



Gobierno
de La Rioja

MEMORIA EFQM

Noviembre 2007

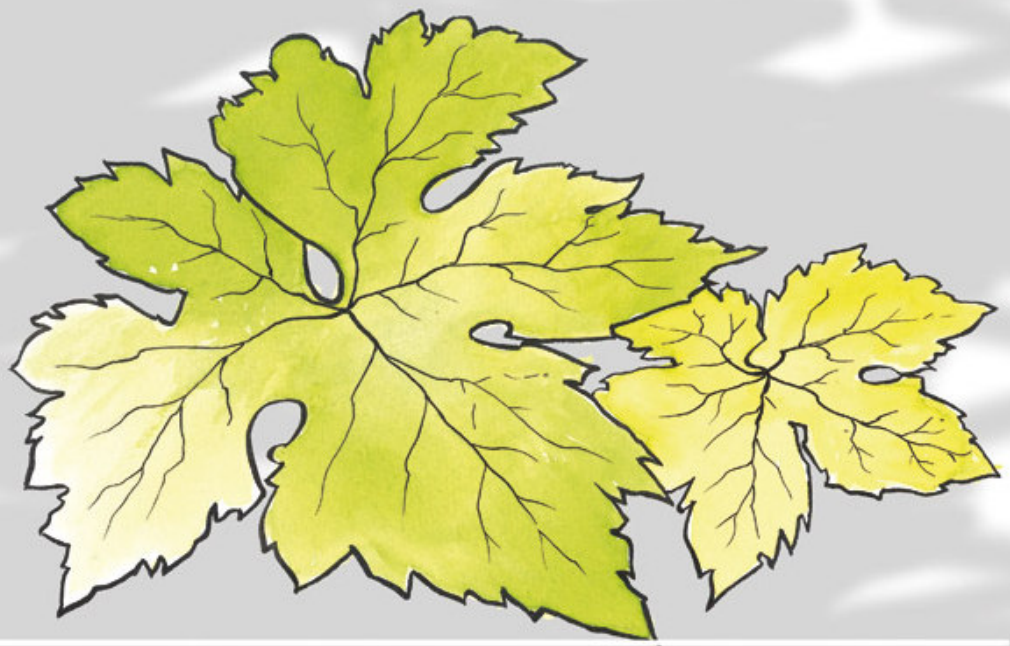


LABORATORIO REGIONAL
DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA



**ÍNDICE GENERAL**

	Nº Página
PRESENTACIÓN	i
CRITERIO 1. LIDERAZGO	1
Subcriterio 1.a	1
Subcriterio 1.b	4
Subcriterio 1.c	6
Subcriterio 1.d	9
Subcriterio 1.e	11
CRITERIO 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA	13
Subcriterio 2.a	13
Subcriterio 2.b	15
Subcriterio 2.c	17
Subcriterio 2.d	19
CRITERIO 3. PERSONAS	23
Subcriterio 3.a	23
Subcriterio 3.b	24
Subcriterio 3.c	26
Subcriterio 3.d	28
Subcriterio 3.e	30
CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS	32
Subcriterio 4.a	32
Subcriterio 4.b	34
Subcriterio 4.c	36
Subcriterio 4.d	38
Subcriterio 4.e	41
CRITERIO 5. PROCESOS	44
Subcriterio 5.a	44
Subcriterio 5.b	46
Subcriterio 5.c	49
Subcriterio 5.d	51
Subcriterio 5.e	53
CRITERIO 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES	55
Notas comunes a los criterios resultados	55
Subcriterio 6.a	55
Subcriterio 6.b	58
CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS	61
Subcriterio 7.a	61
Subcriterio 7.b	64
CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	66
Subcriterio 8.a	66
Subcriterio 8.b	66
CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE	68
Subcriterio 9.a	68
Subcriterio 9.b	71
ANEXO	a



0. INTRODUCCIÓN

**El Laboratorio Regional**

Nuestro Laboratorio se encuentra situado en la finca "La Grajera", junto con otros servicios y dependencias de la Administración Regional. Esta finca, de 260 ha, se sitúa en las solanas que bordean el pantano del mismo nombre, concretamente en el Km. 6 de la carretera de Burgos, accediéndose a sus instalaciones por la salida nº 10 de la autovía de Burgos.

En el año 1993, el Gobierno Autonómico, interesado en promover una mejora de los servicios, acordó constituir el Laboratorio Regional de la CAR en el que se integraron los laboratorios de las Consejerías de Agricultura y Alimentación y de Salud, Consumo y Bienestar Social. En el artículo 3º del Decreto de su constitución (17/1993), se establece que el Laboratorio desarrollará su labor en los campos de:

- Agricultura y Alimentación.
- Salud y Consumo.
- Medio Ambiente.

En la actualidad, estamos adscritos a la Consejería de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, dentro de la Dirección General de Calidad e Investigación Agroalimentaria.

Nuestros Servicios

El artículo 2º del Decreto 4/1997, establece que nuestra actividad se concibe como un Servicio para toda la Administración Autónoma y nos encomienda la misión de dar servicio analítico a:

- Servicios de control y planificación de diversas Consejerías de la CAR (Salud, Medio Ambiente, Obras Públicas, Educación, etc).
- Otros organismos públicos: Ayuntamientos, Guardia Civil, Empresa de saneamiento, Sindicatos de regantes, etc.
- Empresas y particulares de la Comunidad.

Para lograr estos fines, estructuramos nuestra actividad en dos áreas analíticas (Química y Biológica) con sus correspondientes líneas y un área de Servicios Generales.

Nuestro volumen de trabajo sobrepasa las 230.000 muestras, de naturaleza muy heterogénea, y las 400.000 determinaciones analíticas.

Nuestros servicios están mayoritariamente encuadrados en los campos de control alimentario, de salud pública y vigilancia ambiental, por lo que las disposiciones legislativas (Directiva 89/397/89 CEE)

y reglamentarias actuales nos encaminan a la acreditación generalizada de los servicios ofertados.

Nuestros Clientes

El número de nuestros clientes de titularidad privada es muy superior al número de clientes del sector público, si bien las demandas de estos últimos representan la inmensa mayoría del trabajo anual (98%). Los clientes privados tienen unas necesidades más dispersas y personalizadas; no obstante, las demandas privadas, en muchos casos, son una buena información sobre las necesidades de los diversos subsectores. En nuestro campo, el sector público, además de su papel de cliente usuario, representa el importante papel de cliente prescriptor por su misión de aprobar los requisitos legales y reglamentarios.

La amplitud de los campos demandados por los clientes nos ha llevado a establecer una política de alianzas con centros homólogos de otras Autonomías, buscando la especialización y la eficiencia. Estas alianzas han abierto el camino a muestras procedentes de fuera de la CAR y a la contratación de servicios externos por parte del Laboratorio, tratando de mejorar el servicio a los clientes.

Nuestras Personas

Contamos con un equipo humano compuesto por 44 personas ligados al Laboratorio por distintos vínculos laborales: funcionarios, contratados y becarios.

El 65% de nuestras personas tienen titulación universitaria y el resto poseen formación profesional. El equipo forma un conjunto multidisciplinar, dominando, numéricamente, los licenciados en Químicas, Veterinaria, Biología y Farmacia.

La edad media es de 39 años y el promedio de antigüedad en torno a los 9 años.

Estos datos indican, por tanto, una plantilla estable con un alto grado de formación y con un razonable equilibrio entre juventud y experiencia.

Nuestro Sistema de Gestión y Calidad

Nuestra unidad lleva muchos años comprometida con la calidad y la mejora continua. En el año 1997, comenzamos las primeras acciones para lograr un Sistema de Calidad reconocido externamente, siguiendo el esquema de la norma EN 45001/89.

En el año 1999, pasamos la primera Auditoría externa por ENAC, acreditándose un amplio alcance de técnicas analíticas en alimentos y aguas. En el



0. INTRODUCCIÓN

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

año 2000, se sustituye la Norma rectora por la ISO 17025 específica, al igual que la anterior, de aseguramiento de la calidad en labores analíticas. A partir del 2002, ampliamos el alcance a la detección de enfermedades que afectan a los cultivos regionales y a nuestra ganadería. En la actualidad, hemos superado la última (6ª) Auditoría externa de ENAC de seguimiento y ampliación de alcance para lograr que el 97% de nuestros resultados estén acreditados.

A partir del año 2001, se plantea abordar la mejora en la gestión. Partiendo de la formación por parte de Dirección y, continuando con los primeros desarrollos del cálculo de costes, comenzamos a trabajar con herramientas de calidad (QFD, matrices de priorización, diagrama de Pareto...). Tras estos trabajos preparatorios, se eligió, juntamente con los responsables de Calidad del Gobierno de La Rioja, el modelo EFQM como guía de mejora en la gestión.

En el período 2004-2005, buscando una mayor participación de las personas en la gestión, se crearon los primeros Equipos de Mejora, modificándose el organigrama funcional (Fig.0.1). Participamos en los planes regionales de mejora recibiendo el “Diploma de Compromiso con la Excelencia” en Noviembre del 2005, año en el que, además, consolidamos nuestras alianzas externas.

En los años 2005 y 2006, realizamos nuestra segunda Autoevaluación y decidimos acceder a una evaluación externa en el 2007 para tener una referencia objetiva de nuestra situación en el camino a la Excelencia, obteniéndose el Reconocimiento de Q de plata (más de 400 puntos) en la primera evaluación de servicios públicos organizada por el Gobierno de La Rioja.

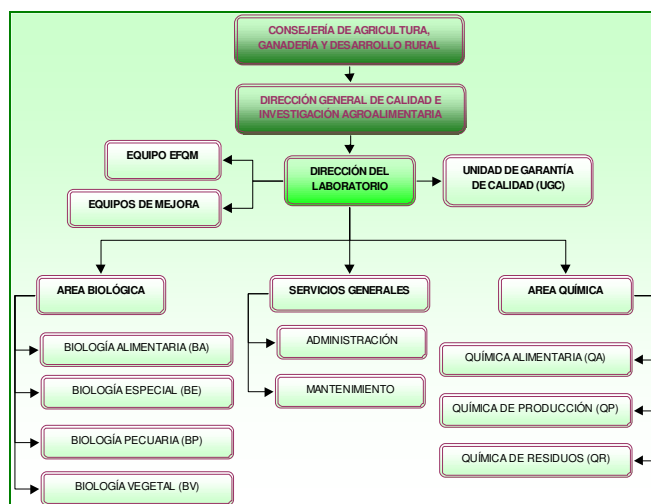


Figura 0.1. Organigrama del Laboratorio.

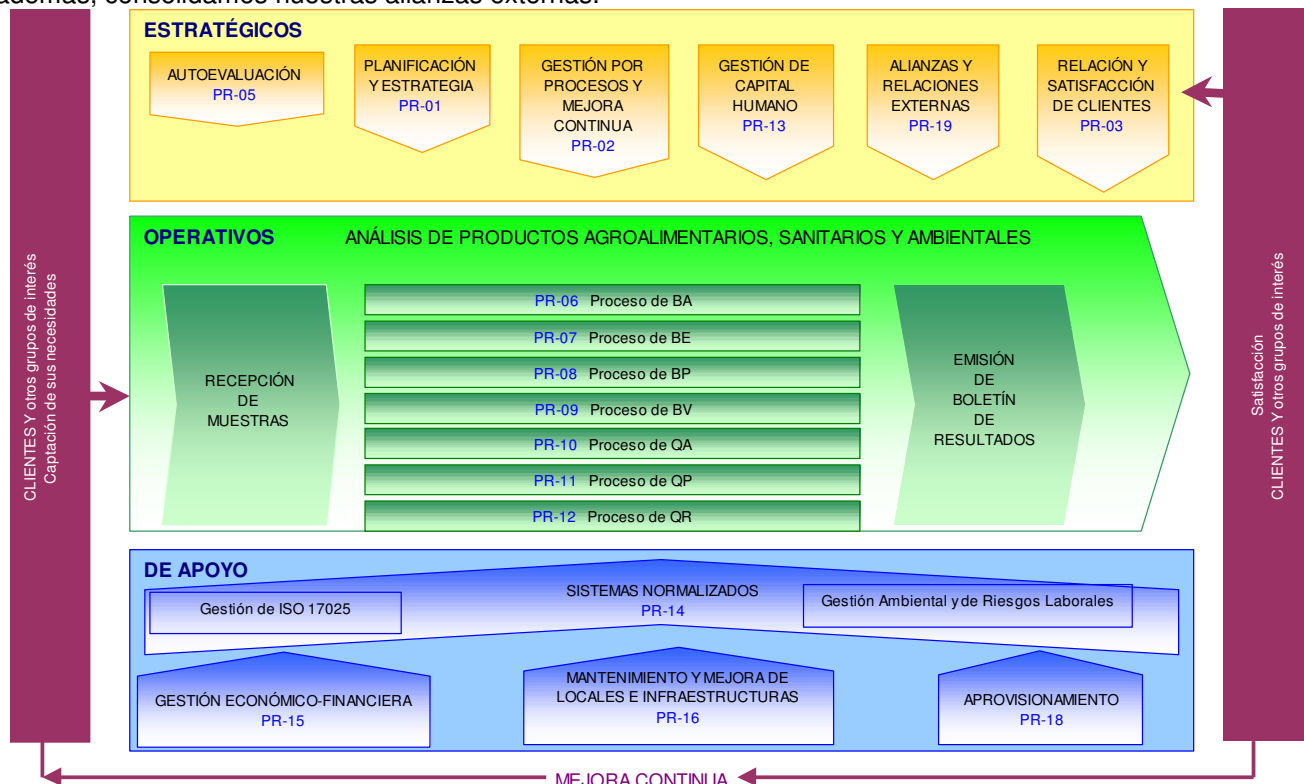


Figura 0.2. Mapa de Procesos del Laboratorio (Revisión 3).



1. LIDERAZGO



CRITERIO 1. LIDERAZGO

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

1.A- LOS LÍDERES DESARROLLAN LA MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS ÉTICOS Y ACTÚAN COMO MODELO DE REFERENCIA DE UNA CULTURA DE EXCELENCIA.

En el Laboratorio, entendemos por **Líderes** aquellos que motivan, dirigen y desarrollan personas y equipos de trabajo, promoviendo la confianza de éstos en sí mismos para lograr la consecución de fines y metas dentro del marco de la Política y Estrategia del Laboratorio.

Diferenciamos tres niveles de liderazgo en nuestra organización (Fig.1.a.1):

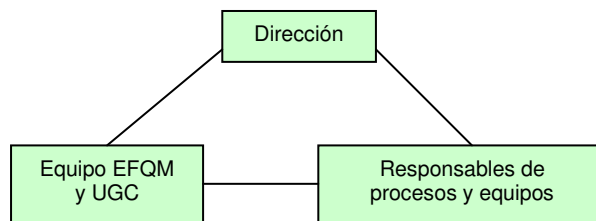


Figura 1.a.1. Niveles de liderazgo en el Laboratorio.

AÑO	FORMACIÓN RECIBIDA EN CALIDAD Y GESTIÓN	Nº ASISTENTES
2000	Procesos de cambio y calidad en la Administración Pública	1
	Implantación de norma ISO 17025	1
2001	Los laboratorios de control oficial y la norma ISO 17025	2
	Curso sobre norma ISO 17025	11
2001-2002	Master MBA: Economía de empresa.	1
2003	Nociones de quimiometría básica aplicada al sistema de gestión de laboratorio.	12
2003-2004	Master de Calidad: Historia de la calidad, normas ISO, modelo EFQM,...	1
2004	Seminario mensual de Gestión de la Calidad y sobre el modelo de Excelencia (Administraciones públicas)	4
	2 Seminarios sobre EFQM: De la calidad a la Excelencia, Modelo EFQM	Todo el personal
	Curso de auditores	1
	Curso sobre marketing en los Servicios Públicos	1
	Dirección por objetivos	1
	Incertidumbre, calibración y estadística	25
2005	2 Seminarios sobre herramientas de gestión: Grupos y herramientas de mejora, Benchmarking	Todo el personal
	Formación de formadores	16
	Validación de métodos de análisis químicos	1
	Validación de métodos de análisis biológicos	1
	Estadística básica	19
	Estadística aplicada al laboratorio	24
	Implantación de norma ISO 17025 en el laboratorio. Requisitos de gestión y técnicos.	1
	Implantación de un sistema de gestión integrado	Todo el personal
	Formación de evaluadores acreditados en el modelo de Excelencia en el modelo EFQM	2
	Indicadores de calidad	1
2005/2006	Modelo EFQM: Conceptos de Excelencia y explicación del Modelo – Mplus Consulting	9
	Asesoría EFQM (Formación-acción): autoevaluación REDER, Plan de Mejora. – Mplus Consulting	7
2006	Validación de métodos químicos	3
	Liderazgo y gestión de equipos de trabajo	1
	Comunicación interna	1
	Equipos de Alto Rendimiento	1
	Claves de la calidad en la prestación de los servicios públicos	1
	Evaluación del rendimiento	1
	III Foro de Excelencia Empresarial, Logroño	3
	Gestión por procesos – Mplus Consulting	37
2007	Seminario Modelo EFQM: Conceptos de Excelencia y explicación del Modelo	Todo el personal
	II Congreso de Laboratorios Agroalimentarios	9
	Indicadores y objetivos	Todo el personal
	Norma ISO 17025	2
	Auditorías internas según norma ISO 17025	3
	Validación de métodos inmunológicos	4
	Liderazgo y Trabajo en Equipo	Todo el personal
	Atención y tratamiento de quejas y reclamaciones	1
	Mejora de la gestión empresarial a través de la Inteligencia emocional	2
	Gestión por Competencias	1
	Evaluación del Rendimiento	2
	Asesoría EFQM (Formación-acción): evaluación externa, 2º Plan de Mejora	7
	Asesoría Gestión del Capital Humano	5

Figura 1.a.2. Formación en calidad y gestión en el Laboratorio.

Tras un proceso de discusión y reflexión interna, Dirección y un equipo *ad hoc* realizaron un trabajo para clarificar los requisitos y necesidades de los grupos de interés (clientes, personas, contribuyentes,

Administración pública, proveedores y sociedad). A partir de estos resultados, se elaboraron la Misión, Visión, Valores Institucionales y Mapa de Procesos. Estos documentos los hemos difundido tanto



CRITERIO 1. LIDERAZGO

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

internamente (charlas, tableros, intranet...) como externamente (publicaciones diversas, charlas, página web, carteles...).

<p>MISIÓN (Revisión 4)</p> <p>Somos un laboratorio público de la Comunidad Autónoma de La Rioja que presta un servicio de análisis a organismos públicos y privados en los ámbitos agroalimentario, sanitario y ambiental, cumpliendo la normativa vigente y ofreciendo apoyo técnico, siendo el cliente el centro de nuestra gestión.</p>	<p>VALORES INSTITUCIONALES (Revisión 5)</p> <p>Comportamientos personales en los que basamos nuestras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>La orientación hacia el cliente.</u> Dirigiendo todas las acciones del laboratorio a la prestación de un servicio acorde a las necesidades y expectativas de los clientes y otros grupos de interés (contribuyentes, personal, sociedad,...). • <u>Trabajo en equipo.</u> Basado en el apoyo, cohesión y formación interna que permita la cooperación de los miembros del equipo y un mayor desarrollo de sus integrantes a través de un empowerment eficaz. • <u>El desarrollo personal.</u> La motivación y el desarrollo del capital intelectual como base para la prestación de un servicio de calidad. • <u>La calidad y la innovación.</u> Incorporando la mejora continua como parte del trabajo y el esfuerzo por la innovación tecnológica permanente. • <u>Orientación al logro</u> basada en la eficacia y la eficiencia. • <u>La flexibilidad.</u> Adaptabilidad a la realidad cambiante del mundo exterior mediante flexibilidad en los puestos de trabajo y formas de gestión y trabajo en equipo. • <u>Promoción de la salud de las personas.</u> Buscando no sólo la seguridad e higiene en el puesto del trabajo sino también el desarrollo y mejora del bienestar laboral.
<p>VISIÓN (Revisión 3)</p> <p>Pretendemos ser el laboratorio público referente en el ámbito nacional por nuestra capacidad técnica, eficiencia económica y eficacia en una política de mejora continua e incorporación permanente de necesidades y expectativas de nuestros clientes en el servicio.</p> <p>Aspiramos a ser una organización en la que las personas participen activamente en la gestión dentro de una cultura de máxima comunicación que nos permita ser reconocidos por la excelencia, y de la que todos nuestros clientes, contribuyentes, personas, aliados y sociedad se sientan orgullosos.</p> <p>Nuestro objetivo es convertirnos en un laboratorio líder en innovación, modernidad en equipos e instalaciones, con respeto al medio ambiente y con una cultura de seguridad laboral y social en nuestras actuaciones.</p>	

Figura 1.a.3. Misión, Visión y Valores Institucionales del Laboratorio Regional de la CAR.

