



**IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA
ISO 9001:2000, EN UNA UNIDAD DE
ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES**

INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN O HIPÓTESIS DE PARTIDA

La finalidad de la introducción de Sistemas de gestión de Calidad, es la mejor atención de las necesidades de las personas destinatarias de su acción, a través de la mejora de su gestión.

Si nos planteamos qué proporciona la calidad, nos podemos encontrar que la calidad proporciona:

- Una mejor orientación a las necesidades de los clientes y patrocinadores, es decir, de los usuarios de nuestro servicio.
- Facilita una adaptación rápida a los cambios
- Fomenta la participación en los servicios de los usuarios y de todos los demás implicados
- Aporta un aprendizaje continuo, que permite mejorar.
- Aporta información actualizada de la gestión del programa y orienta al programa hacia la mejora continua

Los principios fundamentales de la Calidad son:

- Consecución de la plena satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente (interno y externo)

- Desarrollo de un proceso de mejora continua en todas las actividades y procesos llevados a cabo en la organización (implantar la mejora continua tiene un principio pero no un fin)
- Total compromiso de la Dirección y un liderazgo activo de todo el equipo directivo
- Participación de todos los miembros de la organización y fomento del trabajo en equipo hacia una gestión de Calidad Total
- Inclusión del proveedor en el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización, dado el papel fundamental de éste en la consecución de la calidad del servicio.
- Identificación y gestión de los procesos clave de la organización, superando las barreras departamentales y estructurales que esconden dichos procesos
- Toma de decisiones de gestión basada en datos y hechos objetivos sobre gestión basada en la intuición. Dominio del manejo de la información.

La Calidad es un concepto polisémico y se ha definido de muchas maneras por distintos expertos:

- Calidad es el conjunto de cualidades de un producto o servicio, que lo hacen apreciable o preferible por un colectivo de clientes. Filosofía de gestión basada en la orientación y satisfacción al cliente. Práctica basada en el cambio y la mejora permanente de los procesos de producción y prestación de una organización.
- Término utilizado para describir las características de un producto y/o un servicio. Estas características deben ser medibles en términos cualitativos y cuantitativos
- Definición en la Norma ISO (Norma ISO 9000:2000) “La facultad de un conjunto de características inherentes a un producto, sistema o proceso, para cumplir los requisitos de los clientes y de otras partes”
- Definición de AFNOR (Asociación Francesa para la Normalización) para la gestión de calidad en servicios de salud: “Calidad es el conjunto de características evaluables que confieren al proceso de producción de pro-

ductos intermediarios o finales, y de prestación de servicios intermedios o finales hospitalarios, la aptitud de satisfacer las necesidades expresadas e implícitas del beneficiario de la asistencia y que satisfacen efectivamente al enfermo”

- Definición del Institute for Research of Quality (University of London), para los servicios públicos dependientes de la administración local “El grado de cumplimiento con los estándares acordados, así como el grado en que estos estándares están relacionados con las prioridades y necesidades de los usuarios, según los recursos que se disponen y otras limitaciones locales”

Otra serie de definiciones que deberíamos tener en cuenta son:

- Control de la Calidad: Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar la confianza adecuada en que la calidad del servicio de una organización satisfará los requisitos exigidos

- Gestión de la Calidad Total (TQM): La concepción actual de la gestión de la calidad se basa en los siguientes principios: orientación de los resultados, orientación al cliente, liderazgo y constancia en los objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo de alianzas y responsabilidad social

Modalidad de gestión de calidad en la que toda la organización y sus miembros están implicados en conseguir satisfacer las expectativas de los clientes

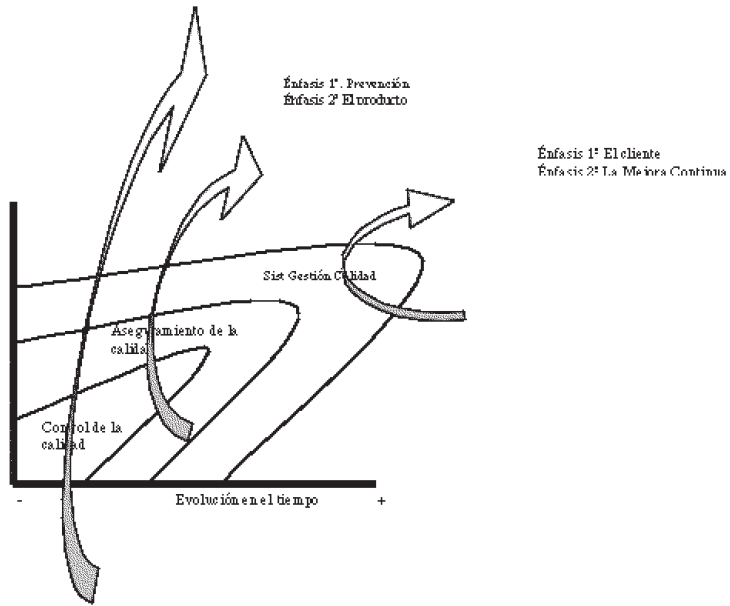
- Sistema de Calidad: Conjunto de la estructura de la organización, responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad de una entidad

La evolución del concepto y la práctica de la calidad han variado en el tiempo. En una primera etapa en la gestión de la calidad se llamo Control de Calidad, centrándose en técnicas de inspección aplicadas a la producción

Posteriormente nace el Aseguramiento de la Calidad, fase que persigue garantizar un nivel continuo de la calidad del producto o servicio proporcionado

Una tercera etapa de Sistema de Gestión de la Calidad, un sistema de gestión organizacional íntimamente relacionado con el concepto de mejora continua y que incluye las dos fases anteriores

Finalmente se llega a lo que se conoce como Calidad Total, con un mayor enfoque hacia los procesos



Fte: Calidad en ONG de Acción Social

La Calidad se puede considerar una filosofía, una estrategia, una práctica, un sistema de gestión.

