal de Centros Concertados Educación y Gestión de la Comunidad de Madrid.

Hemos implantado unos cuestionarios de **valoración** del Programa, cuyos resultados adjuntamos como ANEXO I

Hemos tenido una importante **repercusión** en la sociedad y en los participantes en el programa, prueba de ello es que los medios de comunicación han realizado un importante

seguimiento se han hecho diez reportajes en Telemadrid, También hemos hablado con otros medios de comunicación como AS o ABC para que colaboren con el Programa en su próxima edición. (Anexo II)

Hemos participado en los 55 Juegos Internacionales de la FISEC, reconocidos por el Comité Olímpico Internacional, obteniendo magníficos resultados como lo prueba el hecho de que se hayan obtenido una medalla de oro, una de plata y cuatro de bronce. (Anexo III). En estos campeonatos celebrados en Salamanca hubo gran seguimiento de los medios de Comunicación como TVE, AS, etc. y asistió a la ceremonia de Clausura la Ministra de Educación

También hemos obtenido importantísimos récords y medallas en los **Campeonatos de España y del Mundo**, tal y como se puede ver en el Anexo IV.

En el Anexo V adjuntamos los resultados y los récords del Programa.

Por último nos hemos comprometido a seguir el **modelo EFQM** de Excelencia adaptado a las Administraciones Públicas. (ANEXO VI)

Otra acción importante que hemos hecho ha sido crea el **Club “Madrid 2.012”**, por medio del cual hemos invitado a los colegios participantes a ver importantes espectáculos deportivos como por ejemplo partidos de la liga ACB, los Campeonatos de Europa de Natación, el torneo preolímpico de Voleibol, etc.

Un aspecto muy importante que nos gustaría destacar es que en este programa han podido participar y se han **integrado** por primera vez en muchos años, todos los **Centros** de Enseñanza Secundaria de la Comunidad de Madrid, incluidos los Centros Públicos, los Concertados y los Privados, en dos categorías correspondientes a los dos ciclos de la ESO, y por sexo masculino y femenino.

Hemos incitado a los diferentes coordinadores a que animen al **segmento de participación femenino**, con más fuerza si cabe, ya que el número de niñas que practican estos deportes son sin duda inferiores al masculino.

2.- INDICE.

1.- Presentación.....	2
2.- Índice.....	7
3.-Actividades.....	9
4.- Iniciativas de mejora.....	19
5.- Cuestionarios de valoración del Programa (ANEXO I).....	22
6.- Seguimiento en los medios de comunicación (ANEXO II).....	25
7.- Participación en Campeonatos Internacionales (ANEXO III).....	26
8.- Récords y medallas en los Campeonatos de España y del Mundo, (ANEXO IV)...	28
9.- Récords y resultados del Programa (ANEXO V).....	32
10.- Modelo de calidad a seguir en el próximo programa (ANEXO VI).....	60
11.- Video promocional del Programa (se adjunta)	
12.- Cd Rom promocional del Programa (se adjunta)	
13.- Folleto de divulgación del Programa (se adjunta)	

“MADRID 2012 - LA COMUNIDAD DE MADRID CON EL DEPORTE ESCOLAR”

CURSO 2002/2003

Diez características principales del programa

1

Pueden participar los Centros de Enseñanza Secundaria de la Comunidad de Madrid en dos categorías correspondientes a los dos ciclos de la ESO, y por sexo masculino y femenino.

2

Las modalidades deportivas de que consta el programa son Atletismo (incluido Campo a Través), Natación (incluido Waterpolo) y Gimnasia, pudiendo inscribirse cada centro escolar participante en aquellas modalidades deportivas que lo desee.

3

Todas las pruebas se celebran en instalaciones de la Comunidad de Madrid adscritas al IMDER: el Estadio Vallehermoso, el Centro de Natación M-86 y el Parque Deportivo Puerta de Hierro.

4

La asistencia técnica al programa, reglamentos de competición, jueces y supervisión del desarrollo de las pruebas son facilitados por las Federaciones Madrileñas de Atletismo, Natación y Gimnasia.

5

Cada Centro Educativo participante nombra a uno o varios Coordinadores Deportivos, que acompañan a los alumnos participantes en la competición y son los interlocutores con la Oficina Técnica organizadora. Los Coordinadores Deportivos reciben una compensación por la asistencia prestada al programa.

6

Las competiciones se celebran los sábados por la mañana, alternándose las diferentes modalidades deportivas. También, previa consulta con los coordinadores deportivos, se van a programar jornadas adicionales en horario escolar, durante el primer trimestre del año 2004. En cada modalidad se celebran jornadas clasificatorias y una jornada final.

7

La organización facilita, gratuitamente, el transporte de ida y vuelta desde los Centros de Enseñanza de origen hasta las instalaciones deportivas.

8

Todos los alumnos participantes reciben un regalo y aquellos que obtengan las mejores marcas en cada jornada obtienen medallas y equipación deportiva adicional.

9

Los centros ganadores tanto en pruebas clasificatorias como en las finales reciben una dotación económica destinada a equipamientos deportivos y trofeos.

10

Se pone a disposición de los colegios inscritos una escuela de atletismo con un equipo de monitores y entrenadores al objeto de mejorar la preparación y participación de los centros que lo soliciten. También se facilita la utilización de la piscina del Centro de Natación Mundial 86 para el entrenamiento de los nadadores participantes interesados.

1.- ACTIVIDADES

La Resolución n.º 5 de 2000 de la Asamblea de Madrid instó a la Comunidad de Madrid a *“la implantación del Programa Madrid 2012 en los Colegios de la Comunidad, consistente en la organización de un campeonato de deportes con los colegios de la Comunidad de Madrid para promocionar la candidatura olímpica de Madrid de dicho año a través del deporte infantil”*.

Para dar cumplimiento a lo establecido en dicha resolución, el Instituto Madrileño del Deporte, el Esparcimiento y la Recreación, IMDER, de la Consejería de Educación organizó este programa por primera vez durante el curso 2001/2002.

En la presente edición del programa se alcanzaron los siguientes objetivos:

1) – Los centros de enseñanza secundaria de la Comunidad de Madrid se sumaron a la candidatura olímpica de Madrid a través de una actividad de promoción de los deportes olímpicos más importantes, el atletismo, la natación y la gimnasia organizada por la Comunidad en sus propias instalaciones.

2) – La Comunidad de Madrid apoyó a los centros de educación secundaria de la Región en la promoción del deporte escolar de base ayudando a fomentar, al propio tiempo, entre los jóvenes madrileños los valores de solidaridad, participación, competición y juego limpio, dentro de un programa de ámbito regional.

3) – Se consolidó el programa y aumentó la participación en el mismo pasando de 5.154 escolares y 97 centros educativos en la edición 2002/2003 a 9.296 escolares y 111 centros educativos en la presente edición.

Contribuyó a este aumento el mayor conocimiento entre los centros educativos del programa y las mejoras introducidas en el mismo a fin de fomentar la participación.

Organización

El Programa se dio a conocer a todos los Centros Educativos de la Comunidad Autónoma de Madrid a través de las Direcciones Territoriales de Área durante el mes de Octubre de 2002.

La competición se estructuró en 16 jornadas deportivas que empezaron a celebrarse a partir del 23 de noviembre de 2002 y finalizaron el 10 de mayo de 2003, alternándose en cada jornada las pruebas a celebrar en las instalaciones deportivas del IMDER (Estadio

Vallehermoso, Parque Deportivo Puerta de Hierro y Centro de Natación Mundial 86), sedes respectivas de las disciplinas de atletismo y gimnasia deportiva, campo a través, natación y waterpolo.

Las disciplinas deportivas escogidas fueron seleccionadas en razón a su directa relación con los deportes olímpicos: el atletismo, la natación y la gimnasia deportiva, diferenciándose dentro de ellas las pruebas de campo a través y waterpolo.

Las federaciones madrileñas de Atletismo, Natación y Gimnasia se encargaron de la parte técnica de la competición aportando los jueces y árbitros en cada jornada. En concreto, asistieron un total de 230 jueces, distribuidos de la siguiente manera: 119 en atletismo, 30 en campo a través, 67 en natación, 4 en waterpolo y 10 en gimnasia deportiva .

Centros Educativos inscritos

Los Colegios participaron a través de los equipos que se presentaron en las distintas pruebas deportivas organizados por edades (categoría A, nacidos en 1987/1988 y categoría B nacidos en 1989/1990) y por sexo masculino y femenino. Se inscribieron un total de 111 Centros Educativos (la lista de Centros figura en anexo I) pertenecientes a todas las zonas de la Comunidad de Madrid con la siguiente distribución:

- Madrid Capital: 57
- Norte: 5
- Sur: 30
- Este:..... 4
- Oeste:..... 15

El 18 de noviembre de 2002 fue presentado el programa a los medios informativos mediante nota informativa de prensa.

Participación

Los alumnos inscritos fueron 9.296, correspondientes a los dos ciclos educativos de la ESO, con la siguiente distribución según las distintas disciplinas deportivas:

<u>Modalidad</u>	<u>Centros Educativos</u>	<u>Participantes</u>
- Atletismo	90	4.242
- Campo a través	68	2.676
- Gimnasia Deportiva	38	570
- Natación	48	1.476
- Waterpolo	15	330

Siendo uno de los objetivos del programa el de fomentar la participación en la práctica deportiva, los colegios pudieron presentar equipos en varias jornadas clasificatorias, alcanzando las finales los equipos mejor clasificados así como las mejores marcas individuales de los colegios que no llegaron a las finales.

Desarrollo de la competición

La competición se desarrolló de la siguiente manera:

Atletismo

El Estadio Vallehermoso fue la sede de las cuatro jornadas clasificatorias y la final de atletismo que se celebraron los días 23 de noviembre de 2002, 11 de enero, 8 de marzo, 5 de abril y 10 de mayo de 2003, con una media de 500 niños y 40 colegios por jornada. Destacó el día de la inauguración en el que compitieron 929 deportistas pertenecientes a 60 centros educativos e intervinieron 33 jueces convirtiéndose así en la jornada récord de participación en pruebas de atletismo de promoción del deporte escolar.

Se clasificaron para la jornada final los 8 centros de enseñanza con mejor puntuación así como las dos mejores marcas individuales de cada prueba y grupo del conjunto de las jornadas clasificatorias y compitieron 314 participantes.

Conformaron las pruebas de atletismo el salto de altura, el salto de longitud, lanzamiento de peso, velocidad (60 mts.), y fondo (500 y 600 mts.).

Los resultados de las jornadas clasificatorias pueden consultarse en la página web de internet www.atletismomadrid.com



Campo a través

El Parque Deportivo Puerta de Hierro acogió las jornadas de campo a través con un total de dos jornadas clasificatorias y una final que se celebraron los días 14 de diciembre de 2002, 25 de enero y 22 de febrero 2003, respectivamente. Las pruebas de campo a través contaron con la participación de una media de 300 corredores y 25 colegios por jornada.

En la final compitieron 339 deportistas pertenecientes a los centros clasificados en las dos jornadas clasificatorias así como las mejores marcas individuales por categoría y sexo que no fuesen alumnos de dichos centros.

La categoría A masculina corrió una distancia de 2.000 metros, mientras que la femenina lo hizo en 1.500 metros al igual que la categoría B masculina. La distancia determinada para la categoría B femenina fue de 1.000 metros.

Los resultados de las jornadas clasificatorias pueden consultarse en la página web de internet www.atletismomadrid.com



Natación

El Centro de Natación Mundial-86 acogió las tres jornadas clasificatorias y la final de natación que se celebraron los días 30 de noviembre, de 2002, 18 de enero, 15 de febrero y 29 de marzo de 2003, con una media de 400 participantes y 22 colegios por jornada.

Para la final se clasificaron los ocho centros deportivos que alcanzaron mayor puntuación y las dos mejores marcas por categoría, prueba y sexo.

Las pruebas disputadas fueron los 50 metros braza, espalda y crol. En la final la prueba de relevos de 4x50 metros estilos.

Los resultados de las jornadas clasificatorias pueden consultarse en la página web de internet www.fmn.es



Waterpolo

La sede de la competición fue el Centro de Natación Mundial-86. Participaron 10 centros educativos durante las dos jornadas que se celebraron los días 1 de febrero y 29 de marzo de 2003.

Los resultados de las jornadas clasificatorias pueden consultarse en la página web de internet www.fmn.es



Gimnasia deportiva

La sede de la competición fue el Estadio Vallehermoso. Participaron 20 centros educativos durante las dos jornadas que se celebraron los días 1 de marzo y 14 de abril de 2003.

Conformaron las pruebas de gimnasia: suelo y salto



Premios

Las jornadas clasificatorias estuvieron dotadas con premios para los centros educativos en equipamiento deportivo por valor de 120€ para el primero, 100€ para el segundo y 80€ para el tercero por cada categoría, sexo y por grupos en la modalidad de atletismo.

En las jornadas finales los Centros Educativos vencedores por categoría, sexo y por grupos en la modalidad de atletismo recibieron 600€ para equipamientos deportivos, los segundos 300€ y los terceros 150€.

Transporte

La organización facilitó el transporte desde los centros de enseñanza a la sede de la competición y de ésta a su lugar de origen a los centros que lo solicitaron. En total se requirió el servicio de 159 autocares que se utilizaron en las 16 jornadas deportivas.

Reconocimientos médico-deportivos

El Centro de Medicina Deportiva de la Comunidad de Madrid efectuó reconocimientos medico-deportivos a los participantes en las jornadas de atletismo y natación celebradas en el Centro de Natación M-86 los días 30 de noviembre, 18 de enero y 15 de febrero y en el Estadio Vallehermoso los días 11 de enero y 5 de abril respectivamente.

Se realizaron las siguientes pruebas que se facilitaban mediante informe:

- Historia clínica mediante cuestionario
- Valoración del apoyo plantar en podoscopio
- Valoración de la composición corporal y somatotipo
- Estudio de la fuerza isométrica
- Informe por escrito

Se ofreció a aquellos deportistas que no pudieron realizar las pruebas en los días de competición la posibilidad de pedir, a través de sus respectivos entrenadores, una cita posterior con el Centro de Medicina Deportiva de la Comunidad. A aquellos participantes que hicieron uso de esa posibilidad, se les sometió a las siguientes pruebas:

- Historia clínica mediante cuestionario
- Valoración del apoyo plantar en podoscopio
- Valoración podoestabilométrica
- Determinación de parámetros sanguíneos
- Estudio de la “detente vertical” y porcentaje de fibras musculares rápidas
- Valoración de la composición corporal y somatotipo
- Estudio de la fuerza isométrica
- Informe por escrito

El Centro de Medicina Deportiva remitió los informes realizados directamente a los propios participantes.

Estas pruebas se encuadran en la fase I del programa de detección de talentos deportivos de la Comunidad de Madrid.

COLEGIOS INSCRITOS

NOMBRE	zona	tipo
COLEGIO APOSTOL SANTIAGO	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO ASUNCIÓN CUESTABLANCA	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO AZORIN	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO BALDER	MADRID OESTE	PRIVADO
COLEGIO BASE	MADRID NORTE	PRIVADO
COLEGIO BIENAVENTURADA VIRGEN MARIA	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO BRAINS	MADRID NORTE	PRIVADO
COLEGIO BRITISH COUNCIL SCHOOL	MADRID OESTE	PRIVADO
COLEGIO CASTILLA	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO DIVINA PASTORA	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO DIVINO MAESTRO	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO EL AVE MARIA	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO EL SALVADOR	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO EL VALLE	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO ESTILO	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO EUROPEO ARISTOS	MADRID SUR	PRIVADO
COLEGIO EVEREST	MADRID OESTE	PRIVADO
COLEGIO FEM ****	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO FUNDACIÓN SAN BERNARDO	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO GREDOS SAN DIEGO I	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO GREDOS SAN DIEGO II	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO INFANTA MARÍA TERESA	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO INTERNACIONAL SEK - CASTILLO	MADRID OESTE	PRIVADO
COLEGIO JESÚS MAESTRO	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO JOYFE	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO LA INMACULADA CONCEPCIÓN	MADRID OESTE	CONCERTADO
COLEGIO LA INMACULADA ESCOLAPIOS	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO LA PURÍSIMA	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO LA SALLE	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO LICEO SCIENTIFICO ITALIANO ENRICO FERMI	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO LOPE DE VEGA	MADRID ESTE	CONCERTADO
COLEGIO LOS ANGELES	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO LOS OLMOS	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO LOS TILOS	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO MANUEL BARTOLOMÉ COSSIO	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO MARÍA INMACULADA-GRAL.MTNEZ.	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO MARÍA INMACULADA-MOGAMBO	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO MARÍA REINA	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO MARISTAS CHAMBERI	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO MATER INMACULATA	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO MENOR NUESTRA SEÑORA DE LORETO	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO MIRABAL	MADRID OESTE	PRIVADO
COLEGIO NILE	MADRID SUR	CONCERTADO

COLEGIOS INSCRITOS

NOMBRE	zona	tipo
COLEGIO NUESTRA DE LAS DELICIAS	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LORETO	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO RAMON Y CAJAL	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO RETAMAR	MADRID OESTE	PRIVADO
COLEGIO SAGRADA FAMILIA - ARANJUEZ	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO SAGRADA FAMILIA - MADRID	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO SAGRADA FAMILIA - PINTO	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO SAGRADO CORAZÓN DE JESUS-ESCLAVAS	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO SAN ALFONSO	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO SAN GABRIEL	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO SAN JOSÉ - FRANCISCO LAGUNA	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO SAN JOSÉ-SAFA	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO SAN VIATOR	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO SANTA JOAQUINA DE VEDRUNA	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO SANTA MARIA DE LOS ROSALES	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO SANTA MARIA DEL YERMO	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO SANTO ANGEL- MORATALAZ	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO SCUOLA MEDIA ITALIANA	MADRID CAPITAL	PRIVADO
COLEGIO SENARA	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO TAJAMAR	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO TORRENTE BALLESTER ****	MADRID SUR	PRIVADO
COLEGIO TRES OLIVOS	MADRID CAPITAL	CONCERTADO
COLEGIO TRINITY COLLEGE	MADRID OESTE	PRIVADO
COLEGIO VILLA DE GRIÑÓN	MADRID SUR	PRIVADO
COLEGIO VILLA DE MÓSTOLES	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO VILLAEUROPA S.C.L.	MADRID SUR	CONCERTADO
COLEGIO VIRGEN DE EUROPA	MADRID OESTE	PRIVADO
I.E.S. ÁGORA	MADRID NORTE	PÚBLICO
I.E.S. ALPAJÉS	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. ATENEA	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. EUROPA ****	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. JUAN DE VILLANUEVA	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. SANTA TERESA	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. ALKAL'A NAHAR	MADRID ESTE	PÚBLICO
I.E.S. ALPEDRETE	MADRID OESTE	PÚBLICO
I.E.S. CAÑADA REAL	MADRID OESTE	PÚBLICO
I.E.S. CARDENAL HERRERA ORIA	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. CARMEN MARTÍN GAITE	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. CIUDAD DE JAÉN	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. DIONISIO AGUADO	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. DOLORES IBARRURI	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. DOMÉNICO SCARLATI	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. EL CAÑAVERAL	MADRID SUR	PÚBLICO

COLEGIOS INSCRITOS

NOMBRE	zona	tipo
I.E.S. FELIPE TRIGO	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. FORTUNY	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. JOAQUÍN TURINA	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. JOSÉ HIERRO ****	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. JOSE LUIS LÓPEZ ARANGUREN	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. JUAN DE LA CIERVA	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. LA GAVIOTA ****	MADRID ESTE	PÚBLICO
I.E.S. LAS ENCINAS	MADRID OESTE	PÚBLICO
I.E.S. LEONARDO DA VINCI	MADRID OESTE	PÚBLICO
I.E.S. MARIA GUERRERO	MADRID OESTE	PÚBLICO
I.E.S. MARÍA ZAMBRANO	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. MARQUÉS DE SANTILLANA	MADRID NORTE	PÚBLICO
I.E.S. MIRASIERRA	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. NUMERO 5 - S.SEBASTIÁN REYES	MADRID NORTE	PÚBLICO
I.E.S. NÚMERO 5-MAJADAHONDA	MADRID OESTE	PÚBLICO
I.E.S. PRIMERO DE MAYO ****	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. RAMIRO DE MAEZTU	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. SALVADOR DALÍ ****	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. SANTAMARCA	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. SENDA GALIANA	MADRID ESTE	PÚBLICO
I.E.S. UTOPIA	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. VICENTE ALEXANDRE	MADRID SUR	PÚBLICO
I.E.S. VILLA DE VALLECAS	MADRID CAPITAL	PÚBLICO
I.E.S. VALLECAS MAGERIT	MADRID CAPITAL	PÚBLICO

2.- INICIATIVAS DE MEJORA

En esta segunda edición del programa de deporte escolar curso 2002/2003 se pretendió afianzar el programa y mejorarlo, basados en la experiencia obtenida el año anterior y las opiniones recogidas entre los Coordinadores Deportivos que participaron en la primera edición, sin cuya contribución esta competición no sería posible.

En primer lugar, se introdujo la modalidad de gimnasia deportiva entre los deportes del programa completando así la terna de los deportes olímpicos más importantes.

Al objeto de fomentar la participación y la igualdad de oportunidades entre todos los centros educativos, se instituyeron durante la temporada 2002/2003 diversas novedades:

a) Ofrecer un recuerdo a todos los participantes independientemente de la clasificación obtenida.

b) Dividir la competición de atletismo en dos grupos de manera a ofrecer más posibilidades de premios a los Centros Educativos.

c) Creación de una escuela de atletismo a disposición de aquellos centros de enseñanza que quisieran prepararse mejor antes de la competición con un grupo de monitores y entrenadores especializados.

También se consolidaron las categorías: La A corresponde a los nacidos en 1987/88 y la B a los nacidos en 1989/90. Por tanto, vienen a coincidir con los ciclos de la ESO.

En este Proyecto piloto participaron tres profesores en el Estadio Vallehermoso que desde el inicio de la escuela entrenaron a un total de 460 niños y un total de 1.181 horas desglosadas de la siguiente manera:

MES	HORAS
ENERO	233
FEBRERO	240
MARZO	240
ABRIL	240
MAYO	228
TOTAL: 5 MESES	TOTAL: 1181 HORAS

Los siguientes Centros Educativos asistieron a la escuela en el Estadio Vallehermoso de lunes a viernes entre las 17,00 y las 20,30 horas.

Colegios	Número de alumnos
Azorín	48
Estilo	38
Scientífico italiano	38
Santa María del Yermo	48
Divina Pastora	38
Mirabal (Boadilla del Monte)	48
La Purísima	48
Jesús Maestro	48
TOTAL: 8	TOTAL: 354

Los profesores impartieron clases también en el Centro de competiciones de Móstoles entre las 17,00 y las 20,30 de lunes a viernes a los siguientes Centros Educativos de la localidad que alcanzaron un total de 26 horas.

Colegios	Número de alumnos
Villa de Móstoles	48
El Cañaveral (Móstoles)	58
TOTAL: 2	TOTAL: 106

Además, un monitor entrenó a los alumnos del colegio Senara en su centro educativo sito en el municipio de Madrid capital.

ANEXO I

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL PROGRAMA “MADRID 2012, LA COMUNIDAD DE MADRID CON EL DEPORTE ESCOLAR”

RESULTADOS AÑO 2002 / 2003

Se han recibido 49 cuestionarios, apreciándose los siguientes resultados:

1. ORGANIZACIÓN (de 0 a 25)

- Valoración media: 20 puntos

Cuestiones:

- ¿Considera adecuado el sistema de premios establecido para los colegios y los deportistas? En caso negativo, indique las razones de ello.
 - El sistema de premios es adecuado.
 - Propuestas:
 - Incremento del material deportivo en la tienda.
 - Variación en los premios a lo largo de todas las jornadas.
 - Premios para todos los participantes en las jornadas finales.
- Por favor, indique qué aspectos de la organización son, en su opinión, susceptibles de mejora:
 - Puntualidad en la recogida por parte de los autocares.
 - La entrega de dorsales el día de la prueba.
 - Reducción del número de jornadas.
 - Hacer una final aparte para los centros de menor nivel.
 - Puntualidad en la hora de comienzo de las pruebas.
 - Adelantar los resultados de atletismo.
 - Acortar los tiempos muertos entre la actuación de los participantes.
 - Aligerar las pruebas de natación.
 - Conocimiento de los tiempos del programa por parte de los jueces de campo a través.
 - Mejorar la megafonía del Mundial'86.
 - Mayor atención a los discapacitados.
 - Más reuniones con la organización del programa.
 - Reducción de la duración de las jornadas.
 - Rutas de autocares no superiores a una hora.

2. ACTIVIDAD (de 0 a 25)

- Valoración media: 16 puntos

Cuestiones:

- ¿Considera adecuadas las disciplinas deportivas elegidas para el desarrollo del programa de actividades? En caso negativo indique las disciplinas deportivas que considera más oportunas.
 - Consideran que son adecuadas.
 - Propuestas:
 - Celebrar dos jornadas en pista cubierta y tres al aire libre.
 - Incluir deportes de equipo tales como badminton, baloncesto, fútbol ...
- Por favor, indique cuales son los aspectos del programa de actividades deportivas que más le hayan gustado y aquellos que, en su opinión, sean susceptibles de mejora.
 - El desarrollo del programa ha sido excelente.
 - Dan un gran valor a la Escuela de Atletismo.
 - Propuestas:
 - Mejorar los circuitos de campo a través.
 - Considerar que el tercer clasificado, con la tercera mejor marca, vaya a la final.
 - Fomentar la natación y el waterpolo en los centros educativos.
 - Mejorar las instalaciones donde se celebra la gimnasia.
 - Acortar las esperas de los participantes no ganadores para abandonar la instalación y regresar al centro educativo.
 - Reducir los tiempos de espera entre las diferentes pruebas de natación.
 - Acortar el tiempo de duración de las jornadas.
 - Acumular las puntuaciones parciales para clasificarse para la final.

3. PARTICIPACIÓN (de 0 a 10)

- Valoración media: 8 puntos

Cuestiones:

- ¿Considera el sistema de competición clasificatorio elegido el más adecuado para fomentar la participación en cada una de las jornadas organizadas? En caso negativo indique otro sistema.
 - Es el más acertado y justo.
 - Clasificar más participantes para la final.

- Sí, aunque han de esperar toda la mañana para competir 20' en algunas disciplinas.
- Participación del centro educativo desde el comienzo de la competición.
- Propuestas de mejora del programa:
 - Salir en televisión.
 - Establecer avituallamientos.
 - Sistema de premios más variado.
 - Más animación en pista.
 - Incluir deportes de equipo.
 - Celebrar alguna jornada en horario lectivo.
 - Televisar las finales completas.
 - No mezclar los alumnos federados con los que no lo están.

4. INFORMACIÓN

Cuestiones:

- ¿Cómo se enteró de la existencia de la competición?
 - Recibieron nuestra información por correo.
 - Por otros centros educativos.
- Por favor, indique qué medios de información serían, en su opinión, los más adecuados para dar a promocionar el programa.
 - Radio – televisión – prensa – correo electrónico - fax

ANEXO II

SEGUIMIENTO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La competición MADRID 2012 fue cubierta por el programa de Telemadrid “En acción” en las siguientes fechas:

- 1) Domingo 01.12.02
1ª jornada de atletismo celebrada el sábado 23.11.02
- 2) Domingo 19.01.03
2ª jornada de atletismo celebrada el sábado 11.01.03
- 3) Domingo 02.02.03
2ª jornada de natación celebrada el sábado 18.01.03
- 4) Domingo 16.02.03
2ª jornada de campo a través celebrada el 25.01.03
- 5) Domingo 22.03.03
3ª jornada de atletismo celebrada el 08.03.03
- 6) Domingo 06.04.03
Jornada final de natación celebrada el 29.03.03
- 7) Domingo 20.04.03
Jornada final de waterpolo celebrada el 29.03.03
- 8) Domingo 18.05.03
4ª jornada de atletismo 05.04.03
- 9) Domingo 15.06.03
2ª jornada de gimnasia celebrada el 26.04.03
- 10) Domingo 06.07.03
Final atletismo celebrada el 10.05.03

ANEXO III

RESULTADOS DE LA FISEC

55 JUEGOS INTERNACIONALES FISEC (Salamanca-Julio 2003)

El IMDER fue invitado a participar en los 55 Juegos Internacionales de la FISEC que el pasado año se celebraron en Salamanca. La FISEC es una federación internacional de deporte escolar que agrupa a países de la Unión Europea, América y Asia. Fue fundada en 1947 y desde 1995 está reconocida en el seno del Comité Olímpico Internacional. Entre sus objetivos se encuentra la promoción de la educación física y deportiva y facilitar los intercambios y encuentros entre los jóvenes escolares.

Atletismo: Una medalla de oro, una de plata y cuatro de bronce.



MEDALLA	PRUEBA	COLEGIO	ATLETA	AÑO	MARCA
Oro	Longitud	Retamar (Pozuelo Alarcón)	Ignacio García Errandonea	1986*	6.49 m
Plata	EQUIPO	Retamar (Pozuelo Alarcón)			
Bronce	400 M	Retamar (Pozuelo Alarcón)	Ignacio García Errandonea	1986*	53.88 s
Bronce	1500 M	Base (Alcobendas)	Marta García Daniel	1988	4.58.03 s
Bronce	100 M	Base (Alcobendas)	Marta Sáinz Vela	1988	15.60 s
Bronce	Longitud	Base (Alcobendas)	Lourdes del Cerro	1987	5.20 m

Natación: Una medalla de plata y dos de bronce

MEDALLA	PRUEBA	COLEGIO	NADADOR	AÑO	MARCA
Plata	200 M Mariposa	Mirabal (Boadilla del Monte)	Javier Lavín de los Llanos	1987	2,16,33
Bronce	50 M Mariposa	Mirabal	Javier Lavín de los Llanos	1987	27,94
Bronce	100 M Mariposa	Mirabal	Javier Lavín de los Llanos	1987	1,01,43

B) Repercusión en los medios

Amplio seguimiento en televisión, radio y prensa escrita

ANEXO IV

RÉCORDS DEL CAMPEONATO DE ESPAÑA Y DEL MUNDO

MEDALLISTAS EN CAMPEONATOS DE ESPAÑA DE ATLETISMO

CATEGORÍA A FEMENINA

PRUEBA	COLEGIO	ATLETA	MARCA
60 M	Santa María de los Rosales (Madrid)	Cristina Garzón Quero	7" 8
60 M	Santa María de los Rosales (Madrid)	Cristina Garzón Quero	8"63 ORO San Sebastián 2004
Longitud	Base (Alcobendas)	Mar Muñoz	5,26
Pruebas combinadas	Base (Alcobendas)	Marta Sáinz	BRONCE San Sebastián 2004
600 M	Sagrada Familia (Pinto)	Noelia Pacheco González	1.36.12 BRONCE Valencia 2004

CATEGORÍA B FEMENINA

60 M	IES Leonardo da Vinci (Majadahonda)	Patricia San Martín Sánchez	7" 7
Longitud	Base (Alcobendas)	Mar Muñoz Catalina	5,02

CATEGORÍA A MASCULINA

600 M	Lope de Vega (Alcalá Henares)	Sergio Herance	1.21.5
1500 M	Lope de Vega (Alcalá Henares)	Sergio Herance	4.09.31 PLATA San Sebastián 2004
Longitud	IES Ágora (Alcobendas)	Samuel Aguilera Sanza	6,20
Longitud	IES Ágora (Alcobendas)	Samuel Aguilera Sanza	6.92 PLATA San Sebastián 2004
Triple Salto	IES Ágora (Alcobendas)	Samuel Aguilera Sanza	13.87 BRONCE San Sebastián 2004
Peso	Tajamar (Madrid)	Eduardo Castillejo Fernández	13,71
300 M	IES Dionisio Aguado (Fuenlabrada)	Francisco García Mazuecos	37" 46 PLATA Valencia, 2004
Pruebas combinadas	Base (Alcobendas)	Jorge Rubio	CAMPEÓN DE ESPAÑA CADETE

CATEGORÍA B MASCULINA

Peso	Tajamar (Madrid)	Eduardo Castillejo	12,98
------	------------------	--------------------	-------

MEDALLISTAS EN CAMPEONATOS DE ESPAÑA DE NATACIÓN*

CATEGORÍA A FEMENINA

50 Braza	IES Ortega y Gasset	Gemma Pineda	CAMPEONA
100 Braza	IES Ortega y Gasset	Gemma Pineda	CAMPEONA
200 Braza	IES Ortega y Gasset	Gemma Pineda	CAMPEONA
200 Mariposa	IES Ortega y Gasset	Sonia Anastasio	CAMPEONA
100 Mariposa	IES Ortega y Gasset	Sonia Anastasio	SUBCAMPEONA
100 Libres	IES Ortega y Gasset	Sonia Anastasio	SUBCAMPEONA
200 Estilos	IES Ortega y Gasset	María Barba	CAMPEONA
400 Estilos	IES Ortega y Gasset	María Barba	SUBCAMPEONA
100 Libres	IES Ortega y Gasset	María Barba	TERCERA
50 Braza	IES Ortega y Gasset	Esther Pineda	SUBCAMPEONA
100 Braza	IES Ortega y Gasset	Esther Pineda	SUBCAMPEONA
200 Braza	IES Ortega y Gasset	Esther Pineda	SUBCAMPEONA
100 Estilos	IES Ortega y Gasset	Esther Pineda	SUBCAMPEONA
100 Braza	IES Ortega y Gasset	Iris Núñez	CAMPEONA
50 Braza	Gredos San Diego Moratalaz	Iris Núñez	SUBCAMPEONA
200 Braza	Gredos San Diego San Moratalaz	Iris Núñez	SUBCAMPEONA
400 Estilos	Gredos San Diego Moratalaz	Iris Núñez	SUBCAMPEONA

Gemma Pineda y Sonia Anastasio han sido seleccionadas para asistir con el equipo nacional al Encuentro de Oporto con vistas a la selección que participará en el campeonato de Europa.

- **Resultados del campeonato de España de invierno junior 2004**

**MEDALLISTAS EN CAMPEONATOS DEL MUNDO ESCOLAR EN CAMPO A TRAVÉS
(Estambul 2003)**

Clasificadas Marta Borrajo, Marta García, Marta Sáinz e Irene Martínez del colegio Base de Alcobendas para el Mundial Escolar de Cross que se celebró en Lyon (Francia) donde obtuvieron el 7º puesto general y 2º equipo europeo.

Clasificado el colegio Base de Alcobendas para el Campeonato de pista al aire en Milán con motivo del Año Europeo de la educación a través del deporte.

CATEGORÍA A FEMENINA

PRUEBA	COLEGIO	ATLETA	MARCA
1.500 M	Base (Alcobendas)	Marta García	4, 54,00 MEDALLA DE PLATA

ANEXO V

RESULTADOS

DEPORTISTAS MÁS DESTACADOS

1. RÉCORDS DEL IMDER

PROGRAMA "MADRID 2012-DEPORTE ESCOLAR"

- Se ha batido el récord de participación en Pruebas en Pista, con 1.041 actuaciones, en la 2ª. Jornada de Atletismo de la III Edición de la competición escolar "Madrid 2012", organizada por el IMDER, celebrada el día 24 de enero de 2004 en el Estadio Vallehermoso.

- Se ha batido el récord de España en Pruebas en Pista celebradas en España y en todas las jornadas celebradas se han ido mejorando las marcas.

II EDICIÓN MADRID 2012-DEPORTE ESCOLAR

ATLETISMO MASCULINO

PRUEBAS	COLEGIO	ATLETA	CATEGORÍAS	MARCA
60 M	Retamar (Pozuelo Alarcón)	Jaime García Hoz	A	7"
60 M	IES Ágora (Alcobendas)	Eduardo Sánchez Ferrezuelo	A	7"
60 M	Retamar (Pozuelo de Alarcón)	Guillermo Fernández Daza	A	7"
600 M	Lope de Vega (Alcalá de Henares)	Sergio Herance	A	1, 21,05
Altura	Maristas Chamberí (Madrid)	Manuel Blanco López	A	1,75
Longitud	Ágora (Alcobendas)	Samuel Aguilera Sanza	A	6,20
Peso	Tajamar (Madrid)	Eduardo Castillejo Fernández	A	13,71
60 M	Retamar (Pozuelo Alarcón)	Pablo Rodríguez Fraile	B	7,5
60 M	IES Ágora (Alcobendas)	Oliver de las Heras	B	7,5
500 M	Dionisio Aguado (Fuenlabrada)	Francisco García	B	1,13,18
Altura	San Vicente (Madrid)	Julián Ortiz Merino	B	1,64
Longitud	Base (Alcobendas)	Adrián González Martín	B	5,33

Disco	Retamar (PozueloAlarcón)	Alejandro López	B	25,40
-------	-----------------------------	-----------------	---	-------

ATLETISMO FEMENINO

PRUEBAS	COLEGIO	ATLETA	CATEGORÍA	MARCA
60 M	Sta. M ^a .Rosales (Madrid)	Cristina Garzón Quero	A	7,8
600 M	Base (Alcobendas)	Irene Martínez Loro	A	1,42,50
Altura	Base (Alcobendas)	Marta de Benito Moreno	A	1,56
Longitud	Base (Alcobendas)	Lourdes del Cerro Díaz-Jiménez	A	5,12
Peso	Base (Alcobendas)	María de Luis Marcos	A	10,22
60 M	Leonardo da Vinci (Majadahonda)	Patricia San Martín Sánchez	B	7,7
500 M	Leonardo da Vinci (Majadahonda)	Patricia San Martín Sánchez	B	1,17,05
Altura	Base (Alcobendas)	Marta Borrajo Sánchez	B	1,54
Longitud	Base (Alcobendas)	Mar Muñoz Catalina	B	5,02
Disco	Marqués de Santillana (Colmenar Viejo)	Lorena Martín	B	22,56
Peso	Marqués de Santillana (Colmenar Viejo)	Lorena Martín	B	10,12

CAMPO A TRAVÉS MASCULINO

PRUEBAS	COLEGIO	ATLETA	CATEGORÍAS	MARCA
2000 M	IES Dionisio Aguado (Fuenlabrada)	Mohamed Berradi	A	6,55
	Menor Ntra Sra de Loreto (Madrid)	Antonio Romero Ruiz	A	7,06
	Base (Alcobendas)	Mikel Ortega Peciña	A	7,07
	IES Alpedrete	Miguel Ángel Pérez Perfeito	A	7,08

	Bienaventurada Virgen María	Miguel Ángel Asperilla Moro	A	7,15
	Retamar	Roberto Palomo Viejo	A	7,19
	La Purísima	José Luis García Gil Muñoz	A	7,21
	IES Alpedrete	Juan Carlos Rubio Fariñas	A	7,21
	La Inmaculada Escolapios (Getafe)	David Castro Alejo	A	7,23
1500	Asunción Cuestablanca	Víctor Corrales Vaquero	B	4,53
	IES Dionisio Aguado (Fuenlabrada)	Francisco García Mazuecos	B	4,53
	Asunción Cuestablanca (Madrid)	José Bueno Sastre	B	4,54
	Retamar	Fernando Lapuente Suanzes	B	5,00
	La Inmaculada Escolapios (Getafe)	Rubén Solana González	B	5,03
	Retamar	Alberto López Martín	B	5,04
	Retamar	Íñigo Moreno de Cala Correa	B	5,05
	La Inmaculada Escolapios (Getafe)	Adrián Román Escribano	B	5,09
	La Inmaculada Escolapios (Getafe)	Aitor Baltar Bustos	B	5,13

CAMPO A TRAVÉS FEMENINO

PRUEBAS	COLEGIO	ATLETAS	CATEGORÍAS	MARCAS
1500 M	Base	Marta García Gabriel	A	5,30
	Senara	Laura Muñoz Caballero	A	5,37
	Base	Marina Reyes Burgos	A	5,41
	Villaeuropa	Celia Cuevas Simón	A	5,43
	IES Marqués de Santillana	Mercedes del Castillo	A	5,50
	Bienaventurada V. María	Cristina Buiza Martínez	A	5,55

	IES Marqués de Santillana	Elena de Quintana Benítez	A	5,56
	IES Alpedrete	Lara Montane	A	5,58
	Base	Marta Sáiz Vela	A	6,18
1000 M	IES Marqués de Santillana	Irene Lorenzo Picón	B	3,30
	La Inmaculada Concepción (San Lorenzo del Escorial)	Beatriz Esteban Andrés	B	3,36
	IES Marqués de Santillana	Rocío Vallinas Rodríguez	B	3,40
	IES Marqués de Santillana	Marta Rodríguez Monje	B	3,40
	La Inmaculada Escolapios (Getafe)	Elena Martínez del Val	B	3,42
	La Inmaculada Concepción	Elena Esteban Andrés	B	3,44
	La Inmaculada Concepción	Rocío Caballero Lucio Vill	B	3,50
	La Inmaculada Concepción	Elena Blázquez Perea	B	3,57
	IES Marqués de Santillana	Irene Angulo Fernández	B	3,59

NATACIÓN MASCULINA

PRUEBAS	COLEGIOS	NADADORES	CATEGORÍAS	MARCAS
50 Libres	IES Atenea (Fuenlabrada)	Carlos García Barberán	A	0,27,94*
50 Libres	Lope de Vega (Alcalá de Henares)	Diego Revilla López	A	0,29,24
50 Libres	Mirabal (Boadilla del Monte)	Guillermo Molinero Carlíor	A	0,26,36
50 Libres	Mirabal	Jorge Arranz Madrigal	B	0,28,06
50 Libres	SEK Castillo (Villanueva de la Cañada)	Carlos Lozano Casas	B	0,28,82
50 Libres	Gredos San Diego II (Madrid)	Alejandro Serrano	B	0,29,57
50 Espalda	IES Atenea (Fuenlabrada)	Carlos García Barberán	A	0,30,57*

50 Espalda	Gredos San Diego II	Juan Álvarez García	A	0,34,45
50 Espalda	Villa de Griñón (Griñón)	Daniel Lozano Rebollo	A	0,34,80
50 Espalda	Mirabal	Jorge Arranz Madrigal	B	0,33,03*
50 Espalda	SEK Castillo (Villanueva de la Cañada)	Carlos Lozano Casas	B	0,33,72
50 Espalda	Safa Oberón	Alberto Gamarra Camacho	B	0,34,37
50 Braza	Mirabal	Javier Lavín de los Llanos	A*	0,33,74
50 Braza	Nuestra Señora del Pilar	Sergio López	A	0,38,12
50 Braza	Villa de Griñón	Roberto Herrera del Amo	A	0,38,92
50 Braza	SEK Castillo (Villanueva de la Cañada)	Carlos Lozano Casas	B	0,35,97*
50 Braza	Safa Oberón	Alberto Gamarra Camacho	B	0,38,68
50 Braza	Joyfe	Adolfo Reche Tenreiro	B	0,39,62
Relevos	Mirabal		A	2,00,26
Relevos	Villa de Griñón		A	2,03,36
Relevos	Joyfe		A	2,04,72
Relevos	Joyfe		B	2,07,49
Relevos	Safa Oberón		B	2,09,94
Relevos	Mirabal		B	2,10,06

NATACIÓN FEMENINA

PRUEBAS	COLEGIOS	NADADORES	CATEGORÍAS	MARCAS
50 Libres	Gredos San Diego II	Iris Núñez Álvarez	A	0,30,28*
50 Libres	Joyfe Madrid	Irene Chico Díaz	A	0,30,72
50 Libres	Joyfe Madrid	Laura S. Pérez Plaza	A	0,31,50
50 Libres	Safa Oberón	Laura Carrión Martín	B	0,30,74*
50 Libres	Safa Oberón	Irene Montaña Sánchez	B	0,32,57
50 Libres	Sek Castillo (Villanueva de la Cañada)	Irene Heredia García	B	0,33,47

50 Espalda	Mirabal (Boadilla del Monte)	Sara Elizalde Hernández	A	0,35,21*
50 Espalda	Gredos San Diego II	Iris Núñez Álvarez	A	0,36,33
50 Espalda	Joyfe Madrid	Irene Chico Díaz	A	0,38,30
50 Espalda	Safa Oberón (Madrid)	María Velasco Algaba	B	0,36,09*
50 Espalda	Gredos San Diego II	Alba Carvajal Aguirre	B	0,38,55
50 Espalda	Joyfe	Laura Barba Moreno	B	0,38,82
50 Braza	Gredos San Diego II	Iris Núñez Álvarez	A	0,37,29
50 Braza	Joyfe Madrid	Laura S. Pérez Plaza	A	0,41,55
50 Braza	Villaeuropa (Móstoles)	Lucía García de la Orden	A	0,41,74
50 Braza	Safa Oberón	Irene Montaña Sánchez	B	0,39,46
50 Braza	Villaeuropa (Móstoles)	Rocío Carrasco Hidalgo	B	0,42, 04
50 Braza	Safa Oberón	María Velasco Algaba	B	0,43,05
Relevos	Joyfe		A	2,10,14
Relevos	Mirabal		A	2,20,36
Relevos	Villa de Griñón		A	2,33,21
Relevos	Safa Oberón		B	2,11,74
Relevos	Sek Castillo		B	2,24,00
Relevos	Joyfe		B	2,32,96

COLEGIOS MÁS DESTACADOS

II EDICIÓN “MADRID 2012.DEPORTE ESCOLAR”

ATLETISMO

Colegio Azorín

3º Categoría B masculina

Colegio Retamar

Primeros en las categorías A y B masculina. (No presentan equipos femeninos)

Colegio Base

Primeros en las categorías femeninas y segundos en las masculinas.

Colegio Inmaculada Escolapios (Getafe)

3º categoría A masculina

3º categoría A femenina

Ies Leonardo Da Vinci (Majadahonda)

3º categoría B femenina

Colegio Lope de Vega (Alcalá de Henares)

2º categoría A femenina

NATACIÓN

Colegio Joyfe (Madrid)

3º categoría A masculina, 1º categoría A femenina

Colegio Mirabal (Boadilla del Monte)

2º categoría A masculina, 2º categoría A femenina

Colegio Sagrada Familia Oberón (Madrid)

1º categoría B masculina, 1º categoría B femenina

Colegio SEK Castillo (Villanueva de la Cañada)

2º categoría B masculina y 2º categoría B femenina

Colegio Villa de Griñón (Griñón)

1º categoría A masculina, 3º categoría A femenina, 3º categoría B masculina y 3º categoría B femenina.

ATLETISMO

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

JORNADA FINAL : 10 de mayo de 2003

PRUEBA: PESO (4 KG)

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	ÁLVARO GARCÍA MARTÍN	EL CAÑAVERAL	13.37
2º	ÍÑIGO RICA POXAS	RETAMAR	13.24
3º	SERGIO MANZANERA DOMÍNGUEZ	LOPE DE VEGA	12.73
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	MARÍA LUIS MARCOS	BASE	9.92
2º	HELENA CARCHENILLA VALLE	CARDENAL HERRERA ORIA	9.49
3º	MARÍA LOSADA RODRÍGUEZ	LOPE DE VEGA	9.22
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	GUILLERMO GONZÁLEZ MANZANO	RETAMAR	11.62
2º	ADRIÁN GONZÁLEZ MARTÍN	BASE	11.13
3º	VÍCTOR OGBECHIE CONDE	RETAMAR	10.69
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	LORENA MARTÍN IGLESIAS	MARQUÉS DE SANTILLANA	9.41
2º	AGUALLO CASIELLES	AZORÍN	8.49
3º	ESTHER BOLEA CARPINTERO	BASE	8.36

ATLETISMO

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

JORNADA FINAL : 10 de mayo de 2003

PRUEBA: LONGITUD

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	JORGE RUBIO SALGADO	BASE	5.83
2º	SAMUEL NÁJERA BAILÓN	CARDENAL HERRERA ORIA	5.69
3º	JOSÉ LUÍS MATAMALA MUÑOZ	LA INMACULADA ESCOLAPIOS	5.66
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	GIULIA MADALOSSO CIOLA	BASE	4.80
2º	LORENA MARCEN RODRÍGUEZ	LOPE DE VEGA	4.72
3º	BELÉN VELADO	SENARA	3.95
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	ADRIÁN GONZÁLEZ MARTÍN	BASE	5.31
2º	ÍÑIGO MORENO DE CALA	RETAMAR	5.19
3º	ALBERTO OGBECHIE CONDE	RETAMAR	5.19
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	MAR MUÑOZ CATALINA	BASE	5.02
2º	PATRICIA SANMARTÍN	LEONARDO DA VINCI	4.57
3º	LAURA CABEZAS FERNÁNDEZ	MARQUÉS DE SANTILLANA	4.27

ATLETISMO

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

JORNADA FINAL : 10 de mayo de 2003

PRUEBA: 60 M LISOS

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	BORJA GÓMEZ LÓPEZ	BASE	7.1
2º	RUBÉN BAQUERO HIDALGO	LOS OLMOS	7.1
3º	EDUARDO SÁNCHEZ FERREIRA	ÁGORA	7.3
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	MARÍA MAS GOMARA	BASE	8.2
2º	LORENA MARCEN RODRÍGUEZ	LOPE DE VEGA	8.2
3º	GUILIA MADALOSSO VIOLA	BASE	8.3
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	OLIVER DE LAS HERAS RISQUEZ	RETAMAR	7.6
2º	FRANCISCO GARCÍA	DIONISIO AGUADO	7.7
3º	ADRIÁN GONZÁLEZ MARTÍN	BASE	7.8
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	PATRICIA SANMARTÍN	LEONARDO DA VINCI	7.8
2º	ALBA GARCÍA GARCÍA	AZORÍN	7.9
3º	MAR MUÑOZ CATALINA	BASE	8.4

ATLETISMO

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

JORNADA FINAL : 10 de mayo de 2003

PRUEBA: 600 M / 500 M LISOS

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	SERGIO HERANCE ROPERO	LOPE DE VEGA	1.21.5
2º	SAMUEL NÁJERA BAILÓN	CARDENAL HERRERA ORIA	1.28.3
3º	ÍÑIGO MORENO AUGSTÍ	RETAMAR	1.29.9
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	LORENA MARCÉN RODRÍGUEZ	LOPE DE VEGA	1.48.8
2º	CLARA SIMAL MARTÍN	BASE	1.54.3
3º	MARINA REYES BURGOS	BASE	1.57.1
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	FRANCISCO GARCÍA	DIONISIO AGUADO	1.13.8
2º	JORGE BUENO	ASUNCIÓN CUESTABLANCA	1.17.3
3º	ALEJANDRO CÁRDENES CABRE	BASE	1.20.2
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	PATRICIA SANMARTÍN	LEONARDO DA VINCI	1.17.5
2º	ESTHER BOLEA CARPINTERO	BASE	1.18.5
3º	IRENE LORENZO PICÓN	MARQUÉS DE SANTILLANA	1.23.6

ATLETISMO

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

JORNADA FINAL : 10 de mayo de 2003

PRUEBA: ALTURA

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	BORJA GÓMEZ LÓPEZ	BASE LA INMACULADA	1.68
2º	JOSÉ LUÍS MATAMALA MUÑOZ	ESCOLAPIOS	1.68
3º	EDUARDO DELGADO FRANCO	LOS OLMOS	1.68
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	MARTA SÁINZ VELA	BASE	1.50
2º	MARTA DE BENITO MORENO	BASE LICEO SCIENTÍFICO	1.50
3º	RITA MAESTRE FERNÁNDEZ	ITALIANO	1.38
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	ODISSEO CUESTA AKA	AZORÍN MARÍA INMACULADA	1.57
2º	BORJA PÁRAMO DÍAZ	MTNEZ.C	1.54
3º	ALEJANDRO CÁDENES CABRÉ	BASE	1.51
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	MAR MUÑOZ CATALINA	BASE	1.54
2º	MARTA BORRAJO VÁZQUEZ	BASE LA INMACULADA	1.48
3º	ELENA BLÁZQUEZ PÉREZ	ESCOLAPIOS	1.36

ATLETISMO		
CENTROS POR CATEGORÍA Y SEXO		
JORNADA FINAL: 10 de mayo de 2003		
CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA		
1º	RETAMAR	125
2º	BASE	119
3º	LA INMACULADA ESCOLAPIOS	99
CATEGORÍA A FEMENINA		
1º	BASE	100
2º	LOPE DE VEGA	80,5
3º	LA INMACULADA ESCOLAPIOS	60
CATEGORÍA B MASCULINA		
1º	RETAMAR	120
2º	BASE	119
3º	AZORÍN	92
CATEGORÍA B FEMENINA		
1º	BASE	147
2º	MARQUÉS DE SANTILLANA	117
3º	LEONARDO DA VINCI	116

CAMPO A TRAVÉS

MEDALLERO POR CATEGORÍA Y SEXO

JORNADA FINAL: 22 de febrero de 2003

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	MOHAMED BERRADI	DIONISIO AGUADO	6.55
2º	ANTONIO ROMERO RUIZ	MENOR NTRA. SRA. LORETO	7.06
3º	MIKEL ORTEGA PECIÑA	BASE	7.07
4º	MIGUEL ANGEL PÉREZ PERFEITO	ALPEDRETE	7.08
5º	MIGUEL ÁNGEL ASPERILLA MORO	BIENAVENTURADA V. MARÍA	7.15
6º	ROBERTO PALOMO VIEJO	RETAMAR	7.19
7º	JOSÉ LUIS GARCÍA GIL MUÑOZ	LA PURÍSIMA	7.21
8º	JUAN CARLOS RUBÍO FARIÑAS	ALPEDRETE	7.21
9º	DAVID CASTRO ALEJO	LA INMACULADA ESCOLAPIOS	7.23
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	MARTA GARCÍA DANIEL	BASE	5.30
2º	LARA MUÑOZ CABALLERO	SENARA	5.37
3º	MARINA REYES BURGOS	BASE	5.41
4º	CRISTINA BUIZA MARTÍNEZ	VILLAEUROPA	5.43
5º	MERCEDES DEL CASTILLO	MARQUÉS DE SANTILLANA	5.50
6º	CRISTINA BUIZA MARTÍNEZ	BIENAVENTURADA V. MARÍA	5.55
7º	ELENA DE QUINTANA BENÍTEZ	MARQUÉS DE SANTILLANA	5.56
8º	LARA MONTANE	ALPEDRETE	5.58
9º	MARTA SÁINZ VELA	BASE	6.18
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	VÍCTOR CORRALES VAQUERO	ASUNCIÓN CUESTABLANCA	4.53
2º	FRANCISCO GARCÍA	DIONISIO AGUADO	4.53
3º	JOSÉ BUENO SASTRE	ASUNCIÓN CUESTABLANCA	4.54
4º	FERNANDO LAPUENTE SUANZES	RETAMAR	5.00
5º	RUBÉN SOLANA GONZÁLEZ	LA INMACULADA ESCOLAPIOS	5.03
6º	ALBERTO LÓPEZ MARTÍN	RETAMAR	5.04
7º	ÍÑIGO MORENO DE CALA CORREA	RETAMAR	5.05
8º	ADRIÁN ROMÁN ESCRIBANO	LA INMACULADA ESCOLAPIOS	5.09
9º	AITOR BALTAR BUSTOS	LA INMACULADA ESCOLAPIOS	5.13
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	IRENE LORENZO PICÓN	MARQUÉS DE SANTILLANA	3.30
2º	BEATRIZ ESTEBAN ANDRÉS	LA INMACULADA CONCEPCIÓN	3.36
3º	ROCÍO VALLINAS RODRÍGUEZ	MARQUÉS DE SANTILLANA	3.40
4º	MARTA RODRÍGUEZ MONJE	MARQUÉS DE SANTILLANA	3.40
5º	ELENA MARTÍNEZ DEL VAL	LA INMACULADA ESCOLAPIOS	3.42
6º	ELENA ESTEBÁN ANDRÉS	LA INMACULADA CONCEPCIÓN	3.44
7º	ROCÍO CABALLERO LUCIO VILL	LA INMACULADA CONCEPCIÓN	3.50
8º	ELENA BLÁZQUEZ PEREA	LA INMACULADA ESCOLAPIOS	3.57
9º	IRENE ANGULO FERNÁNDEZ	MARQUÉS DE SANTILLANA	3.59

CAMPO A TRAVÉS

CENTROS POR CATEGORÍA Y SEXO

JORNADA FINAL : 22 de febrero de 2003

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA		
1º	BIENAVENTURADA VIRGEN MARÍA	
2º	RETAMAR	
3º	LA INMACULADA ESCOLAPIO	
CATEGORÍA A FEMENINA		
1º	BASE	
2º	MARQUÉS DE SANTILLANA	
3º	ALPEDRETE	
CATEGORÍA B MASCULINA		
1º	ASUNCIÓN CUESTABLANCA	
2º	RETAMAR	
3º	LA INMACULADA ESCOLAPIO	
CATEGORÍA B FEMENINA		
1º	MARQUÉS DE SANTILLANA	
2º	LA INMACULADA CONCEPCIÓN	
3º	LA INMACULADA ESCOLAPIO	

GIMNASIA

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

1ª JORNADA : 1 de marzo de 2003

SALTOS

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	ELEAZAR GONZÁLEZ GARCÍA	LOPE DE VEGA	7,60
2º	VÍCTOR HUGO ROJO CANAL	GREDOS SAN DIEGO II	7,30
3º	BORJA LÓPEZ GARRIDO	GREDOS SNA DIEGO II	7,20
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	LUCÍA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	FORTUNY	7,85
2º	CRISTINA MARQUINA CÍTORA	LOPE DE VEGA	7,50
3º	ESTHER DEL CERRO TORRES	ALPAJÉS	7,40
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	TANIA DEL ÁLAMO GARCÍA	APÓSTOL SANTIAGO	9,50
2º	YOLANDA INFANTE	DOMÉNICO SCARLATTI	8,80
3º	ARACELI TELLADO R.	SAGRADA FAMILIA	8,60

GIMNASIA

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

1ª JORNADA : 1 de marzo de 2003

SUELO

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	ELEAZAR GONZÁLEZ GARCÍA	LOPE DE VEGA	7,30
2º	ALEJANDRO CORREA G.	GREDOS SAN DIEGO II	7,00
3º	BORJA LÓPEZ GARRIDO	GREDOS SAN DIEGO II	6,60
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	CRISTINA MARQUINA CÍTORA	LOPE DE VEGA	8,00
2º	LUCÍA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	FORTUNY	7,60
3º	ESTHER DEL CERRO TORRES	ALPAJÉS	7,50
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	DAVID ROMERO MOLANO	VILLAEUROPA	7,20
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	ARACELI TELLADO R.	SAGRADA FAMILIA	8,30
2º	YOLANDA INFANTE	DOMÉNICO SCARLATTI	8,20
3º	SONIA ORTEGA RIVAS	SENARA	8,10

GIMNASIA

CENTROS POR CATEGORÍA Y SEXO

1ª JORNADA: 1 de marzo de 2003

SALTOS

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA		
1º	GREDOS SAN DIEGO II	21,600
2º	VILLAEUROPA	21,150
CATEGORÍA A FEMENINA		
1º	LOPE DE VEGA	22,000
2º	ALPAJÉS	21,300
CATEGORÍA B FEMENINA		
1º	ALPAJÉS	23,000
2º	SENARA	22,300
3º	LOPE DE VEGA	21,900

GIMNASIA

CENTROS POR CATEGORÍA Y SEXO

1ª JORNADA: 1 de marzo de 2003

SUELO

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA		
1º	GREDOS SAN DIEGO II	20,100
CATEGORÍA A FEMENINA		
1º	LOPE DE VEGA	22,700
2º	ALPAJÉS	22,000
CATEGORÍA B FEMENINA		
1º	SENARA	22,900
2º	LOPE DE VEGA	22,500
3º	APÓSTOL SANTIAGO	21,500

GIMNASIA

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

2ª JORNADA: 26 de abril de 2003

SALTOS

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	FABIO BETHANCOURTH	SAGRADA FAMILIA	8,70
2º	CARLOS MOISÉS ALONSO	SAN JOSÉ	8,60
3º	JOSÉ SAMBADRI	SAGRADA FAMILIA	8,50
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	MARÍA RICO ZAFRA	ALPAJÉS	7,55
2º	ALICIA MUÑOZ MORALES	ALPAJÉS	7,50
3º	ESTHER DEL CERRO TORRES	ALPAJÉS	7,40
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	DIEGO GARCÍA	GREDOS SAN DIEGO	9,10
2º	ISMAEL CRESPO	GREDOS SAN DIEGO	9,00
3º	ÁLVARO ROMÁN PÉREZ	ALPAJÉS	8,90
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	TANIA DEL ÁLAMO GARCÍA	APÓSTOL SANTIAGO	7,70
2º	ANA MORA ZAFRA	SAGRADA FAMILIA	6,90
3º	RAQUEL HUEDO TOMERO	ALPAJÉS	6,70

GIMNASIA

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

2ª JORNADA: 26 de abril de 2003

SUELO

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	LUÍS ROBINSON	LOPE DE VEGA	9
2º	FABIO BETHANCOURTH	SAGRADA FAMILIA	8,9
3º	ALEJANDRO CORREA G.	GREDOS SAN DIEGO	8,85
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	MIRIAM PEÑA RIQUELME	FORTUNY	9,5
2º	SARA GONZÁLEZ RUÍZ	FORTUNY	9,4
3º	MARÍA LUISA MUÑOZ GOIZUETA	FORTUNY	9,3
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	ISMAEL CRESPO	GREDOS SAN DIEGO	9
2º	DIEGO GARCÍA	GREDOS SAN DIEGO	8,9
3º	JONATHAN ALONSO	SAN JOSÉ	8,8
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	ANA MORA ZAFRA	SAGRADA FAMILIA	9,45
2º	TANIA DEL ÁLAMO GARCÍA	APÓSTOL SANTIAGO	9,4
3º	CARLOTA MUÑOZ G.	FORTUNY	9,25

GIMNASIA

CENTROS POR CATEGORÍA Y SEXO

2ª JORNADA: 26 de abril de 2003

SUELO Y SALTOS

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA		
1º	GREDOS SAN DIEGO	49,60
CATEGORÍA A FEMENINA		
1º	ALPAJÉS	50,00
2º	FORTUNY	49,55
3º	LOPE DE VEGA	47,30
CATEGORÍA B MASCULINA		
1º	GREDOS SAN DIEGO	53,55
CATEGORÍA B FEMENINA		
1º	SENARA	43,60
2º	ALPAJÉS	43,55
3º	APÓSTOL SANTIAGO	42,85

NATACIÓN

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

JORNADA FINAL : 29 de marzo de 2003

PRUEBA: 50 M ESPALDA

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	CARLOS GARCÍA	ATENEA	0,31,46
2º	JUAN ÁLVAREZ GARCÍA	GREDOS SAN DIEGO II	0,34,45
3º	DANIEL LOZANO REBOLLO	VILLA DE GRIÑÓN	0,34,80
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	SARA ELIZALDE HERNÁNDEZ	MIRABAL	0,36,20
2º	IRIS NÚÑEZ ÁLVAREZ	GREDOS SAN DIEGO II	0,36,33
3º	IRENE CHICO DÍAZ	JOYFE	0,38,30
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	JORGE ARRANZ MADRIGAL	MIRABAL	0,33,67
2º	CARLOS LOZANO CASAS	SEK	0,33,72
3º	ALBERTO GAMARRA CAMACHO	SAFA	0,34,37
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	MARÍA VELASCO ALGABA	SAFA	0,37,31
2º	ALBA CARVAJAL AGUIRRE	GREDOS SAN DIEGO II	0,38,55
3º	LAURA BARBA MORENO	JOYFE	0,38,82

NATACIÓN

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

JORNADA FINAL : 29 de marzo de 2003

PRUEBA: 50 M BRAZA

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	JAVIER LAVÍN DE LOS LLANOS	MIRABAL	0,34,35
2º	SERGIO LÓPEZ	NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	0,38,12
3º	ROBERTO HERRERA DEL AMO	VILLA DE GRINÓN	0,38,92
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	IRIS NÚÑEZ ÁLVAREZ	GREDOS SAN DIEGO II	0,37,29
2º	LAURA S. PÉREZ PLAZA	JOYFE	0,41,55
3º	LUCÍA GARCÍA DE LA ORDEN	VILLAEUROPA	0,41,74
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	CARLOS LOZANO CASAS	SEK	0,35,99
2º	ALEJANDRO MARTÍNEZ TOLEDANO	SAFA	0,38,68
3º	ADOLFO RECHE TENREIRO	JOYFE	0,39,62
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	IRENE MONTAÑA SÁNCHEZ	SAFA	0,39,46
2º	ROCÍO CARRASCO HIDALGO	VILLAEUROPA	0,42,04
3º	MARÍA VELASCO ALGABA	SAFA	0,43,05

NATACIÓN

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

JORNADA FINAL : 29 de marzo de 2003

PRUEBA: 50 M LIBRES-CROL

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º	CARLOS GARCÍA	ATENEA	0,28,46
2º	DIEGO REVILLA LÓPEZ	LOPE DE VEGA	0,29,24
3º	GUILLERMO MOLINERO CARLIOR	MIRABAL	0,29,36
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º	IRIS NÚÑEZ ÁLVAREZ	GREDOS SAN DIEGO II	0,30,63
2º	IRENE CHICO DÍAZ	JOYFE	0,30,72
3º	LAURA S. PÉREZ PLAZA	JOYFE	0,31,50
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º	JORGE ARRANZ MADRIGAL	MIRABAL	0,28,06
2º	CARLOS LOZANO CASAS	SEK	0,28,82
3º	ALEJANDRO SERRANO	GREDOS SAN DIEGO II	0,29,57
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º	LAURA CARRIÓN MARTÍN	SAFA	0,30,89
2º	IRENE MONTAÑA SÁNCHEZ	SAFA	0,32,57
3º	IRENE HEREDIA GARCÍA	SEK	0,33,47

NATACIÓN

MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO

JORNADA FINAL : 29 de marzo de 2003

PRUEBA: RELEVOS

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	CENTRO EDUCATIVO	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA			
1º		MIRABAL	2,00,26
2º		VILLA DE GRIÑÓN	2,03,36
3º		JOYFE	2,04,72
CATEGORÍA A FEMENINA			
1º		JOYFE	2,10,14
2º		MIRABAL	2,20,36
3º		VILLA DE GRIÑÓN	2,33,21
CATEGORÍA B MASCULINA			
1º		JOYFE	2,07,49
2º		SAFA	2,09,94
3º		MIRABAL	2,10,06
CATEGORÍA B FEMENINA			
1º		SAFA	2,11,74
2º		SEK	2,24,00
3º		JOYFE	2,32,96

NATACIÓN		
MEDALLERO POR CATEGORÍA, PRUEBA Y SEXO		
JORNADA FINAL : 29 de marzo de 2003		
CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	NOMBRE Y APELLIDOS	MARCA
CATEGORÍA A MASCULINA		
1º	VILLA DE GRIÑÓN	602
2º	MIRABAL	587
3º	JOYFE	567
CATEGORÍA A FEMENINA		
1º	JOYFE	616
2º	MIRABAL	604
3º	VILLA DE GRIÑÓN	573
CATEGORÍA B MASCULINA		
1º	SAFA	601
2º	SEK	573
3º	VILLA DE GRIÑÓN	556
CATEGORÍA B FEMENINA		
1º	SAFA	639
2º	SEK	585
3º	VILLA DE GRIÑÓN	561

WATERPOLO

CENTROS POR CATEGORÍA Y SEXO

JORNADA FINAL: 29 de marzo de 2003

CLASIFICACIÓN PARTICIPANTES	CENTRO EDUCATIVO
CATEGORÍA A/B MASCULINA	
1º	SAGRADA FAMILIA-MADRID
2º	IES MARQUÉS DE SANTILLANA
CATEGORÍA A/B FEMENINA	
1º	GREDOS SAN DIEGO II
2º	GREDOS SAN DIEGO I

ANEXO VI

Para el próximo programa nos hemos propuesto adoptar el MODELO EFQM DE EXCELENCIA como Modelo de Gestión.

Adaptación al El Instituto Madrileño del Deporte, el Esparcimiento y la Recreación (IMDER)

1 CRITERIOS DEL MODELO

Criterio 1. LIDERAZGO

Definición

Los líderes excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas.

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

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Desarrollar la misión, visión y cultura de la organización.
- Desarrollar, actuando como modelo de referencia, los valores, principios éticos y responsabilidades públicas que apoyan la cultura de la organización.
- Revisar y mejorar la eficacia de los comportamientos personales en el área de liderazgo.
- Implicarse activamente en las actividades de mejora.
- Estimular y animar la delegación y asunción de responsabilidades por parte de los empleados, y la creatividad e innovación; por ejemplo, cambiando la estructura de la organización o aportando fondos para financiar el aprendizaje y la mejora.
- Animar, apoyar y emprender acciones a partir de las conclusiones extraídas de las actividades de aprendizaje.
- Establecer prioridades entre las actividades de mejora.

- Estimular y fomentar la colaboración dentro de la organización.

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

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Adecuar la estructura de la organización en la medida de sus posibilidades para apoyar la implantación de su política y estrategia.
- Asegurar que se desarrolla e implanta un sistema de gestión de procesos.
- Designar claramente a los responsables/propietarios de los procesos.
- Asegurar que se define e implanta un proceso que permita el desarrollo, despliegue y actualización de la política y estrategia.
- Asegurar que se desarrolla e implanta 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 faciliten la creatividad, la innovación y las actividades de aprendizaje para estimular, identificar, planificar e implantar mejoras en los enfoques de los agentes facilitadores.

1c Los líderes interactúan con clientes, asociados y representantes de la sociedad

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Comprender, satisfacer y dar respuesta a las necesidades y expectativas.
- Establecer y participar en alianzas.
- Establecer y participar en actividades de mejora conjunta.
- Dar reconocimiento a personas y 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.

- Fomentar, apoyar y participar en actividades dirigidas a mejorar el medio ambiente a escala global y la contribución de la organización a la sociedad, con vistas a respetar los derechos e intereses de las generaciones futuras.

1d Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas del IMDER

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Comunicar personalmente la misión, visión, valores, política y estrategia, planes, objetivos y metas de la organización a las personas que la integran.
- Ser accesible, escuchar de manera activa, infundir cohesión, y responder a las personas que integran la organización.
- Ayudar y apoyar a las personas para cumplir sus planes, objetivos y metas.
- Motivar y permitir a las personas participar en actividades de mejora.
- Dar reconocimiento oportuna 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

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

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

- Medir y revisar la eficacia de los cambios y compartir los conocimientos obtenidos.

Criterio 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Definición

Las organizaciones excelentes implantan 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 donde operan. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

2a La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Efectuar la recogida y análisis de la información para definir los mercados y segmentos de mercado en los que opera la organización tanto en la actualidad como en el futuro.
- Identificar, comprender y anticipar las necesidades y expectativas de los grupos de interés, actuales y futuros, incluidos clientes, empleados, asociados y sociedad en general y de las autoridades y organismos de los que depende la organización.
- Identificar, comprender y anticipar los avances que se producen en el mercado, incluidas otras unidades que prestan servicios similares.

2b La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- 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 obtenidos sobre su imagen externa, incluido el conocimiento de su imagen institucional.

- Analizar el rendimiento de otras unidades y organismos comparables y de organizaciones consideradas como las mejores
- Analizar los datos relativos a las competencias fundamentales de los asociados actuales y potenciales
- Analizar los datos relativos a las cuestiones sociales, medioambientales, de seguridad, legales y políticas, a corto y largo plazo.
- Analizar los datos de los efectos de los productos y servicios a lo largo de todo su ciclo de vida.
- Identificar y comprender los indicadores económicos y demográficos.
- Analizar los datos para determinar el impacto de las nuevas tecnologías y los modelos de gestión sobre el rendimiento de la organización.

2c La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Desarrollar, revisar y actualizar la política y estrategia de manera coherente con la misión, visión y conceptos de excelencia de la organización.
- Equilibrar las necesidades y expectativas a corto y largo plazo de todos los grupos de interés.
- Evaluar riesgos e identificar modos de abordarlos.
- Identificar las ventajas competitivas actuales y futuras o la capacidad para aprovechar oportunidades.
- Identificar las capacidades y necesidades fundamentales para que las alianzas hagan realidad la política y estrategia.
- Analizar los requisitos para cambiar o adaptarse a nuevos entornos.
- Alinear la estrategia de la organización con la de los asociados y aliados.
- Identificar los factores críticos de éxito.
- Adecuar y desarrollar de manera continua estándares sociales y medioambientales con los asociados.
- Evaluar la importancia y eficacia de la política y estrategia.

2d La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Identificar, diseñar y comunicar el esquema general de procesos clave necesario para llevar a efecto la política y estrategia de la organización.
- Comunicar la política y estrategia a los grupos de interés y evaluar su receptividad.
- 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.

Criterio 3. PERSONAS

Definición

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.

3a Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Desarrollar las políticas, estrategias y planes de recursos humanos.
- Implicar a las personas de la organización y sus representantes en el desarrollo de las políticas, estrategias y planes de recursos humanos.
- 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, desarrollo de carreras y reposición de efectivos.
- 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 otro 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.

3b Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- 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 se ajustan a las capacidades actuales y futuras de la organización.
- Desarrollar, apoyar con tutorías y formar a todas las personas para que alcancen todo su potencial.
- Diseñar y fomentar oportunidades de aprendizaje a nivel individual, de equipo y de organización.
- 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 objetivos de la organización.
- Revisar y actualizar los objetivos individuales y de equipo.
- Evaluar el rendimiento de las personas, ayudándoles a mejorarlo.

3c Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Fomentar y apoyar la participación individual y de los equipos en las actividades de mejora.
- Fomentar y apoyar la implicación de las personas, p.ej. mediante conferencias y actos celebrados dentro de la organización y proyectos comunitarios.
- Proporcionar oportunidades que estimulen la implicación y respalden un comportamiento innovador y creativo.
- Formar a los directivos para que desarrollen e implanten 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 Existencia de un diálogo entre las personas y la organización

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- 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 y asegurar oportunidades para compartir las mejores prácticas y el conocimiento.

3e Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Alinear los temas de remuneración, traslados, despidos y otros asuntos laborales con la política y estrategia dentro de los límites marcados por las políticas de la Administración o del organismo rector.
- 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, medio ambiente y responsabilidad social.
- Establecer los diferentes niveles de beneficios sociales, p.ej. planes de pensiones, asistencia sanitaria, guarderías.
- 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.

Criterio 4: ALIANZAS Y RECURSOS

Definición

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 gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.

4a Gestión de las alianzas externas

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- 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 asociados y proveedores para crear valor y maximizarlo.
- Establecer alianzas en la cadena logística que añadan valor para los clientes.
- Identificar las competencias clave de los asociados 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 Gestión de los recursos económicos y financieros

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Desarrollar e implantar estrategias y procesos económicos y financieros para utilizar los recursos económicos y financieros en apoyo de la política y estrategia.

- Diseñar la planificación económica y financiera para desplegar en cascada las expectativas financieras de los grupos de interés en toda la organización.
- 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 Gestión de los edificios, equipos y materiales

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Desarrollar una estrategia de gestión de edificios, equipos y materiales que apoye la política y estrategia de la organización.
- 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 de la organización en la comunidad y empleados (incluidas las cuestiones ergonómicas y de seguridad e higiene).
- Utilizar los recursos de la organización de forma que no dañen el medio ambiente durante el ciclo completo de vida de un producto o servicio.
- Optimizar los inventarios de material.
- Optimizar el consumo de suministros (gas, electricidad, agua, etc.).
- Disminuir y reciclar los residuos.
- Minimizar cualquier impacto global adverso de los productos, de la elaboración de los mismos y de los servicios.
- Optimizar el uso del transporte.

4d Gestión de la tecnología

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Desarrollar una estrategia de gestión de la tecnología que apoye la política y estrategia de la organización
- Identificar y evaluar las tecnologías alternativas y emergentes a la luz de su impacto en la organización y la sociedad.
- Gestionar la cartera tecnológica, incluyendo la identificación y sustitución de tecnología obsoleta.
- Explotar la tecnología existente.
- Desarrollar una tecnología innovadora y respetuosa con el medio ambiente (p. ej. que ahorre energía y recursos, reduzca al mínimo los residuos y emisiones y favorezca el reciclado y la reutilización).
- Utilizar las 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 Gestión de la información y del conocimiento

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Desarrollar una estrategia de gestión de la información y el conocimiento que apoye la política y 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.
- Proporcionar a usuarios internos y externos un acceso adecuado a la información y conocimiento 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 de 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 conocimiento.

Criterio 5. PROCESOS

Definición

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

5a Diseño y gestión sistemática de los procesos

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- 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 asociados externos para 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 la calidad, gestión medioambiental o gestión de riesgos laborales.
- Implantar indicadores de proceso 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 Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- 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.
- Estimular el talento creativo e innovador de empleados, clientes y asociados, y hacer que repercuta sobre las mejoras continuas y drásticas.
- Descubrir y utilizar nuevos diseños de 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 Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Utilizar análisis de la demanda, 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, y su percepción de los productos y servicios existentes.
- Anticipar e identificar mejoras en los productos y servicios de acuerdo con las futuras necesidades y expectativas de los clientes y otros grupos de interés.
- Diseñar y desarrollar junto a clientes y asociados, 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.

- Utilizar la creatividad, innovación y competencias clave de las personas de la organización y de los asociados externos para desarrollar productos y servicios competitivos.

5d Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- Elaborar o adquirir productos y servicios acordes con los diseños previos y los desarrollos posteriores.
- Comunicar, publicitar y suministrar o promocionar productos o servicios a los clientes actuales y potenciales.
- Distribuir los productos y servicios a los clientes.
- Prestar servicio de atención a los productos y servicios, incluido su reciclado cuando resulte apropiado.

5e Gestión y mejora de las relaciones con los clientes

En este subcriterio incluiremos qué hace el IMDER para:

- 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.
- Implicarse de manera proactiva con los clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones.
- Hacer el seguimiento al suministro/entrega de productos y servicios, 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 suministro /promoción y de servicio de atención al cliente.
- Esforzarse por mantener la creatividad e innovación en las relaciones de entrega, promoción y 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 sobre el uso responsable de los productos.

Criterio 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Definición

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

6a Medidas de percepción

Estas medidas se refieren a la percepción que tienen los clientes de la organización, y se obtienen, por ejemplo, de las encuestas a clientes, grupos focales, felicitaciones y quejas.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

Imagen general:

- Accesibilidad.
- Comunicación.
- Transparencia.
- Flexibilidad.
- Comportamiento proactivo.
- Capacidad de respuesta.
- Equidad, cortesía y empatía.

Productos y servicios:

- Calidad.
- Valor añadido.
- Fiabilidad.
- Innovación en el diseño.
- Relevancia del producto o servicio.
- Suministro/Entrega.
- Perfil medioambiental.

Apoyo y atención a los productos y servicios:

- Profesionalidad, 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 los productos y servicios.
- Tiempo de respuesta.
- Apoyo técnico.
- Garantías en los productos y servicios.

Fidelidad:

- Intención de utilizar nuevamente el producto o servicio.
- Voluntad de utilizar otros productos y servicios de la organización.
- Voluntad de elogiar o recomendar la organización.

6b Indicadores de rendimiento

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar la percepción de sus clientes externos.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

Imagen externa:

- Número de premios y reconocimientos otorgados por clientes.
- Cobertura en prensa.

Productos y servicios:

- Competitividad/ en su defecto, relación calidad-precio.
- Índices de defectos, errores o rechazos.
- Rendimiento con relación a objetivos basados en el cliente.
- Compromisos y Garantías en los productos y servicios (por ejemplo, evaluación de las Cartas de Servicios).
- Quejas y Reclamaciones.
- Indicadores logísticos.
- Ciclo de vida de los productos o servicios
- Tiempos/plazos de suministro.

- Innovación en el diseño.
- Tiempo de lanzamiento de nuevos productos o servicios.

Apoyo y atención a los productos y servicios:

- Demanda de formación.
- Tratamiento de quejas y reclamaciones.
- Índices de respuesta.

Fidelidad:

- Duración de la relación, cuando proceda.
- Recomendaciones eficaces.
- Frecuencia o valor de los pedidos, cuando proceda.
- Número de quejas, reclamaciones, felicitaciones y elogios.
- Aumento/disminución del nº de usuarios, según proceda

Criterio 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Definición

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

7a Medidas de percepción

Estas medidas se refieren a la percepción del IMDER por parte de las personas que la integran, y se obtienen, por ejemplo, de encuestas, grupos focales, entrevistas y evaluaciones del desempeño estructuradas.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

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.
- Formación y desarrollo.

Satisfacción:

- Sistema administrativo de la organización.
- Condiciones de empleo.
- Instalaciones y servicios.
- Condiciones de higiene y seguridad.
- Seguridad del puesto de trabajo.
- 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 en general.
- Entorno de trabajo.

7b Indicadores de rendimiento

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar el rendimiento de las personas que la integran, así como para anticipar sus percepciones.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

Logros:

- Competencias necesarias frente a competencias existentes.
- Productividad.
- Índices de éxito de la formación y el desarrollo a la hora de alcanzar los objetivos fijados.
- Reconocimientos y premios externos.

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.
- Índices de respuesta a las encuestas de empleados.

Satisfacción:

- Índices de absentismo y bajas por enfermedad.
- Índices de accidentes.
- Quejas y reclamaciones.
- Selección de personal.
- Rotación del personal y fidelidad.
- Huelgas.
- Utilización de las instalaciones y beneficios que ofrece la organización.

Servicios que la organización proporciona a las personas que la integran:

- Exactitud y precisión de la administración de personal.
- Eficacia de la comunicación.
- Rapidez de respuesta a las peticiones.
- Evaluación de la formación.

Criterio 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Definición

Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a la sociedad.

8a Medidas de percepción

Estas medidas se refieren a la percepción que tiene la sociedad de la organización y se obtienen, por ejemplo, de encuestas, informes, artículos de prensa, reuniones públicas, representantes sociales y autoridades de la Administración. Algunas de las medidas que aparecen en este subcriterio (“Medidas de percepción”) resultan también aplicables al subcriterio 8b (“Indicadores de rendimiento”), y viceversa.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

Imagen general:

- Receptividad.
- Como generadora de empleo.
- 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.
- Relaciones con autoridades y órganos relevantes.
- Comportamiento ético.

Implicación en las comunidades donde opera:

- Implicación en la educación y la formación.
- Implicación de las entidades de la comunidad en actividades relevantes de la organización.
- Apoyo a la salud y al bienestar.
- Apoyo al deporte y al ocio.
- Trabajo voluntario y patrocinios.

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

- Riesgos para la salud y accidentes.
- Ruidos y olores.
- Riesgos para la seguridad.

- Contaminación y emisiones tóxicas.
- Análisis de la cadena logística.
- Evaluación medioambiental de las actividades y de los ciclos de vida.