VALOR	DESPLIEGUE	CÓMO PARTICIPAN LOS LÍDERES
Orientación al cliente	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de la satisfacción de los clientes. - Captación de necesidades y expectativas de los clientes. - Atención de sugerencias, quejas y reclamaciones. - Proceso "Relación y Satisfacción de Clientes" (PR03). - Procesos Operativos de líneas (PR06-PR12). 	<ul style="list-style-type: none"> - Impulso de herramientas de relación. - Coordinación de reuniones con clientes. - Análisis de resultados, propuesta de objetivos y acciones de mejora.
Trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de equipos de mejora (Fig.3.c.1). 	<ul style="list-style-type: none"> - Impulso y coordinación de la actividad del equipo para alcanzar fines.
Desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de la satisfacción de las personas. - Proceso "Gestión de Capital Humano" (PR13). 	<ul style="list-style-type: none"> - Impulso de acciones de mejora a partir de resultados de satisfacción y rendimiento. - Reparto de responsabilidades y correspondiente empowerment. - Desarrollo de las políticas de Formación y Comunicación.
Calidad e innovación	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento y actualización de la acreditación por Norma ISO 17025. - Adopción del modelo EFQM. - Implantación de la Gestión por Procesos. - Proceso "Gestión por Procesos y Mejora Continua" (PR02). 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación en Calidad y Excelencia. - Diseño y promoción de la implantación de prototipos. - Diseño e implantación de mediciones y herramientas de mejora. - Compromiso con la gestión de la calidad y la mejora continua.
Orientación al logro	<ul style="list-style-type: none"> - Implantación de la Gestión por Procesos. - Revisión del Sistema por Dirección. - Proceso "Planificación y Estrategia" (PR01). - Autoevaluación REDER, Evaluación externa y Planes de Mejora derivados. - Estudio de Costes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del Grado de cumplimiento de objetivos. - Propuesta de objetivos y acciones de mejora. - Participación en Autoevaluación, Evaluación externa y elaboración de Planes de Mejora. - Formación e implantación de Gestión por Procesos. - Impulso en la determinación de la eficiencia (estudio y seguimiento de costes) y en el despliegue de objetivos.
Flexibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de equipos de mejora multidisciplinares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de la formación. - Enriquecimiento de puestos de trabajo.
Promoción de la salud en las personas	<ul style="list-style-type: none"> - Implantación del sistema de gestión ambiental y de riesgos laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación en Prevención de Riesgos Laborales y Gestión Ambiental. - Coordinación del equipo de trabajo SIG.

Figura 1.a.4. Papel de los líderes en el despliegue de los Valores.



CRITERIO 1. LIDERAZGO

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

Nuestros líderes impulsan el despliegue de los Valores Institucionales actuando como modelo de referencia, tal como se puede apreciar en la Fig.1.a.4. Las principales competencias de los líderes en la gestión del Laboratorio se resumen en la Fig.1.a.5. Por otro lado y, a través del sistema de Gestión por Procesos, se delega la responsabilidad del proceso en el responsable del mismo.

Dentro del proceso “*Planificación y Estrategia*” (PR01), Dirección y UGC examinan los resultados obtenidos con cada responsable y equipo de proceso en las reuniones de Revisión del Sistema y, de acuerdo a los objetivos estratégicos, se acuerdan las líneas de actuación de cada equipo para el año siguiente tras considerar las propuestas de los equipos. La Autoevaluación y Evaluación externa son

herramientas que nos han servido para identificar las áreas de mejora en la gestión del Laboratorio. Dirección junto con el equipo de EFQM han priorizado las acciones a desarrollar de acuerdo a su impacto en los Factores Clave de Éxito y otras áreas principales de actuación (contribuyentes, personas y resultados clave).

El Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas se creó con el fin de hacer seguimiento de la competencia y gestionar alianzas para incorporar ideas de diferentes prácticas de trabajo. La gestión de las relaciones con otras organizaciones es una apuesta de la Dirección del Laboratorio para garantizar la mejora y fomentar la creatividad e innovación de las personas a partir de actividades de aprendizaje (ver subcriterio 4.a).

ACTIVIDADES	PAPEL DE LOS LÍDERES	LÍDERES
Misión, Visión y Valores	Definirlas, comunicarlas e implantarlas como referencia de la Política del Laboratorio. Liderar el cambio cultural. Revisarlas y actualizarlas.	Dirección y Equipo EFQM
Relación con clientes y otros grupos de interés	Definir grupos de interés así como clientes y partners de referencia. Intercambiar información y captar cambios en necesidades y expectativas. Impulsar cambios para satisfacer a los grupos de interés. Revisar y evaluar satisfacción y rendimiento.	Dirección Responsables de Procesos Operativos y Equipo de Clientes Otros equipos
Política y Estrategia	Definir las líneas estratégicas – Mapa Estratégico. Establecer los Factores Clave de Éxito. Definir los Objetivos Estratégicos. Aportar recursos y formación. Revisar sus resultados y actualizarlos periódicamente.	Dirección y Equipo EFQM
Equipos de Mejora	Plantear objetivos y planes de acción alineados con documentación cultural y estratégica. Aportar recursos y formación. Desarrollar los planes de acción (ejecución). Coordinar, motivar, implicar y cohesionar. Realizar seguimiento, evaluar y establecer nuevas metas.	Coordinadores de equipos
Mejora de Procesos Operativos	Captar necesidades y expectativas de los grupos de interés. Implantar mejoras técnicas y gestionar recursos. Recibir formación en gestión para llevar a cabo ciclos de mejora continua (PDCA). Coordinar el trabajo y motivar al personal. Establecer objetivos e indicadores. Realizar seguimiento y evaluar resultados. Establecer Informes de proceso y Propuestas, participando activamente en la Revisión del Sistema.	Responsables de Procesos Operativos
Sistemas de Calidad y Gestión	Conocer y recibir formación en el sistema. Plantear objetivos alineados con documentación cultural. Incorporar el sistema a la organización y difundirlo entre el personal. Implantar el sistema y gestionar recursos. Realizar seguimiento y evaluar resultados. Establecer mejoras.	UGC y Equipos (EFQM y SIG)
Desarrollo del modelo EFQM	Recibir y aportar formación sobre el modelo. Liderar el proceso de Autoevaluación y preparar la Evaluación externa. Establecer objetivos y priorizar áreas de mejora detectadas. Impulsar la implantación de mejoras. Comunicar resultados al personal.	Dirección y Equipo EFQM

Figura 1.a.5. Papel de los líderes en las actividades de Calidad y Gestión.



CRITERIO 1. LIDERAZGO

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA	QUIÉN IMPULSA
2004	Formación en calidad y gestión (Fig.1.a.2)	Desarrollo de Misión, Visión y Valores Institucionales (otros documentos culturales)	Dirección
2004-2005	Seminarios impartidos por expertos en EFQM. Mplus Consulting y otros.	Creación de equipos de mejora	Dirección
2006-2007	Formación –acción (Mplus Consulting): Autoevaluación REDER, Evaluación externa y herramientas de Planificación y Estrategia. Formación en Procesos.	Revisión de Misión, Visión y Valores Institucionales.	Dirección y equipo EFQM
		Matrices de priorización para determinar estrategias y áreas de mejora prioritarias, procesos clave.	Dirección y equipo EFQM

Figura 1.a.6. Mejoras y fuente de aprendizaje en la elaboración y desarrollo de documentación cultural.

Revisión, aprendizaje y mejora

Revisión

- Encuesta de Satisfacción de Personas (ítem. Estilo de la dirección – Liderazgo; ver subcriterio 7.a).
- Autoevaluación y Evaluación externa.
- Análisis de Informes de proceso y de equipo.
- Revisión del Sistema.

Aprendizaje y Mejora

Entre las actividades de aprendizaje (Fig.1.a.6), hay que destacar:

- Organización del Curso de “Formación de formadores” (2005) al que asistió el Director del Laboratorio y los responsables de procesos y equipos.
- En 2006, asistencia del Director al curso “Equipos de Alto Rendimiento” y de miembros del equipo EFQM a los cursos “Liderazgo y Gestión de Equipos de Trabajo”, “Evaluación del Rendimiento” y al III Foro de Excelencia Empresarial (Logroño, 2006), en el que se hizo especial referencia al tema de liderazgo.
- En 2007, organización del curso sobre “Liderazgo y Trabajo en Equipo” al que asiste todo el personal; asistencia del Director al curso “Gestión por Competencias” y de éste y un miembro del equipo Gestión del Capital Humano al de “Evaluación del Rendimiento”.

La formación en el modelo EFQM a través de consultor externo (Mplus Consulting) ha facilitado la revisión de la Misión, Visión y Valores del Laboratorio. Las mejoras y fuente de aprendizaje en la elaboración y desarrollo de la documentación cultural se reflejan en la Fig.1.a.6.

Tras la Evaluación externa, los líderes realizan especial hincapié en la priorización y establecimiento de sistemas para la ponderación de diferentes áreas de mejora.

1.B- LOS LÍDERES SE IMPLICAN PERSONALMENTE PARA GARANTIZAR EL DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN.

En las primeras reflexiones respecto a los cambios necesarios y las estrategias adoptadas por el Laboratorio, y con el fin de apoyar la adopción del modelo EFQM, la Dirección impulsó la creación de equipos de mejora (ver Fig.3.c.1). La Gestión por Procesos está favoreciendo la asunción de responsabilidades por parte de estos equipos.

Dirección y UGC impulsaron, desde 1997, la implantación de un sistema de gestión normalizado para el aseguramiento de la competencia técnica de éste: EN 45001 que después pasó a ser ISO 17025. El Director, junto con los responsables de Calidad (UGC) y de las líneas Biología Alimentaria y Química Alimentaria, comenzaron la implantación de la norma, para posteriormente extenderse al resto de las líneas. Para ello, se adecuó el sistema informático acorde a las nuevas necesidades y, en colaboración estrecha con la empresa informática SAME, se adaptó la aplicación base LIMS a la gestión integral de nuestro Laboratorio.

Dirección, tratando de complementar la suficiencia técnica con una mejora continua en la gestión, comenzó un estudio sistemático de normas o modelos que encuadraran estas inquietudes (ISO 9000:2000, modelo EFQM). Para ello, recibió formación a través de masters externos en gestión y calidad (ver Fig.1.a.2). Como resultado de la formación, se eligió, juntamente con la Dirección de Calidad en las Administraciones del Gobierno de La Rioja, como referente en la gestión el modelo EFQM. Adicionalmente, estamos trabajando en la implantación de dos normas ISO 14001 (Gestión Medioambiental) OHSAS 18001-18002 (Prevención de Riesgos Laborales) que se pretenden integrar en una gestión única (Fig.1.b.1).

Fruto de la primera Autoevaluación REDER, surge el primer Plan de Mejora. Una de las acciones a abordar en dicho Plan fue la implantación de la Gestión por Procesos (Fig.1.b.1). El equipo EFQM y Dirección han liderado la implantación de este sistema mediante el desarrollo del proceso “Gestión por Procesos y Mejora Continua” (PR02). Los procesos elaborados tienen su propio equipo y se ha establecido un responsable del mismo así como un suplente para apoyar y sustituir al titular.



CRITERIO 1. LIDERAZGO

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

Hemos definido los responsables de proceso de acuerdo a las siguientes características:

- Capacidad de visión global del proceso.
- Efectividad y capacidad para liderar el proceso.
- Confianza por la Dirección.

- Dinamizador del equipo.
- En los Procesos Operativos, según su autoridad funcional dictaminada por la Función Pública.

AÑO	HITOS EN LA GESTIÓN	OBJETIVO	LÍDER QUE IMPULSA
1989-2005	Alianzas y colaboraciones	Mejora de gestión y resultados	Dirección
1996	Red Informática	Innovación en manejo de datos (1)	Dirección
1997	LIMS	Innovación en manejo de datos (2)	Dirección
1998-99/2001	EN 45001 ENAC- cliente de referencia	Aseguramiento Política de Calidad	Dirección UGC
1999	Reunión de Revisión del Sistema global	Gestión política de calidad	Dirección UGC
2000	Creación Línea Química de Residuos (Analítica Instrumental)	Innovación y especialización técnica	Dirección Jefes de Línea (Área Química)
2001	Creación Línea Biología Especial	Oportunidad: respuesta a demanda social / política	Dirección Jefes de Línea (Área Biológica)
	Cambio de EN 45001 a ISO 17025	Actualización de ISO	UGC
2002	1ª Encuesta a Clientes	Medir la satisfacción de clientes	Dirección UGC
	Emisión del primer Informe de Resultados	Mejorar la gestión (resultados)	Dirección
	Primer Estudio de Costes	Mejorar la gestión (recursos)	Dirección
2003	Desarrollo de la herramienta QFD	Captación e incorporación de necesidades de clientes	Dirección
2004	Adopción del Modelo EFQM: -Primera Autoevaluación por cuestionario -Introducción de la cultura en el Laboratorio -Primera encuesta al personal	Cambio cultural en la organización e integración de sistemas: Calidad y Gestión	Dirección UGC Jefas de Área
	Revisión del Sistema por Línea / Departamento	Mejorar gestión, nuevas estrategias	Dirección UGC
2004/2005	Creación de equipos de mejora	Cambiar estructura de acuerdo a modelos de mejora continua	Dirección
2005	Implantación de Sistema Integrado de Gestión (ISO 14001 y OHSAS 18001-18002)	Dar respuesta a una demanda social y certificación a medio plazo	Dirección
	Política de comunicación interna, externa, página web	Dar respuesta (área de mejora) tras encuesta de personal	Dirección Comisión de Personal Equipo de Comunicación Equipo de Clientes
2005-2006	Autoevaluación REDER	Obtener situación real del laboratorio, según el modelo EFQM y establecer áreas de mejora	Dirección Equipo EFQM
2006	Procedimiento "Gestión de Alianzas"	Formalizar la gestión de alianzas	Dirección Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas
	Formalización Gestión por Procesos		Dirección Equipo EFQM
2006-2007	Implantación de Gestión por Procesos – Despliegue de objetivos según modelo Hoshin Kanri, elaboración de Informes de proceso o equipo (Informe de Resultados y Propuestas de Objetivos, Metas y Acciones de Mejora)	Dar respuesta a la nueva Política y Estrategia del Laboratorio	Equipo EFQM Responsables de procesos
2007	Evaluación externa	Conocer el progreso del laboratorio en su gestión según el modelo EFQM y establecer áreas de mejora	Dirección y Equipo EFQM
	Plan bienal de Gestión del Capital Humano - Gestión por Competencias,...	Mejorar la gestión del capital humano y la satisfacción de las personas	Dirección y Equipo Gestión de Capital Humano
	Propuesta de precios de servicios de acuerdo a costes	Evitar la competencia desleal y adaptación a la situación competitiva externa	Dirección, Equipo Costes y Servicios Generales

Figura 1.b.1. Hitos en la Gestión.

De acuerdo al proceso "Planificación y Estrategia" (PR01), Dirección y el equipo EFQM revisan anualmente la documentación cultural del Laboratorio actualizando el Mapa Estratégico que

nos da las directrices para el desarrollo del Plan Operativo Anual del Laboratorio (ver criterio 2). A través del Cuadro de Mando (ver Fig.2.d.3),



CRITERIO 1. LIDERAZGO

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

Dirección y el equipo EFQM determinan las estrategias para mejorar nuestros procesos.

Se está dotando de una mayor responsabilidad en la gestión a los responsables de los diferentes procesos, según consta en el PR01 *“Planificación y Estrategia”*, que deben asegurar la medición y revisión de resultados de su propio proceso así como la incorporación de acciones de mejora.

Anualmente, Dirección y UGC en la Revisión del Sistema, reunidos con cada equipo de proceso, tratan los aspectos referentes a los resultados y logros alcanzados durante el año. Se analizan resultados de auditorías, reclamaciones y retorno de información de clientes, formación, control de calidad, resultados de indicadores, estrategias prioritarias,... Fruto de estas reuniones, se llega a acuerdos de propuestas de objetivos, metas y acciones de mejora en los distintos procesos.

La Dirección y responsables de proceso garantizan el desarrollo del sistema de Gestión por Procesos a través de:

- Inclusión de objetivos en el Plan Operativo Anual del Laboratorio.
- Control de resultados a través de las reuniones con los equipos.
- Formación específica en Gestión por Procesos a las personas.

- Delegación en el equipo EFQM del proceso PR02 *“Gestión por Procesos y Mejora Continua”*.
- Apoyo del equipo EFQM a los equipos de proceso.

Revisión, aprendizaje y mejora

Medición

Los resultados en este aspecto se evalúan a través de los siguientes indicadores:

- Ítem Mejora de procesos (Encuesta Satisfacción de Personas, ver subcriterio 7.a).
- Indicadores de rendimiento: nº procesos documentados; capital organizacional (ver subcriterio 9.b).

Aprendizaje y Mejora

Las acciones de revisión y aprendizaje han dado lugar a diferentes mejoras (Fig.1.b.2). Entre las actividades de revisión y aprendizaje destaca la Revisión del Sistema que ha supuesto la incorporación de mejoras tales como el cambio de la sistemática de validación de los ensayos acreditados, la mayor conciencia en los plazos de tiempo de respuesta a través de comunicaciones y del Informe de Resultados, énfasis en la Política y Estrategia del Laboratorio (ver subcriterio 2.d),...

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA	QUIÉN IMPULSA
1999	Norma ISO 17025 (anteriormente, EN 45001)	Reuniones de Revisión del Sistema (generales)	Dirección y UGC
2004	Análisis interno y propuestas de los equipos.	Reuniones de Revisión del Sistema (parciales por equipos y general con responsables de equipos)	Dirección y UGC
2002	Formación del Director del Laboratorio	Elaboración del Primer Informe de Resultados	Dirección
2004-2005	Seminarios impartidos por expertos en EFQM Masters en Gestión y Calidad	Creación de equipos de mejora. Creación del equipo de Gestión de Calidad y Validación. Adopción del Modelo EFQM.	Dirección
2005	Formación en Riesgos Laborales y Ambientales	Implantación de SIG	Dirección y equipo SIG
2006-2007	Autoevaluación REDER, Evaluación externa y formación en Gestión por Procesos	Gestión por Procesos. Elaboración de Informes de proceso y de equipo	Dirección y equipo EFQM

Figura 1.b.2. Mejoras y fuente de aprendizaje en el sistema de Gestión.

1.C- LOS LÍDERES INTERACTÚAN CON CLIENTES, ASOCIADOS Y REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD.

Clientes

Tal y como ya se define en nuestra Visión *“Pretendemos ser un laboratorio referente en el ámbito nacional... en una política de mejora continua e incorporación permanente de necesidades y expectativas de nuestros clientes en el servicio”*. Algo que se muestra claramente en nuestra perspectiva de Clientes, tal y como figura

en nuestro Cuadro de Mando Integral (ver Fig.2.d.3), siendo la “Mejora de la Gestión de Clientes” uno de nuestros Factores Claves de Éxito (ver subcriterio 2.c).

Tenemos establecido el proceso *“Relación y Satisfacción de Clientes”* (PR03) a través del cual gestionamos los diferentes mecanismos para comprender, satisfacer y dar respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros clientes (Fig.1.c.2).



CRITERIO 1. LIDERAZGO

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

Líneas Estratégicas: Perspectiva de Clientes

1. Adecuación de la oferta a las necesidades presentes y futuras de los clientes.
2. Búsqueda de nuevas actividades demandadas por clientes.
3. Mejora de relación con clientes.
4. Mejora de requisitos del cliente:
 - a. aumentar el índice de valor añadido al cliente
5. Mejora de la imagen externa del laboratorio.
 - a. Apariciones públicas.
 - b. Página web...

Figura 1.c.1. Líneas Estratégicas Clientes.

Dirección y los responsables de Procesos Operativos recogen sistemáticamente, en forma de reuniones de trabajo sectoriales a las que asisten, necesidades de la sociedad en nuestro campo, atendiendo a las innovaciones y propuestas de las distintas administraciones expresadas en reuniones de trabajo o en forma de especificaciones reglamentarias (mal de las vacas locas, transgénicos, gripe aviar, etc).

Sociedad

GRUPO DE INTERÉS	ACCIONES REALIZADAS	LABOR DE LOS LÍDERES	QUIÉN IMPULSA
CLIENTES	Entrevistas anuales con los principales clientes del Laboratorio.	Organización y participación en reuniones. Establecimiento de acuerdos y mejoras. Dirección de las entrevistas. Compromiso.	Dirección Equipo de Clientes Responsables de Procesos Operativos
	Asistencia a cursos de atención al cliente, atención telefónica, marketing.	Promoción de la formación para la mejora de la calidad del servicio y de las relaciones.	Dirección
	"Procedimiento para el tratamiento de desviaciones, reclamaciones y no conformidades" (PG/02/06).	Análisis. Respuesta. Implantación de mejoras.	UGC
	Implantación del CRM.	Diseño y desarrollo del programa, formación. Dotación de recursos.	Equipo de Clientes
	1ª Encuesta de Satisfacción de Clientes (2002).	Realización según recomendación de norma ISO 17025.	UGC
	Desarrollo de la Herramienta QFD (Desarrollo de la Función de Calidad) con varios clientes principales.	Impulso del desarrollo de la herramienta, obtención de información para mejorar el servicio.	Dirección
	Definición del proceso "Relación y Satisfacción de Clientes" (PR03).	Gestión del proceso. Entrevistas con clientes. Dotación de recursos. Aprendizaje y mejoras.	Equipo de Clientes Equipo EFQM
	Revisiones de la Encuesta de Satisfacción de Clientes.	Revisión y realización de encuesta. Adaptarla a necesidades.	Equipo de Clientes Equipo EFQM
	Mantenimiento de la acreditación y mejora del sistema de gestión y servicio (ENAC como cliente de referencia).	Impulso y motivación al personal. Dotación de recursos.	Dirección UGC
	Formación en voz de cliente.	Formación de los líderes de proceso y equipos en orientación al cliente.	Dirección Responsables de procesos
SOCIEDAD	Reuniones de trabajo sectoriales.	Asistencia. Participación activa.	Dirección Responsables de Procesos Operativos
	Mejora permanente de compras, costes, competitividad.	Implicación para la mejora de la administración de los fondos públicos.	Dirección
	Gestión medioambiental.	Promoción para minimizar impactos ambientales y aumentar la sostenibilidad.	Dirección Equipo SIG
PROVEEDORES	Proceso "Aprovisionamiento" (PR18).	Evaluación y colaboración con proveedores. Mejora de gestión de proveedores. Beneficio mutuo- Incorporación de tecnología.	Dirección Equipo de Aprovisionamiento
ALIADOS	Procedimiento "Gestión de Alianzas".	Participación activa. Colaboración y dinamización. Aprendizaje y mejoras.	Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas
	Actividades de intercambio dentro de las alianzas (ver Fig.4.a.1).	Gestión de estos intercambios. Aprendizaje y mejoras.	Dirección y responsables de Procesos Operativos
	Colaboraciones con otras organizaciones (ver subcriterio 4.a). Formación conjunta, visitas, colaboraciones.	Promoción de colaboraciones e intercambios. Aprendizaje. Incorporación de mejoras.	Responsables de Procesos Operativos

Figura 1.c.2. Acciones lideradas de relación con los grupos de interés del Laboratorio.



