

MEMORIA DE GRADO

**Evaluación del nuevo modelo de
gestión de Madrid Salud.
Ayuntamiento de Madrid**

**Magíster en
Evaluación de Programas y Políticas Públicas.
Centro Superior de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación
Universidad Complutense de Madrid
2010-2012**

Memoria de Grado realizada por:
Anabel Morrás Bartolomé
Mayo 2012

Lo que no se define, no se puede medir.

Lo que no se mide, no se puede mejorar.

Lo que no se mejora, se degrada siempre.

Físico matemático William Thomson (Lord Kelvin) 1891

ÍNDICE

Agradecimientos	7
Presentación	9
1. Fundamentos de la evaluación	11
2. Contexto. Aproximación a la entidad: Madrid Salud	17
2.1. Reorganización del servicio.	20
2.2. Mapas de procesos.	25
3. Proceso metodológico	36
3.1. Descripción del proceso.	36
3.2. Encargo.	37
3.3. Definición del objeto y objetivos.	38
3.4. Necesidades informativas.	40
4. Matriz de evaluación	43
4.1. Preguntas de evaluación, criterios, indicadores y técnicas.	43
4.2. Matriz de evaluación.	46
5. Trabajo de campo	51
6. Resultados de la evaluación	54
6.1. Resultados: qué cambios se han producido en la entidad.	55
6.2. Procesos: cómo han sucedido las cosas.	62
6.3. Estructura: elementos que se necesitan para que los procesos puedan funcionar.	79
7. Comunicación de resultados	87
8. Recomendaciones	88
9. Reflexiones metodológicas sobre el proceso	90
Bibliografía	92
Anexos	94

AGRADECIMIENTOS

Esta memoria de grado ha podido ser realizada gracias al interés demostrado por el personal de la entidad Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid, especialmente el equipo formado por Javier Segura del Pozo, Mercedes Martínez Cortés y Marián Gil Nebot.

Querría destacar su activa participación, así como su rápida respuesta a los requerimientos de información y al establecimiento de los contactos para la recogida. Ha sido un placer poder compartir con ellos las sesiones de trabajo para la definición del objeto y preguntas de evaluación.

También a las y los profesionales de Madrid Salud que se han prestado a responder a los cuestionarios de forma desinteresada.

A mis compañeras y compañeros de Catep, la cooperativa en la que he desarrollado mi vida profesional —y también personal— en los últimos doce años, que me han dado todo el apoyo y las facilidades para mi participación en el Magister y con quienes di mis primeros pasos en el mundo de la evaluación.

A mis compañeras y compañeros del Magister en Evaluación de Programas y Políticas Públicas que me proporcionaron unas jornadas de disfrute en el avance y sistematización de mis conocimientos.

A mi tutora durante el desarrollo del Magister, Julia Espinosa Fajardo que —con sus finas aportaciones y matices— siempre fue un estímulo para mejorar mis trabajos semana a semana.

A mi tutor de esta Memoria, Juan Andrés Ligeró Lasa que me ofreció la posibilidad de colaboración con Madrid Salud y me orientó en momentos de gran complejidad.

PRESENTACIÓN

El Ayuntamiento de Madrid a través de su organismo autónomo Madrid Salud ha puesto en marcha la '**¡Estrategia gente saludable! 2010-2015**' que pretende coordinar esfuerzos de toda la red de servicios municipales y entidades externas, cuyo trabajo está relacionado directa o indirectamente con la salud de los ciudadanos y ciudadanas del municipio de Madrid.

Esta estrategia plantea la prevención y promoción de la salud desde un enfoque más amplio y multidimensional que se centra en prevenir la enfermedad y ayudar a las personas, grupos y comunidades a conseguir estilos y condiciones de vida saludables. Se planteaba un importante cambio en la misión y visión de la entidad, desde un enfoque más asistencial a otro más comunitario.

Para el desarrollo de dicha estrategia se imponía la necesidad de reorganizar el servicio, y hacerlo a partir de un modelo coherente con el enfoque que se pretendía aplicar.

Así se inicia a finales de 2007 la reorganización del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental que dispone de dieciséis Centros Madrid Salud [CMS] y ocho centros monográficos especializados.

Esta memoria de grado se ocupa de la evaluación de algunos elementos de la actual estrategia del Servicio, en el marco de la 'Estrategia gente saludable 2010-2015', también conocida entre las y los profesionales como 'Proceso de reorientación comunitaria de los CMS'.

Concretamente se abordan los procesos siguientes: el proceso de planificación estratégica de los CMS, el trabajo que se desempeña en los CMS, y las acciones de apoyo del Área Funcional del Servicio relacionadas con los CMS. No se ha incluido ningún aspecto relacionado con los Centros Monográficos o el Departamento de Salud Ambiental dado que excedía las posibilidades de esta memoria.

Este documento se organiza en los siguientes apartados:

1. Fundamentos de la evaluación.

Describe el marco teórico de esta evaluación y sus implicaciones metodológicas.

2. Contexto: Aproximación a la entidad Madrid Salud.

Describe el contexto, en este caso, la organización sobre la que se lleva a cabo la evaluación.

3. Proceso metodológico.

Describe los pasos que se han dado para la elaboración del sistema de evaluación: concreción del encargo, definición del objeto, objetivos y necesidades informativas; y para el desarrollo de la evaluación.

4. Matriz de evaluación.

Organiza las preguntas de evaluación, los criterios, sus correspondientes indicadores, las herramientas para la recogida de información y los agentes a consultar.

5. Trabajo de campo.

Describe los procedimientos, agentes y calendario de aplicación de las técnicas.

6. Resultados de la evaluación.

Analiza los resultados en base a la teoría del programa: resultados, proceso y estructura.

7. Comunicación de resultados.

Presenta el método para la comunicación de este informe a Madrid Salud.

8. Recomendaciones.

Sugiere algunas pistas para la implantación de acciones para la mejora de la organización.

9. Reflexiones metodológicas sobre el proceso.

Refiere aprendizajes y reflexiones del proceso de trabajo de esta evaluación.

Bibliografía.

Anexos:

Relación de documentos aportados por la entidad para su análisis.

Agentes y estructuras de coordinación. Funciones.

1. FUNDAMENTOS DE LA EVALUACIÓN

¿Para qué evaluamos?

Como en todas las ciencias sociales, en evaluación también podemos hablar de diferentes modelos, enfoques o aproximaciones sobre cómo concebir y enfrentar la evaluación de programas o políticas; que como menciona Bustelo (2004) en muchos casos, se trata de propuestas teórico-prácticas para realizar estudios de evaluación.

Tal como se expresa en el Joint Committee Standard Education de la Universidad de Michigan, evaluar es recoger y analizar sistemáticamente una información para poder determinar el valor o mérito de una intervención.

El poder determinar el valor o mérito de una intervención persigue varios **propósitos** (Ligero, 2010a):

- La ilustración, la comprensión (enlightenment), pretendemos ilustrar, aclarar, dar luz, comprender qué está pasando y cómo funciona el programa, la intervención. Esto produce cambios, dota de nuevos significados sobre la realidad del programa y de su intervención.
- La retroalimentación o mejora (improvement). Es una manera de recibir feedback sobre las acciones, intervenciones o programas que se llevan a cabo, un modo de mejorar y progresar. Se puede dar un proceso de aprendizaje de la propia intervención.
- El control de responsabilidades y rendimiento de cuentas (accountability). Se refiere tanto a los aspectos económicos como a la responsabilidad social y política, sobre todo cuando se refiere a intervenciones con financiación pública.

La evaluación debe facilitar el proceso de toma de decisiones y el aprendizaje organizativo. Weiss (1998) hace hincapié en este aspecto al relacionar los propósitos de la evaluación: registrar la historia del programa o política; ofrecer feedback o información sobre su práctica a las y los profesionales que intervengan en dichas políticas o programas; enfatizar o reformar los objetivos del programa; rendir cuentas; y entender (saber más) sobre la intervención social.

En esta misma línea, Stufflebeam (1995) entiende la evaluación como el proceso mediante el cual se proporciona una información útil para la toma de decisiones. La evaluación es el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor y el mérito de las metas, la planificación y el impacto de un objetivo determinado, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones y la comprensión de los fenómenos implicados. La evaluación debe proporcionar la información que necesitan quienes toman decisiones.

En la práctica, ante la tarea evaluativa de un programa o política nos encontramos con que el posible uso puede ser plural. En nuestro caso optamos por una evaluación que nos permita:

- comprender lo qué pasa para aprender;
- comprender lo qué pasa para mejorar; y
- comprender para rendir cuentas de lo que se ha hecho.

Condiciones de una ‘buena’ evaluación.

La evaluación, tal como refiere Bustelo (2002) debe ser, ante todo, útil y práctica:

- Útil, porque la información que nos ofrezca debe ser pertinente y fácilmente aplicable y utilizable.
- Práctica, porque ha de estar orientada a la acción.

Este planteamiento tiene diferentes implicaciones:

- Es necesario tener en cuenta el **contexto** específico en el que se desarrolla la evaluación. El contexto se convierte, así en organizador previo y motor de la evaluación.

El contexto determina totalmente el proceso de evaluación, es de dónde debe partir, donde se ejecuta y se da la realidad concreta y específica a la que debe responder. El primer paso de todo diseño evaluativo debe ser el diagnóstico de la situación evaluativa (para qué, para quiénes y tipo de evaluación)

- Es necesario prestar atención a la presencia de **diferentes personas y colectivos** que tienen alguna relación con el programa o política a evaluar, llamados *stakeholders*, no únicamente a quien ‘encarga’ la evaluación. Hay que identificarlos e implicarlos desde el momento del diseño de la evaluación.

Es ineludible incluir la participación de la pluralidad de actores potenciales, esto tendrá como consecuencia un mayor uso de la misma por parte de los diferentes agentes críticos, que es el fin último de la evaluación. Asimismo, mejorará la calidad de la información obtenida debido a la participación de las y los diferentes *stakeholders* y su posible apropiación del proceso evaluativo.

- Es necesario ajustar los informes de evaluación a las personas destinatarias, usando variedad de formatos. Es preciso presentar los resultados a tiempo. La **comunicación** del proceso y de los resultados de la evaluación es un punto esencial para asegurar la utilidad de la evaluación y también por un compromiso de transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía.

Dado que una de las funciones de la evaluación es la mejora de los programas o políticas, es necesario prestar atención a los procesos de comunicación de los resultados, esto supone la elaboración de un buen informe y el diseño de otras formas de comunicación que lo hagan accesible a las diferentes audiencias.

Es responsabilidad del evaluador o evaluadora la elaboración del informe, pero también la comunicación, difusión y seguimiento del mismo.

En la realidad, este proceso suele estar plagado de obstáculos relacionados con la falta de tiempo y con la complejidad política y organizativa de los procesos de evaluación. Un impedimento destacado —en nuestro país— es la poca claridad sobre el carácter público de los informes de evaluación. No se asume la obligatoriedad de la comunicación a todos los agentes críticos, sino que se suele limitar a las personas o entidades que ‘encargan’ la evaluación.

- Es necesario que la metodología se diseñe atendiendo a qué es necesario conocer de acuerdo con las **necesidades informativas** y/o los criterios de evaluación. Ningún programa puede ser evaluado fuera de su contexto. Pueden proponerse modelos metodológicos bien formulados pero no vinculados al objeto y objetivo de la evaluación y esto es un fallo. En la actualidad, con el énfasis en la evaluación de impacto y el renacer del interés en enfoques experimentales y cuasi-experimentales, con frecuencia hay una valoración de estos modelos independientemente de que generen conocimiento de utilidad. Los modelos metodológicos más adecuados son aquellos que contribuyen en mejor modo a responder a nuestras preguntas de evaluación.

Nuestro planteamiento: participativo y político.

Nuestro planteamiento se aproxima a los **enfoques participativos** que ponen el énfasis en la participación de los agentes críticos en el programa o servicio en los procesos de evaluación. Como fortalezas de este planteamiento, Weiss (1998) menciona la posibilidad de dar voz a los agentes críticos y fomentar la cooperación con el evaluador o evaluadora; así como ayudar a que éstos comprendan el programa o política y, por tanto, facilitar el aprendizaje sobre el programa y sobre la evaluación. También tiene la intencionalidad de compensar desequilibrios, aunque esto se enfrenta con la dificultad de superar las diferencias de poder y de conocimiento entre los diferentes agentes críticos. Además también determina que la evaluación sea más legítima para los diferentes actores sociales y que se incrementen las posibilidades de su utilización.

En la misma línea Monnier (1995) centra la evaluación en los actores sociales y en la inevitable influencia en el ámbito de las políticas y la gestión pública. Propone que la evaluación debe ser útil socialmente y esta utilidad social de la evaluación reside más en la credibilidad y la legitimidad del proceso de evaluación por parte de los actores críticos que en la metodología y el rigor técnico. Citando textualmente: *‘El tradicional enfoque por objetivos representaba una visión centralizada y unitaria del poder; la visión pluralista declara una dimensión necesariamente política de toda acción pública, que implica una multiplicidad de centros de poder, lo que obliga a la evaluación a estar muy apegada al terreno. El análisis de políticas públicas y, más en concreto, la evaluación, puede permitir una mayor viabilidad y legitimación de las ciencias sociales para estudiar las políticas públicas sobre el terreno y contribuir a su mejora’.*

Monnier (1995) reivindica el **carácter político** de la evaluación como acto político en sí mismo, ya que nunca es ajena ni neutral a las relaciones de poder. Enuncia tres papeles imprescindibles del dispositivo de evaluación:

- Ser un instrumento de observación que permita percibir mejor la realidad.

- Ser un instrumento de medida de los fenómenos sociales.
- Ser un *'espejo reflectante que ayude a los actores a tomar conciencia de sus expectativas y a ajustarlas a la realidad'*.

Un sistemático análisis de los datos.

Un momento complejo del proceso evaluativo es el 'cierre' de la evaluación. Para que realmente sea útil no solamente habrá que hacer un registro de lo realizado sino dar un paso más allá. Como menciona Ligeró (s/f) en ocasiones se espera que una evaluación proporcione certezas, evidencias y conclusiones claras. Pero tras las experiencias de los años 60 y 70, en las que se creía que los modelos experimentales podrían dilucidar entre las diferentes opciones para saber cuál de ellas era más eficaz, las pretensiones han cambiado.

Ya no se espera que sea una ciencia política que moldee las intervenciones, sino más bien, una herramienta que ayude a comprender lo que ocurre. El producto de la evaluación es un conocimiento que orienta y apoya a los decisores en la toma de decisiones.

Las interpretaciones que se realicen a partir de los datos deben integrar la información proveniente de diferentes indicadores y facilitar la comprensión de la 'realidad' del programa, política o servicio. Es un ejercicio de explicación y de dotación de sentido de toda la información extraída y debería resolver las aparentes contradicciones o problemas detectados (Ligeró, 2011a)

No es una narración sino una explicación de lo que está pasando. Interpretar es lanzar hipótesis y alejarse de la segura confianza de los datos. Hay que buscar aquella que sea más plausible y veraz. Como expresa Santamarina (2011) la evaluación no busca la verdad, busca lo verosímil.

Las evaluaciones, como plantea House (1994) son actos de persuasión, dirigidos a determinadas personas, a un público concreto. No se pueden esperar conclusiones definitivas y necesarias, pero sí puede llevar a lo creíble, lo plausible y lo probable.

Para llevar a cabo ese ejercicio de comprensión se debe seguir una secuencia lógica en la que cada paso se desprenda del anterior con la mayor coherencia posible. Patton (1986) propone cuatro niveles de análisis:

1. Resultados o hallazgos: son los hechos, datos e información que se recoge, la presentación básica de los datos, los hallazgos empíricos.
2. Interpretaciones: son las explicaciones sobre los hechos, especulaciones entre las interrelaciones, causas, razones y significados que se dan a los datos.
3. Juicios o valoraciones: son las valoraciones acerca de los resultados y sus interpretaciones, criterios específicos aplicados a los hallazgos. Estableciendo si son 'buenos' o 'malos', 'positivos' o 'negativos', 'en la dirección deseada' o 'en la no deseada', 'por encima, acorde o por debajo de las expectativas', etc.

4. Recomendaciones: son sugerencias sobre posibles líneas de acción; cambios propuestos en el programa o cosas a mantener en el mismo; consejos para los patrocinadores, responsables y técnicos del programa o política que se evalúa, y que harán que mejore.

No todos los informes de evaluación incluyen recomendaciones entre sus apartados pero como comenta Feinstein (2011) no es defendible haber estado trabajando en un tema y no poder aportar recomendaciones de mejora.

Para poder dar cumplimiento a los propósitos de evaluación mencionados es imprescindible que las conclusiones y recomendaciones lleguen a los agentes participantes. La elaboración y comunicación de los resultados es parte esencial del ciclo de evaluación (Gudiño, 2011). Como señala este autor, las organizaciones que comunican, aprenden y las organizaciones que aprenden, comunican.

Se comunica para que la evaluación cumpla sus propósitos fundamentales:

- motivar el uso de los resultados de la evaluación en la toma de decisiones,
- asegurar el aprendizaje,
- validar hipótesis y generar conocimiento, y
- rendir cuentas.

¿Por qué evaluar políticas públicas?

La evaluación de los servicios y las políticas públicas es hoy, en todo el mundo una exigencia ciudadana y una necesidad política y de gestión, tal como afirma Subirats (2011). Las organizaciones, tanto públicas como privadas deben mantener su capacidad de rendir cuentas, de ser transparentes en su gestión y de evaluar su quehacer para poder aprender a partir del desarrollo de su actividad.

Los instrumentos de evaluación pueden ser usados como palancas de gobierno, con la condición de que esos instrumentos de evaluación sepan recoger la riqueza de matices y de perspectivas que toda acción de gobierno genera.

En la actualidad, en España sí se están desarrollando evaluaciones de servicios y políticas públicas, pero no tienen un efecto claro sobre el propio funcionamiento de las administraciones y no genera suficiente capacidad de aprendizaje de las mismas. Además los informes de evaluación, generalmente, no están accesibles para la ciudadanía o no se publican en formatos que sean comprensibles. La función de la rendición de cuentas a la sociedad queda desdibujada siendo ésta una de las funciones esenciales en la estructura de legitimidad de las sociedades democráticas (Subirats, 2011).

Si bien es cierto, las políticas sociales acostumbran a ser políticas mucho más complicadas de evaluar que otras. La definición de objetivos suele ser relativamente abstracta y ambigua para favorecer la obtención de consenso para estas políticas. Por lo tanto, no se trata de vituperar o menospreciar la forma en que estas políticas definen sus objetivos, sino de comprender el marco cognitivo, el entramado institucional y social que rodea su formulación, para entender su complejidad y las dificultades que puede generar su evaluación desde las distintas perspectivas de las instituciones implicadas,

los beneficiarios reales y potenciales, y el resto de actores implicados en la política o actuación concreta' (Subirats, 2005).

La evaluación de servicios y las políticas públicas debe tratar de hacerlo de una manera organizada y científicamente contrastable, para que genere conocimiento, para que mejore la gestión pública, ayude a tomar mejores decisiones, permita el aprendizaje del conjunto de las administraciones públicas y el debate plural y del conjunto de la ciudadanía y de los grupos en los que se organiza.

¿Cómo determinan estos planteamientos esta evaluación?

Este será el marco teórico que determinará todo nuestro quehacer evaluativo y nuestro método de trabajo y que define nuestros planteamientos metodológicos:

- El sistema de evaluación deberá tener en cuenta el **contexto** en el que se desarrolla: político y temporal. Será necesario un conocimiento previo para proceder a la definición del objeto y los objetivos de evaluación.
- El sistema de evaluación deberá tener en cuenta las aportaciones de **diferentes agentes** que desempeñan su trabajo en la entidad.
- Las **recomendaciones** o sugerencias sobre posibles líneas de acción serán la consecuencia del desarrollo sistemático de los previos niveles de análisis: hallazgos, interpretaciones y juicios.
- La **comunicación** de los resultados deberá tomar diferentes formatos para que pueda ser apprehendida por los diferentes destinatarios.

2. CONTEXTO. APROXIMACIÓN A LA ENTIDAD: MADRID SALUD

Madrid Salud es el organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid que, desde su creación en 2005, tiene por finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de Salud Pública y Drogodependencias dentro del término municipal de Madrid. Como se expresa en su página web:

‘Trabajamos por la calidad del agua, la seguridad de los alimentos, la mejora de la salud ambiental y la integración sostenible de los animales domésticos en la ciudad. Madrid Salud se encarga también de la Prevención de Riesgos Laborales del Ayuntamiento de Madrid y sus organismos autónomos.

Nuestro objetivo es hacer de Madrid una ciudad cada vez más saludable promoviendo la salud en un sentido amplio y poniendo el acento en la prevención de enfermedades de los ciudadanos a través de la atención integral a las personas con adicciones y la promoción de hábitos saludables’.

La **visión** que mueve a este organismo es *‘hacer de Madrid una ciudad cada vez más saludable’*. Y su **misión**: *‘promover la salud y prevenir enfermedades de los ciudadanos de Madrid a través de: la atención integral a las personas con adicciones; la promoción de hábitos saludables; la seguridad en los alimentos; la mejora de la salud ambiental; y la integración sostenible de los animales en la ciudad. Así como la gestión del Servicio de Prevención de riesgos laborales del Ayuntamiento de Madrid y Organismos Autónomos’*.

Los **valores** que la guían son: *la orientación al ciudadano; la excelencia en el servicio; la participación, cooperación y diálogo; el aprendizaje continuo; y la innovación e investigación*. Y sus **líneas estratégicas**:

- *Contribuir a que la salud sea considerada un valor esencial en la política municipal.*
- *Trasladar a la población la importancia de la salud pública.*
- *Atención integral a las adicciones en los ciudadanos de Madrid.*
- *Evaluación de riesgos en materia de salud ambiental y seguridad alimentaria.*
- *Fomentar estilos de vida saludables en los ciudadanos de Madrid a través de la información, educación y actuación sobre el entorno.*
- *Contribuir a la reducción de las desigualdades en salud en la ciudad de Madrid.*
- *Optimizar la gestión del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Ayuntamiento de Madrid y Organismos Autónomos.*

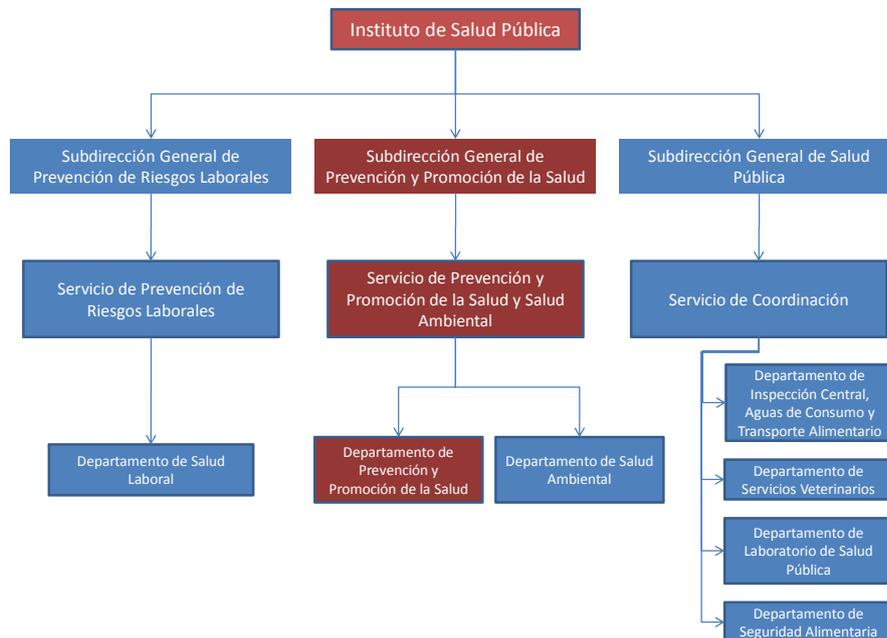
Este organismo depende del Área de Gobierno de Medio Ambiente, Seguridad y Movilidad y para el desempeño de su misión dispone de diferentes institutos, servicios y departamentos. En nuestro caso nos centramos en el Departamento de Prevención y

Promoción de la Salud. Los gráficos que se presentan a continuación nos muestran la estructura de la que depende jerárquicamente:

Gráfico 1: Estructura jerárquica de Madrid Salud.