- La Calidad como filosofía, se basa en una filosofía según la cual todas las personas de una organización aprenden, practican, participan y fomentan la mejora continua
- La Calidad como estrategia, se ha convertido en un factor estratégico clave del que dependen la mayor parte de las organizaciones

- Para mantener su posición en el mercado
- Para asegurar su supervivencia
- La Calidad como practica, es un modo de hacer que aporta valor añadido a los resultados de una organización
- La Calidad como sistema de gestión, es el proceso de identificar, aceptar, satisfacer y superar constantemente las expectativas y necesidades de todos los colectivos humanos relacionados con la organización (clientes, empleados, directivos, propietarios, proveedores) con respecto a los productos y servicios que éste proporciona.

Qué ventajas podemos encontrar al implantar un Sistema de Gestión de Calidad:

- Satisfacer las necesidades, intereses y expectativas de nuestros clientes
- Conseguir una imagen de excelencia, credibilidad y calidad
- Mejorar nuestra eficacia y nuestra eficiencia
- Conseguir ordenar y sistematizar lo que hacemos
- Evaluar lo que ya hacemos
- Disponer de más información para la toma de decisiones
- Realizar los cambios que la organización necesite
- Aprovechar una metodología de gestión ampliamente comprobada
- Motivar a los profesionales que trabajan en la organización
- Identificar los recursos necesarios para la consecución de los objetivos marcados
- Favorecer la investigación, estimulando el estudio de las líneas de mejora de calidad en nuestra organización.
- Encaminar la gestión hacia la mejora continua.

Con toda esta serie de conceptos claros hay que plantearse qué requisitos son necesarios:

- La implantación de un sistema supone un cambio cultural dentro de la organización, lo que requiere su tiempo y un importante esfuerzo inicial
- Implica la realización sistemática de algunas actividades a las que no estamos muy acostumbrados, entre los que cabe destacar la necesidad de autoevaluación
- Requiere trabajar las resistencias
- Necesita el liderazgo de la Dirección

SUJETOS O PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO

La UNIDAD DE TRATAMIENTO Y ESTUDIO DE LAS DEPENDENCIAS (UTED) es un dispositivo asistencial a drogodependientes en el que se desarrollan proyectos específicos dirigidos a distintos perfiles de los mismos.

Ubicado en la calle del Doctor Santero nº 18, depende de Cruz Roja Española en la Comunidad de Madrid, y mantiene convenio con la Agencia Antidroga, organismo que pertenece a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma.

Este Centro se considera de segundo nivel, ya que los pacientes acceden a él previa derivación desde los distintos CAID de la Agencia Antidroga y de otros dispositivos de Cruz Roja.

En él se desarrolla un tratamiento integral y gratuito, incluyéndose a 275 pacientes en los distintos proyectos descritos a continuación.

1. Pacientes en tratamiento con metadona y diagnóstico de patología dual así como pacientes de atención psiquiátrica.
2. Pacientes en tratamiento con metadona y consumo activo de cocaína.
3. Pacientes en tratamiento con otros agonistas opiáceos, o en tratamiento con prescripción ambulatoria de buprenorfina.

4. Pacientes con adicción a cocaína y otros psicoestimulantes (programa con acceso directo al tratamiento, sin necesidad de una derivación previa de otro dispositivo).
5. Pacientes en tratamiento con metadona y tuberculosis activa.
6. Pacientes con abuso y/o dependencia alcohólica (programa con acceso directo al tratamiento, sin necesidad de una derivación previa de otro dispositivo).