CRITERIO 1. LIDERAZGO

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

Nuestros líderes interactúan con los de otras unidades colaborando en el fomento de la Excelencia y la Calidad. Dentro de esta actividad, cabe incluir, en el año 2007:

- Conferencias o cursos impartidos por el Director y las responsables de equipos:
 - Gestión del cambio. Universidad de La Rioja.
 - Modelo EFQM y Mejora Continua. Centro Fraisoro y Acto de entrega de Diplomas de Compromiso con la Excelencia del Gobierno de La Rioja
 - Norma ISO 17025. Universidad de La Rioja,
 - Acreditación en laboratorios. XII Simposio Anual de Avedila, Bilbao.
- Hemos apoyado al Centro de Fraisoro (Guipúzcoa) en la realización de auditorías internas, donde han participado la responsable de UGC y de Validación.

Como organismo público, tenemos que considerar los intereses de los contribuyentes. Como ejemplo de esta labor, la Dirección, para mejorar la administración de los fondos públicos, está implicada en la mejora sistemática de la eficiencia técnica y económica, gestionando, en un proceso de mejora permanente sus compras, costes y competitividad (cálculo de costes, Benchmarking...- ver criterio 9 y subcriterio 4.b).

Para minimizar los impactos ambientales y aumentar la sostenibilidad, la Dirección y el Equipo SIG están realizando una gestión medioambiental con el objetivo de disminuir el gasto de los recursos, energía, agua, papel, etc- y aplicar programas específicos de mejora permanente en la emisión de gases, la prevención de vertidos y la disminución y

correcta gestión de residuos tóxicos (ver subcriterio 4.c).

Proveedores

Dirección y los responsables del proceso "Aprovisionamiento" (PR18) miden nuestra satisfacción con los proveedores, reflejándolo en los indicadores correspondientes y remitiéndoles el resultado individual junto con la media como herramienta de mejora de su servicio.

Los responsables de Procesos Operativos han hecho evolucionar, en algunos casos, la relación habitual para obtener información de los proveedores hasta convertirse en auténticas alianzas (ver subcriterio 4.a).

Aliados

Los líderes del Laboratorio consideran a las múltiples alianzas establecidas como uno de sus recursos estratégicos habiendo formalizado alianzas (ver Fig.4.a.1) entre las que podemos destacar: PNIR, Laboratorios de Sanidad Vegetal, Laboratorios de Norte... A través de ellas, se establecen actividades de mejora como intercambio de muestras, procesos de Benchmarking, formación, intercambio de experiencias (ver subcriterio 4.a).

Revisión, aprendizaje y mejora

Medición

- Encuesta de Satisfacción de Clientes (ver subcriterio 6.a):
 - Servicio prestado a clientes
 - Atención y trato personal
- Indicadores de rendimiento: tiempo de respuesta y evaluación de proveedores (ver subcriterio 6.b y criterio 9).
- Relación de logros obtenidos a través de alianzas.

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA	QUIÉN IMPULSA
2001	Norma ISO 17025	Mejora de gestión de proveedores ("Procedimiento de compras de servicios y suministros" (PG/04/08))	UGC
2002	Norma ISO 17025	Establecimiento de la Primera Encuesta de Satisfacción de Clientes	Dirección UGC
2003	Relación con otros laboratorios	Primer Cálculo de Costes	Dirección
	Formación en gestión	Realización de QFD con clientes	Dirección
2005	Formación en gestión	Formalización de la Alianza Laboratorios del Norte	Dirección
2005-2006	Formación en gestión ambiental y Prevención de Riesgos Laborales	Impulso a la certificación en ISO 14001 y OHSAS 18001	Dirección Equipo SIG
2006	Autoevaluación EFQM Consultora Externa: Mplus Consulting	Revisión de la Encuesta de Satisfacción de Clientes.	Dirección Equipo EFQM
	"Procedimiento para el tratamiento de desviaciones, quejas y reclamaciones" PG/02/06.	Mejora de relaciones con clientes, Implantación de CRM	Dirección Equipo de Clientes
	Encuesta de Satisfacción. Autoevaluación EFQM	Mejora de relaciones con clientes. Proceso "Relación y Satisfacción de Clientes" (PR03)	Dirección Equipo EFQM
	Formación en Gestión por Procesos	Mejora de gestión de proveedores (Proceso "Aprovisionamiento" - PR18)	Dirección Equipo EFQM
2007	Formación en Procesos. Mplus Consulting		
	QFD con clientes, colaboración con SAME	Inauguración de página web	Dirección y Equipo Informática

Figura 1.c.3. Mejoras importantes incorporadas en la gestión de las necesidades y expectativas de clientes, asociados y sociedad.



CRITERIO 1. LIDERAZGO

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

1.D- LOS LÍDERES REFUERZAN UNA CULTURA DE EXCELENCIA ENTRE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN.

Según muestra nuestra Visión “*Aspiramos a ser una organización en la que las personas participen activamente en la gestión dentro de una cultura de máxima comunicación...*” y entre nuestros Valores destacan el “*Trabajo en Equipo*”, “*Desarrollo Personal*” y “*Promoción de la salud de las personas*” (ver Fig.1.a.3) que hemos ido desarrollando a través de nuestras Líneas Estratégicas:

- 4.1 Capital Humano.
Gestión por Competencias, Formación.
- 4.2 Capital Relacional.
Mejora de la gestión con proveedores, Mejora de la gestión con clientes, Mejora de la gestión con competidores.
- 4.3 Capital Organizacional.
Organización de equipos, Comunicación interna, Mejora del liderazgo, Mejora de procesos y procedimientos.

La elaboración y comunicación de Misión, Visión, Valores Institucionales y documentación estratégica ha sido labor conjunta de varias personas lideradas por Dirección; antes de su aprobación, se solicitaron juicio y aportaciones a todo el personal. Una vez aprobados los documentos, se explicaron, mediante jornadas al efecto y otro tipo de comunicaciones (Fig.1.d.1), por parte de Dirección al resto del personal. Periódicamente, se revisan para la mejora de su efectividad y adecuación. Además, el Equipo de Comunicación es responsable de su exposición permanente en el tablón de anuncios y en el sistema informático.

Debido al escaso tamaño de la organización, las líneas y equipos cuentan con un número reducido de personas que facilita mucho la comunicación directa. Se practica en todo el Laboratorio una política de puertas abiertas que facilita la comunicación. Como respuesta de mejora a los resultados obtenidos en la encuesta de 2004 (ver subcriterio 7.a), el Equipo de Comunicación estableció un Procedimiento de Comunicación (ver subcriterio 3.d) que proporciona cohesión a la comunicación interna.

DOCUMENTOS	EXTERNO		INTERNO						
	2004 ¹	Web	Oct'04 ²	Feb'05 ³	Jul/ago'05 ⁴	Ene'06 ⁵	Feb'06 ⁶	Jun/oct'06 ⁷	Nov'06-Feb'07 ⁸
Misión	X	X	X		X		X		X
Visión	X	X	X		X		X		X
Valores Institucionales	X	X	X		X		X		X
Mapa de procesos			X		X		X		X
Necesidades de los grupos de interés	X		X						
Presentación de Equipos de mejora y proyectos de futuro				X					
Mapa estratégico					X	X	X	X	X
Despliegue estratégico					X	X	X		X
Estrategias prioritarias (FCE)									X

Figura 1.d.1. Relación de comunicaciones de documentos culturales y de planificación estratégica.

1: Seminario sobre la Gestión de la Calidad y el modelo de Excelencia (jornadas de formación sobre EFQM impartidas por la Consejería de Administraciones Públicas).

2: Charla de Dirección para presentar la cultura organizativa del centro y la idea de trabajar con equipos de mejora y EFQM. Los documentos se envían por correo electrónico.

3: Charla de Dirección y miembros de equipos de mejora de Informática y de Formación y Gestión del conocimiento.

4: Tablón de anuncios.

5: Reunión “Revisión del Sistema”

6: Soporte electrónico (carpeta compartida).

7: Reunión general. En octubre de 2006, se entrega copia a todo el personal.

8: Reuniones de Revisión del Sistema (por líneas).

La Dirección y el Equipo EFQM persiguen que toda la actividad del Laboratorio esté íntimamente relacionada entre sí mediante el Mapa Estratégico y la planificación con objeto de ayudar y apoyar a las personas para cumplir sus planes, objetivos y metas de acuerdo a la Política y Estrategia general. Con este fin, se ha implantado el proceso “*Planificación y Estrategia*” (PR01). La documentación estratégica diseñada cada año por Dirección y el Equipo EFQM orienta en la elección de objetivos personales o grupales.

Mediante la Gestión por Procesos, pretendemos dotar a las personas de autonomía suficiente para, una vez analizados los resultados de los procesos en

los que participan, puedan proponer a sus responsables acciones de mejora, que una vez aprobadas por Dirección puedan llevar a cabo de forma autónoma. Se ha impulsado desde Dirección la formación de equipos de mejora (ver Fig.3.c.1 y subcriterio 7.b), animando al personal a participar en ellos.

Impulsamos y apoyamos a las distintas personas del Laboratorio en su desarrollo personal y profesional mediante formación diferenciada y recursos para la misma. El responsable del Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento, en contactos informales con las personas y teniendo en cuenta las necesidades planteadas y en coordinación



con nuestra Política y Estrategia (Objetivos a desarrollar), selecciona y prioriza las acciones que van a dar lugar al Plan Formativo Anual (ver subcriterio 3.b).

Con el fin de fomentar y animar la igualdad de oportunidades y la diversidad, los líderes buscamos

facilitar la participación de todas las personas del mismo en los diversos equipos de mejora, procurando que la mezcla de líneas de origen, de profesiones y formaciones produzca una gestión más capacitada y flexible. De hecho, todos los equipos son multidisciplinares.

COMUNICACIÓN			
SISTEMA	PAPEL DE LOS LÍDERES	LÍDERES IMPLICADOS	PERSONAS A LAS QUE SE COMUNICA
Reuniones Generales	Comunicar objetivos, planes y otros temas de interés general	Dirección. Responsables de proceso o equipo.	Todas
Reuniones de Equipos y Líneas	Comunicar objetivos y planes de los procesos. Comunicar y analizar resultados de los procesos. Escuchar propuestas de mejora	Dirección. Responsables de proceso o equipo.	Todas
Accesibilidad	Contacto diario. Sugerencias, quejas y reclamaciones. Apoyo a las personas. Captación de necesidades y expectativas de personas.	Dirección. Responsables de proceso o equipo.	Todas
Encuestas	Diseño del sistema de encuestas. Análisis de resultados. Comunicación de resultados.	Dirección. Equipo EFQM y UGC. Comisión de Personal.	Todas
Reuniones de Revisión del Sistema	Comunicación Misión, Visión y Valores. Comunicación Política y Estrategia. Comunicación FCE	Dirección. Responsables de proceso o equipo.	Todas

Figura 1.d.2. Implicación de los líderes en comunicación interna.

RECONOCIMIENTO			
FORMA	PAPEL LÍDERES	LÍDERES IMPLICADOS	PERSONAS
Reuniones	Reconocimiento verbal a equipos y personas.	Dirección.	Todas
Económica	Negociación Complemento de calidad en nómina con Función Pública y Sindicatos.	Dirección.	Participantes en equipos y procesos
Nombramientos	Definición de responsables y suplentes de proceso y de equipos.	Dirección.	Responsables
Horarios	Flexibilidad de horarios. Permisos y licencias.	Dirección.	Todos
Recursos	Asignación preferente de recursos. Apoyo en la formación. Estímulo permanente a la mejora.	Dirección y responsables de proceso o equipo.	Todos
Acto de celebración	Invitación a cena y entrega de detalle de reconocimiento.	Alta Dirección de la Consejería de Agricultura.	Todas

Figura 1.d.3. Implicación de los líderes en el reconocimiento.

Para dar reconocimiento (Fig.1.d.3) a los esfuerzos de personas y equipos, durante los años 2004 y 2005, la Dirección ha negociado con Función Pública un reconocimiento económico para el personal funcionario por el esfuerzo realizado en la adopción del Modelo EFQM como referente de la gestión.

Hemos impulsado la medición de la satisfacción de las personas del Laboratorio con el fin de establecer áreas de mejora. Fruto de los resultados de la encuesta de 2006 y como área de mejora resultante de la Evaluación externa, se está implantando un Plan bienal de mejora en la gestión



CRITERIO 1. LIDERAZGO

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

de las personas y del proceso “*Gestión de Capital Humano*” (PR03) con el apoyo externo de una consultora.

Revisión, aprendizaje y mejora

Medición

Se ha evaluado el resultado de estas acciones a través de la Encuesta de Satisfacción de Personas (Ítems: Condiciones de empleo, Reconocimiento, Formación, Desarrollo profesional, Comunicación, Quejas y sugerencias, Estilo de la dirección – Liderazgo y Trabajo en equipo) y de indicadores de rendimiento (ver subcriterios 7.a y 7.b).

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA	QUIÉN IMPULSA
2004	Formación externa en calidad.	Primera Encuesta de Satisfacción de Personas	Dirección
	Revisión de sistema Autoformación	Revisión del Sistema por Línea / Departamento	Dirección
2005	Formación interna.	Nueva política de Formación	Dirección Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento
	Resultados de Encuesta de Satisfacción de Personas del 2004 Formación del Equipo de Comunicación	Nueva política de Comunicación Procedimiento de Comunicación Interna	Dirección Comisión de Personal Equipo de Comunicación
	Consultora externa	Revisión de la Encuesta de Satisfacción de Personas	Dirección Comisión de Personal
2006	Autoevaluación REDER Formación en Gestión por Procesos	Proceso “ <i>Satisfacción de Personas</i> ”	Dirección Equipo EFQM
2007	Autoevaluación REDER y Resultados de Encuesta de Satisfacción de Personas del 2006	Curso “ <i>Liderazgo y Trabajo en Equipo</i> ”	Dirección, Equipos Formación y Gestión del Conocimiento / EFQM
	Evaluación Externa, Resultados de Encuesta de Satisfacción de Personas y consultora externa	Plan bienal de Gestión del Capital Humano	Dirección y Equipo de Gestión de Capital Humano

Figura 1.d.4. Mejoras en el despliegue del liderazgo en la gestión y desarrollo de las personas.

1.E- LOS LÍDERES DEFINEN E IMPULSAN EL CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN.

La Dirección y los responsables de Equipos lideran el cambio en la organización. Las acciones de cambio se coordinan y priorizan de acuerdo al Mapa Estratégico, según se puede ver en el subcriterio 2.c.

Los cambios liderados los agrupamos en cuatro áreas principales:

Cambios Tecnológicos

Para gestionar el cambio tecnológico, Dirección ha abordado cambios organizativos (creación de equipos y líneas nuevas) y el desarrollo de nuevas tecnologías en colaboración estrecha con nuestros proveedores y clientes.

Buscando la eficiencia y mediante la correcta gestión de recursos, seguimos la directriz de situar el Laboratorio tecnológicamente en la cabecera de los laboratorios del norte de España, tanto en dotación e innovación técnico-analítica (robots de Biología Pecuaria, ICP, técnicas de Biología Molecular, equipos de análisis instrumental...) como en tecnología de la información (LIMS, CRM, sistemas de comunicación, otras aplicaciones informáticas y ordenadores - ver subcriterios 4.c y criterio 9).

Posición Competitiva

Como fruto del proceso de reflexión interna mantenido entre nuestros líderes, se ha llegado a la conclusión de que la armonización de intereses de los clientes y de los contribuyentes es el eje de nuestro posicionamiento. El estudio de la situación competitiva actual y futura y los cambios tecnológicos señalan el rumbo que debe seguir la unidad. Para ello, se han realizado encuestas a clientes, estudio de costes y Dirección está impulsando el trabajo de Benchmarking y el establecimiento de alianzas para gestionar esta situación competitiva (ver criterio 4).

Mejora en la gestión y calidad

Los líderes del Laboratorio participan en foros y discusiones públicas sobre la calidad y gestión de cambio (Foros de Excelencia en La Rioja, Ponencias y Seminarios en otras CC.AA., en la Universidad de La Rioja, etc - ver subcriterio 1.c), hacen seguimiento de la bibliografía y mantienen diversas líneas de información actualizadas sobre la Excelencia.

Como forma de gestión de los cambios, hemos decidido avanzar hacia la excelencia en la gestión y calidad técnica a través de la adopción de modelos y normas (EFQM, ISO 17025, ISO 14001, OHSAS- ver Fig.1.b.1-), siendo el Laboratorio pionero sectorial en estos objetivos (ver criterio 5).

**Participación de las personas en la gestión**

Se ha promovido un cambio importante de la participación de las personas en la gestión a través, sobre todo, de:

- La creación, formación y actuaciones del equipo EFQM.
- La asunción de responsabilidades por los diferentes equipos de mejora y de proceso.
- La participación en la elaboración de la Política y Estrategia (Reuniones de Revisión del Sistema, Informes de proceso o equipo,...).
- Comunicación de documentos culturales, formación, implantación de modelos o normas...

La creación de equipos de mejora (ver Fig.3.c.1) posibilita la gestión especializada de áreas de cambio detectadas. Por ejemplo, a través de diferentes equipos, el Director ha impulsado la realización de encuestas externas e internas (ver subcriterios 6.a, 7.a y 8.a) para obtener puntos fuertes y puntos débiles sobre los que orientar el esfuerzo de la organización, con el propósito de lograr una mejor adaptación a las necesidades cambiantes.

El proceso "*Planificación y Estrategia*" (PR01) regula la participación de las personas en nuestra Política y Estrategia y culmina en la reunión final de Revisión del Sistema, convocada por Dirección y UGC, que requiere la colaboración de todos los equipos del Laboratorio.

Dirección, para gestionar los cambios y minimizar los riesgos que estos conllevan, ha elegido la potenciación de la formación específica (ver subcriterio 3.b y 7.b) y de la comunicación entre todas las partes implicadas, requiriendo también la participación de grupos de interés externos. El equipo de Comunicación ha establecido un Procedimiento de Comunicación Interna que da cohesión a la comunicación y permite notificar cambios (ver subcriterio 3.d).

Revisión, aprendizaje y mejoraMedición:

El resultado del impulso del cambio en el Laboratorio, se valora a través de las encuestas de satisfacción de personas y clientes y, específicamente, a través de los siguientes ítems y preguntas:

Encuesta de Satisfacción de Personas

- La formación y adaptación necesaria que facilita el Laboratorio en los casos de implantación de nuevos procesos y/o métodos.
- La actitud del Laboratorio para buscar el modo de hacer mejor las cosas.

- El ánimo que recibo, por parte de mis líderes, a la hora de participar en la definición de objetivos y metas.
- Las propuestas de los equipos de mejora y su puesta en marcha por parte del Laboratorio.

Encuesta de Satisfacción de Clientes

- Ítem de "Innovación y mejora".

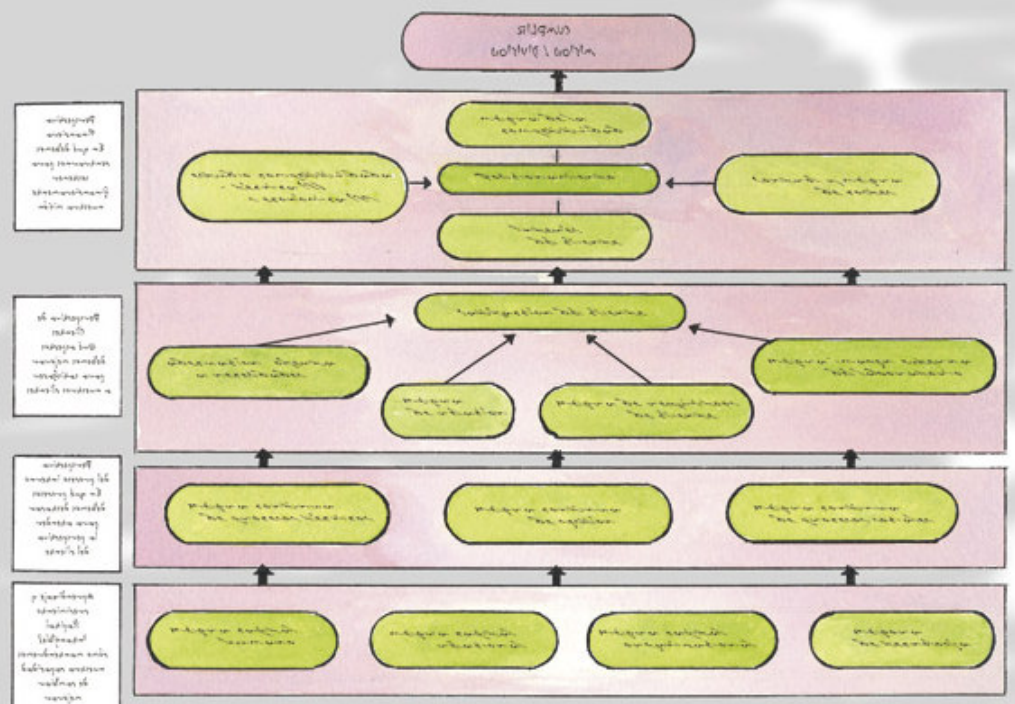
El indicador Capital organizacional da idea de los cambios producidos en el Laboratorio (ver subcriterio 9.b).

Los mecanismos de Autoevaluación, Evaluación externa, Auditorías internas y externas..., derivados de los modelos y normas adoptados proporcionan una información imprescindible a los líderes para asegurar una buena dirección y correcto resultados de los cambios emprendidos.