Gráfico 2: Estructura jerárquica del Instituto de Salud Pública.

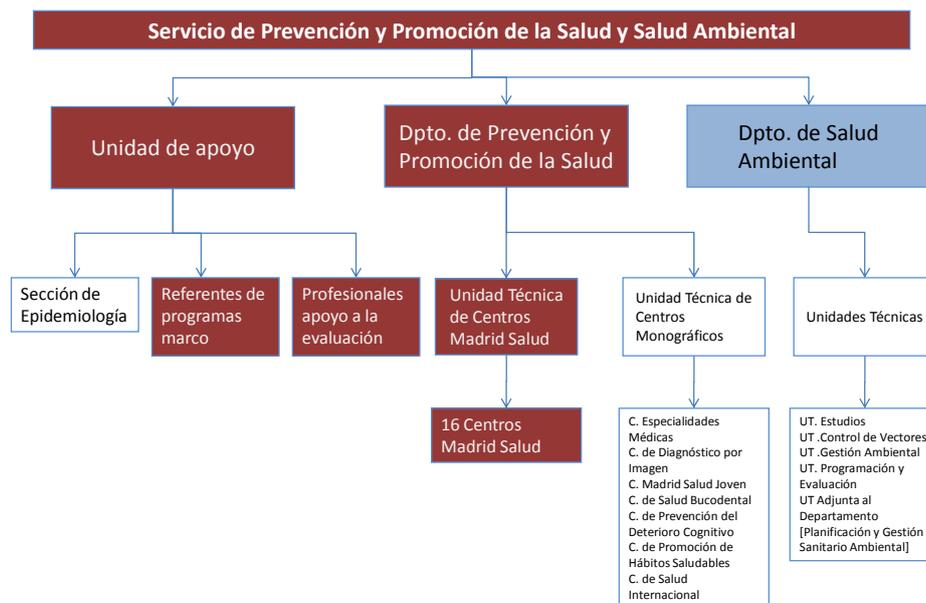


El Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental está formado orgánicamente por dos departamentos: Prevención y Promoción de la Salud, y Salud Ambiental.

El Departamento de Prevención y Promoción de la Salud gestiona una red de 16 Centros Madrid Salud (CMS) que dan cobertura a los 21 distritos de Madrid, junto con otros 8 centros monográficos, que abarcan servicios muy heterogéneos. La principal actividad del Departamento de Salud Ambiental es la inspección a viviendas y locales públicos y la lucha contra vectores.

Además el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental dispone de una Unidad de apoyo que incluye la Sección de Epidemiología, los y las referentes de programas marco y los y las profesionales de apoyo a la evaluación. El organigrama que relaciona los distintos estamentos se muestra a continuación:

Gráfico 3. Estructura jerárquica del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental.



El **Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental** está constituido por dos departamentos:

1. Departamento de Prevención y Promoción de la Salud, que cuenta con:
 - Unidad Técnica de Centros Madrid Salud, constituida por 16 Centros Madrid Salud (CMS) que dan cobertura a los 21 distritos de la capital.
 - Unidad Técnica de Centros Monográficos (C. Especialidades Médicas, C. de Diagnóstico por Imagen, C. Madrid Salud Joven, C. de Salud Bucodental, C. de Prevención del Deterioro Cognitivo, C. de Promoción de Hábitos Saludables y C. de Salud Internacional).
2. Departamento de Salud Ambiental: con cinco Unidades Técnicas: UT Estudios, UT Control de Vectores, UT Gestión Ambiental, UT Programación Y Evaluación y UT Adjunta al Departamento (Planificación y Gestión Sanitario Ambiental).

Además, el Servicio cuenta con el **apoyo** de las unidades y recursos dependientes de la jefatura del Servicio: Sección de Epidemiología y profesionales de apoyo al seguimiento y evaluación de programas y proyectos de centro.

La principal tarea y prioridad organizativa del Servicio (y en particular del Departamento de Prevención y Promoción de la Salud) es el apoyo a los proyectos de los centros.

La **Unidad Técnica de centros monográficos** da apoyo con sus recursos a la implantación y desarrollo de los proyectos de los centros. Enmarcan sus estrategias, objetivos y acciones en los definidos en el proyecto de reorientación y en los programas marco del Servicio. Los Centros de Especialidades Médicas y de Diagnóstico por Imagen, continúan con las consultas especializadas y los diferentes medios diagnósticos para apoyar y complementar las actividades realizadas en los Centros de Madrid Salud.

Desde el **Departamento de Salud Ambiental** se da apoyo en materia de control de riesgos ambientales y promoción de entornos saludables a los proyectos de los centros, en especial en lo referente a la implantación del programa marco de entorno urbano y salud.

Este proyecto está centrado en los Centros Madrid Salud y en algunas de las estructuras implicadas en su funcionamiento, concretamente el Área Funcional de Apoyo a los Programas y Proyectos de Centro, la Unidad Técnica de CMS y los propios CMS.

Los Centros Madrid Salud (CMS) se configuran como centros especializados en la prevención y promoción de la salud de la ciudadanía de Madrid.

2.1. Reorganización del Servicio.

A finales del año 2007 la dirección del Instituto de Salud Pública encarga a la responsable del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental una reorientación del servicio. Se elabora entonces el documento: 'Análisis de situación y proyecto de reorientación del Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental' (5 diciembre 2008)

En dicho documento se reconoce la inestabilidad estratégica en la organización y se evidencia que en la práctica se había optado por ocupar un espacio frontera entre lo asistencial y lo preventivo.

Se inicia entonces un **Proceso de reorientación comunitaria de los CMS** en el que se pueden establecer tres fases:

Fase	Periodo	Tarea principal y producto
1. Análisis y diagnóstico	2007-2008	<p>Dar respuesta al encargo de 'Convertir a los Centros Madrid Salud en Centros de Salud Pública' y 'Convertir a los Centros Madrid Salud en Centros de Salud Comunitaria'.</p> <p></p> <p>Documento: 'Análisis de situación y proyecto de reorientación del Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental' (5 diciembre 2008)</p>
	Enero- junio 2009	<p>Constitución y trabajo de los grupos de definición.</p> <p>Finalización del proceso de trabajo de los grupos: definición de la estrategia.</p>
2. Transición	Octubre 2009- marzo 2010	<p>Inicio de los cambios escalonadamente con cada centro (se sigue haciendo lo habitual y atendiendo la demanda)</p> <p></p> <p>Documento: Marco Programático y Organizativo del Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental 2010-2011 (1 marzo 2010)</p>
		<p>Implantación de la 'Estrategia Gente Saludable'.</p> <p></p> <p>Documento: Plan de Intervención en Prevención y Promoción de la salud de los Centros Madrid Salud 2010-2015 (7 Junio 2010)</p>
3. Implantación	2010-2015	

Fase 1. Análisis y diagnóstico.

Se inicia en 2007 la reorientación del servicio que se basa en el encargo recibido por la nueva dirección del servicio, que se hizo explícito en estos términos:

- 'Convertir a los Centros Madrid Salud en Centros de Salud Pública' (Director General de Salud Pública de Madrid Salud, diciembre 2007).
- 'Convertir a los Centros Madrid Salud en Centros de Salud Comunitaria' (Gerente de Madrid Salud, 1 de abril de 2008).

Se define como **misión** la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de los ciudadanos y ciudadanas de Madrid a través de la promoción de hábitos y modos de vida saludables y la mejora de la salud ambiental. Y como **visión**, la contribución a la mejora continua en la esperanza de vida con buena salud de los ciudadanos de Madrid incorporando la salud como un valor esencial en los procesos de decisión política municipal.

La **radicalidad del cambio** que se propone pasa por la reorientación del trabajo hacia:

- Enfoque poblacional y orientado a problemas de salud.
- Evaluación basada en resultados de salud.
- Desarrollo de la promoción de la salud y creación de entornos saludables en función de los actuales conocimientos y consensos recogidos en múltiples declaraciones internacionales de foros y organizaciones de Salud Pública, para lo que es necesario:
 - Acento en lo intersectorial.
 - Primar el abordaje interdisciplinario.
 - Priorizar el trabajo grupal.
 - Buscar el aprendizaje compartido con la población
 - Mirada al exterior: animada por el lema 'piensa globalmente y actúa localmente'.

Se proponen como **prioridades**, que deben estar presentes en la actividad del servicio, el abordaje de los problemas de salud derivados de:

- La desigualdad social.
- El envejecimiento.
- La inmigración.
- El impacto en la salud del entorno urbano.

Todo esto desde un nuevo modelo de 'liderazgo' social de la Salud Pública (basado en su capacidad de influencia sobre la sociedad) y con un modelo sociosanitario de trabajo institucional (para hacer esta transición se definen objetivos, normas y niveles de discusión y decisión).

Durante esta fase se elabora el **documento: 'Análisis de situación y proyecto de reorientación del Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental'** (5

diciembre 2008) que presenta un análisis de la situación del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental y una propuesta de reorientación del mismo: qué hacer y cómo hacer.

Fase 2. Transición.

Para la implantación de la nueva reorganización se propone un proceso de transición en el que además se mantenga el desarrollo habitual de los servicios, mientras se implantaba la nueva organización.

Es un periodo en que se da, por tanto, una doble tarea: el mantenimiento de la atención a la demanda en los CMS y el trabajo sobre el nuevo modelo.

El esquema organizativo desde el que se trabaja es la combinación de autonomía de los equipos con la supervisión y evaluación, como apoyo desde la dirección. Se pretende situar el liderazgo en el territorio (desde el análisis de necesidades de salud de los distritos hasta el modelo de intervención comunitaria sobre los problemas detectados) y se apuesta por ir reforzando el carácter multidisciplinar.

Con un claro componente estratégico se constituyen los '**grupos de definición**' de las grandes líneas estratégicas del proyecto de reorientación con el objetivo de elaborar un informe que recogiera una revisión crítica de todo lo realizado hasta el momento y una propuesta estratégica de desarrollo.

Inicialmente, en 2008, se constituyeron los siguientes:

Grupos de definición

- | | |
|---|--|
| 1. Sistema de Información del Servicio. | 5. Estrategia respecto a la institución educativa. |
| 2. Estrategia de desigualdades sociales en salud. | 6. Programa común de Prevención de la Obesidad. |
| 3. Estrategia en Promoción de la Salud Mental. | 7. Programa común de Planificación Familiar. |
| 4. Estrategia sobre envejecimiento y salud. | 8. Estrategia sobre el entorno urbano y la salud. |

Así mismo se constituye una **Comisión de Seguimiento** para la supervisión y apoyo al desarrollo del marco estratégico del Servicio, realizado por los grupos de trabajo.

Las tareas que se definen para el arranque del proceso de transición son las siguientes:

Tareas que se definen para el arranque del proceso de transición

1. Definir las grandes líneas estratégicas del proyecto.
2. Avanzar en la definición del marco estratégico del servicio, de la estructura organizativa y funcional para el desarrollo del proyecto y del abordaje de preguntas e incógnitas básicas que surgen en el inicio del proceso de transición.
3. 'Seleccionar' a las y los profesionales más implicados o con más experiencia en las áreas temáticas a trabajar.
4. Constitución de grupos de trabajo [grupos de definición], que en un número limitado de sesiones, definan estrategias y algunos programas comunes, que acaben de ser perfilados en los centros y adaptados a las especificidades del territorio y de los equipos.
5. Definición de:
 - a) la estrategia del servicio en las cuatro áreas prioritarias (desigualdades sociales, inmigración, envejecimiento, entornos saludables); la promoción de la salud mental; y las acciones en las instituciones educativas.
 - b) los programas prioritarios comunes: que permitan englobar la demanda predominante actual en una estrategia de salud pública; y los que sean más novedosos.
 - c) el diseño del sistema de información del servicio.

En cada grupo se definen integrantes, coordinación y tareas. El número de sesiones semanales es de seis a ocho. El proceso se desarrolló entre enero y junio 2009.

A partir del trabajo de estos grupos se definió la mejor estructura organizativa y funcional del servicio para llevar adelante los programas. La producción de los grupos es la base para definir el marco estratégico y organizativo del servicio a tener en cuenta a la hora de definir los proyectos específicos de los centros y realizar el pacto con los equipos.

En esta fase se elaboró el documento: **'Marco Programático y Organizativo del Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental 2010-2011' (1 marzo 2010)** que pretende contribuir a señalar las metas del Servicio para los próximos años y los primeros pasos a dar en 2010 para poner en marcha el plan de trabajo. Es un documento de guía y apoyo para la continuación del proceso de reorientación en el Servicio y sus centros y equipos.

Fase 3. Implantación.

El **Plan de intervención en prevención y promoción de la salud de los Centros Madrid Salud 2010-2015** se presenta el 7 junio 2010 y queda plasmado en la 'Estrategia gente saludable 2010-2015', que se concreta en acciones, resultados y metas.

El núcleo central del Plan está constituido por un conjunto de programas marco de prevención y promoción de la salud y un conjunto de proyectos específicos de centro.

El Plan se desarrollará en el periodo 2010-2015, finalizando su primer año de desarrollo en junio de 2011. En estas fechas se dispondrá de su primera evaluación anual.

Los **objetivos** para este primer año han sido:

- Puesta en marcha de los proyectos de centro de los CMS.
- Modificaciones en los sistemas de información y los procedimientos de citación, que permitan un adecuado desarrollo de los proyectos.
- Desarrollo del plan de comunicación de los proyectos.
- Presentación de los mismos y de la nueva oferta de servicios a diferentes entidades.
- Exploración y fijación de posibles proyectos conjuntos de salud comunitaria con estos y otros agentes y establecimiento de los mecanismos de coordinación.
- Seguimiento de los proyectos y programas de centro, con evaluaciones semestrales.
- Apoyo a los CMS en sus dificultades de desarrollo (recursos, formación, coordinación, comunicación).
- Gestión de la transición de la antigua a la nueva cartera de servicios.

En los cuatro años siguientes, el plan seguirá desarrollando los programas y proyectos descritos, con las modificaciones pertinentes fruto de sus evaluaciones anuales. Al finalizar en junio de 2015 el periodo de 5 años será posible presentar resultados no sólo de proceso (actividades realizadas) o de impacto sobre usuarios individuales, sino de impacto positivo sobre la salud de la población del distrito.

2.2. Mapas de procesos.

Con la intención de profundizar en el conocimiento de la organización se opta por una aproximación a los procesos que se despliegan para el desarrollo de sus funciones. Como critican Weiss y Rein (1970) las evaluaciones que no informan sobre lo que ocurre en la 'caja negra' no permiten obtener información de porqué pasan las cosas. Para ello es necesario centrar la atención en los procesos que intermedian para que ocurra lo que pretende el programa, política o servicio.

Los procesos y procedimientos¹ de trabajo que se despliegan para la consecución de los resultados que se pretenden son de gran complejidad. En un intento de aproximarnos al funcionamiento de la organización se han elaborado mapas de procesos que nos permitan concretar y graficar algunos de los procesos implicados en el desarrollo de sus funciones y tareas.

Antes de presentarlos sí es necesario aportar algunas precisiones sobre los diferentes tipos de procesos. Galiano et al. (2007) definen un proceso como *'una serie coordinada de actividades o tareas que proporcionan un resultado útil para un cliente interno o externo de la organización (usuario interno o ciudadano). Esta serie de actividades ha*

¹ El proceso dice qué hace la organización y para quién lo hace; el procedimiento establece el cómo. (Galiano, 2007).

de ser definible, repetible y medible de modo que permita, de manera estable y predecible, la transformación de elementos de entrada en elementos de salida'.

Un proceso es una secuencia de acciones que con su desempeño generan un producto o servicio con un valor añadido con relación a las 'entradas' iniciales. El valor añadido tiene un componente subjetivo, se centra en la percepción del cliente.

Las fases para la programación de procesos son (Ligero, 2010c):

1º Paso. Identificación de los procesos, búsqueda de secuencias que contengan un valor añadido.

Para la identificación de procesos en programas ya en funcionamiento, se proponen algunas vías o mecanismos de acceso:

- Reconocer las necesidades de la población y encontrar las actividades que intentan paliarlas.
- Buscar los diversos valores añadidos que genera un programa, entidad o servicio.
- Identificar las diferentes cadenas o secuencias lógicas de actividades. 'Todas las actividades que se llevan a cabo en una organización se hacen para algo' (Kaplan y Norton).
- Identificar las actividades repetitivas y sistemáticas (Junta de Castilla y León, 2004).
- Localizarlos a través de una serie de preguntas: ¿Quiénes son nuestros clientes? ¿Qué necesidades tienen? ¿Qué servicios les ofrecemos? ¿Qué valor se genera? ¿Cómo se genera dicho valor?

2º Paso. De todos los procesos encontrados, seleccionar aquellos que son críticos para el fin y la estrategia de la organización o el programa.

'Aquellos que deben realizarse excepcionalmente bien, para que la estrategia de una organización tenga éxito' (Kaplan y Norton).

3º Paso. Graficar los procesos en diagramas de flujo.

El gráfico debe describir:

- Las necesidades a las que responde el proceso.
- El valor añadido o finalidad que pretende conseguir la cadena de valor.
- Las diferentes etapas secuenciadas.
- La descripción del contenido de cada etapa.
- Los responsables de cada etapa.
- El tiempo definido para cada etapa.

Un mapa de procesos es una representación esquemática de los grandes procesos que conforman una organización. Los procesos son aspectos claves de la intervención. Una tipología ampliamente utilizada es la que propone tres tipos de procesos: estratégicos, clave u operativos y estructurales, de soporte o de apoyo (Galiano, 2007):

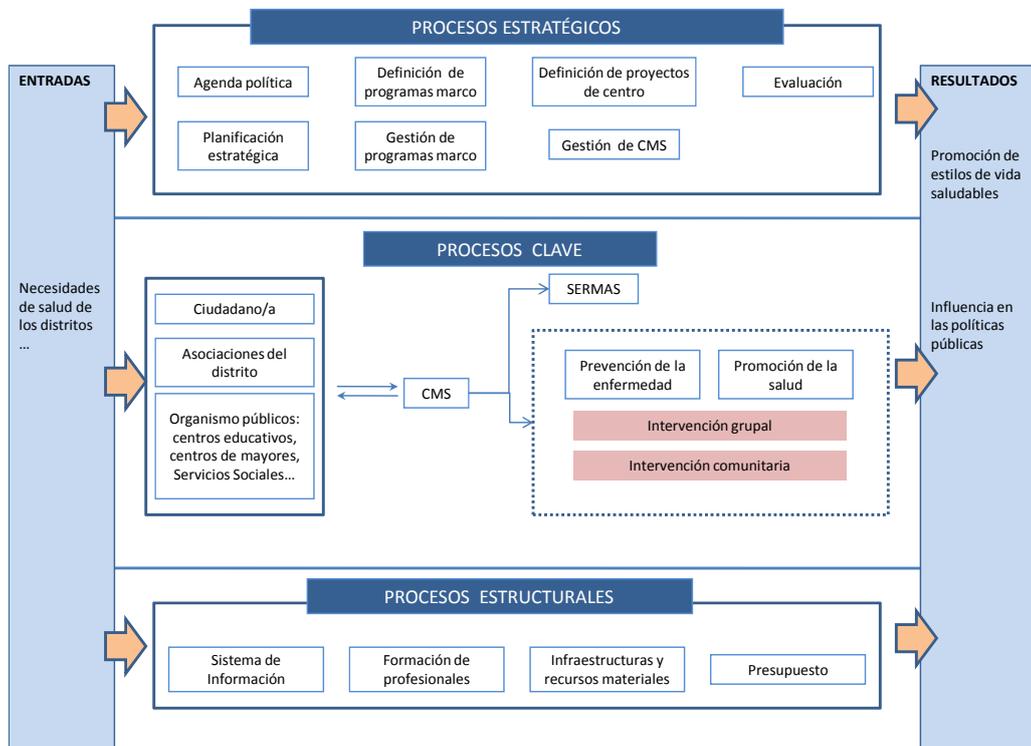
Procesos estratégicos: Responsables de analizar las necesidades y condicionantes de la sociedad, del entorno y de las necesidades ciudadanas. Ejemplos: planificación y el control financiero, definición de políticas generales de la organización y desarrollo de la política del equipo humano. En su gestión interviene directamente el equipo directivo.

Procesos clave u operativos: Componen el saber hacer de la organización y afectan de modo directo a la prestación de los servicios y la satisfacción del usuario externo. Son los procesos que tienen contacto directo con el cliente, es decir, el ciudadano. Ejemplos: atención ciudadana en oficinas públicas, sistemas de quejas y sugerencias, prestación de cualquier servicio directo.

Procesos estructurales, de soporte o apoyo: Responsables de proveer a la organización de todos los recursos necesarios, tanto humanos, técnicos y materiales, a partir de los cuales es posible generar el valor añadido deseado por los usuarios. Ejemplos: gestión documental, sistemas de información, gestión de compras y gestión del conocimiento.

La 'Estrategia gente saludable' tiene como resultado esperado: la promoción de los estilos de vida saludables y la influencia en las políticas públicas a partir de las necesidades de salud detectadas en los distritos. Entre estos dos 'extremos' hay un complejo sistema de procesos.

Gráfico 4. Mapa de procesos de la Estrategia gente saludable vinculada a los Centros Madrid Salud.