Información sobre las actividades de la organización que contribuyen a la preservación y mantenimiento de los recursos:

- Elección del sistema de transporte.
- Impacto ecológico.
- Reducción y eliminación de residuos y embalajes.
- Sustitución de materias primas y otros materiales necesarios para elaborar los productos.
- Utilización de los suministros de gas, agua, electricidad, etc.
- Reciclado.

8b Indicadores de rendimiento

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar las percepciones de la sociedad.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

Tratamiento de los cambios en los niveles de empleo.

Relaciones con las autoridades y órganos en cuestiones como:

- Certificaciones.
- Permisos y autorizaciones administrativas.
- Planificación.
- Autorizaciones para el lanzamiento de productos o servicios.

Felicitaciones y premios recibidos:

- Intercambio de información sobre buenas prácticas, auditorías, inspecciones e informes públicos en el ámbito de la Responsabilidad Social.

Criterio 9. RESULTADOS CLAVE

Definición

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

9a Resultados Clave del Rendimiento de la Organización

Dependiendo del objeto y los objetivos de la organización, algunas de las medidas que aparecen en este subcriterio ("Resultados Clave del Rendimiento de la Organización") resultan también aplicables al subcriterio 9b ("Indicadores Clave del Rendimiento de la Organización"), y viceversa.

Estas medidas son los resultados clave definidos por la organización y acordados en su política y estrategia.

Los resultados económicos y financieros pueden incluir:

- Cumplimiento de los presupuestos.
- Auditoría de cuentas, incluidos ingresos, subvenciones y gastos.
- Rentabilidad de las inversiones.
- Superávit, beneficios o déficit, según proceda.

Los resultados no económicos pueden incluir:

- Resultados obtenidos en comparación con los objetivos establecidos
- Tiempo de lanzamiento de nuevos productos y servicios.
- Índices de éxito, definidos en función de la misión y visión.
- Volúmenes de gestión.
- Cumplimiento de la legislación y los códigos de conducta o de buenas prácticas.
- Resultados de las auditorías e inspecciones reglamentarias.
- Rendimiento de los procesos.

9b Indicadores Clave del Rendimiento de la Organización

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

Según los fines de la organización, los indicadores clave del rendimiento pueden hacer referencia a medidas:

Económicas y financieras:

- Tesorería.
- Depreciación, en su caso.
- Costes de mantenimiento.
- Costes de los proyectos.
- Calificación crediticia.

No financieras:

- Procesos (rendimiento, evaluaciones, innovaciones, duración de los ciclos).
- Recursos externos, incluidas las alianzas (rendimiento de los proveedores, precios de los proveedores, número y valor añadido de las alianzas, número y valor añadido de las mejoras conjuntas logradas con los asociados).
- Edificios, equipos y materiales (índices de defectos, rotación de inventarios, uso).
- Tecnología (ritmo de innovación, valor de la propiedad intelectual, patentes, royalties).
- Información y conocimiento (accesibilidad, integridad, valor del capital intelectual).
- Porcentaje de recursos contencioso-administrativos fallados a favor del demandante.
- Porcentaje de resoluciones adoptadas por silencio positivo.



**UNIDAD DE
PSIQUIATRÍA DE
ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO
GREGORIO
MARAÑÓN**

**PROYECTO:
"Tratamiento de
Adolescentes"**

**CANDIDATURA AL PREMIO DE EXCELENCIA
Y CALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO
EN LA COMUNIDAD DE MADRID:**

**UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN**

Noviembre, 2003

RELACIÓN DE DOCUMENTOS:

Documento 1: Memoria de candidatura al premio de excelencia y calidad del servicio público en la Comunidad de Madrid

Documento 2: Relación del personal de la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM).

Anexo 1: Proceso de introducción de la mejora continua de calidad en el sistema de gestión de la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del HGUGM

Anexo 2: Memoria de la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes según el esquema de la EFQM.

Anexo 3: Evaluación de satisfacción de familiares o tutores de pacientes

Anexo 4: Evaluación de satisfacción de Centros de Salud Mental de referencia

Anexo 5: Evaluación de satisfacción de los trabajadores de la Unidad.

DOCUMENTO 1

**MEMORIA DE CANDIDATURA AL PREMIO DE
EXCELENCIA Y CALIDAD DEL SERVICIO
PÚBLICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID:
UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ADOLESCENTES
DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN**

-INTRODUCCIÓN

Entre las 10 enfermedades mas discapacitantes consideradas por la OMS hay cuatro enfermedades mentales. Los niños y adolescentes no están exentos de padecer estas enfermedades y, de hecho, se calcula que hasta un tercio aproximadamente un 15% padecen algún tipo de trastorno mental. Sólo una minoría de estos menores precisa ingresos hospitalarios, pero son precisamente aquellos con enfermedades más devastadoras que tienen su irrupción en plena eclosión de la vida. El tratamiento integral, individualizado y específico de estas graves enfermedades es crucial para mejorar el pronóstico de las mismas. La Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 recoge expresamente la obligación de que los menores internados por razón psiquiátrica lo hagan en un centro especializado adecuado a su edad y con personal especialmente preparado para su tratamiento. Respondiendo a estas necesidades y demandas sanitario-político-sociales se inaugura, en noviembre de 2000, la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Adolescentes en el Hospital Gregorio Marañón, siendo en el momento de su apertura el único recurso existente para el ingreso específico de esta población en la Comunidad de Madrid y la primera de sus características en España.

La Unidad cuenta con 20 camas para jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Cubre las áreas sanitarias 1, 3, 4, 5, 6, 9 y 11 de la Comunidad, lo que supone una población estimada de 3.786.572 habitantes, de los que 658.382 tienen edades comprendidas entre los 12 y los 17 años (según datos provisionales del censo del año 2001, proporcionados por el Instituto de Estadística de la CAM). Para su tratamiento cuenta con un equipo multidisciplinar de 34 profesionales, lo que supone un ratio personal/ paciente de aproximadamente un 2,5/1.

El presente proyecto muestra el proceso seguido para el diseño e implantación de un sistema de mejora continua de la calidad basado en el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) en la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes.

Desde la inauguración de la Unidad se llevaron a cabo iniciativas aisladas de mejora de calidad, pero se carecía de un marco general de actuación. Se plantea la necesidad de realizar un programa de evaluación y mejora continua de la calidad en la Unidad, siguiendo las directrices marcadas por las políticas sanitarias y por el propio hospital. Los objetivos del programa eran estructurar las iniciativas de mejora que se estaban llevando a cabo, marcar las directrices generales que guiasen la actuación en la materia y proporcionar bases conceptuales y metodológicas a los trabajadores, entendiendo que ofrecer la mayor calidad asistencial posible a los pacientes tratados es una responsabilidad profesional, ética y moral de los trabajadores de la Unidad.

Como punto de partida para el proceso se cuenta con un equipo de profesionales altamente motivado, implicado y participativo. Se parte también de un compromiso del responsable de la Unidad con la calidad, materializado en promover el proyecto y participar en él. Se dispone de asesoramiento de la Unidad de Calidad del hospital y apoyo externo metodológico. Como dificultades iniciales cabe destacar la falta de formación en la materia y la ausencia de participación en experiencias similares previas de los trabajadores de la Unidad así como la falta de experiencias similares en el hospital al que pertenece la Unidad.

Uno de los mayores valores de este proyecto es el hecho de que todo el trabajo realizado ha sido promovido y llevado a cabo por los trabajadores de la Unidad, sin contar con recursos materiales, económicos o humanos extraordinarios y sin que ello supusiese en ningún momento un perjuicio para la actividad asistencial llevada a cabo en la Unidad y el tratamiento ofrecido a los pacientes.

-ACTIVIDADES

Para la aplicación del modelo EFQM en la Unidad se utilizan dos métodos simultáneos y, en este caso, complementarios: Redacción de la memoria de la Unidad según el esquema de informe por “Simulación de Presentación al Premio” y realización de una autoevaluación

utilizando la herramienta Perfil 3.1. por un equipo evaluador de trabajadores de la Unidad. El proceso seguido está reflejado en el anexo 1 y se resume a continuación:

En primer lugar se realizó una búsqueda documental y se contactó con organizaciones que habían realizado procesos similares, obteniendo consejos y documentos que han servido de guía. Con esta información se planificó el proceso y se presentó a la Unidad de Calidad del Hospital.

Se presentó el proyecto a todos los trabajadores de la Unidad y se solicitaron voluntarios para formar el equipo evaluador. Se creó un equipo de cinco personas siguiendo el principio de obtener la máxima representación posible de todos los colectivos profesionales, y que incluyese la participación del responsable de la Unidad. Ante la falta de formación y experiencia en la materia, se realizaron sesiones docentes sobre metodología de calidad y EFQM para el equipo evaluador.

Se redactó la memoria de la Unidad según el esquema de “simulación de presentación al premio” con el objetivo de tener un documento consensuado en el que se reflejase el nivel de desarrollo de la organización en cuanto a enfoque, despliegue y resultados de cada uno de los criterios y subcriterios del modelo EFQM. El borrador de la memoria fue redactado por el equipo evaluador, y se realizaron varias reuniones de discusión del significado de cada uno de los criterios del modelo y análisis de la información incluida en cada apartado. El borrador fue entregado a todos los trabajadores de la Unidad, para que aportasen sus opiniones, críticas y sugerencias. Las correcciones y opiniones fueron recogidas por escrito o mediante reuniones de clarificación de conceptos y aportación de sugerencias. El documento final, por lo tanto, incluye opiniones de todos los trabajadores de la Unidad. Este documento se utilizó como información base para las autoevaluaciones individuales y está sirviendo también de documento de intercambio de información con organizaciones externas.

Para realizar la autoevaluación se utilizó la herramienta Perfil 3.1, que es considerado el método más sencillo de evaluación para organizaciones sin experiencia previa. Se realizó una sesión formativa sobre el uso de la herramienta para el equipo evaluador. Una vez realizadas las autoevaluaciones individuales se realizaron cinco reuniones de consenso breves guiadas por un profesional del hospital, externo a la Unidad, acreditado como auditor EFQM. Se discutieron todas las preguntas cuya respuesta dio como resultado una discrepancia de puntuaciones superior al 25% y se definieron los principales puntos fuertes y débiles de la organización para cada uno de los criterios y subcriterios del modelo. Se identificaron un total de 50 iniciativas de mejora, que fueron posteriormente agrupadas y definidas como ocho áreas de acción, con una propuesta concreta de actuación para cada una de ellas.

Se presentó el informe de resultados en una reunión a todos los trabajadores de la Unidad. El informe incluía la propuesta de plan de acción para cada una de las áreas de acción identificadas, proporcionando de esta forma información a los trabajadores para que conociesen el trabajo a realizar y pudiesen presentarse voluntarios a aquellos grupos de trabajo que trataban temas de su interés. Los grupos han sido formados con trabajadores voluntarios y en la actualidad se encuentran trabajando en las líneas propuestas.

- INICIATIVAS DE MEJORA

La iniciativa de mejora principal fue identificada antes de comenzar el proyecto y se convirtió en el objetivo del mismo, consistiendo en mejorar el sistema de gestión previo de la Unidad para convertirlo en un sistema de gestión que incluyese los principios de la mejora continua y en concreto los principios y la metodología del modelo EFQM.

Es preciso destacar que la implantación del sistema de mejora de calidad está siendo gradual y que la estructuración de las fases del proyecto en evaluación, planificación y actuación no supone en ningún caso un sistema rígido sino un marco totalmente flexible que proporciona una guía para la actuación, que se adapta a las necesidades de cada momento

concreto. De esta forma, durante el proceso de redacción de la memoria y autoevaluación han surgido iniciativas de mejora espontáneas al observar las diferencias existentes entre la situación de la Unidad y los criterios definidos en un modelo de excelencia, iniciativas que en muchos casos se han ido poniendo en práctica a medida que se iban identificando. Ejemplos de iniciativas de mejora identificadas y realizadas durante este proceso son la definición de la misión, visión y valores de la Unidad, la definición de los distintos grupos de interés para la Unidad y el sistema de intercambio de información con cada uno de ellos, la realización de estudios de evaluación de la continuidad asistencial con otros dispositivos, la realización de estudios de evaluación de satisfacción de trabajadores de la Unidad, la creación de una página web como medio de proporcionar información a pacientes, familiares y otras organizaciones similares a la nuestra (<http://www.hggm.es/ua>), la creación de grupos de terapia para familiares y representantes legales de pacientes y otras modificaciones y mejoras en muchos de los procesos que ya se estaban llevando a cabo en la Unidad.

Además de estas iniciativas de mejora espontáneas, de la primera autoevaluación, como ya hemos expuesto, han surgido un total de 50 iniciativas de mejora (reflejadas en el anexo 1) de mayor o menor entidad, que han sido agrupadas en ocho planes de acción. Los ocho planes de acción cubren las siguientes áreas de actuación: definir el mapa de procesos de la Unidad, mejorar el sistema de recepción de información de familiares de pacientes, protocolizar la información proporcionada al área, mejorar los procesos de sustituciones, potenciar los reconocimientos a empleados, incrementar la seguridad en la Unidad, documentar el sistema de gestión de la Unidad y definir sistemas de evaluación de resultados.

- RESULTADOS OBTENIDOS

El resultado fundamental del proceso que presentamos es la adaptación del sistema de gestión de la Unidad a los principios de la mejora continua de calidad, en concreto a la metodología del Modelo EFQM.

Como aspectos positivos obtenidos cabe destacar la implicación voluntaria del personal en el proceso y en los planes de acción propuestos y el diseño inicial del proceso que suponía la inclusión de las opiniones de todos los trabajadores de la Unidad, obteniendo así resultados aceptados por todo el personal y aumentando el compromiso general con el trabajo posterior. Es preciso destacar también que la redacción participativa de la memoria y las discusiones durante el proceso de autoevaluación han servido como potentes instrumentos de comunicación interna entre profesionales. La formación en mejora de calidad, que se proporcionó de forma inicial a un grupo reducido de trabajadores y está siendo ampliada actualmente a un número mucho mayor, contribuirá al cambio de mentalidad necesario para el trabajo según los principios de la mejora continua. Ha sido necesario también vencer las resistencias al cambio habituales en las organizaciones, para obtener el esfuerzo extra inicial que supone un proyecto de estas características, lo que se ha logrado mediante la transmisión de la confianza en que con este esfuerzo se obtendrá un aumento de eficiencia y rentabilidad del trabajo a largo plazo, beneficioso para pacientes y trabajadores.

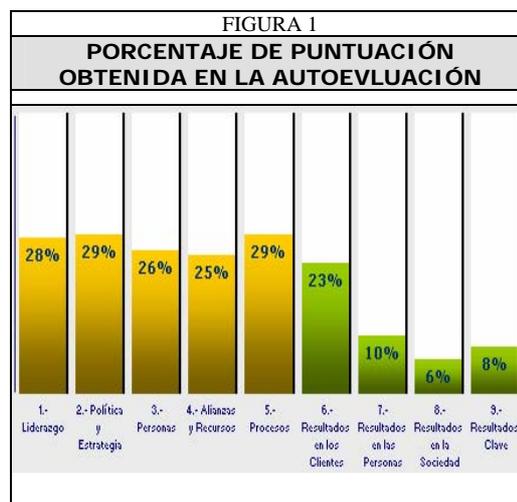
Este proceso supone la primera aplicación del Modelo EFQM a una unidad del Hospital Gregorio Marañón, por lo que la experiencia puede servir de guía para trabajos similares que se puedan desempeñar en otras áreas de la organización. Supone también una experiencia pionera en el país en la aplicación del EFQM a una Unidad de Psiquiatría de Adolescentes, lo que ha significado un esfuerzo extra de adaptación del modelo, que está siendo compartido con Unidades similares.

Dentro de los resultados obtenidos vamos a exponer brevemente los datos de resultados de la autoevaluación y de algunos de los sistemas de evaluación de resultados utilizados.

Autoevaluación: La puntuación total obtenida en la autoevaluación según el modelo EFQM, realizada con la herramienta Perfil 3.1 entre los meses de febrero y marzo de 2003, es de 208 puntos, lo que supone un 21% de la puntuación del total del modelo. Estos resultados corresponderían a un nivel bronce de acreditación si se solicitase una evaluación externa,

resultado que es valorado muy positivamente para una primera autoevaluación. A continuación se presentan los datos desglosados por criterios.

CRITERIOS	Puntos de la Unidad	Porcentaje de la Unidad
1.- Liderazgo	28	28%
2.- Política y Estrategia	23	29%
3.- Personas	23	26%
4.- Alianzas y Recursos	23	25%
5.- Procesos	40	29%
6.- Resultados en los Clientes	47	23%
7.- Resultados en las Personas	9	10%
8.- Resultados en la Sociedad	4	6%
9.- Resultados Clave	12	8%
Total	208 puntos	21%



Los resultados obtenidos reflejan, de forma general, un mayor porcentaje de puntuación obtenida en los criterios agentes que en los criterios de resultados. Este resultado es coherente con el hecho tratarse de una Unidad de nueva creación que todavía no ha estado en funcionamiento el tiempo suficiente como obtener muchos datos de resultados y menos aún tendencias en los mismos. Refleja también un sistema de mejora de la calidad en proceso de creación, con numerosas iniciativas para mejorar la calidad asistencial que han sido recientemente implantadas y que, por lo tanto, todavía no han generado resultados. Esperamos que la puntuación obtenida actualmente en los criterios agentes se refleje en la próxima autoevaluación en un aumento de puntuación de los criterios de resultados.

Estudio de satisfacción de familiares o tutores de pacientes: Al tratarse de población menor de edad, la satisfacción de los clientes se mide principalmente mediante encuestas de satisfacción anónimas realizadas a los familiares o tutores legales de los pacientes. Se promueve el intercambio de resultados con unidades similares, habiendo realizado hasta la fecha varios estudios comparativos. La escala, el proceso de aplicación y los resultados obtenidos han sido publicados para que puedan servir de guía para estudios similares en otras unidades. En el anexo 3 se presenta información detallada del proceso y los resultados obtenidos en los estudios de satisfacción de familiares, que se resumen a continuación:

Población: Familiares o tutores de todos los pacientes ingresados en la Unidad. Se entrega una encuesta de satisfacción por paciente.

Método: La encuesta se entrega personalmente a los familiares en el momento del alta del paciente. Se devuelve cumplimentada en los buzones dispuestos para ello a la entrada de la Unidad o mediante envío por correo. Las respuestas son totalmente anónimas.

Resultados: El índice de respuesta obtenido en el último estudio (septiembre 2002- febrero 2003) fue 34%. Los resultados obtenidos en cada respuesta están reflejados en la tabla 2, en una escala de respuesta del 1 al 10. Sólo dos ítems obtienen una puntuación inferior (aunque muy cercana) a 9. Es preciso destacar que ambas puntuaciones han sufrido un incremento significativo desde la última evaluación, 0,87 la adecuación de las condiciones físicas de la unidad y 1,07 la ayuda psicológica a familiares y tutores.

TABLA 2			
RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES			
Tema de la Pregunta	Media	Mediana	Desv. típica
Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción	9,76	10	1,35
Puntualidad en las citas	9,39	10	1,50
Información sobre el trastorno y tratamiento recibido	9,51	10	1,12
Competencia profesional de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales	9,47	10	1,11
Amabilidad y consideración en el trato de psiquiatras, psicólogo y trabajadora social	9,80	10	0,81
Adecuación de las condiciones físicas de la Unidad	8,94	10	1,58
Corrección en el trato del personal de enfermería	9,82	10	0,73
Competencia profesional del personal de enfermería	9,88	10	0,60
Ayuda psicológica a la los familiares y tutores	8,96	10	1,99
Cantidad y corrección en el trato a los familiares	9,68	10	0,93
Puntuación global a la acogida y el trato del equipo	9,29	10	1,00
Puntuación global a la competencia y eficacia profesional del equipo	9,40	10	0,87

Estudio de satisfacción de los Centros de Salud Mental (CSM) de Referencia: La

continuidad de la asistencia es considerada uno de los componentes básicos de calidad de la atención sanitaria, y dentro de los dispositivos que proporcionan servicios a la población infanto-juvenil con patología psiquiátrica, los CSM tienen una importancia fundamental para la Unidad. A principios de 2002 se define un método de evaluación de los mecanismos de coordinación establecidos con estos dispositivos, basado en una encuesta de satisfacción. A continuación se presentan algunos datos del estudio, que está incluido en el anexo 4:

Población: Encuesta enviada a un psiquiatra de cada CSM de las Áreas Sanitarias cubiertas por la Unidad. Total de cuestionarios enviados: 22.

Método: Escala de satisfacción de creación propia. Envío y recepción de respuestas mediante correo. Se realiza una llamada telefónica personal reiterando la importancia del envío de la respuesta. El estudio es anónimo.

Resultados: El índice de respuesta fue 71,4%. Los resultados obtenidos en cada respuesta están reflejados en la tabla 3, en una escala de respuesta del 1 al 5 donde 1 significa "totalmente en desacuerdo" con lo expresado en el enunciado y 5 "totalmente de acuerdo". Ningún ítem obtiene un resultado medio inferior a 3 "Ni acuerdo, ni desacuerdo". Siete comentarios abiertos que cubrían un total de 9 temas.

TABLA 3			
RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE C.S.M.			
Tema de la pregunta	Media	Mediana	Desv. Típica
Conozco la Unidad y sus instalaciones	4,07	5	1,44
Conozco al médico responsable de mi paciente	4,43	4	0,51
La Unidad da solución a mis pacientes cuando requieren ingreso	4,21	4	0,70
Puedo intercambiar opiniones con los profesionales de la Unidad	4,47	4	0,52
La Unidad dispone de recursos suficientes	3,40	3	0,83
El trámite de derivación es sencillo	3,20	4	1,15
La demora para ingreso es adecuada	4,13	4	0,64
Recibo informe de alta de hospitalización	3,87	4	1,19
El informe de alta es adecuado	4,27	4	0,80
La duración del ingreso es adecuada	3,67	4	0,72
Los pacientes y/o familiares me refieren satisfacción con la Unidad	3,73	4	0,80
La continuidad de cuidados es muy adecuada	3,87	4	0,74
Me interesa recibir los datos de la Unidad	4,40	5	0,83

Estudio de satisfacción de los trabajadores de la Unidad: La satisfacción de los trabajadores de la Unidad es importante en sí misma y por los efectos directos que tiene en el trato y tratamiento que se ofrece a nuestros pacientes. En el año 2002 se plantea la necesidad de contar con un sistema de evaluación de satisfacción de profesionales anónimo y objetivo, que proporcionase datos de aquellas áreas en las que se debían trabajar para mejorar así el clima laboral. A continuación se presentan algunos datos del estudio realizado, incluido en el anexo 5:

Población: Todos los trabajadores que prestan servicios en la Unidad de forma continua (excluyendo estudiantes, rotantes, etc.) de todas las categorías profesionales.

Método: Se utiliza el cuestionario de satisfacción "Font-Roja", previamente validado en el medio asistencial. Se entrega en mano el cuestionario a todos los trabajadores y las respuestas se depositan en un buzón cerrado situado en la Unidad y destinado a este fin. Se reitera periódicamente la importancia de su devolución.

Resultados: El índice de respuesta fue 97%. Los resultados obtenidos en cada respuesta están reflejados en la tabla 4, en una escala de respuesta del 1 al 10, donde las puntuaciones más bajas reflejan una menor satisfacción con el tema tratado y las puntuaciones altas una mayor satisfacción. Tres ítems se encuentran por debajo de la puntuación media, estando dos de ellos fuera de la capacidad de actuación de los trabajadores de la Unidad. Respecto al tercer ítem con baja puntuación, se ha realizado un estudio específico de posibles causas y líneas de acción. Las puntuaciones se consideran muy positivas para una encuesta de satisfacción de trabajadores.

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE TRABAJADORES			
Tema de la Pregunta	Media	Mediana	Desv. típica
Variación del trabajo diario en la Unidad	6,97	8	1,00
Responsabilidad en el trabajo en la Unidad	8,12	8	0,86
Cansancio al final de una jornada laboral	5,76	6	1,08
Con frecuencia pienso en el trabajo fuera del centro	4,91	4	1,09
No necesito emplear toda mi energía para realizar mi trabajo	7,39	8	1,05
Mi trabajo no perturba mi salud, ánimo o sueño	6,24	6	1,14
Me encuentro muy satisfecho en mi trabajo	7,15	8	0,94
Independencia para organizar mi trabajo	7,09	8	1,06
Oportunidades para hacer cosas nuevas	6,42	6	1,11
Interés por las cosas que realizo en mi trabajo	8,73	8	0,60
Sensación de que lo que hago vale la pena	8,36	8	0,88
El reconocimiento que recibo por mi trabajo es reconfortante	6,12	6	1,17
La relación con mi/s jefe/s-as es muy cordial	8,06	8	0,92
Relaciones con compañeros son muy cordiales	8,30	8	0,80
El sueldo es muy adecuado	3,88	4	0,83
Mi trabajo es adecuado a mi formación y capacidad	6,97	8	0,80
Oportunidades de promoción profesional	4,55	4	1,01
Tiempo para realizar mi trabajo	5,76	6	0,99
Se lo que se espera de mi por parte de mis jefes/as	7,03	8	0,94
Mi trabajo es excesivo, no doy abasto con lo que hay que hacer	6,42	6	0,96
Los problemas personales de mis compañeros me suelen afectar	5,58	6	1,11
Sensación de estar capacitado para mi trabajo	8,24	8	0,60
Disponibilidad de recursos suficientes para realizar mi trabajo bien	5,88	6	1,12
La competitividad en mi trabajo me causa estrés	7,21	8	1,09

Resultados clave de la Unidad: A continuación se presenta un resumen de datos de movimiento asistencial y resultados obtenidos. Los datos de resultados se presentan de forma más detallada en la memoria de la Unidad, incluida en el anexo 2. Es preciso tener en cuenta que en el año 2003 sólo están incluidos los meses de enero a septiembre, es decir, un total de nueve meses. Es necesario un ajuste de datos para realizar comparaciones con los años precedentes.

- Datos de movimiento asistencial

DATOS DE ESTANCIAS				INGRESOS POR TIEMPO TRANSCURRIDOS DESDE EL ALTA									
	2001		2002		2003*		2001		2002		2003*		
Número de estancias	3.698		4295		2907		REINGRESOS	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estancia media	17,36		16,15		14,32		R. en < 1 día	1	0,49	0	0	0	0
Índice de ocupación	50,66%		59,33%		52,99%		R. en ≤ 2 días	2	0,98	3	1,15	2	0,99
							R. en ≤ 7 días	4	1,95	9	3,46	5	2,46
							R. en ≤ 30 días	14	6,83	30	11,5	19	9,36
							R. en > 30 días	21	10,2	35	13,4	24	11,8
							R. Urg. = CDM en < 1 día	1	0,49	0	0	0	0
							R. Urg. = CDM en ≤ 30 días	12	5,85	21	8,08	18	8,87
Total	213		264		208		Total	55		98		50	

NÚMERO Y TIPO DE INGRESOS						
TIPO DE INGRESO	2001		2002		2003*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urgentes	158	74,17	203	76,89	176	87,19
Programados	52	24,41	54	20,45	26	12,81
Traslados	3	1,14	7	2,65	6	2,88
Total	213		264		208	

- Datos de calidad de la historia clínica:

ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS			
	2001	2002	2003*
Altas	210	240	203
Historias entregadas al archivo	205	223	203
Historias retenidas en el Servicio	5	17	0
Demora media en entrega	18 días	17 días	7 días
Porcentaje de retención	2,38%	7,08%	0%

DATOS DE CODIFICACIÓN			
	2001	2002	2003*
Media de diagnósticos codificados	2,43	3,26	3,15
Porcentaje de altas codificadas	98%	98%	100%

- Datos de funcionamiento

FUNCIONAMIENTO			
	2001	2002	2003*
Índice de funcionamiento	1,326	1,4340	1,288

FUNCIONAMIENTO			
	2001	2002	2003*
Media de procedimientos	0,55	1,63	2,71

- Datos de impacto social y científico

NÚMERO DE APARICIONES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN					
	2000	2001	2002	2003*	Total
Diarios regionales	5	2	-	3	10
Diarios nacionales	11	13	11	4	39
Radios regionales	4	-	-	-	4
Radios nacionales	12	-	-	2	14
Televisión regional	2	-	-	-	2
Televisión nacional	3	-	1	2	6
TOTAL	37	15	12	6	75

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD				
	2001	2002	2003*	En prensa
Artículos	7	6	6	5
Capítulos de libro	1	5	8	3
Comunicaciones y posters	9	48	34	
Cursos impartidos	16	17	23	
Cursos organizados por la Unidad	1	1	2	

- Datos de calidad percibida por el usuario:

RECLAMACIONES DE USUARIOS			
	2001	2002	2003*
Nº de reclamaciones	1	2	0
Tiempo medio de resolución (días)	8	11,5	-
% resuelto en < 15 días	100%	100%	-

DEMANDAS Y CAMBIO DE PROFESIONAL			
	2001	2002	2003*
Nº de demandas	0	0	0
Nº de peticiones de cambio de profesional	0	0	0

* El año 2003 incluye únicamente los datos de enero a septiembre, un total de 9 meses.

DOCUMENTO 2

**RELACIÓN DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE
PSIQUIATRÍA DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
GREGORIO MARAÑÓN**

- Relación nominal del personal funcionario perteneciente a los grupos A y B y del personal laboral con categoría de nivel igual o superior a la de Titulado Medio.

PSIQUIATRAS:

Celso Arango López
M^a José Parellada Redondo

Dolores M^a Moreno Pardillo
Ana Ruiz Sancho

DUES

María Domínguez Bidagor
Blanca Armengod del Valle
M^a Angeles Jiménez Gómez
José Romo Villa
Consuelo Vega Rodríguez

Beatriz Sinovas Gómez
Otilia López Martínez
Fernando Burgueño Gutiérrez
Mercedes Gascón Serrano

SUPERVISORA DE ENFERMERÍA

Lourdes Ontoria Martínez

PSICÓLOGA

Ana M^a Gallego Benito

TRABAJADORA SOCIAL

Josefina Mateo Mateo

PROFESORES ENSEÑANZA

M^a Antonia Álvarez Martínez

Luis Emilio Oliver Navas

TERAPEUTA OCUPACIONAL

Lourdes Méndez Mena

- Número total al que asciende el restante personal de la Unidad: 14

ANEXO 1

PROCESO DE INTRODUCCIÓN DE LA MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ADOLESCENTES

INDICE DE CONTENIDOS

0- INTRODUCCIÓN	2
1- DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PREVIA	6
1.1. ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO Y LEGAL EXISTENTE	6
1.2. ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA UNIDAD	8
2- OBJETIVOS	11
3- PROCESO.....	12
3.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y NORMATIVA. PLANIFICACIÓN	13
3.2 CREACIÓN DEL EQUIPO EVALUADOR.....	14
3.3. REDACCIÓN DE LA MEMORIA Y FORMACIÓN DEL EQUIPO EVALUADOR	16
3.4. AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE LA HERRAMIENTA PERFIL 3.1 ...	19
3.4.1 Sesión formativa	20
3.4.2. Realización de autoevaluaciones individuales.....	21
3.4.3. Reunión de consenso.....	21
3.4.4. Resultados de la autoevaluación.....	23
3.4.5. Análisis por criterios	24
3.4.6. Análisis de resultados	41
4- RESULTADOS.....	45
4.1. PROPUESTA DE PLANES DE ACCIÓN.....	45
4.1. PLANIFICACIÓN DE LA RE-ESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN.....	55
5- CONCLUSIONES	57
6- NOTAS DEL TEXTO	63

_Toc52677983

0- INTRODUCCIÓN

El presente proyecto muestra el proceso seguido para la introducción de un sistema de mejora continua de la calidad en una la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón.

En nuestros días, la calidad de la asistencia sanitaria es considerada uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos¹. Si la gestión se ha preocupado en las décadas precedentes esencialmente por la eficiencia, en la actualidad, su objetivo principal va a ser la calidad de los servicios sanitarios². Aunque los pilares fundamentales de la mejora de calidad vienen marcados por las políticas sanitarias y las directrices de la organización, entendemos que la actuación de las personas directamente implicadas en el trato y tratamiento a los pacientes es un factor fundamental para el logro de una asistencia sanitaria con un nivel de calidad elevado. La Unidad de Psiquiatría de Adolescentes, dentro de este marco conceptual, considera una responsabilidad ética y moral propia el objetivo de ofrecer la mayor calidad asistencial a los pacientes tratados en la Unidad, y se plantea la necesidad de un plan global de mejora y evaluación calidad.

La Unidad se inauguró en noviembre de 2000, por lo que al inicio de este proyecto llevaba en funcionamiento aproximadamente dos años. Desde la inauguración de la Unidad se llevaron a cabo iniciativas de mejora de calidad, evaluación de satisfacción de usuarios y rendimiento de la organización, aunque estas iniciativas de mejora carecían de un marco general de organización.

En noviembre de 2002, ante una mayor madurez de la organización de la Unidad tras dos años de funcionamiento, contando con la experiencia de las actividades de

mejora de calidad realizadas hasta entonces, conscientes de la importancia de la calidad de la asistencial ofrecida a los usuarios, y en un momento de cambio de las políticas sanitarias (publicación de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid³, finalización de las transferencias sanitarias a la Comunidad y publicación del Plan de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid⁴) se plantea la necesidad de realizar un programa de mejora de la calidad en la Unidad siguiendo las directrices marcadas por estas políticas sanitarias y por el propio hospital, que ayude a organizar las iniciativas de mejora que se estaban llevando a cabo, marque las directrices generales que guíen la actuación en la materia y proporcione bases conceptuales y metodológicas a los trabajadores. Se decide utilizar el Modelo de europeo de excelencia (“European Foundation for Quality Management”, a partir de ahora EFQM) como base conceptual y como instrumento de autoevaluación, siguiendo las directrices marcadas en el Plan de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid y las directrices del Hospital Gregorio Marañón.

Parte del trabajo que presentamos está compuesto por el proceso de autoevaluación mediante el modelo EFQM que se ha llevado a cabo en la Unidad. Es preciso aclarar que el proceso de autoevaluación no ha sido un fin en sí mismo, sino únicamente un método para conocer, mediante la utilización de una metodología válida, fiable y objetiva, la situación real de la organización en materia de gestión de calidad. El análisis de los principios del modelo EFQM, de los puntos fuertes y de las áreas de mejora identificadas, ha sido el punto de partida para la definición y puesta en práctica de un programa de mejora de calidad para la Unidad, que se ha materializado en la redacción del plan de calidad, la definición de los objetivos de calidad para los próximos años y la creación de grupos de mejora para trabajar las principales iniciativas de mejora detectadas.

Cabe destacar como uno de los mayores valores de este proyecto el hecho de que todo el trabajo realizado ha sido promovido y realizado por los trabajadores de la Unidad, sin contar con recursos materiales, económicos o humanos extraordinarios y sin que ello supusiese en ningún momento un perjuicio para la actividad asistencial llevada a cabo en la Unidad y el tratamiento ofrecido a los pacientes. Para realizarlo se ha contado con la guía metodológica de un experto en calidad no perteneciente a la organización, que ha actuado de coordinador del proyecto, ayuda que ha sido solicitada y obtenida por los trabajadores de la propia Unidad mediante la alineación de los objetivos de la organización con el trabajo del profesional. Desde la Unidad se ha promovido también la implicación de la Unidad de Calidad del Hospital, que ha proporcionado una inestimable colaboración en las actividades docentes y las reuniones de consenso. De igual forma, han sido los propios trabajadores los que han promovido la obtención de la formación en calidad y en el modelo EFQM que necesitaban. Entendemos por lo tanto que el resultado del proyecto, una vez conseguidos los objetivos planteados, repercutirá en una mayor calidad de la asistencia prestada a los pacientes, una mejora en la organización del trabajo de los empleados y la obtención de un mayor rendimiento de la organización, sin un mayor consumo de recursos que los que ya disponía la Unidad.

Aunque la experiencia de utilización del Modelo de la EFQM es muy amplia en varios tipos de organizaciones de servicios, y numerosa en organizaciones sanitarias (especialmente del País Vasco⁵⁻⁷, Comunidad Valenciana⁸⁻⁹, y otras Comunidades Autónomas¹⁰⁻¹²), las experiencias de utilización en la asistencia psiquiátrica son más reducidas, no tendiendo conocimiento hasta la fecha de ninguna otra experiencia de aplicación a la asistencia psiquiátrica de población adolescente o infanto-juvenil. Además, la Unidad ha sido pionera en la aplicación del modelo EFQM dentro del

Hospital Gregorio Marañón, siendo hasta ahora la única Unidad evaluada. De esta forma, la experiencia de aplicación y adaptación del modelo a esta población específica y en este contexto específico supone un mayor esfuerzo pero a la vez un valor añadido del proyecto, que esperamos sirva de guía en la aplicación del modelo a otras organizaciones del sector.

1- DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PREVIA

1.1. ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO Y LEGAL EXISTENTE

Con la finalización de las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas se publica, el 20 de diciembre de 2001, la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), que establece las directrices básicas en cuanto a la ordenación sanitaria en general, a la posición de la salud mental y a los sistemas de evaluación y gestión de calidad. Los principios de esta ley se han analizado y tenido en cuenta para el planteamiento posterior del sistema de mejora de calidad de la Unidad, en especial el hecho de convertir al ciudadano en el centro del sistema sanitario, definiendo sus derechos y deberes, destacando su derecho a la información, decisión, confidencialidad, y a participar en la política sanitaria.

La LOSCAM establece la promoción, la garantía de la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios como uno de los principios rectores dirigido a asegurar la protección de la salud, la ordenación y la organización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Algunas de las actividades a llevar a cabo por el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid para asegurar y promover la calidad, que han sido tenidas en cuenta en la Unidad son:

- Adopción de medidas para la promoción de calidad de los servicios sanitarios por los provisos de los mismos, así como el establecimiento de controles de calidad generales.
- Articulación de un sistema de auditoría interna y externa y de acreditación para medir la calidad técnica de los recursos disponibles, con el concurso de los profesionales.

- Uno de los principios de organización y funcionamiento de esta Red Integrada es la evaluación continua de los componentes de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública y su difusión, aplicando criterios objetivos, homogéneos y promoviendo su extensión al conjunto de los centros provisos de la Comunidad de Madrid.

Recogiendo las directrices marcadas por la LOSCAM, en julio de 2002 se publica el primer Plan Integral de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, que establece las bases que deberán seguir los programas de mejora de calidad de los servicios sanitarios públicos y privados. Entre lo expuesto en este plan de calidad, algunos de los principios que han sido tomados y aplicados en la Unidad son:

- Orientación del Sistema Sanitario a los ciudadanos, teniendo en cuenta sus opiniones, promoviendo su participación y estableciendo los instrumentos necesarios para el ejercicio de sus derechos.
- Mejora de las prestaciones, tanto en sus aspectos de gestión como en las condiciones de acceso.
- Racionalización, eficacia y humanización de los servicios sanitarios, basados en una gestión más autónoma y responsable.
- Adecuación de los sistemas retributivos, de formación y de participación de los profesionales en las decisiones de la organización sanitaria.

En el Plan de Calidad se establece que la Consejería de Sanidad toma el modelo oficial de la Comunidad de Madrid, el modelo EFQM, como modelo de referencia para la gestión de calidad. Establece como objetivos generales del plan la mejora continua

tanto de la atención sanitaria ofertada como de la satisfacción de los ciudadanos y de todos los agentes que se relacionan con el Sistema Sanitario de la Comunidad.

A su vez, el Hospital Gregorio Marañón había publicado en el año 2000 su plan de calidad, en el que se establecía el EFQM como instrumento para la realización de autoevaluaciones internas de calidad en el hospital.

1.2. ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA UNIDAD

Enmarcado en la situación normativa y legal expuesta, este proyecto se realiza en la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón. La Unidad fue inaugurada en noviembre de 2000, siendo en el momento de su inauguración el único recurso existente para el ingreso específico de patología psiquiátrica adolescente en la Comunidad de Madrid. Cuenta con 20 camas para jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Cubre las áreas sanitarias 1, 3, 4, 5, 6, 9 y 11 de la Comunidad, y cuenta con una plantilla total de 34 profesionales.

Es preciso destacar que en la Unidad se llevaban a cabo desde su inauguración proyectos de mejora de calidad, que han servido de base para este proyecto, integrándose o modificándose según correspondiese. Un ejemplo de estas iniciativas de calidad es la existencia de un sistema de evaluación de satisfacción de familiares o tutores de los pacientes, cuyos datos se analizaban y comparaban con otras organizaciones del sector. A pesar de esto, en la Unidad no existían mecanismos estructurados de mejora de calidad.

Entre los aspectos que han facilitado la realización del proyecto cabe destacar la existencia de un equipo de profesionales de la Unidad altamente motivado e implicado, aspecto clave a la hora de implantar un programa de calidad¹³. La motivación e implicación de los trabajadores había quedado de manifiesto previamente ante la participación voluntaria en tantas iniciativas de mejora como habían sido necesarias, como por ejemplo la redacción y evaluación de protocolos clínicos, un alto índice de asistencia a reuniones de gestión o la realización de estudios de satisfacción. Para todos estos proyectos se solicitaron profesionales voluntarios y el número de trabajadores dispuestos a participar era tan alto que en ocasiones fue necesario limitar la participación de voluntarios para lograr un desempeño óptimo en las iniciativas.

El compromiso del responsable de la Unidad con la mejora de la calidad ha sido determinante para llevar a cabo este proyecto. El responsable de la Unidad fue quien se planteó la necesidad de implantar un sistema de mejora de calidad, buscó asesoramiento metodológico sobre cómo llevarla a cabo y dirigió la puesta en práctica del proceso. Del líder ha salido también la iniciativa de solicitar ayuda tanto externa al hospital como de la Unidad de Calidad del mismo, para suplir la falta de conocimientos sobre sistemas de mejora de calidad que tenían los profesionales. En la literatura sobre mejora de calidad, son muchos los autores que destacan la colaboración de los líderes como un elemento imprescindible para la implantación de un sistema de calidad¹⁴⁻¹⁵ y en este caso la implicación ha sido total.

La existencia de colaboradores formados en metodología de gestión de calidad que coordinasen el proyecto ha sido otro factor facilitador de su consecución. La falta

de personal con la suficiente cualificación para llevar a cabo un proyecto de semejante envergadura, se suplió con la oferta a una persona experta ajena a la Unidad, para que este proyecto supusiera a su vez su tesis doctoral. Además, desde la Unidad de Calidad del Hospital se ha puesto a disposición de la Unidad los recursos necesarios, se ha dado la formación específica necesaria y se ha contactado con un profesional del hospital certificado como auditor en el modelo EFQM que actuase de facilitador en las reuniones de consenso.

Entre las dificultades más importantes cabe destacar la falta de formación en metodología de calidad y en el modelo EFQM del personal de la Unidad, que antes de comenzar el proyecto era prácticamente nula, y la inexperiencia en procesos de autoevaluación, ya que ningún miembro de la plantilla había participado en procesos previos. La propia dinámica de formación de la Comunidad suponía otra dificultad en sí misma, ya que a pesar de tener previstos varios cursos sobre el modelo EFQM estos no estaban programados para los meses de realización del proyecto, lo que provocó la necesidad de buscar acciones formativas alternativas.

La falta de recursos ha sido otra debilidad, ya que el trabajo en este proyecto no ha eximido en ningún caso a los participantes de sus obligaciones diarias, suponiendo así un exceso de trabajo tanto para los participantes como para los compañeros que les han suplido en su actividad asistencial en momentos determinados. Una gran parte del proyecto se ha realizado en horas personales fuera del horario de trabajo.

2- OBJETIVOS

El objetivo global del proyecto es realizar un cambio en el sistema de gestión de la Unidad, incorporando al mismo los principios y la metodología de mejora de gestión de calidad, con el fin de obtener un mejor aprovechamiento de los recursos, una mejor calidad de la asistencia recibida por el paciente y una mayor satisfacción de los trabajadores de la Unidad. Este objetivo global incluye a su vez varios objetivos específicos:

- Realizar un análisis guiado y objetivo de la situación de la Unidad, identificando las áreas de mejora principales para posteriormente establecer planes de acción en dichas áreas. Para este análisis situacional era necesario utilizar un instrumento válido, objetivo y fiable.
- Estructurar las iniciativas de mejora que de forma aislada se habían llevado a cabo en la Unidad, implantando un sistema organizado de mejora de la calidad.
- Introducir a los trabajadores de la Unidad en los principios y la metodología de los sistemas de mejora de la calidad y en concreto en el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial.
- Disponer de un sistema objetivo de evaluación de resultados compuesto por indicadores de rendimiento e indicadores de percepción de todos los grupos de interés para la Unidad.
- Aplicar el Modelo EFQM en una Unidad de Psiquiatría de Adolescentes, sector en el que no había experiencias previas de aplicación.
- Servir de proyecto piloto de aplicación del modelo EFQM dentro del Hospital del que forma parte la Unidad.

3- PROCESO

Para la aplicación del EFQM a la Unidad se han llevado a cabo dos proyectos que en ocasiones se han solapado en el tiempo:

- 1- Redacción de la memoria de la Unidad según el esquema de informe por “Simulación de Presentación al Premio”.
- 2- Realización de una autoevaluación utilizando la herramienta perfil 3.1. por un equipo evaluador de trabajadores de la Unidad.
- 3- Redacción del Plan de Gestión de la Unidad, partiendo de los resultados obtenidos

El cronograma del proceso queda reflejado en la siguiente tabla:

● Revisión bibliográfica, normativa y de experiencias similares existentes en esta y en otras Comunidades Autónomas.	Noviembre- diciembre, 2002
● Presentación del proyecto y creación del equipo evaluador	Febrero, 2003
● Redacción de la memoria de la Unidad siguiendo el esquema de simulación de presentación al premio.	Enero- abril, 2003
● Reuniones de formación en el modelo EFQM del equipo evaluador y análisis de la memoria.	Marzo, 2003
● Realización de la autoevaluación de la Unidad mediante la herramienta Perfil 3.1.	Abril- junio, 2003
● Redacción del Plan de Gestión de la Unidad, partiendo de los objetivos identificados en la autoevaluación.	Septiembre- octubre, 2003

3.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y NORMATIVA. PLANIFICACIÓN

La primera parte del proceso, realizada fundamentalmente por el responsable de la Unidad y la coordinadora del proyecto, consistió en la revisión de legislación y normativa que marcaran las bases para el proyecto de calidad de la Unidad. Así, este proyecto supone la aplicación práctica de las directrices marcadas por las políticas sanitarias actuales en la Comunidad y por las propias directrices del hospital.

Ante la necesidad de ampliación de conocimientos para organizar el proyecto, se contactó con profesionales de otras organizaciones sanitarias que habían realizado proyectos similares, aplicando el modelo EFQM u otros modelos de certificación. La documentación y el consejo recibido de dichos profesionales fueron fundamentales en la planificación del proyecto.

Una vez estructurado el proceso a llevar a cabo para la implantación de un programa de mejora de la calidad en la Unidad, el responsable se puso en contacto con la Unidad de Calidad del hospital, presentó el proyecto en una reunión de información y se acordó la participación de la Unidad de Calidad. El apoyo proporcionado ha cubierto todos los aspectos necesarios, realizando, entre otras, las siguientes actividades: asesoramiento conceptual y metodológico durante todo el proceso, realización de sesiones de formación en conceptos de calidad y en el modelo EFQM, participación en sesiones de clarificación de dudas y análisis de la memoria de la Unidad, aportación de herramientas de mejora de calidad, participación en las reuniones de consenso de la autoevaluación y obtención de un profesional del hospital acreditado como auditor del modelo EFQM que actuase como facilitador y coordinador de las reuniones de consenso.

3.2 CREACIÓN DEL EQUIPO EVALUADOR

Uno de los motivos principales por los que se escogió la autoevaluación como punto de partida para la implantación de un sistema de mejora de calidad en la Unidad es que este método de evaluación ha demostrado obtener un alto grado de implicación del personal en los programas de mejora de calidad¹⁶. Se pretendía de esta forma crear un sistema de calidad participativo en el que los trabajadores fuesen parte fundamental del proceso.

Para fomentar la participación del personal, el proyecto se expuso en una reunión trimestral de gestión a la que acuden todos los trabajadores de la Unidad de los distintos turnos horarios. Se solicitaron profesionales voluntarios para componer el equipo evaluador y se explicó las responsabilidades que asumirían. Se explicaron las responsabilidades de los trabajadores de la Unidad en el proceso, aunque no formasen parte del equipo evaluador.

Se establecieron los siguientes criterios para la creación del equipo evaluador:

- El responsable de la Unidad debía ser uno de los miembros del equipo evaluador, dando muestras de su implicación con la mejora de la calidad y garantizando su compromiso con las iniciativas de mejora resultantes de la autoevaluación.
- La selección de los participantes se haría entre las personas voluntarias siguiendo el principio de la máxima participación y representatividad de todos los colectivos profesionales, estableciendo un límite de cinco personas para evitar que por su tamaño se volviese inoperante.
- Era un requisito recomendable que los integrantes del equipo evaluador tuviesen formación en metodología de mejora de calidad y sistemas de gestión de la Unidad,

aunque estos conocimientos se podían suplir por una disposición positiva hacia el proceso y compromiso de participar en actividades de aprendizaje.

La presentación de personal voluntario dispuesto a participar en el proceso de autoevaluación fue superior al límite de personas establecido, por lo que se seleccionó al equipo final según los criterios expuestos. Las personas cuya participación fue necesario rechazar en este proceso pasan a ser participantes prioritarios en las iniciativas de mejora de calidad resultantes de la autoevaluación.

El equipo evaluador está compuesto por: el responsable de la Unidad, una psiquiatra, una enfermera, una auxiliar de enfermería y la trabajadora social.

El primer paso realizado tras la creación del equipo evaluador fue organizar una sesión de formación de los integrantes del equipo en los conceptos de mejora de calidad y el modelo EFQM. La sesión fue llevada a cabo por la responsable de la Unidad de Calidad del Hospital y además de los conceptos teóricos necesarios incluyó discusión de dudas y análisis de cómo estos principios se podían aplicar a una unidad de las características de la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes. Se entregó al equipo evaluador la documentación necesaria para que profundizaran en el aprendizaje del modelo mediante lectura y trabajo personal, y se estipuló que las dudas planteadas en la lectura personal serían resueltas por la responsable de calidad en reuniones posteriores.

3.3. REDACCIÓN DE LA MEMORIA Y FORMACIÓN DEL EQUIPO EVALUADOR

La memoria de una organización siguiendo el esquema de “simulación de presentación al premio” consiste en un documento de extensión limitada (74 páginas en grandes organizaciones y 35 páginas en PYMES) en el que se documenta el nivel de desarrollo de la organización en cuanto a enfoque, despliegue y resultados de cada uno de los criterios y subcriterios del modelo EFQM.

La memoria de simulación de presentación al premio se suele redactar con la finalidad de presentarse a un reconocimiento externo en organizaciones que ya tienen experiencia previa en el proceso de autoevaluación, pues consiste en un método de evaluación bastante más costoso en cuanto a tiempo y esfuerzo que otros métodos.

Al tratarse de la primera autoevaluación en la Unidad, y siguiendo los consejos proporcionados por el Club Gestión de Calidad, descartamos la idea de realizar la autoevaluación mediante este método porque, al carecer de la formación y experiencia necesaria, lo considerábamos un método demasiado ambicioso. Aún así, no queriendo renunciar a los beneficios que proporciona la redacción de la memoria, se decidió redactar dicho documento con el fin de que sirviese de información de base para las autoevaluaciones individuales e incluyese sugerencias de todos los trabajadores de la Unidad, incluyéndolos así en el proceso de autoevaluación. Al no estar redactada para la presentación a una evaluación externa, la memoria no cumple todos los criterios estipulados, como por ejemplo la extensión del documento, ya está concebido únicamente como un documento de recogida de información.

Los pasos seguidos para la redacción y aprobación del documento de la memoria han sido:

- Redacción de un primer esquema-borrador por el responsable de la Unidad y la coordinadora del proyecto, que sirviese de guía conceptual para la inclusión de información por parte del equipo evaluador y los demás miembros de la Unidad.
- Presentación del borrador al equipo evaluador. Distribución de la tarea de búsqueda de información para su inclusión en el documento.
- Reuniones de discusión del significado de cada uno de los criterios del modelo EFQM y análisis de la información incluida en cada apartado. Estas reuniones, a las que asistían además del equipo evaluador la responsable de calidad del hospital y la coordinadora del proyecto, servían a la vez de sesiones de formación y redacción de la memoria. Se realizan un total de 5 sesiones de algo más de una hora de duración.
- Presentación del borrador a todos los trabajadores de la Unidad y establecimiento de plazos para la recepción de aportaciones y modificaciones al documento. Para agilizar el proceso, las sugerencias serían recogidas principalmente por escrito, aunque se establecieron también unas fechas en las que los miembros del equipo evaluador estarían disponibles para reunirse con los trabajadores que necesitasen ampliación de información o clarificación de conceptos para poder aportar sus sugerencias.
- Redacción del documento final de la memoria que incluye la información proporcionada por todos los trabajadores de la Unidad.

La redacción de la Memoria de la Unidad y las reuniones y discusiones llevadas a cabo para obtener el consenso sobre la información a incluir, sirven en sí mismas

como método de identificación de oportunidades de mejora de la calidad de la Unidad, al comparar la práctica llevada a cabo en la Unidad con las directrices marcadas en un modelo de excelencia.

Durante este proceso de redacción de la memoria se han introducido iniciativas de mejora al quedar patente su necesidad. Por ejemplo, al comprobar que la misión, visión y valores del hospital no estaban adaptados para la unidad, el equipo evaluador ha llevado a cabo un proceso de adaptación y comunicación de las mismas al resto del personal. Otro ejemplo sería la realización de estudios de satisfacción de algunos grupos de interés, como los trabajadores y los Centros de Salud Mental ambulatorios, que han sido realizados y protocolizados para que formen parte, a partir de ahora, del sistema de recepción de información de los distintos grupos de interés.

Se ha comprobado también que la redacción de la memoria de la Unidad es un potente instrumento de comunicación interna, ya que algunas de las dudas que surgían en los trabajadores al leer el documento estaban provocadas por el desconocimiento del modo de trabajo de otras disciplinas distintas a la suya. Además, la memoria servirá a partir de ahora como elemento de comunicación de la Unidad con otras organizaciones.

Por último, aplicación del EFQM mediante la redacción de la memoria ha supuesto en sí mismo un proceso de gran valor didáctico, que permite interiorizar sus principios, como ya han documentado otras organizaciones sanitarias que han realizado el mismo proceso¹⁷.

El *anexo A* contiene el texto definitivo de la memoria de la Unidad.

3.4. AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE LA HERRAMIENTA PERFIL 3.1

Podemos definir la autoevaluación como un examen global, sistemático y regular de las propias actividades y resultados de una organización comparados con un modelo de excelencia empresarial¹⁸. La autoevaluación permite a las organizaciones discernir claramente sus puntos fuertes y áreas de mejora, reconocer las carencias más significativas, y de esta forma ser capaces de para poner en marcha planes de acción con los que fortalecerse.

Para la realización de la autoevaluación se utiliza la herramienta Perfil, cuestionario en forma de aplicación informática facilitado por el Club Gestión de Calidad, que es el instrumento recomendado por la propia EFQM¹⁹ para organizaciones que cuentan con poca o ninguna experiencia en el modelo. Perfil cuenta con 120 preguntas, agrupadas bajo los distintos subcriterios del modelo, que deben ser contestadas en una escala de respuesta del 1 al 100. Algunos de los motivos que nos llevaron a la utilización de este instrumento de evaluación son:

- Es un proceso metodológicamente sencillo, en el que se va respondiendo a unas preguntas guiadas. La aplicación informática es muy intuitiva y su necesidad de formación muy limitada: bastan unas indicaciones básicas para su correcta utilización.
- La necesidad de recogida de información de base para la autoevaluación es menor que al utilizar otros métodos, por lo que el proceso necesita de mucho menos tiempo y esfuerzo por parte del equipo evaluador.
- La puesta en común y discusión de puntos fuertes y áreas de mejora es también más sencilla que otros métodos de evaluación. El análisis se basa en las evidencias

disponibles y de ahí se extraen puntos fuertes y áreas de mejora de la organización, que sirven para impulsar las actividades de mejora.

- La utilización de la Herramienta Perfil tutorizada por un licenciario del Club Gestión de Calidad da la posibilidad, si llegase a considerarse adecuado, de solicitar un reconocimiento externo mediante un sello de excelencia.
- La herramienta Perfil ha sido previamente probada y validada en distintos tipos de organizaciones, entre ellas organizaciones sanitarias²⁰.
- La principal limitación al utilizar este instrumento es que no se recoge la información completa de la organización, sino un resumen de su situación. En este caso hemos suplido esta limitación con la redacción de la memoria, que ha supuesto un sistema de recogida y difusión de información muy completo.

3.4.1 Sesión formativa

Al ser la primera autoevaluación, se estableció una sesión formativa de presentación de la herramienta Perfil 3.1. al equipo evaluador. Durante la sesión se cubrieron los siguientes aspectos:

- Presentación de la aplicación informática y directrices básicas para el manejo técnico de la misma.
- Bases conceptuales para la realización de la autoevaluación: cómo evaluar los criterios agentes y cómo evaluar los resultados. Las necesidades de evidencias como base para la puntuación otorgada.
- Experiencia práctica de valoración de algunas de las preguntas de cuestionario, para homogeneizar el sistema de puntuación de los distintos evaluadores.

3.4.2. Realización de autoevaluaciones individuales

Cada uno de los miembros del equipo evaluador realizó su propia autoevaluación basándose en la información disponible en la memoria de la Unidad y su propio conocimiento del funcionamiento de la misma. La autoevaluación individual se realizó con la herramienta Perfil 3.1. versión evaluador.

Las autoevaluaciones se realizaron en sesiones organizadas por el propio evaluador, en algunos casos en momentos de menor presión asistencial en la propia Unidad y en otras ocasiones en su tiempo personal durante las tardes o los fines de semana.

Estas autoevaluaciones se realizaron de forma totalmente independiente para evitar que el criterio de unos evaluadores influyese en otros. Durante este periodo el coordinador del proyecto estaba a disposición del equipo evaluador para la consulta de posibles dudas que se pudiesen plantear.

3.4.3. Reunión de consenso

La reunión de consenso tenía un doble objetivo: por un lado, poner en común y consensuar las evaluaciones individuales del equipo, llegando a un acuerdo en la puntuación otorgada, y por otro lado discutir los puntos fuertes, áreas de mejora y propuestas de iniciativas de mejora identificadas. Al ser la primera autoevaluación realizada por un grupo evaluador sin experiencia, las reuniones de consenso sirvieron también de espacio de clarificación de conceptos por parte del auditor del modelo EFQM que actuaba de coordinador.

Para evitar que la autoevaluación interfiriese en la actividad diaria de la Unidad, se realizaron varias reuniones de consenso de corta duración, que eran más fáciles de adaptar al desarrollo de la actividad asistencial de los profesionales. Se realizaron en total cinco reuniones de consenso de una duración aproximada de dos horas, que suponen unas diez horas de discusión de resultados.

Se decidió llevar un proceso de análisis y consenso sobre todos los puntos cuya discrepancia entre las puntuaciones de los distintos evaluadores fuese superior a un 25%, que es el porcentaje recomendado por la EFQM para grupos que no hayan realizado autoevaluaciones previas. Un total de 35 preguntas tenían una discrepancia superior al 25%. La tabla 3.4.A muestra el número de preguntas analizadas en el proceso de consenso distribuidas por criterios, y el porcentaje que suponen dentro del total de las preguntas del criterio:

CRITERIOS	Preguntas para proceso de consenso	Porcentaje (%) del total de las preguntas del criterio
1.- Liderazgo	1	9%
2.- Política y Estrategia	1	5%
3.- Personas	5	25%
4.- Alianzas y Recursos	6	42%
5.- Procesos	3	16%
6.- Resultados en los Clientes	3	23%
7.- Resultados en las Personas	3	37%
8.- Resultados en la Sociedad	6	75%
9.- Resultados Clave	7	77%
Total	35	29%

Una de las debilidades identificadas en la herramienta perfil es que la falta de análisis sobre las preguntas sin discrepancias puede llevar a equívocos. Para paliar esta debilidad, durante la redacción de conclusiones de la autoevaluación, la coordinadora del proyecto repasó las preguntas que no habían sido debatidas en la reunión de consenso añadiendo algunos puntos básicos imprescindibles al análisis.

3.4.4. Resultados de la autoevaluación

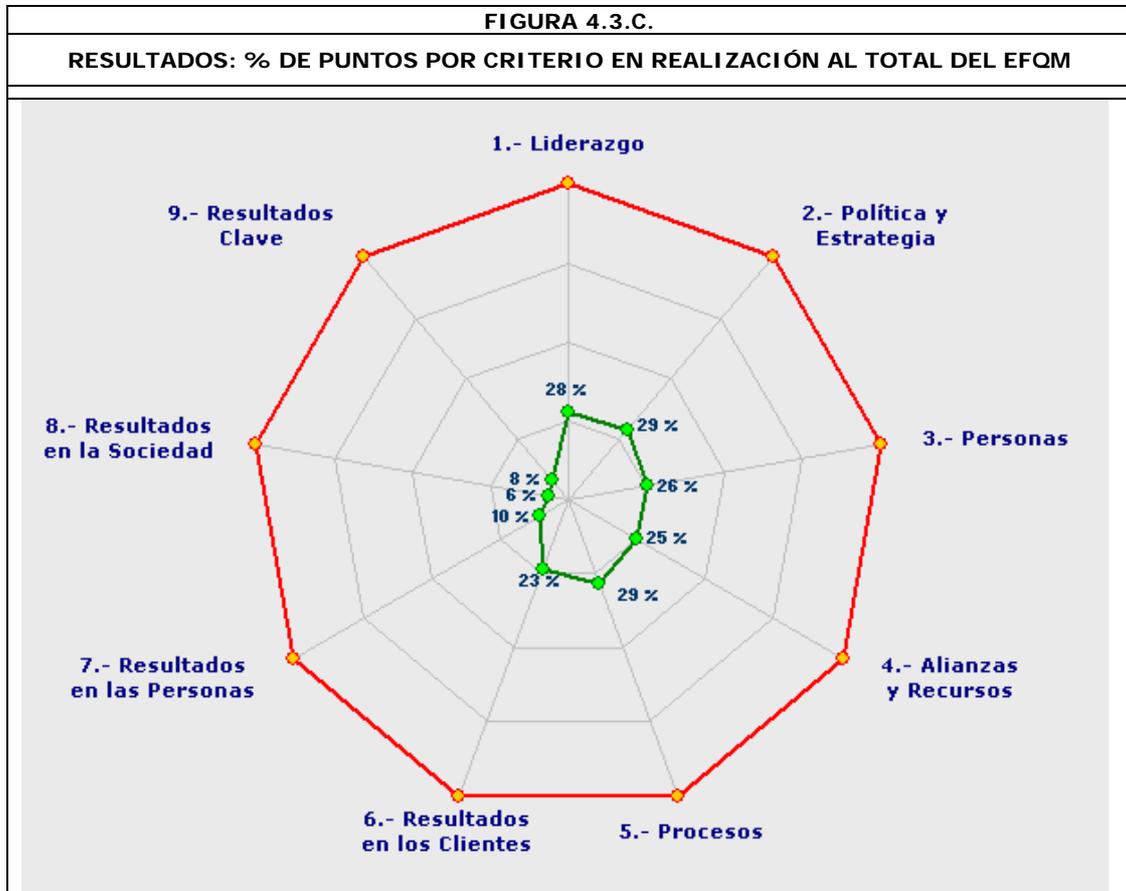
La puntuación total obtenida en la autoevaluación mediante el Modelo Europeo de Excelencia de la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón, realizada con la herramienta Perfil 3.1 entre los meses de febrero y marzo de 2003 es de 208 puntos, lo que supone un 21% de la puntuación del total del Modelo EFQM.

La puntuación obtenida en cada uno de los criterios que forman el modelo queda reflejada en la siguiente tabla:

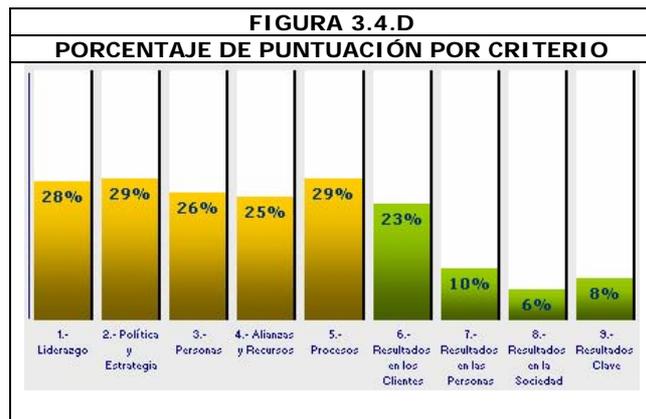
CRITERIOS	Puntos: Máximo EFQM	Puntos EFQM de la Unidad	Porcentaje (%) EFQM Organización
1.- Liderazgo	100	28	28%
2.- Política y Estrategia	80	23	29%
3.- Personas	90	23	26%
4.- Alianzas y Recursos	90	23	25%
5.- Procesos	140	40	29%
6.- Resultados en los Clientes	200	47	23%
7.- Resultados en las Personas	90	9	10%
8.- Resultados en la Sociedad	60	4	6%
9.- Resultados Clave	150	12	8%
Total	1000	208 puntos	21%

Los resultados obtenidos reflejan, de forma general, un mayor porcentaje de puntuación obtenida en los criterios agentes que en los criterios de resultados (con la única excepción del criterio de Resultados en los clientes, que obtiene una puntuación relativamente alta). Este resultado es coherente con el hecho de estar evaluando la calidad de una Unidad de nueva creación en la que todavía no hay muchos datos de resultados y menos aún de tendencias en los mismos. La discrepancia entre la puntuación obtenida en criterios agentes y resultados refleja también un sistema de mejora de la calidad en proceso de creación, con numerosas iniciativas para mejorar la calidad asistencial recientemente implantadas que todavía no han generado resultados.

La discrepancia de puntuación obtenida entre criterios agentes y resultados queda claramente reflejada en la figura 3.4.C, donde la línea verde refleja el porcentaje de puntuación obtenida en cada criterio en relación al total de puntos de EFQM:



En la figura 3.4.D. se observa también la diferencia del porcentaje de puntuación respecto al máximo del EFQM obtenido en los criterios agentes (en amarillo) y los criterios resultados (en verde):

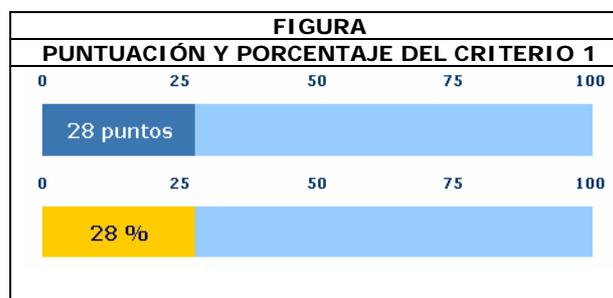


3.4.5. Análisis por criterios

A continuación se presenta el análisis de los puntos fuertes, las áreas de mejora y las propuestas de planes de acción para cada uno de los criterios del modelo:

CRITERIO 1: LIDERAZGO

El criterio “Liderazgo” obtiene un total de 28 puntos, lo que supone un 28% de la puntuación total del EFQM en este criterio.



Puntos fuertes:

- La misión, visión y valores de la Unidad están definidos y consensuados por los líderes y un grupo de trabajo (equipo evaluador de EFQM) y se ha comunicado a todos los trabajadores.
- El compromiso del responsable de la Unidad con la calidad se materializa en promover la autoevaluación de calidad mediante el modelo EFQM y participar en cursos de formación en técnicas de calidad (gestión por procesos).
- Los líderes evalúan la efectividad de su propio liderazgo recogiendo información de los distintos grupos de interés mediante encuestas y reuniones periódicas.
- Se evalúan los objetivos anuales de gestión en función de los resultados obtenidos.
- El sistema de gestión se revisa mediante los resultados obtenidos en indicadores pactados, estudios de opinión a distintos grupos de interés y reuniones periódicas con los distintos grupos de interés.
- Los líderes de la Unidad promueven la realización de encuestas de satisfacción a distintos grupos de interés (familiares y tutores de los pacientes, trabajadores de la Unidad y Centros de Salud Mental de referencia).
- Los líderes participan en actividades de formación cuando son requeridas por distintos grupos sociales.
- Se realizan reuniones periódicas con otras unidades similares como método de intercambio de información y ayuda mutua.
- El jefe de sección es profesor asociado de la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Maryland.
- Los líderes de la Unidad han participado en grupos de expertos con distintas asociaciones.
- Los líderes promueven la participación y asunción de responsabilidad de los trabajadores, como queda reflejado en la puntuación de 7,09 obtenida en la encuesta de satisfacción de trabajadores.

Áreas de mejora:

- La misión, visión y valores están definidos pero no están difundidos a todos los grupos de interés.

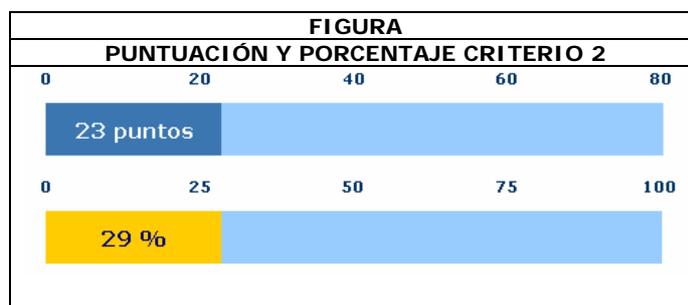
- No existe una definición de cada uno de los procesos en los que se despliega la política y la estrategia. No está definido tampoco el sistema de evaluación de estos procesos.
- No se han definido objetivos de participación de los líderes en la sociedad y con los distintos grupos de interés.
- No hay una sistemática estructurada de recepción de opiniones de todos los grupos de interés e inclusión de esta información en planes de mejora conjuntos.
- Aunque se fomenta la participación de los trabajadores en actividades de mejora, no siempre se puede proporcionar recursos materiales y el tiempo necesarios para realizarlos.
- Aunque se realizan actividades ocasionales de reconocimiento para los empleados, no existe política de reconocimiento por los logros obtenidos.

Iniciativas de mejora:

- Definir el mapa de procesos de la Unidad, que sea coherente con la política y estrategia.(1.A).
- Definir el sistema de evaluación del funcionamiento de los procesos. (1.B).
- Estructurar el método de inclusión de la información procedente de los distintos grupos de interés en la toma de decisiones. (1.C).
- Definir los objetivos de participación de los líderes en la sociedad y con los distintos grupos de interés. (1.D).
- Definir un sistema de transmisión de visión, misión y valores de la organización a todos los grupos de interés. (1.E).
- Estudiar sistemas de reconocimiento para los empleados por los logros obtenidos. (1.F).

CRITERIO 2: POLITICA Y ESTRATEGIA

El criterio “Política y Estrategia” obtiene un total de 23 puntos, lo que supone un 29% de la puntuación total del EFQM para este criterio.



Puntos fuertes:

- Se recoge información de forma sistemática de los grupos de interés más importantes para la Unidad.
- Se tiene en cuenta la información que llega por todo tipo de vías no estructuradas para realizar cambios necesarios en la estrategia o el modo de funcionamiento de la Unidad (cambios documentados en actas de reuniones trimestrales).
- Se recogen datos legales, epidemiológicos y científicos para adaptar la Unidad a las necesidades del sector.
- La política y estrategia se revisa anualmente durante la reunión de evaluación de resultados del contrato anual de gestión y planteamiento de objetivos para el año siguiente.
- Se forma a los profesionales en las nuevas necesidades detectadas en el sector (por ejemplo, psiquiatría intercultural) y se realizan cambios en la gestión (por ejemplo, alianzas con la Agencia antidroga).

Áreas de mejora:

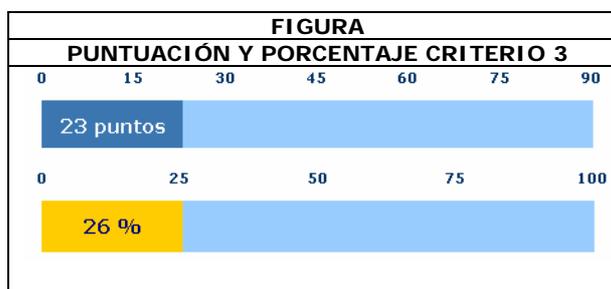
- No hay un proceso formal de revisión de la política y estrategia que tenga en cuenta información procedente de todos los grupos de interés.
- No hay plan estratégico documentado de la Unidad.
- No está documentado el modo de transmisión de política y estrategia.

Iniciativas de mejora:

- Definir el proceso de revisión de política y estrategia y documentar los resultados de dicho proceso. Definir modo y periodo de evaluación. (2.A)
- Documentar el plan estratégico de la Unidad y su método de revisión. (2.B).
- Incluir el proceso de comunicación en el plan estratégico. (2.C).

CRITERIO 3: PERSONAS

El criterio “Personas” obtiene un total de 23 puntos, lo que supone un 26% de la puntuación total del EFQM para este criterio.



Puntos fuertes:

- Los principios de igualdad y principios éticos y morales en la contratación de personal se siguen según la normativa aplicada a la contratación de trabajadores de la Comunidad de Madrid.
- La contratación de personal se ha hecho según los requisitos establecidos en el proyecto de creación de la Unidad, gracias a la continua presentación de datos y motivos que avalasen dicho plan.
- Hay espacios definidos (por ejemplo reuniones trimestrales de gestión) para recoger opiniones de los trabajadores sobre los distintos aspectos que afectan a su trabajo en la Unidad, sirviendo de transmisión de información en sentido vertical y horizontal.
- Se evalúa la efectividad de los canales de comunicación mediante la encuesta de satisfacción de trabajadores y se obtienen resultados positivos.
- Se ha puesto en práctica un conjunto de actividades de formación en la propia Unidad adaptado a las necesidades de conocimiento y competencias de los trabajadores.
- Se potencia la formación de los profesionales y su participación en actividades de desarrollo profesional (congresos, investigación) para todas las profesiones.
- Se diseñan sistemas de trabajo que favorecen el intercambio de conocimientos entre trabajadores y el aprendizaje colectivo (visitas a otros centros similares, sistema rotatorio de enfermero-psiquiatra, rotación de estudiantes).
- Se alinean las necesidades personales y de la organización mediante la participación de los trabajadores en la definición de protocolos y sistemas de trabajo relacionados con su profesión, valorado positivamente en la encuesta a trabajadores.
- Existe un alto nivel de participación de los profesionales en iniciativas de mejora.
- Se recogen iniciativas propuestas por los trabajadores y se facilita en la medida de lo posible que sean llevadas a la práctica.
- Las iniciativas de mejora se ponen en práctica gracias en gran medida a la motivación del personal, que hace esfuerzos añadidos a su trabajo diario, muchas veces en su tiempo libre.
- Existe un sistema de orientación para nuevos trabajadores y estudiantes que proporciona la información necesaria sobre su puesto de trabajo y funciones.
- Se realizan actividades de ocio conjunto (cena anual para todos los trabajadores, celebración de cumpleaños, actividades de ocio fuera del horario del hospital). El clima de trabajo tiene buena valoración de los empleados.

- Las instalaciones de la Unidad son mejorables pero en general se consideran por encima de la media de la sanidad pública.

Áreas de mejora:

- Cuando las opiniones de los trabajadores no pueden ponerse en práctica no se da suficiente información de los motivos que impiden que se lleven a cabo.
- Aunque las reuniones trimestrales de gestión son un espacio de recogida de iniciativas de mejora propuestas por los profesionales, se duda del conocimiento de trabajadores del alcance de dicho espacio.
- No se explica explícitamente la oportunidad de todos los trabajadores de proporcionar sugerencias para el sistema de gestión y sistema de trabajo de la Unidad.
- Los planes de carrera profesionales están limitados a muy pocos médicos.
- El sistema de sustituciones de bajas y vacaciones funciona de forma deficiente, no cubriendo todas las vacaciones y tardando meses en cubrir bajas.
- No hay bolsa de trabajo específica para salud mental, cuando ésta es una de las especialidades de enfermería reconocidas.
- No está documentado el proceso de detección de necesidades de formación, elaboración de planes de formación y evaluación de los resultados de los mismos.
- No se evalúan las posibles necesidades de formación de la Unidad a largo plazo.
- No se recogen datos sobre los niveles reales de asistencia a las actividades de formación realizadas en por la propia Unidad.
- No se evalúan las competencias y conocimientos necesarios por parte de los empleados.
- No se proporcionan recursos ni tiempo adicional para llevar a cabo actividades de gestión o grupos de mejora de calidad.
- No está organizado el tiempo dedicado a cada iniciativa de mejora. Es preciso conocer por adelantado la persona responsable, los participantes, el tiempo previsto (horarios) necesarios, los recursos necesarios y la forma de evaluación.
- No se evalúa el rendimiento de las personas ni se acuerdan acciones de mejora del mismo.
- No existen datos concretos del número de profesionales participantes en actividades de gestión o acciones de mejora.

Iniciativas de mejora:

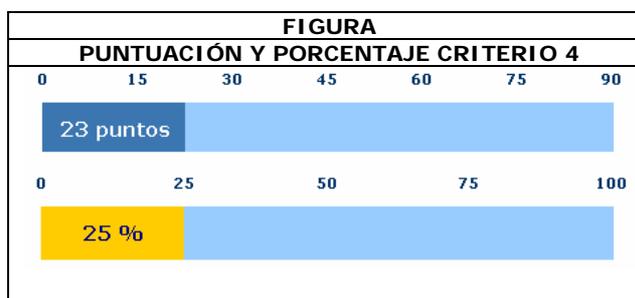
- Promover la creación de una bolsa de trabajo de enfermería específica para salud mental y la celeridad de los procesos de sustitución de bajas y vacaciones. (3.A).
- Realizar el plan anual de formación de la Unidad que incluya un sistema de detección de necesidades, organización de actividades y sistema de evaluación de las actividades de formación realizadas. (3.B).
- Evaluar las oportunidades de aprendizaje en el sistema de trabajo de la Unidad. (3.C).
- Estudiar las posibilidades de implantar un sistema de evaluación del rendimiento profesional. (3.D).
- Establecer un protocolo de definición de recogida de iniciativas de mejora propuestas por los trabajadores, el sistema de gestión (con responsable, tareas, tiempos), sistema

de evaluación de las mismas y el método de dar feedback a los trabajadores para asegurar el conocimiento por parte de estos de los motivos de la decisión de implementar o no las sugerencias. (3.E).

- Establecer de forma explícita la liberación de la actividad profesional diaria (en los casos en que sea posible) cuando se participa en iniciativas de mejora. (3.F).
- Definir un sistema de recogida de datos de profesionales participantes en grupos de mejora o grupos de gestión de la Unidad. (3.G).
- Realizar un estudio sobre la seguridad en la Unidad y sus posibles mejoras. (3.H).
- Estudiar las posibilidades de reconocimiento del personal por sus logros. (3.I).

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

El criterio “Alianzas y recursos” obtiene un total de 23 puntos, lo que supone un 25% de la puntuación total del EFQM para este criterio.



Puntos fuertes:

- Se han establecido mecanismos de coordinación con organizaciones sanitarias, sociales y educativas.
- Existen experiencias de evaluación de algunos mecanismos de coordinación (encuesta satisfacción de Centros Salud Mental).
- La Unidad establece mecanismos para proporcionar información a los grupos de interés más importantes para la unidad.
- Se realizan reuniones periódicas con algunos los proveedores considerados básicos para la Unidad: analítica, pediatría, genética (para sistematizar pruebas), nutrición.
- La Unidad dispone de sistemas avanzados de seguridad adaptados a las características de la población atendida. La seguridad de las instalaciones se comprueba periódicamente por el servicio de seguridad del hospital.
- Los indicadores existentes sobre la calidad de la información en la historia clínica reflejan resultados positivos.
- Existe una página web de la Unidad por iniciativa de los trabajadores para proporcionar información a varios grupos de interés (pacientes y familiares, otras organizaciones similares).
- La evaluación de si la información proporcionada es adecuada a los grupos de interés se realiza periódicamente para algunos colectivos (padres, trabajadores, centros de salud mental).

Áreas de mejora:

- No hay política conjunta de relación con proveedores ni se establecen mecanismos de mejora conjunta con los proveedores internos y externos.
- No se ha definido un sistema estructurado de identificación de las necesidades de información de TODOS los grupos de interés, de información a dichos grupos ni de evaluación de la información ofrecida.
- Aunque se realizan reuniones de coordinación con los proveedores básicos, dichos mecanismos de coordinación no están documentados ni, en algunos casos, sistematizados.
- Se recogen datos de incidentes críticos (accidentes y sucesos relacionados con la seguridad) pero la evaluación de los datos no está estructurada.

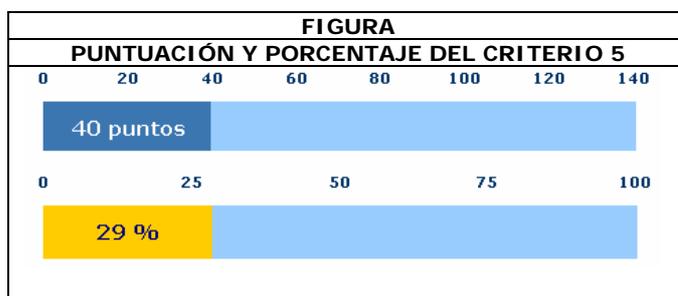
- La seguridad en el trabajo es uno de los temas que más preocupa a algunos trabajadores.
- Aunque hay indicadores sobre la calidad de la historia clínica, no se realizan evaluaciones periódicas de muchos aspectos importantes.
- Existen dudas sobre el cumplimiento de algunos requisitos legales de confidencialidad de información (por ejemplo en el caso de transporte de petición de pruebas).

Iniciativas de mejora:

- Documentar los proveedores básicos para la Unidad y los mecanismos de coordinación con cada uno de ellos. (4.A).
- Definir el sistema de identificación de información necesaria por los grupos de interés y sistema de evaluación de resultados. (4.B).
- Definir indicadores que evalúen aspectos de seguridad e incidentes críticos y estructurar la recogida y el análisis de datos. (4.C).
- Estudiar la efectividad de los mecanismos de seguridad de la Unidad y analizar posibilidades de mejorar estos sistemas. (4.D).
- Protocolizar un sistema de evaluación periódica de la calidad de la información de la historia clínica y su sistema de gestión. (4.E).
- Evaluar el número de entradas en la página web de la Unidad como indicador de la utilidad de la misma y utilizar las sugerencias recibidas en la página web como sistema de evaluación de calidad de la información ofrecida. (4.F).
- Realizar un estudio exhaustivo sobre el grado de cumplimiento de los requisitos legales de seguridad de información. (4.G).