Los resultados principales de los cambios abordados vienen recogidos anualmente en indicadores que informan a Dirección, UGC y responsables de equipos de los resultados, desviaciones y riesgos de los procesos técnicos y de gestión del Laboratorio (ver criterio 9).

AÑO	APRENDIZAJE	MEJORA
Todos	Relaciones continuas con proveedores.	Incorporación de Nuevas Tecnologías.
2005-2006	Consultora externa	Mejora de P&E. Mejoras en Procesos. Mejoras en la gestión de clientes y personas
2006-2007	Gestión por Procesos	Laboratorio más participativo
2007	Consultora externa	Plan bienal de Gestión de Capital Humano

Figura 1.e.1. Aprendizaje y mejoras.



2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA



2.A- LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE BASA EN LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS ACTUALES Y FUTURAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS.

Perseguimos que nuestra Política y Estrategia esté basada en las necesidades y expectativas actuales y futuras de nuestros grupos de interés, tal y como se recoge en nuestra Visión *“Prendemos ser un laboratorio público referente... en una política de mejora continua e incorporación permanente de necesidades y expectativas de nuestros clientes en el servicio”* y Valores *“Orientación hacia el cliente. Dirigiendo todas las acciones del laboratorio a la prestación de un servicio acorde a las necesidades y expectativas de los clientes y otros grupos de interés (contribuyentes, personal, sociedad,...)”*. El despliegue de estos principios y objetivos se muestra en nuestro Cuadro de Mando en las perspectivas Financiera (Línea Estratégica 1.3), de Clientes (LE 2.1, 2.2., 2.3., 2.4), del Proceso Interno (LE 3.1) y de

Aprendizaje y Crecimiento (LE 4.1, 4.2., 4.3 y 4.4) (ver Fig.2.d.3).

Dentro del proceso *“Gestión por Procesos y Mejora Continua”* (PR02), establecemos la identificación de los clientes del proceso y de sus necesidades y expectativas como actividad obligatoria en la documentación de cada proceso y así consta en nuestro PGP.

La relación con los clientes y la captación y análisis de información sobre sus necesidades y expectativas se gestiona a través del proceso *“Relación y Satisfacción de Clientes”* (PR03) y de los Procesos Operativos de líneas analíticas (PR06-PR12). En estos procesos, la identificación de las necesidades y expectativas de clientes se basa en el estudio de diferentes fuentes de información recogidas a través de diversos mecanismos (Fig.2.a.1).

GRUPO DE INTERÉS	INFORMACIÓN CAPTADA	MECANISMOS DE RECOGIDA	QUIÉN	FRECUENCIA	MECANISMOS DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN
Clientes	-Quejas y sugerencias. -Satisfacción. -Propuestas de mejora. -Planificación de las actuaciones.	-Entrevistas. - Relaciones informales. - “Procedimiento de tratamiento de desviaciones, reclamaciones y no conformidades” (PG/02/06). - CRM. -Encuesta de Satisfacción de Clientes. -Auditorías externas.	Dirección. Equipo de Clientes Equipos de Procesos Operativos (líneas de trabajo) UGC	Diaria/Anual	- Revisión del Sistema. - Autoevaluaciones y Evaluación Externa. - Auditorías.
Personal	-Quejas y sugerencias. -Satisfacción. -Propuestas de mejora. -Planificación de las actuaciones.	-Encuesta de Satisfacción de Personas. -Relaciones informales. -Entrevistas. -Reuniones. -Buzón de sugerencias.	Comisión de Personal/Equipo Gestión del Capital Humano. Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento. Equipo de Comunicación. Dirección. UGC	Diaria	- “Procedimiento para el tratamiento de reclamaciones, desviaciones y no conformidades” (PG/02/06). - Proceso “Planificación y Estrategia” (PR01).
Administración y contribuyentes	-Costes y competitividad. -Intereses y necesidades respectivas.	-Reuniones de coordinación con la Dirección Política de la Consejería de Agricultura. -Estudio de costes y competitividad.	Dirección	Semanal Según proceda	- Proceso “Relación y Satisfacción de Clientes” (PR03). - Procesos Operativos (PR06-PR12).
Proveedores	-Quejas y sugerencias de proveedores. -Fichas de seguridad. -Ofertas de seminarios. -Asesoramiento.	- “Procedimiento de Compras, Servicios y Suministros” (PG/04/08). - Proceso “Aprovisionamiento” (PR18).	Equipo de Aprovisionamiento	Según proceda	- Proceso “Gestión de Capital Humano” (PR13) - Proceso “Aprovisionamiento” (PR18).
Sociedad	-Valoración del Laboratorio (Encuesta Social). -Normativa Ambiental. -Normativa de Salud Pública. -Necesidades sociales	-Reuniones de trabajo sectoriales. -Contacto directo. -Prensa general y especializada, internet. -Sistema de actualización de la información legislativa (Ecoiuris).	Dirección Equipo SIG Equipo EFQM	Según proceda	

Figura 2.a.1. Captación y análisis de información de necesidades y expectativas de los grupos de interés.



Realizamos cada año, a partir de las bases de datos del LIMS, un análisis de la evolución de la demanda global segmentada según diversos criterios (producto a producto, línea a línea, por la naturaleza de análisis), realizando un estudio estadístico *ad hoc* Informe de Resultados y una Memoria de Actividades del año en curso. Mediante ambos documentos estudiamos las tendencias de los segmentos de mercado, siendo ésta una aportación muy valiosa para decidir la estrategia del Laboratorio. A su vez, el estudio de la oferta de otros laboratorios similares y las reuniones sectoriales (ver subcriterio 5.c) proporcionan el enriquecimiento externo necesario para efectuar un análisis de situación correcto.

Mantenemos reuniones anuales con los principales clientes para conseguir información sobre sus necesidades y satisfacción, puntos a mejorar en la relación, modificaciones de requisitos o parámetros de interés para los próximos ejercicios y otras observaciones.

Tenemos un procedimiento para el tratamiento de quejas y sugerencias de clientes desde 1999 (*"Procedimiento para el tratamiento de reclamaciones, desviaciones y no conformidades"* - PG/02/06). Para mejorar este procedimiento, se implantó una aplicación CRM que permitió una mejor gestión de las interacciones con clientes y, por tanto, de la información recogida sobre sus necesidades y expectativas. La Encuesta de Clientes es otra vía para captar la adecuación del servicio a sus

necesidades y expectativas. Anualmente, se proporciona a cada línea analítica los resultados de la encuesta segmentados para su análisis en las reuniones parciales de Revisión del Sistema.

Las necesidades, inquietudes y satisfacción de las personas se recogen por diversos caminos (Fig.2.a.1), como son la encuesta anual, el buzón de sugerencias y, especialmente, la Comisión de Personal hasta el año 2006 y ahora el Equipo de Gestión de Capital Humano; se encargan de detectar, recoger y proponer soluciones a las inquietudes e insatisfacciones expresadas por el personal, como por ejemplo, las formuladas en referencia a la mejora del comedor, adecuación de mobiliario en el mismo, horarios, mejoras de la comunicación, mejoras en el reconocimiento, etc.

Los mecanismos de recogida y análisis de necesidades y expectativas de otros grupos de interés (administración y contribuyentes, proveedores, sociedad) se detallan en la Fig.2.a.1. Cada equipo tiene acceso a información relevante en relación a su área de trabajo, fundamentalmente a través de reuniones sectoriales y de coordinación. Adicionalmente, se recoge información de publicaciones específicas (por ejemplo, revistas técnicas de Phytoma -Profesionales de la Sanidad Vegetal- o de la OIE -Oficina Internacional de Epizootias-) y de actualizaciones de Legislación, de Normas y de Sistemas de gestión.

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA
1999	Norma ISO 17025	<i>"Procedimiento para el tratamiento de reclamaciones, desviaciones y no conformidades"</i> (PG/02/06)
2000	Norma ISO 17025	Revisión del Sistema (general)
2002	Formación en gestión	Elaboración del 1 ^{er} Informe de Resultados
	Norma ISO 17025	1 ^a Encuesta de Satisfacción de Clientes
2003	Formación en gestión	Creación de la Comisión de Personal
		QFD con clientes
2004	Información otras organizaciones.	1 ^a Encuesta de Satisfacción de Personas
	Análisis interno y propuestas de los equipos	Revisión del Sistema por la Dirección (parciales por equipos y generales con responsables de equipos)
2005	Consultora externa	Revisión de la Encuesta de Satisfacción de Personas
2005-2006		1 ^a Autoevaluación REDER y elaboración de memoria EFQM
2006	Contratación de servicio de información legislativa (Ecoiuris)	Seguimiento de legislación sobre gestión ambiental y prevención de riesgos laborales
	Autoevaluación REDER	Revisión de la Encuesta de Satisfacción de Clientes
2006-2007	Consultora externa	Formalización de Gestión por Procesos
		Implantación de Gestión por Procesos – Informes de proceso y equipo
2007	Consultora externa	Evaluación externa y memoria EFQM
	Resultados ESP, Evaluación externa y Consultora externa	Plan bienal de Gestión del Capital Humano

Figura 2.a.2. Mejoras introducidas en la captación y análisis de necesidades y expectativas de los grupos de interés.

Tradicionalmente, esta información ha sido puesta en común y analizada en las reuniones de Revisión del Sistema. La implantación de la Gestión por Procesos en el Laboratorio ha supuesto un cambio importante en este planteamiento ya que, de acuerdo al proceso *"Planificación y Estrategia"* (PR01), todos

los equipos realizan un Informe de Resultados y una Propuesta de Objetivos, Metas y Acciones de mejora fruto del análisis de sus resultados, haciendo una referencia explícita en él a si las acciones realizadas permiten cumplir las necesidades y expectativas de los grupos de interés. Los Informes y Propuestas de



cada equipo son entregados a Dirección para ser considerados en la Planificación y Estrategia del Laboratorio, incorporándose al proceso “*Planificación y Estrategia*” (PR01) para poder definir las estrategias del Laboratorio (ver subcriterio 2.c). El análisis de la información por los equipos de proceso proporciona profundidad e incorpora matices que no se percibirían con un análisis general.

Otro mecanismo de análisis de la información lo constituyen las Autoevaluaciones, la Evaluación externa y las Auditorías.

Revisión, aprendizaje y mejora

Medición:

- Encuesta de Satisfacción de Clientes
- Encuesta de Satisfacción de Personas
- Encuesta Social.

Aprendizaje y mejora: ver Fig.2.a.2.

2.B- LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE BASA EN LA INFORMACIÓN DE LOS INDICADORES DE RENDIMIENTO, LA INVESTIGACIÓN, EL APRENDIZAJE Y LAS ACTIVIDADES EXTERNAS.

En concordancia con nuestros Valores (“*Orientación al logro basada en la eficacia y la eficiencia*”), para la gestión del rendimiento utilizamos diferentes indicadores:

- Panel de indicadores de los criterios 6, 7, 8 y 9.
- Informe de Resultados.
- Indicadores de control de los procedimientos de Calidad.
- Grado de cumplimiento de objetivos (Eficacia).
- Indicadores de procesos e indicadores estratégicos.

El análisis periódico de los resultados de los indicadores anteriores sirve para definir nuevos enfoques y objetivos e introducirlos en la Política y Estrategia. Para ello, se recoge múltiple información de diversas actividades internas y externas como se detalla en la Fig.2.b.1.

Desde la creación del Laboratorio, elaboramos anualmente una Memoria de Actividades destinada a la difusión y conocimiento externo de nuestros resultados y servicios. Posteriormente, en el año 2002 comenzamos la realización de un Informe de Resultados que recoge las medidas de los parámetros fundamentales de gestión. Este documento lo difundimos internamente entre todas las líneas, lo que les permite conocer la evolución de

sus resultados y su comparación con las del conjunto del Laboratorio. Este informe ha ido evolucionando y ampliándose de acuerdo al aumento de las necesidades de información, siendo el soporte fundamental en la elaboración de nuestra Política y Estrategia. Para la Dirección, supone una fuente de información extraordinaria con el fin de analizar los progresos de la organización y de las distintas unidades y así poder plantear nuevas mejoras.

Las medidas existentes (Informe de Resultados, controles de calidad, resultados de ensayos de intercomparación) están evolucionando y se están sistematizando en formato de indicador, tomando como referencia los modelos de gestión EFQM y normas ISO, incorporándose otros nuevos como resultado de la implantación de la Gestión por Procesos (ver subcriterios 5.a y 5.b). Hemos establecido indicadores estratégicos para medir nuestros avances en el cumplimiento de los objetivos asociados a la Política y Estrategia.

El análisis de las actividades de aprendizaje es requisito imprescindible para “... *convertirnos en un laboratorio líder en innovación, modernidad en equipos e instalaciones*”, tal y como expresa nuestra Visión. Las Revisiones del Sistema, Auditorías externas, visitas a otros laboratorios, la Autoevaluación y Evaluación externa EFQM... son actividades de revisión y aprendizaje (Fig.2.b.1) de la que se obtiene información que es analizada mediante reuniones y estudio de documentación resultante; las reflexiones y conclusiones de estas actividades se traducen en fuente fundamental para la definición de la Política y Estrategia. Fruto de estos análisis, por ejemplo, se ha modificado la estrategia de los sistemas de validación con formación al respecto y dotación de recursos; también estamos trabajando en el proyecto de saneamiento de la oferta y la demanda de acuerdo a nuestro Cuadro de Mando Integral (ver Fig.2.d.3).

El análisis del rendimiento de la competencia y de las fortalezas principales de aliados es otra vía para definir nuestra Política y Estrategia, investigándose analogías y disparidades que pueden explicar la diferencia de resultados. El equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas junto con los responsables de Procesos Operativos están recopilando información sistemática de parámetros fundamentales de laboratorios de Comunidades limítrofes y de otros laboratorios que pueden actuar como referentes del resto de España.



CRITERIO 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

INFORMACIÓN RELATIVA A:		FUENTE	RESPONSABLES DEL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN
Indicadores de rendimiento interno	- Indicadores de productividad, eficiencia y calidad técnica (ver criterio 9).	- LIMS - Revisión del Sistema - Resultados ENAC – Intercomparativos	Equipos de Procesos Operativos (Líneas de trabajo), Serv. Generales y UGC
	- Indicadores económico-financieros.	- LIMS - Programas de Gestión presupuestaria y de Cálculo de Costes	Serv. Generales, Equipo de Aprovisionamiento, Equipo de Costes
	- Indicadores de incorporación de TICs.	- LIMS - Inventarios de equipos y de programas informáticos	Equipo Informática
	- Indicadores de evaluación de proveedores (ver subcriterio 9.b).	- Seguimiento de proveedores - LIMS	Equipo de Aprovisionamiento
	- Indicadores de personas (ver subcriterio 7.b).	- Seguimiento de formación y participación de personas (equipos, encuestas) - Programa de gestión de recursos humanos	Comisión de Personal, UGC, Equipos de Formación, de Gestión de Capital Humano y de EFQM
	- Indicadores de clientes (ver subcriterio 6.b).	- LIMS - Seguimiento de clientes	Equipo Clientes
	- Indicadores de gestión ambiental y riesgos laborales (ver subcriterios 7.b y 8.b).	- Seguimiento de gestión ambiental	Equipo SIG
	- Indicadores de imagen externa (ver criterio 8).	- Registro de felicitaciones- agradecimientos, apariciones en medios de comunicación, ...	Equipo EFQM
Actividades de aprendizaje	- Análisis de modelos de Calidad y Gestión y herramientas para la mejora del rendimiento de la organización. - Análisis de rendimiento de otras organizaciones.	- Auditorías internas y externas de ISO 17025 - Autoevaluación y Evaluación externa EFQM - Publicaciones técnicas, de calidad - Benchmarking (visitas, lectura de memorias, participación en alianzas, redes de trabajo-comunicación...) - Actividad de formación (cursos, charlas, congresos, jornadas) - Consultorías externas	UGC y Dirección Equipo EFQM Todo el personal Responsables de Procesos Operativos (Jefes de líneas) Equipo Innovación Tecnológica y Alianzas Equipo de Formación
Evolución tecnológica	- Identificación de nuevas tecnologías. - Análisis de nuevas tecnologías.	- Publicaciones técnicas (ver subcriterio 2.a) - Información de catálogos y proveedores - Visitas a otros laboratorios y alianzas	Dirección Responsables de Procesos Operativos (Jefes de líneas) Equipo de Aprovisionamiento Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas
Otra información	- Información económica, demográfica, social, legal, ... - Información sobre competencias fundamentales de asociados.	- Anuarios de Estadística - Normativa, legislación, ... - Seguimiento de medios de comunicación - Visitas de asociados	Dirección Equipo SIG, UGC y Equipos de Procesos Operativos Todo el personal

Figura 2.b.1. Fuentes de información de rendimiento, investigación, aprendizaje y actividades externas.

A través de las alianzas establecidas con laboratorios análogos, se ha establecido un acuerdo de intercambio de información (procedimientos analíticos de Brucelosis, ofertas de servicios y precios). Con ciertos proveedores, como Cultek, SAME..., se establecen relaciones de alianzas para desarrollos conjuntos que trascienden a la mera actividad comercial (ver subcriterio 4.a).

El Laboratorio aprovecha también el conocimiento y experiencia de los clientes de referencia donde nos beneficiamos mutuamente de sinergias y conocimiento, como, por ejemplo, ENAC, CIDA, GARU, Consorcio de Aguas, etc.

Revisión, aprendizaje y mejora

Revisión: A través principalmente de la Autoevaluación y Evaluación externa, midiendo el ámbito de aplicación que tenemos en cada criterio de resultados, segmentación de los mismos...

También es importante el análisis de la consecución de objetivos y el propio análisis de resultados, donde a veces se detecta la falta de indicadores en algunos aspectos. Para ello, se van incorporando, mediante la Gestión por Procesos, indicadores que sirven para la mejora de nuestra Política y Estrategia.

Aprendizaje y mejora: ver criterio 4 y Fig.2.b.2.



CRITERIO 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA
2002	Formación en gestión.	Elaboración del 1º Informe de Resultados.
2003	Norma ISO 17025.	Resultados 1ª Evaluación de Proveedores.
2004	Análisis interno y propuestas de los equipos.	Se introduce una mejor Definición de la Revisión del Sistema (parciales por equipos y general con responsables de equipos). El objetivo fue mejorar tanto el análisis de información como el establecimiento de objetivos y mayor implicación del personal.
2005	Formación en Gestión y Calidad.	Creación de Alianza de Laboratorios del Norte para intercambio de información.
	Resultados de Encuesta de Satisfacción de Personas.	Nueva política de Comunicación.
	Revisión bibliográfica sobre Comunicación Empresarial.	
2005-2006	Elaboración de memoria EFQM y Autoevaluación REDER.	Formalización y creación de indicadores.
2006	Autoformación.	Procedimiento "Gestión de Alianzas".
	Autoevaluación REDER (Consultora externa).	1º Plan de Mejora
	Autoevaluación REDER.	Implantación de la Gestión por Procesos e incorporación de las personas de los equipos en la gestión del proceso.
	Formación en Gestión por Procesos (Consultora externa).	
2007	Contratación de servicio de información legislativa (Ecoiuris).	Mejora del seguimiento de legislación sobre gestión ambiental y prevención de riesgos laborales.
	Autoevaluación REDER	Análisis más amplio de indicadores en las reuniones de Revisión del Sistema
	Evaluación externa EFQM	2º Plan de Mejora
	Curso Indicadores y objetivos	Revisión y mejora de Fichas de indicadores, elaboración de Informes de proceso y equipo

Figura 2.b.2. Mejoras en el aprovechamiento de la información de indicadores de rendimiento y aprendizaje.

2.C- LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE DESARROLLA, REvisa Y ACTUALIZA.

El esquema que seguimos para alcanzar la Misión y cumplir las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés se refleja en la siguiente figura:



Figura 2.c.1. Esquema estratégico del Laboratorio.

Las estrategias para cumplir nuestra Visión se han estructurado de acuerdo a las cuatro perspectivas de Kaplan y Norton: financiera, de clientes, del proceso interno y de aprendizaje – crecimiento.

El Mapa Estratégico, que se actualiza cada año, es el documento de referencia que expone las

estrategias a medio plazo. Se complementa operativamente con los objetivos y tácticas anuales adoptados en la Revisión del Sistema donde se aprueba el Plan Operativo Anual.

Hemos implantado el proceso “*Planificación y Estrategia*” (PR01) en el que se definen y secuencian las actividades y responsabilidades mediante las cuales se revisa y actualiza el Plan Estratégico conjunto del Laboratorio, teniendo como objetivos:

- Definir y priorizar las estrategias.
- Comunicarlas a toda la organización.
- Alinear los objetivos personales y grupales con la estrategia general del laboratorio.
- Vincular los objetivos operacionales con los objetivos a largo plazo y los presupuestos anuales.
- Identificar y alinear las iniciativas estratégicas.
- Obtener retroalimentación y realizar revisiones periódicas.

A lo largo de este ciclo de planificación, hay dos momentos en los que analizamos conjuntamente la información interna y externa mediante el análisis DAFO específico de cada equipo y otro general de la organización efectuado por Dirección a partir de los Informes y Propuestas de cada uno de los equipos. En el análisis interno, se tienen en cuenta el Cuadro de Mando Integral, la información de gestión técnica (resultados de Auditorías, acciones correctivas y preventivas, ...), Plan de Mejora derivado de Autoevaluación y Evaluación externa,... El análisis externo se realiza a partir de información de cambios legislativos y reglamentarios, reuniones

sectoriales y con aliados, reuniones con la Dirección de la Consejería de Agricultura, entrevistas con clientes principales, normas ISO,....