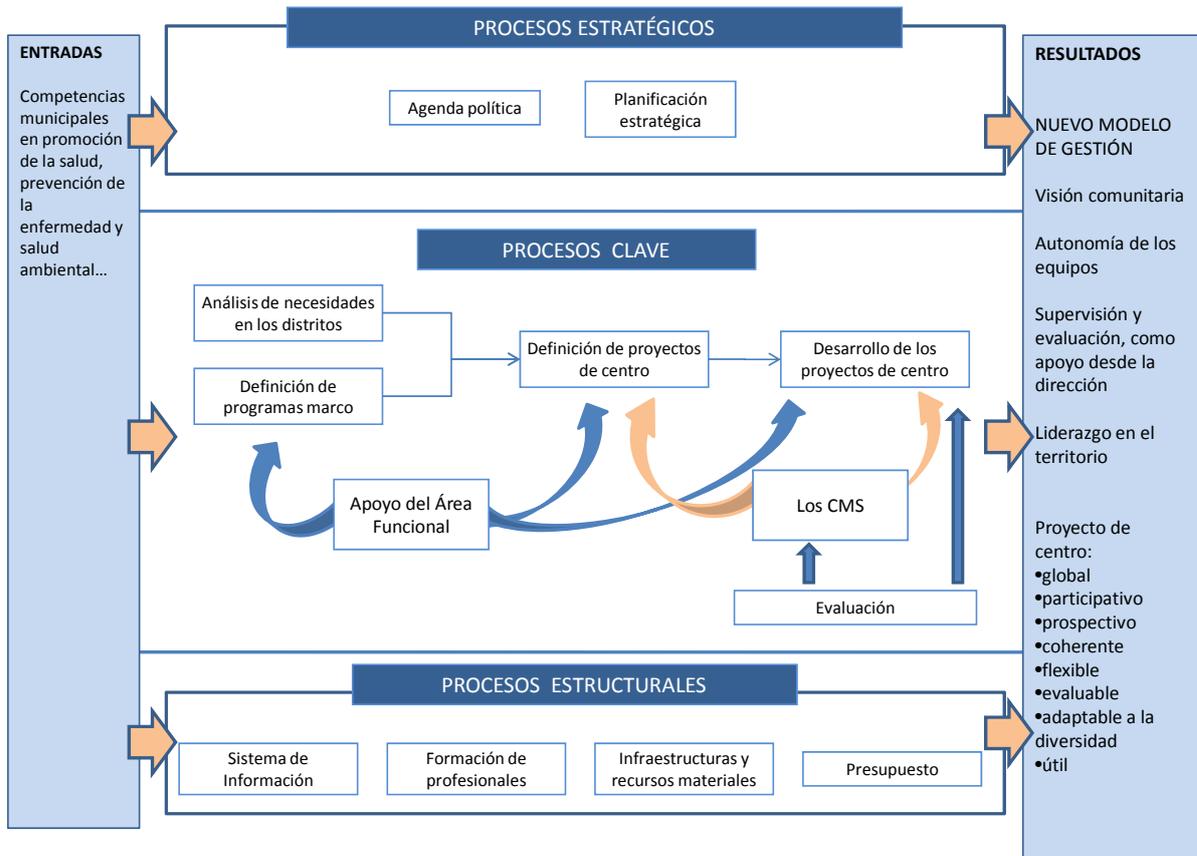
Para la consecución de los objetivos finales que se mencionan podemos describir otros objetivos intermedios. En el caso que nos interesa, podemos plantear que para conseguir estos objetivos se ha llevado a cabo el **'Proceso de reorientación comunitaria de los CMS'** que tiene las siguientes finalidades:

1. Trabajar con objetivos poblacionales.
2. Hacer visible el impacto que tienen para la salud las decisiones de política municipal: Educación, Servicios Sociales, Urbanismo, Deporte, Movilidad...
3. Para cada objetivo establecer estrategias en diferentes niveles: coordinación intersectorial a nivel central; coordinación interinstitucional a nivel de distrito; intervención sobre el entorno; intervención grupal; intervención individual.
4. Convertir los Centros Madrid Salud en centros de salud comunitaria que sean el centro de desarrollo de la estrategia y definir la estructura funcional del servicio orientada para su apoyo. Es decir, situar el liderazgo en el territorio.

Para expresarlo de forma más clara: 'para el logro de la promoción de los estilos de vida saludables y la influencia en las políticas públicas tenemos que conseguir la implantación de un nuevo modelo de gestión'.

Este planteamiento nos remite a una nueva perspectiva de los procesos. Si en el caso anterior pensábamos en los procesos necesarios para una mejora de la salud comunitaria, en la que la población destinataria es la ciudadanía de Madrid, en este caso pensamos en los procesos necesarios para el desarrollo del nuevo modelo de gestión, en los que la población destinataria son las y los profesionales de los CMS y la Unidad de Apoyo.

Gráfico 5. Mapa de procesos del nuevo modelo de gestión.



Como se señalaba anteriormente nos encontramos con una organización compleja dadas las múltiples interacciones entre las distintas estructuras que la configuran.

El Plan de intervención en prevención y promoción de la salud en los centros Madrid Salud concretaba la nueva organización que pasaremos a describir. La nueva organización se caracteriza por ser una **estructura matricial**, que como comenta Sayles (1976) representa el esfuerzo organizativo por cubrir todos los frentes. Este tipo de organización establece una estructura de autoridad doble, y en consecuencia la estructura matricial sacrifica el principio de la unidad de mando (Mintzberg, 2005).

Sayles (1976) propone que la estructura matricial es aconsejable para las organizaciones dispuestas a resolver conflictos mediante la negociación informal entre iguales en vez de recurrir a la autoridad formal, al poder formal de los superiores sobre los subordinados y de la línea sobre el staff. En realidad parece estar afirmando que la estructura matricial es para las organizaciones adultas.

La estructura matricial parece ser un dispositivo sumamente efectivo para el desarrollo de nuevas actividades y para la coordinación de complejas interdependencias múltiples; sin embargo, no resulta adecuada para los que necesitan cierta seguridad o estabilidad. La supresión del principio de la unidad de mando crea relaciones que requieren habilidades interpersonales altamente desarrolladas y una considerable tolerancia a la ambigüedad (Mintzberg, 2005).

Knight (1976) apunta algunos de los principales problemas que provoca esta estructura. Las organizaciones matriciales pueden ser fuente de mucho stress, no sólo para los directivos, para los que representan inseguridad y conflictos, sino también para sus subordinados'. Así como, el mantenimiento del delicado equilibrio de poder entre directivos equivalentes y un elevado coste de administración y comunicación, ya que requiere que se gaste mucho más tiempo en reuniones, se necesita más comunicación, hay más información que tiene que llegar a más personas, etc.

Para aproximarnos al conocimiento de la organización se describen cuatro de los procesos más relevantes para su 'funcionamiento':

1. Definición de los programas marco.
2. Gestión de los programas marco.
3. Definición de los proyectos de centro.
4. Organización de los CMS y gestión interna.

1. Definición de los programas marco.

Los 'grupos de definición' establecieron los programas marco sobre los que se iba a trabajar en los CMS, que son las áreas de trabajo para el abordaje de los problemas de salud considerados prioritarios y comunes a todos los distritos. El nivel de definición de estos programas es lo suficientemente abierto para permitir su adaptación a las peculiaridades de cada centro, pero a su vez marca unos mínimos comunes (estrategias, objetivos, actividades, procedimientos).

En algunos casos, contienen elementos propios de un programa (objetivos, actividades, procedimientos, circuitos, evaluación), y en otros (por ejemplo, en el abordaje y estado de las desigualdades sociales en salud, en la promoción de la salud mental o en el acercamiento a la comunidad escolar) se limitan a:

- Marcar estrategias y objetivos generales que deberán ser tenidos en cuenta por los centros.
- Observar y vigilar la evolución del problema.
- Organizar acciones de apoyo a los equipos frente a las dificultades de su abordaje.

Se jerarquizan en tres grupos:

Grupo	Programas marco
I. Comunes a todos los centros	Alimentación y actividad física y salud.
	Salud sexual y reproductiva.
	Prevención y promoción de la salud en el ámbito educativo.
II. Opcionales	Envejecimiento activo y saludable.
	Salud materno-infantil.
	Prevención y control del tabaquismo (deshabitación tabáquica)
III. Transversales	Desigualdades sociales en salud.
	Psicohigiene.
	Entorno urbano y salud.

2. Gestión de los programas marco.

La gestión de los programas se realiza desde una organización funcional con una amplia participación de profesionales del Servicio, a través de los **grupos de trabajo de los programas marco**: 104 profesionales del Servicio, pertenecientes a todas las categorías profesionales, a diferentes CMS, a Centros Monográficos y a los servicios centrales.

En el primer año de funcionamiento, el **Área Funcional** de seguimiento de programas ha desarrollado la estructura de coordinación que permite realizar el diseño y seguimiento de los programas y dar apoyo al desarrollo de los mismos en los centros.

Para cada programa marco hay por tanto, un grupo de trabajo, un grupo de coordinación, un referente de programa y un referente de programa en cada CMS.

Las y los referentes de programas marco están casi todos liberados —excepto dos— de otras funciones y se ubican en la sede del Servicio.

Las funciones de estos agentes y las estructuras de coordinación se detallan en el anexo que se incluye al final de este documento.

3. Definición de los proyectos de centro.

Los proyectos de centro son el compromiso de trabajo y la definición de las prioridades establecidas por cada CMS, en función de los problemas y las necesidades específicas de salud de su distrito y de las potencialidades y motivaciones de los equipos.

Se establecen los programas que van a desarrollar, los objetivos a alcanzar, las actividades a realizar y los indicadores de seguimiento y evaluación que deberán elaborar.

Cada CMS define un proyecto de centro bianual que consta de:

- Análisis de situación de salud del distrito.
- Análisis de situación del equipo y del centro.
- Objetivos prioritarios del centro para el periodo 2010-2011.
- Programas específicos del centro.
- Organización del equipo.
- Evaluación de los objetivos (en el marco de la metodología común de evaluación).

Cada Proyecto de Centro es diferente porque cada distrito es diferente. En líneas generales, se dieron los siguientes pasos para su definición:

1º. Análisis de las necesidades de información del distrito. Se analizó la información epidemiológica disponible en cada distrito y la que era necesario conocer, además de poner en común el conocimiento sobre la población del distrito, sus recursos socio-sanitarios... Se desarrolló un Seminario con los siguientes contenidos:

- Presentación del Estudio de Salud de la ciudad de Madrid, centrado en las necesidades de salud desde el punto de vista teórico del distrito.
- Reuniones con personas que trabajaban en el distrito, pertenecientes a: administraciones, ONGs, asociaciones vecinales, centros culturales, polideportivos, agentes sociales y sanitarios.

2º. Definición de los programas específicos de centro. Son los programas establecidos en cada centro para el abordaje de los problemas de salud específicos del distrito. Pueden ser:

- La adaptación y desarrollo de los programas marco al centro y distrito.
- Los programas no contemplados en los programas marco, pero que dan respuesta a problemas de salud específicos del distrito.

A modo de orientación se sugiere que cada Proyecto de Centro debe incluir la información relativa a los siguientes apartados:

1. Análisis de las necesidades de salud de la población residente en la zona de influencia del centro, lo que implica considerar tanto la información objetiva disponible como la percepción y demandas de la población.
2. Análisis básico del entorno urbano (físico y social) del distrito y de sus principales riesgos y oportunidades. Descripción de los recursos socio-sanitarios y educativos del área de influencia del centro, así como de las organizaciones y proyectos que interactúan o podrían hacerlo en campos competenciales afines (Análisis del contexto).
3. Descripción de los recursos humanos y materiales con los que cuenta el centro para llevar a cabo el Proyecto, incluyendo las fortalezas y motivaciones del equipo.

4. Definición de los objetivos prioritarios del centro para el período.
5. Descripción de las acciones específicas (programas y proyectos), adoptadas por el centro para la consecución de los objetivos. En este sentido, para cada programa o proyecto se debería elaborar una matriz de planificación.
6. Organización del centro y del equipo para llevar a cabo los programas específicos.
7. Metodología de seguimiento y evaluación de los programas, incluyendo la formulación de indicadores.

3º. Asignación de las y los referentes de programa del CMS. El equipo directivo proponía a las personas asumir la función de referente de programa marco, en función de sus potencialidades. Casi todos las y los profesionales trabajan en más de un programa.

4º. Definición de los proyectos. Se definen las y los profesionales que trabajan en cada programa. A partir de un guión se trabajó para la definición del informe final.

Una vez que se ha avanzado en la definición de las estrategias y programas comunes del servicio y que los equipos tienen una propuesta de proyecto, se fija el pacto con los equipos definiendo:

1. El proyecto del centro.
2. El calendario.
3. La evaluación.

Se inicia escalonadamente con cada centro. Mientras tanto se sigue haciendo lo habitual y atendiendo la demanda. A medida que el proyecto vaya avanzando las actividades antiguas van transformándose.

5º. Evaluación del proyecto en el Servicio. Se organizaron grupos de evaluación de los proyectos de centro y se propusieron modificaciones.

6º. Formación de las y los profesionales: se desarrollaron acciones formativas sobre intervención comunitaria.

7º. A partir de ahí empezó la **gestión del proyecto** de centro.

Los CMS adaptan su organización a los requerimientos del Proyecto, a la vez que éste se adecua a la realidad socio-sanitaria de la zona de influencia del centro y a los recursos con los que efectivamente se cuenta. Se trata de conseguir el equilibrio entre lo que es conveniente hacer (desde las directrices de la organización y las necesidades de la población) y lo que es posible hacer (desde la disponibilidad de los recursos reales).

El Proyecto de Centro incorpora los objetivos y actividades vinculados a los nuevos programas, en función de las prioridades que cada centro establece. También es un instrumento para la articulación, racionalización y organización de lo que los centros ya venían haciendo. Se trata de dar coherencia a todo el conjunto de acciones de los centros, conduciéndolas a la consecución de los objetivos elaborados por el consenso de los equipos.

El marco temporal del Proyecto de Centro abarca hasta finales de 2011, aunque se deben plantear estrategias a cinco años.

4. Organización de los CMS y gestión interna.

El equipo directivo de los CMS está formado por un Jefe/a de Sección (también llamados director/a o coordinador/a) del CMS, y un Adjunto/a a la Sección.

La dotación media por CMS es de 26,6 profesionales (administrativo/a, auxiliar administrativo/a, enfermero/a, auxiliar sanitario/a, TAS, ginecólogo/a, matrona, médico/a general, médico/a especialista, pediatra, psicólogo/a, psiquiatra, trabajador/a social, oficial de edificios, PODO, POLMA, POSI).

En cada CMS hay un referente para cada uno de los programas marco que se desarrollan en el centro.

Los equipos directivos de los CMS mantienen reuniones de coordinación con la jefatura de la Unidad Técnica de los CMS. En este espacio se reúnen todos los directores y directoras de CMS.

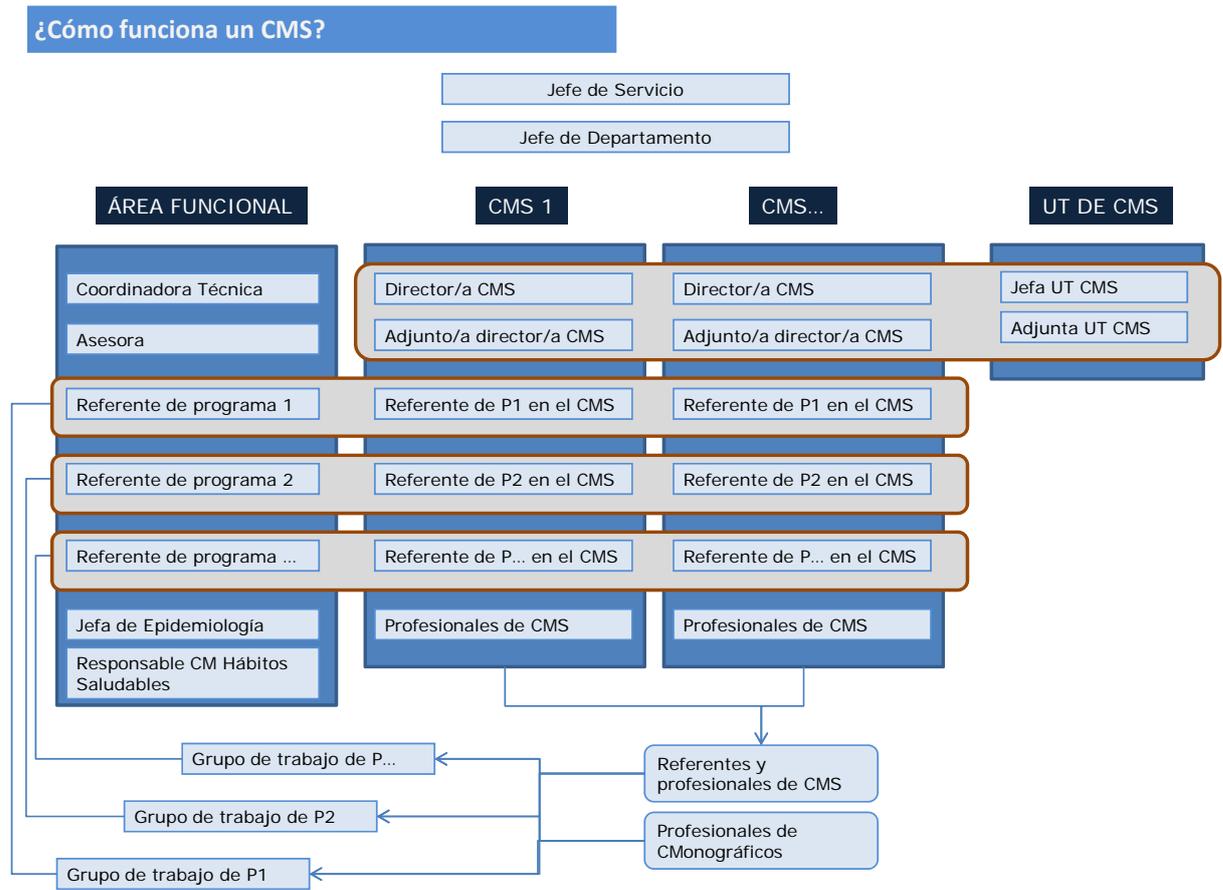
Para el desarrollo de los programas de centro, las y los referentes de programas marco en los CMS mantienen reuniones de coordinación con el referente de programa marco y las y los referentes de otros CMS, es decir, son reuniones de los referentes de cada uno de los programas marco.

Además se organizan reuniones de programas en cada uno de los CMS en las que participan, el referente del programa en el CMS, las y los profesionales adscritos al programa en ese CMS y el equipo directivo.

Este es el método de trabajo habitual, pero cada CMS dispone de autonomía para la organización de estos espacios de trabajo.

El siguiente gráfico refleja los diferentes espacios de coordinación entre las diferentes unidades implicadas en la gestión de los CMS:

Gráfico 6. Espacios de coordinación en los CMS.



3. PROCESO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del proceso.

Se inicia así el proceso de evaluación que podemos dividir en dos fases que la organizan:

Fase 1. Diseño del sistema de evaluación

Se concretan todos los aspectos a evaluar y los procedimientos: para saber qué y cómo se va a evaluar.

Para...	Tareas
Análisis del encargo de evaluación.	Entrevista con las personas que encargan la evaluación.
Acotación del objeto de evaluación.	Análisis documental de documentos aportados por la entidad.
Definición de los objetivos de evaluación.	Recogida de aportaciones a documentos intermedios por parte de las personas responsables de la entidad.
	Producto  Borrador del Informe del Sistema de evaluación.
Conocimiento de las necesidades informativas.	Reunión de trabajo con las personas que encargan la evaluación.
Elaboración de la matriz de evaluación.	Reunión de trabajo con otros agentes críticos.
Determinación de los procedimientos para la aplicación de las herramientas.	
Diseño de herramientas.	
	Producto  Informe del Sistema de evaluación.

Fase 2: Desarrollo de la evaluación

Desarrollo la evaluación propiamente dicha.

Para...	Tareas
Recogida información.	Aplicación de las herramientas.
Redacción de resultados.	Volcado.
Comunicación de los resultados a los y las agentes interesados.	Análisis de los resultados: hallazgos, interpretación, juicio y recomendaciones.
Elaboración de recomendaciones.	Comunicación de los resultados.
	Producto  Informe de evaluación.

El método de trabajo que se propone supone una progresión lógica que dispone los elementos de modo que los resultados obtenidos no respondan al mero azar (Ruiz, 2011). Gracias a esa lógica los resultados se pueden replicar, verificar y contrastar. Se busca que los resultados sean reproducibles, comunicables, accesibles y repetibles.

3.2. Encargo.

Toda evaluación se inicia a partir del interés, generalmente difuso, de un profesional o grupo de profesionales en conocer 'algo' de su entidad, proyecto o política. En este caso tiene algunas peculiaridades dado el marco en el que se sitúa: una Memoria de grado, ese ha sido el inicio de esta evaluación.

La organización Madrid Salud tiene incorporada la evaluación en su ciclo de planificación y de hecho dispone de personal asignado para tal fin; pero en la actualidad no ha sido posible abordar en sus evaluaciones anuales todos los aspectos que desearían. Hasta el momento sus informes de evaluación se han centrado en los proyectos desarrollados por los CMS.

A partir del año 2007 se inició un proceso de reorganización del Servicio de Madrid Salud y tras estos casi cuatro años de desarrollo se mostraba interés en conocer algunos aspectos de la implantación del nuevo modelo de gestión.

Para el análisis del encargo se tuvieron en cuenta los objetivos propuestos por Ruiz (2010). Esta autora propone:

1. Conocer las necesidades y expectativas al máximo nivel decisor político posible.
2. Forzar la priorización para una primera acotación del objeto de evaluación.
3. Identificar el objeto y propósito de la evaluación.
4. Valorar cuantitativamente el encargo.
5. Lograr un preacuerdo.

Todo esto debe ir orientado a la eficacia y eficiencia de la evaluación.

A partir del análisis del encargo de evaluación debemos ser capaces de concretar: qué queremos saber a través de la evaluación; porqué se plantea en estos momentos y para qué la hacemos. Es decir, su objetivo, justificación y utilidad.

En este caso, se mantuvo una reunión con el Jefe de Servicio, la Consejera Técnica y la Asesora en evaluación del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental del Instituto de Salud Pública Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid.

Ante la pregunta de ¿qué se quiere saber a través de la evaluación? Se plantean las siguientes cuestiones:

¿Podía haber habido otro sistema de reorganización del servicio que hubiese sido mejor?

¿Es eficaz? ¿qué ventajas tiene en función de lo que queremos conseguir? ¿qué uso le hemos dado? ¿hemos cometido errores?

Explicar qué hacemos, para qué sirve este servicio específicamente.

¿Cómo llega la información a la base?

¿Cómo se articula la información entre los diferentes espacios?

¿Dónde se han dado realmente los cambios? ¿realmente se han dado cambios?

¿Cómo se ven los espacios de reunión? ¿son útiles?

3.3. Definición del objeto y objetivos.

La evaluación siempre es una intervención con un cierto grado de estructuración con la voluntad de lograr unos fines o cumplir unas funciones (Ligero, 2010a) Lo que se pretende evaluar son las políticas, los planes, los programas, los proyectos, los servicios o las entidades. La evaluación tiene como fin conocer y valorar las intervenciones, no a las personas (Ligero, 2010a).

Podemos diferenciar tres tipos de objeto: las organizaciones, los servicios y las acciones.

