

MEMORIA EFQM 500+



CENTRO DE SALUD SORIA NORTE



Abril 2011



▶ *Las ilustraciones que acompañan a esta memoria en cada una de las portadas de los criterios, han sido elaboradas por niños del Centro de Salud Soria Norte durante el concurso de dibujo promovido en el 25 aniversario del Centro*

▶ *Imagen de portada obra del artista Miguel Ángel Rodríguez Médico del Centro de Salud Soria Norte*

Blog: pedrajasgaleria.blogspot.com

Introducción.....	4
Misión	
Visión	
Valores	
Estructura de la Organización	
Capital humano	
Entorno externo e instalaciones	
Historia de la Organización	
El camino hacia la excelencia	
Productos y servicios de la Organización	
Base de clientes	
Criterio 1: Liderazgo	9
Subcriterio 1a	9
Subcriterio 1b	12
Subcriterio 1c	14
Subcriterio 1d	17
Subcriterio 1e	19
Criterio 2: Estrategia	22
Subcriterio 2a	22
Subcriterio 2b	26
Subcriterio 2c	28
Subcriterio 2d	31
Criterio 3: Personas	35
Subcriterio 3a	36
Subcriterio 3b	39
Subcriterio 3c	41
Subcriterio 3d	43
Subcriterio 3e	45
Criterio 4: Alianzas y recursos.....	47
Subcriterio 4a	48
Subcriterio 4b	50
Subcriterio 4c	51
Subcriterio 4d	53
Subcriterio 4e	55
Criterio 5: Procesos, productos y servicios.....	57
Subcriterio 5a	58
Subcriterio 5b	61
Subcriterio 5c	62
Subcriterio 5d	64
Subcriterio 5e	66
Criterios 6, 7, 8 y 9: Resultados	65
Información general	66
Subcriterio 6a	68
Subcriterio 6b	71
Subcriterio 7a	76
Subcriterio 7b	79
Subcriterio 8a	83
Subcriterio 8b	85
Subcriterio 9a	90
Subcriterio 9b	94
Índice de ilustraciones	96
Acrónimos o siglas	97

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES.-

MISIÓN

•La razón de ser del CS Soria Norte

Garantizar la globalidad y continuidad de una asistencia sanitaria de calidad, orientada hacia las necesidades y expectativas actuales y potenciales de los usuarios que residen en su ámbito, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos, con el fin de mantener y mejorar su nivel de salud, abarcando los aspectos de prevención, promoción, protección y recuperación en su triple vertiente física, psíquica y social, apoyada en el conocimiento y la innovación.

VISIÓN

•Cómo aspira a ser el CS Soria Norte en el futuro:

Una organización convencida y orgullosa de sus capacidades, que sabe convivir con el nivel de tensión adecuado para alcanzar y mantener una posición de liderazgo en el ámbito sanitario, basada en la calidad asistencial y en la satisfacción de los usuarios, pacientes y miembros del equipo, con autonomía de gestión, responsabilidad compartida, dedicación a la docencia y a la investigación, y centrada más en la creación del futuro que en la prolongación del pasado.

VALORES

•Aspectos en los que se basa la forma de actuar y pensar de los miembros de EAP Soria Norte son:

- Compromiso con el **servicio al usuario y su seguridad**
- Orientación a la **calidad y mejora de resultados en salud**
- Satisfacción y desarrollo** individual de los **miembros del equipo**
- Apuesta por la **innovación y la autonomía de gestión**
- Gestión del conocimiento: **formación, docencia e investigación**
- Compromiso con el **medio ambiente**
- Construcción de una cultura interna que ayude a cobrar conciencia de **trabajo en equipo, responsabilidad compartida, integridad y sentimiento de pertenencia**

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN. CAPITAL HUMANO

La organización sanitaria en la AP de Castilla y León está basada en 11 Áreas de Salud (2 áreas en León y Valladolid y una por provincia en el resto) y 246 Zonas Básicas de Salud, de las cuales 69 son Urbanas, 14 Semiurbanas y 163 Rurales. De estas últimas, 24 se consideran Zonas Especiales por sus peculiares características geográficas, demográficas o de comunicación.

En cada Zona Básica de Salud existe un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, que constituyen el Equipo de AP, y que son los responsables de la atención a la salud de la población en su demarcación sanitaria, y ello de forma coordinada, integral, permanente y continuada, orientada al individuo, a la comunidad y al medio ambiente. Entre los integrantes del equipo se encuentran Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeros, Matronas, Auxiliares de Enfermería, Trabajadores Sociales, Auxiliares Administrativos y Celadores. Además, integrados funcionalmente, pueden encontrarse Veterinarios y Farmacéuticos.

Cada Zona de Salud dispone de un Centro de Salud, estructurada dotada de los medios necesarios para la prestación de las funciones que debe desempeñar el EAP. Además del Centro de Salud, pueden existir Consultorios Locales destinados a aquellas localidades de más de 50 habitantes, donde los profesionales sanitarios atienden la demanda asistencial bajo el criterio de una correcta accesibilidad a los servicios por parte de la población.

El EAP se organiza jerárquicamente bajo la supervisión del Coordinador del Centro de Salud, nombrado de entre los facultativos del Equipo, responsable de la gestión de los recursos humanos y materiales. Entre sus funciones se encuentran

Asumir la representación oficial del EAP

Participar en la Gestión Económica del CS

Presidir el Consejo de Salud de la ZBS

Ejercer la dirección y coordinación de todo el personal en lo referente al régimen interno de funcionamiento, y estimular el trabajo en equipo

Coordinar, supervisar y controlar las diversas actividades desarrolladas en la ZBS

Por otra parte, el Coordinador de Equipo cuenta en el organigrama del CS con el apoyo del Responsable de Enfermería, con funciones de supervisión y coordinación de las actividades de los profesionales de enfermería y de los Responsables de Programas de las Áreas Funcionales que son:

Área de Atención Directa

Área de Docencia e Investigación

Área de Administración

Las funciones de EAP vienen recogidas en la normativa que regula la organización de las ZBS, entre las que cabe destacar:

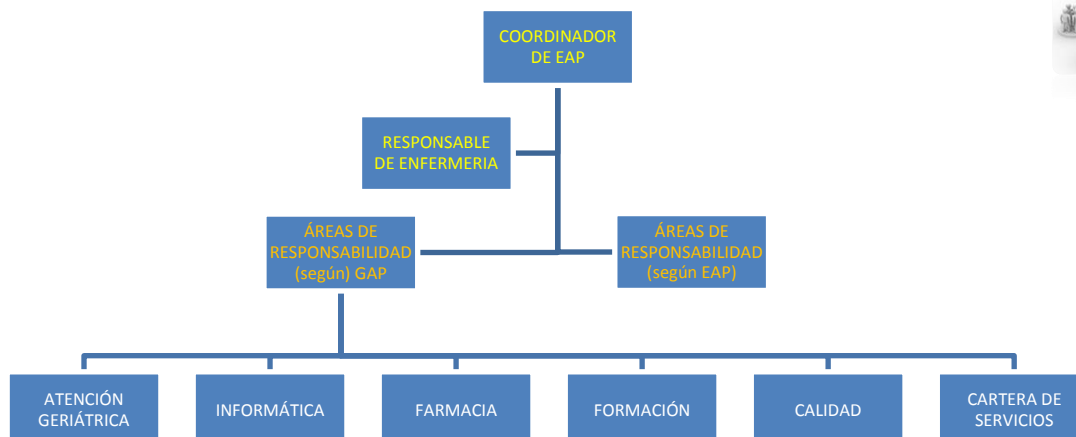
Funciones de Salud Pública	Funciones de Asistencia Sanitaria
Funciones Docentes	Funciones de Investigación
Funciones Administrativas	Funciones de Participación Comunitaria

El Consejo de Salud de Zona es el órgano colegiado de participación en el ámbito de la ZBS, tiene carácter consultivo y en él están representados la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma, las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, las asociaciones de consumidores y usuarios y las asociaciones de vecinos. La constitución, funciones, y organización del Consejo de Salud se establecerán reglamentariamente, y su actividad promoverá la participación en el Área, podrá plantear propuestas y recomendaciones a los órganos directivos de su ámbito y se le dará conocimiento de los correspondientes planes anuales de gestión. Será presidido por el Coordinador del EAP.

Por otra parte, se contempla la existencia de profesionales de Área en AP, para apoyar y complementar la actividad de los EAP. Para ello, se han creado las Unidades de Apoyo de Área, que ejercen su actividad en más de una ZBS, en función de criterios demográficos y demandas asistenciales. Las Unidades de Área son:

- Unidades de Fisioterapia
- Unidades de Pediatría de Área
- Unidades de Salud Bucodental
- Unidades de Atención Urgente (PAC)
- Unidades de Matronas
- Unidades de Atención a Domicilio (ESAD)

ORGANIGRAMA.-



ENTORNO EXTERNO E INSTALACIONES

El CSSN, es un centro urbano situado en la ciudad de Soria y adscrito a la GAP Soria (cuyo dispositivo asistencial básico consta de 14 Equipos de Atención Primaria de Salud, 2 urbanos y 12 rurales, establecidos en Zonas Básicas de Salud delimitadas geográficamente por la Junta de Castilla y León). Inició su actividad en el año 1985, siendo pionero en el cambio organizativo que supuso la reforma de la Atención Primaria en nuestro país. Sus miembros tienen encomendado el cuidado y la protección de la salud de 19.206 personas (2010), lo que corresponde al 20,46% del total de la provincia para ese año. La titularidad del edificio corresponde a la Tesorería de la Seguridad Social. Se encuentra completamente informatizado (desde el año 2000 con el programa OMI-AP y desde diciembre de 2009 con el programa MEDORA) y tiene acceso directo a las pruebas diagnósticas de imagen, laboratorio e historia clínica hospitalaria (programa JIMENA).

HISTORIA DE LA ORGANIZACIÓN. EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA

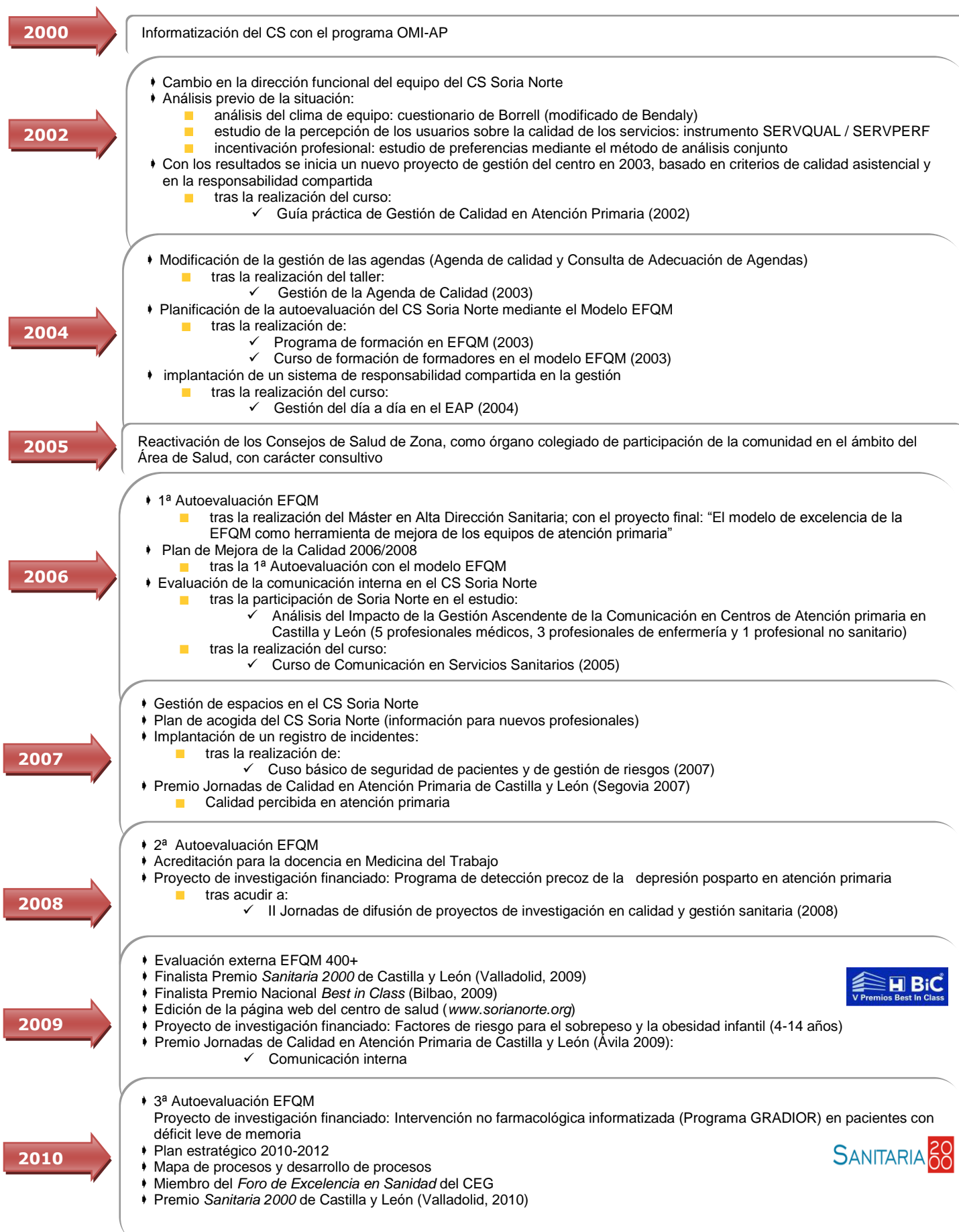
1985

Inicio de actividad

1986

Acreditación para la docencia:

- Medicina Familiar y Comunitaria (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Soria)
- 3º curso de la Escuela de Enfermería (Universidad de Valladolid)



CARTERA DE SERVICIOS.-



Ilustración 1 – Cartera de Servicios

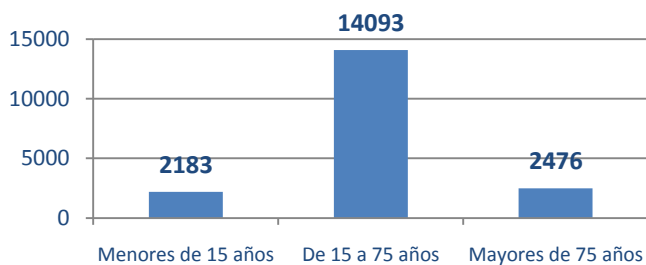
BASE DE CLIENTES

La población de referencia a la que se atiende en el CSSN según datos de tarjeta sanitaria es de 18.752 personas (2011). Segmentando estos datos a través de diferentes valores se obtienen los siguientes índices:

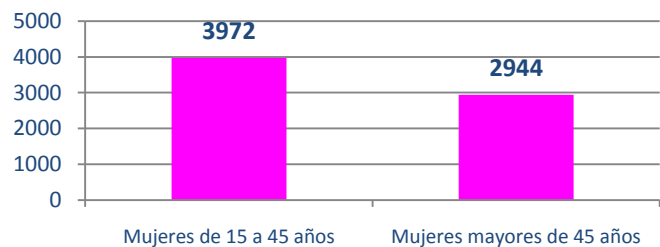
	ÍNDICE DE VEJEZ Población de 65 y más años/Población Total x 100	ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE NIÑOS Población de 0 a 14 años/Población de 15 a	ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE MAYORES Población de 65 años y más / Población de 15 a
España	17,07	23,02	25,50
Castilla y León	22,68	19,77	35,13
CS Soria Norte	21,02	17,02	30,73

El índice de vejez y de dependencia de personas mayores es superior al de la población nacional, aunque algo por debajo del de Castilla y León. Otras distribuciones poblacionales por grupos de edad son:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN



POBLACIÓN FEMENINA



LIDERAZGO



Murad (5 años)

“Vale más hacer y arrepentirse, que no hacer y arrepentirse”

NICOLÁS MAQUIAVELO

Las Organizaciones Excelentes tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando como modelo de referencia de sus valores y principios éticos e inspirando confianza en todo momento. Son flexibles, permitiendo a la organización anticiparse y reaccionar de manera oportuna con el fin de asegurarse el éxito continuo.

- Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia.
- Los líderes definen, supervisan, revisan e impulsan tanto la mejora del sistema de gestión de la organización como su rendimiento.
- Los líderes se implican con los grupos de interés externos.
- Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización.
- Los líderes se aseguran de que la organización sea flexible y gestionan el cambio de manera eficaz.

Líderes del CSSN y su distribución en los niveles de la organización



Las funciones de los EAP vienen recogidas en la normativa que regula la organización funcional de las Zonas Básicas de Salud, entre las que cabe destacar:

- Funciones de Salud Pública (Promoción y protección de la Salud)
- Funciones de Asistencia Sanitaria (tanto en consultorio como a domicilio y tanto en horario ordinario como de urgencias)
- Funciones Docentes (MFyC, MT, Enfermería, otras)
- Funciones de Investigación
- Funciones Administrativas
- Funciones de Participación Comunitaria

Implicación de los líderes en el Sistema de gestión

El CSSN dispone de un Sistema de Gestión adaptado a sus necesidades e integrado en la actividad de las personas que componen la organización, de manera que se logra así una eficaz implantación.

El Equipo Directivo está plenamente implicado con el Sistema de Gestión del CSSN y participa activamente en su mejora continua, incorporando de forma activa nuevas herramientas para la mejora de la gestión. Son los encargados de que se cumplan los objetivos marcados desde la GAPS, y aquellos propios, así como de ejecutar y velar por el cumplimiento de los objetivos anuales, asumiendo responsabilidad directa sobre los resultados alcanzados. Los líderes impulsan la participación en la implantación y desarrollo de las acciones derivadas de los equipos de mejora y de la autoevaluación, mediante la creación de grupos ad-hoc, acciones de mejora, planes de mejora, etc.

Se desarrolla una comunicación interna eficaz, promovida por los líderes, que se evalúa cada dos años mediante una encuesta específica de comunicación interna.

SUBCRITERIO 1a LOS LIDERES DESARROLLAN LA MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS ÉTICOS Y ACTÚAN COMO MODELO DE REFERENCIA

1a1. DESARROLLO Y DIFUSIÓN DE MISIÓN, VISIÓN Y VALORES.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
---	•Revisión MVV (2008, 2010)	•M,V,V	•Plan Estratégico	•4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

Para la definición de la Misión, Visión y Valores se creó un Grupo Nominal en 2006 integrado por el EAP, se plasmó mediante guías de elaboración de Misión y Visión, iniciándose el proceso con una tormenta de ideas para después redactar los enunciados de forma consensuada. Desde entonces se han llevado a cabo dos revisiones (2008 y 2010); en la de 2010 se incluye la frase “apoyada en el conocimiento y la innovación”, como consecuencia de la identificación y definición de los procesos de docencia e investigación como procesos operativos del CSSN.

En la siguiente tabla se muestran los Valores asumidos por los profesionales del EAP, identificando su despliegue y la participación de los líderes en el mismo:

VALORES	DESPLIEGUE	PARTICIPACIÓN DE LOS LÍDERES
Compromiso con el servicio al paciente y su seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Captación de necesidades y expectativas de los clientes • Medición de la satisfacción de los clientes (6a y 6b) • Atención de sugerencias, quejas y reclamaciones (5e) • Registro de incidencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación y desarrollo de la actividad asistencial • Análisis y acciones de mejora
Orientación a la calidad y mejora de resultados en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción modelo EFQM • Pacto de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Formación, implantación y desarrollo de las actividades en calidad • Análisis de resultados y propuesta de objetivos
Compromiso con el medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de residuos • Control energético • CS libre de mercurio 	<ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de objetivos
Satisfacción y desarrollo individual de los miembros del equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de la satisfacción de las personas • Incentivos • Salud laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de satisfacción de personas • Prevención y promoción
Profesionalidad, trabajo en equipo y responsabilidad compartida	<ul style="list-style-type: none"> • Formación • Objetivos Individuales • Distribución de cargas asistenciales 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a la formación • Reparto de responsabilidades y empowerment
Gestión del conocimiento: formación, docencia e investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones y cursos • Docencia MIR: Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y Medicina del Trabajo (MT) • Docencia Enfermería • Investigación (proyectos con financiación externa) • Publicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del conocimiento • Promoción de la formación e investigación
Apuesta por la innovación y la autonomía de gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Aparataje • Técnicas diagnósticas • Plan de gestión diferenciada • Gestión y consulta de adecuación de agendas 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de las nuevas tecnologías • Innovación en la gestión
Identidad colectiva y sentimiento de pertenencia	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión de festejos • Logotipo de centro • Página web y facebook 	<ul style="list-style-type: none"> • Impulso de herramientas de relación y actividades conjuntas

Ilustración 2 – Despliegue de Valores e implicación de líderes

La MVV está incluida en el PE del CSSN, y se divulga a través de su página web (www.sorianorte.org). Otras formas en que se difunde la MVV, tanto internas como externas, son:

DIFUSIÓN INTERNA	DIFUSIÓN EXTERNA
Reuniones de equipo	Página web
Carteles	Carta de servicios (Misión)
Plan de acogida del centro	Tablones

Ilustración 3 – Formas de difusión de MVV

1a2. RESPONSABILIDAD COMPARTIDA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •% responsables pacto de objetivos •% participación en ciclos de mejora •% cumplimiento pacto de objetivos •Participación en autoevaluaciones 	<ul style="list-style-type: none"> •Establecimiento de ciclos PDCA para implicar a los profesionales en el seguimiento y cumplimiento del pacto de objetivos (ver resultados PO) 	<ul style="list-style-type: none"> •Liderazgo compartido (encuesta dinámica de equipo) 	<ul style="list-style-type: none"> •Pacto de objetivos •Comunicación interna •Gestión de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> •2.3 Desarrollar la Voz del Profesional •5.5 Pacto de objetivos •5.2 Promover el desarrollo homogéneo de la Cartera de Servicios mediante la definición de estándares en la cobertura por cupo •1.4 Consolidar el modelo de gestión de calidad

Por las características propias del CSSN existe una cultura de liderazgo compartido, en la que el Equipo directivo facilita la asunción de responsabilidades en diferentes áreas de gestión, alineadas con la vocación e intereses de las personas, resultando esta política clave a la hora de obtener una elevada contribución de las personas en la mejora de su actividad.

Se han identificado las diferentes áreas de responsabilidad que implican a los diferentes líderes, que se reflejan en el documento Pacto de Objetivos de carácter anual y se revisan en el momento de la firma de dicho Pacto. En el último año se han identificado e incorporado dos nuevas áreas de responsabilidad: Responsable del Área Administrativa y Responsable de Adaptación y Seguimiento del programa informático MEDORA.

Se promueve por parte del Equipo Directivo que cualquier miembro del EAP actúe como líder en su actividad, al definir el **LIDERAZGO** como *el proceso de dirigir y orientar las actividades de los miembros del EAP, influyendo en ellos para encauzar sus esfuerzos hacia la consecución de metas específicas*. Mediante el liderazgo se desarrolla en la organización la cultura y los valores necesarios para su éxito sostenido, mediante los adecuados comportamientos y acciones de todos los líderes.

El liderazgo en el CSSN se desarrolla con las siguientes características:

- **VISIONARIO:** Que es capaz de anticipar una visión justa del futuro anticipándose a su tiempo previendo hechos.
- **DEMOCRATICO:** Busca la participación; la titularidad del poder reside en la totalidad de sus miembros, haciendo que la toma de decisiones responda a la voluntad colectiva.
- **AFILIATIVO:** Gira en torno a las personas, valora al individuo y sus emociones por encima de las tareas y los objetivos.

Se asegura el liderazgo compartido a través de la *toma de decisiones conjunta*, la *revisión de resultados de equipo* y la *participación en autoevaluaciones*.

1a3. EVALUACIÓN DEL LIDERAZGO.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo compartido <ul style="list-style-type: none"> - se comparten las decisiones - se consideran las opiniones de los miembros del equipo - buen nivel de información compartida • Comunicación interna <ul style="list-style-type: none"> - los responsables del centro prestan atención a las ideas de los miembros del equipo - buena relación con los responsables del centro - resulta difícil acceder a los del equipo los responsables del equipo suelen preguntar sobre los problemas del trabajo diario de los miembros del equipo - los miembros del equipo se sienten comprendidos y aceptados por los responsables del equipo • Los 12 desafíos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se mejora el despliegue incorporando nuevos sistemas de evaluación del liderazgo más específicos, estructurados y participativos: Los12 desafíos 	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo compartido (encuesta dinámica de equipo) • Comunicación interna (5 primeras preguntas) • Evaluación del liderazgo: Los12 desafíos 	<ul style="list-style-type: none"> • Voz del profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.1 Formar en valores y herramientas generales de mejora de la calidad • 2.1 Estructura directiva en el EAP de calidad

Se revisa la efectividad del liderazgo a través de la realización, análisis y evaluación - cada dos años - de diferentes encuestas (dinámica de equipo / comunicación interna) que recogen el proceso *Voz del profesional*, y en concreto aspectos como accesibilidad, escucha o participación de los líderes.

En el último año se ha incorporado una mejora en los sistemas de evaluación adoptando una nueva perspectiva en la evaluación del liderazgo a través de la aplicación de la herramienta "Los 12 desafíos", elaborada por EUSKALIT, que proporciona una visión del desempeño del liderazgo en la organización de forma más específica, estructurada y participativa (se planifica realizar cada dos años).

SUBCRITERIO 1b

LOS LIDERES DEFINEN, SUPERVISAN, REVISAN E IMPULSAN TANTO LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN COMO SU RENDIMIENTO

1b1. MEDIDA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Al menos una variable relacionada con aspectos: financieros, de clientes, de procesos y de crecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de: <ul style="list-style-type: none"> - Registro de incidentes - INCOAS - Gestión de la innovación tecnológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información básico (SIB) 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico • Pacto de objetivos • Voz del cliente • Gestión por procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.1 Evolución de la carga de trabajo del EAP Soria Norte según Cartera de Servicios • 5.2 Definición de estándares en la cobertura por cupo • 5.5 Pacto de objetivos

Se implanta en el año 2008 la sistematización para la medida y análisis equilibrado de resultados -Sistema de Información Básico (SIB)- que equivale al Cuadro de Mando Integral (CMI) del centro, y que integra la planificación estratégica, el pacto de objetivos, la gestión por procesos y la Voz del cliente. El SIB nace como un modelo integrado de recogida de la información, sintético, dinámico, permanente y periódico, destinado a facilitar el ejercicio de la responsabilidad.

- Financieros (FIN)
- De clientes (CLI)
- De procesos (PRO)
- De crecimiento y aprendizaje (CRE)

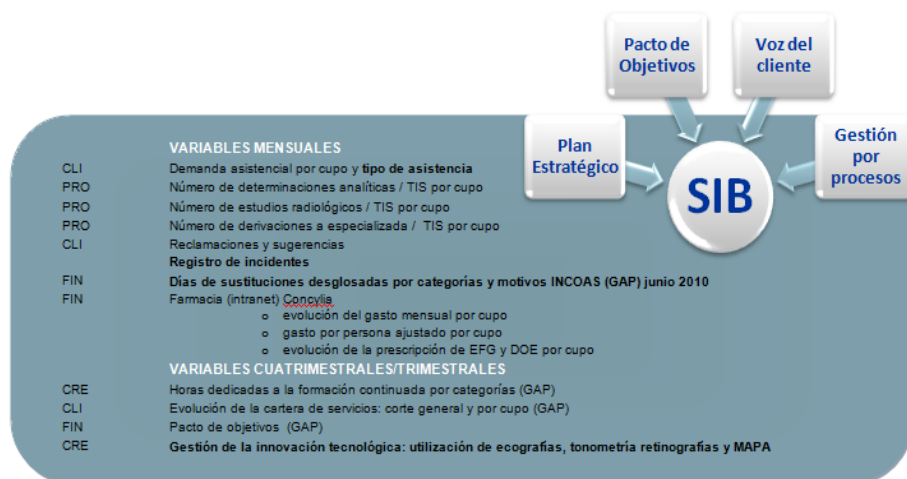


Ilustración 4 – Sistema de Información Básico del CSSN

1b2. DESARROLLO E INNOVACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •% profesionales que gestionan su agenda profesionales no sanitarios que definen sus funciones •% estructura M-EE-M • Financiación anual de la Gestión Diferenciada •Autoevaluaciones EFQM 2006/2008/ 2010 •Evaluación de resultados: pacto de objetivos, cartera de servicios, encuestas internas y externas 	<ul style="list-style-type: none"> •Responsabilidad e implicación de profesionales no sanitarios: gestión de HC, gestión de archivos, circuito de los paciente anticoagulados •Desarrollo del modelo EFQM (informe de la evaluación externa) 	<ul style="list-style-type: none"> •Informes de definición de las funciones de los profesionales no sanitarios •Mantenimiento y firma anual de la Gestión Diferenciada •Resultados globales del centro de salud 	<ul style="list-style-type: none"> •Plan estratégico •Gestión de calidad •Gestión de procesos •Innovación •Alianzas externas 	<ul style="list-style-type: none"> •1.2 Formalizar el mapa de procesos y definir los procesos clave del centro de salud •1.3 Desarrollar un mayor enfoque para el proceso de incorporación de nuevos servicios •1.4 Consolidar el modelo de gestión de calidad •3.5 Gestión de agendas de calidad •4.1 Reorganización de la Unidad Administrativa •4.4 Innovación y nuevas tecnologías •4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

Los líderes desarrollan y mejoran el sistema de gestión de la organización, lo que incluye evaluar los resultados para mejorar el rendimiento futuro y proporcionar beneficios sostenibles a los grupos de interés.

Se desarrolla e innova en el sistema de gestión con los siguientes hitos:

- **Modelo de Gestión de Calidad EFQM (2005):** se inicia el camino hacia la excelencia, tras la realización del coordinador del Máster en Alta Dirección Sanitaria, con la tesina *El modelo de excelencia de la EFQM como herramienta de mejora de los equipos de atención primaria*; la primera autoevaluación se realizó en 2006 y se sigue trabajando hasta la fecha, innovando y mejorando los resultados.
- **Gestión de agendas y Consulta de adecuación (2004):** surge como respuesta del EAP a una situación de elevada presión asistencial, y tras la realización de un Taller de Gestión de Agendas de Calidad (Burgos, 2003). Se forma un grupo de trabajo (3 médicos, 2 enfermeras) que analiza la situación, y basándose en diversas publicaciones que establecen que a los pacientes no les importa cambiar la asistencia por su médico habitual para cuestiones banales, establece el óptimo de pacientes/día (30), proponen la alternativa a la GAPS y se implantan duchas acciones, poniéndolas en conocimiento de la población mediante una rueda de prensa: Mediante la redistribución de horarios implícita en las Agendas de calidad y la Consulta de Adecuación de Agendas se consigue controlar la presión asistencial, sin reclamaciones por parte de los pacientes, ofertando una media de 8 minutos por paciente, en horario de 9 a 13:30 horas). Cada profesional define y gestiona su propia agenda con criterios de 30 citas en Medicina de Familia, 25 en Pediatría y 20 en Enfermería, como promedio.
- **Gestión diferenciada en Capítulo I (2009):** acción de benchmarking, tras los buenos resultados de la implantación de un sistema de Gestión Propia en 6 centros de salud de Castilla y León (posibilidad a la cual no accedió el CS Soria Norte por decisión democrática); a pesar de ello, entre el Equipo Directivo del CSSN y la GAPS se encontraron alternativas para descentralizar ciertas capacidades de gestión (Gestión diferenciada), buscando como objetivos generales:
 1. Mantener la calidad asistencial en los periodos de ausencia del personal sanitario
 2. Permitir el desarrollo de programas específicos de mejora de la organización, gestión de calidad, de incremento de la capacidad resolutoria o de participación y promoción de la salud comunitaria

La gestión diferenciada se negocia anualmente, junto con el Pacto de Objetivos, y se incluyen otras actividades encaminadas a la planificación y organización basadas en el modelo EFQM, elaboración del Plan Estratégico y del Mapa de Procesos, implantación de nuevas tecnologías que incrementen la capacidad resolutoria (formación y ampliación de consultas),

participación comunitaria y ampliación de agendas. Todas las actuaciones se deben adecuar a la normativa vigente y no pueden realizarse actividades fuera del escenario presupuestario previsto.

- **Reorganización de la Unidad Básica Asistencial (M-EE-M, 2007):** surge a raíz de la posibilidad de modificar los espacios de atención a los usuarios, tras disponer de dos plantas más en el CS, y la posibilidad de que cada enfermera tuviera consulta propia (para lo que se estableció un Plan de Mejora); se plantea asegurar la accesibilidad del ciudadano en "atención no demorable" a través de Unidad Básica Asistencial formada por M-EE-M, unidad de asistencia que implica a dos cupos a través de la coordinación de los horarios de sus profesionales.
- **Definición de funciones de los profesionales no sanitarios (2009):** con objetivo de disminuir la variabilidad en los servicios no sanitarios de secretaria, celador (diario del celador) y recepción; las actividades se describen por las propias personas que ocupan el puesto, lo que facilita la incorporación y la adecuación de la actividad de los sustitutos a la dinámica del centro de salud (⇒ 3a).

1b3. DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LA ORGANIZACIÓN.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Eficiencia de la innovación: evolución número de MAPA, cirugía menor (electrobisturí), utilización del ecógrafo, utilización del tonómetro, utilización del retinógrafo en casos urgentes •Nº de mujeres evaluadas de depresión posparto, mediciones de grasa corporal en pediatría mediante impedanciometría 	<ul style="list-style-type: none"> •Procesos conjunto AP / AE: tonometría, retinografía (benchmarking CS San Esteban de Gormaz) •AE solicita la realización de MAPA (benchmarking tras Congreso cronoterapia Zaragoza -2006-) a pacientes a través de AP • Impedanciometría (tras estudio de investigación financiado GRS 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> •Procesos conjuntos AP / AE - tonometría (proceso pionero junto a Extracción de tapones de cerumen en el CSSN), - retinografía •Horas de formación en ecografía 	<ul style="list-style-type: none"> •Innovación •Plan estratégico •Gestión del conocimiento (formación para la implantación de la innovación) 	<ul style="list-style-type: none"> •4.3 Impulsar el servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria •4.4 Innovación y nuevas tecnologías •4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

- **Innovación tecnológica:** MAPA, electro-bisturí coagulador, ecografía, tonometría, analítica en seco de hemoglobina glicosilada y en fase de implantación: retinografía, tele-electro-cardiología, AMPA y test de la ureasa (detección del Helicobacter Pylori).
- **Servicios diferenciados del CS Soria Norte** (ofertas de servicios que no están recogidos en cartera, y que incrementan la capacidad resolutoria y la adecuación a las necesidades y expectativas de los usuarios): la posibilidad de actuar en alteraciones del estado de ánimo en el embarazo y posparto, obesidad infantil (monitor de composición corporal por impedanciometría) y detección precoz de problemas de memoria (programa informático GRADIOR) surgen a través de estudios de investigación financiados por la GRS, con periodicidad anual (2008, 2009 y 2010).
- **Potenciación de capacidades:** la incorporación de actividades, tales como cirugía menor, la tonometría o la informatización del despacho del celador, las alinea con la potenciación de las capacidades de los profesionales y dan respuesta a expectativas de los pacientes, añadiendo valor al centro de salud.

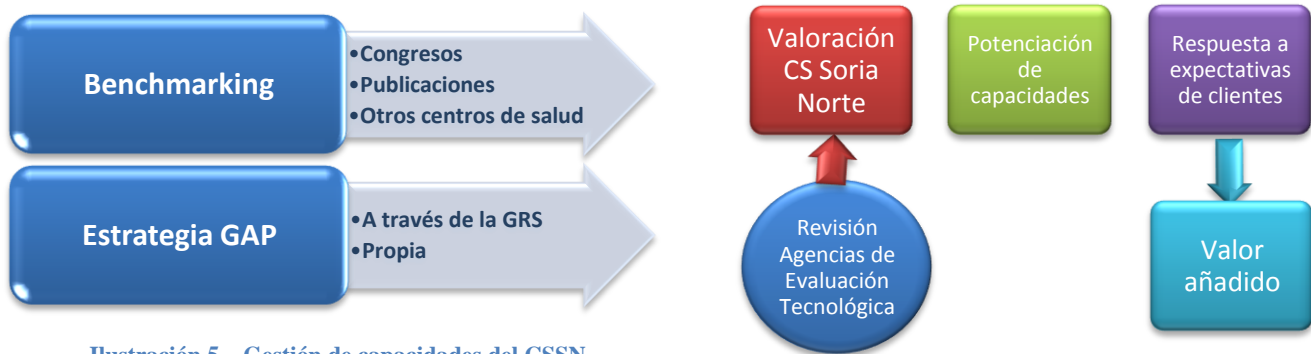


Ilustración 5 – Gestión de capacidades del CSSN

1b4. GESTIÓN DE RIESGOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •AMFE en cada proceso 	<ul style="list-style-type: none"> •Las actividades con mayor puntuación AMFE pasa a controlarse como indicadores de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> •Procesos 	<ul style="list-style-type: none"> •Todos los procesos 	<ul style="list-style-type: none"> •1.2 Formalizar el mapa de procesos y definir los procesos clave del centro de salud •1.3 Desarrollar un mayor enfoque para el proceso de incorporación de nuevos servicios

Los riesgos se identifican y gestionan de forma proactiva en todos los procesos, mediante al **Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)**, herramienta de análisis para la identificación, evaluación y prevención de los posibles fallos y efectos que pueden aparecer en un proceso, y que se relaciona intensamente con el diagrama de flujo. Sus características principales son el *carácter preventivo y su sistematización, lo que asegura, prácticamente, que todas las posibilidades de fallo hayan sido consideradas*. Aquellas fases del proceso con una mayor puntuación, según el AMFE, se establecen en la ficha del proceso como controladores de calidad en (especial seguimiento). Como ejemplo, los procesos estratégicos generan, a través del AMFE, 14 controles de calidad y 22 puntos críticos.

El EAP del CS Soria Norte detecta un alto nivel de confianza entre sus Grupos de Interés, que se ve reflejado en:

- Los resultados de la encuesta de satisfacción con los servicios (SERVPERF) y su evolución en el tiempo (clientes).
- Los resultados de la encuesta al Consejo de Salud, órgano de participación de los ciudadanos, y de las de las estructuras docentes, tanto la UDMFyC como la UVA (sociedad).
- La persistencia de la Gestión Diferenciada, justificada por el desarrollo, organización y nivel de resultados del CSSN (administración).
- Los resultados de las encuestas, entre otras, de dinámica de equipo y comunicación interna (personas).

SUBCRITERIO 1c *LOS LIDERES SE IMPLICAN CON LOS GRUPOS DE INTERÉS EXTERNOS*

1c1. RELACIONES CON GRUPOS DE INTERÉS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas • Pacto de Objetivos • Gestión Diferenciada 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo de Salud como grupo focal • Mejoras en relación a reclamaciones (circuito de anticoagulación, proceso de extracciones periféricas, cita previa a través de la página web del centro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diploma de reconocimiento GRS • Evolución presupuestaria de la gestión diferenciada • Evolución del número de acceso a la página web http://sorianorte.es 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación comunitaria • Alianzas externas • Voz del cliente • Comunicación externa 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.1 Desarrollar la Voz del Cliente • 3.2 Implantación de encuestas de satisfacción a los usuarios (SERVPERF) • 3.2 Priorizar las necesidades de salud percibidas

El CSSN tiene identificados y definidos a sus grupos de interés (clientes, personas, administración sanitaria, sociedad, proveedores) y tiene sistematizadas las actividades para anticipar y dar respuesta a sus necesidades y expectativas.

GRUPOS DE INTERES	FUENTES DE RECOGIDA DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	LIDER
CLIENTES	Encuestas (SERVQUAL, SERVPERF) Barómetro Sanitario GRS CyL (2009) Reclamaciones y sugerencias	Equipo directivo Id id
PERSONAS	Reuniones de equipo e individuales Encuestas de satisfacción puntuales tras la realización de actividades de mejora Encuestas sistemáticas (Dinámica de equipo, Comunicación interna, CVP-35, Font-Roja, Maslach Burnout Inventory MBI)	Equipo directivo Id id GAP Soria
ADMINISTRACIÓN SANITARIA	IIIº Plan de Salud GRS CyL IIº Plan Estratégico de la GAP Soria (2007-2012) Gestión diferenciada Pacto de Objetivos	Equipo directivo id id Líderes de áreas comunes
SOCIEDAD	Encuestas a estructuras docentes (UDMFyC, Uva) Consejo de salud: encuesta de necesidades, encuesta de opinión sobre las actividades del consejo	Responsables de docencia Presidente del Consejo de salud
PROVEEDORES	GAPS	Equipo directivo Líderes de áreas comunes Líderes de áreas específicas
REPRESENTANTES FARMACIA	Planing de visitas. Proporcionan información de nuevos fármacos, novedades. Fuente de financiación alternativa (investigación, congresos, publicaciones,...)	Área administrativa

Ilustración 6 – Implicación de los líderes del CSSN con los Grupos de Interés

1c2. GENERACIÓN DE IDEAS

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • La innovación mejora la imagen y atrae a nuevos clientes; como indicador el número comparativo de residentes de MFYC respecto al CS Soria Sur, o la disposición a pagar de la mujeres incluidas en la detección de depresión posparto 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa GRADIOR (detección precoz problemas de memoria) • Edición libro Cómo como (obesidad infantil) • Consulta Inmediata de Medicina Interna (CIMI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Libro Cómo como (editado a través del Consejo de salud) 	<ul style="list-style-type: none"> • Innovación • Tecnología sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.3 Desplegar enfoques adecuados para el proceso de incorporación de nuevos servicios • 3.3 Priorizar las necesidades de salud percibidas • 4.4 Innovación y nuevas tecnologías

En el CSSN se crean iniciativas de implicación en generación de ideas e innovación, considerando dos formas de innovación: tecnológica y de gestión.

- Encuestas al Consejo de salud
- Encuestas a usuarios
- Satisfacción Unidad Docente o Uva (Escuela de enfermería)
- Detección precoz de problemas de memoria: Asociación de Enfermos y Familiares de Alzheimer (alianza desde el año 2003, con reuniones anuales de evaluación y seguimiento del programa con los todos los médicos del EAP y trimestrales con cada médico de individuales para el seguimiento de los pacientes).
- Edición del libro *Cómo como* (obesidad infantil) a través del Consejo de Salud
- Consulta Inmediata de Medicina Interna (CIMI)

1c3. USO DE LA INNOVACIÓN PARA MEJORAR LA REPUTACIÓN E IMAGEN.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Docencia • Informatización • Aparataje • Comunicación externa (página web, El Mirón) • Imagen de centro (logotipo, 25 aniversario) 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad infantil: protocolo, comunicación (libro, prensa, charlas - ayuntamiento, lactancia materna-) • Investigación financiada: implantación de nuevas tecnologías (impedanciometría) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento por la GRS • Encuesta Consejo de Salud: los representantes del CS Soria Norte en el Consejo de Salud dan una imagen de honestidad y confianza 	<ul style="list-style-type: none"> • Innovación • Comunicación externa • Participación comunitaria • Atención 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.1 Desarrollar un mayor enfoque para el proceso de incorporación de nuevos servicios • 3.4 Crear un Banco de Documentos divulgativos, relativos a la educación para la salud, a las pruebas diagnósticas y a los principales procesos • 4.4 Innovación y nuevas tecnologías

El concepto de innovación, referido a la traducción práctica de ideas en nuevos servicios (en tecnología, en servicios diferenciados), sistemas (en gestión) o interacciones sociales (en alianzas) se recoge, desde diferentes ángulos complementarios, tanto en la misión como en la visión y en los valores del CSSN, lo que da una clara idea de la importancia que se le atribuye como instrumento de mejora en las relaciones con sus grupos de interés.

La innovación se manifiesta en las siguientes actividades:

- Tecnológica: liderazgo del CSSN en dotación de aparataje.
- Servicios: implantación de servicios diferenciados del CSSN.
- De gestión: adoptar el modelo EFQM, gestión diferenciada, gestión de agendas, gestión de espacios, gestión de Unidades Básicas Asistenciales (M-EE-M).
- Interacciones sociales: alianzas y comunicación externa (página web – con posibilidad de cita previa-, El Mirón, blogs, facebook).

1c4. ALIANZAS ESTRATÉGICAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Nº sesiones con profesionales del Hospital, pilotaje nuevo servicio CIMI • Nº de derivaciones detección precoz problemas de memoria Alzheimer (publicación, proyecto de investigación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa informático GRADIOR • Pilotaje CIMI • Conexión MEDORA-JIMENA • Protocolo de recogida de fármacos caducados (SIGRE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de Detección precoz de problemas de memoria (con la Asociación de Enfermos y Familiares de Alzheimer de Soria: en 2011 se extiende e implanta en toda el Área de Soria) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alianzas externas 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.1 Desarrollar un mayor enfoque para el proceso de incorporación de nuevos servicio

Se identifican alianzas estratégicas que se lideran desde el CSSN y se evidencian las interacciones en numerosas evidencias que se muestran en la tabla de alianzas (4a1):

ALIANZA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	LIDER IMPLICADO
GAP Soria	CALIDAD; PERSONAS; CLIENTES; ORGANIZACIÓN; RESULTADOS	Equipo Directivo Consejo de Gestión
C. Hospitalario de Soria	CALIDAD: Desarrollar un mayor enfoque para el proceso de incorporación de nuevos servicios ORGANIZACIÓN	GAP Coordinador
Asociación de Enfermos y Familiares de Alzheimer	CLIENTES: Priorizar las necesidades de salud y los temas de investigación percibidos por los usuarios	Coordinador
Ayuntamiento	CLIENTES: Priorizar las necesidades de salud y los temas de investigación percibidos por los usuarios	Coordinador
Consejo de Salud	CLIENTES: Priorizar las necesidades de salud y los temas de investigación percibidos por los usuarios	Presidente del consejo
UDMFyC; UVA	PERSONAS	Responsables de. Docencia

Ilustración 7 – Vinculaciones aliados-estrategia-líderes

1c5. TRANSPARENCIA DE LA INFORMACIÓN.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta Consejo de Salud • Encuestas profesionales • Contenido y acceso página web 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta consejo de salud • Modificaciones página web: carta de servicios, mapa de procesos, plan estratégico 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta consejo de salud (Los representantes del CS Soria Norte en el Consejo de Salud informan de forma clara y comprensible a los demás miembros del Consejo de Salud) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interna • Comunicación externa • Participación comunitaria • Pacto de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.4 Crear un Banco de Documentos divulgativos

Los líderes aseguran la transparencia de la información a través de:

DIFUSIÓN/DIVULGACIÓN	Página web: http://sorianorte.es Blogs: - Depresión en la mujer (pospartodepresion.blogspot.es) Facebook (25 aniversario) Carta de servicios Revista El Mirón (publicación semanal de temas de salud)
PARTICIPACIÓN	Sesiones de EAP Reuniones Consejo de Salud (al menos 3 reuniones anuales) Reuniones Consejo de Gestión
FACILIDAD DE ACCESO	Información a: - Administración (pacto de objetivos) - Profesionales: reunión equipo, e-mail, sesiones - Clientes: paneles, prensa, consejo de salud, página web

Ilustración 8 – Fuentes de información empleadas por los líderes del CSSN

SUBCRITERIO 1d

LOS LÍDERES REFUERZAN UNA CULTURA DE EXCELENCIA ENTRE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

1d1. Fuente de inspiración.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de procesos • Desarrollo de plan estratégico • Desarrollo de gestión de calidad • Docencia • Formación Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables de pacto de objetivos PDCA • Responsables de procesos • Evolución de la dinámica de equipo 	<ul style="list-style-type: none"> • % de profesionales implicados en actividades de mejora • % de profesionales que asisten a sesiones de calidad • % de proyectos de investigación financiados en que participa (3/3) • Cursos de calidad en la GAP (iniciación al EFQM, Gestión por procesos, Ciclo evaluativo, El modelo EFQM y la gestión por procesos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de calidad • Gestión de procesos • Comunicación interna • Gestión del capital humano 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.1 Formar en valores y herramientas generales de mejora de la calidad • 1.2 Formalizar el mapa de procesos y definir los procesos clave del centro de salud • 1.4 Consolidar el modelo de gestión de calidad • 2.5 Diseñar y evaluar el proceso de investigación en el centro • 4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

Los líderes son fuentes de inspiración para las personas y favorecen el desarrollo de aquellos profesionales emprendedores en sus áreas de liderazgo, a través del ajuste de la vocación de las personas y la asunción de áreas de responsabilidad (liderazgo compartido y motivador). La adhesión de las personas a proyectos impulsados por los líderes se facilita a través de la transparencia de la información, sesiones de formación, participación, fomento de la innovación, y estímulo de la cultura de mejora continua. Las personas de la organización participan activamente en proyectos de mejora, investigación, formación y docencia según sus inquietudes personales. Las características del liderazgo del CSSN (1a2) facilitan la función ejemplarizante.