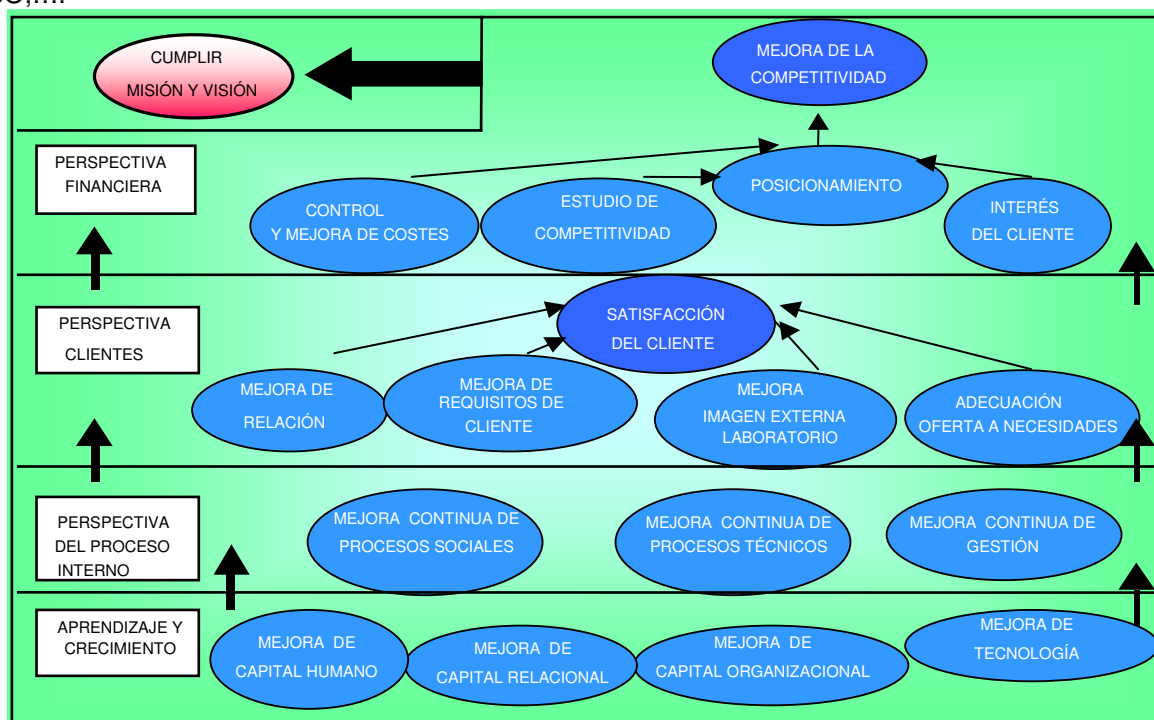


Figura 2.c.2. Mapa Estratégico del Laboratorio.

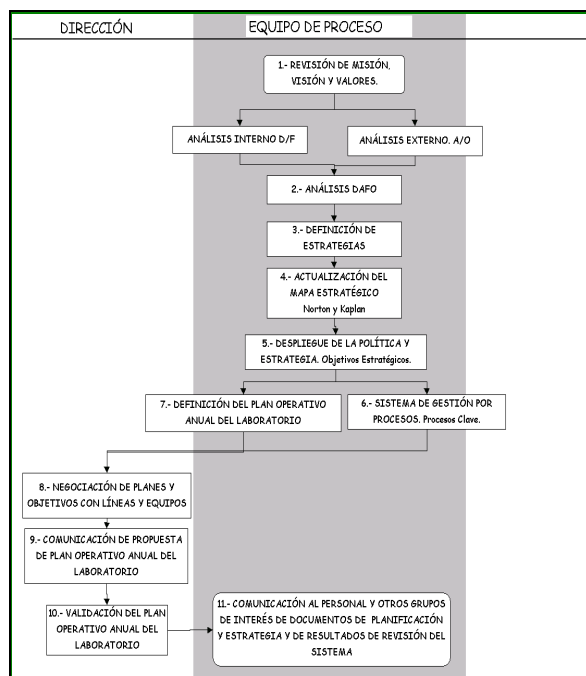


Figura 2.c.3. Proceso "Planificación y Estrategia" (PR01).

Una de las estrategias del Laboratorio para avanzar en la mejora continua es la adopción de modelos y sistemas normalizados experimentados en gran número de organizaciones y países, lo que asegura una actualización y una calidad garantizada.

Estos modelos y sistemas tienen incorporados mecanismos de planificación, actuación, evaluación y mejora que nos facilitan el avance hacia la excelencia y proporcionan herramientas de control de los riesgos y de las desviaciones:

NORMA/ MODELO	EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS
ISO 17025	Cálculo de incertidumbre Validación Ensayos de intercomparación Control de Calidad Auditorías Revisión del Sistema
EFQM	Autoevaluación y Evaluación externa
ISO 14001	Evaluación de aspectos ambientales
OHSAS 18001-18002	Evaluación de riesgos laborales
UNE ISO IEC 17799	Seguridad en los sistemas de gestión informática

Figura 2.c.4. Herramientas de evaluación y gestión de riesgos.

El estudio del posicionamiento de la oferta y de la competitividad son estrategias fundamentales para nosotros como se puede ver en nuestro Cuadro de Mando Integral (ver Fig.2.d.3). Tenemos incorporada la realización periódica de análisis DAFO en los que se analiza la información externa (posiciones de competidores recogidas por el equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas y los responsables de los Procesos Operativos) e interna (eficiencias, costes,...) y otras informaciones como evolución de las demandas sectoriales, cambios reglamentarios



que, en conjunto, permite descubrir oportunidades desde un punto de vista competitivo. La puesta a punto de los análisis de aceites y olivas que actualmente estamos desarrollando evidencia esta posición. En la actualidad, presentamos fortalezas competitivas en varios ámbitos: determinaciones en microbiología de alimentos, análisis de aguas, PCR, utilización de sistemas de calidad y gestión (EFQM, ISO 17025, 14001, OSHAS...).

Las relaciones y alianzas con proveedores buscan generalmente posicionar ventajosamente al laboratorio en temas de innovación; en colaboración con ellos (SAME, Tecknovas, Cultek, etc), que generalmente dominan una técnica auxiliar en alto grado y, uniendo este conocimiento a las necesidades analíticas concretas, se propicia la obtención conjunta de un producto novedoso y adaptado a las necesidades de nuestros clientes.

Tenemos identificados los Factores Clave de Éxito (Fig.2.c.5) como aquellos que impulsan a hacer realidad nuestra Visión. Para su identificación, las estrategias definidas en el Cuadro de Mando se priorizan según su incidencia sobre los factores de la Visión. Estos factores están alineados con el resto de ideas reflejadas en la documentación cultural del centro y son el origen del despliegue operativo.

PERSPECTIVA	FACTORES CLAVE DE ÉXITO
Aprendizaje y Crecimiento	Mejorar Procesos y Procedimientos del Laboratorio
	Mejorar el Liderazgo
	Mejorar la gestión de Clientes
	Mejorar en el aspecto de Tecnología
	Mejorar la gestión de alianzas y de Competidores
Financiera	Posicionar la oferta buscando aumentar competitividad

Figura 2.c.5. Factores Clave de Éxito.

Revisión, Aprendizaje y Mejora

La Política y Estrategia se revisa con periodicidad mínima anual; teniendo en cuenta que el Laboratorio es una unidad de la Administración Pública y, por tanto, está condicionada a la Política del Gobierno de La Rioja de cada período legislativo, al principio de dicho período se negocia con la nueva dirección de la Consejería de Agricultura la Política y Estrategia del Laboratorio para los cuatro años siguientes.

Sectorialmente, las mejoras alcanzadas en la eficiencia y eficacia en la perspectiva financiera, se cristalizan en el cálculo anual de costes. La eficacia desde la perspectiva del cliente se mide en entrevistas con los principales clientes y a través de indicadores (ver criterio 6). Desde la perspectiva del proceso interno, las normas ISO son evaluadas mediante auditoría externa y los progresos en la gestión se miden mediante la Autoevaluación y

Evaluación externa de EFQM. La adopción de estos modelos lleva implícita la incorporación de sucesivas revisiones lo que facilita la política de mejora continua.

PERSPECTIVA	TIPO DE REVISIÓN
Financiera	Indicadores de eficacia y eficiencia
Clientes	Reuniones con clientes principales
	Indicadores (ver criterio 6)
Proceso Interno	Auditorías internas y externas
	Autoevaluación y Evaluación externa
	Revisión del Sistema
Aprendizaje y Crecimiento	Evaluación de proveedores
	Encuesta de satisfacción de clientes (ver subcriterio 6.a)
	Indicadores de rendimiento y satisfacción de personas (ver criterio 7)
	Indicador capital organizacional (ver criterio 9)

Figura 2.c.6. Mecanismos de revisión de la Política y Estrategia.

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA
2002	Formación en gestión	Emisión del 1 ^{er} Informe de Resultados
2004	Revisiones del Sistema anteriores	Revisión del Sistema por Línea / Departamento
2005	Formación en gestión	1 ^{er} Mapa Estratégico
2006	Adopción del Modelo EFQM	Revisión del Mapa Estratégico
	Plan de Mejora de Autoevaluación	Definición del proceso "Planificación y Estrategia" (PR01)
	Formación asesora externa en nuevas herramientas de gestión	Identificación de Factores Clave de Éxito Identificación de Procesos Clave

Figura 2.c.7. Mejoras en el desarrollo y despliegue de la Política y Estrategia.

2.D- LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE COMUNICA Y DESPLIEGA MEDIANTE UN ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE.

Para lograr nuestra Visión "Aspiramos a ser una organización en la que las personas participen activamente en la gestión dentro de un cultura de máxima comunicación que nos permita ser reconocidos por la Excelencia..." consideramos fundamental el despliegue de la Política y Estrategia a través de nuestro proceso "Planificación y Estrategia" (PR01).

El equipo de EFQM, desarrollando el Mapa Estratégico y para acercarlo más a las necesidades del laboratorio, ha elaborado la tercera revisión del Mapa de Procesos (ver Fig.0.2). A partir de una matriz de priorización, hemos seleccionado como procesos clave aquellos que tienen mayor incidencia en la consecución de la Visión.



PROCESOS CLAVE

1. Procesos Operativos (PR06-PR12).
2. Relación y Satisfacción de Clientes (PR03).
3. Planificación y Estrategia (PR01).
4. Gestión de Capital Humano (PR13).

Figura 2.d.1. Procesos Clave.

El primer Mapa de Procesos se presentó y explicó a toda la plantilla durante una charla en el año 2004, exponiéndose permanentemente en el tablón de anuncios y en el sistema informático (ver Fig.1.d.1) y actualizando la información en estos soportes de acuerdo a las sucesivas revisiones.

El principal medio para comunicar la Política y Estrategia al personal del Laboratorio lo constituyen las reuniones anuales de Revisión del Sistema. Complementariamente, en el año 2004, comenzamos una política de realización de charlas con todo el personal para exponer los documentos culturales e impartir formación sobre Excelencia y herramientas en la gestión; en ellas, se va introduciendo algunos aspectos de la política del centro como, por ejemplo, la idea de trabajar con equipos de mejora y modificar la estructura de la organización. En el año 2005, se elabora el primer Mapa Estratégico y su Despliegue en objetivos estratégicos que se exponen en el tablón de anuncios y en el sistema informático (ver Fig.1.d.1) para su consulta por todo el personal. La documentación estratégica fue explicada por Dirección a todas las personas del Laboratorio durante las reuniones de la última Revisión del Sistema.

Actualmente, la implantación del proceso “Planificación y Estrategia” (PR01) ha supuesto un avance en el despliegue y comunicación de la Política y Estrategia. Este proceso requiere la

comunicación sistemática entre los distintos equipos y Dirección. El resultado de este proceso se aprueba por el conjunto de los responsables de procesos y equipos del Laboratorio en la reunión final de Revisión del Sistema, quedando validado el Plan Operativo Anual. Este Plan surge a partir del Cuadro de Mando Integral (Fig.2.d.3) y de los análisis que recogen las estrategias emanadas del Mapa Estratégico.

El Plan Operativo aprobado para cada equipo se desarrolla a través de la Hoja de Despliegue de Objetivos, siguiendo el modelo de Hoshin Kanri. Este documento está íntimamente entroncado (relación causa-efecto) en el proceso “Gestión del Capital Humano” (PR13).

Los Procesos Operativos (PR06-PR12) tienen especial importancia en la satisfacción de las necesidades de los clientes (Proceso “Relación y Satisfacción de Clientes” –PR03) por lo que el despliegue del Plan Operativo de estos procesos, tanto en medios como en procedimientos y en capital humano, consumen la mayor parte de los esfuerzos y energía del Laboratorio.

La exposición permanente de los documentos culturales (Misión, Visión, Valores y Mapa Estratégico) en recepción y en el tablón de anuncios permite ser consultada por cualquier persona que visite nuestras instalaciones. La comunicación de la Planificación y Estrategia en la actualidad se resume en la Fig.2.d.2.

PERSONAS	CONSEJERÍA DE AGRICULTURA	CLIENTES, PROVEEDORES, LAB. ALIADOS, SOCIEDAD
<ul style="list-style-type: none"> - Trabajos preparatorios de los equipos en las tareas de la Planificación anual. - Revisión anual del Sistema. - Reuniones de los distintos equipos. - Cursos y charlas. - Exposición en canales de comunicación del Laboratorio (tablones de anuncios, Groupwise, notas informativas, agenda semanal,...). - Información en página Web. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones periódicas en las que se comunica y discute la línea estratégica del laboratorio. - Entrega de documentación sobre Política y Estrategia e Informe de Resultados. - Memoria de Actividades Anual (resultados principales). 	<ul style="list-style-type: none"> - Documentación cultural y estratégica expuesta en el Laboratorio. - Reuniones.

Figura 2.d.2. Comunicación de la Política y Estrategia a los diferentes grupos de interés (complementar con Fig.1.d.1).



CRITERIO 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM


		LABORATORIO REGIONAL DE LA C.A.R.		CUADRO DE MANDO INTEGRAL			
PERSPECTIVA	LÍNEAS ESTRATÉGICAS	ESTRATEGIAS		Tipo de Seguimiento	Observaciones		
Financiera (1)	Estudio de competitividad (técnica y económica) (1.1)	Potenciar el estudio de competitividad técnica y económica		Indicador	Coste medio		
				Indicador	Productividad: nº de determinaciones / persona		
				Indicador	Media de posicionamiento de z-scores (intercomparativos químicos)		
				Indicador	% resultados correctos (intercomparativos biológicos)		
	Saneamiento de la demanda (1.2)	Proponer precios de acuerdo a los costes	Proyecto	Año 06: 1ª Propuesta Año 07: 2ª Propuesta			
	Clasificación competitiva de la oferta (1.3)	Acometer proyectos eficaces para aumentar competitividad, búsqueda de sectores fuertes alternativos (más estrellas e interrogantes)	Proyecto	Clasificación de productos de cada Línea			
	Posicionamiento de la oferta (1.4)	Posicionar la oferta buscando aumentar competitividad					
			Indicador	Percepción ESC / Confianza			
Clientes (2)	Adecuación de la oferta a las necesidades presentes y futuras (2.1)	Seguimiento de los sectores buscando productos alternativos con demanda ascendente.	Indicador	Percepción ESC / Adecuación Oferta			
	Búsqueda de nuevas actividades demandadas por clientes (2.2)	Potenciar la búsqueda de nuevas actividades demandadas por clientes (internet...)	Proyecto	Ver 1.3			
			Proyecto	Iniciada implantación en 2006			
			Proyecto	Publicación de parte pública y desarrollar otras secciones			
	Mejora de Relación con Clientes (2.3)	Implantación de página web y ver posibilidades	Indicador	Percepción ESC / trato y comunicación			
			Indicador	Tiempo de respuesta analítica			
			Indicador	Tiempo de respuesta a quejas y sugerencias			
	Mejora de Requisitos del Cliente (2.4)	Aumentar el índice de valor añadido al cliente	Indicador	Correcciones a boletín			
			Indicador	Percepción ESC / precio			
			Indicador	Percepción ESC / calidad			
			Indicador	Percepción ESC / tiempo			
			Indicador	Nº de apariciones públicas			
Mejora de Imagen Externa del Laboratorio (2.5)	Potenciar las apariciones públicas	Indicador	Nº de apariciones públicas				
	Publicación de la página web	Proyecto	Publicación de parte pública y desarrollar otras secciones				
		Indicador	Percepción ESC / Imagen				
			Recomendac.	Ver Análisis DAFO			
Proceso Interno (3)	Mejora continua de Procesos Técnicos (3.1)	Incrementar el número de resultados acreditados	Indicador	% de Resultados acreditados			
		Potenciar el valor añadido al cliente	Proyecto	Ver 1.3-1.4-2.2			
			Indicador	Percepción: confianza por acreditación			
	Mejora continua de gestión (EFQM) (3.2)	Obtención de 400 puntos en evaluación externa 2007	Indicador	Puntuación de EFQM			
		Modernización del sistema (EFQM)	Proyecto	Implantación del modelo			
	Mejora de Procesos Sociales (OHSAS, ISO 14001) (3.3)	Certificación en 2007 en ISO 14001 y OHSAS 18001-18002	Proyecto	En proceso de implantación			
		Aumentar la seguridad laboral y la protección del Medio Ambiente con el cumplimiento de la Legislación	Indicador	% Absentismo			
			Indicador	Ausencia media individual			
Indicador			Producción de residuos				
			Recomendac.	Ver Análisis DAFO			
Aprendizaje y Crecimiento (4)	Capital humano (4.1)	Desarrollo de la Gestión por competencias	Proyecto	Elaboración de proceso, indicadores y objetivos.			
		Potenciar una formación eficiente	Indicador	Índice de Formación			
			Indicador	Percepción / Formación			
				Recomendac.	Ver Análisis DAFO		
	Capital Relacional (4.2)	Mejorar la gestión de Proveedores	Indicador	Evaluación de proveedores			
		Mejorar la gestión de competidores	Indicador	Gestión de alianzas- Sub. 4a EFQM			
		Mejorar la gestión de clientes		Ver Perspectiva de Clientes			
			Recomendac.	Ver Análisis DAFO			
	Capital Organizacional (4.3)	Mejorar la organización de equipos	Indicador	Eficacia de los equipos			
			Indicador	Percepción / trabajo en equipo			
		Mejorar la Comunicación interna	Indicador	% de mensajes leídos			
			Indicador	Percepción ESP / Comunicación			
		Mejorar el Liderazgo	Indicador	Puntuación de Evaluación EFQM			
			Indicador	Percepción / Liderazgo			
		Mejorar Procesos y Procedimientos del Laboratorio	Indicador	Capital Organizacional			
		Indicador	Percepción ESP / Mejora de Procesos				
			Recomendac.	Ver Análisis DAFO			
Tecnología (4.4)	Mejorar en el aspecto de Tecnología	Indicador	Innovación tecnológica- tabla				
		Indicador	Percepción ESC / Innovación y mejora				
		Recomendac.	Ver Análisis DAFO				

Figura 2.d.3. Despliegue de Objetivos y Estrategias. Cuadro de Mando Integral.

**Revisión, Mejora y Aprendizaje**

La Gestión por Procesos lleva implícito el trabajo con indicadores lo que permite realizar un seguimiento de los resultados obtenidos. Para cada uno de los indicadores, se está estableciendo la periodicidad de seguimiento que permita una gestión adecuada del proceso.

Las Auditorías, Autoevaluaciones y Evaluación externa aportan información imprescindible para analizar los progresos alcanzados y su adecuación a las exigencias de las normas o modelos implantados. Asimismo, los Informes de proceso o equipo (Informes de Resultados y Propuestas de objetivos) y las reuniones de Revisión del Sistema y de equipos/líneas, permiten conocer el grado de avance de resultados y revisar el despliegue de las estrategias del Laboratorio. La Revisión del Sistema ha evolucionado drásticamente desde su concepción inicial, donde se hacía una reunión general en la que se trataban los puntos exigidos por la norma ISO 17025. En el 2004, se comienza a enriquecer el despliegue de la Política y Estrategia mediante reuniones parciales con cada línea de trabajo y el análisis de la información con el estudio del Informe de Resultados previamente a la reunión final de consenso. En el año 2005, se introduce la documentación estratégica en dichas reuniones y en el 2006, se incorporan los equipos de mejora y se explica toda la documentación cultural y estratégica, introduciéndose indicadores, Factores Clave de Éxito, Plan Operativo Anual...

La valoración de la receptividad de los diferentes grupos de interés con nuestra Planificación y Estrategia se realiza a través de:

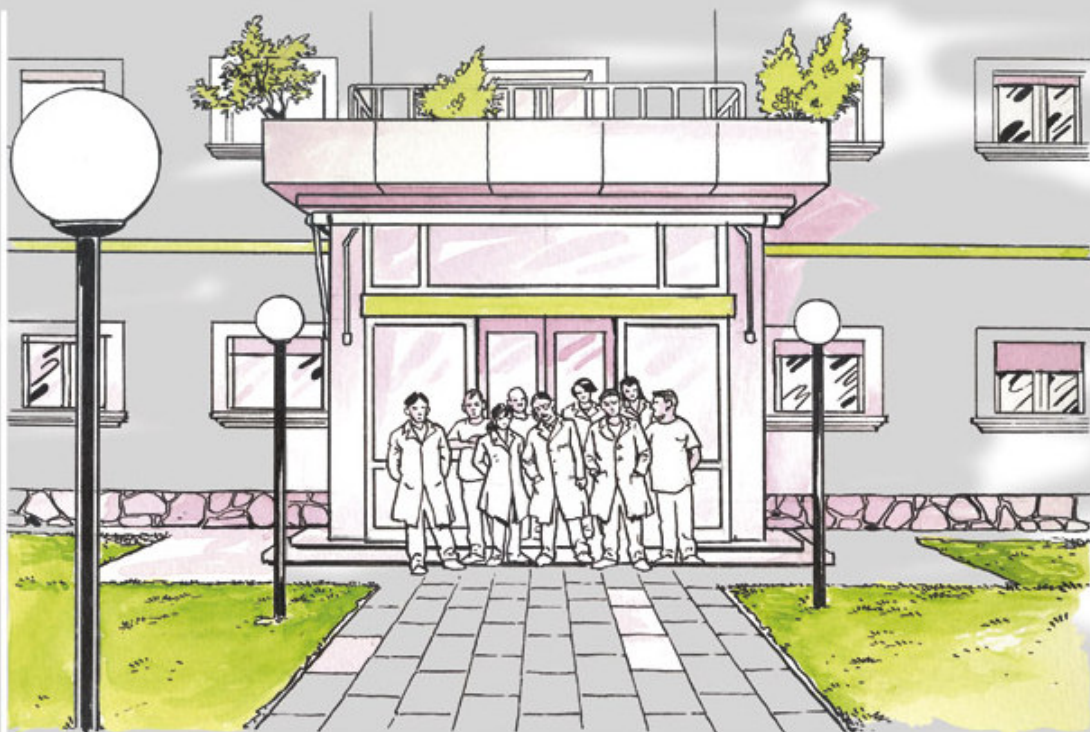
- Consejería de Agricultura: Reuniones de coordinación.
- Clientes: Encuesta de Satisfacción de Clientes y reuniones anuales.
- Personas: Encuesta de Satisfacción de Personas, reuniones de Revisión del Sistema, seguimiento del grado de cumplimiento de objetivos e Informes de proceso o equipo.
- Sociedad: Encuesta Social.