DESCRIPCION DEL MATERIAL Y METODO EMPLEADOS

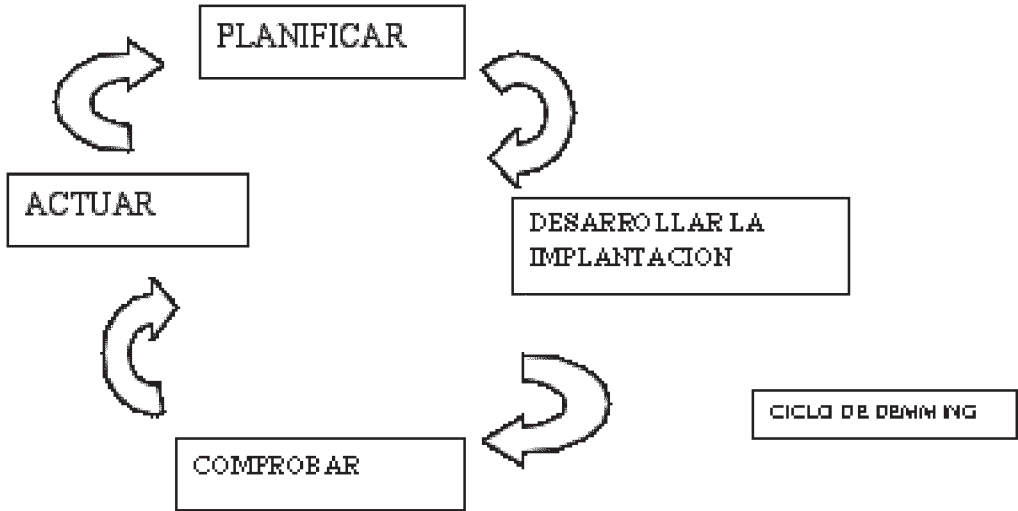
La UNIDAD DE TRATAMIENTO Y ESTUDIO DE LAS DEPENDENCIAS ha establecido, documentado e implantado, y mantiene, con objeto de mejorar continuamente, un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000. En noviembre de 2001 se obtuvo la certificación de la Norma UNE-EN ISO 9001:2000 de Sistemas de Gestión de la Calidad, por AENOR, con número de certificación ES-1598/2001.

Este sistema ha sido desarrollado de manera que sea compatible con otras normas de sistemas de gestión internacionalmente reconocidos (por ejemplo, la Norma ISO 14001:96).

Para la implantación del Sistema se han tenido en cuenta:

- la identificación de los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.
- La secuencia e interacción de estos procesos.
- La determinación de métodos y criterios para asegurar que tanto la operación como el control de los procesos son eficaces.
- La medición, seguimiento y análisis de los procesos, y la adopción de las acciones necesarias para lograr los resultados planificados y la mejora continua.

El esquema de acción de la implantación del Sistema de Calidad:



Iniciamos la planificación:

Paso 1: Establecemos el compromiso inicial de la organización.

Necesitamos conocer la situación actual de nuestra organización, para poder determinar nuestro punto de partida.

“Informarse antes de decidir”

“Evaluar los pros y los contras”

“Tomar una decisión”

Paso 2: Organizamos la implantación.

Necesitamos preparar el terreno. Para ello hay que:

- Elegir responsables. Nombrar la Dirección de Calidad y el Comité de Calidad
- Realizar la primera autoevaluación
- Analizar resultados
- Comunicar los resultados de la autoevaluación a toda la organización
- Realizar el plan de implantación y comunicar el plan a todas las personas de la organización

Paso 3: Necesitamos formación

- Detectamos las necesidades de formación
- Confeccionamos un programa formativo
- Evaluamos las acciones formativas
- Continuamos en cascada la formación en gestión de calidad
- Realizamos otro tipo de acciones formativas

Desarrollamos la implantación:

En esta fase realizamos lo establecido en el plan de implantación. Necesitando:

- Elaborar un mapa de procesos
- Desarrollar procesos estratégicos
- Adaptar los procesos de atención al usuario final
- Desarrollar los procesos de apoyo

Comprobamos:

1. Mediante la auditoría interna

Requiere:

- Definir los objetivos
- Formar y cualificar a los auditores internos
- Realizar la auditoria
- Analizar las desviaciones y proponer acciones correctoras

2. Mediante la revisión del sistema por la Dirección
3. A través de auditoria externa

Actuamos:

Realizamos un plan de mejora

Organizamos equipos de mejora

Y otra vez comienza el ciclo....

La POLITICA DE LA CALIDAD establecida en la UTED, es la que se desarrolla a continuación:

Para que la UNIDAD DE TRATAMIENTO Y ESTUDIO DE LAS DEPENDENCIAS (el CENTRO) sea capaz de prestar el servicio que solicitan sus usuarios, las entidades patrocinadoras y la sociedad en general, es necesario que la idea de Calidad esté presente en todas las actividades y decisiones de la organización y que todo su personal asuma que:

Cada persona es responsable de la calidad de su propio trabajo.

Ello constituye un objetivo estratégico del CENTRO, así como la prestación de unos servicios cuyo nivel de calidad satisfaga las demandas de la sociedad y adecuados a la legislación vigente.

Para ello la política adoptada por el CENTRO es trabajar, bajo un Sistema de la Calidad documentado y verificado regularmente en su adecuación y eficacia.

Todo el personal tiene la obligación de conocer y cumplir lo establecido en la documentación del Sistema de la Calidad.

El Sistema de la Calidad implantado tiene como objetivos generales:

- Proporcionar un proyecto de atención individualizada a cada usuario, conociendo, de manera pormenorizada, sus situación e intención de cambio.
- Disminuir la morbimortalidad por tuberculosis en los usuarios del CENTRO, y por extensión en nuestro medio, mejorando la vigilancia epidemiológica.
- Proporcionar las estrategias necesarias a fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios.
- Mantener y fomentar las actividades de docencia y supervisión, así como ampliar la iniciativa en materia de investigación.

Todo ello asegurando el compromiso de la Presidencia de CRUZ ROJA ESPAÑOLA COMUNIDAD DE MADRID sobre el cumplimiento de los requisitos legales aplicables y los del cliente, y garantizando una mayor eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad en la vía de la mejora continua.