Se imparten al menos cuatro sesiones internas de formación en calidad al año, y además cada vez que se muestran al equipo resultados de planes de mejora o de encuestas se incide en dicha temática, lo que favorece que la cultura de la calidad se integre plenamente en la cultura del EAP.

Desde el CS Soria Norte se difunden los conceptos de calidad y excelencia también hacia el Área de Soria a través de cursos formación ofertados por la GAP Soria e impartidos por los líderes del CSSN, tales como: Iniciación al EFQM, Gestión por procesos, Ciclo evaluativo y Modelo EFQM y gestión por procesos.

Se promueve la opinión sobre la gestión de los líderes como generación de mejora, y se reconoce la labor de los profesionales en la gestión como cultura de la organización.

Se obtienen resultados excelentes, y de ello se informa al EAP, en aquellas encuestas que se realizan a los profesionales del EAP relativas a la satisfacción laboral, dinámica de equipo y los ítems relacionados con la relación con los responsables.

1d2. DESARROLLO DEL POTENCIAL DE LAS PERSONAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Implicación en actividades específicas del centro: depresión posparto, obesidad infantil, ecografía, tonometría, MAPA • Implicación de los profesionales no sanitarios: celador (circuito de pacientes anticoagulados, página web, gestión de la información, recopilación de normativa,...), administrativos (gestión de historias, gestión de archivos,...) • Implicación de los profesionales en investigación financiada 3 proyectos (10 profesionales) • Docencia (MFyC y MT: 5 tutores, y 4 colaboradores, enfermería: 2 responsables y 11 colaboradores) • Horas de formación 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad e implicación del celador • Actividad e implicación de la comisión de festejos 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades específicas del CS que añaden valor a la Cartera de Servicios • Actividades de formación • Actividades docentes • Actividades de investigación 	<ul style="list-style-type: none"> • Innovación • Alianzas externas • Atención • Docencia • Investigación • Gestión del conocimiento • Comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.1 Formar en valores y herramientas generales de mejora de la calidad • 2.1 Estructura directiva en el EAP • 2.4 Implantar sistemas de reconocimiento • 2.5 Diseñar y evaluar el proceso de investigación en el centro • 2.6 Diseñar y evaluar el proceso de docencia en el centro • 4.4 Innovación y nuevas tecnologías • 4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

Desarrollo del pleno potencial y apoyo a las personas a través de la alineación de sus inquietudes personales con las necesidades de la organización; con este prisma se logra:

- Desarrollo e implantación de nuevos servicios (tonometría, retinografía, impedanciometría)
- Participación activa en formación externa (una persona del equipo forma a otros profesionales a nivel regional y nacional en ecografía)
- Impulso de nuevas actividades y nuevas propuestas (innovación). Ejemplo: Comunicación externa
 - Página web elaborada y actualizada por el celador del centro
 - Publicación de artículos de promoción de la salud en revista local “El Mirón”, con una enfermera responsable de su gestión.
- Investigación: en la actualidad 3 proyectos de investigación financiados con 10 personas implicadas (7 Médicos y 3 enfermeras)
 - Se recoge la actividad en el Plan estratégico: Objetivo: diseñar y evaluar el Plan de investigación en el centro con tres acciones previstas.
 - Se recoge la actividad en el Mapa de procesos operativos.
 - Se recoge la actividad en el Pacto de Objetivos
 - Se recoge la actividad en los Objetivos individuales.
- Actividad docente (MFyC y MT: 5 tutores, 4 colaboradores; Enfermería: 2 responsables y 11 colaboradores)
- Comisión de festejos

Se promueve y facilita la asunción de responsabilidades en línea con las expectativas de los profesionales (formación, acceso a información, acceso a congresos).

1d3. INTEGRACIÓN Y RECONOCIMIENTO.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de acogida: % asignación de profesional de referencia • Reconocimiento: acto 25 aniversario • Horas de formación 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de la comisión de festejos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de equipo: - cada profesional se siente responsable del éxito del equipo • Comunicación interna: -los miembros del equipo se sienten comprendidos y aceptados por los responsables del centro de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.4 Implantar sistemas de reconocimiento • 4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

La contratación de profesionales se rige por normativa del SACYL (concurso oposición: garantía de igualdad de oportunidades y diversidad), y se gestiona desde la GAP.

La llegada de un nuevo profesional al EAP se facilita con la entrega del manual de acogida, a través del que se facilita su integración en la dinámica del equipo, al darles a conocer aspectos relacionados con la prestación de servicios, la Gestión del Conocimiento, la Salud Laboral, la MVV, el PE, el Mapa de Procesos, el Pacto de Objetivos y el Modelo de Gestión de Calidad EFQM, además de asignarle un compañero de referencia para asesorarle y resolver sus dudas durante el proceso de incorporación al CSSN.

1d4. Fomento de una cultura de participación e innovación.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •% profesionales que participan en actividades innovadoras > 50% •Encuesta de comunicación: <ul style="list-style-type: none"> - Somos capaces de planificar nuevas ideas y encontrar dentro del equipo el apoyo necesario para ejecutarlas - El equipo está abierto al cambio y responde de manera adecuada cuando este se da 	<ul style="list-style-type: none"> •Implantación de registro de detección de riesgos tras curso en León 2006 •Implantación de medidas de mejora tras la detección de riesgos (cambio de piso deslizante por lluvia) 	<ul style="list-style-type: none"> •En Pacto de Objetivos 2011 se incluye la gestión de riesgos desde la GAP para el Área 	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión del conocimiento •Gestión de riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> •2.5 Diseñar y evaluar el plan de investigación en el centro

Se promueve la participación de los profesionales en foros externos (calidad, ecografía, deshabituación tabáquica, HTA, obesidad infantil,...). Se forman grupos ad-hoc para resolución de problemas y mejora de la seguridad (detección de incidentes).

Se desarrollan nuevos proyectos y actividades, alineando los objetivos individuales, del centro y de la administración sanitaria. Se facilita por parte de la GAP y los líderes la formación, asistencia a congresos y acceso a la información (internet, intranet).

Se apoyan las ideas de progreso, identificando fuentes de innovación desde una perspectiva interna y externa:



Perspectiva interna

- Métodos grupales:
 - Lluvia de ideas
 - Grupo nominal
 - Técnica Delphi
- Comunicados del cliente interno
- Métodos de evaluación:
 - Autoevaluación EFQM
- Monitorización con indicadores
- Encuestas:
 - clima laboral
 - dinámica de equipo
 - comunicación interna
 - satisfacción laboral
 - stress laboral



Perspectiva externa

- Observación directa
- Encuestas de satisfacción
- Análisis de reclamaciones
- Análisis de sugerencias
- Grupos focales de discusión:
 - Consejo de Salud
- Análisis de incidencias

Ilustración 9 – Fuentes de información externas e internas del CSSN

SUBCRITERIO 1e

LOS LÍDERES SE ASEGURAN DE QUE LA ORGANIZACIÓN SEA FLEXIBLE Y GESTIONAN EL CAMBIO DE MANERA EFICAZ

1e1. ANÁLISIS DE IMPULSORES DE CAMBIOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Evolución demográfica • Atención socio-sanitaria: nº informes de dependencia • Variación presupuestaria Capítulo I: Personal •Gestión diferenciada •Adaptación a MEDORA (actividades de mejora) 	<ul style="list-style-type: none"> •Tendencias demográficas (envejecimiento, patologías crónicas, dependencia) •Tendencias económicas (gestión del presupuesto Capítulo I: INCOAS) •Mantenimiento de la calidad asistencial (gestión diferenciada) MEDORA 	<ul style="list-style-type: none"> •Tablas demográficas •Nº de profesionales comparativo por estamento •Resultados INCOAS 2010 •Contrato Gestión diferenciada •Nº Detección precoz problemas de memoria 	<ul style="list-style-type: none"> •Tecnología sanitaria •Informática •Innovación •Gestión de procesos •Alianzas externas 	<ul style="list-style-type: none"> •1.1 Formar en valores y herramientas generales de mejora de la calidad •1.3 Desarrollar un mayor enfoque para el proceso de incorporación de nuevos servicios •3.3 Priorizar las necesidades de salud percibidas •4.2 Informatización •4.3 Impulsar el servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria: Equipo de Soporte Asistencial de Zona

Se identifican y analizan los factores (internos y externos) susceptibles de ocasionar cambios (impulsores de cambio) en la organización de forma continua, y en la elaboración de la estrategia, utilizando la matriz DAFO (2c1):

LAS FUERZAS INTERNAS Y EXTERNAS PARA EL CAMBIO:



1e2. REVISIÓN, ADAPTACIÓN Y FLEXIBILIDAD ANTE EL CAMBIO.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Evolución de la frecuentación •Evolución de la presión asistencial •Consultas de tarde para la vacunación antigripal: desarrollas a través de la gestión diferenciada 	<ul style="list-style-type: none"> •Adaptación a la demanda •Adaptación a los nuevos espacios en el centro de salud •Adaptación a la pandemia de Gripe A •Adaptación al cambio de programa informático OMI-MEDORA •Adaptación a la disminución del presupuesto en el Capítulo I 	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión y consulta de adecuación de agendas •Plan de gestión de espacios •Plan operativo Gripe A •INCOAS 	<ul style="list-style-type: none"> •Innovación •Gestión del capital humano 	<ul style="list-style-type: none"> 1.3 Desplegar enfoques adecuados para el proceso de incorporación de nuevos servicio 3.5 Gestión de agendas de calidad 4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

Para tratar cualquier proceso de cambio, es necesario manejar integradamente aspectos técnicos y aspectos humanos, ya que sin la capacidad para tratar los segundos, el proceso de aceptación y adopción del cambio (implantación) resulta más complicado. De los impulsores de cambio analizados se han llevado a cabo diversas acciones que han supuesto adaptaciones:

IMPULSOR DE CAMBIO	ACCIÓN
Tendencias Económicas: variación del presupuesto	Gestión del presupuesto
Déficit de profesionales. Modificación del sistema de sustituciones	Gestión recursos humanos. INCOAS
Informatización; TICs	Adaptación a MEDORA. Revisión e implantación de nuevas tecnologías, redes sociales
Evolución demográfica (envejecimiento, patologías crónicas, dependencia)	Atención socio-sanitaria (proceso operativo) Detección precoz problemas de memoria (alianza)
Mantenimiento de la calidad asistencial	Gestión diferenciada Gestión de agendas - utilización de los recursos para la innovación
	Proyecto nuevas instalaciones: plan funcional nuevo CSSN
	Desarrollo de enfermera de área. Pionero en SACYL (2008)
	Adaptación a momentos de crisis: pandemia de Gripe A Mejoras del programa OMI realizadas desde el CSSN Utilización de los recursos para la innovación

Ilustración 10 – Cambios e impulsores en el CSSN

Para lograr una adaptación flexible en relación al cambio el CSSN cuenta con un elemento fundamental, la información, este recurso está íntimamente relacionado con todos los procesos que se realizan en la organización, tanto a nivel interno como externo. En la medida que la organización sabe gestionar su información el proceso del cambio se favorece, en primer lugar porque se necesita de una interacción constante con el entorno para saber dónde, cómo y cuándo cambiar, y además a nivel interno se necesita de un proceso de comunicación y fluidez de la información. Otra clave para la adaptación a cambios es la revisión sistemática de las herramientas de gestión: plan estratégico, registro básico de información, mapa de procesos, alianzas, etc. Se realizan encuestas sobre satisfacción tras la introducción de cambios organizativos.

ESTRATEGIA



Celia (4 años)

“Pregúntate si lo que estás haciendo hoy te acerca al lugar en el que quieres estar mañana”

J. BROWN

Las Organizaciones Excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

- La estrategia se basa en comprender las necesidades y expectativas de los grupos de interés y del entorno externo.
- La estrategia se basa en comprender el rendimiento de la organización y sus capacidades.
- La estrategia y sus políticas de apoyo se desarrollan, revisan y actualizan.
- La estrategia y sus políticas de apoyo se comunican, implantan y supervisan.

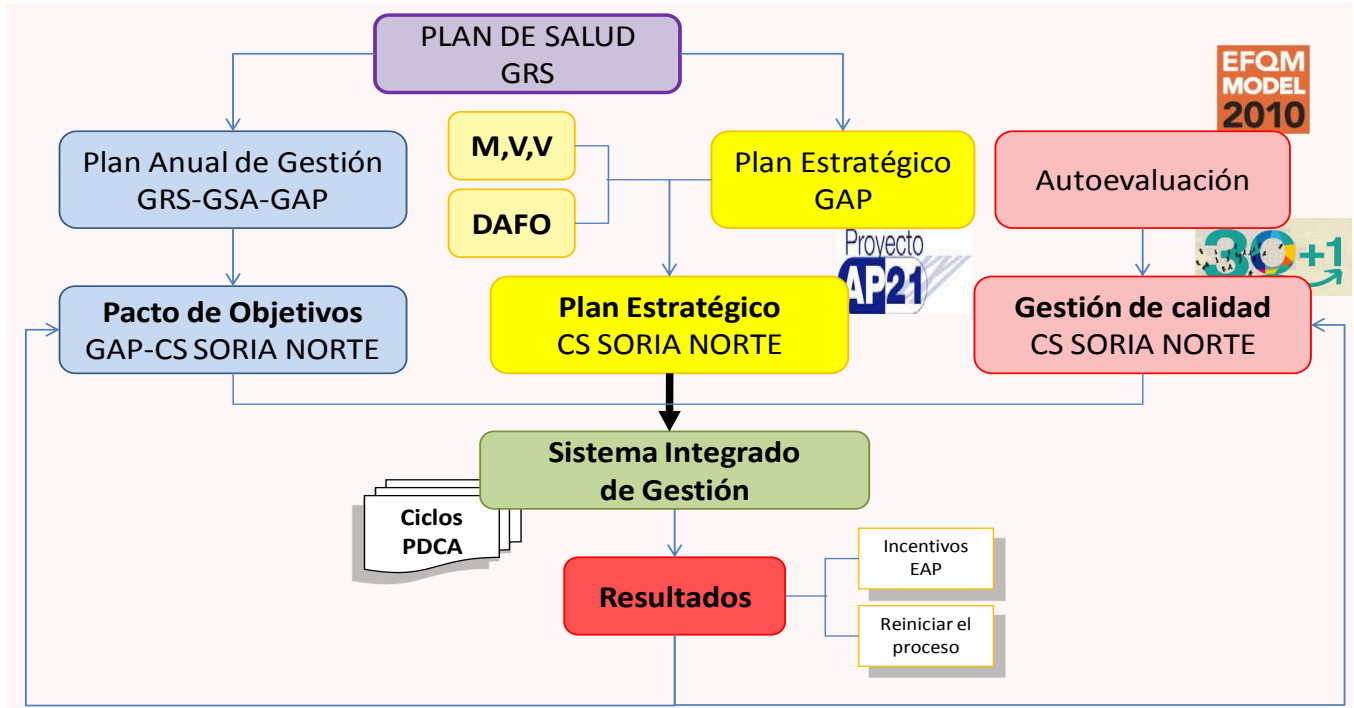


Ilustración 11 - Ciclo de gestión del CSSN

SUBCRITERIO 2a

LA ESTRATEGIA SE BASA EN COMPRENDER LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS Y DEL ENTORNO EXTERNO

2a1. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades y expectativas: <ul style="list-style-type: none"> - Consejo de salud (grupo focal) - Unidad docente - Escuela de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de la detección de necesidades: docencia como proceso operativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de encuestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Voz del cliente • Participación comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.1 Desarrollar la Voz del Cliente • 3.2 Implantación de encuestas de satisfacción a los usuarios • 3.3 Priorizar las necesidades de salud percibidas

Para que la estrategia permanezca permanentemente actualizada y acorde con el entorno, el CSSN analiza de forma sistemática, estableciendo y aplicando las metodologías oportunas, a sus GGII, identificando sus necesidades y expectativas e incorporándolas al desarrollo o revisión de su estrategia.

Para conocer cuáles son las expectativas de los ciudadanos podemos utilizar una variedad de técnicas de investigación: fuentes documentales, quejas y sugerencias, estudios de satisfacción, grupos focales de discusión, información proveniente de los profesionales expertos, etc. La actual sistemática del CSSN se apoya en:

GRUPOS DE INTERÉS	NECESIDADES / EXPECTATIVAS	FUENTES DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA
Cientes (pacientes/usuarios)	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad - Elementos tangibles - Capacidad de respuesta - Seguridad - Fiabilidad - Empatía - Efectividad - Información - Coordinación - Resultados 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto directo con los usuarios - Encuestas de detección de necesidades - Reclamaciones y sugerencias - Encuestas de satisfacción SERVPERF - Barómetro sanitario - Registro de incidentes - Registro de cambios de cupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de Atención Primaria - Equipo directivo - Gerencia Regional de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto diario - Reclamaciones y sugerencias mensual - Encuestas bianuales
Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> - Universalidad - Equidad - Sostenibilidad - Eficiencia - Excelencia - Innovación - Participación - Comunicación externa 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto directo con representantes sociales - Medios de comunicación - Consejo de Salud - Encuestas a aliados 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo directivo - Gerencia Regional de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Consejo de salud (al menos 3 reuniones/año) - Encuestas bianuales
Administración	<ul style="list-style-type: none"> - Universalidad - Equidad - Sostenibilidad - Eficiencia - Excelencia - Alineación de objetivos - Cumplimiento de objetivos - Resultados en salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Salud de la Gerencia Regional de Salud - Plan Estratégico de la Gerencia de Atención Primaria - Pacto de Objetivos - Plan de Gestión Diferenciada - Reuniones del Consejo de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo directivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacto de objetivos anual - Plan de Gestión Diferenciada anual - Consejo de Salud trimestral
Otras estructuras socio-sanitarias (sanidad, centros de salud, hospital de referencia, emergencias sanitarias, servicios sociales, oficinas de farmacia, ...)	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación - Continuidad - Complementariedad - Desarrollo de nuevos servicios - Gestión del conocimiento - Resultados en salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones de gestión (coordinación) - Sesiones de formación - Reuniones incorporación de nuevos servicios (continuidad e innovación) 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo directivo - Gerencia de Salud de Área - Gerencia Regional de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Periódica (según necesidades)
Personas	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida profesional - Capacidad científico-técnica - Dinámica de equipo - Gestión clínica - Capacidad resolutoria - Motivación - Reconocimiento - Promoción profesional - Comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto directo con las personas - Reuniones de Equipo - Reclamaciones y sugerencias - Encuesta de calidad de vida profesional - Encuesta de satisfacción laboral - Cuestionario MBI - Encuesta dinámica de equipo - Encuesta comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo directivo - Gerencia de Atención Primaria - Gerencia Regional de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto personal diario - Reuniones de Equipo semanales - Encuestas propias bianuales - Otras encuestas según periodicidad de la Gerencia de Atención Primaria

Ilustración 12 – Sistemática de recogida de información de Grupos de Interés en el CSSN

Las fuentes de información han ido evolucionando e progresando con el paso de los años, como por ejemplo en el caso de las encuestas: se cuenta con encuestas de satisfacción de clientes desde 2002, encuestas de satisfacción de las personas desde 2002, encuestas al Consejo de Salud desde 2008, etc., como respuesta a las necesidades surgidas en la organización dentro de sus ciclos de mejora continua del sistema de gestión. En el caso del Consejo de Salud, se creó un grupo focal de la sociedad, y se recogieron las prioridades expresadas en temas de atención sanitaria o de investigación. Además esta información se remitió a la Consejería de Sanidad de la JCyL de cara a la elaboración de su III Plan de Salud.

2a2. VIGILANCIA DEL ENTORNO EXTERNO.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Evolución cuantitativa y cualitativa de las reclamaciones •Evolución del número de TIS por profesional y datos comparativos •Aparataje (benchmarking CS San Esteban) •Sistemas de gestión de diferenciada (benchmarking del Sistema de gestión propia) 	<ul style="list-style-type: none"> •Planes y acciones de mejora en relación a reclamaciones •Gestión del capital humano (INCOAS: adaptación a variaciones socioeconómicas) •Aspectos demográficos: envejecimiento (programa de detección precoz de problemas de memoria) 	<ul style="list-style-type: none"> •Ver análisis DAFO en Plan estratégico 	<ul style="list-style-type: none"> •Voz del cliente •Pacto de objetivos •Alianzas externas 	<ul style="list-style-type: none"> •1.3 Desplegar enfoques adecuados para el proceso de incorporación de nuevos servicios •4.4 Innovación y nuevas tecnologías •4.5 Impulsar la descentralización de la gestión •3.1 Desarrollar la Voz del Cliente

Además del análisis de necesidades y expectativas de GGII (⇒ 2a1), el CSSN analiza de forma sistemática su entorno externo de influencia. Para ello contempla diferentes factores de análisis (Políticos, Económicos, Sociales, Tecnológicos) como información previa al establecimiento de las Amenazas y Oportunidades del CSSN (⇒ 2a3) y de su estrategia (⇒ 2c1). Este análisis se realiza según lo establecido en el proceso E-03-PE (Planificación Estratégica). Previamente a este análisis el CSSN basaba sus actuaciones en la información de análisis del entorno externo proporcionada por la Gerencia de Atención Primaria (GAP).

De este análisis, realizado antes de la definición del Plan Estratégico, se observan:

Dentro de los **aspectos políticos**, nuestra organización parte de la definición de 1978 de los delegados de los 134 estados que entonces componían la OMS de la Atención Primaria de Salud (APS) como “aquella asistencia esencial, basada en unos métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. El nuevo modelo de APS se ha convertido en el eje y motor de nuestro sistema sanitario teniendo en cuenta su efectividad en términos de salud. Los principales cambios introducidos en la APS han sido:

- Incorporación de los **Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MF)** a los EAP.
- Incorporación de la **enfermería** al nuevo concepto de cuidado de salud de los ciudadanos.
- Implantación de la **cita previa** para mejorar el acceso a la consulta médica.
- **Trabajo en equipo**, con sesiones clínicas, puesta en común de los casos, etc.
- **Jornada de trabajo completa y en exclusiva**.
- Generalización de la **Historia Clínica (informatizada)**, como soporte de la información sanitaria de cada paciente.
- Incorporación de **programas de promoción de la salud** y prevención de la enfermedad.
- Implantación de una **Cartera de Servicios**, que supone la prestación de servicios comunes a todos los ciudadanos.
- **Trabajo en, con y para la comunidad**.

La **Administración Regional de Castilla y León** ha optado por el **Modelo EFQM** de excelencia como instrumento para ayudar a las organizaciones a establecer un sistema de gestión apropiado para alcanzar el éxito. En este contexto se entiende por calidad asistencial en APS la *provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, y con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción de los usuarios*.

Del análisis de los aspectos **económicos, sociales y políticos**, Castilla y León es la región más extensa de Europa (94.147 km²), con una población de 2.479.425 habitantes, y dentro de la cuál Soria es la provincia menos poblada. La densidad de población de la Comunidad es de 26,3 habitantes/km², presentando una gran dispersión, con gran número de núcleos de población, la mayoría de reducido tamaño. Con la publicación del *Decreto 60/1985 sobre Organización Funcional de las Zonas de Salud de Castilla y León, la Orden de 6 de junio de 1986 sobre normas mínimas de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria y el Decreto 32/1988*, que establece la delimitación territorial de las Zonas Básicas de Salud, se sentaron los pilares fundamentales del modelo sanitario de Atención Primaria que se basa en un Equipo de Atención Primaria, trabajando en un CS, para una población englobada en una Zona Básica de Salud.

En cada **Zona Básica de Salud** se establece un grupo de personas con habilidades complementarias comprometidas con un propósito común, que utilizan parámetros de desempeño y métodos estructurados y son mutuamente responsables de su realización, que constituyen el Equipo de Atención Primaria, y que son los responsables de la prestación de la atención de la salud a la población en su demarcación sanitaria de forma coordinada, integral, permanente y continuada, y orientada al individuo, a la comunidad y al medio ambiente.

El Sistema de Gestión de la AP está basado en una estrategia de descentralización en la provisión de servicios, según la cual las **GAP** asumen la responsabilidad de la gestión de los recursos y de los centros. Éstos, a su vez, acuerdan con los Equipos directivos de cada ZBS un **Pacto de Objetivos (PO)** anual que incluye: cobertura de los servicios, cumplimiento de normas técnicas o criterios de calidad científico-técnica, objetivos de calidad de la prescripción farmacológica, etc. Los CS deciden el % de cumplimiento al que se comprometen durante el año, pudiendo ser este inferior al 100% (en el caso de CSSN el objetivo que se marcan es de forma sostenida el 100%). El pacto incluye, igualmente, los presupuestos asignados al equipo (para gastos de personal, farmacia, formación continuada de los profesionales, compras y equipamiento). En un momento donde los recursos son cada vez más limitados y las necesidades pueden plantearse como ilimitadas, se hace cada vez más necesario establecer políticas para lograr los mejores resultados con los recursos disponibles.

Otros aspectos **políticos** a considerar son los correspondientes a las estrategias futuras de gestión de la Atención Primaria, que se traducen en los objetivos del **Proyecto AP21** (Estrategias para la atención primaria del siglo XXI), a través del cual el Ministerio de Sanidad y Consumo pretende valorar la situación actual de la atención primaria en nuestro país, analizando los logros alcanzados por la reforma, pero también las dificultades actuales, con el objetivo de proponer las mejoras y los cambios necesarios que la potencien e impulsen. Se persigue definir un marco estratégico que permita consolidar el sistema sanitario público, ocupando la atención primaria un lugar central, en una línea de continuidad respecto a la atención hospitalaria y de coordinación con los servicios sociales.

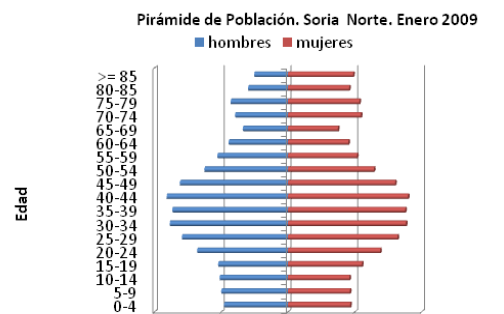


Ilustración 13 - Pirámide de población de Soria Norte



Ilustración 14 – Filosofía Proyecto AP21

Por último, y no menos importantes en el ámbito sanitario, y para un CS como el nuestro, que quiere "...sentirse orgulloso de sus capacidades,...basarse en la investigación, y estar centrado más en la creación del futuro que en la prolongación del pasado" (⇒ *Introducción. Visión*), es crucial el análisis de aquellos aspectos **tecnológicos** relevantes para la organización. Para ello la información recogida de la investigación, la asistencia a Congresos, la preparación de sesiones clínicas de ámbito tecnológico o que contemplan la aplicación de la tecnología, han sido el elemento de partida para la detección de amenazas y oportunidades relacionadas; estando además integrada esta recogida de información dentro del actual proceso *E-07-IT Innovación tecnológica*. Este proceso ha constituido una de las mejoras importantes de este enfoque (agosto 2010). Un ejemplo puede ser la introducción de la Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA), oportunidad analizada con experiencias previas exitosas de aplicación en otros Centros de Salud, e introducida en el CSSN

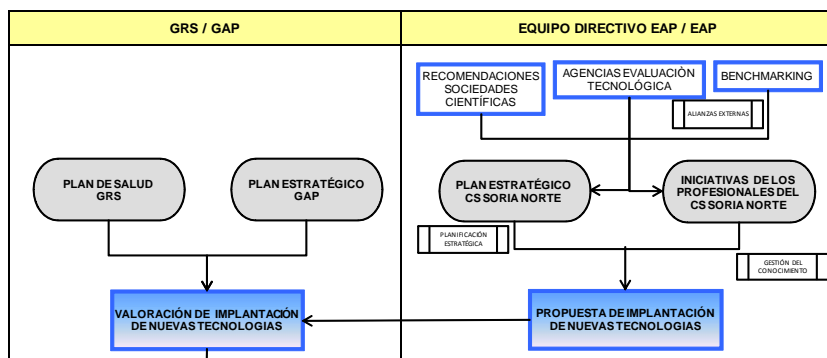


Ilustración 15 - Fuentes de recogida de información del entorno sobre la situación tecnológica

2a3. ANÁLISIS DE OPORTUNIDADES Y AMENAZAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Oportunidades: <ul style="list-style-type: none"> - evaluación de la actividad docente (MFyC, MT y Escuela de Enfermería) - actividad investigadora financiada (2008, 2009 y 2010) - plan de gestión diferenciada (calidad asistencial e innovación de servicios) •Amenazas: <ul style="list-style-type: none"> - cambio de sistema informático en las consultas (OMI a MEDORA) 	<ul style="list-style-type: none"> •Reclamaciones: modificación del circuito de pacientes anticoagulados •Consejo de salud: obesidad infantil •Encuestas: factor tiempo •Congresos: AMPA, gestión de riesgos •Gestión diferenciada: evolución económica •Introducción de servicios propios •Alianzas. Detección precoz de problemas de memoria, deshabitación tabáquica, consulta alta resolución MI, Charlas correcta alimentación •Tonometría y retinografía: mejorar accesibilidad y capacidad resolutoria, disminuir derivaciones hospitalarias 	<ul style="list-style-type: none"> •Plan de gestión diferenciada 	<ul style="list-style-type: none"> •Voz del cliente •Alianzas externas •Participación comunitaria •Tecnología sanitaria •Informática 	<ul style="list-style-type: none"> •1.3 Desplegar enfoques adecuados para el proceso de incorporación de nuevos servicios •2.5 Diseñar y evaluar el proceso de investigación en el centro •4.4 Innovación y nuevas tecnologías

Una vez recogida la información de los GGII y del entorno externo, es necesario identificar, comprender y anticipar, detectando y analizando las Amenazas y Oportunidades que pueden representar sus necesidades y expectativas. La metodología empleada por CSSN se basa en el análisis DAFO (debilidades, AMENAZAS, fortalezas, OPORTUNIDADES), integrado dentro del proceso de planificación estratégica de la organización, *E-03-PE (Planificación Estratégica)* (⇒ 2c1).

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Cambios demográficos (envejecimiento, inmigración)	Amplitud de alianzas, convenios y colaboraciones con otros organismos
Distribución geográfica de los profesionales	Acreditación para la docencia
Demandas (poblacionales) y oferta de servicios (servicio de salud): cambio en las necesidades y preferencias de los usuarios	Investigación con financiación externa
Estructuración de la organización (centralización de las decisiones)	Plan de gestión diferenciada
Requisitos reglamentarios y normativos rígidos y poco eficientes	Analizar otros grupos de interés, además de Gerencia, como son clientes y personas
Sistemas de información en desarrollo	Promover el concepto de Calidad Total (excelencia)
	Desarrollo de la descentralización de la gestión (gestión clínica)
	Atender a grupos adicionales de clientes
	Ampliación de la cartera de servicios: servicios diferenciados

Ilustración 16 – Amenazas y Oportunidades detectadas por el CSSN

Estas Amenazas y Oportunidades se gestionan posteriormente según se establece en el proceso de Planificación Estratégica antes. Un ejemplo de la comprensión y anticipación a las Amenazas y Oportunidades detectadas, puede ser la adaptación del CSSN a las variaciones socio-sanitarias (impulsar el servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria, detección precoz de problemas de memoria) o socio-económicas (gestión de capital humano).

Hasta la realización del análisis DAFO propio del CSSN, las Amenazas y Oportunidades eran detectadas directamente por la GAPS a través de sus Planes Estratégicos (Iº Plan 2000-2006, IIº Plan 2007-2012), respecto a los que el CSSN a través de sus profesionales, además de participar en su elaboración, efectuaba su propio análisis, alineando sus actuaciones y la de sus miembros a dichos planes estratégicos.

2b1. ANÁLISIS DE TENDENCIAS DE RESULTADOS DE RENDIMIENTO.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Pacto de objetivos • Cartera de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de HbA1 (con incorporación de un analizador con tiras en seco en una consulta) • Ampliación del nº de aparatos de MAPA y evolución de su utilización 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de Cartera de servicios por cupos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacto de objetivos • Gestión de procesos • Atención 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.4 Innovación y nuevas tecnologías • 5.3 Cumplir los objetivos los servicios clave • 5.5 Pacto de objetivos

Para el análisis del rendimiento de la organización, el CSSN dispone de diferentes fuentes de información que le permiten examinar sistemáticamente la tendencia de los indicadores clave de rendimiento y sus competencias: indicadores de actividad y resultados parciales (cartera de servicios -3 cortes-, pacto de objetivos) y el resultado final, cuyos objetivos se definen anualmente.

Además de la información directa de los diferentes indicadores de rendimiento, el CSSN dispone de la información de los resultados de diferentes ciclos PDCA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar) que aplica de forma sistemática en cada uno de los objetivos definidos en el pacto de objetivos (PO), y sistematizado a través del proceso *E-04-PO Pacto de Objetivos* (⇒1b1, 1b2) (⇒ 3a1). Este pacto de objetivos se perfecciona a partir de 2009, al desarrollarse con una estructura en base a los criterios del modelo EFQM. Se planifica cada uno de los objetivos pactados, y se desarrolla todo el ciclo, anotándose, en el documento PDCA Pacto de Objetivos anual, las conclusiones que sirven de información para la detección de Fortalezas y/o Debilidades del CSSN.

2b2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE PARTNERS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Número de usuarios derivados a la Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer para valoración 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo: derivación a la AECC para deshabituación • Derivación a la consulta de atención a drogodependencias (CAD, Cruz Roja) • Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer: detección precoz de problemas de memoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de investigación de la Detección precoz de problemas de memoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Alianzas externas 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.3 Desplegar enfoques adecuados para el proceso de incorporación de nuevos servicios

El CSSN también considera relevante para la determinación de sus capacidades, el analizar la información relativa a las diferentes colaboraciones que mantiene y como éstas complementan su actividad, en un proceso de mejora de la asistencia. Esta información es aportada gracias a la sistemática de Relaciones Externas definida por el CS, que se han documentado a través de dos procesos estratégicos:

- *E-08-AE Alianzas externas*: define la forma en que el CSSN planifica y gestiona sus alianzas externas con aquellas organizaciones que compartan su misma cultura y valores, para apoyar la ejecución de su estrategia y generar valor añadido para sus grupos de interés, al complementar la cadena de valor del CSSN, y aumentar el ofrecido a sus clientes, mejorando su satisfacción. La información relevante es aportada por los resultados conjuntos alcanzados y la evaluación que anualmente se hace de cada una de las alianzas.
- *E-09-PC Participación Comunitaria*: centrado en la participación del CSSN en el órgano colegiado de participación en el ámbito de la Zona Básica de Salud, de carácter consultivo, y cuyo objetivo es promover la participación de los representantes sociales en la gestión del centro de salud y plantear propuestas y recomendaciones a los órganos directivos. La información relevante se obtiene de las actas del Consejo, y de las encuestas que el CSSN realiza a los miembros del Consejo de Salud (calidad percibida y priorización de actividades desde 2008, necesidades y expectativas en 2010)

La puesta en marcha de estas Relaciones Externas, lleva al CSSN a numerosos contactos y colaboraciones con diferentes organismos públicos o privados, que mejoran el servicio que reciben sus clientes. Ejemplos de estas colaboraciones son: Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer, AECC, Alcohólicos Anónimos, Ayuntamiento, etc. Estas relaciones se han ido incrementando en base a las necesidades detectadas por el CS o a los ofrecimientos de los potenciales colaboradores que han fructificado (⇒ 4a1).

2b3. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS Y MODELOS DE GESTIÓN.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Nº ecografías / año • Nº tonometrías/año • Nº MAPA / año • Nº de intervenciones de cirugía menor programada en consulta de tarde / año 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de ecografía y cirugía menor (a través de la gestión diferenciada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de cirugía menor • Proceso de tonometría 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del conocimiento • Innovación • Tecnología sanitaria Informática 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.3 Desarrollar un mayor enfoque para el proceso de incorporación de nuevos servicios • 4.2 Informatización • 4.4 Innovación y nuevas tecnologías • 4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

El entorno externo es analizado en lo relativo a la evolución de las tecnologías de aplicación sanitaria (⇒ 2a2) en cuanto a lo que suponen para el CS como Amenazas u Oportunidades. Pero el CSSN también analiza los resultados de la implantación de nuevas tecnologías; o de manera análoga, la aplicación de nuevos modelos de gestión (externos: gestión diferenciada, internos: gestión compartida).

En el caso del impacto de nuevas tecnologías, todas aquellas que originan una mejora de un servicio o la creación de un nuevo servicio, están debidamente analizadas a través de indicadores (ejemplo: evolución de la utilización de MAPA). En el caso de los Sistemas de Información, cabe destacar el impulso que el CSSN tuvo con el sistema OMI, con el que se convirtió en CS referente en Castilla y León, con excelentes resultados de implantación y múltiples desarrollos propios (⇒4d3), pero cuya trayectoria se ha visto alterada al cambiar el sistema de OMI a MEDORA. La repercusión ha sido importante, con numerosos problemas en la migración de datos y una disminución en 2010 de los resultados de Cartera de servicios no acordes con las tendencias contrastadas en los últimos años. Para implantar de forma estable MEDORA, el CSSN ha creado un grupo de mejora específico.

En caso de los modelos de gestión, desde 2009 el CSSN dispone de un modelo de “Gestión Diferenciada”, negociado y acordado con la GAP (⇒ 3a1), a través del cual se dispone de cierta autonomía de gestión económica en el Capítulo I.

2b4. EVALUACIONES EFQM. ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Resultados de cartera de servicios y plan anual de gestión comparados con la GAP Soria y posición en el ranking de centros de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de la investigación (benchmarking CS La Alamedilla) 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de mejora de la detección de la violencia de género y adaptación informática 	<ul style="list-style-type: none"> Pacto de objetivos Gestión de calidad (EFQM) 	<ul style="list-style-type: none"> 1.5 Realizar una evaluación externa 2.5 Diseñar y evaluar el proceso de investigación en el centro 5.3 Cumplir los objetivos los servicios clave 5.4 Cumplimiento presupuestario

Además del análisis de la información específica de rendimiento descrita en los enfoques anteriores de este subcriterio, el CSSN analiza la organización desde un punto de vista más global, empleando para ello la evaluación basada en el Modelo EFQM. Los análisis de Puntos Fuertes y Áreas de Mejora son realizados por los profesionales del CS (autoevaluación) o por personas externas que acreditan el nivel de excelencia del CS (evaluación externa). En ambos casos la información de análisis es el informe de evaluación externa, o el informe de autoevaluación. También se dispone (si es un requisito) del informe de homologación de la autoevaluación realizado por licenciario homologado por el CEG.

Estos informes y toda la información de los enfoques 2b1, 2b2 y 2b3 es analizada en la definición o revisión de la estrategia del CSSN, identificando las Fortalezas y Debilidades de la organización; empleando para ello el análisis DAFO (DEBILIDADES, amenazas, FORTALEZAS, oportunidades):

DEBILIDADES	FORTALEZAS
Criterios de eficacia de los comportamientos personales de los líderes	Estilo de gestión participativo y capacidad directiva
Estructurar y formalizar el proceso de elaboración y seguimiento de la estrategia	Centro reconocido por las autoridades, las instituciones y los usuarios
Evaluación de la eficacia de la formación	Vinculación de retribución variable a planificación por objetivos
Mayor impacto en formación sanitaria en la comunidad (colegios, ayuntamiento, asociaciones, etc.)	Aprendizajes y acciones de mejora derivadas de los ciclos PDCA
Diseñar un sistema de evaluación del desempeño como base de sistema de incentivos	Proceso sistemático de incorporación de nuevas tecnologías
Instalaciones obsoletas (nuevo centro de salud en fase de realización)	Habilidades y recursos tecnológicos superiores
Mayor impacto en formación sanitaria en la comunidad (colegios, ayuntamiento, asociaciones, etc.)	Resultados e indicadores clave
Escasa capacidad para financiar los cambios necesarios en la estrategia	

Ilustración 17 – Debilidades y Fortalezas detectadas por el CSSN

Estas Fortalezas y Debilidades se gestionan posteriormente según establece el proceso de Planificación Estratégica antes comentado. Un ejemplo de la comprensión y anticipación a las Amenazas y Oportunidades detectadas, puede ser la adaptación del CSSN a las variaciones sociales (enfermera gestora de casos) o económicas externas (gestión de capital humano).

SUBCRITERIO 2c

LA ESTRATEGIA Y SUS POLÍTICAS DE APOYO SE DESARROLLAN, REVISAN Y ACTUALIZAN

2c1. PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Ver gráfico de alineamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema Integrado de Gestión alienado con las necesidades y expectativas de los grupos de interés (clientes -interno y externo, sociedad, administración -GAP y el SRS-, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> Plan estratégico 2010-2012 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema integrado de gestión (SIG) 	<ul style="list-style-type: none"> 1.4 Consolidar el modelo de gestión de la calidad

Para apoyar y desarrollar su Misión y avanzar hacia su Visión, el CSSN desarrolla su estrategia, alineándola con las necesidades y expectativas de los grupos de interés (clientes -interno y externo, sociedad, Administración -GAP y el GRS). Para ello la organización ha establecido su sistemática a través del proceso *E-03-PE Planificación Estratégica*. En la planificación estratégica del CS, existen referentes a tener en cuenta, como son los sucesivos Planes de Salud de Castilla y León (actualmente III Plan de Salud 2008-2012, que establece 16 problemas de salud considerados como áreas prioritarias de intervención) (⇒)

Ilustración 18), Planes estratégicos de la GAP de Soria (en vigor II Plan Estratégico 2007-2012).


	Insuficiencia Cardíaca	Salud en el entorno laboral
	Cardiopatía Isquémica-Síndrome Coronario Agudo	Seguridad alimentaria
	Ictus	Sanidad ambiental
	Tumor maligno de pulmón, tráquea y bronquios	Dependencia asociada a la enfermedad
	Cáncer de Mama	Objetivos relacionados con los estilos de vida, la prevención y los factores de riesgos
	Cáncer colorrectal	Objetivos relacionados con el tabaco
	Diabetes Mellitus –DM-	Objetivos relacionados con la actividad física
	EPOC	Objetivos relacionados con la Hipertensión Arterial (HTA)
	Depresión	Objetivos relacionados con la hiperlipemia
	Sepsis, infección grave e infección nosocomial	Objetivos relacionados con la obesidad
	Dolor: Patología osteomuscular	Objetivos relacionados con el alcohol y las drogas
	Accidentes de tráfico	Objetivos relacionados con la alimentación

Ilustración 18 – Problemas de salud prioritarios (Plan de Salud)

La aplicación de técnicas de análisis o diagnósticos de la organización (⇒ 2b) y de su entorno (⇒ 2a), en definitiva, el análisis DAFO comentado en anteriores subcriterios, está encaminada a estimular el proceso de identificación y formulación de varias alternativas estratégicas o líneas generales de acción, entre las cuales el CS ha de seleccionar (mediante unos criterios de priorización establecidos por la organización en el propio plan estratégico: Dimensión x Trascendencia / Dificultad) aquella o aquellas que resultan más ventajosas o que conduzcan de una forma más evidente al cumplimiento de su Misión y Visión. Con la finalidad de estimular el proceso creativo, el CS ha descrito en primer lugar la situación de partida respecto a los objetivos establecidos, para proceder a continuación a definir la situación deseada. El proceso creativo de formulación de estrategias comprende representar los diversos caminos, alternativas o vías que puede recorrer la organización para salvar la distancia entre el diagnóstico actual y la situación deseada.

La determinación de las diferentes alternativas estratégicas a través del análisis de correlaciones que permite la matriz DAFO, determina posibles estrategias ofensivas, defensivas, de reorientación o de supervivencia.

La priorización de las diferentes alternativas estratégica da lugar a los **Objetivos Estratégicos** del actual Plan Estratégico del CSSN 2010-2012, que posteriormente se despliegan en Objetivos Operativos y Acciones, según establece el proceso *E-03-PE Planificación Estratégica*. Este proceso también establece la sistemática de revisión y actualización de la estrategia. En esta priorización, además de los diferentes planes estratégicos de GAP y GRS, se han tenido en cuenta también las necesidades de salud prioritarias determinadas en 2008 desde el Consejo de Salud del CSSN a través de un grupo nominal de trabajo.

La **revisión y actualización** del Plan Estratégico del CSSN 2010-2012 lo lleva a cabo el Equipo Directivo, según establece el proceso E-03-PE, con la siguiente sistemática:

- Seguimiento permanente de la implantación y desarrollo del Plan Estratégico, con cortes anuales.
- Proponer los acuerdos necesarios para mejorar la coordinación de las actividades del Plan Estratégico
- Efectuar la evaluación anual (primer trimestre de 2011 y 2012) del cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico y proponer las actuaciones correctoras correspondientes, en su caso.
- Realizar la evaluación final del Plan Estratégico (primer trimestre de 2013).

La planificación estratégica del CSSN abarca a toda la organización, con diferentes personas implicadas en su desarrollo y seguimiento (el 50% de los profesionales mantiene una implicación directa). Esta planificación ha ido evolucionando desde la asunción de los planes de la GAP (desplegado anualmente a través del Pacto de Objetivos) a la elaboración de un Plan estratégico propio, previa definición del proceso correspondiente. La última mejora introducida ha sido el análisis de correlaciones de la matriz DAFO (2010), que ha permitido ver la coherencia del plan establecido a principios de ese año.