CRITERIO 5: PROCESOS

El criterio “Procesos” obtiene un total de 40 puntos, lo que supone un 29% de la puntuación total del EFQM para este criterio.



Puntos fuertes:

- Existen protocolos de actuación definidos por los profesionales implicados que se evalúan cuando se observan fallos en su funcionamiento.
- Cuando se hacen revisiones exhaustivas de protocolos, se define un periodo de prueba y se realizan mediciones constantes para ver la efectividad de los cambios.
- Se comparten protocolos con otras unidades similares como método de aprendizaje.
- Se hacen modificaciones en los procesos a partir de la información recibida de pacientes y familiares.
- Se investiga y recoge información constantemente como medio para optimizar procesos y prevenir las necesidades futuras.
- Los cambios de funcionamiento en la Unidad se discuten en las reuniones trimestrales y se efectúa un seguimiento de su evaluación en reuniones posteriores. Este proceso se documenta en las actas de las reuniones.
- Existen procesos definidos, conocidos por todos los profesionales de la Unidad y que se ponen en práctica habitualmente, aunque no estén documentados ni tengan un sistema estructurado de evaluación.
- Existen mecanismos de recepción de información de los grupos de interés principales.
- Está definido el sistema de recepción de sugerencias y reclamaciones de clientes, como un método para tener en cuenta sus opiniones.

Áreas de mejora:

- No está definido ni documentado el mapa de procesos ni los procesos clave de la Unidad, ni se cuenta con un sistema de evaluación de la efectividad de dichos procesos.
- A pesar de que el nivel de conocimiento de los profesionales sobre sus funciones en las tareas es bueno, no está documentado.
- Aunque hay numerosos ejemplos de cambios en la Unidad para adaptarse a las necesidades del cliente, el proceso de recepción de opiniones, puesta en marcha de iniciativas y evaluación de las mismas no está documentado.
- Cuando se realizan cambios en el sistema de funcionamiento de la Unidad no siempre se establece un método de evaluación de su efectividad (al menos por escrito).

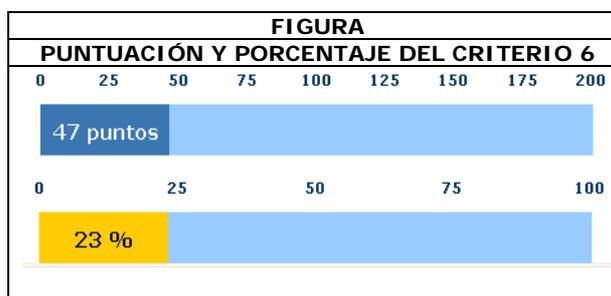
- Los protocolos no tienen un sistema de evaluación ni periodicidad de evaluación definida.
- No se da suficiente información a los familiares sobre los canales que pueden utilizar para comunicarse con los trabajadores de la Unidad (sugerencias, reclamaciones).

Iniciativas de mejora:

- Definir el mapa de procesos de la Unidad, su puesta en práctica y su sistema de evaluación. (5.A).
- Documentar el sistema de cambios en la gestión a partir de la información existente de los grupos de interés, y cómo se lleva a cabo el seguimiento y evaluación de dichos cambios. (5.B).
- Establecer revisiones periódicas para los protocolos que están en funcionamiento. (5.C).
- Incluir en la hoja de información a familiares la existencia de canales escritos de comunicación con la Unidad (encuestas, reclamaciones, sugerencias). (5.D).
- Desagregar la encuesta de satisfacción de familiares en los aspectos que obtienen puntuaciones muy altas consistentemente (próxima revisión del proceso). (5.E).
- Incluir los resultados del estudio de seguimiento de pacientes como modo de evaluación de la efectividad de la actuación. (5.F).

CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES

El criterio “Resultados en los clientes” obtiene un total de 47 puntos, lo que supone un 23% de la puntuación total del EFQM para este criterio.



Puntos fuertes:

- La Unidad realiza estudios periódicos de satisfacción de familiares (o tutores) de pacientes, siguiendo un protocolo estructurado de aplicación y evaluación de resultados.
- Se realizan estudios específicos de satisfacción con servicios concretos de la Unidad, como por ejemplo el servicio de formación o el grupo terapéutico de padres.
- Se realizan estudios de satisfacción de los CSM ambulatorios, siguiendo un protocolo estructurado de aplicación y revisión.
- Tanto el índice de respuesta a los cuestionarios como el nivel de satisfacción obtenido es alto en ambos casos (familiares y CSM) y muestra un buen nivel de satisfacción con la Unidad.
- En el caso de estudio de satisfacción de familiares/ tutores, los datos se comparan con unidades de referencia en el sector y la puntuación obtenida es superior en la mayoría de los casos. Existen evidencias de la utilización de estos datos para realizar mejoras en el funcionamiento de la Unidad.
- Se recogen las expectativas de los pacientes y se les da respuesta directa en reuniones creadas para este fin.
- Se recoge y evalúa información de reclamaciones, felicitaciones, demandas y peticiones de cambio de profesional. Los resultados de todos estos indicadores son buenos.

Áreas de mejora:

- Existen pocas organizaciones similares en el sector con quienes comparar datos de resultados. Es necesario contactar con más organizaciones de características similares para establecer acuerdos de intercambio de datos de resultados.
- No es posible hacer análisis de tendencias por falta de datos históricos.
- No están cubiertos TODOS los grupos de interés. No se han incluido estudios de satisfacción y conocimiento de expectativas de otros grupos de interés.
- No se ha definido un protocolo de aplicación, periodicidad y modo de análisis de datos de los estudios de satisfacción de servicios específicos de la Unidad.
- No se recogen de forma sistemática datos de satisfacción y expectativas de los pacientes.

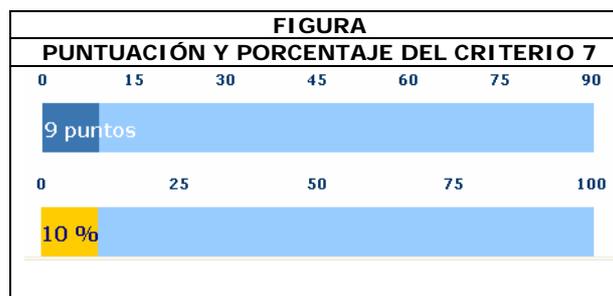
- Las experiencias de revisión de la metodología de evaluación seguida son escasas.
- No se definen objetivos para cada uno de los indicadores incluidos en este apartado.

Iniciativas de mejora:

- Definir un protocolo de estudio de opinión, satisfacción y expectativas de los pacientes respecto a la Unidad. (6.A).
- Potenciar intercambio de datos de resultados de satisfacción de familiares/tutores con más organizaciones del sector y envío del protocolo de estudio de satisfacción de Centros de Salud Mental a unidades similares a la nuestra para potenciar intercambio de datos de resultados. (6.B).
- Ampliar el estudio de satisfacción y expectativas de los centros con los que compartimos pacientes, incluyendo los Centros de Protección de Menores en el estudio. (6.C).
- Definir y estructurar la coordinación con los responsables de área del programa infanto-juvenil. Definir responsable e información para envío periódico de datos. (6.D).
- Definir objetivos para cada uno de los indicadores que se evalúan en este apartado. (6.E).
- Proponer intercambio de datos de sugerencias, reclamaciones y demandas a organizaciones de características similares a la nuestra. (6.F).

CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS

El criterio “Resultados en las personas” obtiene un total de 9 puntos, lo que supone un 10% de la puntuación total del EFQM para este criterio.



Puntos fuertes:

- Existencia de un protocolo de evaluación de satisfacción de trabajadores que se está llevando a la práctica.
- Existencia de espacios estructurados para discusión de quejas, dudas y propuestas de todo el personal de la Unidad (por ejemplo, reuniones trimestrales de gestión). Archivo de conclusiones y decisiones tomadas en las reuniones.
- Existencia de datos que demuestran la oportunidad de participar en actividades formativas y de desarrollo profesional en la Unidad, con claras tendencias positivas en la mayoría de los casos.
- Existencia de datos de satisfacción de trabajadores con resultados positivos. Profundización en la evaluación de problemas ante la evidencia de necesidad de más datos.
- Índice de respuesta a la encuesta de satisfacción de trabajadores muy alto, lo que se entiende como un signo de confianza en la utilidad real de las opiniones.
- Bajo índice de rotación de personal y quejas formales de empleados.

Áreas de mejora:

- El protocolo de evaluación de satisfacción de trabajadores es muy reciente y el ciclo no está completo todavía (falta de planes de acción basados en resultados y comparación longitudinal ni con otras organizaciones del sector).
- No hay datos de indicadores que señalen indirectamente la motivación.
- Los datos de participación en actividades de formación e investigación han sido recogidos a posteriori. No hay un sistema de recogida de datos regular que aumentaría la fiabilidad de los mismos.
- No hay datos de otras organizaciones del sector con las que compararnos.
- No existen indicadores medidos sistemáticamente que recojan información de algunos de los aspectos cubiertos por este apartado (absentismo, bajas, accidentes).

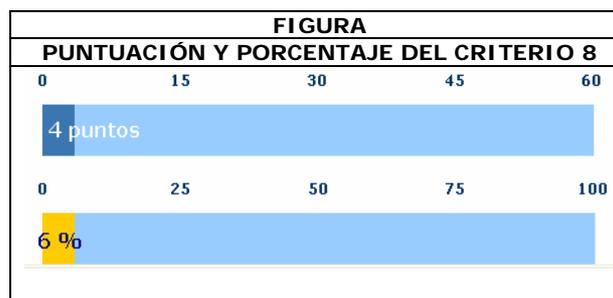
Iniciativas de mejora:

- Promover intercambio de datos de resultados (satisfacción de trabajadores, indicadores de motivación) con otras unidades del sector. (7.A).

- Desarrollar planes de acción basados en los resultados obtenidos. (7.B)
- Realizar estudios longitudinales y en relación al sector cuando se disponga de datos comparativos. (7.C).
- Estructurar el sistema de recogida regular de datos de participación en actividades de formación e investigación de los trabajadores. (7.D).
- Definir indicadores a evaluar periódicamente que cubran aspectos de este criterio. (7.E).

CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

El criterio “Resultados en la sociedad” obtiene un total de 4 puntos, lo que supone un 6% de la puntuación total del EFQM para este criterio.



Puntos fuertes:

- Hay experiencias de colaboración con la sociedad en varios aspectos: formación, presentación de la Unidad, participación en grupos de gestión etc., aunque esta información no se recoja sistemáticamente.
- Se realizan actividades de formación a profesores sobre la enfermedad mental en adolescentes a petición de los mismos.
- Se presenta la Unidad a Ayuntamientos y otras organizaciones comunitarias
- Se realizan apariciones en los medios de comunicación, con el consecuente beneficio para la sociedad y el conocimiento de la salud mental infanto-juvenil.
- Frecuentemente se reciben solicitudes de información de otras regiones que tienen o van a abrir unidades similares. Se intercambia información con dichas unidades.
- Se recogen y evalúan datos de reclamaciones, felicitaciones, demandas y peticiones de cambio de profesional, con buenos resultados en todos estos indicadores.

Áreas de mejora:

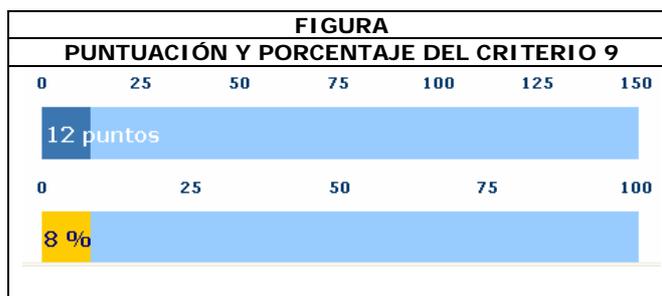
- No se han marcado objetivos para cada una de las áreas que cubre este apartado.
- No se ha definido el sistema de evaluación y definición de objetivos en base a resultados de las áreas cubiertas por este criterio.
- No hay datos de organizaciones del sector con quien establecer comparaciones.

Iniciativas de mejora:

- Recoger información sobre entradas en la página web de la Unidad como indicador de la utilidad de la misma a la sociedad. (8.A).
- Establecer objetivos concretos a lograr relacionados con la sociedad y la implicación de la Unidad en la misma. (8.B).
- Buscar unidades similares con las que intercambiar datos para establecer comparaciones. (8.C).
- Establecer un sistema de definición de objetivos y evaluación de resultados. (8.D).
- Recoger información de actividades de compromiso con la sociedad que se están realizando actualmente, por ejemplo, docencia a profesores. (8.E).
- Recoger información sobre participación en universidades. (8.F).

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

El criterio “Resultados clave” obtiene un total de 12 puntos, lo que supone un 8% de la puntuación total del EFQM para este criterio.



Puntos fuertes:

- Tendencias positivas en algunos de los indicadores evaluados (aumento del índice de ocupación, reducción de la estancia media).
- Se evalúa anualmente el cumplimiento de los objetivos pactados.
- Se evalúan periódicamente algunos indicadores de calidad de la documentación clínica.

Áreas de mejora:

- No se comparan datos con otras organizaciones del sector.
- Existen pocos indicadores de resultados económicos y no económicos que se evalúen periódicamente en la Unidad.
- Al no estar definidos los procesos clave, no existen indicadores que los evalúen.

Iniciativas de mejora:

- Definir indicadores de resultados clave relacionados con los procesos, establecer su periodicidad de evaluación y la utilización de los datos obtenidos. (9.A).
- Potenciar la comparación de datos de resultados con otras organizaciones del sector. (9.B).

3.4.6. Análisis de resultados

Se identificaron un total de 50 iniciativas de mejora durante el proceso de autoevaluación. Algunas de estas iniciativas de mejora eran modificaciones muy concretas a realizar en el funcionamiento actual de la Unidad y otras suponían grandes cambios en el sistema de gestión, para lo que era necesario un plan de acción organizado en el que participasen varios profesionales. Para poder trabajar con toda esta información generada en la autoevaluación era necesario realizar un proceso previo de agrupación y categorización de resultados y el desarrollo de planes de acción para la puesta en práctica de las iniciativas identificadas.

Ante la repetición de iniciativas de mejora propuestas en más de un criterio y la coincidencia en la temática básica de muchas de las 50 iniciativas de mejora identificadas, éstas fueron agrupadas para formar planes de acción globales.

El trabajo realizado para agrupar las iniciativas de mejora en planes de acción partía con el requisito de incluir todas las iniciativas de mejora identificadas, para que la facilitación del trabajo mediante la agrupación de temas no supusiese en ningún caso la pérdida de información generada durante el análisis. Para ello, se identificaron todas las iniciativas de mejora mediante el número de criterio al que pertenecían y el orden de la iniciativa de mejora dentro del total de ese criterio, expresado por una letra en orden alfabético.

Debido al distinto grado de concreción y entidad de las iniciativas de mejora identificadas, a la hora de agruparlas para facilitar la decisión de planes de acción en base a

resultados, algunas de ellas se han considerado temas que deben ser cubiertos dentro del plan de acción global, otras serían ejemplos concretos a incluir dentro del plan de acción y otras se considerarían requisitos básicos de calidad que deben cubrir las acciones de mejora propuestas. Se obtiene en total 8 áreas de acción de mayor o menor entidad.

**ACCIÓN 1:
DEFINIR MAPA DE PROCESOS**

Identificar los procesos clave de la Unidad, definir el mapa de procesos, su puesta en práctica y el sistema de evaluación de resultados (1.A), (5.A).

**ACCIÓN 2:
MEJORAR LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DE FAMILIARES**

Incluir en la hoja de información a familiares la existencia de canales escritos de comunicación con la Unidad (encuestas, sugerencias, reclamaciones). (5.D).

**ACCIÓN 3:
PROTOCOLIZAR LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA AL ÁREA**

Documentar método de coordinación con responsable de área de infanto-juvenil.
Documentar información a enviar periódicamente y responsable de hacerlo. (6.D).

**ACCIÓN 4:
MEJORAR LOS PROCESOS DE SUSTITUCIONES**

Promover la creación de una bolsa de trabajo de enfermería específica para salud mental y la celeridad de los procesos de sustitución de bajas y vacaciones. (3.A).

**ACCIÓN 5:
POTENCIAR RECONOCIMIENTO A EMPLEADOS**

Estudiar sistemas de reconocimiento para los empleados por los logros obtenidos. (1.F), (3.I).

**ACCIÓN 6:
INCREMENTAR LA SEGURIDAD EN LA UNIDAD**

Realizar un estudio exhaustivo de la efectividad de mecanismos de seguridad de la Unidad y su posible mejoría. (4.D), (3.H).

Se identifica la falta de documentación del sistema de gestión. Se llevan a cabo los procesos necesarios de identificación de necesidades, realización de planes de acción y comunicación de los mismos, pero en muchas ocasiones no se mantiene documentación de todo este proceso.

ACCIÓN N° 7:

DOCUMENTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA UNIDAD

Necesidad de documentar el Plan Estratégico y Plan de Gestión de la Unidad (2.A)

- Incluirá un plan de comunicación del plan estratégico (2.C) y la misión, visión y valores de la Unidad. (1.E).
- Deberá tener documentado el método de inclusión de las opiniones de los grupos de interés en la gestión y el modo de seguimiento y evaluación de dichos cambios (5.B), (1.C).
 - *Como método de inclusión de la opinión de los profesionales en la gestión, se establecerá un protocolo de recogida de iniciativas de mejora propuestas por los trabajadores, el sistema de gestión de dichas iniciativas, su sistema de evaluación y el método de dar feedback a los trabajadores para asegurar el conocimiento por parte de estos de los motivos de la decisión de implementar o no las sugerencias recibidas. (3.E).*
- Incluirá su método de revisión, la periodicidad de la misma, etc. (2.B).
- Debe incluir el método de definición de objetivos en base a los resultados obtenidos en las revisiones (2.B).
 - *Establecer objetivos relacionados con la implicación de la Unidad en la Sociedad, puesta en práctica y evaluación de los resultados obtenidos. (8.B,) (8.D).*
 - *Establecer objetivos relacionados con la implicación de los líderes en la sociedad,(1.D)*
 - *Establecer objetivos partiendo de los resultados de satisfacción de los distintos grupos de interés.*
- Identificará los proveedores básicos para la Unidad y los mecanismos de coordinación para cada uno de ellos. (4.A).
- Establecerá un sistema de detección de necesidades de formación en la Unidad, el método de elaboración del plan de formación anual de la Unidad, la organización de las actividades de formación y sistema de evaluación de las actividades realizadas. (3.B).
- Definirá los sistemas de identificación de la información necesaria por los grupos de interés y el sistema de evaluación de resultados (4.B).

Se identifican varias áreas de la Unidad que no cuentan con un sistema de evaluación de resultados. Algunas áreas sólo se nombran, pero para otras se decide cuál debe ser el tema a evaluar o incluso algún indicador concreto que se debería incluir como medida de resultado. Se analizan también algunas condiciones que debe seguir el proceso de evaluación, que han sido agrupadas como “requisitos de los sistemas de evaluación”.

ACCIÓN Nº 8:

DEFINIR SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS:

Temas que necesitan de un sistema de evaluación de resultados:

- Satisfacción de los pacientes (6.A).
- Satisfacción de Centros de Protección de Menores (6.C).
- Motivación e implicación de los trabajadores (7.E).
 - *Participación de los trabajadores en grupos de mejora o gestión (3.G).*
 - *Evaluación del rendimiento profesional (3.D).*
- Formación / Aprendizaje de los trabajadores:
 - *Datos de asistencia a las actividades de formación/ investigación (7.D).*
 - *Oportunidades de aprendizaje en el sistema de trabajo de la Unidad (3.C).*
- Seguridad
 - *Seguridad e incidentes críticos (4.C).*
- Sistemas de información:
 - *Calidad de la información de la historia clínica y su gestión (4.E).*
 - *Requisitos legales de seguridad de información (4.G).*
- Implicación en la sociedad (8.E).
 - *Entradas en la página web y sugerencias recibidas como método de evaluación de su funcionamiento (8.A), (4F).*
 - *Recogida de información de participación en universidades. (8.F).*
- Sistema de evaluación de los procesos una vez definidos (9.A), (1.B).

Requisitos de los sistemas de evaluación:

- Los datos de resultados se compararán con otras organizaciones del sector que ayuden a analizar la situación de la Unidad en dichos resultados. Aspectos a intercambiar datos identificados en el proceso de autoevaluación:
 - *Satisfacción de familiares/tutores (6.B.)*
 - *Satisfacción de centros de salud mental (6.B).*
 - *Satisfacción de trabajadores (7.A).*
 - *Sugerencias, reclamaciones y demandas (6.F).*
 - *Indicadores de motivación y rendimiento de los trabajadores (7.A).*
 - *Compromiso con la sociedad (8.C).*
 - *Resultados de procesos (9.B).*
- Tras el análisis de resultados se definirán objetivos (acciones a emprender) basados en los resultados obtenidos. (7.B). (6.E).
- Se realizarán estudios longitudinales y en relación al sector cuando se disponga de datos comparativos. (7.C).

4- RESULTADOS

4.1. PROPUESTA DE PLANES DE ACCIÓN

No se lleva a cabo una priorización de las ocho áreas de acción identificadas, puesto que una vez agrupadas y analizadas se observa la posibilidad de trabajar en todas ellas en un plazo de tiempo aproximado de dos años.

Para trabajar en las áreas de acción identificadas se designará un profesional responsable, que en ocasiones trabajará con un grupo de trabajo creando para este fin y en otras ocasiones realizará la tarea de forma individual, dependiendo de la cantidad de trabajo y la necesidad de colaboración interprofesional de cada área concreta. Para la designación del profesional responsable de cada área de acción se solicitarán voluntarios de entre todos los trabajadores de la Unidad, siguiendo como criterios de priorización de su participación, el conocimiento que posean sobre el área de acción concreta y el grado de implicación directa de su trabajo en los temas tratados y en los resultados esperados.

Dentro del proceso de análisis llevado a cabo por el grupo evaluador no se han propuesto planes de acción concretos para cada una de las áreas. El motivo para no hacerlo es que, entendiendo que la verdadera riqueza del proceso está en la participación en el sistema de gestión de los trabajadores de la Unidad, se considera que cada grupo de trabajo o profesional responsable es la persona más adecuada para planificar su sistema de trabajo. Lo que sí se han diseñado han sido unas fichas de propuestas de planes de acción que contienen la información básica necesaria para informar a los profesionales sobre las tareas a emprender y poder solicitar voluntarios. Se extrae la información proporcionada durante

las reuniones de consenso para estructurar algunos de los pasos que se deberán llevar a cabo para la puesta en práctica de los planes de acción.

El plan de acción final será definido por cada responsable (en colaboración con su grupo de trabajo en los casos en los que proceda) incluyendo las acciones necesarias, los tiempos previstos para su ejecución y los recursos necesarios, si procede. El grupo evaluador y los expertos en calidad que participan en el proyecto se pondrán a disposición de los responsables de las distintas áreas de acción para colaborar en la definición del plan de acción si éstos lo consideran necesario. Dicho plan de acción será remitido al grupo evaluador que será responsable de velar por la correcta puesta en práctica del mismo. El seguimiento de la evolución de los planes de acción derivados de la autoevaluación se realizará en las reuniones trimestrales de todos los trabajadores de la Unidad.

A continuación se muestran las fichas de propuesta de planes de acción definidas para cada una de las acciones:

OBJETIVO: DEFINICIÓN DEL MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD	ACCIÓN 1
LÍNEA ESTRATÉGICA: Estandarización y optimización de la práctica clínica	
RESPONSABLE Y COLABORADORES: xxxx	MÉTODO TRABAJO Grupo de trabajo
ACCIONES A LLEVAR A CABO: <p>Implicación de personal formado en gestión de proceso o formación en gestión de procesos al equipo de trabajo.</p> <p>Solicitud de apoyo conceptual y material (software de diseño de procesos asistenciales) a la Unidad de Calidad.</p> <p>Identificación de los procesos clave para la Unidad</p> <p>Para cada uno de los procesos clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Definición del proceso ● Definición de las normas de calidad del proceso ● Flujograma del proceso ● Definición del propietario del proceso ● Definición de los indicadores de evaluación del proceso <p>Identificación de interacciones entre procesos</p> <p>Definición del mapa de procesos</p>	CALENDARIO <p>Octubre 2003</p> <p>Octubre- diciembre 2003</p> <p>Procesos clave: Enero- marzo 2003</p> <p>Otros procesos: Abril- julio 2004</p> <p>Septiembre- diciembre 2004</p>
INDICADORES DE RESULTADO Se especificarán en el plan de acción final.	

OBJETIVO: MEJORAR RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DE FAMILIARES	ACCIÓN 2
LÍNEA ESTRATÉGICA: Orientación al cliente	
RESPONSABLE: xxxxxx	MÉTODO TRABAJO Trabajo individual
ACCIONES A LLEVAR A CABO: Incluir en la hoja de información a familiares información sobre: <ul style="list-style-type: none"> ● Sistema de recepción de sugerencias ● Sistema de recepción de reclamaciones ● Estudio de satisfacción de usuarios (padres/tutores) 	CALENDARIO Octubre 2003
INDICADORES DE RESULTADO <ul style="list-style-type: none"> - Realización de la modificación en la hoja informativa. - Nº sugerencias recibidas (indicador de impacto) - Nº reclamaciones recibidas (indicador de impacto) - Nº encuestas satisfacción cumplimentadas (indicador de impacto) 	

OBJETIVO: PROTOCOLIZAR INFORMACIÓN PROPORCIONADA AL ÁREA	ACCIÓN 3
LÍNEA ESTRATÉGICA: Continuidad de cuidados	
RESPONSABLE Y COLABORADORES: xxxxxx	MÉTODO TRABAJO Grupo de trabajo
ACCIONES A LLEVAR A CABO: Protocolizar método de información o coordinación con el área: <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones <ul style="list-style-type: none"> Periodicidad Objetivos Profesionales convocados Método de evaluación • Comunicación con el profesional responsable <ul style="list-style-type: none"> Periodicidad Objetivos Profesionales responsables en la Unidad Método de evaluación • Envío periódico de información <ul style="list-style-type: none"> Periodicidad Información a incluir Profesionales responsables en la Unidad Método de evaluación Entregar protocolo y comunicar a trabajadores en una reunión de gestión.	CALENDARIO Octubre - noviembre 2003
INDICADORES DE RESULTADO - Realización del protocolo en el tiempo establecido - Indicadores definidos en el método de evaluación de cada uno de los apartados - Encuesta de satisfacción de Centros de Salud Mental	

OBJETIVO: MEJORAR LOS PROCESOS DE SUSTITUCIONES	ACCIÓN 4
LÍNEA ESTRATÉGICA: Orientación al cliente; Satisfacción de profesionales; Unificación y optimización de la práctica clínica.	
RESPONSABLE: xxxxxx	MÉTODO TRABAJO Trabajo individual
ACCIONES A LLEVAR A CABO: Transmitir información a subdirección de personal del Hospital.	CALENDARIO Octubre 2003
INDICADORES DE RESULTADO Realización del plan de acción	

OBJETIVO: POTENCIAR RECONOCIMIENTO A EMPLEADOS	ACCIÓN 5
LÍNEA ESTRATÉGICA: Satisfacción de profesionales	
RESPONSABLE Y COLABORADORES: xxxxxxxx	MÉTODO TRABAJO Grupo de trabajo
ACCIONES A LLEVAR A CABO: Estudio de sistemas de reconocimiento de empleados Planificación de sistema de reconocimiento de empleados Comunicación e implantación de sistema de reconocimiento de empleados	CALENDARIO Enero – febrero 2004 Marzo- abril 2004 Mayo – junio 2004
INDICADORES DE RESULTADO - Implantación de sistema de reconocimiento de empleados - Encuestas de satisfacción de trabajadores	

OBJETIVO: INCREMENTAR LA SEGURIDAD EN LA UNIDAD	ACCIÓN 6
LÍNEA ESTRATÉGICA: Satisfacción de profesionales; Orientación al cliente	
RESPONSABLE Y COLABORADORES: xxx	MÉTODO TRABAJO Grupo de trabajo
ACCIONES A LLEVAR A CABO: - Realizar un estudio exhaustivo de la efectividad de los mecanismos de seguridad de la Unidad y su posible mejoría - Realizar cambios en el sistema en base a los resultados obtenidos	CALENDARIO Octubre 2003 – marzo 2004 Abril- mayo 2004
INDICADORES DE RESULTADO Realización del estudio Indicadores de seguridad e incidentes críticos (impacto)	

OBJETIVO: DOCUMENTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA UNIDAD	ACCIÓN 7
LÍNEA ESTRATÉGICA: Todas	
RESPONSABLE: Jefe de sección	MÉTODO TRABAJO Trabajo individual
ACCIONES A LLEVAR A CABO: Desarrollo del plan estratégico de la Unidad Comunicación del plan estratégico a trabajadores	CALENDARIO Septiembre- diciembre 2003 Dic 2003
INDICADORES DE RESULTADO	

OBJETIVO: DEFINIR SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS	ACCIÓN 8
LÍNEA ESTRATÉGICA: Unificación y optimización de la práctica clínica.	
RESPONSABLE Y COLABORADORES: xxxxxx	MÉTODO TRABAJO Grupo de trabajo
ACCIONES A LLEVAR A CABO: Identificar todas las áreas que necesitan de un sistema de evaluación de resultados (partiendo de las identificadas en el proceso de autoevaluación). Distribuir el trabajo entre distintos profesionales dependiendo del área temática, si corresponde. Definir sistemas de evaluación (indicadores) para cada una de las áreas. Definir responsables de su evaluación, periodicidad y modo de análisis de datos que incluya comparaciones individuales. Promover intercambio de datos de resultados con otras organizaciones del sector.	CALENDARIO Octubre 2003 Octubre 2003 Noviembre 2003- abril 2004 Noviembre 2003- abril 2004 Abril 2004
INDICADORES DE RESULTADO Los indicadores se definirán para cada una de las áreas cubiertas	

4.1. PLANIFICACIÓN DE LA RE-ESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN.

Una vez identificados los puntos fuertes, áreas de mejora y planes de acción mediante la autoevaluación, la siguiente fase del proyecto es implementar los planes de acción identificados, seguir periódicamente el proceso de su implementación y evaluar posteriormente los resultados.

Las actividades realizadas hasta este momento (redacción de la memoria, autoevaluación, propuesta de planes de acción), no son consideradas una actividad puntual sino el comienzo de un sistema cíclico de evaluación y actuación en base a resultados según la metodología de los círculos de calidad propuestos por Deming y que constituyen la base de los sistemas de mejora continua de la calidad que se utilizan en la actualidad.

Una de las propuestas de planes de acción, la de documentar el sistema de gestión de la Unidad mediante la realización del plan estratégico y el plan de gestión, es uno de los elementos básicos necesarios para que este proceso pase de ser una iniciativa puntual a ser la consecución de la implantación de un sistema de gestión que incluya la mejora de calidad. Durante la autoevaluación ha quedado patente en numerosas ocasiones la necesidad de un documento guía para la actuación de la organización. De esta forma, el documento a redactar será entendido como algo necesario por los trabajadores, ya que son éstos los que identifican la necesidad de redactar dicho documento y así se evita que sea percibido como un documento meramente formal sin repercusiones prácticas.

Con la redacción del documento estratégico y el plan de gestión de la Unidad y su

puesta en práctica (que se realizará durante el último trimestre de 2003) se culminará el objetivo marcado de re-estructurar el sistema de gestión. Los resultados de dicha estructuración no podrán comprobarse hasta que el mismo esté totalmente implantado y lleve en funcionamiento el tiempo suficiente como para producir mejoras evaluables.

5- CONCLUSIONES

Se presenta el proyecto de introducción de los principios de mejora continua de calidad en la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón. Este proyecto ha estado basado en la metodología del modelo EFQM y ha consistido principalmente en la redacción de la memoria de la Unidad según el esquema de “simulación de presentación al premio” y la realización de una autoevaluación. El objetivo de este proyecto era realizar un análisis detallado de la situación actual del sistema de gestión de la Unidad, detectando puntos fuertes, puntos débiles y áreas de mejora. A partir de este análisis objetivo se introducirían cambios en el sistema de gestión actual para que fuese evolucionando hacia un sistema que incluyese la mejora continua de la calidad.

El proyecto de aplicación de un sistema de mejora continua de la calidad a la Unidad se ha llevado a cabo de una forma estructurada según los principios teóricos y metodológicos de la gestión de calidad, lo que sin duda está facilitando su consecución. Se considera que las tres causas por las que habitualmente fracasan las organizaciones en la implantación de estrategias de calidad total son: falta de un claro liderazgo e implicación de la dirección, confusión del concepto de implicación de todo el personal con el de participación de todos en la toma de decisiones y aplicación incorrecta de las herramientas de calidad²¹. La información contenida en este documento refleja claramente cómo ninguno de los tres fallos más frecuentes se ha producido en la aplicación del EFQM a la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes.

La realización simultánea de la memoria según el esquema de “simulación de presentación al premio” junto con la autoevaluación utilizando la herramienta perfil, supone

combinar dos metodologías independientes para el proceso de aplicación del modelo EFQM, y nos ha proporcionado los beneficios de ambos métodos. Entre los aspectos positivos del proyecto destacamos:

- En la Unidad se realizaban previamente acciones de mejora de calidad, y el equipo de trabajo estaba muy implicado en su aplicación y desarrollo. De esta forma, este proyecto no supone la implantación de un sistema de mejora de calidad desde el principio, sino la mejora del sistema de gestión actual, sustituyendo la buena voluntad por el método.
- La redacción participativa de la memoria es un sistema de implicación del personal. Todo profesional interesado en participar y reflejar su punto de vista sobre los aspectos cubiertos en el EFQM ha tenido la oportunidad de hacerlo entregando sus sugerencias por escrito o en reuniones de discusión de conceptos. De esta forma, el documento final refleja las opiniones y preocupaciones de todos los trabajadores. Este hecho es considerado un factor fundamental para la implicación posterior del personal en los planes de acción resultantes. Además, al utilizar el documento de la memoria como información de base para la autoevaluación, entendemos que en dicho proceso de autoevaluación se ha incluido la opinión de todos los trabajadores de la Unidad.
- El proceso de redacción de la memoria y la discusión de términos conceptuales constituye un elemento poderoso de comunicación interna entre profesionales. Una vez redactada la memoria, la Unidad dispone de un documento detallado de información que puede compartir con aliados, clientes y nuevos profesionales.
- El proceso de redacción de la memoria ha provocado la puesta en práctica de forma espontánea de pequeñas iniciativas de mejora entre los trabajadores de la Unidad, al quedar patentes las diferencias existentes entre la situación de la

Unidad y lo que el modelo define como excelencia en la gestión. Por este motivo, consideramos que la implantación del sistema de mejora de calidad está siendo gradual y que la estructuración de las fases del proyecto en evaluación, planificación y actuación no supone en ningún caso un sistema rígido sino un marco totalmente flexible que proporciona una guía para la actuación, que se adapta a las necesidades de cada momento concreto.

- La autoevaluación utilizando la herramienta perfil supone contar con un instrumento fácil e intuitivo, idóneo para la primera experiencia de autoevaluación y que sólo necesita de una formación básica. La utilización de esta herramienta y el hecho de realizar la autoevaluación ha supuesto contar con un proceso que sirve de guía de la actuación al permitir priorizar planes de mejora sin perder de vista ninguno de los aspectos que se consideran importantes en la organización. Permite organizar un proceso de mejora de forma estructurada.
- Las actividades realizadas hasta el momento han durado aproximadamente un año. Este ritmo de ejecución del proyecto, que podría considerarse lento a priori, es considerado un factor positivo que demuestra organización en su realización. Como se ha repetido en varias ocasiones previamente, el objetivo del proyecto no era una autoevaluación en sí misma sino un cambio en el sistema de gestión, que incluyese a todos los trabajadores de la Unidad. Un cambio de estas características en el sistema de gestión y por lo tanto en el sistema de trabajo diario supone ante todo un cambio ideológico y conceptual hasta llegar a asumir los principios de la mejora continua de la calidad como un elemento necesario de la organización en el trabajo. Entendiendo que el cambio conceptual no puede ser un proceso rápido sino una evolución resultado del aprendizaje teórico

y la experiencia práctica, la planificación del proyecto se realizó de forma que se extendiese en el tiempo tanto como fuese necesario.

- Este proyecto no se hubiese podido llevar a cabo sin la asistencia técnica de profesionales expertos en mejora continua de calidad. La gran implicación y motivación del personal y del líder de la Unidad no podrían en ningún caso suplir la necesidad de conocimientos metodológicos y experiencias previas aportadas por estos profesionales.

Algunas de las dificultades más importantes que se han encontrado en el proceso han sido:

- No siempre es posible actuar sobre las diferentes áreas de interés del modelo en organizaciones sanitarias públicas y menos aún desde el nivel operativo de la Unidad, ya que muchos temas básicos escapan de la capacidad de actuación de los trabajadores de la Unidad y del responsable de la misma. Este hecho por sí sólo constituye una seria amenaza para el mantenimiento de la motivación del personal en el trabajo en mejora en calidad, que podría disminuir al observar la falta de resultados en algunos aspectos que son considerados clave para el correcto funcionamiento de la Unidad. Esta amenaza se está intentando paliar mediante la transmisión de la información recogida y de los resultados obtenidos en el proceso a instancias superiores que tengan competencia para actuar sobre ellas. Junto con el envío de información se explica todo el proceso llevado a cabo, solicitando actuación en la materia.
- La comprensión del lenguaje y los principios del EFQM por profesionales clínicos poco acostumbrados a los sistemas de gestión ha supuesto un gran esfuerzo. La herramienta Perfil 3.1., utilizada para la autoevaluación, tampoco

tiene su vocabulario adaptado a los distintos sectores, lo que provoca alguna dificultad en la comprensión de sus textos. Esta dificultad será subsanada en un breve espacio de tiempo, ya que el Club Gestión de Calidad está trabajando en la adaptación de dicha herramienta al sector sanitario.

- Aunque se haya realizado de forma voluntaria y con un nivel de motivación e interés muy alto por parte de los integrantes del equipo evaluador, el proyecto supone un esfuerzo añadido a la carga de trabajo diaria habitual. Esta carga de trabajo adicional ha sido mayor en esta primera fase de trabajo en mejora de calidad, pero se reducirá a medida que se estructuren los procesos de evaluación y puesta en práctica de iniciativas, aumente la participación de otros trabajadores en el proyecto y aumente el conocimiento conceptual y metodológico en materias de gestión de calidad.
- Un aspecto mejorable del proyecto sería la escasa formación de los trabajadores de la Unidad en el modelo EFQM y en temas de gestión de calidad en general. Aunque esta debilidad se ha paliado en el equipo evaluador mediante la organización de sesiones formativas específicas, el resto del personal de la Unidad no ha tenido, hasta la fecha, formación en la materia, lo que ha supuesto una mayor dificultad en su participación. Para solucionar esta debilidad, profesionales de la Unidad se pusieron en contacto con los encargados de formación en materias de gestión de calidad para los servicios públicos de la Comunidad de Madrid y explicaron el proyecto. De esta forma se ha conseguido que los trabajadores de la Unidad sean considerados prioritarios en la participación en cursos de formación, y en los próximos tres meses al menos diez trabajadores asistirán a cursos de EFQM.

- Esta primera parte del proyecto ha consistido únicamente en una autoevaluación y no en una evaluación externa. La participación de un evaluador licenciario en el modelo EFQM externo al hospital en las reuniones de consenso es un requisito imprescindible para la obtención de un reconocimiento de calidad por parte del Club Gestión de Calidad o de la “European Foundation for Quality Management”. Aunque el objetivo de este proyecto no era la obtención de un reconocimiento externo sino la mejora del sistema de gestión de la Unidad mediante la introducción de los principios de la mejora continua, la posibilidad de optar a un reconocimiento externo podría aumentar la motivación de los trabajadores en el proceso y sería un justo reconocimiento y refuerzo al esfuerzo realizado en su tarea diaria. Esta evaluación externa se realizará tras un periodo de implementación del proyecto.

6- NOTAS DEL TEXTO

- ¹ Comité permanente de los hospitales de la Unión Europea. La calidad de la atención hospitalaria. Seminario europeo del programa HOPE. Limerick (Irlanda). Junio de 1997.
- ² Aranaz, J.M; Boúmar, F; Vitaller, J. La calidad asistencial de la teoría a la práctica. En: Aranaz, J.M.; Vitaller, J. La calidad: Un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Escuela Valencia de Estudios para la Salud. Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. Valencia, 2001.
- ³ Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. (B.O.C.M. 26 de diciembre de 2001).
- ⁴ Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Madrid, 2002.
- ⁵ Arcelay, A; Sánchez, E; Hernández, L; Inclán, G; Bacigalupe, M; Letona, J; González, R.M; Martínez-Conde, A.E. Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of Total Quality Management. International Journal of Health Care Quality Assurance 12/2 [1999] 54-58.
- ⁶ Plan Estratégico de Osadidetza/Servicio Vasco de Salud 1998-2002. Osakidetza/Servicio vasco de salud. Administración de la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria 1998.
- ⁷ Moracho, O; Colina, A; Amondarain, M.A; Aguirre, L; Ruiz-Álvarez, E; Salgado, M.V. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Experiencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. Rev Calidad Asistencial 2001;16:322-329.
- ⁸ Acuerdo de 24 de febrero de 1998, del Gobierno Valenciano por el que se dispone la implantación de un sistema de evaluación de la calidad de los centros, entidades y servicios de la Administración de la Generalitat Valenciana.
- ⁹ Lloria, P; Zarzo, A; Ramos, J. Introducción a la implantación de la EFQM en el H.U. La Fe. Rev Calid Asist 2000;15(3):135-141.
- ¹⁰ Ramón, C; Ricci, C; Proceso de Autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. Rev Calid Asist 2000;15(3): 151-154.
- ¹¹ Fernández-León, A; Berros, M.A.; García, M. La experiencia del Hospital Monte Naranco en la aplicación del Modelo de la EFQM. Rev Calid Asist 2000;15(3):155-160.
- ¹² Cortés, J.A; Ayala, S; Álvarez, P; Domínguez, J; Hoyo, A.E; Nieto, E; Villasante, F; Rodríguez, A. Análisis del liderazgo en Atención Primaria mediante el Modelo EFQM, con motivo de la realización de un plan estratégico. Cuadernos de Gestión 2001. Vol 7 (3) julio-septiembre 2001.
- ¹³ EFQM-Club Gestión de Calidad. Modelo EFQM de Excelencia. EFQM, 199-2003.
- ¹⁴ European Foundation for Quality Management "Modelo EFQM de Excelencia", 1999. Club Gestión de Calidad, Madrid

- ¹⁵ La Calidad Total según el Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad, 2001.
- ¹⁶ Van der Wiele T, Williams RT, Dale BG, Kolb F, Luzón DM, Wallace M, Schmidt A. Quality Management self-assessment: an examination in European Business. J Gen Manag 1995.
- ¹⁷ Arcelay A "EFQM: Reflexiones a propósito de un excelente Modelo de Excelencia". Revista de Calidad Asistencial 2000; 15: 135-134.
- ¹⁸ Mira JJ, Lorenzo S., Rodríguez-Marín J y Buil J. A. "Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. Papeles del Psicólogo, 1999, nº74, pp3-11.
- ¹⁹ Guía Práctica para la Autoevaluación. Club Gestión de Calidad. European Foundation for Quality Management, 1999.
- ²⁰ Alonso, P; Gomis, I. Quality Assessment in Three Healthcare Areas. GBN Review, 2003/04;58-62.
- ²¹ Mira, J.J.; Lorenzo, S; Rodríguez-Martín, J; Aranaz, J; Sitges, E. La aplicación del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total al Sector Sanitario: ventajas y limitación. Rev Calidad Asistencial 1998;13. 92-9.

ANEXO 2

MEMORIA DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ADOLESCENTES SEGÚN EL ESQUEMA DE LA EFQM

INDICE

PRESENTACIÓN.....	3
PARTICIPANTES	5
CRITERIO 1: LIDERAZGO.....	6
CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA	13
CRITERIO 3: PERSONAS.....	19
CRITERIO 4: RECURSOS Y ALIANZAS.....	26
CRITERIO 5: PROCESOS	31
CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES.....	42
CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.....	48
CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	53
CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE.....	56

PRESENTACIÓN

La Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (H.G.U.G.M.) fue inaugurada en noviembre de 2000, siendo en el momento de su inauguración el único recurso existente para el ingreso específico de patología psiquiátrica adolescente en la Comunidad de Madrid.

La Unidad ha logrado consolidarse como un elemento de referencia no sólo dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid sino también a nivel estatal, gracias al trabajo y motivación de los profesionales que integran la Unidad. La introducción del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) como modelo de gestión es sólo un paso más en la búsqueda constante hacia la excelencia y la calidad de los servicios que se prestan, objetivo perseguido desde la inauguración de la Unidad.

Esta Unidad forma parte del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, hospital perteneciente a la Comunidad de Madrid que presta servicios a la población de referencia del Área sanitaria 1. Sin embargo, la Unidad es un recurso supraárea, por lo que cubre la hospitalización de adolescentes de las áreas sanitarias 1, 3, 4, 5, 6, 9 y 11 de la Comunidad, con un total de 3.786.572 habitantes (según datos provisionales del censo del año 2001, proporcionados por el Instituto de Estadística de la CAM). De esta población se estima que unos 658.382 tienen edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, y son por lo tanto la población de referencia de la Unidad de Psiquiatría Adolescente.

En la actualidad el Departamento de Psiquiatría está compuesto por varios servicios: Para la atención psiquiátrica de adultos, el Servicio de Psiquiatría I, con 25 camas de hospitalización y consultas externas, el Servicio de Psiquiatría II con una Unidad de Hospitalización Breve de 25 camas, un Hospital de Día, Interconsulta Psiquiátrica y Psicológica, y la Sección de Psiquiatría III con una Unidad de Hospitalización Breve de 25 camas y consultas externas. También forman parte del Departamento una Unidad de Desintoxicación con 6 camas, una Sección de Psicología de consultas externas, y la Sección de Psiquiatría Adolescente, con una Unidad de Hospitalización Breve de 20 camas y consultas externas.

La Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Adolescente presta servicios a jóvenes de edades

comprendidas entre los 12 y los 17 años, cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Como unidad de hospitalización breve, la actividad principal se caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización de pacientes agudos. Su objetivo fundamental es abordar el "problema central" que ha precipitado la crisis y después dar de alta al paciente para que pueda continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial. La Unidad de hospitalización adolescente es una unidad cerrada, ubicada en la primera planta del pabellón de psiquiatría. Cuenta con 20 camas en habitaciones dobles.

Aunque la actividad principal de la Unidad es la hospitalización breve de adolescentes, presta también los servicios de consultas ambulatorias en las que se cuenta con un programa específico para primeros episodios psicóticos en infancia y adolescencia. Esta memoria y la autoevaluación posterior se limitan a la actividad de hospitalización.

El trabajo asistencial es desarrollado por un equipo multidisciplinar, compuesto por 34 profesionales, de los que 4 son psiquiatras (uno de ellos además de las funciones asistenciales desempeña la de Jefe de Sección), 20 trabajadores de enfermería entre auxiliares de enfermería y DUEs (una de ellas, compartida con otras dos unidades, realiza las funciones de supervisora de enfermería), 1 psicóloga clínica, 1 trabajadora social, 1 terapeuta ocupacional, 2 maestras y 1 administrativo. Hay también dos psicólogas becarias dedicadas exclusivamente a la investigación. La Unidad se beneficia de la utilización de otros recursos humanos y materiales de los que dispone el hospital.

Como Unidad integrada en un hospital universitario, se desarrolla en la misma una gran actividad docente que abarca distintas disciplinas. Se organiza un curso de doctorado dentro del departamento de neurociencias de la Universidad Complutense de Madrid. Los distintos trabajadores de la Unidad realizan una prolífica actividad investigadora, realizándose proyectos de investigación multicéntricos a nivel nacional e internacional.

La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) establece la promoción y garantía de la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios como uno de los principios rectores dirigido a asegurar la protección de la salud, la ordenación y la organización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Apuesta por la adopción

de medidas para la promoción de calidad de los servicios sanitarios por los provisos de los mismos, así como el establecimiento de controles de calidad generales. En julio de 2002 se publica en Plan Integral de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, donde se concretan estos objetivos expuestos en la LOSCAM y se toma el modelo EFQM como sistema de gestión y mejora de calidad para las organizaciones sanitarias de la Comunidad. En diciembre de 2002 se publica el Plan de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, donde se establece también la necesidad de programas de mejora de calidad en las organizaciones de salud mental. El Hospital General Universitario Gregorio Marañón presentó en el año 2000 su Plan de Calidad, en el que se adopta también el Modelo Europeo de Excelencia como instrumento para la realización periódica de evaluaciones internas.

Este marco normativo ha sido el impulso necesario para que los profesionales de la Unidad de

Psiquiatría de Adolescentes decidiésemos adoptar el modelo europeo de excelencia como sistema de gestión que ordenase y guiase las actividades de mejora de calidad que ya se estaban llevando a cabo en la unidad, adoptando así una metodología de evaluación y mejora continua. De esta forma, la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes se convierte en la primera unidad del hospital en llevar a la práctica este objetivo.

El compromiso con la Mejora Continua de la Calidad ha sido constante entre los profesionales de la Unidad, reflejándose en la utilización de criterios estandarizados de calidad como elemento estratégico básico, para promover una atención óptima a la población, lo cual significa, en último extremo, nuestra apuesta por conseguir una “excelencia” y la equidad en los servicios ofrecidos a nuestros pacientes.

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA MEMORIA

DIRECTOR DEL PROYECTO

Arango López, Celso

COORDINADORA DEL PROYECTO

Vallejo Gutiérrez, Paula

MIEMBROS DEL EQUIPO EVALUADOR

Ayuso Soler, M^a José

Domínguez Bidagor, María

Mateo Mateo, María Josefa

Ruiz Sancho, Ana

UNIDAD DE CALIDAD

Rodríguez Pérez, Paz

AUDITOR EFQM

Seriñá Ramírez, Carlota

APORTACIÓN DE INFORMACIÓN, CRÍTICAS Y SUGERENCIAS:

Álvarez Martínez, M^a Antonia

Armengol del Valle, Blanca

Burgueño Gutiérrez, Fernando

Chica Carrero, M^a Santos

Chicharro Sáiz, Olga

Chinchilla Peinado, Dolores

Espada Mozas, Dolores

Fernández López, Raquel

Gallego Benito, Ana M^a

García Martín, Nuria

Gascón Serrano, Mercedes

González Bedoya, Carmen

González Gómez, Antonia

González Velasco, Margarita

Irizar Goicoechea, Maite

Jiménez Gómez, M^a Ángeles

López Martínez, Otilia

Martínez Latorre, Marta

Méndez Mena, Lourdes

Moreno Pardillo, Dolores M^a

Oliver Navas, Luis Emilio

Ontoria Martínez, Lourdes

Peñalver García, M^a Pilar

Parellada Redondo, M^a José

Rodríguez García, Enrique

Romo Villa, José

Sinovas Gómez, Beatriz

Vega Rodríguez, Consuelo

**CRITERIO 1.
LIDERAZGO**

1.A. DESARROLLO DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES POR PARTE DE LOS LÍDERES, QUE ACTÚAN COMO MODELO DE REFERENCIA DENTRO DE UNA CULTURA DE EXCELENCIA

La Unidad de Psiquiatría Adolescente forma parte del Departamento de Psiquiatría del H.G.U.G.M. Los trabajadores de la Unidad, por lo tanto, forman parte de una compleja organización funcional y por procesos, en la que reciben directrices tanto del responsable de su disciplina en el hospital como de los líderes de la Unidad. Como el alcance de esta memoria está limitado a la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes, nos centraremos en las funciones de liderazgo y coordinación llevadas a cabo dentro de la Unidad.

Entendemos como líder a una persona que sirve de guía para un grupo de personas, movilizándolas y motivándolas para la consecución de los objetivos establecidos. Teniendo en cuenta esta definición, la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes tendría como líderes principales al Jefe de Sección y a la supervisora de enfermería, ya que cada uno de ellos tiene a un grupo de personas a su cargo cuya actividad coordinan. Además, diversos profesionales ocupan permanente o temporalmente la posición de líderes al actuar como coordinadores de grupos de trabajo motivando y dirigiendo a los participantes o siendo identificados como responsables de algún proceso. Al favorecer un sistema de trabajo en el que se potencia la asunción de responsabilidades por parte de los trabajadores y la gestión descentralizada, la función de liderazgo es asumida por muchas personas en momentos y tareas diversas. Así, por ejemplo, una de las psiquiatras de la Unidad es responsable de la coordinación del programa de rotación de residentes, actuando de líder en esta área.

A pesar de esta gestión descentralizada y de la toma de las funciones de liderazgo por distintos profesionales de la Unidad, entendemos que el desarrollo y puesta en práctica de la misión, visión y valores de la Unidad debe ser responsabilidad directa del Jefe de Sección y de la supervisora de enfermería, que estarán también encargados de comunicársela al resto de los trabajadores y de evaluar la efectividad de su implantación.

La Unidad de Psiquiatría Adolescente ha tomado la misión, visión y valores del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, adaptándolos a las características de la Unidad y de la

población tratada. De esta forma, la misión, visión y valores de la Unidad de Psiquiatría adolescente son:

Misión: Dar respuesta eficaz y eficiente a los problemas de salud mental de los adolescentes que precisan un ingreso hospitalario. Esta asistencia se realizará mediante la prestación de servicios integrados de atención sanitaria, docencia e investigación, promoviendo el desarrollo personal y profesional de su equipo humano.

Visión: Ser una unidad con un elevado nivel asistencial que presta una asistencia eficiente, comprometida y sensible a las necesidades de los adolescentes, familias, servicios de salud mental infanto-juveniles y otros usuarios, a través de la implicación de todos los trabajadores de la unidad.

Valores:

- Servicio al cliente
- Mejora continua de procesos
- Recursos humanos como principal activo de la unidad
- Calidad integral como respuesta a las expectativas del cliente
- Potenciación de la Investigación y Docencia
- Gestión participativa

A partir de aquí, la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes se define como un recurso terapéutico hospitalario para adolescentes entre 12 y 17 años, en régimen de cuidados de 24 horas sobre 24 horas, con una estancia inferior, en general, a un mes y que se caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización. Su finalidad no es abordar toda la psicopatología sino el "problema central" que ha precipitado la crisis y después derivar al paciente a la Red de Salud Mental para el seguimiento en dispositivos de régimen ambulatorio. La unidad de hospitalización se articula pues dentro de la Red de Salud Mental como uno de los eslabones necesarios para facilitar la continuidad de cuidados del paciente adolescente con problemas de salud mental. Su función es ofrecer un cuidado integral médico, psicológico, de enfermería, educativo y social a los menores que precisen ser hospitalizados en el contexto de una estrecha colaboración entre los Departamentos de Psiquiatría, Pediatría y otras Especialidades Médicas.

Los objetivos de la Unidad, quedan definidos como:

- Tratamiento intensivo en un medio hospitalario de la patología mental de 12 a 17 años, que no pueda ser realizado en otro dispositivo terapéutico.
- Reintegración del adolescente lo más rápidamente posible a su medio habitual.

- Restablecimiento de las condiciones necesarias para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial.
- Realización de aquellas actividades de observación, diagnóstico, tratamiento, cuidados y relacionadas con la práctica de la Psiquiatría y la Psicología Clínica que por su especificidad, complejidad o nivel de riesgo deban llevarse a cabo en un medio hospitalario.
- Realización de actividades de formación continua, docencia e investigación.
- Ser un eslabón en la cadena de continuidad de cuidados en la asistencia a la salud mental infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.

A partir de estos objetivos, de los objetivos establecidos en el Plan de Futuro del Hospital y en el Plan de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, se definen las líneas estratégicas de la Unidad, que se resumen en cinco:

- Estandarización y optimización de la práctica clínica
- Satisfacción de usuarios
- Satisfacción profesionales
- Continuidad de cuidados
- Crecimiento científico (investigación/ docencia)

El responsable de la Unidad y la supervisora de enfermería tienen que pactar anualmente los objetivos establecidos en los programas de gestión del HGUGM, y poner en práctica las medidas encaminadas a lograrlos. Para cada uno de estos objetivos se establecen también los indicadores que evaluarán su grado de consecución. El cumplimiento o no de estos objetivos establecidos (reflejados en el criterio 9: resultados globales) sirven a la vez como método de revisión de la actuación. El responsable de la Unidad y la supervisora de enfermería, cuentan con los resultados globales obtenidos, y la información procedente de familiares, pacientes, trabajadores y directivos del hospital como método de evaluación de su propia actuación.

Ante la necesidad de un espacio de organización, comunicación y transmisión de directrices de gestión a todos los trabajadores de la Unidad, y para crear un espacio de discusión, transmisión de quejas y sugerencias y de análisis del funcionamiento de la Unidad, el Jefe de Sección y la supervisora de enfermería establecieron las reuniones trimestrales de gestión, a las que acuden todos los profesionales, incluyendo los tres turnos horarios. Los

temas debatidos en estas reuniones sirven a los responsables como método de seguimiento y evaluación de los resultados de la gestión de la Unidad. El cuadro 1.A.1. muestra otros métodos con los que cuentan los responsables de la Unidad para evaluar su actuación.

Cuadro 1.A.1
MODOS DE REVISIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA UNIDAD
Resultados de objetivos anuales del programa de gestión. Resultados clave (criterio 9). Reuniones con el jefe de departamento, jefa de enfermería del departamento y dirección del hospital Reuniones trimestrales con profesionales de la Unidad. Encuestas de satisfacción de usuarios. Sugerencias y reclamaciones de usuarios Encuestas de satisfacción de profesionales. Encuestas de satisfacción de servicios que derivan pacientes Autoevaluación EFQM

1.B. IMPLICACIÓN PERSONAL DE LOS LÍDERES PARA GARANTIZAR EL DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Desde el momento de su creación los profesionales de la Unidad de Hospitalización de Adolescentes del Hospital Universitario Gregorio Marañón consideramos la mejora de la calidad un aspecto básico de la gestión. El Jefe de Sección y la supervisora de enfermería han sido los responsables de la puesta en práctica de este compromiso, actuando como modelo y participando o promoviendo la realización de iniciativas de mejora de calidad.

Los responsables de la Unidad promueven la creación de grupos de evaluación o grupos de mejora que estudien temas de calidad asistencial, y siempre que es posible participan activamente en estos grupos. Por ejemplo, algunos de los protocolos que se han revisado este último año son el de habitación de reflexión/aislamiento y contención mecánica (explicado en el punto 5: procesos), protocolo de trastornos de alimentación, el consentimiento informado para la realización de la terapia electroconvulsiva y la hoja de información a familiares. En la actualidad, en un proceso de revisión de todos los protocolos, se está trabajando en la evaluación de un protocolo para trastornos de conducta. Próximamente se tiene previsto trabajar en la protocolización de acogida de pacientes y ampliación de la información a familiares

especificando los objetos que se pueden llevar a la habitación de reflexión, el protocolo de tratamiento de trastornos psicóticos. Todos estos grupos han estado formados por personal voluntario, que participa por propia iniciativa en el sistema de gestión de la Unidad. Hasta ahora nunca han faltado voluntarios para hacer estos trabajos, lo que consideramos una muestra de la implicación del personal.

Considerando el conocimiento y la formación en habilidades de gestión como el requisito imprescindible para una buena dirección, el Jefe de Sección de la Unidad y la supervisora de enfermería reflejan su compromiso personal asistiendo a programas de formación en habilidades de gestión y de mejora de la calidad. Estos cursos a su vez sirven de reflexión sobre su propia actuación como líderes de la Unidad. En el año 2000, por ejemplo, el Jefe de Sección de la Unidad acudió a un curso de gestión por procesos según el modelo europeo de excelencia EFQM. Este año el Jefe de Sección ha asistido a un curso de Gestión de Recursos Humanos.

Además, los responsables de la Unidad, entendiendo que la mejora de la calidad debe ser algo en lo que estén implicados todos los profesionales del centro, promueve activamente la formación en calidad entre todos los trabajadores. Se proporciona información sobre los cursos de calidad ofrecidos por la Comunidad de Madrid y se anima a los trabajadores a asistir.

Tras dos años de funcionamiento de la Unidad, partiendo de la base de las iniciativas de mejora de calidad llevadas a cabo y teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Ley de Ordenación Sanitaria de Comunidad de Madrid, en el Plan de Salud Mental 2003- 2008, en el Plan Integral de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid y en el Plan de Calidad del Hospital el Jefe de Sección de la Unidad se plantea el reto de establecer un sistema de gestión y evaluación de calidad que encauce e impulse las iniciativas de mejora llevadas a cabo. Siguiendo la normativa establecida por la Comunidad y entendiendo que el EFQM es el modelo idóneo para la gestión y evaluación de resultados, se inicia un proyecto de autoevaluación y ordenación del trabajo en mejora de calidad según este modelo.

La implicación del liderazgo en el proyecto es total, siendo el Jefe de Sección de la Unidad el impulsor y director de todo el proyecto. Ante la necesidad de apoyo conceptual y metodológico en materias de evaluación y mejora de la calidad, el

responsable ha buscado la ayuda de un experto en calidad externo a la Unidad y el apoyo de la Unidad de Calidad del Hospital, además de realizar algunos esfuerzos personales como la asistencia del Jefe de Sección a cursos de formación en calidad y en EFQM. Además, los líderes han realizado un gran esfuerzo de búsqueda de experiencias similares en otros centros de salud que pudieran servir de guía en el proceso de implantación del modelo. Así, se ha contactado por ejemplo con responsables de calidad de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, con amplia experiencia en la utilización del modelo EFQM.

Al establecer este método de gestión de mejora de calidad, la Unidad se convierte en la pionera dentro del hospital en la utilización de esta metodología de evaluación. La falta de experiencias previas en nuestro entorno y la falta de formación específica de los profesionales en la materia, lejos de convertirse en un impedimento se han entendido como un reto y una oportunidad de aprendizaje de nuevos métodos de gestión.

1.C. IMPLICACIÓN DE LOS LÍDERES CON CLIENTES, ALIADOS Y REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD.

La implicación de los líderes con los distintos grupos que trabajan con la Unidad (definidos en el subcriterio 2.A.) queda reflejada en el conjunto de métodos de intercambio de información que la Unidad tiene establecidas con los distintos grupos interesados y/ o afectados y otros métodos de relación con los grupos de interés. Los responsables no son sólo promotores de este sistema de reuniones y responsables últimos de su realización y de la adecuada gestión de la información recogida en ellas, sino que además participan activamente en la medida de lo posible. Algunos de los métodos establecidos de intercambio de información entre el responsable y los distintos grupos de interés son:

- Clientes:

- El Jefe de Sección promueve la realización de encuestas de satisfacción de familiares o tutores legales de los pacientes y recibe periódicamente los resultados de las mismas. El jefe de sección y la supervisora de enfermería reciben información del Servicio de Atención al Paciente (S.A.P.) del hospital sobre las sugerencias que depositan los familiares en un buzón destinado a ello a la entrada del Servicio de Psiquiatría, cuando

suponen información relevante para la Unidad. Además, reciben notificación inmediata cuando algún paciente o familiar presenta una reclamación oficial y son los responsables directos de gestionarla y contestarla.

- La implicación de los líderes con los pacientes y familiares les ha llevado a establecer y supervisar un sistema de comunicación por el que los familiares o tutores de pacientes reciben información directa en el momento de la admisión y contacto telefónico para mantener informada a la familia de los progresos del paciente y contestar a sus dudas y preguntas.
- La jefatura mantiene reuniones puntuales con asociaciones de pacientes y familiares para conocer las expectativas y necesidades de estos grupos de interés. Por ejemplo, se mantienen reuniones con asociaciones de familiares de enfermos del síndrome de Asperger, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y esquizofrenia.
- Los líderes promueven la realización de estudios de satisfacción de familiares o tutores de pacientes ingresados.

- Aliados:

Los líderes de la Unidad de Psiquiatría Adolescente potencian el trabajo conjunto con los centros de salud mental, organizaciones sociales y educativas. Estas alianzas están descritas en el punto 4.A.

- Otras organizaciones de la Comunidad:

Los líderes de la Unidad son también responsables de la relación e intercambio de información con distintas organizaciones sanitarias y sociales, ya sea personalmente o por delegación en otros miembros del equipo asistencial. Estas relaciones están expuestas detalladamente en el criterio 4: Alianzas y Recursos. Algunas muestras de implicación de los líderes con organizaciones de la comunidad:

- El compromiso del Jefe de Sección de la Unidad con la comunidad, servicios sociales y otras organizaciones ha quedado de manifiesto porque se ha potenciado desde su creación el intercambio de conocimientos con otras organizaciones que, aunque no trabajan directamente con ella, pueden beneficiarse de las experiencias mutuas. Con este objetivo se han realizado encuentros con Unidades de características similares de otras organizaciones, se ha admitido a distintos

profesionales a realizar rotaciones por la Unidad para aprender los sistemas asistenciales y de gestión implantados en ella y se ha decidido que la página web de la Unidad tenga información sobre protocolos llevados a cabo en la Unidad, para que cualquier otra organización pueda aprender de ellos.

- El compromiso de la supervisora de enfermería queda de manifiesto al promover reuniones con equipos de enfermería de otras organizaciones, como por ejemplo El Niño Jesús. Antes de que se inaugurase la unidad, el personal de enfermería se puso en contacto también con el Centro de Salud Mental de Vallecas para aprender el modo de funcionamiento de su programa infanto-juvenil.
- La colaboración mediante cursos o clases en estamentos externos al hospital cuando es requerida es otra forma de colaborar con la sociedad. Así por ejemplo, el Jefe de Sección de la Unidad ha participado en la elaboración de cursos de formación para asociaciones de familiares de enfermos mentales, maestras de aulas hospitalarias y cuidadores de centros para menores dependientes del IMMF.
- El Jefe de Sección es profesor asociado de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid y de la Universidad de Maryland de Estados Unidos. Esto implica que se imparten clases teóricas y prácticas así como seminarios y sesiones clínicas.
- El Jefe de Sección de la Unidad (junto con la trabajadora social) ha participado como experto en el II Plan de Atención Social a la Infancia de la CAM.
- Cuando ha sido requerido, el responsable de la Unidad ha aparecido en los medios de comunicación (prensa y televisión) para explicar el proyecto asistencial y ampliar el conocimiento social sobre la problemática psiquiátrica adolescente.

1.D. MOTIVACIÓN, APOYO Y RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN POR PARTE DE LOS LÍDERES

La función principal del Jefe de Sección es el establecimiento de los objetivos de la Unidad, la correcta transmisión de esta información a todos los profesionales que trabajan en ella y la coordinación de su puesta en práctica. Como líder tiene también la misión de motivar y apoyar a los profesionales en su trabajo diario, proporcionándoles toda la información y medios materiales necesarios para su trabajo,

facilitándoles un ambiente seguro y con capacidad de crecimiento profesional y personal, y reconociéndoles el esfuerzo y el buen desempeño profesional.

En el sistema público sanitario actual el reconocimiento, y sobre todo el refuerzo, por el buen desempeño profesional a los trabajadores está limitado por la normativa vigente en materia de personal, que especifica los salarios, los medios de selección y promoción profesional, las oportunidades de movilidad y otros factores que podrían utilizarse como incentivos y reconocimiento al buen desempeño. Teniendo en cuenta esta situación, los líderes de la Unidad se esfuerzan por motivar a los trabajadores mediante el buen trato personal y profesional, un sistema de gestión lo más participativo posible, transmisión de toda la información necesaria para los trabajadores, equidad en el reparto de cargas de trabajo y actividades de reconocimiento a la buena labor desempeñada. Además, para evaluar si estos objetivos se han cumplido correctamente es necesario evaluar la satisfacción de los profesionales con el trabajo. Aunque estos puntos están explicados en el criterio 3 (personas) vamos a repasar brevemente algunos de los modos de apoyo y reconocimiento a los trabajadores empleados por los responsables:

Sistema de trabajo participativo, mediante la participación en grupos de gestión y definición de su propio sistema de trabajo. Siempre que se establecen grupos de trabajo se incluye a los profesionales más directamente implicados en las prácticas que se van a definir o revisar, de tal forma que la metodología de trabajo está consensuado en la medida de lo posible por los profesionales de la Unidad. Los grupos de trabajo en temas de gestión se establecen mediante la petición de voluntarios, dando así la oportunidad de participar a todos los trabajadores interesados. Para el proceso de autoevaluación de EFQM, por ejemplo, el equipo evaluador se constituyó con personal voluntario entre todos los trabajadores de la Unidad. El hecho de establecer un sistema de gestión participativo no supone en ningún caso la ausencia de responsabilidad por parte de los responsables de la Unidad, que participan o supervisan los distintos grupos de trabajo y reciben información periódica de su evolución.

Transmisión de la información necesaria para el correcto desempeño de las responsabilidades laborales. Contar con toda la información necesaria para realizar las funciones asignadas a cada trabajador es imprescindible para el buen funcionamiento de la Unidad y para la motivación de los trabajadores. Para ello se ha definido un sistema de reuniones (explicado

en el criterio 3) mediante las que se asegura que la información llegue a todos los trabajadores.

- Reunión diaria de los líderes de la Unidad junto con los profesionales que la integran, para evaluar la situación de los pacientes ingresados, conocer y asignar los pacientes nuevos y planificar las altas del día.
- Reuniones semanales a las que acuden trabajadores del turno de mañana y tarde, para analizar los nuevos ingresos y los casos conflictivos. Los responsables de la Unidad forman parte de estas reuniones.
- Reuniones trimestrales de gestión con todos los trabajadores de los tres turnos horarios de trabajadores de la Unidad. Para asegurar una correcta gestión de la información y ofrecer a todos los trabajadores de la Unidad la posibilidad de hacer llegar de forma conjunta al Jefe de Sección y a la supervisora de enfermería sus problemas, quejas y sugerencias. De esta forma se cuenta con un espacio para ayudar y apoyar a las personas en la realización de su trabajo y dar reconocimiento a los trabajadores por los logros obtenidos. Mediante este espacio los líderes disponen a su vez de la información necesaria para evaluar y mejorar su propio liderazgo.
- La supervisora de enfermería organiza reuniones bimensuales con los profesionales de enfermería, como método de transmisión de información. Realiza también diversas reuniones con cada uno de los turnos de trabajo.
- Además de estas reuniones periódicas y estructuradas, siempre que la ocasión lo requiere por distintos incidentes o problemas en la Unidad, o cuando los empleados lo consideran necesario, los responsables convocan reuniones extraordinarias.

Además de estos métodos estructurados de intercambio de información, el contacto y la comunicación de los líderes con los trabajadores de la Unidad es constante, ya que las personas que tienen las funciones de Jefe de Sección y supervisora de enfermería participan, al igual que los demás trabajadores, de la práctica clínica.

Reparto equitativo de cargas de trabajo. Entendiendo la equidad de cargas de trabajo como un elemento fundamental para la buena relación entre profesionales y el buen desempeño profesional, en las profesiones necesarias, el Jefe de Sección establece un reparto equitativo de casos y cargas de trabajo entre trabajadores de una misma profesión.

Oportunidades de crecimiento profesional: La oportunidad de participar en actividades de crecimiento profesional como formación e investigación es considerada también un elemento motivador para los trabajadores. Los métodos principales de crecimiento profesional son:

- Asistencia a cursos de formación y congresos. Cada trabajador tiene la oportunidad de participar en cursos de formación según las directrices establecidas por el convenio para el personal laboral de la Comunidad de Madrid. La equidad de acceso a cursos es total entre los distintos profesionales y las distintas categorías profesionales. Además, se potencia la asistencia a congresos y formación externa como modo de aprendizaje y motivación y cuando es posible, se solicita financiación de distintas fuentes para facilitar la asistencia.
- Los proyectos de investigación son muy numerosos en la Unidad. Estos proyectos, en los que participa una gran parte de la plantilla, sirven de crecimiento profesional. Se potencia la publicación de estas investigaciones y en ellas participan todos los trabajadores que han formado parte de dichas investigaciones, aumentando así su currículum profesional e investigador.

Actividades de reconocimiento: El responsable de la unidad reconoce el esfuerzo y los logros obtenidos por los trabajadores de forma directa e informal cuando corresponde, y mediante algunos sistemas concretos de reconocimiento como son:

- Transmisión de felicitaciones: Las cartas de felicitación y agradecimiento que recibe la Unidad de pacientes o familiares atendidos, de estudiantes que rotan en la Unidad, de profesionales u organizaciones que han recibido información o ayuda de la Unidad etc, son transmitidas por los líderes al profesional responsable, o en su caso a toda la Unidad.

- Desde el año de su inauguración, el Jefe de Sección de la Unidad organiza una cena anual a la que están invitados todos los trabajadores de la Unidad, como modo de reconocimiento al trabajo desempeñado y modo de acercamiento personal entre compañeros.

Evaluación de satisfacción de profesionales.

Para contar con la evaluación de los profesionales de estos métodos de apoyo y reconocimiento expuestos y obtener sugerencias sobre cómo adecuarlos más a las expectativas de los trabajadores, el responsable de la Unidad promueve en el año 2002 la evaluación de satisfacción de trabajadores, que se realizará de forma anónima y con una periodicidad de dos años. El primer paso para realizar la evaluación fue hacer un estudio exhaustivo de todos los instrumentos previamente utilizados en el mundo sanitario para evaluar la satisfacción de los trabajadores. De las publicaciones existentes se eligió un cuestionario previamente validado y utilizado en otros servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid. Se definió un protocolo de actuación mediante el cual se informaba a los trabajadores de los objetivos y metodología del estudio y el uso posterior que se iba a dar a la información que proporcionasen. Dentro del protocolo de actuación se establecen también los tiempos de revisión del propio sistema de evaluación de satisfacción de trabajadores, una vez se cuente con la suficiente experiencia para poder mejorar la sistemática del proceso. De esta forma se establece un sistema de evaluación de la satisfacción de los profesionales periódico, anónimo y mediante el uso de un instrumento que ha demostrado previamente cumplir los requisitos científicos de fiabilidad y validez necesarios para una escala de evaluación. Los resultados del primer estudio se presentan en el subcriterio 7.A.

**CRITERIO 2.
POLÍTICA Y ESTRATEGIA**

2.A. LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS ACTUALES Y FUTURAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS SON EL FUNDAMENTO DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

Previa a la definición de la política y estrategia de la Unidad, era necesario definir los distintos grupos de interés y qué suponen cada uno de ellos para nuestra Unidad. De una forma general, consideramos nuestros clientes a los usuarios de los servicios que proveemos, consideramos partners o aliados a las demás organizaciones sociales o sanitarias que trabajan en la provisión de servicios a nuestros usuarios desde otros niveles o disciplinas y cuya coordinación es imprescindible para una adecuada continuidad de cuidados en la atención a nuestros clientes. A partir de ahí, son considerados otros grupos de interés el resto de las organizaciones con quienes mantenemos alianzas que se benefician de nuestros servicios directa o indirectamente pero no proporcionan servicios directos a nuestros usuarios. Teniendo en cuenta que la satisfacción de nuestros trabajadores no es sólo un fin en sí mismo sino también un medio para conseguir un adecuado trato y tratamiento para nuestros usuarios, se considera a los trabajadores de la Unidad uno de los grupos de interés fundamentales a la hora de definir la política y estrategia.

A continuación se presentan definiciones concretas de cada uno de los grupos de interés:

- **Cientes: Pacientes y familiares o tutores legales.** Se entiende por cliente de la Unidad a los enfermos ingresados en la Unidad de hospitalización de adolescentes. Al tratarse de pacientes menores de edad, entendemos que sus familiares o tutores legales son también nuestros clientes directos.
- **Trabajadores de la Unidad,** considerando como tales a todos los trabajadores que componen la plantilla de la Unidad de todas las profesiones independientemente del tipo de contrato que posean. Excluimos de este grupo a los estudiantes y rotantes, debido a la brevedad de su estancia en la Unidad.
- **Aliados o Partners.** Se consideran aliados de la Unidad todos aquellos recursos sanitarios, educativos, sociales y todas aquellas organizaciones sin ánimo de lucro y con iniciativa social que tengan que ver con adolescentes. Se

consideran aliados a nivel sanitario los C.S.M. (Programa Asistencial Infanto Juvenil), a nivel educativo todos los Centros de Educación normalizada, Centros de Educación Especial y Programas de Garantía Social y Programa de Adaptación a la vida adulta. A nivel de recursos sociales, programas de familia, Centros de Apoyo al Menor y el IMMF en el caso de menores con protección o tutela, y en general todos aquellos recursos que pueden ser utilizados para una mejor atención de las necesidades del menor y sus familias.

- **Otros grupos de interés:** Aquellas organizaciones o asociaciones con quienes trabajamos o colaboramos, que se pueden beneficiar directa o indirectamente de nuestra actividad, pero que no trabajan en la provisión de servicios a nuestros clientes. Ejemplos serían sociedades científicas, sociedad en general, universidades y Unidades de hospitalización Adolescente de otros hospitales generales

El desarrollo de la política y estrategia de la Unidad parte de las directrices marcadas desde el Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid, desde el Departamento de Salud Mental, desde la Dirección del Hospital y desde la Jefatura del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Algunos de los documentos y normativas que sirven de base para nuestra política y estrategia son: Estadísticas anuales de la Comunidad de Madrid, Memorias de la Red Integrada de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, Plan de Calidad y Plan Estratégico del Hospital.

Además de estas directrices políticas y organizativas, la Unidad establece sus propios mecanismos para adaptarse a las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, por lo que ha desarrollado un sistema de recogida continua de información de los distintos grupos de interés, para asegurar que las expectativas de todos los grupos son conocidas y tenidas en cuenta a la hora de definir la política y estrategia de la Unidad. Mediante estos contactos y recogida de información se lleva a cabo también el seguimiento de la implantación de la política y estrategia y se evalúa su adecuación y correcto funcionamiento. Algunos métodos de recogida de información quedan resumidos en la tabla 2.A.1.

Otra fuente de información de las necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés se encuentra en las publicaciones científicas en revistas, libros, conferencias de congresos, cursos etc, que nos dan información de las nuevas corrientes terapéuticas y la actuación de organizaciones similares.

llevando a la práctica en otras organizaciones. El acceso a estos datos es constante.

Los datos sociales y demográficos, necesarios para adaptar nuestros servicios a la población de referencia, nos los proporcionan los organismos correspondientes de la Comunidad de Madrid periódicamente. Ejemplos de estos documentos son los censos oficiales de la Comunidad y los estudios demográficos. En base a estos datos se toman medidas, por ejemplo algunos profesionales de la Unidad, ante los datos del aumento de inmigración a nuestras áreas de referencia, han realizado cursos de formación específica de temas relacionados con la inmigración, enfocados para distintas disciplinas, como por ejemplo el Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental 2002 sobre Psiquiatría Intercultural. Para adaptarse a las características de la población que recibimos se han realizado también cursos de sustancias adictivas.

Los datos epidemiológicos de incidencia y prevalencia de enfermedades psiquiátricas en población adolescente proceden de boletines publicados anualmente por el Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Para una visión más global de la evolución de los trastornos y la aparición de nuevas patologías se estudian las publicaciones y estudios científicos al respecto.

El intercambio de información con otras Unidades de Hospitalización de Psiquiatría y Psicología nos aporta información de métodos de tratamiento y gestión a incorporar en nuestra práctica clínica. El establecimiento de alianzas con diversas organizaciones tanto nacionales como internacionales (criterio 4) supone un intercambio constante de información. Además, los profesionales de la Unidad buscan información de otros centros dedicados a la salud mental, que aunque no tienen los mismos objetivos y programas asistenciales nos sirven para obtener información de la continuidad del tratamiento del paciente. Al año del alta hospitalaria, uno de los psiquiatras de la Unidad se pone en contacto con el clínico al que ha sido derivado el paciente para evaluar el seguimiento del tratamiento y la situación del paciente en ese momento. Dicha evaluación se hace mediante escalas estandarizadas que son remitidas al profesional correspondiente.

Los trabajadores de la Unidad participan en grupos de gestión y foros de discusión para obtener información de nuevas corrientes en salud mental. Así por ejemplo, algunos de los trabajadores de la Unidad han participado como expertos en los grupos de

Tabla 2.A.1.

MÉTODOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	
GRUPO DE INTERÉS	MÉTODO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
Clientes (pacientes /familiares)	Encuestas de satisfacción
	Sugerencias y reclamaciones
	Grupo terapéutico de padres semanal
	Reuniones periódicas de los responsables del paciente con familiares
	Reuniones con asociaciones de pacientes
Trabajadores de la Unidad:	Reuniones de gestión
	Disponibilidad de los responsables para reuniones informales
	Encuesta de satisfacción de profesionales
Partners o aliados	Contacto directo con responsables de paciente en salud mental ambulatoria
	Encuestas de profesionales de s.m. ambulatoria
	Reuniones coordinación áreas de salud
	Sesión clínica con profesionales del área
	Reuniones con Escuelas y Centros de Atención a la Infancia
	Conversaciones y reuniones con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Otros grupos de interés	Visitas a Recursos Intermedios de Salud Mental
	Reuniones con otras unidades de psiquiatría Adolescente
	Recepción de rotantes y estudiantes de otros centros.
	Intercambio directo de información con otras unidades de psiquiatría adolescente
	Contactos en congresos y reuniones científicas

2.B. LA INFORMACIÓN PROCEDENTE DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA MEDICIÓN, EL RENDIMIENTO, INVESTIGACIÓN, APRENDIZAJE Y CREATIVIDAD SON EL FUNDAMENTO DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

Además de la información de los grupos de interés, en nuestra política y estrategia se integra información proveniente de muchas otras fuentes, que nos dan información de datos demográficos y sociales, sanitarios, nuevas técnicas de evaluación, diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, psicológico y métodos de gestión que se están investigando o

trabajo para la creación del Plan de salud mental 2002- 2007 y en el Plan de Atención Social a la Infancia.

Los responsables de la Unidad buscan activamente información sobre nuevos métodos de gestión en publicaciones científicas y experiencias de otros centros. Prueba de la aplicación de la información recogida a la política y estrategia, dentro del ámbito de la gestión, son el hecho de ser la Unidad voluntaria como unidad piloto en el hospital para la implantación de un modelo de gestión clínica y ser la unidad pionera en el hospital en la realización de una autoevaluación según el modelo EFQM.

También se utilizan los resultados de indicadores de rendimiento de la Unidad, como por ejemplo los provenientes de la explotación de datos de historias clínicas, datos de memorias anuales de la Unidad, comparaciones con otras unidades hospitalarias, etc.

