



Unión de Asociaciones y Entidades  
de Atención al Drogodependiente

## Experiencias de Calidad en las Entidades de UNAD



Unión de Asociaciones y Entidades  
de Atención al Drogodependiente

San Bernardo 97 - 99, 28015 Madrid  
[www.unad.org](http://www.unad.org)

Financiado por:



# ÍNDICE

## Experiencias de Calidad en las Entidades de UNAD

0	INTRODUCCIÓN Luciano Poyato Roca .....	Pág. 5
I	UNAD Y SU ESTRATEGIA HACIA LA MEJORA CONTINUA DE LAS ORGANIZACIONES Jesús Martín Pozas .....	Pág. 7
II	SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EN GOIZTIRI José Antonio Macarro .....	Pág. 15
III	MEJORES PRÁCTICAS EN PUNTO OMEGA Nuria Rodríguez Calleja .....	Pág. 21
IV	EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA (C.T) Y EL PISO DE REINSERCIÓN (P.R.) EN ATRA ASOCIACIÓN Mercè Cervantes Sanjuán .....	Pág. 29
V	EL MODELO DE CALIDAD APLICADO EN PATIM J. Francisco López Segarra .....	Pág. 39
VI	ESTUDIO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE LA UAD DE ANTAD Juan Carlos Fernández Molina .....	Pág. 47
VII	CONSTRUYENDO DESDE UNOS VALORES. GIZARDATZ Mirko Gerolin .....	Pág. 59

**© 1.500 De esta Edición****UNAD**

C/ San Bernardo, 97-99 Edificio Colomina 2º-A  
28015 MADRID - Telf. 902 313 314 - www.unad.org

Experiencias de Calidad en las entidades de UNAD  
© UNAD obra colectiva

**Coordinación:**

Jesús E. Martín Pozas (UNAD)

**Coordinación técnica:**

Carla López Adrover

**Financia:** Fundación "La Caixa"

Ayudas a Proyectos de Fortalecimiento Institucional y Fomento del Voluntariado

**Colaboran:**

ANTAD de Canarias, ATRA de Cataluña, GIZARDATZ de País Vasco, GOIZTIRI de País Vasco, PATIM de Comunidad Valenciana y PUNTO OMEGA de Madrid.

**Depósito Legal:**

M - 55353 - 2007

**Diseño, maquetación y producción gráfica:**

Servigrafía - servigrafia.ag@telefonica.net

## Introducción

Desde su constitución en 1985 ha estado en el espíritu de UNAD la mejora continua con el fin de ofrecer a sus entidades asociadas un mejor servicio y con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de drogas y de sus familiares.

A finales de la década de los ochenta del siglo pasado el tema de planes de mejora en el ámbito de las entidades sociales ni siquiera estaba planteado, y asegurar el mantenimiento de las organizaciones y dar respuesta a la inmensa demanda planteada por la sociedad, consumía todas las energías de la organización. Y a pesar de ello siempre tuvimos presente el deseo de mejorar nuestro trabajo y nuestros servicios.

El paso del tiempo, y porque no decirlo, el buen hacer, nos permitió consolidar UNAD y abordar temas que durante los primeros años habían quedado marginados. Si las ocupaciones iniciales eran reclamar recursos y servicios, exigir inversiones públicas y montar organizaciones y centros, con el tiempo pudimos dedicarnos también a la formación de profesionales, la investigación, la realización de estudios, el intercambio de experiencias, o la edición de libros. Y claro los procesos de mejora que nos permitieran ganar en eficacia y en eficiencia.

Hace ya más de tres años que UNAD como red de entidades y en la estructura central, apostó por la mejora de la calidad de sus servicios a través de múltiples acciones de sensibilización, información, formación, orientación, asesoramiento y apoyo a la implantación de modelos y normas de calidad.

Este proceso impulsó de forma paralela la elaboración del nuevo Plan Estratégico de UNAD basado en una metodología de participación y consenso a través de grupos de trabajo que incluían profesionales de las entidades socias, personal técnico de UNAD y su Junta Directiva. Este extenso trabajo culminó con un documento estratégico, que comenzará a ponerse en práctica a partir del 2008 y que será evaluado al finalizar su vigencia en 2010.

Es sabido que el tema de calidad nació del mundo empresarial, y por eso ha sido motivo de controversia el debate sobre cuales son los modelos y normas más apropiados para entidades del Tercer Sector.

En marzo de 2006 UNAD celebró, en Logroño, La Rioja, su XII Congreso, al que asistieron más de 170 personas, entre profesionales remunerados y voluntarios.

En ese marco se desarrolló una mesa de presentación de diferentes experiencias de implantación de instrumentos y sistemas de calidad. Este trabajo liderado por la Comisión de Calidad de UNAD, se enmarcó en el proyecto "Hacia la mejora de la calidad en los servicios y gestión de UNAD y sus entidades socias" financiado por la Fundación La Caixa a través de la convocatoria de Ayudas a Proyectos para el fortalecimiento institucional y fomento del voluntariado.

El proyecto, con 18 meses de ejecución, concluye con la publicación prevista sobre experiencias de las entidades de UNAD, que recoge 7 artículos de profesionales, con el objeto de compartir con otras organizaciones sus dudas, inquietudes, experiencias y metas alcanzadas en esta materia.

Entre las líneas de trabajo de UNAD, el fomento de intercambio de experiencias y la colaboración entre organizaciones, es uno de los pilares básicos de la organización. Compartir metodologías, intercambiar soluciones a problemas y dificultades, transferir buenas prácticas y consensuar criterios es uno de los objetivos organizativos de una entidad democrática, plural y compleja como es UNAD.

Esta publicación es el fruto de esos valores y tiene por objeto sensibilizar, orientar y fomentar servicios de calidad en las entidades que trabajan con personas con problemas de drogas.

Porque no debemos olvidar que el objetivo principal de UNAD y de sus entidades asociadas es mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de adicciones, y que otros elementos, como la formación o los planes de mejora, son sólo herramientas para lograr el objetivo central.

Luciano Poyato Roca  
Presidente de UNAD



## UNAD y su estrategia hacia la mejora continua de las Organizaciones

Jesús Martín Pozas  
Gerente de UNAD

## UNAD y su estrategia hacia la mejora continua de las Organizaciones

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN
2. ACCIONES REALIZADAS
  - A NIVEL INTERNO
  - A NIVEL EXTERNO
3. PLAN DE FORTALECIMIENTO Y APOYO A LA MEJORA CONTINUA.
  - FORMACIÓN
  - APOYO TÉCNICO
4. NUESTRO EQUIPO

### Introducción

UNAD es una organización que ya ha cumplido 20 años de trabajo en el ámbito de las drogodependencias. Su larga trayectoria le ha permitido evolucionar desde los primeros modelos de intervención basados en la cobertura de las necesidades más básicas hasta los sistemas de gestión del trabajo basados en las teorías organizacionales. Sin desvirtuar la naturaleza y fines de las entidades de drogodependencias de UNAD, es evidente que la compleja estructura de la sociedad, la competitividad del propio sector y la cambiante problemática de las drogas requiere mayor eficiencia y flexibilidad de nuestras organizaciones. Superado ya el modelo paternalista y voluntarista de las entidades que fundaron el movimiento asociativo, es momento de consolidar buenas prácticas y aprovechar la complementariedad y el efecto multiplicador de la red. UNAD se caracteriza por su pluralidad y riqueza de opiniones y modelos sin embargo se ampara en unos principios comunes de intervención y reivindica para sí la unión de sus esfuerzos como valor añadido organizacional. Es necesario redireccionar esos esfuerzos, establecer criterios comunes, estandarizar protocolos de actuación, consensuar y generalizar el uso de herramientas e instrumentos de registro, seguimiento y evaluación.

La complejidad y evolución de las adicciones, y los nuevos perfiles de las personas drogodependientes, los cambios sociales demográficos y culturales que estamos viviendo en nuestros tiempos hace necesario que el modelo de organización y gestión de las entidades que intervienen en drogodependencias se revise, actualice y adapte a las nuevas realidades

Puesto que plantear la mejora de la gestión de las organizaciones de UNAD implica

trabajar a niveles muy distintos debido a la gran diversidad que las 270 entidades socias de UNAD las cuales demuestran desde un desconocimiento hacia sistemas de mejora en la gestión y la calidad a entidades que ya han implantado sistemas de gestión y disponen de un sistema de reconocimiento externo.

El proyecto que desde UNAD se esta desarrollando es fruto de un trabajo constante que parte de un diagnóstico y de una fase de acercamiento y sensibilización anterior que se desarrolló en el año 2005 en el que se iniciaron acciones de sensibilización y acercamiento a la cultura de la calidad y a la mejora de las organizaciones y que otorga mayor peso a la necesidad declarada de continuar en esta dirección.

Este diagnóstico presento entre otras las siguientes conclusiones:

- ♦ Un elevado número de organizaciones ya están trabajando en la mejora de la calidad, o bien tienen previsto hacerlo próximamente.
- ♦ Más del 50% de las organizaciones que han respondido a la encuesta ha proporcionado a sus trabajadores y colaboradores algún tipo de formación relacionada con la mejora de la calidad.
- ♦ Las entidades esperan que un Sistema de Gestión de calidad les proporcione técnicas para evaluar su desempeño, así como mejorar su eficacia y eficiencia en el camino hacia la mejora continua. Otro aspecto en el que las organizaciones ponen su esperanza es en la capacidad de los Sistemas de Calidad para detectar y ayudar a corregir carencias organizativas, productivas y de satisfacción de los beneficiarios o "clientes". Resaltando el interés de las organizaciones por conocer la satisfacción de su personal.
- ♦ En la misma línea, las respuestas libres proporcionadas muestran interés y buena comprensión de la mejora, pero no un conocimiento profundo en la materia. En aquellas organizaciones que han acometido la formación con mayor extensión no se observa un programa formativo con un objetivo claro.
- ♦ Las actividades detectadas relacionadas con la mejora de la calidad parecen incipientes y dispersas, es decir, escasas y sin objetivo claro.
- ♦ Aunque un 59% de las organizaciones tiene previsto acometer la implantación de un Sistema de Calidad, sólo el 29% ya ha comenzado la implantación de un Sistema.
- ♦ La mitad de las organizaciones tiene definido los protocolos básicos de un Sistema de Calidad (atención a usuarios, a familiares de usuarios y sistemas administrativos), y algo más de la tercera parte tiene definidos los protocolos de gestión de incidencias, de evaluación, de formación, de gestión de asalariados y de comunicación interna. Esta situación supone un buen punto de partida para la definición de procesos y procedimientos de un Sistema de Calidad.

Las principales barreras encontradas fueron:

- ♦ La necesidad de ayudas externas, tanto económicas como de soporte técnico.
- ♦ El alto coste, tanto en recursos humanos como materiales. Dicho de otro modo, se percibe la implantación de sistemas de mejora de la calidad como una función cara o muy cara.
- ♦ La sensación de burocratización excesiva.

En conclusión, se hace manifiesta la ausencia de una línea de actuación clara derivada de objetivos bien estructurados, por lo que se revela de manera destacada la necesidad de ayuda en la formulación de los programas formativos y solicitan ayuda en los medios y el asesoramiento y es por lo que entendemos que el rol de UNAD debe de ser el de una red facilitadora e impulso del cambio de sus entidades miembro.

Por otro lado desde la Comisión Permanente y Junta Directiva de UNAD existe una preocupación y verdadero interés por mejorar y adaptarse a los cambios en la sociedad, a los nuevos perfiles y las realidades actuales y se es consciente de que cada vez más existe una demanda social de transparencia, eficacia y eficiencia lo que ha llevado a la organización a una redefinición de la misión y visión de la entidad, definiendo de manera consensuada y participativa el "que, para que y para quien" de UNAD, poniéndose de manifiesto la necesidad de cambiar la gestión, el como hacer las cosas y surgiendo así el desarrollo e implantación de procesos de mejora continua en la organización en los dos últimos años.

## Acciones realizadas

- ♦ Internas:
  - Sensibilización y formación del equipo y directivos
  - Actualización del plan estratégico de la entidad
  - Auto evaluación para identificar áreas de mejora.
  - Desarrollo de planes y acciones de mejora
  - Implantación un sistema de mejora continua de gestión de calidad (según modelo europeo de gestión de calidad. EFQM)
  - Sistema de evaluación e indicadores de resultados. Cuadro de mando integral
  - Evaluación y valoración del equipo técnico
    - . Feed back 360 a la dirección
    - . Evaluación del desempeño al equipo
- ♦ Externas
  - Actividades de formación
  - En el año 2005 cinco cursos de nivel básico de sensibilización y acercamiento a la cultura de la calidad y uno de nivel avanzado, se beneficiaron 110

- profesionales de 42 organizaciones diferentes formarse.
- En el año 2006 se desarrollaron 19 cursos en 7 Comunidades Autónomas. (Valencia, Canarias, Madrid, Andalucía, Galicia, Murcia, Cataluña y Extremadura) y se beneficiaron un total 121 personas de 42 organizaciones diferentes de UNAD.
  - . Introducción a la Gestión de Calidad.
  - . Como elaborar un "Plan Estratégico".
  - . Como desarrollar planes de mejora.
  - . Gestión por procesos.
  - . Satisfacción de Usuarios.
- WEB específica en la intranet de UNAD: <http://calidad.unad.org>
- Información, asesoramiento, herramientas, experiencias, artículos, bibliografía, cursos, ...
- Participación activa como ponentes en conferencias, congresos y grupos de trabajo.
- Participación en el Consejo Estatal de Ongs en el grupo de fomento de la calidad en ONG; lugar desde se impulsa el cambio y conciencia de la mejora hacia la sociedad y las ONG.
- Elaboración del código ético de UNAD, como pautas y líneas recomendables de actuación y horizonte a seguir por parte de las entidades de UNAD
- Apoyo técnico a organizaciones en la elaboración de Planes estratégicos.