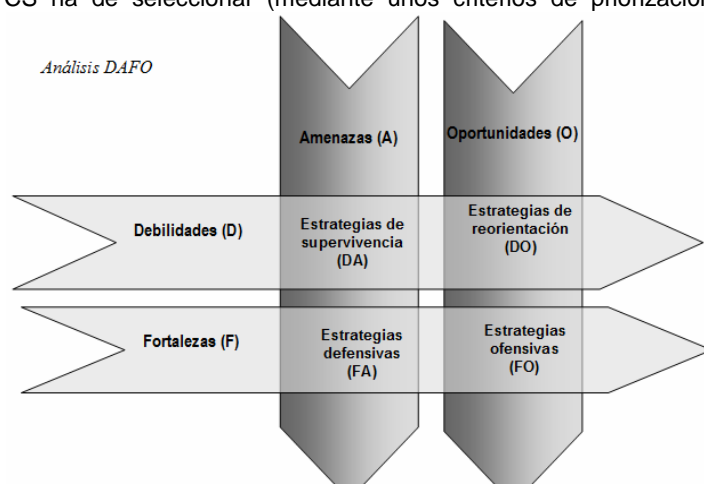


Ilustración 19 - Tipos de Estrategias derivados del análisis de la matriz DAFO

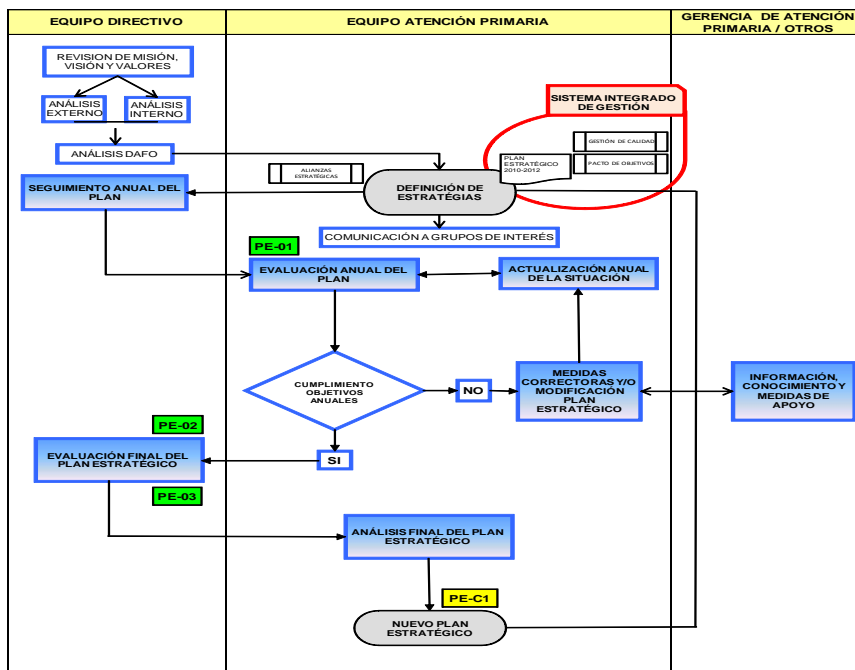


Ilustración 20 – Proceso de Planificación Estratégica del CS Soria Norte

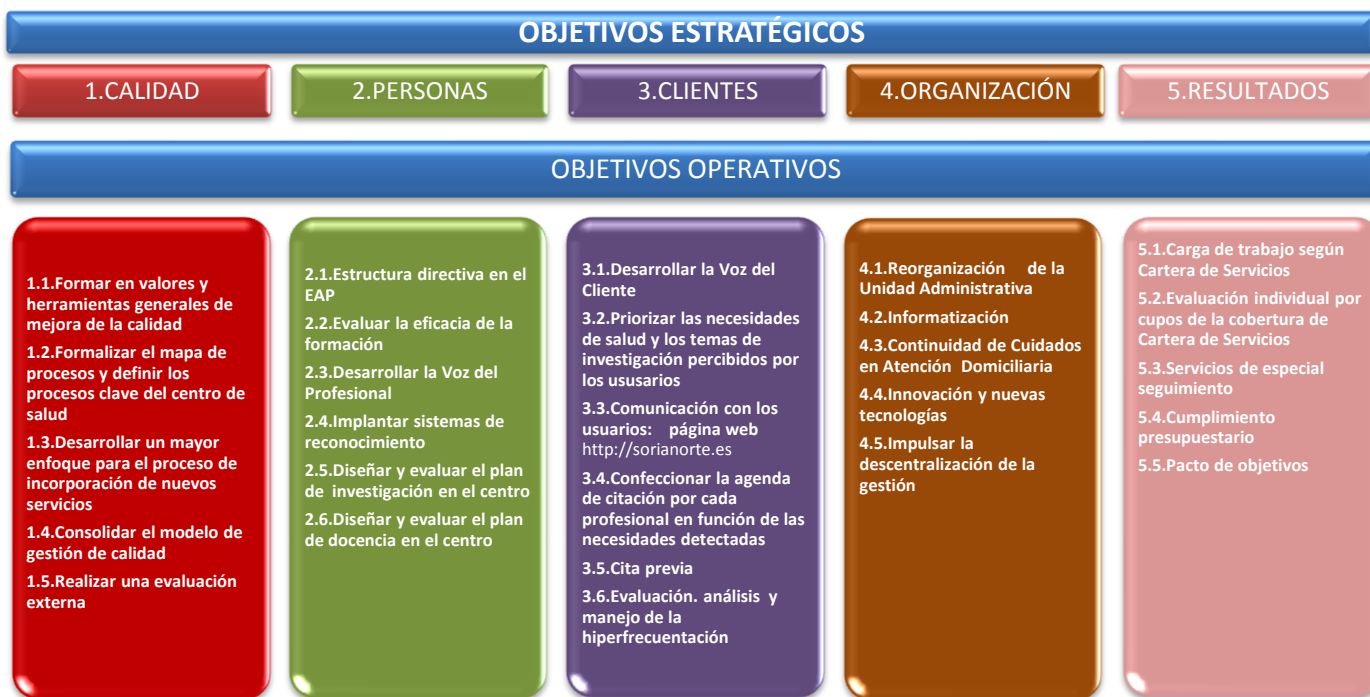


Ilustración 21 – Objetivo Estratégicos y Operativos del CSSN

2c2. IDENTIFICACIÓN DE RESULTADOS CLAVE.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Asistenciales (cartera de servicios) Gestión económica: Pacto de objetivos Satisfacción clientes externos: -SERVPERF 	<ul style="list-style-type: none"> Ciclos PDCA en relación con los objetivos del Pacto 	<ul style="list-style-type: none"> Resumen de actividades PDCA anuales 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema integrado de gestión 	<ul style="list-style-type: none"> 1.2 Formalizar el mapa de procesos y definir los procesos clave del centro de salud

El proceso E-03-PE Planificación Estratégica del CSSN facilita la determinación de los resultados clave necesarios para hacer realidad la Misión y analizar el avance hacia la Visión a través de los objetivos estratégicos obtenidos de la aplicación de la metodología definida (⇒ 2c1. Ilustración 20). Esta metodología establece de forma cualitativa los objetivos estratégicos en el ámbito económico (gestión del capital humano, farmacia, facturación a terceros), asistencial (cobertura, control de patologías crónicas, satisfacción), socio-sanitario, docente e investigador que respondan a las necesidades y expectativas de salud de la población y la eficiencia del sistema.

Misión	Visión	Objetivos Estratégicos / Operativos	Indicadores
Asistencia sanitaria de calidad	Calidad asistencial	5. Resultados 3. 2 Clientes: encuestas	Cumplimiento de la cobertura de servicios de especial seguimiento por el EAP: - Diagnóstico precoz de cáncer de mama Encuestas de satisfacción a los usuarios (SERVPERF): - Los profesionales del Centro de Salud Soria Norte realizan bien la atención a la primera
Orientada a las necesidades y expectativas de los usuarios	Satisfacción de los usuarios y pacientes	3.1 Clientes: voz del cliente 3.2 Clientes: encuestas	Reclamaciones: - Evolución de las reclamaciones por temas relacionados con la organización Encuestas de satisfacción a los usuarios (SERVPERF): - Los profesionales del Centro de Salud Soria Norte le dan una atención personalizada
Mantener y mejorar el nivel de salud	Mantener una posición de liderazgo en el ámbito sanitario	5. Resultados	Cumplimiento de la cobertura de servicios de especial seguimiento: - Seguimiento de pacientes con patología crónica: diabetes
Apoyada en el conocimiento	Dedicación a la docencia e investigación	2.5 Investigación 2.6 Docencia	Líneas de investigación a medio plazo en 2012: - Líneas de investigación financiadas 2008/9/10 Evaluación de la docencia: encuesta de necesidades y expectativas a la Escuela de Enfermería (Uva) - Satisfacción de sus necesidades y expectativas por parte de los profesionales del centro de salud y deseo de continuar la alianza
	Satisfacción de los miembros del EAP	2 Personas	Implantación de encuestas sobre Dinámica de equipo: - Puntuación global y clasificación del EAP
Apoyada en la innovación	Autonomía de gestión Creación de futuro	4.5 Descentralización 4.4 Innovación	Descentralización de la gestión: - Asignación para el sistema de gestión diferenciada Innovación tecnológica: - utilización de MAPA, ecografía y tonometría

Ilustración 22 - Tabla Misión-Visión-Objetivos-Indicadores del CS Soria Norte

La metodología ha ido enriqueciéndose con el paso del tiempo, añadiendo nuevas fuentes de información que permiten identificar resultados clave (Ej: cuestionarios de opinión al Consejo de Salud desde 2008, para detectar necesidades de la sociedad, metodología de elaboración del Plan estratégico desde 2009, mejoras del proceso de planificación estratégica con el análisis de la matriz DAFO como contraste-verificación de la adecuación de los objetivos estratégicos establecidos).

2c3. GESTIÓN DE COMPETENCIAS CLAVE.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Personas que reciben formación Horas de formación anuales Consumo de recursos: analíticas, radiografías, derivaciones a consultas hospitalarias Cumplimiento presupuestario 	Capacidad resolutoria: control de la tensión ocular mediante tonometría (con disminución)	Gestión del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> Gestión del conocimiento Innovación Tecnología sanitaria Informática 	2.2 Evaluar la eficacia de la formación

De nuevo gracias al proceso E-03-PE Planificación Estratégica del CSSN y el análisis DAFO que este incluye, la organización comprende las Competencias clave que van a satisfacer a todos los grupos de interés: aspectos tecnológicos (aparataje), gestión del conocimiento (formación y docencia), capacidad de innovación (servicios propios), trabajo con procesos integración y coordinación, conocimiento del entorno y gestión de alianzas... para la mejora continua.

2c4. SOSTENIBILIDAD.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Nº de tensiómetros de mercurio en las consultas Nº de termómetros e mercurio en las consultas 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de almacén 	<ul style="list-style-type: none"> Check list de material y fármacos en las consultas (gestión de almacén) 	<ul style="list-style-type: none"> Pacto de objetivos Alianzas externas Mantenimiento e instalaciones Gestión de residuos 	<ul style="list-style-type: none"> 4.5 Impulsar la descentralización de la gestión 5.4 Cumplimiento presupuestario 5.5 Pacto de objetivos

El CSSN establece como "desarrollo sostenible" aquel que *satisface la necesidad de las generaciones presentes sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer las propias*; esto implica la exigencia de incluir dicha empresa en la planificación y en las políticas generales de las organizaciones y elaborarlas a través de una efectiva participación social. La educación ambiental así

entendida puede y debe ser un factor estratégico que incida en el modelo de desarrollo establecido para reorientarlo hacia la sostenibilidad y la equidad.

Como CS dependiente de la Administración Pública de CyL, y que se debe a sus ciudadanos, el CSSN asume los compromisos y obligaciones que derivan de su actividad ya sea en el ámbito *económico* (gestión de capital humano, gasto en farmacia, gestión de almacén), *social* (satisfacción de los usuarios, formación, investigación, generación de opinión -medios de comunicación, artículos, libros-) y *medioambiental* (gestión de residuos).

En el Plan estratégico se tienen en cuenta estas consideraciones, y por ejemplo en el caso de la sostenibilidad económica está definido el Objetivo estratégico 5: Resultados, y el Objetivo operativo. 5.4 Cumplimiento presupuestario.

Del desarrollo del Pacto de Objetivos a través de la aplicación de ciclos PDCA, y establecimiento de acciones de mejora, también se desarrollan actuaciones ligadas a la sostenibilidad de la organización, como por ejemplo acciones relacionadas con el medioambiente, como puede ser el convertirse en un centro libre de mercurio.

SUBCRITERIO 2d **LA ESTRATEGIA Y SUS POLÍTICAS DE APOYO SE COMUNICAN, IMPLANTAN Y SUPERVISAN**

2d1. DEFINICIÓN DE RESULTADOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
Cronograma: revisión anual de resultados	Análisis, evaluación y acciones de mejora	Cuadro de Mando Integral	•Plan estratégico	1.4 Consolidar el modelo de gestión de calidad

El CSSN, tras definir su **estrategia**, *la transforma en objetivos operativos y acciones a corto, medio y largo plazo*, que alcancen a todas sus actividades, de manera que, con la consecución de los objetivos fijados y la realización de las acciones establecidas, se alcancen la misión y visión definidas por el Equipo directivo, siempre con la premisa de que *“el logro de los objetivos de cada una de las personas contribuirá al logro de los objetivos globales de la organización marcados en la estrategia”* (⇒ 2c2. Ilustración 22).

Para facilitar esta transformación el CSSN ha elaborado un **Cuadro de Mando (CM)**, definido como aquel conjunto de objetivos operativos, acciones e indicadores relativos a todas las perspectivas de la organización - financiera, clientes, procesos, conocimiento, innovación, desarrollo,... - y seleccionados de manera que alcanzando sus objetivos se garantice la implantación de la estrategia.

PLAN ESTRATÉGICO 2010-2012. MATRIZ E INDICADORES. CS SORIA NORTE.

Objetivos estratégicos	Objetivos operativos	Acciones	Indicador	2010	2011	2012	Plan de acción	Responsable	Fecha
------------------------	----------------------	----------	-----------	------	------	------	----------------	-------------	-------

Ilustración 23 – Estructura del Cuadro de Mando del CSSN

El CSSN, además de identificar los resultados clave necesarios, a través de la metodología reflejada en el propio Plan Estratégico, establece los resultados finales requeridos de forma cuantitativa, mediante la asignación de indicadores y resultados de rendimiento (económico y asistencial) a: plan estratégico (a través del CM anteriormente comentado), cartera de servicios, pacto de objetivos, satisfacción de clientes (internos y externos); basados en todos los casos en el análisis de necesidades y expectativas, y constituyendo el Sistema de Información Básico (SIB). Esta información es, además, compartida con el resto de personas de la organización, para promover su implicación y facilitar la consecución de los resultados identificados, al promover la comunicación interna y el clima laboral, como podemos observar en algunos de los resultados de las encuestas sobre comunicación, con una evolución muy positiva que refuerza la idoneidad de la metodología establecida:

9. Creo que dentro del equipo se comparte la información relevante más que guardárnosla para nosotros mismos					
1 / 0 / 0 <i>No, nunca</i>	6 / 8 / 3 <i>En ocasiones</i>	6 / 6 / 4 <i>Con frecuencia</i>	11 / 10 / 10 <i>Casi siempre</i>	6 / 6 / 12 <i>De forma sistemática</i>	
10. Creo que somos capaces de planificar nuevas ideas y, dentro del equipo, encontrar el apoyo necesario para ejecutarlas					
0 / 0 / 0 <i>No, nunca</i>	11 / 5 / 4 <i>En ocasiones</i>	10 / 10 / 6 <i>Con frecuencia</i>	7 / 10 / 6 <i>Casi siempre</i>	2 / 5 / 13 <i>De forma sistemática</i>	
11. Creo que el equipo al que pertenezco está abierto al cambio y responde de forma adecuada al mismo cuando este se da					
0 / 0 / 0 <i>No, nunca</i>	11 / 4 / 2 <i>En ocasiones</i>	10 / 11 / 8 <i>Con frecuencia</i>	7 / 5 / 10 <i>Casi siempre</i>	2 / 10 / 9 <i>De forma sistemática</i>	

Ilustración 24 – Evolución 2006/2008/2010 de indicadores de la encuesta de comunicación interna

2d2. DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
Evolución de los resultados anuales del Pacto de objetivos	Ciclos PDCA para la consecución del Pacto de objetivos	Sistema Integrado de Gestión, como concepto globalizador	•Plan estratégico •Pacto de objetivos •Gestión de calidad	5.5 Pacto de objetivos

De nada sirve disponer de una buena estrategia, si no se pone en marcha de forma efectiva. Para conseguirlo, el proceso *E-03-PE Planificación Estratégica* del CSSN establece la metodología de su despliegue y seguimiento, actualmente aplicado al Plan estratégico 2010-2012.

Además de en dicho Plan, la estrategia del CSSN se alinea y despliega también a través del Pacto de Objetivos que se establece entre la GAPS y el CSSN, como parte del despliegue del Plan de Salud de CyL, a través de los Planes Anuales de Gestión de las GAP, y llegando finalmente a ese pacto de objetivos (⇒ *2c1. Ilustración 11*). El despliegue de la estrategia y en procesos se ha realizado considerando y alineando el marco de referencia de los “**30 proyectos y un marco para avanzar en Calidad**”, que establecen las estrategias para la orientación a la mejora de la Sanidad en CyL (⇒ *2d5. Ilustración 31*).

Con la aplicación de esta metodología, la estrategia del CSSN queda desplegada en la planificación operativa correspondiente al año en vigor, y que también, gracias a la metodología empleada, apoya y desarrolla Misión y Visión, y está alineada con las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

El seguimiento del Plan Estratégico del CSSN 2010-2012 lo desarrolla el Equipo Directivo, apoyado por el resto de profesionales, según establece el proceso *E-03-PE*, con las siguientes funciones:

- Seguimiento permanente de la implantación y desarrollo del Plan Estratégico, con cortes anuales.
- Difundir el contenido del Plan Estratégico entre los miembros del equipo, e impulsar su desarrollo.
- Proponer los acuerdos necesarios para mejorar la coordinación de las actividades del Plan Estratégico.

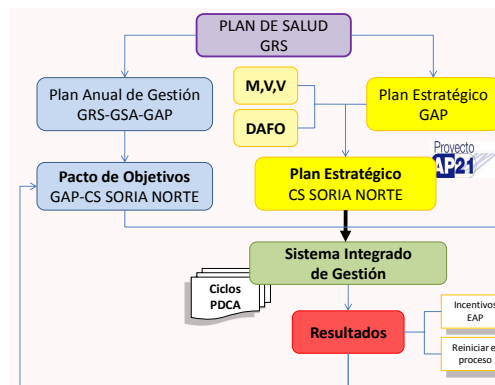


Ilustración 25 – Despliegue Estrategia CSSN

2d3. ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y PROCESOS CLAVE ALINEADOS CON LA ESTRATEGIA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
Detección de procesos clave: puntuación alcanzada	Metodología QFD	Tabla (9,10) de procesos clave	<ul style="list-style-type: none"> •Proceso asistencial •Gestión del capital humano •Formación 	<ul style="list-style-type: none"> •5.3 Cumplir los objetivos los servicios de especial seguimiento •1.1 Formalizar el mapa de procesos y definir los procesos clave del centro de salud

Las organizaciones sanitarias deben adaptar su estructura de modo que se facilite el despliegue efectivo de su estrategia, lo que el CSSN hace posible implantando la gestión por procesos. A partir del sistema de gestión por procesos, el CS adecúa su estructura organizativa (organigrama, gestión compartida, comunicación interna) y sus procesos clave (asistenciales, económicos, socio-sanitarios, docentes y de investigación), alineados entre sí con eficiencia (cargas de trabajo según cartera, coste por paciente,...).

Dentro de la gestión por procesos, se han identificado procesos operativos, estratégicos y de soporte, y entre ellos serán clave aquellos que afecten de modo directo a la prestación del servicio / satisfacción del cliente, y que estén vinculados a las estrategias en vigor del CSSN. No existe una regla fija para definir los procesos clave y cada organización designara aquellos que mejor se adapten a su actividad. Es necesario identificar el mapa de procesos y los procesos clave de cada organización (⇒ *Ilustración 26, Ilustración 27*).

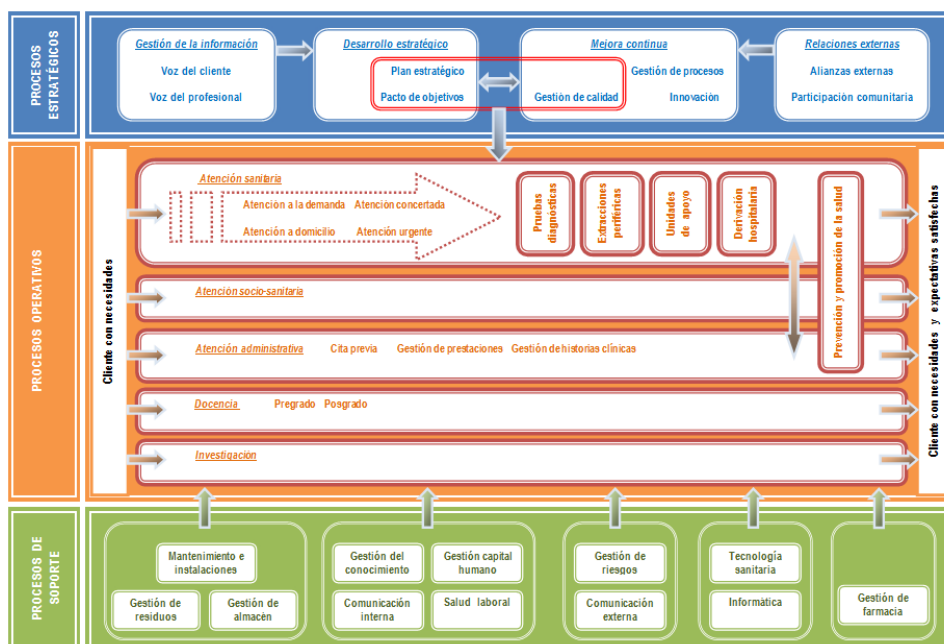


Ilustración 26 – Mapa de Procesos CSSN

Para definir esos procesos clave el CSSN ha empleado, además de “servicios de especial seguimiento” establecidos por la GAP, la metodología QFD, que permite identificar, clasificar y ordenar por grado de importancia las características de nuestro servicio (directamente relacionadas con procesos del CSSN) en base a los requerimientos de los diferentes grupos de interés (⇒ Ilustración 27).

CLIENTES			PERSONAS		
Proceso asistencial		321	Proceso asistencial		231
Trabajo en equipo		301	Gestión del capital humano		230
Formación		298	Formación		208
Gestión del capital humano		275	Trabajo en equipo		204
Gestión de espacios		242	Gestión de agendas		185
Gestión de agendas		232	Gestión descentralizada		182
SOCIEDAD			ADMINISTRACIÓN		
Proceso asistencial		279	Gestión del capital humano		260
Formación		249	Proceso asistencial		231
Trabajo en equipo		239	Servicios propios		210
Investigación		231	Formación		208
Servicios propios		222	Trabajo en equipo		204
Innovación		217	Gestión de agendas		185

Ilustración 27 – Conclusiones QFD realizados

Como conclusión vemos que los procesos considerados como clave para el CSSN son los “**Procesos asistenciales**”, “**Gestión del capital humano**” y “**Formación**”.

Algunos de los factores priorizados para el grupo de interés Sociedad son la investigación y la innovación. En el entorno actual la innovación es la que permite crear ventajas competitivas para garantizar el crecimiento sostenible; y esta surge de la convergencia entre la tecnología y las necesidades de la organización. En el caso del CSSN, la estrategia incluye la innovación como una de las actuaciones a considerar (Objetivo 4.4 Innovación y nuevas tecnologías) y existen un proceso de apoyo a esta estrategia: proceso E-07-IT *Innovación tecnológica*, que facilita la generación de ventajas diferenciadoras de nuestra organización en el entorno.

2d4. MAXIMIZAR LA CONTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<p>Evolución del cumplimiento de objetivos individuales</p> <p>Evolución de la percepción de incentivos (en relación a la GAP Soria)</p>	<p>Alineamiento de Pacto de objetivos y Objetivos individuales</p>	<p>Objetivos individuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacto de objetivos • Gestión de procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.4 Implantar sistemas de reconocimiento • 5.1 Evolución de la carga de trabajo del EAP Soria Norte según Cartera de Servicios: • 5.2 Promover el desarrollo homogéneo de la Cartera de Servicios mediante la definición de estándares en la cobertura por cupo

La metodología del CSSN para maximizar la aportación de las personas de la organización parte de los Objetivos individuales que se establecen con carácter anual, y que se encuentran alineados con el Pacto de objetivos y el Plan estratégico (⇒ 3a1), con repercusión en los incentivos económicos.

Además el CSSN busca permanentemente la implicación de los profesionales, a través de los objetivos, y sustentada en la política de “*responsabilidad compartida*”. Para ello se les facilita herramientas como la aplicación del ciclo PDCA en los objetivos establecidos en el PO, que ayudan maximizar esa contribución, en la búsqueda de un capital humano emprendedor dentro de la organización.

Contribución Individual	
2002	1,76
2004	1,70
2006	2,01
2008	2,25
2010	2,25

A través de la evaluación de la dinámica de equipo (bienales), en la que se emplea el

cuestionario de Borrell (modificado de Bendaly), se han recogido las opiniones sobre la **contribución individual**. Aunque se presentan solo los resultados de uno de los atributos, los resultados globales han determinado que el equipo del CSSN se pueda considerar como de alto rendimiento (⇒ 7a1) (en 2010 se desprende del cuestionario que un 89.9% de las profesionales del EAP así lo considera). Gran importancia tiene la implicación del personal de enfermería (⇒ 7a3).

Ilustración 28 - Evolución percepción profesionales sobre su contribución individual (0-3)

2d5. COMUNICACIÓN DE ESTRATEGIA Y POLÍTICAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<p>Estoy seguro de conocer lo que se espera de mí</p>	<p>Utilización del correo electrónico para la transmisión de la información y el conocimiento</p>	<p>Font Roja (encuesta de satisfacción laboral)</p>	<p>Comunicación interna</p>	<p>5.5 Pacto de objetivos</p> <p>2.4 Implantar sistemas de reconocimiento</p>

Finalmente, el CSSN comunica y difunde a los miembros del equipo, a la GAP y al Consejo de salud su estrategia y políticas, tal y como se establece en el proceso *E-03-PE Planificación Estratégica*. En concreto se comunica a:

- Miembros del equipo, a través de correo interno, y difusión / discusión en reunión de equipo, alineando con Pacto de objetivos y procesos
- Administración: GAP Soria
- Consejo de salud: a través de las reuniones periódicas
- Sociedad: página web

La efectividad del proceso de comunicación de nuestra estrategia queda evidenciada por los resultados de percepción de las personas de la organización (⇒ *2d1. Ilustración 24*), y por las opiniones desde el Consejo de Salud:

Font Roja (1-5)	2002	2006	2010
Estoy seguro de conocer lo que se espera de mi en el trabajo	3,09	3,26	3,60
Tengo interés por las cosas que realizo en mi trabajo	3,98	4,42	4,57
En mi trabajo me encuentro muy satisfecho	3,25	3,16	3,67
Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante	2,73	2,84	2,90

Ilustración 29 – Percepción de las personas del CSSN derivadas la comunicación de políticas y estrategias

Los representantes del CSSN en el Consejo de Salud informan de forma clara y comprensible a los demás miembros del Consejo de Salud (2010)	4,4
--	-----

Ilustración 30 – Percepción de los miembros del Consejo de Salud sobre el desarrollo de sus actividades (escala 1-5)

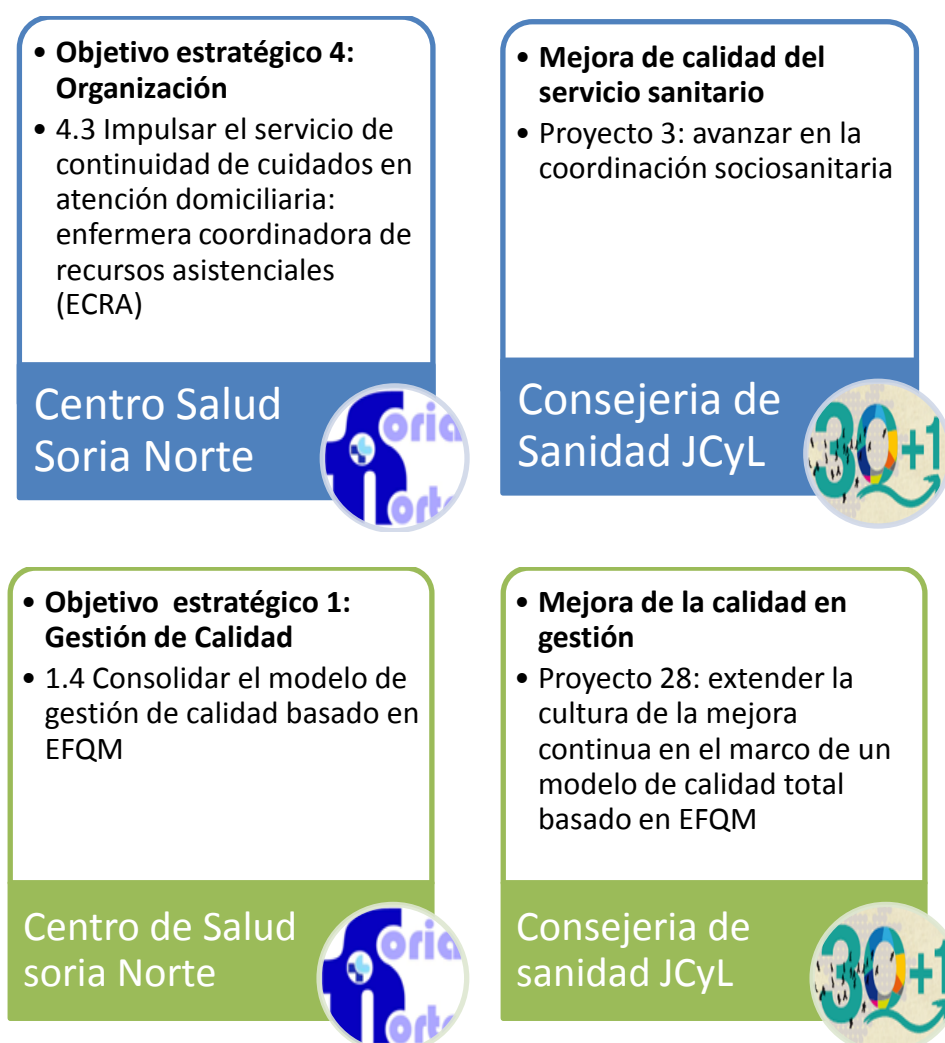


Ilustración 31 – Ejemplos de alineación Estrategia CSSN/ Procesos CSSN – 30 Proyectos Calidad C. Sanidad JCyL

PERSONAS



Carla (6 años)

“Profesionales satisfechos, que satisfacen necesidades y expectativas de sus pacientes y logran resultados en términos de salud y de eficiencia social”

Las organizaciones Excelentes valoran a las personas que las integran y crean una cultura que permite lograr los objetivos personales y los de la organización de manera beneficiosa para ambas partes. Desarrollan las capacidades de las personas y fomentan la equidad e igualdad. Se preocupan por las personas de la organización, potencian la comunicación interna, recompensan y dan reconocimiento a los esfuerzos para, de este modo, motivar a las personas, incrementar su compromiso con la organización y favorecer que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

- Los planes de gestión de las personas apoyan la estrategia de la organización.
- Se desarrolla el conocimiento y las capacidades de las personas.
- Las personas están alineadas con las necesidades de la organización, implicadas y asumen su responsabilidad.
- Las personas se comunican eficazmente en toda la organización.
- Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

COMPOSICIÓN DEL PLANTILLA DEL CENTRO SORIA NORTE

FACULTATIVOS:		DUE / ATS	MATRONA	AUXILIAR ENFERMERÍA	CELADOR	TRABAJADORA SOCIAL	ÁREA ADMINISTRATIVA
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: 11	PEDIATRÍA: 2	12	1	1	1	1	6

SUBCRITERIO 3a

LOS PLANES DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS APOYAN LA ESTRATEGIA DE LA ORGANIZACIÓN

3a1. GESTIÓN DE OBJETIVOS INDIVIDUALES E INCENTIVOS. GESTIÓN DIFERENCIADA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Grado de consecución de los objetivos con evaluación individual •% de profesionales que perciben incentivos •Repercusión económica de los incentivos y comparación con el Área •Posicionamiento relativo del centro respecto al Área en percepción de incentivos •Evolución económica del PG •Diferenciada y utilización de los recursos 	<ul style="list-style-type: none"> •Alineamiento de objetivos con evaluación individual (persona, Pacto de objetivos CSSN, Plan Anual de Gestión GAPS) •Inclusión de objetivos de calidad, docencia, publicaciones e investigación •Aplicación a todos los profesionales de medicina y enfermería (los no sanitarios los tienen incluidos en el sueldo) 	<ul style="list-style-type: none"> •Listado de objetivos con evaluación individual •Grado de consecución de objetivos con evaluación individual •Renegociación anual del PG diferenciada 	<ul style="list-style-type: none"> •Pacto de objetivos •Gestión de calidad •Gestión del conocimiento Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> •1.4 Consolidar el modelo de gestión de calidad •2.4 Implantar sistemas de reconocimiento (incentivos individuales) •2.5 Diseñar y evaluar el proceso de investigación en el centro •2.6 Diseñar y evaluar el proceso de docencia en el centro •4.4 Innovación y nuevas tecnologías •5.1 Evolución de la carga de trabajo del EAP Soria Norte según Cartera de Servicios •5.2 Promover el desarrollo homogéneo de la Cartera de Servicios mediante la definición de estándares en la cobertura por cupo

El Pacto de objetivos determina la participación de los profesionales del EAP en la consecución de los objetivos asistenciales globales de su ZBS y del Área de Salud de Soria con criterios de calidad y adecuada utilización de recursos y consumos. Constituye asimismo la oferta asistencial del CSSN a la población que atiende y su actividad organizativa para conseguirlo.

Para su consecución en CSSN ha desarrollado una sistemática de alineamiento de los objetivos generales del equipo con objetivos individuales, afrontados mediante ciclos PDCA, de cuyos resultados derivan una serie de incentivos económicos.

El nivel de desarrollo y organización del CSSN se basa en la mejora de la calidad en los servicios que presta a su población. Desde la GAP se establece que el mantenimiento del nivel de la calidad asistencial y la consecución de los objetivos previstos en la planificación operativa del CSSN exigen una gestión diferenciada que permita su mantenimiento y la cobertura de aquellos programas específicos recogidos en el proyecto de excelencia, con difícil canida en la actividad habitual del EAP SN. Esta gestión diferenciada es susceptible de integrarse en futuros programas de Gestión Propia que se desarrollen desde la GRS de CyL.

Los recursos económicos adicionales desde la GAP, y gestionados por el equipo directivo del CSSN, se destinan a:

- Desarrollar actividades de planificación y organización del CSSN
- Elaboración del Plan Estratégico y del Mapa de procesos
- Actividad con nuevas tecnologías que incrementen la capacidad resolutive
- Actividades de participación comunitaria y de promoción de la salud
- Actividades para mantener los tiempos de consulta o ampliar agendas en casos de incremento de la presión asistencial o por campañas específicas

La sistemática de gestión de los objetivos e incentivos individuales se describe en el proceso E-04-PO Pacto de Objetivos.

Para evaluar la adecuación de este planteamiento, se revisa la carga laboral por profesional ponderado en cartera de servicios (hasta 2008), se evalúa la consecución de objetivos de forma individual, y se desarrollan actividades incluidas en el plan de gestión diferenciada. Finalmente, cada año el PO pasa una renegociación, en base a la experiencia y aprendizaje del año anterior.

Indicadores empleados para esa evaluación son los de rendimiento que vemos en la tabla, a los que podemos complementar con indicadores de percepción relacionados con esta gestión de objetivos individuales e incentivos:

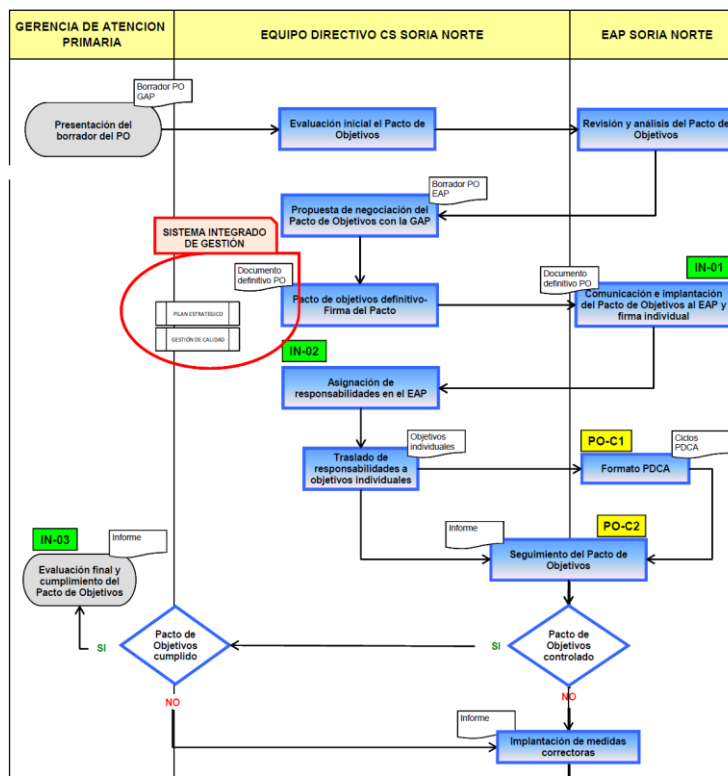


Ilustración 32 - Diagrama de flujo proceso E-04-PO Pacto de Objetivos

Font Roja (1-5)	2002		2006		2010	
	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria
En mi trabajo me encuentro muy satisfecho	3,6	3,2	3,2	3,2	3,7	3,7
En mi trabajo tengo oportunidades de hacer cosas nuevas	2,3	2,5	2,6	2,8	3,1	3,1
En mi trabajo el sueldo que percibo es adecuado	2,1	2,1	2,6	2,1	3,1	2,8
En mi trabajo estoy seguro de conocer lo que se espera de mí	3,1	3,1	3,3	3,4	3,6	3,3

Fruto de estas revisiones, se han introducido diferentes mejoras:

- Alineamiento de objetivos con evaluación individual desde el año 2003 (desde 2008 con esquema PDCA, como medio de introducción en sistemas de calidad):
 - PAG ~ PO ~ objetivos individuales (o lo que es lo mismo GAP ~ CSSN ~ personas)
- Incorporación de objetivos individuales de calidad, docencia, publicaciones e investigación (como medio para incentivar actividades clave en la actividad de un EAP)

Aplicación a todos los profesionales de medicina y enfermería (los no sanitarios tienen incluidos los incentivos en el sueldo).

3a2. SELECCIÓN Y ACOGIDA DE PERSONAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
•% de nuevas incorporaciones que reciben Plan de Acogida	<ul style="list-style-type: none"> •Implementación en el Plan de acogida de un compañero de referencia •Actualización del plan de acogida 	•Plan de Acogida	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión de capital humano •Comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> •2.4 Implantar sistemas de reconocimiento (incentivos individuales) •2.5 Diseñar y evaluar el proceso de investigación en el centro

La selección de personas para la organización se encuentra definida por la legislación vigente nacional y autonómica que garantizan, e incluso sobrepasan los criterios de equidad e igualdad de oportunidades, y donde por ejemplo actualmente el número de mujeres supera con creces al de hombres.

Las necesidades de personal que surgen se trasladan a la GAP, que se encarga de transmitirlos a la Dirección de Recursos Humanos del SACYL. Actualmente, consecuencia de la Gestión diferenciada en el Capítulo I, el CSSN dispone de cierta autonomía, condicionada a la adecuación de la normativa vigente y al escenario presupuestario previsto, en la gestión de necesidades de personal.

Toda persona que se incorpora al CSSN recibe planes de acogida. Existe uno de la GAP, y otro elaborado en el CSSN desde el año 2007. Este es un documento propio en el que se recogen la misión visión y valores y la gestión de calidad, entre otras informaciones de interés (⇒ Ilustración 13), y que está en continua actualización, ante la evolución organizativa del equipo.

En el plan de acogida se recoge, asimismo, que cada nueva persona incorporada a la organización es tutorizada por otra del EAP (compañero de referencia) en un intento de resolver cualquier duda y de orientarla sobre la organización y sus características diferenciales, para facilitar su adaptación.

Para facilitar la evolución profesional de las personas del CSSN, existen políticas de movilidad y desarrollo de las personas de la organización (⇒ 3b1), establecidas desde la Consejería de Sanidad:

- **Movilidad:** a través de las ofertas de empleo público y procesos selectivos del SACYL
- **Bolsas de trabajo**
- **Carrera profesional:** a través del DECRETO 43/2009, que se regula la carrera profesional del personal estatutario de los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla y León.

- 1) Introducción
- 2) Ámbito de actuación. Misión, visión y valores
- 3) Prestaciones y servicios
- 4) Capital humano
- 5) Consultas, servicios y ubicación
- 6) Gestión de la calidad
- 7) Gestión del conocimiento
- 8) Plan estratégico
- 9) Vacaciones y permisos
- 10) Consejo de salud de zona
- 11) Salud laboral
- 12) Salud pública
- 13) Derechos y obligaciones de los pacientes
- 14) Legislación sanitaria y normativa de interés
- 15) Hoja de verificación
- 16) Organización de la demanda urgente
- 17) Organización ante ausencias inesperadas
- 18) Organización ante epidemias

Ilustración 33 – Contenidos del Plan de Acogida

3a3. INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de encuestas • Comunicación interna (premio a la presentación en VI jornadas de calidad en AP de CyL (2009)) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Reconocimiento • Liderazgo compartido • Comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de encuestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.3 Desarrollar la Voz del Profesional

El CSSN es consciente de la importancia de la información sobre las percepciones de los diferentes GGII, siendo las personas de la organización uno de los principales focos de atención. Esta información es objeto de análisis y fuente de oportunidades de mejora para el CSSN. Es por ello que se recoge información de forma consecutiva sobre el clima laboral desde 2002 y la comunicación interna desde 2006. La sistemática de recogida de esta información se describe en el proceso E-02-VP Voz del profesional.

ENCUESTA	DESDE...	TIPO DE INFORMACIÓN	PERIODICIDAD
CVP-35	2006,2010	Calidad de vida profesional	Cuatrerial
Dinámica de Equipo (Borrell)	2002, 2004, 2006, 2008, 2010	Niveles de rendimiento de los equipos de trabajo	Bienal
Comunicación Interna	2006, 2008, 2010	Eficiencia y eficacia de la comunicación interna	Bienal
Font Roja	2002,2006,2010	Satisfacción laboral	Cuatrerial
Maslach Burnout Inventory MBI	2002,2010	Estrés laboral	Según periodicidad de GAPS

Tabla 1

Se realizan dos tipos de encuestas:

- Encuestas periódicas al EAP sobre aspectos clave de su actividad, y cuyos resultados se utilizan para la mejora continua de la gestión de las personas. La tabla anterior refleja este tipo de encuestas. Cabe destacar que todos los cuestionarios utilizados por el CSSN son cuestionarios que han sido validados a través de estudios de investigación por entidades externas.
- Encuestas puntuales de satisfacción tras la implementación de mejoras relacionadas con la gestión de personas, espacios o actividades, para conocer su satisfacción con los cambios, y aportando sugerencias iniciar nuevos ciclos de mejora.

Este planteamiento ya consolidado en el CSSN fue objetivo de reconocimiento al ser premiada su presentación en las VI Jornadas de Calidad en AP de CyL (Ávila, 2009).

Los diferentes tipos de herramientas de recogida de información fueron incorporándose al sistema de gestión del CSSN a medida que surgían las necesidades de: mejorar la comunicación interna, poner en marcha un modelo de Liderazgo Compartido o para valorar el Sistema de Reconocimiento del CSSN.

Como indicadores relevantes para analizar las percepciones de las personas con la sistemática descrita, se recogen a través del cuestionario CVP-35:

- La posibilidad de expresar lo que pienso y necesito
- La posibilidad de que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas.

Históricamente, el porcentaje de respuestas a las encuestas se sitúa de forma permanente por encima del 80%. Además los resultados en todos los casos mantienen tendencias positivas en el tiempo. A partir de 2010, como una mejora de la sistemática, el CSSN ha decidido realizar cada 2 años todos los cuestionarios, por lo que llevara a cabo aquellos que no sean abordados en ese año por la GAPS.

3b1. MOVILIDAD Y CARRERA PROFESIONAL.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Font Roja: <ul style="list-style-type: none"> - El puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación - Tengo posibilidades de promoción profesional Grado alcanzado carrera profesional Repercusión económica global 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del grado de carrera on-line 	<ul style="list-style-type: none"> Herramienta EVALU@NET FQS CyL 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión del capital humano 	<ul style="list-style-type: none"> 2.4 Implantar sistemas de reconocimiento

Con ha quedado reflejado con anterioridad (⇒ 3a2), la movilidad y el desarrollo profesional son actividades definidas por la legislación vigente (ofertas de empleo público y procesos selectivos del SACYL, Decreto 43/2009, que se regula la carrera profesional).

La carrera profesional en el Servicio de Salud de Castilla y León es voluntaria e irreversible, se basa en el reconocimiento individual del grado de progreso alcanzado en las competencias definidas para cada categoría profesional a través de la evaluación individual de las mismas y de su desempeño, habiéndose optado por un modelo basado en competencias, adaptado a las especificidades de categorías profesionales y puestos de trabajo. Desde el CSSN se potencia a nivel estratégico, con un Objetivo dedicado íntegramente al desarrollo de las personas.

Font Roja (1-5)	2002		2006		2010	
	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria
En mi trabajo el puesto que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación	3,1	3,1	3,4	3,4	3,6	3,7
En mi trabajo tengo posibilidades de promoción profesional	1,9	1,9	1,9	1,6	2,2	2

3b2. GESTIÓN DE LA FORMACIÓN.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Formación recibida/impartida por los líderes en calidad: <ul style="list-style-type: none"> - cualitativa (tipo de formación) - cuantitativa (horas de formación) Horas de formación de los profesionales del EAP Horas impartidas listado de actividades de los profesionales del EAP Font Roja: <ul style="list-style-type: none"> - 22 Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> Formación acreditada en el EAP (benchmarking CS Soria Rural) Evolución de la innovación tras la implantación (con docencia): MAPA, tonometría, ecografía 	<ul style="list-style-type: none"> Documento de solicitud de formación acreditada (2010-2011: 20 sesiones) 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión del conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 Formar en valores y herramientas generales de mejora de la calidad 2.2 Evaluar la eficacia de la formación 4.4 Innovación y nuevas tecnologías (implantación)

Fundamental para facilitar el desarrollo de los profesionales del CSSN es la formación. Para ello, desde el CSSN se impulsa la formación con tres niveles diferentes:

CENTRALIZADA

- Coordinada y autogestionada desde la Consejería de Sanidad gracias a la aplicación Gestion@FC (desde 2009). Impartida a través de intranet (cursos on line o mixtos a través de la plataforma Educativa) y cursos presenciales.
- La aplicación Gestion@FC facilita recogida de necesidades, solicitud de acciones, gestión de los datos (autogestión) y consultas de historiales formativo, con plan de recogida de necesidades anual informatizado.

GAP

- En aulas de docencia de la GAP o en el propio CSSN.
- También gestionadas a través de Gestion@FC. En este caso, la GAP busca la eficiencia de este proceso y el aprovechamiento del conocimiento disponible, y para ello muchos de los docentes de su plan de formación son profesionales de la propia GAPS.

FORMACIÓN INTERNA

- Se recogen de forma anual necesidades de formación y se gestionan de acuerdo al proceso S-05-GC Gestión del conocimiento. En este caso la recogida de necesidades la realiza el CS a través de un listado, al que se añaden las necesidades derivadas de la estrategia del CSSN o las necesidades de la innovación (nuevos procesos, nuevas tecnologías, calidad, etc.).
- Durante 2010 se ha solicitado por primera vez la acreditación de las actividades presenciales de formación continuada (20 sesiones internas) por el CSSN, fruto de la buena práctica observada en el CS Soria Rural.

Los profesionales del EAP reciben formación y forman; tanto dentro del SACYL como en otras organizaciones externas (Colegio de médicos, IECSYL,...).

Los **líderes** se forman en calidad total y forman, con indicadores cualitativos (tipo de formación) como cuantitativos (horas de formación) al respecto.

Otros indicadores: Horas de formación de los profesionales del EAP, Horas impartidas y listado de actividades de los profesionales del EAP, Font Roja: (item 22) Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo.

Frutos de la utilidad de la formación recibida son las positivas evoluciones de la innovación tecnológica tras la implantación (con docencia): MAPA, tonometría y ecografía.