2.C. DESARROLLO, REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

Teniendo en cuenta los objetivos y las líneas estratégicas que hemos establecido, se hace una definición de objetivos concretos. La definición de objetivos se hace generalmente de forma anual, cuando el Jefe de Sección y la supervisora de enfermería tienen que pactar los objetivos que se cumplirán en un año y comprometerse a ellos en un contrato de gestión, que firmarán junto con las demás unidades del hospital. Además de firmar anualmente los objetivos se marcan también las medidas que se pondrán en práctica la Unidad para la consecución de dichos objetivos. Para monitorizar su consecución se realiza una reunión anual de evaluación de indicadores. El jefe de sección de la unidad se reúne con el Jefe de Departamento y Jefes de Servicio y Responsables de Sección del Departamento, y la supervisora de enfermería con la Jefa de Departamento de enfermería y las supervisoras de enfermería.

El hospital tiene definidas sus líneas estratégicas, que son las áreas consideradas más importantes donde incidir en los próximos años. Los focos estratégicos para los próximos años son:

- 1- Consolidación e incremento sostenido de un área de influencia
- 2- Competitividad y orientación al cliente
- 3- Desarrollo de la gestión clínica

- 4- Investigación y docencia en función de la práctica
- 5- Impulso del modelo organizativo

Cada uno de estos focos estratégicos está desarrollado en un "Plan de Futuro" del hospital, de 2001 a 2005. Para cada foco estratégico hay varios objetivos y cada uno de esos objetivos tiene documentados: descripción del objetivo, acciones (factores de éxito), beneficio esperado, responsable y equipo encargados de llevarlo a cabo e indicadores de evaluación del objetivo.

De estos focos estratégicos, el más importante para la Unidad de Psiquiatría Infanto- juvenil es el tercero: favorecer la configuración de cada unidad de gestión clínica. La Unidad de adolescentes fue elegida como una de las unidades-piloto del hospital para este proyecto, con el objetivo de mejorar la implicación de todos los trabajadores en la gestión y de servir de modelo para otras unidades del hospital. Para ello el equipo de trabajadores de la Unidad tendrá que realizar una importante tarea de discusión y consenso para definir:

- Misión del área clínica.
- Análisis de situación y de recursos.
- Integración de procesos asistenciales, Oferta de procedimientos, Cartera de Servicios.
- Estructura y reglamento de funcionamiento interno.
- Funcionamiento por estructura de costes. Financiación basada en actividad.
- Modelo de relación y coordinación con otros servicios hospitalarios, del área y otros centros sanitarios.
- Investigación y docencia pregrado y postgrado.
- Evaluación tecnológica y de recursos humanos.

Con la participación en este proyecto se persigue que profesionales expertos en gestión y en mejora de la calidad que no pertenecen a la Unidad ayuden a mejorar las actividades de gestión de calidad, aportando conocimientos metodológicos y objetividad en el análisis de procesos y resultados por personas que no están directamente implicadas en la realización del trabajo.

Además de estos focos estratégicos que la Unidad de hospitalización, junto con el resto del hospital, marca a largo plazo (periodo de cinco años), la Unidad establece sus propios objetivos anuales de calidad, asistencia, investigación y docencia, que firma en el contrato de gestión anual. Para estos objetivos anuales la Unidad de adolescentes no sólo se

basa en el plan de futuro del hospital, sino también en las referencias que marcan los planes estratégicos de servicios sociales y de salud mental. Anualmente hay una reunión en el hospital donde se evalúa la consecución o no de estos objetivos.

Además de los objetivos anuales, cuando se detectan deficiencias u oportunidades de mejora en la unidad, se establecen objetivos con planes de acción concretos. La discusión y aprobación de estos objetivos se hace en las reuniones trimestrales de gestión. El seguimiento de la consecución de dichos objetivos se hará en reuniones de gestión posteriores, y las actas de la reunión sirven de archivo de las decisiones tomadas.

Además, según se van viendo modificaciones en las características de la población tratada o las demandas de ésta, se van introduciendo cambios en las líneas de actuación. Así, por ejemplo, ante la previsión de más casos de adolescentes con abuso de tóxicos se han establecido relaciones con la Agencia Antidroga y con el Centro de deshabituación de menores.

En la tabla 2.C.1. se muestran los objetivos pactados por la Unidad de Adolescentes, junto con el resto de las Unidades del Hospital, para este año 2002. En el punto 9 se muestran los resultados obtenidos en estos indicadores.

OBJETIVOS PACTADOS. AÑO 2002			
Cantidad - Actividad e Integración con el Área	Servicio Médico	Pacientes ingresados	240
		Estancias	4000
		Estancia Media	17 días
		Consultas primeras	50
		Consultas sucesivas	300
		Índice sucesivas/ primeras	7
		Protocolos clínicos conjuntos con el área	3
	Sesiones docentes con el Área	4	
	Unidades de Enfermería	Implantar un sistema de Nivel de cuidados	50% de las Us. de enfer.
		Aumentar la cobertura de unidades en farmacia	2 plantas IPMQ
Establecer protocolos conjuntos de planes de cuidados con el Área		5 protocolos	
Calidad de asistencia	% Descitaciones de consultas externas	< 1%	
	Espera máxima de citación consultas externas	< 60 días	
	Espera máxima quirúrgica	≤ 5 meses	
	% intervenciones programadas suspendidas	< 7%	
	Reclamaciones / 1000 UPAs de producción	< 5	
	Establecer sistemas de cupos para citación de consultas desde Atención Primaria	80%	
	Mejora de Registros de Enfermería	80% las Us. De enfer.	
	Implantación de "Recomendaciones de Enfermería al Alta"	80% de Us. De enfer.	

	Conseguir que cada trabajador de la división de Atención Sanitaria acuda por lo menos a 20 horas anuales de formación reglada	≥ 20 horas/trabajador
	Informe de alta médica con medicación de acuerdo con la Guía Farmacoterapéutica del Área	A fin de año 100% de los informes emitidos en los últimos 2 meses
	% de Retención de Historias Clínicas	% de retención > 15 días dps de alta
Docencia	Nº Sesiones clínicas al mes	2
	Otras sesiones al mes: bibliográficas, mortalidad, anatomopatológicas	2
	Participación en sesiones clínicas generales (nº)	5
	Docencia de Pregrado: asignatura	1 (Psiquiatría)
	Nº cursos organización /participación en programas de doctorado	1
	Nº cursos de formación continua en la CAM	12
	Participación / Organización de cursos, simposios	20
Investigación	Proyectos de investigación subvencionados por instituciones o agencias (nº)	2
	Convenios de investigación con empresas privadas (nº)	2
	Ensayos clínicos / año	2
	Conferencias, ponencias, mesas redondas, etc. /año	20
	Publicaciones / año	10
	Comunicaciones científicas / año	10
	Tesis doctorales en realización o presentadas y leídas	2

2.D. DESPLIEGUE DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA MEDIANTE UN ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE

Estos objetivos se llevan a la práctica mediante un sistema de procesos que queda explicado en el criterio 5. Los procesos están divididos en procesos de gestión, procesos operativos y procesos de soporte, aunque estos últimos están principalmente gestionados por el hospital y la Unidad no tiene responsabilidad sobre ellos.

2.E. COMUNICACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

La comunicación de la política y estrategia se hace principalmente durante las reuniones trimestrales de gestión, de las que participan los trabajadores de los tres turnos horarios. Las reuniones de equipo son lugares desde las que de forma implícita se transmite la política.

En los casos en los que, para implantar algún aspecto concreto de la Política y Estrategia, es necesaria la definición y puesta en práctica de algún documento, proceso o modificación de la práctica diaria, se hacen reuniones especiales de comunicación y planificación de la implantación.

Así mismo, la comunicación continua y directa entre miembros del personal en su práctica

cotidiana es un medio de transmisión e implantación continua.

La evaluación de este proceso de comunicación se realiza mediante la encuesta de satisfacción de trabajadores, y a la luz de los

resultados obtenidos (la puntuación media al ítem “sé lo que se espera de mí por parte de mis jefes fue de un 7,03 sobre 10) parece estar funcionando adecuadamente.

**CRITERIO 3.
PERSONAS**

3.A. PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS HUMANOS

La planificación básica de los recursos humanos necesarios para el buen funcionamiento de la Unidad formaba parte del proyecto de creación de la unidad, presentado por el responsable de la misma a la dirección del hospital previo a su creación. En ella se identificaban las necesidades de personal de cada categoría profesional con dedicación exclusiva a la Unidad y las necesidades de recursos humanos compartidos con el resto del hospital. Para esta planificación se hizo un estudio de los ratios propuestos por las sociedades científicas en materia de personal y los objetivos establecidos para la Unidad.

Como la decisión final en materias de personal escapa de la capacidad de decisión del responsable de la Unidad, en el momento de su apertura, la Unidad comenzó a funcionar con un número de profesionales ligeramente inferior al propuesto. Como única actuación a su alcance, el responsable de la Unidad y el resto de los trabajadores han seguido esforzándose continuamente en presentar datos que demostrasen la necesidad de aumentar la plantilla hasta alcanzar el plan inicial propuesto, datos que han servido para obtener las aprobaciones necesarias e ir añadiendo progresivamente profesionales hasta formar la plantilla propuesta.

La formación específica en salud mental Adolescente se considera un requisito importante para obtener una buena calidad asistencial en la Unidad. Para la selección de los profesionales, en la medida en que lo permite el convenio de personal de la Comunidad de Madrid, se pactaron perfiles profesionales para la contratación de los cuatro psiquiatras de la Unidad, el psicólogo clínico y la terapeuta ocupacional.

Este proceso de estudio del personal necesario y las características del mismo se repite siempre que la ocasión lo requiere. Por ejemplo, al presentar a la dirección del hospital una propuesta para la creación de un hospital de día de psiquiatría Adolescente, como ampliación de los recursos existentes en la actualidad para esta población, se hizo un nuevo estudio del personal de la Unidad y de la posibilidad de una mejor estructuración para obtener un mayor rendimiento de los mismos, y se presentó un plan en

el que se indicaban los recursos extra necesarios según los criterios de La Guía de Gestión para la Hospitalización de Día Psiquiátrica y la American Association for Partial Hospitalization of Child and Adolescent.

La selección y gestión de recursos humanos está gestionada según la legislación que regula la gestión de personal de las administraciones públicas (principalmente, ley 30/84 de Medidas para la Reforma de Función Pública, Estatuto de los Trabajadores, Ley 15/1998 y ley 63/1997) y por los convenios colectivos de personal laboral y funcionario de la Comunidad de Madrid y el Convenio Colectivo de los trabajadores del H.G.U.G.M. Mediante toda esta normativa se definen los procesos de selección, tipos de contratación, ascensos, movilidad, categorías profesionales, remuneración y reconocimientos del personal. De igual forma, esta normativa especifica las actuaciones existentes en materia de asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a los puestos de trabajo, la posibilidad de carrera profesional, y la existencia o no de evaluaciones de rendimiento de trabajadores o promociones por logros profesionales. La gestión de personal para todo el H.G.U.G.M. es tarea de la Subdirección de Personal a través de su Servicio de Empleo, Administración y Retribuciones. La Unidad por lo tanto no dispone de ningún plan de gestión de recursos humanos o política de recursos humanos, ya que no tiene poder de decisión al respecto.

Dentro del marco expuesto, la vía que más se ha potenciado para la mejora de los recursos humanos de la Unidad es la formación y motivación de los profesionales, aumentando así su capacitación para el mejor tratamiento de este colectivo específico.

3.B. IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN.

La formación continua es considerada un elemento esencial para el buen desempeño laboral de los profesionales sanitarios. La Unidad potencia el aprendizaje mediante la existencia de un programa de formación continua y la definición de un sistema de trabajo que favorece el aprendizaje y el intercambio de conocimientos entre profesionales.

Los trabajadores de la Unidad, como trabajadores de la Red Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid, tienen acceso a los servicios de formación ofrecidos por la Comunidad, que en estos momentos son cuatro: Servicio de Formación e Investigación de la Consejería de Sanidad, Fundación Lain Entralgo (antiguamente Instituto Madrileño de Administraciones Públicas "IMAP"), Departamento de Salud Mental y Centro Universitario de Salud Pública. Los cursos ofrecidos cubren temas asistenciales, de gestión, de informática etc. La relación con estos organismos es básicamente de consumo de los servicios por ellos ofrecidos, careciendo de poder de decisión en su planificación y gestión. Únicamente el Servicio de Formación del Departamento de Salud Mental lleva a cabo una detección de necesidades de formación anual mediante los Coordinadores de Docencia de Área, quienes reciben propuestas de formación de los profesionales.

El H.G.U.G.M. tiene un área de Formación clínica que recibe propuestas de actividades de formación de los profesionales. Así uno de los cursos organizados este año sobre contención mecánica ha sido a propuesta de la supervisión de enfermería de la Unidad por estimarlo un área de necesidad de mejora. Las Áreas de formación del H.G.U.G.M. pertenecen al Plan de Formación Especializada de la CAM, que se aprueba anualmente. Algunos profesionales de la unidad han sido coordinadores de varios cursos dirigidos a colectivos específicos.

Lejos de conformarse con la formación general ofrecida por todos estos organismos, al considerar la formación específica en materias de psiquiatría infanto-juvenil fundamental para los trabajadores, la Unidad ha definido su propio sistema de formación continua. Siendo la Unidad una de las pocas dedicadas al ingreso de esta población, la formación dedicada a este sector era escasa. Para que los trabajadores de la Unidad tuviesen la oportunidad de asistir a formación directamente relacionada con su trabajo, se implantó un programa de formación compuesto básicamente por:

- Sesiones clínicas de casos Adolescentes quincenales con todos los especialistas en Salud Mental Adolescente del Área 1 y de los Hospitales de Día de referencia de la Unidad. Se trataba de una experiencia piloto sin referencias de casos similares previos que, tanto por la cantidad de asistentes que tiene como por las evaluaciones de estos, parece estar teniendo un efecto muy positivo en los trabajadores de la Unidad. A estas sesiones acude el

equipo terapéutico de la Unidad siempre que dispongan de tiempo para ello.

- Sesiones bibliográficas internas quincenales, a las que acuden psiquiatras, residentes y rotantes del hospital y del área.
- Se organiza una sesión clínica semanal en el Departamento de psiquiatría, en la que se presentan casos de adultos y adolescentes, a las que acude el personal técnico de la unidad.
- Sesión clínica de enfermería en el hospital, que a veces tratan casos de Psiquiatría Adolescente.
- Un curso anual de patología psiquiátrica adolescente, ofertado tanto a los trabajadores de la Unidad como a profesionales de otros centros de la Comunidad.
- Cursos de formación a los que se invita a participar a ponentes nacionales e internacionales de gran relevancia en esta especialidad. Como ejemplo, algunos de los expertos que han visitado recientemente la Unidad son:
-Judith Rapport, directora de Psiquiatría Adolescente del National Institute of Mental Health en Estados Unidos.

-Anthony James, Catedrático de Psiquiatría. Jefe del programa Adolescente. Universidad de Oxford, Reino Unido.

-Tandy Miller. Psicóloga. Responsable de estudio de pródomos de la esquizofrenia en población Adolescente. Universidad de Yale, Estados Unidos.

-Fernando Manes. Neurólogo. Universidad de Cambridge, Reino Unido.

-José Toro. Profesor Titular de Psiquiatría. Psiquiatra Adolescente del Hospital Clínico de Barcelona.

Algunos de los temas de estos cursos o seminarios se deciden a petición de los trabajadores. Por ejemplo, el personal de enfermería ha solicitado durante dos años consecutivos la realización de cursos de psicopatología, que ha impartido el Jefe de Sección de la Unidad.

La asistencia a congresos científicos es también una oportunidad de crecimiento profesional para los trabajadores que se intenta ofertar y financiar desde la Unidad a todas las categorías profesionales. Aunque los que más facilidad tienen para acudir a congresos son los psiquiatras, en la Unidad se potencia la asistencia a congresos de todas las categorías profesionales. En el criterio 7 (resultados en las personas) presentamos datos al respecto.

Para asegurar la equidad en el acceso a formación de todos los profesionales, los días de formación al año son iguales para todos los trabajadores de la Unidad, al igual que para los del resto del hospital. Para la asistencia a congresos que no están subvencionados por la Comunidad de Madrid, cuando es posible se solicita financiación a distintas fuentes para cubrir los gastos de formación.

Además de cursos y congresos, en la Unidad se trabaja con sistemas que favorecen la adquisición de nuevos conocimientos. Estos sistemas de trabajo son propuestos por todos los profesionales y discutidos en las reuniones de gestión, intentando encontrar los sistemas que proporcionen un rendimiento asistencial óptimo y un sistema que favorezca el aprendizaje mediante la experiencia. Algunos ejemplos de sistemas de trabajo definidos para potenciar el aprendizaje continuo en el medio de trabajo son:

- El personal de enfermería está presente en las entrevistas clínicas que lleva a cabo el psiquiatra con los pacientes. Si el caso lo requiere, participa también la trabajadora social.
- Se ha establecido un sistema rotatorio de enfermería, de forma que cada dos meses trabajan juntos un enfermero con un psiquiatra de la Unidad, con el objetivo del aprendizaje mutuo y de conocer distintos modos de trabajo.
- Se ofrece la posibilidad a los trabajadores de la Unidad de visitar otros centros y recursos extrahospitalarios de la Comunidad para conocer otros sistemas de trabajo.
- La Unidad ha establecido relaciones con otras unidades psiquiátricas adolescentes de la Universidad John Hopkins, en Baltimore, y la Universidad de Maryland, a donde han acudido miembros del equipo asistencial para aprender cómo organizan sus procesos asistenciales y obtener información de protocolos y validación y fiabilidad de escalas. En la actualidad los residentes del hospital tienen ocasionalmente la oportunidad de acudir a este centro a hacer parte de su rotación. En el 2002 han realizado rotaciones en estos centros 3 profesionales del Departamento.
- Con el objetivo de ofrecer un espacio de formación para futuros profesionales, pero también para crear un ambiente de trabajo donde se potencie el aprendizaje continuo y donde se mezclen la experiencia práctica con los conocimientos teóricos de nuevas líneas asistenciales, en la Unidad rotan estudiantes de quinto curso de medicina, de tercer

curso de enfermería, de trabajo social y residentes de psiquiatría, enfermería, psicología y trabajo social.

La investigación, tal como reflejaba ya en el Proyecto de la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes, es uno de los objetivos básicos de la Unidad y es también una de sus líneas estratégicas. Esta idea está en consonancia con los principios del hospital, que considera la investigación uno de los valores del mismo. Entendemos también la oportunidad de participar en proyectos de investigación como un sistema fundamental de aprendizaje, crecimiento profesional y ampliación curricular de los trabajadores, alineando así los objetivos de la organización con los objetivos personales de los trabajadores.

Desde el punto de vista de recursos, para la realización de proyectos de investigación se solicitan becas de investigación como las becas internacionales Stanley y Narsad (National Alliance for Research in Schizophrenia and Depression), becas de investigación de la Comunidad de Madrid, becas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, becas del Fondo de Investigación Sanitaria y becas del Ministerio de Interior. Se potencia también la participación de becarios en los programas. En estos momentos hay dos neuropsicólogas en calidad de becarias dedicadas exclusivamente a proyectos de investigación.

Cuando se llevan a cabo proyectos de investigación, estos no se limitan a los profesionales médicos puesto que de ellos participan activamente psicólogos, DUES, auxiliares de enfermería, trabajadora social y terapeuta ocupacional. De la misma forma, cuando los resultados son presentados en congresos científicos mediante pósteres o ponencias o cuando se publican artículos en revistas científicas, todos los profesionales que han participado de la investigación aparecen como autores. Todas las investigaciones que se llevan a cabo en la Unidad, son previamente aprobadas por el Comité Ético de Investigaciones Clínicas.

Recientemente se ha concedido una beca por parte del Fondo de Investigación Sanitaria para la creación de una Red Temática de grupos de investigación en Psicosis de inicio en la infancia y adolescencia. En esta red temática que engloba a 12 grupos de investigación de psiquiatría, farmacología, inmunología, genética e imagen médica de distintas comunidades autónomas, la Unidad de adolescentes

actúa como nodo coordinador. El investigador principal de la red es el Jefe de Sección de la Unidad.

Se apoya y promueve que los trabajadores realicen publicaciones y comunicaciones científicas de distintos tipos, ya que entendemos que el esfuerzo necesario en adquisición de conocimientos y revisión de información para la preparación de la publicación supone una formación importante para los trabajadores que repercutirá directamente en la atención de los pacientes.

3.C. IMPLICACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES POR PARTE DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

Para implicar a los trabajadores en su tarea, además de las funciones propias de su cargo, se ofrece la posibilidad de participar en proyectos de gestión y ordenación de la Unidad relacionados con su área de conocimiento, como pueden ser reuniones para definir documentos de consentimiento informado o protocolos asistenciales. Estos grupos de trabajo siguen una metodología de consenso entre los profesionales que intervienen directamente en las actividades asistenciales que se tratan, ya que son quienes mejor conocen los procesos y sus posibilidades de mejora y quienes más directamente se beneficiarán (junto con los usuarios) de las decisiones acordadas. De esta forma se potencia la alineación de objetivos de trabajo entre la organización y los profesionales, y se motiva a los trabajadores, que sienten la organización como algo suyo y tienen la posibilidad de participar en actividades distintas a las meras funciones propias de su puesto. La participación en estas tareas es totalmente voluntaria y hasta ahora, el número de profesionales dispuesto a participar es casi siempre superior al necesario. El hecho de contar con suficiente personal voluntario para estos grupos de estructuración de prácticas clínicas y el hecho de que muchas de estas actividades sean directamente promovidas por los profesionales, es considerado una prueba de que el sistema de gestión participativo consigue motivar a los profesionales, que dedican tiempo y esfuerzo, aportando sus conocimientos.

Las reuniones de equipo constituyen un foro idóneo que permite la participación de todos los miembros del personal. Además, los trabajadores de la Unidad están invitados a participar en sesiones clínicas, presentaciones de casos y conferencias.

El hecho de escoger cómo sistema de gestión de calidad el modelo EFQM es una muestra también de la importancia de la inclusión de los trabajadores en el sistema de gestión de la Unidad. Se eligió el método de autoevaluación porque es el más participativo y, tal como indican las publicaciones de calidad asistencial al respecto, el método por el que se obtiene una mayor implicación del personal, que participa directamente en el proceso. El proyecto de autoevaluación fue presentado en una reunión trimestral de gestión a los trabajadores. La redacción de la memoria ha seguido un proceso participativo: una vez redactado un primer borrador- guión, todos los profesionales de la Unidad han recibido el borrador de la memoria y han tenido la oportunidad de corregir, ampliar, aclarar o discutir los contenidos expuestos, mediante documentos escritos anónimos o mediante reuniones de discusión y aclaración de conceptos. La selección del equipo evaluador fue también mediante voluntarios, ofreciendo la posibilidad de participación a todos los profesionales. Entre los voluntarios (un número mayor al propuesto) se escogió la mayor representatividad posible de profesiones, estando el grupo final formado por el Jefe de sección, una psiquiatra, una trabajadora social, una enfermera y una auxiliar de enfermería. Una vez realizada la autoevaluación, se crearán nuevos grupos de trabajo para trabajar en los puntos débiles de la Unidad identificados en el proceso de autoevaluación.

Como muchos de los aspectos que influyen en la motivación y reconocimiento del personal de la Unidad escapan de la capacidad de decisión del jefe de la misma, en el protocolo de evaluación de satisfacción de trabajadores el jefe de la Unidad se comprometió a transmitir documentalmente la información obtenida a instancias superiores que contasen con poder de actuación en los aspectos evaluados, sirviendo así de puente y potenciando el conocimiento de las opiniones de sus empleados por parte de los directivos del hospital.

3.D. EXISTENCIA DE UN DIÁLOGO ENTRE LAS PERSONAS Y LA ORGANIZACIÓN

El intercambio de información entre los directivos del hospital y los trabajadores de la Unidad se realiza principalmente a través del Jefe de Sección de la Unidad y de la supervisora de enfermería. Como ya hemos comentado (criterio 1) los líderes mantienen reuniones trimestrales con todos los turnos de trabajadores de la Unidad, un espacio donde compartir información, quejas, problemas, etc. Los puntos abordados en las reuniones trimestrales son

propuestos por todos los profesionales de la Unidad. Una vez finalizada la reunión se entrega por escrito el acta de la misma y en la siguiente reunión se evalúa el resultado de las medidas encaminadas a resolver los distintos puntos abordados. Estas reuniones son muy importantes para la transmisión formal de información y para tomar decisiones en común, pero es sólo un espacio más del intercambio constante de información que se da entre los responsables y los trabajadores durante el trabajo diario.

Además, para que los trabajadores tengan toda la información necesaria para realizar adecuadamente su trabajo, se realizan reuniones diarias y semanales donde se transmite tanto vertical como horizontalmente la información (criterio 1.C.). Este sistema parece adecuado para la transmisión de información, ya que la puntuación media del ítem “Sé lo que se espera de mí por parte de mis jefes” obtiene una puntuación media de 7,03, con una mediana de 8.

La Unidad no cuenta con un sistema definido de quejas y solicitudes de los trabajadores al Jefe de Sección y a la supervisora de enfermería, ya que debido al número reducido de trabajadores y el contacto directo en el trabajo, los responsables están disponibles diariamente para atender a las solicitudes que sean necesarias. De esta forma se establece un contacto más directo e informal que consideramos positivo para el clima de trabajo. El clima de trabajo parece ser positivo tanto entre los trabajadores (8,30) como entre trabajadores y responsables de la Unidad (8,06), tal como indican los resultados del estudio de satisfacción.

Para los trabajadores que llegan nuevos a la Unidad y para los estudiantes y residentes que pasan un tiempo de rotación, se ha definido un sistema de orientación en el que una psiquiatra del centro explica a los recién llegados las normas de funcionamiento, los objetivos de la Unidad, qué se espera de ellos etc. El funcionamiento de la unidad y lo que se espera de los rotantes en los distintos periodos de su rotación se da en un documento escrito al inicio de la rotación. Además, en el caso de personal de enfermería, durante el proceso de acogida el equipo de enfermería muestra los protocolos de actividades por turnos y días de la semana del personal de enfermería y la normativa de funcionamiento interno. La psicóloga clínica de la Unidad definirá el proceso de acogida de residentes PIR.

3.E. RECOMPENSA, RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

El reconocimiento y la motivación de personal en una organización sanitaria pública en la que tanto la retribución económica como cualquier otro tipo de beneficios están previamente establecidas, debe basarse en los pocos aspectos que pueden motivar al profesional y que no están reglados. En la Unidad de adolescentes nos hemos centrado en la formación y en la capacidad de crecimiento profesional como punto clave de motivación de los empleados.

La equidad en la cantidad y en las condiciones de trabajo entre compañeros es fundamental para motivar a los profesionales. En la Unidad se hace un reparto equitativo de casos nuevos a cada equipo de psiquiatra-enfermero que sigue un riguroso orden rotatorio. Cada paciente ingresado en la Unidad es asignado a uno de los psiquiatras, que a su vez forma equipo con miembros de los estamentos de enfermería. Estas personas serán las figuras de referencia y responsables de los cuidados de este paciente de forma individual durante el tiempo que permanece en la Unidad. El reparto equitativo del trabajo del personal de enfermería se garantiza por un sistema rotatorio bimensual de adscripción del personal de enfermería/auxiliar de enfermería a colaborar con uno de los cuatro psiquiatras de la Unidad. El resto de los miembros del personal de la Unidad dan respuesta a las solicitudes de intervención promovidas por el Jefe de Sección o de los otros tres facultativos especialistas de la Sección y gestionan la tarea en función de criterios profesionales propios y las prioridades que se establecen en reuniones diarias y semanales de equipo.

Se procura mantener unas condiciones de trabajo idóneas en las que se facilitan los descansos en función de las necesidades individuales de los trabajadores, favorecer la asistencia a cursos de formación continuada, congresos o reuniones profesionales. El descanso del personal de enfermería se garantiza con un sistema basado en el Convenio Colectivo de los trabajadores del hospital, según el cual a cada trabajador se le concede un fin de semana libre alterno. El reparto de días libres es gestionado por la supervisora de enfermería según unos criterios que priman las necesidades individuales de los trabajadores, sin perjuicio de las necesidades del servicio o de las necesidades de otros compañeros. Los turnos de vacaciones del personal de enfermería siguen un sistema rotatorio, y el resto de los

profesionales acuerdan la distribución de vacaciones en función de sus necesidades y sin perjuicio de las necesidades del servicio. Este sistema equitativo de reparto se basa en el Convenio Colectivo del Hospital.

La seguridad en el trabajo es un factor fundamental de atención a los profesionales, especialmente en un medio como la hospitalización psiquiátrica, con riesgos de agresiones y accidentes laborales. La Unidad de psiquiatría adolescente cuenta con todos los mecanismos necesarios para proporcionar seguridad tanto a pacientes como a trabajadores. Como se comentará más extensamente en el criterio cuatro, (4.C.) todos los despachos de profesionales cuentan con alarma para casos de emergencia, hay un guarda de seguridad fuera de la Unidad disponible para emergencias, etc. La Unidad ha sido líder en la implantación de muchos sistemas de seguridad que están siendo posteriormente adoptados por otras unidades de psiquiatría o de otras especialidades del hospital y de otros centros de la Comunidad de Madrid, como por ejemplo el sistema de apertura de las puertas o el sistema de aislamiento de la habitación de reflexión.

El reconocimiento a los trabajadores de la Unidad por parte de los jefes se da constantemente de forma más o menos formal en las reuniones de gestión, reuniones diarias, etc. Para motivar a los trabajadores y que sientan reconocido su trabajo, los líderes de la Unidad comunican a la dirección del hospital los logros obtenidos por los trabajadores, por lo que estos reciben reconocimiento directamente de ellos. En ocasiones, directivos del hospital han acudido a las reuniones trimestrales de gestión con el único objetivo de reconocer y agradecer a los

trabajadores su buen hacer profesional y los logros obtenidos.

Con el objetivo de promover el acercamiento personal entre trabajadores, el buen clima laboral y sobre todo como modo de agradecimiento al trabajo realizado, los trabajadores de la Unidad son invitados a una cena anual que coincide aproximadamente con la fecha de inauguración de la Unidad.

Fuera del horario de trabajo se organizan otras reuniones y actividades de ocio promovidas por trabajadores de la Unidad o por el Departamento de Psiquiatría, como por ejemplo clases de baile y campeonatos de mus.

Una vez al mes se celebra el cumpleaños de todos los trabajadores del turno de mañana mediante un ágape en el que se hace entrega de regalos comprados por el resto de los trabajadores a los felicitados.

Tras la publicación en el año 2002 del Plan de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, donde se propone el objetivo de estudiar la satisfacción de los trabajadores de la comunidad, y con el propósito de contar con datos objetivos y anónimos de los trabajadores de la Unidad, se define un protocolo de evaluación de satisfacción de trabajadores. El Jefe de Sección ha promovido el proyecto y es el responsable de la puesta en práctica del estudio, para poder así adaptar los métodos de reconocimiento y motivación de trabajadores a las necesidades de los miembros de la organización. Contamos así con datos objetivos y anónimos que se presentan en el criterio 7.

**CRITERIO 4.
RECURSOS Y ALIANZAS**

4.A. GESTIÓN DE ALIANZAS EXTERNAS

En una Unidad de hospitalización las alianzas más importantes son las que se establecen con otras organizaciones o dispositivos que, por tener relación con el paciente antes o después de su ingreso hospitalario, ayudan a mantener la continuidad asistencial. Tal como hemos indicado en el criterio 2.A., estos dispositivos asistenciales, sociales y educativos son considerados nuestros aliados o proveedores. Además del beneficio para los pacientes, estas alianzas suponen un apoyo en el desarrollo mutuo mediante el intercambio de información y conocimientos. La Unidad mantiene también alianzas con otras organizaciones sociales y otros grupos de interés.

Alianzas con aliados o proveedores:

- **Áreas sanitarias:** se establecen alianzas de coordinación con los servicios de salud mental de distrito. Esta coordinación incluye comunicación y reuniones periódicas con el área y contactos puntuales con cada uno de los profesionales responsables de los pacientes ingresados:

La Unidad de hospitalización mantiene relación constante con las áreas sanitarias que les derivan pacientes, a cuyos profesionales invitan a visitar la Unidad, a asistir a las sesiones clínicas y con quienes mantienen reuniones periódicas de coordinación.

Profesional responsable del paciente en el medio ambulatorio, con quien se contacta tanto al ingreso como al alta para transmitir información y contribuir a una buena continuidad asistencial. El psiquiatra responsable del caso se pone en contacto con el centro de salud mental ambulatorio previo al alta del paciente, para concertar la primera cita en el servicio. Todos los pacientes se van de alta con un informe completo en el que aparece el lugar, fecha y profesional que atenderá al paciente en un plazo generalmente inferior a una semana.

La trabajadora social, para realizar la evaluación socio-familiar se pone en contacto cuando es necesario con organizaciones extrahospitalarias, recursos de servicios sociales, programas de familia, programa de menores de los CAD, asociaciones, etc.

La Psicóloga Clínica de la Unidad, en los casos asignados, se pone en contacto con los Centros

de derivación de tratamiento para que exista una continuidad en la intervención terapéutica que se ha llevado a cabo durante el ingreso, así como proporcionar pautas de actuación al Centro Escolar, de Menores u otras Instituciones donde esté integrado el adolescente.

- Al tratarse de un recurso de prevención secundaria de alto nivel de especialización, la coordinación y contactos necesarios con Atención Primaria que aseguran la continuidad de cuidados, es canalizada a través de los recursos de prevención articulados en el Plan de Salud Mental (Centros de Salud Mental, Hospitales de Día y Hospitalización parcial).

- Centros de Educación Primaria y Secundaria donde recibían educación los pacientes antes de su ingreso hospitalario.

En el momento del ingreso los profesionales de educación de la Unidad (maestras) se ponen en contacto con sus profesores, quienes proporcionan información sobre las necesidades educativas del paciente, rellenando una ficha académica para todos los pacientes escolarizados. La Unidad de hospitalización de adolescentes cuenta en su plantilla con dos profesores que durante el tiempo en que permanecen hospitalizados los pacientes se encargan de que continúen su formación académica, en contacto constante con su entorno educativo de referencia

- La Unidad mantiene una estrecha colaboración con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia, con quien se ponen en contacto semanalmente para informarles de los pacientes que se encuentran en la Unidad en situación de tutela, guarda o riesgo. Estos datos además se han tenido en cuenta para un grupo de trabajo de IMMF y Salud Mental.

- Cuando ingresan menores en situación de guarda o tutela, se contacta directamente con residencias, centros de acogida, etc. para recabar información sobre los aspectos sociales. La trabajadora social de la Unidad realiza una coordinación frecuente con el Área de Coordinación de Centros, para buscar alternativas y centros específicos para los menores que plantean estas necesidades. Los tutores o educadores de los niños en guarda o tutela son atendidos con la misma frecuencia e intensidad que las familias de rigen.

Alianzas con otras organizaciones

- Otras unidades de hospitalización Adolescentes de distintos hospitales.

Hemos tenido diversos encuentros con trabajadores del Hospital Niño Jesús de Madrid, Hospital Clínico de Barcelona y el Hospital Benito Menni de Barcelona, tanto invitados por ellos en sus centros de trabajo como en nuestro propio hospital.

La Unidad de Psiquiatría Adolescente del Hospital Gregorio Marañón ha establecido un acuerdo con otras unidades que tratan a la misma población dentro de la Comunidad de Madrid o de otras Comunidades Autónomas, para tratar a los pacientes que no puedan ser ingresados en estos centros por problemas de plazas o de recursos suficientes. Desde que se inició la actividad en la Unidad se han atendido 39 pacientes de otras Comunidades Autónomas. Nuestra Unidad todavía no ha tenido que derivar pacientes a ningún otro recurso debido al sistema de gestión de camas que seguimos, que ha asegurado la cobertura sanitaria necesaria para nuestra población de referencia mediante una gestión ágil de altas de pacientes estabilizados e ingresos de pacientes en situaciones de crisis.

- Universidad. Se realizan acuerdos con distintas Universidades para la aceptación de estudiantes en prácticas y rotaciones.
- En estos momentos no se mantiene ninguna coordinación con otras organizaciones que prestan servicios como comida, limpieza, suministros etc, ya que estas alianzas son gestionadas directamente desde las direcciones correspondientes del hospital y no desde la Unidad, por lo que se escapa de nuestra capacidad de decisión.

4.B. GESTIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS.

Los recursos económicos y financieros son gestionados de forma centralizada por el Departamento de Gestión Económica del hospital, por lo que quedan totalmente fuera de la responsabilidad de la Unidad.

4.C. GESTIÓN DE LOS EDIFICIOS, EQUIPOS Y MATERIALES.

Tanto la infraestructura como la gestión financiera y la provisión de material es responsabilidad del hospital, por lo que la Unidad no tiene definidos sistemas de gestión en la materia. La responsabilidad de la Unidad al respecto se limita al estudio constante de las posibilidades de infraestructura, equipos y materiales que más pueden beneficiar a la población atendida, logrando así disponer de un espacio terapéutico seguro y adecuado para los adolescentes.

En cuanto a la infraestructura, los profesionales de la Unidad han estudiado y solicitado a la dirección correspondiente todos los recursos que se consideran necesarios. Aunque todavía quedan aspectos mejorables en el sistema de seguridad, la aportación de datos objetivos sobre la necesidad de recursos e instalaciones y la correcta gestión en la solicitud de los mismos ha supuesto que en la actualidad la Unidad se pueda considerar líder en cuanto a seguridad para la población psiquiátrica adolescente. Algunas de las características de las instalaciones que han sido logradas durante estos años han sido:

- Mobiliario de máxima seguridad en todas las instalaciones de la Unidad. Fijación de camas, mesillas y taquillas para evitar incidentes.

- Puertas de seguridad en las habitaciones, de forma que sea posible la salida de la habitación en cualquier momento (para momentos de emergencia) pero no la entrada a la misma. El resto de las unidades de psiquiatría del hospital está tomando ejemplo de este sistema de seguridad y lo va a instalar próximamente. La puerta de acceso a la unidad no cumple estas características descritas. Esta puerta por las características de la Unidad permanece cerrada, aunque si se activa la señal de incendio de abre automáticamente.

- Colchones ignífugos en todas las habitaciones, detectores de humo y sistema contraincendios.

- Cámaras de seguridad que vigilan las habitaciones donde se hayan hospitalizados pacientes en situación de riesgo y por lo tanto con necesidad de vigilancia constante. Las habitaciones tienen cámaras de seguridad con sistema de infrarrojos para control nocturno.

- Sistemas de seguridad en los cuartos de baño, como espejos irrompibles y duchas que se desprenden ante un peso considerable, para evitar la posibilidad de suicidio mediante cortes o ahorcamiento.

- Ventanas: clausuradas, con sistema de persianas especialmente diseñado para detectar restos de vómitos alimenticios y cristales blindados con persiana entre el doble cristal. Ausencia de barras y cortinas.

- Armario con herramientas para casos de emergencia, como llaves, palancas, etc.

- Botones de alarma en todos los despachos. En la actualidad se está en proceso de estudio de un sistema de alarma personal tipo busca.

- Disponibilidad de un guarda de seguridad en recepción perteneciente al hospital, que acude a la Unidad en casos de necesidad.

- Además de la seguridad proporcionada por la infraestructura, se siguen normas básicas de seguridad en la actuación que disminuyen los riesgos potenciales de los pacientes. Algunas de estas normas son el control de uso de encendedores y colillas (de hecho está prohibido fumar en la Unidad), control de colonias, lociones o enjuagues bucales, evitar el uso de recipientes de vidrio, mantener objetos personales punzantes o cortantes y útiles de afeitado bajo control, evitar piercing, cordones de zapatos y cinturones en la unidad, mantener la medicación bajo llave y controlar constantemente los útiles de limpieza.

La seguridad de estas instalaciones es comprobada por el servicio de seguridad del hospital que revisa periódicamente que todo esté de acuerdo a la normativa vigente.

Además de seguridad, la Unidad debe proporcionar un ambiente adecuado para el tratamiento terapéutico. Para ello trabajamos en que la Unidad sea lo más acogedora posible y que los adolescentes cuenten con espacio suficiente para realizar actividades terapéuticas, educativas y ocupacionales. Como ejemplo del estudio constante de la adecuación de las instalaciones, el Jefe de Sección de la Unidad y la supervisora de enfermería realizaron un proyecto de los beneficios y las posibilidades de contar con una terraza cubierta en las instalaciones de la Unidad para que los adolescentes cuenten con un espacio de expansión y juego. El proyecto ha sido entregado a la dirección correspondiente se esperan una respuesta de la misma al respecto.

Para evaluar la adecuación de las instalaciones se cuenta fundamentalmente con dos métodos: indicadores de seguridad y de incidentes críticos para evaluación de la seguridad y encuestas de satisfacción de usuarios y profesionales para evaluación de la comodidad y adecuación.

En cuanto a los materiales, aunque son también gestionados y proporcionados por el hospital, la Unidad realiza el estudio y solicitud de materiales didácticos y terapéuticos adecuados para esta población. El material fungible es gestionado por la supervisora de enfermería por medio de pedidos al almacén o al servicio de compras del hospital.

La gestión de mantenimiento de la Unidad se lleva a cabo también de forma centralizada por el servicio del hospital, por lo que no tenemos un sistema para ello. La supervisora de enfermería comunica la necesidad del servicio de mantenimiento cuando se producen desperfectos en la unidad y guarda registro de las incidencias.

La gestión de residuos externos e internos así como el reciclaje en la Unidad se realiza, como en el resto del Hospital, siguiendo la regulación en materia de residuos sanitarios (Ley 10/1998 de Abril de Residuos y Decreto 83/1999 de 3 de Junio).

4.D. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.

La Unidad no cuenta con tecnología propia que deba gestionar, por lo que este subcriterio no aplica en nuestro caso.

4.E. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO.

La información que se maneja en la Unidad se puede dividir fundamentalmente en cuatro subgrupos: información clínica, información clínica personalizada, información de gestión y gestión del conocimiento.

La gestión de los datos se realiza según un programa (SISCAM) aplicado por el Servicio Informático de la Comunidad de Madrid (I.C.M). La administración, el acceso y la explotación de los datos contenidos en la Historia Clínica e introducidos en la base de datos se rige por la legislación vigente. Las dos leyes básicas que ordenan el manejo de los datos son la Ley de Protección de datos (LO 15/1999) y la Ley Básica de Autonomías recientemente aprobada y que entrará en vigor en Mayo de 2003.

La información referida a cada paciente ingresado en la Unidad queda registrada en la Historia Clínica personalizada según modelo estandarizado implantado en todo el hospital. Algunos documentos, como la hoja de valoración al ingreso de enfermería, se ha adaptado a la población adolescente psiquiátrica

por parte de los profesionales de la Unidad. La información de la historia clínica sirve un propósito fundamental que es garantizar la asistencia y continuidad de cuidados del paciente. La estructuración de los datos, modelos de recogida de información, las diversas aplicaciones y normativa referida a la explotación de los datos contenidos en la misma, se rigen igualmente por procedimientos generales aplicables a todo el hospital que quedan recogidos en el Reglamento de Historias Clínicas, documento que se actualiza periódicamente y ajusta a la legislación vigente y el Reglamento de Archivo Central, lugar donde se almacenan y custodian. La organización de los diversos documentos en la historia se realiza de forma diferente en la Unidad, lo que sirve el propósito de facilitar el uso de la historia mientras el paciente permanece ingresado y garantiza una rápida localización de los mismos por los diversos profesionales autorizados cuando lo requieren.

Toda historia clínica archivada debe incluir el informe de alta del paciente. Esto se ha realizado en el 100% de los casos de pacientes ingresados. En él se recogen los procedimientos, evolución y diagnóstico clínico realizados y referidos al proceso que motivó el ingreso del paciente en la Unidad. Este informe es realizado según un modelo estructurado y acordado por los facultativos de la Unidad. Conviene señalar que el juicio diagnóstico se realiza según el modelo multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos en 6 ejes propuestos en la CIE 10: I, Trastorno mental; II, trastornos del específicos del desarrollo psicológico; III, Retraso mental; IV, Otros procesos físicos asociados; V, Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud; VI, G.A.F o C-GAF para menores de 16 años.

Además de estos datos, como iniciativa de mejora de calidad propuesta por los propios

trabajadores de la Unidad, creamos una base de datos de nuestros pacientes hospitalizados, con información como variables sociodemográficas, diagnóstico, características clínicas familiares, datos terapéuticos, evolutivos, de derivación etc. La introducción y la explotación de datos incluidos en la misma son responsabilidad de los facultativos de la Unidad. La información consecutiva a la explotación de los datos es susceptible de ser empleada además de con finalidades de gestión y mejora de la Unidad y de los procesos que en ella tienen lugar, para docencia, investigación y comunicación con agencias externas (reuniones de coordinación).

Aparte de estas bases de datos en la Unidad de psiquiatría adolescente se utilizan los programas informáticos proporcionados por el hospital y necesarios para las distintas actividades administrativas y clínicas. Algunos profesionales han recibido formación sobre ellos mediante cursos proporcionados por el servicio de formación de la Comunidad de Madrid y por el Servicio de Informática de la Comunidad de Madrid (I.C.M.).

Existe una página web de la Unidad de adolescentes en la que hay disponible una amplia información sobre los objetivos, funcionamiento, resultados y servicios de la Unidad de adolescentes. Esta página tiene también información sobre patologías psiquiátricas y enlaces a otras páginas con información para pacientes y familiares. En la actualidad está pendiente de la aprobación por parte de la subdirección de informática para tenga acceso desde la página web del hospital

La gestión del conocimiento es un factor fundamental en nuestra Unidad, que se realiza mediante las múltiples fuentes de aprendizaje e investigación de los profesionales que hemos expuesto en el criterio 3.

**CRITERIO 5.
PROCESOS**

5.A. DISEÑO Y GESTIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS.

Tal como hemos explicado en el criterio 1.A, a partir de lo establecido en la LOSCAM, en el Plan de Salud Mental de la CAM, los objetivos definidos en el Plan de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, los objetivos del Plan de Futuro 2001- 2005 del Hospital Universitario Gregorio Marañón y los objetivos clave de la Unidad, se definen las líneas estratégicas de la Unidad, a partir de las cuales se definirán los procesos clave. Se resumen en cinco:

- Unificación y optimización de la práctica clínica
- Orientación al usuario
- Satisfacción profesionales
- Continuidad de cuidados
- Crecimiento científico (investigación/ docencia)

A partir de estas líneas estratégicas se definen los procesos de la Unidad. Se han definido protocolos de actuación para las actividades críticas de estos procesos.

El proceso seguido para la definición de protocolos ha sido distinto dependiendo del tipo de protocolo del que se tratase. Para los protocolos clínicos, el desarrollo de las guías de actuación se llevó a cabo de la forma más participativa posible, implicando a tantas categorías profesionales como fuese posible y teniendo como mínimo representantes de cada una de las categorías que iban a tener que intervenir posteriormente en su puesta en práctica. De esta forma se potenciaba la implicación de los profesionales en su puesta en práctica y posterior evaluación. Muchos de ellos se empezaron a definir antes incluso de que abriese la Unidad, y se han ido evaluando y modificando posteriormente. Para evaluar estos protocolos se ha seguido un sistema de recogida de sugerencias de pacientes y familiares, aportaciones de empleados, análisis de tendencias, benchmarking con otras organizaciones y, cuando todos estos datos reflejaban una necesidad de evaluación, evaluaciones exhaustivas de un proceso determinado.

Cada uno de estos protocolos tiene bien definido su principio, su final, un responsable dentro del equipo terapéutico y ha sido presentado al comité ético de asistencia del Hospital. A pesar de contar con una guía de actuación para cada una de estas

situaciones, la actuación se adapta a las características propias de cada paciente concreto.

Como la evaluación exhaustiva de todos los protocolos no es posible debido a la sobrecarga de trabajo que supondría la recogida sistemática de tal cantidad de información, se hacen evaluaciones de algunos protocolos y se propone la realización de nuevos protocolos, una vez que se observaba alguna anomalía en su aplicación o la necesidad de introducir alguna mejora. La necesidad de revisión de un protocolo se expone en las reuniones trimestrales de gestión y los resultados de dicha evaluación son expuestos en la siguiente reunión. Con esta metodología de revisión, en el año 2002 se evaluaron, entre otros, el protocolo de contención mecánica, el protocolo de trastornos de alimentación y el protocolo de uso de la habitación de reflexión.

La evaluación del protocolo de aislamiento ha sido realizada por la psicóloga clínica de la Unidad, que ha recogido información de todos los casos de aislamiento y contención mecánica llevados a cabo en la Unidad en un periodo de tres meses, llevando a cabo una revisión individual de cada uno de los casos, en la que se recogían datos como: turno en que se produjo el incidente, tiempo pasado desde el ingreso, diagnóstico, número de trabajadores que había en la Unidad, motivo de la contención (auto-agresividad / agresividad a terceros), etc. Tras un análisis posterior de toda esta información se acordó cambiar el protocolo vigente hasta el momento para asegurar un mejor abordaje del menor, tomando medidas como por ejemplo acortar el tiempo de estancia en la sala de reflexión. Cuando se haya aplicado este nuevo protocolo durante un tiempo suficiente se volverá a hacer una evaluación en profundidad para comprobar si las mejoras introducidas son suficientes y cerrar así el círculo de mejora de la calidad.

Tras un periodo de reflexión y contando con la experiencia recogida hasta entonces, se decidió pasar de este sistema de evaluación reactivo en el que se realizaban revisiones y evaluaciones de la implantación de los protocolos una vez que se detectaban deficiencias en el funcionamiento del sistema, a un sistema de evaluación proactivo, mediante el cual se evaluarían periódicamente los protocolos para la detección de puntos débiles y puesta en práctica de iniciativas de mejora para el sistema. En noviembre de 2002 se comenzó a establecer fecha de revisión para los nuevos protocolos que se definían en la Unidad. Como ejemplo de este hecho está el protocolo de evaluación

de satisfacción de profesionales, definido en diciembre de 2002, que establece una periodicidad de revisión del funcionamiento del proceso bianual. Así mismo, otros procesos que ya estaban en funcionamiento, como el proceso de evaluación de satisfacción de usuarios que se comenzó a llevar a cabo en noviembre de 2000, se revisó exhaustivamente en agosto de 2002, y tras dicha revisión se estableció un protocolo de actuación en el que se especifica la fecha de la próxima revisión. Estos protocolos siguen un formato estándar en el que se establece un responsable para todo el proceso, responsables para tareas concretas si fuesen necesarios, todos los pasos del proceso, los plazos para cada uno de ellos y la fecha de evaluación de la puesta en práctica del protocolo. Los parámetros a evaluar durante la revisión del protocolo no están definidos de forma estandarizada ya que se definen en cada caso según los objetivos establecidos en el propio protocolo.

Además, como método de evaluación de estos procesos, la Unidad ha tenido jornadas de trabajo con Unidades similares de otros hospitales, en las que los responsables de enfermería y psiquiatría se reúnen para comparar sus procesos, indicadores y resultados, aprendiendo unos de otros como técnica de benchmarking.

5.B. INTRODUCCIÓN DE LAS MEJORAS NECESARIAS EN LOS PROCESOS MEDIANTE LA INNOVACIÓN, A FIN DE SATISFACER PLENAMENTE A CLIENTES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS, GENERANDO CADA VEZ MAYOR VALOR.

La información recogida de pacientes y familiares se traduce en mejoras en el funcionamiento de la Unidad para adaptarse a sus expectativas. Así, por ejemplo, ante la petición de los pacientes de ver películas de video en la Unidad, y entendiendo que este entretenimiento no supone una interferencia en el proceso terapéutico, se organizaron sesiones de video durante los fines de semana. Bajo este mismo criterio se han puesto en marcha otras actividades de ocio como talleres de belleza, cine forum, debates o coloquios, karaokes, juegos de mesa diversos (“Pictionary”, “Trivial”, “Party”), siendo elegida la actividad por el equipo de enfermería en función de las características del grupo de adolescentes en un momento dado. Se ha puesto en marcha también un grupo de ocio todos los días de diario gracias al aprendizaje previo llevado a cabo por el personal de enfermería durante las sesiones de la terapeuta

ocupacional. Estas actividades de ocio y ocupacionales ha sido recibidas de forma muy favorable por los adolescentes.

Otras veces, la innovación en los procesos proviene de sugerencias de los trabajadores, que buscan nuevos métodos de tratamiento que se adapten mejor a las características de nuestra población. Un ejemplo, sería la adaptación del servicio de biblioteca de pacientes a los pacientes psiquiátricos hospitalarios. La biblioteca ofrece el servicio de préstamo de libros, información sobre páginas web, videos de poesía, CDrooms educativos, etc. Estos materiales se utilizan como un modo de normalizar las actividades de la Unidad con la sociedad, como método para facilitar la reincorporación al colegio y acercamiento a la cultura. Para ello, el responsable de la biblioteca necesita de una estrecha coordinación con el servicio de enfermería y psicología de la Unidad, con quien intercambia información sobre las características de la patología del paciente y por lo tanto los temas de libros que pueden no ser beneficiosos en su proceso terapéutico. Una actividad que se ha encontrado especialmente beneficiosa es la lectura y comentario de cuentos, al observar que en el comentario del cuento los pacientes proyectaban parte de sus problemas. Esta información es posteriormente transmitida entre el responsable de biblioteca y el servicio de enfermería y de educación, para ampliar el conocimiento del paciente. Estas actividades se van adaptando según las necesidades del momento. Así, al comienzo del funcionamiento de la Unidad, cuando había menos personal docente del necesario, se realizaban más sesiones de lectura y más préstamos de libros de lo que se realizan ahora, que los pacientes tienen un sistema de formación más completo en las clases. A pesar de esta disminución en el uso de algunos recursos, la Unidad de adolescentes tiene el mayor índice de utilización de recursos de la biblioteca de pacientes dentro del Departamento de Psiquiatría, lo que consideramos un dato muy positivo.

Otro ejemplo del esfuerzo constante por adaptar los servicios ofrecidos a las expectativas de los pacientes es el intento de creación de un Hospital de Día de Adolescentes dentro del Departamento de Psiquiatría del hospital, lo que reduciría la estancia media y evitaría algunos ingresos a tiempo total. Gran cantidad de publicaciones científicas demuestran los efectos beneficiosos de este recurso en aquellos pacientes que cuentan con el suficiente apoyo en el medio familiar y están lo suficientemente estabilizados como para recibir tratamiento durante unas horas al día y vivir en sus casas. El contacto

diario con los familiares nos indica que la mayoría de ellos preferirían este recurso a la Unidad de hospitalización cuando el adolescente esté preparado para ello. Con este objetivo, los profesionales de la Unidad han realizado un gran trabajo de estudio de centros de características similares y de publicaciones científicas al respecto, y han presentado un proyecto completo a la subdirección del hospital con un plan para su puesta en práctica. En estos momentos todavía no se tiene una respuesta definitiva al respecto.

Ante el estudio de datos de satisfacción de familiares se ve la necesidad, por parte de los profesionales, de poner en marcha un grupo terapéutico de padres semanal.

Como último ejemplo, en la actualidad el personal de enfermería está iniciando un nuevo servicio de educación e información a familiares de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria ingresados en la Unidad que van a casa el fin de semana. El proyecto surge de solicitud de este servicio por parte de los padres y de la observación de los trabajadores de esta necesidad. En este primer paso, el servicio se está poniendo en marcha siendo la enfermera responsable del caso quien lleva a cabo la formación a la familia. Una vez se observen los resultados de la experiencia se definirá la práctica y se incluirá en el protocolo correspondiente.

5.C. DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS BASÁNDOSE EN LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES.

Los procesos que se llevan a cabo en la Unidad, organizados según una estructuración básica de procesos de gestión, procesos operativos y procesos de soporte, quedan reflejados en la tabla 5.C.1.

Los procesos de gestión son los relacionados con las actividades estratégicas de la empresa, adecuando la organización a las necesidades y expectativas de los clientes tanto internos como externos. Ayudan a una organización eficiente de los procesos operativos.

Los procesos operativos o procesos clave serían los procesos que están en contacto directo con el usuario. Teniendo en cuenta la definición de cliente adoptada por la Unidad, los procesos operativos serán aquellos que tienen mayor impacto sobre la satisfacción tanto de los pacientes como de los

familiares o tutores de pacientes, ya que ambos grupos son considerados usuarios directos de la Unidad. Estos procesos son el objetivo final de la existencia de la Unidad.

Los procesos de soporte son aquellos procesos que generan recursos que necesitan los otros dos tipos de procesos para poder llevarse a la práctica. En la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de Adolescentes, muchos de estos procesos están proporcionados por servicios centrales del hospital y por lo tanto escapan del ámbito de actuación y gestión de los responsables de la Unidad.

TABLA 5. C. 1.			
PROCESOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO- JUVENIL DEL H.G.U.G.M.			
PROCESOS DE GESTIÓN	Satisfacción usuarios		
	Satisfacción profesionales		
	Gestión de calidad – EFQM		
	Coordinación interinstitucional		
PROCESOS OPERATIVOS	Atención a pacientes	Acogida	
		Homogeneización del tratamiento	
		Información a pacientes	
		Educación	
		Alta y seguimiento	
	Atención a familiares	Información	
		Acogida	
		Apoyo psicológico	
	PROCESOS DE SOPORTE	Gestionados por el hospital	

A. Procesos de gestión:

Los procesos de **evaluación de satisfacción de familiares o tutores de pacientes** y de **evaluación de satisfacción de trabajadores**, sirven para como método fundamental de recogida de información de la opinión de estos colectivos, con el fin de incorporarla en la estructuración del sistema de trabajo. Sirven también para evaluar el cumplimiento real de las líneas estratégicas de satisfacción de usuarios y satisfacción de trabajadores. Ambos procesos tienen definidos la periodicidad de la evaluación, los responsables, los métodos utilizados y cómo se utilizará la información recogida. Sirven de recogida de información que se utilizará para efectuar cambios en la gestión o en los procesos operativos que provoquen un aumento en el nivel de satisfacción evaluado.

El proceso de **gestión de calidad** en la Unidad comienza con la realización de la autoevaluación EFQM. Será el punto inicial para estructurar las iniciativas de mejora de calidad que ya se venían llevando a cabo en la Unidad. Esta autoevaluación sirve de análisis objetivo de la situación de la Unidad y a partir de aquí se estructurarán planes de mejora de la calidad y métodos de evaluación de resultados.

La **coordinación interinstitucional** supone coordinación con los dispositivos de quienes recibimos o a quienes derivamos pacientes, y de otras organizaciones que tratan a la misma población y, por lo tanto, con quienes podemos establecer relaciones de intercambio de información y aprendizaje común. Las relaciones establecidas con estos organismos y los sistemas de relación con ellos están explicados detalladamente en el criterio 4.A.

Investigación: En la Unidad se realizan directa o indirectamente investigaciones clínicas y básicas. Muchas de estas investigaciones se hacen en colaboración con centros nacionales e internacionales. Para la mayoría de estas investigaciones se solicita financiación pública a través de las convocatorias establecidas para dichas ayudas. Todas las investigaciones son presentadas al Comité de Ética e Investigación del hospital y el inicio de las investigaciones se lleva a cabo después de contar con el visto bueno de dicho comité. La participación en todos los estudios es previo consentimiento informado de pacientes y representantes legales. Proyectos de investigación que se están realizando en este momento:

Redes temáticas. Estudio longitudinal de primeros episodios psicóticos en niños y adolescentes. En esta red temática la Unidad es el nodo coordinador de 11 grupos de investigación, 8 centros y 51 investigadores de 6 Comunidades Autónomas. El objetivo de la red es estudiar 100 primeros episodios psicóticos en niños y adolescentes y compararlos con 100 controles sanos de la misma edad. El proceso de información, evaluación, tratamiento y medición de resultados está estandarizado para que sea igual en todos los centros participantes. Esta beca financia dos becarios de investigación a tiempo completo que trabajan en la Unidad de Adolescentes. El coordinador de la red es el jefe de sección de la Unidad. Duración: 3 años. Importe 552.000 €

Beca FIS: Estudio longitudinal de primeros episodios psicóticos en infancia y adolescencia. Con esta beca se financia un estudio que se lleva a cabo en

la Unidad con el objetivo de evaluar variables pronósticas en todos los primeros episodios psicóticos ingresados en la Unidad. Se sigue un protocolo estandarizado para la evaluación, seguimiento y estudio de resultados. Esta beca financia un becario de investigación a tiempo completo que trabaja en la Unidad de Adolescentes. Duración: 3 años. Importe 65.665 €

Otras investigaciones financiadas con fondos públicos:

Beca Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Efectos cerebrales del MDMA: Estudio experimental del momento de aparición y reversibilidad con el tiempo. Duración: 3 años. Importe 116.000 €

Redes temáticas. IM3. Imagen médica molecular y multimodalidad. Análisis y tratamiento de imagen médica. Investigador Principal grupo psiquiatría del H.G.U.G.M. es de la Unidad de Adolescentes. Duración: 3 años. Importe 2.040.000 €

Redes temáticas. Plataforma de genotipación para la identificación de factores genéticos implicados en la susceptibilidad y en la respuesta farmacológica de las enfermedades mentales. Red de genotipación y psiquiatría genética. Duración: 3 años. Importe 4.110.000 €

Otras investigaciones financiadas con fondos privados:

Estudio Piloto comparativo de quetiapina frente a olanzapina en pacientes con primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Duración: 3 años. Financiación: 75.000 €

Otras investigaciones no financiadas:

Estudio de rendimiento escolar premórbido realizado por los maestros de la Unidad.

Estudio longitudinal de efectos secundarios de antipsicóticos en niños y adolescentes. Estudio en colaboración con la Universidad de Maryland.

Eficacia y seguridad de clozapina en adolescentes con esquizofrenia.

Prolongación del intervalo QTc en pacientes psiquiátricos en tratamiento con fármacos antipsicóticos.

Estudio de la aplicación del modelo de gestión de calidad EFQM a una Unidad de Psiquiatría Adolescente.

Docencia: El hospital GUGM es un hospital asociado a la Universidad Complutense de Madrid. Estudiantes de distintas facultades y escuelas de esta Universidad reciben su docencia en el hospital. En la Unidad de adolescentes se forman estudiantes de quinto curso de medicina, de terapia ocupacional, de trabajo social, de enfermería, residentes de psiquiatría y enfermería. Existen también acuerdos entre el hospital y otras Universidades privadas. El proceso de la docencia está gestionado desde la Universidad y el Hospital y la Unidad se limita a ofrecer docencia a los estudiantes que rotan en ella.

El proceso de docencia gestionado desde la Unidad es el de rotación y formación de residentes de Psiquiatría. Este proceso tiene como responsable uno de los psiquiatras de la Unidad que se encarga de recibir las peticiones que llegan a través del jefe de docencia del hospital y tutor de residentes de psiquiatría. El responsable de la Unidad se pone en contacto con el residente para explicarle las condiciones y disponibilidad de plazas (actualmente están ya completos los próximos dos años por el gran número de peticiones recibidas).

B. Procesos operativos:

Procesos de Atención a pacientes:

Dentro de los procesos operativos, hemos definido como procesos de atención a pacientes aquellos directamente relacionados con el trato y tratamiento a los adolescentes ingresados. Estos procesos se han estructurado en proceso de acogida, tratamiento, formación, información y alta y seguimiento.

El Proceso de acogida es especialmente importante ante la incertidumbre que en el momento del ingreso viven tanto pacientes como familiares ante lo desconocido. Por esto, la enfermera y la auxiliar responsables del caso realizan una primera entrevista de valoración en la que se recogen los datos personales, se valoran las necesidades y se informa sobre la normativa general de la planta. De esta forma, se disminuye la angustia inicial, se favorece la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería y se promueve el inicio de una adecuada relación terapéutica.

Una de las líneas estratégicas de la Unidad es la **unificación y homogeneización de la práctica clínica**, como estrategia para conseguir el objetivo de la equidad en el tratamiento de todos los usuarios del sistema. Para la puesta en práctica de esta estrategia se han desarrollado e implantado un total de 45 protocolos y guías de actuación, entre los que están protocolos de tratamiento a patologías concretas como Trastornos de la conducta alimentaria, protocolos de información como protocolo de información a los padres sobre la patología o protocolos de consentimiento informado, modo de actuación ante incidentes como fuga o no retorno de un paciente, exitus, amotinamiento, contención mecánica. Pautas de actuación homogéneas para situaciones como conducta opositora-negativista de una o más personas, tipificación de faltas y sanciones. Protocolos que especifican actividades a llevar a cabo por los profesionales en diversos casos, como el ingreso, recogida de información o alta de pacientes.

Para el proceso de **formación** de pacientes, la Unidad cuenta con dos profesoras, una de Primaria y otra de Secundaria, pertenecientes al programa de atención educativa dirigido a la población hospitalizada desarrollado por la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid para permitir la continuidad del proceso educativo, favorecer su promoción académica y facilitar, al mismo tiempo, un marco educativo en los hospitales próximo a las necesidades psicosociales y afectivas de los pacientes. El trabajo de las profesoras del Aula se lleva a cabo dentro del protocolo terapéutico y siempre en coordinación con los profesionales de la Unidad.

Las profesoras se ponen en contacto con los Colegios o Institutos de referencia mediante documentación que han de remitir cumplimentada con el currículum que debe trabajar el alumno para así facilitar su incorporación a clase al alta hospitalaria. Se registra en un documento el trabajo realizado por el alumno (estancias superiores a un mes) y se manda un informe para su evaluación a su Centro correspondiente. En los casos necesarios, el paciente hace los controles en el aula hospitalaria, bien recibiendo el examen desde el Centro vía fax (al que es enviado de igual forma) o realizando la evaluación los profesores del Aula.

Toda esta documentación, el nº de alumnos atendidos, datos referentes a su escolarización, así como la duración de la estancia en el hospital, es supervisada por los organismos correspondientes de la Consejería de Educación. Las profesoras de la Unidad, junto a los demás profesores de Aulas Hospitalarias de

Madrid capital, mantienen reuniones periódicas con los responsables de la Unidad de Programas Educativos.

Durante el periodo escolar y en horario no lectivo, las profesoras realizan cursos específicos en el Centro Regional de Innovación y Formación de Profesores.

Este servicio de formación ha demostrado tener unos resultados excelentes, tal como indican verbalmente los profesionales de los centros de educación a las profesoras de la Unidad, y como demuestra el hecho de que muchos adolescentes que habían abandonado previamente el sistema educativo antes de su ingreso en la Unidad, lo vuelven a retomar después del alta. Recientemente se ha comenzado a realizar una encuesta de satisfacción y expectativas a los pacientes para comprobar su nivel de satisfacción con el servicio de formación y adaptarlo más a sus necesidades. Se ha proporcionado dicha encuesta al Hospital Niño Jesús para su administración y disponer así de datos comparativos.

La **información a los pacientes** es un proceso constante. Las normas del funcionamiento de la Unidad están disponibles en todas las habitaciones para conocimiento del paciente, el paciente recibe información sobre su enfermedad y evolución clínica en las entrevistas terapéuticas con el profesional responsable de su caso, y siempre que sea necesario recibe información de los demás profesionales de la Unidad, especialmente del personal de enfermería, con quien mantiene contacto constante. Diariamente se realiza una terapia de grupo realizada por una de las psiquiatras de la Unidad. Semanalmente se realizan dos asambleas de pacientes con el personal de enfermería donde los pacientes expresan quejas y consultas sobre las normas de funcionamiento de la Unidad. En estas reuniones, los pacientes reciben información directa sobre los motivos de la aceptación o negativa de sus quejas y sugerencias y de las iniciativas que se ponen en práctica teniendo en cuenta sus opiniones.

Para el proceso de **alta y seguimiento**, la Unidad tiene definidos criterios de calidad como por ejemplo que el paciente obtiene siempre el informe de alta en mano antes de dejar la Unidad, que se le gestiona la cita con el servicio de salud mental de distrito desde la misma Unidad de hospitalización y con una espera en general inferior a una semana desde el día del alta, y que el profesional responsable del caso en la Unidad de hospitalización se pone en contacto con el profesional que lleva el caso en la

consulta ambulatoria. En aquellos casos de implicación social relevante, la Trabajadora Social se pondrá en contacto con los Servicios Sociales y redes de apoyo social correspondientes. Además, con el objetivo de evaluar los efectos del tratamiento a largo plazo y la evolución posterior del paciente, se hace siempre un seguimiento del estado del paciente un año después del alta, con una evaluación según escalas estandarizadas. El seguimiento del estado mental se hace con la HoNOSCA, escala de evolución clínica para niños y adolescentes, versión para padres y versión para profesionales (la completa el psiquiatra que sigue el caso al año), DAI, de actitud hacia la medicación (la completa el propio adolescente), ICG, impresión clínica global (que completan, de forma separada, adolescente y padres) y SDI, de discapacidad. Además, se realiza, previa a las escalas estandarizadas, una entrevista telefónica, creada para el estudio, con información básica sobre el seguimiento y situación del paciente a lo largo del año. En ese momento se hace la petición del consentimiento de paciente y familia para realizar el seguimiento. De esta forma se comprueba la posible mejora a largo plazo con el tratamiento realizado, la adherencia terapéutica, la veracidad del diagnóstico al alta, reingresos ocurridos, etc.

Procesos de atención a familiares:

La información a familiares, identificado como uno de los factores que los usuarios de servicios sanitarios consideran más importantes de la calidad asistencial, y teniendo en cuenta que al tratarse de adolescentes es un factor aún más importante, está previamente definida: Los familiares del paciente o tutor legal de este tienen una entrevista con los profesionales responsables del caso en el momento del ingreso en la que se les entrega una hoja informativa y se les resuelve las dudas que puedan presentar, otra entrevista semanal durante el tiempo que esté ingresado el paciente, y una última reunión justo antes del alta para realizar una devolución que consta de orientación, derivación, pronóstico, recomendaciones terapéuticas y necesidades de seguimiento. En el momento del ingreso el personal de enfermería enseña a la familia toda la Unidad y les entrega documentación con las normas de funcionamiento. Además, la DUE se pone en contacto con los familiares o el tutor diariamente para informar de los progresos clínicos y cualquier incidencia ocurrida. Además, el personal de enfermería recibe y da información a la familia en visitas o salidas.

Según el artículo 10 de la Ley General de Sanidad sobre consentimiento informado, existe una

obligatoriedad de consentimiento informado del paciente o sus representantes legales ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, así como la facultad de éste de rechazar el tratamiento. En la Unidad, tanto los pacientes como la familia reciben una información puntual y adaptada para facilitar la comprensión acerca de los diagnósticos, procedimientos e intervenciones que se indican en la misma. Se emplean diversos protocolos de consentimiento informado, de dos tipos básicos: aquellos que son generales y aplicados por el resto de los servicios del hospital y que por lo tanto siguen los protocolos estandarizados de forma general para todo el hospital, y los procedimientos específicos de las unidades de psiquiatría. En estos momentos existen dos procedimientos específicos de las unidades de psiquiatría: el protocolo de administración de T.E.C. (Terapia Electroconvulsiva) y Clozapina. En el caso de la Clozapina, debido al riesgo que tiene asociado a efectos secundarios (1-3% de riesgo de desarrollo de agranulocitosis) el Ministerio de Sanidad establece controles consistentes en protocolos estandarizados que han de ser completados por el facultativo prescriptor para la dispensación por la Dirección General de Farmacia del medicamento.

Aunque es difícil separar la información que se proporciona a los familiares de pacientes con el apoyo psicológico a los familiares, puesto que ambas cosas se dan en un proceso común de interacción con los profesionales del centro, hemos dividido ambos aspectos entendiendo que el apoyo psicológico va más allá de la mera información sobre el estado de salud de su familiar para profundizar en información general y estrategias de afrontamiento ante la situación de tener un hijo con una enfermedad mental. La actividad principal para este objetivo son grupos terapéuticos de padres semanales. Los objetivos generales de este grupo tienen que ver con la prevención y la disminución del estrés familiar ante el ingreso de un hijo con patología en la Unidad, y proporcionan a la familia estrategias de actuación y afrontamiento de conductas problemáticas en el adolescente. También se les proporciona información general sobre los recursos sanitarios, educativos y redes de apoyo social a los que acudir. Este grupo es realizado por la psicóloga y la trabajadora social de la Unidad. Recientemente se ha hecho una evaluación de este proceso, mediante un análisis de los datos de asistencia de padres a las reuniones y una recogida de información sobre su opinión de la utilidad de las mismas y opiniones sobre modos de mejorarlas. Estos resultados se presentan en el criterio 6.a. (Resultados en los clientes)

C. Procesos de soporte:

Los procesos de soporte están gestionados en gran medida por los servicios centrales del hospital, que proveen estos servicios para todo el centro hospitalario. La responsabilidad de los trabajadores de la Unidad, por lo tanto, está limitada a la puesta en práctica de las directrices marcadas y a la transmisión de información a los servicios correspondientes.

5.D. PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y SERVICIO DE ATENCIÓN, DE PRODUCTOS Y DE SERVICIOS

Los aspectos que cubre este subcriterio, al tratarse de una organización de servicios sanitarios, en la que los productos son consumidos al mismo tiempo de su realización, quedan gestionados por los procesos explicados en el subcriterio anterior, mediante todos los pasos seguidos desde el proceso de admisión al paciente hasta el proceso de alta y seguimiento.

Previa a la recepción del paciente se lleva a cabo el sistema de gestión de camas por el personal de enfermería. Mediante un efectivo sistema de estudio de la situación de los pacientes ingresados y el alta a tiempo se ha conseguido que en los más de dos años de funcionamiento no se haya tenido que derivar a ningún paciente de nuestras áreas de referencia a otros hospitales. Además, esta gestión de camas ha sido lo suficientemente ágil como para poder ingresar a pacientes de otras áreas sanitarias e incluso de otras comunidades autónomas que no contaban con los recursos necesarios.

Como ya se ha indicado previamente, la Unidad ha puesto especial atención al proceso de seguimiento de pacientes tras obtener el alta, creando su propio sistema de evaluación de seguimiento anual. El primer paso consiste en un estudio en que se pretende poder relacionar algunas variables de la evolución de los pacientes, con aspectos relacionados con el tratamiento, tanto durante el ingreso como después del alta. Para ello, se realiza un cuestionario telefónico, y a continuación se remite un dossier de cuestionarios a la familia y paciente, y un cuestionario al profesional de referencia. Este estudio se basa en los conocimientos previos de que la evolución de la patología infanto-juvenil depende, no solo del diagnóstico y otras variables individuales, sino también de la continuidad de cuidados, la idoneidad de los mismos, y algunas variables socio-familiares. Con los resultados de este primer estudio se realizarán las modificaciones oportunas en cuanto al énfasis que

se debe poner en distintos aspectos del tratamiento (adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad, trabajo con las familias, etc.) desde la propia unidad. Además, se difundirán los resultados a los profesionales responsables del seguimiento de los pacientes, para que todos los servicios y recursos implicados tengan conocimiento de los mismos, y puedan pensar en modificaciones útiles para mejorar la evolución de los adolescentes. Una segunda intención será establecer un sistema de seguimiento de todos los pacientes desde la Unidad, que sea el idóneo en base a los resultados obtenidos sobre las variables más relevantes.

5.E. GESTIÓN Y MEJORA DE LAS RELACIONES CON LOS CLIENTES.

La gestión y mejora de las relaciones con los clientes se lleva a cabo mediante el proceso “Satisfacción de clientes” que tiene varios sistemas de recogida de información protocolizados. Tal como hemos definido previamente (criterio 2.A.), consideramos nuestros clientes directos tanto a los pacientes como a los familiares o tutores legales de los mismos. Hemos diseñado por lo tanto métodos de recogida de información adaptados a ambos colectivos.

La información de la **satisfacción de los pacientes**, por tratarse de una población menor de edad, es de forma principalmente verbal y en un medio lo más terapéutico posible. Así, la opinión de los pacientes se obtiene verbalmente durante las reuniones de discusión de quejas y sugerencias realizadas en la Unidad dos veces a la semana por el personal de enfermería, y cuando es posible se realizan modificaciones en el funcionamiento de la Unidad basándonos en estos comentarios. La gran ventaja que consideramos que tiene este método de intercambio de información es que los pacientes reciben información directa del uso que se va a hacer de sus opiniones y, cuando no es posible poner en práctica sus opiniones por motivos terapéuticos, se les explica dichos motivos en el mismo momento. En estos momentos nos estamos planteando la conveniencia de incluir algún tipo de medición estandarizada de la satisfacción de los adolescentes.

Para la recogida de **información de familiares o tutores de los pacientes** se han estructurado varios sistemas, algunos de ellos específicos de la Unidad y otros gestionados desde el Servicio de Atención al Paciente del hospital:

1) Recogida de comentarios, felicitaciones, críticas y sugerencias de forma no sistemática durante las conversaciones y reuniones informativas que los distintos profesionales mantienen con los familiares o tutores legales de los pacientes durante el periodo de hospitalización de los mismos. Aunque no contamos con un análisis de datos de esta información, los comentarios se discuten en las reuniones de gestión y se utilizan como información para la mejora de la asistencia.

2) **Buzón de sugerencias**, situado en la planta baja del edificio de psiquiatría y compartido con las demás Unidades de psiquiatría, que ofrece la posibilidad de dar opiniones de forma anónima. Este buzón de sugerencias es gestionado de forma centralizada desde el Servicio de Atención al Paciente del hospital. El S.A.P. recoge periódicamente la información, la clasifica y hace un informe global con las oportunidades de mejora para la dirección del hospital. Este servicio no envía regularmente información a la Unidad de Psiquiatría Adolescente sobre las reclamaciones recibidas sobre su servicio, sino que gestiona directamente esta información e informa directamente al responsable de la Unidad, a la supervisora de enfermería o a la dirección correspondiente cuando hay alguna sugerencia relevante. Aunque no es mucha la información que se recibe en la Unidad mediante este método, no se ha querido estructurar un sistema de sugerencias paralelo, ya que entendemos que mediante este método, el contacto directo con los usuarios y las encuestas de satisfacción (también anónimas y con un apartado para expresar comentarios abiertos o sugerencias) los usuarios cuentan con suficientes medios para expresar sus sugerencias.

Durante estos años no se han recibido muchas sugerencias en estos buzones, entendiéndose este dato como una muestra de que los usuarios nos transmiten la información por los otros medios citados.

3) **Estudio de satisfacción de usuarios**, entregada a los familiares o tutores legales de los pacientes en el momento del alta. Siguiendo nuestro principio de considerar la opinión de los usuarios como una fuente de información imprescindible para una correcta gestión, los profesionales de la Unidad desarrollamos esta encuesta de satisfacción de usuarios antes de la apertura de la Unidad, por lo que disponemos de información representativa de todos los usuarios que hemos tenido desde la apertura del servicio. La Unidad cuenta con un protocolo de evaluación de satisfacción de usuarios donde se especifica el responsable, las actividades a llevar a

cabo, instrumentos a utilizar, método y periodicidad de evaluación de resultados y periodicidad de la revisión del sistema de evaluación.

La encuesta fue realizada por en la Unidad basándose en otras encuestas de satisfacción utilizadas por unidades de características similares a la nuestra. El cuestionario es totalmente anónimo, autoadministrado y se entrega en mano a los familiares o tutores de todos los pacientes en el momento del alta. Las preguntas cubren las dimensiones de trato recibido, competencia profesional, información recibida, instalaciones, apoyo a la familia y valoración global.

El informe con las puntuaciones de satisfacción recibidas se lleva la reunión de gestión, donde son analizados por los trabajadores. Tras el análisis, se proponen cambios en el sistema que afecten a las dimensiones que obtienen una menor puntuación.

Además del análisis de los datos, periódicamente se analiza el propio sistema de evaluación de satisfacción de usuarios. Como resultado de estos análisis se han producido algunos cambios en la redacción del cuestionario, como añadir preguntas abiertas para que los familiares o tutores expresasen sus propias opiniones y la nueva redacción de una de las respuestas que, por tener un índice de respuesta inferior a los demás, entendimos que no era comprendida por algunos de los encuestados. Además, al observar algunas deficiencias en el sistema de entrega y recogida de cuestionarios se han definido nuevos propietarios de todo el proceso que tiene la responsabilidad de coordinar que todos los trabajadores implicados entreguen el cuestionario cuando corresponde y que la recogida y análisis periódicos de las respuestas se haga de acuerdo al protocolo.

Como entendemos que la comparación con otros servicios similares es necesaria para un buen análisis de los datos obtenidos, la Unidad ha promovido el intercambio de datos con una Unidad de hospitalización psiquiátrica Adolescente características muy similares a la nuestra, estableciendo un método de benchmarking para identificar áreas en las que la Unidad de referencia obtiene un puntuación mayor que nosotros. Tras la identificación de dichas áreas, y teniendo en cuenta que se realizan reuniones periódicas con dicha Unidad de referencia, se pasará al estudio de los procesos por lo que se han obtenido dichos resultados, estableciendo así un método de mejora.

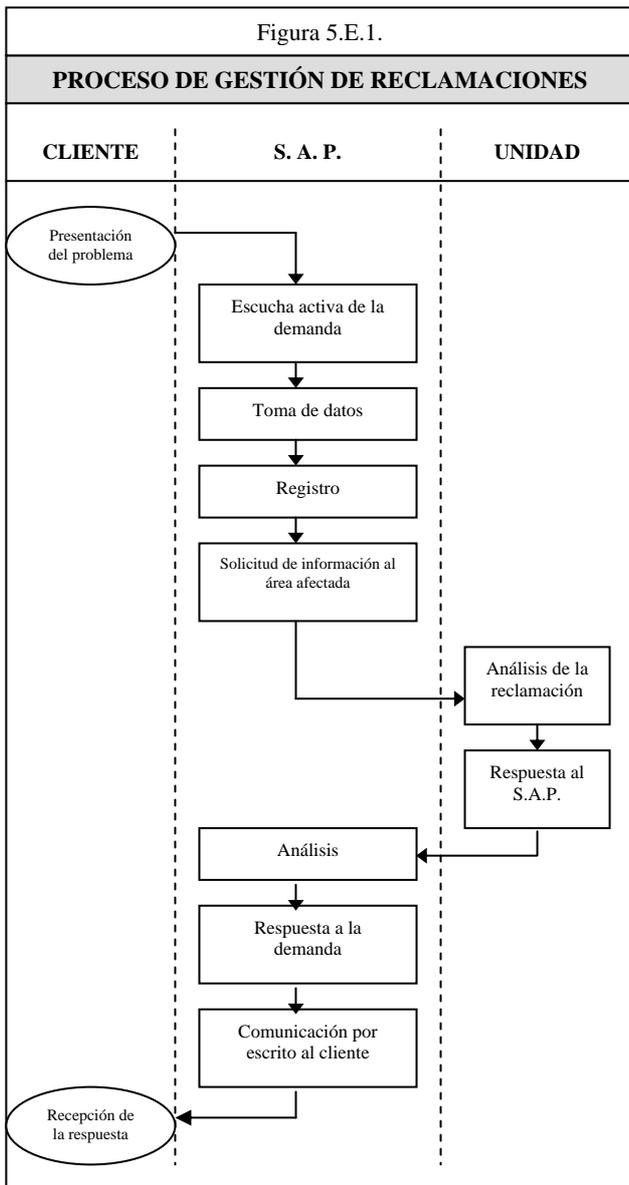
Los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción de familiares y tutores y los datos de comparación con la unidad de referencia se presentan en el punto 6.A.