### Plan de fortalecimiento y mejora continua

- ♦ FORMACION
  - A profesionales y directivos, para mejorar su desempeño
    - . En sistemas de gestión de calidad
    - . Plan estratégico, gestión de procesos, satisfacción de usuarios, evaluación e indicadores, Cuadro de Mando.
    - . En técnicas y herramientas.
    - . Trabajo en equipo, comunicación, gestión de proyectos, reuniones productivas.
  - A entidades socias de UNAD para crear una red y un efecto multiplicador.
    - . Formación de formadores
    - . Gestión de calidad
    - . Formación de directivos
    - . Liderazgo y gestión de equipos
    - . Formación de facilitadores internos.
    - . Desarrollo organizacional e implantación de mejoras.

- ♦ APOYO TECNICO
  - Apoyo y asesoramiento a las organizaciones en obtener las condiciones mínimas para iniciar la implantación de sistemas de calidad.
  - Acompañamiento, y asesoramiento en la realización de un diagnóstico de las actividades de gestión en todos los ámbitos de la organización para establecer:
    - . Planes ordenados con metodología, que permitan abordar áreas de mejora donde fuera necesario
    - . Planes para potenciar todos los aspectos importantes o puntos fuertes, que han permitido que la organización haya llegado hasta la situación que tiene en la actualidad.
  - Acompañamiento, apoyo y orientación en:
    - . La autoevaluación y diagnóstico organizacional,
    - . Identificación de planes de mejora y en el despliegue y puesta en práctica de las acciones de mejora
    - . Validación externa y "Reconocimiento" de la ejecución total de las acciones de mejora a través de una entidad certificadora independiente y reconocida.
  - Apoyo a la dirección y a los líderes de las organizaciones. "Coaching"
  - Potenciar y ayudar a los líderes a que logren sus objetivos, que estimulen y lideren el cambio. El acompañamiento y fortalecimiento a través del coaching ofrece un elemento diferenciador y cualitativo a cualquier proceso de cambio.

### Nuestro equipo

- Profesionales con formación adecuada.
- Evaluadores acreditados y licenciarios en sistemas de gestión de calidad.
- Con amplia experiencia en trabajar en el sector. (Importancia en conocer desde dentro la realidad de las ONG)
- Esta liderado y coordinado por **Jesús E. Martín Pozas**.
- **Formación:**
  - . Licenciado Administración y Dirección de Empresas.
  - . Diplomado en Ciencias Económicas Y Empresariales.
  - . Especialista Universitario en Consultoría de Empresas.
  - . Experto Universitario en Gestión de Calidad y Certificación de empresas.
  - . Evaluador acreditado (+500) y licenciario del Modelo EFQM por el Club de Excelencia en Gestión. [www.clubexcelencia.org](http://www.clubexcelencia.org)
  - . Formado en el modelo Q-ONG del Consejo Estatal de ONG de Acción Social [www.plataformaongs.org](http://www.plataformaongs.org)
  - . Formación en coaching ejecutivo. (IADE y AECOP) [www.aecop.com](http://www.aecop.com)
- Además cuenta con amplia experiencia profesional en la fundación y gestión

**de ONG así como en participación en "redes" y actividades docentes**

- . Director Gerente de UNAD [www.unad.org](http://www.unad.org) desde 2.003 hasta la fecha.
- . Consultor de la plataforma de ONG de acción social. [www.q-ong.org](http://www.q-ong.org)
- . Consultoría y asesoramiento a ONG y PYMES desde 2000 hasta 2003.
- . Gerente de la Fundación Girasol [www.girasolfundacion.es](http://www.girasolfundacion.es) desde 1984 hasta 2002.
- . Manager de la Federación Europea ERIT. [www.erit.org](http://www.erit.org) 1998 a 2002.
- . Director del programa europeo "Indicadores de calidad en comunidad terapéutica para drogodependientes", y subvencionado por la Unión Europea. [www.erit.org/works/quality](http://www.erit.org/works/quality) desde 1.966 hasta junio del 2.000
- . Coordinador del estudio sobre la calidad de las comunidades terapéuticas en Andalucía, realizado por la Federación Andaluza "Enlace" 2004. <http://www.f-enlace.org/>

**- Experiencia como formador**

- . Universidad de Deusto. Master en gestión de ONGs. 2001
- . Universidad de Murcia. Curso especialista en Drogodependencias. 2002 a 2006
- . Cursos de formación a través del FORCEM en gestión de ONGs. 2002 a 2004
- . Gestión básica de calidad en ONGs de acción social. Plataforma de ONGs de acción social, [www.q-ong.org](http://www.q-ong.org). 2005-2007
- . UNAD, [www.unad.org](http://www.unad.org) , Plan de formación de mejora en las organizaciones. 2005-2007

**- Participación en redes:**

- . Miembro del Colegio de Titulares Mercantiles y Economistas de la Provincia de Cádiz.
- . Socio Fundador de la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas en 1.989. A.P.C.T.T. Tesorero desde 1992 a 1993 y Presidente de la misma Asociación desde 1.993 a 1996.
- . Socio Fundador de la I.C.T. (Asociación de Intervinientes en Toxicomanías) en 1996. Vicepresidente de la Asociación ICT desde Julio de 1.998 hasta Enero 2003
- . Socio de la Asociación ITACA, Asociación Europea de Intervinientes en Toxicomanía desde 1.994.
- . Socio de la Federación Europea de Comunidades Terapéuticas EURO-TC [www.euro-tc.org](http://www.euro-tc.org) desde 1998.
- . Miembro del Consejo Técnico de la Asociación de ámbito Europeo T3E, (Toxicomanie, Etudes, Exchanges, Europe) .
- . Tesorero y miembro de la Junta Directiva de la Federación Provincial de Asociaciones de atención a drogodependientes de la Provincia de Cádiz Renovación. Desde 2002 a 2004
- . Tesorero y miembro de la Junta Directiva de UNAD Desde 2002 a 2004
- . Miembro de la Junta Directiva de la Federación Andaluza de Asociaciones que intervienen en drogodependencias y Sida "ENLACE" desde 1995 a 2000
- . Miembro del Consejo Asesor del Plan Andaluz sobre Drogas de la Junta de Andalucía desde noviembre de 2.001 a 2003
- . En representación de las Comunidades Terapéuticas Concertadas de Andalucía, participación en la elaboración del Programa Terapéutico para Comunidades Terapéuticas de Andalucía, 2.001

# 2

## Satisfacción del Cliente

José Antonio Macarro

Coordinador del Centro de Incorporación Social de GOIZTIRI



## Satisfacción del Cliente

Para trabajar en la mejora continua tanto de la gestión de la organización como de su metodología de intervención con sus usuarios/as es imprescindible abordar la medida de satisfacción del cliente. Entendiendo como cliente, no solo a las instituciones que financian la entidad sino también y, quizá mas importante, a los usuarios/as de la misma que, finalmente, son objeto de la intervención.

Para conseguir el objetivo, los equipos deben creer en un estado participativo y la dirección debe implicarse plenamente. Se debe analizar el proceso y no buscar solo la satisfacción puntual.

Si gestionamos la satisfacción como algo no puntual y lo hacemos como un proceso, estaremos creando alianzas estratégicas y clientes fidelizados.

Si nos planteamos hacer un proceso de mejora basado en la **satisfacción del cliente**, tendremos que tener en cuenta varios puntos:

1. Hay que implicar a toda la organización, por lo que la dirección debe estar comprometida y apoyar el proceso.
2. Hay que buscar el proceso adecuado y las herramientas necesarias para cada cliente.
3. Hay que analizar indicadores de resultados.
4. Hay que aplicar las medidas correctoras y de mejora.

Aun teniendo en cuenta estos puntos como medidas fuertes para conseguir la satisfacción del cliente, posiblemente nos surjan algunas dificultades en el proceso:

1. No saber quienes son nuestros clientes y qué esperan de nosotros.
2. Conocer sus expectativas pero no saber establecer los procesos adecuados para satisfacerlas.
3. Desequilibrio entre lo prometido y lo dado.
4. Abordaje inadecuado de la metodología.

## Modelo básico de gestión en la satisfacción del cliente

El modelo que se propone está dentro de la mejora continua y sigue un diseño **P-D-C-A**, es decir:

**PLANIFICAR- DESARROLLAR- CONTROLAR- APORTAR**

Es importante tener en cuenta una serie de elementos en la planificación:

- ♦ **¿Qué es lo que aportamos al cliente?** Nuestra razón de ser y nuestro valor añadido.
- ♦ **¿Qué es lo que queremos obtener?** Pero más importante aun sería la segmentación del cliente y dar servicios diferenciados para cada cliente, incluyendo diferentes dinámicas de abordaje.
- ♦ **Reflexionar** sobre como fidelizar al cliente o sobre la búsqueda de nuevos clientes.
- ♦ **¿Qué piensan de nosotros nuestros clientes?**

## ¿Cómo los hacemos? Diseño

Tenemos que definir el alcance de la actuación y las dimensiones que queremos conocer. Para ello, tendremos siempre en cuenta una serie de elementos claves que jugaran un papel sumamente importante en nuestro trabajo:

- ♦ Fiabilidad
- ♦ Capacidad de respuesta
- ♦ Profesionalidad
- ♦ Cortesía
- ♦ Credibilidad
- ♦ Seguridad
- ♦ Accesibilidad
- ♦ Comprensión
- ♦ Comunicación

Pero también es importante ver aspectos relativos al proceso como, por ejemplo, cuando se hace la medición de tiempo, quién la hace y cuando la hace. Esto dependerá de la herramienta a emplear: encuesta, comunicación directa, grupos de mejora, buzón de sugerencias, etc. Los clientes deben conocer cuales son los cauces que tienen a su disposición para participar en la organización y para comunicar sus sugerencias.

Nosotros, desde GOIZTIRI, apostamos por un sistema cercano. Dentro del proceso de acompañamiento, este estilo cercano se instaura, siempre que es posible, a nuestros clientes financiados y al resto de clientes (entidades y organismos que nos derivan a las personas que van a ser objeto de la intervención).

Llevar a cabo los planes implica una recogida de información para poder llegar a unas conclusiones que nos ayuden a identificar áreas de mejora y a poner en práctica lo acordado.

Verificar los resultados y controlarlos mediante el estudio detallado de los

indicadores y, de esta forma, poder analizar el proceso llevado a cabo para adecuarlo y mejorarlo.

Ajustar el modelo y volver a empezar.

## Para finalizar

- ♦ Definir cuales son los procesos claves dentro de cada organización y, sobre dichos procesos, aplicar mejoras teniendo siempre en cuenta como elemento central la **satisfacción del cliente**.
- ♦ Gestionar la **satisfacción del cliente** debe ser un trabajo continuo.
- ♦ Asumir los cambios que los indicadores de la satisfacción nos proponen como mejora del proceso de gestión y de intervención. Asumir estos dos procesos (gestión e intervención) como elementos claves de la organización.

# 3

## Mejores Prácticas Punto Omega

Nuria Rodríguez Calleja  
Directora de Calidad

## Mejores Prácticas Punto Omega

La Asociación Punto Omega es una ONG sin ánimo de lucro que se constituye jurídicamente en 1984, con el fin de aunar la reflexión sobre la renovación pedagógica y las actividades educativas que un amplio grupo de personas venía desarrollando de manera organizada, desde 1979, en torno a jóvenes sin escolarización y en riesgo de exclusión social.

Con el paso del tiempo, el buen-hacer de la Asociación abrió nuevas puertas para la ejecución de programas cada vez de mayor envergadura, financiados por organismos públicos, de manera especial la Agencia Antidroga, que han ido orientando cada vez más la intervención en el área de drogodependientes y reclusos. En la actualidad, Punto Omega cuenta con un número de profesionales contratados que oscila entre los 120-150, y un número variable de voluntarios.