3b3. ALINEACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LAS PERSONAS CON LOS DE LA ORGANIZACIÓN.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •% de profesionales con responsabilidad en pacto de objetivos •Evolución de los resultados de objetivos individuales •Font Roja: <ul style="list-style-type: none"> - 19 Estoy seguro de conocer lo que se espera de mi en el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> •Ciclos PDCA como herramienta en Pacto de objetivos •Plan integral de gestión (ver gráfico) 	Informe ciclos PDCA	<ul style="list-style-type: none"> •Plan estratégico •Pacto de objetivos •Gestión de calidad •Gestión de procesos 	<ul style="list-style-type: none"> •5.3 Cumplir los objetivos los servicios clave •5.4 Cumplimiento presupuestario •5.5 Pacto de objetivos

Para facilitar el desarrollo del conocimiento y las capacidades de las personas, el CSSN alinea los objetivos de las personas con los de la organización mediante el plan de calidad, plan estratégico, y el pacto de objetivos con los objetivos con evaluación individual incentivados (⇒ 3a1). GAP ~ CSSN ~ personas.

Por tanto, el Plan de calidad 2006-2008 y el Plan Estratégico 2010-2012 recogen y alinean los objetivos de la organización, del equipo y de las personas. Así mismo, el Pacto de Objetivos, a través de los responsables de ciclos PDCA y el despliegue de objetivos en cascada, consigue esa alineación.

Porcentaje de profesionales que participan en ciclos PDCA: actualmente el 90% del equipo participa en estos ciclos PDCA de mejora.

3b4. HERRAMIENTAS E INFORMACIÓN DE APOYO A LAS PERSONAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Herramientas: utilización de ecografía, retinografía, tonometría, electro-bisturí, MAPA, termómetro infrarrojos 	<ul style="list-style-type: none"> •Consulta de cirugía menor •Seguimiento de pacientes estables con hipertensión ocular en AP (coordinación AP/AE) 		<ul style="list-style-type: none"> •Innovación •Tecnología sanitaria •Gestión del conocimiento •Comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> •3.5 Gestión de agendas de calidad •4.4 Innovación y nuevas tecnologías

Desde el CSSN se dota a las personas de los recursos necesarios para su desarrollo competencial. La principal herramienta puesta en funcionamiento por el CS es la **información y/o recursos**. Las necesidades surgen de la innovación, de ampliar la cartera de servicios o de incrementar de la capacidad resolutoria del centro; a través de un plan de necesidades. Estos recursos e información facilitan el desarrollo de las competencias a través de la formación o autoformación (experiencia en la aplicación).

- Respecto a la Información: a nivel centralizado se tiene acceso a través de intranet, desde todos los puestos de trabajo, a los medios de conocimiento de la organización, con la información de utilidad tanto para la actividad laboral y su seguimiento, como para las relaciones laborales. Entre ellos tenemos.
 - Para la actividad laboral: biblioteca, portales sanitarios en internet, revistas médicas, medicina basada en la evidencia, documentación de sesiones internas, etc.
 - Para las relaciones laborales: concursos, traslados, bolsas de trabajo, carrera profesional, becas, investigación, etc.
- Respecto a los recursos: se apoyan todas las iniciativas de investigación o iniciativas personales de utilización de nuevas tecnologías/recursos para mejorar la calidad de los servicios. Ej.: electro-bisturí coagulador

3c1. IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •% de profesionales que participan en la definición de MVV •% de profesionales con responsabilidad en el Pacto de objetivos •% de profesionales que participa en actividades de mejora 	<ul style="list-style-type: none"> •Dinámica de equipo: <ul style="list-style-type: none"> - cada profesional se siente responsable del éxito del equipo - hay sensación de formar parte de un equipo y de luchar por su reconocimiento dentro y fuera de la organización •Comunicación interna: <ul style="list-style-type: none"> - los miembros del equipo colaboran habitualmente entre sí para conseguir los objetivos fijados por el CS 	<ul style="list-style-type: none"> •MVV •Pacto de objetivos anual 	<ul style="list-style-type: none"> •Voz del profesional •Innovación •Comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> •2.1 Estructura directiva en el EAP •2.3 Desarrollar la Voz del Profesional •3.5 Gestión de agendas de calidad •4.1 Reorganización de la Unidad Administrativa •4.4 Innovación y nuevas tecnologías •4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

Cuando una persona entra en el CSSN se le entrega el plan de acogida y se le asigna un compañero de referencia que le permita integrarse fácilmente en el EAP y se implique desde el inicio en el equipo conociendo, y apoyando, su dinámica propia de actividad.

Las personas participan de forma activa en la gestión del CSSN. Participación sistemática en la definición de la misión, visión, valores y plan estratégico, se comunica por escrito y se presentan en sesión de equipo los resultados para su debate.

Las personas aportan y se implican la consecución de los resultados marcados en los PO mediante la asunción de responsabilidades y su desarrollo a través de ciclos PDCA.

Con el uso de la herramienta "Registro de incidentes" las personas identifican y se implican en acciones para la mejora:

Instrumento	Acción genérica	Acción específica	Medidas correctoras	Ejecución
Registro de incidentes	Urgencias	Actuación tras aviso urgente con servicio 112 activado (3-2-2009)	Protocolo de actuación interno (acción de mejora)	SI
Registro de incidentes	Laboratorio	Circuito de extracción periférica (9-4-2010)	Modificación del circuito de extracciones periféricas (plan de mejora)	SI
Registro de incidentes	Coordinación AP / AE	Estudio radiográfico sin informe y con duda diagnóstica (16-7-2010)	Sistema de contacto telefónico con el Servicios de Radiología (acción de mejora: comunicación AP / AE - hay servicios a los cuales se tiene acceso telefónico para intercambio de información y conocimientos clínicos: Radiodiagnóstico, RHB, Microbiología, Psiquiatría -)	SI

Las personas asumen responsabilidades alineadas y complementarias en plan estratégico, procesos y pacto de objetivos.

3c2. CULTURA DE CAPITAL HUMANO EMPRENDEDOR DEDICACION, TALENTO Y CREATIVIDAD.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Dinámica de equipo: <ul style="list-style-type: none"> - somos capaces de planificar nuevas ideas y dentro del equipo encontrar el apoyo necesario para realizarlas - el equipo está abierto al cambio y responde de forma adecuada al mismo cuando este se da 	<ul style="list-style-type: none"> •Consulta de ecografía - cirugía menor (derivada del sistema de gestión diferenciada) •Cambio de sistema informático OMI-MEDORA 	<ul style="list-style-type: none"> •Protocolo de cirugía menor 	<ul style="list-style-type: none"> •Innovación •Tecnología sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> •3.5 Gestión de agendas de calidad •4.1 Reorganización de la Unidad Administrativa •4.2 Informatización •4.4 Innovación y nuevas tecnologías •4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

Los profesionales del EAP son capaces de estar abiertos al cambio y responder de forma adecuada, de planificar nuevas ideas y de llevarlas a cabo, con el apoyo del resto de sus compañeros.

Mediante el fomento de una cultura de participación e innovación (⇒1d4) las personas identifican fuentes de innovación que implementan en su actividad diaria.

En la cultura del equipo se desarrolla el capital humano emprendedor; como ejemplo del mismo se hizo una aplicación informática específica en OMI para registro de casos en la pandemia de Gripe A y posibilitar su posterior evaluación y análisis.

Gracias a la participación de las personas se impulsa en el CSSN la innovación tecnológica y de gestión (⇒4d1).

3c3. GESTIÓN COMPARTIDA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Dinámica de equipo: <ul style="list-style-type: none"> -se consideran las opiniones de los miembros del equipo - se escuchan las opiniones de todos aunque estén en minoría (encuesta de comunicación) - se comparten las decisiones - se sabe llegar a un consenso - se tiene la sensación de mutua dependencia - cada profesional se siente responsable de los éxitos del equipo •Font Roja: <ul style="list-style-type: none"> - 2 Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> •Empowerment: ejemplo cartera de servicios •Implementación del pacto de objetivos •Responsables de procesos •El acceder a la evaluación externa EFQM con los criterios actuales fue decisión de los miembros del equipo 	<ul style="list-style-type: none"> •MVV •Pacto de objetivos •Procesos 	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión de procesos 	<ul style="list-style-type: none"> •5.2 Promover el desarrollo homogéneo de la Cartera de Servicios mediante la definición de estándares en la cobertura por cupo

La responsabilidad compartida se materializa en la delegación de responsabilidades a todos los propietarios de los procesos. Gestión compartida (empowerment) a través de Sistema Integrado de Gestión (SIG: Plan estratégico, Pacto de objetivos y Gestión de calidad): líderes de Áreas comunes y específicas (⇒ *ver Liderazgo*), ciclos PDCA, propietarios de procesos,...).

Con el respaldo de un liderazgo visionario, democrático y afiliativo (⇒1a2) se delega la capacidad para tomar decisiones obteniendo como para obtener resultados (grupos ad-hoc de mejora - secretaria, archivos, circuito de extracciones periféricas -, ciclos PDCA de pacto de objetivos,..).

Se mantienen reuniones periódicas de los miembros del equipo en base al documento *Metodología de las reuniones*: reunión de enfermería (martes), reunión de equipo (jueves) y sesiones clínicas (viernes).

La participación en el establecimiento de objetivos es un elemento esencial y su principal cualidad motivadora.

Con la promoción de la descentralización de las actividades de gestión (gestión diferenciada), se facilita la asunción de responsabilidades en el Capítulo I, y en la innovación, desde el EAP (ampliación de consultas, gestión de la carga laboral ante imprevistos,...).

3c4. CREATIVIDAD Y PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE MEJORA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Encuestas internas de valoración de las acciones de mejora emprendidas (área administrativa, almacén, circuito de extracciones) •Font Roja: <ul style="list-style-type: none"> - 9 Tengo pocas oportunidades para hacer cosas nuevas 	<ul style="list-style-type: none"> •Formación enfermería: MAPA, tonometría •Mejora necesidades y expectativas de Escuela de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> •Encuesta y plan de mejora Escuela enfermería (Uva) 	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> •1.4 Consolidar el modelo de gestión de calidad •3.5 Gestión de agendas de calidad

Se emprenden acciones, con la participación de las personas, mediante la identificación de fuentes de mejora. Los integrantes del EAP tienen asignadas actividades de mejora, tanto en relación al pacto de objetivos como en el seguimiento y mejora de los procesos, consiguiendo que la evolución de su participación en actividades de mejora (PDCA, equipos ad-hoc, plan de calidad), haya pasado de un 41% de en el año 2003 a un 80% en el año 2010.

Se impulsan oportunidades que estimulen la implicación y respalden un comportamiento innovador y creativo, mediante el desarrollo del método organizacional adhocrático basado en pequeños grupos de personas que detectan y se hacen cargo de un área de mejora, desarrollan e implantan las soluciones de forma autónoma, con conocimiento, respaldo y colaboración de los líderes del equipo, y realizan su seguimiento; un ejemplo es la reorganización del almacén y la gestión y reposición del material fungible en las consultas (*check list*).

3d1. COMUNICACIÓN INTERNA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Dinámica de equipo: <ul style="list-style-type: none"> - hay un buen nivel de información compartida •Comunicación interna: <ul style="list-style-type: none"> - creo que dentro del equipo se comparte la información relevante - la organización interna favorece la comunicación - evolución de la gestión interna en cuanto a la comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> •Utilización del correo interno 	<ul style="list-style-type: none"> •Plan de comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> •Comunicación interna •Gestión del conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> •2.3 Desarrollar la Voz del Profesional: estudio y valoración de la comunicación interna

Dentro de los GGII, las personas son prioritarias para el CSSN, ya que constituyen el núcleo de la organización, su mayor capital, y deben de ser un claro exponente de los valores de la organización. Además en un Centro de Salud de Atención Primaria, el equipo de trabajadores debe ser el público de mayor interés, pues son los vehículos de atención directa a los ciudadanos. Para el CSSN la **comunicación interna** es un proceso básico dirigido al cliente interno, es decir, al trabajador. Nace como respuesta a las necesidades de las organizaciones de **motivar a su equipo humano** y retener a los mejores en un entorno de rápido cambio. La idea central no es tanto la información como la **participación** (colaborar con la organización en lo que la organización está haciendo).

La comunicación interna es una de las asignaturas pendientes de las instituciones sanitarias. Para aumentar la eficacia de los equipos humanos, verdaderos artífices de los resultados, estos han de sentirse integrados y valorados dentro de su organización y esto sólo es posible si los trabajadores conocen de forma explícita su Misión, su Visión, sus Valores y su estrategia, y se establecen adecuadas relaciones interpersonales. Por ello, transmitir mensajes corporativos, informar sobre lo que ocurre dentro del EAP, motivar y establecer una línea de comunicación eficaz entre sus miembros es lo que persigue la comunicación interna, ya que la motivación y satisfacción laboral tienen un impacto enorme en el rendimiento y en la calidad del trabajo, además de favorecer el bienestar y la calidad de vida laboral, objetivo de toda organización eficaz.

La primera iniciativa de mejora de la comunicación interna por parte del CSSN fue la elaboración de un Plan de **comunicación interna**, con el objetivo fundamental de **mejorar** la percepción de la comunicación interna entre los **miembros del Equipo de Atención Primaria Soria Norte** mediante la aplicación del **ciclo de mejora continua PDCA** de Shewhart (Planificar, Actuar, Medir y Verificar, Reaccionar):

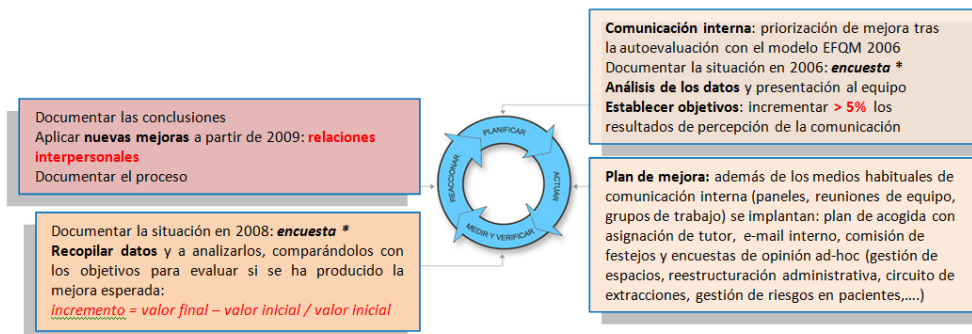


Ilustración 34 - Plan de Mejora “Comunicación Interna”

Encuesta de comunicación interna*	2006	2008	Δ 2008/6
a.- organización interna del equipo	3,41	3,81	+ 11,7%
- flexible	3,47	3,87	+ 11,5%
- menos burocrática	3,30	3,67	+ 11,2%
- favorece la comunicación	3,47	3,90	+ 12,4%
b.- gestión interna del equipo	3,42	3,61	+ 5,56%
- relaciones interpersonales	3,42	3,53	+ 3,2%
- condiciones de trabajo	3,27	3,50	+ 7%
- mejora la comunicación	3,57	3,80	+ 6,4%

*1 = máximo desacuerdo, 5 = Máximo acuerdo

¿Crees que resulta difícil acceder a los responsables de tu centro de salud cuando tienes una idea, una sugerencia o un problema?					
%	Nunca	Ocasional	Frecuente	Habitual	Sistemático
2006	68	26	3	3	0
2008	87	7	3	3	0

¿Crees que los miembros de tu equipo se sienten comprendidos y aceptados por los responsables de tu centro?					
%	Nunca	Ocasional	Frecuente	Habitual	Sistemático
2006	0	20	33	37	10
2008	0	13	13	54	20

Actualmente ya está desarrollado el proceso que regula la comunicación interna en el CSSN, *S-06-CI Comunicación interna*, y se conocen ya los resultados de las encuestas sobre la comunicación interna, que se recogen de forma sistemática (bienal) desde el comienzo del plan de mejora, con tendencias claramente positivas entre el periodo 2006-2010. Esta buena práctica ha sido además reconocida y premiada en las Jornadas de Calidad en AP CyL (Ávila, 2009).

3d2. COMPRENSIÓN DE LA ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Font Roja: - 19 Estoy seguro de conocer lo que se espera de mi en el trabajos 	<ul style="list-style-type: none"> Adaptación de la M,V y V (bianual) 	<ul style="list-style-type: none"> M,V y V (participación > 80% EAP) Autoevaluaciones (participación mínima 5 profesionales) Plan de mejora 2006-2008 (16 personas con actividades directas) Plan estratégico (responsables) 	<ul style="list-style-type: none"> Plan estratégico Gestión de procesos 	<ul style="list-style-type: none"> 1.2 Formalizar el mapa de procesos y definir los procesos clave del CS 1.3 Desplegar enfoques adecuados para el proceso de incorporación de nuevos servicios 3.3 Priorizar las necesidades de salud percibidas 4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

Para que la estrategia sea efectiva, el CSSN considera que es crucial que esta sea entendida por las personas de la organización. Para ello los profesionales se implican en la definición de la Misión, Visión y Valores, autoevaluaciones y planes de mejora, y en el desarrollo del plan estratégico. Los niveles de implicación necesarios para su comprensión son diferentes en cada caso:

- Misión, Visión y Valores desarrollados mediante tormenta de ideas por todo el EAP.
- Actividades del Plan de mejora, tras autoevaluación, priorizadas por todo el EAP.
- Plan estratégico: comunicado por escrito y presentado en sesión de equipo su debate, modificación y puesta en marcha.
- Liderazgo visionario, democrático y afiliativo (⇒ 1a2) que promueve la gestión compartida.

La comprensión de la estrategia se refleja en el conocimiento de cada persona sobre lo que la organización espera:

Font Roja (1-5)	2002		2006		2010	
	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria
En mi trabajo estoy seguro de conocer lo que se espera de mi	3,1	3,1	3,3	3,4	3,6	3,3

3d3. PLAN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Dinámica de equipo: - se produce sinergia entre los miembros del equipo 	<ul style="list-style-type: none"> Sesiones en formato power point Se constituye una CDteca 	<ul style="list-style-type: none"> Archivo informático de las sesiones que se imparten en el CSSN 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación interna Gestión del conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> 2.2 Evaluar la eficacia de la formación

El CSSN gestiona el espacio y ámbito organizativo en donde se desarrollan los intangibles que generan valor para la organización buscando, seleccionando, recopilando, transmitiendo y compartiendo las mejores prácticas con el objeto de desarrollar acciones para satisfacer las necesidades y expectativas (tanto del cliente interno como externo).

Para ello ha desarrollado un Plan de Gestión del Conocimiento (⇒ 4a1) que integra los 3 pilares fundamentales, considerados por el CSSN, para una adecuada gestión del conocimiento:

- **Formación:** tiene como objetivo el desarrollo profesional de los miembros del EAP del CSSN y la adecuación de sus competencias a las necesidades actuales (misión) y futuras de su puesto de trabajo (innovación, visión).
- **Gestión del conocimiento:** tiene como objetivo identificar, detectar, reelaborar y poner a disposición de todo el EAP los conocimientos y las prácticas que aporten valor añadido tanto a los pacientes como a los profesionales implicados en su cuidado.
- **Comunicación interna:** sus objetivos son la divulgación de la misión, la visión, los objetivos y los valores de la entidad, fomentando la participación de los miembros del EAP en un clima de transparencia basado en la confianza.

	TRABAJO GRUPAL	COHESIÓN	CLIMA DE EQUIPO
2002	1,84	1,55	1,67
2004	1,64	1,15	1,74
2006	2,08	2,07	2,45
2008	2,08	2,07	2,45
2010	2,54	2,32	2,45

Este planteamiento y su desarrollo, en la parte correspondiente a la generación de **conocimiento interno**, se encuentran documentados en el proceso S-05-GC *Gestión del conocimiento*, y en el manual *Gestión del Conocimiento*. Si bien el manual existe desde 2007, la documentación del proceso relacionada es una mejora introducida más recientemente (2010). Añadiendo a este planteamiento un entorno de trabajo en equipo dotado de una constante vocación de aprendizaje (formación, docencia, consultas con especialistas,...) hacen posible compartir el conocimiento adquirido, a través de reuniones de equipo y sesiones de formación interna (con archivo informático al alcance de los profesionales y residentes o estudiantes).

En las encuestas de dinámicas de equipo se comprueba el éxito de este planteamiento, ya que las personas del CSSN consideran que se producen elevadas sinergias entre los miembros del equipo

3e1. REMUNERACIÓN.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Resultado de análisis conjunto (incentivos) • Evolución anual del cumplimiento de incentivos • Font Roja: <ul style="list-style-type: none"> - 15 El sueldo que percibo es adecuado • Grado de Carrera profesional alcanzado por los profesionales del EAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Alineamiento de objetivos individuales con la estrategia de la organización, la GAPS y la GRS 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos individuales • Ranking de incentivos respecto a la GAPS 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del capital humano 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.4 Implantar sistemas de reconocimiento

La remuneración, traslados y otros asuntos laborales vienen definidos por la legislación vigente nacional y autonómica; los objetivos individuales que repercuten en los incentivos se definen en el equipo alineados con sus objetivos y con los de la organización (estudio de análisis conjunto de incentivos, equipo que más incentivos percibe en el Área).

Productividad en Cartera de Servicios: La GAP a través del PO establece para todos los EAP unos objetivos al respecto que sirven de base para la retribución variable de cada CS.

Incentivos individuales por objetivos: Los miembros del CS SN tienen objetivos de cumplimiento individual, alineados a los del EAP establecidos por la GAPS, (el CS que cumple un % superior de objetivos en el pacto anual recibe mayores incentivos económico, que se reparten entre los profesionales según el índice de consecución de sus propios objetivos individuales).

3e2. MEDIDAS DE CONCILIACIÓN Y OTRAS PRESTACIONES.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Evolución de las ayudas sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Se han impartido cursos para el control del estrés laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Compensación por accidentes de vehículo durante la actividad laboral • Ayudas sociales • Prestamos y adelantos de nómina • Seguro de responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interna • Gestión del conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.4 Implantar sistemas de reconocimiento • 5.1 Carga de trabajo según cartera de servicio

Para fomentar actividades sociales y culturales, se puso en marcha una Comisión de Festejos en 2005, compuesta por 3 personas, y encargada de organizar aquellas actividades que sirvan para reforzar el sentimiento de pertenencia y mejorar la dinámica interna del equipo (comidas, efemérides, despedidas de profesionales por traslado o jubilación,...). Esta ha sido una de las decisiones más reconocidas por los miembros del equipo y que han contribuido con más fuerza a la mejora de las relaciones personales.

La gestión del capital humano que permite la gestión diferenciada persigue alcanzar la mayor conciliación posible entre actividad laboral-vida personal (visitas médicas, enfermedad familiar, formación,...). La gestión diferenciada, incluyendo la consulta de gestión de agendas, capacita al ED para favorecer la conciliación actividad laboral / vida familiar, sin perjuicio para la calidad asistencial

Desde la JCyL se promueven ventajas laborales para sus trabajadores –ayudas sociales, seguro para actividad laboral, seguro de accidentes, adelanto de nóminas, guarderías,...-. Se cumple la normativa vigente en torno a Prevención de Riesgos Laborales a través del Servicio de Prevención (SACYL) Comité de Salud Laboral y Plan de Emergencias del CSSN. Se han impartido cursos para el control del estrés laboral. Se aplican acciones recogidas en la negociación sindical (incentivos).

3e3. MEDIDAS DE RECONOCIMIENTO FORMAL.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Font Roja: <ul style="list-style-type: none"> - Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante • Dinámica de equipo: <ul style="list-style-type: none"> - cada persona tiene un lugar y un prestigio respetado por el resto del equipo • Comunicación interna: <ul style="list-style-type: none"> - los miembros del equipo se sienten comprendidos y aceptados por los responsables del centro de salud - evolución de la gestión interna respecto a relaciones interpersonales 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar a través del reconocimiento: inclusión del celador en el proceso de gestión de la excelencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Actas de las reuniones • Actividad de la Comisión de festejos 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interna • Gestión del capital humano 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.4 Implantar sistemas de reconocimiento

El ED reconoce las buenas prácticas del equipo de forma personal en reuniones y eventos informales.

Lleva constituida, desde 2005, la Comisión de festejos dedicada a coordinar y organizar diferentes eventos importantes para las personas del equipo (cenas, jubilaciones, aniversarios,...etc.) y cuya actividad se ha revelado básica para establecer amplias relaciones interpersonales que mejoran sus capacidades y la dinámica interna del EAP, como se aprecia en la evolución en el tiempo del concepto **Cohesión** en el equipo.

3.- Cohesión	2002	2004	2006	2008	2010
Hay sensación de formar parte de un equipo y de luchar por su reconocimiento dentro y fuera de la empresa	0,55	0,37	0,53	0,80	0,80
Las personas del equipo se sienten solidarias entre ellas y procuran el bienestar de sus compañeros	0,60	0,44	0,60	0,77	0,84
Las prioridades personales pasan a segundo plano en relación a las prioridades colectivas	0,40	0,34	0,48	0,50	0,68

ALIANZAS Y RECURSOS



Andrea (6 años)

“Si buscas resultados distintos no hagas siempre lo mismo”

ALBERT EINSTEIN

Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos, para apoyar el despliegue y ejecución de la estrategia general y sus políticas de apoyo, así como para lograr el eficaz funcionamiento de sus procesos. Se aseguran de gestionar eficazmente su impacto social y ambiental.

- Gestión de partners y proveedores para obtener un beneficio sostenible.
- Gestión de los recursos económico-financieros para asegurar un éxito sostenido.
- Gestión sostenible de edificios, equipos, materiales y recursos naturales.
- Gestión de la tecnología para hacer realidad la estrategia.
- Gestión de la información y el conocimiento para apoyar una eficaz toma de decisiones y construir las capacidades de la organización.

SUBCRITERIO 4a

GESTIÓN DE PARTNERS Y PROVEEDORES PARA OBTENER UN BENEFICIO SOSTENIBLE

4a1. GESTIÓN DE ALIANZAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
•Nº de pacientes evaluados con detección precoz de problemas de memoria (publicación)	•Detección precoz de problemas de memoria (2003) (actividad, investigación, publicación) •Centro de Atención a Drogodependencias CAD (Cruz Roja) •Consulta Inmediata de Medicina Interna CIMI (2011) •MEDORA-JIMENA (2011)	•Documento de descripción del dispositivo (CAD) •Documento de uso MEDORA-JIMENA	•Alianzas externas	1.3 Desplegar enfoques adecuados para el proceso de incorporación de nuevos servicios

El CSSN ha identificado a los aliados que le apoyan en el despliegue y ejecución del su Sistema Integral de Gestión y en alcanzar un ejercicio eficaz de sus procesos. Se identifican como estratégicas las alianzas con la Gerencia de Atención Primaria de Soria (GAP Soria), el Complejo Asistencial de Soria (CA Soria), la Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer de Soria (AFEASoria), las Unidades docentes (UDMFyC, Uva) y el Consejo de Salud de Zona Soria Norte.

En la siguiente tabla se muestra cómo contribuyen a la Estrategia y Políticas de apoyo de la organización las alianzas externas más destacadas:

ALIADO	INTERACCIÓN	RESPONSABLE
GAP Soria	Negociación de PO Innovación en la Gestión (Gestión diferenciada) Proveedor de material, equipamiento, servicios (mantenimiento, gestión de residuos...) Relaciones con alianzas (CAS, AECC, Cruz Roja, otros CS, GR etc)	Equipo Directivo
CA Soria (a través de la GAPS)	Sesiones conjuntas (ej. Servicio Salud Mental) Continuidad asistencial: <ul style="list-style-type: none"> Procesos comunes: tonometría, retinografía, test de la ureasa (19 protocolos consensuados AP/AE, criterios de derivación) Acceso MEDORA-JIMENA (informes de alta, CMA, laboratorio, técnicas de imagen) Procesos, pilotaje de nuevos servicios: <ul style="list-style-type: none"> Consulta Inmediata de Medicina Interna (CIMI) Docencia: período formativo de residentes de MI en el CSSN	Responsable de formación Grupo de trabajo CSSN / MI
AFEASoria	Programa de detección precoz problemas de memoria (protocolo, investigación, publicación) Proyecto de investigación (Programa informático GRADIOR).	Profesionales médicos
Uva (Escuela de Enfermería)	Formación de Enfermeras 3º curso: enfermería comunitaria y materno-infantil	Responsable de Enfermería de docencia
UDMFyC	Formación de residentes de MFyC y de MT; rotación de otras especialidades (MI)	Responsable Médico de docencia Tutores
Consejo de Salud	Recogida de necesidades de los GI (se usa la Técnica de Grupo Nominal (TGN), grupo focal para generación de ideas). Desarrollo de proyectos de Mejora (Libro: "Cómo Como")	Coordinador
IESCYL	Colaboración en cursos de formación	Responsable de Urgencias y consulta de ecografía
Red de Médicos Centinelas de CyL (GRS)	Actualización de patologías prevalentes/estudios epidemiológicos	Profesionales médicos (2)
Oficinas de Farmacia	Recogida de fármacos caducados (punto Sigre) Test VIH (sensibilidad-especificidad)	Auxiliar de enfermería Profesionales médicos
Ópticas	Revisión de agudeza visual	Profesionales médicos
Excmo. Ayuntamiento de Soria	Charlas y conferencias (El pequemercado, en temas de alimentación) Colaboración para edición del libro Cómo como Mejoras en la accesibilidad al CSSN	Consejo de Salud
Asociación Española Contra el Cáncer (aecc, a través de la GAP)	EAP deriva pacientes: tabaquismo, apoyo psicológico a pacientes con cáncer o terminales	Profesionales médicos
Cruz Roja (CAD, a través de la GAP)	Protocolo establecido con el CAD: Centro de Atención a Drogodependientes	Profesionales médicos

Ilustración 35 – Interacción con alianzas del CSSN

4a2. INTERACCIÓN CON CONSEJO DE SALUD.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
•Actividades de mejora tras propuestas de miembros del consejo de salud (ver cuadro)	•Desarrollo de actividades en torno a la obesidad infantil	•Libro Cómo como	•Alianzas externas	•3.3 Priorizar las necesidades de salud percibidas

En 2005 se produce una reactivación de la actividad del Consejo de Salud de Zona, órgano colegiado de participación en el ámbito de la Zona de Salud, con carácter consultivo y en el que deberán estar representados, en todo caso, la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma, las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, las asociaciones de consumidores y usuarios y las asociaciones de vecinos. La constitución, funciones, y organización del Consejo de Salud se establecerán reglamentariamente. El Consejo de Salud promoverá la participación, podrá plantear propuestas y recomendaciones a los órganos directivos de su ámbito, se le dará conocimiento de los correspondientes Pactos de objetivos y de cualquier otra información relevante (Plan estratégico, Mapa de procesos, reclamaciones, acciones de mejora,...).

Se mantienen reuniones eficaces con periodicidad cuatrimestral en las que se plantea orden del día y se recogen en acta las conclusiones. El Coordinador del centro de salud preside las reuniones que son un foro donde se recogen las necesidades y expectativas de los GI representados en el Consejo de Salud, actuando como grupo focal.

En los años 2008/2010, mediante técnica de grupo nomina se llevo a cabo una priorización de problemas de salud y temas de investigación. Se objetiva la concordancia con los 16 temas de salud prioritarios definidos en el III Plan de Salud de CyL (⇒ 8a1).

Concordancia entre la priorización de problemas de salud del Consejo de salud Soria Norte (2008 y 2010) con el Plan de salud de CyL

CONSEJO DE SALUD (2008)	PLAN DE SALUD	CONSEJO DE SALUD (2010)
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades preventivas • Hábitos y estilos de vida • Salud en el entorno laboral • Dependencia • Infarto agudo de miocardio • Insuficiencia cardiaca • Cuidados paliativos • Planificación del capital • Educación sanitaria • Demencia • Atención a la población inmigrante 	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto agudo de miocardio • Diabetes • Tumor maligno de pulmón • Enfermedades cerebrovasculares (ictus) • Tumor maligno del colon • Tumor maligno de la mama • Depresión • Insuficiencia cardiaca • Accidentes de tráfico • EPOC • Dolor asociado a la patología osteoarticular • Patología infecciosa grave • Prestación de servicio de sanidad ambiental • Prestación de servicios de seguridad alimentaria • Salud en el entorno laboral • Dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades preventivas • Hábitos y estilos de vida • Dependencia • Planificación del capital humano • Diabetes • Trastornos del estado anímico: ansiedad, depresión • Educación sanitaria • Cuidados paliativos • Salud en el entorno laboral • Demencia • Seguridad alimentaria y ambiental • Enfermedades cerebrovasculares (ictus) • EPOC • Accidentes de tráfico • Tumor maligno de la mama • Tumor maligno de colon • Patología infecciosa grave • Atención a la población inmigrante • Tumor maligno de pulmón

Ilustración 36 – Coherencia problemas salud entre Consejo de Salud CSSN y Plan de Salud CyL

Se ha recogido en 2010 la percepción de los miembros del Consejo de Salud en relación al funcionamiento del mismo, siendo el nivel de satisfacción mayor de 4 puntos (1-5) (⇒ 8a1).

Las funciones del Consejo de Salud, con repercusión en la sociedad, son:

- Colaborar con el EAP en el diagnóstico de salud de la ZBS, en los programas de salud y en las actividades dirigidas a la promoción y protección de la salud
- Conocer el Pacto de objetivos y su evolución
- Promover el desarrollo de derechos y deberes de los usuarios
- Formular iniciativas y sugerencias para promover una mejora del nivel de salud de la zona.

Se emprenden diversas actividades de mejora tras propuestas de miembros del Consejo de salud; algunas de ellas se muestran en la siguiente tabla:

Instrumento	Acción genérica	Acción específica	Medidas correctoras	Ejecución
Consejo de salud	Laboratorio	Circuito de control de anti-coagulación (27-9-2007)	Modificación del circuito (plan de mejora)	SI
Consejo de salud	Accesibilidad	Adecuación de la parada del autobús frente al centro de salud (29-4-2008)	Señalización adecuada y rampa de acceso (acción de mejora)	SI
Consejo de salud	Residuos	Recogida de baterías (15-4-2009)	El Ayuntamiento se compromete a recoger en el centro de salud las baterías gastadas para su reciclado (acción de mejora; en el centro de salud se instalan cargadores de baterías)	SI

Ilustración 37 – Ejemplo de mejoras surgidas desde el Consejo de Salud

4a3. GESTIÓN DE PROVEEDORES.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
Evolución del gasto en Capítulo II: bienes y servicios	Gestión del almacén	Capítulo II: bienes y servicios	Gestión de almacén	5.4 Cumplimiento presupuestario

El Proveedor principal del CSSN es la GAP Soria y la GRS, que se considera como central de compras (proceso S06 de la GAP Soria) almacenamiento y distribución, homologa a los proveedores y suministra, tras gestionar la recogida de necesidades de los centros mediante:

- Materiales y equipos a partir del Plan de necesidades (anual) y del Catálogo de productos (petitorio pactado mensual)
- Servicios, la GAP Soria es la proveedora para el CSSN del servicio de mantenimiento soportado por su proceso S07 Mantenimiento de instalaciones y equipos, así como de la gestión a de residuos sanitarios (CONSENU)

De forma puntual es el propio centro de salud trata directamente con los proveedores para identificar el óptimo servicio, como ha sido el caso de la compra del ecógrafo (contacto con proveedores, revisión de las características de los aparatos, propuesta de compra a la GAP).

SUBCRITERIO 4b

GESTIÓN DE LOS RECURSOS ECONOMICO-FINANCIEROS PARA ASEGURAR EL ÉXITO SOSTENIDO

4b1. GESTIÓN PRESUPUESTARIA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
•Ejecución del gasto (anual): - global y capítulos I, II y IV	•INCOAS	•Pacto de objetivos	•Pacto de objetivos •Plan estratégico	•5.4 Cumplimiento presupuestario

El Sistema de Gestión de la Atención Primaria está basado en una estrategia de descentralización y de diferenciación de las funciones de financiación y de provisión de servicios, según el cual las Áreas de Atención Primaria asumen la responsabilidad de la gestión de los recursos y de los centros.

Éstas, a su vez, acuerdan con los Equipos directivos de cada centro de salud un Pacto de objetivos anual que incluye: cobertura de los servicios, cumplimiento de normas técnicas o criterios de calidad científico-técnica, objetivos de prescripción farmacológica, etc. El pacto incluye, igualmente, los presupuestos asignados al equipo (para gastos de personal, farmacia, formación continuada de los profesionales, compras y equipamiento), según las necesidades y los resultados históricos (Capítulo I-Personal, Capítulo II-Bienes y Servicios y Capítulo IV-Farmacia).

El presupuesto es revisado, con especial seguimiento del capítulo I y del capítulo IV desde julio de 2010, a causa de los ajustes presupuestarios, sobre todo en personal. Se incorpora el Índice de Cobertura de Ausencias (INCOAS) para la gestión del capital humano (mensual). El seguimiento del capítulo IV, se hace también de forma mensual a través de la intranet y el acceso a Concyllia (⇒ 1b1). Anualmente se obtiene la evolución del gasto que se viene ajustando al presupuesto desde el año 2003. El objetivo es el ajuste al presupuesto global y por capítulos (seguimiento de la ejecución del presupuesto por capítulos) (⇒ 9b1).

Otra fuente para la capacidad de gestión económica es la Gestión diferenciada que surge como alternativa a la Gestión Propia a propuesta del CSSN (⇒ 1b2); (⇒ 4b2).

La facturación a terceros se revisa trimestralmente como otra fuente de ingresos que repercute en el presupuesto global de la GAP.

Los mecanismos que utiliza el CSSN para conseguir ajustarse al presupuesto asignado son:

- Controlando la ejecución del presupuesto no solo global sino también por capítulos
- Controlando el gasto / TSIP
- Protocolizando
- Impulsando la facturación a terceros
- Adecuando el consumo de pruebas complementarias e IC
- Vía prescripción farmacéutica, impulsando los genéricos como técnica de minimización de costes en farmacia
- Controlando los consumos de materiales

El cumplimiento del % del pacto de objetivos garantiza el acceso a presupuesto para incentivos del EAP.(E-04-PO Pacto de Objetivos). En el pacto de objetivos se valoran, hasta el año 2009, tres aspectos a mayores en materias como calidad EFQM, estudios de investigación y acreditación docente, que suponen 30 puntos a sumar al % de cumplimiento obtenido.

4b2. GESTIÓN DIFERENCIADA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Evolución de la financiación de la gestión diferenciada 	<ul style="list-style-type: none"> •Consulta de ecografía y cirugía •Evolución en el camino hacia la excelencia 	<ul style="list-style-type: none"> •Pacto anual de Gestión diferenciada 	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión de calidad •Gestión del capital humano 	<ul style="list-style-type: none"> •4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

El impulso hacia la descentralización de la gestión lleva a la incorporación en el Pacto de Objetivos de un anexo de Gestión diferenciada en el Capítulo I, incluido desde 2009, como paso previo a un posible reinicio de los Programas de Gestión Propios en la Gerencia Regional de Salud (\Rightarrow 1b2), para objetivos, básicamente, de calidad asistencial, mediante una cierta autonomía en la gestión. Supone la confianza de la GAP en la gestión económica y en los niveles de cumplimiento de los objetivos económicos anuales del CSSN.

El mantenimiento de la calidad asistencial y la consecución de los objetivos previstos en la planificación operativa del centro exigen una gestión diferenciada de las ausencias por vacaciones y permisos reglamentarios de los profesionales del centro que permitan el mantenimiento de la calidad asistencial de los mismos, así como la cobertura de programas específicos recogidos en su proyecto de excelencia y que no tienen cabida en la jornada ordinaria del EAP debido a la presión asistencial que soportan. (*ver tabla de recursos aportados en gestión diferenciada, financiación adicional*).

4b3. ANÁLISIS DE COSTES.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Capítulo I, II y IV/TIS •Gasto farmacia (población ajustada) •Evolución del consumo de tiras de reactivas para la determinación de la glucemia/paciente diabéticos 	<ul style="list-style-type: none"> •Acción de mejora en relación con el consumo de tiras reactivas para la determinación de la glucemia (2008) 	<ul style="list-style-type: none"> •Seguimiento de pacientes con patología crónica: diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> •Pacto de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> •5.4 Cumplimiento presupuestario

El CSSN realiza un seguimiento y análisis del gasto por capítulos I, II, y IV y de forma mensual a partir de los datos que le suministra la GAPS, por otro lado se realiza un seguimiento de los costes desde diversos aspectos de la actividad asistencial, controles mensuales.

De forma especial se controla el gasto de farmacia que se analiza de forma global y por facultativo.

SUBCRITERIO 4c

GESTIÓN SOSTENIBLE DE EDIFICIOS, EQUIPOS, MATERIALES Y RECURSOS NATURALES

4c1. ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE RECURSOS. USO EFICIENTE DE RECURSOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Inversión en le nuevo CS Soria Norte 8.500.000 euros •Redacción del proyecto básico 405.094 euros (Ginagel arquitectos SLP) •Inversiones realizadas en el CS SN •Inversión en equipamiento: innovación tecnológica (ecografía, tonometría, retinografía, AMPA) •Inversiones de mantenimiento realizadas en el CS SN -2008 6.267,75 -2009 6.292.25 	<ul style="list-style-type: none"> •Inversión en suelo antideslizante en ascensores y accesos -tras una reclamación como adecuada gestión de un impacto negativo sobre la seguridad de los usuarios (2008: 1581,35 €) 	<ul style="list-style-type: none"> •Prescripciones técnicas y plan funcional del nuevo CS Soria Norte •Evolución de la utilización de MAPA 	<ul style="list-style-type: none"> •Mantenimiento e instalaciones •Tecnología sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> •4.4 Innovación y nuevas tecnología

Desde el EAP se proponen y desarrollan acciones para la gestión del edificio, instalaciones, equipos y materiales y su alineamiento con la estrategia:

- Construcción y dotación de un nuevo consultorio local en el barrio de Las Casas (2009)
- Gestión de espacios en el CSSN (2007). (1- creación de una comisión para la evaluación de espacios, 2- ampliación del centro de salud a la 4ª y parte de la 5ª planta, 3- redistribución de consultas médicas y de enfermería, 4- consulta individual de enfermería, dotada de medios informáticos y materiales, 5- dotación del almacén y un despacho para dispensación de material (tiras, bolsas de orina), 6- modificación del espacio para laboratorio, 7-creación de un espacio para la lactancia

materna en la 2ª planta en 2006, 8- localización en un mismo espacio físico de los servicios de atención al paciente y secretaría (planta calle), 9- remodelación del espacio del celador, 10- reorganización de los archivos, 11- evaluación mediante encuesta de la satisfacción de los profesionales y captación de nuevas oportunidades de mejora).

- Renovación del material informático (terminales, pantallas, impresoras) para su adaptación a las nuevas capacidades de interconexión del CSSN (programa RENOVE 2009)

Para realizar cualquier adquisición de bienes (especialmente equipos de aparataje, tecnologías...) o servicios, estos han de ser incluidos previamente en el Plan de necesidades anual. La dotación actual del centro gracias a toda la inversión realizada los últimos años (⇒ 9b3), es la siguiente:



Ilustración 38 – Dotación del CSSN

En los últimos tres años se ha producido una inversión tecnológica en el centro en línea con los objetivos estratégicos marcados:

2008	Ecografo doppler color Philips HD7 (3) Tonómetro ICARE Pulsioxímetro OHMEDA TUFFSAT	Como estrategia de apoyo a la gestión de edificios se inicia la construcción y dotación de un nuevo centro de salud, con la participación y teniendo en cuenta la opinión del EAP. Se ha elaborado presupuesto, prescripciones técnicas y plan funcional.
2009	Retinógrafo TOPCON TRC-NW8 (2) Electro-bisturí coagulador monopolar mod. 970 Monitor de composición corporal TANITA BF 350 Holter SPACELABS 90207-SQ Tonómetro ICARE Pulsioxímetro Finger MD000C32 Espirómetro DATOSPIR 120ª Desfibrilador HEARTSTART FR2	Se solicita la evaluación y análisis de la satisfacción de los clientes con los elementos tangibles el centro de salud en la encuesta satisfacción con los servicios para clientes (SERVPERF, Item 1 y 2). Por otro lado también se recoge la impresión respecto a las instalaciones y aparataje del centro en la encuesta realizada a las unidad de formación (UDMFyC, Uva). Se hace un seguimiento en especial de las nuevas inversiones realizadas, con criterios de eficiencia, por parte de los responsables implicados: ecografía, tonometría, MAPA, impedanciometría.
2010	Electrocardiógrafo MORTARA ELI 10 Termómetro infrarrojos Lámpara de Wood Aspirador F-36 Fazzini vacio 32	Planificación de la gestión del almacén y de la dotación de las consultas (check list de material) con evaluación y análisis del gasto en este capítulo por parte de los responsables. Planificación eficiente de la medicación, dotación del Botiquín y control de caducidades liderado por el Responsable de almacén. Proceso Gestión de almacén (S-03-GA).

El mantenimiento de los edificios y equipos se gestiona desde la GAP (unidad de gasto). El EAP pone en su conocimiento las deficiencias o solicita mejoras. Se lleva a cabo según el proceso de Área S07 Mantenimiento de instalaciones.

4c2. GESTIÓN DE RESIDUOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Centro libre de mercurio •Evolución residuos grupo III (CONSEUR) 	<ul style="list-style-type: none"> •Plan de Recogida de medicamentos caducados (2010) 	<ul style="list-style-type: none"> •Solicitud en plan de necesidades de aparataje libre de mercurio (tensiómetros digitales, termómetros digitales) 	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión de residuos 	<ul style="list-style-type: none"> •1.2 Formalizar el mapa de procesos y definir los procesos clave del centro de salud

Gestión de residuos: se ha elaborado un planning de gestión de residuos, distribuido por las consultas donde se indica la manera de segregar los residuos generados en el centro por tipos y los responsables, se ha definido un propietario del proceso Gestión de residuos S-02-GR, y se imparten sesiones de sensibilización dentro del equipo y actividades de formación externa (2011). La recogida de residuos se realiza cumpliendo la normativa vigente, por CONSEUR, S. A., gestionado desde la GAP (evolución descendente de los residuos generados de grupo III) (⇒ 8b5). Se recicla papel, baterías (que se recogen desde el ayuntamiento; para optimizar su uso se dispone de sistemas de recarga de baterías), medicamentos (uso de los medicamentos de forma responsable y eliminación de caducados o deterioraos a través del Punto SIGRE (Plan de mejora de recogida de medicamentos caducados, 2010).

Centro libre de mercurio: Estrategia comunitaria sobre el mercurio. En el CSSN se ha eliminado de forma progresiva el mercurio de las consultas (tensiómetros y termómetros), consiguiendo su erradicación definitiva en 2010, tras la adquisición de aparato de tensión digital y de termómetros por infrarrojos, a través de su solicitud en plan de necesidades.

4c3. PRL.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Evolución de las cifras de accidentes laborales 	<ul style="list-style-type: none"> •Espacio de salud, espacio de respeto (violencia hacia los profesionales) •Utilización en extracciones de jeringuillas anti pinchazo 	<ul style="list-style-type: none"> •Plan de emergencias (2007, revisado 2009, presentado de nuevo en el centro, marzo 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> •Salud laboral 	<ul style="list-style-type: none"> •1.4 Consolidar el modelo de gestión de calidad

El CSSN gestiona eficazmente la seguridad e higiene en el trabajo con buenos resultados en la evolución de las cifras de accidentes laborales (⇒ 7b). Desde el Servicio de prevención del Área de Salud, se han identificado y evaluado los riesgos en el lugar de trabajo. En el CSSN se actúa con una serie de documentos, elaborados a nivel regional o de área, que facilitan y proporcionan la información necesaria para la realización de la actividad laboral de forma segura:

- plan de emergencias (nivel 1), elaborado en 2007, revisado 2009, y presentado de nuevo en el centro en marzo 2011.
- plan de riesgos laborales
- normas para la notificación de accidentes e incidentes
- protocolo de actuación ante accidente laboral con exposición a material biológico
- manual básico de información sobre riesgos laborales para empleados públicos de las instituciones sanitarias de la GRS.