Los objetivos generales anteriormente citados se concretarán en objetivos específicos medibles. El seguimiento de los objetivos se realiza con la periodicidad que se fije en cada caso.

La difusión de la política y los objetivos de la calidad es responsabilidad del Gestor de la Calidad.

El Manual de la Calidad, así como los documentos de calidad referenciados en el mismo y que lo desarrollan son de aplicación en todo el ámbito del CENTRO.

El Presidente de CRUZ ROJA ESPAÑOLA, COMUNIDAD DE MADRID, y su equipo directivo están convencidos de que este camino servirá para incrementar la cultura de calidad de todo el personal del CENTRO.

Para obtener los objetivos y la política de calidad marcados, existen una serie de indicadores para el desarrollo de los procesos del CENTRO, que se muestran a continuación

INDICADORES PARA LOS PROCESOS DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO Y ESTUDIO DE LAS DEPENDENCIAS

- I1 = N° de derivaciones aceptadas en el Centro x 100 / N° derivaciones totales de la Agencia Antidroga.
- I2 = N° de plazas cubiertas x 100 / N° de plazas disponibles.
- I3 = N° de usuarios que continúan en proyecto desde su ingreso x 100 / N° total de usuarios.
- I4 = N° de asistencias a citas programadas x 100 / N° de citas programadas.
- I5 = N° de derivaciones a la red social para la cobertura de necesidades básicas x 100 / N° necesidades básicas detectadas.
- I6 = N° de pacientes de tuberculosis realizan tratamiento x 100 / N° total de pacientes a los que se les detecta la enfermedad.
- I7 = N° de pacientes que recogen semanalmente x 100 / N° total de pacientes que toman sustitutivos.
- I8 = N° de controles toxicológicos realizados al mes / N° total de pacientes.
- I9 = $\text{Material desechado por caducidad x 100 / Material almacenado.}$
- I10 = N° incidencias detectadas con los proveedores x 100 / N° de pedidos realizados.
- I11 = N° de mantenimiento de equipos realizados.

- I12 =Nº de cursos evaluados como efectivos x 100 / Nº de cursos recibidos por el personal.
- I13 =Nº de cursos realizados por persona y año
- I14 =Nº de contestaciones a las reclamaciones x 100 / Nº de reclamaciones
- I15 =Nº de no conformidades detectadas en las auditorias x 100 / Nº total de no conformidades detectadas.
- I16 =Nº de acciones correctivas abiertas x 100 / Nº de acciones correctivas totales.
- I17 =Nº de acciones preventivas surgidas de revisión del sistema.
- I18 =Nº de acciones que suponen mejoras sistema x 100 / Nº de acciones planificadas para la mejora.
- I19 =Nº de necesidades cubiertas de formación x 100 / Nº de necesidades detectadas de formación para los usuarios
- I20 =Nº de personas contratadas x 100 / Nº de personas en itinerario laboral.

Cruz Roja Española			Cuadro resumen de indicadores UTED Dr. Santoro.											año: 2004 pág 1 de 2 fecha:	
índic	Objetivos	crit.acept.	concepto	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septbre	octubre	novbr	diciere
I ₇	> 40%	> 35%	Tomas prescritas	41.6%	43.22%	50%	42.37%	46.79%	43.93%	44.54%	50%	51.51%	50.94%	56.19%	58.41%
I ₈		≥ 1	Controles toxicológicos	1.31	1.23	1.28	1.03	1.01	1.06	0.98	1.11	1.06	1.06	1.14	1.1
				ene/feb		mar/abr		may/jun		jul/ago		sep/oct		nov/dic	
I ₁₀		< 5%	Incidencias	6.66%		< 5%		< 5%		< 5%		< 5%		< 5%	
				1er trimestre				2º trimestre			3er trimestre		4º trimestre		
I ₁₁		> 95%	Derivaciones de usuarios	100%				100%			100%		100%		
I ₁₁		> 95% < 105%	Plazas del Centro	115%				104%			107%		96.66%		
I ₁₂	> 80%	> 75%	Citas usuarios	86.51%				85.38%			84.46%		83.49%		
I ₁₃	> 85%	> 80%	Derivaciones	89.55%				88.90%			84.75%		85.17%		
I ₁₄		< 25%	Acciones correctivas	0%				0%			100%		0%		
I ₁₆		> 75%	Formación Usuarios	89.28%				84.21%			100%		100%		

			enero/junio	julio/diciembre	
I ₁	> 85 %	> 80%	Usuarios (Coordinador)	80,42%	84,79%
I ₁₁		> 80%	Cursos de formación	96,77%	95,60%
I ₄	> 80%	> 70%	Usuarios (DUE)	100%	100%
I ₁₆		100%	Constitución reclamaciones	100%	No se han producido reclamaciones
I ₁₇		≥ 1%	Acciones preventivas	1	3
I ₁₀	> 10 %	≥ 8%	Personas contactadas	10,71%	8,8%
				enero/diciembre	
I ₆		< 5%	Material almacenado	4,23%	
I ₁₁		≥ 1%	Equipos a mantener	2,92%	
I ₁₁		1- 5%	Cursos de formación	Dentro de rango	
I ₁₅		< 50%	No conformidades	33,3%	
I ₁₄		> 50%	Acciones de mejora	85,7%	