Las encuestas anteriormente señaladas constituyen una de las fuentes principales para analizar y revisar la eficacia de la comunicación de la Política y Estrategia y del Laboratorio y sus procesos clave a los grupos de interés.

Mejora y Aprendizaje

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA
2004	Formación en gestión.	Proyecto piloto: Despliegue por objetivos por línea Biología Especial.
2005	Formación en gestión (Kaplan y Norton)	1 ^{er} Mapa Estratégico. Objetivos Estratégicos.
	Resultados encuesta de personal	Nueva política de comunicación.
2006	Formación en gestión.	Proceso "Planificación y Estrategia" (PR01). Definición del Cuadro de Mando Integral.
2007	Formación en gestión.	Hoja de despliegue de objetivos. Hoshin Kanri. Informes de proceso y de equipo.

Figura 2.d.4. Aprendizaje y mejoras.



3. PERSONAS



3.A- PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS HUMANOS.

Nuestra documentación cultural establece el marco para definir la política en relación al desarrollo y la gestión de las personas. Según nuestra Visión, *“Aspiramos a ser una organización en la que las personas participen activamente en la gestión dentro de una cultura de máxima comunicación ... y de la que todos... personas,... se sientan orgullosos”, “... con una cultura de seguridad laboral y social en nuestras actuaciones”*. Los Valores relacionados con este ámbito son: *“Trabajo en equipo”, “Desarrollo personal”, “Orientación al logro”, “Flexibilidad” y “Promoción de la salud de las personas”*. El despliegue de estos principios se realiza, principalmente, a través del desarrollo de Líneas Estratégicas específicas de Capital humano y Capital Organizacional, a través de la Gestión por Procesos y *“Gestión del Capital Humano”* así como por el Sistema de Calidad según norma ISO 17025 (Capítulo 7 del Manual de Calidad *“Organización”* y Capítulo 10 del Manual de Calidad *“Personal”*).

Las necesidades detectadas en personal son expuestas por los responsables de proceso a Dirección bien a través de contactos puntuales o durante la realización de Informes de proceso y equipo y las reuniones de Revisión del Sistema, donde se analizan los indicadores de volumen de trabajo y de productividad de cada equipo, pudiéndose solucionar mediante el apoyo de personas de otra línea para determinadas tareas (*“Flexibilidad”*), la incorporación de otra persona o innovaciones tecnológicas.

El Laboratorio pertenece a la Administración Pública y, por tanto, la selección del personal se realiza según lo dictaminado por las normas y leyes de la Función Pública.

Con motivo de la creación de la línea Biología Especial como respuesta a las necesidades generadas por el mal de las vacas locas, se incrementó notablemente la plantilla, incorporándose estas personas en régimen de contratación laboral, régimen que se ha seguido también para las dos últimas incorporaciones en 2006.

La implantación de la Gestión por Procesos supone un avance en el desarrollo profesional de las personas a través de la ruptura de barreras interdepartamentales, la mayor interacción entre personas y la asignación de responsabilidades.

Para las personas de reciente incorporación, se ha establecido un Plan de Acogida, a través del cual se pretende facilitar la integración de la nueva persona mediante la asignación de un compañero-tutor que le va guiando en la adquisición de conocimientos y herramientas en cada una de las

áreas de actividad. Dentro del trabajo, el tutor le indica los procedimientos, fases del trabajo, desarrollo de trabajos bajo tutela... Se le entrega, además, documentación cultural e información sobre la línea (procesos y documentación de calidad).

Para implicar a las personas de la organización en el desarrollo de políticas, estrategias y planes de recursos humanos, la Dirección del Laboratorio viene trabajando en los últimos años en los siguientes aspectos:

- Creación de Equipos de Mejora:** en el área de personas trabajan con mayor o menor implicación varios equipos: Formación y Gestión del Conocimiento, Comisión de Personal/Equipo Gestión del Capital Humano, Comunicación, UGC, SIG.
- Mantenimiento de los sistemas y modelos de calidad y gestión:** los líderes de procesos y equipos tienen la responsabilidad de mantener una adecuada formación y cualificación del personal a su cargo.
- Gestión por Procesos:** Proceso *“Gestión de Capital Humano”* (PR13) a través del cual se gestiona la captación de necesidades y expectativas de las personas, establece las mediciones y permite elaborar planes, propuestas y objetivos.

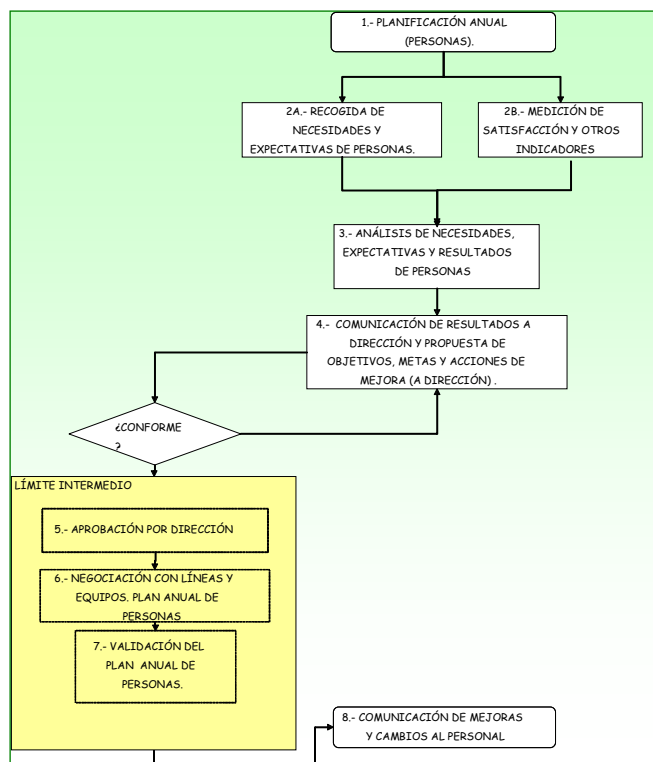


Figura 3.a.1. Gestión de la Satisfacción de Personas.

Revisión, aprendizaje y mejora

Para revisar el enfoque utilizamos las Encuestas de Satisfacción de Personas (ver subcriterio 7.a) y el



seguimiento de los indicadores de rendimiento: grado de cumplimiento de objetivos, índice de formación, absentismo y productividad (subcriterios 7.b y 9.b).

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA
1998	Norma ISO 17025 (hasta año 2000, EN 45001)	Exigencia de cualificación, creación de UGC (Unidad de Garantía de Calidad), elaboración del Plan de Formación Anual, responsabilidad de procedimientos y equipos, Revisión del Sistema.
2004	Formación en gestión	Constitución de la Comisión de Personal como órgano de comunicación bidireccional.
	Autoformación	1ª Encuesta de Satisfacción de Personas.
2004-2005	Formación en gestión	Creación de Equipos de Mejora. Objetivo: enriquecimiento del puesto de trabajo, distribución mayor de las responsabilidades, autonomía y estructura más horizontal.
2005	Formación en gestión.	Creación del Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento. Objetivo: impulsar y desarrollar la nueva Política de Formación.
	Reuniones con otros laboratorios.	Creación del Equipo SIG. Objetivo: impulsar y desarrollar la implantación de Sistema de Prevención de Riesgos Laborales y de Gestión Ambiental.
	Resultados de la Encuesta de Satisfacción de Personas.	Creación del Equipo de Comunicación. Objetivo: impulsar y desarrollar la nueva Política de Comunicación.
	Consultora externa	Revisión de Encuesta de Satisfacción de Personas.
2006	Formación en gestión.	Elaboración del Plan de Acogida.
	Autoevaluación REDER.	Formalización de Gestión por Procesos: ruptura de barreras departamentales, asignación de responsabilidades,...
	Formación en Gestión por Procesos. Consultora externa	Proceso "Satisfacción de Personas" Proceso "Gestión de Capital Humano" (PR13).
2007	Autoevaluación, Evaluación externa	Implantación de Gestión por Procesos.
	Resultados ESP Evaluación externa	Plan bienal de Gestión del Capital Humano / Creación del Equipo Gestión de Capital Humano

Figura 3.a.2. Mejoras en la planificación y gestión de personas.

Inicialmente, el Laboratorio se organizó con una estructura piramidal de carácter operativo similar a las implantadas en la Administración Pública. La implantación de la norma EN 45001 ya supuso un cierto cambio de la organización originaria al introducir nuevas exigencias de organización: definición de funciones, responsabilidades y estructura dentro de la plantilla, la exigencia de cualificación, responsabilidad de procedimientos y de equipos, creación de la Unidad de Garantía de

Calidad (UGC), elaboración del Plan de Formación Anual, etc (Fig.3.a.2).

En Octubre de 2004, se celebró una charla-seminario sobre "Los sistemas de participación personal como clave para la mejora continua". Esta acción formativa fue el inicio formal de la implantación en el Laboratorio de los Equipos de Mejora que han supuesto una estructura más horizontal y la dilución de rígidas fronteras departamentales y de líneas, propiciando las perspectivas y los procesos pluridepartamentales.

Los cambios establecidos a lo largo del tiempo (nuevas políticas de formación y comunicación interna, implantación de OHSAS,... Fig.3.a.2) han propiciado unas diferencias muy notables con otras unidades de la Administración, tanto en la organización de las personas como en procedimientos formativos, gestión horaria, responsabilidades, organización de compras, etc., que, en conjunto, constituyen la propia cultura organizacional y conceptual de las personas del Laboratorio. Esto ha supuesto que, a nivel salarial, se haya remunerado la participación activa del personal funcionario en los equipos de mejora por parte de la Administración.

La gestión de las personas ha sido una de las áreas de mejora resultantes de la Evaluación externa. Para dar respuesta a ello, se ha constituido el equipo de Gestión del Capital Humano que tiene como misión desarrollar y gestionar, junto con una consultora externa, el proceso "Gestión de Capital Humano" (PR13).

3.B- IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN.

Debido a nuestras actividades, es de vital importancia el desarrollo y mantenimiento del conocimiento y capacidades técnicas para dar respuesta adecuada a las demandas sociales y al entorno tan cambiante. Por ello, dentro de nuestros Valores está el "Desarrollo personal", la "Orientación al logro" y la "Flexibilidad". El desarrollo de estos valores se realiza a través de la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento y, especialmente, la línea estratégica "Capital Humano" (4.1):

- Desarrollo de la Gestión por Competencias.
- Potenciar una Formación eficiente.

Para desarrollar y gestionar las competencias y el conocimiento de las personas, hemos establecido, dentro de los procesos estratégicos, el Proceso "Gestión de Capital Humano" (PR13). La sistemática de formación, responsabilidades de los puestos de trabajo, requisitos de cualificación,... se gestiona a



través del Manual de Calidad (Capítulo 7 “Organización” y Capítulo 10 “Personal”).

Tenemos identificado y clasificado el conocimiento existente. Por una parte, todas las personas tienen un archivo particular, gestionado por la UGC, con los registros sobre formación, experiencia y cualificación (*Currículum Vitae* actualizado, certificados de asistencia a cursos y seminarios internos/externos, programa de formación para personas de nueva incorporación o en técnicas y actividades nuevas hasta conseguir la cualificación...). Paralelamente, el Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento recopila en una base de datos todas las actividades formativas a las que asisten las personas y su duración.

El Sistema de Calidad exige que todas las personas que realicen actividades específicas sometidas al sistema de gestión de la calidad deben poseer la debida cualificación y la autorización correspondiente. Todos los registros de cualificación se revisan y actualizan anualmente por requisito de Norma. Actualmente y, con el fin de mejorar la gestión de esta documentación, se ha decidido centralizar la información y tener un único registro de cualificación por cada línea de trabajo. En el Plan de Acogida, se asigna un tutor genérico a la persona que entra para que le facilite su integración al centro, a la cultura organizativa y a sus responsabilidades de trabajo. Según la norma ISO 17025, las capacidades o cualificaciones del personal exigen un conocimiento y la puesta en práctica controlada y documentada de dicho conocimiento dirigido por un trabajador con experiencia.

La Dirección asume la responsabilidad de facilitar los medios para asegurar la formación continua y adecuada de todo el personal, tal y como se recoge en el Capítulo 10 “Personal” del Manual de Calidad. El Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento trata de optimizar las acciones y recursos para llevar a cabo las actividades de formación anuales. La elaboración del Plan de Formación Anual es requisito de Norma y, en los últimos años, se realiza de forma conjunta entre el Equipo de Formación y la UGC. Su elaboración se basa en las necesidades manifestadas por los líderes de equipos y procesos y Dirección de acuerdo a la Política y Estrategia y a los sistemas de gestión y calidad del Laboratorio. La ejecución de los planes de formación se traduce en la participación de las personas del Laboratorio en numerosas actividades de formación en los últimos años, como se puede ver en las Figs.1.a.2, 4.e.4 y en los registros de formación internos.

La formación ofrecida pretende ser la adecuada al o a los puestos de trabajo que desempeña cada persona para que de esta forma pueda desarrollar su carrera profesional. Es la pertenencia a una

determinada línea o equipo y la responsabilidad asignada dentro de estos grupos lo que condiciona la necesidad de la formación; así, dentro del equipo de Informática ha habido formación específica para cada miembro según su responsabilidad (Seguridad, Excel, Web). Además de los cursos específicos al puesto de trabajo, también se ha proporcionado formación generalizada a todo el personal. Por ejemplo, el equipo de Gestión de la Calidad y Validación recibió formación específica y posteriormente dio cursos generalizados al personal; ha habido formación en Prevención de Riesgos Laborales y Gestión Ambiental para el equipo de SIG (específica) y para todo el personal (generalizada). Para implantar la Gestión por Procesos, se han organizado sesiones de formación impartidas por la consultora externa en EFQM (ver Fig.1.a.2): Gestión por Procesos, Indicadores, Liderazgo y trabajo en equipo...

Dentro de las actividades de formación, se pueden destacar reuniones internas de coordinación y dinamización, como por ejemplo las celebradas para formalizar los procesos y para impulsar la actualización y mejora de fichas de indicadores, despliegue de objetivos y la elaboración las Instrucciones Técnicas de seguridad laboral y gestión laboral.

En los momentos de nuevas demandas o alarmas sociales, surgen necesidades de formación, generalmente técnicas y específicas para un equipo o línea afectada; en este caso, el Laboratorio se apoya en cursos compartidos con otros centros con necesidades semejantes (por ejemplo, se ha asistido a cursos de encefalopatías -vacas locas-, gripe aviar,...), en reuniones, intercambios puntuales y realización de visitas a otros laboratorios para ponerse de acuerdo en las técnicas a implantar.

A través de las alianzas (ver subcriterio 4.a), se captan nuevos conocimientos por medio de colaboraciones y visitas, intercambios de documentos, diseño de cursos compartidos (ejemplos: cursos de “Brucelosis” impartidos en Guipúzcoa a los que asistió el personal del proceso de Biología Pecuaria (BP), curso de “Validación” en Pamplona) y se desarrollan trabajos conjuntos con proveedores, como por ejemplo, la puesta en funcionamiento del robot en la línea BP.

Una herramienta para el enriquecimiento del puesto de trabajo consiste en la participación en Equipos de Mejora; éstos están formados por personas con titulación diferente y dedicación en distintas líneas de trabajo, por lo que el intercambio de opiniones, conocimiento, experiencias y propuestas redundan en el enriquecimiento de todas y cada una de las personas que constituyen los equipos y la organización. Por ejemplo, en el equipo



de Informática, los integrantes poseen diferentes titulaciones y pertenecen a cuatro líneas de trabajo diferentes. En el funcionamiento del equipo, éste goza de la autonomía suficiente como para permitir a cada integrante acomodar, de la mejor manera posible, las capacidades individuales con las distintas funciones dentro del equipo (ver subcriterio 3.c).

Para abordar el desarrollo del Capital Humano, estamos trabajando para desarrollar la Gestión por Competencias y la Evaluación del Rendimiento como herramientas de Gestión del Conocimiento a través del Proceso “Gestión de Capital Humano” (PR13). Según dicho proceso, los objetivos establecidos de cada equipo son desplegados hasta llegar a definir los objetivos individuales de acuerdo al modelo de “Hoshin Kanri”, siguiendo la experiencia piloto realizada en la línea Biología Especial. La definición de los objetivos individuales marca las necesidades de formación de todas las personas del Laboratorio.

Fruto de los resultados de la Encuesta de Satisfacción de Personas de 2006 y de la Evaluación externa, decidimos desarrollar un Plan de personas para mejorar la gestión del Capital Humano, creándose un equipo específico para ello.

Revisión, aprendizaje y mejora

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA
1998-1999	Norma ISO 17025 (hasta año 2000, EN 45001).	Gestión y archivo de registros (Curriculum, cursos,...), exigencia de cualificación.
2004	Análisis interno y propuestas de los equipos.	Revisión del Sistema por Línea/Departamento (Evaluación del rendimiento grupal).
	Formación en gestión.	Prototipo de Despliegue de Objetivos (línea Biología Especial).
2005	Formación en gestión.	Creación del Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento. Promoción de la formación interna y adaptada a las necesidades. Evaluación de cursos/profesorado.
2005-2006	Autoevaluación REDER.	Elaboración de nuevos indicadores de rendimiento en el ámbito de la formación.
2006	Formación en gestión	Plan de Acogida.
	Autoevaluación REDER, Formación en Gestión por Procesos	Formalización de la Gestión por Procesos. Proceso “Gestión de Capital Humano” (PR13).
2006-2007	Formación en gestión. Cursos de Evaluación del Rendimiento, Gestión por Competencias	Implantación de Despliegue de Objetivos y de evaluación de la eficacia de la formación. Valoración de posibilidades de aplicación de conocimientos adquiridos en cursos.

Figura 3.b.1 Aprendizaje y mejora.

ACTIVIDADES DE REVISIÓN

Encuesta de Satisfacción de Personas (ver subcriterio 7.a): Item Formación Item Desarrollo profesional
Reuniones de Revisión del Sistema: cumplimiento de actividades formativas, valoración de eficacia de actividades formativas y grado de cumplimiento de objetivos (Eficacia).
Valoración de actividades formativas.
Indicadores de rendimiento: índice de formación, eficacia.

Figura 3.b.2. Mecanismos de revisión de la gestión del Capital Humano.

3.C- IMPLICACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES POR PARTE DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN.

Tal y como se refleja en nuestra Visión “aspiramos a ser una organización en la que las personas participen activamente en la gestión dentro de una cultura de máxima comunicación ...”. Así, según el Manual de Calidad (ver capítulo 7- “Organización”), el Director define las funciones y responsabilidades de todo el personal dotándoles de la autoridad necesaria para poder llevar a cabo sus actividades de manera correcta y adecuada, describiendo el puesto de trabajo de todo el personal.

Además, como Valores Institucionales se promueve “El trabajo en equipo. Basado en el apoyo, cohesión y formación interna que permita la cooperación de los miembros del equipo y un mayor desarrollo de sus integrantes a través de un empowerment eficaz” y “el desarrollo personal, la motivación y el desarrollo del capital intelectual...”. De este modo, siguiendo esta política, la Dirección inició la reestructuración del mismo y la creación de los Equipos de Mejora (Fig.3.c.1) en septiembre del año 2004. Para ello, se celebraron actividades como: un seminario sobre “Los sistemas de participación del personal como clave para la mejora continua” o la charla general realizada en Febrero de 2005 a la que asistió todo el personal en la que se presentaron los equipos y se expusieron los proyectos de futuro de los equipos creados.

En el Laboratorio, se entiende por Equipo a un conjunto de personas con habilidades y capacidades complementarias, comprometidas en un objetivo común. Este objetivo marca el norte de la actividad de todos los integrantes que asumen, no sólo la responsabilidad de su trabajo individual, sino también del resultado colectivo y, para lograrlo, han de unir de forma flexible sus capacidades y actividades. La participación en equipos es voluntaria, aunque se anima y motiva por parte de los líderes para su implicación. Cada equipo cuenta con un responsable que trata de coordinar, motivar, implicar y cohesionar a los integrantes del mismo (ver Fig.1.a.4 y Fig.1.a.5).