El objeto de la evaluación constituye el objeto a evaluar que debe cumplir una serie de condiciones (Ligero, 2010a):

- La unidad a evaluar (programa, proyecto, servicio...) debe quedar claramente identificada.
- El objeto a evaluar es una unidad, es decir, no se está ante diversos programas o intervenciones que no tienen que ver entre sí.
- El objeto a evaluar es abarcable con los medios con los que cuenta la evaluación.
- La selección de la unidad de evaluación es relevante. Se revisa que no se está ante la evaluación de una tarea o una acción muy concreta cuya información puede no compensar el esfuerzo a realizar.

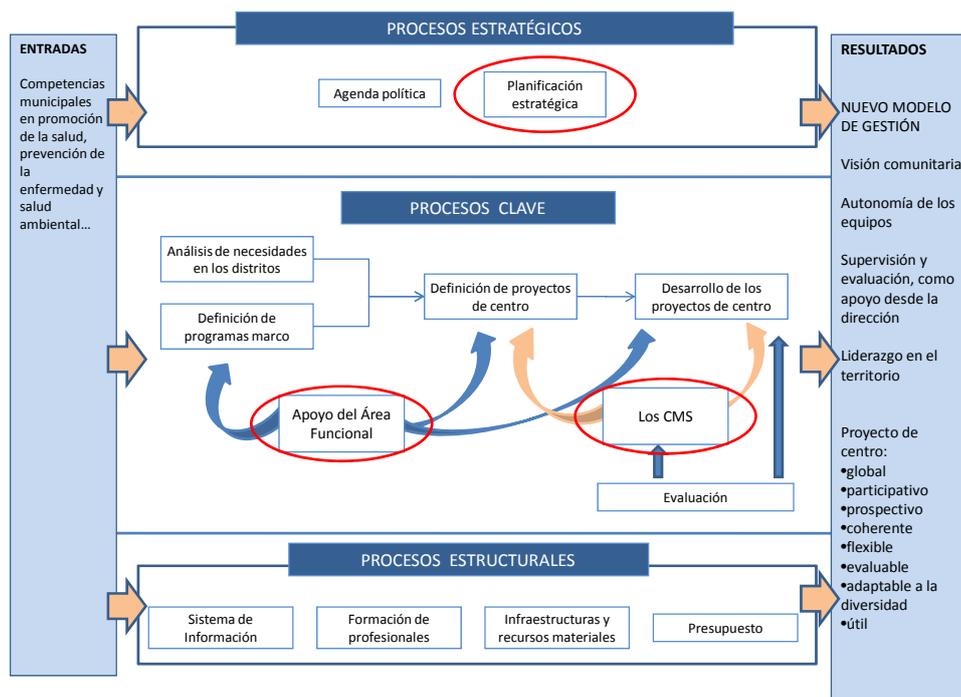
Nuestro **objeto de evaluación** es la actual estrategia del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco de la 'Estrategia Gente saludable', también conocida entre las y los profesionales como 'Proceso de reorientación comunitaria de los CMS iniciado en 2008'.

Pero sin duda, la evaluación de su aplicación en toda su extensión supondría un esfuerzo que no es posible dedicar y un tiempo del que no se dispone en el marco de esta Memoria de grado.

El mapa de procesos del nuevo modelo de gestión [gráfico 5] nos presenta los procesos implicados y nos facilita la toma de decisiones sobre cuál o cuáles de ellos son prioritarios y se está en condiciones de abordar.

A partir de las demandas que se hacen desde las personas responsables se opta por abordar los procesos siguientes: Planificación estratégica, trabajo en los CMS y acciones de apoyo del Área Funcional:

Gráfico 7. Mapa de procesos del nuevo modelo de gestión. Selección del objeto de evaluación.



Los procesos nos definen las dimensiones que abordaremos y se constituyen en el 'esqueleto' de nuestra evaluación.

Los **objetivos** de la evaluación que se establecen son:

- Valorar el proceso de aplicación del nuevo modelo de gestión.
- Conocer la implicación del personal con la visión y misión del Servicio.
- Identificar los procesos de trabajo y los mecanismos para su mejora.
- Identificar la suficiencia de los canales y flujos de comunicación formales e informales.
- Conocer las percepciones de las y los trabajadores sobre la utilidad de las reuniones.

3.4. Necesidades informativas.

Las necesidades informativas, según refiere Díez (2011) son requerimientos de información que se le hacen a la evaluación por parte del cliente y/o por un actor social (*stakeholder*). Lo que se pretende es identificar en relación a un programa o a una política: ¿qué es lo que se quiere saber? ¿qué es lo que se quiere evaluar?

Las preguntas de evaluación son una parte muy importante del proceso evaluativo de una política y/o programa, ya que las respuestas a estas preguntas forman el principal contenido informativo de la evaluación.

En ocasiones estas no son tan explícitas y no están estructuradas. Se trata de 'hacer de partera', de conseguir explicitar las demandas latentes.

Una cuestión muy relevante es **quién o quiénes** pueden definir las necesidades informativas.

En la exposición de los planteamientos teóricos en los que se enmarca esta evaluación se citaba la necesaria atención a la presencia de diferentes personas y colectivos que tienen alguna relación con el programa o política a evaluar, es decir, la inclusión de la participación de la pluralidad de actores potenciales.

Los *stakeholders* son todas aquellas personas que tienen un interés directo o indirecto en la política o programa y en su evaluación. Se puede traducir por: agente crítico, actor social o parte interesada.

Son numerosos los autores que consideran su participación como un requisito para una evaluación estimable: como Niremberg, Olga et al. (2000) que mencionan que '*Los usuarios, destinatarios o beneficiarios, así como la comunidad en general, son actores sociales de ineludible consideración en el proceso evaluativo*'; o Greene, Jennifer (2005) que afirma que '*Todos los intereses de los stakeholders son legítimos y plausibles, y por lo tanto todos tienen una valiosa contribución que hacer a la calidad y eficacia del programa evaluado*'.

Todos los actores, personas y organizaciones tienen diferentes intereses, responsabilidades y posicionamientos y detentan intereses legítimos respecto a la evaluación y

sus resultados. Sus demandas informativas serán múltiples y diversas lo que nos permitirá diseñar las preguntas de evaluación desde una perspectiva más amplia.

Las situaciones y posiciones que ocupan condicionan la percepción de la realidad y, por tanto, las necesidades informativas. Son distintas si son financiadoras, técnicas, beneficiarias...

En la práctica no ha sido posible realizar una amplia recogida de necesidades informativas, pero se ha pretendido no atender únicamente a las personas que encargan la evaluación. El **proceso de trabajo** que se ha seguido ha sido el siguiente:

1. Recogida de necesidades informativas del personal con autoridad y responsabilidad para tomar decisiones que era el que 'encargaba' la evaluación: Jefe de Servicio, Consejera Técnica y Asesora Técnica en evaluación.
2. Identificación de otros actores que podían ser consultados.
3. Recogida de necesidades informativas de personal con autoridad y responsabilidad en la gestión y ejecución: director y directora de CMS (2) y referentes de programa marco (2).
4. Elaboración de una lista exhaustiva y ordenada de las necesidades de información.
5. Selección de las demandas informativas.

Se procedió a una revisión de las preguntas, a partir de los criterios señalados por Ligeró (2011b) ya que resulta necesario controlar que las preguntas fueran realmente de evaluación, es decir, que se refieran a una valoración sobre el programa o servicio o la relación de éste con las necesidades informativas:

- Las preguntas deben implicar una valoración y no una mera indagación sobre algún aspecto del objeto.
- Las preguntas tienen que estar dirigidas al objeto de evaluación y no a sucesos o dinámicas sociales.
- Las preguntas no deben ser indicadores, deben transmitir las cuestiones que preocupan a los actores implicados indistintamente de que se especifique o no cómo se va a medir.

Tras este proceso se elaboraron las preguntas de evaluación agrupadas en las dimensiones a evaluar:

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Dimensión 1: Planificación estratégica.

- ¿Las y los profesionales conocen la misión de la entidad?
- ¿Las y los profesionales conocen la visión de la entidad?
- ¿Las y los profesionales conocen el plan de acción para desarrollar la estrategia de reorientación del servicio?
- ¿Se ha conseguido implantar la nueva estrategia?
- ¿Está implicado todo el personal en la implementación de la nueva estrategia?

Dimensión 2: Gestión de los programas marco y gestión de los CMS.

- ¿Se conocen con claridad las funciones de las estructuras de coordinación?
- ¿Las estructuras de coordinación responden a la utilidad para la que fueron creadas?
- ¿Las nuevas figuras responden a la utilidad para la que fueron creadas?
- Las reuniones ¿se organizan adecuadamente a sus funciones?
- ¿Cómo es la participación de los diferentes agentes en el desarrollo del servicio?

Dimensión 3: Plan de comunicación interna en el servicio.

- ¿Existen suficientes canales de comunicación horizontal y vertical; y ascendente y descendente?
- ¿Son adecuados los soportes, canales y flujos para las comunicaciones del servicio?
- ¿El personal está satisfecho con la información disponible para el desempeño de su trabajo?

4. MATRIZ DE EVALUACIÓN

La matriz de evaluación es la tabla en la que incluimos las preguntas de evaluación, los criterios, sus correspondientes indicadores, las herramientas para la recogida de información y los agentes que nos la podrán aportar. Se constituye en una guía resumen del trabajo de campo.

4.1. Preguntas de evaluación, criterios, indicadores y técnicas.

Preguntas de evaluación.

Las preguntas de evaluación son las que nos dirigen, las que orientan el trabajo para la consecución de la información. Expresan aquello en concreto que se quiere conocer.

Dado que se ha optado por una evaluación orientada hacia los *stakeholders* o pluralista ha sido necesario identificar los valores, ya sean explícitos o subyacentes, de diferentes actores implicados.

Preguntas de evaluación y criterios.

Pero también parecía adecuado introducir algunos **criterios** relacionadas con las necesidades de información expresadas.

Los criterios son herramientas lógicas o léxicas que nos ayudan a dictaminar el valor, primero delimitando un campo de valor socialmente reconocido y, después, permitiendo saber dónde se sitúa el programa en función de esa definición (Ligero, 2011b).

Los criterios son contextuales y temporales. Es necesario ponerse de acuerdo sobre el valor de las palabras, sobre lo que cada agente entiende por cada criterio en concreto. Lo más importante es que todos los actores implicados en la evaluación se pongan de acuerdo y conozcan el significado de cada uno de ellos.

Los criterios que se establecieron en este caso y que se consensuaron con el equipo responsable de la evaluación en la entidad fueron:

CRITERIO	CÓMO LO DEFINIMOS
Eficacia	Mide si se han alcanzado los resultados esperados.
Pertinencia	Mide se la intervención ha sido adecuada al contexto ² .
Visibilidad	Mide si la intervención es conocida por todos los agentes implicados.
Participación	Mide si ha sido promovido, diseñado, ejecutado y evaluado con el protagonismo real de los agentes implicados.

Finalmente se decidió no utilizar los criterios para la interpretación y análisis de la información dado que se manejó otro modelo: la teoría del programa.

Preguntas de evaluación, criterios e indicadores.

Para dar respuesta a las preguntas de evaluación y los criterios debemos redactar los **indicadores** como condiciones lógicas que si se cumplen contestan a las demandas de información.

Los indicadores buscan acercarse lo más posible al concepto o al criterio a medir, aunque frecuentemente tienen que conformarse con reflejar la realidad de fenómenos paralelos, similares o parciales del concepto buscado, aportando a la evaluación solamente una aproximación a la información buscada.

Preguntas de evaluación, criterios, indicadores y técnicas.

La matriz de evaluación debe incluir así mismo las herramientas o técnicas que se van a utilizar para la recogida de información y las fuentes de las misma.

Como comenta Santamarina (2011) nunca investigamos personas, sino temas, procesos o realidades. Los sujetos son interlocutores del tema que estamos estudiando. Realmente estamos buscando la experiencia de quien tiene vinculación con alguien.

² Se entiende el contexto como la adecuación a las necesidades de la población, las políticas y ordenamientos jurídicos, las estructuras sociales y culturales, la teoría y el método de intervención y hasta la satisfacción de los agentes implicados. (Ligero, 2010b)

En esta ocasión hemos optado por la aplicación de **técnicas** cuantitativas y cualitativas:

1. Análisis documental de aquellos materiales elaborados por la entidad y que describen el proceso de reorganización y el marco programático para el desarrollo del servicio.

2. Entrevistas individuales a la Consejera Técnica y a la Jefa de la Unidad Técnica de los CMS.

3. Cuestionarios:

- A referentes de programas marco.
- A equipos directivos de los CMS.
- A profesionales de los CMS.

Los cuestionarios incluían preguntas cuantitativas y preguntas cerradas y abiertas.

En un primer momento se propuso el desarrollo de grupos de discusión con la intención de consultar a grupos de profesionales de los CMS, pero dada la dificultad para su organización [son 16 CMS] y los tiempos en los que debía ser realizada esta Memoria no se pudieron realizar. Se acordó con la entidad que tras la elaboración de la Memoria de grado se valorará la posibilidad de realizarlos para ofrecer a la entidad un informe más completo de evaluación.

4.2. Matriz de evaluación.

Se presentan los criterios, indicadores y técnicas que responden a cada una de las preguntas de evaluación. Los indicadores se han codificado en función de la dimensión a la que corresponden y al número de orden:

Dimensión 1: Planificación Estratégica [PE]

Dimensión 2: Gestión de los programas marco y de los CMS [GE]

Dimensión 3: Plan de comunicación interna en el servicio [PL]

Se mantienen las referencias a los grupos de discusión [GD] de profesionales de CMS, dado que en este momento se mantiene abierta la posibilidad de desarrollarlos con la finalidad de aportar más información.

DIMENSIÓN 1: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

PREGUNTA	CRITERIO	INDICADOR	TÉCNICA
¿Las y los profesionales conocen la misión de la entidad?	VISIBILIDAD	PE.01. Inclusión de la misión y visión de la entidad en los documentos.	Análisis documental
¿Las y los profesionales conocen la visión de la entidad?		PE.02. Nivel de conocimiento por parte de las personas trabajadoras de la misión y visión de la entidad.	Cuestionario referentes Cuestionario equipos directivos CMS Cuestionario profesionales CMS
		PE.03. Tipo de canales y espacios de comunicación por los que se han transmitido/conocido.	Entrevista Coordinadora de Área Funcional Entrevista Jefa de UT de CMS
¿Las y los profesionales conocen el plan de acción para desarrollar la estrategia de reorientación del servicio?	VISIBILIDAD	PE.04. Existencia de un documento que explicita y concrete el plan de acción.	Análisis documental
		PE.05. Nivel de conocimiento por parte de las personas trabajadoras de la nueva organización del servicio.	Cuestionario referentes Cuestionario equipos directivos CMS Cuestionario profesionales CMS
		PE.06. Tipo de canales y espacios de de comunicación por los que se han transmitido/conocido.	Entrevista Jefa de UT de CMS Entrevista coordinadora de Área Funcional

PREGUNTAS	CRITERIO	INDICADOR	TÉCNICA
¿Se ha conseguido implantar el nuevo modelo de gestión?	EFICACIA	PE.07. Cambios / efectos ³ conseguidos en las y los profesionales.	Cuestionario referentes
		PE.08. Cambios/ efectos conseguidos en la gestión de los CMS.	Cuestionario equipos directivos CMS
		PE.09. Elementos facilitadores en la implantación del modelo.	Cuestionario profesionales CMS
		PE.10. Obstáculos en la implantación del modelo.	Entrevista Jefa de UT de CMS
¿Está implicado todo el personal en la implementación de la nueva estrategia?	PARTICIPACIÓN	PE.11. Grado de participación de las y los profesionales.	Entrevista coordinadora de Área Funcional
		PE.12. Grado de satisfacción.	[GD profesionales de CMS]

³ 'Efecto es todo comportamiento o acontecimiento del que puede razonablemente decirse que ha sido influido por algún aspecto del programa o proyecto' (Bond, 1985 citado en Cohen y Franco (2003). Citado en Ligeró (2010b)

DIMENSIÓN 2: GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS MARCO Y GESTIÓN DE LOS CMS.

PREGUNTAS	CRITERIO	INDICADOR	TÉCNICA
¿Se conocen con claridad las funciones de las estructuras de coordinación?	VISIBILIDAD	GE.01. Nivel de conocimiento de las funciones de las estructuras de coordinación.	Entrevista coordinadora de Área Funcional Entrevista Jefa de UT de CMS [GD profesionales CMS]
¿Las estructuras de coordinación responden a la utilidad para la que fueron creadas?	PERTINENCIA	GE.02. Grado de cumplimiento de las funciones de las estructuras de coordinación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de seguimiento de proyectos de centro. ▪ Área Funcional. ▪ Grupo de trabajo de los programas marco. ▪ Grupo de referentes de programas marco en los CMS. ▪ Reuniones de la UT del CMS con directores y directoras. ▪ Reuniones de equipo. ▪ Reuniones de programas marco. 	Entrevista coordinadora de Área Funcional Entrevista Jefa de UT de CMS [GD profesionales CMS]
¿Las nuevas figuras responden a la utilidad para la que fueron creadas?	PERTINENCIA	GE.03. Grado de cumplimiento de las funciones de las y los agentes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Referentes de programa. ▪ Referentes de programa en los CMS. 	

PREGUNTAS	CRITERIO	INDICADOR	TÉCNICA
Las reuniones ¿se organizan adecuadamente a sus funciones?	PERTINENCIA	<p>GE.04. Grado de adecuación del método de trabajo a las funciones de las reuniones (especificar las reuniones):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ horario ▪ periodicidad ▪ actas ▪ documentación de trabajo ▪ dinamización. 	<p>Cuestionario referentes</p> <p>Cuestionario equipos directivos CMS</p> <p>Cuestionario profesionales CMS</p>
¿Cómo es la participación de los diferentes agentes en el desarrollo del servicio?	PARTICIPACIÓN	<p>GE.05. Grado de participación en la toma de decisiones estratégicas.</p> <p>GE.06. Grado de participación en la toma de decisiones operativas.</p>	<p>Cuestionario referentes</p> <p>Cuestionario equipos directivos CMS</p> <p>Cuestionario profesionales CMS</p>

DIMENSIÓN 3: PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA EN EL SERVICIO

PREGUNTAS	CRITERIO	INDICADOR	TÉCNICA
¿Existen suficientes canales de comunicación horizontal y vertical; y ascendente y descendente?	PERTINENCIA	PL.01. Tipo de canales de comunicación.	Cuestionario referentes Cuestionario equipos directivos CMS Cuestionario profesionales CMS
¿Son adecuados los soportes, canales y flujos para las comunicaciones del servicio?	PERTINENCIA	PL.02. Grado de adecuación de los canales y flujos de comunicación formales: reuniones, correo electrónico, telefónico. PL.03. Elementos facilitadores de la comunicación horizontal. PL.04. Elementos facilitadores de la comunicación vertical. PL.05. Obstáculos para la comunicación horizontal. PL.06. Obstáculos para la comunicación vertical.	
¿El personal está satisfecho con la información disponible para el desempeño de su trabajo?	PARTICIPACIÓN	PL.07. Grado de satisfacción con la cantidad y calidad de la información disponible de los canales de comunicación formales: reuniones, correo electrónico, telefónico.	

5. TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo es una de las fases más relevantes de la evaluación ya que supone aplicar las técnicas de medición y recopila la información necesaria que será la base para las siguientes etapas de evaluación.

Como se comentaba en el apartado 3.1 el proceso de desarrollo en dos fases: un primer momento para conocer el objeto de estudio y profundizar en la realidad del proyecto; y un segundo momento, en el que se procedió a la aplicación de los instrumentos de recogida de información diseñados en fases anteriores.

El calendario de ambas fases ha sido el siguiente:

Fase 1. Diseño del sistema de evaluación		
Tarea	Técnicas y/o agentes consultados	Calendario
	Entrevistas y/o sesiones de trabajo:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefe de Servicio, Coordinadora Técnica y Asesora. 	13 enero
		30 marzo
Análisis del encargo de evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asesora Técnica de evaluación. 	1 diciembre
Acotación del objeto de evaluación.		15 febrero
		4 abril
Definición de los objetivos de evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Directores/as de CMS [2] 	7 marzo
		8 marzo
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Referentes de programa marco [2] 	9 marzo
	Análisis documental. Los documentos analizados se incluyen en el anexo 1.	14 enero-marzo
Fase 2. Desarrollo de la evaluación		
Tarea	Técnicas y/o agentes consultados	Calendario
	Análisis documental [anexo 1]	abril
	Entrevistas individuales:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinadora Técnica. 	27 abril
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefa de la Unidad Técnica de CMS. 	
Recogida de información.	Cuestionarios:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Referentes de programas marco. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipos directivos de los CMS. 	16-20 abril
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesionales de los CMS. 	
Análisis de los resultados: hallazgos, interpretación, juicio y recomendaciones.	Volcado y análisis.	21 abril-25 mayo
Comunicación de los resultados a los y las agentes interesados.	Reunión con el equipo responsable del encargo. Elaboración de informe resumen para la entidad. Sesión informativa para personal de la entidad.	4-15 junio

Se elaboraron tres tipos diferentes de cuestionarios según los agentes destinatarios de los mismos y para su aplicación se utilizó la plataforma web 'encuestafacil.com'.

Se solicitó y recogió información a los siguientes agentes:

Agentes	Solicitada	Recogida
Referentes de programas marco	11	11
Equipos directivos de los CMS	35	21
Profesionales de los CMS	96	61

En los dos primeros casos se solicitó a todo el personal con la función y/o categoría seleccionada ya que al ser un número reducido se podía abordar.

En el caso de las y los profesionales de los CMS, son una plantilla de 364 trabajadores y trabajadoras y se optó por la aplicación de 96 cuestionarios. Se hizo una selección atendiendo a la representatividad de todos los CMS y a la proporción en el número de profesionales en las siguientes categorías: administrativo/a, enfermero/a, auxiliar administrativo/a, auxiliar sanitario/a, TAS, ginecólogo/a, matrona, médico/a, pediatra, psicólogo/a, psiquiatra y trabajador/a social.

El procedimiento seguido para la aplicación de los cuestionarios fue el siguiente:

1. Elaboración de los cuestionarios en la citada plataforma.
2. Revisión de los cuestionarios por parte de personal de Madrid Salud. Se propusieron modificaciones en algunas cuestiones y la inclusión de términos que aclararan las preguntas. Se adaptó el lenguaje a los términos más comúnmente utilizados en la entidad.
3. Envío de los enlaces web de los cuestionarios a la Asesora Técnica. A su vez los remitió al Área Funcional [referentes] y a la Unidad Técnica de CMS [equipos directivos y profesionales de CMS]. La plataforma permite la recepción en tiempo real de los resultados garantizando en todo momento el anonimato.