En estos momentos, Punto Omega lleva a cabo su labor social a través de varios programas que se desarrollan a través de:

- Cuatro Pisos (Móstoles y Aluche)
- Centro de Emergencia Sociosanitaria (Móstoles)
- Centro de Tratamiento con Sustitutivos Opiáceos (Móstoles)
- Centro Residencial de Acogida y Apoyo al Tratamiento de las Drogodependencias (Aluche)
- Unidad de Atención al Drogodependiente en el Centro Penitenciario Madrid IV (Navalcarnero)
- Servicio de Asesoría en Drogodependencias a Operadores Jurídicos (Juzgados de Móstoles)
- Centro de Inserción Sociolaboral Salvador Gaviota (Móstoles)
- Piso para inmigrantes enfermos (Móstoles)

Para la ejecución de todos estos programas y centros, la Asociación cuenta con unos Servicios Centrales (Móstoles) cuya función es la dirección técnica, económica, y administrativa de la Entidad.

Hace tres años, la Asamblea General decidió dar un giro a la gestión que se estaba llevando a cabo y nombró una nueva Junta Directiva con el objetivo principal de profesionalizar la gestión, adecuarla a las necesidades actuales y garantizar la continuidad de la labor social que se estaba prestando, utilizando medios más globales que tuvieran en cuenta la sostenibilidad de la Asociación, la satisfacción de los profesionales, el control de los procesos y, en definitiva, la satisfacción de los clientes (usuarios, familias y administración pública).

Para ello, el nuevo presidente junto con el Equipo técnico, decidieron utilizar el Modelo Europeo por ser una herramienta que nos permitiría avanzar ordenadamente e implantar la cultura de mejora continua de una manera ordenada y cuantificable.

Lo primero que hicimos fue definir la Misión y la Visión de la Asociación para que todos tuviéramos claro para qué exactamente estábamos aquí y cuál era y es nuestro deseo en un futuro cercano. Esta definición, aunque a priori pueda parecer algo sin importancia, ha supuesto, en definitiva, la unanimidad de todos los profesionales en cuanto a la orientación, y un punto de partida para definir los procesos y las áreas de actuación.

### Nuestra misión...

Hacer posible que las personas en situación de desventaja social dispongan y conozcan los dispositivos e itinerarios terapéuticos, educativos y asistenciales adecuados a sus necesidades, de forma que puedan progresar en su desarrollo personal y se haga realidad su plena incorporación social.

### ...y visión...

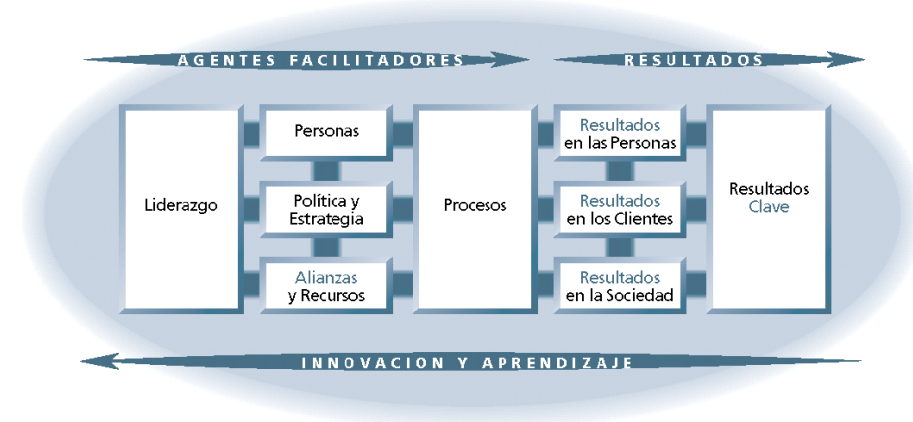
Asumir un papel protagonista en la movilización e incorporación de los más desfavorecidos de nuestra sociedad y de quienes habitan los mundos de la adicción y la marginación social, de modo que sean conscientes de su valor humano y de sus innegables capacidades para recomponer sus vidas rotas y, al mismo tiempo, colaboren en el proceso de construcción de un mundo más justo y una sociedad más humana.

### La Calidad Total y la Apuesta por la Excelencia en Punto Omega

La "Calidad Total y la Excelencia" representan la incorporación de una estrategia para el logro de objetivos en el conjunto de las actividades dentro de Punto Omega y la invitación a participar a todos los grupos de interés en una tarea común. La estrategia se planifica pensando en las necesidades y deseos del usuario, de la Administración Pública, del trabajador y de la sociedad en general.

Al orientar nuestra gestión teniendo en cuenta los principios del Modelo de

Excelencia EFQM, lo primero que hicimos fue hacer una autoevaluación en el año 2004. Este ejercicio nos permitió conocer los puntos fuertes y las áreas a mejorar de cada uno de los capítulos que el Modelo recoge.



Nos dimos cuenta enseguida que la "buena voluntad" de todos nosotros no era suficiente para hacer las cosas bien. Nos hacía falta un método que nos permitiera controlar cada pequeño detalle en todo momento. El día a día nos invitaba a seguir haciendo las cosas como las estábamos haciendo y parecía que no encontrábamos el momento de cambiar o de incorporar nuevas herramientas que ya existían en otras organizaciones y que algunos habían implantado con éxito.

Aunque fueron muchas las áreas de trabajo detectadas como aspectos a mejorar, tuvimos en aquel momento una definición de por dónde empezar. Para realizar este ejercicio, fue necesario contar con una consultora especializada que nos orientó y ayudó a priorizar las acciones para que la incorporación de la cultura de calidad no supusiese un cambio demasiado drástico en nuestro quehacer diario.

En primer lugar, y por nuestras características como Asociación -historia, número de empleados..... -decidimos abordar el control de los procesos, hasta entonces sin definir, y mejorar la gestión de las personas, ya que existía un descontento generalizado en relación a la orientación de la Asociación.

Para controlar los procesos, comenzamos e hicimos el esfuerzo, a lo largo del 2005, de implantar un SGC basado en la Norma ISO 9001:2000. Un Sistema de Gestión de Calidad que consiste en realizar una gestión que cumpla una serie de requisitos

exigibles por la Norma (algunos de los requisitos exigidos):

- Enfoque basado en procesos e indicadores
- Control de la Documentación y Registros
- Definición de perfiles de puesto de trabajo y fichas de empleado
- Evaluación y homologación de Proveedores
- Auditorías Internas
- No conformidades, acciones correctivas y preventivas
- Satisfacción del cliente (usuario e instituciones que financian)

Actualmente hemos definido todos los procesos que se realizan en la Asociación, pero en aquel momento, esta certificación nos sirvió para tener conocimiento de cómo diseñar procesos, cómo medir y revisar la efectividad de lo que hacíamos. Podemos concluir en que, aunque supuso un trabajo extraordinario para todos, fue un primer paso necesario para que en estos momentos todos sepamos cómo diseñar, revisar y modificar cualquier proceso.

Comprendimos que es importante ESCRIBIR cómo se hacen las cosas, quién es el responsable, qué hacer para controlar el trabajo, cómo actuar en caso de que las cosas fallen. Lo que no está escrito NO EXISTE.

Para garantizar el futuro de la Asociación, es necesario que no dependamos de las personas sino de los procesos. Evidentemente, son necesarios buenos profesionales, pero debemos ofrecer un servicio unificado, basado en protocolos de trabajo. Tenemos que controlar todos los parámetros a fin de no permitir que cualquier imprevisto pueda "tambalearse" la sostenibilidad. Necesitamos buenos procesos (diseñados por nosotros mismos) y buenos profesionales que garanticen y mejoren las formas de actuar e intervenir.

Actualmente, disponemos de manuales de calidad y procedimientos de cada programa ajustados a las particularidades de cada uno de ellos. Cabe destacar que toda esta documentación ha sido realizada por las mismas personas que trabajan en cada recurso, lo que garantiza el uso y la mejora de los procesos descritos.

En relación con la gestión de las personas, hemos avanzado mucho implantando sistemas que permiten recoger la opinión de todos: encuestas anuales, sugerencias, grupos de mejora.... Toda esta participación es voluntaria. En estos momentos seguimos trabajando en este aspecto, ya que es uno en los que existe una preocupación constante por considerarlo clave en el avance de nuestra gestión.

A modo de resumen, nuestra experiencia en calidad ha supuesto:

1. Un gran avance en el control de la gestión. Disponemos de indicadores que nos evitan los antiguos "sobresaltos" y nos permiten planificar el trabajo para evitar sorpresas.
2. Un demostrado impacto en la satisfacción de los, aproximadamente, 130 empleados. Actualmente, disponemos de datos objetivos de los propios trabajadores donde recogemos las tendencias de satisfacción anuales desde 2004.
3. Tenemos una mejor imagen ante nuestros financiadores, ya que ahora disponemos de datos de gestión. Podemos demostrar que hacemos las cosas bien y que controlamos los riesgos.
4. Somos probablemente la primera ONG de Madrid que ha conseguido dos certificaciones de calidad en 2005 (SELLO DE EXCELENCIA +200 e ISO 9001:2000). Esto ha supuesto un reto para todos los trabajadores de Punto Omega y también una mejor percepción de seriedad en relación a la gestión que se está llevando a cabo.
5. Nuestra imagen social ha mejorado considerablemente. En la actualidad, gracias a la gestión que estamos llevando a cabo, hemos conseguido nuevos programas, ampliación de los que teníamos y nuevas fuentes de financiación por aportar mayor credibilidad.

Sólo destacar que los comienzos nunca son fáciles y que de lo que se trata es de cambiar la cultura de la organización, esto es, orientarnos de forma diferente. Nosotros consideramos que era necesaria una formación de todas las personas antes de comenzar con la implantación del sistema, y así lo hicimos. Siempre hay reticencias, el cambio siempre lo queremos, pero para los otros. Este es uno de los mayores problemas con los que nos hemos encontrado. No se trata de implantar un sistema que excluya a las personas sino todo lo contrario, se trata de integrar a las personas, de trabajar en grupo, no individualmente, aunando esfuerzos por el bien común. No es fácil trabajar en esta cultura, todavía nos cuesta pero avanzamos.

En nuestra cuarta autoevaluación (en 2007) hemos definido de nuevo las áreas en las que vamos a trabajar. Ahora, evidentemente, es mucho más fácil. Ya sabemos la mecánica de las actuaciones pero queda mucho por hacer. Es un reto permanente que permite a la Organización "no dormirse" ni "acomodarse", ni hacerlo todo como siempre se ha hecho y sin cuestionar nada, sino que estamos "obligados" a hacer las cosas mejor en todo momento.

En cuanto a recursos necesarios, actualmente sólo contamos con un Responsable de Calidad y un Técnico. El presupuesto asignado desciende progresivamente según vamos aprendiendo más. Pero como conclusión en el aspecto económico, nuestra experiencia es que nuestra inversión en calidad ha sido rentable. Todo el gasto

realizado sobre todo en los primeros años, ha sido ya amortizado. Ahora gastamos menos y damos más servicio, ingresamos más, controlamos los recursos, las infraestructuras, el mantenimiento, controlamos los defectos y eso supone un ahorro de costes de más del 33%, mucho más de lo que hemos invertido en la implantación del sistema.

# 4

Experiencia de implementación de indicadores de calidad en la Comunidad Terapéutica (C.T) y el Piso de Reinserción (P.R.) en ATRA asociación

Mercè Cervantes Sanjuán  
Directora de Programas de ATRA

## Experiencia de implementación de indicadores de calidad en la Comunidad Terapéutica (C.T) y el Piso de Reinserción (P.R.) en ATRA asociación

### 1. ¿Porque estamos trabajando en materia de calidad?

Trabajamos en calidad por necesidad y por convicción.

Por la necesidad de revisar, de evaluar el trabajo que hacemos y de garantizar que los objetivos que nos marcamos y el como los llevamos a cabo, alcancen el resultado esperado.

Por convicción, porque creemos en lo que hacemos y queremos crecer y mejorar en ello.

Cuando se empieza un proceso de calidad, se hace porque las personas que trabajan y sobretodo la directiva, cree que " lo están haciendo bien" y quieren compartir su manera de trabajar. Todo empieza con una reflexión : "Queremos demostrar que lo hacemos bien". Poco a poco, conforme va avanzando el proceso de evidenciar aquello que hacemos, nos empezamos a dar cuenta de que necesitamos organizarlo más y mejor. Vemos que los procedimientos que parecían tan claros para todos, no son ejecutados de la misma manera ni con los mismos pasos por todas las personas que intervienen en ellos.

Se va dando una transformación hacia la humildad, empieza el trabajo, el esfuerzo por homogeneizar, coordinar y transmitir, hasta que llega el día en que nos auditan para obtener la certificación. En ese momento ya te sientes orgulloso del trabajo realizado, sabes que el éxito está en ese espacio intermedio de esfuerzo, constancia, coordinación y alerta, de todos y cada uno de los profesionales que intervienen en los procesos. Ese es el verdadero crecimiento, y darle continuidad es el verdadero reto de la calidad.

### 2. ¿Para que lo estamos haciendo, que es lo que queremos conseguir?

En nuestro caso convergen dos necesidades, una interna (como entidad), y otra como sector que han dado lugar a dos procesos paralelos y convergentes.