4) **Reclamaciones:** Además de los métodos empleados en el proceso de satisfacción de pacientes y familiares de los pacientes para conocer su opinión y establecer cambios basados en esta información, el hospital cuenta con un Servicio de Atención al Paciente, al que pueden acudir pacientes y familiares usuarios de todas las áreas del hospital. En este servicio se ofrece la posibilidad de presentar reclamaciones cuando el usuario considera no haber recibido el trato o tratamiento necesario, además de proporcionar información.

Las reclamaciones constituyen una fuente de información muy importante para detectar lo que los usuarios consideran fallos en nuestra actuación. Consideramos el índice de reclamaciones por lo tanto como un indicador claro de la satisfacción de los usuarios con el servicio.

En la Unidad no contamos con un sistema propio de recepción y gestión de reclamaciones, ya que todas las reclamaciones del hospital son encauzadas por el Servicio de Atención al Paciente. De esta forma, todas las reclamaciones referidas a la Unidad de psiquiatría adolescente, al igual que de cualquier otro área del hospital, son entregadas por escrito en el Servicio de Admisión de cada pabellón o directamente en el Servicio de Atención al Paciente, que será el encargado de tramitarlas y contestarlas. Una vez se ha recibido la reclamación, ésta es enviada los responsables de la Unidad para su conocimiento, análisis y resolución. La respuesta a la reclamación será enviada al S.A.P. para su correspondiente análisis y transmisión al usuario. El proceso de gestión de reclamaciones queda reflejado en la figura 5.E.1. Además de la mera respuesta al demandante, estas reclamaciones sirven como feedback a la actuación de los profesionales de la Unidad, por lo son posteriormente comunicadas a todos los trabajadores en las reuniones trimestrales de gestión. En el criterio 6.B. se presentan los datos de reclamaciones recibidas en la Unidad hasta el momento.

Figura 5.E.1.



CRITERIO 6.
RESULTADOS EN LOS CLIENTES

6.A. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

a) Satisfacción de usuarios

Siguiendo los principios establecidos en la Ley de Ordenación Sanitaria de Comunidad de Madrid y la misión, visión y valores del hospital y de la propia Unidad, los usuarios son considerados el centro de nuestra actividad y conocer sus expectativas y su opinión, para poder así trabajar en obtener un alto grado de satisfacción con los servicios ofrecidos, ha sido siempre un objetivo prioritario de la Unidad.

El estudio de satisfacción de familiares o tutores se realiza según la metodología explicada en el punto 5.E. En la actualidad tenemos datos de un periodo de dos años. Debido a que la Unidad lleva funcionando un periodo relativamente corto de tiempo y a algunos fallos producidos (y en la actualidad detectados y subsanados) en el sistema de recogida y archivo de los cuestionarios, estos datos son meramente descriptivos y no permiten la comparación longitudinal que mostraría una mejoría o empeoramiento de los datos a lo largo del tiempo. Dicho estudio longitudinal se realizará una vez tengamos los datos del próximo periodo de seis meses.

Al ser el primer estudio de satisfacción de usuarios, no nos planteamos previamente objetivos concretos a lograr en el área de satisfacción de usuarios, considerando el estudio realizado hasta ahora como la línea base de la que partiremos para plantearnos objetivos a alcanzar. Como objetivo general, y partiendo de una revisión de la literatura sobre el tema, se planteó que no hubiese ninguna pregunta de la encuesta con una media de resultados inferior a 7.

Hemos recogido un total de 117 cuestionarios cumplimentados en un periodo en el que se dieron de alta 378 pacientes de la Unidad, lo que supone un índice de respuesta aproximado de un 30,95%, por lo que consideramos estas puntuaciones representativas del conjunto de la población atendida. Consideramos este índice de respuesta como un dato positivo en sí mismo, que a nuestro entender refleja una muestra de confianza de los usuarios en los profesionales de la Unidad, que al compartir con nosotros sus opiniones demuestran su creencia en que éstas serán atendidas y tenidas en cuenta.

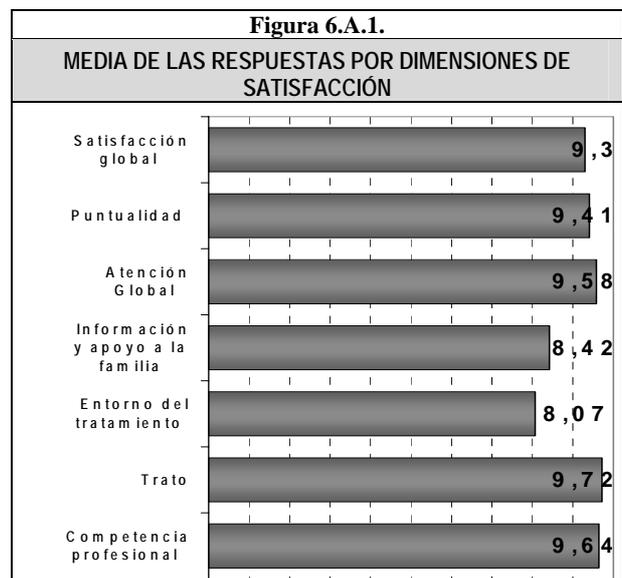
Índice de respuesta = 30,95%

A continuación se presenta un resumen de las respuestas dadas a cada una de las preguntas de los cuestionarios de satisfacción cumplimentados de noviembre de 2000 a mayo de 2002, representadas en una escala del 1 al 10. Como puede observarse, las puntuaciones son en general muy altas, obteniendo una puntuación media global de 9,3, lo que indica un grado de satisfacción más que aceptable por los familiares o tutores de los pacientes de la Unidad.

Tabla 6.A.1.

RESPUESTAS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES			
Tema de la Pregunta	Media	Mediana	Desv. típica
Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción	9,82	10	0,72
Puntualidad en las citas	9,41	10	1,38
Información sobre el trastorno y tratamiento recibido	8,95	10	1,60
Competencia profesional de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales	9,46	10	1,61
Amabilidad y consideración en el trato de psiquiatras, psicólogo y trab. Social	9,79	10	0,77
Adecuación de las condiciones físicas de la Unidad	8,07	7	2,03
Corrección en el trato del personal de enfermería	9,82	10	0,72
Competencia profesional del personal de enfermería	9,87	10	0,61
Ayuda psicológica a la los familiares y tutores	7,89	10	2,63
Cantidad y corrección en el trato a los familiares	9,58	10	1,05
Puntuación global a la acogida y el trato del equipo	9,46	10	0,92
Puntuación global a la competencia y eficacia profesional del equipo	9,59	10	0,79

Estos datos cumplirían el objetivo general de no obtener medias de puntuaciones de ninguna pregunta por debajo del 7. Agrupadas por dimensiones de satisfacción, la media de las puntuaciones recibida queda reflejada en la siguiente gráfica:



La encuesta original estaba compuesta por preguntas cerradas, por lo que no ofrecía la posibilidad de hacer comentarios. Al observarse que algunos usuarios escribían comentarios al final del cuestionario de forma espontánea, hemos añadido preguntas abiertas para detectar posibles expectativas de los usuarios no identificadas previamente en el cuestionario. La inclusión de dichas preguntas abiertas ha sido considerada como muy positiva por los trabajadores de la Unidad, al proporcionarnos información extra. Los datos de dichas respuestas no han sido incluidos en este análisis, ya que al haber sido añadidas con posterioridad no representan el mismo grupo de población estudiada sino sólo una parte pequeña y por lo tanto no representativa del mismo. Sin embargo, debemos resaltar que la mayoría de los comentarios recibidos en las encuestas, tanto antes como después de incluir las preguntas abiertas, son felicitaciones por el funcionamiento de la Unidad o agradecimientos concretos a uno o varios miembros de la plantilla por el trato recibido. El próximo estudio de satisfacción contará también con la clasificación y el análisis de estas respuestas abiertas.

El informe con las puntuaciones de satisfacción recibidas se lleva a las reuniones de gestión, donde son analizados por los trabajadores. Tras el análisis, se proponen cambios en el sistema que afecten a las dimensiones que obtienen una menor puntuación. Un ejemplo sería el tema de información a familiares o tutores sobre el trastorno y el tratamiento recibido por su hijo. Al observar en las primeras encuestas recibidas que esta pregunta obtenía puntuaciones bajas, y tras un análisis de las posibles soluciones, se estableció el contacto diario que mantiene el personal de enfermería encargado de cada enfermo con sus familiares. Para agradecer a los usuarios su participación en la evaluación de satisfacción, y para que tengan constancia de los análisis de datos realizados, una copia de los resultados se expone en el tablón de información para usuarios.

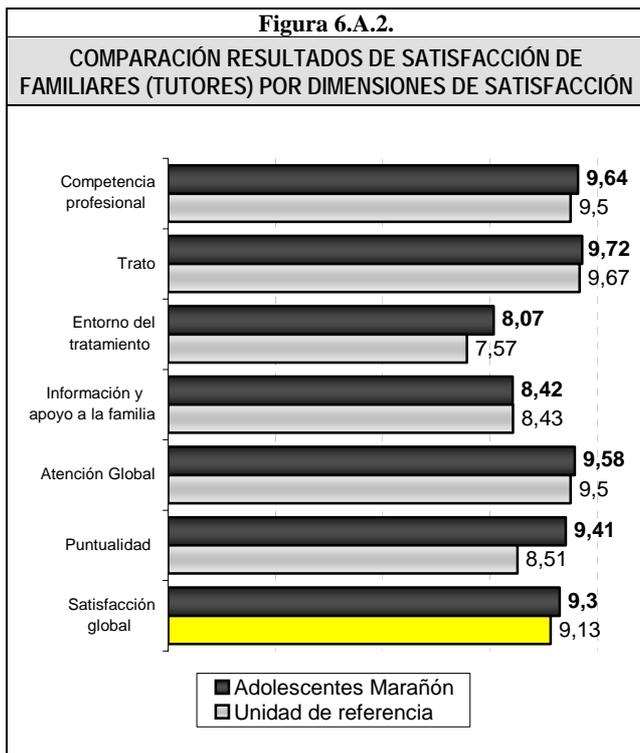
En este último estudio de las respuestas obtenidas en las encuestas de satisfacción, se ha identificado la adecuación de las condiciones físicas de la Unidad como el área que menos satisfacción producía a los familiares/ tutores. Tras un análisis de la situación y las posibilidades de mejora dentro de los recursos físicos y económicos disponibles, y teniendo en cuenta el principio básico de no poder utilizar en la Unidad ningún tipo de material susceptible de usarse para conductas autolíticas, el jefe de sección de la Unidad y la supervisora de enfermería se han puesto en contacto con la

subdirección del hospital para transmitirle el proyecto de la apertura de una terraza cubierta en la Unidad como lugar de juego y recreo de los adolescentes. Esta medida ha sido aprobada y esperamos que el área responsable del hospital la ponga en práctica en un breve periodo de tiempo.

En el año 2002 se promueve la comparación de resultados con otras unidades, en concreto con una Unidad de Psiquiatría Adolescente de otra Comunidad Autónoma con características muy similares a la nuestra (como única diferencia destacable su población va de los 0 a los 18 años y la nuestra es de 12 a 18). Esta Unidad compartió con nosotros un estudio realizado durante los años 1999- 2001 con el mismo cuestionario que hemos utilizado nosotros, lo que da validez metodológica a la comparación. Una diferencia a destacar es el índice de respuesta, que mientras que para la Unidad de Referencia fue de 15.66% en nuestra Unidad fue de 30,95%. Se comparan por lo tanto un total de 86 respuestas de la Unidad de Referencia con un total de 117 de nuestra Unidad. La media de la puntuación dada a cada una de las respuestas en ambas unidades queda reflejada en la tabla 6.A.2.

Tabla 6.A.2.		
COMPARACIÓN RESULTADOS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES		
Tema de la Pregunta	Nosotros	Unidad de Referencia
Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción	9,82	9.82
Puntualidad en las citas	9,41	8.51
Información sobre el trastorno y tratamiento recibido	8,95	8.85
Competencia profesional de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales	9,46	9.61
Amabilidad y consideración en el trato de psiquiatras, psicólogos y trab. Sociales	9,79	9.72
Adecuación de las condiciones físicas de la unidad	8,07	7.52
Corrección en el trato del personal de enfermería	9,82	9.82
Competencia profesional del personal de enfermería	9,87	9.58
Ayuda psicológica a la los familiares y tutores	7,89	8.02
Cantidad y corrección en el trato a los familiares	9,58	9.50
Puntuación global a la acogida y el trato del equipo	9,46	9.33
Puntuación global a la competencia y eficacia profesional del equipo	9,59	9.31

La comparación de respuestas agrupadas por dimensiones de satisfacción queda reflejada en la figura 6.A.2:



Los resultados obtenidos en ambas unidades son muy similares en todas las respuestas. Sólo hay dos respuestas en las que la puntuación en nuestra Unidad sea inferior a la obtenida en la Unidad de referencia: Ayuda psicológica a familiares y tutores (entendida como apoyo emocional) y competencia profesional de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. En cuanto a la ayuda psicológica a familiares ya hemos indicado previamente que se puso en marcha un nuevo grupo terapéutico de padres. En cuanto a la competencia profesional, se ha contratado un nuevo psiquiatra en la Unidad, con lo que se espera que el desempeño profesional mejore al disminuir la presión asistencial.

Además de esta encuesta de satisfacción de usuarios, algunos servicios de la Unidad, entendiéndose la importancia de conocer la opinión del usuario para mejorar la calidad del servicio ofrecido, han realizado sus propios estudios de satisfacción. Este es el caso del servicio de formación, que ha realizado un estudio de satisfacción de usuarios con su servicio.

En diciembre de 2002 se realizó también un estudio del grupo terapéutico de padres, para conocer la utilidad del mismo y las posibles mejoras. El número total de asistentes al grupo durante el periodo enero-noviembre 2002 (excluidos los meses de verano) es de 136 con la siguiente distribución: padres 68, madre 48, padre 18, otros 2. Se entiende la continuidad en la asistencia al grupo como un criterio de satisfacción con el mismo, por lo que se mide el

número de sesiones de asistencia al mismo. De forma resumida, estos resultados son: asistencia en una única ocasión 33 casos y asistencia en más de una ocasión 103, lo que es considerado un indicador de la utilidad del grupo para los familiares o tutores.

b) Satisfacción de Centros de Salud Mental de referencia.

Ante la falta de datos de satisfacción de los centros que nos derivan pacientes y su opinión sobre la idoneidad de la continuidad asistencial actual, a principios del año 2003 se plantea la necesidad de establecer un sistema estructurado de estudio de satisfacción y expectativas de los Centros de Salud Mental Ambulatorios de los distritos desde los que se derivan pacientes a la Unidad. Tras un estudio de las experiencias similares publicadas se utiliza un cuestionario previamente utilizado en otro hospital, modificado para adaptarlo a las características de la Unidad y la población atendida. Se establece un protocolo de evaluación donde se define el responsable del proceso, la metodología a utilizar, la periodicidad del estudio y la utilización de resultados. Se establece también la necesidad y periodicidad (dos años) de revisión del propio sistema de evaluación.

Al tratarse del primer estudio de satisfacción de estas características que se realiza, no se plantean objetivos concretos para cada una de las preguntas del estudio, tomando estos datos como línea base a partir de la cual se establecerán objetivos en el futuro. De una forma general, y teniendo en cuenta los resultados presentados por estudios de organizaciones similares, se planteó el objetivo de no tener ninguna media de puntuación por debajo del 5. Se obtiene un total de 15 cuestionarios cumplimentados, lo que supone un índice de respuesta del 65%. Consideramos este índice de respuesta aceptable teniendo en cuenta que el método de administración de la encuesta (envío por correo) es el método que suele obtener un menor índice de respuesta en estudios de este tipo. Se considera por lo tanto que, aun no representando al total de la población estudiada, estos resultados son lo suficientemente representativos como para plantearnos iniciativas de mejora basándonos en esta información.

Índice de respuesta = 65%

En la tabla 6.A.3. se presentan los resultados obtenidos.

RESULTADOS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL			
Pregunta	Media	Mediana	Desv. Típica
Conozco la Unidad y sus instalaciones	8,14	10	1,44
Conozco médico responsable de mi paciente	8,86	8	0,51
La U da solución a mis pacientes cuando requieren ingreso	8,42	8	0,70
Puedo intercambiar opiniones con los profesionales de la U.	8,94	8	0,52
La unidad dispone de recursos suficientes	6,80	6	0,83
El trámite de derivación es sencillo	6,40	8	1,15
La demora para ingreso es adecuada	8,26	8	0,64
Recibo informe de alta de hospitalización	7,74	8	1,19
El informe de alta es adecuado	8,54	8	0,80
La duración del ingreso es adecuada	7,34	8	0,72
Los pacientes y/o familiar me refieren satisfacción con la U.	7,46	8	0,80
La continuidad de cuidados es muy adecuada	7,74	8	0,74
Me interesa recibir los datos de la Unidad	8,80	10	0,83

La encuesta de satisfacción incluía además una pregunta abierta en la que se solicitaban comentarios o sugerencias. Los comentarios obtenidos en dicha pregunta abierta (un total de 7) fueron agrupados según su temática (algunos de ellos cubrían más de un tema) resultando en la siguiente clasificación: necesidad de recursos (2), dificultad del trámite de derivación (2), falta de información (2) y satisfacción de las familias (3).

Estos resultados han sido analizados en una reunión de gestión con todos los profesionales de la Unidad y se han puesto en marcha varios planes de acción entre los que podríamos nombrar el establecimiento de un responsable de envío periódico de información a los CSM, la información al Departamento de Salud Mental de la dificultad actual del trámite de derivación o la utilización de los resultados de este estudio a la hora de solicitar recursos para la Unidad.

A partir de ahora se seguirán evaluaciones periódicas de satisfacción de Centros de Salud Mental y evaluaciones del propio proceso de estudio de satisfacción, por lo que en el futuro existirá la posibilidad de comparación longitudinal de datos y estudios de tendencias.

Desde la Unidad se propone a otras unidades de características similares la utilización de nuestro estudio de satisfacción de centros de salud mental para poder tener información comparativa de organizaciones del sector.

6.B. INDICADORES DE RENDIMIENTO

a) Reclamaciones

Durante el tiempo que ha estado en funcionamiento la Unidad, no se han recogido más que 3 reclamaciones. La tabla 6.B.1. muestra los datos e indicadores de reclamaciones desde el momento de apertura de la Unidad.

DATOS DE RECLAMACIONES DE USUARIOS			
	2000*	2001	2002
Número de reclamaciones	0	1	2
Tiempo medio de resolución (nº de días)	-	8	11.5
% reclamaciones resueltas en < 15 días	-	100%	100%

*En el año 2000 sólo están incluidos los datos a partir de noviembre, fecha de apertura de la Unidad.

Agrupadas por temas, las reclamaciones se referían a robo de objetos personales (1), (en este caso se demostró posteriormente que no había existido tal robo), e inconformidad con el alta (2), relacionado con la falta de medios ambulatorios más que con el funcionamiento de la Unidad.

Como se puede observar en la tabla, el tiempo de respuesta de reclamaciones ha cumplido el objetivo propuesto de respuesta en menos de 15 días. Aunque la comparación de datos con otras unidades de psiquiatría del hospital tiene un valor relativo al tratar a población adulta, sólo como punto de referencia, indicamos que el total de reclamaciones para el Departamento de psiquiatría fue de 18 en el año 2000, de 22 en el año 2001 y de 24 en 2002.

B) Demandas.

Durante todo el tiempo que ha estado en funcionamiento la Unidad no se ha recibido ninguna demanda judicial por parte de los familiares de los pacientes, lo que es considerado un dato positivo del funcionamiento del centro, especialmente teniendo en cuenta las características de la población tratada y el hecho de que otras unidades de psiquiatría del hospital sí que han recibido demandas judiciales durante este tiempo. Tampoco se ha tenido que indemnizar a pacientes por reclamaciones interpuestas por mala praxis.

Tabla 6.B.1.			
DATOS DE DEMANDAS RECIBIDAS			
	2000*	2001	2002
Número de demandas	0	0	0

**En el año 2000 sólo están incluidos los datos a partir de noviembre, fecha de apertura de la Unidad.*

C) Cartas de agradecimiento:

Los trabajadores de la Unidad reciben constantemente cartas de agradecimiento de los pacientes y los familiares de pacientes que han pasado por la Unidad. Estamos orgullosos de poder decir que algunos de los pacientes hospitalizados durante el primer año de funcionamiento continúan mandando felicitaciones navideñas y cartas de agradecimiento a

la Unidad o a los profesionales que los trataron. Como entendemos que las cartas de agradecimiento y felicitación son un refuerzo personal a los profesionales que las reciben, no se registran ni almacenan en la Unidad, sino que son entregadas directamente al profesional correspondiente.

D) Petición de cambio de profesional:

Aunque existe la posibilidad legal de solicitar cambio de profesional durante el proceso de tratamiento, durante estos años ningún paciente ni familiar o tutor de pacientes ha solicitado un cambio de profesional, lo que consideramos un indicador positivo de resultados.

**CRITERIO 7.
RESULTADOS EN LAS PERSONAS**

7.A. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

a) Satisfacción de trabajadores

Durante los dos primeros años de funcionamiento de la Unidad, la satisfacción de los trabajadores no se refleja en medidas concretas, sino que se observaba en datos como el bajo índice de rotación de personal (las peticiones voluntarias de cambio han sido en total 2 DUE y 1 auxiliar de enfermería) y el bajo número de quejas a sus superiores.

A partir de diciembre de 2002, el Jefe de Sección de la Unidad de adolescentes se plantea la necesidad de un sistema objetivo y anónimo de medición de satisfacción de profesionales, que proporcione información real y objetiva y permita identificar áreas de mejora. Para ello, se estudiaron los cuestionarios de satisfacción utilizados por otras unidades similares y se eligió entre los métodos publicados un cuestionario que había sido utilizado en otras unidades de hospitalización, lo que proporcionaba además la posibilidad de comparar los resultados obtenidos. Se definió un protocolo de evaluación de satisfacción de profesionales donde el Jefe de Sección de la Unidad es el responsable directo de todo el proceso, al entender la satisfacción de los trabajadores de su equipo como una de sus misiones. En este protocolo, además de analizar los resultados, se establece que periódicamente (cada dos años) se realizará un análisis del sistema de evaluación de satisfacción de profesionales, y se propondrán cambios en el mismo si es necesario.

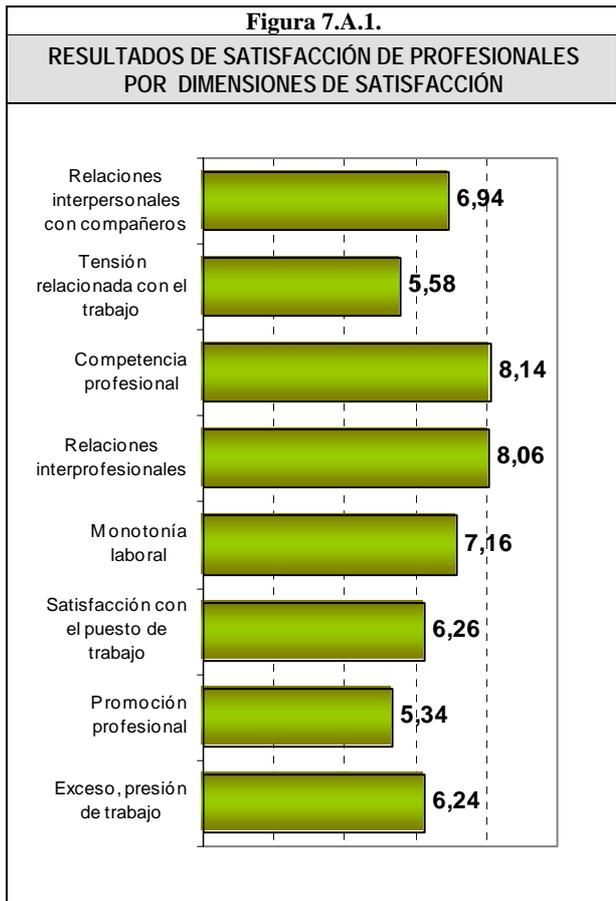
Es preciso indicar que, al ser la primera vez que se realizaba una evaluación de estas características en la Unidad, no se establecieron previamente objetivos concretos para cada una de las dimensiones medidas, entendiendo esta primera evaluación como el establecimiento de una línea base a partir de la cual se establecerán objetivos junto con los planes de acción a evaluar en estudios posteriores. De una forma general, y teniendo en cuenta los resultados presentados por estudios de organizaciones similares, se planteó el objetivo de no tener ninguna media de puntuación por debajo del 5 en esta primera evaluación. El índice de respuesta fue de un 97% (sólo una encuesta entregada no fue cumplimentada). Consideramos este índice de respuesta en sí mismo una muestra de confianza en los líderes de la Unidad y en el proceso de evaluación en sí mismo.

Índice de respuesta = 97%

En la tabla 7.A.1. se presentan los resultados obtenidos.

Tema de la Pregunta	Media	Media na	Desv. típica
Variación del trabajo diario en la Unidad	6,97	8	1,00
Responsabilidad en el trabajo en la Unidad	8,12	8	0,86
Cansancio al final de una jornada laboral	5,76	6	1,08
Con frecuencia pienso en el trabajo fuera del centro	4,91	4	1,09
No necesito emplear toda mi energía para realizar mi trabajo	7,39	8	1,05
Mi trabajo no perturba mi salud, ánimo o sueño	6,24	6	1,14
Me encuentro muy satisfecho en mi trabajo	7,15	8	0,94
Independencia para organizar mi trabajo	7,09	8	1,06
Oportunidades para hacer cosas nuevas	6,42	6	1,11
Interés por las cosas que realizo en mi trabajo	8,73	8	0,60
Sensación de que lo que hago vale la pena	8,36	8	0,88
El reconocimiento que recibo por mi trabajo es reconfortante	6,12	6	1,17
La relación con mi/s jefe/s-as es muy cordial	8,06	8	0,92
Las relaciones con mis compañeros son muy cordiales	8,30	8	0,80
El sueldo es muy adecuado	3,88	4	0,83
Mi trabajo es adecuado a mi formación y capacidad	6,97	8	0,80
Oportunidades de promoción profesional	4,55	4	1,01
Tiempo para realizar mi trabajo	5,76	6	0,99
Se lo que se espera de mi por parte de mis jefes/as	7,03	8	0,94
Mi trabajo es excesivo, no doy abasto con lo que hay que hacer	6,42	6	0,96
Los problemas personales de mis compañeros me suelen afectar	5,58	6	1,11
Sensación de estar capacitado para mi trabajo	8,24	8	0,60
Disponibilidad de recursos suficientes para realizar mi trabajo bien	5,88	6	1,12
La competitividad en mi trabajo me causa estrés o tensión	7,21	8	1,09

En la figura 7.A.1. se muestran estos resultados agrupados por dimensiones de satisfacción.



Tal como se observa en las puntuaciones obtenidas, los dos temas que producen menor satisfacción en los profesionales son el sueldo y la promoción profesional, ámbitos que están fuera de la capacidad de actuación de los responsables de la Unidad.

Estos datos de satisfacción son analizados en las reuniones de gestión y se propondrán líneas de acción en base a los resultados. Tras el análisis de estos primeros datos, se decidió que era necesario obtener más información sobre el ítem “Con frecuencia pienso en el trabajo fuera del centro” para poder definir alguna línea de acción al respecto. Se ha designado un responsable para ampliar información sobre el ítem.

Tal como se indica en el protocolo de evaluación de satisfacción de profesionales, el responsable de la Unidad transmitirá estos resultados a instancias superiores del hospital, proporcionando así una vía de comunicación de la opinión de los trabajadores. Entendemos así que estos datos pueden funcionar como una ayuda para los responsables de la Unidad a la hora de solicitar a otras estructuras del hospital cambios en los sistemas de gestión. La Unidad promoverá el intercambio de información con

otras unidades similares para poder hacer en el futuro comparaciones de estudios de satisfacción de profesionales.

Como ya comentábamos en el criterio 3, la motivación del personal está basada fundamentalmente en la oportunidad de formación, investigación y publicaciones. Entendemos que las publicaciones científicas y la participación en proyectos de investigación son un logro tanto para los trabajadores como para la Unidad. Vamos a repasar algunos de los logros obtenidos en la Unidad al respecto:

a) Asistencia a cursos de formación

La asistencia a cursos de formación es considerada un método de aprendizaje y desarrollo profesional, que se ofrece a los trabajadores de todas las profesiones y queda reflejado en los datos de cursos recibidos que se presentan a continuación:

Tabla 7.A.2.

NÚMERO TOTAL DE CURSOS DE FORMACIÓN RECIBIDOS POR PROFESIÓN Y AÑO

	2000*	2001	2002	2003
Psiquiatría	1	2	4	2
Personal de enfermería	4	4	3	3
Trabajo Social	1	2	1	1
Psicología	1	2	3	5
Maestras			1	3
Terapia ocupacional				

b) Publicaciones científicas

Como hemos comentado en el criterio 3, la Unidad promueve la realización de publicaciones científicas por parte de los trabajadores de la Unidad al considerarlo un método de aprendizaje en materias de salud mental, que repercutirá directamente no sólo en el crecimiento profesional y por lo tanto la satisfacción de los trabajadores, sino también en la calidad de la asistencia proporcionada a nuestros usuarios. En la tabla 7.A.3. se muestra el total de artículos publicados en revistas científicas desde el momento de la apertura de la Unidad.

Tabla 7.A.3.

NÚMERO TOTAL DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS POR AÑO

2000*	2001	2002	2003	En prensa
5	7	6	2	5

**En el año 2000 sólo están incluidos los datos a partir de noviembre, fecha de apertura de la Unidad.*

La cantidad de artículos publicados por un grupo pequeño de profesionales en poco más de dos años nos parece una clara prueba del éxito de un sistema de trabajo que ofrece posibilidades de aprendizaje y crecimiento.

Además de los artículos publicados, algunos profesionales han escrito capítulos de libros sobre enfermedades psiquiátricas. En la tabla 7.A.4. se muestran los números totales de capítulos de libro publicados por profesionales de la Unidad durante estos años.

Tabla 7.A.4.				
NÚMERO TOTAL DE CAPÍTULO DE LIBRO ESCRITOS POR AÑO				
2000*	2001	2002	2003	En prensa
1	1	5	3	3

*En el año 2000 sólo están incluidos los datos a partir de noviembre, fecha de apertura de la Unidad.

c) Comunicaciones o pósters en congresos y jornadas:

Las ponencias, comunicaciones y pósters en congresos y jornadas son otro medio de compartir con otros profesionales sanitarios los avances obtenidos en la Unidad, además de servir como forma de aumentar el currículum de los trabajadores. Como hemos indicado en el criterio 3, se promueve la asistencia a congresos y cursos, y para ello se solicita financiación de distintas fuentes. El número de ponencias de los profesionales de la Unidad en congresos y cursos durante estos años reflejan este apoyo. En la tabla 7.A.5. se muestra el número total de ponencias en cursos y congresos durante estos años.

Tabla 7.A.5.			
NÚMERO TOTAL DE COMUNICACIONES Y POSTERS EN JORNADAS Y CONGRESOS POR AÑO			
2000*	2001	2002	2003
1	9	48	9

Estas participaciones se han realizado en jornadas y congresos tanto de la Comunidad de Madrid y otras Comunidades Autónomas como en congresos internacionales. A continuación se muestra una tabla con los datos de comunicaciones y pósters en congresos y jornadas por las distintas profesiones de la Unidad.

Tabla 7.A.6.				
NÚMERO TOTAL DE COMUNICACIONES Y POSTERS EN CONGRESOS POR PROFESIÓN Y AÑO				
	2000*	2001	2002	2003
Psiquiatría	1	8	37	7
Personal de enfermería		1	2	
Trabajo Social			2	1
Psicología			6	
Maestras				1
Terapia ocupacional			1	

*En el año 2000 sólo están incluidos los datos a partir de noviembre, fecha de apertura de la Unidad.

e) Docencia:

En la Unidad se impartirá un curso de doctorado con el título "Psiquiatría Infanto-Juvenil" dentro del programa de neurociencias de la Universidad Complutense de Madrid, que será dirigido por el Jefe de Sección y en el que participan algunos integrantes de la Unidad.

Los trabajadores de la Unidad participan también como docentes en distintos cursos fuera de la Unidad. En la tabla 7.A.7. se muestran los datos de cursos impartidos:

Tabla 7.A.7.				
ENÚMERO TOTAL DE CURSOS IMPARTIDOS POR PROFESIÓN Y AÑO				
	2000*	2001	2002	2003
Psiquiatría	1	7	10	10
Personal de enfermería	1	4	3	2
Trabajo Social		2	1	
Psicología		1	1	4
Terapia ocupacional		2	2	

Además de las ponencias y cursos impartidos en programas realizados por otras organizaciones, se han organizado varios cursos en la Unidad, sobre diversos aspectos de psiquiatría de adolescentes. Algunos de los cursos más destacados realizados en la Unidad son:

-Curso de Aspectos psico-sociales de los Adolescentes ingresados en Unidades Psiquiátricas.

- Departamento de Salud Mental del Área 1 (S.R.S.). Comunidad de Madrid. "Patología Mental Grave en Adolescentes". Madrid, abril 2001.

- Departamento de Salud Mental del Área 1 (S.R.S.). Comunidad de Madrid. Coordinador del curso "Trastornos psicóticos en la adolescencia". Madrid, abril 2002.

Algunos profesionales participan también como coordinadores de cursos realizados a fuera de la Unidad, como es el caso de la Trabajadora Social que ha coordinado cinco cursos sobre trabajo social e intervención familiar en estos años.

7.B. INDICADORES DE RENDIMIENTO

Hasta hace poco tiempo, la recogida de datos de rendimiento de las personas como por ejemplo la rotación de personal, la conflictividad (entendida como accidentes o agresiones tanto a trabajadores como a otros pacientes), bajas, absentismo etc., se

recogía de forma conjunta para todo el Departamento de Psiquiatría. Por este motivo, no es posible mostrar los resultados obtenidos por la Unidad en estos indicadores.

Previamente al proceso de redacción de esta memoria ya se había identificado la necesidad de contar con datos fiables y precisos que ofreciesen una imagen de la situación real de la Unidad en estos aspectos. La supervisora de enfermería ha comenzado a recoger los datos y próximamente será posible evaluar el rendimiento de la Unidad en dichas área.

**CRITERIO 8.
RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**

INTRODUCCIÓN

Entendemos que la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón, al formar parte de un hospital público, estar dedicada al tratamiento de la salud mental de adolescentes, y al tener la característica añadida de haber sido la primera unidad de la Comunidad de Madrid dedicada a la hospitalización de dicha población, tiene el obligado compromiso moral y social de colaborar en la medida de sus posibilidades en la formación de la sociedad general en el conocimiento de la salud mental de la población adolescente. El objetivo de aumentar el conocimiento por parte de la sociedad general de este tipo de patología sería el de evitar la estigmatización de nuestros pacientes y facilitar su posterior reintegración en la sociedad, ayudando a asimilar cada vez más las enfermedades mentales a las patologías somáticas y consolidando con ello la salud mental dentro de la atención especializada. Con esta difusión pública de información se pretende también disociar el trastorno mental de la agresividad y enseñar que los problemas sociales no tienen por qué estar asociados con enfermedades mentales.

Además del compromiso con la sociedad existe un compromiso con el desarrollo científico de esta especialidad y con la ayuda en la creación y mejora de otras unidades dedicadas a la población Adolescente psiquiátrica.

Para todo esto se han llevado a cabo varias iniciativas, cuyos resultados resumimos a continuación:

8.A. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

a) Difusión de información relevante para la comunidad:

Un claro ejemplo de la repercusión social que ha tenido la Unidad lo encontramos en su aparición en los medios de comunicación. Los más de 70 impactos periodísticos que ha tenido la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes en un periodo breve (noviembre de 2000 a marzo de 2003) invitan a pensar en la gran trascendencia social que ha tenido la inauguración de una unidad pionera en nuestra Comunidad primero, así como del seguimiento de la propia Unidad después. Para la inauguración de la Unidad en noviembre de 2000 se convocó una rueda de prensa con el consejero de sanidad, el gerente del hospital y el equipo de la Unidad a la que fue reflejada en los medios de comunicación con un total de 35 impactos

informativos en todos los sectores periodísticos y en todas las franjas horarias. Posteriormente se han hecho eco de la información sobre los pacientes tratados hasta ahora medios como TVE, Tele5, El País, ABC, El Mundo, la cadena Ser, la cadena COPE, Madrid Diario, agencia de comunicación Efe y Europa Press.

La divulgación que de las noticias relacionadas con esta Unidad se ha producido por los medios de comunicación ha contribuido decisivamente a la concienciación y sensibilización de la opinión pública sobre la manifestación de los trastornos psiquiátricos en los adolescentes, y ha aportado un mayor conocimiento de la singularidad y las circunstancias en las que se producen.

Paulatinamente, la credibilidad ganada por los profesionales de la Unidad con su trabajo diario, ha producido la demanda informativa periódica de los profesionales de la información sobre cualquier aspecto relacionado con los problemas psiquiátricos en los adolescentes, más allá de que dichos problemas fueran privativos de la propia Unidad. En este sentido hemos trabajado estrechamente con el equipo del gabinete de prensa de este hospital. Se han realizado incluso programas de televisión monográficos con el responsable de la Unidad sobre Psiquiatría de Adolescentes o han aparecido en telediarios nacionales varios de los trabajadores de la Unidad.

b) Colaboración con el desarrollo de otras unidades similares.

La Unidad de Hospitalización de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón se ha convertido en un claro referente para otras unidades similares tanto en la Comunidad de Madrid como en otras comunidades autónomas, y sobre todo para los centros que todavía no disponen de unidades específicas para adolescentes pero están trabajando en su diseño y creación. Prueba de ello es la cantidad de peticiones de información que recibe la Unidad de otros centros solicitando documentación como protocolos, consentimientos informados, métodos de gestión, normas de la Unidad etc. Hemos contestado a todas las peticiones de información recibidas enviando la información o documentación solicitada, así como asistido a las distintas Comunidades Autónomas para presentar el proyecto.

Ante tal cantidad de peticiones de información, conscientes de nuestro liderazgo en el sector y como muestra de nuestro compromiso con la sociedad y con las sociedades científicas, hemos estado trabajando en la iniciativa "Compartir prácticas

en internet". Por medio de esta iniciativa la Unidad quiere compartir todos sus instrumentos asistenciales y de gestión con otras organizaciones que puedan necesitarlos. En estos momentos se está evaluando por la Dirección Médica de este hospital la página web para ser incluida en la página web del hospital. Una vez obtenida dicha aprobación, se realizarán revisiones periódicas de los contenidos de aquella, analizándolos en base a los comentarios, y las críticas que reciban sobre este servicio.

Como Unidad líder en el sector, la Unidad de hospitalización de adolescentes ha recibido varias peticiones de profesionales de dentro y fuera de la Comunidad de Madrid que solicitan realizar un periodo de rotación para conocer sus sistemas de funcionamiento e implantar sistemas similares en otras unidades de adolescentes. Nuestro compromiso social y científico nos ha llevado a aceptar estas solicitudes y tener rotaciones de profesionales de fuera de la Comunidad de Madrid. Como ejemplo de centros que han realizado rotaciones y visitas por la Unidad destacamos la Unidad de hospitalización adolescente del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria o los responsables del las futuras Unidades de Hospitalización de Adolescentes de Sevilla, Bilbao o San Sebastián.

En el cuadro 8.A.1. se muestra un resumen de las iniciativas realizadas para ayudar al desarrollo de unidades similares en otros centros.

**CUADRO 8. A.1.
SISTEMAS DE COLABORACIÓN EN EL
DESARROLLO DE UNIDADES SIMILARES
LLEVADOS A CABO**

- Compartir documentación con las unidades que lo solicitan.
- Iniciativa de compartir protocolos en internet
- Facilitación de rotaciones a los profesionales que lo solicitan.

c) Participación como expertos en gestión psiquiátrica Adolescente.

Desde el Departamento de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se ha contado con la opinión de distintos profesionales de la Unidad para todo lo relacionado con gestión y funcionamiento de salud mental Infanto –Juvenil. A modo de ejemplo se ha participado en los grupos de expertos del Plan de Salud Mental 2002-2008, creación de una Unidad de media estancia de psiquiatría para niños y

adolescentes, plan para reducir el riesgo de suicidio en niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid, II Plan de Atención Social a la Infancia en la CAM.

c) Formación en salud mental a organizaciones de la Comunidad

Ante la petición de profesores de colegios de formación en salud mental infanto-juvenil, los profesionales de la Unidad han realizado actividades de formación a dichos colectivos.

e) Investigaciones y publicaciones científicas

La cantidad de investigaciones y publicaciones científicas (ver datos en el criterio 7.A.) realizadas en la Unidad en los poco más de dos años que lleva abierta es un ejemplo claro de la repercusión de esta Unidad en la sociedad científica y demuestra que el compromiso de la Unidad con el desarrollo científico de la psiquiatría Adolescente se lleva a la práctica.

8.B. INDICADORES DE RENDIMIENTO

El compromiso de la Unidad con el medio ambiente se refleja principalmente en la gestión de residuos, que se lleva a cabo según la normativa vigente de regulación en materia de residuos sanitarios.

A continuación se presentan los números totales de apariciones de los profesionales de la Unidad en medios de comunicación registrados por el gabinete de prensa del Hospital. Hay que tener en cuenta que algunas apariciones de los profesionales en medios de comunicación no son solicitadas mediante el gabinete de prensa, por lo que el número real de apariciones es superior al registrado.

Tabla 9.B.5.					
Nº DE APARICIONES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN					
	2000	2001	2002	2003	Total
Diarios regionales	5	2	-	3	10
Diarios nacionales	11	13	11	1	36
Radios regionales	4	-	-	-	4
Radios nacionales	12	-	-	-	12
Televisión regional	2	-	-	-	2
Televisión nacional	3	-	1	2	6
TOTAL	37	15	12	6	70

**CRITERIO 9.
RESULTADOS CLAVE**

9.A. RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN

La siguiente tabla muestra los objetivos pactados y obtenidos en el año 2002

TABLA 9.A.				
OBJETIVO PACTADOS Y OBTENIDOS EN EL CONTRATO DE GESTIÓN POR AÑO				
			2002	
OBJETIVOS			PACTADO	OBTENIDO
Cantidad - Actividad e Integración con el Área	Servicio Médico	Pacientes ingresados	240	256
		Estancias	4000	4295
		Estancia Media	17 días	16.15
		Protocolos clínicos conjuntos con el área	3	
		Sesiones docentes con el Área	4	18
	Unidades de Enfermería	Implantar un sistema de Nivel de cuidados	50% de las Us. de enfer.	
		Aumentar la cobertura de unidosis en farmacia	2 plantas IPMQ	
		Establecer protocolos conjuntos de planes de cuidados con el Área	5 protocolos	
Calidad de asistencia	Reclamaciones / 1000 UPAS de producción		< 5	
	Mejora de Registros de Enfermería		80% de Us. De enfer.	
	Implantación de "Recomendaciones de Enfermería al Alta"		80% de Us. De enfer.	
	Conseguir que cada trabajador de la división de Atención Sanitaria acuda por lo menos a 20 horas anuales de formación reglada		≥ 20 horas/trabajador	
	Informe de alta médica con medicación de acuerdo con la Guía Fármaco terapéutica del Área		A fin de año 100% de los informes emitidos en los últimos 2 meses	
	% de Retención de Historias Clínicas		% de retención > 15 días después de alta	
Docencia	Nº Sesiones clínicas al mes		2	2
	Otras sesiones al mes: bibliográficas, mortalidad, anatomopatológicas		2	2
	Participación en sesiones clínicas generales (nº)		5	5
	Docencia de Pregrado: asignatura		1 (Psiquiatría)	1
	Nº cursos organización /participación en programas de doctorado		1	1
	Nº cursos de formación continua en la CAM		12	Ver 7.A
	Participación / Organización de cursos, simposios		20	Ver 7.A
Investigación	Proyectos de investigación subvencionados por instituciones o agencias (nº)		2	3
	Convenios de investigación con empresas privadas (nº)		2	2
	Ensayos clínicos / año		2	2
	Conferencias, ponencias, mesas redondas, etc. /año		20	Ver 7.A
	Publicaciones / año		10	Ver 7.A
	Comunicaciones científicas / año		10	Ver 7.A
	Tesis doctorales en realización o presentadas y leídas		2	4

9.B. INDICADORES CLAVE DEL RENDIMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN

Algunos de los indicadores evaluados periódicamente en la Unidad como método de seguimiento de la actuación son el número de estancias, el índice de ocupación y la estancia media. Observando estos indicadores durante los dos años disponibles (no se incluyen los datos del año 2000 por ser sólo dos meses) se aprecia un aumento en el número de estancias y el índice de ocupación, lo que supone un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. A su vez, la estancia media ha disminuido ligeramente, cumpliendo los objetivos planteados por el Hospital. La tendencia por lo tanto es positiva en estos indicadores.

DATOS ESTANCIAS		
	2001	2002
Número de estancias	3.698	4295
Estancia media	17,36	16,15
Índice de ocupación	50,66%	59,33%

Los datos de ingreso y sus tipos se monitorizan periódicamente para conocer la carga asistencial de la Unidad. Los resultados obtenidos quedan reflejados en la tabla 9.B.2.

NÚMERO DE INGRESOS POR TIPO				
TIPO DE INGRESO	2001		2002	
	Nº	%	Nº	%
Urgentes	158	74,17	203	76,89
Programados	52	24,41	54	20,45
Traslados	3	1,14	7	2,65
Total	213		264	

Uno de los indicadores de calidad de la asistencia monitorizados en la Unidad es el número de reingresos. El número global de reingresos no puede compararse entre los años 2001 y 2002, ya que la probabilidad de reingreso es mayor en el último año debido a un mayor número de pacientes dados de alta durante un tiempo mayor de funcionamiento de la Unidad. Aún así, los reingresos entre 2 y 30 días desde el alta aumentan en el segundo año, lo que está siendo objeto de estudio en la Unidad.

NÚMERO DE INGRESOS POR TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ALTA				
	2001		2002	
REINGRESOS	Nº	%	Nº	%
R. en < 1 día	1	0,49	0	0
R. en ≤ 2 días	2	0,98	3	1,15
R. en ≤ 7 días	4	1,95	9	3,46
R. en ≤ 30 días	14	6,83	30	11,54
R. en > 30 días	21	10,24	35	13,46
R. Urg. = CDM en < 1 día	1	0,49	0	0
R. Urg. = CDM en ≤ 30 días	12	5,85	21	8,08
Total	55		98	

El número de diagnósticos codificados al alta se considera un indicador de calidad de la documentación clínica. El objetivo es tener tantos diagnósticos codificados como sean necesarios. Los resultados obtenidos se reflejan en la tabla 9.B.4.

NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS AL ALTA				
	2001		2002	
DIAGNÓSTICOS	Nº	%	Nº	%
0 Diagnósticos	0	0	0	0
1 Diagnóstico	70	34,15	58	22,31
2 Diagnósticos	59	28,78	53	20,38
3 Diagnósticos	36	17,56	50	19,23
4 Diagnósticos	21	10,24	35	13,46
5 Diagnósticos	8	3,90	31	11,92
>5 Diagnósticos	11	5,37	33	12,69

Los datos de archivo de historias clínicas indican un aumento en el número de historias retenidas en la Unidad, dato que ha sido objeto de análisis y modificación del sistema de gestión de historias en la Unidad. La demora media, sin embargo, ha disminuido ligeramente.

ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS		
	2001	2002
Altas	210	240
Historias entregadas al archivo	205	223
Historias retenidas en el Servicio	5	17
Demora media en entrega	18 días	17 días
Porcentaje de retención	2,38%	7,08%

ANEXO 3

EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES LEGALES DE LOS PACIENTES

INDICE DE CONTENIDOS

0- INTRODUCCIÓN.....	2
1- PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS... 4	
2- ESCALA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS.....	6
3- ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS: NOVIEMBRE 2000 – AGOSTO 2002	8
4- ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS: NOVIEMBRE 2000 – AGOSTO 2002	14

0- INTRODUCCIÓN

La medida de la satisfacción del cliente se está convirtiendo en un método de recogida de información y evaluación de resultados muy importante dentro de los sistemas de calidad. A pesar de las reticencias existentes a preguntar a pacientes psiquiátricos sobre su satisfacción con el servicio recibido, queda demostrado en múltiples estudios que "la percepción de los pacientes, a pesar de su posible distorsión por enfermedades mentales severas, es un buen indicador".

Aunque hay muchas definiciones diferentes de lo que es la calidad asistencial y las dimensiones que la componen, lo que se denomina calidad percibida suele ser uno de estos componentes, ya que en lo que casi todos los investigadores han estado de acuerdo es en que los definidores básicos de la calidad de la atención son los usuarios. Siguiendo la definición de Montgomery "Calidad es el grado en el que los productos (o servicios) cumplen con las exigencias de la gente que los utiliza". Por tanto, no basta con ofrecer un servicio al paciente con altos niveles de calidad valorados desde un punto de vista objetivo o desde el punto de vista subjetivo de los profesionales y de las autoridades sanitarias.

La normativa que rige la asistencia psiquiátrica en la Comunidad de Madrid hace hincapié también en el objetivo de mejorar la satisfacción de los usuarios y la en la necesidad de utilizar sistemas de evaluación de satisfacción. Algunas referencias al respecto:

- La ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, propone un modelo organizativo en el que el ciudadano se sitúa como centro del Sistema Sanitario, promoviendo su participación, teniendo en cuenta sus opiniones y en definitiva estableciendo la calidad percibida por los usuarios y el cumplimiento efectivo de sus derechos como objetivo prioritario.
- El Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, publicado en Junio de este año, establece entre sus objetivos la incorporación de la evaluación de satisfacción de usuarios.
- El Modelo Europea de Excelencia (EFQM), modelo adoptado por la Comunidad de Madrid como sistema de gestión de calidad, asigna un 20% de su puntuación total al criterio "Resultados en los Clientes", siendo por tanto el criterio con más peso de los nueve que componen el modelo.

En la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes, al tratar a una población menor de edad, los estudios de satisfacción de usuarios se han realizado principalmente a los familiares o tutores legales de los pacientes.

Los estudios de satisfacción se vienen realizando desde la inauguración de la Unidad. Para su realización se contó con una escala previamente utilizada por un centro de características similares en otra Comunidad Autónoma. A lo largo de tiempo se han realizado estudios de los resultados obtenidos y del propio proceso llevado a cabo para la evaluación de satisfacción de familiares o tutores legales.

Los resultados de satisfacción han dado lugar a cambios en el sistema de gestión de la Unidad, al observar las necesidades reflejadas en los cuestionarios anónimos. Un ejemplo de este hecho podría ser la puesta en práctica de grupos de terapia de familiares de pacientes, al ser obtener una puntuación menor a la media de satisfacción en el ítem que evalúa el apoyo recibido por los familiares.

Los estudios del proceso realizado para la evaluación de satisfacción han llevado a realizar pequeñas modificaciones en la escala utilizada y en el proceso de estudio, redactando para ello un protocolo de actuación que ha sido convenientemente difundido entre los trabajadores de la Unidad.

Tal como promueve el modelo EFQM, la Unidad ha tratado de intercambiar resultados de satisfacción con otras organizaciones, para poder conocer la posición relativa obtenida dentro del sector. El intercambio de resultados está dificultado por el hecho de tratar a población infanto-juvenil con patología psiquiátrica, y ser pocos los centros dedicados al tratamiento de esta población específica en el país. Únicamente hemos encontrado un centro que realiza estudios similares y está dispuesto a intercambiar los resultados obtenidos. Cuando se han obtenido resultados de la unidad de referencia, se han realizado estudios comparativos.

Entendiendo que nuestra experiencia puede ser útil como guía para la realización de estudios similares en otras organizaciones, se ha publicado un artículo sobre el proceso y los resultados de estudio de satisfacción de usuarios, que incluimos al final de este anexo.

1- PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Objetivos:

- 1- Evaluar la calidad asistencial percibida por los usuarios del servicio.
- 2- Identificar áreas de mejora en el área de calidad percibida por los usuarios, como inicio de un sistema de mejora constante de la calidad.

Población estudiada:

Se entregará el cuestionario de evaluación de satisfacción a los familiares de todos los pacientes que hayan ingresado en la unidad, independientemente de la duración de su estancia. La única excepción que se establece son los pacientes que hayan sido dados de alta y readmitidos en un plazo inferior a un año.

Actividades, responsables y plazos:

Se identifica una persona responsable de todo el proceso, aunque algunas de las tareas concretas sean llevadas a cabo por otros trabajadores de la unidad. De forma voluntaria, la psicóloga y trabajadora social de la Unidad se hacen responsables del proceso.

Los pasos necesarios en el proceso quedan identificados a continuación junto con el profesional responsable de llevarlos a cabo, el método establecido (si fuese necesario) y su periodicidad:

1- Entrega de cuestionarios:

- El cuestionario de satisfacción se entregará en mano junto con el informe de alta, para asegurar que todos los usuarios lo reciben.
- Profesional/es responsable será el/os mismo/s encargado/s de entregar el informe de alta (personal de enfermería).

2- Recogida de y archivo de respuestas:

- Hay tres posibles métodos de entrega de los cuestionarios completados: Enviarlos por correo, depositarlos por los usuarios en el buzón destinado a ello en la parte exterior de la unidad y entregarlos en mano al personal de la unidad (este método será evitado en la medida de lo posible para aumentar la confidencialidad de los resultados).
- El profesional responsable de la entrega de cuestionarios recogerá periódicamente las respuestas recibidas. La periodicidad de recogida de respuestas será al menos mensual.
- Las respuestas recibidas serán clasificadas por meses según la fecha de recogida, y archivadas en un archivador dedicado exclusivamente a este fin.

3- Análisis de respuestas:

- Aunque la recogida de datos es constante, para minimizar el esfuerzo a realizar manteniendo el nivel de información recibida, se propone un análisis semestral de los datos obtenidos.
- Las personas responsables de esta actividad serán la psicóloga y trabajadora social.
- Se solicitarán datos de resultados a otras organizaciones que realizan estudios similares y, siempre que sea posible obtenerlos, el estudio comparativo de los resultados será incluido en el informe de resultados.

4- Difusión de información:

- A los profesionales de la unidad: El informe semestral con las respuestas recibidas será analizado por los trabajadores de la Unidad en las reuniones trimestrales de gestión. Se establecerán planes de mejora para las dimensiones que presenten una menor puntuación o las deficiencias expresadas por los usuarios en las preguntas abiertas, si procede.
- Como método de devolver a los usuarios la información proporcionada, el informe semestral, o al menos parte de este, se pondrá en corchos de la unidad destinados a información de pacientes y familiares. Cuando se lleven a cabo proyectos de mejora partiendo de esta información, dichos proyectos serán comunicados junto con los resultados.
- Se estudiará la posible difusión de las respuestas a otras unidades del hospital.

5- Evaluación del funcionamiento del proceso:

- Se realizarán evaluaciones del funcionamiento del proceso para detectar posibles deficiencias en su aplicación. En estas evaluaciones se modificará el cuestionario utilizado en el caso de necesitar más información no cubierta hasta el momento por las preguntas existentes. Se modificarán los plazos, los responsables de las tareas o la metodología propuesta en el caso de detectar variaciones en el funcionamiento establecido.
- La evaluación del funcionamiento del proceso se llevará a cabo con una periodicidad anual.

DICIEMBRE, 2002

2- ESCALA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA UNIDAD DE ADOLESCENTES

c/ Ibiza nº 43
28009 MADRID

Distinguidos señores:

El Trastorno padecido por su hijo/a hizo aconsejable su ingreso en nuestra Unidad de Psiquiatría de Adolescentes. Una vez finalizada su hospitalización, nos permitimos rogarle que conteste una serie de preguntas referentes a la calidad y eficacia de nuestros servicios. Sus opiniones son imprescindibles para la mejora de nuestra labor asistencial. Por supuesto, **sus respuestas son absolutamente anónimas**. Muchas gracias por su colaboración.

1. ¿Han sido ustedes tratados con amabilidad y eficacia por el personal administrativo y de recepción?

Sí, siempre Sí, casi siempre Pocas veces Nunca

2. ¿En las citas y visitas concertadas, ¿se ha cumplido los horarios convenidos con la suficiente puntualidad?

Sí, siempre Sí, casi siempre Pocas veces Nunca

3. ¿Han recibido información acerca del trastorno que padece o ha padecido su hijo/a, así como del tratamiento que ha recibido?

Sí, siempre Sí, casi siempre Pocas veces Nunca

4. ¿Consideran que los profesionales que se han hecho cargo del tratamiento de su hijo/a son profesionales competentes?

Psiquiatra Psicólogo Trabajador/a Social
(Contestar sólo en caso de que hayan intervenido)

Sí, mucho Sí, mucho Sí, mucho
Sí, bastante Sí, bastante Sí, bastante
Poco Poco Poco
No, nada No, nada No, nada

5. ¿Consideran que el psiquiatras, la psicóloga y la trabajadora social que se han hecho cargo del tratamiento de su hijo/a han actuado con el/ella y con ustedes con amabilidad y consideración?

Psiquiatra Psicólogo Trabajador/a Social
(Contestar sólo en caso de que hayan intervenido)

Sí, siempre Sí, siempre Sí, siempre
Sí, casi siempre Sí, casi siempre Sí, casi siempre
Pocas veces Pocas veces Pocas veces
No, nada No, nada No, nada

6. ¿Opinan que las condiciones físicas de la Unidad, (espacio, mobiliario, servicios) donde ha estado hospitalizado su hijo/a son en general adecuadas?

Sí, siempre Sí, casi siempre Pocas veces Nunca

7. ¿Consideran que su hijo/a y ustedes mismos han sido tratados con corrección y profesionalidad por el personal de enfermería?

Sí, siempre Sí, casi siempre Pocas veces Nunca

8. ¿Consideran que el personal de enfermería que ha atendido a su hijo/a ha actuado con competencia profesional?

Sí, siempre Sí, casi siempre Pocas veces Nunca

9. ¿Creen haber recibido el apoyo y la ayuda que ustedes necesitaban para afrontar el problema que motiva el ingreso de su hijo/a?

Sí, siempre Sí, casi siempre Pocas veces Nunca

10. ¿Creen que su hijo/a se ha sentido correcta y suficientemente atendido/a mientras ha estado ingresado?

Sí, siempre Sí, casi siempre Pocas veces Nunca

11. De 0 a 10, ¿qué puntuación otorgarían a la acogida y el trato que en general recibe o han recibido ustedes y su hijo/a durante su relación con el equipo de la Unidad de Adolescentes. (0 = Muy malo 10 = Excelente)

Puntuación

12. De 0 a 10 ¿qué puntuación otorgarían a la competencia y eficacia profesional del equipo de la Unidad de Adolescentes que ha tratado o está tratando a su hijo/a?

Puntuación

13. De 0 a 10 ¿qué puntuación global otorgaría a la Unidad de Adolescentes?

Puntuación

14. ¿Ha echado de menos algo por parte del personal de la Unidad en lo referente al cuidado de su hijo/a?

.....

15. ¿Le gustaría haber recibido algún otro tipo de información/ atención durante el ingreso de su hijo/a?

.....

.....

16. Otros comentarios (por favor escribir por detrás)

3- ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS: NOVIEMBRE 2000 – AGOSTO 2002

La Unidad de Psiquiatría Adolescente del Hospital Gregorio Marañón, dentro de un conjunto de iniciativas orientadas a la mejora de la calidad asistencial, realiza evaluaciones de la satisfacción de los usuarios desde el momento de su apertura. Al tratarse de pacientes menores de edad, se evalúa la satisfacción de familiares o tutores con el servicio. Los datos obtenidos se han analizado de forma más o menos informal por los trabajadores de la unidad. Ahora, tras casi dos años de utilizar las encuestas de satisfacción y con 106 respuestas obtenidas, nos hemos propuesto realizar un análisis exhaustivo tanto de los datos recogidos como de la metodología utilizada, para comprobar la eficacia del sistema y proponer modificaciones si fuese necesario.

2. OBJETIVOS:

Los objetivos de este estudio se pueden agrupar en dos bloques:

- 1- Estudiar el grado de satisfacción de los usuarios del servicio durante el periodo noviembre 2000-agosto 2002
- 2- Analizar el funcionamiento del sistema de evaluación de satisfacción para detectar posibles deficiencias y proponer soluciones:

3. EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN: NOVIEMBRE 2000- AGOSTO 2002.

3.1.- Material:

La encuesta de satisfacción de usuarios de la Unidad de Psiquiatría Adolescente del Hospital Gregorio Marañón ha sido creada por los trabajadores de la unidad. Se ha articulado para recabar y medir la opinión de los usuarios sobre los servicios de la unidad en torno a seis temas o dimensiones de estudio, que son: Competencia profesional, Trato recibido, Entorno del tratamiento, Información y apoyo a la familia, Atención global /Cuidado y tratamiento y Puntualidad

Las respuestas son cerradas en una escala Likert de cuatro alternativas. Con el objetivo de forzar a los usuarios a tomar una decisión positiva o negativa en las respuestas, se eliminó el punto medio neutro, que suele resultar ambiguo y difícil de interpretar. Tras un periodo de utilización se revisó el cuestionario, añadiendo dos preguntas abiertas y dividiendo las preguntas sobre competencia profesional y trato entre las distintas categorías profesionales para obtener más información. Para los datos que presentamos aquí no hemos tenido en cuenta este último cambio, agrupando los resultados según las categorías anteriores para obtener así más información.

3.2.- Método:

Método de recogida de datos: El cuestionario se entrega a los familiares en el momento del alta. Es autocumplimentable y hay tres formas posibles de entregar las respuestas: por correo, en el buzón destinado a ello en la parte exterior de la unidad y entrega en mano a los trabajadores. Las respuestas recibidas se han ido archivando periódicamente, pero no se han clasificado por fecha de recogida, no siendo posible la explotación de datos por meses. Esta es una de las deficiencias detectadas en el sistema.

Población estudiada: En principio se entregará el cuestionario a todos los usuarios del servicio en el momento de darles el alta. Esto no se ha llevado a la práctica de forma uniforme, teniendo dudas del número real de cuestionarios entregados en este periodo. Entendemos que esta es una de las limitaciones de estos datos, pues no tenemos la certidumbre de que todos los pacientes hayan tenido la oportunidad de participar y no sabemos el porcentaje de respuesta real obtenido.

Método de análisis de resultados: Los datos de los cuestionarios completados han sido introducidos en una base de datos informática, realizándose el análisis de los mismos mediante el paquete estadístico SPSS. Al tratarse del primer estudio de resultados con profundidad que se realiza no es posible hacer comparaciones longitudinales. No poseemos tampoco datos de unidades similares con quienes podamos comparar nuestros resultados. Una búsqueda bibliográfica sobre el tema no proporciona muchos datos de estudios con poblaciones de características similares, por lo que no consideramos apropiado tampoco hacer comparaciones con estos datos.

Periodicidad: Aunque la recepción de cuestionarios es constante, este es el primer análisis en profundidad que se hace de los datos desde el comienzo de utilización del cuestionario, por lo que cubre un periodo de 21 meses.

Responsable: El personal de enfermería entrega las encuestas a los familiares de los pacientes en el momento del alta y recoge periódicamente los resultados. No se ha designado a una persona concreta responsable de toda la actividad ni se ha designado responsable del análisis de los datos.

3.3. -Resultados:

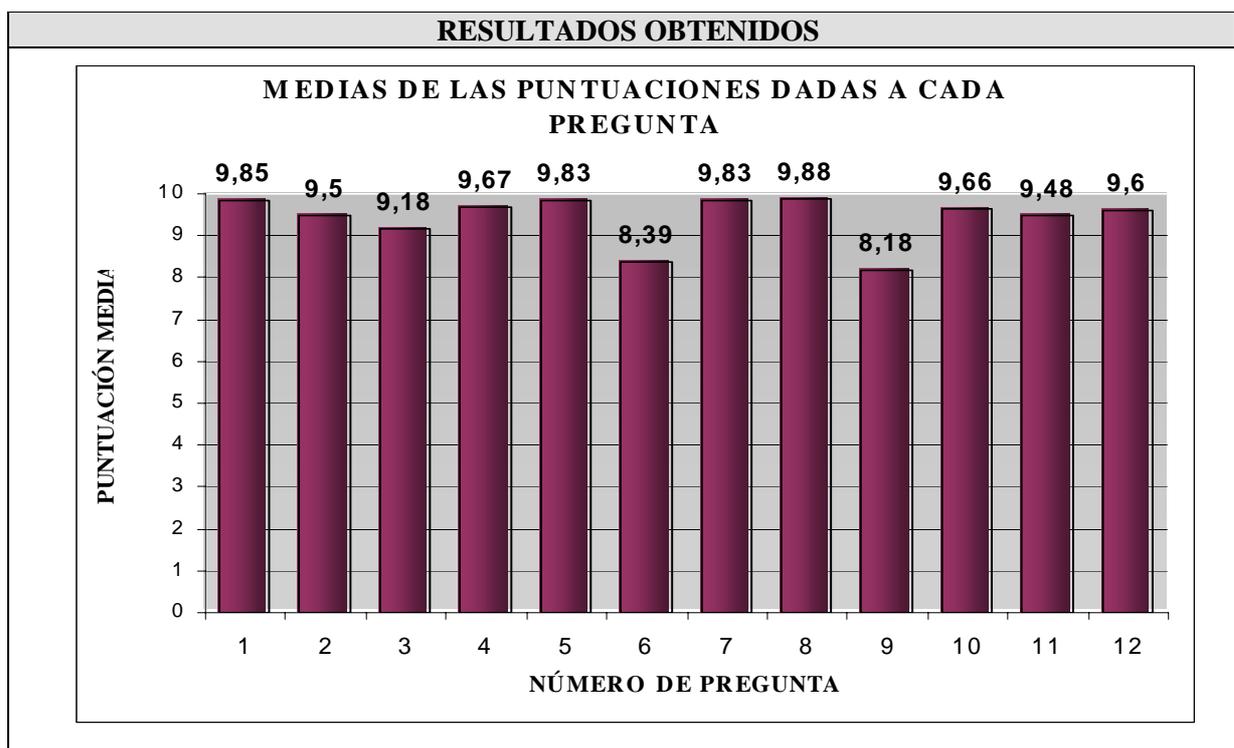
Número de respuestas: el número total de respuestas recibido fue 107. Una encuesta no fue incluida en los datos por tener respuestas duplicadas.

A continuación se presentan algunos datos sobre los casos:

DATOS DE CASOS						
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
P1	105	99,1%	1	0,9%	106	100,0%
P2	106	100,0%	0	0%	106	100,0%
P3	104	98,1%	2	1,9%	106	100,0%
P4	105	99,1%	1	0,9%	106	100,0%
P5	106	100,0%	0	0,0%	106	100,0%
P6	106	100,0%	0	0,0%	106	100,0%
P7	105	99,1%	1	0,9%	106	100,0%
P8	106	100,0%	0	0%	106	100,0%
P9	99	93,4%	7	6,6%	106	100,0%
P10	105	99,1%	1	0,9%	106	100,0%
P11	102	96,2%	4	3,8%	106	100,0%
P12	102	96,2%	4	3,8%	106	100,0%

DATOS DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS PARA CADA PREGUNTA													
Pregunta:		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
N	Válidos	115	116	114	115	115	115	114	115	108	114	103	103
	Perdidos	1	0	2	1	1	1	2	1	8	2	5	5
Media		9,82	9,41	8,95	9,46	9,79	8,07	9,82	9,87	7,89	9,58	9,46	9,59
Mediana		10	10	10	10	10	7	10	10	10	10	10	10
Desv. Típica		0,72	1,38	1,60	1,61	0,77	2,03	0,72	0,61	2,63	1,05	0,92	0,79

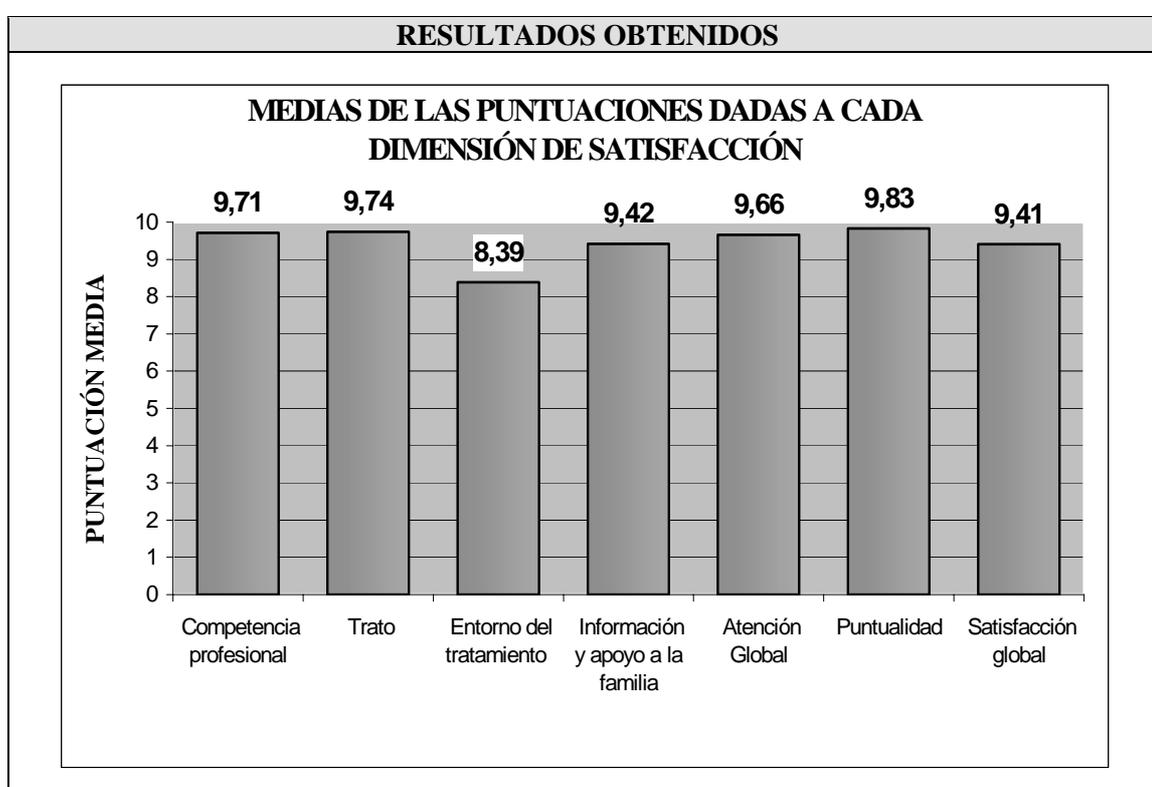
La media de las puntuaciones obtenida para cada pregunta se presenta en la siguiente tabla:



Los resultados a cada una de las dimensiones estudiadas por la escala se calcularán según las siguientes fórmulas:

Dimensión	Fórmula
Competencia profesional	(Item 4+8+12) / 3
Trato	(Item 1+5+7+11) / 4
Entorno del tratamiento	Item 6
Información y apoyo a la familia	(Item 3+4) / 2
Atención Global	Item 10
Puntualidad	Item 5
Satisfacción global	Suma de todos los ítems / nº total de ítems evaluados

A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada dimensión de satisfacción:



3.4.- Análisis de resultados:

Se obtiene una puntuación global de satisfacción de **9,41** puntos sobre 10. Cabe destacar que sólo dos preguntas obtuvieron una media de puntuaciones por debajo del 9: la referente a adecuación de las condiciones físicas de la sala (**8,38**) y la referente al apoyo y ayuda psicológica recibida por los familiares (**8,18**). Esta última pregunta obtiene además el mayor índice de no-respuesta (**6,6%**), dato que se podría interpretar como una falta de comprensión de lo preguntado o como descontento con la dimensión estudiada.

Debido a las deficiencias en el sistema de clasificación de respuestas obtenidas no podemos clasificar estos datos por meses y analizar si han sufrido una evolución a lo largo del tiempo. No es posible tampoco analizar el índice de respuesta obtenido, debido al seguimiento irregular de la entrega de cuestionarios. Quedan pendientes estos análisis para estudios posteriores.

Si echamos un vistazo a la literatura publicada sobre estudios de satisfacción de usuarios en sanidad y más en concreto en salud mental, casi todos coinciden en señalar que "independientemente de la variedad de medidas utilizadas, la mayoría de los estudios obtienen un nivel de satisfacción de usuarios muy alto entre pacientes psiquiátricos". Los niveles de satisfacción suelen estar en torno al 75 - 98% de los pacientes en los estudios publicados. Lehman y Zastowny, en una revisión de estudios de satisfacción con los servicios de salud mental señalan un nivel global de satisfacción del 70,6%. Sin embargo, en ocasiones los resultados no son tan altos: en un estudio realizado recientemente en nuestro país con pacientes psiquiátricos se obtiene una puntuación global de 56,8%. En otro estudio realizado recientemente en la Comunidad de Madrid con pacientes psiquiátricos ambulatorios se consideran satisfechos el 81,2% e insatisfechos el 18,8%, siendo la información acerca del tratamiento el aspecto que más descontento suscita entre éstos.

Estos estudios que hemos comentado han sido realizados con pacientes tanto hospitalarios como ambulatorios y en la mayoría de ellos los usuarios son adultos y evalúan personalmente su satisfacción con el servicio. No pretendemos por tanto hacer una comparación de resultados, ya que las diferencias existentes en los estudios no lo hacen posible. Así todo, tomando estos datos como referencia y teniendo en cuenta las diferencias metodológicas, la puntuación obtenida en esta evaluación de la satisfacción de los usuarios con la Unidad de Psiquiatría Adolescente del Hospital Gregorio Marañón da un índice de satisfacción con el servicio que podríamos considerar muy alto. Quedan pendiente más análisis y comparaciones con estudios de población y metodología similares para poder hacer una comparación más significativa.

5. PROPUESTAS METODOLÓGICAS

1- Propuestas sobre la escala:

La observación de la escala tal como se presenta en la actualidad, tras la primera modificación llevada a cabo, nos lleva a hacer las siguientes sugerencias sobre pequeñas modificaciones:

- Pregunta nº 5: Añadir a la trabajadora social en el enunciado de la pregunta, pues se han añadido en las opciones de respuesta pero no consta en el enunciado.

- Preguntas 11 y 12: Aumentar el tamaño de las casillas que recogen las respuestas de los usuarios, ya que el reducido tamaño actual provoca confusión, obteniendo respuestas en blanco o de difícil interpretación.
- Podría ser interesante añadir una respuesta de satisfacción global, que permitiese estudios posteriores sobre cuáles son las dimensiones de satisfacción que afectan más en la satisfacción o la insatisfacción de los usuarios.

2- Propuestas de mejora en el proceso:

Para optimizar el funcionamiento del proceso y sacar un mayor partido a la cantidad de datos recogidos, se propone desarrollar un protocolo de aplicación y análisis de encuestas de satisfacción de usuarios. Este protocolo debería establecer al menos:

- Persona responsable del proceso, que se encargará de delegar en otros miembros de la unidad tareas concretas si fuese necesario.
- Profesional responsable de la entrega de los cuestionarios y momento de entregarlos.
- Persona responsable de recogida de las respuestas, método de clasificación y archivo de respuestas.
- Responsable, método y periodicidad de análisis de respuesta y difusión de resultados.
- Metodología y periodicidad de evaluaciones del funcionamiento del proceso.

3- Otras sugerencias:

La evaluación en calidad necesita de dos pasos fundamentales: medición de datos objetivos y análisis de los mismos. Para el análisis de resultados es fundamental contar con un punto de referencia que pretendamos alcanzar o con el que podemos compararnos. La comparación de indicadores entre distintos centros o unidades es uno de los métodos utilizados para ello. Se propone por lo tanto, promover desde la unidad un sistema de intercambio de resultados con otras unidades de características similares que nos permitan tener un punto de referencia sobre los resultados obtenidos.

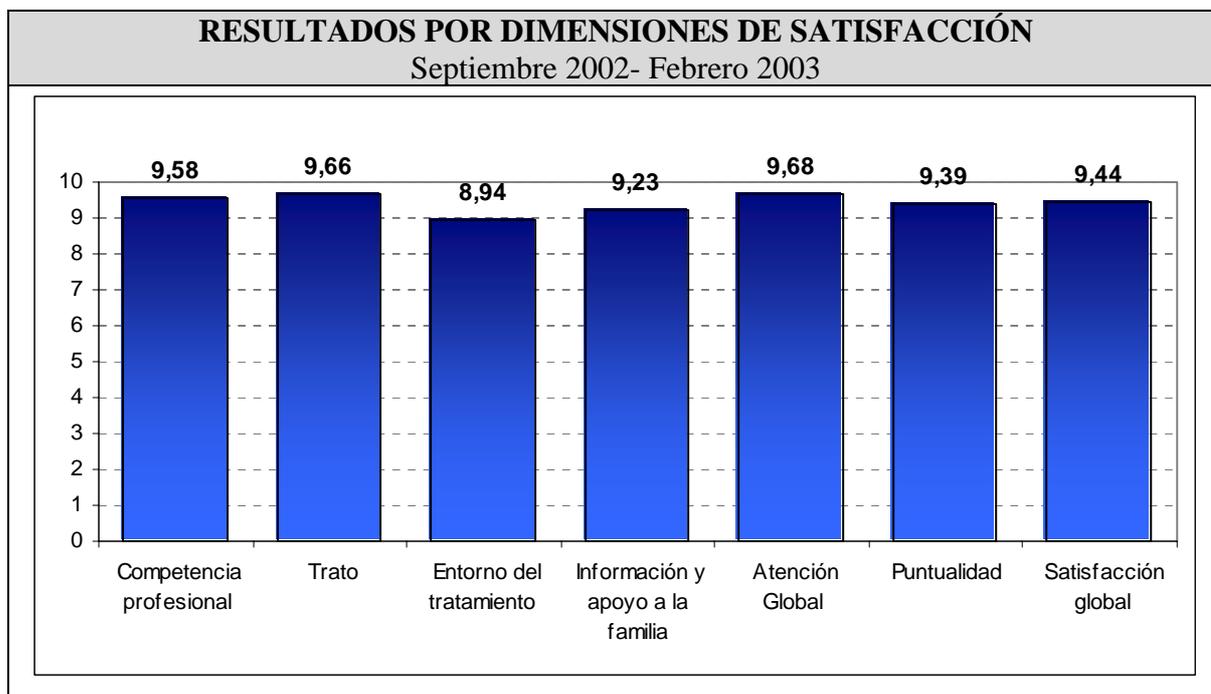
4- ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS: SEPTIEMBRE 2002 – FEBRERO 2003

A continuación se presentan algunos datos sobre los casos:

DATOS SEPTIEMBRE 2002 A FEBRERO 2003													
Pregunta:		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
N	Válidos	49	49	49			48	49	49	49	47	49	48
	Perdidos	0	0	0			1	0	0	0	2	0	1
Media		9,76	9,39	9,51	9,47	9,80	8,94	9,82	9,88	8,96	9,68	9,29	9,40
Mediana		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Desv. Típica		1,35	1,50	1,12	1,11	0,81	1,58	0,73	0,60	1,99	0,93	1,00	0,87

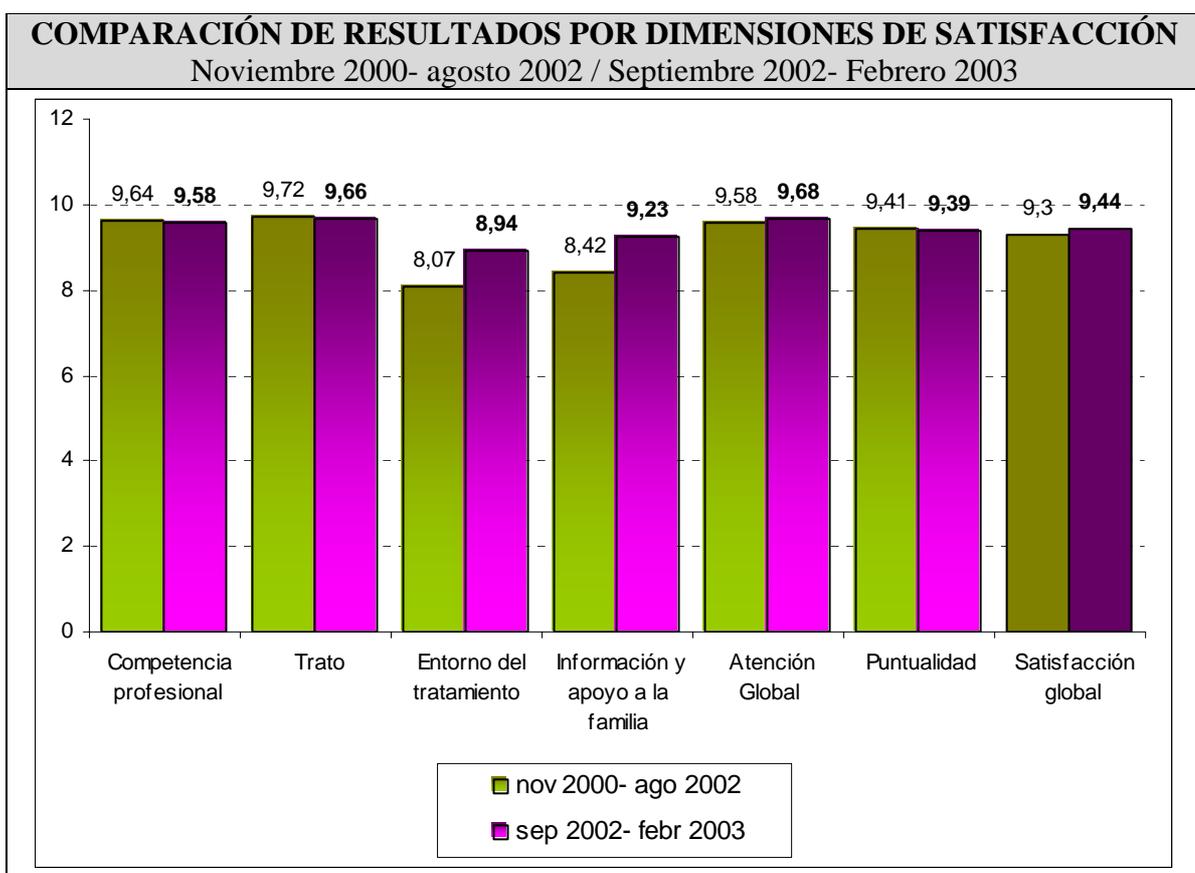
Los resultados a cada una de las dimensiones estudiadas por la escala se calcularán según las fórmulas indicadas en la tabla II:

DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN	
Dimensión	Fórmula
Competencia profesional	(Ítem 4+8+12) / 3
Trato	(Ítem 1+5+7+11) / 4
Entorno del tratamiento	Ítem 6
Información y apoyo a la familia	(Ítem 3+9) / 2
Atención Global	Ítem 10
Puntualidad	Ítem 2
Satisfacción global	Ítem 13



El número total de altas hospitalarias durante el periodo de estudio fue de 144. Un total de 49 encuestas de satisfacción fueron cumplimentadas durante este periodo, lo que supone un índice de respuesta de 34%.