CUADRO DE PROCESOS E INDICADORES

Fecha:

ENTRADAS	PROCESO	SALIDAS	PROPIET.	OPERACIÓ	INDICADOR	VARIABLES	REGISTRO	SEGUIMIENT
<ul style="list-style-type: none"> Usuarios Derivaciones Admisión directa 	Admisión de usuarios	<ul style="list-style-type: none"> Usuarios admitidos Derivaciones revisadas Informe de aceptación del Coordinador 	Coordinación	1.AS.01	$I_1 > 95\%$ $95\% < I_2 < 105\%$	Derivaciones de usuarios. Plazas del centro.	Registro Medición Indicador 1 Registro Medición Indicador 2	Trimestral Trimestral
<ul style="list-style-type: none"> Usuarios admitidos Derivaciones revisadas Informe de aceptación del Coordinador 	Atención: <ul style="list-style-type: none"> Médica Social Farmacéutica Psicológica 	Registros de la planificación, ejecución y seguimiento de los servicios realizados (ver 1.AS.03)	Coordinador, Médica, T. Social y S. Mental DUE	1.AS.03 2.AS.03 3.AS.01	$I_3 > 80\%$ $I_4 > 75\%$ $I_5 > 80\%$	Usuarios Citas usuarios Derivaciones	Reg. Med. I ₃ Reg. Med. I ₄ Reg. Med. I ₅	Semestral Trimestral Trimestral
<ul style="list-style-type: none"> Hoja de tratamiento con Metadona 	Dispensación	<ul style="list-style-type: none"> Hoja de Tratamiento con Metadona cumplimentada Cuaderno de Contabilidad Diaria de Metadona 	Farmacia	1.AS.03 2.AS.01 2.AS.02	$I_7 > 35\%$	Tomas semanales	Reg. Med. I ₇	Mensual

ENTRADAS	PROCESO	SALIDAS	PROPIET.	OPERACIÓ	INDICADOR	VARIABLES	REGISTRO	SEGUIMIENT
<ul style="list-style-type: none"> • Parches • Hoja de Controles Toxicológicos • Orina • Cuaderno de analíticas 	Controles toxicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Parches: <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Controles Toxicológicos cumplimentada • Parches usados • Estadillo • Historia Clínica • Orina: <ul style="list-style-type: none"> • Orina • Cuaderno de Analíticas • Historia Clínica 	Farmacia DUE	1.AS.03 2.AS.01	$I_9 \geq 1$	Controles toxicológicos	Reg. Med. I ₉	Mensual
• Productos comprados	Almacenamiento y conservación	• Productos almacenados	Farmacia	1.SU.01 1.AS.04	$I_9 < 5\%$	Material almacenado	Reg. Med. I ₉	Anual
• Necesidades de compra	Compras y contrataciones / Proveedores	<ul style="list-style-type: none"> • Productos comprados • Libro Oficial de Contabilidad de Salidas de Estupefacientes • Pedidos revisados • Albaranes firmados • Cuaderno de Entrada de Medicación 	Asociación Farmacia	1.SU.01 1.SU.02 2.SU.01	$I_{10} < 5\%$	Incidencias	Reg. Med. I ₁₀	Bimensual
<ul style="list-style-type: none"> • Contratos realizados por CRUZ ROJA ESPAÑOLA • Necesidades de mantenimiento 	Mantenimiento de equipos	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos calibrados • Certificados de calibración 	Farmacia	1.AS.06	$I_{11} \geq 1$	Equipos a mantener	Reg. Med. I ₁₁	Anual

ENTRADAS	PROCESO	SALIDAS	PROPIET.	OPERACIÓ	INDICADOR	VARIABLES	REGISTRO	SEGUIMIENT
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitudes de formación • Plan de Formación • Información sobre cursos, seminarios, conferencias, etc. publicada en medios de comunicación escritos o transmitida por los diferentes profesionales del CENTRO 	Formación interna	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de Formación • Acreditaciones de la formación • Evaluación de las actividades formativas • Personal formado 	Coordinador	1.FI.01	$I_{12} > 80\%$ $1 < I_{13} < 5$	Cursos de formación	Reg. Med. I ₁₂ Reg. Med. I ₁₃	Semestral Anual
• Insatisfacción de los usuarios	Reclamaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas a usuarios • Reclamaciones documentadas • Fichas de reclamación • Acciones correctivas 	Coordinador	1.AS.05	$I_{14} = 100\%$	Contestaciones reclamaciones	Reg. Med. I ₁₄	Semestral
<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de requisitos • Auditorías internas 	No conformidades	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de no conformidad cumplimentados • Acciones correctivas 	Coordinador	1.GC.02	$I_{15} < 50\%$	No conformidades	Reg. Med. I ₁₅	Anual
<ul style="list-style-type: none"> • No conformidades • Reclamaciones • Incidencias 	Acciones correctivas	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de acción correctiva cumplimentados 	Coordinador	1.GC.03	$I_{16} < 25\%$	Acciones correctivas	Reg. Med. I ₁₆	Trimestral