CRITERIO 3. PERSONAS

EQUIPOS	Nº PERS.	ACTIVIDADES	LOGROS
Costes	2	- Cálculo de costes anuales.	- Implantación de programa informático para el cálculo de costes basado en el procedimiento de control de costes ABC.
Aprovisionamiento	5	- Gestión de compras de fungibles y reactivos. - Mantenimiento de equipos analíticos (SATs, mantenimiento, amortizaciones, renovaciones, calibraciones...) - Gestión integrada del calendario de calibración y mantenimiento de equipos.	- Proceso "Aprovisionamiento" (PR18) - Evaluación de proveedores.
SIG	9	- Gestión medioambiental y de riesgos laborales.	- Instrucciones Técnicas de procedimientos analíticos (con riesgos laborales y ambientales, medidas de protección...) - Manual de Gestión del SIG.
EFQM	5	- Promoción de la adopción del Modelo EFQM. - Implantación de la gestión por procesos.	- Autoevaluación REDER. - Planes de Mejora. - Enfoques para la Política y Estrategia. - Mejora de procesos.
Formación y Gestión del Conocimiento	3	- Planificación y ejecución del Plan de Formación.	- Registro de formación.
Gestión de la Calidad y Validación	4	- Mantener vivo el sistema de acreditación y la labor técnica de la Norma ISO 17025. - Formación en técnicas estadísticas y validación.	- Homogenización de criterios y conocimiento para la ejecución de la validación métodos analíticos.
Comisión de Personal (hasta 2006)	5	- Captar necesidades y expectativas de las personas y medir su satisfacción para gestionar la propuesta de planes, propuestas y objetivos que contemplen acciones de mejora.	- Proceso "Satisfacción de Personas". - Encuestas de satisfacción de personas.
Comunicación	2	- Dinamización de canales, formatos ... - Registro de comunicaciones. - Seguimiento de comunicación.	- "Procedimiento de Comunicación Interna".
Informática	4	- Mejora de la gestión y adquisiciones informáticas. - Relaciones con empresas informáticas. - Impulso de las nuevas tecnologías. - Evaluación de las compras de nuevos programas.	- Implantación de la página web.
Innovación Tecnológica y Alianzas	3	- Benchmarking. - Gestión de alianzas.	- Establecimiento de la alianza de Laboratorios del Norte de España. - Procedimiento "Gestión de Alianzas".
Clientes	3	- Establecimiento de relaciones con clientes a través de mecanismos de interacción que permitan planificar las actuaciones a realizar y medir su satisfacción como base para la mejora.	- Proceso "Relación y Satisfacción de Clientes" (PR03). - Encuestas de Satisfacción de Clientes. - Implantación de CRM.
Gestión del Capital Humano	4	- Desarrollar e implantar el Plan de Gestión del Capital Humano	

Figura 3.c.1. Equipos de Mejora del Laboratorio: Actividades y Logros.

La evolución y modernización del Laboratorio debe mucho a los impulsos autónomos de los diversos equipos o líneas que propugnan modificaciones estructurales, adquisición de equipos o instalación y modernización de procedimientos de trabajo. Potenciamos y facilitamos estas acciones mediante:

- Obtención de información externa:

- Sectorial (impulsando la asistencia de líderes de procesos a sus reuniones sectoriales como medio óptimo para facilitar la innovación y el conocimiento relevante del sector).
- Técnico-legislativa (Dialnet, Ecoiuris,)
- Competitiva (visitas, alianzas, trabajo del Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas).

- Obtención y difusión de elementos de información sobre la situación interna: Memorias de Actividades, Informes de Resultados, Memoria EFQM, etc.

- Creación de mecanismos de comunicación y estimulación de la comunicación (Procedimiento de Comunicación interna, encuestas, buzón de sugerencias, etc.).

- Formación especializada para facultar y potenciar a los integrantes y a los líderes de los equipos en su campo específico.

- Formación en liderazgo, trabajo en equipo, Gestión por Competencias, voz del cliente,... (ver Fig.1.a.2).



- Participación de personas de diferentes líneas en los equipos, diferentes niveles de responsabilidad, diferente formación...
- Provisión de suficiencia de medios; el Laboratorio ha hecho un esfuerzo presupuestario considerable en proporcionar a sus líneas y equipos de medios técnicos eficaces, modernos y adecuados (ver criterios 4 y 9).

De esta forma, hemos creado una organización descentralizada, dotando a cada equipo de la capacidad de decidir y buscar soluciones idóneas a los problemas particulares. Para alinear las decisiones de todos estos centros hemos implantado el proceso *"Planificación y Estrategia"* (PR01) que contempla las reuniones de negociación de objetivos, metas y acciones de mejora con equipos y líneas (reuniones de Revisión del Sistema) implicando a todos los equipos en la definición de la Política y Estrategia (ver subcriterios 2.c y 2.d). De esta manera, y a través de la Gestión por Procesos (ver proceso *"Gestión por Procesos y Mejora Continua"* - PR02), el análisis y la detección de problemas y oportunidades en los procesos gestionados por los equipos son responsabilidades asumidas y la propuesta e implantación de acciones correctivas o preventivas se ejecutan cotidianamente por parte de cada equipo implicado.

Dentro de los equipos de mejora y de proceso, las personas tienen repartidas las responsabilidades, haciéndose cargo de diversas partes del proceso, de diversos aparatos (ver PNTs o fichas de equipos), etc. En el campo técnico, esta autonomía personal se corresponde con la figura de la cualificación (ver *"Registro de cualificación"* – Anexo MC/03/10 y subcriterio 3.b).

Para avanzar en el desarrollo del Capital Humano, estamos trabajando para desarrollar un sistema que nos permita ir avanzando hacia la Gestión por Competencias y Evaluación del Desempeño.

Las personas participan en la elaboración de los elementos culturales e identitarios; caso especial fue la selección e implantación de un logotipo que representara al Laboratorio en documentos, paneles indicadores, letreros, etc. Este logotipo se gestó por concurso de ideas y su selección fue a través de una votación abierta de todo el personal; actualmente, es un elemento de identidad común en la vida de la organización.

Revisión, Mejora y Aprendizaje

- Encuesta de Satisfacción de Personas (Fig.3.c.2).

- Despliegue de Objetivos.
- Informes de proceso y equipo.
- Revisión del Sistema.

ENCUESTA DE SATISFACCION DE PERSONAS	
TRABAJO EN EQUIPO	
El trabajo en equipo como práctica habitual en el Laboratorio.	
La efectividad de las reuniones de trabajo en el Laboratorio.	
Las propuestas de los Equipos de mejora y su puesta en marcha por parte del Laboratorio.	
ESTILO DE LA DIRECCIÓN (LIDERAZGO)	
El ánimo que recibo, por parte de mis líderes, a la hora de participar en la definición de objetivos y metas.	
La responsabilidad, información, medios suficientes ... que mis líderes me proporcionan para realizar mi trabajo.	

Figura 3.c.2. Revisión de la implicación de las personas.

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA
2001	Norma ISO 17025	Definición de puestos de trabajo: funciones y responsabilidades.
2004	Reuniones de Revisión del Sistema	Revisión del Sistema por Línea / Departamento.
2004 - 2005	Formación Adopción del Modelo EFQM. Mplus Consulting	Creación de Equipos de Mejora.
2006	Implantación de la Gestión por Procesos.	Establecimiento de los responsables de proceso.
2007	Implantación de la Gestión por Procesos	Informes de proceso y de equipo.

Figura 3.c.3. Mejora y Aprendizaje.

3.D- EXISTENCIA DE UN DIÁLOGO ENTRE LAS PERSONAS Y LA ORGANIZACIÓN.

Según está recogido en nuestra Visión, *"aspiramos a ser una organización en la que las personas participen activamente en la gestión dentro de una cultura de máxima comunicación..."*; por ello, la comunicación es un elemento vital para el buen progreso del Laboratorio y el éxito de nuestra Política y Estrategia, estrechamente ligado a la participación de las personas. La implicación de las personas requiere que éstas se sientan identificadas con el proyecto de la organización y conozcan toda la cultura organizacional.

Una óptima gestión de la comunicación comienza con la detección de las necesidades en este ámbito (Fig.3.d.1).

**CRITERIO 3. PERSONAS**

SISTEMAS DE DETECCIÓN DE NECESIDADES	CÓMO APORTAN INFORMACIÓN
Requisitos de normas y modelos de calidad y gestión implantados en el Laboratorio.	Contemplan la comunicación bajo distintos aspectos.
Encuesta de Satisfacción de Personas.	Valoración de la satisfacción con la comunicación e información.
Entrevistas con la Dirección.	Marcan las principales líneas para el establecimiento de mecanismos y acciones de comunicación.
Reuniones de Revisión del Sistema.	Revisión de comunicación y aportación de mejoras. Por ejemplo, solicitud de responsables de los Procesos Operativos en 2006 para recibir por correo electrónico las actas de reuniones.
Autoevaluaciones, Evaluación externa. Realización de Memorias e Informes de Resultados.	Transmisión de resultados obtenidos a personas.
Accesibilidad y participación de todo el personal.	Favorece la comunicación. Fuente de ideas y sugerencias.
Reuniones de equipos de trabajo, Informes de proceso o equipo.	Sugieren ideas para la mejora de la comunicación. Por ejemplo, la plantilla de Convocatoria de Actividad formativa se realizó dando satisfacción a las necesidades de Formación y Gestión del Conocimiento.

Figura 3.d.1. Identificación de necesidades de comunicación interna.

DESARROLLO DE LA POLÍTICA DE COMUNICACIÓN	AÑO
Utilización de mensajes cortos en LIMS y mensajes emergentes de Netware	1998
1ª Reunión de Revisión del Sistema	1999
1º Informe de Resultados	2002
Creación de la Comisión de Personal	2003
Instalación del Buzón de sugerencias	2004
Charlas a todo el personal para difusión de conceptos de Excelencia y Modelo EFQM	
Charla por la Dirección a todo el personal para exponer la documentación cultural y hablar sobre los sistemas de participación y la idea de trabajar con equipos de mejora. Se realiza una consulta a todo el personal para conocer su opinión de gestionar el laboratorio bajo el modelo EFQM	
Modificación del sistema de Revisión del Sistema (reuniones parciales por línea y posterior reunión general con líderes de línea, UGC y Dirección)	
1ª Encuesta de Satisfacción de Personas y comunicación de resultados a todas las líneas del laboratorio	
Charlas sobre Grupos de Mejora y herramientas de trabajo, Benchmarking	2005
Curso Formación de Formadores	
Formación interna en Groupwise orientada a las necesidades del Laboratorio (2 sesiones / grupo). Fomento de su utilización.	
Adopción de nueva política de comunicación. Objetivo principal: mantener informadas permanentemente a las personas que trabajan en el laboratorio y que la información fluya en todas las direcciones Acciones realizadas: - Elección de mensajes a transmitir, instrumentos de comunicación más adecuados. - Instalación y gestión de tableros de anuncios, comunicación de su finalidad y gestión. Elaboración de Registro de comunicación interna. - Diseño de formatos de documentos (modelo de actas de reunión, convocatorias de actividad formativa, notas informativas, circulares, eventos sociales). Las plantillas son enviadas a las personas y equipos de acuerdo a sus necesidades y se les comunica el modo de gestionar el flujo de comunicación. - Establecimiento del Procedimiento de Comunicación Interna y seguimiento de Indicadores de comunicación.	
Revisión y mejora de Encuesta de Satisfacción de Personas. 2ª encuesta y comunicación de resultados a todas las personas del laboratorio	
Creación de la Agenda Semanal del Laboratorio. Permite agilizar la comunicación y favorecer el sentimiento de pertenencia, ofreciendo información de interés común que puede contribuir a una mejor organización del trabajo.	2006
Elaboración del 1º Plan de Acogida	
Disponibilidad de documentación cultural en intranet para el 100% personas	
Colocación del Panel de Indicadores (Resultados de EFQM).	2007
Memoria EFQM disponible para todo el personal	
Revisión del Sistema: incorporación de indicadores, explicación de documentación cultural y estratégica	
Elaboración de Informes de proceso o equipo	

Figura 3.d.2. Desarrollo de la Comunicación Interna del Laboratorio.

Es costumbre implantada en el laboratorio establecer acciones para incorporar la información de cursos de formación externa al resto de personal de la organización. Normalmente, se proporciona una copia de apuntes al responsable de Formación y se mantiene una reunión con las personas directamente interesadas de la misma línea o de otras líneas si el asunto es trascendente. Por ejemplo, la información

recibida en el curso “Validación de métodos de análisis químicos” en Barcelona en el 2005 se difundió internamente, a través de un seminario, al personal del área Química del Laboratorio. La información recibida en otras actividades de aprendizaje, como visitas a otros laboratorios, reuniones de coordinación... es también compartida con las personas del equipo o proceso.



CRITERIO 3. PERSONAS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

TIPO DE COMUNICACIÓN	ACCIÓN	CANAL-INSTRUMENTO	RESPONSABLE
FORMAL	Descendente	Circular interna de servicio	Dirección o responsable de área
		Plan de acogida	Tutor de la persona incorporada
	Ascendente	Quejas y sugerencias	Dirección
		Encuesta de Satisfacción	Responsable de proceso
		Informes de proceso o equipo	Responsable de proceso/equipo
	Bidireccional	Documentos organizativos (culturales y estrategia...)	Dirección o responsable de línea, área o equipo
		Reuniones de Revisión del Sistema por la Dirección	Dirección y UGC
		Reuniones de trabajo	Coordinador del equipo Secretario del equipo
		Reuniones del Equipo de Gestión de Capital Humano	Equipo de Gestión de Capital Humano
		Reuniones con Alta Dirección	Dirección
		Seminarios y comunicados	Líder en el tema a exponer
		Memoria anual de actividades	SG y Dirección
		Informe de Resultados	SG y Dirección
		Resultados y memoria de EFQM	Equipo EFQM
	Horizontal	Aviso	Servicios Generales
		Agenda semanal	Responsable de Comunicación
		Convocatoria de actividad formativa	Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento
		Carteles o posters	Quien quiere informar
		Documentos calidad, EFQM, SIG...	UGC, gestor de documentación de cada equipo
		Comunicación de Evento social	Responsable de su organización
		Nota informativa	Quien quiere informar
INFORMAL	Almuerzo, café, Celebraciones y actos lúdicos, Disponibilidad y accesibilidad		

Figura 3.d.3. Acciones e instrumentos-canales de comunicación en el Laboratorio.

Revisión, Mejora y Aprendizaje

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORA INCORPORADA
2004	Reuniones de Revisión del Sistema.	Revisión del Sistema por Línea / Departamento.
2005	Formación interna en Groupwise.	Extensión del manejo de Groupwise.
	Encuesta de Satisfacción de Personas.	Creación del Equipo de Comunicación. Nueva política de comunicación.
	Formación del responsable de comunicación.	Elaboración del Registro de Comunicación Interna. Actas, Notas, Circulares.....
	ESP	Procedimiento de Comunicación.
		Creación de Agenda Semanal.
2006	Adopción del Modelo EFQM.	Charlas formativas y de divulgación.
	Autoevaluación Gestión por Procesos.	Incorporación de la comunicación en los procesos. Reuniones
	Curso Comunicación (C.Comercio)	Dinamización de tabloneros, agenda,...
2007	Gestión por Procesos	Elaboración de Informes de proceso

Figura 3.d.4. Aprendizaje y Mejora.

El éxito de la política y estrategias de Comunicación se evalúa a través de las encuestas de satisfacción (Fig.3.d.5) y de los indicadores de rendimiento; hasta el 30/10/07, hemos emitido 322

comunicaciones desde julio de 2005, siendo el % medio de apertura de comunicaciones enviadas por correo electrónico del 75%.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PERSONAL
COMUNICACIÓN
Los canales (instrumentos de comunicación) existentes en el Laboratorio
El lenguaje y nivel de información utilizado en el Laboratorio para las comunicaciones
El grado de conocimiento de la misión y las funciones del Laboratorio
La información general recibida sobre la marcha de las actividades del Laboratorio

Figura 3.d.5. Medición de la comunicación.

3.E- RECOMPENSA, RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN.

Nuestra Visión refleja cómo “*aspiramos a ser una organización ... de la que todos nuestros clientes, contribuyentes, personas, aliados y sociedad se sientan orgullosos*”. Para ello, se promocionan Valores como: “*...el desarrollo personal, la motivación y el desarrollo del capital intelectual...; promoción de la salud de las personas, buscando no*



sólo la seguridad e higiene en el puesto de trabajo sino también el desarrollo y mejora del bienestar laboral”.

El personal pertenece a diferentes categorías laborales: personal funcionario, interino, contratado, becario, en prácticas. De tal forma que, cada categoría se debe de atener a diferentes apartados y condiciones laborales. En el ejercicio del 2005 y, como fruto de las acciones emprendidas por el Laboratorio y otras unidades de la Administración, se reconoció económicamente, por primera vez, el esfuerzo de la plantilla en la implantación de modelos de calidad a todas aquellas personas funcionarias que participan en equipos, actividades u otros aspectos relacionados con la mejora de la calidad en la Administración.

Existe una flexibilidad de horarios regulada por Convenio, para que el personal pueda compatibilizar adecuadamente la vida familiar, laboral y personal por lo que, cumpliendo con las horas de trabajo establecidas y durante la mañana, el personal elija el intervalo horario más adecuado a sus necesidades. El Convenio recoge, asimismo, el derecho a la jornada reducida, opción que es actualmente disfrutada por cuatro personas (9% del personal).

Fruto del trabajo del equipo SIG, se están incorporando nuevas mejoras: por ejemplo, la elaboración de Instrucciones Técnicas asociadas a los procedimientos establecidos, en las que se detallan los distintos riesgos que suponen o presentan, así como la medidas medioambientales a adoptar en cada caso; recopilación de fichas de seguridad de reactivos y su disponibilidad en el sistema informático LIMS (gestionado por el equipo de Aprovisionamiento); cumplimentación de registros de accidentes e incidentes cuando éstos se producen.

Pretendemos que el personal disponga de las mejores condiciones para desempeñar su trabajo, así que se facilitan los recursos necesarios (medios materiales, formación, información...) y las instalaciones adecuadas. En este sentido, se suministra, a los que lo requieran para su trabajo o a los trabajadores que así lo desean, ropa de trabajo, calzado de seguridad y otros equipos de protección individual y colectiva. Contamos con un microbús para el traslado del personal y de unidades anexas a sus instalaciones, desde el centro de Logroño a la finca “La Grajera”.

Se reconoce al personal el compromiso adquirido en su actividad por medio de reuniones y mensajes de reconocimiento y felicitación del trabajo bien hecho (auditoría, gripe aviar...). Con motivo de la obtención del certificado de Excelencia-Q de plata en 2007, junto con la alta Dirección de la Consejería

de Agricultura se organizó una cena de celebración en la que se entregó un detalle de reconocimiento a todas las personas del Laboratorio. En determinadas épocas del año, la Consejería celebra actos para conmemorar festividades señaladas. Además, el Laboratorio potencia actividades sociales extralaborales para mejorar la convivencia de las personas en el Laboratorio y cohesionar al grupo: Cena de Navidad organizada todos los años, fiesta de Navidad infantil y conmemoraciones diversas a lo largo del año.

Como área de mejora de la Encuesta de Satisfacción de Personas de 2006 y de la Evaluación externa, se está trabajando en la mejora de la gestión de las personas mediante un Plan bienal de recursos humanos.

Revisión, Mejora y Aprendizaje

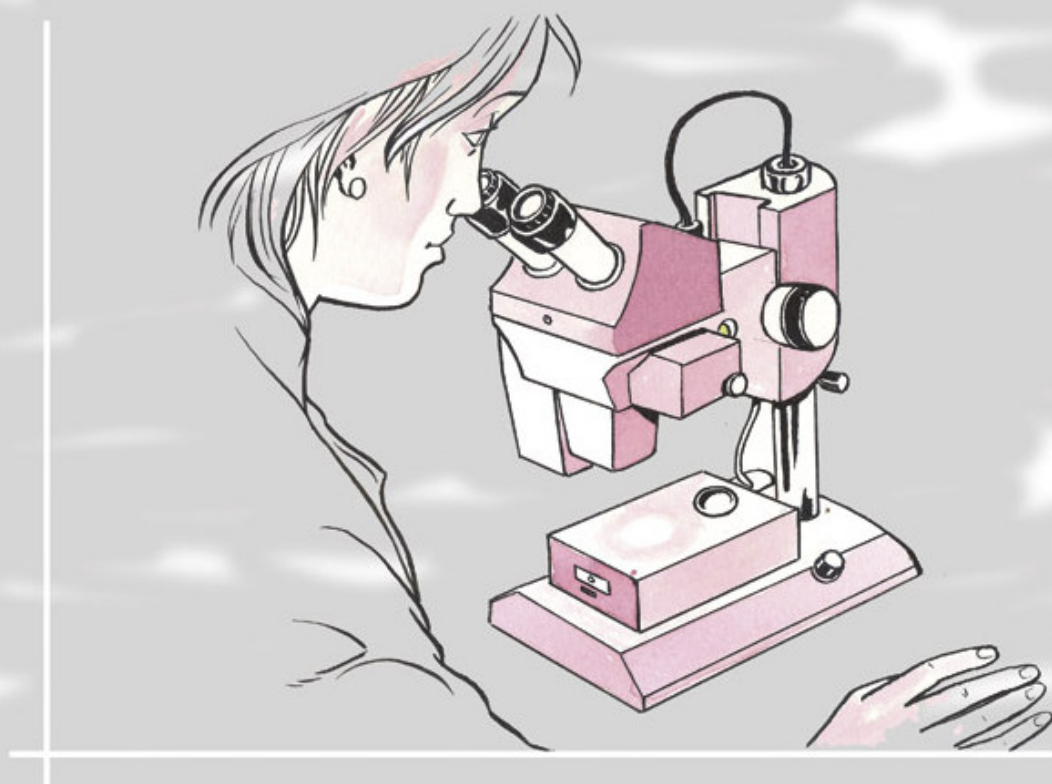
Analizamos, desde 2005, “indicadores de absentismo” (% absentismo, ausencia media individual y número de empleados por baja) diferenciados en contingencias comunes y contingencias de tipo laboral o profesional (ver subcriterio 7.b).