El perfil de los profesionales que respondieron a los cuestionarios es el que se indica a continuación:

Referentes de programas marco			
Nº cuestionarios	11		
Distribución por sexo	mujeres	6	55%
	hombres	5	45%
Distribución por edad	La media de edad es de 52,73 [entre 47 y 64 años]		
Profesión	Medicina especialidad	2	Psicología Clínica 3
	Medicina	1	Matrona 1
	Enfermería	1	Sin información 3

Equipo directivo CMS

Nº cuestionarios	21			
Distribución por sexo	mujeres	17	81%	
	hombres	4	19%	
Distribución por edad	La media de edad es de 50,35 [entre 37 y 58 años]			
Titulación	Medicina	7	Pediatría	1
	Enfermería	6	Psicología	1
	DUE	2	Sociología/Enfermería	1
	Auxiliar administrativo/a	1	Trabajo social	1
	Auxiliar Sanitario/a	1		
Cargo	Jefe/a de Sección	7	37%	
	Adjunto/a a Sección	12	63%	
Referentes de programa	Sí	7	33%	
	No	14	67%	
Grupos de trabajo de programas marco del Servicio	Sí	8	38%	
	No	13	62%	

Profesionales de CMS

Nº cuestionarios	61					
Distribución por sexo	mujeres	49	80%			
	hombres	12	20%			
Distribución por edad	La media de edad es de 49,88 [entre 31 y 62 años]					
Titulación	Medicina	17	Matrona	1		
	Enfermería	15	Medicina Especialista	1		
	Técnico/a auxiliar sanitario	5	Medicina familia y comunitaria	1		
	D.U.E.	4	Psicología	1		
	Ginecología	4	Psicología clínica	1		
	Auxiliar administrativo/a	2	Psiquiatría	1		
	Trabajo social	2	Sociología/Enfermería	1		
	Administrativo	1	TAS	1		
	Auxiliar de enfermería	1	Sin información	2		
	Puesto de trabajo	Enfermero/a	20	33%	Matrona	2
Médico/a		18	30%	Psicólogo/a	2	3%
Aux. Sanitario/a o TAS		7	12%	Trabajador/a Social	2	3%
Ginecólogo/a		5	8%	Administrativo/a	1	2%
Aux. Administrativo/a		2	3%	Psiquiatra	1	2%
Referentes de programa	Sí	28	46%			
	No	33	54%			
Grupos de trabajo de programas marco del Servicio	Sí	24	39%			
	No	37	61%			

6. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Una vez recopilada la información se procedió a su análisis articulado a partir de una serie de dimensiones o componentes básicos a evaluar obtenidos de la teoría de sistemas.

Las dimensiones propuestas se inspiran en el modelo sistémico de Donabedian: resultados, procesos y elementos estructurales. La vinculación de las tres dimensiones responde a una visión mecanicista de la organización donde todos los elementos funcionan como piezas que conforman un gran sistema para la producción de resultados (Ligero, 2011b).

Es tan importante conocer los objetivos/resultados como los procesos y la estructura si bien la práctica evaluativa tiende a centrarse, en muchas ocasiones, en la medición y valoración del logro de los objetivos. En menor medida, se atiende a un análisis de los procesos y las estructuras. Es, por esto, que como evaluadoras no debemos olvidar la importancia tanto de los procesos como de las estructuras para analizar e intentar comprender por qué un insumo A lleva a un producto C y no a uno B.

Los procesos de cambio, como muchos estudios sociales han puesto de manifiesto, son procesos complejos en los que influyen múltiples factores en continua transformación y el equipo evaluador ha de estar atento y dejarse sorprender por la realidad que, en la mayor parte de las ocasiones, se escapa de diseños y formulaciones cerradas de programas y proyectos.

Recomendaciones para la lectura de este apartado.

Es importante tener en cuenta algunos aspectos para la lectura de este apartado.

No se ha hecho un análisis estadístico de la información recogida, ya que ésta no era la intención. Hay que tener en cuenta que la información aquí vertida se refiere a un importante número de profesionales, más de 400, que desempeñan su trabajo en la sede central o en uno de los 16 Centros Madrid Salud. Se ha pretendido señalar los aspectos más significativos, pero sin olvidar que el funcionamiento y dinámica de cada CMS mantiene sus peculiaridades. Como recuerdan los propios profesionales, cada CMS es diferente.

Las respuestas, en general, no van en una única dirección ya que en prácticamente en todas las cuestiones abordadas se dan respuestas en sentidos diferentes e incluso opuestos. Nos encontramos con una amplia diversidad que podemos suponer que refleja las distintas sensibilidades y actitudes que se presentan en la institución.

6.1. Resultados: qué cambios se han producido en la entidad.

Los resultados son los cambios en la realidad producidos o atribuibles a la intervención (Ligero, 2011b).

En este caso nos interesaba conocer los cambios experimentados en la entidad debidos a la implementación del 'Proceso de reorientación comunitaria de los CMS'.

Como se expresaba en la misión de la entidad: *'El servicio y sus unidades están orientados hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la salud ambiental en sus respectivos ámbitos. Acorde con su orientación comunitaria, el servicio da prioridad a la actuación a nivel territorial en los Centros Madrid Salud (CMS). La red de CMS es una red de centros de salud pública y comunitaria, que definen sus objetivos y actuaciones por la especificidad de la población y el territorio de los distritos y barrios de la ciudad de Madrid⁴.*

El proceso de reorientación puesto en marcha señalaba las estrategias de trabajo que se debían aplicar en coherencia con el nuevo enfoque:

Los CMS reforzarán la orientación de sus programas y acciones hacia:

- 1. El **trabajo en equipo**, interprofesional e interdisciplinario.*
 - 2. El conocimiento y análisis continuo de los **problemas y las oportunidades de salud del distrito**.*
 - 3. La **eliminación de barreras** sociales y culturales de acceso a los centros y servicios.*
 - 4. La **atención prioritaria** a las **zonas** y los **grupos sociales** con mayores necesidades de salud.*
 - 5. El **trabajo por programas**, es decir, la fijación de objetivos de acción sobre los problemas y la evaluación de estas acciones.*
 - 6. El **trabajo intersectorial y socio-sanitario**.*
 - 7. El **desarrollo comunitario**, en el que los CMS serán un recurso profesional ofrecido a la comunidad para enfrentarse de forma autónoma a los problemas del barrio.*
-

Se pretendía conocer cómo se percibían por parte de los y las diferentes profesionales los cambios que se han provocado en la entidad, tanto aquellos que afectan a cuestiones operativas del trabajo diario, como aquellos que afectan al funcionamiento de los CMS en su globalidad.

⁴ Marco programático y organizativo del Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental [1 marzo 2010]

¿Se han percibido cambios?

La implantación de la nueva estrategia se inició en la práctica a inicios de 2010 por lo que —en la actualidad— todavía se percibe como un momento de ajuste al nuevo modelo.

En todos los casos ha sido muy amplia la información aportada por las y los profesionales consultados, lo que nos da indicios de que se percibe con claridad un importante cambio en la estrategia de la entidad.

En primer lugar, es preciso mencionar que no en todos los casos se expresa que realmente haya habido cambios, tanto los **equipos directivos** como las y los **profesionales** de los CMS expresan comentarios en este sentido.

Los **equipos directivos** de los CMS, en unos casos, reconocen la presencia de cambios positivos, e incluso muy favorables que han provocado una ampliación de la visión y han permitido estructurar los conocimientos; y en otros, expresan que no ha habido ningún cambio, e incluso algunas de las actuaciones que se llevan a cabo son totalmente estériles.

Las y los **profesionales** de los CMS mencionan una reorientación de la actividad y una reestructuración en la forma de trabajo que ha provocado que se desarrolle un trabajo muy diferente al habitual, con una nueva distribución. Se expresa que ha habido muchos cambios relacionados con una modificación de perspectiva y de horizontes con una mejora de la sensación de pertenencia.

Estos cambios han tenido consecuencias negativas para algunos de las y los profesionales. Se habla de desconcierto, inquietud ante el sentido de la nueva orientación, resistencias al cambio, malestares y tensiones en los equipos e, incluso ciertas reticencias de algunos profesionales a salir del centro y gran desorientación por la falta de claridad de los planteamientos políticos.

Los cambios destacados responden a dos grandes bloques, por una parte al enfoque global de la nueva estrategia, lo que se puede considerar su finalidad última; y por otra, la transformación que se ha dado en la organización de la entidad para mantener la coherencia con la misión y visión que se plantea.

Cambios en el enfoque: de asistencial a comunitario.

Se refiere un cambio de perspectiva, desde planteamientos clínico-asistenciales a enfoques ligados a la salud pública y al desarrollo comunitario. Se reconoce cómo el trabajo se centra en la población como objetivo, no en la enfermedad, dirigiendo los esfuerzos hacia la detección y contacto con la población vulnerable y desfavorecida. Los CMS han dirigido su mirada hacia el exterior del propio centro, con una mayor implicación con la población y los recursos del distrito; incluso con trabajo conjunto con entidades y organizaciones del distrito. Las y los profesionales han salido de los centros y se han acercado a la comunidad de los barrios en los que están ubicados.

Concretamente, los cambios que refieren cada uno de los grupos consultados son los siguientes:

Cambios que perciben las y los **referentes** de programas marco.

- Establecimientos de alianzas con recursos del distrito.
- Más apertura al barrio.
- Más atención a objetivos poblacionales.

Cambios que perciben los **equipos directivos** de los CMS.

- Visión más comunitaria.
- Menos asistencial.
- El trabajo se ha llevado a la comunidad.
- Trabajo con población vulnerable y desfavorecida como prioritaria.
- Mayor conocimiento y colaboración con las instituciones y organizaciones que trabajan en el distrito.

Cambios que perciben las y los **profesionales** de los CMS.

- Visión de trabajo comunitario.
 - Población como objetivo.
 - Más orientación en prevención y población vulnerable.
 - Más trabajo comunitario.
 - El acercamiento de las y los profesionales a su comunidad.
 - Cambio de mentalidad para salir a la calle.
 - Mucha mayor implicación con la población y los recursos del distrito.
 - Coordinación más fluida y mayor colaboración con instituciones del distrito.
 - Ha aumentado el conocimiento de nuestros centros entre la población.
-

Cambios en lo que se hace: hacia afuera de la entidad.

El cambio de enfoque ha supuesto, lógicamente, una modificación en las acciones que se han desarrollado.

Por una parte, se han puesto en marcha actividades novedosas para los CMS, como acciones grupales: charlas, talleres...; y este cambio de enfoque respecto a la población beneficiaria ha obligado a repensar estrategias de captación de personas usuarias acercándose a los espacios habituales en los que se desempeñan, se ha salido del centro a buscar nuevos perfiles de personas usuarias.

El énfasis en lo interdisciplinario y en la colaboración con entidades del distrito ha provocado un mayor trabajo de coordinación entre diferentes profesionales y organizaciones.

En los centros se observa una menor afluencia de personas, ya que muchas de las actuaciones se llevan a cabo en instalaciones y/o recursos del distrito. Se considera que se llega a mayor cantidad de personas, aunque de un perfil algo diferente; ya que se han 'perdido' usuarios de otros programas que estaban en marcha lo que ha provocado algunas dificultades.

Concretamente, los cambios que refieren cada uno de los grupos consultados son los siguientes:

Cambios que perciben las y los **referentes** de programas marco.

- Más salida de las y los profesionales.
- Más actividades grupales y comunitarias.

Cambios que perciben los **equipos directivos** de los CMS.

- Más relación con recursos del distrito. Coordinación con otros profesionales. Búsqueda de coordinaciones.
- Búsqueda activa de la población diana. Asistencia a la población que de verdad lo necesita.
- Más actividades grupales.
- Aumento de actividades fuera del centro.
- Disminución de actividad en consultas individuales.
- Dificultades con los usuarios al ir abandonando la antigua cartera de servicios.

Cambios que perciben las y los **profesionales** de los CMS.

- Más actividad comunitaria y grupal.
 - Aumento de grupos.
 - Más trabajo interdisciplinario, más colaboración con otras entidades
 - Salida fuera del centro de trabajo.
 - Mayor cantidad de charlas y talleres. Implantación de nuevas actividades.
 - Salir a buscar a los usuarios.
 - Perfil de personas algo diferente.
 - Se llega a mayor cantidad de personas.
 - Pérdida de usuarios de otros programas.
 - Menos afluencia de gente a los centros.
 - Menor disponibilidad de las y los profesionales de otros programas por encontrarse realizando actividades fuera del centro.
-

Cambios en lo que se hace: hacia adentro de la entidad.

También ha supuesto un cambio en las dinámicas de trabajo internas y en las tareas habituales necesarias para el desarrollo de las nuevas acciones y la implantación del nuevo enfoque.

La nueva estructura presenta una mayor claridad en las funciones que desempeñan los distintos agentes, esto tiene como consecuencia una más clara organización de las tareas, la concreción del trabajo de los equipos, así como una más eficiente asignación de recursos y la definición de objetivos. Esta estructura unifica y facilita la organización e impartición de los programas.

Se ha percibido una mayor autonomía en el trabajo de las y los profesionales de los CMS.

El modelo de reorganización ha facilitado una mayor participación de todos los miembros del equipo en el diseño de la estrategia. Se ha potenciado el trabajo en equipo de carácter multidisciplinar y esto ha provocado una mayor comunicación entre las y los profesionales y, por ende, equipos más cohesionados.

Las y los profesionales han recibido más formación relacionada con los nuevos contenidos y competencias; y se han evaluado anualmente los nuevos programas. Esta función de control, evaluación y protocolización se considera, en algunos casos, que ha ido en detrimento de los aspectos sanitarios y de la autonomía de las y los profesionales.

Concretamente, los cambios que refieren cada uno de los grupos consultados son los siguientes:

Cambios que perciben las y los **referentes** de programas marco.

- Mayor claridad en las funciones que desempeñan los distintos agentes
- Más clara organización de las tareas, la concreción del trabajo de los equipos, una más eficiente asignación de recursos y la definición de objetivos.

Cambios que perciben los **equipos directivos** de los CMS.

- Potencia el trabajo en equipo multidisciplinar.
- Mayor comunicación entre las y los profesionales como consecuencia del trabajo en equipo.
- Más participación en el diseño de las metas y de los proyectos de centro. Más participación de otros miembros del equipo en la organización.
- Formación continua.
- Una estructura que unifica y facilita la organización e impartición de los programas.
- Más evaluación del trabajo realizado.
- Aumento de la función de control, evaluación y protocolización en detrimento de los aspectos sanitarios y de la autonomía de las y los profesionales.

Cambios que perciben las y los **profesionales** de los CMS.

- Más trabajo en equipo.
 - Aumento del trabajo de coordinación.
 - Mayor participación en el diseño del trabajo.
 - Más implicación con el resto del equipo y más coordinación en los CMS y con otros servicios.
 - Equipos más cohesionados.
 - Más formación.
 - Más evaluación.
 - Más autonomía en el trabajo.
-

Cambios en la carga de trabajo.

Todas estas nuevas funciones y tareas tienen diferente impacto en el tiempo de trabajo de las y los diferentes profesionales. Las y los **referentes** de programas marco expresan que la nueva organización supone una mayor carga de trabajo. Los miembros de los **equipos directivos** de los CMS manifiestan que todo esto ha tenido como consecuencia una mayor carga de trabajo y, en los primeros momentos, desorientación y descontento hasta la adaptación al nuevo modelo. En el caso de las y los **profesionales** de los CMS son diferentes las percepciones sobre la carga de trabajo que estos cambios han supuesto. En unos casos se percibe un menor volumen; y en otros más dedicación a tareas administrativas y más trabajo debido a la mayor implicación.

Cambios en las y los profesionales: conocimiento de la misión, visión y reorganización.

El grado de conocimiento de la misión y la visión y de la nueva organización del servicio es alto. Las personas consultadas han asignado altas puntuaciones en ambos casos como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Grado de conocimiento de la misión y visión de la entidad			
	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Usted	8,9	8,3	7,6
Las demás	7,3	7,2	7,3
Grado de conocimiento de la nueva organización del servicio			
	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Usted	8,3	8,1	7,3
Las demás	6,3	7,0	6,9

De los tres grupos consultados las y los referentes de programas marco perciben un mayor conocimiento de la visión y misión de la entidad. También, en todos los casos se percibe un mayor conocimiento personal que el que tienen las y las demás profesionales.

En el caso del conocimiento del 'Proceso de reorientación comunitaria de los CMS', a pesar de asignar puntuaciones altas, éstas son —en todos los casos— ligeramente inferiores a las dadas en el caso anterior. Las y los referentes tienen mayor grado de conocimiento que los equipos directivos y, estos que las y los profesionales de los CMS; y en todos los casos se considera que el conocimiento personal es superior que el que tienen las y los demás profesionales.

Según las opiniones recogidas, el mayor o menor conocimiento de la misión y visión de la entidad se relaciona con diferentes aspectos:

1. El conocimiento es mayor en aquellos profesionales que están directamente implicados en el desarrollo de la nueva estrategia.

2. El conocimiento es mayor de aquellos aspectos prácticos que condicionan el desarrollo cotidiano de cada área de trabajo, no tanto de los aspectos globales.

3. Se mencionan algunos elementos que obstaculizan un buen conocimiento: el no deseo de cambio; la falta de cultura de revisión de documentos o de participar en reuniones; la desvalorización de los procesos comunitarios; y el rechazo a los nuevos planteamientos.

El grupo de **referentes** de programas marco introduce la idea de confusión, complejidad y no difusión clara de la nueva organización. Se percibe el nuevo organigrama como complejo y difícil de transmitir y que no ha sido explicado suficientemente.

Desde los **equipos directivos** de los CMS se reconoce que el conocimiento de la nueva estrategia no es homogéneo y se relaciona con la categoría profesional y la motivación.

6.2. Procesos: cómo han sucedido las cosas.

La perspectiva de procesos o de implementación se centra en los mecanismos internos de producción, en cómo suceden las cosas (Ligero, 2011b).

Para analizar esta dimensión se han dividido los procesos en dos categorías:

- Críticos:
 - Implantación de la nueva estrategia.
 - Participación de las y los profesionales.
- De apoyo:
 - Difusión de la visión, misión y reorganización.
 - Organización y desarrollo de reuniones.
 - Flujos de comunicación entre profesionales.

6.2.1. Procesos críticos.

Implantación de la nueva estrategia.

El papel de los y las directivos

Se comentan algunas características de los métodos y actitudes de las personas responsables de la dirección y jefaturas como elementos clave en la implantación de la nueva estrategia.

Por una parte se destaca que sean personas documentadas, con experiencia y con facilidad para la transmisión, así como su compromiso con la salud pública. Igualmente su perseverancia y claridad de ideas.

Se considera que la determinación de la dirección y el acercamiento del equipo motor a los CMS con visitas periódicas han facilitado la implantación; así como el impulso e implicación de las jefaturas.

Las y los **referentes** de programas marco también identifican algunos obstáculos como la falta de liderazgo a nivel de Departamento, Unidad Técnica y CMS; y la permisividad con las y los profesionales y directivos que han mantenido una actitud pasiva o resistente al cambio. Las y los **profesionales** de los CMS señalan como negativa la difusión de las jefaturas hacia las y los trabajadores.

Se ha creado un espacio de trabajo que en ocasiones es percibido como facilitador de la comunicación entre jefaturas y personal, y en otras como claramente hostil. Se muestra opiniones bastante polarizadas.

Los y las **referentes** de programas marco hablan de disponibilidad y, a su vez, de no disponibilidad.

Los **equipos directivos** de los CMS mencionan la creación de un marco de seguridad para el ejercicio de la opinión crítica y un ejercicio ecuánime de la autoridad; la facilitación de la bidireccionalidad; la participación en la toma de decisiones; la accesibilidad y disponibilidad que facilita la dirección y subdirección en la comunicación con ellas; la rapidez y eficacia de gestión de ésta; el prestigio de las jefaturas... Pero también hablan de oscurantismo e información sesgada.

Igualmente sucede en el caso de las y los **profesionales** de los CMS. Por una parte se describe como un espacio accesible, flexible y transparente de respeto y libertad; desde el que se proporciona libertad para la coordinación de las actividades, se da respuesta adecuada a las demandas presentadas o se hacen devoluciones de la información extraída de los registros o programas. Se muestra un interés real en la participación de todas y todos los trabajadores. Se destaca como positivo el estilo y trabajo de las jefaturas y los Jefes de Servicio.

En sentido contrario se expresan otras opiniones. Se alega poco interés desde la dirección para facilitar la comunicación vertical, que prácticamente surge sólo del director o directora de cada CMS e incluso inaccesibilidad a jerarquías superiores fuera del CMS, con las que han faltado espacios de encuentro en los últimos meses.

Cómo se ha transmitido la nueva estrategia

El conocimiento y comprensión de la nueva estrategia se ha visto obstaculizado fundamentalmente por la falta de claridad en los mensajes.

Se ha sentido ambigüedad en alguna toma de decisión política, lo que se explica por la falta de apoyo político. Se ha percibido poca claridad en la definición e implementación de algunos objetivos, en las instrucciones para el desarrollo de distintas actividades; así como cambios constantes en órdenes y actuaciones, registros, etc. Incluso en ocasiones se han sentido las instrucciones como contradictorias e incongruencia entre lo que se dice y lo que se hace.

Se ha percibido oscurantismo, rumores y falta de claridad por parte de las jefaturas, así como secretismo, falta de interés o dejadez en la transmisión de la información.

Algunas consecuencias de esto han sido el desconocimiento del objetivo, la incompreensión de los fines, el miedo a lo nuevo y la desconfianza ante 'los de fuera'.

Cómo se han puesto en marcha los cambios

Las y los **profesionales** de los CMS han identificado algunos problemas en la implantación de la nueva estrategia, como retrasos en los nuevos materiales, cambios en el registro OMI, incumplimiento de plazos y fechas, falta de coordinación con los recursos sanitarios y sociales del distrito, no tener en cuenta las aportaciones de los y las trabajadores consultados...

En algunos casos se menciona la improvisación, falta de coordinación y urgencias de última hora.

También, en sentido contrario, la planificación anticipada y la buena organización.

Trabajo en equipo

El trabajo en equipo se mencionaba expresamente como una de las estrategias clave de las acciones de promoción y prevención en el Marco programático y organizativo del Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental. De la relevancia de su incorporación como una técnica de trabajo habitual para el desarrollo del Servicio dan idea las opiniones recogidas que se incluyen en otros apartados.

Por una parte, todos los grupos consultados consideran que contribuye a la mejora de la comunicación entre el personal del mismo nivel; aunque en algún caso las y los referentes mencionan la ausencia del trabajo en equipo.

Acuerdo-desacuerdo con la nueva estrategia.

Al igual que en otros aspectos analizados en este documento, en este caso se aportan opiniones en ambos sentidos. Por un lado se citan como facilitadores de la comunicación entre profesionales del mismo nivel jerárquico: el acuerdo con la estrategia, los objetivos comunes, la sintonía en el enfoque del trabajo y la confluencia de intereses; mientras que por otro se citan como obstáculos: la ausencia de objetivos comunes.

Satisfacción ante la implementación de la nueva estrategia.

El grado de satisfacción de las personas implicadas en este proceso nos permite aproximarnos a aquellos elementos que a juicio de las personas consultadas funcionan o no adecuadamente.