La interna es porque ayuda a organizar y a organizarse. Crees que será la varita mágica para que cualquier nuevo profesional que se incorpore al equipo, tenga claro que y como se hacen las cosas.



Queremos conseguir detectar los posibles errores, antes de que se produzcan y de que perjudiquen a nuestros pacientes. Queremos eficacia en las acciones, y eficiencia en los procedimientos.

Como sector, el objetivo es mejorar la calidad de las CCTT y PR y garantizar un nivel básico de calidad en estos servicios, por lo que basándonos en las actuaciones previstas en el tercer Plan de Calidad del ICASS, se plantea el diseño, revisión y evaluación de indicadores de calidad.

### 3. ¿Cómo lo hemos realizado?. Que pasos hemos realizado, metodología,....

Internamente, desde nuestra entidad, iniciamos un proceso de certificación ISO 9001-2000, en la mayoría de los servicios y departamentos de la entidad (servicios de CT, PR, ambulatorio, Programa de soporte a la vida autónoma (PSVA), y áreas de RRHH, Informática, Administración, Dirección,)) con la participación de todos los profesionales, y más intensamente de los responsables de los servicios.

Primero se hicieron reuniones informativas - formativas con todo el personal. Se identificaron todos los procesos clave de cada servicio. Se discutió sobre la cantidad de procesos a incorporar, dónde surgió la duda de si debíamos incluir sólo los principales procesos de cada servicio o área, (ya que la consultora insistía en ello) o bien incorporarlos todos (que fue lo que se decidió).

Se creó un grupo de trabajo formado por representantes de las entidades de drogodependencias (CCTT y PR) , por representantes del proceso de los usuarios (Centros de atención y seguimiento) y por diferentes perfiles profesionales (psicólogos, médicos, Trabajador social, educador). También participaron representantes de la Administración, de la subdirección de Programación y Evaluación, del área de Programas Sectoriales, Inspección y Registro y del área de Calidad del ICASS.

Este grupo de trabajo contó con el soporte metodológico de la Fundación Avedis Donavedian para la conducción del trabajo. Se establecieron reuniones sistemáticas de trabajo quincenales/mensuales de duración entre 4-5 h cada una. La metodología general consistió en el consenso del grupo.

Se establecieron 5 dimensiones básicas para agrupar los indicadores:  
Dimensión 1: Atención y soporte a la persona y familia  
Dimensión 2: Aspectos éticos y relacionales en la atención de la persona  
Dimensión 3: Organización y Gestión del dispositivo

Dimensión 4: Coordinación con otros sectores y entidades

Dimensión 5: Entorno de la atención

De cada dimensión se priorizaron áreas relevantes y se elaboraron indicadores para cada una. El proyecto final contiene un total de 28 indicadores.

Los indicadores son instrumentos de medida que nos permiten expresar cuantitativamente aspectos de la asistencia, de la organización o de la gestión y que, a la vez, sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de nuestra actividad.

Cuando los indicadores se miden de forma periódica y sistemática, nos dan información del proceso y de sus tendencias. Lo que permite identificar problemas e introducir las modificaciones necesarias en el proceso, con el fin de conseguir una mejora continua de la calidad del trabajo.

#### ELABORACION DE LOS INDICADORES

Cada indicador tiene adjunta una descripción de los aspectos necesarios para su desarrollo:

DIMENSIÓN: aspecto genérico que se valora

AREA RELEVANTE: aspecto específico que se valora

CRITERIO: criterio de buena práctica

NOMBRE DEL INDICADOR: nombre y enunciado del aspecto que se quiere medir

JUSTIFICACIÓN DEL INDICADOR: explicación de los propósitos y razón de ser del indicador

DEFINICIÓN DE TERMINOS: explicitación de los conceptos y elementos de medida incluidos en el numerador y en el denominador del indicador.

FÓRMULA: sistema de medida del criterio. Expresión en forma matemática para la cuantificación del indicador.

POBLACIÓN: especifica los criterios de inclusión y exclusión o población de referencia sobre la cual se evaluará el indicador.

FUENTE DE DATOS: explicación del origen de la Información.

TIPO: se especifica si el indicador es de estructura, proceso o resultado.

PROPUESTA DE INDICADORES DE CALIDAD PARA LOS DISPOSITIVOS DE DROGODEPENDENCIAS

Dimensión 1: ATENCIÓN Y SOPORTE A LA PERSONA Y FAMILIA

Nº	ÁREA RELEVANTE	CRITERIO	Estándar
1	Accesibilidad y acogida	El dispositivo tiene definido un proceso de admisión y alta de las personas que han de ser atendidas	90%
2	Valoración integral	Los profesionales del piso y de la comunidad terapéutica (CT) realizan una valoración integral de la persona al ingreso y de manera periódica	
3	Plan de Tratamiento Individualizado	Las personas disponen de un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI), actualizado y elaborado por el equipo de atención interdisciplinar.	90%
4	Plan de Tratamiento Individualizado	El dispositivo desarrolla estrategias que permitan realizar al equipo interdisciplinar el seguimiento y evaluación del nivel de cumplimiento del PTI	80%
5	Programas de atención y soporte	La comunidad terapéutica y los pisos disponen de un programa de socialización y de adquisición o reeducación de hábitos sociales, tanto a nivel individual como colectivo, así como de mejora de la convivencia	90%
6		El dispositivo cuenta con un programa de prevención de recaídas actualizado.	100%
7	Calidad de vida	El dispositivo evalúa periódicamente la calidad de vida del usuario.	70%
8	Soporte familiar	El dispositivo promueve estrategias para dar soporte y facilitar la implicación de la familia y/o referente social en el proceso de rehabilitación e integración de la persona.	80%
9A	Tratamiento farmacológico	El dispositivo cuenta con un mecanismo de manera segura para gestionar la dispensación, conservación y administración de la medicación.	90%

Nº	ÁREA RELEVANTE	CRITERIO	Estándar
9B		El dispositivo cuenta con un sistema de registro de preparación de la medicación del usuario.	90%
10	Protocolos de atención	El recurso dispone de protocolos de actuación que ayuden a unificar los criterios de actuación y mejorar la efectividad de las intervenciones que se lleven a término.	80%
11A	Educación para la salud	Los profesionales realizan una evaluación de las necesidades del usuario respecto a la educación para la salud.	90%
11B		Los usuarios participan en el programa de educación para la salud que incluya i prevención de riesgos en esta área.	90%
12	Documentación	El centro tiene un dossier individual documental actualizado, completo, rellenado por el equipo interdisciplinar para cada usuario.	95%
13	Derivación y salida	Los profesionales realizan un proceso de preparación para la salida de la persona del dispositivo.	90%
14	Resultados de la atención	Los usuarios adquieren los objetivos de mejora en el término de tiempo establecido en el PTI.	60%
15	Resultados de la atención	Los usuarios son evaluados periódicamente y al alta para identificar la mejora de la calidad de vida durante la estancia en el centro.	75%
16	Resultados de la atención	La estada de los usuarios en el dispositivo es suficiente para poder llevar a término los objetivos previstos al ingreso.	75%

## Dimensión 2: ASPECTOS ÈTICOS Y RELACIONALES EN LA ATENCIÓN DE LA PERSONA

Nº	ÁREA RELEVANTE	CRITERIO	Estándar
17	Satisfacción del usuario	El dispositivo realiza periódicamente la valoración del grado de satisfacción de los usuarios	100%
18A	Aspectos éticos	El centro dispone de un código ético de la organización	100%
18B		El centro desarrolla instrumentos que ayuden a garantizar el abordaje de los temas éticos en la práctica diaria de la organización	90%
19	Confidencialidad de la información	La entidad dispone de un protocolo para preservar la confidencialidad de la información	100%

## Dimensión 3: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL DISPOSITIVO

Nº	ÁREA RELEVANTE	CRITERIO	Estándar
20	Gestión	Los dispositivos de drogodependencias tienen definida la cartera de servicios que ofrecen a la comunidad	90%
21	Gestión	El centro tiene definidos los principales procesos organizativos del recurso	90%
22	Gestión	El personal de las CT y PR aplica la metodología de mejora de la calidad y lleva a término proyectos de mejora utilizando la metodología más adecuada	75%
23	Gestión	El recurso dispone de un proceso sistemático de evaluación de resultados que incluye la existencia de un cuadro de mando de indicadores de las áreas de atención y de gestión	80%
24A	Formación continuada	El dispositivo tiene un sistema de gestión de actividades formativas para los profesionales	80%
24B		Los profesionales realizan actividades formativas con el fin de actualizar sus conocimientos y mantener y mejorar su competencia profesional relacionada con el trabajo	70%

Nº	ÁREA RELEVANTE	CRITERIO	Estándar
25	Recursos humanos	La organización valora de manera periódica el grado de satisfacción de sus trabajadores, con tal de identificar oportunidades de mejora en el recurso	100%
26	Recursos humanos	La estabilización de los equipos es adecuada para dar respuesta a las necesidades de los usuarios y ayudar a favorecer la continuidad de la atención	100%

## Dimensión 4: COORDINACIÓN CON OTROS SECTORES Y ENTIDADES

Nº	ÁREA RELEVANTE	CRITERIO	Estándar
25	Recursos humanos	La organización valora de manera periódica el grado de satisfacción de sus trabajadores, con tal de identificar oportunidades de mejora en el recurso	100%
27A	Coordinación	El dispositivo tiene definido el sistema de coordinación con las diferentes entidades y organismos sociales para mejorar la continuidad de la atención y la gestión de los soportes que requiere la persona.	90%
27B		El dispositivo tiene definido el sistema de coordinación con las diferentes entidades y organismos de salud para mejorar la continuidad de la atención a la persona.	90%

## Dimensión 5: ENTORNO DE LA ATENCIÓN

Nº	ÁREA RELEVANTE	CRITERIO	Estándar
28A	Infraestructuras	El dispositivo cuenta con unas instalaciones adecuadas a los objetivos del programa	90%
28B		El dispositivo cuenta con unas instalaciones confortables	90%

#### 4. Qué recursos hemos necesitado?

1. Hemos necesitado recursos humanos. Se liberó a una persona, con formación previa en calidad, para ejercer las funciones de responsable de calidad de la entidad
2. Se contrataron los servicios de una asesora externa.
3. Recursos económicos (se pidió una subvención a la fundación Luís Vives)
4. Tiempo - tanto para las reuniones con el sector para establecer los indicadores junto con la Administración, como tiempo de revisión de nuestros propios protocolos, registros, manuales,...- y , evidentemente, el tiempo no solo tiene un precio, sino se lo hemos de poner!

#### 5. Ventajas de la implantación de un sistema de gestión de la calidad

- ♦ Optimizar los recursos, el tiempo y las capacidades de las personas
- ♦ Implicar a todas las personas de la entidad en un proyecto común
- ♦ Garantizar la Calidad del servicio
- ♦ Implementar la mejora continua
- ♦ Mejorar el clima relacional
- ♦ Evitar repeticiones, simplificar trabajos y propiciar la mejora continua
- ♦ Asegurar la continuidad del servicio

##### Dificultades encontradas

- ♦ La implantación de un S.G.C. supone un cambio cultural dentro de la organización.
- ♦ El cambio cultural implica también el cambio en algunos hábitos de trabajo.
- ♦ Vencer la resistencia a los cambios.
- ♦ Requiere un importante esfuerzo inicial.
- ♦ Necesidad de más recursos humanos.
- ♦ Coste de la Consultora y de la auditoria de Certificación.
- ♦ Dificultades de interpretación y adecuación de algunos elementos y requisitos de la norma ISO para su aplicación en nuestros servicios.
- ♦ Presiones para cumplir los plazos previstos en los acuerdos con la consultora

#### 6. Resultados

- ♦ Participación activa de las personas durante la implantación del S.G.C.
- ♦ Identificación de los procesos esenciales de la entidad

- ♦ Se ha determinado la secuencia e interacción de los procesos para cada uno de los servicios que se han certificado
- ♦ Definición de Indicadores
- ♦ Se ha realizado un seguimiento y medición de los indicadores
- ♦ Se ha puesto en marcha la revisión del S.G.C. y la mejora continua de sus procesos
- ♦ Un valor añadido de mayor cohesión del equipo consecuente a su implicación en el proyecto.
- ♦ Mejor conocimiento de las entidades del sector.
- ♦ Establecimiento de indicadores de calidad mínimos, iguales para todo el sector: avance en un lenguaje común e interrelación entre los centros y profesionales

# 5

El modelo de calidad aplicado  
en PATIM

J. Francisco López y Segarra  
Presidente de PATIM

## El modelo de calidad aplicado en PATIM

Durante los últimos años el concepto "calidad" se está implantando dentro del Tercer Sector como una estrategia de trabajo. Comienza a ganar protagonismo y a generar cambios significativos en las entidades. Algunas organizaciones sociales españolas han comenzado a utilizar ciertos modelos de gestión de calidad y de mejora de sus procesos de prestación de servicios, frente a la creciente demanda sobre el control del gasto público y sobre la mayor eficacia y eficiencia posible en las intervenciones que se realizan en el campo de la acción social. Su aplicación supone una apuesta a medio plazo que permite mejorar y afianzar valores sobre los que descansa la estructura de cualquier Organización No Lucrativa. Pero no sólo proporciona solidez, también aporta un valor añadido: confianza.