Iniciativas del CSSN son la elaboración del proceso Salud laboral S-07-SL, y de subprocesos como agresiones o valoración de riesgos laborales en el embarazo y lactancia.

SUBCRITERIO 4d

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA PARA HACER REALIDAD LA ESTRATEGIA

4d1. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA EN APOYO DEL SERVICIO.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Evolución del numero de accesos a la página web http://sorianorte.es •Número de documentos divulgativos para le prevención y promoción de la salud en la página web http://sorianorte.es 	<ul style="list-style-type: none"> •TIC: <ul style="list-style-type: none"> -Intranet: gestión del conocimiento -Internet: investigación, educación sanitaria a pacientes, información a pacientes: posibilidad de cita a través de la página web del centro http://sorianorte.es (derivación al portal de sanidad de la JCYL) información a pacientes - blog: depresión posparto - Acceso MEDORA- JIMENA 	<ul style="list-style-type: none"> •Informatización de la historia clínica •Banco de documentos divulgativos para le prevención y promoción de la salud (página web del centro http://sorianorte.es) 	<ul style="list-style-type: none"> •Innovación •Tecnología sanitaria •Comunicación externa 	<ul style="list-style-type: none"> •3.4 Banco de Documentos divulgativos •4.2 Informatización

Conciliación de la Cartera de Servicios a las necesidades expresadas por los clientes, implantando servicios diferenciados en el centro (depresión en el posparto y embarazo, masaje en la infancia, obesidad infantil, tonometría, retinografía, ecografía,...).

Introducción y formación en tecnologías alternativas y emergentes (gestión de la cartera tecnológica), para mejorar la calidad de la atención y la capacidad resolutoria, basada en su eficiencia según sociedades científicas, agencias de evaluación de la tecnología y benchmarking.

El CSSN se implica con otros grupos de interés (GAP; centros de salud, hospital), para la implantación de nuevas tecnologías (⇒ 4a) (ecografía, MAPA, impedanciometría, test de la ureasa, telemedicina (telecardiología, retinografía), sistema digital de imágenes, citación por reconocimiento de voz)

Uso de las nuevas tecnologías para difundir y obtener información o para facilitar el servicio.

INTERNET	Página web Soria Norte: http://sorianorte.es	Información a pacientes: <ul style="list-style-type: none"> Publicación de documentos divulgativos para la prevención y promoción de la salud Farmacias de guardia Acceso a cita previa (derivación al portal de sanidad de la JCyL)
	Blogs	Depresión posparto
	Facebook	Contacto con personas que han trabajado en el CS durante los 25 años de existencia. 25 Aniversario
INTRANET		Gestión del conocimiento EVA Acceso a JIMENA (Historia clínica del Hospital)
SMS		Cita previa

Detección de información sobre nuevas tecnologías que apoyen nuestras actividades (en especial las estratégicas) de innovación y mejora:

- Congresos
- Publicaciones
- Agencias de evaluación de la tecnología
- Benchmarking

Seguimiento de la evolución del número de accesos a la página web y número de documentos divulgativos publicados en la página web.

4d2. GESTIÓN RESPONSABLE DE LA TECNOLOGÍA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
Índice de concordancia kappa IMC-Masa grasa en niños	Utilización de la impedanciometría para la detección de la obesidad	Estudio de investigación con financiación externa: Factores asociados al sobrepeso y obesidad infantil (4-14 años)	Innovación Tecnología sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> 1.2 Desplegar enfoques adecuados para el proceso de incorporación de nuevos servicios 4.4 Innovación y nuevas tecnologías

Uso de tecnologías alternativas respetuosas con el medio ambiente y seguras para las personas: consultas libres de mercurio, utilización de baterías recargables, jeringuillas anti-pinchazo.

Optimización del rendimiento de equipos: seguimiento en especial de las nuevas inversiones, realizadas con criterios de eficiencia, por parte de sus responsables: ecografía, tonometría, MAPA, impedanciometría.

4d3. HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
Cobertura alcanzada en el sistema informático (PO)	<ul style="list-style-type: none"> Acciones de mejora para la adaptación a MEDORA (transmisión de información, reuniones informales, sesiones, nombramiento de responsables) 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de programas informáticos propios (OMI) para apoyo a la gestión con difusión a otros centros 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión del conocimiento Comunicación interna-externa 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2 Informatización

El CSSN ha sido pionero en CyL en la implantación de la Historia Clínica informatizada (1999), con OMI-AP. La experiencia de 10 años en su uso ha supuesto un importante avance en la gestión y registro de información con el resultado de una mejora del servicio y una fuente fiable de datos para seguimiento de la actividad y análisis. Se han incorporado durante estos años numerosas mejoras desarrollando aplicaciones propias encaminadas al desarrollo de la historia mediante la implantación de programas (exportados a otros centros) para cubrir de forma eficaz las necesidades y expectativas de los clientes, internos y externos.

Programas propios realizados en OMI por el CS Soria Norte:

- Analítica
- Detección de problemas en el anciano

- Anciano de riesgo
- Patología crónica
- Embarazo: captación
- Embarazo: valoración social
- Embarazo: seguimiento bajo riesgo
- Mujer víctima de violencia: screening
- Mujer víctima de violencia: maltrato
- Tabaquismo
- Extracción de tapones de cerumen
- Gripe A

La gestión de la historia clínica informatizada permite el acceso a bases de datos y documentos (para la toma de decisiones) en la intranet y en internet (acceso desde cada puesto de trabajo): gestión de la información y gestión del conocimiento.

En diciembre de 2009 se ha producido el cambio programa informático, de OMI a MEDORA, lo que ha supuesto un profundo cambio para los profesionales en el registro y gestión hasta la fecha realizados. Se ha iniciado una acción de mejora para la adaptación al nuevo programa, se ha asignado un responsable que coordina este cambio, que está requiriendo la formación a los profesionales, seguimiento regular de los datos registrados, identificación y corrección de errores,...

Una de las ventajas que nos ofrece este cambio es la posibilidad de acceder a modo de consulta al programa JIMENA (historia clínica del Hospital: pruebas diagnósticas, pruebas de laboratorio, informes, altas, revisión de citas, etc.)

SUBCRITERIO 4e **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EL CONOCIMIENTO PARA APOYAR UNA EFICAZ TOMA DE DECISIONES Y CONSTRUIR LAS CAPACIDADES DE LA ORGANIZACIÓN**

4e1. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
•Nº de presentaciones archivadas	•Sesiones intraequipo con solicitud de acreditación externa	•Gestión del conocimiento •Manual de búsqueda de evidencias	•Gestión del conocimiento •Comunicación interna	•2.2 Evaluar la eficacia de la formación

La gestión del conocimiento del CSSN tiene como objetivo identificar, detectar, reelaborar y poner a disposición de todo el EAP los conocimientos y las prácticas que aporten valor añadido tanto a los pacientes como a los profesionales implicados en su cuidado. Se creó en 2007 un plan de gestión del conocimiento y se ha elaborado en 2010 el proceso S-05-GC Gestión del conocimiento.

El CSSN usa la gestión del conocimiento como herramienta para una mejor atención a las necesidades de los clientes. Proporciona incremento del saber hacer interno de la organización (cultura organizacional, trabajo en equipo, responsabilidad compartida, know how).

Se implementan actividades para localizar, seleccionar, compartir y archivar el conocimiento como manera de incrementar las capacidades de actuación del centro de salud.

Se facilita y promueve el acceso a la información y el conocimiento mediante: sesiones clínicas -centro, entre centros, hospital-, formación -a través de la GAP o la intranet-, actividades docentes de los miembros del equipo -MIR, enfermería, GAP-, archivo de sesiones clínicas, consultas entre profesionales del equipo, transmisión de información documental -CD, artículos- Intranet, internet (⇒ 7b1).

Se promueve además la participación en estudios de investigación financiados que permiten con sus resultados aportar conocimiento a la sociedad en su conjunto y mejorar la atención que se ofrece desde el CSSN incorporando nuevos servicios (ej. Impedanciometría) (⇒ 8b3).

Institucionalmente también se proporcionan herramientas para facilitar el acceso al conocimiento que permiten desarrollar una estrategia de información y gestión del conocimiento: Plataforma EVA, agrupa diversas funcionalidades telemáticas y multimedia dirigidas al aprendizaje.

La gestión del conocimiento es un concepto dinámico, personal y continuo que tiene en el aprendizaje de la organización su principal herramienta, y en la capacidad de acción, orientada por la misión de la organización, su finalidad.

La información es una parte fundamental del conocimiento y, por tanto, gestionarla correctamente será condición necesaria si se desea llevar a cabo una gestión del conocimiento de calidad.

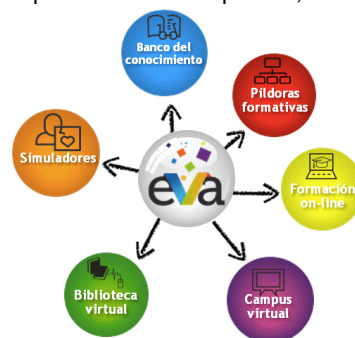


Ilustración 39 – Entorno Virtual de Aprendizaje de la Consejería de Sanidad de la JCyL

4e2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes por profesional • Frecuentación • Gasto en farmacia 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción de variables: <ul style="list-style-type: none"> - por facilitar la tecnología MEDORA (no sólo el número si no también el tipo de consultas) • Introducción de variables en relación con la utilización de las nuevas tecnologías incorporadas • INCOAS: control de la gestión del capital humano 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabla SIB 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interna • Gestión del conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • 5. Resultados

A partir del SIB se tiene establecido un sistema de información que cubre las necesidades para orientar la toma de decisiones, actuales y futuras, por parte de los líderes.

Se compone de datos derivados desde la GAP o de captación propia a través del programa informático OMI o MEDORA, que se comparten de forma sistemática con el resto de equipo y permiten determinar, y corregir, el cumplimiento de la misión y la evolución hacia la visión; sistema de acceso a la información en condiciones de seguridad adecuadas (según actividad laboral y responsabilidad dentro de equipo).

Incidir en papel fundamental que desempeñan las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que radica en su capacidad para potenciar la comunicación, la colaboración y la búsqueda y generación de información y conocimiento, en este sentido, la información se extrae de fuentes fiables como MEDORA (antes OMI) (⇒ 4d3), CONCYLIA, entre otros, para obtener datos de cartera de servicios o pacto de objetivos.

Desde 2007 se mantiene actualizado el documento "Fuentes de evaluación para la evidencia científica. Directorio de revista digitales", es una guía útil para los profesionales que participan en investigación.

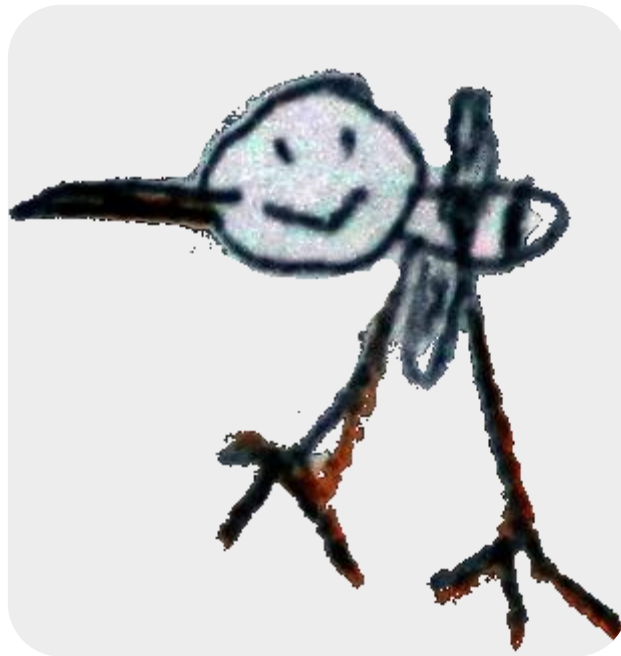
La información se comparte (correo interno, reuniones de equipo, sesiones de formación,...), de forma sistemática con los miembros del EAP. Se emplea la Comunicación interna como medio de transmisión de la información y el conocimiento.

REUNIONES	<ul style="list-style-type: none"> ♦ de equipo: semanal; se informa de las novedades y se exponen y discuten las líneas generales de actuación del centro; se levantara acta cuya copia será pública, así como las del consejo de gestión, consejo de salud y otros ♦ reuniones por profesionales: temas propios de cada colectivo ♦ grupos de interés: equipo directivo, cartera de servicios, informatización, urgencias, etc. ♦ reuniones individuales
TABLON DE ANUNCIOS	<ul style="list-style-type: none"> ♦ situado en la sala de juntas: <ul style="list-style-type: none"> - temas de interés general ♦ e-mail: su interés radica en la inmediatez de aquella información de interés que precise su distribución <ul style="list-style-type: none"> - información sobre el contenido de las reuniones de equipo: director del centro - información sobre sesiones clínicas (tema, día, horario): responsable de la sesión - alertas farmacéuticas o de otro tipo: personal administrativo - cursos
BUZON DE SUGERENCIAS INCIDENCIAS Y EXPECTATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> ♦ situado en secretaria ♦ se podrá vehiculizar por este sistema cualquier tipo de información dirigida por los profesionales a la dirección del centro ♦ constará el nombre del emisor para así poder contestar en debida forma a su escrito
ENCUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> ♦ satisfacción profesional ♦ dinámica de equipo ♦ clima laboral
REUNIONES INFORMALES: CELEBRACIONES; REUNIONES (COMIDAS; CENAS), VIAJES	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Comisión de festejos

Ilustración 40 – Canales empleados en la comunicación interna del CSSN

Cada profesional tiene un archivador personal en el que tiene a su disposición toda aquella información relevante que se le transmite respecto a la actividad del centro.

PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS



Murad (2 años)

"A partir de cierto punto no hay retorno. Ese es el punto que hay que alcanzar"

FRANZ KAFKA

Las organizaciones Excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos, productos y servicios para generar cada vez mayor valor para sus clientes y otros grupos de interés.

- Los Procesos se diseñan y gestionan a fin de optimizar el valor para los grupos de interés.
- Los Productos y Servicios se desarrollan para dar un valor óptimo a los clientes.
- Los Productos y Servicios se promocionan y ponen en el mercado eficazmente.
- Los Productos y Servicios se producen, distribuyen y gestionan.
- Las relaciones con los clientes se gestionan y mejoran.

SUBCRITERIO 5a

LOS PROCESOS SE DISEÑAN Y GESTIONAN A FIN DE OPTIMIZAR EL VALOR PARA LOS GRUPOS DE INTERES

5a1. GESTIÓN POR PROCESOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •% Procesos definidos y documentados •% Procesos implantados y estabilizados 	<ul style="list-style-type: none"> •Utilización de QFD para selección de procesos clave 	<ul style="list-style-type: none"> •Mapa de Procesos •Procesos documentados GAPS •Procesos documentados CSSN •QFD 	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión de procesos •Gestión de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> •Plan estratégico: perspectivas/procesos <ul style="list-style-type: none"> - calidad - gestión de calidad - personas - voz del profesional - clientes - organización - resultados

Los GGII del CSSN tienen unas necesidades crecientes caracterizadas por:

- El aumento de la demanda asistencial
- El progresivo envejecimiento de la población
- Los avances en la tecnología
- Necesidad de facilitar la sostenibilidad del sistema

Ante esta situación, se precisan formas de gestión de mayor flexibilidad, mayor velocidad de respuesta, adoptar innovaciones y entender el “producto sanitario” como un servicio coordinado y no como una suma de actos técnicos. La Gestión por Procesos es la herramienta por la que ha apostado el CSSN, por ser de gestión útil, fácil de usar y que proporciona excelentes resultados en las organizaciones, al:

- Mejorar de forma continua las actividades
- Reducir la variabilidad innecesaria
- Eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las actividades: cambio
- Optimizar el empleo de los recursos

Los antecedentes a la Gestión por Procesos en el CSSN son:

- **Cartera de servicios:** constituye un elemento estratégico del sistema, al definir los requisitos de los servicios que se consideran relevantes para el conjunto del sistema.
- **Normas técnicas:** representan elementos estratégicos, criterios mínimos de calidad de las intervenciones y de los procesos asistenciales.
- **Proyectos de mejora:** permiten identificar, analizar y resolver problemas de calidad, así como la implicación de los profesionales en grupos de mejora (ciclo PDCA de mejora).

Años 80 (MACRO)	Años 90 (MESO)	Años 2000 (MICRO)
Enfoque poblacional	Enfoque de servicios	Enfoque de procesos
Objetivos poblacionales por programas	Objetivos de cobertura por servicios	Objetivos: continuidad asistencial, variabilidad clínica controlada, calidad, eficacia y coste
Programas de salud	Cartera de Servicios Protocolos Programas	Gestión por procesos Sistemas de Información Gestión clínica

Ilustración 41 – Evolución del CS hacia la Gestión por Procesos

Para hacer realidad la Misión del CSSN, con el objetivo de la mejora de la gestión y de los servicios prestados, y alineado con la estrategia (Objetivo 1.2 - Formalizar el mapa de procesos y definir los procesos clave del centro de salud), el CS ha desarrollado la Gestión por Procesos. Los principios fundamentales de la gestión por procesos que ha aplicado el CSSN son:

- Enfoque centrado en el usuario
- Implicación de los profesionales
- Sustento en la mejor práctica clínica, a través de guías de práctica clínica (MBE)
- Desarrollo de un sistema de información básico (SIB)
- Mejora de la continuidad asistencial

El CSSN dispone de un mapa de procesos que refleja la realidad del CS, estructurado en procesos estratégicos, operativos y de soporte (⇒ 2d3).

El concepto de proceso del CSSN es:

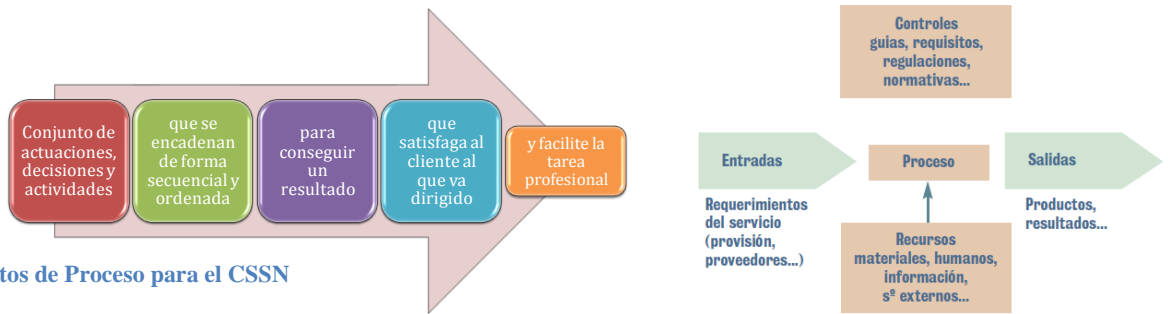


Ilustración 42 - Conceptos de Proceso para el CSSN

El despliegue de los diferentes niveles de procesos se ha desarrollado tomando como referencia el proceso E-06-GP Gestión de procesos (⇒ Ilustración 43). Además el CSSN ha elaborado una “Guía de Procesos”, que lo describe con más detalle.

Se han definido todos los procesos estratégicos, operativos y de soporte; y se han establecido los procesos clave para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes externos y añadir valor a nuestras actividades, habiéndose aplicado para ello la herramienta QFD (⇒ 2d3).

Tal y como se establece en el diagrama de flujo, los procesos tienen establecidos propietarios, analizadas las interacciones con otros procesos, y se han establecido indicadores de eficiencia y de resultados relevantes. Además, cuando ha sido necesario se han incluido las actividades de otras organizaciones que interactúan en cada proceso, como por ejemplo con CAS, 112, aecc,...

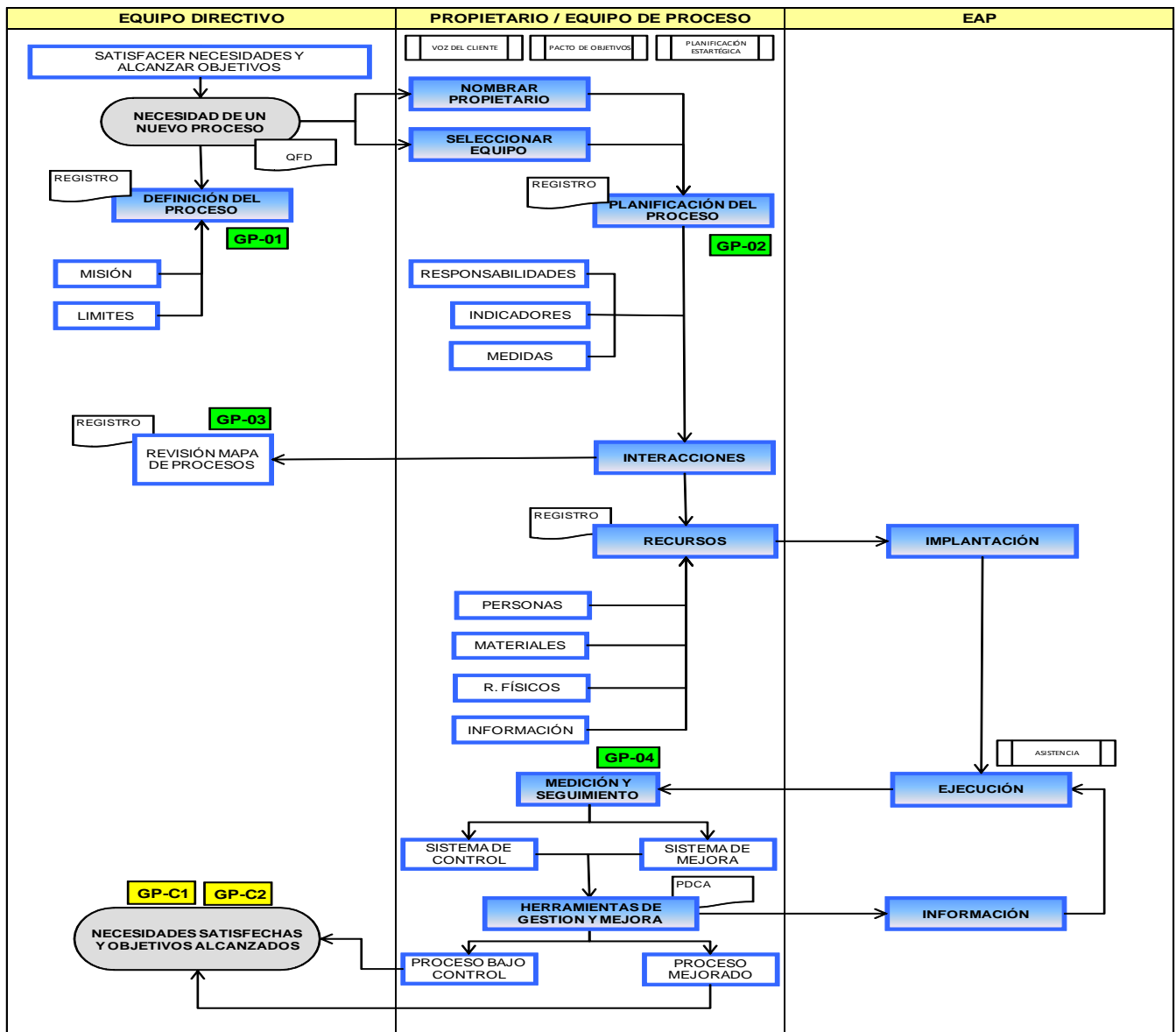


Ilustración 43 – Diagrama de flujo del Proceso de Gestión por Procesos

5a2. INNOVACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> •Detección de nuevos procesos / año •Revisión anual de los procesos 	<ul style="list-style-type: none"> •Aplicación de la herramienta de mejora AMFE para la detección de puntos críticos de los procesos 	<ul style="list-style-type: none"> •AMFE incluido en cada uno de los procesos 	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión de procesos 	<ul style="list-style-type: none"> •1.2 Formalizar el mapa de procesos y definir los procesos clave del Centro de Salud

La innovación es para el CSSN una herramienta para la mejora de la gestión y la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros GGII. Los procesos definidos por el CSSN están en una actividad continua de mejora, basada en unos principios fundamentales: la simplificación (eliminando los bucles, los pasos innecesarios), la automatización (evitan errores y puntos críticos), la mejora continua (aplicación del PDCA ante todas las oportunidades de mejora detectadas), y la innovación y el cambio (rehacer de nuevo el proceso).

Los mecanismos que detectan/gestionan las oportunidades de mejora e innovación de los procesos son:

- En los objetivos estratégicos y operativos del plan estratégico y su desarrollo en acciones durante el periodo de vigencia del plan.
- A través del pacto de objetivos y los ciclos PDCA aplicados a los procesos elegidos para su mejora e innovación.
- Mediante el plan de mejora continua derivado de las múltiples oportunidades de mejora que surgen durante el año (análisis de resultados de percepción de GGII, sugerencias y reclamaciones, autoevaluaciones EFQM, evaluaciones externas EFQM, benchmarking, acciones correctivas derivadas de revisiones periódicas de pacto de objetivos, etc)
- Otros planes de mejora puntuales generados por el CSSN.

Algunos ejemplos de procesos que ya han tenido innovación y mejora pueden ser la extracción de tapones (cuya recogida de información se integró en el sistema informático OMI), o la tonometría (con el diseño de hojas de recogida de información por parte de las enfermeras, y que contó con la implicación de aliados externos como el hospital de Soria, a través del servicio de oftalmología). Otro ejemplo está en el circuito de extracciones y recogida de muestras periféricas, mejorado desde el CS, y que como evidencia de su progreso, la mejora que va a permitir MEDORA en cuanto a la trazabilidad de las analíticas, es algo que no va tener repercusión en el CSSN ya que gracias a las mejoras emprendidas, ya tiene establecido el proceso..

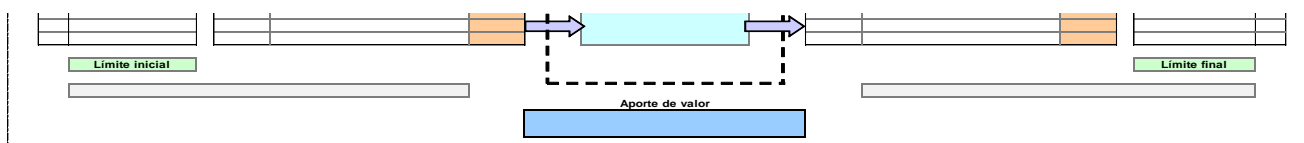
Una de las mejoras más relevantes se introdujo con la herramienta de mejora **AMFE** (Análisis Modal de Fallos y Efectos), que se adaptó a las necesidades del CSSN, para la identificación de los problemas críticos de cada uno de los procesos (⇒ Ilustración 44). Su aplicación sirve para llegar a la estabilización y control de los procesos definidos por el CSSN. Para facilitar esa estabilización, en todas las fases con prioridad de riesgo, se establecen controles de calidad integrados como mejoras en el propio proceso (⇒ Ilustración 45).



Proceso		Fecha inicial	
Responsable		Fecha revisión	
Revisor			

Fases del proceso	Fallos	Causas	Efectos	Método de detección	Gravedad	Frecuencia	D detección	NPR inicial	Acciones recomend.	Responsable	Acción Tomada	Gravedad	Frecuencia	D detección	NPR final
-------------------	--------	--------	---------	---------------------	----------	------------	-------------	-------------	--------------------	-------------	---------------	----------	------------	-------------	-----------

Ilustración 44 – Estructura del AMFE utilizado para cada proceso por el CSSN



MEDICIÓN DE INDICADORES				
INDICADOR	DESCRIPCIÓN / FORMA DE MEDIRLO	FRECUENCIA	RESPONSABLE	TÉCNICA

CONTROLES DE CALIDAD					
Nº	CONCEPTO	RESPONSABLE	CRITERIO	EQUIPO	REGISTROS

Ilustración 45 – Ficha de proceso genérica, donde se observa el espacio para los “controles de calidad”

Las innovaciones son analizadas a través de los indicadores apropiados que sirvan para evaluar el valor añadido por las mismas. Por ejemplo, el proceso de extracción de tapones de cerumen junto con la aplicación informática que lo sustenta, permitió alcanzar el 100% del objetivo N° de consentimientos informados / n° de extracciones, previsto en su evaluación, o en el proceso de tonometría el AMFE nos permitió detectar a priori el principal motivo de incumplimiento, el proceso de derivación.

5b1. DETECCIÓN, DESARROLLO Y MEJORA DE SERVICIOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Acciones de mejora derivadas del sistema de detección de necesidades y expectativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoras destinadas a fortalecer la cartera de servicios: electro-bisturí para actividades de cirugía menor 	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de mejora, • PDCA de los pactos de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Voz del cliente • Voz del profesional • Innovación 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.5.1.2.1.1 Implantación de, al menos, un servicio propio anual

Como organización que se debe a sus clientes y cuyo valor óptimo está en “la salud”, lo más importante para el ser humano, reflejado en la cultura de la sociedad a través de numerosos tópicos; el CSSN mantiene una preocupación constante por fortalecer y mejorar su cartera de servicios (⇒Introducción).

Para identificar las oportunidades de mejora de su cartera de servicios, el CSSN analiza: encuestas a clientes (⇒5e1) y otros GGII (⇒4a2), reclamaciones (⇒5e2), conclusiones de grupos nominales (Consejo de salud) y otras informaciones para detectar y desarrollar nuevos servicios que aporten valor para nuestros clientes, junto a información científica, benchmarking, etc.

La innovación tecnológica es una de las características del centro de salud; se aplican criterios de eficiencia (capacidad resolutoria) según sociedades profesionales y entidades de evaluación de la tecnología. Por ejemplo se introdujeron termómetros de infrarrojos sin necesidad de contacto, programa GRADIOR para investigación sobre la pérdida de memoria, mejora del circuito de pacientes anticoagulados, etc.



Se desarrollan e implantan servicios propios (además de los nuevos incluidos en cartera) que se trasladan a otros centros de salud (violencia de género) y se crean aplicaciones informáticas propias (OMI) para mejorar la atención al cliente. Ejemplos de servicios propios son: MAPA, AMPA, retinografía, telecardiología, test de la ureasa, etc. (⇒Introducción). Se tiene establecido un conjunto de actividades (tanto internas como externas) para identificar oportunidades de mejora (⇒tabla del criterio 1c2)

5b2. IMPLICACIÓN GGII EN DISEÑO DE NUEVOS SERVICIOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> • Tonometrías / año 	<ul style="list-style-type: none"> • CIMI, dispepsia (con test de la ureasa desde atención primaria), retinografía en pacientes con diabetes en colaboración con el Complejo Hospitalario de Soria, tele-electro-cardiografía en colaboración con el Hospital Clínico de Valladolid, AMPA 	<ul style="list-style-type: none"> • QFD 	<ul style="list-style-type: none"> • Voz del cliente • Participación comunitaria • Voz del profesional • Innovación 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.3 Continuidad de cuidados en atención domiciliaria

El espíritu de mejora de los resultados en salud, junto con la cultura de trabajo en equipo; presentes en los valores del CSSN, hacen que la organización, en su esfuerzo por la mejora de sus servicios, implique a diferentes GGII con los que tiene relación.

Las necesidades de colaboración con GGII surgen de las diferentes herramientas de gestión y objetivos establecidos por el CS, y están gestionadas por el proceso E-08-AE Alianzas externas (⇒4a1, 4a2). Ejemplos de esa colaboración son:

- CIMI (Consulta Inmediata de Medicina Interna), donde el CSSN fue elegido centro piloto para su implantación. Consiste en la implantación, con la colaboración del servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Soria, de una consulta de alta accesibilidad y capacidad resolutoria para grupos de pacientes seleccionados según patología y estado.
- Obesidad infantil, en colaboración con el Consejo de Salud, al ser elegido como uno de los problemas prioritarios de salud por pediatría, con el desarrollo de varias acciones durante 2009 y 2010:
 - Proyecto de investigación “Factores de riesgo para el sobrepeso y la obesidad infantil (4-14 años)”, que conllevó la introducción de un nuevo servicio de impedanciometría.
 - Servicios a la sociedad, como charlas sobre nutrición o publicaciones (libro “Cómo como”).
- Seguimiento de pacientes estables con hipertensión ocular en AP (coordinación AP/AE). Proyecto, en este caso, en el que la derivación de pacientes sigue el flujo contrario hospital -> CSSN.

Otros ejemplos de implicación de los grupos de interés los tenemos en:

- Personal del CS, se le implica en la introducción de nuevos protocolos como cirugía menor, ecografía o depresión posparto.
- Clientes, en la reestructuración del servicio de extracciones y en la petición de cita previa a través de la página web
- Partners: detección precoz de problemas de memoria, deshabituación tabáquica

- Proveedores: servicios con aparataje libre de mercurio
- Una mención especial merecen los diferentes protocolos consensuados con Atención Especializada: Artrosis, Hipertrofia benigna de próstata, Control de la anticoagulación oral, Neumonía adquirida en la comunidad, Dispepsia no ulcerosa, HTA, AC x FA, Sincope, EPOC, Obesidad, Reacciones alérgicas a fármacos, Fiebre neutropénica, Ansiedad, Depresión, Cefaleas, Demencias, Extracción periférica.

Tanto en la reflexión estratégica (⇒2a1), como en la aplicación del QFD (⇒2d3) a los diferentes procesos, analizamos y revisamos el valor añadido de estas aportaciones.

SUBCRITERIO 5c

LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS SE PROMOCIONAN Y PONEN EN EL MERCADO EFICAZMENTE

5c1. PROPUESTA DE VALOR DE SERVICIOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
•Satisfacción de los usuarios con la información	•Proyecto de acreditación de la Carta de servicios	•Carta de servicios	•Comunicación externa	•3.2 Implantación de encuestas de satisfacción a los usuarios (SERVPERF)

La propuesta de valor del CSSN se asienta sobre sus personas, su sistema de gestión, los servicios prestados, el feedback que la organización recibe de las diferentes encuestas y grupos de trabajo, y desde 2010 se articula a través de la **Carta de Servicios** (en fase de acreditación) documento a través del cual la organización CSSN informa públicamente a los ciudadanos sobre los servicios que gestiona y de los compromisos de calidad en su prestación. Esta carta de servicios, desarrollada según RD 230/2000 de la Junta de CyL, pretende:

- Facilitar a los ciudadanos el ejercicio de sus derechos.
- Fomentar la mejora continua de la calidad.
- Responsabilidad con respecto a la satisfacción de los usuarios.

Y tiene los siguientes contenidos, que reflejan la proposición de valor del CSSN:

- Datos identificativos
- Razón de ser del Centro
- Funciones y fines
- Servicios que se ofrecen al usuario
- Compromisos de atención y de calidad
- Marco normativo



Ilustración 46 – Propuesta de valor del CSSN

En lo relativo a las funciones y fines, el CSSN destaca que estas son las recogidas en la normativa (*LEY 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León*), que establece que la atención primaria es el nivel básico inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. También establece que la atención primaria comprenderá las actuaciones encaminadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, el mantenimiento y la recuperación de la salud, la rehabilitación física básica y el trabajo social, con una atención individual resolutoria de primer nivel y en el ámbito familiar y comunitario. Otro punto importante es que la atención será prestada por los profesionales que integran el Equipo de Atención Primaria, con un enfoque asistencial, de gestión, docente e investigador.

En cuanto a los servicios se diferencia una doble oferta:

- **Cartera de Servicios**, estructurada en torno a cuatro grandes grupos según las características demográficas de la población a la que se dirigen (niño y joven; mujer; adulto; población general), que cuentan con población diana, criterios de inclusión, indicador de cobertura y ocasionalmente de resultado, junto a normas técnicas formuladas como criterios de calidad del proceso;
- **Servicios diferenciados**, pues el CSSN ofrece además servicios para la detección de alteraciones del estado de ánimo en el embarazo y posparto, obesidad infantil, ecografía, MAPA, AMPA, retinografía y tonometría (entre otras).

Esta Carta de Servicios ha sido difundida por medios telemáticos (Web) y desde el propio CS, mediante carteles que difunden los contenidos de la misma.

No existen datos de percepción sobre la mejora de la transmisión de la propuesta de valor del CSSN que ha supuesto la Carta de Servicios, pero sí se disponen sobre informaciones anteriores, con muy buenos resultados:

CALIDAD PERCIBIDA (escala 1-7)	2002	2006	2008	2010	Expectativas
Los profesionales le informan con PRECISION cuando concluirá la realización de sus atención	4,9	5,3	5,6	5,4	5,3

5c2. MARKETING.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Referentes del área, para los medios de comunicación, en temas de deshabituación tabáquica, obesidad infantil, HTA y embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> Evolución del servicio de deshabituación tabáquica en el EAP respecto al Área de Soria (varias apariciones en radio y prensa) 	<ul style="list-style-type: none"> Prensa 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación externa Participación comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> 3.3 Comunicación con los usuarios

El CSSN establece estrategias para promocionar los servicios entre los clientes y otros grupos de interés (página web, otros medios en internet, medios informativos, carteles en el CS, congresos, publicaciones científicas, edición de libros, de forma directa en el propio centro, carta de servicios...). Estas estrategias se despliegan a través del proceso *S-10-CE Comunicación externa*, donde el CS ha definido unos principios que para el CSSN ha de tener esa comunicación externa: credibilidad, adaptación, contenido, claridad, continuidad y canales adecuados.

GRUPO DE INTERÉS	MEDIOS
Cientes	Web, Medios informativos, carta de servicios, cartelería en CS
Sociedad	Web, Medios informativos, libros
Administración	Web, Carta de servicios
Otras estructuras socio-sanitarias	Congresos, publicaciones científicas
Personas	Comunicación interna CSSN, Carta de servicios, Facebook

Ilustración 47 - Relación GGII-Medios de comunicación

Entre los medios informativos o de comunicación locales, utiliza como canales radio, prensa diaria, prensa semanal o publicaciones periódicas relacionadas con la salud en revistas locales (revista El Mirón de Soria).

El CSSN oferta servicios (generales y propios) para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes; dicha satisfacción se verifica de forma genérica (reclamaciones, encuesta de satisfacción SERVPERF, Consejo de Salud, medios de comunicación) o específicas (encuesta de detección precoz de la depresión posparto).

Aunque buena parte de las actuaciones son planificadas desde el proceso *S-10-CE Comunicación externa*, en otros casos algunas de las estrategias de marketing han pasado por convertir al CSSN en un referente. Por ejemplo en el caso de la deshabituación tabáquica, obesidad infantil, HTA y embarazo; el CSSN se ha convertido un referente no solo para el Área de Salud de Soria, sino para los medios de comunicación del entorno, lo que ha originado diferentes apariciones en radio y prensa. Los resultados en este caso han tenido una evolución espectacular, pasando de una media de 10 apariciones anuales en el periodo 2005-2008, a una media de 37 apariciones en 2009 y 2010.

SUBCRITERIO 5d

LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS SE PRODUCEN, DISTRIBUYEN Y GESTIONAN

5d1. GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL CLIENTE.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Relación de servicios propios y revisión de la satisfacción y el coste-beneficio 	<ul style="list-style-type: none"> Programa poblacional de detección precoz de la depresión posparto mediante el método de preferencia declarada valoración contingente 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad a pagar: 30 euros Extendería el cuestionario de detección de la depresión posparto al resto de centros de salud? Si 99 % 	<ul style="list-style-type: none"> Atención sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> 4.5 Impulsar la descentralización de la gestión

Aunque la elaboración de la Carta de Servicios como eje de la proposición de valor del CSSN hacia sus clientes y grupos de interés es relativamente reciente, las exigencias permanentes que el CS establece a partir de su Pacto de objetivos y de su Plan estratégico hacen que su cumplimiento sea inmediato, reflejando la Carta de Servicios la realidad del CSSN. Se proporcionan servicios que exceden las prestaciones de cartera con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes (detectadas mediante encuestas, reclamaciones, sugerencias, gestión de incidentes, apariciones en prensa,...).

Para gestionar de forma eficaz la experiencia del cliente, haciendo realidad y superando los requisitos de la Carta de Servicios, el CSSN dota a las personas de los medios (materiales, organizativos y científico-técnicos) para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes (gestión de espacios, gestión de capital humano, gestión de la tecnología, gestión de agendas, grupos de mejora ad-hoc, gestión de riesgos, formación).

Además de estas consideraciones, el sistema de gestión por procesos y los diferentes protocolos, guías, etc., que se despliegan de los procesos operativos, garantizan los recursos y el conocimiento necesario para una experiencia satisfactoria por parte del usuario. Para ello, se revisa de forma sistemática la percepción de los clientes sobre el cumplimiento de las promesas realizadas (encuesta SERVPERF) componente básico de la satisfacción, de la GAP (pacto de objetivos), de la sociedad (grupo nominal Consejo de salud).

Una clara evidencia de la satisfactoria experiencia del cliente es el programa poblacional de detección precoz de la depresión posparto mediante el método de preferencia declarada valoración contingente: tras el análisis de los cuestionarios de satisfacción recogidos dentro de este nuevo servicio prestado por el CSSN, el 99% de las encuestadas creen que sería conveniente extender el servicio al resto de Centros de Salud, e incluso las usuarias se mostraban dispuestas a pagar por este servicio, con una cifra media recogida en los cuestionarios de 30 €.

Consulta de adecuación de agendas (⇒5e1. *Gestión de Agendas*), aplicada en 2004, y a partir de la cual los resultados, de percepción, acompañados de algunas otras mejoras, han ido evolucionado de forma positiva:

CALIDAD PERCIBIDA	2002	2006	2008	2010	EXPECTATIVA
Se realiza bien la atención a la PRIMERA	5,2	5,3	5,5	5,9	5,3
Se concluye la atención en el TIEMPO prometido	4	4,7	5	5,2	4,7
Los profesionales tienen el tiempo suficiente para RESPONDER a sus preguntas	4,6	5,1	5,1	6,1	5,1

Los diferentes servicios contemplan durante su ciclo de vida factores como el impacto en la salud pública (Ej: protocolo gripe A implantado y retirado según necesidades) o los aspectos de seguridad y/o medioambientales (Ej: eliminación de mercurio, etc.) (⇒4c3).

Para conocer en profundidad la experiencia del cliente se recoge, desde 2010, por parte de los profesionales del Área de Administración los motivos de los cambios de cupo, que puedan suponer una disconformidad con la asistencia, y se revisan por el Coordinador por si se presentarán elementos susceptibles de acciones de mejora.

5d2. BENCHMARKING DE CARTERA DE SERVICIOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Control de los pacientes diabéticos: HbA1c < 7 	<ul style="list-style-type: none"> Medidor de HbA1c en seca (tiras) en una de las consultas 	<ul style="list-style-type: none"> Guía de actuaciones para la adaptación de la Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud de Castilla y León (2011) 	<ul style="list-style-type: none"> Atención sanitaria Innovación Tecnología sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> 4.4 Innovación y nuevas tecnologías

Dentro de la mejora continua del sistema de gestión del CSSN, una de las fuentes de mejora relevantes es la búsqueda de referencias relevantes que permitan comparaciones de valor añadido para el CS. Para ello se cuenta con:

- Comparaciones a nivel del Área de Salud de Soria, proporcionadas por la GAP, y que permiten analizar los resultados y la gestión del CSSN con los obtenidos por la GAPS o por alguno de sus CS; además de analizar cualquier buena práctica de estos CS.
- Comparaciones a nivel de la Gerencia Regional de Salud, es decir, con respecto a los resultados y/o prácticas del resto de Gerencias de Atención Primaria de CyL.
- Comparaciones a nivel nacional, si bien están limitadas, ante la ausencia de fuentes de información fidedignas, a búsquedas en la Web. Actualmente se ha constituido en el CEG un grupo de trabajo en el sector sanitario, en el cual participa el Coordinador del CSSN y donde se espera obtener fuentes y datos relevantes a medio plazo.

Los principales aprendizajes en cuanto al benchmarking han sido sobre todo las experiencias de aplicación nuevas tecnologías (Ej: ecografía, retinografía) o las experiencias en nuevos modelos de gestión (Ej: metodología de procesos de la GAPS, gestión propia, cartas de servicio de Gerencias de Atención Primaria y otros CS), que el CSSN ha ido incorporando en los casos de éxito, ya descritas a lo largo de esta memoria.

Así mismo, el CSSN ha sido fuente de benchmarking para numerosos Centros de Salud a nivel de GAPS, de Sacyl o algún otro CS fuera de CyL (E.A.P. Azuqueca de Henares). Principalmente el benchmarking ha sido coordinado desde la GAP hacia otros Centros de Salud, en temas como por ejemplo metodologías de encuestación. En todos los casos la adopción de buenas prácticas ha estado acompañada de formación e información por parte de la organización referente.

5d3. IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Nº de profesionales del centro implicados directamente en servicios diferenciados 	<ul style="list-style-type: none"> Introducción retinografía. Mejora circuito sintrom,... Cirugía menor ambulatoria (bisturí eléctrico) 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolos definidos para retinografía y anticoagulación, con planes/acciones de mejora previos. Nuevos tipos de cirugía 	<ul style="list-style-type: none"> Control tensión ocular 	<ul style="list-style-type: none"> 4.4. Innovación y nuevas tecnologías

Los profesionales del EAP colaboran en la detección, desarrollo y puesta en marcha de servicios diferenciados (más allá de la cartera de servicios) para ampliar la oferta y satisfacer expectativas y necesidades detectadas en sus clientes o en la sociedad en general, pero que el CSSN aplica dentro de su ámbito de actuación.

La implicación en el fin último que es dar el mejor servicio posible a los usuarios, para de la detección de la actividad, pero no se queda ahí, ya que las personas participan activamente en la búsqueda de financiación para su desarrollo (equipamiento), formación, adaptación de agendas o posible financiación a través del Pacto de gestión diferenciada.

Destacar que actualmente más del 50% de los profesionales participan activamente en la mejora continua de la experiencia del usuario. Ejemplos son: MAPA, AMPA, cirugía menor, tonometría, ecografía.

SUBCRITERIO 5e

LAS RELACIONES CON LOS CLIENTES SE GESTIONAN Y MEJORAN

5e1. COMUNICACIÓN CON CLIENTES.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Integridad en las relaciones con los clientes puesta en evidencia en encuesta a consejo de salud % respuesta a encuestas 	<ul style="list-style-type: none"> Carta de servicios (2010) en trámites de acreditación (2011), que será incorporada a la Guía de oferta de servicios Cuestionarios introducidos para detectar necesidades y expectativas (Consejo Salud) 	<ul style="list-style-type: none"> Panel indicativo de carta de servicios Registros encuestas y análisis de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> S-10-CE Comunicación externa E-09-PC Participación Comunitaria E-01-VC Voz del cliente 	<ul style="list-style-type: none"> 3.4 Crear un Banco de Documentos divulgativos, relativos a la educación para la salud, a las pruebas diagnósticas y a los principales procesos 3.1 Desarrollar la Voz del cliente 3.2 Priorizar las necesidades de salud y los temas de investigación percibidos por los usuarios

Se dispone de canales de comunicación con los clientes (sugerencias, reclamaciones, encuestas, cambios de cupo, buzón página web, observación directa,...); definidos por la GRS (Barómetro Sanitario) o por el CSSN (resto de herramientas y recogidas de información), para que transmitan a la organización sus experiencias y percepciones. Estos canales de comunicación con los clientes se gestión según el proceso *E-01-VC Voz del cliente*, que ha definido y documentado el CSSN.