Sobre la percepción de la implementación se han recogido puntuaciones altas como se puede comprobar en la siguiente tabla:

Grado de satisfacción en la implementación de la nueva estrategia			
	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Su satisfacción	7,0	7,6	7,1

Las puntuaciones son altas aunque inferiores a otros aspectos consultados. Los equipos directivos parecen estar más satisfechos que los otros grupos.

Las y los **referentes** de programas marco expresan su satisfacción con la estrategia pero apuntan una sensación de estancamiento que se ve agravada por la incertidumbre que rodea —en la actualidad— al Servicio.

También se la valora como excesivamente ambiciosa para los recursos humanos existentes, ya que cuando se inició estaba prevista la contratación de nuevo personal que no se ha realizado.

Los miembros de los **equipos directivos** de los CMS señalan algunas fuentes de satisfacción con la estrategia relacionadas con el reconocimiento por parte de la población usuaria de su necesidad y utilidad ya que se ajusta más a los problemas y necesidades del distrito.

Se reconoce la necesidad de sus objetivos y la gratificación de trabajar en red y colaborar con otras instituciones.

Pero también se señalan algunos elementos que le restan eficacia como la dificultad de realizar determinadas acciones por la escasez de personal y falta de pluralidad de los mismos, las dificultades para llegar a la población vulnerable, la escasez de medios audiovisuales y de divulgación, necesidad de más apoyo institucional en la coordinación y divulgación de los programas y la estrategia.

Las y los **profesionales** de los CMS, mayoritariamente, destacan un alto nivel de satisfacción con la implantación de la nueva estrategia. La juzgan como más útil y necesaria para la población y más adaptada a los problemas y necesidades del distrito.

Destacan la relevancia del trabajo con la comunidad y tener la sensación de un 'trabajo bien hecho'.

Por otra parte, se reconoce que la estrategia anterior también era adecuada. En algunos casos, se menciona que no se ha mejorado el anterior servicio y que todavía no se ven muchos resultados.

Se apuntan algunos elementos que pueden afectar a su implantación: el poco protagonismo del proyecto de los CMS; la existencia de muchas actividades 'duplicadas' por otras administraciones; la escasa coordinación, espontaneidad, ausencia o incoherencia en las directrices.

Participación de las y los profesionales

En el siguiente apartado se presenta información más detallada de la participación de las y los profesionales. Sólo señalar cómo este aspecto se ha destacado como un claro facilitador de la implantación de la nueva estrategia.

Todos los grupos han mencionado positivamente la participación de profesionales y los procesos de discusión entre ellos en la elaboración de los programas.

Se entiende como un elemento clave la posibilidad de participar en grupos de trabajo, de referentes, en un proyecto común; la implicación de antiguos referentes, coordinadores, etc. en los grupos de trabajo para cada área. Todo esto en un marco de buena cohesión del equipo y muy buena dirección de los centros.

Participación de las y los profesionales en el diseño y desarrollo de la nueva reorganización del servicio.

La participación es un término polisémico y cualquier intento de aproximación para caracterizarlo nos obliga a definir qué es exactamente lo que se quiere conocer.

En este caso interesaba saber, por una parte, cómo se había percibido la participación en la implementación de la nueva estrategia; y por otra, cómo se percibía la participación en el desarrollo del servicio. Y además, en este segundo caso, diferenciando en la toma de decisiones estratégicas y operativas.

Para la implementación de la nueva estrategia se desarrolló una primera fase en la que se diseñó un método de trabajo en el que se pusieron en marcha diferentes estrategias para la participación de un alto número de profesionales. Se entendía que sus aportaciones eran fundamentales dados sus conocimientos y experiencia en el Servicio y además esto constituiría un elemento clave en su implantación.

Respecto a la participación en el desarrollo del servicio, se ha diferenciado la participación en la toma de decisiones estratégicas, es decir, aquellas relacionadas con la definición de fines y objetivos generales que afectan a la totalidad de la organización y que establecen las directrices para el funcionamiento de los procesos; y la toma de decisiones operativas, aquellas que se toman para la gestión de las actividades que conducen al desarrollo del servicio.

Las puntuaciones recogidas han sido las siguientes:

Grado de participación en la implementación de la nueva estrategia			
	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Su participación	8,8	8,7	7,5
Participación del resto de profesionales	6,3	7,5	7,0
Grado de participación en el desarrollo del servicio			
	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
La toma de decisiones estratégicas	4,3	4,9	4,0
La toma de decisiones operativas	6,9	7,5	5,7

Las personas consultadas han asignado altas puntuaciones a su grado de participación en la implementación de la nueva estrategia, especialmente las y los referentes de programas marco y los equipos directivos de los CMS; y se valora como menor el grado de participación del resto de las y los profesionales. Esta diferencia es mayor en el caso de las y los referentes.

Son considerablemente menores las puntuaciones asignadas al grado de participación en el desarrollo del servicio. Especialmente en su componente estratégico, estas han sido siempre inferiores a 5 puntos, siendo más bajas las que corresponden a las y los profesionales de los CMS. Son mayores cuando se interroga por la participación en las decisiones que afectan al desempeño de las tareas operativas.

Las y los **referentes** de programas marco perciben la participación de las y los diferentes profesionales como muy desigual. Consideran que se han creado espacios para la participación, pero su práctica ha estado condicionada por la implicación de cada profesional y por su centro. Además consideran que entre sus funciones está la de proponer, pero la toma de decisiones se ejecuta a un nivel superior.

Los miembros de los **equipos directivos** de los CMS valoran de forma muy positiva la participación de todos las y los profesionales en la implantación de la nueva estrategia. Señalan un cambio importante en este periodo, con una mejora progresiva, relacionada con una cada vez mayor implicación.

Reconocen su participación en el desarrollo del servicio, aunque es necesario diferenciar el papel de la jefatura del centro, con un componente más estratégico; y el del adjunto o adjunta a la dirección, con más presencia en las cuestiones operativas.

Se reivindica un mayor peso a ambas figuras, a las que según se menciona, no se tiene demasiado en cuenta.

Las y los **profesionales** de los CMS muestran una diferente percepción del grado de participación.

Por una parte la valoran muy positivamente y reconocen el papel de los equipos directivos de los centros en la creación de una buena dinámica de trabajo, en su trabajo y perseverancia y en el ánimo transmitido ante las dificultades que han ido surgiendo.

También evidencian una mejora progresiva paralela a una mayor implicación.

Pero por otra parte, se afirma que hay un importante número de profesionales que han participado poco o nada. Se relaciona con la falta de implicación y con la resistencia al cambio de un enfoque asistencial a un planteamiento comunitario de la intervención.

Por una parte, se da valor a su inclusión en los grupos de trabajo y de referentes como un espacio en el que contribuir con sus aportaciones, que se consideran estratégicas para el desarrollo del servicio. Pero por otra parte, se considera que no se dan posibilidades para participar.

Al igual que los equipos directivos, estiman que se ha excluido a estos de las decisiones estratégicas sin tener en cuenta el valor de sus aportaciones.

Se mencionan algunos aspectos que se podrían interpretar como razones de la no participación, entre ellas:

- Muchos programas para poco personal.
- Falta de recursos.
- Falta de habilidades para hablar en público.
- Reticencia de algunos profesionales a salir de las consultas.
- Percepción de que desde las jefaturas no se ha transmitido toda la información o de forma clara.
- Percepción de que no se han tenido en cuenta las aportaciones de las y los trabajadores.

6.2.2. Procesos de apoyo.

Difusión de la visión y misión y la nueva estrategia.

Los **canales de comunicación** que se han utilizado para la transmisión de la información han sido de muy diferentes formatos y en muy diferentes momentos. Todos los grupos consultados han aportado un amplio listado de canales a través de los cuales han conocido la información sobre la que se preguntaba.

La media de canales relacionados ha sido la siguiente:

Canales de comunicación. Misión y visión de la entidad			
	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Media de canales mencionados	2,3	3,5	2,3

Las y los **referentes** de programa marco mencionan en igual medida: el personal de la dirección del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y su Área Funcional; las reuniones y grupos de trabajo; y los documentos y acciones específicas para la presentación de la estrategia.

Los miembros de los **equipos directivos** de los CMS destacan:

- Las reuniones y la participación en grupos de trabajo, ya sean para la elaboración de programas marco o proyectos de centro.
- La participación en acciones específicas para la presentación de la estrategia y los materiales elaborados para tal fin: folletos, guía...
- Las jornadas formativas y la documentación.

En menor medida se menciona el personal de los CMS y el correo electrónico y la plataforma de documentos en Q.

Las y los **profesionales** de los CMS aluden en muchos de los casos al personal responsable de la dirección de los CMS como la principal fuente de información y, en menor medida, a los responsables de la reorientación y dirección del Servicio.

El canal que parece ser mayoritario son las reuniones y grupos de trabajo. Se alude a reuniones específicas de carácter informativo y a las reuniones para el desarrollo de los programas marco y del equipo de los CMS.

En algunos casos se mencionan los folletos informativos y documentos, el correo electrónico y las acciones formativas.

Como facilitadores de la implantación de la estrategia se mencionan aspectos relacionados con la difusión. Por parte de referentes de programas marco: La información y su elaboración. Por parte de equipos directivos de los CMS: La información de la estrategia y su reiteración a través de diferentes formatos y la documentación aportada. Y por parte de profesionales de los CMS: la comunicación y contacto directo durante el proceso.

Canales de comunicación y funciones.

Se pretendía conocer cuáles son los canales de comunicación que se identifican y si se proponían otros alternativos; esto nos podría dar indicios de su suficiencia.

Se pidió a los grupos consultados que enumeraran los canales de comunicación [formales e informales] que utilizan para el desempeño de sus tareas y las funciones que cumple cada uno de ellos.

Se ha recogido una amplia relación de diferentes canales que están disponibles y se utilizan en la dinámica de trabajo habitual. Destacan, en todos los casos, las reuniones formales y el correo electrónico. De la amplia relación de canales y funciones que a continuación se incluyen podemos inferir que hay disponibilidad de canales suficientes para un flujo de información fluido y ágil. En el siguiente apartado se analizarán como son esos flujos, pero en principio podemos suponer que existen canales adecuados.

Los canales que se sugieren para ser implementados son:

Otros canales de comunicación que se sugieren:

- Reuniones con equipos de CMS [por parte de las y los referentes]
 - Potenciar más el trabajo en red entre diferentes CMS y grupos profesionales. Orientados por tareas y objetivos compartidos.
 - Reuniones formales entre compañeros sin la presencia obligatoria de la dirección.
 - Reuniones clínicas del grupo de ginecólogos y ginecólogas.
 - Difusión del acta de todas las reuniones del servicio.
 - Más feed back de los equipos de evaluación OMI con más información de los que salen de la evaluación trimestral.
 - Cursos.
 - Formación de red con otras instituciones.
 - Intranet, blogs, google docs para trabajos colaborativos, redes sociales para cambio de información de actualidad, delicious⁵ para intercambiar enlaces de interés.
-

Los canales de comunicación y su uso que han citado cada uno de los grupos se detallan a continuación:

⁵ Delicious es un servicio de gestión de marcadores sociales en web. Permite agregar los marcadores que clásicamente se guardaban en los navegadores y categorizarlos con un sistema de etiquetado denominado folcsonomías (tags). Puede almacenar sitios webs, permite compartirlos con otros usuarios y determinar cuántos tienen un determinado enlace guardado en sus marcadores [<http://es.wikipedia.org/wiki/Delicious>. 14.mayo.2012]

Canales de comunicación y funciones. Referentes de programas marco

Canales	Funciones
Reuniones	<p>Intercambio de información y experiencias. Puesta en común.</p> <p>Puesta al día y abordaje de los asuntos que requieren interacción personal.</p> <p>Discusión y toma de decisiones de los temas que afectan a los programas.</p> <p>Presentación de nuevas actividades.</p> <p>Análisis de las dificultades en los diferentes centros.</p> <p>Homogenización en la recogida de datos.</p> <p>Seguimiento y puesta en marcha de nuevas actividades.</p> <p>Presentación de los resultados de la actividad global del programa.</p> <p>Formación.</p>
Correo electrónico	<p>Abordar cuestiones más inmediatas.</p> <p>Cuando se requiere constancia escrita.</p> <p>Intercambio de información.</p> <p>Información de convocatorias.</p> <p>Hacer seguimiento de una tarea.</p> <p>Facilitar informes y documentos de trabajo.</p> <p>Comunicación y difusión.</p>
Teléfono	Solución de dudas, necesidades e imprevistos.
Espacios informales	Reuniones informales para la solución de temas puntuales.
Otros	<p>Nota de servicio interior.</p> <p>Intranet y notas interiores.</p>

Canales de comunicación y funciones. Equipos directivos de CMS

Canales	Funciones
Reuniones	<p>Transmisión de información.</p> <p>Información sobre asuntos generales que afectan a todo el CMS, recoger de forma directa ruegos y preguntas de las y los profesionales del Centro.</p> <p>Puesta en marcha del proyecto y comunicación de la estrategia.</p> <p>Planteamiento de cuestiones de organización y gestión más complejas y de orden más general.</p> <p>Consensuar prioridades de intervención y planificación de actividades que se pueden ofrecer o dar respuesta a demandas.</p> <p>Seguimiento del programa del que son referentes.</p> <p>Puesta en común de actividades.</p>

Canales	Funciones
Correo electrónico	<p>Informaciones puntuales.</p> <p>Información de convocatorias, jornadas y cursos.</p> <p>Información de procedimientos, incidencias.</p> <p>Envío de documentación técnica y administrativa.</p> <p>Inmediatez en la transmisión de la información.</p> <p>Solución de dudas 'urgentes'</p>
Espacios informales	<p>Boca a boca, pasillo, desayuno diario, contacto personal, compañeros, personales en despacho, encuentros casuales, entrevistas personales, reuniones informales con pequeño grupo en consultas (1 ó 2 personas)</p> <p>Solución de dudas 'urgentes'.</p> <p>Intercambio de información, opiniones, malestares.</p> <p>Asignación de tareas.</p> <p>Aclaración de dudas de protocolos, registros, etc.</p>
Correo OMI e intra-net	<p>Asegurar la lectura del mensaje.</p> <p>Mantener contacto con el turno de tarde con el que hay pocos espacios de encuentro.</p>
Tablón de anuncios	<p>Informaciones y recordatorios puntuales.</p> <p>Mantener la información visible durante un tiempo.</p>
Sesiones de formación interna	<p>Sesiones de formación interna para actualización de conocimientos y puesta en común de los programas</p> <p>Sesiones de formación y actualización. Para formaciones y tareas específicas.</p>
Otras	<p>Notas informativas.</p> <p>Notas de servicio interior.</p>

Canales de comunicación y funciones. Profesionales de CMS

Canales	Funciones
Reuniones	<p>Transmitir información.</p> <p>Toma de decisiones y estrategia a poner en marcha para la consecución de los objetivos.</p> <p>Coordinación y comunicación entre diferentes profesionales.</p> <p>Organización, planificación y elaboración de intervenciones.</p> <p>Planificación semanal del trabajo fuera y dentro del centro.</p> <p>Puesta en común de actividades.</p> <p>Preparación de talleres.</p> <p>Preparar protocolos asistenciales.</p> <p>Seguimiento.</p> <p>Resolución de dudas clínicas.</p> <p>Apoyo.</p> <p>Formación.</p>

Canales	Funciones
Correo electrónico	<p>Envío de informaciones y comunicaciones puntuales y directas.</p> <p>Información y confirmación de actividades.</p> <p>Comunicación con los y las responsables del programa marco a nivel del Servicio.</p> <p>Comunicación diaria con el SPPS y otros CMS.</p> <p>Comunicación con coordinadora CMS, compañeros CMS, otros referentes de otros CMS y compañeros de otros centros u otras.</p> <p>Resolver dudas.</p> <p>Intercambio de material.</p>
Teléfono	<p>Aclaración, coordinación.</p> <p>Comunicación instantánea y resolución de dudas.</p>
Espacios informales	<p>Encuentros informales con compañeras y compañeros, momento del desayuno, pasillos, boca a boca, reuniones informales.</p> <p>Inmediatez, frescura en las informaciones.</p>
Teléfono	<p>Aclaración, coordinación.</p> <p>Comunicación instantánea y resolución de dudas.</p>
Notas internas	<p>Transmitir información. Notas (información puntual). Me parece que habría que mejorar la coordinación de las instrucciones</p>
Intranet	<p>Intercambio de información entre los equipos de mañana y tarde.</p>
Tablón de anuncios	<p>Para recordatorios de actividades.</p>
Sesiones internas formativas	<p>Formación y unificación de criterios.</p> <p>Debate de forma interdisciplinaria casos de riesgo psicosocial en los que participan varios profesionales.</p>

Flujos de comunicación entre profesionales

Los flujos de comunicación dentro de las organizaciones son procesos muy complejos que se dan en muy diferentes direcciones y sentidos, cada una con funciones e intencionalidades diferentes. Para podernos aproximar a la valoración de la comunicación en la entidad objeto de la evaluación se preguntó por elementos facilitadores y obstáculos de la comunicación horizontal y vertical:

- Comunicación horizontal: se produce entre personas del mismo nivel jerárquico dentro de la organización.
- Comunicación vertical ascendente: entre diferentes posiciones de la jerarquía: de trabajadores/as a superiores.
- Comunicación vertical descendente: entre diferentes posiciones de la jerarquía: de superiores a trabajadores/as.

Si en el apartado anterior se mostraba la existencia de canales suficientes para la comunicación entre profesionales, ahora nos detendremos en si realmente esos canales garantizan un buen flujo de comunicación.

Las personas consultadas valoran considerablemente más alto el grado de adecuación de los canales que los flujos, especialmente en el caso de las y los referentes de programas marco, como se muestra en las puntuaciones obtenidas:

Grado de adecuación de los canales y flujos de comunicación			
	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Canales de comunicación	7,6	8,0	7,2
Flujos de comunicación	5,1	6,9	6,6

Los canales disponibles parecen ser adecuados y suficientes, pero no tanto los flujos de comunicación, es decir, parece que existen canales pero estos no están garantizando un adecuado flujo de la información.

Los miembros de los equipos directivos de los CMS son los que asignan puntuaciones más altas.

Las y los **referentes** de programas marco perciben problemas en los flujos de comunicación por su falta de fluidez y transparencia. Por otra parte, comentan la ineficiencia de los flujos de comunicación horizontal y la irregularidad de la comunicación vertical.

Los **equipos directivos** de los CMS, por una parte perciben un excelente nivel de comunicación con todo el equipo, sus jerarquías, tareas y funciones; y, por otro, reconocen algunos problemas.

A pesar de ello se considera que funciona mejor la comunicación entre el personal del mismo nivel jerárquico que entre superiores y resto de personal. Se apunta que ésta no es fomentada por la dirección que lo siente como una amenaza. También se señala que la información circula de modo preferente de arriba a abajo y por círculos de afinidad y amistad, lo que se traduce en exclusiones y sesgos de participación importantes en la actividad cotidiana.

En general, los comentarios aportados por las y los **profesionales** de los CMS reflejan la existencia de un adecuado flujo de comunicaciones, tanto a nivel horizontal como con las jefaturas de los centros.

Se apuntan algunas deficiencias como la suspensión de las reuniones periódicas entre ginecólogos y ginecólogas; el exceso de correos electrónicos; y la ausencia de comunicación con las y los profesionales que no están implicados. Se habla de un cambio en la comunicación que se transmite directamente de la dirección que últimamente se percibe como menor.

Se destacan, por sus efectos positivos en la comunicación, las reuniones por actos festivos del propio centro o la comunicación directa con 'minireuniones' no programadas ya que la comunicación informal es más clara y auténtica.

Satisfacción ante la información disponible para el desempeño del trabajo.

El grado de satisfacción ante la información disponible nos permite, en este caso, aproximarnos a aquellos elementos relacionados con la transmisión de información dentro de la entidad que funcionan o no adecuadamente.

El grado de satisfacción no alcanza puntuaciones tan elevadas como en otros aspectos, sino que se mantiene a un nivel medio-alto, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Grado de satisfacción con la información disponible para el desempeño de tu trabajo.			
	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Su satisfacción	6,7	7,5	6,4

Los miembros del equipo directivo de los CMS refieren estar más satisfechos con la información disponible que otros profesionales consultados.

El grupo de **referentes** de programas marco expresa su satisfacción por la información a la que es posible acceder para el desarrollo de sus funciones. Aunque también se reconoce que mucha información no llega, ya que se cuida la información que se traslada a los centros pero no a toda la estructura.

Los miembros del **equipo directivo**, igualmente, expresan una máxima satisfacción por el esfuerzo y los resultados de los trabajos individuales y de grupo, por el reconocimiento de las personas usuarias de los diferentes talleres de las tareas tan útiles y necesarias para la población. Refieren la importancia de poder participar en un equipo unido y en el que se tienen en cuenta todas las opiniones, además de la sensación de estar en un proceso de continuo aprendizaje.

En el grupo de **profesionales** de los CMS las opiniones no son tan homogéneas. Como elementos que contribuyen a una alta satisfacción se menciona el poder disponer de la información necesaria para el desempeño del trabajo, la premura con la que se recibe la información, la buena comunicación con la jefatura, las facilidades de que se dispone para el desarrollo del trabajo. Se destaca, así mismo, el poder participar en grupos de trabajo y programas marco dado que facilita tener más información y comprenderla mejor, y el poder compartir equipo con compañeros y compañeras que participen activamente ya que esto supone un refuerzo mutuo.

Pero también se menciona que la información o es muy escasa o no llega a las personas involucradas lo que obliga a buscarse la información individualmente. Por otra parte, otras personas perciben que a veces hay un exceso de información o es poco útil. Se especula con la posibilidad de que la falta de información se deba al deseo de ocultamiento por parte de la dirección.

Las reuniones de trabajo.

El modelo de gestión propuesto tiene entre sus estrategias clave el trabajo en equipo, interprofesional e interdisciplinario. Esto supone el diseño de una organización con diferentes dispositivos de enlace y grupos de trabajo. Ya se mostraba en la descripción de la entidad cómo el desarrollo de los programas marco y los proyectos de centro es producto de la implicación de diferentes unidades y agentes. En este caso se ha puesto el foco de atención en aquellas reuniones que se han juzgado como más relevantes para el funcionamiento del Área Funcional y de los CMS:

- Reuniones del Área Funcional.
- Reuniones de los grupos de trabajo de los Programa Marco en el Servicio.
- Grupos de coordinación de referentes de programas marco.
- Reuniones de Programa Marco en el CMS.
- Reuniones de la UT del CMS con directores y directoras.
- Reuniones del equipo del CMS.

En el anexo 2 se incluye información de los componentes y funciones de cada una de ellas.