Ya no resulta extraño encontrar foros en los que se debaten los modelos aplicables o entidades especializadas en este campo. No obstante, hace apenas diez años su presencia se vinculaba casi de forma exclusiva al sector empresarial. En el caso de PATIM, desde 1987 se están llevando una serie de acciones encaminadas hacia el mismo objetivo: mejorar la calidad en sus procesos y servicios, puesto que consideramos necesario garantizar la mayor satisfacción posible a los beneficiarios de los servicios de acción social.

La implantación de un sistema de calidad en la organización requería un proceso previo de autoevaluación, un cambio de filosofía en la metodología de trabajo y en el modelo de gestión que estaba desarrollando la entidad. Este proceso se inició de la mano de Fundar que estaba desarrollando el proyecto "Solidaridad+Calidad" cuyo objetivo era promocionar la elaboración de un Plan de Fortalecimiento Organizativo para diferentes entidades de la Comunidad Valenciana que trabajasen en el tercer sector. PATIM fue una de las entidades participantes en el proyecto y desarrolló dicho plan como resultado a un proceso de autoanálisis exhaustivo llevado a cabo en todas las áreas de la entidad. Los expertos encargados de diseñar la metodología de análisis y evaluar los resultados obtenidos en todas las entidades participantes en el proyecto fueron profesionales de la Fundación Luis Vives. Fueron los encargados de prestar apoyo, asesoramiento y asistencia técnica a las organizaciones participantes en la convocatoria con el fin de elaborar un proyecto para mejorar la gestión de dichas entidades, pretendiéndose, como objetivo último, aumentar el conocimiento y las buenas prácticas en la implantación de modelos de gestión de la calidad en estas organizaciones.

Estos expertos revisaron el funcionamiento de 4 áreas de trabajo en la entidad: legal,

fiscal, organizativa y social, oportunidades en Europa y, en base a los datos analizados, elaboraron el Plan de Fortalecimiento Organizativo de PATIM. Internamente, el haber participado en esta profunda tarea autoevaluativa, permitió conocer a PATIM que la entidad había alcanzado la suficiente madurez organizativa para abordar los retos que suponía la implantación de un sistema de calidad.

Tras la elaboración del Plan de Fortalecimiento, los profesionales de PATIM iniciaron un proceso formativo que les familiarizase con los conceptos manejados en calidad y les aportara criterios para elegir el modelo de gestión de calidad más acorde a la filosofía y objetivos de la entidad. Se buscaba un modelo que se centrara en la persona y por ello se optó por la certificación del servicio en lugar de certificar la calidad existente en la entidad como totalidad.

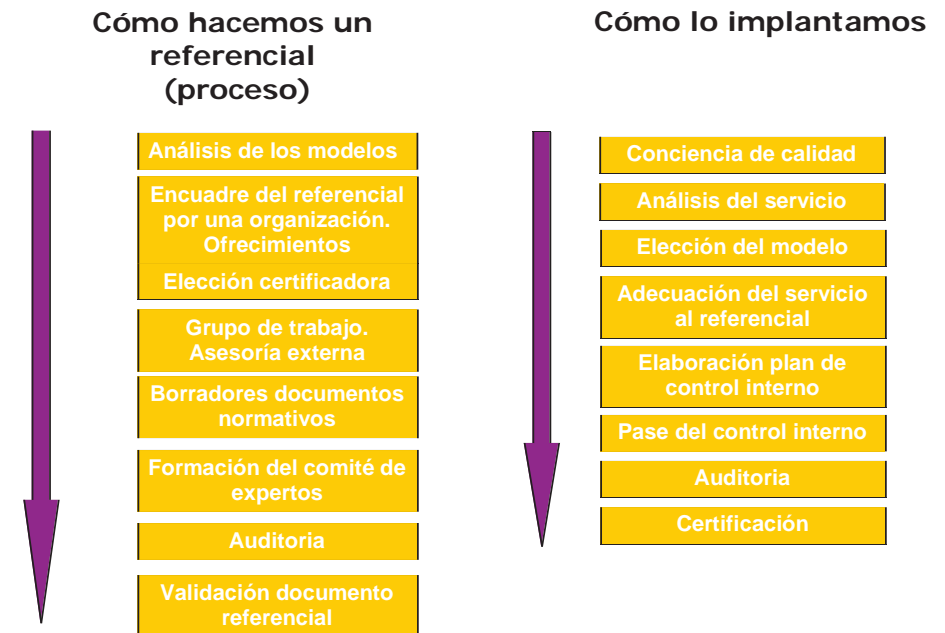
El proceso de certificación de calidad en los servicios se debía llevar a cabo de forma gradual, iniciándose con el recurso de prestación de servicios que contaba con mayor trayectoria, el centro de día. El paso siguiente, una vez tomada esta decisión, consistía en revisar el material existente sobre calidad en este tipo de servicios. Al no encontrar material que se adecuase a la realidad del funcionamiento y características presentes en un recurso de centro de día de tratamiento en adicciones, se optó por elaborar un referencial de calidad específico para este tipo de recursos. El marco en el que se desarrolló el referencial fue la Asociación Española de Centros de Día de Dependencias (ASECEDI), dado que esta plataforma recogía las opiniones y necesidades de un gran número de recursos con características similares orientadas a la calidad de servicio al usuario/paciente.

Durante los últimos años, PATIM ha apostado por el estudio de referenciales de calidad propios, dada la inexistencia de este tipo de certificaciones aplicables a los centros especializados en adicciones. Para ello, se contactó con una empresa especializada y se tomó como base la normativa ISO, que permite elaborar estos referenciales bajo la supervisión de un consejo de expertos, encargado de validarlos. Como resultado de este proceso, el 31 de mayo de 2005 el centro de día de PATIM se convirtió en el primer centro de adicciones en el estado español que obtiene un certificado de calidad Qualicert. El pasado 14 de febrero se validó el referencial de calidad para la Comunidad Terapéutica de PATIM y el siguiente paso que ya está en marcha es adaptar este proceso a la UVAD, la Unidad de Valoración y Apoyo en Drogodependencias.

Pero ¿qué es la certificación Qualicert? Se trata de la marca de Certificación de Servicio de SGS, un organismo de certificación del grupo SGS, fundado en 1987, que está presente en 140 países y cuenta con más de 2.200 centros certificados. Esta certificación de servicio está regulada además, a través de la norma europea EN

45001, según la Guía ISO 65. En la actualidad, numerosas empresas cuentan con este mismo estándar de calidad: el Balneario de Lanjarón, American Express de España SA, CEPSA, Carrefour, Amena, Vodafone o la Universidad Europea de Madrid, entre otras. Todas estas empresas y entidades han tenido que superar un riguroso proceso antes de obtener la certificación. Han pasado un programa de Certificación de Servicio, que es la actividad mediante la cual una tercera parte independiente certifica que un servicio es conforme a las características definidas en un Referencial o Documento Normativo. La Certificación de Servicio se basa en un Documento Normativo que contiene las características certificables del servicio y el plan para verificar el cumplimiento de las mismas. Para la concesión de la certificación QUALICERT es necesario superar una auditoria realizada por el Organismo Certificador y, posteriormente, revisiones anuales para su mantenimiento.

El proceso para realizar un referencial e implantarlo es el siguiente:



PATIM cuenta con dos certificaciones y en cada una de ellas se especifican de forma clara cada uno de los compromisos que estamos obligados a cumplir para poder renovar este sello de calidad.

En el caso del **Centro de Día** son:

- A. Accesibilidad e Instalaciones adecuadas
- B. Un equipo de profesionales multidisciplinar
- C. Atención y evaluación del usuario / paciente
- D. Realización de técnicas de tratamiento y asistencia de calidad contrastada
- E. Seguimiento de la satisfacción de los usuarios / pacientes
- F. Formación del personal

En el caso de la **Comunidad Terapéutica** son:

- A. Accesibilidad e Instalaciones adecuadas
- B. Un equipo de profesionales multidisciplinar. Formación
- C. Atención y evaluación del usuario / paciente
- D. Realización de técnicas de tratamiento y asistencia de calidad contrastada
- E. Seguimiento de la satisfacción de los usuarios / pacientes

En estos momentos, se están terminando de perfilar las que corresponderá a la Unidad de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD), un servicio especializado en asesoramiento jurídico sobre adicciones. Sus principales características serían:

- A. Accesibilidad e instalaciones adecuadas
- B. Un equipo de profesionales multidisciplinar
- C. Atención y valoración del usuario/beneficiario
- D. Ejecución de las intervenciones
- E. Seguimiento de la satisfacción de los usuarios
- F. Formación de los profesionales

A nivel interno, el proceso ha requerido la implicación de todo el equipo técnico que constituye cada uno de los recursos certificados así como el apoyo de la dirección/coordiación de la entidad. En cuanto a la inversión económica que ha supuesto la obtención de cada referencial -tan sólo se ha contratado una empresa externa (SGS) para auditar el trabajo - el coste total ronda los 6.000 euros por servicio.

Hoy se hace más necesario trabajar con una metodología e instrumentos que contribuyan a la construcción de un sistema de calidad garantizado del servicio prestado. Es evidente que la percepción social de las conductas adictivas ha variado,

el perfil del demandante de tratamiento también; e incluso, existen en el mercado diversas posibilidades de tratamiento, algunas de los cuales tienen un apoyo empírico discutible. Por tanto, y dado el variopinto panorama actual, consideramos que aún se hace más necesario apostar por la calidad en el tratamiento e integración social de personas con problemas de conductas adictivas.

El campo de las adicciones posee sus propios indicadores de calidad y una de las primeras consecuencias que ha generado la puesta en marcha del referencial para centros de día de PATIM es que se ha convertido en el modelo que otras entidades que trabajan en el campo de las adicciones han adoptado para acreditar la calidad de sus servicios.

Se han comentado las dificultades y el esfuerzo que entraña el implantar un modelo de gestión de calidad en entidades del Tercer Sector proveedoras de servicios, dificultades inherentes a la propia naturaleza de los servicios prestados a los usuarios/pacientes y a la relación consecuentemente establecida entre las entidades y sus "clientes". No obstante, hay que destacar las ventajas producidas por la aplicación de políticas de calidad en el Tercer Sector siendo para ello necesario esbozar la evolución que ha sufrido recientemente. En la última década, el Tercer Sector ha cobrado mayor importancia y presencia social. Hoy en día, al referirnos a él también lo hacemos como una fuente de trabajo, con unas características propias y muy bien definidas: independencia, creatividad, riesgo,... Emplea ya a más de 400.000 profesionales asalariados en España, cifra que supera los dos millones de personas si tenemos en cuenta los voluntarios, y representa más de 5% de PIB español. Pero, lo más significativo es que todavía está creciendo al amparo de lo público y lo privado.

Las entidades no lucrativas de acción social tradicionales han experimentado un rápido desarrollo y existe una continua y creciente incorporación en escena de nuevas organizaciones. Este nuevo y dinámico escenario en que se ha convertido el Tercer Sector de Acción Social plantea la necesidad, en los usuarios de sus servicios, de realizar una correcta elección de la organización que cubrirá más eficaz y eficientemente sus expectativas. La implantación de sistemas de gestión de la calidad en las entidades del Tercer Sector de forma relativamente generalizada, permitirá la creación de redes que aglutinen a entidades que posean estos sistemas de gestión, hecho que posibilitará a los beneficiarios conocer las organizaciones que ofrecen mayores garantías en la prestación de servicios. Las ventajas finales obtenidas por los beneficiarios de servicios prestados por entidades de acción social constituyen el criterio primordial y suficiente para justificar la necesidad de aplicar criterios de calidad que regulen el funcionamiento de las entidades pertenecientes al Tercer Sector. Entre las ventajas obtenidas por los beneficiarios podríamos destacar la profesionalización y homogeneización de los servicios.



La gestión e implante de sistemas de calidad en el ámbito de las adicciones es un objetivo a alcanzar, que garantiza unos servicios y prestaciones a los pacientes y unas exigencias a la organización promotora de obligado cumplimiento, certificado por un comité de expertos ajenos a la organización. La obtención de un sello de calidad implica una continuidad de los compromisos adquiridos, auditados regularmente tanto interna como externamente y estableciendo las acciones de mejora que correspondan. Esto supone una información transparente que garantiza unos mínimos de atención y compromisos de la organización con el cliente.

El carácter competitivo de los mercados privados de servicios sociales afecta también a las entidades no lucrativas, haciendo que su supervivencia como prestadores de servicios dependa, en gran medida, de su grado de innovación y de la calidad de sus servicios. Un sistema de gestión de la calidad puede potenciar y defender la identidad del Tercer Sector frente a la identidad del sector empresarial.