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE PUNTUACIONES PARA CADA PREGUNTA												
Noviembre 2000- agosto 2002 / Septiembre 2002- Febrero 2003												
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
Hasta agosto 2002	9,82	9,41	8,95	9,46	9,79	8,07	9,82	9,87	7,89	9,58	9,46	9,59
Agosto 2002- febrero 2003	9,76	9,39	9,51	9,47	9,80	8,94	9,82	9,88	8,96	9,68	9,29	9,40



La media de satisfacción global obtenida en este estudio es de un **9,44** en una escala del 1 al 10, lo que supone un nivel de satisfacción muy alto con los servicios ofrecidos, muy similar al alcanzado en ocasiones anteriores. Es preciso destacar que todos los ítems evaluados obtienen una mediana de 10, mayor rango de satisfacción posible. Como se puede observar en los resultados obtenidos, sólo dos ítems obtienen una media de puntuación inferior a 9: El ítem número 6, que cubre el tema de condiciones físicas de la Unidad, obtiene una puntuación media de 8,94, y el ítem 9, que trata sobre el apoyo y ayuda que reciben los familiares durante el ingreso, obtiene una puntuación media de 8,96. Es preciso destacar la evolución obtenida en las puntuaciones de ambos aspectos:

Las condiciones físicas de la Unidad eran valoradas en el último estudio con una media de 8,07, que aumenta en esta ocasión en 0,89 puntos, lo que supone un incremento de un 11% sobre la puntuación previa. Este incremento en la puntuación es significativo y refleja los esfuerzos realizados en la Unidad para adaptar las condiciones físicas a la población atendida y crear un entorno de tratamiento adecuado.

El apoyo y la ayuda a los familiares durante el tiempo que está ingresado el paciente obtenían en el estudio previo una puntuación media de 7,89, que aumenta en 1,07 puntos, lo que supone un incremento de un 13% sobre la puntuación previa. Al ser el apoyo y la ayuda a familiares el aspecto que menor puntuación obtenía en estudios previos, éste ha sido el tema en el que más se ha trabajado en la Unidad, estableciendo iniciativas de mejora como, por ejemplo, la creación de reuniones de terapia para padres y tutores de pacientes, que, como refleja el incremento de más de un 13% sobre la puntuación previa obtenida entendemos que demuestra que las iniciativas puestas en práctica están obteniendo los resultados esperados.

En el estudio previo había un tercer ítem que obtenía una puntuación inferior a 9: el ítem número 3, que trata la información sobre el trastorno y el tratamiento del paciente que se proporciona a los familiares, obtenía una puntuación de 8,95. En este sentido, al ser considerada la información un componente básico de la calidad asistencial, se han realizado acciones al respecto como la mejora de los consentimientos informados y de las hojas informativas utilizadas y la protocolización de las actividades periódicas de información a familiares de pacientes. El aumento de 0,56 puntos obtenido, llegando a la puntuación media actual de 9,51 parece reflejar que el trabajo realizado está siendo positivo para los usuarios.

Aparte de las puntuaciones comentadas, todos los demás ítems de la escala obtienen una puntuación superior a 9, lo que podemos considerar unos resultados muy positivos de satisfacción con el servicio recibido en la Unidad. Las variaciones de los demás ítems respecto a la puntuación previa, ya sean incrementando o disminuyendo la media de satisfacción obtenida, suponen un cambio menor a 0,20 en todos los casos, que no consideramos significativo, por lo que no haremos mayor análisis al respecto.

En la revisión metodológica realizada en agosto de 2002 se modificó una pregunta (nº13) que entendíamos que no estaba claramente formulada, al obtener un índice de no respuesta del 7%, puntuación superior a todos los demás ítems. Una vez reformulada la pregunta, en el estudio actual se ha obtenido un 100% de respuesta en este ítem, por lo que consideramos que su facilidad de comprensión es mayor en estos momentos.

ANEXO 4

**EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE CENTROS
DE SALUD MENTAL DE REFERENCIA**

INDICE DE CONTENIDOS

0- INTRODUCCIÓN	2
1- PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE C.S.M.	4
2- ESCALA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE C.S.M.	6
3- INFORME DE RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE C.S.M.	8

0- INTRODUCCIÓN

La implantación de un modelo de calidad total como el Modelo de la “European Foundation for Quality Management” (EFQM) requiere establecer mecanismos de coordinación con los principales grupos de interés de la organización, especialmente con organizaciones aliadas o “partners”, de forma que se apoye el desarrollo mutuo. El modelo EFQM requiere también recoger de forma sistemática información sobre las expectativas y la satisfacción de dichos grupos de interés, con el fin de evaluar si la actuación de la organización y los mecanismos de coordinación establecidos se adecuan a sus necesidades. Dentro del sector sanitario, se consideran los principales aliados o “partners” a los centros de salud ambulatorios, unidades de hospitalización de media o larga estancia, hospitalización de día, colaboradores en docencia, investigación y formación, suministradores de servicios, proveedores, etc. De este grupo, los centros de salud ambulatorios son considerados un grupo de interés primordial para las unidades de hospitalización, por la importancia que la coordinación entre estos dispositivos tiene para la continuidad de la asistencia prestada a los pacientes.

La continuidad de la asistencia es considerada uno de los componentes básicos de calidad de la atención sanitaria. La continuidad asistencial puede definirse como el nivel de coordinación de la asistencia que necesita un paciente entre médicos y a través de las organizaciones y del tiempo. Más allá de la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el ciudadano.

La atención a las necesidades de los pacientes con trastornos mentales incluye prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo que son dispensadas por diferentes profesionales y desde distintos dispositivos. Por este motivo, uno de los principios rectores del Modelo de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid es la continuidad de la asistencia entre distintos dispositivos asistenciales.

Por estos motivos, uno de los objetivos de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón es mantener una estrecha coordinación con las organizaciones sociales y sanitarias que trabajan conjuntamente en la atención de la población psiquiátrica infanto-juvenil. Entre estas organizaciones sociales y sanitarias, los Centros de Salud Mental (C.S.M.) de las áreas sanitarias a las que presta servicios la Unidad son de importancia fundamental, teniendo en cuenta que el objetivo de las unidades de hospitalización breve es abordar el “problema central” que ha precipitado la crisis y después dar de alta al paciente para que pueda continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial.

Las estrategias de coordinación e intercambio de información de la Unidad con los C.S.M. habían sido diseñadas e implantadas en el momento de su apertura, pero hasta la fecha sólo habían sido evaluadas mediante contactos puntuales e informales con los profesionales implicados. A principios de 2002, y dentro de un proceso de autoevaluación de calidad de la Unidad siguiendo la metodología del modelo EFQM, se observa la necesidad de realizar un estudio anónimo de satisfacción de los C.S.M. La finalidad de dicho estudio era conocer la satisfacción de los profesionales de los Centros de Salud Mental con el funcionamiento de la Unidad, y, sobre todo, identificar áreas de mejora, mediante datos objetivos, para posteriormente introducir modificaciones en el sistema de trabajo que aumentasen la satisfacción de los profesionales de los C.S.M., mejorasen la coordinación con dichos centros y, por lo tanto, facilitasen la continuidad asistencial.

1- PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE C.S.M.

Objetivos:

- 1- Conocer la satisfacción con la unidad que tienen los psiquiatras de referencia de los centros de salud mental.
- 2- Identificar áreas de mejora, mediante datos objetivos, para posteriormente introducir modificaciones en nuestro sistema de trabajo que aumenten la satisfacción de los psiquiatras de salud mental ambulatoria, mejoren nuestra coordinación con los centros y por lo tanto faciliten la continuidad asistencial.

Población estudiada:

Todos los Centros de Salud Mental de las Áreas Sanitarias que cubre la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Para asegurar una representatividad homogénea se enviará el cuestionario a un psiquiatra por centro.

Actividades, responsables y plazos:

El responsable del proceso es el jefe de sección de la Unidad, aunque pueda delegar actividades concretas a otros miembros de la Unidad.

Se establece una periodicidad de estudio bianual.

Los pasos necesarios en el proceso quedan identificados a continuación junto con el método establecido (si fuese necesario):

1- Entrega de cuestionarios:

- El cuestionario de satisfacción será enviado por correo en sobre cerrado nominal al psiquiatra de cada centro de salud mental que se considere más directamente relacionado con el tratamiento de la población adolescente.
- En el envío se incluirá el cuestionario de satisfacción, una carta de presentación explicando los objetivos y proceso del estudio y un sobre de respuesta con la dirección mecanografiada para facilitar su devolución.

2- Recogida de y archivo de respuestas:

- Los cuestionarios cumplimentados serán enviados por correo en los sobres incluidos para ello o por fax. El plazo de recepción de respuestas será de dos semanas desde la fecha de envío de los cuestionarios

- En caso de obtener un índice de satisfacción muy bajo, se estudiará la posibilidad de ampliar el plazo de respuesta otra semana, realizando una llamada telefónica a los psiquiatras encuestados para reiterarles la importancia de su respuesta en el estudio.
- Las respuestas serán archivadas por el responsable del proceso y almacenadas por si fuese necesaria su consulta posterior.

3- Análisis de respuestas:

- El estudio de satisfacción es totalmente anónimo. Los datos se analizarán de forma conjunta mediante tratamiento estadístico en base de datos del programa SPSS.

4- Difusión de información y actividades de mejora:

- La información recogida se devolverá a los trabajadores de la unidad en un informe completo que será analizado en la reunión de gestión siguiente a la recogida de datos.
- Se establecerán planes de mejora para aquellos aspectos que presenten una baja puntuación.
- Se enviará el informe de resultados a los profesionales encuestados como agradecimiento a su participación.
- Se potenciará el intercambio de resultados con otras unidades del hospital o de otros centros sanitarios de características similares al nuestro, para poder hacer estudios comparativos de resultados.

5- Evaluación del funcionamiento del proceso:

- Se realizarán evaluaciones del funcionamiento del proceso para detectar posibles deficiencias en su aplicación. En estas evaluaciones se modificará el cuestionario utilizado en el caso de necesitar más información no cubierta hasta el momento por las preguntas existentes. Se modificarán los plazos, los responsables de las tareas o la metodología propuesta en el caso de detectar variaciones en el funcionamiento establecido.
- La evaluación del funcionamiento del proceso se llevará a cabo con una periodicidad bianual, una vez finalizado el proceso de recogida de datos, análisis y puesta en práctica de planes de mejora.

FEBRERO, 2003.

2- ESCALA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE C.S.M.

Encuesta de satisfacción con los servicios de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Debe marcar con una "X" la respuesta que considere se ajusta más a su opinión sobre lo que se le pregunta. En caso de un error, redondee con un círculo y señale con una X la respuesta que considere más adecuada.

Como observará, la cumplimentación del cuestionario es totalmente anónima, por lo que le invitamos a no firmar o colocar ningún dato de identificación personal.

1. Conozco la unidad y sus instalaciones

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

2. Cuando uno de mis pacientes está ingresado en la Unidad conozco el médico responsable

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

3. La unidad da solución a mis pacientes cuando requieren un ingreso hospitalario

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

4. Puedo intercambiar opiniones con los profesionales de la unidad

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

5. La unidad dispone de recursos suficientes

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

6. El trámite de derivación es sencillo

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

7. La demora para ingreso es elevada

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

8. Recibo informe de alta de hospitalización

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

9. El informe de alta es adecuado

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

10. La duración del ingreso es adecuada

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

11. Los pacientes y/o familiares o tutores me refieren satisfacción con la unidad

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

12. La continuidad de cuidados es adecuada

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

13. Me interesa recibir los datos de la unidad.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
€	€	€	€	€

Comentarios y/o sugerencias:

3- INFORME DE RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE C.S.M: JUNIO, 2003

A continuación se presenta el estudio de satisfacción de Centros de Salud Mental con la Unidad de Hospitalización breve de Psiquiatría Adolescente del H.G.U. Gregorio Marañón, los resultados obtenidos en el mismo y las líneas de acción propuestas a partir de dichos resultados.

Objetivos:

- 3- Conocer la satisfacción con la Unidad que tienen los psiquiatras de referencia de los Centros de Salud Mental.
- 4- Identificar áreas de mejora, mediante datos objetivos, para posteriormente introducir modificaciones en nuestro sistema de trabajo que aumenten la satisfacción de los psiquiatras de salud mental ambulatoria, mejoren nuestra coordinación con los centros y, por lo tanto, faciliten la continuidad asistencial.

Población estudiada:

Todos los Centros de Salud Mental de las Áreas Sanitarias que cubre la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se envió un cuestionario por centro, sumando un total de 22. Uno de los centros comunicó que no iba a devolver el cuestionario cumplimentado puesto que no había ingresado a ningún paciente, por lo que ha sido eliminado de la muestra, resultando en un total de 21.

Material y Método:

Se utiliza para el estudio una escala de creación propia partiendo de una similar utilizada en ámbito hospitalario para medir la satisfacción de los profesionales de atención primaria.

Se enviaron los cuestionarios por correo en sobre cerrado al psiquiatra de cada uno de los centros de salud mental más directamente relacionado con el tratamiento de población adolescente. El sobre incluía también una carta personal explicando los objetivos y el proceso del estudio. Semanas después se hizo una llamada telefónica a cada uno de los centros reiterando la importancia del envío de su respuesta si no lo habían hecho previamente.

Los cuestionarios cumplimentados fueron devueltos a la Unidad mediante correo o fax. El estudio es totalmente anónimo y no necesitaba ser firmado.

Se analizan los datos con el paquete estadístico SPSS. Los resultados han sido presentados a los trabajadores de la Unidad y se enviarán a los profesionales de los Centros de Salud Mental participantes en el estudio y serán compartidos con quienes corresponda.

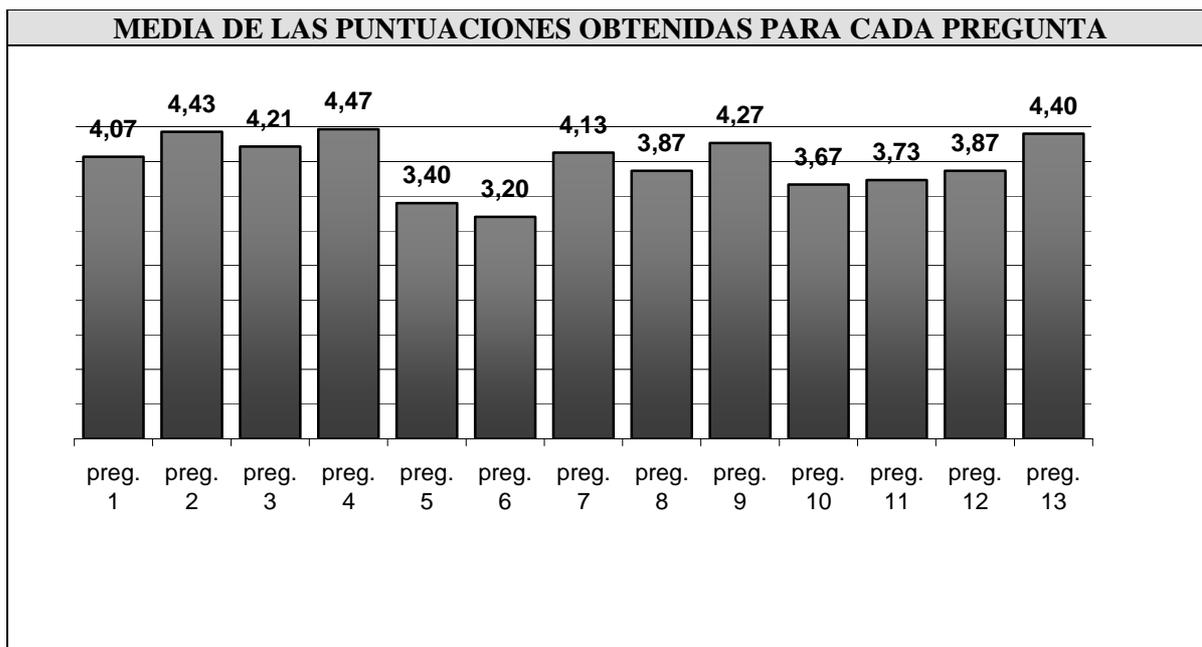
Resultados:

Se obtienen un total de 15 cuestionarios cumplimentados, lo que supone un índice de respuesta del 71%.

Las respuestas están dadas en una escala del 1 al 5, que representa un continuum bipolar donde 5 significa totalmente de acuerdo con el enunciado de la pregunta (mayor satisfacción) y 1 nada de acuerdo con el resultado de la pregunta (menor satisfacción).

A continuación se presentan los resultados obtenidos, con el número de respuestas dadas a cada pregunta, la media, la mediana y la desviación típica.

DATOS DE RESULTADOS OBTENIDOS				
Pregunta	N	Mediana	Media	Desv. Típica
Conozco la Unidad y sus instalaciones	14	5	4,07	1,44
Conozco médico responsable de mi paciente	14	4	4,43	0,51
La U da solución a mis pacientes cuando requieren ingreso	14	4	4,21	0,70
Puedo intercambiar opiniones con los profesionales de la U.	15	4	4,47	0,52
La unidad dispone de recursos suficientes	15	3	3,40	0,83
El trámite de derivación es sencillo	15	4	3,20	1,15
La demora para ingreso es adecuada	15	4	4,13	0,64
Recibo informe de alta de hospitalización	15	4	3,87	1,19
El informe de alta es adecuado	15	4	4,27	0,80
La duración del ingreso es adecuada	15	4	3,67	0,72
Los pacientes y/o familiar me refieren satisfacción con la U.	15	4	3,73	0,80
La continuidad de cuidados es muy adecuada	15	4	3,87	0,74
Me interesa recibir los datos de la Unidad	15	5	4,40	0,83



No existen preguntas con una media por debajo de la satisfacción neutra, por lo que en todas las respuestas se alcanza el nivel medio de satisfecho o muy satisfecho. Como se puede observar, las respuestas más bajas están relacionadas con el trámite de derivación, la cantidad de recursos de la Unidad y la adecuación de la demora del ingreso.

El cuestionario tiene una pregunta final de comentarios y/o sugerencias. Siete de los quince cuestionarios cumplimentados tenían comentarios libres (algunos de ellos cubriendo más de un tema), que se han agrupado por el tema al que se refieren. Todos los comentarios recibidos, clasificados por temática son:

Necesidad de recursos:

- “Necesidad de plazas de hospital de día, ya que algunos pacientes al darles el alta no están en condiciones de tratamiento ambulatorio”.
- “La unidad debería disponer de atención psicológica en igual proporción a la atención psiquiátrica”.

Trámite de derivación:

- “El tiempo de realización del trámite intrahospitalario previo al ingreso es alto”.
- “Se ha cambiado la derivación al tener que enviar informes a Conde de Peñalver y tener que autorizar ellos el ingreso, lo que considero un trámite innecesario. Era mejor cuando programábamos directamente el ingreso con los profesionales de la Unidad”.

Necesidad de información en los Centros de Salud Mental:

- “No conocemos la lista de espera para ingresos programados. Desconocemos el tiempo medio de ingresos”.
- “Cuando se ingresa a un paciente no siempre nos llaman para informarnos de que el paciente ha llegado y quién es el doctor que le va a llevar. No siempre recibimos informe de alta. Se producen cambios de diagnóstico y tratamiento sin avisar al CSM”.

Satisfacción de las familias:

- “La pregunta 11 no la creo significativa. La opinión de las familias viene determinada por la ansiedad, pues algunos de los ingresos son breves. La duración se ha determinado en común acuerdo con el CSM y así se ha dicho a las familias”.
- “Los familiares transmiten mayor necesidad de contacto con los profesionales que el que se les ha ofrecido”.
- “El paciente suele estar descontento, la familia contenta”.

Planes de acción:

A pesar de que la totalidad de las preguntas han obtenido una respuesta superior al 3, como el objetivo principal de la encuesta es detectar áreas de mejora y poner en marcha planes de acción, a continuación se presentan algunos planes de acción para las preguntas que obtienen una peor puntuación y mayor número de comentarios, que deberán ser debatidas y acordadas por el equipo de la Unidad.

1. Trámite de derivación:

Es la pregunta con puntuación más baja, pero está fuera del campo de actuación de los profesionales de la Unidad. Se propone por lo tanto enviar una copia del informe de resultados de la encuesta realizada al Departamento de Salud Mental sugiriendo la simplificación del trámite de derivación en base a los resultados obtenidos.

2. Necesidad de recursos en la Unidad:

Nuevamente, desde la Unidad se cuenta con poca capacidad de actuación al respecto. Se propone utilizar esta información proveniente de los Centros de Salud Mental para adjuntarla a la hora de solicitar recursos en el hospital.

3. Interés por recibir datos de la Unidad:

Hay acuerdo en los Centros de Salud Mental en cuanto al interés en recibir información sobre la Unidad. Se propone:

- Envío inmediato de los resultados de este estudio, conteniendo las iniciativas propuestas para realizar cambios en base a la información obtenida.
- Envío de la Memoria EFQM que se está realizando en la Unidad, tan pronto como esté terminada.
- Envío anual de los datos estadísticos de la Unidad (altas, duración del ingreso etc).
- Envío de información puntual cuando se produzcan cambios sustanciales en la gestión de la Unidad que pueda ser de interés para los CSM.
- Toda esta información se enviará al responsable del programa infanto-juvenil de cada centro de salud mental.
- Se define la trabajadora social de la Unidad como la profesional responsable del envío de toda esta información, para facilitar el cumplimiento futuro de este acuerdo.

5. Recepción del Informe de alta:

La Unidad tiene un 100% de informes de alta terminados antes de que se produzca el alta del paciente. Sin embargo, no todos los psiquiatras de referencia en los Centros de Salud Mental reciben el informe de alta de hospitalización. Tras analizar estos resultados hemos comprobado como algunos familiares se niegan a entregar los informes de alta al clínico de referencia. Entendemos que es prioritario respetar el derecho de confidencialidad del paciente y sus familiares incluso entre los mismos profesionales. Por este motivo, no consideramos posible el envío del informe de forma más directa.

En este sentido, reiteramos que el 100% de los pacientes dados de alta disponen del informe cuando dejan la Unidad y que en el momento de su entrega se les explica la importancia de entregárselo a su psiquiatra de referencia.

ANEXO 5

**EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS
TRABAJADORES DE LA UNIDAD**

INDICE DE CONTENIDOS

0- INTRODUCCIÓN	2
1- PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE TRABAJADORES.....	3
2- ESCALA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE TRABAJADORES ..	5
3- INFORME DE RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE TRABAJADORES: ENERO, 2003	8
4- SEGUNDA PARTE DEL ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE TRABAJADORES: OCTUBRE, 2003.....	11

0- INTRODUCCIÓN

La satisfacción de los trabajadores en una organización es tanto un fin en sí mismo como un medio para obtener una buena atención para los usuarios del servicio. El Plan Integral de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid considera la satisfacción de los trabajadores uno de sus objetivos principales, y plantea la necesidad de evaluar periódicamente su satisfacción. La importancia que los trabajadores tienen para el modelo de calidad EFQM queda reflejada por tener dos criterios dedicados a este tema: uno de los criterios agentes está dedicado a las personas y uno de los criterios de resultados dedicado se centra en los resultados en las personas.

En la Unidad de Hospitalización de Adolescentes se había entendido que el clima de trabajo era bueno y la relación entre compañeros cordial, ante la ausencia de quejas y conflictos y el escaso número de traslados voluntarios de trabajadores de la Unidad. A partir de diciembre de 2002, dentro del proceso de aplicación del modelo de calidad EFQM, se plantea la necesidad de establecer un sistema objetivo y anónimo de medición de satisfacción de profesionales, que proporcionase información real y objetiva y permitiese identificar áreas de mejora. Para ello, se estudiaron los cuestionarios de satisfacción utilizados por otras unidades similares y se eligió entre los métodos publicados un cuestionario que había sido previamente validado y utilizado en otras unidades de hospitalización, denominado “Cuestionario Font Roja”. Se definió un protocolo de evaluación de satisfacción de profesionales donde el Jefe de Sección de la Unidad es el responsable directo de todo el proceso, al entender la satisfacción de los trabajadores de su equipo como una de sus misiones. En este protocolo, además de analizar los resultados, se establece que periódicamente (cada dos años) se realizará un análisis del sistema de evaluación de satisfacción de profesionales, y se propondrán cambios en el propio sistema si es necesario.

El estudio de satisfacción se completó con un segundo cuestionario de creación propia, ante la necesidad de ampliar la información recogida en la primera fase del estudio, para poder definir con claridad cuáles eran las áreas en las que hacía falta implantar actividades de mejora.

La principal dificultad en la consecución del objetivo de evaluar y mejorar la satisfacción de trabajadores es que algunas de las áreas de menor satisfacción identificadas están fuera de la capacidad de actuación de los trabajadores de la Unidad. A pesar de no poder actuar sobre ellas, los resultados obtenidos han sido enviados a responsables superiores del hospital y esperamos que esta información sea tenida en cuenta por los responsables de las áreas tratadas.

1- PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE TRABAJADORES

Objetivos:

- 1- Conocer la satisfacción real de los trabajadores de la unidad con su trabajo.
- 2- Identificar áreas de mejora, mediante datos objetivos, para posteriormente introducir modificaciones en el sistema de trabajo que aumenten la satisfacción y desarrollo profesional de los trabajadores de la unidad.

Población estudiada:

Se entregará el cuestionario de evaluación de satisfacción a todos los trabajadores de la unidad, independientemente de su categoría profesional y tipo de contrato. Los estudiantes y profesionales en prácticas no estarán incluidos en este estudio, debido al corto periodo de tiempo que pasan en la unidad.

Actividades, responsables y plazos:

Al considerar la satisfacción de los profesionales una responsabilidad de la dirección, el jefe de sección de la unidad será el responsable de todo el proceso, aunque pueda contar con la ayuda de algún otro profesional de la unidad para tareas concretas.

Se establece una periodicidad bianual para el estudio de satisfacción de trabajadores.

Los pasos necesarios en el proceso quedan identificados a continuación junto con el método establecido (si fuese necesario) y su periodicidad:

1- Entrega de cuestionarios:

- El cuestionario de satisfacción será entregado por el jefe de sección de la unidad en una de las reuniones trimestrales de gestión. Para asegurar que todos los profesionales reciben el cuestionario, este será entregado en un sobre cerrado con el nombre del trabajador.

2- Recogida de y archivo de respuestas:

- Los cuestionarios cumplimentados serán depositados en una caja que para este fin se colocará en control de enfermería de la unidad. El plazo de tiempo de recepción de respuestas será de una semana desde la fecha de entrega de cuestionarios.
- Las respuestas recibidas serán clasificadas por trabajadores o estudiantes y año de recogida, y serán archivadas en un archivador dedicado exclusivamente a este fin.

3- Análisis de respuestas:

- El estudio de satisfacción es totalmente anónimo. Al tratarse de un grupo pequeño de profesionales no se proporcionarán datos de categoría profesional para evitar la identificación del encuestado. Todos los datos se analizarán de forma conjunta.

4- Difusión de información y actividades de mejora:

- La información recogida se devolverá a los trabajadores de la unidad en un informe completo con todos los datos de respuestas y será analizado en la reunión de gestión siguiente a la recogida de datos.
- Se establecerán planes de mejora para aquellos aspectos que presenten una baja puntuación y que tengan posibilidades reales de cambio dentro de los niveles de competencia de la unidad.
- Para aquellos aspectos en los que la unidad no tiene capacidad de actuación, el informe de resultados de la encuesta será enviado a las direcciones correspondientes del hospital, para su conocimiento y posible actuación.
- Se potenciará el intercambio de resultados con otras unidades del hospital o de otros centros sanitarios de características similares al nuestro, para poder hacer estudios comparativos de resultados

5- Evaluación del funcionamiento del proceso:

- Se realizarán evaluaciones del funcionamiento del proceso para detectar posibles deficiencias en su aplicación. En estas evaluaciones se modificará el cuestionario utilizado en el caso de necesitar más información no cubierta hasta el momento por las preguntas existentes. Se modificarán los plazos, los responsables de las tareas o la metodología propuesta en el caso de detectar variaciones en el funcionamiento establecido.
- La evaluación del funcionamiento del proceso se llevará a cabo con una periodicidad bianual, una vez finalizado el proceso de recogida de datos, análisis y puesta en práctica de planes de mejora.

DICIEMBRE, 2002

2- ESCALA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE TRABAJADORES

El cuestionario Font Roja contiene una serie de preguntas sobre su trabajo y sobre cómo se encuentra Vd en el mismo. Debe marcar con una X la respuesta que considere se ajusta más a su opinión sobre lo que se le pregunta. En caso de un error, redondee con un círculo y señale con una X la respuesta que considere más adecuada.

En ningún caso hay respuestas correctas, adecuadas o inadecuadas. Lo importante es su opinión en cada una de las preguntas y esa opinión es siempre correcta.

Como observará, la cumplimentación del cuestionario es totalmente anónima, por lo que le invitamos a no preguntar a sus compañeros/as sobre el mismo hasta que no lo hayan rellenado completamente. Asimismo, le recordamos que no es necesario firmar o colocar ningún dato de identificación personal.

.....

1- Mi actual trabajo en el centro / hospital es el mismo todos los días, no varía nunca.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

2- Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el hospital.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

3- Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal me suelo encontrar muy cansado.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

4- Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera de mi centro pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

5- Muy pocas veces me he visto obligado a emplear "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

6- Muy pocas veces mi trabajo perturba mi estado de ánimo, o a mi salud, o a mis horas de sueño.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

7- En mi trabajo me encuentro muy satisfecho.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

8- Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

9- Tengo pocas oportunidades para hacer cosas nuevas.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

10- Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

11- Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

12- Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

13- La relación con mi jefe/a, jefes/as es muy cordial.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

14- Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

15- El sueldo que percibo es muy adecuado.

MUY DE
ACUERDO

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN
DESACUERDO

EN DESACUERDO

MUY EN
DESACUERDO

16- Estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por mi capacidad y preparación.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17- Tengo muchas posibilidades de promoción profesional.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18- Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19- Estoy seguro de conocer lo que se espera de mí en el trabajo, por parte de mis jefes/as.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20- Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21- Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo habitualmente me suelen afectar.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22- Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23- Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24- Con frecuencia, la competitividad o el estar a la altura de los demás en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión.

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- INFORME DE RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE TRABAJADORES: ENERO, 2003

En diciembre 2002 se comienza el primer estudio de satisfacción de profesionales realizado en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría Adolescente del H.G.U.G.M. Los objetivos de este estudio eran conocer la satisfacción de los trabajadores de la unidad mediante un mecanismo anónimo que asegurase la autenticidad de los datos, e identificar áreas de mejora para posteriormente introducir modificaciones en el sistema de trabajo que aumenten la satisfacción y el desarrollo profesional de los trabajadores de la unidad.

La metodología del estudio fue comunicada a los trabajadores de la unidad en una reunión de gestión, y para ampliar la información se entregó por escrito el protocolo de estudio de satisfacción de trabajadores junto con la encuesta. Se utilizó un cuestionario de satisfacción previamente validado (Cuestionario Font-Roja de Satisfacción de Trabajadores) y utilizado en otros centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. La devolución de la encuesta cumplimentada fue voluntaria y totalmente anónima.

El cuestionario de satisfacción se entregó a un los profesionales que trabajan de forma estable en la unidad, lo que supone un total de 34 cuestionarios entregados con la siguiente distribución por profesiones: 4 psiquiatras, 22 enfermeros, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajadora social, 1 administrativo, 2 maestras y 2 becarias.

Tal como se propuso en el protocolo de estudio, los resultados son ahora presentados para información de todos los trabajadores y análisis de los resultados. Un informe de resultados será también enviado a las direcciones correspondientes del hospital para que tengan constancia de los resultados obtenidos en temas que escapan de la responsabilidad y posibilidad de actuación de los responsables de la unidad.

RESULTADOS:

El índice de respuesta fue de **97%**, puesto que sólo una encuesta entregada no fue devuelta. Este dato en sí mismo es considerado un indicador muy positivo.

La respuesta a las preguntas del cuestionario se daban mediante una escala de cinco alternativas que iban desde “totalmente de acuerdo” con lo indicado en la pregunta a “muy en

desacuerdo”. Para la presentación de resultados, las respuestas se han traducido a una escala numérica del 1 al 10 en la que las puntuaciones más altas corresponden a una mayor satisfacción.

La puntuación media de las respuestas obtenidas en todas las preguntas de la escala fue de **6,71**. La respuesta media obtenida en la pregunta del cuestionario que hace referencia a la satisfacción general (pregunta 7) fue de **7,15**. A continuación se presentan los datos de resultados para cada una de las preguntas.

DATOS DE RESULTADOS OBTENIDOS			
Tema de la Pregunta	Media	Mediana	Desviación típica
Variación del trabajo diario en la unidad	6,97	8	1,00
Responsabilidad en el trabajo en la unidad	8,12	8	0,86
Cansancio al final de una jornada laboral	5,76	6	1,08
Con frecuencia pienso en el trabajo fuera del centro	4,91	4	1,09
No necesito emplear toda mi energía para realizar mi trabajo	7,39	8	1,05
Mi trabajo no perturba mi salud, ánimo o sueño	6,24	6	1,14
Me encuentro muy satisfecho en mi trabajo	7,15	8	0,94
Independencia para organizar mi trabajo	7,09	8	1,06
Oportunidades para hacer cosas nuevas	6,42	6	1,11
Interés por las cosas que realizo en mi trabajo	8,73	8	0,60
Sensación de que lo que hago vale la pena	8,36	8	0,88
El reconocimiento que recibo por mi trabajo es reconfortante	6,12	6	1,17
La relación con mi/s jefe/s-as es muy cordial	8,06	8	0,92
Relaciones cordiales con compañeros	8,30	8	0,80
Adecuación del sueldo	3,88	4	0,83
Adecuación del trabajo a mi formación y capacidad	6,97	8	0,80
Oportunidades de promoción profesional	4,55	6	1,01
Tiempo para realizar mi trabajo	5,76	6	0,99
Se lo que se espera de mi por parte de mis jefes/as	7,03	8	0,94
Mi trabajo es excesivo, no doy abasto con lo que hay que hacer	6,42	6	0,96
Los problemas personales de mis compañeros me suelen afectar	5,58	6	1,11
Sensación de estar capacitado para mi trabajo	8,24	8	0,60
Disponibilidad de recursos suficientes para realizar mi trabajo bien	5,88	6	1,12
La competitividad en mi trabajo me causa estrés o tensión	7,21	8	1,09



Como se puede observar en la tabla, las respuestas que obtienen una mayor puntuación media de satisfacción son las relacionadas con el interés por las cosas realizadas en el trabajo (8,73), la sensación de que lo que se hace en el trabajo vale la pena (8,36) y la sensación de estar capacitado para realizar el trabajo (8,24). Los temas que obtienen una menor puntuación de satisfacción son la adecuación del sueldo recibido (3,88), las oportunidades de promoción profesional (4,55) y la preocupación con el trabajo relacionada con el hecho de seguir pensando en el trabajo fuera de la jornada laboral (4,91).

Agrupando las respuestas por dimensiones de satisfacción, las dimensiones que obtienen una mayor puntuación de satisfacción están relacionadas con las relaciones interpersonales y competencia profesional, ambas por encima del 8, y las que obtienen una menor satisfacción son las oportunidades de promoción profesional y la tensión relacionada con el trabajo, ambas puntuaciones por debajo del 6.

4- SEGUNDA PARTE DEL ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE TRABAJADORES: OCTUBRE, 2003

En diciembre 2002 se comienza el primer estudio de satisfacción de profesionales realizado en la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del H.G.U.G.M. Los objetivos de este estudio eran conocer la satisfacción de los trabajadores de la Unidad mediante un estudio anónimo e identificar áreas de mejora para posteriormente introducir modificaciones en el sistema de trabajo que aumentasen la satisfacción y el desarrollo profesional de los trabajadores.

La respuesta media obtenida en la pregunta del cuestionario que hace referencia a la satisfacción general fue de **7,15**. Las respuestas que obtienen una mayor puntuación fueron las relacionadas con el interés por las cosas realizadas en el trabajo (8,73), la sensación de que lo que se hace en el trabajo vale la pena (8,36) y la sensación de estar capacitado para realizar el trabajo (8,24). Los temas que obtuvieron una menor puntuación de satisfacción son la adecuación del sueldo recibido (3,88), las oportunidades de promoción profesional (4,55) y la preocupación con el trabajo relacionada con el hecho de seguir pensando en el trabajo fuera de la jornada laboral (4,91).

El sueldo y las oportunidades de promoción profesional están fuera del alcance de actuación de los trabajadores de la Unidad, por lo que esta información fue transmitida por escrito a un responsable de un nivel superior para su conocimiento y posible actuación.

Se observó la necesidad de ampliar información sobre las preguntas en las que se obtenía una menor puntuación y, por lo tanto, era necesario actuar (preocupación con el trabajo relacionada con el hecho de seguir pensando en el trabajo fuera de la jornada laboral y falta de recursos para realizar adecuadamente el trabajo). En la reunión de equipo del día 12/03/2003 se acordó realizar un nuevo cuestionario, cuyos resultados presentamos a continuación.

RESULTADOS:

El índice de respuesta fue de **58%**, obteniendo un total de 20 cuestionarios cumplimentados.

La respuesta a las preguntas del cuestionario se daban mediante una escala de cuatro alternativas que iban desde “nunca” hasta “excesivamente”. Para la presentación de resultados, las respuestas se han traducido a una escala numérica del 1 al 4 en la que las puntuaciones más altas corresponden a un mayor acuerdo (preocupación) con el ítem expuesto.

Como se puede observar en la tabla que presentamos a continuación, la respuesta que obtiene una mayor puntuación media es la relacionada con las situaciones de riesgo y mecanismos de seguridad en la Unidad.

DATOS DE LAS RESPUESTAS			
Tema de la Pregunta	Media	Mediana	Desviación típica
Exceso de trabajo.	2.18	2	0,58
El tipo de pacientes afecta mi estado de ánimo	2	2	0,61
Comparo a personas de mi entorno con los pacientes	2.05	2	0,84
Riesgo en el trabajo	2.50	2	0,91
Problemas o dificultades de relación con compañeros	2.05	2	0,59
Búsqueda de información fuera del centro	2	2	0,87

Las respuestas obtenidas en la pregunta que solicitaba posibles procedimientos para disminuir los pensamientos llevados a casa fueron:

SEGURIDAD	Seguridad en el trabajo (5) Presencia constante de personal de seguridad
FORMACIÓN	Más formación específica (3)
ORGANIZACIÓN-COORDINACIÓN	Mayor cohesión en el equipo de trabajo y tiempo para preparar y coordinar las actividades diarias Necesidad de persona que coordine los distintos miembros del equipo Mayor sistematización en el trabajo del equipo y horarios
GESTIÓN DE PERSONAL	Refuerzo de personal cuando hay mayor demanda de trabajo Mínima movilización del personal
META PERSONAL	Ponerme metas más realistas pero intentar cumplirlas (meta personal)

En la pregunta sobre tipos de recursos deficientes en la Unidad se obtuvieron los siguientes resultados:

	nº	%
Recursos Humanos	12	54,5
Recursos Materiales	0	
Espacios	18	81,8

Esta necesidad de recursos fue concretada en la siguiente lista:

RECURSOS DE PERSONAL		
	Nº	%
Enfermería	5	22,70
Psicólogo	5	22,70
Personal de seguridad	4	18,20
Educadores	1	4,50

ESPACIOS		
	Nº	%
Espacios abiertos	15	68,18
Despacho	5	22,7

OTROS TEMAS SOLICITADOS	
Realizar cursos informativos para niños sobre:	Hábitos de salud Conductas de riesgo Técnicas de relajación Programa de H.H.S.S.
	Psicólogo para apoyo al personal
	Formación

**GERENCIA
ATENCIÓN
PRIMARIA ÁREA 9**

**PROYECTO:
"Atención Sanitaria al
Área 9"**



Plan Estratégico
Atención Primaria Área 9

Avanzando en calidad
EFQM



Instituto Madrileño
de la Salud



Atención Primaria Área 9



Instituto Madrileño
de la Salud

Atención Primaria Área 9



Madrid

Edita:

Gerencia de Atención Primaria del Área 9
Instituto Madrileño de la Salud

Avda. Los Pinos, 30. 28914 Leganés. Madrid.

Directora Gerente

M^a Luisa Illescas Sánchez

Equipo Directivo

José Rodríguez Escobar

Director de Enfermería

Pedro Ruiz Ruiz

Director de Gestión

Alberto López García-Franco

Director Técnico

Rosa Fernández García

Subdirectora

Carmen Rodríguez Pasamontes

Subdirectora

Francisco Esteban Paredes

Subdirector

Teresa Sanz Cuesta

Responsable de Investigación y Calidad

Ramiro Cañas de Paz

Responsable de Formación Continuada y Coordinación de Unidad

Docente MFYC

María Gurbés Fontana

Responsable de Educación para la Salud y Metodología de Enfermería

Beatriz Medina Bustillo

Farmacéutica de Área

Belén Taravilla Cerdán

Farmacéutica de Área

Jordi Giralt Rabentós

Responsable de SIS, Informática y TSI

Isabel López Marinas

Jefe de Sección de Servicios de Mantenimiento e Infraestructuras

Mercedes San Antonio Marinas

Jefe de Servicio Personal-Nóminas

Mariano Lázaro Salamanca

Jefe de Sección Económica

Cristina Besora Altés

Jefe de Sección Gestión de Usuarios

Juan Carlos García Antón

Jefe de Servicio Administración

Grupo de elaboración

M^a Luisa Illescas Sánchez

José Rodríguez Escobar

Teresa Sanz Cuesta

Juan Carlos García Antón

Agradecimiento

Yolanda Rodríguez Pachón,

por su trabajo administrativo

Presentación

*“No hay vientos favorables
para los que no saben donde van”*

*La presentación de esta memoria al **V Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público** es un reconocimiento a todos los profesionales de Atención Primaria del Área 9, a su dedicación y entrega en su trabajo diario.*

El conjunto de iniciativas de mejora y los buenos resultados obtenidos, son el fruto de una actitud profesional orientada a la innovación y la mejora continua de los servicios.

Esta actitud profesional que se sustenta en la orientación al ciudadano y en la calidad de los servicios públicos como valores fundamentales, son un motivo de orgullo para el equipo directivo y también una exigencia y un estímulo para seguir avanzando en calidad.

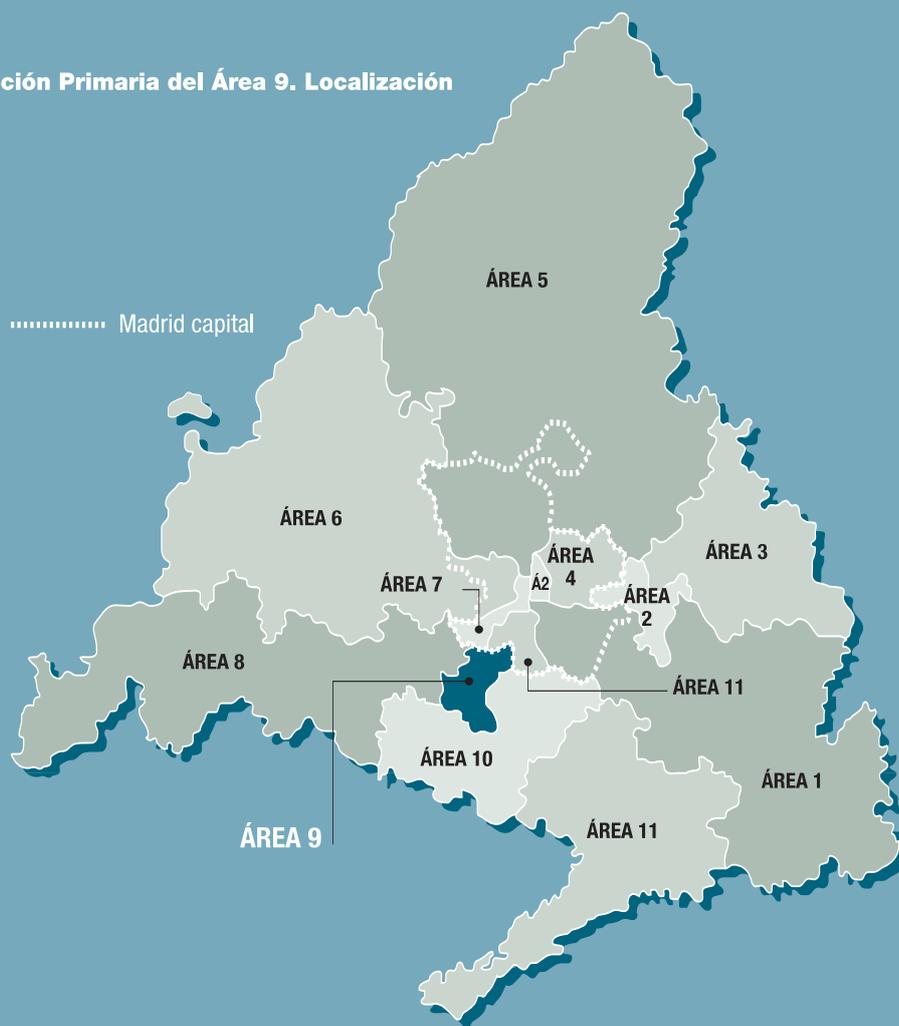
M^a Luisa Illescas Sánchez

Directora Gerente

Índice

Introducción	7
Liderazgo	11
Política y estrategia	17
Personas	23
Alianzas y recursos	29
Procesos	39
Resultados en los clientes	45
Resultados en las personas	51
Resultados en la sociedad	55
Resultados clave	59

Atención Primaria del Área 9. Localización



Municipios del Área Sanitaria 9



Introducción

Atención Primaria del Área 9 del Instituto Madrileño de la Salud es una Organización Pública de Servicios Sanitarios cuyo fin es identificar y dar respuesta a las necesidades y demandas de salud, del individuo y la comunidad, en su ámbito geográfico de actuación, en el marco de la Atención Primaria de Salud, en colaboración con Atención Especializada y demás instituciones y recursos sociosanitarios, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de su población en un marco de equidad y uso eficiente de recursos.

La Atención Primaria de Salud es una parte integrante del Sistema Nacional de Salud y representa el primer nivel de contacto con la población y la puerta de acceso al sistema, configurándose como el núcleo principal de las acciones integrales sobre la salud de la comunidad.

El inicio de la reforma de Atención Primaria de Salud se produjo con el Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas que estableció la nueva organización de los servicios en las nuevas Zonas Básicas de Salud donde prestaban sus servicios diversos profesionales integrados en Equipos de Atención Primaria bajo la responsabilidad de un Coordinador de Equipo. Al amparo de esta normativa, la Comunidad de Madrid establece por el Decreto 117/1988, de 17 de noviembre, la Zonificación Sanitaria, creando en el conjunto de la región un total de 11 Áreas de Salud y 219 Zonas Básicas de Salud.

La Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 es el marco legislativo básico que ordena el Sistema Nacional de Salud y fija las condiciones y requisitos mínimos sobre las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud.

En nuestra Comunidad Autónoma, el Decreto 98/1988 de 8 de septiembre aprueba el Reglamento sobre Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Madrid. Las transferencias en sanidad se producen en enero de 2002.

En la actualidad, el Área 9 de Atención Primaria, está dentro de la red sanitaria pública del Instituto Madrileño de la Salud, gestionado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

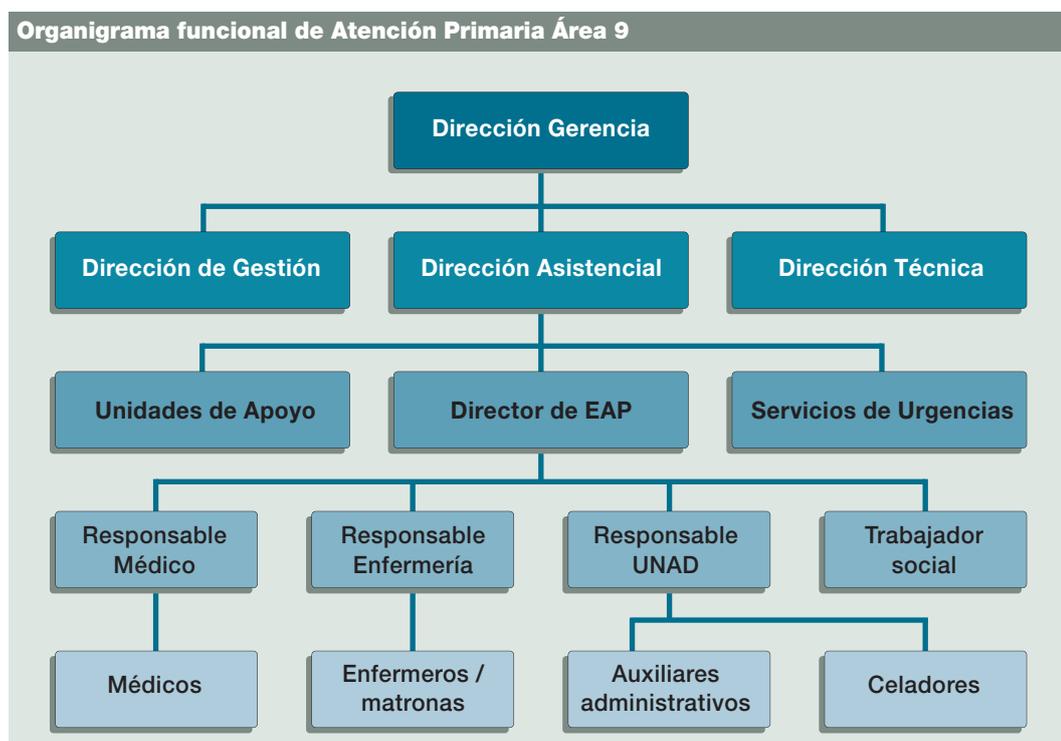
El Área Sanitaria 9 está formada por los municipios de Leganés, Fuenlabrada, Humanes de Madrid y Moraleja de Enmedio. Está situada al sudoeste de la Comunidad de Madrid (CM), con una superficie de 132,7 Km² y una población total de 369.844 habitantes según el Censo de Población y Vivienda de 2001 (resultados provisionales).

Está dividida en 17 Zonas Básicas de Salud en cada una de las cuales hay un Centro de Salud.

La plantilla total del Área (diciembre 2002) es de 768 profesionales, distribuidos en unidades:

Unidades	Profesionales
✓ 22 Equipos de Atención Primaria.	✓ 208 médicos de familia.
✓ 3 Unidades de Modelo Tradicional.	✓ 64 pediatras.
✓ 1 Unidad de Fisioterapia.	✓ 15 otros titulados superiores (psicólogos, odontólogos, etc.).
✓ 3 Unidades de Salud Bucocental.	✓ 219 enfermeros y auxiliares de enfermería.
✓ 3 Servicios de Urgencias.	✓ 31 otros titulados medios (trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas).
✓ Gerencia.	✓ 30 auxiliares de enfermería.
	✓ 146 administrativos y celadores.
	✓ 55 profesionales de la Gerencia.

El organigrama funcional es el siguiente:



En 1991 el Insalud elaboró la cartera de servicios de Atención Primaria, como el catálogo de servicios relacionados con problemas de salud y necesidades sentidas por la población susceptibles de resolución desde el nivel de Atención Primaria. Desde entonces se ha revisado de forma continua para adaptarse a los avances científico-técnicos y a las necesidades de salud de la población. En 2003 nuestra cartera de servicios estaba constituida por 38 servicios:

Servicios de Atención al Niño

- Consulta Niños.
- Vacunaciones Infantiles de 0-14 años.
- Revisiones del Niño Sano de 0-23 meses.
- Revisiones del Niño Sano de 2-5 años.
- Revisiones del Niño Sano de 6-14 años.
- Educación para la Salud en Centros Educativos.

Servicios de Atención a la Mujer

- Captación y Valoración de la Mujer Embarazada.
- Preparación al Parto.
- Visita Primer Mes de Postparto.
- Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos.
- Vacunación de la Rubéola.
- Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cérvix.
- Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama.
- Atención al Climaterio.

Servicios de Unidades de Apoyo

- Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos.
- Tratamientos Psicoterapéuticos.
- Prevención de la Caries Infantil.
- Servicios de Urgencia de Atención Primaria.

Servicios de Atención al Adulto-Anciano

- Consulta Adultos.
- Vacunación de la Gripe.
- Vacunación del Tétanos.
- Vacunación de la Hepatitis B a grupos de Riesgo.
- Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.
- Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos.
- Atención a Pacientes Crónicos: Diabéticos.
- Atención a Pacientes Crónicos: EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).
- Atención a Pacientes Crónicos: Obesos.
- Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia.
- Atención a Pacientes con VIH-SIDA.
- Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Crónicos: Diabetes.
- Educación para la Salud a Otros Grupos.
- Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados.
- Atención a Pacientes Terminales.
- Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol.
- Prevención y Detección de Problemas en el Anciano.
- Cirugía Menor.
- Atención al Joven.
- Deshabitación Tabáquica.



Liderazgo

Actividad n° 1

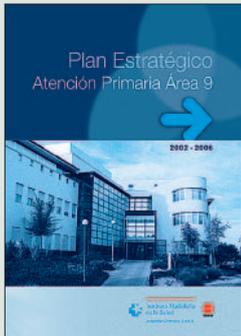
Definir de forma participativa la misión, visión y valores.

Iniciativas de mejora	Resultados
Definir la misión, visión y valores con la participación de profesionales de la organización.	<ul style="list-style-type: none">• Tenemos definida nuestra misión, visión y valores. En su elaboración participaron 115 profesionales organizados en grupos de trabajo.• Fue aprobada por el Consejo de Gestión Ampliado, formado por todo el Equipo Directivo y todos los Consejos de Dirección de los 22 Equipos de Atención Primaria, 3 Servicios de Urgencias y 2 Unidades de Apoyo.• Fue editado y difundido personalmente a todos los trabajadores (739 en ese momento).

Actividad n° 2

Dirigir la planificación estratégica y operativa.

Iniciativas de mejora	Resultados
Elaborar por sí mismo el Plan Estratégico.	<ul style="list-style-type: none">• Se ha elaborado el Plan Estratégico 2002/2006, que fue aprobado por la Dirección General del Insalud y el Consejo de Gestión Ampliado del Área en diciembre de 2000. En su elaboración participaron todos los miembros del Equipo Directivo, tanto en el análisis de situación, como en el DAFO y la definición de líneas estratégicas.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Definir los objetivos anuales en base a la evaluación del año anterior, al Plan Estratégico y a los objetivos institucionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tenemos elaborados los planes de acción de las 10 líneas estratégicas. Cada una de ellas tienen como responsable un miembro del Equipo Directivo, que contó para su elaboración con la participación de todos los miembros del Equipo Directivo y profesionales de los centros de salud. Anualmente el Equipo Directivo evalúa los objetivos del año anterior, define los del año en curso, y elabora un contrato (Programa de Actuación Sanitaria) que negocia con cada uno de los 22 Equipos de Atención Primaria, 3 Servicios de Urgencias y 2 Unidades de Apoyo. 

Actividad n° 3	
Promover la cultura de Gestión de Calidad.	
Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Formarse en gestión de calidad, modelo EFQM y gestión por procesos y participar en la formación de sus profesionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Todos los miembros del Equipo Directivo han recibido cursos básicos de EFQM y gestión por procesos y 7 han asistido a cursos avanzados de EFQM. 6 de los 17 miembros del Equipo Directivo participan en los cursos anuales de calidad que se imparten a los profesionales.
<p>Liderar la gestión por procesos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> El Equipo Directivo está elaborando el nivel 0 del mapa de procesos y liderando los grupos de trabajo que están elaborando algunos procesos asistenciales y administrativos.

Actividad n° 4

Establecer alianzas e involucrar a los profesionales y a ellos mismos en actividades de mejora conjunta con:

- ✓ **Usuarios, ciudadanos y asociaciones.**
- ✓ **Atención Especializada.**
- ✓ **Sociedades científicas.**

Iniciativas de mejora	Resultados
Promover e implicarse activamente en mecanismos de comunicación y escucha de los ciudadanos, así como en sus órganos de participación.	<ul style="list-style-type: none">• El Equipo Directivo y mandos intermedios analizan y contestan sistemáticamente las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios.• También ha promovido el desarrollo de dos estudios específicos para conocer la percepción de los usuarios, desarrollando unas jornadas con todos los mandos intermedios para el análisis de los resultados de estos estudios y mejoras concretas.• El Equipo Directivo asiste regularmente a las Mesas de Salud y los Consejos de Salud de los Ayuntamientos.• Incluye en sus objetivos anuales la existencia de una Comisión de Participación Comunitaria en cada equipo.• Además prioriza cursos de participación comunitaria, exigiendo la asistencia de los mandos intermedios.
Establecer acuerdos de coordinación con Atención Especializada y promover e implicarse activamente en espacios de escucha entre profesionales de ambos niveles.	<ul style="list-style-type: none">• Se definen objetivos conjuntos con Atención Especializada, que han conducido al establecimiento de los circuitos, programas y proyectos conjuntos que se enumeran en el apartado de alianzas.• Se crean comisiones conjuntas para la elaboración de todos los procedimientos entre ambos niveles.• Se realizaron unas jornadas conjuntas entre profesionales de Primaria y Especializada con propuestas concretas de actuación.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Exponer las experiencias de nuestra Área en foros científicos, participando en sus órganos directivos, organizando congresos y presentando comunicaciones científicas en jornadas y congresos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 9 de los 17 miembros del Equipo Directivo, han participado en comunicaciones, ponencias, cursos, libros y demás actividades y foros científicos. • Las gerencias de las Áreas 9 y 10 han organizado desde 1995 jornadas conjuntas. En 2004 se desarrollará la séptima edición. <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>

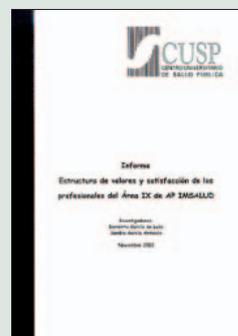


Centro de Salud Panaderas, Fuenlabrada.

Actividad n° 5

Motivar, apoyar y reconocer a las personas que trabajan en la organización.

Iniciativas de mejora	Resultados
Estimular la participación y asunción de responsabilidades de los trabajadores.	<ul style="list-style-type: none">• El Equipo Directivo supervisa que participen los profesionales implicados en la elaboración de todos los proyectos marco y en la definición y evaluación de objetivos operativos y estratégicos.
Cuidar la formación de sus profesionales.	<ul style="list-style-type: none">• El Equipo Directivo prioriza y aprueba las líneas estratégicas y los planes de formación anuales basándose en las necesidades estratégicas y adecuándolos a las expectativas y necesidades de sus profesionales.
Tener una política de puertas abiertas y de reconocimiento personal a cada trabajador.	<ul style="list-style-type: none">• De forma sistemática se envían cartas personales a los profesionales para reconocer acciones y acompañar o felicitar en acontecimientos vitales.• Como mecanismos de escucha activa, se realizan visitas periódicas de la dirección a los equipos y hay un fácil acceso telefónico y personal de los profesionales.• Hemos elaborado un procedimiento propio del Área de concesión de movilidad interna y permisos sin sueldo y un plan de becas para asistencia a cursos, congresos y jornadas.• Además se han promovido la realización de tres estudios específicos cuantitativos y cualitativos para conocer la opinión de los profesionales y su satisfacción.





Política y estrategia

Actividad nº 1

Desarrollar una planificación estratégica recogiendo e integrando la política de la organización con información relevante sobre su entorno.

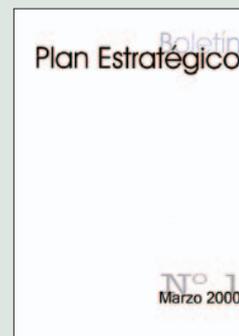
Iniciativas de mejora

Elaborar el Plan Estratégico recogiendo toda la información de su entorno.

Resultados

- Tenemos un Plan Estratégico para el periodo 2002/2006 aprobado por la Dirección General del Insalud.
- Para la elaboración del Plan Estratégico se recogió, mediante cuestionarios, la opinión de Ayuntamientos, asociaciones de vecinos y de autoayuda, Salud Pública de la Comunidad de Madrid, Atención Especializada, Salud mental y otros.
- Se realizó una encuesta de satisfacción a los profesionales.
- Se creó un grupo de trabajo con representación de todos los grupos de la organización para recoger la voz de los profesionales y mandos intermedios.
- Se tuvo en cuenta datos sociodemográficos, económicos, de rendimiento, actividades formativas y resultados clave.

Actividad n° 2	
Comunicar e implantar esta estrategia mediante planes anuales operativos.	
Iniciativas de mejora	Resultados
Difundir el Plan Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> • Se editaron 10 boletines comunicando la marcha de cada una de las fases del Plan. • Se editó el Plan Estratégico difundiendo: <ul style="list-style-type: none"> – Personalmente a todos los trabajadores (739 en ese momento). – A todas las entidades relevantes de su entorno (Ayuntamientos, asociaciones, etc.). – A nuestra organización.

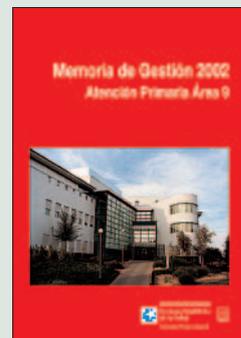


Actividad n° 3	
Evaluar y mejorar la estrategia.	
Iniciativas de mejora	Resultados
Elaborar líneas estratégicas con planes de objetivos anuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Se identificaron 10 líneas estratégicas con planes de acción y objetivos anuales, responsable, cronograma e indicadores de evaluación. • Anualmente se definen los objetivos del Área y de los equipos (Programa de Actuación Sanitaria, PAS) integrando en ellos los de la organización y con aportaciones y reuniones de los mandos intermedios. • En 2003 se ha realizado una jornada con toda la dirección y mandos intermedios para establecer medidas de mejora respecto a satisfacción de profesionales.
Realizar una autoevaluación EFQM.	<ul style="list-style-type: none"> • En el año 2003 hemos realizado la primera autoevaluación EFQM.



Centro de Salud Leganés Norte.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Diseñar e implantar un sistema de evaluación de objetivos anuales y estratégicos mediante ciclos de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tenemos diseñado un documento de planificación y evaluación anual del Programa de Actuación Sanitaria (PAS) de los equipos, de los objetivos anuales del Área, y de la cartera de servicios mediante metodología de calidad (ciclos de mejora). En este momento llevamos 10 ciclos completos de mejora de las 27 unidades funcionales del Área (22 Equipos, 3 Servicios de Urgencias y 2 Unidades de Apoyo). • Se realiza y difunde una memoria anual del Área. • Se elabora mensualmente un Cuadro de Indicadores de la actividad del Área que se distribuye a todos los directivos y mandos intermedios. • Se realizan reuniones periódicas con todos los mandos intermedios y unas jornadas anuales de evaluación y mejora.



Actividad n° 4	
Implantar la gestión de calidad y por procesos en toda la organización.	
Iniciativas de mejora	Resultados
Plan de Calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Está creada una estructura de calidad: <ul style="list-style-type: none"> – Responsable de Área. – Responsable en cada unidad funcional. – Comisión en cada unidad funcional. – Comisión General de Calidad de Área, formada por los responsables de calidad de las unidades y presidida por el Gerente. – Comisión Permanente para seguimiento y apoyo de los proyectos.
Línea estratégica de procesos.	<ul style="list-style-type: none"> • Disponemos de una propuesta de mapa de procesos nivel 0. • Se han realizado dos cursos con un total de 30 asistentes sobre metodología de gestión por procesos. • Se ha elaborado una Guía para la Descripción de Procesos.
Línea de acción de gestión de procesos estratégicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Desde 1993, el Programa de Actuación Sanitaria (PAS) anual de la organización y la cartera de servicios se despliega a nivel de cada unidad, mediante la propuesta de indicadores específicos para cada unidad. • Esta propuesta se pacta inicialmente con el Consejo de Dirección de cada unidad. Antes de su firma este pacto inicial se trabaja con los profesionales de la unidad, introduciéndose propuesta de modificaciones. Tras su aceptación se firma por el Gerente y el Director del Equipo de Atención Primaria o Responsable de Unidad de Apoyo.

Actividad n° 5

Establecer sistemas de información y seguimiento para analizar las mejoras alcanzadas.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Línea estratégica de sistemas de información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inclusión de todas las categorías profesionales.• Desarrollo de nuevas aplicaciones para medición asistencial.	<ul style="list-style-type: none">• Desde 1992, disponemos de un sistema mensual de información (INFO) que se remite a todos los equipos con cuadros de mando referidos a actividad asistencial, administrativa, consumos de servicios y materiales, derivaciones a Especializada y otros.• Estos cuadros de mando se revisan cada año y se ha introducido información sobre nuevos servicios y actividades.• Es una innovación en Atención Primaria tener, desde 2001, datos sobre actividad de administrativos y de auxiliares de enfermería.• Tenemos dos aplicaciones específicas para la medición en todos los equipos de Atención Primaria de actividad asistencial, frecuentación de los usuarios y cartera de servicios.



Personas

Actividad n° 1

Desarrollar una política de personal (planificación, selección, contratación, promoción, traslados y movilidad) dentro de nuestro marco normativo y negociada con los representantes de los trabajadores.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Línea de acción estratégica de política de recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejorar la adecuación de nuestros profesionales a las necesidades de la población.• Mejorar el desarrollo profesional y personal de nuestros profesionales.	<ul style="list-style-type: none">• Mensualmente se celebran reuniones con los representantes de los trabajadores (Junta de Personal y Comité de Empresa) para alcanzar acuerdos en política de recursos humanos.• Tenemos un sistema propio de movilidad interna desde 1996, acordado con la Junta de Personal y revisado anualmente. En los últimos tres años se han beneficiado de este sistema 20 profesionales.• Anualmente se calcula las necesidades de plantilla en función de las cargas de trabajo, por población ponderada por tramos de edad, revisadas y ajustadas anualmente.• Desde 1995 tenemos acuerdos con los representantes de los trabajadores para la selección de personal temporal. Se ha delegado en los equipos los contratos de menos de un mes; para el resto, la dirección realiza entrevistas estructuradas.• Se han realizado planes de acogida en incorporaciones de las ofertas públicas de empleo desde 1995.• Están definidos los puestos de trabajo de 6 categorías profesionales (representan el 77% de la plantilla).

Actividad n° 2	
Desarrollar un plan de formación y desarrollo profesional.	
Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Línea estratégica de formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora y gestión del conocimiento. • Conocer el perfil formativo de los trabajadores del Área. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenemos definidas, desde 1999, 4 líneas estratégicas específicas de formación para los profesionales, en base a las cuales se realiza el plan de formación anual, elaborado con la participación de los profesionales. • En el año 2002 se realizaron 86 actividades formativas de 4 o más horas de duración, que suponen 2.058 horas lectivas, con 1.273 asistentes. Se observa un incremento interanual desde el año 2000 (ver tabla 1). • El sistema de notificación de cursos, inscripción, selección y evaluación está formalizado desde 1997. • Tenemos una aplicación informática integrada con la base de datos de personal que permite conocer el perfil de formación de profesionales desde 2003. • Tenemos una estructura de formación continuada en cada centro para desarrollar la autoformación de los equipos cuya negociación y seguimiento está incluida en los objetivos anuales de los equipos. • Desde 1999 tenemos una política de licencias y ayudas para facilitar la formación, sus criterios están difundidos y a disposición de todos los profesionales. Trimestralmente se valoran y deciden en base a los criterios establecidos. • Reuniones periódicas de la Comisión de Docencia Central (4 anuales) y reuniones de las Comisiones de Docencia de los equipos. • En el año 2002 se facilitó la conexión a la red de Internet en todos los centros de la Gerencia para acceso a fondos bibliográficos y a la biblioteca virtual de nuestra organización.

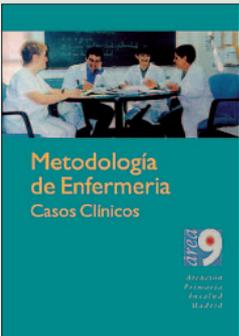
Iniciativas de mejora	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> Existe un boletín de casos clínicos de enfermería con difusión personal a cada enfermero y que se exponen en sesiones de Área. Desde 2001 se han elaborado 7 boletines y se han realizado 6 sesiones de Área. 

Tabla 1 • Actividades docentes. 2000-2002

	2000	2001	2002
Número de cursos, seminarios y talleres	61	70	86
Número de horas lectivas	1.301	1.369	2.058
Número de participantes	1.148	1.206	1.273

Actividad nº 3

Desarrollar un sistema de incentivos y de reconocimiento.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Sistema de incentivos participado y de reconocimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existe una Comisión de Incentivos del Área, con representación de los principales grupos profesionales. Se han fijado los criterios de evaluación de desempeño profesional para la asignación de incentivos. Desde 1998, la evaluación de estos criterios para incentivos, a nivel profesional, lo realiza una comisión en cada equipo. El procedimiento y los criterios están documentados y se difunden anualmente entre los profesionales.

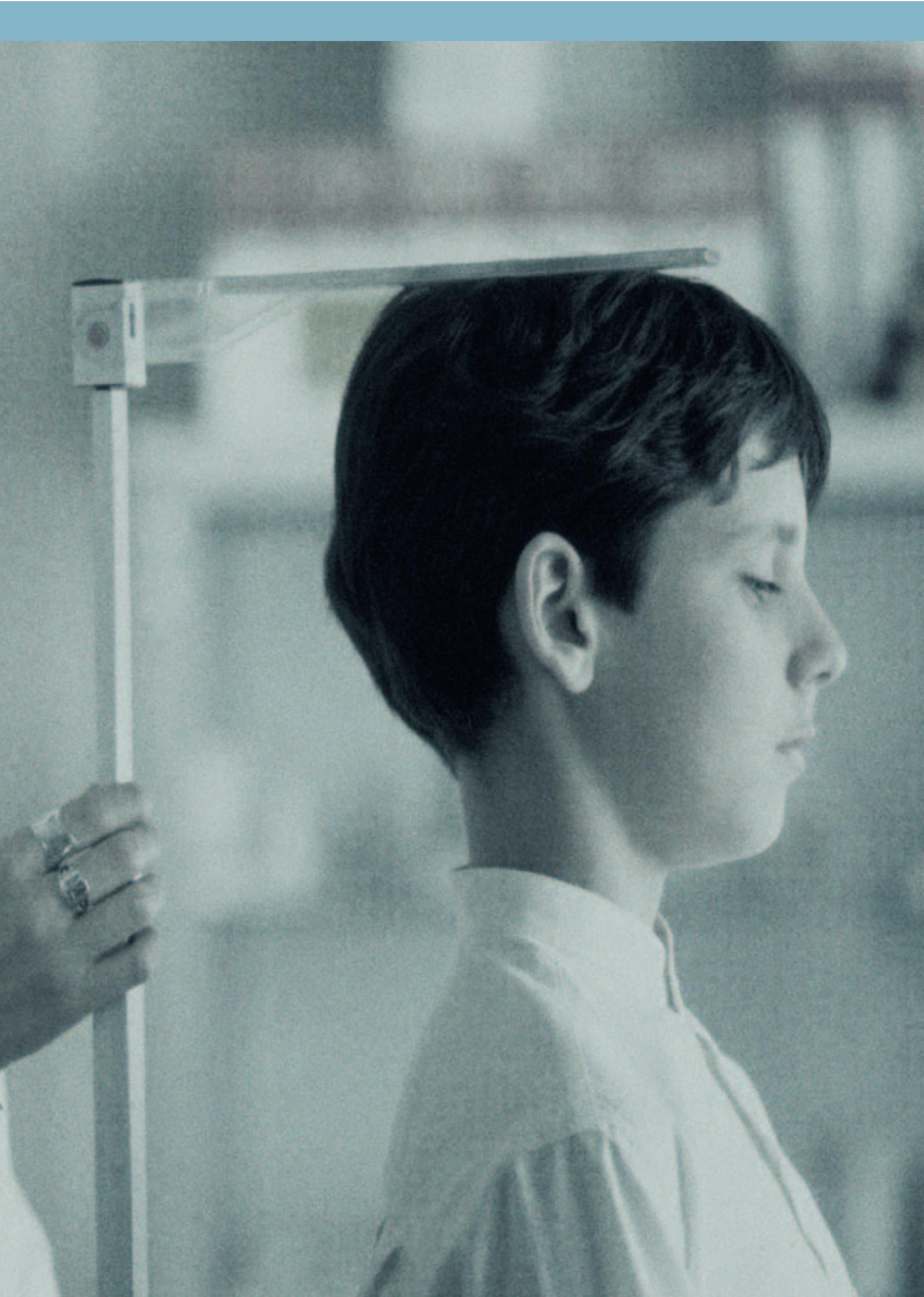
Actividad nº 4	
Desarrollar un sistema de delegación para la toma de decisiones y fijación de objetivos, fomentando el trabajo en equipo y desarrollando un sistema planificado de comunicación al personal.	
Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Línea estratégica de estructura organizativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar una estructura flexible y participativa que impulse la autonomía y responsabilidad de los profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desde 1995 están recogidas las definiciones y funciones de todos los puestos directivos, mandos intermedios, comisiones de los equipos y órganos de participación de los profesionales. Está sistematizado el proceso de nombramiento y cese de directores y responsables. • Durante el año 2003 se identificaron y priorizaron problemas de indefinición, ambigüedad y/o conflicto de normas, funciones, niveles de decisiones y canales de comunicación interna de la estructura organizativa por un grupo de trabajo de 20 profesionales del Área para su mejora. • Se potencia el trabajo en equipo, mediante comisiones interprofesionales y el seguimiento en los objetivos del Programa de Actuación Sanitaria (PAS) de los equipos, del grado de participación en la definición y evaluación de objetivos.
<p>Línea estratégica de comunicación interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Comunicación Interna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intranet, desde 1999, accesible desde los puesto de trabajo informatizados (en el momento actual más del 85% de los profesionales). Utilizada para difusión de documentación y foros de discusión. • Revista informatizada del Área 9 para los profesionales con noticias del Área puesta en marcha en 2003. • Buzón de sugerencias de los profesionales a través de la Web interna desde 2003.



Actividad n° 5

Fomentar la concienciación e implicación del personal en temas de higiene, seguridad y medioambiente.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Apoyar activamente la política de salud laboral de nuestra organización.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Desde 1992 existe un Comité de Seguridad y Salud que se reúne bimensualmente.• En 1993 se hizo una encuesta sobre las condiciones ambientales del puesto de trabajo, dirigida a todos los profesionales. Se definió un circuito de comunicación de accidentes laborales y un circuito específico para accidentes con material biocontaminante, que fueron revisados en los años 1998 y 2000.• De 1999 y 2001 se realizan los Planes de Evacuación de todos los centros de salud, con sesiones formativas a los profesionales y un simulacro de evacuación.• En 2002 se realiza un documento de análisis ergonómico de los puestos de trabajo con equipos de informática.• En el año 2001 se crea el Servicio de Prevención, que está realizando revisiones de estado de salud de los profesionales e iniciando estudios de estrés emocional en dos centros.



Alianzas y recursos

Actividad n° 1	
Conseguir la continuidad del proceso asistencial al ciudadano entre los distintos niveles asistenciales (Atención Primaria/Atención Especializada).	
Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Línea estratégica de coordinación con Atención Especializada:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicación entre profesionales.	<ul style="list-style-type: none">• Reuniones sistematizadas entre los responsables de ambos niveles asistenciales, para negociar y coordinar los respectivos Programa de Actuación Sanitaria (PAS), y evaluar su gestión y seguimiento.• Se crean comisiones conjuntas para la elaboración de todos los procedimientos entre ambos niveles.• En 2002 se realizaron unas jornadas conjuntas entre profesionales de Primaria y Especializada con propuestas concretas de actuación.



Centro de Salud Cuzco,
Fuenlabrada.

Iniciativas de mejora	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la continuidad de procesos asistenciales. Mejorar los procesos administrativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración conjunta de 3 programas de salud y 10 guías de actuación. Grupos de mejora con participación de ambos niveles: <ul style="list-style-type: none"> Calidad de cumplimentación de la derivación a reumatología, dermatología y otorrinolaringología. Adecuación de la derivación a ginecología Adecuación en las indicaciones de citología para prevención de cáncer de cérvix. Informe de Enfermería al Alta Hospitalaria para la continuidad de cuidados, desde 1992. En 2003 se ha revisado y mejorado el circuito y los criterios de calidad. Documento sobre circuito de derivaciones a Atención Especializada y de imputación de primeras consultas y sucesivas, desde 1998. Cita a especialistas informatizada desde los centros de salud desde 2002 (6 especialidades).



Actividad nº 2

Coordinación con otras instituciones:

- ✓ **Servicio de Salud Pública del Área 9.**
- ✓ **Ayuntamientos.**
- ✓ **Universidades.**

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Ayuntamientos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulta Joven.• Consejos de Salud.• Foro de Inmigrantes.• Mesa de Salud.	<ul style="list-style-type: none">• Se han firmado desde 1995 convenios de colaboración con todos los Ayuntamientos del Área para la realización de la Consulta Joven en los centros de salud, el apoyo formativo a los profesionales y la difusión del servicio.• Los adolescentes pueden solicitar asistencia en Consulta Joven en cualquier centro de salud del Área. Anualmente se atiende a unos 1.400 jóvenes.• Tenemos reuniones sistemáticas con los Consejos de Salud (3/4 al año) para informar sobre las actividades realizadas, trabajar nuevas propuestas y ajustar nuestras ofertas con sus expectativas.• Participación en el Foro de Inmigrantes del Ayuntamiento de Fuenlabrada, con actividades periódicas, jornadas anuales, etc, para la mejora en la atención a este colectivo.• Mesa de Salud: reuniones de coordinación y planificación de la educación sanitaria con los Ayuntamientos, centros educativos, y otras instituciones.
<p>Formación pregrado y postgrado.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Acuerdos de colaboración para la formación y rotación en nuestros centros de alumnos de enfermería y fisioterapia con:<ul style="list-style-type: none">– Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma.– Escuela de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad Rey Juan Carlos.



Iniciativas de mejora	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos de colaboración para la formación y rotación en nuestros centros de formación postgrado con: <ul style="list-style-type: none"> – Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (título de médico especialista). – Unidad Docente de Obstetricia y Ginecología (título de enfermero especialista). • Acuerdos de colaboración con la Universidad de Alcalá en prácticas de traductores para el Foro de Inmigrantes. • Para impartir esta docencia, los centros deben cumplir una serie de requisitos, es decir, deben ser acreditados. En nuestra Área, tenemos los siguientes centros acreditados: <ul style="list-style-type: none"> – Todos para enfermería (acreditados por una comisión de Área). – 9 para medicina familiar (acreditados por la Unidad Docente). – 4 para obstetricia y ginecología (acreditados por la Unidad Docente). • Cada alumno dispone de un tutor en su periodo de rotación por los centros. Tenemos acreditados los siguientes tutores: <ul style="list-style-type: none"> – 33 en medicina familiar. – 76 en enfermería. – 6 en fisioterapia. – 3 de obstetricia y ginecología. <p>Asimismo, 9 profesionales del Área son profesores asociados en la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad Autónoma y en la Escuela de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad Rey Juan Carlos.</p>

Actividad n° 3

Uso adecuado de recursos económicos y financieros.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Línea estratégica de uso racional de recursos materiales.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejora de la calidad y eficiencia.	<ul style="list-style-type: none">• Cuadro de mando con indicadores de gestión económica, mensualmente desde 1994.• Descentralización del presupuesto en los equipos para suplencias, farmacia, suministros, teléfono, etc.• Proyecto de mejora del Departamento de Suministros:<ul style="list-style-type: none">– Catálogo de material sanitario y no sanitario con criterios de calidad y eficiencia.– Informatización de los pedidos (Web).• Comisión de Adquisiciones.



Centro de Salud Mª Ángeles López Gómez, Leganés.

Actividad n° 4	
Uso racional del medicamento.	
Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Línea de acción de uso racional del medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de mejora continua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables específicos de centros y Área, y una comisión central y de cada equipo para gestionar el Programa de Uso Racional del Medicamento desde 1992. • Sistema de información mensual (Info-Farm) y por profesional de indicadores de calidad y eficiencia en la prescripción y de gasto desde 1995. • Difusión mensual de indicadores a cada profesional. • Programa de formación específica y distribución periódica de información sobre eficiencia de nuevos productos, etc. • En 2003 se ha puesto en marcha un proyecto de adecuación para la distribución de las tiras reactivas para diabéticos y de absorbentes urinarios para residencias de ancianos.

Actividad n° 5	
Gestión de edificios, equipos y materiales	
Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Gestión de edificios, equipos y materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de mantenimiento preventivo. • Plan de Gestión del Inventario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Están definidos los protocolos técnicos de mantenimiento preventivo de las instalaciones principales (año 2000). • Está definida la dotación de material inventariable idóneo de un centro de salud. • Servicios de mantenimiento integral de edificios e instalaciones, limpieza y correo interno, externalizados. • Evaluación periódica y anual de los contratos de servicios con empresas externas.

Actividad n° 6

Gestión de la tecnología.

Iniciativas de mejora

Informatización.

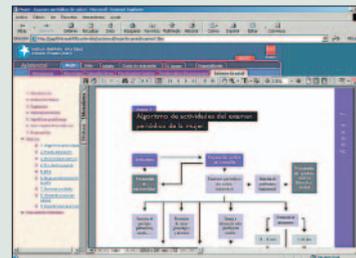
Resultados

- El 80,9% de los profesionales sanitarios disponen de historia clínica informatizada.
- Creación de aula informática para 16 personas (8 ordenadores).
- 34 cursos sobre el programa de historia clínica informatizada (OMI), con la asistencia de 461 personas desde el año 2000.
- Desarrollo de software de historia clínica: se han adaptado los siguientes protocolos clínicos del Área:
 - Programa del Adulto.
 - Programa de la Mujer.
 - Programa del Niño (inicio).
 - Planes Personales de Cuidados.
 - Protocolo de Vacunación.