En el caso de las sugerencias y reclamaciones el proceso está legislado a través del Decreto 40/2003 (relativo a las Guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario) y Orden SAN/279/2005 (por la que se desarrolla el procedimiento de tramitación de las reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario y se regulan la gestión y el análisis de la información derivada de las mismas). Esta legislación se complementa con el proceso *E-01-1-RQS Reclamaciones, quejas y sugerencias*, que integra la normativa de referencia y además sistematiza el análisis de los resultados sobre las sugerencias y reclamaciones recibidas, y su gestión (revisadas al menos cada dos meses por el CSSN); emprendiendo las acciones de mejora oportunas. Un ejemplo claro es la reestructuración del protocolo de citación, extracción y reparto de los resultados de las analíticas para el control del INR (anticoagulación) durante el año 2007, tras propuesta del Consejo de Salud y de numerosos pacientes, mediante sugerencias a lo largo del año 2006.

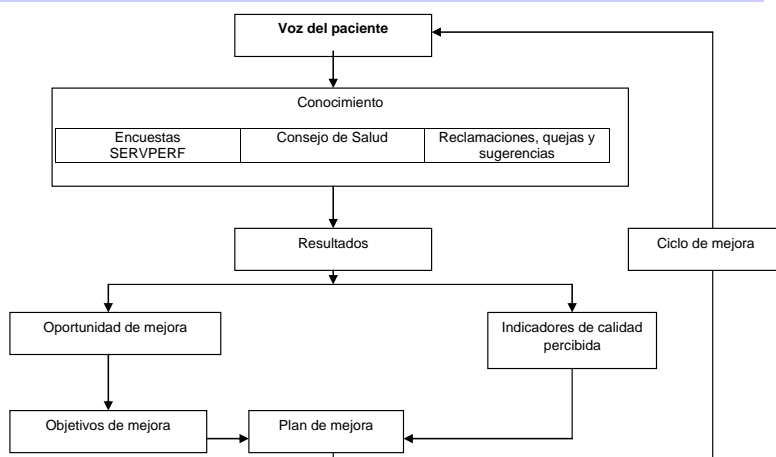


Ilustración 48 – La Voz del paciente en el CSSN

Del análisis de las reclamaciones se observa que lo más reclamado es en relación al nivel asistencial, aunque también merece la pena decir que, por ejemplo, en el análisis de las demoras, se han puesto en marcha muestreos para analizar la conveniencia o no de algunas demoras, ya que en ocasiones se ha detectado que la demora es debida al paciente.

Instrumento	Acción genérica	Acción específica	Instrumento
Reclamación	Accidentes	Caída en rampa de entrada (16-1-2008)	Reclamación
Reclamación	Laboratorio	Sistemática de extracción a niños pequeños (21-8-2009)	Reclamación
Reclamación / sugerencia	Seguridad	Enchufes al alcance de los niños en consulta de pediatría (21-10-2009)	Reclamación / sugerencia
Reclamación	Organización	Acompañar las parejas a las embarazadas durante las sesiones de educación al parto (3-2-2010)	Adecuación del protocolo interno

Ilustración 49 – Acciones de mejora emprendida a raíz de sugerencias/reclamaciones recibidas

En el caso de las encuestas de satisfacción, desde el CSSN se realizan de forma sistemática diferentes cuestionarios (⇒7a).

Del análisis de estos resultados han surgido también numerosas iniciativas/planes de mejora. A mayores de las reflejadas en la tabla, destacar que se realizó de forma puntual el cuestionario SERVQUAL (2002), diseñado para detectar las necesidades y expectativas de los clientes, y a raíz de cuyos resultados también se emprendieron mejoras, como en tiempos de espera. También se han realizado cuestionarios al Consejo de Salud para detectar necesidades y expectativas de los clientes (⇒8a1).

También se han definido vías de comunicación con los clientes a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, como es el caso de la página Web que el CSSN dispone (www.sorianorte.org, con buzón de sugerencias), con difusión de la información asistencial que se presta desde el CS, así como información relacionada con los Derechos y deberes de los clientes (Ley 8/2003), oferta de servicios disponible en servicios administrativos, consejos de salud, etc. Pocos Centros de Salud disponen de Web propia y el CSSN es uno de ellos, aunque actualmente están en desarrollo páginas Web corporativas desarrolladas por Sacyl para cada Centro de Salud. También cuenta con correo electrónico (sorianorte@gmail.com) y página de Facebook.

Por último, la Carta de Servicios, además de la propuesta de valor del CS, hace referencia a los diferentes canales de comunicación con el CSSN, así como la información relativa a sus Derechos y deberes. Esta es una de las últimas mejoras introducidas en el sistema de gestión, para facilitar el acceso a la información a los usuarios del servicio, que no dispongan o no hagan uso del acceso a Internet.

5e2. ANTICIPACIÓN A NECESIDADES DE CLIENTES.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción con la asistencia según encuestas (fidelización) con mejora sistemática Capacidad de respuesta puesta en evidencia en encuestas de satisfacción con mejora sistemática 	<ul style="list-style-type: none"> Circuito propio de tramitación d la dependencia (ventanilla única radicada en la trabajadora social como eje) 	<ul style="list-style-type: none"> Proceso socio-sanitario: subproceso de dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> S-10-CE Comunicación externa E-09-PC Participación Comunitaria E-01-VC Voz del cliente 	<ul style="list-style-type: none"> 3.1 Desarrollar la Voz del cliente 3.2 Priorizar las necesidades de salud y los temas de investigación percibidos por los usuarios

El CSSN ha definido sus grupos de interés, y se preocupa de manera proactiva por detectar y responder a sus necesidades y expectativas. Para ello comienza desde un entorno más general por analizar de forma periódica la estructura demográfica de la población; para luego recoger y analizar otras informaciones de interés y relevantes de cara a la satisfacción de los clientes; como puedan ser las encuestas de satisfacción, análisis de sugerencias y reclamaciones, y el control y análisis de los motivos de cambios de cupo.

Con estos instrumentos que se han desarrollado, el CSSN conoce las tendencias de la demanda y de la satisfacción con los servicios, pudiendo así mejoras de manera proactiva en la oferta de servicios; debatiéndose finalmente los resultados de todas estas acciones con los representantes sociales representados en el Consejo de Salud, como primer feedback sobre la efectividad de la mejoras emprendidas. Como ejemplo de esta proactividad podemos considerar:

- Circuito propio de tramitación de la dependencia (*ventanilla única* con la trabajadora social como eje), con la definición de una sistemática definida a través del proceso *O-05-1-DEP Dependencia*, para la gestión de la evaluación socio-sanitaria y el apoyo a pacientes dependientes y sus familias.
- Sala de lactancia materna y acceso a libros y cuentos en las salas de espera de pediatría

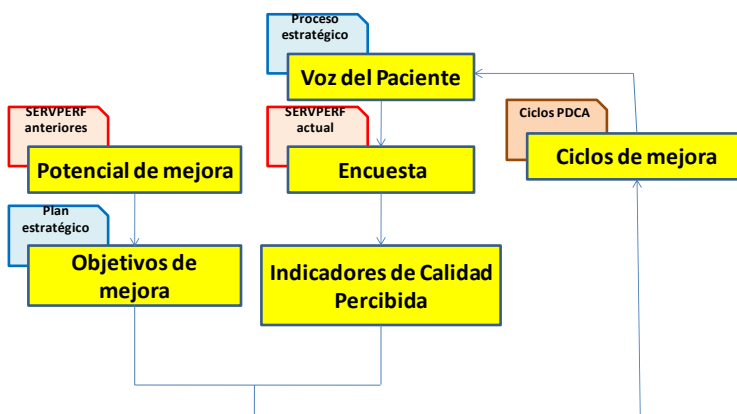


Ilustración 50 – La integración Voz del paciente – Mejora continua

5e3. ASESORAMIENTO EN USO RESPONSABLE DE PRODUCTOS Y SERVICIOS.-

EVALUACIÓN, REVISIÓN, PERFECCIONAMIENTO		EVIDENCIAS	VINCULACIONES	
INDICADORES	EJEMPLOS DE APRENDIZAJE Y MEJORA	DOCUMENTOS, OBSERVACIONES RELACIONADAS CON EL ENFOQUE	PROCESOS RELACIONADOS	ALINEACIÓN CON PE
Nº de artículos en la revista El Mirón Nº de consejos sanitarios y de utilización de recursos en la página web del centro Percepción Consejo de Salud	Difusión de consejos relacionados con la salud a partir de acuerdo de colaboración con la revista El Mirón.	Revista El Mirón Consejos página web	Comunicación externa Participación Comunitaria	3.4 Crear un Banco de Documentos divulgativos, relativos a la educación para la salud, a las pruebas diagnósticas y a los principales procesos

Se establecen estrategias de información para asesorar a los usuarios en la utilización responsable de los servicios que el centro de salud les ofrece. La educación sanitaria incluye, además de la prevención y promoción de la salud, aquellas actividades que tienen como finalidad la sostenibilidad del sistema, mediante la utilización responsable de los recursos y servicios.

Para ello la sistemática definida por el CSSN incluye diferentes canales: de forma individual (servicios administrativos, durante las consultas), información al Consejo de Salud, charlas y conferencias, difusión en la prensa local (puntual o sistematizada), información en la página web.

Los resultados de la percepción que se tienen sobre estas acciones de difusión de consejos en materia de salud, se han recogido a través del Consejo de Salud, donde son trasladadas todas estas iniciativas; con resultados muy positivos (1-5):

Los representantes del CS Soria Norte en el Consejo de Salud informan de forma clara y comprensible a los demás miembros del Consejo de Salud	4,4
El Consejo de Salud del CS Soria Norte realiza la labor esperada	4
He observado mejoras en el funcionamiento general del CS Soria Norte debidas a la actividad del Consejo de Salud	4,3
En general, me encuentro satisfecho con la actividad del Consejo de Salud del CS Soria Norte	4,3

RESULTADOS



Victoria (8 años)

INTRODUCCIÓN: Resultados clave y relevantes

Hacer realidad la Misión, avanzar hacia la Visión con el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos, que los Valores del CSSN estén presentes en todas y cada una de las personas del CS, analizar de forma periódica y sistemática el cumplimiento de la Cartera de Servicios y los avances en el Pacto de Objetivos, y teniendo siempre presentes aquellas organizaciones relevantes que puedan servir al CS de referencia de mejora, son actuaciones que están íntimamente ligadas a disponer de unos **indicadores relevantes, fiables** y con la **segmentación** adecuada, de unos **objetivos** para estos indicadores, de unos **resultados** alcanzados y de unas **comparaciones** con organizaciones de referencia.

Este análisis lo presenta, a continuación, el CSSN en cada uno de los criterios Resultados. Pero antes es importante tener claro desde la organización cuáles de esos indicadores y resultados son **CLAVES**.

Para ello el CSSN ha desarrollado una metodología que le facilita la identificación de dichos indicadores, con la clasificación: CLAVES, RELEVANTES y OTROS. A través de las **matrices de priorización de resultados**, se han determinado las correlaciones existentes entre los diferentes indicadores (de forma agrupada, y fundamentalmente de percepción, analizados para cada grupo de interés - incluyendo a la GAPS como el grupo de interés más relevante, como accionista que es, en el criterio 9; y que ha de tener lógicamente entre sus necesidades y expectativas, como Administración Pública, las suyas y las de los clientes a los que va dirigido el servicio de su organización-), respecto a:

- **Necesidades y expectativas.**- Se han determinado necesidades y expectativas, a través de diversas fuentes de información recogida ([↗2a1](#)) de los QFD realizados para cada grupo principal de interés (Clientes, Personas, Sociedad, Administración), o mediante herramientas específicas para la captación de necesidades y expectativas, utilizadas en el caso de los clientes:
 - Cuestionario **SERVQUAL** ([↗5e1](#)) ([↗6a](#)), donde las mayores expectativas estaban relacionadas con la pulcritud de los profesionales, y los conocimientos, la amabilidad y la confianza que estos les transmiten. Esta práctica fue premiada “a la mayor relevancia y potencial impacto en las V Jornadas de Calidad en AP de CyL (2007)”.
 - Cuestionario sobre **atributos de la calidad asistencial** ([↗5e1](#)), realizado al Consejo de Salud como representante de la sociedad, que es el cliente al que va dirigido el servicio del CS, y donde las mayores expectativas eran comunicación, nivel científico-técnico, continuidad, cortesía, responsabilidad y adecuación.

Las necesidades y expectativas que se han considerado, finalmente han sido:

- Clientes: las que se han obtenido a través del cuestionario efectuado al Consejo de Salud, antes comentado.
- Personas, Sociedad y Administración: los obtenidos a través de los QFD específicos realizados, en los que se analizaban las vinculaciones entre los “atributos” valorados por ese grupo de interés (obtenidos de búsquedas bibliográficas) con los “enfoques, actuaciones o procesos” que se desarrollan desde el CSSN. El análisis de estas vinculaciones determina las necesidades y expectativas prioritarias de cada grupo de interés, que para este análisis ya hemos trasladado a enfoques, actuaciones o procesos de nuestro CS, y que son los que hemos analizado en las matrices de priorización de resultados.

La determinación de estas necesidades y expectativas, además de ser el eje fundamental de la gestión y mejora continua del CSSN, nos ha servido también para la priorización de los indicadores y resultados del CS.

- **Misión, Visión y Valores.**- Lógicamente este es uno de los análisis básicos, ya que así el CSSN puede comprobar permanentemente que “es lo que pretende ser” (Misión), como “avanza hacia dónde quiere llegar” (Visión), y como “lo hace con la impronta de los comportamientos y actitudes de las personas del CS que lo caracterizan” (Valores).
- **Estrategia.**- Por último, se hace necesario que aquellos indicadores clave y relevantes sean los que nos permitan medir y analizar el cumplimiento de nuestra estrategia, para poder reorientar el rumbo de la organización cuando sea necesario.

A partir de los resultados de estas correlaciones, para las que se ha puntuado 1 (inexistente), 5 (moderada) y 9 (elevada) ([↗tablas en cada criterio Resultados](#)), lo que lleva a una máxima puntuación posible de 140 puntos, se han determinado:

- **Indicadores CLAVE:** aquellos que alcanzan los 70 puntos, es decir, como si presentasen una correlación moderada con todos los factores de análisis. En este caso se consideran claves todos los indicadores incluidos en la agrupación analizada.
- **Indicadores RELEVANTES:** aquellos que, sin llegar la agrupación de indicadores a los 70 puntos, sí tienen correlaciones aisladas que han sido valoradas con puntuaciones elevadas (9). En este caso se consideran relevantes los indicadores de la agrupación directamente vinculados al factor analizado.
- **OTROS indicadores:** se consideran como tales aquellos indicadores, que a pesar de no obtener una puntuación elevada son importantes para la valoración de cualquier organización sanitaria, por ser considerados, en su ámbito, descriptivos de la misma.

Se presentan en esta memoria aquellos indicadores clave y relevantes priorizados, así como aquellos indicadores de rendimiento inductores de los resultados de satisfacción o que han sido priorizados directamente en las matrices analizadas.

Aunque se presentarán todos los resultados globales de la organización, se desarrollarán con más detalle los clave y relevantes.

OBJETIVOS

Los criterios de establecimiento de objetivos para los indicadores del CSSN tienen dos partes claramente diferenciadas:

- **Establecidos por GAPS:** se corresponden con todos aquellos indicadores vinculados a la Cartera de Servicios y al Pacto de Objetivos, y que por tanto condicionan también algunos de los objetivos establecidos en el Plan Estratégico, al ser este más exigente que el propio Pacto de Objetivos. Estos objetivos siempre se han establecido analizando el cumplimiento del año anterior y añadiendo una corrección en función de ese cumplimiento y de las circunstancias del entorno, y siempre alineados con el PAG de la GSA de Soria.
- **Establecidos por el CSSN:** fundamentalmente para todos los indicadores relacionados con las encuestas de satisfacción, con el criterio de establecer como nuevos objetivos aquellos resultados mejorados el año anterior, y manteniendo los objetivos conseguidos, siempre que se hubieran considerados como apropiados por el CSSN. Estos objetivos, de manera global, quedan establecidos en el Plan Estratégico del CSSN.

RESULTADOS CLIENTES



Corinna (2 años)

“Hay una diferencia abismal entre satisfacer deseos y satisfacer necesidades”

ANÓNIMO

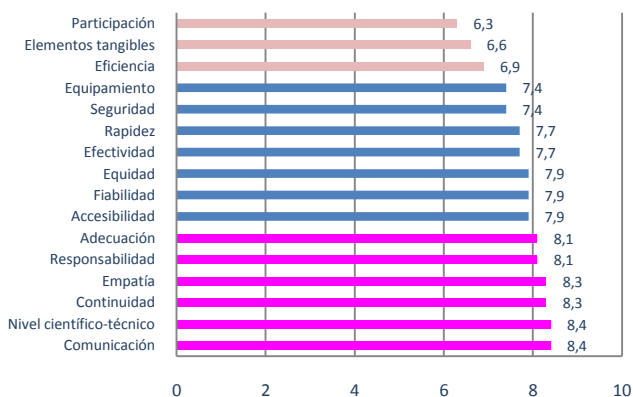
En la Misión, Visión y Valores del CSSN ([⇒Introducción](#)) queda constancia de la propuesta de valor y proyección del CS: orientación hacia necesidades y expectativas actuales y potenciales de los usuarios, posición de liderazgo basada en la satisfacción de los usuarios, compromiso con el servicio al usuario, etc. El seguimiento de esta propuesta y proyecciones del CSSN se analiza a continuación, además de las evidencias ya presentadas en los criterios del 1 al 5, que apoyan los resultados de algunos enfoques.

- ♦ INTEGRIDAD.- Garantizada al obtener la información de tratamientos estadísticos de encuestas o sistemas informáticos.
- ♦ SEGMENTACIÓN.- Según estamento profesional.
- ♦ COMPARACIONES.- Las comparaciones se realizan en este caso en dos direcciones: con los resultados globales de la GAP y con los datos globales de Sacyl que incluyen a todos los CS de CyL. En algunos casos también se dispone de datos comparativos con centros urbanos / rurales de forma separada.

IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES (CONSEJO DE SALUD)

La satisfacción de los ciudadanos con los servicios públicos depende de que, en cada acto de prestación de un servicio, su percepción iguale o supere sus mejores expectativas. Un primer paso para la evaluación de la calidad percibida en los servicios públicos es la identificación de las necesidades y expectativas de los ciudadanos en torno a sus principales atributos. La identificación de necesidades y expectativas se ha realizado directamente a través de los usuarios (2002) y a través del Consejo de Salud (2010) como órgano representativo. Estas necesidades han sido:

Identificación de las necesidades y expectativas de los clientes
(Consejo de Salud)



CALIDAD PERCIBIDA SERVQUAL (expectativas de los clientes)	2002
El Centro de salud tiene EQUIPOS de apariencia moderna	4,3
Sus INSTALACIONES físicas son visualmente atractivas	4,3
Sus profesionales tienen una apariencia PULCRA	6
Los elementos MATERIALES (folletos, carteles, indicadores, ...) son visualmente atractivos	4,6
ELEMENTOS	4,8
Cuando se PROMETE hacer algo en cierto tiempo se cumple	5
Cuando usted tiene un problema se muestra un sincero INTERES en solucionarlo	5,3
Se realiza bien la atención a la PRIMERA	5,3
Se concluye la atención en el TIEMPO prometido	4,7
Se ponen los MEDIOS necesarios para mantener los registros libres de errores	5
FIABILIDAD	5
Los profesionales le informan con PRECISION cuando concluirá la realización de sus atención	5,3
Los profesionales son DILIGENTES a la hora de ofrecerle su atención	5,6
Los profesionales siempre se muestran dispuestos a AYUDARLE	5,7
Los profesionales tienen el tiempo suficiente para RESPONDER a sus preguntas	5,5
RESPUESTA	5,5
El comportamiento de los profesionales le transmite CONFIANZA	5,8
Se siente con SEGURIDAD en sus relaciones con el Centro de Salud	5,5
Los profesionales son siempre AMABLES con usted	5,8
Los profesionales tienen los CONOCIMIENTOS suficientes para responder a sus dudas	5,8
SEGURIDAD	5,7
En el Centro de Salud se le ofrece una atención PERSONALIZADA	5,4
El Centro de Salud tiene HORARIOS convenientes para todos sus pacientes	4,3
Los profesionales del Centro de Salud le dan una atención PERSONALIZADA	5,6
En el Centro de Salud se preocupan por sus INTERESES	5,5
En el Centro de Salud comprenden sus NECESIDADES específicas	5,3
EMPATIA	5,2
TOTAL	5,24

El CSSN ha orientado la gestión de su organización y su estrategia en base a estas necesidades y expectativas ([⇒2c1,2c2,5b2,5d1,5e2](#)), y ha determinado en base a las mismas y a otros criterios, ya comentados ([⇒Resultados: Introducción](#)), aquellos resultados de los clientes clave y relevantes, que se presentan a continuación.

		NECESIDADES Y EXPECTATIVAS					MISIÓN	VISIÓN	VALORES	ESTRATEGIA							
		COMUNICACIÓN	NIVEL CIENT.TEC	CONTINUIDAD	CORTESIA	RESPONSABILIDAD				ADECUACIÓN	CALIDAD	PERSONAS	CLIENTES	ORGANIZACIÓN		RESULTADOS	
6a	SERVPERF	ELEMENTOS TANGIBLES	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	1	5	5	30	
		FIABILIDAD	5	9	5	5	9	5	9	5	9	5	1	5	5	5	82
		RESPUESTA	5	5	5	5	9	9	9	5	9	5	5	9	5	5	90
		SEGURIDAD	5	9	5	1	5	5	5	5	9	5	1	5	5	5	70
		EMPATIA	9	1	1	9	5	1	5	5	5	1	5	9	5	1	62
	BAROMETRO	ACCESIBILIDAD Y TIEMPOS DE ESPERA	5	1	5	1	5	9	5	1	5	1	1	9	5	1	54
		COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS	1	5	9	1	5	5	9	1	1	5	1	5	5	1	54
		INFORMACIÓN	9	1	5	5	5	5	5	5	1	5	1	9	1	1	58
		TRATO Y TIEMPO DE DEDICACIÓN	5	1	5	9	5	5	5	5	5	1	1	9	9	1	66
		COMPETENCIA PROFESIONAL	5	9	5	5	9	9	9	9	9	5	9	1	5	5	94
		HOSTELERIA	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	22
		RECLAMACIONES	5	5	9	9	9	5	1	1	5	5	5	9	5	5	78

6a1. CALIDAD DEL SERVICIO

Estos indicadores son los que nos permiten evaluar una estrategia empresarial basada en satisfacer a los clientes. Se obtienen preguntando directamente a los usuarios lo que opinan del servicio recibido, utilizando para ello cuestionarios. Su aplicación correcta puede ser una fuente inagotable de información, útil para tomar decisiones trascendentes para la organización. Estos instrumentos sirven para: observar la evolución que sufre la calidad del servicio a lo largo del tiempo y segmentar a los clientes en función de cómo valoran la calidad recibida.

El cuestionario SERVQUAL. Este instrumento para la medición de la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios distingue dos secciones:

- La primera dedicada a las expectativas, contiene 22 declaraciones dirigidas a las expectativas generales de los usuarios en relación al servicio. Los resultados se agrupan en cinco aspectos: elementos tangibles, fiabilidad, respuesta, seguridad y empatía (ver CALIDAD PERCIBIDA SERVQUAL)
- La segunda dedicada a las percepciones, que se estructura en función de la combinación de las mismas 22 declaraciones para medir la percepción de calidad de una empresa específica dentro de la categoría de servicios analizada.

Con la información obtenida de los cuestionarios se calculan las percepciones (P_j) menos las expectativas (E_j) para cada pareja de afirmaciones, $SERVQUAL = \sum (P_j - E_j)$. De esta comparación se pueden obtener tres posibles situaciones, según las expectativas sean mayores, iguales o menores que las percepciones, en cuyo caso se alcanzarían niveles bajos, modestos y altos de calidad.

El cuestionario SERVPERF. Debido a los problemas de interpretación que el componente “expectativas” del SERVQUAL genera en cuanto a su interpretación por los encuestados, por las redundancias en el instrumento de medición (las percepciones están influidas por las expectativas), y por su variabilidad, se crea un nuevo instrumento, denominado SERVPERF, basado únicamente en las percepciones. El modelo emplea únicamente las 22 afirmaciones referentes a las percepciones sobre el desempeño recibido del modelo SERVQUAL. Reduce por tanto a la mitad las mediciones y, basándose en la bibliografía consultada, el CSSN decide utilizar únicamente esta herramienta a partir de 2004. En este caso, la calidad del servicio será tanto mejor cuanto mayor sea la suma de dichas percepciones.

No ha concluido clave ni relevante el aspecto “elementos tangibles”. Analizando el resto de resultados comprobamos:

- En 2002 las expectativas eran muy similares (5,24) a los resultados de calidad percibida alcanzados (5,2).
- Esos resultados de calidad percibida han evolucionado de forma positiva, hasta superar en 2010, no las expectativas de 2002 (5,24), sino las que ha ido estableciendo el CSSN con el paso del tiempo, en base a los resultados alcanzados (5,56). Esta evolución es debida de manera global a las numerosas mejoras emprendidas durante los últimos años relacionadas con los usuarios, pero especialmente la “respuesta” y “seguridad”, que eran los atributos más valorados. En el caso de la “respuesta”, lógicamente esta evolución está relacionada con la satisfacción de los profesionales en su trabajo, algo que también ha evolucionado de forma muy positiva ($\Rightarrow 7a$). En cuanto a la “seguridad”, aspectos como la formación ($\Rightarrow 3b2$) y actuaciones como la reorganización de Administración, gestión y adecuación de agendas, definición de funciones, etc. ($\Rightarrow 1b2$), han mejorado la seguridad de los usuarios en las relaciones con su CS.

CALIDAD PERCIBIDA		2002	2006	2008	2010	Expectativa
ELEMENTOS		5,1	4,8	4,9	5	4,8
Cuando se PROMETE hacer algo en cierto tiempo se cumple		4,4	5	5,1	5,4	5
Cuando usted tiene un problema se muestra un sincero INTERES en solucionarlo		5,4	5,5	5,8	5,9	5,5
Se realiza bien la atención a la PRIMERA		5,2	5,3	5,5	5,9	5,3
Se concluye la atención en el TIEMPO prometido		4	4,7	5	5,2	4,7
Se ponen los MEDIOS necesarios para mantener los registros libres de errores		5,3	5	5,2	5,3	5
FIABILIDAD		4,9	5,1	5,3	5,6	5,1
Los profesionales le informan con PRECISION cuando concluirá la realización de sus atención		4,9	5,3	5,6	5,4	5,3
Los profesionales son DILIGENTES a la hora de ofrecerle su atención		5,7	5,6	5,8	5,7	5,6
Los profesionales siempre se muestran dispuestos a AYUDARLE		5,8	5,8	6	5,9	5,7
Los profesionales tienen el tiempo suficiente para RESPONDER a sus preguntas		4,6	5,1	5,1	6,1	5,1
RESPUESTA		5,3	5,5	5,6	5,8	5,4
El comportamiento de los profesionales le transmite CONFIANZA		5,6	5,8	6	5,6	5,8
Se siente con SEGURIDAD en sus relaciones con el Centro de Salud		5,5	5,5	5,7	6	5,5
Los profesionales son siempre AMABLES con usted		5,8	5,8	6	6	5,8
Los profesionales tienen los CONOCIMIENTOS suficientes para responder a sus dudas		5,7	5,8	5,9	6	5,8
SEGURIDAD		5,6	5,7	5,9	6	5,7
Los profesionales del Centro de Salud le dan una atención PERSONALIZADA		5,5	5,4	5,8	5,9	5,4
En el Centro de Salud se preocupan por sus INTERESES		5,2	5,3	5,7	5,8	5,3
En el Centro de Salud comprenden su NECESIDADES específicas		5,1	5,3	5,6	5,7	5,3
EMPATIA		5,1	5,2	5,6	5,8	5,6
TOTAL		5,2	5,3	5,5	5,7	5,56

BARÓMETRO SANITARIO

Además de los resultados de percepción recogidos por el CSSN, se cuenta con los datos del **Barómetro Sanitario**, gestionado desde la GRS con periodicidad anual, pero del que el CSSN solo dispone de resultados en 2009, ya que el resto son resultados globales a nivel de GAPS. Las bajas valoraciones que se otorgan a las explicaciones, amabilidad y eficacia del personal administrativo (a pesar de que, según nuestra opinión, las fechas de la realización de la encuesta -20 de noviembre de 2009 al 23 de marzo de 2010- suponen un sesgo muy importante de percepción ya que en las mismas se realizó el cambio de programa informático OMI-MEDORA, tanto para la gestión de agendas como para la actividad clínica, lo que motivo, inicialmente, importantes problemas que se reflejaron en especial en la actividad administrativa -al analizar las reclamaciones en dichas fechas no se registran prácticamente en relación

con la actividad administrativa (1) pero si por la de los sistemas informáticos (10), y condicionan también la valoración global) nos han llevado, en relación con los servicios administrativos, a implantar las siguientes acciones para la mejora de la satisfacción de los usuarios:

- Asignación de un profesional administrativo como responsable de dicha área (⇒1b2).
- Reorganización de los espacios de secretaría (⇒1b2).
- Revisión y actualización del archivo de historias clínicas (⇒1d2).
- Consideración de la atención administrativa, como así se refleja en el Mapa de procesos, como actividad operativa dada su importancia en la satisfacción final de los usuarios respecto a la actividad global del centro de salud (⇒2d3).

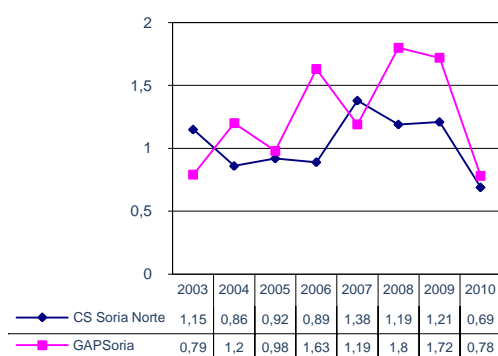
		Soria Norte	Área AP Soria	Castilla y León
ACCESIBILIDAD Y TIEMPOS DE ESPERA	% que considera adecuada la localización de su centro	97,9	96,2	96,0
	% que va caminando a su centro	80,2	70,1	77,2
	Media de llamadas que realizó la última vez para obtener cita por teléfono	2,4	2,4	2,6
	% que realizó ≤ 2 llamadas	66,7	63,6	68,6
	% satisfecho con su horario de consulta	94,8	94,5	91,9
	% insatisfecho con el horario porque preferiría que fuera por la tarde	2,1	1,2	1,4
	% que trató de cambiar de médico el último año	3,1	6,1	6,1
COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS	% que trató de cambiar de médico y tuvo problemas	1,0	1,3	1,4
	% de casos en los que tardaron más de cinco días en facilitar la cita	77,2	63,7	33,7
	% que tardó <30 días en acudir a la consulta del especialista	50	48,1	34,3
	% que considera adecuada la frecuencia de las revisiones de pediatría	100	89,6	82,5

		Soria Norte	Área AP Soria	Castilla y León
INFORMACIÓN	Valoración positiva de las explicaciones del personal médico (% muy bien+bien)	92,7	88,1	89,8
	Valoración positiva de las explicaciones del personal de enfermería (% muy bien+ bien)	92,5	92,6	91,2
	Valoración positiva de las explicaciones del personal administrativo (% muy bien+bien)	43,2	69,4	64,3
TRATO Y TIEMPO DE DEDICACIÓN	Valoración positiva de la amabilidad del personal médico (% muy bien+bien)	94,8	90,2	92,3
	Valoración positiva de la amabilidad del personal de enfermería (% muy bien+bien)	98,1	94,0	93,3
	Valoración positiva de la amabilidad del personal administrativo (% muy bien+bien)	50,0	72,0	65,9
COMPETENCIA PROFESIONAL	Valoración positiva de la eficacia del personal médico para resolver sus problemas de salud (% muy bien+bien)	90,7	88,4	90,6
	Valoración positiva de la eficacia del personal de enfermería para resolver sus problemas de salud (%muy bien+bien)	92,5	94,3	91,7
	Valoración positiva de la eficacia del personal administrativo (% muy bien+bien)	48,9	71,1	65,5
	Valoración global positiva de la atención recibida en su centro (% muy + bastante satisfecho)	82,3	82,3	84,0

Al mismo tiempo, otros resultados negativos como “tardar más de 5 días en facilitar la cita”, tienen las mismas causas. No obstante, se compensan con datos muy positivos como la “frecuencia de revisiones de pediatría”, “menos de 30 días en acudir a la consulta del especialista”; y sobre todo destacan resultados como el bajo “porcentaje de usuarios que trató de cambiar de médico”, y la valoración positiva de la “amabilidad y explicaciones” del personal médico” y la “amabilidad del personal de enfermería”, resultado este consecuencia del aumento progresivo de la implicación del personal de enfermería en el CSSN durante los últimos años (⇒7a).

RECLAMACIONES

Reclamaciones /1.000 TIS.
CS Soria Norte / GAP Soria. 2003-2010



Motivo y número de reclamaciones.
CS Soria Norte. 2007-2010

Motivos de reclamación	Reclamaciones			
	2007	2008	2009	2010
1. ASISTENCIALES	9	7	6	4
2. LISTA DE ESPERA/DEMORAS	5	6	6	6
3. TRATO	2	3	5	2
4. INFORMACIÓN	-	-	1	-
5. DOCUMENTACIÓN	1	2	2	-
6. ORGANIZACIÓN	15	6	3	2
7. CONFORTABILIDAD	-	2	-	-
TOTAL	32	26	28	16
Reclamaciones/10.000 usuarios	14,2	12,2	12,4	6,9

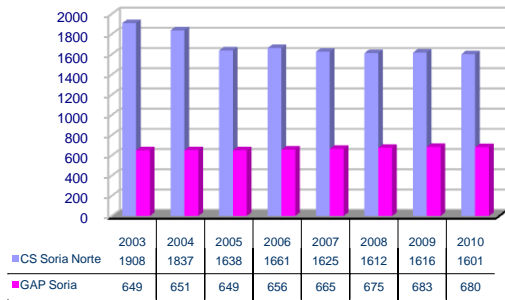
Las reclamaciones se supervisan desde la GAP, la cual también les da respuesta, tras consulta con el Coordinador del CS (⇒5e1). Se han excluido las correspondientes al cambio en el sistema de cita previa ya que no son imputables al CS. Se puede observar una relación de coherencia de estos resultados con las encuestas de satisfacción, con una relación inversamente proporcional.

6b1. POBLACIÓN ASIGNADA POR ESTAMENTOS

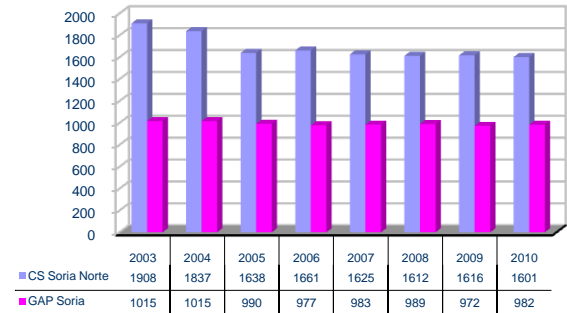
Como se puede observar, el número de pacientes asignados a los cupos del CSSN es elevado, incluso a nivel nacional, en especial en la asignación a medicina familiar, lo que incrementa el valor de la tarea realizada por los profesionales del CS, y a todas aquellas mejoras introducidas en su funcionamiento en pro de la satisfacción de sus usuarios.

AÑO 2009	Medicina Familiar	Pediatría	Enfermería	Auxiliar Administrativo
España	1408	1064	1624	2937
Castilla y León	945	911	1175	3087
GAP Soria	683	1050	972	2471
CS Soria Norte	1721	1092	1616	3233

Evolución del número de paciente por profesional (medicina familiar + pediatría). CS Soria Norte/GAP Soria. 2003-2010



Evolución del número de paciente por profesional de enfermería. CS Soria Norte/GAP Soria. 2003-2010



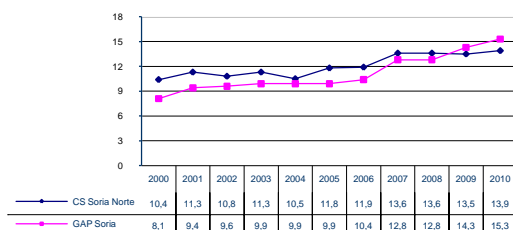
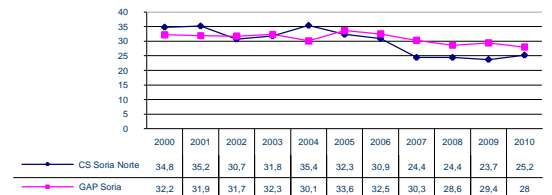
Durante el año 2005 se incorporaron al CSSN dos nuevos cupos, en respuesta a la problemática observada en el año 2004, lo que facilitó una reducción de la asignación de pacientes por profesional.

Aún así, el carácter de urbano del CSSN hace que las asignaciones sean bastante más elevadas que la GAP.

6b2. SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

Evolución de las solicitudes de interconsulta / población x 100. CS Soria Norte/GAP Soria. 2003-2010

No da una aproximación a la capacidad resolutoria de los profesionales (derivación). Su estabilización, nos da una idea, a pesar de incrementarse las coberturas, de la capacidad de los profesionales para la resolución de problemas basada en la capacidad científico-técnica y la protocolización.



Evolución de las solicitudes de radiología / población x 100. CS Soria Norte/GAP Soria. 2003-2007

Se puede observar que en el caso del CSSN se ha producido una estabilización en las solicitudes de estas pruebas complementarias, dato que es sinónimo de un servicio estable en cantidad y calidad, y ligado a la eficiencia, puesto que se ha producido en paralelo un aumento de las coberturas en Cartera de Servicios. La tendencia al alza de la GAP se debe probablemente a la mayor accesibilidad a estas pruebas al ponerse en marcha en Centros rurales, y aumentar su accesibilidad.

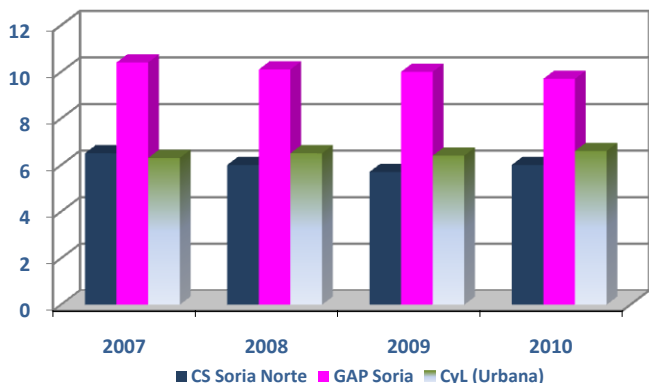
Evolución de las solicitudes de analítica / población x 100. CS Soria Norte/GAP Soria. 2003-2010

Al igual que en el caso anterior, estas solicitudes también están estabilizadas en el CSSN, con las mismas consideraciones de aumento de cobertura en Cartera de servicios en el CSSN, por la introducción de nuevos servicios gracias a la labor de investigación (⇒4d1) y la implicación y el apoyo a las personas de la organización (⇒5b2).

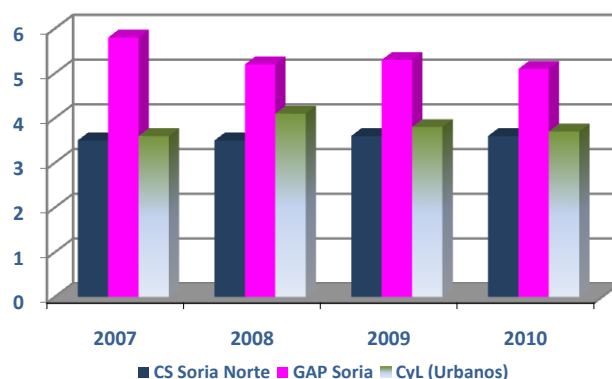


6b3. FRECUENTACIÓN

Frecuentación médico. 2007-2010



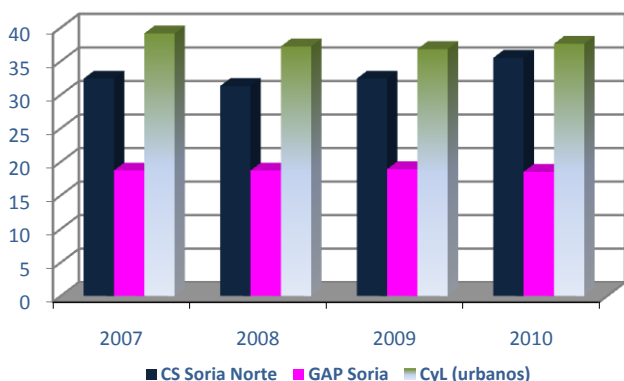
Frecuentación enfermería. 2007-2010



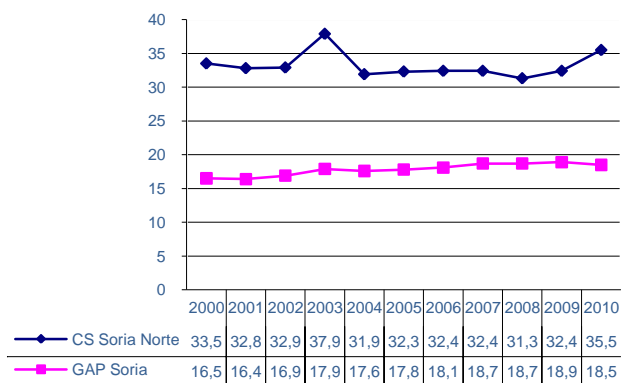
Se puede observar que las características de los centros urbanos, como el CSSN incluyen una frecuentación (visitas/paciente/año) considerablemente menor que la de los CS rurales, debido a su menor población asignada. Se comprueba también en el caso del personal de enfermería una tendencia al alza de las frecuentaciones que corresponden a su mayor implicación, y al incremento de la cobertura de la Cartera de servicios.

6b4. CARGA ASISTENCIAL

Presión asistencial. Médico. 2007-2010

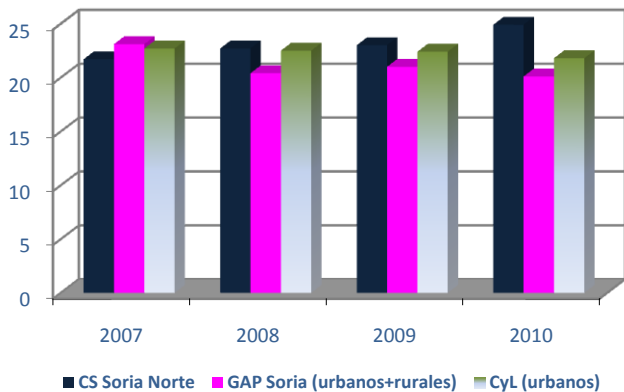


Presión asistencial. Médico. CS Soria Norte / GAP Soria. 2000-2010

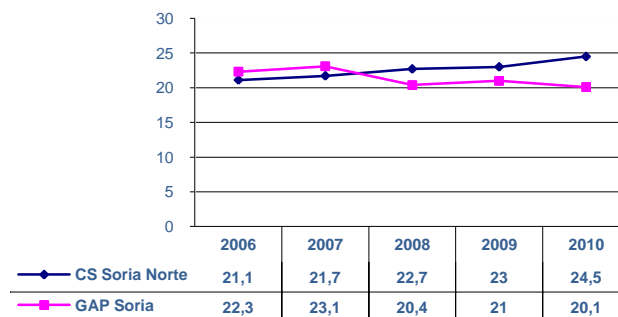


En contraste con los datos anteriores, se observa como la presión asistencial en los CS urbanos es mucho mayor que en los rurales.. Si observamos la evolución en el largo plazo, se ve como los problemas que existieron en 2004 elevaron la presión asistencial en los médicos, subsanado con las nuevas incorporaciones. La modificación de la gestión de agendas fue otra de las mejoras.

Presión asistencial. Enfermería. 2007-2010



Presión asistencial. Enfermería. CS Soria Norte



La existencia de menos personal de enfermería en los CS rurales hace que las diferencias de presión asistencial sean menores en este colectivo. Se observa un aumento en el CSSN, tanto en personal médico como de enfermería, explicado por la implicación del personal en nuevos servicios y por la distribución de cargas asistenciales entre personal médico y de enfermería.

6b5. CONTROL DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Diabetes

	Nº diabéticos pacientes		Control HbA1 < 7		Gasto tiras / paciente diabético		% meffomina / antidiabéticos orales	
	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria
2007	764	3939	59,9	56,7	69,4	74,6	*	*
2008	859	4197	72,7	63,9	74,4	70,8	*	*
2009	914	4588	65,1	56,5	57,1	65,6	43,1	37,9
2010	964	4775	62	55,7	61,8	66,4	45,1	42,4
Control HbA1 < 7								
	CS Soria Norte	GAP Soria	CyL					
2007	59,9	56,7	70,9					
2008	72,7	63,9	62,3					
2009	65,1	56,5	58,7					
2010	62	56	58					

Destacar que, aunque se llevo a cabo un plan de mejora en 2008 para la reducción, curiosamente el gasto aumentó (probablemente por dificultades en la correcta imputación de costes en ese período)

Hipertensión arterial

	Nº pacientes hipertensos		Control HTA < 140/90		
	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CyL
2007	2164	11543	50	56,9	54,5
2008	2384	12335	50	43,5	51,2
2009	2544	13336	64	54,5	54
2010	2688	14180	54,7	51,2	53,1

CONSULTA DE ADECUACIÓN DE AGENDAS

MUESTREO MOTIVOS DE ASISTENCIA (2006)

Recetas	367	16,29%	16,29%
Osteomuscular	304	13,49%	29,78%
IRA	301	13,36%	43,14%
Otras infecciones	229	10,16%	53,31%
Faringoamigdalitis	223	9,90%	63,20%
GEA	107	4,75%	67,95%
Alergias	78	3,46%	71,42%
Vertigo / mareo	52	2,31%	73,72%

Son demandas que apoyan el porqué de la consulta de adecuación de agendas líneas (⇒ 1b1), ya que la mayoría de las solicitudes de asistencias se podían considerar como leves (siempre con las excepciones propias de la actividad sanitaria). Este estudio se llevo a cabo en 2006.

RESULTADOS PERSONAS



Anónimo (2 años)

“Las organizaciones excelentes son aquellas a las que sus trabajadores están orgullosos de pertenecer”

ANÓNIMO

Dado que el nivel de calidad de los servicios prestados por una organización está directamente relacionado con el nivel de satisfacción de las personas que trabajan en ella, se hace imprescindible determinar sus necesidades y expectativas y medir el grado de satisfacción.

Teniendo en cuenta las NyE determinadas en el QFD realizado para el grupo de interés *Personas* se plantean diferentes indicadores para conocer las percepciones directas de las personas y se identifican los impulsores que inducen los resultados que se quieren conseguir.

La satisfacción laboral es uno de los principales objetivos estratégicos ligado a *Personas* incluidos en el PE del CSSN. Entendida la Satisfacción Laboral como “*un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto como la respuesta afectiva de una persona a su propio trabajo*” (Locke, 1976). Todas estas orientaciones ponen de manifiesto que hay una amplia variedad de factores que intervienen en la SL, y que, por tanto, para su estudio y análisis deben contemplarse abordajes multidimensionales.