Se recogió información cuantitativa [del 1 al 10] de diferentes elementos: horario, periodicidad, actas, documentación de trabajo y dinamización de las reuniones. A continuación se incluye una tabla con las puntuaciones asignadas a cada uno de los aspectos consultados:

Reuniones del Área Funcional			
	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Horario	8,1		
Periodicidad	9,0		
Actas	3,6		
Documentación de trabajo	5,4		
Dinamización de las reuniones	5,1		
Reuniones de los grupos de trabajo de los Programa Marco en el Servicio			
	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Horario	7,8	8,5	7,5
Periodicidad	8,1	5,8	7,1
Actas	7,4	6,5	6,4
Documentación de trabajo	8,0	7,0	6,7
Dinamización de las reuniones	7,4	6,7	6,6

Grupos de coordinación de referentes de programas marco

	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Horario	8,0	8,3	7,8
Periodicidad	8,1	7,0	7,2
Actas	7,7	5,4	6,7
Documentación de trabajo	8,0	7,1	6,9
Dinamización de las reuniones	7,6	6,9	7,0

Reuniones de Programa Marco en el CMS

	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Horario		8,7	7,6
Periodicidad		6,7	6,8
Actas		4,6	6,2
Documentación de trabajo		6,0	6,7
Dinamización de las reuniones		6,9	7,2

Reuniones de la UT del CMS con directores/as

	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Horario		8,8	
Periodicidad		8,2	
Actas		8,3	
Documentación de trabajo		8,3	
Dinamización de las reuniones		8,1	

Reuniones del equipo del CMS

	Referentes	Equipo directivo	Profesionales
Horario		9,3	7,9
Periodicidad		8,4	7,0
Actas		7,1	6,5
Documentación de trabajo		7,6	6,0
Dinamización de las reuniones		7,6	6,3

Estas tablas recogen muchos detalles que nos informan del proceso de organización de las diferentes reuniones. Como cuestiones generales, podemos destacar que en la mayoría de los casos las puntuaciones asignadas son altas o medias, por lo que se puede estimar que el desarrollo de las reuniones es adecuado al fin que persiguen.

Es interesante observar las diferencias en las valoraciones que dan los diferentes grupos a las mismas reuniones, por ejemplo en las reuniones del equipo del CMS; y algunos elementos que parece que no cubren su función adecuadamente, en algunos de los casos, como son la elaboración de las actas, la documentación de trabajo para cada una de las reuniones y la dinamización de las mismas.

Las reuniones en las que participa cada uno de los grupos son las siguientes:

Referentes	Equipos directivos	Profesionales
Reuniones del Área Funcional		
Reuniones de los grupos de trabajo de los Programa Marco en el Servicio	Reuniones de los grupos de trabajo de los programa marco en el Servicio	Reuniones de los grupos de trabajo de los programa marco en el Servicio
Grupos de coordinación de referentes de programas marco	Grupos de coordinación de referentes de programas marco	Grupos de coordinación de referentes de programas marco
	Reuniones de programa marco en el CMS	Reuniones de programa marco en el CMS
	Reuniones de la UT del CMS con directores/as	
	Reuniones del equipo del CMS	Reuniones del equipo del CMS

Aunque no todos los miembros de los equipos directivos, ni las y los profesionales de CMS participan en todas las que se señalan. Esto depende de su pertenencia o no a los grupos de trabajo de los Programa Marco, o si son referentes de programa marco en el CMS.

Se han recogido diferentes aportaciones que en la mayoría de los casos apuntan algunos elementos que le restan utilidad y operatividad a las reuniones.

Las y los **referentes** de programas marco señalan —en esta línea— algunos aspectos como: no fijar un horario de inicio y fin, no elaborar y distribuir actas, no centrarse en los puntos establecidos en el orden del día. Además se destaca que la participación de algunos profesionales asignados está condicionada por su actividad en los centros lo que les resta continuidad en su participación.

Los **equipos directivos** de los CMS participan en un alto número de reuniones, aunque, como se mencionaba, no todos pertenecen a los grupos de trabajo de los programa marco en el Servicio o a los grupos de coordinación de referentes de programas marco.

Se ha valorado como positiva la metodología utilizada en la gestión de las reuniones, se señala su carácter práctico y operativo, su adecuada organización y el abordaje de cuestiones concretas que afectan a la población diana objeto de los programas. Se reconoce un esfuerzo por planificarlas con más tiempo.

Pero por otra parte, se identifican algunos problemas en su desarrollo, como el exceso de reuniones para un número reducido de profesionales o la falta de interés por parte de algunos de ellos y ellas. Como casos concretos se menciona que en las reuniones de la UT del CMS, en ocasiones, se abordan cuestiones que no se corresponden con los temas propuestos y las actas son muy concisas. También las reuniones del equipo, referido a un CMS, se caracterizan por su no periodicidad, no elaboración de actas, la no participación de las y los profesionales que lo entienden como obligatoriedad y las continuas discusiones lo que le resta utilidad.

Las y los **profesionales** de los CMS caracterizan las reuniones como adecuadas, ajustadas en contenido, dinámicas y participativas. Se señala que el carácter informal de

algunas de ellas favorece la participación y, también, el esfuerzo por planificarlas con más tiempo.

Como aspectos más concretos se señala la escasez de las reuniones de equipo en un CMS que provoca un exceso de información en cada una de ellas. Respecto a las reuniones de programa marco en el CMS se indica que al ser muy reducido el número de profesionales las reuniones siempre se desarrollan con las mismas personas. En el caso de las reuniones de referentes se comenta la falta de puntualidad en su inicio y la necesidad de mejorar la documentación y las actas.

También se identifican algunos problemas que les restan eficacia:

- Demasiadas reuniones, y muy similares.
- Excesivo número de personas convocadas.
- Ausencia de actas que pongan las conclusiones en conocimiento de todos.
- Dificultades para organizar reuniones por programas ya que debido a la escasez de personal las y los profesionales están trabajando en casi todos los programas del CMS.
- No se planifican con el tiempo necesario para poder acomodar las agendas.
- No son participativas y se abordan los temas con discusiones.

En las reuniones de coordinación, en algunos casos, participan muchos profesionales lo que impide poder atender todos los puntos del orden del día y dar respuesta a todas las inquietudes. Estas en ocasiones se convierten en un mero espacio de transmisión de información de arriba hacia abajo. En el caso concreto de la Unidad Técnica de los CMS sería necesario poder mantener reuniones desde la jefatura de esta UT con cada jefatura de cada CMS para poder abordar cuestiones de organización, personal, problemas que surgen, puesta en marcha de acciones, dudas, que sean escuchados...

Se considera que las reuniones formales son estrategias que facilitan la comunicación entre profesionales, y cuando se coincide con compañeros de otros CMS se facilitan compartir información, materiales y que haya más comunicación posterior. La falta de reuniones entre CMS dificulta la comunicación entre profesionales del servicio: Se sienten resistencia de la dirección para convocar reuniones intercentros o por especialidades.

6.3. Estructura: elementos que se necesitan para que los procesos puedan funcionar.

Por estructura se puede entender 'la organización relativamente estable de distintos tipos de recursos para alcanzar los fines del proyecto' (Cohen y Franco, 94). Bajo esta definición se pueden englobar múltiples aspectos de un programa pero todos ellos son elementos que se necesitan para que los procesos puedan funcionar (Ligero, 2011b)

Documentos en los que se expresa la misión, visión y reorganización

La misión y visión de la entidad aparece explícitamente en el documento: 'Marco programático y organizativo del Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental'. Este documento, tal como se señala en su introducción, *'pretende contribuir a señalar tanto las metas del Servicio para los próximos años (2011-2015), como los primeros pasos a dar en 2010 para poner en marcha el plan de trabajo. Es un documento de guía y apoyo para la continuación del proceso de reorientación en el Servicio y sus centros y equipos'*.

En la introducción del citado documento aparece el texto explicativo de la misión y visión de la entidad:

1.1. Misión

El servicio y sus unidades están orientados hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la salud ambiental en sus respectivos ámbitos. Acorde con su orientación comunitaria, el servicio da prioridad a la actuación a nivel territorial en los Centros Madrid Salud (CMS). La red de CMS es una red de centros de salud pública y comunitaria, que definen sus objetivos y actuaciones por la especificidad de la población y el territorio de los distritos y barrios de la ciudad de Madrid. Las acciones de los CMS se apoyan y se complementan desde los centros monográficos y las unidades de apoyo.

1.2. Visión.

El servicio y sus unidades pretenden convertirse en una referencia de la promoción de la salud y de la salud ambiental de Madrid. Al final del proceso de reorientación iniciado, los CMS serán los centros de referencia de salud pública de los distritos de la ciudad de Madrid, tanto por su conocimiento sobre los problemas de salud y sus determinantes sociales en su ámbito comunitario, como por sus programas y acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y salud ambiental.

Serán centros de referencia en formación práctica e investigación aplicada para salubristas y profesionales socio-sanitarios. Podrán formar parte de la red de vigilancia de salud pública de la Comunidad de Madrid. Ejercerán un liderazgo en la promoción de espacios de encuentro y coordinación intersectorial en salud. Tendrán una relación consolidada con las redes sociales del distrito y un prestigio como elemento positivo para la salud y la cohesión social del barrio. La población los discriminará claramente del resto de estructuras sanitarias asistenciales y los valorará por su independencia, profesionalidad y actitud en defensa de la salud pública en momentos críticos de la historia del barrio y en la vida cotidiana.

El documento citado anteriormente incluye, así mismo, una detallada descripción de la propuesta de reorganización del Servicio. El índice de dicho documento nos permite conocer los elementos que desarrolla:

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.

- 1.1. Misión de los Centros Madrid Salud.
- 1.2. Visión de los Centros Madrid Salud.
- 1.3. Problemas de salud de abordaje prioritario.
- 1.4. Estrategia de las acciones de promoción y prevención.
- 1.5. Estrategias de salud ambiental.

2. DESARROLLO PROGRAMÁTICO.

- 2.1. Programas marco.
- 2.2. Proyectos de centro.
- 2.3. Programas específicos de centro.
- 2.4. Programas de salud ambiental.

3. MARCO ORGANIZATIVO.

4. PROGRAMAS MARCO.

- 4.1. Programa Marco de Alimentación y Actividad Física.
- 4.2. Programa Marco de Salud Sexual y Reproductiva.
- 4.3. Programa Marco de Prevención y Promoción de la Salud en el Ámbito Educativo.
- 4.4. Programa Marco de Envejecimiento Activo y Saludable.
- 4.5. Programa Marco de Salud Materno-Infantil.
- 4.6. Programa Marco de Prevención y Control del Tabaquismo.
- 4.7. Programa Marco de Desigualdades Sociales en Salud.
- 4.8. Programa Marco de Psicohigiene (Promoción de la Salud Mental)
- 4.9. Programa Marco de Entorno Urbano y Salud.

5. PROCESO DE ELABORACIÓN DE LOS PROYECTOS DE CENTRO MADRID SALUD.

Este documento está disponible en la plataforma: 'documentos en Q' de acceso interno para todo el personal del Servicio.

Posicionamiento de Madrid Salud en el territorio

El nuevo enfoque comunitario proponía entre sus estrategias el trabajo intersectorial y socio-sanitario, la atención prioritaria a las zonas y los grupos sociales con mayores necesidades de salud, el desarrollo comunitario... lo que conlleva un mayor trabajo con entidades y organizaciones del distrito y con diferentes profesionales y agentes sociales.

En este sentido sí se ha sentido como un obstáculo en la implantación de la nueva estrategia el escaso conocimiento por parte de otras entidades e instituciones relacionadas con salud del organismo Madrid Salud y de sus proyectos, actividades y profesionales. No había 'cultura' de trabajo coordinado e incluso se ha mantenido históricamente un recelo mutuo.

En el mismo sentido, un inconveniente ha sido la falta de firma de acuerdos con la Comunidad de Madrid en materia de prevención y promoción.

Se apuntan otros elementos como el poco protagonismo del proyecto de los CMS y la existencia de muchas actividades 'duplicadas' por otras administraciones y la necesidad de más apoyo institucional en la coordinación y divulgación de los programas y la estrategia.

La nueva estrategia

La nueva estrategia está recogida en el documento: 'Marco programático y organizativo del Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental' finalizado en marzo de 2010 y que señala las metas del Servicio para los próximos años y los primeros pasos a dar en 2010 para poner en marcha el plan de trabajo. Es un documento de guía y apoyo para la continuación del proceso de reorientación en el Servicio y sus centros y equipos.

Se elabora una vez finalizado en octubre de 2009 el proceso de trabajo de los grupos de definición de la estrategia, en el marco del proceso de reorientación del Servicio, y estudiadas las propuestas contenidas en los informes generados por los grupos y de acuerdo con las prioridades definidas por la dirección de Madrid Salud.

Los nuevos planteamientos de enfoque y método son percibidos o como muy positivos o cargados de inconvenientes, como en la mayor parte de los aspectos analizados las opiniones se inclinan hacia polos opuestos.

Por una parte se valora como positiva la estrategia en sí misma, en su enfoque comunitario. Se perciben los objetivos como flexibles y el método de trabajo en clave de proceso con diferentes fases en su aplicación. Estos elementos, junto con la incorporación de la evaluación y la elaboración de informes periódicos como un proceso de trabajo más en la planificación constituyen facilitadores de la implantación de la nueva estrategia.

La nueva estructura establece:

- Una correcta jerarquización.
- Los centros de decisión y la toma de decisiones en cada uno de los centros.
- La claridad en cuanto a las responsabilidades.
- Una definición clara de las actividades a realizar por cada profesional.
- La formulación de demandas concretas que involucran a la mayoría, desde el respeto por la profesión de cada uno.
- Los canales de comunicación oficiales: correo electrónico, reuniones programadas, comunicación directa con las y los referentes en los CMS del Programa.

Todos estos aspectos, se consideran, además como facilitadores de la comunicación entre profesionales.

Pero también se mencionan algunos obstáculos para la implantación:

- El mantenimiento de una doble cartera de servicios en el proceso de transición, con el mantenimiento de protocolos anteriores.
- La potenciación de enfermería frente a medicina general.
- El desarrollo de los mismos programas en todos los CMS.
- El establecimiento de un número mínimo de profesionales en los centros.
- El responsabilizar únicamente a los equipos para la difusión de los programas.
- La exclusión de algunos profesionales en grupos de discusión fundamentales para el desarrollo del servicio.
- La escasa coordinación, espontaneidad, ausencia o incoherencia en las directrices.

Respecto a la estructura, ésta se percibe como rígida y compleja con muchos cargos y niveles de jerarquía. Las competencias, funciones y responsabilidades se muestran diluidas y asumidas de forma desigual. Todo esto crea confusión en las funciones de los distintos niveles jerárquicos. Todos estos aspectos, se consideran, además como obstáculos para la comunicación entre profesionales.

También se la valora como excesivamente ambiciosa para los recursos humanos existentes, ya que cuando se inició estaba prevista la contratación de nuevo personal que no se ha realizado.

‘Historia’ de la entidad.

Los cambios que se han dado en la entidad a lo largo de su historia y el proponer una estructura matricial que rompe con la estructura jerárquica tradicional ha complejizado su implementación. Se percibe como una organización compleja en la que han cambiado los ‘itinerarios’ para la toma de decisiones y la transmisión de información y en la que —en la actualidad— se está en periodo de ajuste.

La entidad Madrid Salud se desempeña en un contexto en el que domina la concepción asistencial y se puede encontrar desubicada del contexto sanitario general, según comentan las y los **referentes** de programas marco. Los miembros de los **equipos directivos** de los CMS perciben como un obstáculo el cambio de lo asistencial a lo comunitario, en ocasiones como estrategias enfrentadas; y las y los **profesionales** de los CMS, el cambio de actividad individual a actividad grupal.

Por otra parte, la entidad ha estado sometida a cambios frecuentes en sus planteamientos, por lo que la aceptación de un nuevo cambio en el trabajo ha conllevado cierta desmotivación y falta de implicación arrastrada de fases anteriores.

Recursos humanos: Tamaño de los departamentos y organización del trabajo.

Se plantea como un obstáculo el gran ‘tamaño’ de los departamentos y unidades técnicas, con mucho personal a cargo de cada uno de ellos. Esta escasez de personal provoca demasiados asuntos que tratar en cada uno de los espacios de coordinación, ya que hay demasiados profesionales a su cargo.

También se menciona la elevada edad media de la plantilla y su experiencia y formación de acuerdo a la antigua actividad.

La escasez de personal y falta de pluralidad de los mismos es causa de dificultades para la realización de determinadas acciones. Se estima que se han puesto en marcha muchos programas para poco personal.

Algunas cuestiones organizativas se consideran que son elementos que facilitan la comunicación tanto horizontal como vertical como la pertenencia al mismo turno de trabajo, la cercanía física, las características arquitectónicas del centro, la disposición de espacio físico y tiempo para las reuniones.

Como elementos negativos que afectan a la comunicación se citan: la falta de espacios de discusión comunes estructurados (tiempo, lugar), la ausencia de huecos establecidos en las agendas de todos, las múltiples tareas, la falta de organización, la carga excesiva de trabajo y mucho trabajo fuera del centro.

Recursos humanos: Actitudes del personal

A la hora de implementar una nueva estrategia hay un aspecto fundamental sin el cual todo esfuerzo que se haga resultará ineficaz y este son las personas, en este caso, las y los profesionales de Madrid Salud. Esto ha sido repetidamente mencionado, se han recogido un gran número de opiniones reconociendo el valor y aporte de las actitudes y comportamientos mostrados por las y los trabajadores ya sea en sentido positivo o negativo.

Las actitudes positivas se citan como facilitadoras, tanto de la implementación de la nueva estrategia, como de la comunicación entre compañeros y entre profesionales de distinto nivel.

Actitudes positivas hacia el proyecto.

Se percibe la presencia de actitudes positivas hacia el nuevo enfoque.

Las y los **referentes** de programa marco aprecian una buena disposición y compromiso del personal; y profesionalidad y ganas de trabajar por parte del personal.

Los miembros del **equipo directivo** de los CMS por su parte mencionan el trabajo de las y los profesionales de los centros: proactividad, voluntariedad, buen hacer, motivación, entusiasmo y compromiso; y reconocen la adaptación al cambio de las y los profesionales que han sido sometidos a múltiples modificaciones de su trabajo y que en principio desconocían y, en algunos casos, recelaban del cambio.

En la misma línea se manifiestan las y los **profesionales** de los CMS. Comentan la buena disposición, motivación, voluntariedad, interés y formación de las y los profesionales, así como su capacidad de adaptación. En algunos casos ha habido personal nuevo, joven y entusiasta.

Actitudes positivas hacia el trabajo en equipo.

Una de las técnicas de trabajo más presente ha sido el trabajo en equipo, ya sea para la definición de la estrategia, elaboración de proyectos de centro, coordinación de programas... por ello es central prestar atención a cómo se ha desarrollado ya que su 'buen' o 'mal' funcionamiento será clave para la implantación y desarrollo de la nueva estrategia.

Los **equipos directivos** de los CMS comentan como un elemento positivo que son equipos acostumbrados a trabajar juntos hace tiempo. Y destacan algunas habilidades y comportamientos como la escucha activa, la empatía, la transparencia, el reconocimiento y la validación de los otros.

Las y los **profesionales** también señalan el buen funcionamiento de los equipos de trabajo destacando los estilos de comunicación de las personas del equipo: expresarse con claridad, comprensión, saber escuchar, empatía, mensajes claros, respeto...

Actitudes positivas hacia los compañeros y compañeras.

Todos los grupos consultados señalan la buena relación entre el personal y el buen ambiente de trabajo.

Los **equipos directivos** mencionan el compañerismo, la confianza, el respeto, la tolerancia y la honestidad; y señalan el fomento de las buenas relaciones por parte de la dirección.

Por su parte, las y los **profesionales** refieren la colaboración, el compañerismo, la sintonía, la confianza, el respeto, el diálogo, la buena predisposición y la flexibilidad. Aspectos ligados al buen funcionamiento del grupo de profesionales y al buen ambiente en el equipo directivo.

Actitudes negativas hacia el proyecto

La implantación de la nueva estrategia se ha visto afectada por la resistencia al cambio de las y los profesionales, según perciben los grupos consultados.

Los **equipos directivos** concretan esta idea como la resistencia al cambio de directivos 'antiguos' de CMS y de algunos profesionales debido en buena parte a los cambios frecuentes de orientación en la institución y al cuestionamiento crónico de la pertinencia del servicio.

Las y los **profesionales** de los CMS creen que es debida al no acuerdo con la estrategia, la antigüedad del personal, un nuevo cambio, la escasa valoración del trabajo realizado, la sensación de incertidumbre, el desconocimiento... Todo esto ha provocado la no implicación de los y las profesionales que no comparten la nueva estrategia, las reticencias de algunos profesionales a salir de las consultas y, en consecuencia, la falta de motivación.

Actitudes negativas hacia el trabajo en grupo

Los **equipos directivos** señalan algunas conductas que afectan negativamente al desarrollo de los grupos de trabajo y del trabajo en general. Respecto a las relaciones de trabajo con compañeros y compañeras se señala que en algunas categorías no se cuenta con ellos, se ignora a las y los jefes y a su vez estos muestran falta de consideración. Se menciona desigualdad en el trato y las exigencias hacia los distintos miembros de los equipos.

Así como falta de reconocimiento, no considerar las potencialidades e historias personales, los prejuicios, el corporativismo, el temor a perder el status o rol. También se percibe desinterés por la escucha y participación en la búsqueda de soluciones ante los problemas que surgen, no exponer realmente las dificultades, e incluso negarlas.

Se señalan algunos problemas concretos que afectan a la comunicación, como la falta de empatía, el no tener en cuenta los puntos de vista de los demás, la no claridad, no dejar hablar, no escuchar, intentar manipular, no respetar opiniones o imponer las propias, pretender adivinar el pensamiento del otro, elevar el tono de voz, entrar en cuestiones personales...

Igualmente, las y los **profesionales** de los CMS relacionan diferentes aspectos que afectan negativamente al desempeño de los equipos de trabajo. Citan la falta de respeto, el individualismo, la falta de entendimiento a nivel personal, las situaciones de agravios comparativos respecto a funciones o modos de realizar las tareas. También se refiere la sensación de que siempre trabajan las mismas personas.

Los problemas de comunicación que identifican son: la falta de diálogo y de claridad, el no tener en cuenta a tu interlocutor, no escuchar, el uso de un tono inadecuado con insultos delante de otras personas.

Actitudes negativas hacia los compañeros y compañeras.

Si anteriormente se argumentaba la buena relación entre compañeros y compañeras como facilitadores del trabajo y la comunicación, en este caso se recogen aquellos comentarios en sentido contrario.

Los **equipos directivos** de los CMS refieren las siguientes actitudes negativas: rivalidades personales, competencia, rencillas no solucionadas, 'clasismo profesional', no valorar por igual todas las profesiones en cuanto a su papel dentro del equipo, autoritarismo, corporativismo, ausencia de consideración y de valoración de otros miembros del equipo y de su trabajo; prejuicios, desinterés, no tener en consideración la historia personal de los integrantes del equipo. Así como la falta de relación con otros miembros de la institución.

Las y los **profesionales** de los CMS también mencionan la mala relación entre compañeros y compañeras.

7. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Como se definía en la descripción del proceso de trabajo, en su 'Fase 2: Desarrollo de la evaluación' se planteaba la comunicación de este informe a los y las agentes interesados como paso último de la evaluación.