ENTRADAS	PROCESO	SALIDAS	PROPIET.	OPERACIÓ	INDICADOR	VARIABLES	REGISTRO	SEGUIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de los registros de calidad generados ▪ Propuestas 	Acciones preventivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes de acción preventiva cumplimentados 	Coordinador	1.GC03	$I_{17} > 1$	Acciones preventivas	Reg. Med. I ₁₇	Semestral
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de datos: <ul style="list-style-type: none"> ♦ Satisfacción del cliente ♦ Conformidad con los requisitos de los servicios ♦ Características y tendencias de los procesos y de los servicios ♦ Proveedores ♦ Resultados de las auditorías ♦ Retroalimentación del cliente ♦ Estado de las acciones correctivas y preventivas ♦ Acciones de seguimiento de revisiones por la Dirección previas ♦ Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad 	Mejora continua	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión del Sistema ▪ Acciones de mejora 	Gestor de calidad	1.GC05	$I_{18} > 50\%$	Acciones de mejora	Reg. Med. I ₁₈	Anual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demandas usuarios formación 	Atención sociolaboral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cursos realizados usuarios 	Área sociolaboral	1.AS03 2.AS03 3.AS01	$I_{19} > 75\%$	Usuarios demandan formación	Reg. Med. I ₁₉	Trimestral

ENTRADAS	PROCESO	SALIDAS	PROPIET.	OPERACIÓ	INDICADOR	VARIABLES	REGISTRO	SEGUIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuarios en búsqueda empleo 	Atención sociolaboral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrataciones 	Área sociolaboral y Coordinador	1.AS03 2.AS03 3.AS01	$I_{20} \geq 8\%$	Usuarios demandan empleo	Reg. Med. I ₂₀	Semestral

Para conocer el grado de satisfacción y la evolución de la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad, anualmente se realiza a los usuarios la siguiente encuesta de satisfacción.

Buenos días, Cruz Roja está realizando una investigación sobre la calidad del servicio que presta en sus centros. Si pudiera dedicarnos unos minutos de su tiempo, nos sería de mucha ayuda. Gracias.

A continuación voy a hacerle una serie de preguntas que tienen que ver con el trato y los servicios que recibe en este centro. El cuestionario es totalmente anónimo.

1. Valore la atención que recibe en el centro, de 1 a 5, siendo 5 lo más positivo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Valore el tratamiento que recibe en el centro, de 1 a 5, siendo 5 lo más positivo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Cuando tiene cita con cualesquiera de las áreas profesionales y acude a su hora ¿cuál es el tiempo medio de espera desde la hora en que está citado hasta que es atendido?

Menos de 10 min.	Entre 10 y 20 min.	Más de 20 min.
------------------	--------------------	----------------

4. ¿Cuál es el tiempo medio de espera desde que se solicita la toma de medicación hasta que se le dispensa?

Menos de 10 min.	Entre 10 y 20 min.	Más de 20 min.
------------------	--------------------	----------------

5. Valore de 1 a 5, siendo 5 lo más positivo el tiempo que transcurre desde que solicita una cita con las distintas Áreas profesionales, hasta que le dan la misma:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Valore de 1 a 5, siendo 5 lo más positivo, la utilidad de los controles toxicológicos en su tratamiento.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Considere usted los fines con que se utilizan los controles toxicológicos en su tratamiento. (puede marcar más de una respuesta).

Suscetadores	Para refuerzo personal	
Para asegurarse el blanco	Para asegurar privilegios	
Otros	No lo sé	

8. ¿Considera Ud. que el tratamiento que recibe en el centro ayuda u orienta también a su familia?

si	no	no lo sé
----	----	----------

9. Valore de 1 a 5, siendo 5 lo más positivo, si durante su tiempo de tratamiento se siente bien atendido por el Área Sanitaria (Medicina y/o Enfermería)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Valore de 1 a 5, siendo 5 lo más positivo, si durante su tiempo de tratamiento se siente bien atendido por el Área de Salud Mental (Psiquiatría y/o Psicología)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Valore de 1 a 5, siendo 5 lo más positivo, si durante su tiempo de tratamiento se siente bien atendido por el Área Socio-Laboral

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Una vez fijado el tratamiento, prefiere: (marque una X en el recuadro correspondiente)

Verificar/cambiar a recoger los medicamentos / abastecida.	
Verificar/cambiar a la consulta médica.	
Acudir/cambiar a la oficina.	
Construir el tratamiento al acudir al centro (derivado a farmacia, espejal, centros de atención primaria...).	
Seguir integradamente el tratamiento en el centro (médico, psicológico, social y farmacológico).	