El CSSN de forma mide sistemáticamente los diferentes aspectos relacionados con la satisfacción laboral a través de diferentes encuestas ampliamente utilizadas y validadas (3a3, tabla1):

1. Dinámica de equipo de Borrell: elementos fundamentales que delimitan la dinámica de equipo; 15 cuestiones que puntúan 0, 0,5 y 1 y que se agrupan en liderazgo compartido, habilidades para el trabajo grupal, cohesión, clima de equipo y contribución individual (máximo de 15 puntos; por encima de 9 se considera equipo de alto rendimiento).
2. Encuesta de Comunicación interna: 14 cuestiones; las dos últimas valoran en qué medida la organización interna del equipo es flexible, burocrática y favorece la comunicación, y como han evolucionado en los dos últimos años las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo y la comunicación.
3. Calidad de vida profesional CVP-35: con 35 ítems, en escala de Likert 1-10.
4. Cuestionario sobre desgaste profesional MBI (Maslach Burnout Inventory) sólo a los profesionales con atención directa al público, que consta de 22 ítems, valorados cada uno cuantitativamente entre 0 y 6.
5. Cuestionario Font Roja de satisfacción profesional, con 24 ítems en escala de Likert 1-5

ENCUESTAS	2002	2004	2006	2008	2010
Dinámica de equipo	CSSN	CSSN	CSSN	CSSN	CSSN
Comunicación interna			CSSN	CSSN	CSSN
Calidad de vida profesional CVP-35			GAPS		CSSN
Desgaste profesional MBI	GAPS				GAPS
Satisfacción profesional Font Roja	GAPS		GAPS		GSPS

Además se han recogido datos referentes a la evaluación del liderazgo de varias maneras:

- Ítems de la encuesta de comunicación interna relativos a varios aspectos sobre los responsables (1,2 3,4,5,7 y 12)
- Aspecto “liderazgo compartido” de la encuesta “Dinámica de equipo”
- Cuestionario “Los 12 Desafíos” (2010)

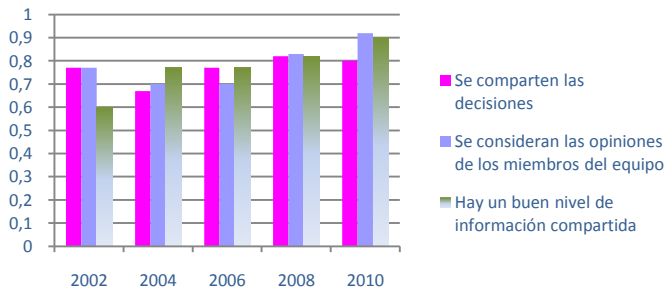
Se identifican y muestran además otros indicadores de rendimiento que miden aspectos que influyen directamente en el nivel de satisfacción de las personas:

		NECESIDADES Y EXPECTATIVAS						MISIÓN	VISIÓN	VALORES	ESTRATEGIA							
		FORMACIÓN	GTÓN. CAPITAL HUMANO	CAPITAL HUMANO EMPRENDEDOR	PROCESO ASISTENCIAL	TRABAJO EN EQUIPO	GESTIÓN DE CALIDAD				CALIDAD	PERSONAS	CLIENTES	ORGANIZACIÓN	RESULTADOS			
7a	DINÁMICA DE EQUIPO	LIDERAZGO COMPARTIDO	5	5	9	5	9	9	5	5	5	9	9	1	5	5	86	
		HABILIDADES TRABAJO GRUPAL	5	5	5	5	9	5	1	5	9	9	5	1	5	9	78	
		COHESIÓN	1	5	5	5	9	5	1	5	5	5	9	1	5	9	70	
		CLIMA DE EQUIPO	5	5	5	5	9	5	1	9	9	5	9	1	5	5	78	
		CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	9	1	1	9	62	
	COMUNICACIÓN	FLEXIBLE	5	9	9	5	9	5	5	9	9	9	5	1	1	9	1	82
		BUROCRÁTICA	1	5	9	5	5	5	1	5	5	5	1	1	1	9	1	54
		FAVORECE COMUNICACIÓN	5	5	5	1	5	5	9	5	9	9	5	9	5	5	5	78
		RELACIONES INTERPERSONALES	1	5	5	5	9	5	9	9	9	9	5	9	1	5	5	82
		CONDICIONES DE TRABAJO	1	5	5	9	5	5	5	5	5	5	5	1	5	9	9	74
	MBI	COMUNICACIÓN	5	5	5	5	9	5	5	5	9	9	5	9	1	5	5	78
		CANSANCION EMOCIONAL	1	5	5	5	1	5	1	9	5	5	1	9	1	5	5	58
		DESPERSONALIZACIÓN	1	5	5	9	5	5	5	9	9	9	5	9	5	5	1	78
	FONTROJA	REALIZACIÓN PROFESIONAL	5	1	9	9	9	5	9	9	9	9	5	9	1	5	5	90
		SATISFACCIÓN TRABAJO	5	5	9	9	9	5	5	9	9	9	5	9	1	5	5	90
		TENSIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO	5	5	1	5	5	1	1	9	5	5	1	5	1	5	5	54
		COMPETENCIA PROFESIONAL	9	5	5	9	1	1	9	9	9	9	1	9	1	5	9	82
		PRESIÓN EN EL TRABAJO	1	5	5	9	5	1	5	5	5	5	5	1	5	9	5	66
		PROMOCIÓN PROFESIONAL	5	9	9	1	1	5	1	5	9	9	1	9	1	5	1	62
		RELACIÓN INTERPERSONAL CON SUPERIORES	1	9	5	1	5	9	1	9	9	9	5	9	1	5	5	74
		RELACIÓN INTERPERSONAL CON LOS COMPAÑEROS	1	5	9	5	9	5	5	9	9	9	1	9	1	5	5	78
	CVP-35	MONOTONIA LABORAL	5	5	9	9	5	1	5	9	9	9	9	5	5	9	1	86
		CALIDAD DE VIDA DE MI TRABAJO	5	5	9	9	5	5	5	9	9	9	5	9	5	5	5	90
	EVALUACIÓN DEL LIDERAZGO		1	9	9	5	9	5	1	5	9	9	5	9	5	5	9	86

7a1. DINAMICA DE EQUIPO

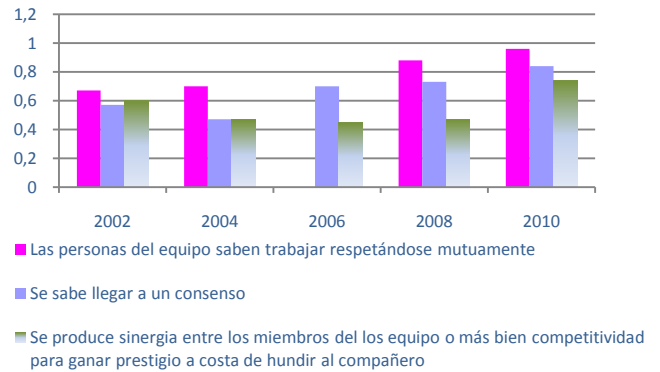
Cuestionario para conocer las características del equipo con el que contamos. Un equipo de alto rendimiento lo definimos como “aquel capaz de optimizar los recursos de los que dispone (materiales y humanos) para producir bienes o servicios por encima de la media de equipos similares”.

Liderazgo compartido



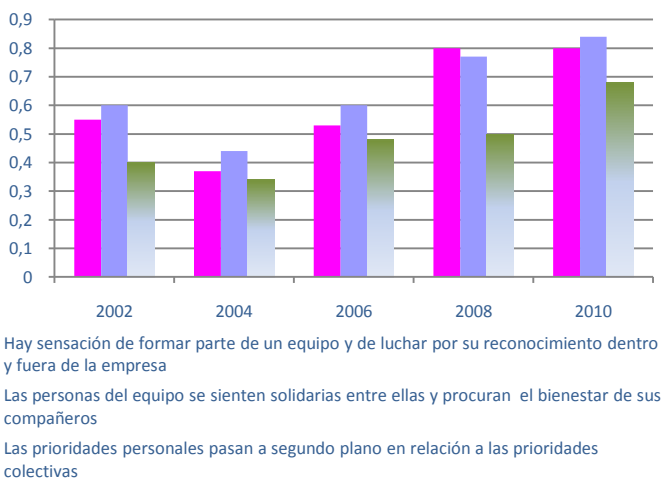
	2002	2004	2006	2008	2010
<u>1.- Liderazgo compartido</u>	2,14	2,14	2,24	2,47	2,64

Habilidades trabajo grupal



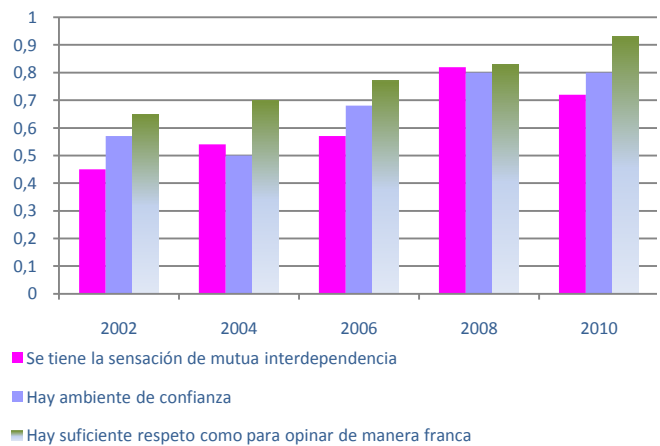
	2002	2004	2006	2008	2010
<u>2.- Habilidades trabajo grupal</u>	1,84	1,64	1,95	2,08	2,54

Cohesión



	2002	2004	2006	2008	2010
<u>3.- Cohesión</u>	1,55	1,15	1,61	2,07	2,33

Clima de equipo



	2002	2004	2006	2008	2010
<u>3.- Clima de equipo</u>	1,67	1,74	2,02	2,45	2,45

Podemos basarnos en varios criterios para afirmar que un equipo está situado en la franja de alto rendimiento:

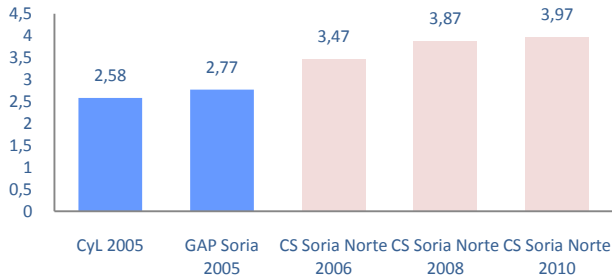
- Da respuesta a los requerimientos de productividad con menores recursos humanos o materiales que otros equipos similares.
- El motor del grupo es la mayoría de sus miembros.
- El equipo mejora los procedimientos existentes a fin de obtener los mismos resultados con menos esfuerzo.
- También se caracteriza por formalizar nuevos procedimientos, en un proceso de cambio permanente, adquiriendo por tanto la rutina de la innovación.

7a2. COMUNICACIÓN

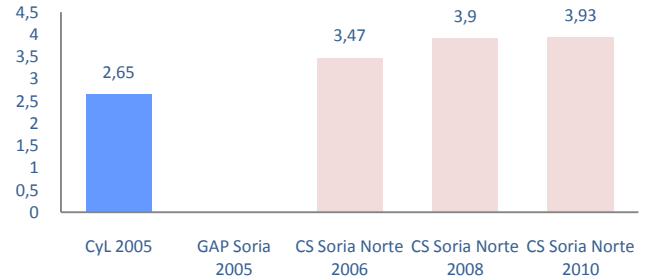
Encuestas de comunicación interna implantadas tras participación en estudio de investigación de CyL (⇒ 3d1). La encuesta consta de 14 ítems de los cuales se muestran a continuación los dos más representativos:

13: En qué medida considera usted que la organización interna del equipo es Flexible/Burocrática/Favorece la comunicación: (1=máximo desacuerdo, 5=Máximo desacuerdo).

Flexible

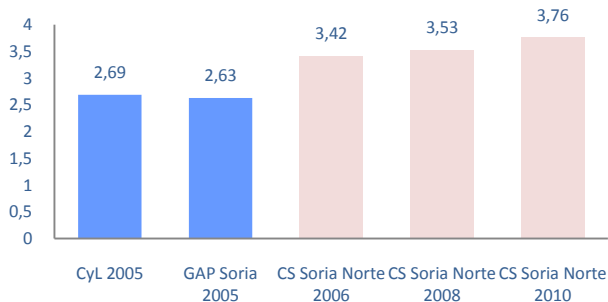


Favorece comunicación

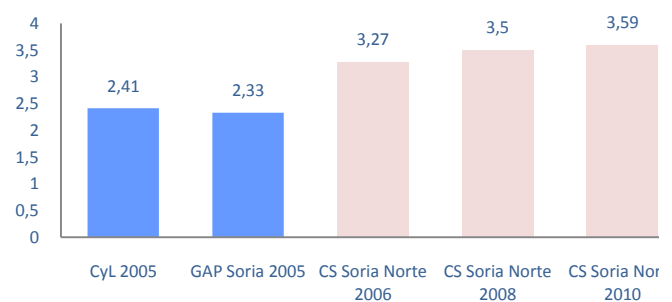


14: Señale del 1 al 5 cuál ha sido la evolución de la gestión interna del equipo en los dos últimos años en cuanto a Relaciones interpersonales/Condiciones de trabajo/Comunicación: (1=evolución poco positiva; 5=evolución muy positiva)

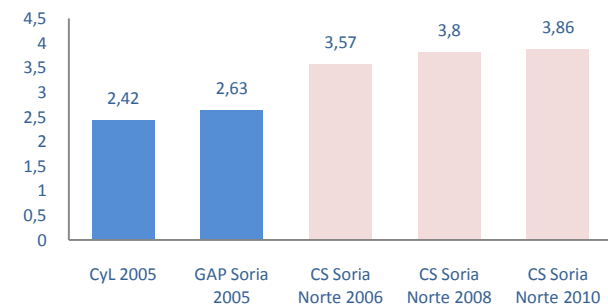
Relaciones Interpersonales



Condiciones de trabajo



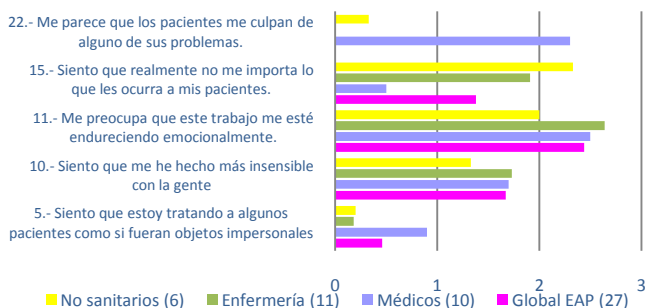
Comunicación



7a3. Maslach Burnout Inventory (MBI)

Maslach Burnout Inventory (MBI)	CS Soria Norte (2002)	GAP Soria (2002)	Atención Primaria Huelva (2002)	Médicos familia Guadalajara(2004)	Médicos Familia Barcelona (2006)	CS Soria Norte (2010)
Cansancio emocional						
Puntuación media	26,41	22,04	32,4	22,5	23,9	25,5
> 26 alto	ALTO	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
17-26 medio						
0-16 bajo						
Despersonalización						
Puntuación media	7,35	6,56	7,3	7,6	7,63	7,3
> 13 alto	BAJA	BAJA	ALTA	BAJA	BAJA	BAJA
9-13 medio						
0-8 bajo						
Realización personal						
Puntuación media	32,48	31,94	25,5	34,6	38,4	38,3
< 30 bajo						
36-31 medio	MEDIA	MEDIA	BAJA	MEDIA	ALTA	ALTA
48-37 alta						

Despersonalización (2010)



	Global EAP (27)	Médicos (10)	Enfermería (11)	No sanitarios (6)
<u>Despersonalización (2010)</u>	7,3	7,9	7,2	6,2

Realización personal (2010)



	Global EAP (27)	Médicos (10)	Enfermería (11)	No sanitarios (6)
<u>Realización personal (2010)</u>	38,3	36,1	39,9	39,1

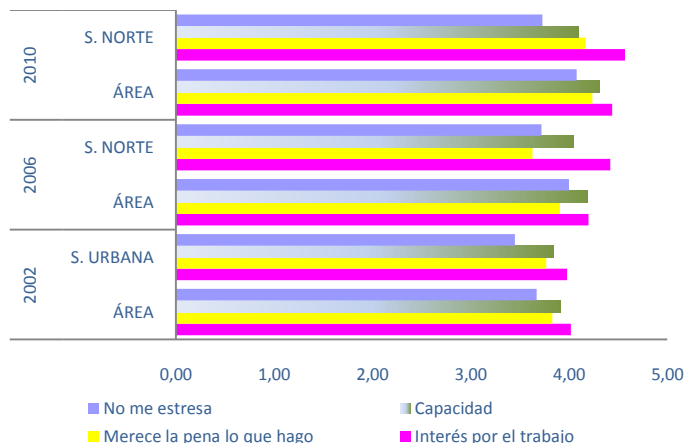
En general el personal médico presenta un mayor cansancio emocional (alto) que el personal de enfermería (medio) o el personal no sanitario (bajo); en despersonalización y realización personal todas presentan resultados similares (media).

7a4. FONT ROJA

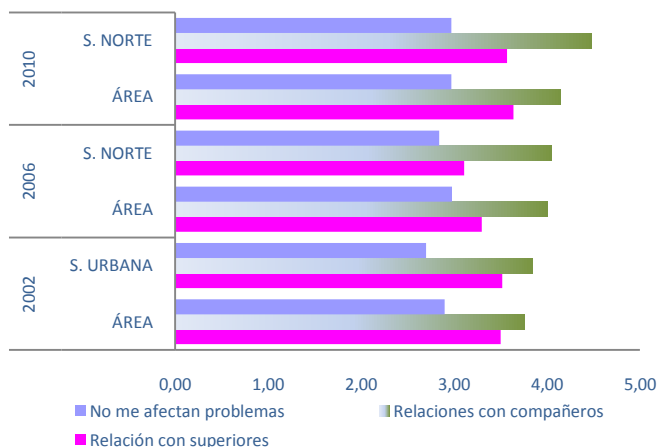
Satisfacción trabajo (ítem 7, 15, 16 y 19)



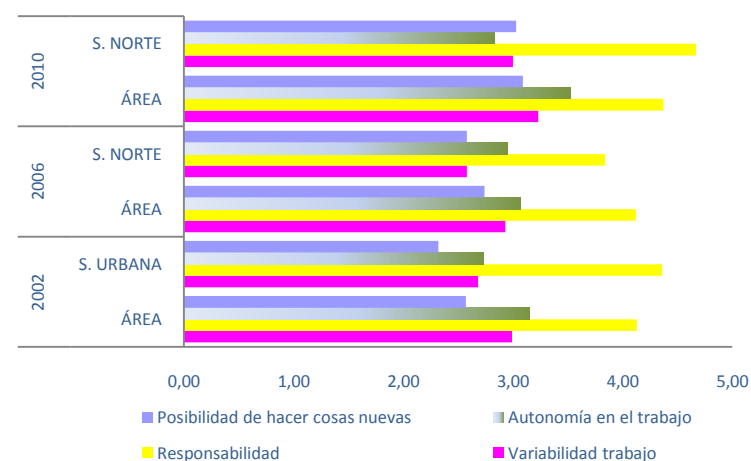
Competencia profesional (ítem 22, 10, 24 y 11)



Relación interpersonal entre compañeros y superiores (ítem 21, 14 y 13)



Monotonía (ítem 1, 9, 2 y 8):



Promoción profesional y sueldo:

- incentivos ligados a objetivos individuales
- gestión diferenciada

Tiempo:

- disminución progresiva del nº pacientes / cupo
- implantación de agendas de calidad
- redistribución de cargas laborales

Recursos:

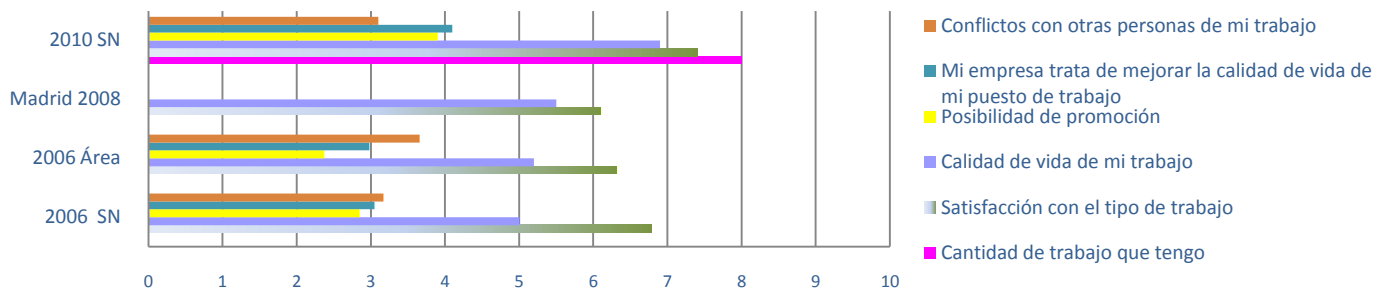
- aparataje: MAPA, cooxímetro, pulsioxímetro, coagulómetro, ecógrafo, tonómetro, retinógrafo
- gestión de espacios
- acceso a analíticas, pruebas de imagen e historia clínica hospitalaria a través del ordenador en tiempo real
- acceso a TAC (cefaleas)
- acceso a internet e intranet

7a5. Calidad de vida Profesional. CVP-35

El cuestionario CVP-35 realiza una medida multidimensional de la calidad de vida profesional. Consta de 35 preguntas, que se responden en una escala de 1 a 10, y da una medida resumen de la percepción de la calidad de vida profesional.

El cuestionario CVP-35, "satisfacción con el trabajo" es de 6.79 y "calidad de vida de mi trabajo" que es 5.00, siendo en el Área de 6.31 y 5.20 respectivamente.

Calidad de vida de mi trabajo:



CSSN	Médicos	Enfermeras	No sanitarios
CVP-35 (2010)	5,6	7,6	7,1

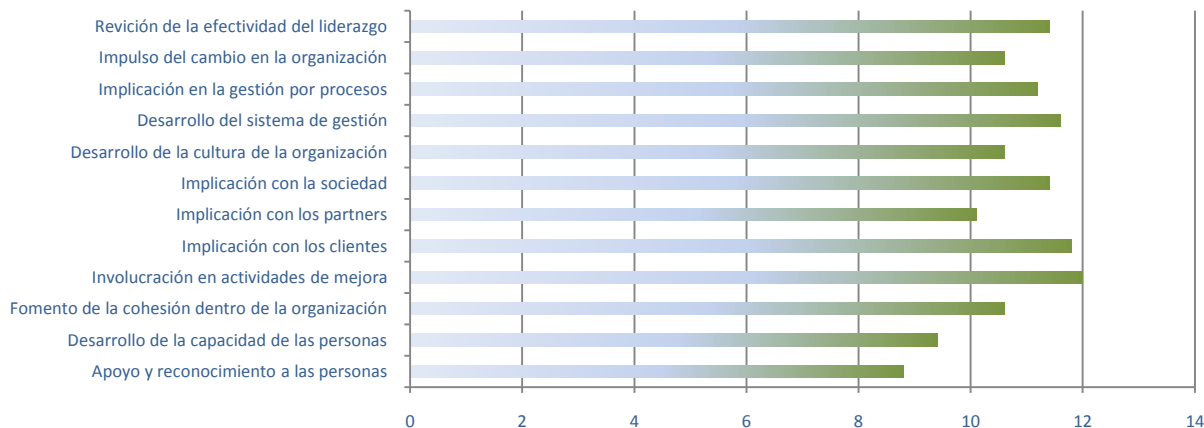
La diferencia entre médicos y enfermeras podría deberse a la percepción que tiene el médico de una mayor carga de responsabilidad laboral.

7a6. EVALUACIÓN DEL LIDERAZGO

Encuesta de comunicación: Ítems de la encuesta de comunicación relativos a la evaluación de los responsables:

LIDERAZGO	2006	2008	2010
1 BUENA RELACIÓN CON LOS RESPONSABLES DEL CENTRO DE SALUD.	3,93	4,1	4,14
2 LOS RESPONSABLES TIENEN EN CUENTA LAS IDEAS DEL EQUIPO.	3,63	3,8	4
3 RESULTA MOLESTO HABLAR CON LOS RESPONSABLES DEL CENTRO DE SALUD.	0,43	0,6	0,5
4 ACCESIBILIDAD DE LOS RESPONSABLES DEL CENTRO DE SALUD CUANDO TENGO UN PROBLEMA.	0,43	0,3	0,25
5 LOS RESPONSABLES DEL CENTRO DE SALUD SE PREOCUPAN POR LOS PROBLEMAS DEL EQUIPO.	3	3,5	3,54
7 LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE SIENTEN COMPRENDIDOS POR LOS RESPONSABLES DEL CS	3,37	3,8	3,8
12 LOS RESPONSABLES DEL CENTRO DE SALUD ACUDEN A REUNIONES INFORMALES.	3,8	4,37	4,6

Encuesta "Los 12 desafíos": (evidencias anecdóticas(1,2,3)/Algunas evidencias(4,5,6)/evidencias claras (7,8,9)/evidencias claras durante varios años (10,11,12)/evidencias totales (13,14,15))

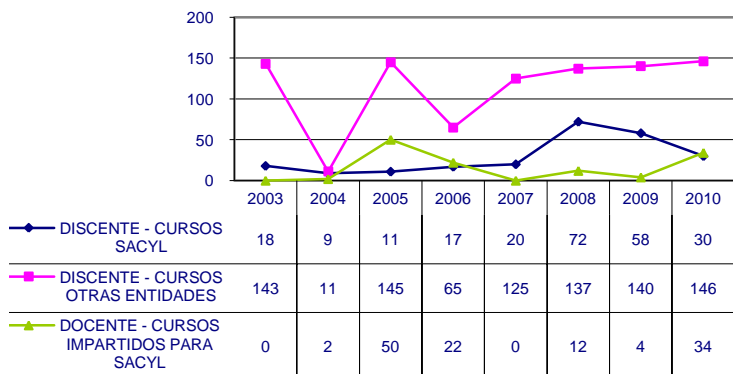


SUBCRITERIO 7b.

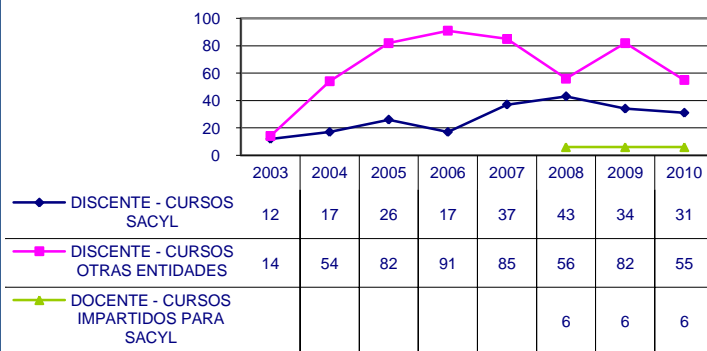
INDICADORES DE RENDIMIENTO

7b1. FORMACIÓN

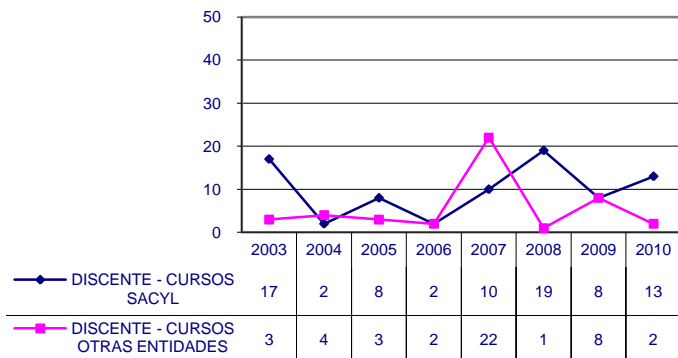
Formación recibida por los profesionales del CSSN (horas). PERSONAL MÉDICO



Formación recibida por los profesionales del CSSN (horas). PERSONAL DE ENFERMERÍA



Formación recibida por los profesionales del CSSN (horas). PERSONAL ADMINISTRATIVO



Profesionales del CSSN que han realizado al menos un curso acreditado en la GAP:

2008:	27 / 35	77%
2009:	29 / 35	83%
2010:	32 / 35	91%

Formación interna. Nº sesiones:

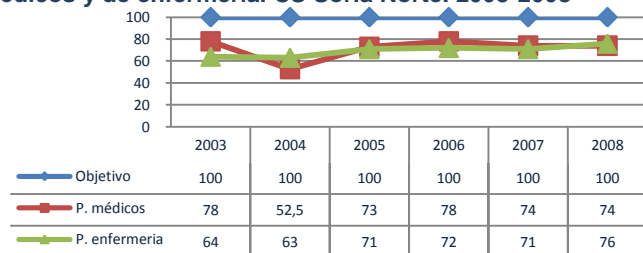
2007:	34
2008:	31
2009:	46
2010:	18 (Solicitud de acreditación externa 2010- 2011: 20)

Formación (calidad/gestión) recibida por los líderes del CSSN

FORMACIÓN Calidad	HORAS	AÑO	FORMACIÓN Gestión	HORAS	AÑO
Mejora de la calidad asistencial	25	1999	Investigación en economía y administración sanitaria	54	1999
Mejora continua de la calidad	40	2001	Experto universitario en diseño y tratamiento estadístico de encuestas	300	2003
Gestión de calidad en Atención Primaria	20	2002	Habilidades directivas	27	2003
Agenda de calidad	4	2003	Gestión basada en procesos	20	2004
Programa de formación en EFQM	30	2003	Gestión del día a día en el Equipo de Atención Primaria	90	2005
Formación de formadores en el modelo EFQM	31	2003	Máster en Alta Dirección Sanitaria	600	2005
Control de calidad	20	2004	Comunicación en servicios sanitarios	37	2005
Elaboración y evaluación de guías de práctica clínica	20	2007	Comunicación en servicios sanitarios	37	2005
Taller de elaboración e implantación de procesos asistenciales	33	2008	Comunicación en servicios sanitarios	37	2005
Curso básico de seguridad de pacientes y gestión del riesgo	30	2006	Postgrado en gestión clínica	315	2006
Evaluador del Modelo EFQM	90	2009	Gestión en Atención Primaria	24	2006
Evaluador de Sistemas Sanitarios	90	2009	Habilidades informacionales en ciencias de la salud	60	2007
Calidad Avanzada	50	2009	Dirección de Equipos de trabajo	105	2009
Evaluación y mejora de la calidad asistencial	62	2010	Gestión por procesos	20	2011
Actualización al Modelo EFQM 2010. CEG.	8	2010			
Evaluador Nivel Acreditado Modelo EFQM 2010. CEG.	20	2010			

7b2. OBJETIVOS INDIVIDUALES. NIVEL DE CUMPLIMIENTO

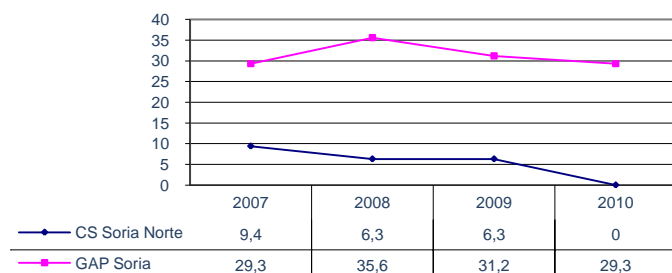
Objetivos individuales: nivel de cumplimiento. Profesionales médicos y de enfermería. CS Soria Norte. 2003-2008



Se aprecia cómo las circunstancias del 2004 afectan también a los resultados de cumplimiento de objetivos individuales actuando más directamente sobre el personal médico. No se tienen datos de 2009 debido a que ese año por haber celebrado el 25 Aniversario del centro se repartieron los incentivos por igual en todas las categorías. Del 2010 aún no se han recibido los datos definitivos.

Se observa cómo tras un profundo proceso de cambio y gracias a las acciones de mejora emprendidas se llega a obtener un valor mantenido aceptable de cumplimiento.

7b3. INTERINIDAD LABORAL

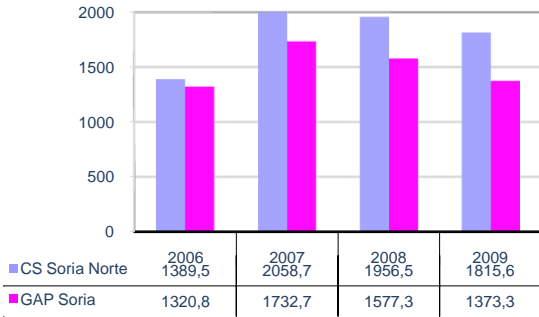


Interinidad laboral. CS Soria Norte/ GAP Soria. 2007-2010

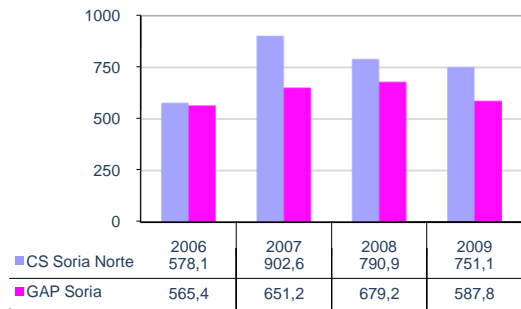
Indicador que nos muestra la estabilidad laboral del personal. Todas las plazas de CSSN tienen titular en el 2020.

7b4. INCENTIVOS

Incentivos. Grupo A. CS Soria Norte/ GAP Soria. 2006-2009



Incentivos. Grupo B. CS Soria Norte/ GAP Soria. 2006-2009

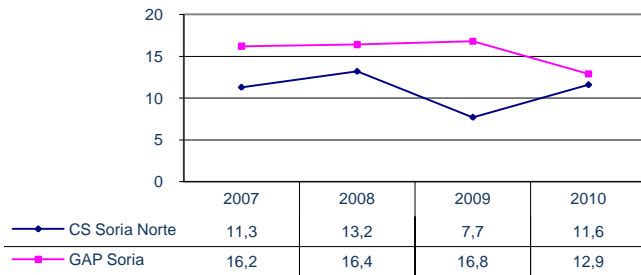


Ranking incentivos. Posición del CS Soria Norte respecto a los CS del Área de Soria

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ranking	2	4	2	2	1	1	1

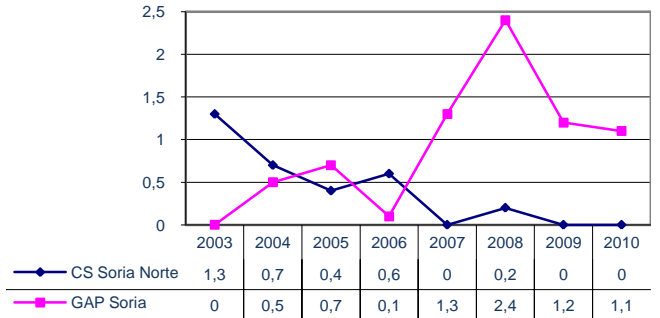
7b5. ABSENTISMO LABORAL

Absentismo (días/profesional). CS Soria Norte / GAP Soria. 2007-2010



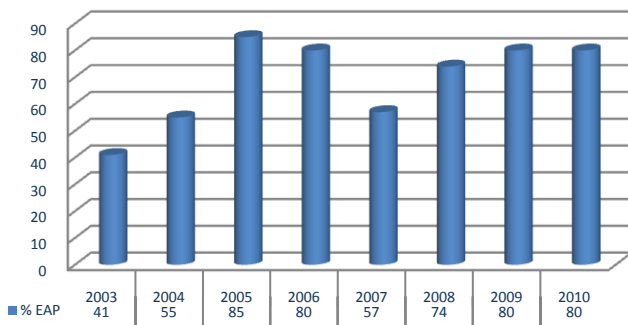
El repunte en el dato de absentismo de 2010 es debido a bajas de larga duración (personal de enfermería)

Días IT por accidente laboral. CS Soria Norte / GAP Soria. 2003-2010



7b6. PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE MEJORA

Profesionales del EAP Soria Norte que participan en actividades de mejora (PDCA, equipos ad-hoc, plan de calidad)



RESULTADOS EN LA SOCIEDAD



Corinna (1 año)

“Ninguna organización puede conducir hacia el futuro con el piloto automático”

ANÓNIMO

La Misión del CSSN trasciende directamente en la sociedad en múltiples ámbitos, a través de la mejora del nivel de salud de la población, abarcando aspectos como la asistencia y la prevención, y apoyándose en el conocimiento (docencia) y en la innovación (investigación), lo que se confirma en su Visión (⇒ [Introducción](#)).

Con una sistemática similar a la de anteriores criterios de resultados, se han determinado los aquellos que son clave para el CSSN, a través de la priorización en función del impacto que supone con las expectativas, la MVV y la estrategia de la organización:

		NECESIDADES Y					MISIÓN	VISIÓN	VALORES	ESTRATEGIA							
		PROCESO ASISTENCIAL	FORMACIÓN	TRABAJO EN EQUIPO	INVESTIGACIÓN	SERVICIOS PROPIOS				INNOVACIÓN	CALIDAD	PERSONAS	CLIENTES	ORGANIZACIÓN		RESULTADOS	
8a	CONSEJO DE SALUD	PERCEPCIÓN SOBRE CENTRO DE SALUD	9	9	5	5	5	5	9	9	5	5	5	9	5	5	90
		PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD	9	9	5	5	9	5	9	5	5	5	1	9	5	5	86
		BÚSQUEDA DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS CLIENTES	9	5	1	5	5	5	9	9	9	5	1	9	9	5	86
	UNIDADES DE FORMACIÓN (DOCENTE, ENFERMERÍA)	ELEMENTOS TANGIBLES	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	9	1	42	
		FIABILIDAD	9	5	9	5	9	9	9	9	9	5	5	9	5	5	102
		RESPUESTA	9	5	5	1	5	9	9	9	9	5	5	9	9	9	98
		SEGURIDAD	9	9	5	5	5	5	9	9	9	5	9	9	9	9	106
	EMPATIA	9	5	5	1	5	5	9	9	9	5	5	9	9	5	90	
8b	ACTIVIDADES SOCIO-SANITARIAS	GESTIÓN DE RESIDUOS	5	5	5	1	5	5	5	1	9	5	1	1	1	1	50
		RECONOCIMIENTO DE LA SOCIEDAD	9	5	5	9	9	9	1	9	5	5	5	9	9	9	98
		25 ANIVERSARIO	1	1	9	1	1	5	1	9	9	1	5	1	1	1	46
		INVESTIGACIÓN	5	5	5	9	9	9	1	9	9	1	9	1	9	5	86
		DEPENDENCIA	1	1	9	5	5	5	9	5	5	1	1	5	5	5	62
		COMUNICACIÓN EXTERNA EN SALUD	5	1	5	9	5	9	5	5	5	1	1	9	1	1	62

SUBCRITERIO 8a

MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

8a1. PERCEPCIONES DEL CONSEJO DE SALUD

Una de las maneras en que el CSSN incide activamente en la sociedad es a través del Consejo de Salud de Zona, órgano colegiado de participación en el ámbito de la Zona de Salud, con carácter consultivo y que está constituido por aquellos estamentos que representen diferentes intereses de la sociedad (⇒ [4a2](#)).

La participación activa del CSSN contribuye a la consecución de las funciones definidas para el Consejo de Salud, con trascendencia en la sociedad, y que son:

- Colaborar con el EAP en el diagnóstico de salud de la ZBS, en los programas de salud y en las actividades dirigidas a la promoción y protección de la salud
- Conocer el Pacto de objetivos y su evolución
- Promover el desarrollo de derechos y deberes de los usuarios
- Formular iniciativas y sugerencias para promover una mejora del nivel de salud de la zona.

La cooperación entre el CSSN y el Consejo de Salud es óptima obteniendo de la mutua colaboración múltiples beneficios. Se solicito a los miembros del consejo que identificaran y priorizaran los problemas de salud más importantes obteniendo los siguientes resultados (2010):

1. Actividades preventivas (prevención de la enfermedad y factores de riesgo)	8,75
2. Hábitos y estilos de vida (tabaco, alcohol, drogas, ejercicio, obesidad, salud afectivo-sexual)	8
3. Envejecimiento, cuidados geriátricos y dependencia	7,75
Planificación del capital humano (déficit de profesionales, distribución)	7,75
Diabetes	7,75
4. Trastornos del estado de ánimo: ansiedad, depresión	7,62
Educación sanitaria	7,62
Cuidados paliativos	7,62
5. Salud en el entorno laboral (accidentes laborales, enfermedades profesionales)	7,5
6. Demencia	7,25
7. Seguridad alimentaria y sanidad ambiental	6,87
8. Enfermedades cerebro vasculares (ictus)	6,75
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores: EPOC	6,75
Accidentes de tráfico	6,75

9. Tumor maligno de la mama	6,5
10. Tumor maligno del colon	6,37
11. Patología infecciosa grave (vacunas, antibióticos,...)	6,12
Atención a la población inmigrante	6,12
12. Tumor maligno de pulmón	6
13. Infarto agudo de miocardio	5,87
Insuficiencia cardíaca	5,87
14. Dolor asociado a la patología musculó-articular	5,75
Otros temas de salud priorizados:	
1. Educación sexual en la adolescencia	
2. Neonatología	
3. Salud bucodental	

Por otro lado se solicitó la opinión de los miembros del Consejo de Salud en cuanto al funcionamiento interno del mismo obteniendo el siguiente resultado (2010) (puntuación de 1 a 5):

El trato de los representantes del CS Soria Norte con los demás miembros del Consejo de Salud es considerado y amable	4,5
Los representantes del CS Soria Norte en el Consejo de Salud dan una imagen de honestidad y confianza	4,7
Los representantes del CS Soria Norte en el Consejo de Salud informan de forma clara y comprensible a los demás miembros del Consejo de Salud	4,4
Los representantes del CS Soria Norte recogen de forma adecuada las quejas y sugerencias de los demás miembros del Consejo de Salud	4,3
El Consejo de Salud del CS Soria Norte realiza la labor esperada	4
El Consejo de Salud del CS Soria Norte ha solucionado satisfactoriamente mis demandas en ocasiones anteriores	4
He observado mejoras en el funcionamiento general del CS Soria Norte debidas a la actividad del Consejo de Salud	4,3
En general, me encuentro satisfecho con la actividad del Consejo de Salud del CS Soria Norte	4,3

Otra de las informaciones que hemos recogido del Consejo de Salud se corresponde con la detección de las necesidades y expectativas de la sociedad en relación a los principales atributos de la calidad asistencial; los resultados de esta priorización se han utilizado como inputs en la realización del QFD de clientes, por considerar que el Consejo de Salud es uno de los representantes más cualificados de los mismos.

ATRIBUTOS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL. Priorización de Necesidades y Expectativas través del Consejo de Salud		
Elementos tangibles: son los elementos del centro de salud que pueden percibirse por los sentidos: limpieza, aspecto personal, orden, mobiliario,...	6º Adecuación: mide lo apropiado de los servicios ofertados por el centro de salud en relación con las necesidades de la población a la que atiende (8,1)	5º Responsabilidad: disposición a proporcionar la atención, es decir, demostrar que los profesionales del centro de salud se preocupan de verdad de los problemas de los usuarios (8,1)
Equipamiento: calidad de equipos e instalaciones del centro de salud (material sanitario, instrumental, medios diagnósticos,...)	3º Continuidad: se refiere al seguimiento de las necesidades sanitarias del individuo o de la población de forma ininterrumpida (8,3)	2º Nivel científico-técnico y desempeño profesional: los profesionales deben poseer la información y la capacitación necesaria para la realización eficaz de su tarea. Para ello deben tener los conocimientos técnicos adecuados (8,4)
Efectividad: grado de consecución de objetivos de salud propuestos sin tener en cuenta el coste invertido	Rapidez: se traduce en la capacidad del centro de salud de realizar su atención en unos plazos de tiempo aceptables por el usuario	1º Comunicación: informar al usuario con un lenguaje que éste entienda, para poder ayudarlo a guiar su elección; exige escuchar y adaptarse a sus demandas (8,4)
Eficiencia: grado de consecución de objetivos de salud propuestos al mínimo coste posible	4º Cortesía: se expresa través de la educación, la amabilidad y el respeto de los profesionales del centro de salud hacia los usuarios (8,3)	Conocimiento del consumidor: se trata del esfuerzo realizado por los profesionales del centro de salud para entender a los usuarios y sus necesidades.
Fiabilidad: los profesionales del centro de salud prestan la asistencia correctamente, en el momento preciso y cumplen con los compromisos adquiridos	Seguridad: ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar los servicios del centro de salud	Participación: implicación de los usuarios en desarrollo de las actividades del centro de salud y en su funcionamiento
Equidad: capacidad de los profesionales del centro de salud para ofrecer a cada usuario una atención adecuada a sus necesidades	Accesibilidad: facilidad con que el usuario puede utilizar los servicios del centro de salud en el momento que lo necesita	

De la colaboración con el Consejo de Salud se han obtenido resultados que cubren las necesidades demandadas y que repercuten directamente en la sociedad como son:

- Edición del libro "Cómo como", con la colaboración del Ayuntamiento, en relación a la obesidad infantil.
- Acciones de mejora derivadas de sus recomendaciones (⇒4a2).

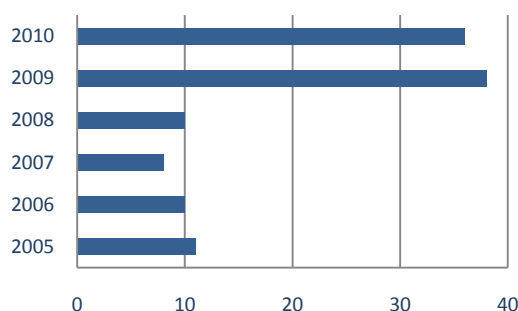
8a2. PERCEPCIONES UNIDADES DE FORMACIÓN

Se ha recogido información de la percepción de las unidades de formación en aspectos como los elementos tangibles (1 a 3), fiabilidad (4 a 8), respuesta (9 a 12), seguridad (13 a 16), empatía (17) y otros aspectos generales (18 a 21), además de recoger los aspectos que les parece prioritarios, obteniendo los siguientes resultados:

		a	b	c	NyE
1	El equipamiento del centro de salud (aparataje) satisface sus expectativas	6	7	7	X
2	La instalaciones físicas del centro de salud son adecuadas para su función (salas de espera, consultas, decoración,...)	5	5	5	
3	La indumentaria de los profesionales es la adecuada para desempeñar su función	-	7	-	
4	El comportamiento ético de los profesionales satisface sus expectativas	-	-	-	
5	Cuando los profesionales se comprometen para hacer algo en cierto tiempo lo cumplen	8	8	8	
6	Si se presenta un problema los profesionales muestran un sincero interés en solucionarlo	10	8	9	X
7	Los profesionales concluyen las actividades en el tiempo acordado	-	-	-	
8	Los informes escritos que se le remiten se complimentan de la forma adecuada	5	5	5	X
9	Existe una adecuada accesibilidad por parte de los profesionales (personal, telefónica,...)	10	9	10	
10	Los profesionales son diligentes a la hora de ofrecerle su colaboración, incluso sobrepasando sus obligaciones	6	6	6	
11	Los profesionales se muestran dispuestos a ayudar para conseguir sus fines docentes	9	8	9	
12	Los profesionales le dedican el tiempo suficiente para organizar las actividades docentes	8	8	8	
13	El comportamiento habitual de los profesionales le transmite confianza para llevar a cabo sus objetivos docentes	9	8	9	X
14	Se siente seguro en sus relaciones con los profesionales del EAP	-	-	-	
15	Los profesionales se comportan de forma educada en las relaciones con su organización	9	9	9	
16	Los profesionales tienen los conocimientos suficientes para realizar su labor docente (competencia técnica)	7	-	7	
17	Los profesionales comprenden sus necesidades específicas e intentan satisfacerlas (empatía)	7	7	7	
18	La actividad de los profesionales satisface plenamente sus expectativas docentes	8	8	8	X
19	La actividad de los profesionales satisface plenamente sus expectativas de formación ética y de comportamiento (cultura)	-	-	-	
20	Desea seguir colaborando con nuestro centro de salud en el futuro	10	10	10	
21	Puntuación global que adjudicaría a la satisfacción de sus necesidades y expectativas por parte de los profesionales del centro de salud	7,5	7,5	7,7	

8a3. APARICIONES EN PRENSA

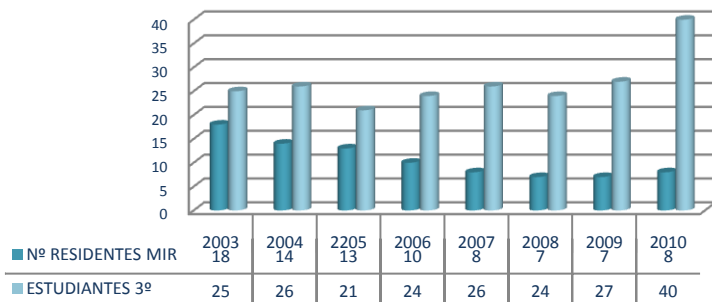
Apariciones en prensa. CS Soria Norte. 2005-2010



A partir de 2009 la difusión de la consecución del sello 400+ de la EFQM y los diferentes premios obtenidos explican la mayor repercusión en prensa los dos últimos años. También han aparecido noticias relacionadas con el nuevo centro y otras relacionadas por temas de embarazo, tabaquismo e HTA, materias en las que el CSSN es referente del Área de Salud de Soria en comunicación.