Para ello las acciones que se han propuesto son:

- Reunión con el equipo responsable del encargo, con la intención de concretar la estrategia de comunicación y los canales y formatos.
- Elaboración de un informe resumen para la entidad.
- Sesión informativa para personal de la entidad.

Estas acciones se desarrollaran durante las fechas propuestas: 4-15 junio tras su ajuste con las personas responsables de Madrid Salud.

8. RECOMENDACIONES

Como se comentaba en los apartados iniciales, esta evaluación pretende ser útil para las personas que han manifestado su interés en su realización, este ha sido uno de los criterios básicos que la han guiado. Por ello este apartado apunta algunas ideas que deberán ser concretadas con el personal responsable de la evaluación de la entidad, pero que pueden ser un punto de partida para la implantación de mejoras en la institución.

Sería recomendable a partir de la información aquí presentada el desarrollo de grupos de trabajo o talleres con profesionales de la entidad que permitieran concretar propuestas de mejora para la organización interna de la organización.

Entendemos que la información que se aporta permite conocer el grado de implantación de la nueva organización, el 'Proceso de reorientación comunitaria de los CMS', y caracterizar algunos de los elementos que han sido claves para su desarrollo.

Suponemos que la replicación de esta evaluación en el futuro permitiría ir evidenciando y valorando los cambios que se dan en la organización; lo que podrá redundar en nuevos aprendizajes y mejoras.

En este apartado se recogen algunas ideas que han expresado las y los diferentes profesionales consultados:

Para evidenciar los aspectos positivos del proceso de reorganización...

- Explicitar y comunicar los cambios de los últimos dos años referidos al impacto en el territorio y en el trabajo interno y/o las y los trabajadores. Esto podrá tener un claro componente formativo y refrescar algunas cuestiones organizativas.

Para facilitar la implicación de las y los profesionales...

- Dar más peso a los equipos directivos de los CMS, con un mayor reconocimiento de su papel fundamental.
- Revisar qué profesionales 'piensan' y quienes ejecutan ya que en ocasiones se excluye a profesionales relevantes.

Para eliminar incertidumbres y conocer más sobre el papel de cada profesional...

- Organizar más encuentros de la Dirección con personal de los CMS.
- Comunicaciones de la Dirección para eliminar incertidumbres.

Para mejorar las relaciones entre los equipos de trabajo...

- Desarrollar acciones formativas sobre trabajo en equipo, organización de reuniones, habilidades para el trabajo en equipo...
 - Atender a los problemas de coordinación con las y los profesionales de turno de tarde.
 - Organizar reuniones con equipos de CMS [por parte de las y los referentes]
 - Potenciar más el trabajo en red entre diferentes CMS y grupos profesionales; orientados por tareas y objetivos compartidos.
 - Organizar reuniones formales entre compañeros sin la presencia obligatoria de la dirección.
 - Organizar reuniones clínicas del grupo de ginecólogos y ginecólogas.
-

Para mejorar la utilidad de las reuniones...

- Puntualidad y fijar un horario de inicio y fin.
- Mejorar la documentación y dinamización.
- Centrarse en los puntos establecidos en el orden del día.
- Planificarlas con tiempo suficiente para poder cerrar agendas.
- No repetir contenidos en distintas reuniones.
- Elaborar y distribuir actas completas.
- Mantener la periodicidad de las reuniones de equipo de CMS.
- Pensar métodos para estimular y posibilitar la participación.
- 'Cerrar' la agenda de las y los profesionales participantes en las reuniones de referentes ya que en ocasiones su asistencia está condicionada por su actividad en los centros lo que les resta continuidad en su participación.

Para mejorar los flujos de comunicación entre las y los profesionales de diferentes niveles...

- Romper círculos de afinidad y amistad.
- Mejorar la calidad de la información de 'abajo-arriba', ya que sólo es transmisión.
- 'Medir' el uso del correo electrónico marcando algunas pautas que eviten el exceso.
- Recordar la disponibilidad de documentos en la Plataforma: Documentos en Q.
- Valorar la implantación de nuevos canales de comunicación: blogs, google docs, redes sociales, delicious.

Para mejorar el trabajo con organizaciones ubicadas en los distintos barrios...

- Dar apoyo institucional en la coordinación y difusión de programas y estrategia en el distrito, coordinaciones con entidades desde la 'cabeza'.
 - Formación de red con otras instituciones.
-

9. REFLEXIONES METODOLÓGICAS SOBRE EL PROCESO

Uno de los motivos por los que opté por esta evaluación fue porque —desde los primeros momentos— intuía su complejidad y me parecía interesante el reto que me suponía enfrentarme a una evaluanda novedosa para mí.

El primer paso fue una **revisión sistemática de los contenidos** trabajados en el Magister, que al presentarse con la secuencia lógica del desarrollo de una evaluación, me permitía aprehender el proceso de trabajo y delimitar qué cuestiones tenía que ir precisando.

Las primeras complicaciones aparecieron desde el inicio, no resultaba fácil definir el objeto y los objetivos. Los Centros Madrid Salud y su Unidad de Apoyo son unidades con casi 400 trabajadoras y trabajadores y están inmersas en un momento de implantación de una nueva estructura y reorganización y, de forma paralela, amenazada por su desaparición o absorción por los servicios de salud autonómicos.

Procedí a **caracterizar la entidad**, a intentar aproximarme a su funcionamiento. Esto me permitió definir/graficar los procesos y así establecer prioridades y, finalmente, definir qué se iba a evaluar.

Este esfuerzo por identificar los procesos que estaban intermediando entre las 'entradas' y las 'salidas' contribuyó a un mejor conocimiento de la entidad y poder hacer su análisis desde una perspectiva más global. En este caso no interesaban los detalles de los procesos, ni identificar todos los procesos, sino aquellos que nos permitieran ir aproximándonos a la identificación del objeto de la evaluación.

En este proceso me acompañaron, por una parte las personas responsables de Madrid Salud aportando información, aclarando dudas, expresando los aspectos de interés para la organización; y por otra, mi tutor, que me orientó la mirada y me permitió centrar el objeto.

Para el desarrollo del **trabajo de campo** conté con la colaboración de la Asesora Técnica de evaluación de Madrid Salud que fue fundamental para su ejecución. Pude poner a prueba un nuevo canal para la administración de cuestionarios. En anteriores experiencias de evaluación siempre fue complejo obtener una importante número de respuestas, siempre había recurrido al envío del documento/cuestionario vía correo electrónico. Pude comprobar cómo el formato de cuestionario vía web parece resultar más sencillo a la personas encuestadas y provoca un mayor y rápido número de respuestas.

Los grupos de discusión no se pudieron convocar, por la falta de tiempo y también por los momentos de incertidumbre que se viven en la entidad. Se ha pospuesto la decisión de desarrollarlos más adelante.

La información recogida fue muy extensa y diversa. La **interpretación y análisis** de los hallazgos de evaluación fue una tarea ardua. Opté, a sugerencia de mi tutor, por la teoría del programa.

A partir del esquema: resultados, procesos y estructura, intenté organizar mis 'píldoras' de información para poder construir un relato coherente.

La decisión de dónde ubicar cada una de ellas fue laboriosa, ya que en ocasiones, en función de la argumentación, la información puede corresponder a una u otra; como por ejemplo la participación de las y los profesionales ¿es resultado? ¿es proceso? ¿es estructura?... depende del marco global, de la información recogida, de cómo se caracterize...

Fue el momento más complejo, se mantuvo presente el 'miedo' a emitir interpretaciones y juicios sobre la realidad cuando no se han recogido opiniones de todas las personas implicadas en la entidad. Se mantuvo el fantasma de 'la verdad' y tuve que recordar palabras de Santamarina y House ya citadas en este documento: la evaluación no busca la verdad, busca lo verosímil o no se pueden esperar conclusiones definitivas y necesarias, pero sí puede llevar a lo creíble, lo plausible y lo probable.

BIBLIOGRAFÍA

- Bustelo, M. (2002). Qué tiene de específico la metodología de evaluación. En Bañón, R. (comp.) *La evaluación de la acción de las políticas públicas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Bustelo, M. (2004). La historia de la evaluación y los diferentes modelos o enfoques propuestos a lo largo de la misma. En Bustelo, M. 2004. *La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género de los gobiernos central y autonómico en España: 1995-1999*. Tesis Doctoral.
- Díez, M. Á. (2011). *Necesidades informativas*. Apuntes Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Feinstein, O. (2011). *Elaboración y comunicación de las evaluaciones*. Apuntes Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández, B. (2010). *Posibilidades de la evaluación*. Apuntes Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Galiano, J. A.; Yáñez, G. y Fernández, E. (2007). *Análisis y mejora de procesos en organizaciones públicas*. Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP)
- Gudiño, F. (2011). *Elaboración y comunicación de resultados*. Apuntes Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- House, E. R. (1994) *Evaluación, ética y poder*. Madrid: Morata.
- Joint Committee Estándar Education. Universidad de Michigan. Ligeró, J. A. *Posibilidades de la evaluación*. Cit. en Apuntes Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Knight, K. (1976) Matrix Organization: a review. *The Journal of Management Studies*. Cit. en Mintzberg, H. (2005). La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel.
- Ligeró, J. A. (2010a). *Propósitos de la evaluación*. Apuntes Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Ligeró, J. A. (2010b). *Operacionalización*. Apuntes Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Ligeró, J. A. (2010c). *Programación por procesos*. Apuntes Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Ligeró, J. A. (2011a) *Interpretación*. Apuntes Magíster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Ligeró, J. A. (2011b). 'Dos Métodos de Evaluación: Criterios y Teoría del Programa'. Documento de Trabajo. Serie CECOD. Número 15 / 2011. Centro de Estudios de Cooperación al Desarrollo.

- Ligerero, J. A. et al (s/f) *Informe de Evaluación del Proyecto SALES HOY?* Madrid: Cruz Roja Española.
- Mintzberg, H. (2005). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel.
- Monnier, E. (1995). *Evaluación de la acción de los poderes públicos*. Madrid, Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Citado en Bustelo, M. 2004. *La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género de los gobiernos central y autonómico en España: 1995-1999*. Tesis Doctoral.
- Nirenberg, O.; Brawerman, J. y Ruiz, V.a. *Evaluar para la Transformación: innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Paidós, Tramas Sociales. Vol. 8. Buenos Aires. 2000. Citado en Díez, M. Á. (2011). *Necesidades informativas*. Apuntes Magister en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Patton, M. Q. (1986). *Practical Evaluation*. Beverly Hills, Sage. Citado en Bustelo, M. 2004. *La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género de los gobiernos central y autonómico en España: 1995-1999*. Tesis Doctoral.
- Ruiz, A. (2010). *Institucionalización de la evaluación. Encargo de Evaluación*. Apuntes Magister en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Santamarina, C. (2011). *Técnicas cualitativas*. Apuntes Magister en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Sayles, L. R. (1976) *Matrix Organization: The structure of a future. Organizational Dynamics*. Cit. en Mintzberg, H. (2005). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel.
- Stufflebeam, D. (1995). Citado en Ligerero Lasa, Juan Andrés (2011) *Posibilidades de la evaluación*. Apuntes Magister en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Subirats, J. (2005). 'Catorce puntos esenciales sobre evaluación de políticas públicas con especial referencia al caso de las políticas sociales. En *La evaluación de las políticas públicas*'. *Ekonomiaz*. Revista Vasca de Economía. Nº 60. 3er cuatrimestre. 2005. Vitoria-Gasteiz, 2006. Volumen I. *La evaluación de las políticas públicas*. Gobierno Vasco.
- Subirats, J. (2011). *¿Intersección óptima política-gestión pública?* Borrador. Apuntes Magister en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation. Methods for Studying Programs and Policies. Second Edition*. Prentice Hall: New Jersey.
- Weiss y Rein (1970) Citado en Ligerero, J. A.s (2010) *Programación por procesos*. Apuntes Magister en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Universidad Complutense de Madrid.

ANEXO I

Relación de documentos aportados por la entidad para su análisis

- D01. Informe: Estudio sociológico cualitativo sobre el conocimiento que los ciudadanos de Madrid poseen de los servicios municipales de Salud. Octubre 2004-enero 2005.
- D02. Análisis de situación y proyecto de reorientación. 2008.
- D03. Marco programático y organizativo del Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental. 2010.
- D04. Plan de intervención en prevención y promoción de la salud en los centros Madrid Salud 2010-2015. 2010.
- D05. Propuesta de evaluación del Plan de Intervención de prevención y promoción de la Salud de los Centros Madrid Salud. 2010.
- D06. Informe de seguimiento y evaluación de los proyectos de los CMS durante su primer trimestre de desarrollo. Octubre 2010-marzo 2011.
- D07. Informe Anual 2010 del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental. 2010
- D08. Desarrollo del Marco Estratégico del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental. 2008.
- D09. Funciones del referente de un programa del centro. 2011.

ANEXO II

Agentes y estructuras de coordinación

A continuación se presenta organizada la información recogida sobre las y los diferentes agentes y estructuras de coordinación definidas por el 'Proceso de reorientación comunitaria de los CMS'. La información no es homogénea, pero se ha optado por incluir todo aquello que se valora puede ser útil para la entidad. En todos los casos se incluyen componentes y funciones y en algunos, además su periodicidad, duración...

Agentes y funciones

Consejera Técnica del Área Funcional

- Responsable de la coordinación de los programas marco.
- Comunicar las orientaciones sobre la estrategia global del servicio.
- Ser el eje de transmisión entre la Jefatura del Servicio y los programas marco.
- Tomar decisiones sobre cuestiones operativas relativas a los programas marco.

Jefatura de Unidad Técnica de CMS: Jefa y adjunta

- Cabeza visible. Uno de los nexos de unión entre el Servicio y los CMS.
- Coordinar, transmitir a las direcciones de los centros la información que surge del Servicio.
- Adjunta: apoyo a las funciones de jefatura.

Referentes de programa

- Ser la referencia técnica del programa facilitando el acceso a los conocimientos esenciales sobre el tema a todos los profesionales implicados en el desarrollo del programa.
- Hacer una propuesta de sistema de información del programa.
- Colaborar en el diseño de los protocolos de actuación necesarios para el desarrollo.
- Identificar los recursos de apoyo necesarios para el desarrollo del programa (materiales de información, difusión de la información, formación...).
- Proponer las estrategias de coordinación necesarias a nivel central.
- Apoyar el desarrollo del programa en los CMS.
- Establecer flujos de información entre los participantes en el programa que permitan el intercambio de experiencias y soluciones ante dificultades encontradas en el desarrollo del programa en cada uno de los centros.
- Ayudar en la evaluación semestral y anual del programa, junto con los centros implicados, y hacer propuestas de modificación, a tener en cuenta no solo en la redefinición del programa, sino en el proyecto de presupuestos, en la modificación de la RPT y en el programa de formación.

Profesionales de los grupos de trabajo de los programas marco

Pueden ser: referente de programa marco, profesionales pertenecientes a todas las categorías profesionales, a diferentes CMS, a Centros Monográficos y a los servicios centrales.

- Apoyar al referente del programa marco para el desarrollo de sus funciones.
- Elaboración de materiales.

Referentes de programa marco en el CMS [en relación con el Área Funcional]

Ser la persona de contacto del centro con el responsable del programa del Área Funcional.

Asistir a las reuniones que periódicamente convoca el responsable del programa con el conjunto de las y los referentes de los centros para el seguimiento del desarrollo del programa y su coordinación.

Recoger las dudas, sugerencias, propuestas de las y los profesionales del centro y trasladarlas, cuando sea pertinente, a las reuniones de seguimiento y coordinación del programa.

Referente del programa marco en el CMS

Realizar, conjuntamente con la dirección del centro, la presentación del programa, los contactos y acuerdos que se consideren adecuados para el desarrollo del programa en el CMS.

Promover y organizar, conjuntamente con la dirección del centro, actividades comunitarias y participar en las mismas.

Organizar la presencia del programa en aquellos eventos en que participe la población diana objeto del programa.

Ayudar a la dirección del centro a identificar los recursos más adecuados para dar respuesta a las demandas que se reciben.

Trasladar la información (acuerdos, propuestas, normas técnicas de actuación, instrucciones de recogida de información, materiales disponibles, etc.) de las reuniones de seguimiento y coordinación del programa a las y los profesionales del centro que realicen el programa correspondiente y a la dirección del mismo.

Llevar a las reuniones de equipo del centro, la información sobre el desarrollo y seguimiento del programa.

Supervisar la existencia en el centro del material necesario para el desarrollo de las actividades y promueve su solicitud.

Recoger las necesidades que no se han podido satisfacer y las actividades que no se han podido realizar por falta de recursos humanos o materiales, de las que informa a la dirección del centro y al responsable del programa.

Recoger y trasladar a la coordinación del programa las necesidades de formación detectadas en el CMS en relación con ese programa.

Conocer las instrucciones del sistema de información del programa, apoyar su desarrollo en el centro y trasladar las dificultades que plantea a la coordinación del programa.

Coordinar los programas en su centro, por delegación de la dirección del centro y, como tal, representar al CMS en los grupos de coordinación del programa.

Jefatura de CMS: Jefe/a y adjunto/a

Coordinar el equipo: recursos humanos.

Organizar el trabajo.

Coordinación con otras instituciones,

Gestión del tema de edificios, mantenimiento.

Adjunto/a: funciones de gestión, apoyo a las tareas de jefatura.

Estructuras de coordinación.

Grupo de seguimiento de proyectos de centro

Jefe de Servicio, Jefe de Departamento, Jefa y Adjunta de UT de CMS, Consejera Técnica y Asesora del Área Funcional y responsable del Servicio de información.

- Seguimiento de los elementos estratégicos del Marco Programático.
- Seguimiento de los proyectos de centro.
- Relación de la dirección de los CMS con los programas marco.

Reuniones de Jefe de Servicio, Jefe de Departamento y Consejera Técnica

- Repaso de incidencias.

Reuniones de coordinación de programas marco

Consejera Técnica y Asesora Técnica para la evaluación, referentes de programas marco, epidemióloga y responsable del Centro Monográfico de Hábitos saludables. Reunión mensual.

- Intercambiar información sobre el estado del programa, lo realizado y necesidades que surgen.
- Informar de asuntos que se definen en el departamento.
- Tomar decisiones sobre asuntos que afectan a todos los programas, por ejemplo, el método de evaluación.

Reuniones de cada referente de programa marco con la Consejera Técnica.

Consejera Técnica y referente de programa marco. Reunión quincenal.

- Seguimiento del programa marco.
- Tomar decisiones sobre temas concretos.
- Recoger propuestas e iniciativas.
- Las decisiones están condicionadas por los y las directores de los CMS.

Reunión del Sistema de Información

Consejera Técnica y Asesora del Área Funcional, Jefa de Epidemiología y responsable del servicio de información de cada programa marco.

- Trabajar en el tema de información, por ejemplo, protocolos...

Grupos de trabajo de programa marco

Referentes y profesionales de apoyo. Casi todos son referentes en los centros, pero no necesariamente. Hay representación de centros y de profesionales que tienen que ver con el enfoque del programa: y dos personas de Centros Monográficos.

Reuniones periódicas: al inicio más frecuentes; en la actualidad, quincenal, mensual...; o en función de las necesidades. [2,5 ó 5 horas]

- Realizar aportaciones a los planteamientos iniciales del programa diseñado por el grupo de definición.
- Diseñar el protocolo de actuación general y las herramientas de trabajo, establecer cómo se aborda el planteamiento general del trabajo, cómo se aplican los criterios del programa.
- Elaboración de documentos, diseño de talleres, presentaciones... todo el material de apoyo para el desarrollo de las actividades en los centros, para que se trabaje de manera uniforme.
- Búsqueda de materiales se otras instituciones, revisión, traslado a los centros...
- Búsqueda de aliados y conexiones con el exterior.
- Sistematización de acciones ya realizadas.
- Reparto de tarea: el trabajo se realiza entre todos los miembros del grupo o los ejecuta la referente.

Grupo de coordinación del programa marco

Referente del programa marco y referentes de programa de los CMS. Reuniones periódicas: 4-5 veces año.

Garantizar la difusión de la información, el desarrollo armónico del programa en los distritos.

Incorporar la perspectiva de los centros a los documentos y estrategias elaboradas por los programas.

Intercambiar información sobre el programa: funcionamiento de los programas, aplicación informática, normas de actuaciones, problemas en el centro, dificultades, sugerencias, información, etc.

Pulsar cómo van los programas en los centros: dificultades, logros, con la idea de que entre todos se sirvan de ideas y de ayuda de cómo se resuelven las cosas en un centro.

Intercambiar experiencias y conocimiento, o tomar decisiones de alguna de ellas.

Análisis de lo que teníamos y lo que estaba pasando. Devolución de la evaluación en informes escritos, el general y el particular de cada centro. Se vuelve a analizar. Para ver cómo lo estamos haciendo y cómo lo podemos mejorar.

Con sus aportaciones: se introducen elementos nuevos, se pueden variar cosas, establecer prioridades... del programa. Orienta el trabajo de las y los referentes de programa. Se han hecho modificaciones a partir de informaciones de los centros.

Son uno de los nexos de unión con los centros.

Reuniones de directores y directoras de los CMS

Jefa y Adjunta de la UT de CMS y directores y directoras de CMS. Reunión quincenal (4 horas)

Información general del Jefe de Servicio, sobre programas por parte de cada referente, sobre las actividades de los CMS, problemas que se presentan...

Distribución de tareas cuando hay alguna demanda de otra institución.

Puesta en común, transmisión de información.

Reuniones generales del equipo en cada CMS

Todas y todos los profesionales del centro.

Al día siguiente de las de directores y directoras. Horario en el que se solapan los dos turnos (de 2 a 3)

Traslado inmediato de información de la reunión de directores y directoras.

Información general y puesta en común de actividades puntuales, dedicando siempre un espacio a ruegos y preguntas.

Problemas del día a día y de temas que han podido esperar a ser contadas en esa reunión, en vez de ser contadas instantáneamente equipo por equipo.

Hay un orden del día: un punto de información general, el más largo: aprobación del acta anterior y ruegos y preguntas.

Ejemplos: un referente presenta un cambio, pegas, dificultades, cosas que hacen falta.

Se toman pequeñas decisiones.

Se hace acta y se envía a la Unidad Técnica y luego se manda a las personas del CMS.

Reuniones de profesionales por programas en cada CMS

Referente de programa marco en cada CMS y profesionales implicados en el programa.

Reuniones con mucha periodicidad, dependiendo de los programas: semanalmente, quincenalmente, o más veces en algún momento puntual. No es algo rígido y estipulado.

Información de la reunión de referentes en la sede central, organización de actividades, proponer nuevas ideas, dificultades con la aplicación informática...

No se hacen actas.

Las y los referentes de programas en los CMS tienen hilo directo con las y los referentes de programas y una relación con directores y con otros programas.

Muchas relaciones informales, en el pasillo, teléfono. Hay muchas más relaciones, coordinaciones, interacciones de profesionales de forma espontánea que en las reuniones formales.