Vacunas Tetanos	
POPULACIÓN ADULTA EN COBERTURA	1071
POPULACIÓN NO INCLUIDA EN COBERTURA	1021
Datos Clínicos	
SE DATOS DEL SERVIDOR	89
Vacunas Tetanos	107
Bin V TEL-A - TETANOS	35
Bin V TEL-B - TETANOS OPTIMA ADULTO	4
Bin V TEL-R - TETANOS OPTIMA ADULTO	107
Bin V TEL-S - TETANOS OPTIMA ADULTO	306
Bin V TEL-C - TETANOS OPTIMA CORR CAL	2
TOTALES	549

- Estructura de apoyo a la informatización:
 - Responsable clínico y administrativo en cada equipo.
 - Grupos de usuarios-informatización (OMI) clínico, informatización (OMI) administrativo y foro en la Web, para compartir experiencias, identificar problemas y proponer soluciones.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Página Web Intranet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Página Web Intranet desde 1999. En el año 2003, se rediseñó totalmente, orientando la estructura de la página y los contenidos a las necesidades de los profesionales en sus puestos de trabajo. El profesional dispone de un acceso rápido a todos los contenidos de tipo asistencial y administrativo en formato PDF: <ul style="list-style-type: none"> – Programas de salud. – Guías de actuación sanitaria. – Guías farmacoterapéuticas. – Procesos administrativos. <p>También se dispone de información orientada a la gestión de los centros:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cuadros de mando. – Memorias anuales. – Informe Usuario. – Programa de formación. – Normativa sobre permisos y licencias. <p>Y otros contenidos de interés para los profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Buzón de sugerencias para profesionales, – Revista de noticias de Área.
<p>Desarrollo de aplicaciones informáticas propias de apoyo a la gestión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de aplicaciones informáticas propias de apoyo a la gestión: <ul style="list-style-type: none"> – Aplicación A9: software para la explotación de la historia clínica. – Cuadro de mandos: edición mensual impresa y Web de los siguientes cuadros de mando: <ul style="list-style-type: none"> – Infoacti: actividad asistencial y administrativa de los centros. – Infogest: derivación a Atención Especializada y datos económicos. – Infofarm: seguimiento de indicadores de calidad y consumo farmacéutico.



Iniciativas de mejora	Resultados
Desarrollo de investigación clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión de Investigación Conjunta de Atención Primaria y de Atención Especializada desde 1994, cuyas funciones son asesorar y evaluar los proyectos de investigación del Área. • Definidas líneas prioritarias de investigación. • En la tabla 2 se refleja la actividad de investigación en los últimos años.

Tabla 2 • Proyectos de investigación y publicaciones. 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
Número de proyectos aprobados por la Comisión de Investigación	1	2	2	2
Número de proyectos de investigación financiados por el Instituto de Salud Carlos III	1	0	1	1
Número de publicaciones en libros o revistas	20	30	14	34



Procesos

Actividad nº 1

Diseñar y definir procedimientos de los procesos asistenciales, estableciendo indicadores de los mismos y estándares de calidad.

Iniciativas de mejora

Actualización permanente de los programas de atención a la mujer, al niño y al adulto.

Resultados

- Programa de Atención al Niño: se elaboró en 1991, con actualizaciones en 1996 y 2002.
- Programa de Atención al Adulto: se elaboró en 1996, con actualización en 1998.
- Programa de Atención a la Mujer: se elaboró en 1999. Actualmente en proceso de revisión.



- 20 Guías Clínicas. En ellas se definen actividades, responsabilidades y mecanismos de coordinación entre estamentos y niveles asistenciales, así como indicadores de evaluación.
- Creación de Consulta Joven en 1996 para mejorar relación con adolescentes y ofrecerles el servicio específico (Área pionera en España).

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Elaborar proyectos marco de Educación para la Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se han elaborado 6 Guías de Educación para la Salud. 
<p>Atención a población inmigrante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el año 2000 encuesta a los profesionales para detectar problemas en la atención a dicha población. • En la actualización del Programa de Atención al Niño se han protocolizado actuaciones y se aporta información sobre hábitos culturales. • Se han realizado traducciones al árabe, inglés y francés de historias clínicas, y folletos informativos. • Tenemos acuerdos de colaboración con Ayuntamientos para facilitar trámites administrativos. • Se han realizado cursos de encuentros con distintas culturas en 9 centros de salud. • Colaboramos con el Instituto Carlos III en un proyecto de mediación intercultural.
<p>Diseñar y medir los procesos asistenciales de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definidos 168 procesos agrupados en cuatro niveles, con flujograma, entradas e indicadores. • En el año 2003 se ha iniciado la evaluación de tres procesos enfermeros. 

Actividad n° 2

Diseñar y definir procedimientos de los procesos administrativos, estableciendo indicadores de los mismos y estándares de calidad.

Iniciativas de mejora	Resultados
Diseño y elaboración de los procesos de las Unidades Administrativas (UNAD).	<ul style="list-style-type: none">• Desde el año 2001 se está trabajando en el diseño de procesos de las Unidades Administrativas de los equipos. Hay una comisión expresamente dedicada a ello que ha elaborado el Manual de Procedimientos de las UNAD: Procesos Básicos, que define 22 procesos.• En 2001 se inició esta línea de trabajo en el Departamento de Suministros, habiéndose elaborado el documento Petición, Recepción, Almacenamiento y Distribución del Material Fungible en los Equipos: Normas y Procedimientos extendiéndose en 2002 al resto de departamentos de administración. Se han definido 5 procesos.• Se ha evaluado también el proceso de suministro de material a los centros de salud, a partir de cuyos resultados se introdujeron importantes mejoras en el proceso (por ejemplo la informatización del pedido de material).
Agendas de calidad.	<ul style="list-style-type: none">• Están definidos los criterios de calidad y organización para facilitar la accesibilidad en la citación de los usuarios de medicina y enfermería.• El cumplimiento de estos criterios se incluye en el Programa de Actuación Sanitaria (PAS) de los equipos de Atención Primaria.
Procesos organizativos de enfermería.	<ul style="list-style-type: none">• En 1998 se fijaron criterios de calidad en los flujos organizativos de las consultas de enfermería. Desde entonces se realizan anualmente una autoevaluación con ciclos de mejora sobre las áreas identificadas.

Actividad n° 3	
Garantizar la calidad de los procesos y su mejora continua.	
Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Sistemas de acreditación. Una comisión de Área determina que los programas y proyectos que se llevan en los equipos cumplen los criterios de calidad fijados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditación de programas: en cada programa que se pone en marcha, los equipos envían para su acreditación las posibles modificaciones que se realizan en su unidad. • Acreditación de proyectos de Educación para la Salud: existe una comisión de acreditación de los proyectos realizados en los equipos, en los dos últimos años se han acreditado 7 proyectos. • Acreditación de proyectos de calidad: existe una comisión de acreditación de los proyectos de calidad. En los dos últimos años se han acreditado 7 proyectos.
<p>Implantar una metodología de mejora continua de la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desde 1998 hasta 2002 se han formado 32 grupos de mejora: 29 grupos a nivel de equipo o unidad funcional y 3 a nivel de Área, con participación de un mínimo de tres profesionales por grupo de mejora de distintos equipos y de la dirección. • Tenemos una Guía para la Realización de Ciclos de Mejora de Calidad. • Las propuestas de mejora surgidas de los ciclos PDCA son revisadas por el Consejo de Dirección del equipo y/o por la Comisión de Dirección del Área para analizar su viabilidad e impulsar su puesta en marcha. • La evaluación anual de la cartera de servicios se sustenta en un metodología de ciclos de mejora.





Centro de Salud Jaime Vera, Leganés.



Resultados en los clientes

Actividad n° 1	
Conocer la percepción de los usuarios respecto a los servicios y la atención que se les ofrece.	
Iniciativas de mejora	Resultados
Encuesta de satisfacción de usuarios de los equipos de Atención Primaria, anual desde 1997.	<ul style="list-style-type: none">• Globalmente los usuarios manifiestan un alto grado de satisfacción, 86,6% en 2002 (figura 1). Los aspectos peor valorados por los usuarios fueron el tiempo de espera para entrar en consulta y la facilidad para conseguir cita (figura 2). Durante 2003 se ha creado un equipo de mejora para abordar el problema de la accesibilidad telefónica y la citación. Como positivo destacamos el trato de los profesionales sanitarios, la atención domiciliaria y el tiempo dedicado en consulta.
Investigación cualitativa: Percepción de los Usuarios sobre la Atención Primaria Área 9 en 1993 y 2002.	<ul style="list-style-type: none">• En estos estudios podemos destacar los siguientes cambios en la percepción de la Atención Primaria:<ul style="list-style-type: none">– Mejora en la atención profesional, cambio de la imagen global de la atención. De más patriarcal, condescendiente y asimétrica, a más personalizada y accesible.– El médico continua siendo el profesional central de la Atención Primaria y se da una mayor claridad en la identificación de enfermería como profesional independiente con muy buena valoración.– Se perciben con mayor claridad nuevos profesionales como matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales.

Figura 1 • Índice de satisfacción de los usuarios. 2001-2002

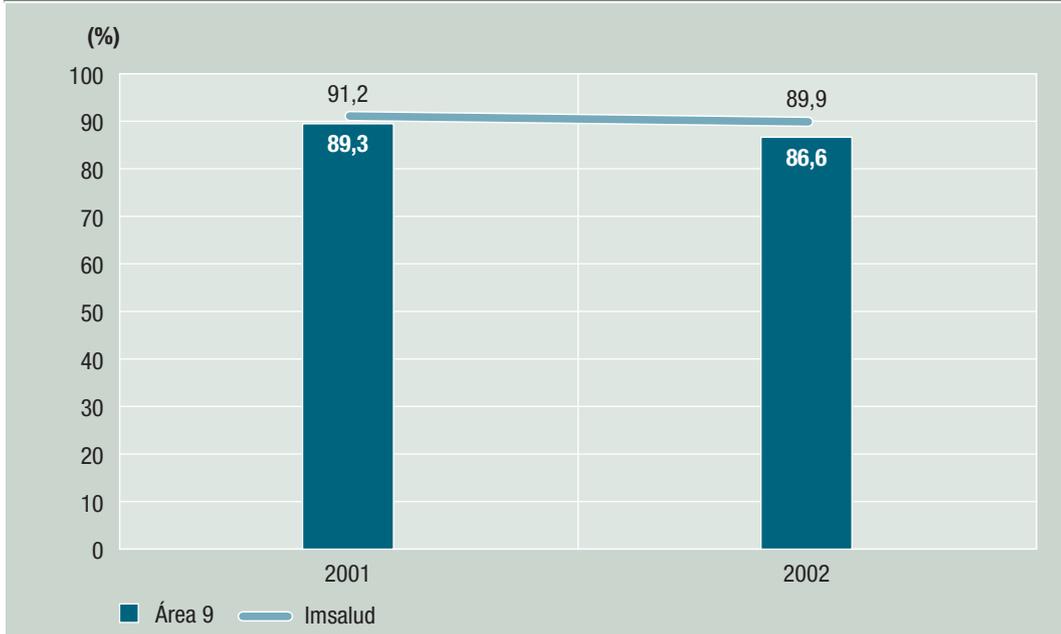
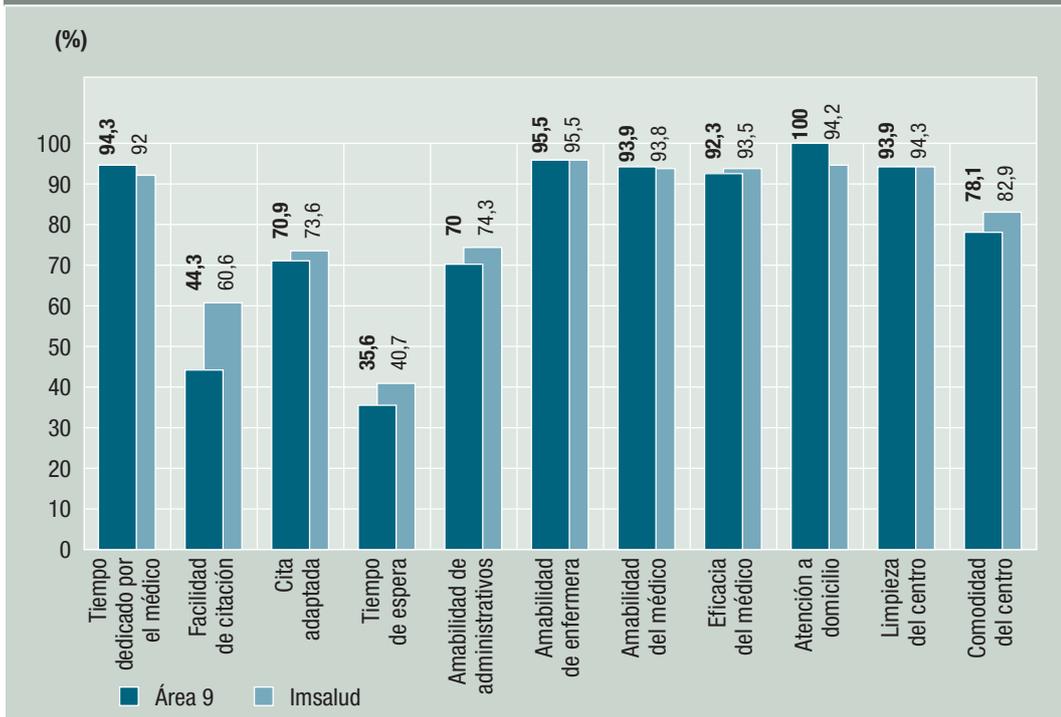


Figura 2 • Grado de satisfacción de los usuarios por dimensiones en el año 2002

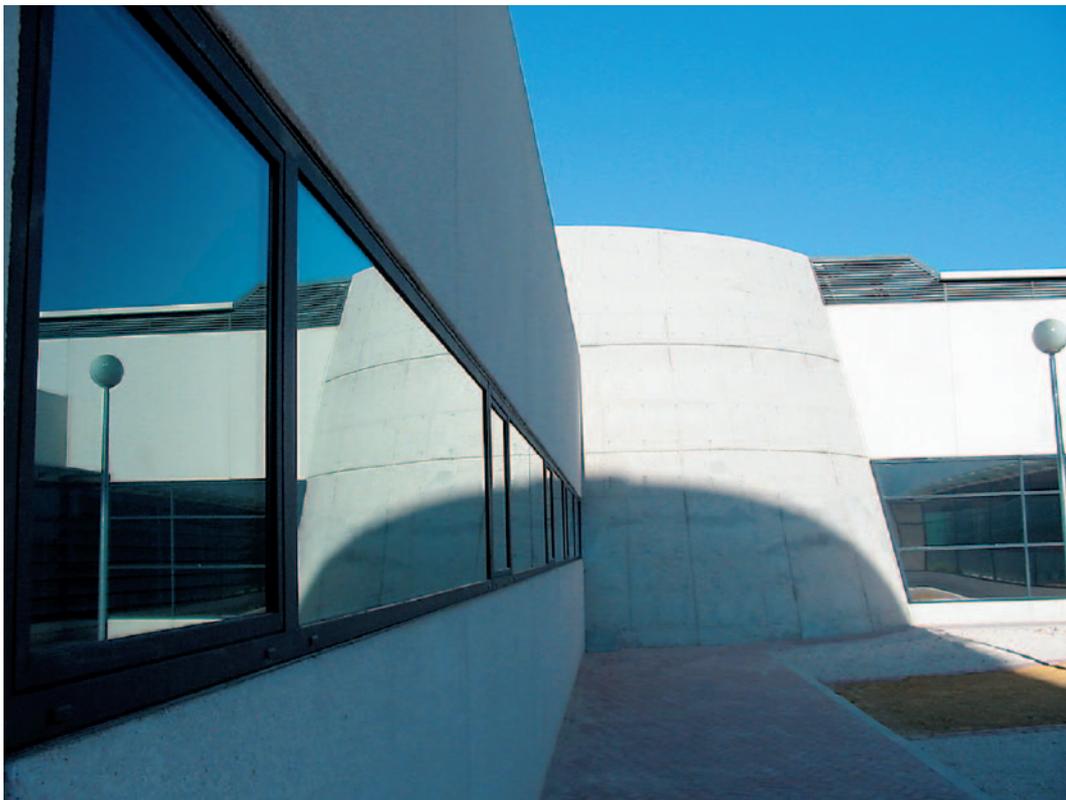
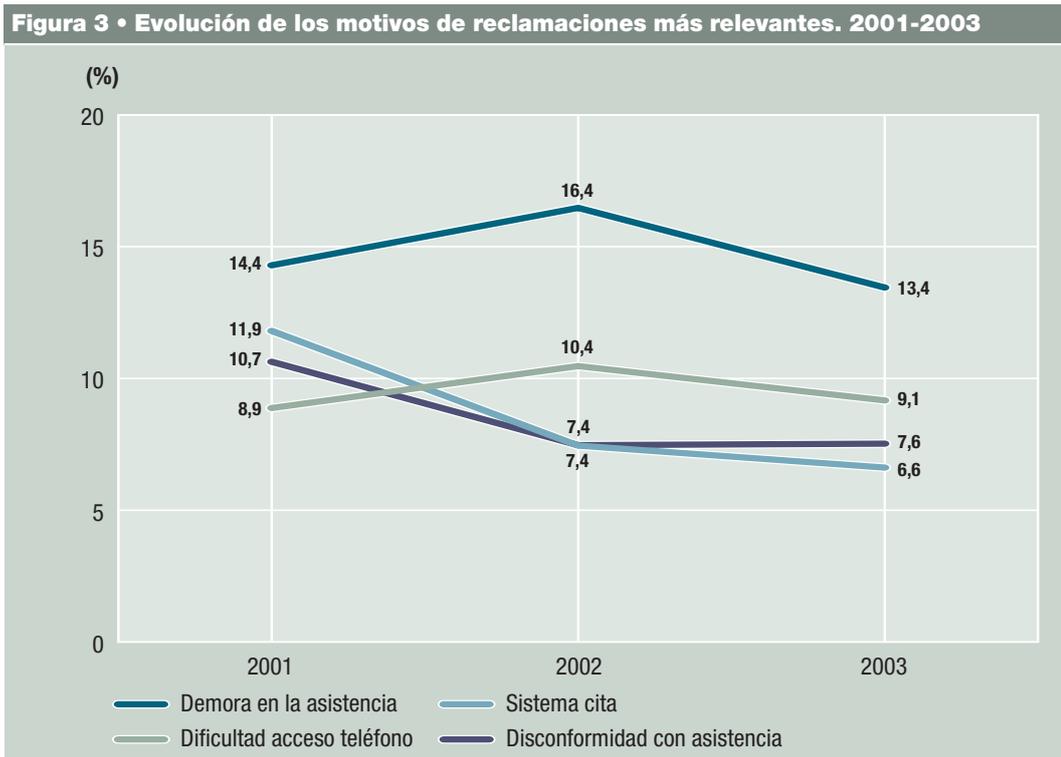


Iniciativas de mejora	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> - Perciben que los recursos están por detrás de los incrementos de población, observando indicios de estancamiento y/o retroceso en medios disponibles. - Identifican la gestión y la organización de la atención sanitaria como un aspecto mejorable. - Centro de salud como referente educador. <ul style="list-style-type: none"> • Valoración positiva y defensa de la sanidad pública.
<p>Proceso de gestión de reclamaciones (desde 1994) y de sugerencias (desde 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El número de reclamaciones ha aumentado en los últimos años (ver tabla 3). • Las causas más frecuentes de reclamaciones son la demora en la asistencia y la dificultad de la cita telefónica. Se observa una evolución favorable en todos los motivos excepto en la dificultad de cita telefónica, lo que ha motivado la creación de un proyecto de mejora (ver figura 3). 

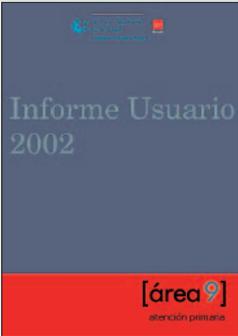
Tabla 3 • Tasa de reclamaciones. 2001-2003

	2001	2002	2003
Número de reclamaciones	965	1.548	2.114
Presión asistencial	3.230.945	3.306.702	3.465.562
Tasa de reclamaciones ⁽¹⁾	2,9	4,6	6,1

1 Número de reclamaciones/10.000 consultas.



Centro de Salud Parque Loranca, Fuenlabrada.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Elaboración en 2003 del Informe Usuario, que recoge toda la información disponible sobre el usuario (reclamaciones, sugerencias, encuesta de satisfacción, estudios de tiempos de espera y atención, y estudios específicos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se integran en un único documento diferentes estudios y fuentes de información sobre las opiniones de los usuarios. Se dispone de información sobre diversos aspectos organizativos considerados claves desde el punto de vista del usuario identificando áreas de mejora a nivel de Área y de equipo y centro de salud. 



Resultados en las personas

Actividad n° 1	
Conocer la percepción y satisfacción de los trabajadores en la organización.	
Iniciativas de mejora	Resultados
Encuesta de Satisfacción Laboral en 2001, utilizando un cuestionario específico para profesionales de la salud en Atención Primaria.	<ul style="list-style-type: none">• La tasa de respuesta de la Encuesta de Satisfacción Laboral fue de 58,6%.• Globalmente la satisfacción se situó en el punto neutro (ni satisfechos ni insatisfechos).• Los factores mejor valorados fueron:<ul style="list-style-type: none">– Satisfacción con el equipo.– Satisfacción con el grado de autonomía.– Satisfacción con la definición de objetivos y tareas.– Satisfacción intrínseca (con el desempeño de su propio trabajo).• Los factores peor valorados fueron:<ul style="list-style-type: none">– Satisfacción con la retribución.– Carga de trabajo.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Investigación cualitativa con objeto de complementar la encuesta de satisfacción e identificar la estructura de valores de los profesionales de Atención Primaria del Área.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se han identificado los ejes básicos que articulan y presiden la producción discursiva de las tres profesiones mayoritarias en el Área: <ul style="list-style-type: none"> – Médicos: el exceso de demanda asistencial: “la demanda como principio y fin del universo médico”. – Enfermería: la identidad profesional y el papel de enfermería de Atención Primaria. – Administrativos: la frustración por las dificultades para prestar un buen servicio. • Podemos mencionar también que los dos valores clave para las tres categorías son: <ul style="list-style-type: none"> – El trabajo en equipo. – La comunicación interna.
<p>Buzón de sugerencias de los profesionales. Informatizado en 2002.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales disponen de un sistema para comunicar sus quejas y sugerencias a las distintas instancias del Área y desde su ordenador a través de la página Web Intranet. 
<p>Conocimiento de la implicación y logros de los profesionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales que han conseguido Incentivos por haber alcanzado los objetivos anuales: <ul style="list-style-type: none"> – En 2000, 738. – En 2001, 858. – En 2002, 899. • Profesionales que han recibido becas para asistir a congresos: <ul style="list-style-type: none"> – En 2000, 34. – En 2001, 14. – En 2002, 80.



Centro de Salud Francia, Fuenlabrada.



Resultados en la sociedad

Actividad n° 1	
Conocer la implicación que tiene la organización en su entorno.	
Iniciativas de mejora	Resultados
Participación interinstitucional.	<ul style="list-style-type: none">• Percepción de las instituciones. Se realizaron encuestas a los cuatro Ayuntamientos del Área y a las 50 asociaciones de vecinos y de autoayuda. El 61,54% opinaban que las relaciones con la organización era buena o muy buena. Identificando además áreas de mejora.• Consejos de Salud. Están establecidas reuniones periódicas con los Ayuntamientos de Fuenlabrada y Leganés, 3-4 reuniones/año con cada uno de ellos. En estos consejos se abordan temas de planificación sanitaria y se devuelven los resultados de los objetivos anuales.• Consejos de Salud de Zona Básica. En la actualidad 8 centros de los 17 participan en Consejos de Salud de su Zona Básica.• Foros comunitarios y convenios:<ul style="list-style-type: none">– Foro de Inmigrantes.– Participación en la Mesa de Salud Escolar.– Foro del PISA (Programa de Integración Social de Adolescentes).– Participación en la elaboración del Plan de Salud de Leganés (incluido en el proyecto Ciudades Saludables).– Convenio Consulta Joven.

Iniciativas de mejora	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con asociaciones: <ul style="list-style-type: none"> – Prestar locales a asociaciones: laringueztomizados en el Centro de Salud Marie Curie. – Colaboración anual con las asociaciones de diabéticos de Fuenlabrada y Leganés en la celebración del Día Mundial de la Diabetes. – Anualmente los equipos de Atención Primaria colaboran con las asociaciones ciudadanas y realizan intervenciones a demanda de las mismas (ver tabla 4).

Tabla 4 • Relación con asociaciones. 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
Número de asociaciones contactadas por los equipos	41	43	46	49
Número de intervenciones de los equipos en asociaciones	25	46	46	47

Actividad nº 2

Conocer los logros que está alcanzando la organización en la sociedad, en el ámbito local, nacional e internacional en aquellos temas que no están relacionados ni con sus responsabilidades, ni con sus obligaciones normativas.

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Presencia en medios de comunicación locales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Convenio con Onda Fuenlabrada: desde 1996 colaboramos semanalmente en un programa de radio sobre salud. Desde el año 2000, llevamos un total de 98 intervenciones (ver tabla 5). • Plan de Comunicación: desde octubre de 2003 se ha iniciado un Plan de Comunicación con los medios, mediante la redacción de boletines mensuales que se remiten a todos los medios locales de comunicación. Mensualmente están apareciendo noticias de nuestras actividades en prensa escrita y en radio de nuestra comunidad. 

Iniciativas de mejora	Resultados
Difusión en ámbito nacional de los proyectos del Área.	<ul style="list-style-type: none"> Desde el año 2000, han aparecido 105 publicaciones científicas en libros y revistas sobre proyectos y actividades de nuestra Área, y hemos realizado 70 comunicaciones en congresos.
Impacto medioambiental.	<ul style="list-style-type: none"> Tenemos un sistema de gestión de material biocontaminante.

Tabla 5 • Presencia en medios de comunicación locales. 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
Número de intervenciones en Onda Fuenlabrada	18	18	23	39
Número de intervenciones en otros medios	4	8	6	10



Resultados clave

Actividad nº 1	
Conocer el rendimiento de la organización en la prestación de servicios a la población con satisfacción de la misma.	
Iniciativas de mejora	Resultados
Seguimiento de indicadores de eficiencia económica, que nos posibilita reajustes para adecuación a presupuesto.	<ul style="list-style-type: none">• El gasto por habitante, dedicado a personal (capítulo I) en el Área 9, durante 2001 y 2002 fue ligeramente inferior al de Madrid (ver figura 4).• En 2001 y 2002 la desviación presupuestaria fue menor del 1% (ver figura 5).
Seguimiento de indicadores de uso racional del medicamento.	<ul style="list-style-type: none">• Tenemos definidos 15 indicadores de calidad de prescripción para toda la Comunidad de Madrid. En el año 2003 se obtuvieron en 12 de ellos mejores resultados que la media de la Comunidad de Madrid (ver tabla 6).• La prescripción de medicamentos genéricos ha experimentado un incremento constante, situándose por encima de la media de Madrid, y la 2ª de sus 11 áreas sanitarias (ver figura 6).• El precio medio por envase en población activa y pensionista se ha situado en los últimos años por debajo de la media de la Comunidad de Madrid (ver figuras 7 y 8).

Iniciativas de mejora	Resultados
<p>Seguimiento de indicadores de calidad asistencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El índice sintético de cartera servicios en 2003 fue de 53,9%, superior a la media de la Comunidad de Madrid (45,8%). El Área 9 se sitúa en el 2º lugar entre las 11 áreas sanitarias. • Muy buena evolución de coberturas de los Servicios del Niño (ver figura 9). • La cobertura del servicio Educación para la Salud en Centros Educativos es de las más altas de la Comunidad de Madrid (ver figura 10). • Muy buena evolución de coberturas de los Servicios de la Mujer (ver figuras 11 y 12). Destaca el incremento en los servicios: Vacunación de la Rubéola, Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix y Preparación al Parto. • La cobertura del servicio Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos es muy superior a la de la Comunidad de Madrid (ver figura 13). • La cobertura de Screening de Cáncer de Mama (Programa PREVECAM) es la mayor de la Comunidad de Madrid (ver figura 14). • Buena evolución de coberturas en los Servicios del Adulto-Anciano (ver figuras 15 y 16). • Excelentes resultados en las coberturas de Cirugía Menor en relación con la media de la Comunidad de Madrid (ver figura 17). • La cobertura del servicio Prevención de Enfermedades Cardiovasculares ha experimentado un descenso pero continua siendo superior a la de la Comunidad de Madrid (ver figura 18). • La cobertura del servicio Prevención y Detección de Problemas en el Anciano se sitúa por encima de la de la Comunidad de Madrid (ver figura 19).

Iniciativas de mejora	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> • La cobertura del servicio Educación para la Salud a Otras Patologías ha experimentado un importante aumento, situándose por encima de la de la Comunidad de Madrid (ver figura 20). • El número de intervenciones del servicio específico de nuestra Área Consulta Joven ha pasado de 1.242 en 2001 a 1.487 en 2003 (ver figura 21).

Tabla 6 • Indicadores de calidad en la prescripción farmacológica. 2003

Indicador	Área 9	Imsalud
Porcentaje de genéricos	18,4%	16,1%
Porcentaje de novedades ⁽¹⁾	4,2%	4,98%
Dosis/habitante/día de inhibidores de la bomba de protones ⁽¹⁾	31,68	37,24
Coste/dosis diaria definida de inhibidores de la bomba de protones ⁽¹⁾	0,64	0,64
Porcentaje de diuréticos y betabloqueantes	31,93%	33,10%
Porcentaje de ARA II/IECAS ⁽¹⁾	17,74%	25,77%
Porcentaje de antihipertensivos de elección	64,21%	55,92%
Porcentaje de estatinas de elección	62,25%	56,15%
Porcentaje de antiinflamatorios no esteroideos de elección	75,26%	62,72%
Coste/dosis diaria definida de antidepresivos ⁽¹⁾	0,90	0,95
Porcentaje de antidiabéticos de elección	75,17%	74,11%
Dosis/habitante/día de antibióticos ⁽¹⁾	17,82	16,12
Porcentaje de antibióticos de elección	85,57%	80,63%
Porcentaje de inhaladores respiratorios de elección	79,11%	69,69%
Porcentaje de fluticasona/antiasmáticos inhalados ⁽¹⁾	38,14%	43,76%

1 Indicadores cuyo objetivo es disminuir.
En negrita, indicadores que muestran mejores resultados que la media del Imsalud.

Figura 4 • Gasto por habitante. Capítulo I (personal). 2001-2002



Figura 5 • Desviación del presupuesto Capítulo I (a). 2001-2002



a = (gasto/presupuesto) x 100

Figura 6 • Evolución de la prescripción de medicamentos genéricos. Envases. 2001-2003

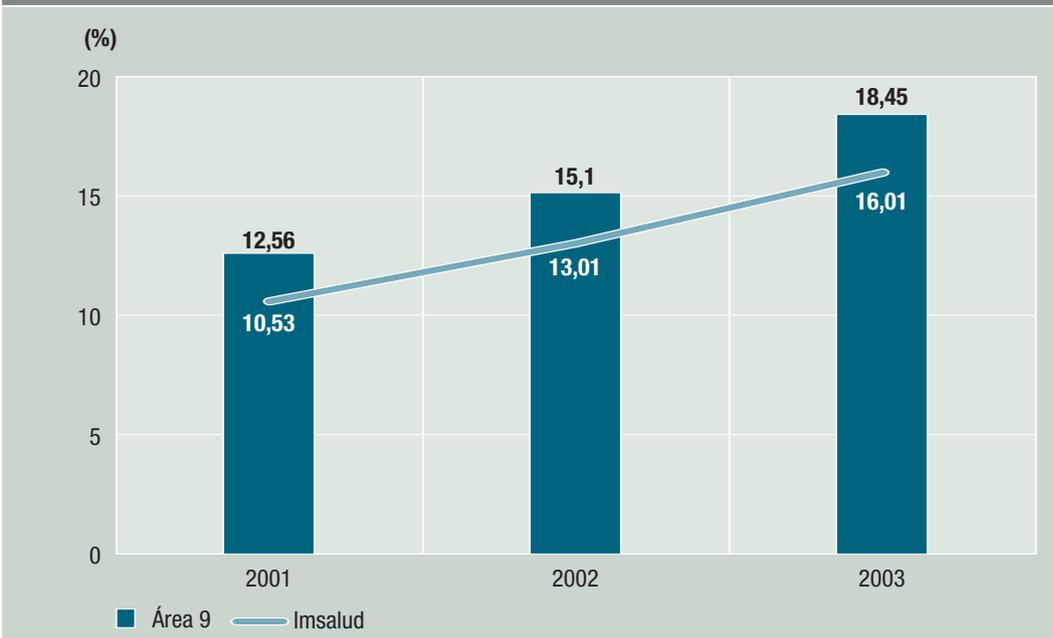


Figura 7 • Precio medio por envase. Activos. Importe a PVP. 2001-2003

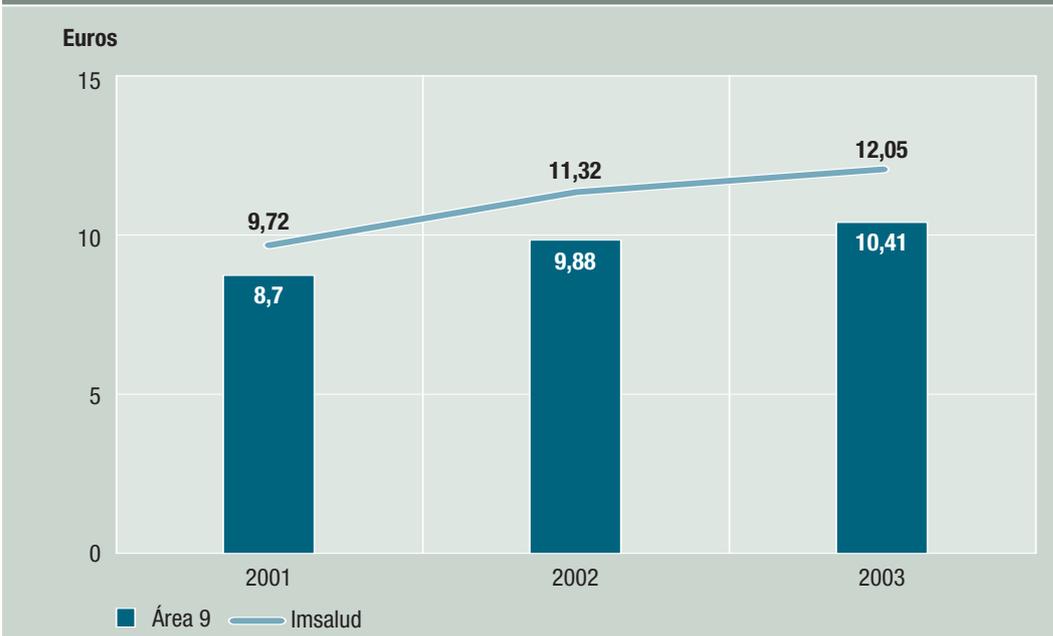


Figura 8 • Precio medio por envase. Pensionistas. Importe a PVP. 2001-2003

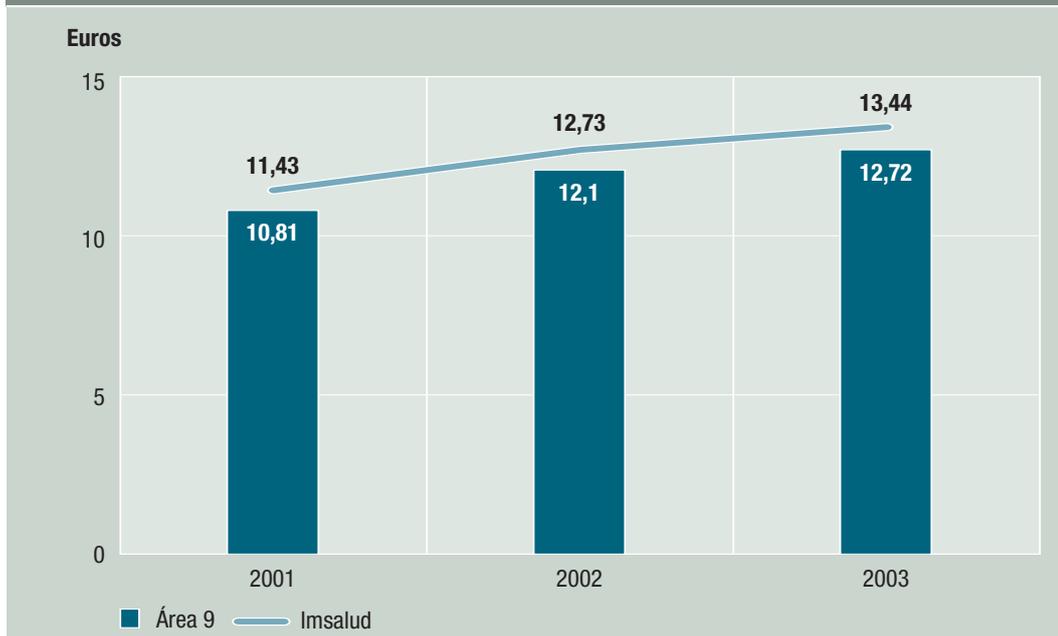


Figura 9 • Evolución de las coberturas de algunos Servicios del Niño. 2001-2003

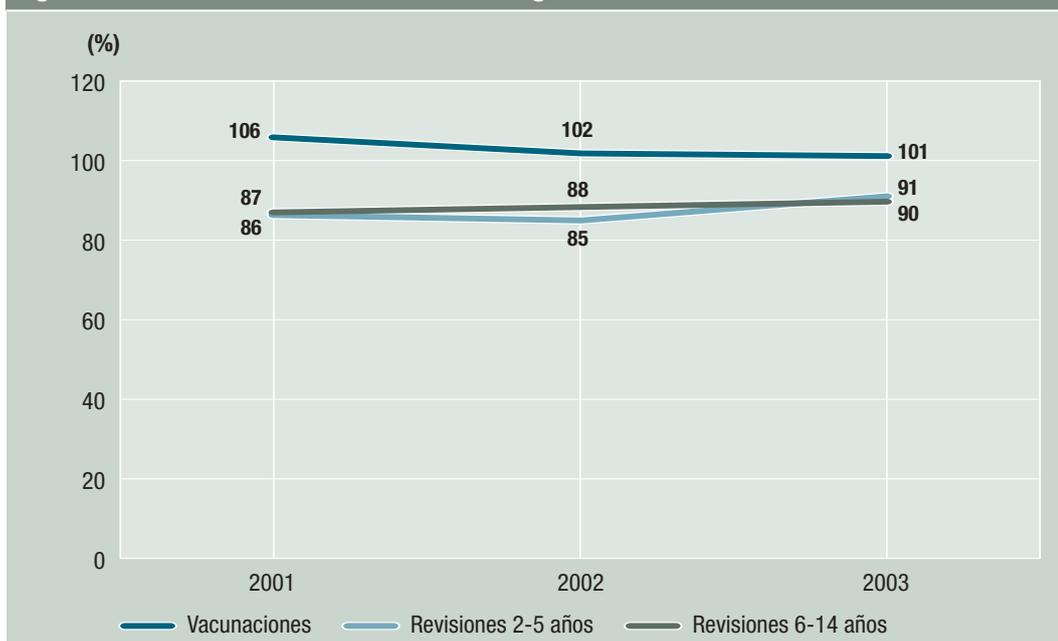


Figura 10 • Cobertura del servicio Educación para la Salud en Centros Educativos. 2001-2003

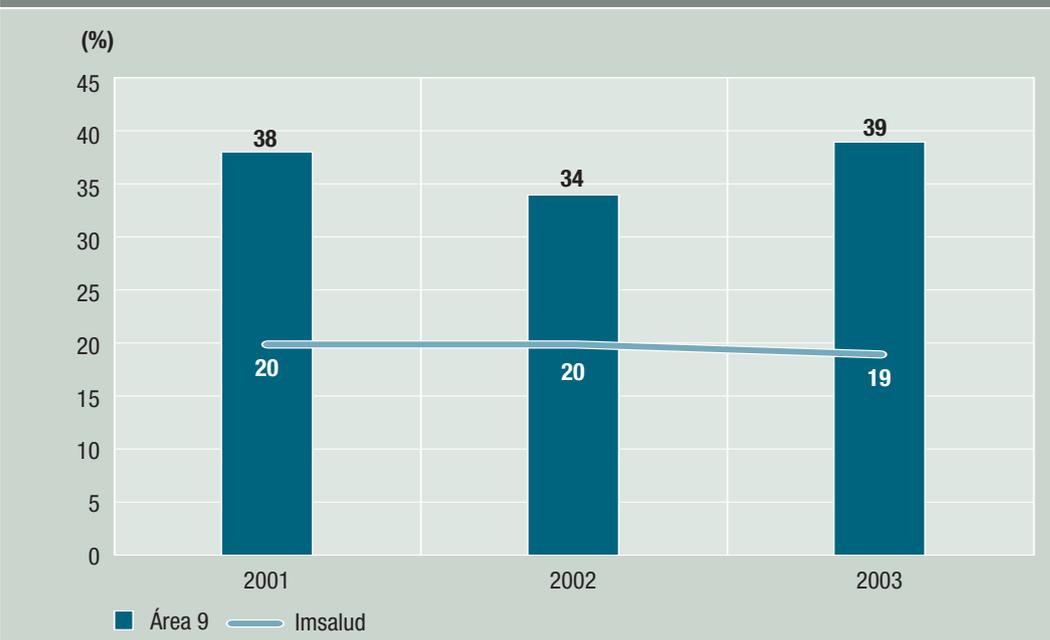


Figura 11 • Evolución de la cobertura de los Servicios Obstétricos. 2001-2003

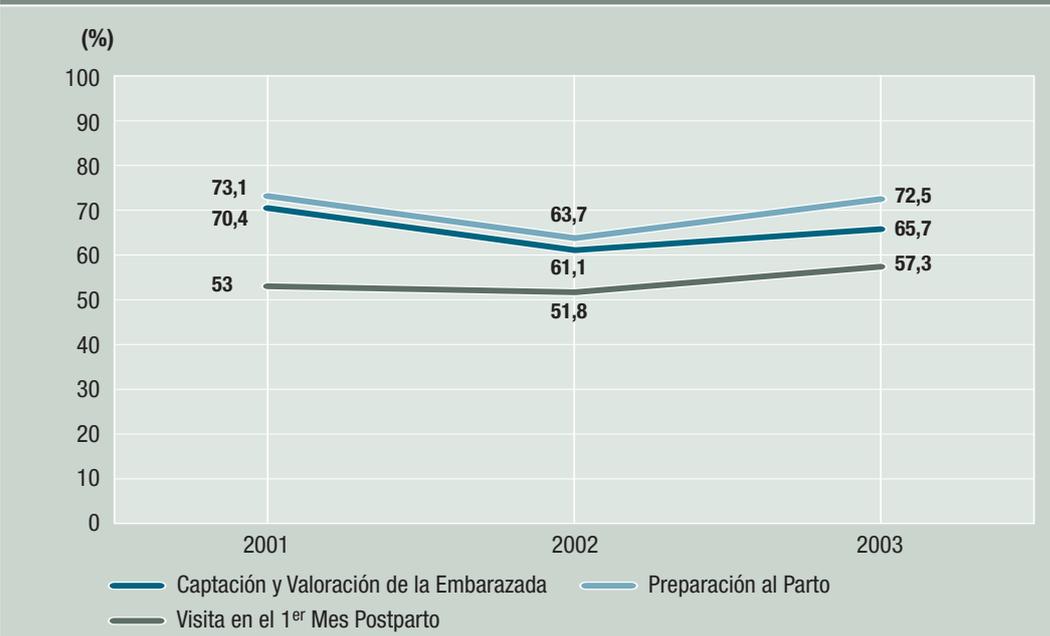


Figura 12 • Evolución de las coberturas de algunos Servicios Preventivos de la Mujer. 2001-2003

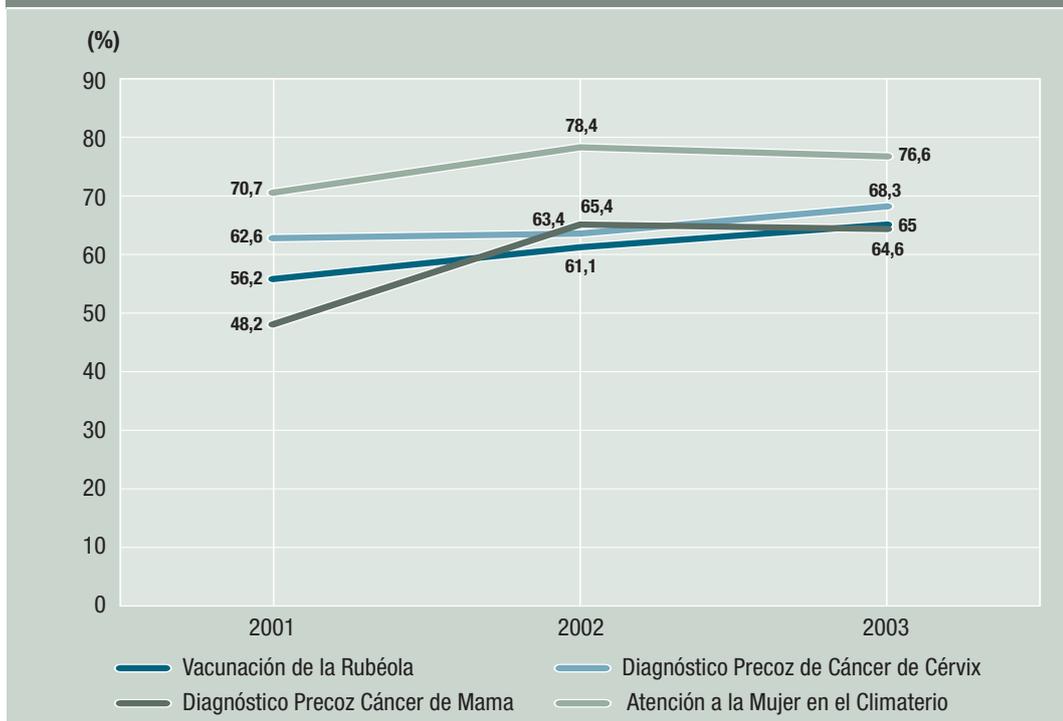


Figura 13 • Cobertura del servicio Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos. 2001-2003

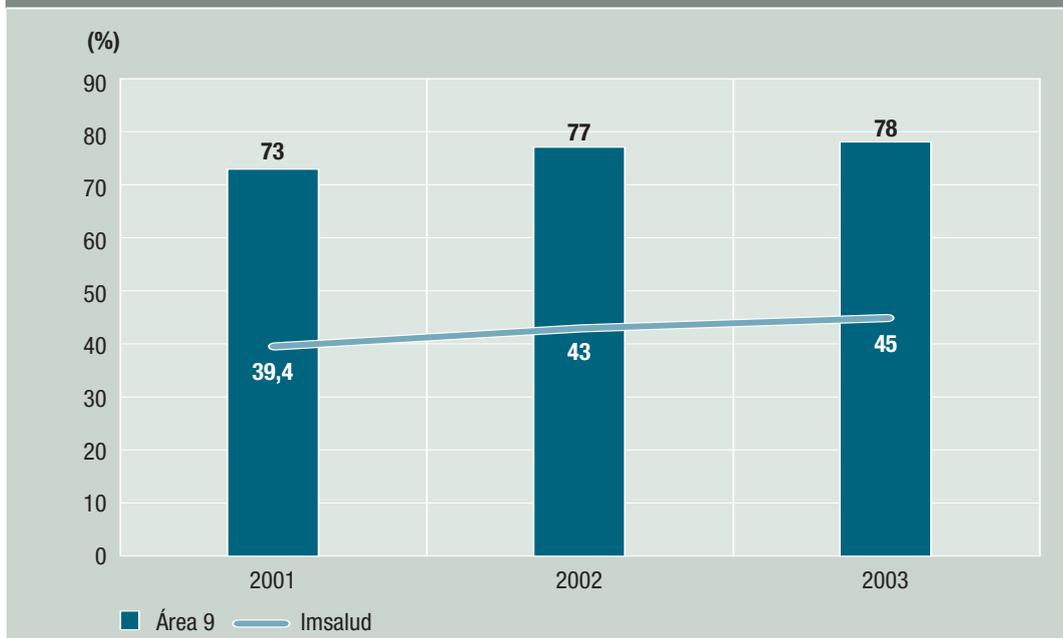


Figura 14 • Cobertura del Screening de cáncer de mama. 1999/00-2003/04

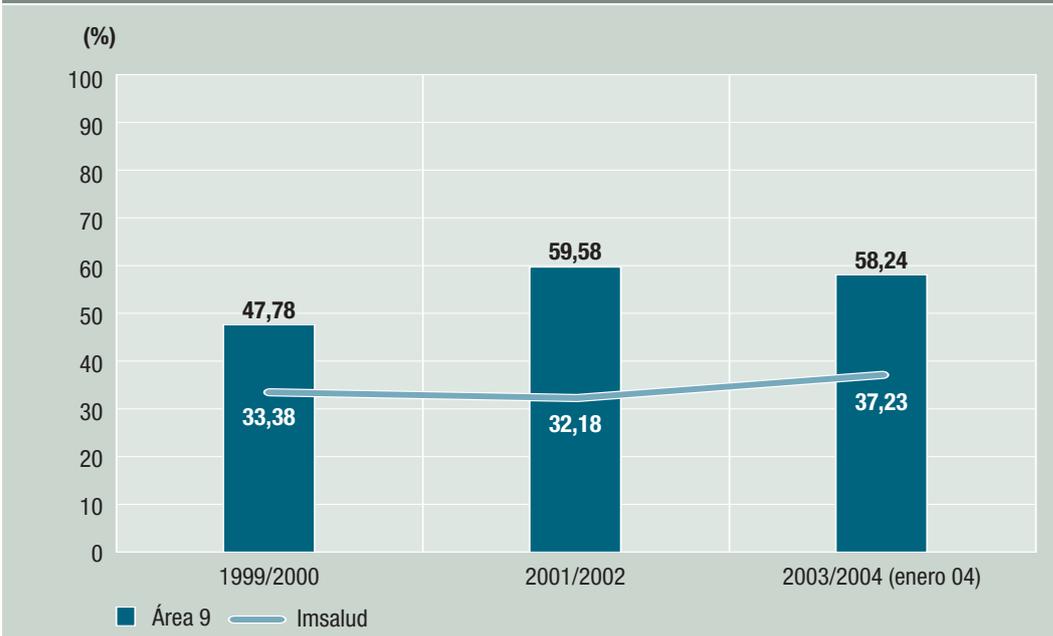
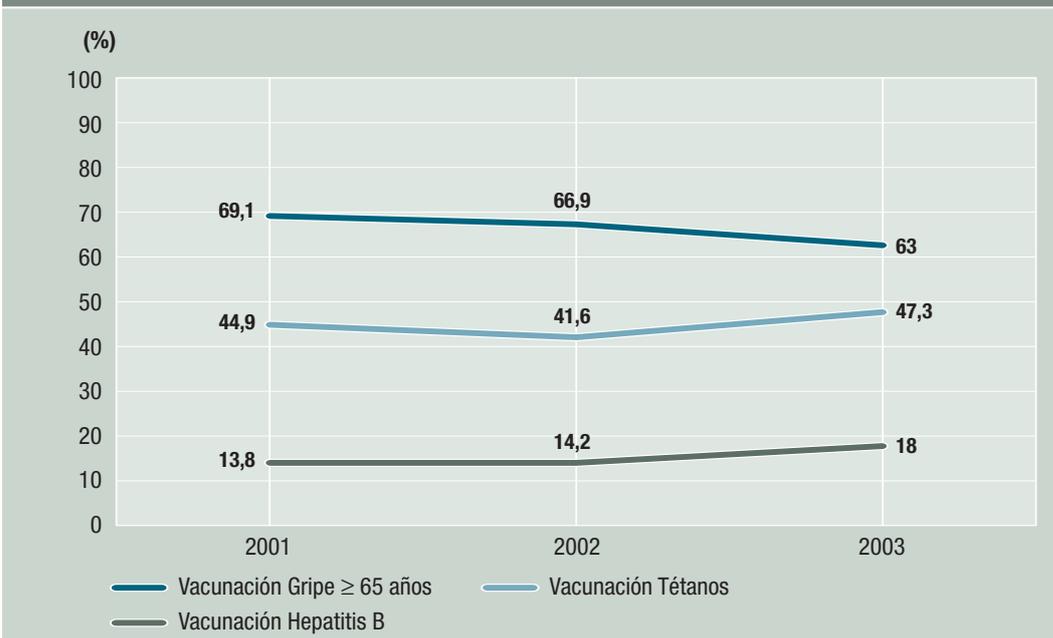
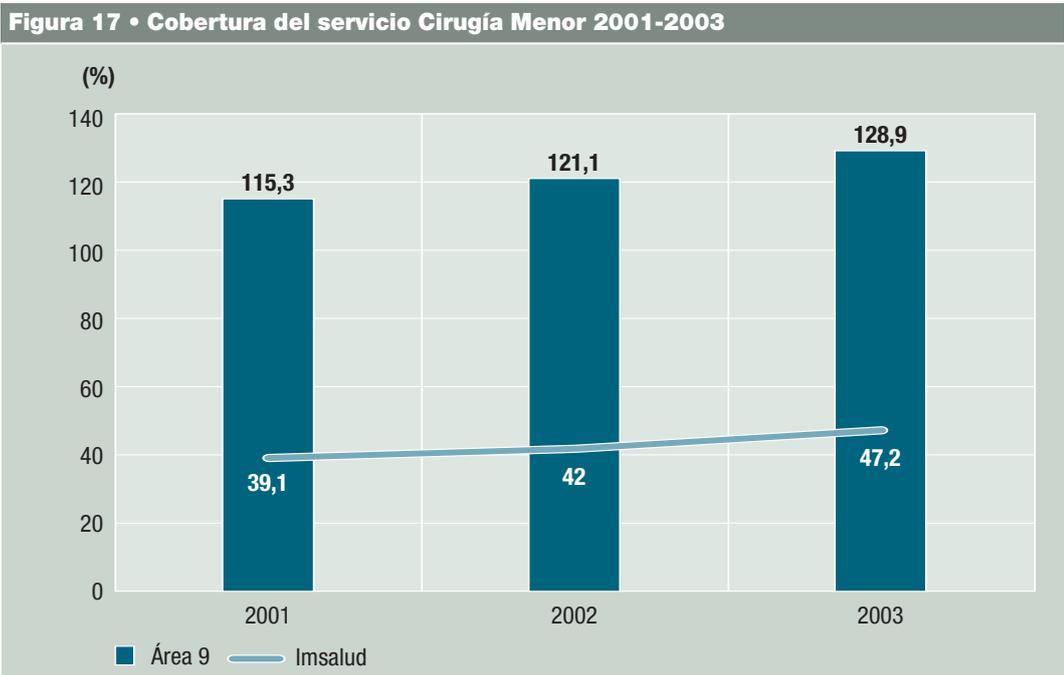
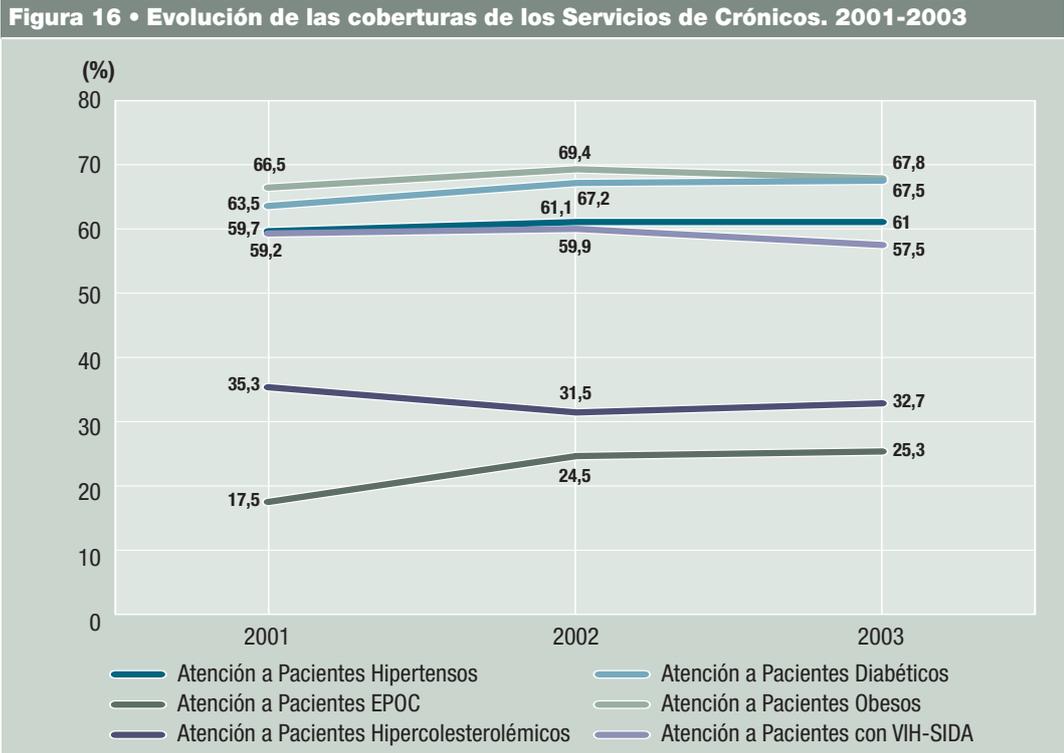
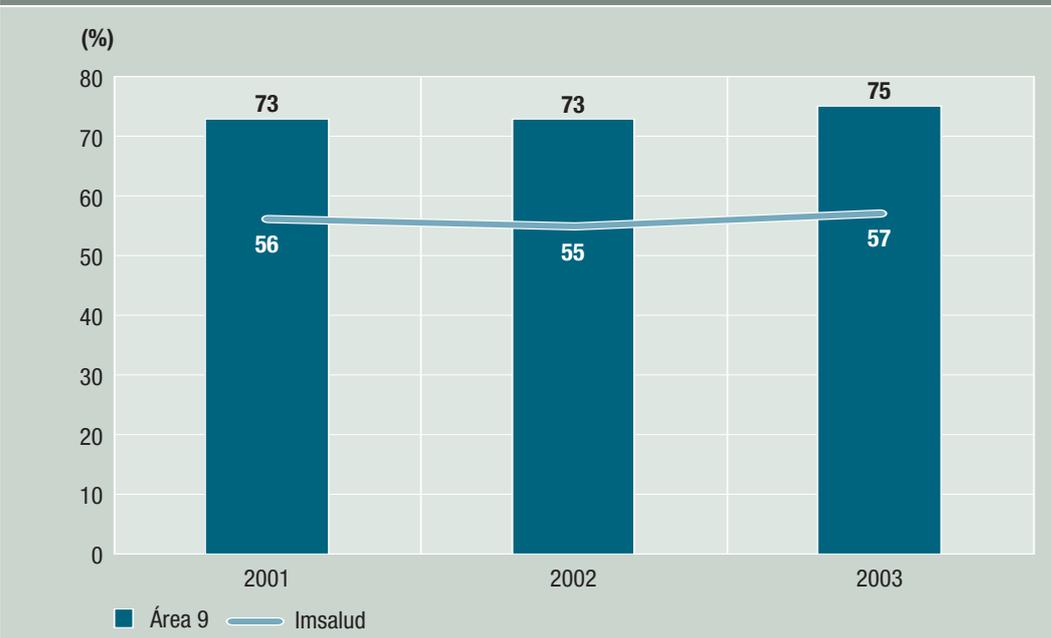


Figura 15 • Evolución de las coberturas de los servicios de Vacunación del Adulto. 2001-2003

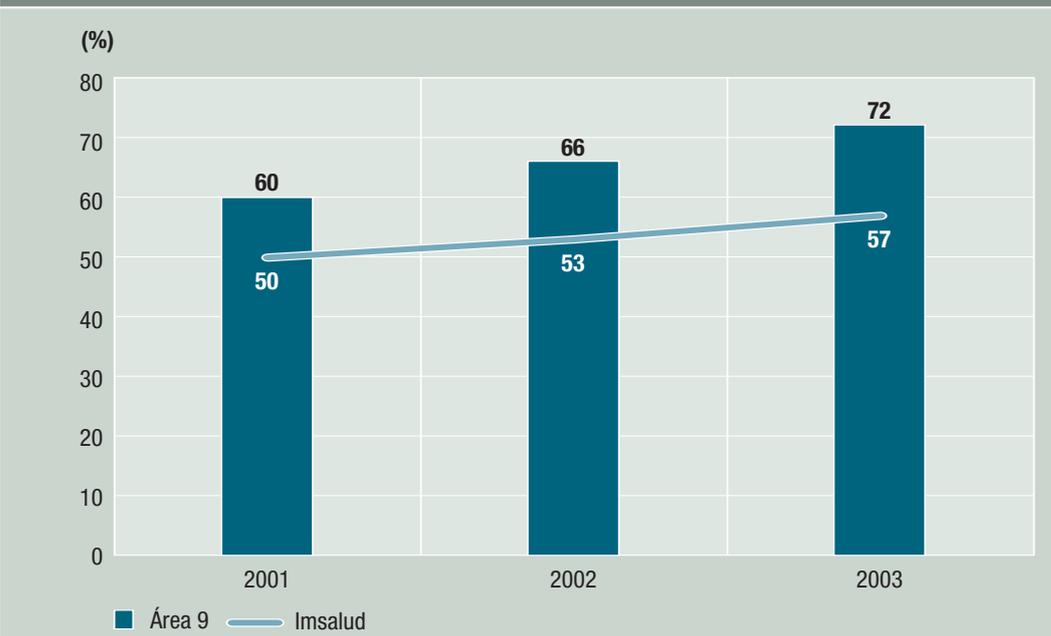


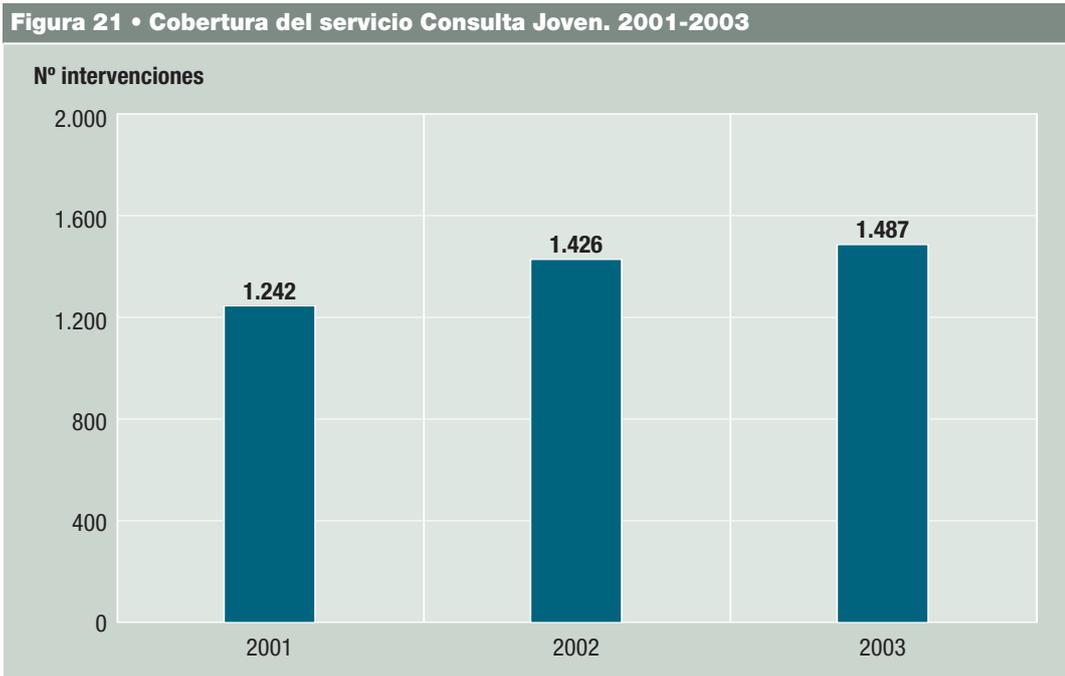
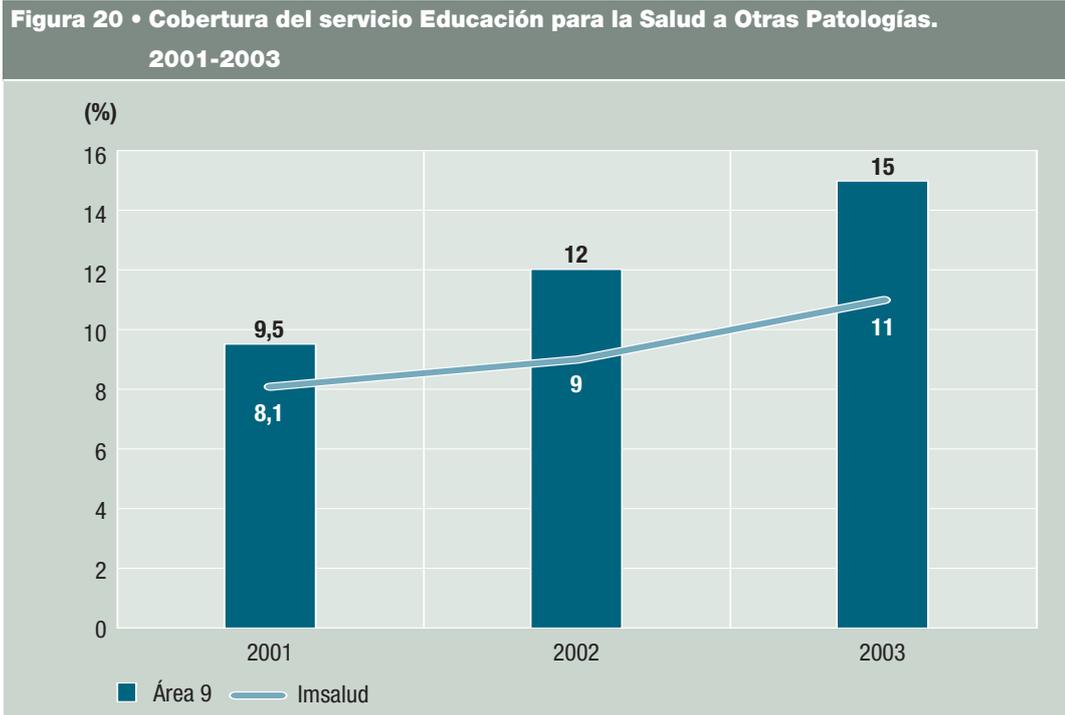


**Figura 18 • Cobertura del servicio Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.
2001-2003**



**Figura 19 • Cobertura del servicio Prevención y Detección de Problemas en el Anciano.
2001-2003**







Centro de Salud Marie Curie, Leganés.

***DIRECCIÓN
GENERAL DE
CALIDAD,
ACREDITACIÓN,
EVALUACIÓN E
INSPECCIÓN***

***PROYECTO:
"Registro Centros
Sanitarios"***



La mejora permanente: Búsqueda de la Excelencia en la Atención al Ciudadano-Cliente

Web

www.madrid.org/registro_centros_sanitarios

**Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación, e
Inspección
Consejería de Sanidad**

Comunidad de Madrid

Introducción

La Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección ha apostado por la Calidad.

Ha entendido que la búsqueda de la Excelencia en la Atención al Ciudadano es lo más importante.

Desde el año 1999 se ha venido desarrollando la implantación de Política de Calidad en lo que hoy es esta Dirección General.

La mejora permanente se configura como el escenario perfecto para desarrollar todas sus iniciativas de mejora.

La creación de la Web www.madrid.org/registro_centros_sanitarios es una iniciativa de mejora dentro de la evolución del Marco de Calidad.

 La Web representa la consecución de **mejoras significativas en un sector crítico y vulnerable** en el entorno de la sanidad pública y sus competencias.

El Sector crítico y vulnerable al que nos referimos se refiere a:

- Centros y Servicios referidos a la extracción y trasplante de tejidos y órganos humanos.
- Cirugía ambulatoria.
- Reproducción asistida
- Todo Centro, Servicio o Establecimiento Sanitario
- Vehículos Transporte Sanitario.

La competencia sanitaria se refiere a la regulación de todos los Centros, Servicios y Establecimientos.

La Administración es “garante” de los servicios que deben ofrecerse a los ciudadanos.



WEB PRINCIPAL



Entorno y evolución de la implantación de la calidad

Esta iniciativa se enfoca dentro del **desarrollo en la implantación de la Calidad** de la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. **No se trata de una iniciativa de mejora aislada**, sino que se enmarca en toda una política de calidad desarrollada , bajo el Modelo EFQM, en los últimos cinco años.

La evolución ha sido determinada a través de los siguientes pasos:



Primer paso:

En febrero del año 1993 se constituyó el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, bajo un enfoque de política estratégica basada en una aproximación intencionada hacia los ciudadanos. Fué una **experiencia pionera** en España, siendo el primer registro creado en todo el Estado español.



Segundo paso:

En el mes de junio del año 1999 se concluyó la Autoevaluación completa y en profundidad del Servicio de Evaluación y Acreditación Sanitaria, hoy Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección, según el Modelo Europeo de Calidad E.F.Q.M.



Tercer paso:

Como consecuencia de esta Autoevaluación, se identificó la necesidad de enfocar estratégicamente hacia el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, innovando y generando mayor aproximación a los clientes-ciudadanos. Estos clientes eran, por un lado los titulares de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, y, por otro, los ciudadanos en general. **Se creó la Web** del Registro www.madrid.org/registro_centros_sanitarios en febrero de 2000.



Cuarto Paso:

Se crearon y aprobaron en febrero del año 2001:

- el Manual de Calidad del Registro según la Norma I SO-9000-2
- el Manual de Procedimientos según la Norma I SO-9000-2



Quinto paso:

Se realizó Auditoría Interna con ayuda de una Empresa Certificadora externa sobre los procedimientos de Registro.

Se realizó Informe de Auditoría con la conformidad e idoneidad de los procedimientos del Registro según la Norma I SO-9000-2, en noviembre de 2001.



Sexto paso:

Se manejaba como **enfoque estratégico la aplicación del Modelo EFQM como Modelo de Excelencia para la implantación de la Calidad Total en la organización**. Teniendo en cuenta que el Modelo Europeo era un Modelo de actuación sobre la totalidad de dicha organización, se concibió que cualquier acción de mejora, cualquier iniciativa se enmarcaría dentro del Modelo. De inicio permitió, como continuación al esfuerzo anterior realizado, comenzar con una **Mejor Práctica en el Registro**, promovida con el **ánimo de servir a los ciudadanos como clientes, como objeto de servicio**.

A continuación se transcribe el documento denominado "Política de Calidad", que fué expuesto en enero de 2001 en el Tablón de Anuncios por los Responsables en aquel momento y que nos consta fue conocido por cada empleado. El objetivo era motivarlos hacia la calidad y hacia la excelencia en el servicio hacia los ciudadanos.

POLITICA DE LA CALIDAD

“La Política de Calidad del Registro y Sistema de información del Servicio de Evaluación y Acreditación Sanitaria se enmarca dentro de las políticas de calidad definidas en el ámbito de la Comunidad de Madrid y en la Consejería de Sanidad.

La Jefatura del Servicio de Evaluación y Acreditación Sanitaria asume estas políticas, adaptándolas a las actividades que se realizan en el Registro de Centros Sanitarios y Sistema de información, haciendo especial énfasis en:

- Mejorar el servicio prestado al ciudadano a través de la definición de las actividades y el control sobre las mismas.
- Ofrecer una respuesta más ágil a las necesidades de los ciudadanos respecto a los servicios de inscripción y de respuesta a la demanda de información.
- Obtener un mayor acercamiento a la satisfacción de los ciudadanos gracias a un sistema de recogida de reclamaciones y sugerencias.
- Aumentar la eficacia y eficiencia de los procesos relacionados con los trámites administrativos necesarios para obtener la inscripción en el Registro.

Se continúa, al día de hoy, enfocando estratégicamente al **Registro, entre otros, como uno de los focos de mejora continua, de recogida permanente de la participación del ciudadano**, por considerarse la cara visible de la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección en relación con los ciudadanos (*).

Principios

La Dirección General de Calidad Acreditación, Evaluación e Inspección definió los siguientes principios, en correspondencia con su **responsabilidad pública**:

- Asumir la Excelencia en la Atención al Ciudadano como un reto a alcanzar.
- Considerar la proximidad con el ciudadano.
- Atender a las demandas de Calidad Administrativa de forma adecuada y adaptada a la demanda, en correspondencia con los indicadores expuestos en la Carta de Servicios.

El objetivo de la Dirección General a través de la actuación del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid pretendía abordar la actuación desde la visión de la **Administración Postgarantista**, donde la **Misión se identifica con la satisfacción del cliente/ciudadano**, a través de la implantación de una **cultura de resolución de problemas**, sobre la base de **una estrategia de comunicación con el ciudadano** y un **trabajo evaluado de forma continua** en lo que respecta a sus **resultados** y a sus **procesos**.

(*) El hecho de que esta Dirección General sea un Area Staff, horizontal, de influencia sobre el resto de Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad en relación con el impulso de la calidad le permite poco contacto directo con los ciudadanos. El Registro se considera una oportunidad y por ello se identifica como foco de mejora permanente, en la búsqueda de la excelencia en la Atención al Ciudadano.

Por tanto, se generaba **un nuevo enfoque de trabajo** que perseguía identificarse, de forma estructural, con:

- Una **administración aperturista**, enfocada hacia las necesidades de los ciudadanos.
- Una mejora importante en la **imagen de los servicios** ofrecidos por la Comunidad de Madrid, potenciando su cercanía, su eficacia, su compromiso, su responsabilidad y con un enfoque participativo.
- Una administración **transparente**, donde se busca mostrar facilidad, permitiendo percibir sus mecanismos como aproximaciones al ciudadano.
- Una administración **ágil y flexible**. La incorporación al programa "gestiona tu mismo" permite a los clientes "titulares de centros y servicios sanitarios, abordar sus gestiones desde su propio ámbito, sin desplazamientos:
www.madrid.org/registro_centros_sanitarios/autorización.htm
- Una administración **diversificadora** de los canales de gestión y adecuación administrativa, ofreciendo una **mayor oferta** de servicios a través de la web del Registro de Centros de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Actividades

La Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección tiene, como función principal, el impulso de la Calidad en toda Institución, Centro o Servicio Sanitario.

Gran parte de sus esfuerzos se han centrado, durante estos años, en motivar hacia la mejora permanente a todo el entorno de la Sanidad Pública y también Privada.

Además de esto, ha considerado que  **"debía ser ejemplarizante"** frente al entorno sanitario y por esto consideró desde el año 1999 Autoevaluarse según el Modelo EFQM, buscando la Excelencia en la Gestión, y **normalizó sus procedimientos según la Norma ISO-2000-2, enfocando internamente y estratégicamente hacia el Registro de Centros Sanitarios.**

Las competencias y actividades de esta Dirección General aparecen en su nueva carta de Servicios (*), y son las siguientes:

- El fomento del desarrollo de la política de calidad total en el conjunto de los centros, servicios y unidades asistenciales del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.
- El desarrollo e implantación de programas de calidad total, con enfoque hacia las Organizaciones Sanitarias para hacer más óptima y, por tanto, sostenible, la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid.

(*) La nueva carta de servicios ha sido sometida a un procedimiento de mejora que ha fortalecido sus aspectos de aproximación al ciudadano garantizándole una mejor oferta de servicios, y una amplitud de sus competencias, al haber incorporado todas las transferidas por el antiguo Insalud).

- La promoción de planes de mejora continua de la calidad en los centros sanitarios públicos y privados, en consideración a la eficiencia (coste/resultados) en el uso de los recursos.
- La promoción de conductas de autocontrol y de seguridad, especialmente en aquellos procedimientos de mayor riesgo en la actividad asistencial sanitaria.
- La acreditación de calidad y la evaluación sanitaria continuada de los centros que conforman el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.
- La tramitación del otorgamiento de la autorización administrativa obligatoria, para la creación, construcción, modificación, adaptación o suspensión de los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, públicos y privados, de cualquier clase o naturaleza.
- La elaboración y seguimiento del Plan Integral de Inspección de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, sin perjuicio de:
 - Las competencias de los diferentes Centros Directivos de la Consejería en materia de inspección.
 - El ejercicio de las competencias en materia de inspección técnico-sanitaria de los Centros, Servicios y Establecimientos de la Comunidad de Madrid.
- El acuerdo de órdenes de inicio de actuaciones de inspección a los Centros Directivos de la Consejería y a los Entes Públicos y Organismos Autónomos adscritos, sin perjuicio de las competencias de incoación de los mismos en su ámbito competencial.
- El control de la publicidad médico-sanitaria, para la defensa del ciudadano ante la publicidad engañosa, en un tema tan relevante como la salud.

- El registro sanitario de los centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid, para que el ciudadano conozca cuales están debidamente autorizados y cumplan, por tanto, con las normas sanitarias vigentes.
- La autorización y registro de organizaciones sanitarias privadas de la Comunidad de Madrid (proveedores, profesionales, unidades de logística y compañías aseguradoras).
- El ejercicio de la potestad sancionadora en relación con las materias propias de aseguramiento de la calidad en los servicios sanitarios que se prestan al ciudadano y que están dentro de su competencia.

Como puede desprenderse de toda esta serie de responsabilidades y actividades, se requiere el ejercicio del liderazgo, para conseguir el rol de la Administración como garante del buen funcionamiento de los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, mejorando sus procesos clave y de apoyo y cualificando a sus recursos humanos para que puedan desarrollarse los compromisos adquiridos.

La **evolución** en la implantación de la Calidad desde esta Dirección General **ha permitido y está permitiendo que el Modelo Europeo se esté implantando en diversos y crecientes en número, centros y servicios sanitarios**. Esta evolución de los últimos cinco años ha permitido fijarse como **COMPROMISOS** los siguientes:

- Impulsar la implantación de políticas de Calidad Total en el Sistema Sanitario de la Comunidad d Madrid, haciendo énfasis en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública (RSUUP).
- Promocionar planes de mejora continua de la calidad en los diferentes dispositivos del Sistema Sanitario, especialmente en los centros sanitarios públicos y privados.
- El fomento de programas, protocolos y guías clínicas, que permitan aplicar cuestionarios de auto-evaluación a equipos, unidades y servicios sanitarios, COMO ELEMENTO CLAVE DE AUTOCONTROL DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

- Participar en la elaboración y Gestión del Plan de Formación de la Consejería de Sanidad y Consumo, en el Area de Calidad, apoyando a la Dirección General de RRHH y a la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid y coordinando esta actividad con la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano y el Instituto Madrileño para la Administración Pública (IMAP).
- Colaborar con otras organizaciones públicas y privadas, sociedades científicas, colegios profesionales...en foros de debate e intercambio de información, que fomenten la implantación de proyectos de mejora en el Sistema Sanitario.
- La definición de estándares mínimos y comunes para el Sistema Sanitario y el despliegue e implantación de un Programa de Acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos, así como de Organizaciones Sanitarias y proveedores en la Comunidad de Madrid.
- Certificar Unidades Organizativas t Servicios Comunes-Centrales de los Centros Sanitarios en base a modelos y manuales reconocidos y/o normas establecidas como referente.
- La promoción del control interno y externo de la actividad asistencial mediante la evaluación sanitaria de los centros y servicios que conforman el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.
- Mejorar, a través de la autorización administrativa, las condiciones estructurales y funcionariales de los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, así como de las Organizaciones Sanitarias y Proveedores públicos y privados.
- Mantener e impulsar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios públicos y privados y crear un Registro de Organizaciones Sanitarias privadas y Proveedores Sanitarios de la Comunidad de Madrid.

- Desplegar e implantar el Plan Integral de Inspección de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.
- Cumplir en tiempo y forma el ejercicio de la potestad sancionadora de esta Dirección General, en relación con las materias propias de su competencia.
- Diseñar y publicar la Normativa y los procedimientos que posibiliten el control de la publicidad médico-sanitaria.

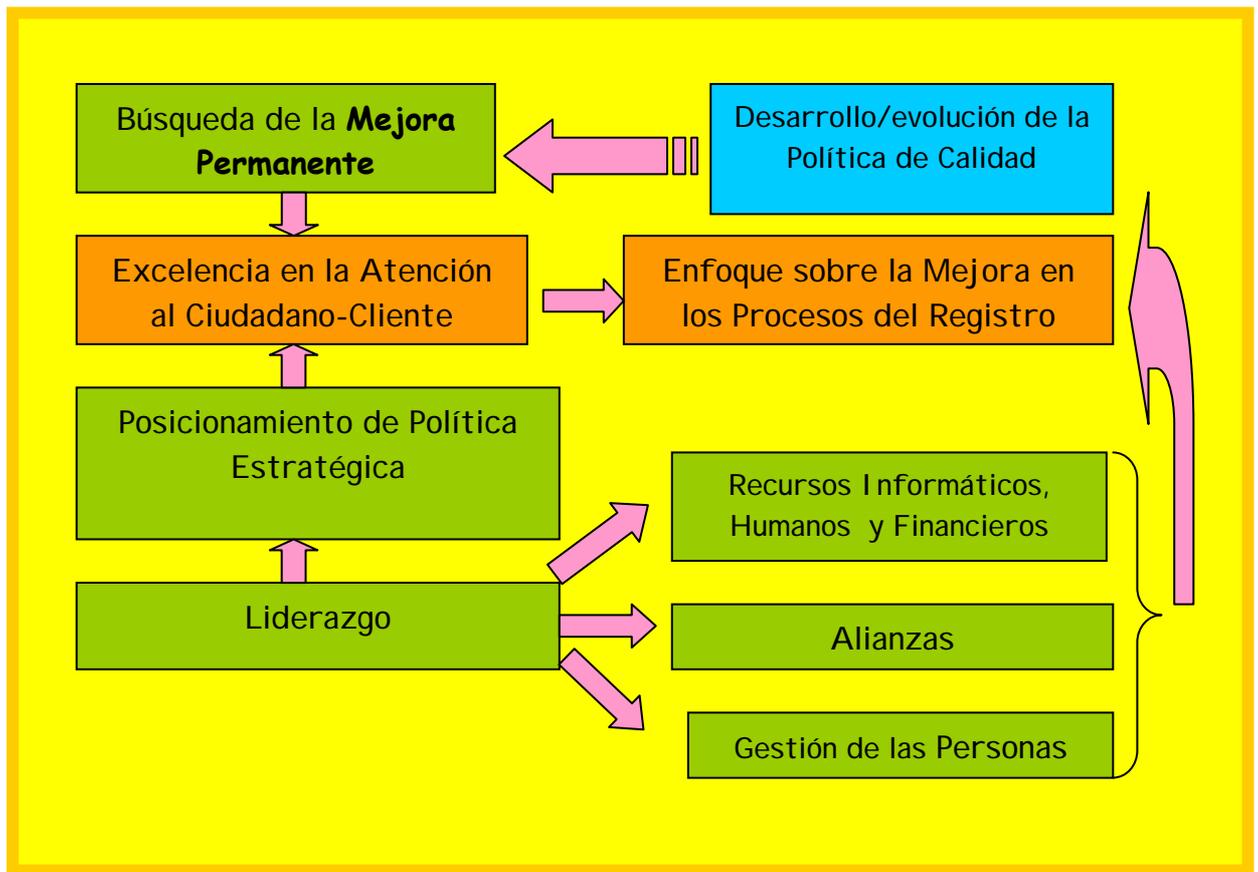
En la nueva Carta de Servicios se pueden, además, visualizar los indicadores que la propia Dirección General se marca para el control de seguimiento de cada uno de estos compromisos señalados anteriormente.