8b1. IMPLICACIÓN EN LA EDUCACIÓN Y LA FORMACIÓN. IMPLICACIÓN EN LA SOCIEDAD

Docencia



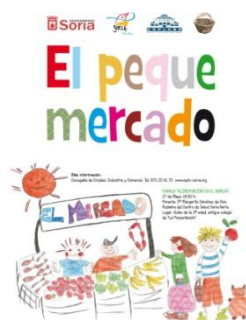
El CS Soria Norte está acreditado para la docencia **posgrado** de MIR (Medicina Familiar y Comunitaria – reacreditado en 2008- y Medicina del Trabajo – acreditación en 2008-) y **pregrado** Estudiantes enfermería 3º curso (Enfermería Comunitaria y Enfermería Materno-infantil). Asimismo es docente para otras especialidades MIR durante su periodo de rotación en atención primaria (Medicina Interna)

Actividades formativas de miembros del EAP Soria Norte en la GAP Soria. 2007-2011

ACTIVIDAD	AÑO	PONENTE
Taller de AMPA	2007	Mª Teresa Gonzalo
Evidencias disponibles en la prevención precoz del cáncer	2007	Mª Teresa Gonzalo
Recomendaciones dietéticas en pediatría	2007	Esperanza Martínez
Manejo del cooxímetro en la deshabituación tabáquica	2007	José Mª Sierra
Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en atención primaria	2008	José Mª Sierra
Detección precoz de las alteraciones del estado de ánimo en el posparto	2008	José Mª Sierra Esperanza Martínez
Taller de prevención y control de estrés en la consulta	2008	Mª Rosa Gaspá
Taller de MAPA	2008	Mª Teresa Gonzalo
El espirómetro en la consulta de enfermería de AP	2009	Yolanda Carnicero
Entrevista clínica	2010	Mª Teresa Gonzalo
Iniciación al modelo EFQM	2010	José Mª Sierra
El modelo EFQM y la gestión por procesos	2011	José Mª Sierra

También se imparten cursos para otros organismos (tabaquismo, ecografía, urgencias,...) a través de Colegios profesionales, IECSyL, sociedades de medicina,...

Implicación en la sociedad



- Realización de charlas y conferencias en colaboración con el Ayuntamiento de Soria, como El peque mercado (Mayo 2010), relativa a hábitos alimenticios en la infancia
- Participación en la revista "El Mirón" con la publicación de artículos relativos a educación sanitaria y adecuación de la utilización de los servicios. Número semanal.
- Accesos en página web (<http://sorianorte.es>) a consejos sobre salud
- Celebración del 25 Aniversario del CSSN. Creación de página de Facebook, con la participación de los profesionales que han trabajado en el centro durante el periodo 1985-2010. Organización de exposición de dibujos infantiles que acuden a las consultas de pediatría (una muestra de la cual ilustra las portadas de los criterios).
- Colaboración activa con Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer, Cruz Roja, AECC.
- Edición de Libro "Cómo Como" a través del Consejo de Salud y la GAPS



8b2. RECONOCIMIENTOS Y PREMIOS

PREMIOS	AÑO
Calidad percibida. V Jornadas de Calidad en Atención Primaria de Castilla y León. Premio a la mayor relevancia y potencial impacto.	2007
Plan de comunicación interna. VI Jornadas de Calidad en Atención Primaria de Castilla y León. Mención Especial	2009
Premio Fundación Caja Rural a los Valores Humanos . Dr. MA Rodríguez. CS Soria Norte	2009
Finalista del Premio " Sanitaria 2000 " a la Sanidad de Castilla y León	2009
Finalista del Premio Nacional " Best in Class "	2009
Placa reconocimiento GRS CyL a la Actividad en Calidad	2009
Premio " Sanitaria 2000 " a la Sanidad de Castilla y León	2010
Invitación a participar en el Foro de Excelencia en Sanidad (CEG)	2010

ACTIVIDADES EN CALIDAD	AÑO
INTERNAS	
Sesiones de Calidad en el CS Soria Norte (> 4/ año)	2008/9/10
INVITACIONES A PARTICIPAR	
Mesa redonda EFQM. VI Jornadas de Calidad en Atención Primaria de Castilla y León.	2009
Priorización 30 proyectos y un marco para avanzar en calidad. Castilla y León	2010
SESIONES, CURSOS Y OTRAS ACTIVIDADES EXTERNAS	
Curso-Taller Iniciación al EFQM	2009
Foro de Sanidad. CEG	2010
Curso Taller Ciclo Evaluativo	2010
Curso Taller Gestión por Procesos	2011
Ciclo de Sesiones Modelo EFQM y Gestión por Procesos	2011

Desde la Dirección Técnica de Atención Primaria, se remite al Ministerio de Sanidad, el proyecto de actividades en calidad que desembocan en las evaluaciones externas, según el modelo EFQM, de los centros La Alamedilla (LA, Salamanca), San Esteban de Gormaz (SE, Soria) y Soria Norte (Soria), para su presentación a los Premios de Calidad. En las diversas reuniones mantenidas durante el primer semestre de 2009 cada centro de salud realiza una memoria de sus actividades más destacadas, lo que proporciona a nuestro centro la posibilidad de conocer, de los centros más innovadores, aquellos hechos diferenciales y poder aplicarlos a nuestra estrategia: **investigación (LA) y nuevas tecnologías (SE)**.

8b3. ACTIVIDAD INVESTIGACIÓN

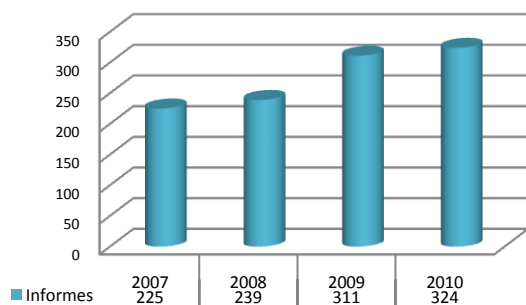
PROPIOS DEL EAP (FINANCIADOS POR LA GRS CYL):	EN COLABORACIÓN:
2008 Depresión posparto. Proyecto financiado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia. Inventario EYBERG. Estudio epidemiológico. SPEAP. Instituto DEP
2009 Factores de riesgo para el sobrepeso y la obesidad infantil (4-14 años). Proyecto financiado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de la eficacia de un modelo integrado de atención social y sanitaria a personas en situación de gran dependencia en Castilla y León.
2010 Intervención no farmacológica informatizada (Gradior) en pacientes con deterioro cognitivo leve. Proyecto financiado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.	<ul style="list-style-type: none"> Programa de educación maternal para padres durante la etapa gestacional, puerperal y los primeros meses de vida (PEMPP)
	<ul style="list-style-type: none"> Estudio CARDIORISK. Monitorización ambulatoria de la presión arterial. Cronoterapia Riesgo de enfermedades cardiovasculares en Castilla y León. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Acceso a publicaciones de miembros del EAP en página web. Comunicaciones premiadas:

- Calidad percibida. V Jornadas de Calidad en Atención Primaria de Castilla y León (2007)
- Plan de comunicación interna. VI Jornadas de Calidad en Atención Primaria de Castilla y León (200)

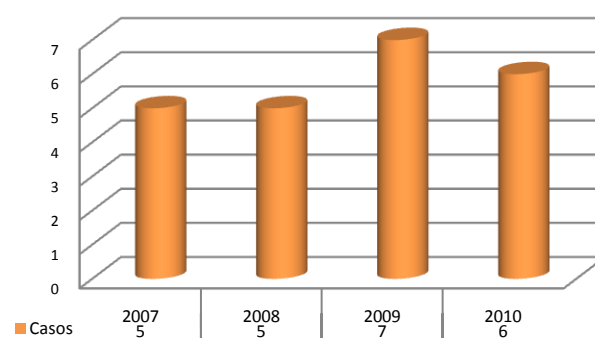
8b4. ACTIVIDAD TRABAJADORA SOCIAL

Dependencia



Circuito propio de tramitación de la dependencia, presentado y exportado a otros centros de salud, tras exposición en Congreso de Málaga "La enfermería y el trabajo social en circuito para la valoración de la dependencia en el Centro de Salud urbano Soria Norte. V reunión de invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria de Málaga. 2008" (ventanilla única radicada en la trabajadora social como eje) (⇒5e2).

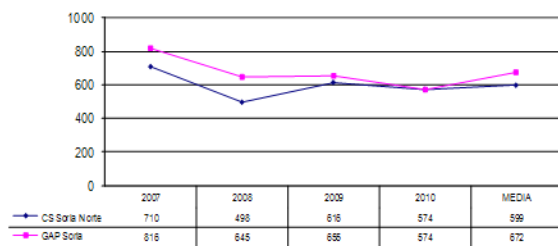
Violencia de Género



Casos detectados desde 2007, se promueve la detección de casos ante indicios por parte de los miembros del equipo (creación de programa propio en OMI exportado a otros centros de salud. La trabajadora social informa al equipo sobre la identificación de casos.

8b5. IMPACTO AMBIENTAL

Generación de residuos Tipo III (Kg de residuos generados)



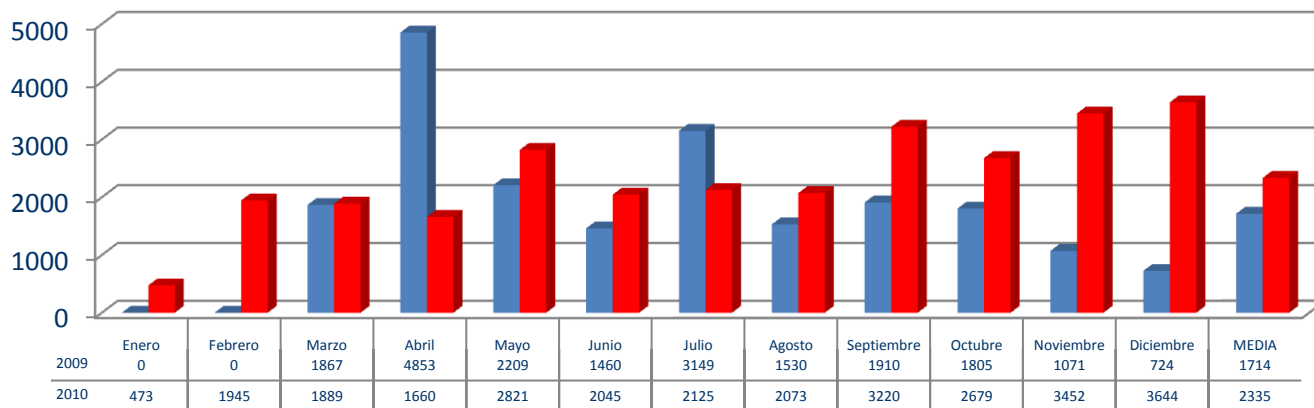
Después de la implantación de las pautas para la gestión de residuos en el centro, cuyo esquema se encuentra en todas las consultas, se consigue mantener la generación de residuos sanitarios. Por otro lado se tienen establecidas pautas de gestión de otros residuos como son el papel, las baterías (Ayuntamiento) o los medicamentos caducados (punto SIGRE).

Centro libre de mercurio

Se plantea como objetivo desde 2006 a partir de Estrategia Comunitaria para la eliminación del mercurio en la UE.

En el CSSN se elimina de forma progresiva el mercurio de las consultas (tensiómetros - año 2006 - y termómetros - año 2010 -), consiguiendo su erradicación definitiva en el 2010, tras la adquisición de aparato de tensión digitales y de termómetros por infrarrojos (sin contacto directo con el paciente).

8b6. ENTRADAS PÁGINA WEB



Acceso a cita previa nuevo a mediados de 2010 (link a Web Salud Castilla y León), en página web además acceso a Derechos y deberes del paciente y acceso a Voluntades anticipadas (instrucciones previas en Web). En página web también se ofrece información de las farmacias de guardia.

8b7. ACTIVIDAD PREVENTIVA

La actividad preventiva realizada en el centro repercute fundamentalmente en la sociedad, se establece en cartera de servicios (⇒9b5).

RESULTADOS CLAVE



Anónimo (1 año)

“Siempre que te pregunten si puedes hacer un trabajo, contesta que sí y ponte enseguida a aprender cómo se hace”

Franklin D. Roosevelt

La consecución de los resultados clave del CSSN nos permite alcanzar los objetivos estratégicos establecidos, consiguiendo así desarrollar la Misión y avanzar hacia la Visión. Por el hecho de la actividad asistencial (servicios) prestada por el CSSN, existen claras vinculaciones entre los indicadores que aquí se presentan y los niveles de satisfacción de los usuarios.

- ♦ INTEGRIDAD.- Dado que la mayoría de los indicadores analizados provienen de sistemas informáticos, la fiabilidad de los datos está garantizada. No obstante, en relación con los resultados del año 2010, la información obtenida del programa Medora, de reciente implantación, y hasta que se establezca su funcionamiento, ha originado que los resultados que de él se extraen, en especial de Cartera de servicios, presenten en su evolución temporal ciertas inconsistencias internas. Se realizan diferentes cortes de información (semestrales desde GAPS, trimestrales solicitados desde el CSSN).
- ♦ SEGMENTACIÓN.- Se dispone de datos segmentados en buena parte de los resultados, si es de aplicación, por estatus profesional, o por grupos de población a los que se dirigen los servicios.
- ♦ COMPARACIONES.- Las comparaciones se realizan en este caso en dos direcciones principales: con los resultados globales de la GAP de Soria y los CS que en ella se incluyen, y entre los que está el CSSN; y con los datos globales de Sacyl que incluyen a todos los CS de CyL. En algunos casos también se dispone de datos comparativos con centros urbanos / rurales de forma independiente.

		NECESIDADES Y					MISIÓN	VISIÓN	VALORES	ESTRATEGIA					INDICADORES VINCULADOS				
		GESTIÓN DE CAPITAL HUMANO	PROCESO ASISTENCIAL	SERVICIOS PROPIOS	FORMACIÓN	TRABAJO EN EQUIPO				GESTIÓN DE AGENDAS	CALIDAD	PERSONAS	CLIENTES	ORGANIZACIÓN		RESULTADOS			
9a	PACTO DE OBJETIVOS	LIDERAZGO	9	5	5	5	9	5	9	9	9	5	5	1	5	5	86	Indicadores satisfacción (7a6) Protocolos definidos	
		ESTRATEGIA	9	9	5	1	5	9	5	9	9	9	5	5	5	5	90	% Procesos documentados Resultados autoevaluación EFQM (9a1)	
		PERSONAS	1	1	5	9	5	1	1	9	5	5	9	1	5	5	62	Formación 7b1	
		ALIANZAS Y RECURSOS	1	9	9	5	5	5	9	5	5	5	1	5	9	9	82	Protocolos con AE Implantación nuevas tecnologías (9b3)	
		PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS	1	9	5	1	5	1	9	9	9	9	5	1	9	5	9	78	Servicios de especial seguimiento (9a5)
		RESULTADOS CLIENTES	1	9	5	1	5	1	9	9	9	9	5	1	9	5	9	78	HTA, Diabetes, Deshabituación tabáquica (6b5)
		RESULTADOS PERSONAS	1	1	5	9	9	1	9	9	9	9	1	9	1	5	5	74	Formación (necesidades on line) Investigación (publicaciones, comunicaciones) (8b)
		RESULTADOS SOCIEDAD	1	1	1	1	5	1	9	5	5	9	1	1	9	5	54	Consejo de Salud (8a)	
		RESULTADOS CLAVE	9	9	1	1	5	1	9	9	9	9	5	1	5	5	9	78	Cartera de Servicios (preventivas,servicios) (9a3) Resultados económicos (9b1)
CARTERA DE SERVICIOS	ACTIVIDADES PREVENTIVAS	5	9	5	9	9	5	9	5	5	1	1	9	5	9	86	Cartera de Servicios (preventivas) (9a3)		
	SERVICIOS	5	9	5	9	9	5	9	5	5	5	1	9	5	9	90	Cartera de Servicios (servicios) (9a3)		
	OBJETIVOS INDIVIDUALES	9	9	5	5	1	5	5	9	9	1	9	1	5	9	82	Nivel de cumplimiento (7b2)		
	GESTIÓN DIFERENCIADA	9	5	9	5	9	5	5	9	9	5	5	1	9	5	90	Recursos aportados (9a2)		
	RECONOCIMIENTO	9	1	9	1	5	1	1	5	9	9	9	1	5	5	70	Premios (8a)		

9a1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS (PLAN ESTRATÉGICO)

Además de los resultados clave y relevantes determinados en la matriz anterior, para el CSSN se añaden como clave, lógicamente, todos aquellos derivados de su Plan estratégico. El Plan estratégico del CSSN está estructurado en 5 grandes líneas (⇒ 2c1), y se despliega en numerosas acciones temporalizadas e indicadores:

CALIDAD

- Formación en valores y herramientas generales de mejora de la calidad.- (⇒7b1)
- Autoevaluaciones EFQM bienales.- Desde 2006 el CSSN realiza autoevaluaciones según el modelo EFQM y emprende las acciones de mejora pertinentes. Los resultados globales alcanzados han sido: 359 (2006), 459 (2008), 579 (2010).



Se manifiesta asimismo en:

- **PERSONAS**

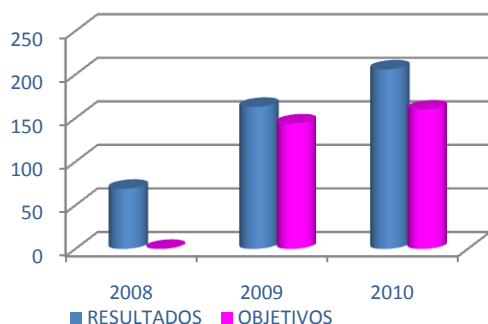
- Desarrollo de la voz del profesional.- (⇒7a)
- Desarrollo de líneas de investigación.- (⇒8b)

- **CLIENTES**

- Desarrollo de la voz del cliente.- (⇒6a)
- Comunicación con los usuarios a través de página Web.- (⇒8b)

- **ORGANIZACIÓN**

- Innovación y nuevas tecnologías.- Tenemos como acciones relevantes la implantación de acciones como la MAPA y la Tonometría, analizándose la evolución de estos nuevos servicios apoyados por tecnología:



EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA TENSIÓN ARTERIAL (MAPA)

Cabe destacar la evolución positiva debida a la formación que paulatinamente fue recibiendo el personal de enfermería, donde actualmente el 100% de las personas realizan esta técnica, que ha sido incluida en el Pacto de Objetivos y que por tanto, además, ha estado sometida a ciclo PDCA; y a partir de 2010 debido a la inversión en la adquisición de nuevos equipos, pasando de 1 a 3.

En el caso de las tonometrías, el servicio es de reciente implantación, con proceso definido por el CSSN. Se implanta a finales del 1º semestre de 2010, y se evalúa a finales de año, superando las expectativas organizativas iniciales y ratificando el AMFE como herramienta adecuada para la detección de áreas de riesgo; en este caso: el sistema de citación, que ya ha sido modificado.

Implantación de servicios propios.- Actualmente con 10 servicios ya implantados y varios en fase de implantación (tele-electrocardiografía, retinografía, test de la ureasa –dispepsia-, AMPA) (⇒ *Introducción*).

RESULTADOS

- Carga de trabajo según Cartera de Servicios (⇒6b4)
- Cumplimientos de Cartera de Servicios (⇒9a3)
- Cumplimientos de cobertura de servicios de especial seguimiento. (⇒9a5)
- Cumplimiento presupuestario global
- Cumplimiento presupuestario en Farmacia.
- Cumplimiento anual del Pacto de Objetivos (⇒9a4)

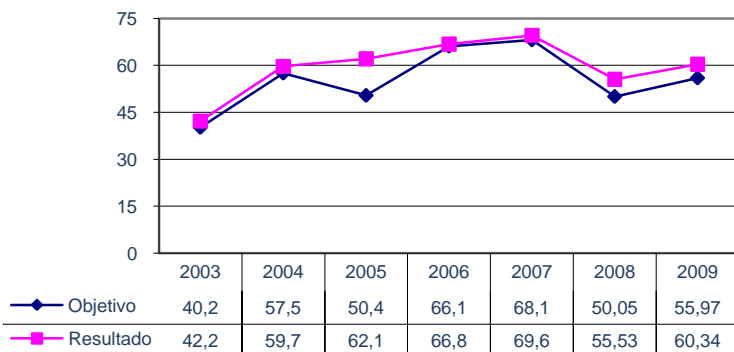
9a2. RECURSOS APORTADOS EN GESTIÓN DIFERENCIADA (FINANCIACIÓN ADICIONAL)

Creemos que esta puede ser una de las claves de los buenos resultados del CSSN en general, gracias a la partida (Capítulo I) destinada por la GAP para que el CSSN pueda gestionar de la forma más eficiente posible el Capital humano, la continuidad de las consultas y la implantación de actividades propias. Esto ha permitido un mejor servicio a los usuarios. Sobre todo destacar que la GAP, tras los resultados obtenidos en 2009, y a pesar del ajuste económico, ha seguido apostando por mantener esta gestión diferenciada y su partida asociada.

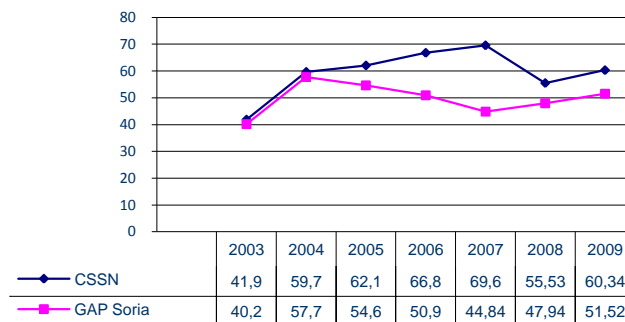
	Gestión de consultas	Gestión de capital humano	Actividades prc	Recursos totales
2009	52.056	161.916	12.750	226.722
2010	52.212	162.403	12.788	227.404

9a3. CARTERA DE SERVICIOS

Cartera de Servicios. Objetivo y resultado. CS Soria Norte. 2003-2010



Cartera de Servicios. Resultado. CS Soria Norte/ GAP Soria. 2003-2009



Ranking de Cartera de Servicios. Posición del CS Soria Norte respecto a los CS del Área de Soria

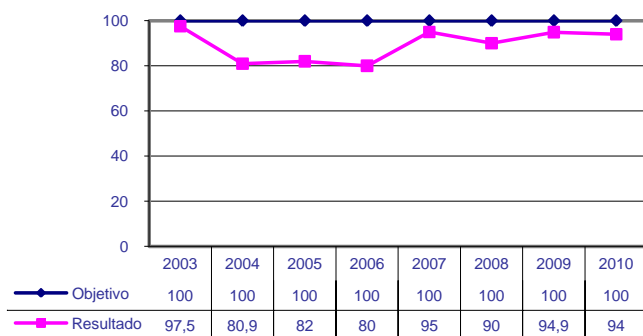
	Ranking
2003	2
2004	3
2005	1
2006	1
2007	1
2008	1
2009	1
2010	1

Los resultados no han sido valorados en 2010 ya que los obtenidos del sistema de información Medora presentan, en su evolución temporal, ciertas inconsistencias internas (⇒ 2b3). Además la escala de medición se ha modificado, pasando de cuantitativa a cualitativa, lo que dificulta su evaluación continua. El cumplimiento es generalizado respecto a objetivos, y superior siempre a los valores medios alcanzados por la GAP, gracias a la implicación de las personas con la organización (⇒7a) y a las diferentes acciones de mejora emprendidas. La disminución en 2008, de objetivos, ni significa menor actividad sino diferente ponderación desde la GRS; se compensa con las cargas de trabajo del personal de enfermería (⇒6b4).

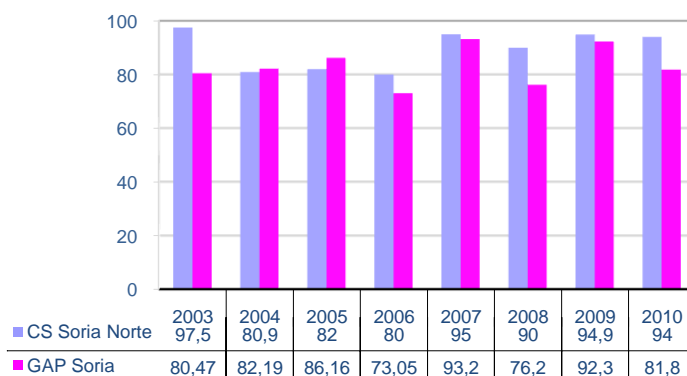
Vuelve a comprobarse el cambio de rumbo de la organización a partir de 2004, desde que se apostó por el modelo EFQM como referencia de gestión, y que ha hecho que el CSSN siempre haya estado desde entonces en una posición relevante dentro de la GAPS, en consonancia con su Visión.

9a4. PACTO DE OBJETIVOS

Pacto de objetivos. Objetivo y resultado. CS Soria Norte. 2003-2010



Resultados del Pacto de Objetivos. % de cumplimiento. CS Soria Norte/ GAP Soria. 2003-2010



Ranking del Pacto de Objetivos. Posición del CS Soria Norte respecto a los CS del Área de Soria

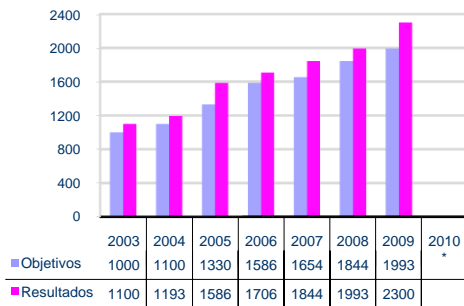
	Ranking
2003	2
2004	3
2005	1
2006	1
2007	1
2008	1
2009	1
2010	1

Es susceptible de tener presente que el CSSN siempre ha optado a un cumplimiento del 100% del Pacto de Objetivos, algo que es opcional desde la GAPS. Entre 2006 / 2008, por organizarse con sistema basado en EFQM el CSSN alcanzó cifras de cumplimiento superiores al 100% al incrementar sus resultados con 20 puntos adicionales por ello (no añadidos en los resultados de CSSN presentados en la gráfica).

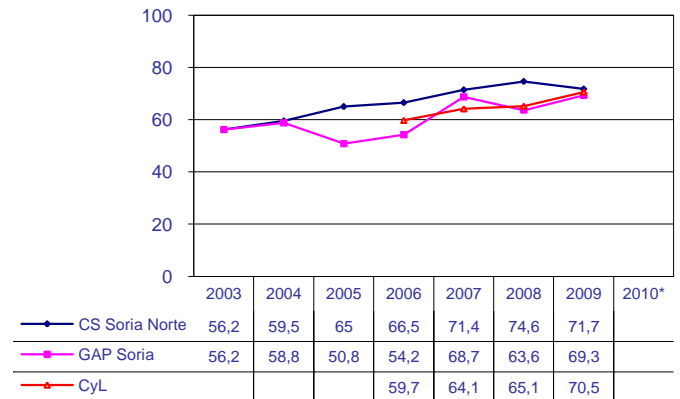
En 2006 comenzó el proyecto EFQM en el CSSN, a raíz de la 1ª autoevaluación y el posterior Plan de calidad 2006-2008. Vuelve a comprobarse el cambio de rumbo de la organización que ha permitido que el CSSN haya estado desde entonces en 1ª posición en cumplimiento dentro de la GAPS.

9a5. SERVICIOS DE ESPECIAL SEGUIMIENTO

Diagnóstico precoz de cáncer de mama. Objetivo y resultado. CS Soria Norte. 2003-2010*

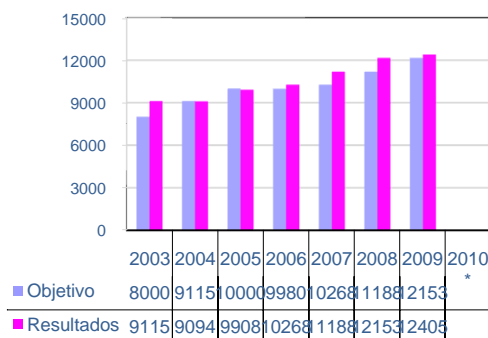


Diagnóstico precoz de cáncer de mama. % de cobertura. CS Soria Norte / GAP Soria / CyL. 2003-2010*

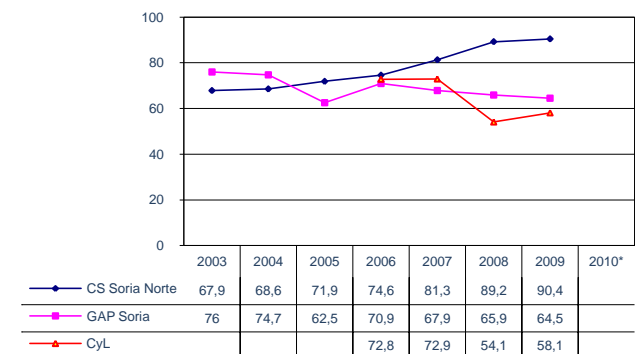


Gracias a su inclusión en el formato PDCA del Pacto de Objetivos, las tendencias en este y otros indicadores de especial seguimiento son sistemáticamente positivas. A esto se añade el que en este caso, también está incluido en los objetivos individuales e incentivos, lo que motiva aún más a las personas implicadas en el proceso (charlas, búsqueda de información, sesiones internas, etc.).

Actividades preventivas en el adulto sano. Objetivo y resultado. CS Soria Norte. 2003-2010*

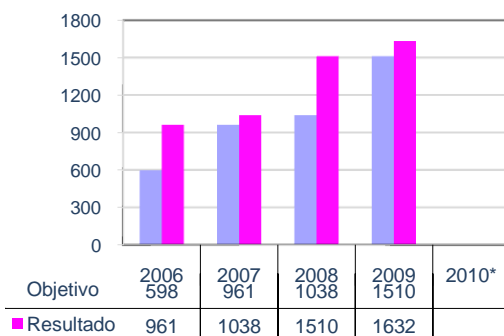


Actividades preventivas en el adulto sano. % de cobertura. CS Soria Norte / GAP Soria / CyL. 2003-2010*

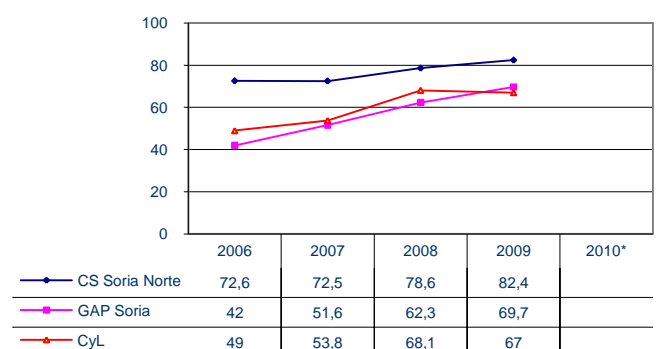


Se observan excelentes resultados del CSSN en cuanto a estas actividades de tipo proactivo, gracias a la implicación de las personas y al especial seguimiento de estas actividades, que desde hace unos años el CSSN tenía, gracias a los desarrollos propios en el programa informático OMI.

Atención al anciano de riesgo. Objetivo y resultado. CS Soria Norte. 2003-2010*

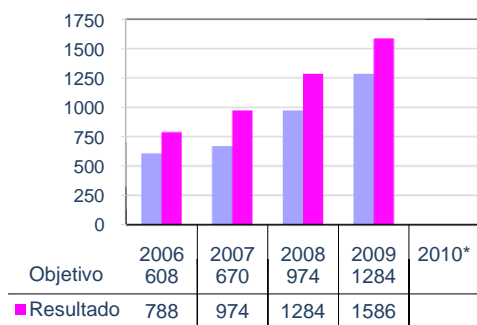


Atención al anciano de riesgo. % de cobertura. CS Soria Norte / GAP Soria / CyL. 2003-2010*

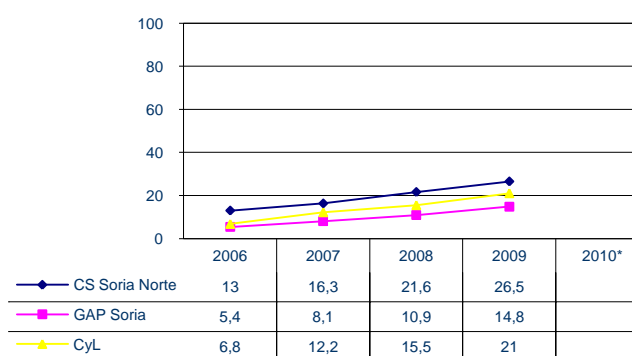


Excelente evolución en estos parámetros en comparación con la GAPS y los resultados globales de CyL.

Deshabitación tabáquica. Objetivo y resultado. CS Soria Norte. 2003-2010*



Deshabitación tabáquica. % de cobertura. CS Soria Norte / GAP Soria / CyL. 2003-2010*



También la cobertura es menor al ser relativamente nuevo. En el caso del CSSN se dispone de personas referentes en este servicio, que imparten charlas por todos los Centros de Salud de la GAP.

SUBCRITERIO 9b

INDICADORES CLAVE DEL RENDIMIENTO

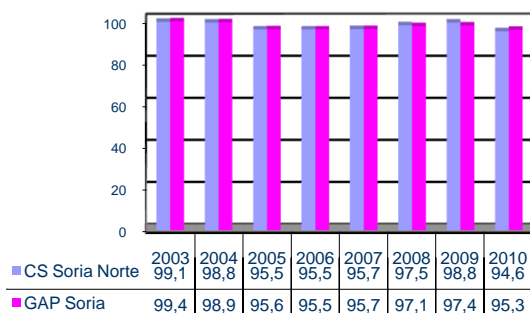
9b1. PRESUPUESTO POR CAPÍTULO

Ejecución* del presupuesto por capítulos. CS Soria Norte/GAP Soria. 2003-2010

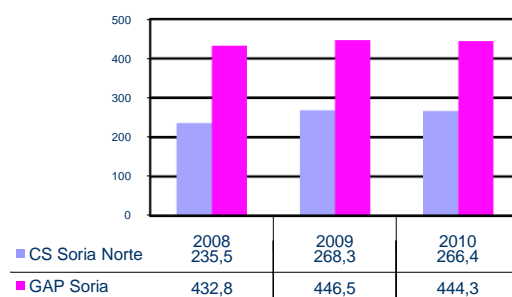
*Ejecución = gasto / asignación x 100

EJECUCIÓN PRESUPUESTO POCAPÍTULOS	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria	CS Soria Norte	GAP Soria
Comparativa CS S. Norte / GAP																
Capítulo I. Personal	100,6	97,7	99,8	99,1	100,8	99,9	100,2	97,5	99,9	96	100	96,9	99,3	97,6	98,8	97,1
Capítulo II. Bienes y Servicios.	100,4	101,6	103,2	100,8	109,2	99,9	100,9	101,3	97,6	101,3	107,8	100,6	95,7	97	97,2	92,8
Capítulo IV. Farmacia	97,1	101,4	98,4	98,2	92,5	91,9	93	93,2	93,6	94,7	96,5	96,9	98,9	97,1	92,4	93,6

Ejecución* del presupuesto por capítulos. CS Soria Norte/GAP Soria. 2003-2010



Gasto por persona. Capítulos I, II y IV / TIS. CS Soria Norte/GAP. 2008-2010

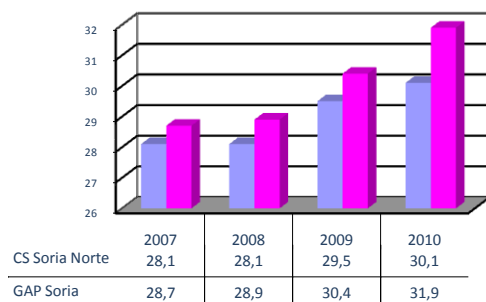


Se observa un cumplimiento homogéneo del presupuesto, gracias a los controles periódicos existentes desde la GAP y desde el CS. Los reajustes presupuestarios necesarios en la Administración Pública en los últimos años hicieron necesaria la toma de medidas. Desde la GAPS se introdujo el INCOAS en los CS (⇒ 4b1).

Debido a la alta carga asistencial (⇒ 6b), y a la eficiencia alcanzada por CSSN en sus procesos (⇒ 4c1, 4d2), el gasto en nuestro CS por TIS es inferior a gasto medio en la GAP.

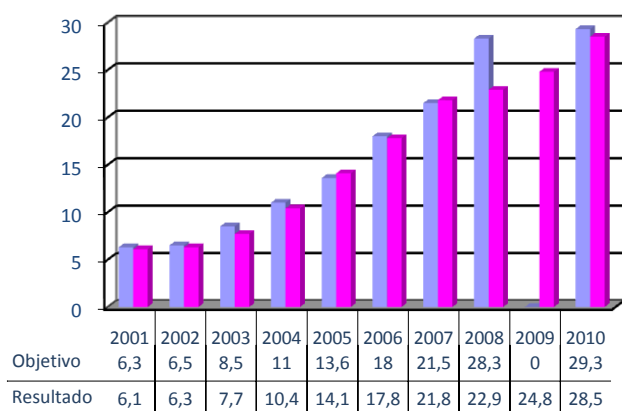
9b2. GASTO EN FARMACIA. EFG, DOE

Gasto en farmacia por persona/ajustada. CS Soria Norte/GAP Soria. 2007-2010.

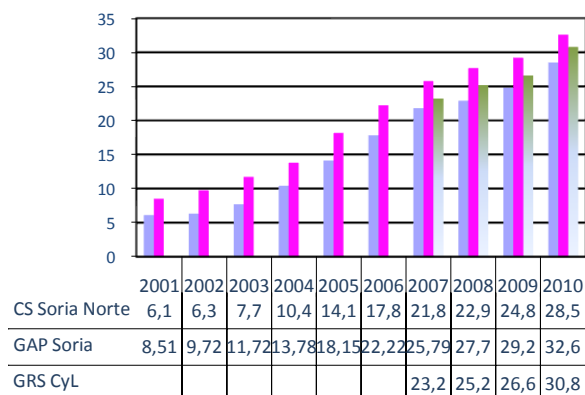


Este indicador es interesante analizarlo en relación con los % de prescripción de EFGs y DOEs. Se observa que aunque estos % son menores en el caso del CSSN con respecto a GAP y GRS CyL, sin embargo el gasto en farmacia es menor en los sucesivos años en los que se tiene la comparación con la GAP. Esto es debido a los criterios de eficacia, eficiencia y efectividad de los profesionales del CSSN. Esto ocurre además con una cobertura de Cartera de Servicios mayor que la media de los CS de la GAPS, lo cual refuerza la buena gestión realizada, en este campo, desde el CSSN y la no realización de actividades de mejora (EFG, DOE).

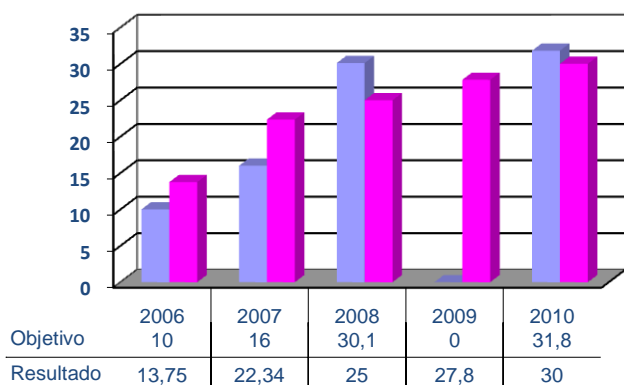
EFG: % de prescripción Objetivos y resultados. CS Soria Norte. 2001-2010



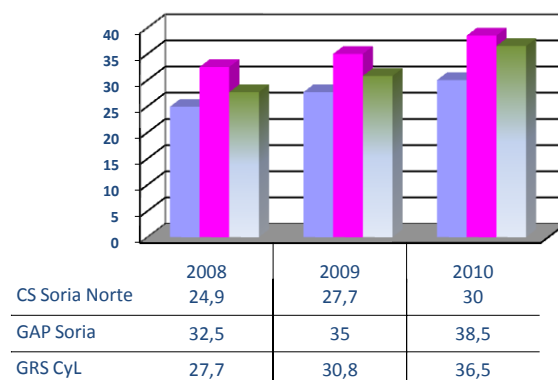
EFG: % de prescripción Objetivos y resultados. CS Soria Norte / GAP Soria / GRS CyL. 2001-2010



DOE: % de prescripción Objetivos y resultados. CS Soria Norte. 2008-2010



DOE: % de prescripción Objetivos y resultados. CS Soria Norte / GAP Soria / GRS CyL. 2008-2010.



9b3. INVERSIÓN EN EQUIPAMIENTO E INSTALACIONES

Año	Inversión EQUIPAMIENTO	Inversión INSTALACIONES
2007	29.928 €	6.267,75 €
2008	33.872 €	6.292,25 €
2009	47.680 €	0 €
2010	7.327 €	

Queda evidenciada la actual crisis económica, que se ha visto reflejada principalmente en las inversiones de las diferentes instituciones, entre ellas los CS. No obstante, la política de innovación del CSSN ha hecho que, en el momento actual, se dispongo de prácticamente todo el equipamiento necesario, incluso superior al de los centros más desarrollados (⇒ 4c1).

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 – Cartera de Servicios.....	7
Ilustración 2 – Despliegue de Valores e implicación de líderes.....	10
Ilustración 3 – Formas de difusión de MVV.....	10
Ilustración 4 – Sistema de Información Básico del CSSN.....	12
Ilustración 5 – Gestión de capacidades del CSSN.....	13
Ilustración 6 – Implicación de los líderes del CSSN con los Grupos de Interés.....	14
Ilustración 7 – Vinculaciones aliados-estrategia-líderes.....	15
Ilustración 8 – Fuentes de información empleadas por los líderes del CSSN.....	16
Ilustración 9 – Fuentes de información externas e internas del CSSN.....	18
Ilustración 10 – Cambios e impulsores en el CSSN.....	19
Ilustración 11 - Ciclo de gestión del CSSN.....	21
Ilustración 12 – Sistemática de recogida de información de Grupos de Interés en el CSSN.....	22
Ilustración 13 - Pirámide de población de Soria Norte.....	23
Ilustración 14 – Filosofía Proyecto AP21.....	23
Ilustración 16 – Amenazas y Oportunidades detectadas por el CSSN.....	24
Ilustración 15 - Fuentes de recogida de información del entorno sobre la situación tecnológica.....	24
Ilustración 17 – Debilidades y Fortalezas detectadas por el CSSN.....	26
Ilustración 18 – Problemas de salud prioritarios (Plan de Salud).....	27
Ilustración 19 - Tipos de Estrategias derivados del análisis de la matriz DAFO.....	27
Ilustración 20 – Proceso de Planificación Estratégica del CS Soria Norte.....	28
Ilustración 21 – Objetivo Estratégicos y Operativos del CSSN.....	28
Ilustración 22 - Tabla Misión-Visión-Objetivos-Indicadores del CS Soria Norte.....	29
Ilustración 23 – Estructura del Cuadro de Mando del CSSN.....	30
Ilustración 24 – Evolución 2006/2008/2010 de indicadores de la encuesta de comunicación interna.....	30
Ilustración 26 – Mapa de Procesos CSSN.....	31
Ilustración 25 – Despliegue Estrategia CSSN.....	31
Ilustración 27 – Conclusiones QFD realizados.....	32
Ilustración 28 - Evolución percepción profesionales sobre su contribución individual (0-3).....	32
Ilustración 29 – Percepción de las personas del CSSN derivadas la comunicación de políticas y estrategias.....	33
Ilustración 30 – Percepción de los miembros del Consejo de Salud sobre el desarrollo de sus actividades (escala 1-5).....	33
Ilustración 31 – Ejemplos de alineación Estrategia CSSN Procesos CSSN – 30 Proyectos Calidad C. Sanidad JCyL.....	33
Ilustración 32 - Diagrama de flujo proceso E-04-PO Pacto de Objetivos.....	36
Ilustración 33 – Contenidos del Plan de Acogida.....	37
Ilustración 34 - Plan de Mejora “Comunicación Interna”.....	42
Ilustración 35 – Interacción con alianzas del CSSN.....	46
Ilustración 36 – Coherencia problemas salud entre Consejo de Salud CSSN y Plan de Salud CyL.....	47
Ilustración 37 – Ejemplo de mejoras surgidas desde el Consejo de Salud.....	47
Ilustración 38 – Dotación del CSSN.....	50
Ilustración 39 – Entorno Virtual de Aprendizaje de la Consejería de Sanidad de la JCyL.....	53
Ilustración 40 – Canales empleados en la comunicación interna del CSSN.....	54
Ilustración 41 – Evolución del CS hacia la Gestión por Procesos.....	56
Ilustración 43 – Diagrama de flujo del Proceso de Gestión por Procesos.....	57
Ilustración 42 - Conceptos de Proceso para el CSSN.....	57
Ilustración 44 – Estructura del AMFE utilizado para cada proceso por el CSSN.....	58
Ilustración 45 – Ficha de proceso genérica, donde se observa el espacio para los “controles de calidad”.....	58
Ilustración 46 – Propuesta de valor del CSSN.....	60
Ilustración 47 - Relación GGII-Medios de comunicación.....	61
Ilustración 49 – Acciones de mejora emprendida a raíz de sugerencias/reclamaciones recibidas.....	63
Ilustración 48 – La Voz del paciente en el CSSN.....	63
Ilustración 50 – La integración Voz del paciente – Mejora continua.....	64

ACRÓNIMOS O SIGLAS

AP	– Atención Primaria
CEG	– Club Excelencia en Gestión
CS	– Centro de Salud
CSSN	– Centro de Salud Soria Norte
EAP	– Equipo de Atención Primaria
GAP	– Gerencia de Atención Primaria
GAPS	- Gerencia de Atención Primaria de Soria
GRS	– Gerencia Regional de Salud
MAPA	– Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial
PO	– Pacto de Objetivos
SACYL	– Sanidad Asistencial de Castilla y León
ZBS	– Zona básica de Salud
ED	– Equipo Directivo
SIB	– Sistema de Información Básico
AE	– Atención Especializada
AMPA	– Automedición de la Presión Arterial
AMFE	– Análisis Modal de Fallos y Efectos
MFYC	– Medicina familiar y Comunitaria
CIMI	– Consulta Inmediata de Medicina Interna
UDMFyC	– Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria
MT	– Medicina del Trabajo
HTA	– Hipertensión arterial
INCOAS	- Índice de Cobertura de Ausencias y Sustituciones
TIS	– Tarjeta Individual sanitaria
APS	– Atención Primaria de Salud
MF	– Medicina Familiar y Comunitaria