13. Valore de 1 al 5, siendo 5 lo más positivo, las instalaciones del centro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Valore de 1 a 5, siendo 5 lo más positivo, la limpieza e higiene del centro

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Durante el tiempo que lleva en tratamiento en este centro ¿recuerda alguna situación que le haya hecho temer por su seguridad personal o por la de los trabajadores?

si	no	no me acuerdo
----	----	---------------

16. Valore de 1 al 5, siendo 5 lo más positivo, si durante los últimos meses ha notado cambios en relación a su calidad de vida

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. ¿Cree que en el tratamiento realizado se mantiene la confidencialidad de forma adecuada?

si	a veces	no	no lo sé
----	---------	----	----------

18. Según usted ¿qué mejoras relacionadas con los servicios o instalaciones podrían ofrecerse en este centro?

Como información adicional nos sería de gran utilidad conocer algunos de sus datos, muchas gracias por su tiempo:

Sexo	libre	casado	Edad	- 13 años	de 14 a 20	de 21 a 30	de 31 a 40	+ 41
------	-------	--------	------	-----------	------------	------------	------------	------

Estado civil	soltero	casado	separado/divorciado	viudo	otro
--------------	---------	--------	---------------------	-------	------

Nivel de estudios	sabe leer y escribir		
	graduado escolar		
	bachiller		
	formación profesional		
	universitario o posgrado		
	otro, ¿cuál?		

Profesión: _____

Situación laboral	trabajando	
	en paro	
	otra, ¿cuál?	

Tiempo de tratamiento: _____ (por favor especifique si se trata de años o meses)

A RELLENAR POR CRUZ ROJA:

Cuestionario N°: _____

Fecha entrevista: _____

Entrevistador: _____

Los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) utilizados en el centro, tienen el mismo formato, con una primera página o portada y a continuación el número de páginas que sean necesarias.

Portada y encabezamiento:

Como encabezamiento de la primera página aparece:

- Los datos del centro
- Grupo al que pertenece el procedimiento normalizado.
- Título del PNT
- Número de código, con dos letras que identifican el tipo de procedimiento de que se trata y tres números que identifican el procedimiento
- Paginación individual respecto al total de páginas.
- El número que identifica la edición
- Fecha de aprobación
- Índice
- Persona que lo ha elaborado, fecha y firma.
- Persona que lo ha revisado y aprobado, fecha y firma
- Control de modificaciones.Código: PG/00

Cruz Roja Española	PROCEDIMIENTO GENERAL	Código: PG/00 Página X de Y
		Edición: Fecha:

ELABORACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO

Índice

1. Objetivo y alcance
2. Referencias
3. Definiciones

4. Realización

- 4.1. Apartados de los procedimientos
- 4.2. Redacción de los procedimientos
- 4.3. Distribución
- 4.4. Revisión y control de cambios

5. Registros

6. Instrucciones Técnicas/Protocolos

7. Anexos

1. OBJETIVO Y ALCANCE

Definir los distintos tipos de procedimientos de trabajo, los apartados de los mismos, y la información a incluir en cada uno de estos apartados, con el fin de facilitar su entendimiento y lectura.

2. REFERENCIAS

Hace alusión al Capítulo del Manual de Calidad o al Procedimiento en el que se relaciona.

3. DEFINICIONES

3.1. Procedimiento:

Conjunto de operaciones que deben realizarse, precauciones que han de tomarse y medidas que deberán aplicarse, relacionadas directa o indirectamente para llevar a cabo una actividad o proceso.

3.2. Procedimientos normalizados de trabajo (PNT):

Son los procedimientos escritos y aprobados según las normas de correcta elaboración y control de calidad que describen, de forma específica, las actividades que se llevan a cabo tanto en la elaboración de una actividad como en su control de calidad.

4. REALIZACIÓN

4.1. Apartados de los procedimientos normalizados de trabajo.

En todos los procedimientos siempre figurarán, como mínimo, los siguientes apartados:

1. Objetivo y alcance

Explicar clara y brevemente el objetivo del procedimiento y establecer quién es el responsable de cumplir el procedimiento

2. Referencias

3. Definiciones

Definir los términos que se consideren necesarios.

4. Realización

Desarrollo del procedimiento

En este punto la estructura es distinta dependiendo del tipo de procedimiento de que se trate.

5. Registros

Se especificarán, si procede, los registros que genere el procedimiento así como su ubicación.

6. Las Instrucciones técnicas o protocolos

Se especificarán, si procede, las instrucciones técnicas o protocolos que genere, indicando su código y el título.

7. Anexos

En todos los procedimientos se incluirá aquellos que se consideren necesarios.

4.2. Redacción de los procedimientos

- Los procedimientos se redactarán de forma clara y concisa, debiendo ser fácilmente comprensibles por el personal que los va a aplicar.
- Se han de evitar dudas en su interpretación.
- Cuando alguno de los apartados descritos no sea necesario, se indicará "no procede" o "no aplica".
- Los procedimientos son de lectura obligatoria y deben estar en todo momento a disponibilidad del personal que los va a aplicar.

4.3. Distribución

Se emitirán tantas copias como sea necesario, contarán con una copia el Gestor de la Calidad, el Coordinador General de Calidad, AENOR, Actividades y Servicios de Oficina central, el Coordinador del Centro y el Secretario. Todas deben ir firmadas y fechadas y se dispondrá de un anexo en el que se registrará el número de copias distribuidas y el nombre y el cargo del que ha recibido la copia. Aquellas copias no registradas en el anexo anterior, deberán ser identificadas como "copia no controlada". No serán válidas las copias no controladas. Las versiones obsoletas deberán ser identificadas como tal y retirarlas.