# 6

## Estudio de la Calidad del servicio de la UAD de Granadilla de Abona en Tenerife

Juan Carlos Fernández Molina, Farmacéutico, servicio de Farmacia y Laboratorio, UAD Granadilla, Tenerife.  
Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD).

## Estudio de la Calidad del servicio de la UAD deGranadilla de Abona en Tenerife

### Justificación y Objetivos

- ♦ Objetivo principal del estudio.  
El objetivo principal con el que se plantea esta investigación es conocer la percepción que los usuarios tienen de la calidad de este servicio.

Para ello se ha tratado, en primer lugar, de conocer cuáles son las principales deficiencias de dicho plan, en lo que a la calidad del servicio se refiere, a través de una encuesta a los usuarios. Profundización que nos ha llevado, en segundo lugar, a conocer las causas y motivos que llevan al usuario a percibir tales deficiencias.

Por último, tal como queda reflejado al final de este informe, se han propuesto una serie de pautas para eliminar los puntos débiles de los servicios, alcanzando con ello un grado óptimo de calidad.

- ♦ La calidad desde el punto de vista del usuario.  
Un servicio social pretende producir un bien para su usuario pero, además, debe dejarle satisfecho: en ello consiste la calidad en el servicio. Y es que los usuarios no van a evaluar esa calidad valorando únicamente el resultado final, sino que también toman en consideración el proceso de recepción del mismo.

Las percepciones que los usuarios tienen de la calidad de un servicio, se establecen en función de cómo realiza el técnico la prestación, en contraste con las expectativas del usuario tenía respecto a este servicio. Y es que el usuario de un servicio crea una serie de expectativas en función de sus necesidades personales, de lo que escuchan a otros usuarios, de las experiencias que se han tenido con el servicio y de la proyección externa del mismo. Por ello, si lo que se pretende es tener un buen nivel en lo que a la calidad del servicio prestado se refiere, lo principal es conocer cuáles son estas expectativas.

Hacia esas expectativas habrá que orientar el trabajo de las personas que realizan el servicio, los equipos que apoyan la realización de los mismos y el entorno físico en el que se desarrolla la prestación. Cualquier error en alguno de estos tres pilares básicos afectará directamente a la calidad del servicio prestado.

## Sujetos objeto de estudio (Población y muestra)

El universo o población objeto de estudio en esta evaluación va a estar constituida por los usuarios adscritos a la UAD (Unidad de Atención a las Drogodependencias) de Granadilla de Abona. Tenerife, dependiente de la asociación ANTAD acreditado por la Dirección general de Atención a las Drogodependencias del Gobierno de Canarias.

La teoría de muestras, teoría utilizada en estadística para la selección de muestras representativas, recomienda no seleccionar muestra en aquellos casos en que la población objeto de estudio cuente con menos de 500 individuos. Éste es nuestro caso, pero aquí habría que hablar de muestra accesible. Resultaba imposible entrevistar a todos los usuarios. Esta imposibilidad se ha debido, sobre todo, a que las entrevistas fueron realizadas en las dependencias del centro y la asistencia al mismo es totalmente irregular.

Por todo ello, y con un nivel de confianza del 95.5 % y un error muestral de + - 4.6 %, se ha seleccionado una muestra de 225 individuos. La selección de los mismos se ha realizado aleatoriamente en función de su asistencia al centro y teniendo en cuenta todas y cada una de las variables independientes.

## Descripción del material y método empleado

- ♦ Modelo de evaluación.  
Toda evaluación se va a caracterizar por tener un fin eminentemente instrumental, con el único propósito de mejorar una serie de prácticas que, en consecuencia, mejoren la calidad del servicio.

Esta evaluación está centrada en la calidad. Calidad que, en los servicios asistenciales, se ha tendido a desglosar en tres ejes (Silva y cols, 1991):

- 1) el primero hace referencia a las estructuras que debe soportar el servicio y todo lo relativo a ellas;
- 2) el segundo eje está referido a los elementos relativos al mismo proceso de prestación del servicio;
- 3) y en el tercero están los elementos que determinan la calidad percibida, los procesos perceptivos.

Es, pues, el tercero de estos tres ejes, el objeto de este estudio evaluativo.

Se ha evaluado la percepción que los usuarios del servicio tienen de la calidad de este servicio. Percepción que, lejos de adoptar criterios técnicos, ha estado referida al ámbito de la accesibilidad, la comunicación, la cortesía, la seguridad, y la eficiencia y la efectividad (dimensiones recogidas en el modelo SERVQUAL de Berry, Parasuraman y Zeithaml).

- ♦ Diseño del cuestionario

El cuestionario utilizado en la evaluación ha sido diseñado en función de los cinco criterios señalados en el apartado anterior (empatía, capacidad de respuesta, seguridad, fiabilidad y elementos tangibles) y que forman el modelo SERVQUAL. Modelo que nos va a permitir obtener la información necesaria sobre la calidad del servicio.

Las variables dependientes, objeto de estudio, van a estar constituidas por las dimensiones recogidas en el modelo referido (tabla1).

Las variables independientes regulan las opiniones en función de determinadas características de los usuarios. En este estudio van a considerarse como tales:

- droga por la/s que acude al tratamiento
- recepción de tratamiento previo
- sexo
- edad

**TABLA 1**

### Accesibilidad

- ubicación del servicio
- acceso físico y telefónico
- tiempo de espera
- horario

### Comunicación

- explicación
- escucha
- comprensión del lenguaje

### Comprensión del usuario

- preocupación por los problemas del usuario
- interés por las opiniones de los usuarios
- contexto situacional de la comunicación

### Cortesía

- trato afable del personal
- consideración hacia el usuario

### Cortesía

- trato afable del personal

**Empatía**

-consideración hacia el usuario  
**Capacidad de respuesta**  
 -temporalidad de las respuestas

-agilidad en los trámites  
 -disponibilidad  
**Capacidad de respuesta**

**Credibilidad**  
 -conocimientos demostrados por el personal  
 -confianza transmitida

**Profesionalidad**  
 -habilidades del personal para realizar el servicio  
**Seguridad**

-coordinación del equipo  
**Seguridad**  
 -confidencialidad  
 -inexistencia de riesgos

**Fiabilidad**  
 -cumplimiento de las promesas  
 -interés de solución de problemas por parte del personal  
**Fiabilidad**

-buen servicio prestado a la primera  
 -solución de errores

**Elementos tangibles**  
 -aparición de las instalaciones  
 -comodidad  
 -limpieza  
 -decoración  
**Elementos tangibles**  
 -materiales de comunicación (revistas, folletos, carteles...)

## Resultados obtenidos

### Introducción

Este servicio se encuentra acreditado como Centro Especializado en trabajo de las drogodependencias y se encuentra dentro de la Red de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias del Gobierno de Canarias.

### Resultados

El perfil del sujeto medio de esta encuesta tiene unas características claramente

delimitadas: es hombre (83,3 %) con una edad comprendida entre 18 y 46 años (54 %), teniendo un nivel de estudios de Bachiller Elemental, Graduado Escolar o ESO sin terminar(33,3 %), está en paro (76,9 %) y vive en Arona (99 %).

La evaluación realizada en el Centro ha permitido conocer la percepción que los usuarios tienen del servicio ofrecido. Pero, además, ha dado la oportunidad a un número importante de usuarios de analizar tanto el proceso de prestación del servicio como su situación dentro de él. Habitualmente estos usuarios expresan su opinión en función de un análisis transversal (análisis del momento actual), de ahí la variabilidad en sus opiniones.

Este estudio evaluativo les ha permitido realizar un análisis longitudinal (análisis a lo largo del tiempo) que, en la mayoría de los casos, no se había realizado. A la vista de los resultados, las principales deficiencias en lo que se refiere a la calidad de la prestación del servicio van referidas a dos de las cinco áreas de estudio: la empatía y la capacidad de respuesta. Recordemos que, junto a ambos criterios, han sido evaluados los elementos tangibles, la fiabilidad y la seguridad del servicio.

En la primera de las áreas referidas, la **empatía** -entendida como la accesibilidad a los servicios y la buena atención- las deficiencias no giran en torno al acceso físico al centro o a los terapeutas, sino al acceso a los propios servicios. En este sentido comprobamos cómo un 69 % de los usuarios sabía donde estaba ubicado el centro y un 28 %, a pesar de no saberlo, se informó y lo encontró fácilmente, siendo éstos últimos, en su mayoría, los derivados por los servicios sanitarios.

El porcentaje de usuarios que han intentado contactar con los terapeutas, tanto telefónica como personalmente sin cita, ha sido de un 59 % y 76 % respectivamente. El contacto telefónico les resulta fácil a la mayoría (46 %); en la misma opción de respuesta -"fácil"- se posicionan la mayoría de los usuarios en lo referido al contacto personal sin cita (34 %), aunque hay que destacar que esta variable recibe también porcentajes significativos en aquellas categorías de respuesta que expresan la dificultad del contacto.

De otro lado, cabe señalar, que el horario del centro es percibido por un 72 % de los usuarios como bueno. El porcentaje de aquéllos que lo consideran malo es muy bajo (9 %), pero hay que destacar que estos - en su mayoría - son usuarios que están trabajando. Para el 19 % restante el horario del centro le es indiferente.

La principal deficiencia de esta dimensión es la constituida por la variable "tiempo de espera desde que se realiza la petición de asistencia terapéutica hasta que se recibe en una primera cita". El 29 % de los usuarios del servicio se posiciona en una opción intermedia ("ni mucho ni poco tiempo"), seguida muy de cerca (27 %) por la opción "mucho tiempo". Se ha recibido quejas, asimismo, sobre la dispersión de las citas en el tiempo, con una media actual que va

de las dos a las tres semanas. Otro de los aspectos negativos de la calidad de este servicio es el referido a la consideración con el usuario. Consideración referida, en este estudio, a la puntualidad en las citas y a la notificación de cambios en el horario de consulta. Es, sobre todo, la impuntualidad la causante de que un 62 % opine que no existe la consideración antes mencionada.

Las variables que recogen las distintas opiniones en torno a la comunicación terapeutas-usuarios han sido valoradas de una forma muy positiva por los últimos. Un 45 % opina que los terapeutas se esfuerzan por explicar las cosas con claridad de tal forma que comprenden lo que les dicen; el 44 % cree que los terapeutas les escuchan cuando ellos hablan; un 39 % creen que se preocupan por los problemas de los usuarios y el 40 % mantiene que los técnicos del Equipo se interesan por saber cuáles son sus opiniones. El único aspecto que merma la calidad del servicio en cuanto a comunicación son las constantes interrupciones, sobre todo telefónicas, que considera un porcentaje mayoritario (46 % se posiciona en las opciones más negativas) se producen a lo largo de la consulta. Contrasta este hecho con que a la mayoría de los usuarios les resulte fácil el acceso telefónico a los terapeutas.

Por edades, los más críticos en el ámbito de la empatía, son los usuarios mayores de 46 años y los más jóvenes, los menores de 25 años. En función del programa al que están adscritos son los del grupo de abstinentes y los usuarios Con contrato de trabajo estable los que presentan más quejas a este respecto. Cabe destacar, a su vez, una relación lineal entre la fecha de admisión a tratamiento y las opiniones desfavorables: a mayor antigüedad, opiniones más desfavorables.

Una segunda área sobre la que los usuarios muestran, en mayor medida, su descontento, es la **capacidad de respuesta**; área que evalúa la disposición y disponibilidad de los técnicos para prestar un servicio y la rapidez del mismo. Un porcentaje considerable de usuarios (32 %) opinan que debería haber más celeridad en los trámites y el tiempo transcurrido desde que se realiza una demanda concreta hasta que ésta se satisface es vista por un porcentaje importante de usuarios (34 %) como lentas, pero confirman que, pese a esa tardanza, las respuestas son realizadas. Sin embargo, estos usuarios muestran su satisfacción con la disposición de los miembros del equipo a ayudarles y a responder a sus preguntas: un 43 % opina que esta disposición es patente siempre y el 36 % que la mayoría de las veces. Cosa que no ocurre en el servicio de dispensación de metadona, respecto a que los usuarios presentan un número importante de quejas.

Áreas como la seguridad en la que se evalúan los conocimientos y habilidades mostradas por lo terapeutas para inspirar confianza y credibilidad y la fiabilidad a la hora de realizar el servicio son evaluados de una forma positiva por parte de los usuarios. La **seguridad** transmitida por los técnicos del equipo, los conocimientos demostrados y la confianza que inspiran los terapeutas obtienen porcentajes mayoritarios en las opciones de respuestas

más positivas. Otro de los aspectos que se evalúa dentro del área de la seguridad es la coordinación que perciben entre los miembros del Equipo Terapéutico. El 82 % opina que sí existe coordinación; coordinación que, valorada en una escala del 1 al 5, ha obtenido una media de 3,35.