Iniciativas de Mejora

Punto de partida

Superado el entorno de inicio de implantación de la Calidad a través de la Autoevaluación según el Modelo EFQM y la implantación de la Norma ISO sobre aspectos estratégicos, el **entorno actual** es el **de la**  **mejora permanente** en el marco del Modelo Europeo y todo tipo de iniciativas se enmarcará en este mismo ámbito. La concepción de la organización es la de una  **Organización que aprende en relación con sus propias experiencias y con las de otras organizaciones similares.**

La acción sobre la aproximación al ciudadano de la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección, basada en el Modelo, se efectúa sobre el Registro de Centros Sanitarios, de la siguiente manera:



Explicación del cuadro:

La Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección se encuentra en un momento de su evolución, **tras cinco años** de estar inmersa en el **Modelo Europeo de Calidad EFQM** y haber implantado **la Norma ISO-9000-2** en el Registro de Centros Sanitarios.

Su posicionamiento sobre la **búsqueda de la mejora permanente** orienta su gestión a **★ mejorar los resultados en los Ciudadanos-clientes**.

Aproximarse a los clientes y potenciar su satisfacción implica **★ una mejora en los procesos que tienen que ver directamente con los ciudadanos**. **El Registro de Centros Sanitarios tiene un enclave estratégico en su contacto con clientes**, bien titulares de centros o servicios sanitarios o bien ciudadanos en general. Es la **cara visible** de la Dirección General de Calidad en relación con los

ciudadanos, por tanto, se enfoca a qué tipo de mejoras se requieren en el Registro para aproximarse a ellos en sus demandas y necesidades.

Se requiere liderazgo para emprender todas las acciones de mejora hacia el cliente. El liderazgo, desde esta Dirección General, está basado en capacitar a sus recursos humanos y dirigirlos hacia la mejora, dándoles oportunidad para poner en marcha su creatividad e iniciativas. Primeramente **orienta su política estratégica hacia el alcance de los mejores resultados en su enfoque hacia los ciudadanos.**

A través de su política estratégica identifica las **mejoras potenciales en el Registro** de Centros Sanitarios y emprende y pone en marcha sus iniciativas (las veremos en el apartado de Iniciativas de Mejora).

El liderazgo de la Dirección General pone a disposición de la organización los recursos necesarios, de información, humanos y financieros. En este caso los recursos de información de la Consejería de Sanidad, de la Comunidad de Madrid, con el fin de crear la Web y conseguir los recursos financieros que se requieran para alcanzar el objetivo.

Los Recursos de Información han sido:

- Aplicación Informática por proveedor CESUS-Uni. Web (D.G.Inf.)
- Publicación de Web por Comunicaciones e Innovación Tecnol.
- Servidores Informáticos por ICM

Los recursos humanos utilizados en este Proyecto han sido:

- Directora General de Calidad, Acredit., Eval. e Inspección.
- Jefe de Servicio de Autorización Sanitaria
- Gestor del Registro de Centros Sanitarios

Los Recursos Financieros: han soportado el coste de los servicios de información y humanos (salarios y formación), para el desarrollo del Programa.

El liderazgo **se ha aliado estratégicamente** durante estos últimos años con la Dirección General de la Calidad de la Comunidad de Madrid con el fin de **consensuar** los caminos para alcanzar los objetivos y sobre todo **su apoyo y su colaboración** en la formación de los trabajadores en lo que respecta al conocimiento de herramientas para la autoevaluación del Modelo Europeo y otras capacitaciones necesarias para la implantación de la política de Calidad. La **gestión**

de sus recursos humanos se asienta sobre esta base de la **formación y la comunicación** necesaria para favorecer la implantación de la calidad.

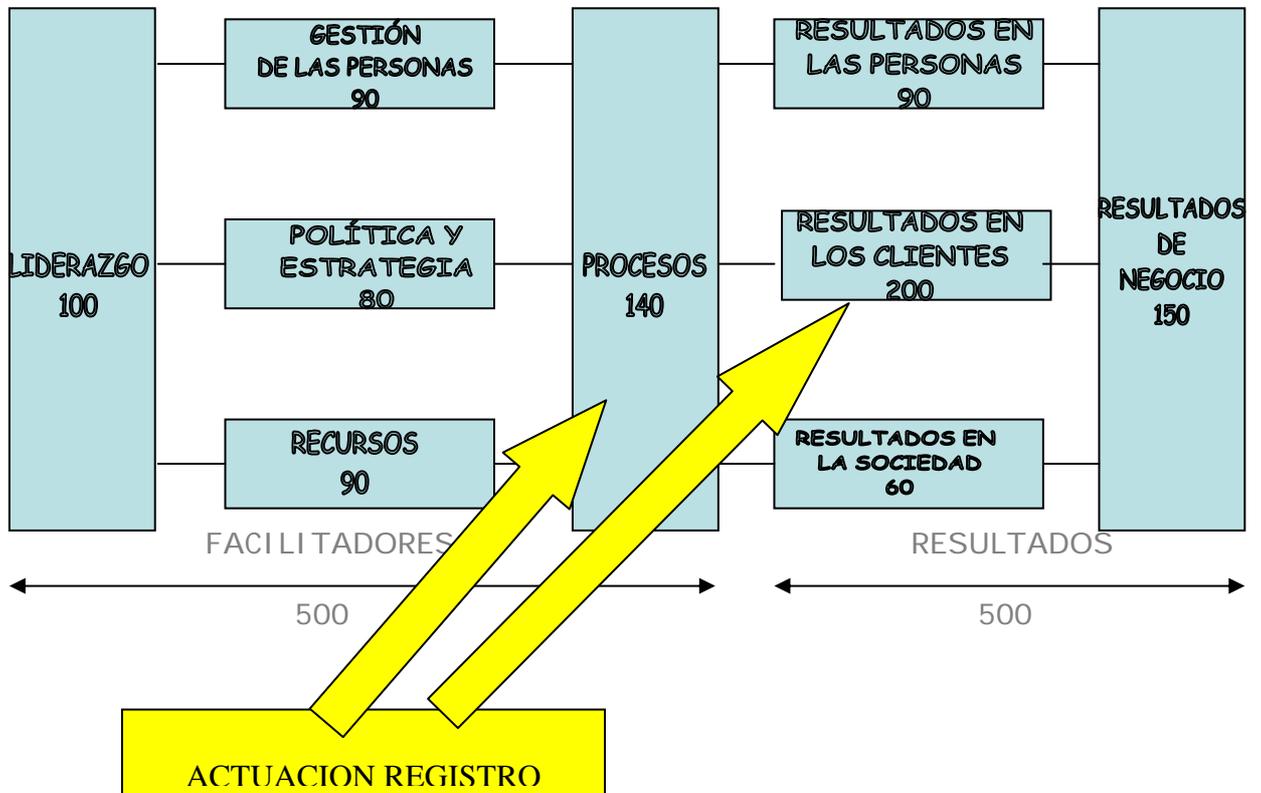
La formación impartida en Calidad, básicamente se ha centrado en:

- Masters en Calidad de Gestión de Instituciones Sanitarias(5 personas)
- Herramientas de Gestión de Calidad y Modelo EFQM
- Comunidad de Madrid: Metodología para el rediseño de procedimientos
- Comunidad de Madrid: Modelo Europeo EFQM y su aplicación a la carta de servicios del entonces Servicio de Inspección y Acreditación Sanitaria
- Asociación Española de la Calidad: Congreso Europeo de la Calidad 9-11 de junio de 1999
- Bureau Veritas Español: Gestión por procesos
- Bureau Veritas Español: Sistemas de Calidad y Norma ISO 9000

Siendo el Modelo Europeo el marco de toda acción en esta Dirección General, tal como hemos visto, se decidió actuar básicamente sobre **dos criterios del Modelo**:

- Procesos
- Resultados en Clientes

Modelo EFQM



La forma de actuar entre ambos criterios fué de interrelación. Se buscaba la satisfacción del cliente, mejorando los procesos del Registro:



El Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid reporta a la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Fué, desde sus comienzos, una experiencia "pionera" en España, situando a la Comunidad Autónoma de Madrid, en aquel momento, como la única que contaba con un Registro como tal. Su función, hasta el momento de creación de la Web, era transcribir las resoluciones de autorización en relación con la apertura, modificación, ampliación y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios ubicados en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid. Eran y son sujeto de Registro las siguientes actuaciones administrativas:

- Autorización sanitaria definitiva para los centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Certificación técnico sanitaria para los vehículos de transporte sanitario residenciados en la Comunidad de Madrid.
- Autorización-acreditación para los centros y servicios sanitarios dedicados a la extracción y trasplante de tejidos y órganos humanos.
- Autorización-homologación para los centros sanitarios relacionados con la reproducción humana asistida.

Iniciativa Principal 1: Acción sobre el criterio Procesos

Creación de la Web

www.madrid.org/registro_centros_sanitarios

El Objetivo principal fué alcanzar la **satisfacción del cliente, el ciudadano, a través de una proyección sostenida en la mejora de los procesos** que tenían que ver con el Registro. Se entendió en un primer instante, que la profesionalización del Registro, y la introducción en un entorno telemático favorecería y facilitaría una relación de feed-back en relación con los ciudadanos, a quienes la Administración Pública del Gobierno Regional debía su razón de ser.

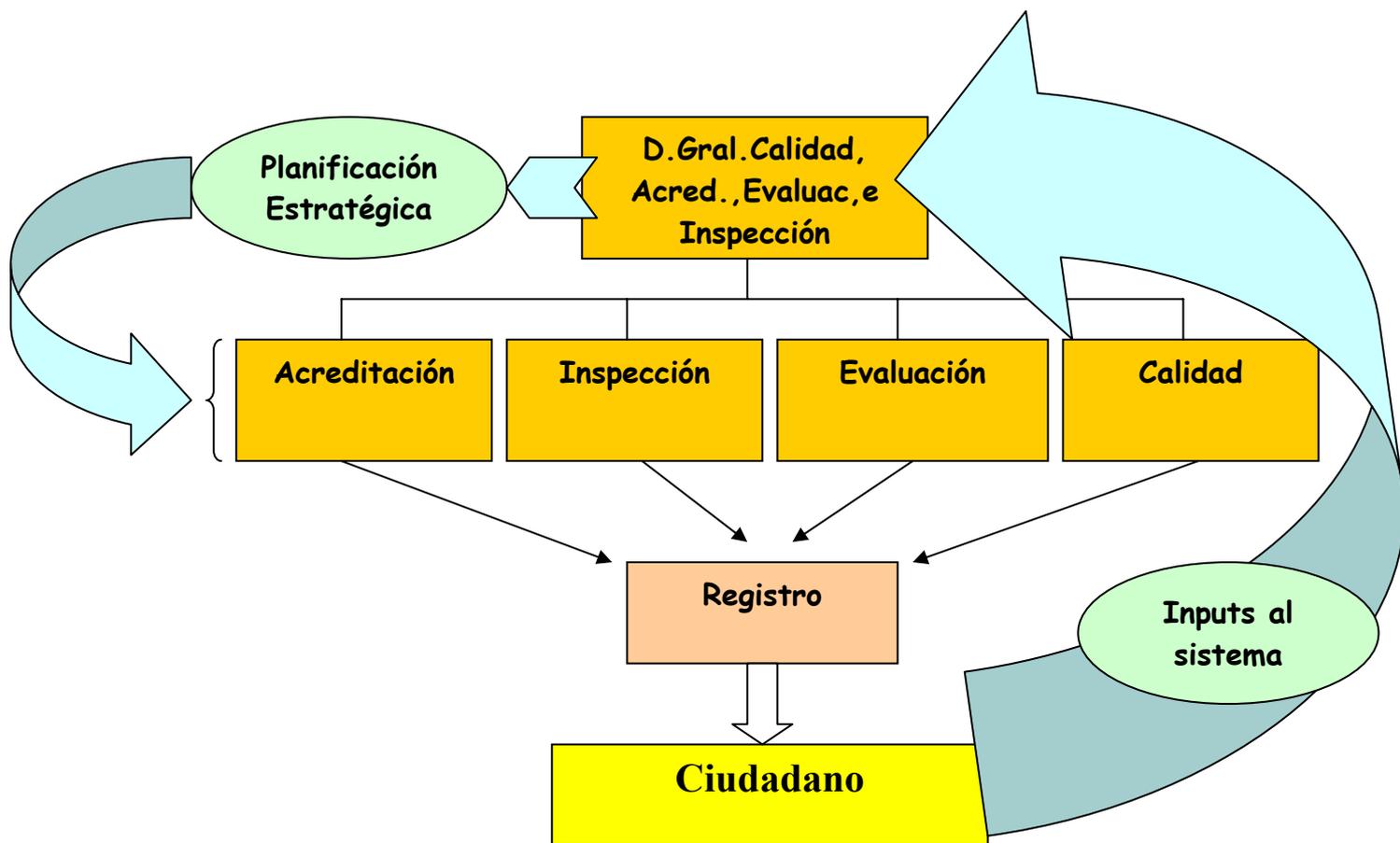
La web del Registro www.madrid.org/registro_centros_sanitarios se inició en el año 2000, previo incluso a la página Web corporativa de la Consejería de Sanidad y, a lo largo del tiempo de su desarrollo, se ha demostrado el éxito en su implantación, según demuestran los datos de seguimiento.

(Se pueden ver en el Apartado de Resultados: Iniciativa 1-Resultado 1).

Características diferenciadoras de la Web

1.- Recogida de información estratégica

Se consideró la Web como un **enclave estratégico** que permitía mostrar la "cara visible" de la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección.



La recogida de datos del Registro permitía **recoger información estratégica** que se devolvía a la Dirección, desde un **enfoque de sistema**. Esta información servía y sirve al día de hoy de **★ fuente de análisis del entorno** en la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección, para su planificación estratégica. Los datos recogidos provenían de las acciones realizadas por cada uno de los servicios de la Dirección General, sirviendo los datos del Registro para la elaboración de planes específicos de actuación en cada uno de los servicios a través de la planificación estratégica definida por la Dirección General.

Dado el interés del Gobierno de la Comunidad de Madrid por la Excelencia en la Gestión y la Innovación, y bajo el concepto de Mejora Permanente en nuestra organización, favoreceríamos, así, nuestra estrategia de mejora en la atención al Ciudadano.

2.-Sistema de Mejora Permanente

La Web del Registro de de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid **se configura como Sistema de Mejora Permanente:**

- Las sugerencias de los ciudadanos **se incorporan al diseño de productos y servicios:** registroc.sanitarios@madrid.org
- **Evolución** progresiva y **continua** de la Web.
- **Consolidación** de las mejoras.
- **Actualización** periódica mensual focalizada a la mejora de la **Atención al Ciudadano.**

3.-Potencia la visión del mercado

Es una herramienta que potencia la visión de mercado del sector sanitario, su análisis e investigación.

- El tipo de consultas que se genera desde la Web permite conocer la **"evolución" del sector del mercado sanitario público y privado**, en crecimiento y/o decrecimiento. Las altas, bajas en el Registro sobre centros, servicios y establecimientos sanitarios genera una cantidad inmensa de información sobre lo que se mueve en el mercado sanitario. Las nuevas tendencias, los cambios de equipamientos, los nuevos conceptos e ideas que se manejan en el entorno de la salud, y otros muchos aspectos, son información muy valiosa para conocer la evolución del mercado en este sector.
- A su vez, permite conocer la potencialidad de futuras actuaciones por parte de la Consejería de Sanidad y Consumo, facilitando la toma de decisiones, con respecto a los sectores de presión en el nuevo entorno. El conocimiento del mercado permite diseñar la política estratégica de la Dirección General, proyectando nuevos objetivos y líneas estratégicas

que provocan una anticipación a las posibles demandas de los ciudadanos y la resolución prematura de problemas.

- Contiene una base de explotación estadística de gran capacidad para futuros análisis e investigación de mercado.

4.- Práctica pionera, ejemplarizante e innovadora

La Web www.madrid.org/registro_centros_sanitarios puede ser considerada como una "buena práctica" por "pionera", "ejemplarizante" e "innovadora", porque:

(Ver en Apartado de Resultados: Iniciativa 1- Resultado 2)

- Se proyecta como "**modelo**" para el resto de comunidades autónomas. Siendo la primera Comunidad que creó el Registro, es también una de las primeras que puso en marcha la Web de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.
- Se proyecta como "modelo" en relación con la Administración Sanitaria estatal. El Ministerio tiene previsto iniciar una Web de centros, servicios y establecimientos sanitarios, recogiendo la experiencia de la Comunidad de Madrid.
- Su aportación tiene capacidad "ejemplarizante" para incentivar otras futuras prácticas de la Comunidad de Madrid.
- Permite realizar benchmarking con otras experiencias dentro y fuera del país.

Iniciativa 2: Acción sobre el Criterio Resultados en Clientes

Creación del Sistema de Sugerencias de la Web

registroc.sanitarios@madrid.org

La incorporación del Buzón de Sugerencias a la Web del Registro de Centros Sanitarios le aporta nuevas capacidades. (Ver apartado de Resultados : Iniciativa 2- Resultado 1). **En su conjunto**, podemos decir que, en relación con el Criterio "Resultados en los Clientes", esta Web mantiene las siguientes **características diferenciadoras**:

1.- Comunicación con el ciudadano

Mantiene una "comunicación con el ciudadano, frente a la "información clásica".

Generalmente la Administración mantiene una relación con los ciudadanos de forma unidireccional. Sin embargo la web www.madrid.org/registro_centros_sanitarios y registroc.sanitarios@madrid.org mantienen una relación de feed-back, donde al tiempo que se genera información hacia el ciudadano-cliente, se recoge toda clase de información a través de preguntas cerradas (dirigidas para la captación de datos) y abiertas (que se incorporan como nuevas ideas sobre productos, servicios, procedimientos, posibles cuellos de botella generados en el enfoque de la gestión, posibles espacios de atención al ciudadano que no se estén resolviendo por los procedimientos habituales, cualquier otra casuística relacionada con los cuatro servicios de la Dirección General que los ciudadanos quieran exponer (acreditación, inspección, evaluación y calidad).

Sugerencias:

Si desea realizar cualquier sugerencia o reclamación en relación con la página o quiere algún listado sobre la información que se ofrece, por favor, utilice la siguiente dirección que tenemos a su disposición. Gracias por su colaboración.



registroc.sanitarios@madrid.org

Formulario

Queremos seguir mejorando nuestra página en colaboración con Vd. para atender sus necesidades, para ello necesitamos que nos dedique un poco de su tiempo para contestar las siguientes preguntas, señalando la opción más oportuna. Gracias por su colaboración.

1.- Procedencia Particular Empresa
 Administración

2.- ¿Cómo conoció la web?

3.- ¿Con qué frecuencia visita la web? Mucho Sólo cuando la necesito
 Alguna vez

4.- ¿La información obtenida ha sido útil? Si
 No. Sus Motivos

5.- Aspectos a mejorar o incorporar a la web.

6.- Su opinión sobre la búsqueda.

7.- Si conoce las web de otras Autonomías, por favor, su opinión en relación a la nuestra.

8.- ¿Recomendaría esta web?

Sí

No. Sus motivos

Enviar

Restablecer

1.1. Captura de la opinión

Los procedimientos de "captura de la opinión" y sugerencias de los ciudadanos los realiza por las siguientes vías:

- Web www.madrid.org/registro_centros_sanitarios.
- Buzón de sugerencias de la Web. (Ver en Apartado Resultados: Iniciativa 2- Resultado 2)
 - Petición de información en registroc.sanitarios@madrid.org (Ver en Apartado Resultados: Iniciativa 2- Resultado 1)
 - Formulario de Satisfacción sobre la Web en: registroc.sanitarios@madrid.org

- Peticiones del 012
 - Vía telefónica (Ver Apto. Resultados: Iniciativa 2-Resultado 3)
 - Vía telemática

- Ventanilla única, a través de todos los registros existentes en cualquier tipo de administración, bien de ámbito nacional, regional o local.

- Ventanilla única empresarial (Comunidad de Madrid, Cámara de Comercio e Industria e Instituto Madrileño de Desarrollo, conjuntamente como una iniciativa de fomento de asesoramiento de empresas y fomento del empleo).

1.2.-"Agilización" de la información

Mantiene unos procedimientos de "agilización" de la información a través de links con:

- Normativas específicas
www.madrid.org/registro_centros_sanitarios/normativa.htm

- Servicios ofertados por la propia página: **www.madrid.org**
www/Madrid.org/registro_centros_sanitarios/presentacion.htm
 - Training sobre búsquedas para utilización de la Web:
www.madrid.org/registro_centros_sanitarios/busqueda.htm

 - Información global de los servicios ofertados por la Comunidad, entre ellos:
 - www.madrid.org/registro_centros_sanitarios//pdf/san_inspecc_acredi:pdf Cartas de Servicios.

- cci@salud.madrid.org Centros de atención primaria
- informacion.sanitaria@madrid.org Centros sanitarios con internamiento
- Difusión de los datos de autorización y registro de los Centros autorizados. Cada vez que se autoriza un Centro se elabora un documento para exponer en lugar visible al público en cada Centro Sanitario
www.madrid.org/registro_centros_sanitarios/ link con Enlaces-difusión. Documento pdf.

2.-Proximidad con los ciudadanos

Uno de los valores perseguidos por la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección , en relación con la búsqueda de la excelencia en la atención al ciudadano, es buscar su proximidad. Por ello la visión de lo que debe ser la Web www.madrid.org/registro_centros_sanitarios ha consistido en abrirse a los ciudadanos:

- Recogiendo las solicitudes vía telemática
- Incorporándose a los procedimientos de ventanilla única
- Recogiendo las sugerencias
- Permitiendo una gran parte de la gestión de documentación “sin desplazamientos”, desde el domicilio o residencia habitual del ciudadano, titular de los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

3.-Herramienta formativa para los ciudadanos

- En cuanto al **conocimiento que aporta** sobre los conceptos utilizados para la acción de registrar, obtener certificaciones, etc.
- En cuanto a su capacidad de **motivar** a los ciudadanos hacia el uso de la Red/web.

- En cuanto a su capacidad de **"gestionar el conocimiento"** a través de la agilización de las búsquedas, desde lo global a lo específico.

4.-Herramienta de Asesoramiento al cliente-ciudadano

- Permite conocer la "legitimidad" o no de los centros y servicios sanitarios. Cualquier duda, cualquier aclaración sobre este aspecto se resuelve atendiendo a la información del Registro.
- Es un enlace con los equipos profesionales de la Dirección General, que abre sus puertas a los ciudadanos para garantizarles el servicio.
- Proporciona seguridad, desde el momento en que da a conocer todo lo relativo a la "legitimidad" de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

5.-Se incorpora al ciudadano en el diseño de las políticas

- Se ha utilizado el **mecanismo de "recogida de sugerencias"** como sistema de retroalimentación. Frente a la Administración interventora, donde predominan los conceptos de control y autoridad, donde se produce una racionalidad instrumental, se aprovecha el flujo de información de entrada al Sistema, entendiendo que es un foco de información muy valioso.
- La recogida se realiza de forma efectiva, se mide, se recoge y se incorporan en la gestión del día a día todos aquellos aspectos que pueden ser susceptibles de cambio. Considerándose estratégica toda la información que penetra al sistema desde los propios ciudadanos, se aplican para la mejora y es información "disponible" para el diseño de nuevos productos y servicios.

Resultados

Iniciativa 1- Resultado 1

Resultados

Iniciativa 1- Resultado 1

En relación con la Iniciativa 1, creación del Registro, se pueden observar los siguientes resultados:

1.- El número de inscripciones

Las registradas durante los últimos años, ha sufrido la siguiente evolución:

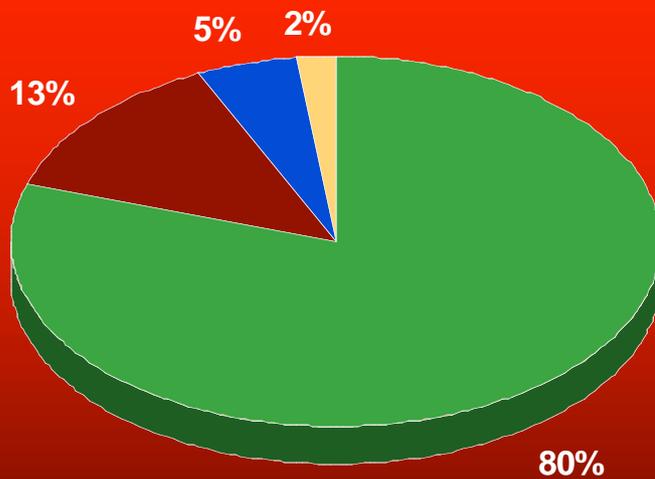
Año	Acumulado	Nuevo
1995	1314	
1996	1800	486
1997	2429	629
1998	3023	594
1999	3787	764
2000	4543	756
2001	5526	983
2002	6579	1053
2003	6958	379
2004	7213 (marzo)	255

2. - El número de consultas a través de la Web

Año	Nuevo
2000	68.155
2001	45.106
2002	120.758
2003	206.853
2004	80.961 (marzo)

DISTRIBUCION EN % DE TIPOS DE CENTROS Y SERVICIOS

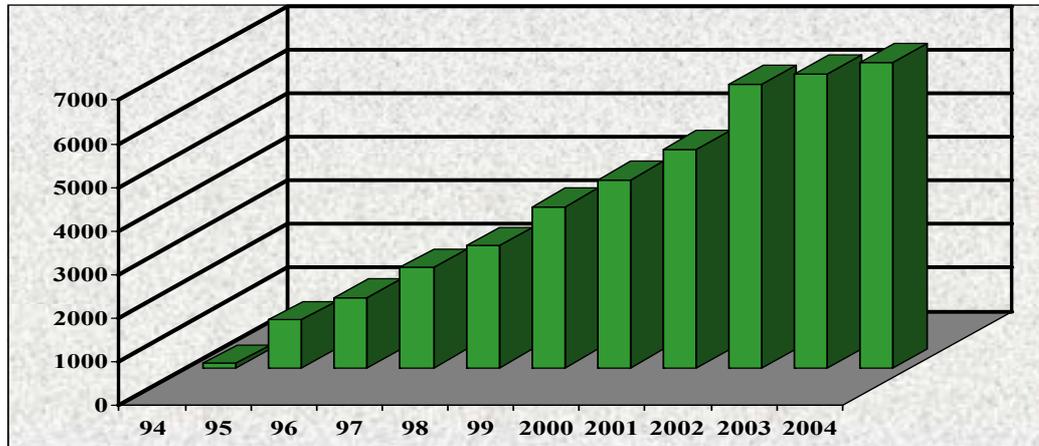
SANITARIOS INSCRITOS AÑO 2004



- CENTROS SANITARIOS
- AMBULANCIAS
- TRASPLANTE Y EXTRACCION DE TEJIDOS Y ORGANOS Y REPRODUCCION ASISTIDA
- LABORATORIOS/OTROS

REGISTRO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

EVOLUCION DEL TOTAL DE INSCRIPCIONES POR AÑOS



TOTAL DE CENTROS Y SERVICIOS INSCRITOS (cifras aproximadas)

<i>CENTROS /SERVICIOS</i>					<i>TOTAL INSCRITOS</i>
<i>CENTROS INTERNAMIEN</i>	<i>SANITARIOS</i>	<i>CON</i>	<i>Y</i>	<i>SIN</i>	5560
<i>TRASPLANTE/EXTRACCION DE ORGANOS Y REP.HUMANA ASISTIDA</i>	<i>DE TEJIDOS Y</i>				350
<i>AMBULANCIAS</i>					930
<i>LABORATORIOS Y OTROS SERVICIOS</i>					160
<i>TOTAL</i>					7000

**DETALLE DE CENTROS SANITARIOS SIN INTERNAMIENTO INSCRITOS
POR FINALIDADES ASISTENCIALES (cifras aproximadas)**

<i>TIPO DE CENTRO POR FINALIDAD ASISTENCIAL</i>	<i>NUMERO</i>
<i>ODONTO/ESTOMATOLOGIA</i>	2140
<i>MEDICINA GENERAL / FAMILIAR Y COMUNITARIA</i>	835
<i>ESPECIALIDADES</i>	430
<i>TRAUMATOLOGÍA/REHABILITACIÓN /REUMATOLOGIA/FISIOTERAPIA</i>	350
<i>OTRAS ESPECIALIDADES</i>	2080
<i>TOTAL</i>	5485

DETALLE DE CERTIFICACIONES DE AMBULANCIAS INSCRITAS POR TIPO DE VEHICULO (cifras aproximadas)

<i>TIPO DE CENTRO POR TIPO DE VEHICULO</i>	<i>NUMERO</i>
<i>TRASLADO INDIVIDUAL</i>	535
<i>TRASLADO COLECTIVO</i>	210
<i>SOPORTE VITAL BASICO</i>	100
<i>SOPORTE VITAL AVANZADO</i>	85
<i>TOTAL</i>	930

DETALLE DE CENTROS ACREDITADOS/HOMOLOGADOS INSCRITOS POR TIPO DE ACREDITACION/HOMOLOGACION (cifras aproximadas)

<i>TIPO DE CENTRO POR TIPO DE ACREDITACION</i>	<i>NUMERO</i>
<i>TRASPLANTE DE TEJIDOS Y ORGANOS</i>	161
<i>EXTRACCION DE TEJIDOS Y ORGANOS</i>	30
<i>BANCO DE TEJIDOS</i>	23
<i>LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD</i>	2
<i>REPRODUCCION HUMANA ASISTIDA</i>	134
<i>TOTAL</i>	350

Iniciativa 1- Resultado 2

La Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano realiza una labor de recopilación y difusión de las Mejores Prácticas de la Comunidad de Madrid. Las integra en Manuales que facilitan la Gestión el Conocimiento y las difunde a través de una página Web.

El Registro ha sido considerada, a tales efectos, como una de la mejores prácticas:

Ver en: www.comadrid.es/dgcalidad/mejores_practicas/mejores_practicas.htm

Comunidad de Madrid **Presidencia** Estructura Servicios Consejero Secretaria General Técnica

nuestro correo buscar

Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano

MEJORES PRÁCTICAS

Las mejores prácticas son iniciativas de mejora implantadas en las unidades, que contribuyen a incrementar la calidad con la que se prestan los servicios.

La Dirección General de Calidad de los Servicios tiene especial interés en que estas prácticas se divulguen en el seno de la Comunidad de Madrid con el objeto de que todos podamos aprender de todos y que se reconozca a los responsables y al equipo de trabajo la labor realizada.

- [¿Cómo se difunden las mejores prácticas?](#)
- [Casos de mejores prácticas](#)
- [¿Qué debo hacer si he desarrollado una práctica interesante en mi unidad?](#)

Decálogos

Atención al Ciudadano

Calidad de los Servicios

- Cartas de Servicio
- Mejores Prácticas
- Evaluación de Atención al Ciudadano
- Planes de Ahorro
- Precio del gasóleo
- Formación en Calidad
- Herramientas de Gestión
- Premios a la Excelencia y Calidad
- Comité de Calidad
- Boletines informativos
- Webs de interés

Defensor del Contribuyente

Radiodifusión y Televisión

Biblioteca y Legislación

Comunidad de Madrid **Presidencia** Estructura Servicios Consejero Secretaria General Técnica

nuestro correo buscar

Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano

Web del Registro de Centros Sanitarios.

Se trata de la web del Registro de Centros Sanitarios puesta en servicio en su totalidad durante el año 2002 por la Consejería de Sanidad. La iniciativa afecta a los criterios sobre procesos y satisfacción de los clientes del modelo de calidad EFQM. Incluye información general, conceptos, preguntas frecuentes, normativa, estadísticas, búsqueda, buzón de sugerencias y formulario de satisfacción.

Dicha web responde a una mejora sustancial en lo relativo a la atención a los ciudadanos, ya sean profesionales del sistema sanitario como a los usuario en general.

[Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano](#)
Consejería de Presidencia
C/Carretas, 4, 2ª planta, 28012-Madrid
Teléfono: 91 420 76 02 - Fax: 91 420 75 99

Decálogos

Atención al Ciudadano

Calidad de los Servicios

- Cartas de Servicio
- Mejores Prácticas
- Evaluación de Atención al Ciudadano
- Planes de Ahorro
- Precio del gasóleo
- Formación en Calidad
- Herramientas de Gestión
- Premios a la Excelencia y Calidad
- Comité de Calidad
- Boletines informativos
- Webs de interés

Defensor del Contribuyente

Radiodifusión y Televisión

Biblioteca y Legislación

Iniciativa 2- Resultado 1

Las principales demandas

Al día de hoy y en correspondencia con los años anteriores, se puede afirmar que el tipo de información solicitada en un **90%** se corresponde con la **petición de listados de centros sanitarios con autorización definitiva** de la Comunidad de Madrid, lo que nos habla de un **gran número de ciudadanos de a pie que se interesan por conocer si determinados servicios o establecimientos sanitarios gozan del control sanitario, antes de acceder a los servicios** . El **10% restante corresponde a información sobre la normativa y requerimientos para la apertura de centros sanitarios**, y a otras cuestiones algunas de las cuales se derivan a otras direcciones generales de la Consejería por ser de su competencia.

El **tiempo medio de respuesta** en relación con solicitudes de información es de **una semana**, y un porcentaje importante entre dos y tres días, cumpliéndose los tiempos medios de respuesta establecidos por la carta de servicios para la atención de solicitudes.

Iniciativa 2- Resultado 2:

Datos sobre la recogida de sugerencias

1. Desde su puesta en funcionamiento en 2002, se han recibido unos 100 formularios de sugerencias a través del correo electrónico procedentes de usuarios externos.
2. La opinión general ha sido favorable si bien se insiste en mejorar el sistema de búsqueda y la incorporación de información relativa a centros sanitarios a los que se acude con más frecuencia
 - centros sanitarios con internamiento
 - centros de salud de atención primaria

- centros de cirugía ambulatoria

3. **Como consecuencia de las sugerencias** se han producido transformaciones específicas enfocadas a la mejora de la Web como respuesta, facilitando, así, un **mejor acceso a la información**. Se han incluido listados con información relativa a los tres aspectos mencionados en los siguientes apartados de la web del Registro de Centros Sanitarios y otros aspectos sugerentes:

-  **Centros sanitarios con internamiento** (se ha incluido un enlace especial de vinculación directa dentro de la Búsqueda y además una dirección de correo electrónico donde solicitar información de la actividad de los centros hospitalarios)
-  **Centros de salud de atención primaria** (se ha incluido un enlace especial de vinculación directa dentro de la Búsqueda y además una dirección de correo electrónico donde solicitar información sobre qué centro le corresponde al usuario o sobre la solicitud de la tarjeta sanitaria de la Comunidad de Madrid).
-  **Centros de cirugía ambulatoria** (sector en pleno expansión y de especial demanda del público) (se ha incluido en el apartado de la web denominado "CENTROS SANITARIOS" .Por su importancia se incluye información de la normativa específica sobre unidades de cirugía ambulatoria y la relación de centros autorizados de esta características).
-  **Callejero de la Comunidad de Madrid** para la búsqueda y localización de todos los centros y establecimientos sanitarios(se ha incluido en el apartado búsquedas un vínculo con el Callejero de la Comunidad con la localización específica).

4. Se ha solicitado a cesus-icm (organismo de informática la **mejora** del apartado de búsqueda actual a una búsqueda sencilla a través de los datos de localización del centro y otra avanzada que permita la selección a través de los campos de catalogación del centro. se encuentra pendiente de implantación.

Iniciativa 2-Resultado 3

INFORMACIÓN SOBRE LLAMADAS TELEFÓNICAS 2004 (hasta 1 de abril)

DETALLE

MOTIVO	MES abril	Σ abril
Centros autorizados	5	255
Requisitos/documentación	0	63
Localización/horario	0	25
Normativa	0	12
Expedientes	0	17
Reclamaciones/hojas	0	14
Tasas	0	6
Salud pública	0	2
At.primaria/aseguramiento	0	2
Transporte sanitario	0	1
Otros	0	5
TOTAL	5	402

TOTAL POR MESES

MES	LLAMADAS
Enero	158
Febrero	124
Marzo	120
Abril	0
Mayo	0
Junio	0
Julio	0
Agosto	0
Septiembre	0
Octubre	0
Noviembre	0
Diciembre	0
Total	402

Muestra de la Web

DATOS GENERALES

Registro de Centros Sanitarios (Alta)

Tipo Funcional

 T. Normativo

 Fin.Asistencial

Centro

Entidad Estado

Localización / Características | Responsable/Control/Registro | Información Sanitaria

Localización

Provincia Municipio

Tipo Vía

Dirección Número

Área C.Postal

 Dist. Teléfono 1 Fax

 ZBS Teléfono 2

Rótulo Email

Características

Financ. Dep. Ges.

Dep. Patr. Pob. Adscrita Concert. Pub. Internet

IFR2 Continuar

CONTROL DE FECHAS

Registro de Centros Sanitarios (Alta)

Tipo Funcional

 T. Normativo

 Fin.Asistencial

Centro

Entidad Estado

Localización / Características | Responsable/Control/Registro | Información Sanitaria

Localización

Provincia Municipio

Tipo Vía

Dirección Número

Área C.Postal

 Dist. Teléfono 1 Fax

 ZBS Teléfono 2

Rótulo Email

Características

Financ. Dep. Ges.

Dep. Patr. Pob. Adscrita Concert. Pub. Internet

IFR2 Continuar

INFORMACION SANITARIA

Gestión

Tipo Funcional

 T. Normativo

 Fin.Asistencial

Centro

Entidad Estado

Localización / Características | Responsable/Control/Registro | Información Sanitaria

Actividad Sanitaria

Cód. Act.	Nombre Actividad

Unidades Sanitarias

Cód. Un.	Nombre Unidad

Especialidades Médicas

Cód. Esp.	Nombre Especialidad

IFR2 Continuar

Inicio | Registro de Centr... | Microsoft PowerP... | Registro de C... | 10:38

CONSULTAS MODIFICACION

+ Registr... + Gestión de Centros

Código Nombre A.. ..A..

Entidad A.. ..A.. Estado

T. Func. Área

 T. Norm. Dist.

 Fin. Asis. ZBS

Dep. Ges. Provincia

Dep. Patr. Municipio

Financ. Dirección

F. Definitiva F. Última Renovación Valor Nulo

Código Centro	Centro	T. Normativa	Estado

Ver Cifras Disp. Seleccionar

IFR296 | Jueves, 21 de noviembre de 2002 | 10:40:22

Inicio | Registro de Centr... | Microsoft PowerP... | Registro de C... | 10:40

WEB DE BUSQUEDA

Registro de Centros Sanitarios - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Adelante Detener Actualizar Inicio Búsqueda Favoritos Historial Correo Imprimir Modificar Discutir Dell Home

Dirección http://icmmt5.icm.es/registro_centros_sanitarios/ Ir Vínculos

[Home](#) [Asistencia Sanitaria](#) [REGISTRO DE CENTROS SANITARIOS](#)

> Asistencia Sanitaria > Registro de Centros Sanitarios

[Principal](#) [Introducción](#) [Normativa](#) [Información](#) [Búsquedas](#) [Enlaces](#) [Preguntas más frecuentes](#) [Estadísticas](#) [Sugerencias](#)

Campos de búsqueda:

Tipo Funcional: Y

Tipo Normativo: Y

Finalidad Asistencial: Y

Dependencia Funcional: Y

Dependencia Patrimonial: Y

Municipio: Y

Calle: Y

Nombre del Centro: Y

Código Postal: Y

Buscar

Intranet local

Inicio Registro de Centros ... Microsoft PowerPoint - [RC... 11:13

BUSQUEDA-RESULTADO

Registro de Centros Sanitarios - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Atrás Adelante Detener Actualizar Inicio Búsqueda Favoritos Historial Correo Imprimir Modificar Discutir Dell Home

Dirección http://icmmt5.icm.es/registro_centros_sanitarios/ Ir Vínculos

[Home](#) [Asistencia Sanitaria](#) [REGISTRO DE CENTROS SANITARIOS](#)

> Asistencia Sanitaria > Registro de Centros Sanitarios

[Principal](#) [Introducción](#) [Normativa](#) [Información](#) [Búsquedas](#) [Enlaces](#) [Preguntas más frecuentes](#) [Estadísticas](#) [Sugerencias](#)

Registro de Centros Sanitarios 

Registros 1 al 1 - Total 1 registros

1	Nombre del centro: CONSULTORIO DE FISIOTERAPIA Código: CS3389 Municipio: 010 Alpedrete - 28430 Calle: ROMA CL - Nº 3 - BAJO-C P-2 Dependencia funcional: PRIVADOS Dependencia patrimonial: PRIVADOS
---	--

Registros 1 al 1 - Total 1 registros

Listo Intranet local

Inicio Registro de Centros ... Microsoft PowerPoint - [RC... 11:24

***DIRECCIÓN
GENERAL DE
ASEGURAMIENTO Y
ATENCIÓN AL
PACIENTE***

***PROYECTO:
“Guía de Servicios de la
Consejería de Sanidad
2003”***



GUÍA DE SERVICIOS DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD 2003. Información al servicio del ciudadano sobre el Sistema Sanitario

Candidatura al V Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público

1. DATOS SOBRE LA CANDIDATURA.

Candidatura: Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente.

Responsable de la candidatura: Fidel Illana Robles. Director General de
Aseguramiento y Atención al Paciente.

Responsables de la Guía de Servicios de la Consejería de Sanidad 2003:

Marisa Martín Sánchez. Jefe de Servicio de Aseguramiento.

Ángela Bolea Laguarda. Jefe de Sección de Programas de Coordinación.

Persona de contacto: Marisa Martín Sánchez. Jefa de Servicio de Aseguramiento.

Dirección: Paseo Recoletos, 14, 6ª Planta. 28001 Madrid.

Tel.: 91 426 9027; Fax: 91 426 9117.

e-mail: marisa.martin@salud.madrid.org

Nombre del proyecto: *Guía de Servicios de la Consejería de Sanidad. 2003.*

Información al servicio del ciudadano sobre el Sistema Sanitario

2. ACTIVIDADES REALIZADAS

La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (Ley 12/2001, de 21 de diciembre), LOSCAM, define el modelo sanitario de la Comunidad de Madrid una vez recibidas las transferencias en materia de asistencia sanitaria. Tras su entrada en vigor, en febrero de 2002 la Consejería de Sanidad sufre una profunda transformación, tanto cualitativa como cuantitativa, incrementándose de forma casi exponencial tanto el número de los profesionales como los centros dependientes de la misma y, obviamente, su presupuesto (Ver *Estructura de la Consejería de Sanidad. Evolución 2001-2003*, en la página 2 del Anexo 1). Desde el punto de vista cualitativo, entre otros cambios, con carácter pionero en todo el Estado español se crea la nueva Dirección General de Aseguramiento Sanitario y Atención al Paciente, a la que, entre otras funciones, se le atribuyen las de “...impulso, gestión y coordinación de la información al ciudadano sobre las prestaciones sanitarias y sistemas de acceso a la Red Sanitaria de la Comunidad de Madrid “ y “La atención a los ciudadanos en el acceso a los servicios, procedimientos y prestaciones competencia de la Consejería de Sanidad”.

Como garante de los derechos de los ciudadanos en relación con el Sistema Sanitario, el objetivo de esta Dirección General es *acercar y hacer más accesibles* al ciudadano los servicios que le ofrece la Administración Sanitaria y *facilitar y agilizar* al máximo los procedimientos y gestiones relacionados con el acceso a las prestaciones sanitarias.

Esta Dirección General consta de cuatro Servicios, a través de los cuales desarrolla las siguientes actividades:

1. Actualización de la Cartera de Servicios del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
2. Impulso de las políticas de garantía del aseguramiento sanitario público.
3. Atención al ciudadano en el acceso a los servicios, procedimientos y prestaciones de la Consejería de Sanidad.

4. Información al ciudadano sobre las prestaciones sanitarias y los sistemas de acceso a los servicios del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
5. Gestión de los procedimientos de acceso a las prestaciones del Sistema Sanitario Madrileño a través de las Agencias Sanitarias.

Una de sus primeras iniciativas fue la de elaborar una nueva **Guía de Servicios de la Consejería de Sanidad**, con información actualizada y exhaustiva sobre todos los programas, actividades y servicios que ofrece a los ciudadanos. Este proyecto se verá completado en el futuro con la elaboración y publicación de la Cartera de Servicios del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Su elaboración se encomendó al Servicio de Aseguramiento.

En la Guía se describen los diferentes servicios prestados, detallando para cada uno de ellos: población a la que va dirigido, organismo y persona responsables, dirección, teléfono, fax y e-mail de contacto, procedimientos para acceder al mismo, información adicional de interés en relación con el mismo, normativa aplicable y otros datos de interés (Ver *Ficha Técnica* en página 3 del Anexo 1). La Guía se estructura en torno a 10 capítulos, a los que hay que añadir otro (capítulo 0), en el que se presentan los Derechos y Deberes de los ciudadanos en relación con el Sistema Sanitario, que agrupan 234 *fichas*, correspondientes a otros tantos servicios prestados.

El proyecto comenzó en diciembre de 2002. Inicialmente, tanto la impresión de la Guía como su difusión en internet se habían previsto para julio de 2003. El retraso en la formación de Gobierno por las circunstancias producidas tras las elecciones de mayo, y la posibilidad de una nueva reestructuración de la Consejería, aconsejaron posponer su publicación en formato papel hasta febrero de 2004. Sí se ha cumplido el calendario previsto para la inclusión de la Guía en la página web de la Consejería de Sanidad, encontrándose disponible en la misma desde finales de junio de 2003.

3. INICIATIVAS DE MEJORA

Las distintas iniciativas que se enumeran a continuación han pretendido conseguir una Guía de la máxima calidad, con información *exhaustiva* (referida a la totalidad de los servicios de la Consejería que puedan interesar al ciudadano), *fiable*, *útil* (que responda a sus necesidades y expectativas), *comprensible* (que les permita identificar correctamente los servicios/unidades con los que quiere o debe contactar y los circuitos o procedimientos adecuados para hacerlo), permanentemente *actualizada* y *accesible* (que pueda conseguir toda esta información fácilmente).

INICIATIVAS DE MEJORA REFERIDAS AL LIDERAZGO

El **compromiso** de la Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente **con la calidad de los servicios** se refleja en su propia estructura, composición y reparto de tareas. Dentro de la misma, a iniciativa del propio Director y en coherencia con el Plan de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid: 1) existe un Plan de Formación Continuada en Calidad para todo el personal de la misma; 2) se ha constituido con carácter funcional, un Área de Calidad en la propia Dirección General; 3) se han puesto en marcha numerosos proyectos sobre mejora de la atención al paciente y al usuario, como la creación de las Agencias Sanitarias.

La coordinación y seguimiento del proyecto se encomendó al Servicio de Aseguramiento, que cuenta entre su equipo con técnicos y administrativos con formación previa en gestión de calidad y en atención al ciudadano.

Todo el equipo del Servicio de Aseguramiento recibió durante el periodo de elaboración de la Guía **formación continuada** específica sobre herramientas y modelos de Gestión de Calidad, además de cualificación para el manejo de herramientas informáticas.

INICIATIVAS DE MEJORA REFERIDAS A LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Con el fin de **adaptar** al máximo **el contenido de la Guía a las demandas y necesidades de información reales de los ciudadanos**, se analizaron previamente los datos procedentes de diversas fuentes de información (quejas y reclamaciones presentadas en las Unidades de Información y Atención al Paciente, demandas en relación con el Sistema Sanitario recogidas a través del teléfono de información de la Comunidad de Madrid (012), y consultas recibidas en los distintos Departamentos/Unidades de la Consejería de Sanidad). A partir de este análisis se identificaron también los objetivos concretos y la población diana de la Guía. Se analizaron también la metodología, organización, recursos, etc, empleados en anteriores ediciones de la guía (fundamentalmente la Guía del año 2001), en base a algunos de los criterios de calidad que propone el modelo EFQM, para **identificar aspectos o puntos débiles, susceptibles de mejora** que sirvieran para mejorar la nueva Guía de Servicios 2003. En base a ellos se elaboró con posterioridad el Plan de Trabajo para la realización de la Guía.

A lo largo de todo el proceso se ha hecho un importante esfuerzo de **coordinación** con todas las Direcciones Generales/Organismos de la Consejería de Sanidad, y especialmente para conseguir el mayor grado **de implicación** posible de las mismas **en el diseño** de la Guía, ya que: 1) constituyen la fuente de información principal de la Guía; 2) son los receptores directos de la demanda de los ciudadanos y, por tanto, la conocen en profundidad y 3) son los principales interesados en que la información que se dé al ciudadano sea de la máxima calidad para que esta demanda se canalice y resuelva de la forma más adecuada. Para ello, se solicitó a cada una de las Direcciones Generales/Organismos Autónomos la **designación de un coordinador**, que ha actuado como interlocutor único con el equipo coordinador de la Guía en el Servicio de Aseguramiento para consensuar los contenidos a incluir de su Dirección

General/Organismo y centralizar la recogida, depuración y actualización de la información procedente de la misma.

En el Plan de Trabajo elaborado se incluyó **un Plan de Evaluación continuada** de la metodología, de los resultados obtenidos (en relación con ediciones anteriores) y de la satisfacción, tanto de participantes en el proyecto, como de los usuarios de la Guía. Este Plan incluye, entre otras: a) una encuesta a coordinadores y participantes en la elaboración de la Guía acerca de su opinión sobre la metodología utilizada y el resultado final obtenido; b) la incorporación de un buzón de sugerencias a la edición electrónica (en página web) de la Guía; c) la incorporación de un contador a la página web de la Guía para conocer la frecuencia de consultas; d) la realización de una pequeña encuesta telefónica a todas las personas que contactan con el Servicio de Aseguramiento interesándose por la Guía; e) encuesta (a través de una hoja cuestionario incluida en cada uno de los ejemplares distribuidos de la Guía) entre los usuarios que reciban un ejemplar de la misma.

Se diseñó también un **Plan de actualización continuada de la Guía**: actualización de forma programada con carácter bimestral, y a demanda, cuando se produce algún cambio relevante en los datos. En aras a conseguir una buena accesibilidad se definió el **Plan de difusión y distribución**. Este Plan prevé la distribución de 5.000 ejemplares de la Guía (dos por cada Servicio/Unidad de la Consejería de Sanidad, incluidos centros asistenciales, además de a otras instituciones públicas y privadas – Asociaciones de Autoayuda, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Ayuntamientos, Oficinas Municipales de Información al Ciudadano,...-), además de su inclusión en la página web de la Consejería de Sanidad. Aunque se decidió compatibilizar ambos formatos, se priorizó su inclusión en la web sobre el formato papel, por ofrecer la ventaja adicional de posibilitar la obtención de algunos de los indicadores de evaluación definidos y la actualización permanente de la información.

INICIATIVAS DE MEJORA RELACIONADAS CON LA GESTIÓN DEL PERSONAL

El Servicio de Aseguramiento está compuesto por la Jefe de Servicio, dos técnicos y tres auxiliares administrativos. Para optimizar y mejorar la eficiencia del trabajo desarrollado por cada uno de sus miembros, dada su envergadura y los estrechos plazos de ejecución previstos, se pusieron en marcha las siguientes iniciativas de mejora:

- **Implicar** en el proyecto **a todo el personal del Servicio**.
- Se hizo una **distribución de tareas y funciones** entre cada uno de los miembros del equipo, en base a su disponibilidad, experiencia y cualificación profesional, quedando todo ello detallado en el plan de Trabajo elaborado.
- Se reforzó la **formación de todo el personal administrativo** del equipo en manejo de herramientas informáticas, previamente y durante el desarrollo del proyecto.
- Se estimuló la **participación del personal administrativo en el diseño y definición del proyecto**, para motivar y fomentar la cohesión entre y con otros miembros del equipo.

INICIATIVAS DE MEJORA REFERIDAS A ALIANZAS Y RECURSOS

Se optó por la **utilización preferente de herramientas informáticas** para la recogida, intercambio y depuración de la información, así como para la comunicación con los coordinadores. Para ello fue necesario **ampliar la dotación informática del Servicio**, sustituyendo uno de los equipos existentes por otro de mayor capacidad.

Además, como ya se ha dicho, se designó un coordinador/a por cada Dirección General/Organismo Autónomo para, entre otros, mejorar la comunicación entre el Servicio de Aseguramiento y otras unidades.

INICIATIVAS DE MEJORA REFERIDAS A LOS PROCESOS

Se definieron y sistematizaron todos los procedimientos en un Plan de Trabajo, con detalle de cada una de las actividades, calendario de trabajo, perfil de las personas responsables, distribución de tareas y dedicación horaria de cada una de ellas, recursos informáticos y presupuesto necesario, mecanismos de coordinación entre éstas y los “informantes clave”, etc. Se elaboró un **formato estandar** (en word) para agilizar y facilitar la recogida de información, corrección y maquetación posterior de los textos. Se definieron también por escrito los **criterios, circuitos, plazos y responsables de la recogida, depuración y actualización de la información.** Se canalizó la recogida, depuración y actualización de datos a través de la figura del coordinador. Se estableció como **única vía de comunicación la vía electrónica** para agilizar los procedimientos.

4. RESULTADOS

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Por las razones antes mencionadas, en el momento de elaboración de esta memoria la Guía no se ha publicado todavía en papel. Por otra parte, la difusión de la Guía en internet comenzó a finales de junio de 2003, coincidiendo además con el comienzo del periodo vacacional. Tanto el buzón de sugerencias como el contador de medida del número de consultas realizadas a la página web de la Guía se activaron en noviembre de 2003. Por ello, en el momento de elaborar esta memoria, los resultados en cuanto a satisfacción de los usuarios y utilización de la misma, son escasos.

- **SATISFACCIÓN Y UTILIZACIÓN ENTRE USUARIOS “INSTITUCIONALES” DE LA GUÍA.**

Se hizo una pequeña encuesta, a todas las personas que contactaron telefónicamente con el Servicio de Aseguramiento para solicitar ejemplares de la Guía, en el momento

de atender la llamada. La encuesta (ver *Encuesta de satisfacción de usuarios de la Guía de Servicios 2003*, página 3 del Anexo 1) se realizó durante los meses de septiembre y octubre a las 52 personas que telefonearon. Con las limitaciones derivadas del método de selección, del tamaño de la muestra y de la baja tasa de respuesta en algunas de las variables analizadas, la encuesta parece poner de manifiesto que (Ver *Resultados de la Encuesta de Satisfacción de usuarios de la Guía de Servicios de la Consejería de Sanidad 2003*, en páginas 4 y 5 del Anexo 1): 1) la Guía es percibida como una herramienta *útil*; 2) En general, el contenido y formato elegidos satisfacen y 3) Consideran necesaria su publicación en formato papel, ya que muchos de los encuestados, aunque conocían la existencia de la Guía, no habían podido consultarla por no disponer de acceso a internet.

- **SATISFACCIÓN DE USUARIOS QUE CONSULTAN LA GUÍA A TRAVÉS DE INTERNET.**

Por las razones antes mencionadas, en este momento todavía no se dispone de resultados.

- **UTILIZACIÓN DE LA GUÍA:**

Al igual que en el caso anterior, el contador se activó en noviembre de 2003, de forma que todavía no disponemos de datos al respecto.

- **SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO**

Se utilizaron dos cuestionarios diferentes para recabar la opinión de los diferentes participantes respecto a la metodología empleada y los resultados obtenidos.

ENCUESTA A COORDINADORES. Se realizó, por correo electrónico, a finales de octubre y el plazo de recepción de encuestas finalizó el 10 de noviembre. El cuestionario se envió a los 18 coordinadores y respondieron 8 (44%). La encuesta se hizo con carácter voluntario y se establecieron mecanismos para garantizar el

anonimato de los que aceptaron responder. La puntuación media global obtenida en los 15 ítems analizados (ver *Cuestionario para coordinadores* en página 6 del Anexo 1) ha sido de 5,5 sobre 7 (tabulados según escala de Likert) (ver *Resultados de la Encuesta de satisfacción a coordinadores* en la página 7 del Anexo 1), reflejando un grado de satisfacción medio-alto con la metodología y resultados del proyecto.

- ❑ **ENCUESTA A INFORMANTES CLAVE** (ver *Cuestionario de evaluación de satisfacción de informantes clave* en página 8 del Anexo 1). Se realizó entre el 16 y 25 de noviembre, con una metodología similar a la anterior. Los resultados que se presentan (Ver *Resultados provisionales de la encuesta de satisfacción a informantes clave* en página 9 del Anexo 1) no son definitivos ya que, de las 84 personas a las que se remitió, hasta este momento se han recibido únicamente 10 encuestas. La puntuación media global obtenida para los 13 ítems considerados ha sido, en este caso, algo menor (4,5 sobre siete), aunque en todos los ítems muy superior a la media, reflejando un grado de satisfacción moderado de los participantes.

- **ACCESIBILIDAD**

Durante el mes de julio, una vez puesta la Guía en la página web, se enviaron 788 cartas informativas personalizadas a responsables de Ayuntamientos, ONGs, centros de salud, etc. En las mismas fechas se distribuyeron en torno a 1.700 ejemplares de la misma carta, esta vez no personalizada, a través de los auxiliares de control de cada una de las Direcciones Generales/Organismos de la Consejería, despacho a despacho y persona a persona. Para evaluar la efectividad de esta medida, durante los meses de septiembre y octubre se hizo una encuesta telefónica a una muestra de 100 personas seleccionadas aleatoriamente (muestreo aleatorio sistemático con sustitución) de un listado de personal de la Consejería de Sanidad. El 61% de los encuestados afirmaron

haber recibido el escrito y, de ellos, otro 57%, había consultado ya la Guía. Ello habla a favor de la utilidad de esta medida ágil, sencilla y de bajo coste y de su posible utilización con otros fines en el futuro.

RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Entre noviembre de 2002 y junio de 2003, el personal del Servicio de Aseguramiento asistió a un total de 13 cursos (dos por persona como media), relacionados con la Gestión de la Calidad y la utilización de herramientas y programas informáticos de uso habitual.

RESULTADOS CLAVE

La homogeneización de formatos, criterios y circuitos de recogida y depuración de la información, ha contribuido a reducir plazos (45 días para la recogida inicial de información frente a 120 en la Guía editada en el año 2001 y cuatro meses para la depuración inicial frente a siete en la Guía del año 2001). El 65% de los participantes se ajustó inicialmente al formato solicitado y el 94% utilizó el correo electrónico como única vía de comunicación.

La información de la Guía está disponible en la página web de la Consejería de Sanidad desde junio de 2003. Se establecieron varias vías alternativas de acceso:

- Directa: www.madrid.org/guia_servicios_sanidad
- Indirectamente, a través de las siguientes rutas:
 - ❖ www.madrid.org/sanidad/ciudadano
 - ❖ www.madrid.org/sanidad/profesional

La primera actualización tuvo lugar en octubre de 2003. Dado que ésta se realiza con carácter bimestral, ha sido la única actualización por el momento. Se identificaron 1.121 claves (8 palabras clave como promedio por cada ficha), con las que se han construido buscadores para facilitar su consulta.

La Guía finalmente contiene información de 14 de las 15 Direcciones Generales/Organismos Autónomos existentes y de 58 de los 91 servicios/unidades que dependen de los mismos. Se han excluido los servicios/unidades de apoyo, sin interés directo ni indirecto para el ciudadano.

En la *Tabla 1*, página 10 del Anexo 1 se muestran de forma detallada los resultados en cuanto a contenido y exhaustividad de cada una de las variables de interés, seleccionadas. En relación con la Guía de Servicios de la Consejería de Sanidad de 2001 (ver *Tabla 2*, en página 11 del Anexo 1), **se ha conseguido mejorar la exhaustividad, utilidad, fiabilidad y accesibilidad**, tal como se planteó en los objetivos iniciales. En el Anexo 2 se adjunta una copia completa en papel de la última versión actualizada de la **Guía de Servicios de la Consejería de Sanidad 2003**, tal como se presenta en la página web.

ANEXO 1

ESTRUCTURA DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD. Evolución 2001-2003

RECURSOS	Año 2001	Año 2003
Direcciones Generales/Organismos Autónomos	6	15
Servicios o unidades	37	91
Presupuesto de gastos (millones de €)	658,5	4.569,7
Recursos humanos (plantilla)	11.880	67.000
Centros de Atención Primaria	3	360
Hospitales	7	23

FICHA TÉCNICA

Objetivo Ofrecer a los ciudadanos una información clara y de fácil acceso sobre todos los servicios que la Consejería de Sanidad tiene a su disposición, sin incluir los de los centros sanitarios, que serán en 2004 motivo de otra publicación bajo el título *Cartera de Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid 2004*.

Diseño 234 fichas estructuradas y homogéneas.

Estructura 10 capítulos, según grandes temas o grupos de servicios. Se añade, al inicio, un resumen de los Derechos y Deberes de los ciudadanos en relación con el Sistema Sanitario Público.

Contenido Cada ficha incluye 11 variables/ítems:

1. Servicio que presta
2. Población a la que va dirigido el servicio
3. Organismo responsable (Unidad y Servicio)
4. Persona responsable (nombre y cargo)
5. Información (Dirección completa, teléfono, fax y e-mail de la persona responsable)
6. Horario de atención al público
7. Medios de transporte (metro, autobús, tren)
8. Normativa aplicable (normas de mayor interés)
9. Procedimiento
10. Información adicional en (identifica otros centros o unidades relacionadas con el servicio, incluyendo direcciones, teléfonos y/o enlaces web)
11. Datos de interés (otros datos importantes para el ciudadano).

SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE LA GUÍA DE SERVICIOS DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD 2003

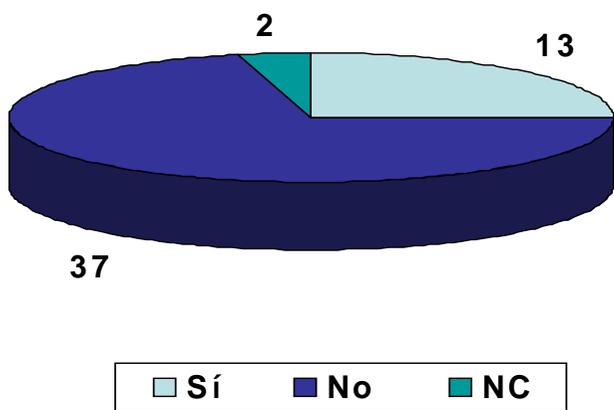
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN. *(Encuesta telefónica. A todos los que llamen interesándose por ella)*

Fecha llamada: / / 2003 Nombre: Organismo del que depende: Dirección:	Nº llamada: Teléfono:
Motivo de la llamada: <input type="checkbox"/> Solicitar ejemplares de la edición en papel de la Guía ⇨ Nº ejemplares: <input type="checkbox"/> Pedir otra información sobre la Guía	
Utilización de la guía <ul style="list-style-type: none"> • Ha consultado ya la guía en la página web ? : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <ul style="list-style-type: none"> ↓ ➤ Si no la ha utilizado/consultado personalmente ¿Cómo la ha conocido?: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Por compañeros de trabajo <input type="checkbox"/> Por un escrito de la Dir. Gral. Aseguramiento <input type="checkbox"/> Por un escrito de mi Direc. Gral o Jefe de Unidad 	
SÓLO PARA LOS QUE YA LA HAN UTILIZADO/CONSULTADO: Por favor, podría darme su opinión sobre	
La utilidad de esta guía para su trabajo: <input type="checkbox"/> Muy útil <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Poco útil	
Contenido de la guía: <ul style="list-style-type: none"> • Considera usted que incluye todos los servicios que interesan al ciudadano? : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. ¿Cuáles echa en falta?: • Considera que la información que proporciona sobre cada uno de los servicios es la más relevante ? : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. ¿Qué otros apartados incluiría usted?: ¿Qué otros excluiría?..... 	
Estructura/Presentación de la información en la página web: <ul style="list-style-type: none"> • Considera útil disponer de la Guía en la página web?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI, pero si se edita también en papel <input type="checkbox"/> NO, prefiero en papel • El acceso a la información de su interés a través del formato web de la Guía le ha resultado?: <input type="checkbox"/> Sencillo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Complicado • Y estéticamente, el diseño de la Guía le ha parecido?: <input type="checkbox"/> Agradable <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> No me ha gustado 	

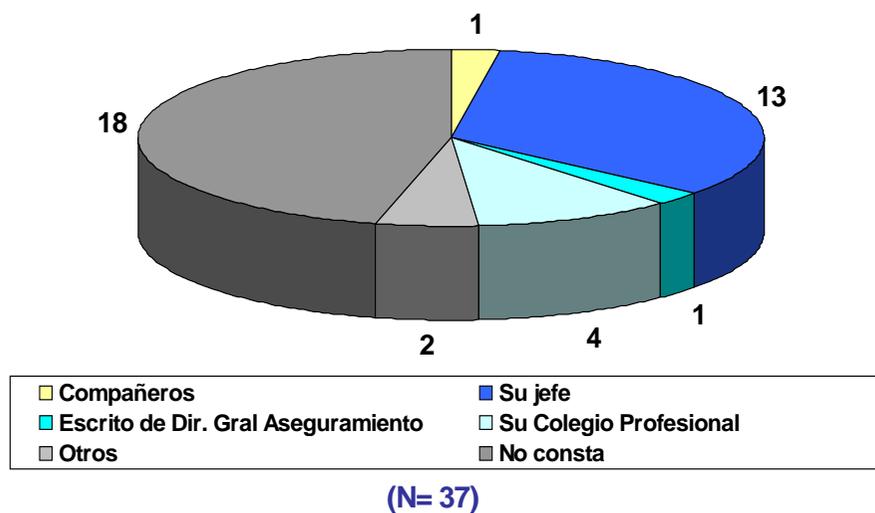
SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA GUÍA

Principales resultados de la encuesta telefónica. Septiembre-octubre 2003

Ha consultado la Guía



Si no la ha consultado, ¿cómo la ha conocido?

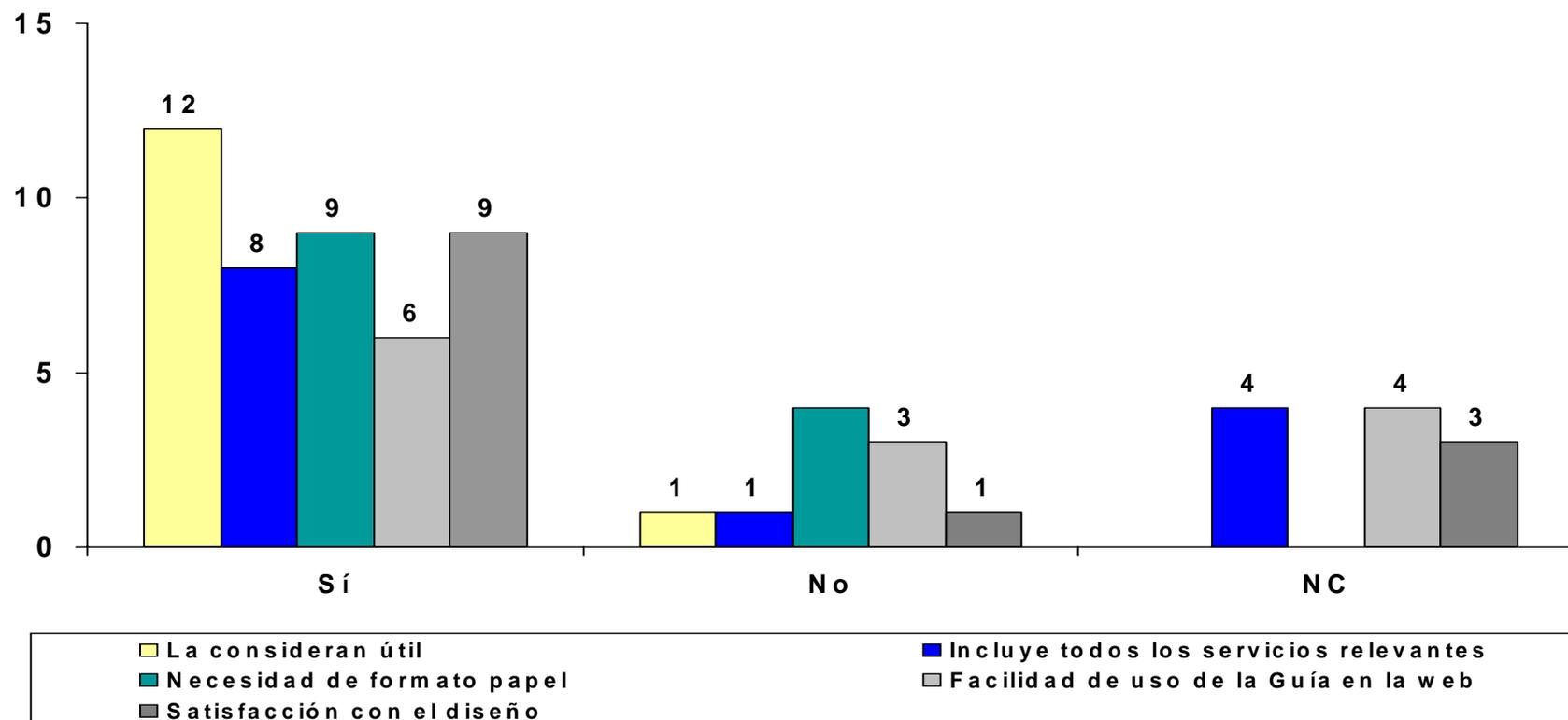


SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA GUÍA

Principales resultados de la encuesta telefónica. Septiembre-octubre 2003

De los que la habían contestado.....

Utilidad percibida, facilidad de acceso y diseño elegido



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS COORDINADORES CON LA GUÍA DE SERVICIOS

Como coordinador en su Dirección General/Organismo de la recogida y depuración de la información para la elaboración de la Guía de Servicios de la Consejería de Sanidad 2003, le agradeceríamos que respondiese este pequeño cuestionario a través del cual queremos conocer su opinión respecto a la metodología seguida y el resultado final obtenido. **Contestarle no le ocupará más de cinco minutos.** La encuesta es **CONFIDENCIAL Y VOLUNTARIA**. Para garantizar el anonimato, le rogamos lo envíen, una vez cumplimentado, a la siguiente dirección de e-mail: unidad.web@madrid.org, con el nombre ENCUESTA COORDINADORES. Desde allí nos lo harán llegar eliminando el remitente. Si lo desea, puede enviarlo también por Fax, al nº: 91 426 9117. Por favor, puntúe de 1 a 7 (1= valor más negativo, 7= valor más positivo) su opinión respecto a cada uno de los siguientes aspectos:

	PUNTOS (de 1 a 7)		PUNTOS (de 1 a 7)
1. Información que ha recibido acerca de sus funciones como coordinador de la Guía.		13. Estructura, configuración y acceso a la información en las distintas pantallas del formato web de la Guía.	
2. Comunicación con los responsables de la guía (Servicio de Aseguramiento).		14. El diseño final de la guía en formato web (aspectos estéticos)	
3. Su participación en la definición de los temas a incluir en la Guía (definición del índice)		15. Utilidad de la Guía para el ciudadano	
4. Uso del correo electrónico como herramienta de comunicación.		Nos gustaría además conocer su OPINIÓN GLOBAL acerca del documento final (contenidos, formato, diseño, estructura..):	
5. Recogida de información a través de formato unificado (tabla de word) e informatizado.			
6. Circuitos establecidos para el intercambio de información.			
7. Indicaciones que ha recibido del equipo coordinador de la Guía (Servicio de Aseguramiento) acerca de la recogida de información y/o cumplimentación de las fichas.			
8. Instrucciones para la cumplimentación del protocolo/ficha de recogida de información (protocolo de cumplimiento.doc).			
9. Plazos establecidos para recoger la información (1 a 7: muy escaso a suficiente).		OBSERVACIONES (Utilice este apartado para incluir cualquier sugerencia o comentario adicional que desee añadir en relación con alguno/s de los quince puntos anteriores):	
10. Plazos establecidos para depurar la información (1 a 7: muy escaso a suficiente).			
11. Los doce ítems/variables incluidos en cada ficha			
12. Metodología propuesta para la actualización periódica de la información de la Guía.		GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.	

Le agradecería que nos lo remitiera, ya cumplimentado, antes del próximo 10 de noviembre

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS COORDINADORES DE LA GUÍA (N=8)

(1= valor más negativo, 7= valor más positivo, según escala de Likert)

	PUNTUACIÓN MEDIA		PUNTUACIÓN MEDIA
1. Información que ha recibido acerca de sus funciones como coordinador de la Guía.	4.88	13. Estructura, configuración y acceso a la información en las distintas pantallas del formato web de la Guía.	5.50
2. Comunicación con los responsables de la guía (Servicio de Aseguramiento).	5.38	14. El diseño final de la guía en formato web (aspectos estéticos)	5.63
3. Su participación en la definición de los temas a incluir en la Guía (definición del índice)	4.88	15. Utilidad de la Guía para el ciudadano	5.75
4. Uso del correo electrónico como herramienta de comunicación .	6.5	<p>Nos gustaría además conocer su OPINIÓN GLOBAL acerca del documento final (contenidos, formato, diseño, estructura..):</p> <p>-</p> <p>OBSERVACIONES (Utilice este apartado para incluir cualquier sugerencia o comentario adicional que desee añadir en relación con alguno/s de los quince puntos anteriores):</p>	
5. Recogida de información a través de formato unificado (tabla de word) e informatizado.	5.88		
6. Circuitos establecidos para el intercambio de información.	5.25		
7. Indicaciones que ha recibido del equipo coordinador de la Guía (Servicio de Aseguramiento) acerca de la recogida de información y/o cumplimentación de las fichas.	5.13		
8. Instrucciones para la cumplimentación del protocolo/ficha de recogida de información (protocolo de cumplimiento.doc).	5.88		
9. Plazos establecidos para recoger la información (1 a 7: muy escaso a suficiente).	5.63		
10. Plazos establecidos para depurar la información (1 a 7: muy escaso a suficiente).	5.63		
11. Los doce ítems/variables incluidos en cada ficha	5.00		
12. Metodología propuesta para la actualización periódica de la información de la Guía.	5.63	Puntuación media global: 5,50	

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS “INFORMANTES CLAVE”.

Como responsable de la recogida y depuración de la información acerca de las actividades que realiza/servicios que presta en la Consejería de Sanidad, para la elaboración de la Guía de Servicios de la Consejería de Sanidad 2003, le agradeceríamos que respondiese este pequeño cuestionario a través del cual queremos conocer su opinión respecto a la metodología seguida y el resultado final obtenido. Contestarlo no le ocupará más de cinco minutos. La encuesta es CONFIDENCIAL Y VOLUNTARIA. Para garantizar el anonimato, le rogamos lo envíen, una vez cumplimentado, a la siguiente dirección de e-mail: unidad.web@madrid.org, con el nombre ENCUESTA. Si lo desea, puede enviarlo también por Fax, al nº: 91 426 9117. Le agradecería que lo hiciese **antes del próximo 25 de noviembre** como fecha límite. Por favor, puntúe de 1 a 7 (1= valor más negativo, 7= valor más positivo, según escala de Likert) su opinión respecto a cada uno de los siguientes aspectos:

	PUNTOS (de 1 a 7)		PUNTOS (de 1 a 7)
1. Información que ha recibido del coordinador/a acerca de sus funciones en relación con la elaboración de la Guía.		11. Estructura, configuración y acceso a la información en las distintas pantallas del formato web de la Guía.	
2. Comunicación con el/la coordinadora de la Guía en su Dirección General/Organismo.		12. El diseño final de la guía en formato web (aspectos estéticos)	
3. Uso del correo electrónico como herramienta de comunicación.		13. Utilidad de la Guía para el ciudadano	
4. Recogida de información a través de formato unificado (tabla de word) e informatizado.		Nos gustaría además conocer su OPINIÓN GLOBAL acerca del documento final (contenidos, formato, diseño, estructura..):	
5. Indicaciones que ha recibido de su coordinador/a acerca de la recogida de información y/o cumplimentación de las fichas.			
6. Instrucciones para la cumplimentación del protocolo/ficha de recogida de información (protocolo de cumplimiento.doc)			
7. Plazos establecidos para la recogida de la información (cumplimentación de cada ficha) (1 a 7: muy escaso a suficiente).			
8. Circuitos establecidos para el intercambio de información		OBSERVACIONES (Utilice este apartado para incluir cualquier sugerencia o comentario adicional que desee añadir en relación con alguno/s de los trece puntos anteriores):	
9. Los doce ítems/variables incluidos en cada ficha			
10. Metodología propuesta para la actualización periódica de la información de la Guía.			

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

RESULTADOS PROVISIONALES DE LA ENCUESTA DE SASTISFACCIÓN A INFORMANTES CLAVE (N=10)

(1= valor más negativo, 7= valor más positivo, según escala de Likert)

	PUNTUACIÓN MEDIA		PUNTUACIÓN MEDIA
1. Información que ha recibido del coordinador/a acerca de sus funciones en relación con la elaboración de la Guía.	4,0	11. Estructura, configuración y acceso a la información en las distintas pantallas del formato web de la Guía.	4,9
2. Comunicación con el/la coordinadora de la Guía en su Dirección General/Organismo.	3,8	12. El diseño final de la guía en formato web (aspectos estéticos)	4,9
3. Uso del correo electrónico como herramienta de comunicación.	5,7	13. Utilidad de la Guía para el ciudadano	5,3
4. Recogida de información a través de formato unificado (tabla de word) e informatizado.	4,5	Nos gustaría además conocer su OPINIÓN GLOBAL acerca del documento final (contenidos, formato, diseño, estructura..):	
5. Indicaciones que ha recibido de su coordinador/a acerca de la recogida de información y/o cumplimentación de las fichas.	3,7		
6. Instrucciones para la cumplimentación del protocolo/ficha de recogida de información (protocolo de cumplimiento.doc)	4,1		
7. Plazos establecidos para la recogida de la información (cumplimentación de cada ficha) (1 a 7: muy escaso a suficiente).	4,0		
8. Circuitos establecidos para el intercambio de información	4,0		
9. Los doce ítems/variables incluidos en cada ficha	4,6	OBSERVACIONES (Utilice este apartado para incluir cualquier sugerencia o comentario adicional que desee añadir en relación con alguno/s de los trece puntos anteriores):	
10. Metodología propuesta para la actualización periódica de la información de la Guía.	5,0		

PUNTUACIÓN MEDIA GLOBAL= 4,5

Tabla 1. EXHAUSTIVIDAD DE LA INFORMACIÓN SEGÚN VARIABLES DE INTERÉS

VARIABLES DE INTERÉS	Fichas con información (%)	Tipo de información	OBSERVACIONES
Servicio prestado	100		
Población a la que se dirige el servicio	100	Población general Colectivos de población específicos Profesionales sanitarios Empresas e industrias ONG y asociaciones autoayuda Otros	Un mismo servicio puede ir dirigido a diferentes tipos de población diana
Organismo responsable	100	En más del 76% de los casos, figura la identificación completa de la persona responsable, con nombre y apellidos. En el resto, se indica únicamente el Servicio o unidad responsable,	En el 24% de las fichas figura más de una persona responsable
Persona responsable	98		
Dirección de contacto: • Dirección completa • Teléfono • Fax • E-mail	93,6 91,8 83,3 97,4	En el 11% de las fichas figuran 2 o más teléfonos de contacto 67% figura un e-mail particular. En el resto, se ha optado por incluir un e-mail no personal o institucional.	La no inclusión de dirección, teléfono o e-mail de contacto responde, en todos los casos, en que ha sido así requerido por el propio Servicio o Dirección General/Organismo Autónomo, por motivos de confidencialidad, o porque son servicios a los que el ciudadano no accede directamente, sino a través de derivación o tras valoración previa del caso.
Horario de Atención	86,7		
Medios de transporte más cercanos	94		
Normativa aplicable: • 1 referencia • dos o más referencias	70 31 69	Total referencias incluidas en la Guía: 390 (promedio de referencias por ficha: 1,7) Total de normas/leyes citadas: 229	Creación de enlaces directos a toda la normativa relacionada, con posibilidad de imprimirla en el momento de la consulta
Procedimiento	75,2		
Información adicional	65,4		
Datos de interés	51,7		
Enlaces de interés	72,6	El 85,3% conectan con otras páginas web El 14,7% conectan con otras páginas de la Guía	Total enlaces = 170

TABLA 2. COMPARACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LA GUÍA DE SERVICIOS DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD 2001 Y 2003.

	Guía Año 2001	Guía Año 2003
Nº Fichas	139	234
Nº variables por ficha	7	11
Enlaces a otras páginas web	NO	SI (Total: 170)
Procedimiento	En el 27%	En el 75%
Normativa	En el 15%	En el 70%, con enlace directo a la misma
Información adicional de interés	En el 12%	En el 65%, con enlaces directos a otras páginas web.
Actualización	Cada dos-tres años	Bimestral
Formato de edición	Papel + formato web (1 año después) no controlado	Formato web al mes de terminar la recogida de información + formato papel*
Ejemplares distribuidos	1.500	5.000*
Buzón de sugerencias en formato web	NO	SI
E-mail de persona/responsable	NO	SI
Buscadores en formato web	NO	1.121

(* Pendiente hasta febrero-marzo de 2004)

*Dirección General
de Calidad de los Servicios
y Atención al Ciudadano
Vicepresidencia Segunda y
Consejería de Justicia e Interior*

Tel.: 91 720 93 52

Fax: 91 720 93 88



Comunidad de Madrid