4.4. Revisión y control de cambios

- Los procedimientos serán revisados periódicamente.
- Se recomienda la inclusión de un cuadro para el control de cambios, donde se indicarán las distintas versiones del procedimiento, una descripción general de los cambios realizados y la fecha de aprobación de cada versión.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

CONTROL DE MODIFICACIONES

APARTADO	CAMBIOS RESPECTO A LA EDICIÓN ANTERIOR

CONTROL DE COPIAS

Nº COPIA	FECHA	CARGO/NOMBRE	FIRMA

En el resto de las hojas sólo deberá indicarse el título, número de código y paginación individual respecto al total. También se incluye, si procede, referencia a los procedimientos relacionados con el que se está redactando o leyendo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES FINALES

Los resultados se han obtenido:

- Satisfacción del cliente
- La conformidad con los requisitos de los servicios a través de las No conformidades detectadas por el centro y por la auditoría interna, así como las acciones correctivas que han surgido de estas No conformidades
- Resultados de las auditorías
- Formación
- Características y tendencias de los procesos y servicios con el seguimiento de los indicadores y objetivos medibles

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Se distingue dos tipos de clientes. El primer tipo sería el de los usuarios y el segundo el patrocinador

Para medir la satisfacción de los usuarios se han realizado entrevista mediante cuestionario a 165 usuarios de los 275 que tiene el centro. Los resultados de esta investigación son representativos del universo estudiado con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error de +/- 5%. De los resultados de las encuestas se puede concluir que:

1. La valoración general del centro y tratamiento recibido es buena (porcentajes cercanos al 90 %) y se mueven en niveles similares a los años anteriores (2002 y 2003)

2. Los tiempos de espera para atención y medición están en niveles aconsejables y se mantienen en niveles similares al año 2003
3. El 80 % de los usuarios valora positivamente el tiempo transcurrido desde la petición de cita hasta que es atendido por un profesional del centro (esta pregunta no aparecía en el 2003)
4. Hay un porcentaje alto (16%) que valoran negativamente la utilidad de los controles toxicológicos, aunque este porcentaje es menor que en el 2003. Los fines de los controles se ven menos como sancionador y más como refuerzo personal y seguimiento clínico respecto al anterior año
5. Las instalaciones están consideradas como buenas por una gran mayoría de los entrevistados así como el grado de limpieza
6. La pregunta referida a la percepción del tratamiento sanitario, salud mental y socio-laboral, que nos se realizaron en 2003, han sido respondidas con un alto porcentaje de bueno o muy bueno, aunque en el caso del tratamiento de salud mental hay un 12 % que la cataloga negativamente
7. La mayoría (80%) considera que el grado de confidencialidad con que se desarrolla el tratamiento es adecuado, pero hay un 12 % de usuarios que no se pronuncia sobre el tema (superior al 2003)
8. Un 48 % de los encuestados frente a un 64 % del año 2003 considera que el tratamiento también es útil para los familiares, mientras que baja del 14 % al 10% los que consideran que no es útil el tratamiento para la familia.

Respecto al patrocinador, éste también se muestra satisfecho con la labor desempeñada en el centro. Esta satisfacción ha sido comunicada en una reunión mantenida con el personal directivo de la Agencia Antidroga, en el mes de octubre, que se reflejó documentalmente mediante una carta firmada.

NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS

Se ha podido constatar al realizar la revisión de sistema de gestión de la calidad que hay un aumento importante en la detección de No conformidades fuera

de auditorias con respecto al año 2003, debido principalmente a una dinámica mejor por parte de los profesionales del Centro.

La última auditoria interna realizada sobre la totalidad de las áreas, quedó constancia escrita mediante informe realizado por los auditores, contabilizándose 5 No Conformidades. Todas las No Conformidades de auditoria han dado lugar a las acciones correctivas correspondientes

FORMACIÓN

La formación interna de los profesionales del Centro, ha cumplido las expectativas.

Todos los profesionales han realizado algún curso de formación ya sea dentro de la formación continuada de Cruz Roja Española Madrid (CRE) o impartida desde fuera de la Institución.

El número de cursos con asistencia del personal del centro es de 54 (24 de los cuales es formación continua de CRE y el resto formación externa). Es decir, el 44% han realizado cursos o han asistido a conferencias dentro del plan de formación de CRE

La evaluación de los cursos supera los criterios establecidos en el procedimiento por lo que se considera que se puede continuar fomentando la asistencia a estos cursos

OBJETIVOS E INDICADORES

Para el 2004, algunos objetivos se modificaron y otros se incorporaron nuevos., estableciéndose un total de 20 indicadores, que contribuyen a valorar el cumplimiento de objetivos así como la marcha de los procesos.

Se puede observar que casi la totalidad de los indicadores está cumpliendo con su criterio de aceptación. Si se compararan con los datos obtenidos en 2003

se observaría como han mejorado notablemente algunos indicadores con respecto al año anterior

Se puede concluir que tanto los profesionales que desarrollan su labor en el CENTRO como el resto de personal implicado en el sistema de gestión de la calidad está muy motivado.

440

En resumen, se considera que la gestión del sistema de la calidad está resultando satisfactoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NORMA UNE-EN ISO 9001:2000
- Manual de Calidad de UTED Dr. Santero
- Calidad en ONG de Acción Social