La **fiabilidad** ha sido evaluada en función del cumplimiento de las promesas, de la sinceridad en cuanto al interés en resolver los problemas y de la ausencia de errores. Cada una de estas variables obtiene resultados muy positivos en el cuestionario. Asimismo, el 40 % de los usuarios, han manifestado que, en caso de cometer algún error, los terapeutas se han preocupado de arreglarlo rápidamente.

Los **elementos tangibles** constituyen la segunda área considerada por los usuarios, en una valoración general, como la de peor funcionamiento. Pese a ello debemos recordar que esta área es, para los usuarios de este servicio, la que tiene menor importancia. Debido a este hecho, las deficiencias manifestadas a este respecto no son contundentes. En resumen, y a la vista de los porcentajes obtenidos, los usuarios no consideran que éstas sean malas, pero señalan que podrían estar mejor, sobre todo en lo que concierne a la comodidad. Los materiales de comunicación (carteles, folletos, revistas,...) al servicio de los usuarios han sido utilizados por el 80 %; de los cuales un 56 % los considera de utilidad frente a un 38 % que no lo hace (6 % ns-nc).

Cabe destacar que las variables sexo y recepción de tratamiento previo -ambas variables independientes- no condicionan las respuestas de los usuarios respecto a la calidad del servicio.

En una **valoración general**, efectuada al final del cuestionario, el usuario ha tenido la oportunidad de elegir el área que considera funciona mejor y peor en este centro, así como la que considera más importante, la que más valora.

La considerada de más importancia, la seguridad, coincide con la que perciben que funciona mejor en este centro. Es por ello por lo que, de una forma global y excluyendo las deficiencias anteriormente señaladas, los resultados son favorables en lo que a la calidad del servicio se refiere. Sin embargo, la segunda área que se considera más importante, la capacidad de respuesta, es la que estos usuarios consideran que funciona peor. Habría pues que centrar nuestra atención en ella y en la empatía, tercera área que peor funciona según los usuarios, si lo que se pretende es mejorar la calidad del servicio ofrecido.

Asimismo, los usuarios han podido evaluar a los profesionales que forman el Equipo Terapéutico de la UAD en función de cinco criterios:

Profesionalidad: evaluación del profesional según desempeña su trabajo.

Capacidad de escuchar: capacidad del terapeuta para prestar atención y escuchar al usuario.

Capacidad de transmitir: capacidad del terapeuta para comunicarse con el usuario.  
Amabilidad: trato afable.  
Sinceridad: veracidad.

A la vista de los resultados, concluimos que la labor de estos profesionales es satisfactoria y que las quejas en torno al servicio no van tanto orientadas a ellos como a los procedimientos que ponen en práctica. De todos modos considero que se ha producido una sobreestimación al valorar a cada profesional. Este hecho se deduce de que tres de los criterios evaluados -capacidad de escuchar, capacidad de transmitir y amabilidad- constituyen los tres pilares esenciales de la variable "trato por parte de equipo", entendiendo el trato como "conversar, tener comunicación, de tal forma que se proceda, bien o mal, con una persona".

La variable "trato por parte del equipo" ha obtenido una puntuación media de 6,34, mientras que la media de estos tres criterios de cada uno de los profesionales va desde un 6,54, la puntuación más baja, a un 8,59 la más alta.

### Conclusiones finales

La calidad del servicio, desde la óptica de las percepciones de los usuarios, puede ser definida como: "la amplitud de la discrepancia o la diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los usuarios y sus percepciones". De ello se deduce que un alto nivel de calidad en el servicio consiste en igualar o sobrepasar las expectativas que el usuario tiene respecto al servicio. De momento, y por lo que se desprende del sondeo realizado, el servicio prestado por la UAD de Granadilla, salvo en aspectos muy concretos, es bueno.

Pero lo que realmente nos interesa son esos aspectos concretos en los que el servicio presenta deficiencias y pasar de ofrecer un "buen servicio" a un "muy buen servicio" en lo que se refiere a la calidad de esa prestación.

- El primer paso en la realización de un servicio de alta calidad pasa por una comprensión de las expectativas de los usuarios. Comprensión que nos llevará a conocer aspectos de suma importancia para ellos, como la reinserción laboral de los rehabilitados, tema que les preocupa enormemente. Hay que determinar, por tanto, cuáles son sus necesidades y para ello abogamos por un diálogo constante entre las distintas competencias en servicios Sociales, Trabajadores/as del Equipo terapéutico y usuarios del servicio. Una parte del proceso para mantener este contacto es atender a sus reclamaciones. **No podemos olvidar que el usuario es una magnífica fuente de información sobre cómo se está realizando la prestación de un servicio.** Este interés demostrado por el equipo no hace más que aumentar la percepción favorable que el usuario pueda tener si se toman en cuenta sus

opiniones. Una queja constante que se ha visto reflejada en la pregunta abierta hecha a los usuarios al final del cuestionario ("observaciones sobre la calidad del servicio") es el distanciamiento de los terapeutas respecto a la experiencia directa con el problema, y la necesidad manifiesta de tomar en consideración las opiniones de ex-toxicómanos que sí han pasado por esta situación.

- Una de las deficiencias más importantes que afectan a la calidad del servicio en este centro es la concerniente a la realización del mismo. Es decir, los terapeutas no tienen la capacidad para que la prestación del servicio alcance los niveles de calidad deseados. Y es que mantener la calidad de un servicio no depende únicamente de comprender los deseos de los usuarios y establecer normas apropiadas, sino también de mantener una fuerza de trabajo dispuesta y con capacidad para ofrecer un buen servicio. Esta capacidad se ve mermada por los conflictos funcionales que experimentan los profesionales que forman el Equipo Terapéutico. Estos conflictos funcionales se traducen en la percepción de que no pueden satisfacer las demandas de todas las personas a las que deben atender. La mayoría de las quejas van referidas a este respecto: retrasos en las citas, dispersión de citas en el tiempo, larga espera para realizar los controles, Y es que a la vista de los datos proporcionados por el centro, la demanda no hace más que aumentar desde la institución del servicio. La demanda crece a un ritmo más rápido que la asistencia. Ello se ve acentuado por el bajo número de usuarios que reciben el alta terapéutica: se produce, pues, un estancamiento de esta población.

Los conflictos funcionales son, además, causantes de una serie de situaciones que merman la calidad del servicio.

Un aspecto resaltado por los usuarios son las constantes interrupciones, telefónicas sobre todo, mientras se desarrolla la prestación del servicio, o el tiempo de desayuno de los profesionales.

Asimismo, un número elevado de usuarios atendidos por terapeuta puede llevar a una despersonalización del servicio. Las tareas se vuelven rutinarias y los terapeutas tienden a ver a los usuarios como meros casos, sin ofrecer la atención personalizada que estos demandan.

- De importancia, en este ámbito, es la comunicación entre terapeutas y de éstos con la dirección. El diálogo constante sobre la calidad del servicio que prestan y las condiciones en las que trabajan ayudarán, sin duda, a mejorar la calidad.
- La calidad de un servicio y la prestación del mismo dependerá, asimismo, de la receptividad de los usuarios. Debido a las características de la población a la que presta el servicio este equipo, la dificultad para proporcionar una alta calidad es mayor, debido, sobre todo, a que estos usuarios no cumplen realmente con el papel que les corresponde

en la prestación. Hay, por tanto, que implicar al usuario en su propio tratamiento; mostrarle que él es un terapeuta más en su propia rehabilitación. Para ello hay que hacerle ver que sus opiniones se tienen en cuenta a la hora de tomar una decisión respecto a su tratamiento.

Un aspecto muy positivo en este sentido -sobre todo por el bajo nivel de formación de la población referida- es la utilización de símbolos que muestren el compromiso que ha asumido la dirección del servicio y el equipo encargado de prestarlo con la calidad. Buena muestra de ello sería la instalación de un "buzón de sugerencias" en las dependencias del centro.

- Finalmente, señalar la necesidad de concienciar al personal involucrado en la prestación del servicio de la importancia de la alta calidad en el mismo. Se han de determinar previamente qué pautas contribuyen a aumentar la calidad y, posteriormente, ponerlas en práctica.

Compartir los resultados de esta investigación -así como los resultados de investigaciones posteriores- con los miembros del equipo, ha de reportar enormes beneficios en lo que a la calidad del servicio se refiere, ya que éstos son los que están en mejor disposición de satisfacer las expectativas de los usuarios.

### Referencias Bibliográficas

- "La evaluación de programas en drogodependencias". Vol. I yII. Grupo interdisciplinar sobre drogas. Madrid, 1994.
- "Psicología comunitaria". Cap.IV: "Evaluación de programas". Antonio Martín González, Fernando Chacón Fuertes y Manuel Martínez García. Edit. Textos Visor. Madrid, 1988.
- "El arte de la encuesta". Y. Harvatopoulos, Y.-F. Livan y Ph. Sarnín. Ediciones Deusto. Bilbao, 1992.
- "Metodología de investigación cualitativa". José Ignacio Ruiz Olabuénaga. Edit. Universidad de Deusto. Bilbao, 1996.
- "Socioestadística: Introducción a la estadística en Sociología". Manuel García Ferrando. Alianza Universidad Textos. Madrid, 1989.
- "Metodología de la evaluación de programas". Francisco Alvira. Centro de investigaciones sociológica. Madrid, 1991

# 7

## Construyendo desde unos valores

Mirko Gerolin  
Gerente de Gizardatz

## Construyendo desde unos valores

### 1. ¿ Por qué un código ético?

Hoy en día términos como calidad, ética, valores,... son utilizados con bastante frecuencia en las organizaciones. Algunos de ellos nacen en el ámbito de las empresas, otros son más propios de disciplinas como la filosofía pero todos ellos pretenden orientar el desarrollo organizacional buscando la coherencia entre lo que decimos que hacemos y lo que hacemos realmente, entre lo que decimos que somos y lo que somos en realidad, entre lo que deseamos ser y lo que hacemos cada día para lograr esta meta.

El tercer sector no solo no es ajeno a estas tendencias sino que por sus características e identidad encuentra en ellas una manera natural de hacer explícitos sus valores en las diferentes actuaciones que desarrolla. Esto es particularmente relevante teniendo en cuenta el papel que este sector desarrolla en la sociedad del bienestar de nuestros días. Aspectos como su carencia de ánimo de lucro, su finalidad altruista y su trayectoria histórica en la prestación de servicios y en la defensa de los derechos de las personas, le confieren un importante papel en la construcción del cuarto pilar del estado del bienestar.

El rápido crecimiento de los servicios sociales en los últimos años ha ido acompañado de un crecimiento exponencial del tercer sector en su faceta de prestador de servicios. Este crecimiento, puede llevarle a la pérdida de sus señas de identidad, de sus principios y de sus valores si no genera dinámicas de funcionamiento capaces de cuidarlos y mantenerlos vivos. Por lo cual, es necesario hacer frente a los nuevos retos desde una identidad clara y coherente.

Los códigos éticos son sistemas normativos que recogen creencias y valores propios de la cultura organizacional y a través de ellos una entidad orienta sus actuaciones. Por eso, en el procedimiento mismo a través del cual se elabora un Código Ético podemos ver la existencia de unos valores y no de otros. El nivel de participación o la forma de adoptar decisiones (por consenso o por mayoría) dejan entrever la existencia de una determinada cultura; y si bien es cierto que no existe una cultura organizacional mejor que otra, es importante articular funcionamientos que orienten la entidad desde un principio de coherencia ya que de lo contrario obtendremos resultados inesperados y no sabremos a que obedecen.

Un Código Ético es una herramienta dinámica y por tanto ha de ser revisada y adaptada a las nuevas necesidades. Se trata de una norma que recoge únicamente



aquellos aspectos de la cultura organizacional que queremos potenciar o consolidar en un momento determinado para hacer frente a unas debilidades o amenazas concretas. Ha de formar parte de nuestro día a día y por eso es necesario articular dinámicas de funcionamiento que conviertan nuestros principios éticos en acciones. Los resultados de dichas acciones servirán para retroalimentar la cultura organizacional y pasarán a formar parte del sistema de creencias y valores de todas las personas de la organización.

Desde Gizardatz, teniendo en cuenta este enfoque hemos desarrollado una dinámica de trabajo en la cual nuestro Código Ético es un elemento transversal a nuestras actuaciones. Uno de los principales objetivos que nos ha movido a ello es el de promover una cultura organizacional coherente con la identidad del tercer sector a través de un intercambio de buenas prácticas basado en la colaboración y la confianza entre las entidades socias.

En este documento trataremos de explicar quienes somos, ya que ese es el punto de partida para cualquier trabajo en el que se pretendan abordar cuestiones éticas y culturales de una organización o grupo de organizaciones. Posteriormente describiremos la realidad desde la que partíamos a la hora de elaborar nuestro Código Ético. Las amenazas y oportunidades de nuestro entorno y las fortalezas y debilidades de nuestras organizaciones. Expondremos luego los contenidos principales de nuestro Código Ético y finalmente explicaremos el trabajo que estamos realizando a partir de éste.

## 2. Quienes somos

Gizardatz nace en 2003 como la asociación patronal de las organizaciones sin ánimo de lucro que desarrollan sus actuaciones en el marco de la intervención social en Bizkaia.

Tras su nacimiento, empieza a articular relaciones con sus diferentes agentes de interés. Se presenta a entidades del tercer sector, sindicatos y administraciones públicas y comienza a dibujar el escenario de la negociación colectiva de un convenio de ámbito sectorial en Bizkaia. Este trabajo ocupa la practica totalidad de sus recursos durante los primeros años de su andadura. Ya en 2005, con la negociación colectiva bastante avanzada, decide trazar un plan estratégico que de cobertura a las necesidades de sus entidades socias más allá de la propia negociación, asumiendo así un rol más amplio.

Dicha planificación estratégica puso de manifiesto la elevada dependencia

económica del sector con respecto a la Administración Pública, con la cual se mantiene una relación de dependencia más que de colaboración. La relación entre las entidades es asimismo débil y poco consolidada, lo que fragmenta al sector en la defensa de sus intereses ante terceros. Además se ve un claro peligro de mercantilización de la respuesta a las necesidades sociales debido al interés que suscita el crecimiento de las prestaciones y servicios sociales en el sector lucrativo.

Para hacer frente a esta realidad contamos con una importante experiencia como promotores y gestores de servicios sociales. Además nos encontramos muy cerca de las demandas sociales lo que nos permite posicionarnos en una situación de liderazgo frente a terceros y tener un papel protagonista en el proceso de consolidación de los servicios sociales en el estado del bienestar.

Desde esta realidad decidimos que nuestra misión debía ser la de promover condiciones para el surgimiento, la consolidación y la articulación de organizaciones de iniciativa social y apoyar su propuesta de intervención y gestión, algunos de cuyos valores se encuentran expresados en nuestro Código Ético.

Para ello veíamos la necesidad de convertirnos en un referente ante otros agentes sociales y administraciones públicas. Pudiendo así defender el posicionamiento del sector en aspectos que afectan a sus objetivos y dinámicas de funcionamiento y para representarlo en la negociación colectiva.

Los valores que identificamos y que tratamos de poner de manifiesto en nuestras actuaciones son:

- **La Transparencia** en cuanto a los fines sociales de la entidad, a su organización y a su gestión económica, desarrollando para ello un esfuerzo sistemático de **comunicación** interna y externa.
- La promoción de la **participación** en la dirección y gestión de la entidad.
- La **sostenibilidad** desde el punto de vista económico y medioambiental.
- La **confianza y colaboración** como base de la relación entre las entidades asociadas y con otros agentes sociales.

Como consecuencia de esta reflexión Gizardatz decidió que sus actuaciones pivotaran sobre estos tres ejes de acción:

- Regular las relaciones laborales de sector, para lo cual negocia el convenio colectivo y proporciona apoyo técnico a las entidades; asimismo, es el interlocutor con las diferentes Administraciones Públicas de cara a la regulación de políticas laborales a nivel sectorial.
- Promover una gestión coherente de las entidades a partir de nuestro Código Ético, en el que se definen principios de gestión que forman parte de la idiosincrasia de las entidades de iniciativa social.
- Hacer de Gizardatz una comunidad de aprendizaje desde la que se comparta el saber hacer existente en el sector, impulsando y mejorando la gestión de las entidades, fortaleciendo de este modo, las capacidades de las organizaciones miembro (acceso compartido a recursos, herramientas adaptadas de gestión,...)

Hoy en día Gizardatz agrupa a 24 entidades. Entre todas ellas suman un total de más de 1.500 personas contratadas, 2.000 personas voluntarias y gestionan anualmente 37.000.000 € de presupuesto.

### 3. Los fundamentos éticos de nuestro código

Nuestro Código Ético se despliega en ocho apartados que recogen ámbitos especialmente relevantes en el funcionamiento de nuestras entidades:

- Las finalidades de nuestras organizaciones han de enmarcarse en la intervención Social que realizamos tanto sobre las personas que están en situación de exclusión, como sobre las que excluyen y la sociedad en general.
- La ausencia de ánimo de lucro ha de recogerse en los estatutos de la entidad, entendiéndose por lucro la imputación, fuera de los fines de la entidad, de los beneficios percibidos por la asociación por cualquier motivo: contrato, subvención, donación, legado, etc.
- La organización, funcionamiento y participación interna deberá contar con reglamentos de régimen interno y organigramas claros y conocidos por los diferentes agentes que componen la entidad.
- La gestión económica deberá garantizar criterios de sostenibilidad y se deberá realizar bajo el cumplimiento estricto de la legalidad vigente. Para ello se deberán elaborar presupuestos anuales, balances y cuentas de resultados que han de ser aprobados por los órganos de gobierno pertinentes. Las

operaciones financieras, de haberlas, deberán realizarse bajo criterios éticos.

- " La gestión de personas debe realizarse desde principios de responsabilidad social y promoviendo una relación de confianza. El incorporarse a una entidad social implica que la persona que lo hace acepta y asume las finalidades y la utilización de los medios que la entidad propugna.
- Las actividades deben enmarcarse dentro de un programa anual convenientemente planificado, tanto a nivel estratégico como operativo. Participarán en su definición todas las personas de la entidad; será aprobado por el órgano correspondiente y se arbitrarán las medidas adecuadas para su seguimiento y evaluación.
- La comunicación es un elemento transversal a todos los demás y ha de hacerse desde unos principios de transparencia, veracidad y credibilidad. Prestando una especial atención en la comunicación de los fines, las actividades, la gestión económica y la gestión de personas.
- La relación con otras entidades y con la administración pública ha de basarse en la cooperación y en el respeto a la independencia. Las entidades desde su dimensión crítica y de denuncia desempeñan una función y utilidad social que ha de ser respetada y atendida pudiendo coincidir o no, con las administraciones públicas.

### 4. Construyendo desde unos valores

A partir de nuestro enfoque sobre lo que es un Código Ético y para qué sirve, sobre la realidad en la que nos movemos y sobre lo que somos y hacemos, hemos puesto en marcha un sistema de trabajo con el que pretendemos hacer presentes estos criterios éticos en nuestro día a día. Y lo hemos hecho por las siguientes razones:

- Porque los valores que hemos elegido son nuestro elemento diferencial.
- Porque somos parte de un sector que nace de unos valores solidarios que constituyen sus señas de identidad y de no reflejarlos en nuestra manera de hacer las cosas, dejaremos de ser lo que somos.
- Porque una cultura organizacional que no se gestiona ni se cuida, es probable que adopte rumbos que no sean coherentes con nuestras creencias

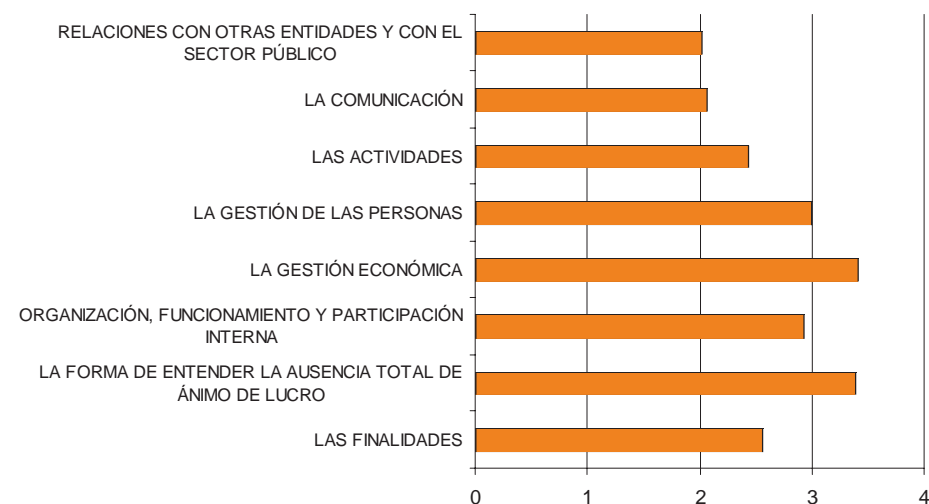
y con nuestros valores lo que hará que nuestras actuaciones y comportamientos no sean los que deseamos.

Para ser coherentes con estos planteamientos, diseñamos un sistema de valoración del grado de aplicación del Código Ético en nuestras entidades socias. Elaboramos así un cuestionario autoadministrable que constaba de ocho partes y una valoración final. Los objetivos de esta evaluación era los de orientar a cada entidad en los aspectos que pudiera mejorar en la aplicación del Código Ético y describir el grado de implantación de éste en nuestro sector.

Pedíamos para ello que las respuestas fueran sinceras y no hicieran referencia a la importancia que cada entidad pudiera dar a las diferentes cuestiones evaluadas o a su intención futura de desarrollarlas, sino a la situación real en la que se encontraba la organización en esos momentos. De no ser así, el análisis de los datos no describiría la situación real y por ende cualquier conclusión basada en ellos quedaría invalidada.

Teniendo en cuenta la amplia perspectiva y conocimiento de la organización que se requería para responder adecuadamente a cada una de las cuestiones, se recomendaba que se contestara de forma colegiada entre varios miembros de la entidad, y que, caso de que se optara por designar a una persona encargada de responder, ésta ocupara el puesto de gerencia o fuera miembro del equipo directivo y que contrastara la información cumplimentada con las personas responsables de las diversas áreas. Finalmente se daban indicaciones sobre como cumplimentar correctamente el cuestionario.

Tras recoger toda esta información elaboramos un informe para cada una de las entidades participantes en el que se ofrecían tanto los datos del sector como la situación particular de cada entidad con respecto a éste. En cuanto a las ocho dimensiones evaluadas en una escala de 0 a 4 vemos las puntuaciones medias del sector en el gráfico siguiente.



Además vimos que los aspectos que más preocupan a las entidades socias de Gizardatz son los siguientes:

- De nuestras finalidades nos preocupa:
  - ♦ Su desconocimiento por parte de la sociedad en general y del ámbito empresarial.
  - ♦ Nuestra escasa capacidad de comunicar hacia fuera del sector lo que somos y hacemos.
  - ♦ Nuestras acciones están poco orientadas hacia las personas que excluyen.
- De nuestra organización, funcionamiento y participación interna observamos que la participación de las personas atendidas y de sus familiares debiera ser mayor.
- En valoraciones finales se apuntó que el conocimiento del Código Ético en las entidades debiera ser mayor.

Los aspectos que mejor funcionan en opinión de las entidades participantes son los siguientes:

- ♦ Nuestras finalidades están definidas dentro de lo establecido en nuestro Código Ético, son coherentes con nuestras acciones y son conocidas por las personas que componen la organización.
- ♦ Se considera importante el capital humano de nuestras organizaciones con especial énfasis en el caso de profesionales y quipo directivo.
- ♦ La gestión económica se basa en presupuestos anuales.
- ♦ El personal directivo cuenta con la información necesaria para realizar su función.

En el cuestionario además de evaluar el grado de aplicación del Código Ético se hicieron dos preguntas:

¿Estaría tu entidad interesada en recibir ayuda para fortalecer aspectos del Código Ético que no estén excesivamente consolidadas en la organización?

¿Estaría dispuesta tu entidad a ofrecer ayuda a otras entidades socias para fortalecer áreas ya consolidadas en tu organización?

De las 22 entidades socias en aquel momento, 9 mostraron interés en facilitar ayuda y en recibirla en los ámbitos en los que existían entidades capaces de ofrecérsela y entidades interesadas en recibirla. En base a esto, en el informe de cada entidad indicamos cuales eran los ámbitos a mejorar y que entidad o entidades podían ofrecerle ayuda.

A modo de Ej:

ASPECTOS MEJORABLES	ENTIDADES QUE PUEDEN FACILITAROS APOYO
<b>Dimensión 3.</b> Organización, funcionamiento y participación interna	Entidad A Entidad B
<b>Dimensión 5.</b> Gestión de las personas	Entidad C
<b>Dimensión 7.</b> Comunicación	Entidad A Entidad P
<b>Dimensión 8.</b> Relaciones con otras entidades y con el sector público	Entidad P Entidad O

A partir de los datos antes obtenidos Gizardatz pretende ser un elemento facilitador,

que impulse y coordine una dinámica de benchmarking orientada al intercambio de buenas prácticas entre las organizaciones. Para ello, actualmente estamos:

- ♦ poniendo en marcha reuniones entre las diferentes entidades participantes para favorecer alianzas,
- ♦ dotando a las entidades de un soporte (intranet) con información de interés y con espacios desde los que realizar trabajos conjuntos.

Una vez finalizado este ciclo revisaremos el nivel de implantación de nuestro Código Ético y revisaremos los contenidos del mismo para seguir mejorando en la puesta en práctica de sus contenidos, ya que entendemos que el éxito verdadero no proviene de proclamar nuestros valores sino de ponerlos en práctica consecuentemente todos los días.