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL	
ENTORNO DE TRABAJO	
La ubicación, preparación y medios de mi puesto de trabajo para el desarrollo de mis tareas.	
El espacio físico que tengo para desarrollar mi trabajo.	
CONDICIONES DE EMPLEO	
El horario del centro	
Calendario, permisos, licencias y vacaciones del centro.	
La remuneración que percibo teniendo en cuenta mis responsabilidades.	
RECONOCIMIENTO	
El reconocimiento que hace el Laboratorio de mi trabajo.	
Las “formas” de reconocimiento que hace el Laboratorio al esfuerzo realizado por personas y equipos.	

Figura 3.e.1. Revisión: Encuesta de Satisfacción de Personas.

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORA INCORPORADA
2003	Formación en gestión.	Constitución de la Comisión de Personal.
2005	Negociaciones con Función Pública y Sindicatos.	Pago de complemento de calidad al personal funcionario.
	Formación en gestión.	Apoyo a la formación eficiente. Definición de responsables de equipos de mejora.
2006	Implantación de la Gestión por Procesos.	Definición de responsables y suplentes de procesos. Implantación del proceso “Satisfacción de Personas”
	Formación en gestión y Autoevaluación REDER.	Reuniones de reconocimiento grupales.
2007	ESP, Evaluación externa y Consultora externa	Plan de Gestión del Capital Humano

Figura 3.e.2. Mejora y Aprendizaje en el reconocimiento y atención a las personas.



4. ALIANZAS Y RECURSOS



CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

4.A- GESTIÓN DE LAS ALIANZAS EXTERNAS.

ALIADOS	COMPROMISOS / VALOR AÑADIDO	AÑO
LABORATORIOS	Laboratorios de Sanidad Vegetal <i>Compromisos del Laboratorio (línea Biología Vegetal):</i> <ul style="list-style-type: none"> - Organización desde el año 1999 por el Laboratorio Regional del ensayo colaborativo (intercomparación) para detección del virus de Entrenudo corto y virus Enrollado III en vid. Periodicidad: anual. - Elaboración de fichas de patógenos que afectan al cultivo de vid, champiñón y patata. - Exposición de experiencias (<i>Erwinia amylovora</i>, resultados de ensayos de intercomparación,...) <i>Beneficios/Valor añadido para el Laboratorio:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia a Reunión anual del Grupo de trabajo de laboratorios de diagnóstico y prospecciones fitosanitarias. Objetivo: exposición de experiencias, apoyo técnico de Laboratorios Nacionales de Referencia, solicitud y organización de cursos. - Disponibilidad de fichas de diagnóstico en laboratorio (con protocolos de trabajo) de organismos nocivos en vegetales publicadas por el Ministerio de Agricultura. Facilitan la puesta a punto de técnicas. - Publicación de libro resumen de la reunión: trabajos presentados, nuevas fichas, acuerdos adoptados. 	1989
	PNIR (productos zoosanitarios) <i>Compromisos del Laboratorio (líneas Química de Residuos, Biología Alimentaria y Biología Pecuaria):</i> <ul style="list-style-type: none"> - Realización de determinados análisis. El reparto de análisis entre los laboratorios y la planificación se realiza en función de las nuevas exigencias legislativas y de las capacidades conjuntas y específicas de cada laboratorio. <i>Beneficios/Valor añadido para el Laboratorio:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia desde el año 2005 a la Reunión de laboratorios de CCAA del Norte participantes en PNIR en alimentos de origen animal (periodicidad: anual) y desde el año 2002 a Jornadas de Medicamentos veterinarios organizadas por Agencia Española de Seguridad Alimentaria. 	1991
	PNIR (productos fitosanitarios) <i>Compromisos del Laboratorio (línea Química de Residuos):</i> Realización de análisis. <i>Beneficios/Valor añadido para el Laboratorio:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia a las Reuniones del grupo de trabajo de fitosanitarios del MAPA (desde el año 1995, periodicidad: anual). - Asistencia a las Jornadas técnicas sobre Plaguicidas en vegetales (organizadas por TestQual de la Universidad de Almería) desde el año 2003. 	1995
	Laboratorios del Norte <i>Compromisos (línea Biología Pecuaria) y colaboración:</i> Benchmarking, formación, intercambio de documentos y resultados,	2005
PROVEEDORES	SAME-SI <i>Colaboración:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Innovación en sistemas informáticos (ampliación y adaptación de LIMS a las necesidades del Laboratorio y las propuestas de otros laboratorios- información de seguridad de reactivos, informatización de evaluación de proveedores,..., conexión de robot de Biología Pecuaria a LIMS, desarrollo de Página web y de aplicación CRM,...). <i>Beneficio para SAME:</i> mejora de su oferta informática.	1997
	Cultek <i>Colaboración:</i> Implantación de técnicas de Biología Molecular (línea Biología Especial) donde se colabora en el desarrollo y puesta a punto de técnicas y en la elaboración de prototipos (por ejemplo: analíticas y técnicas en <i>Legionella</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Listeria</i> y Gripe aviar por PCR). <i>Beneficio para Cultek y aliados/sociedad:</i> permite optimizar su servicio. A través de esta relación, otros laboratorios nos han visitado para aprender y ver el funcionamiento de aparatos y técnicas.	2004
	Mplus Consulting <i>Colaboración:</i> Adopción del modelo EFQM que ha supuesto un nuevo enfoque en la gestión del Laboratorio.	2005
	Entidades que organizan ensayos de intercomparación (I2000, Asfac,...) Reuniones anuales donde se analizan los resultados de todos los laboratorios, se proponen nuevas rondas o matrices para futuros ejercicios de intercomparación y explicación de las técnicas estadísticas utilizadas para los análisis, atendiendo las exigencias de los laboratorios que participan.	1985
CLIENTES	Servicio de Ganadería - Gobierno de La Rioja. <i>Compromisos del Laboratorio:</i> Aportar resultados con las características que nos solicitan / Puesta a punto y acreditación de técnicas: detección de mohos y levaduras en piensos (2006). <i>Colaboración:</i> Desarrollo del programa informático junto con SAME y SAICAR, en función de nuestras necesidades y de las del propio Servicio de Ganadería; se consiguió conectividad de su sistema informático al LIMS ganando en eficiencia.	2003
	Consorcio de Aguas <i>Compromisos y colaboración:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Línea Q.Alimentaria: Puesta a punto de técnicas (Mercurio, sólidos volátiles, Bario, Selenio, Estaño en aguas). - Línea Q.Producción: Análisis de metales pesados en lodos (desde 2005). 	2003
SOCIEDAD	CIDA <i>Compromisos (Línea Química de Producción) y colaboración:</i> Programas de investigación conjunta (Análisis físico-químico de suelo y plantas). <i>Valor añadido para los clientes:</i> disponibilidad de datos estadísticamente fiables para interpretar análisis de hojas de vid en floración y envero a nivel regional. <i>Beneficios para el Laboratorio:</i> Asistencia a Jornadas técnicas (año 2006).	1990
	Medio Ambiente <i>Compromisos del Laboratorio (Línea Química de Producción) y colaboración:</i> Determinación de umbrales en metales pesados en tierras y lodos.	2005
	Centros docentes Realización de prácticas en el Laboratorio. Visitas anuales a líneas Química Alimentaria y Química Residuos.	Todos los años.

Figura 4.a.1. Alianzas del Laboratorio: compromisos y valor añadido.



Para el cumplimiento de la Visión – “... aspiramos a ser una organización en la que ... todos nuestros aliados ... se sientan orgullosos. Nuestro objetivo es convertirnos en un laboratorio líder en innovación, modernidad, en equipos e instalaciones...” y, de acuerdo a nuestros Mapas Estratégico y de Procesos (Figs.2.c.2 y 0.2), hemos apostado claramente por mejorar el Capital Relacional, siendo la gestión de alianzas una estrategia fundamental para el Laboratorio (ver Factores Clave de Éxito –Fig. 2.c.5- y Procedimiento “Gestión de Alianzas”).

La consecución de estos aspectos requiere el establecimiento de fuertes alianzas con proveedores, laboratorios, clientes y sociedad (Fig.4.a.1) que añadan valor al Laboratorio a través de la mejora de la calidad y del servicio, la disminución de costes para el cliente y contribuyentes y el desarrollo de la innovación. El marco de referencia para la gestión de alianzas se establece en el Procedimiento “Gestión de Alianzas” en el que, en primer lugar, se define Alianza como “cualquier relación que se establezca por parte del laboratorio con diferentes socios o miembros (clientes, competidores, otros laboratorios...) con unos objetivos previamente definidos y para obtener beneficios mutuos, asumiendo paralelamente unas obligaciones o compromisos”.

PRINCIPALES VENTAJAS DE ALIANZAS Y COLABORACIONES PARA EL LABORATORIO
CON LABORATORIOS
- Se realizan <u>visitas</u> a centros especializados (ver Fig.5.c.3) o se recibe apoyo técnico de acuerdo a las competencias clave de aliados. A su vez, se colabora recibiendo visitas (Gobierno de Navarra, Gob. País Vasco, Lab. Sanidad Animal de Lérida... Ver Registro de Visitas).
- Asistencia a <u>cursos, reuniones, jornadas...</u>
- Se <u>optimiza la gestión de recursos</u> mediante la especialización en determinadas técnicas (por ejemplo, en la alianza del PNIR).
CON PROVEEDORES
- Fuente de innovación, tendencias en el mercado y experiencias.
- Entrega de fichas de seguridad de reactivos.
CON CLIENTES DE REFERENCIA Y CLIENTES PRINCIPALES
- Mejora de oferta analítica.

Figura 4.a.2. Principales beneficios de las alianzas y colaboraciones.

Una de las estrategias del Laboratorio en este ámbito ha consistido en la creación de diferentes equipos de mejora implicados en gestionar el Capital Relacional: Equipo de Clientes, Equipo de Aprovisionamiento y Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas (ver Fig.3.c.1). Esta estrategia se refuerza con la creación de la alianza de Laboratorios del Norte que fue consolidada en diciembre de 2005. Promovida por la Dirección, esta alianza tiene como objetivo realizar estudios de Benchmarking y mejorar la gestión de los laboratorios, compartiendo formación (cursos de Diagnóstico de Brucelosis, Protección de datos en laboratorio –año 2006), procedimientos, experiencias

y resultados entre los laboratorios integrantes. En el año 2007, hemos establecido contactos para formalizar un acuerdo marco de colaboración con el Laboratorio Regional de Salud Pública de Madrid en materia de intercambio de muestras e información (externalización de servicios).

La puesta en común de experiencias y conocimientos con los aliados y proveedores supone la mejora continua para ambas partes, como se puede apreciar en las Fig. 4.a.1 y Fig. 4.a.2.

Las alianzas con laboratorios (Fig.4.a.1) proporcionan apoyo técnico y legislativo y la posibilidad de realizar visitas donde ampliar conocimientos. Existen también otros acuerdos de Colaboración con otros laboratorios (Fig.4.a.3) que tienen gran importancia para nuestro funcionamiento.

LÍNEA	LABORATORIOS	TEMA DE COLABORACIÓN
BA	Inst. Salud Pública de Navarra y Zaragoza, Lab. de Salud Pública de Guipúzcoa, Agencia Española de Seguridad Alimentaria,...	Técnicas microbiológicas, detección de inhibidores, validación y calibración de térmicos.
BE	IBABSA y Facultad de Veterinaria de Zaragoza, Lab. de Virología del Hospital de La Rioja y Lab. Pecuario de León	Detección de encefalopatías Técnicas PCR, detección de Gripe
QA	EDAR de Arazuri (Navarra), Centro Fraisoro (Guipúzcoa) Lab. Nasersa (Navarra), Lab. Interprofesional Lechero Ligal (La Coruña) Lab. Agroalimentario de Cabrilis	Análisis de aguas Análisis de piensos Obtención de material certificado
QP	Lab. Agrícola de Cantabria, IPROMA de Castellón, SIDAMON WEPAL de Holanda y Comité Interinstitutos (CII) de Francia	Análisis de suelos y metodología ICP Obtención de material certificado
Otras líneas: ver alianzas (Fig.4.a.1.) Gestión: Laboratorio Normativo de Salud Pública del Gobierno Vasco, Laboratorio Regional de Salud Pública de Madrid, Agencia de Salud Pública de Barcelona.		

Figura 4.a.3. Resumen de colaboraciones con otros laboratorios.

La relación con nuestros partners se estructura de acuerdo a diferentes mecanismos y procedimientos (Fig.4.a.4).

CÓMO SE ESTRUCTURAN LAS RELACIONES CON ALIADOS
- Procedimiento “Gestión de Alianzas”. - Firma del Código de Conducta Europeo de Benchmarking (en la constitución de Alianza de Laboratorios del Norte).
CON LABORATORIOS: Reuniones de grupos de trabajo y otras reuniones sectoriales, actas y libros resumen derivados de ellas.
CON PROVEEDORES: Proceso “Aprovisionamiento” (PR18).
CON CLIENTES: - “Procedimiento para Revisión de Solicitudes, Ofertas y Contratos” (PG/01/11). - Proceso “Relación y Satisfacción de Clientes” (PR03)

Figura 4.a.4. Estructuración de relaciones con aliados.


Revisión, aprendizaje y mejora
Aprendizaje y mejora

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORAS
2001	Norma ISO 17025	Elaboración de "PG de Compras de Servicios y Suministros" (PG/04/08).
2002	Norma ISO 17025	Elaboración de "PG de revisión de Solicitudes, Ofertas y Contratos" (PG/01/11).
2003	Reflexión interna	Envío de Oferta de Determinaciones a clientes principales.
	Norma ISO 17025	Evaluación de proveedores.
2004	Formación en gestión	Creación del Equipo de Clientes.
2005	Formación en gestión. Seminario de Benchmarking	Creación de Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas.
	Reflexión interna.	Participación del Equipo de Clientes en entrevistas con clientes principales.
	Formación en gestión	Creación de Alianza de Laboratorios del Norte.
	Reflexión interna	Envío de programación de necesidades del Laboratorio a proveedores de fungible, reactivos y similares para asegurar suministro, mantener el lote a lo largo del año y disminuir costes, aumentando la eficiencia.
2006	Formación en gestión	Elaboración del Procedimiento "Gestión de Alianzas". Implantación de CRM.
	Formación en Gestión por Procesos	Elaboración de Procesos "Aprovisionamiento" (PR18) y "Relación y Satisfacción de Clientes" (PR03).
	Reflexión interna	Mejora de la Evaluación de proveedores e informatización en LIMS.
2007	Gestión por Procesos	Comunicación de resultados de Evaluación de proveedores a los mismos.
	Análisis interno	Contactos para formalizar la alianza con el Lab. Reg. Salud Pública de Madrid.

Figura 4.a.5. Mejoras en la gestión de alianzas.

Revisión

La gestión de alianzas se revisa a través de:

- Revisiones del Sistema, Informes de proceso o equipo.
- Autoevaluación y Evaluación externa.
- Indicadores del proceso "Aprovisionamiento" (PR18): evaluación de proveedores, plazo medio de entrega.... (ver subcriterio 9.b).
- Registros de alianza de Laboratorios del Norte.

4.B- GESTIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS.

De acuerdo a nuestra Visión "Pretendemos ser el laboratorio público referente en el ámbito nacional por nuestra capacidad técnica, eficiencia económica y eficacia....." "y de la que todos... contribuyentes...

se sientan orgullosos", estamos comprometidos con la optimización de la gestión de los recursos económicos, tal y como se puede apreciar en la perspectiva financiera de nuestro Cuadro de Mando (ver Fig.2.d.3), donde figuran las líneas estratégicas:

- 1.1. Estudio de competitividad (técnica y económica).
- 1.2. Saneamiento de la demanda.

El Laboratorio Regional, como unidad de la Administración Pública, financia sus actividades mediante fondos dispuestos en partidas presupuestarias. Los fondos presupuestarios se asignan anualmente a cada uno de los programas de gastos mediante la Ley Presupuestaria Regional correspondiente. Tenemos asignado un Programa dividido en conceptos presupuestarios que, a su vez, se agrupan en diversos capítulos, artículos y partidas.

PRINCIPALES CAPÍTULOS PRESUPUESTARIOS
1. Personal
2. Gastos en servicios, suministros y arreglos
2.2. Mantenimiento de edificios e instalaciones
2.3. Adquisición de bienes y suministros
4. Gastos en entidades sin ánimo de lucro
6. Inversiones

Figura 4.b.1. Capítulos presupuestarios fundamentales del Laboratorio.

La Dirección y Servicios Generales elaboran anualmente la Propuesta Presupuestaria en función de las necesidades, teniendo en cuenta la información y acuerdos tomados en la Revisión del Sistema, de los objetivos y metas adoptados y de las necesidades recogidas en los Informes de proceso o de equipo. Tras negociaciones continuas durante tres meses con la Dirección General de Calidad e Investigación Agroalimentaria, se hace una propuesta definitiva y consensuada para, en septiembre de cada año, elaborar las partidas definitivas de la Consejería que se trasladarán al Consejo de Gobierno para su aprobación y posterior negociación en el Parlamento de La Rioja.

La gestión presupuestaria se controla y gestiona mediante una aplicación informática denominada SICAP. Para ayudarnos en la gestión económica se dispone de las ayudas que ofrece el programa LIMS, donde constan todos los gastos e inversiones en equipos analíticos. Posteriormente, todos estos apuntes contables los gestiona el programa de cálculo de Costes que es la base fundamental para el conocimiento y mejora de la eficiencia. Un objetivo fundamental de la Dirección del Laboratorio ha sido establecer precios a los servicios de acuerdo a costes reales, tal como se puede apreciar en nuestro Cuadro de Mando Integral; en el año 2007, se ha presentado al Gobierno de La Rioja una propuesta de Precios Públicos en los servicios analíticos de acuerdo a costes y, con ello, evitar la competencia



desleal a laboratorios privados y mantener nuestra situación competitiva en el mercado.

El estudio de las inversiones se realiza de acuerdo al nivel de obsolescencia y edad media de los equipos y gastos anuales en su mantenimiento (ver subcriterio 9.b).

La adquisición de bienes intangibles es muy heterogénea, pero cada vez representa un porcentaje mayor en el capítulo de gastos. Las principales partidas de este epígrafe se agrupan de la siguiente manera:

- 1) Programas de Calidad (Auditorías y ensayos de intercomparación).
- 2) Tecnologías de conocimiento, programas informáticos.
- 3) Formación y Asesoría.
- 4) Adquisición de información impresa: libros, normas ISO, revistas, etc... y otras fuentes de información (Dialnet, Ecoiuris).

PARTIDAS	2004	2005	2006
Intercomparativos adquiridos	23.810 €	17.871 €	12.606 €
Intercomparativos institucionales	13 rondas	17 rondas	13 rondas
Tecnologías del conocimiento	23.474 €	23.680 €	44.413 €
Adquisición de información	2.107 €	3.924 €	3.426 €

Figura 4.b.2. Partidas de adquisición de bienes intangibles.

El Laboratorio, al ser parte de la Función Pública, participa en diversas reuniones sin coste para la unidad que le proporciona información relevante.

Mantenemos unos procedimientos administrativos exigibles a todas las unidades del sistema de Administración Pública. Para lograr una mayor eficacia y eficiencia de sus bienes, hemos establecido diversos mecanismos, procedimientos y procesos internos gestionados por equipos (Fig.4.b.3). Estos equipos efectúan diversos estudios de la gestión global y segmentada de los recursos que se recogen en diversos indicadores, lo cuales vienen reflejados en los Informes de Resultados anuales. Estos resultados de la gestión económica se distribuyen a cada una de las líneas y se discuten en la Revisión del Sistema y en las sesiones de negociación preparatorias (Fig.4.b.5).

EQUIPOS	ACTUACIONES
Equipo de Aprovisionamiento	Gestión del proceso "Aprovisionamiento" - PR18 (ver Fig.4.c.6) Gestión de programas dentro de la aplicación informática LIMS
Equipo de Costes	Estudio de Costes anual
Servicios Generales	Informe de Resultados

Figura 4.b.3. Actuaciones de los equipos implicados en la gestión.

La prevención de riesgos económicos (indemnizaciones por errores) se realiza mediante una doble vía:

- a) Trabajo bajo sistemas normalizados. La política de aseguramiento de la calidad trata de prevenir y de asegurar la minimización de errores que pudieran dar lugar a indemnizaciones. En la actualidad, se está trabajando para implantar las Normas ISO 14001 y OHSAS 18001 y 18002 con el fin de minimizar riesgos de accidentes ambientales o de salud sobre las personas que pueden suponer para la Administración una importante vía de gastos por demandas judiciales y otras compensaciones económicas.
- b) Seguros que la Administración tiene establecidos y que se concretan, para el Laboratorio, en los detallados en la Fig.4.b.4.

TIPO DE SEGURO	ENTIDAD GESTORA
Seguro de Responsabilidad Civil para todos los profesionales del centro.	Administración Pública
Seguro de pérdidas patrimoniales (continente de los establecimientos)	Consejería de Hacienda
Seguro de pérdidas patrimoniales (contenido)	Consejería de Agricultura
Seguro de enfermedad y accidentes	Administración Pública

Figura 4.b.4. Contratos de seguros en el Laboratorio.

Revisión, aprendizaje y mejora

TIPO DE INFORME/EVALUACIÓN	
EXTERNO O INSTITUCIONAL	Propuesta de Presupuesto para el año x (próximo)
	Reuniones trimestrales con la Dirección General de Calidad e Investigación Agroalimentaria (e Informes de Ejecución presupuestaria correspondientes) para evaluar la situación en un momento concreto de los gastos, ejecuciones presupuestarias y análisis de desviaciones.
	Memoria Anual de Actividades: recoge la estructura y actividades de cada unidad administrativa y los resultados de las distintas subunidades con referencias a la evolución respecto a ejercicios anteriores.
	Informes en la compra de bienes o servicios en los casos en que el importe supere cierta cantidad, según la Ley de Procedimiento Administrativo.
	Otros informes solicitados por la Consejería (ej., ante preguntas parlamentarias).
INTERNO O DE GESTIÓN	SICAP: Sistema de Información Contable de la Administración Pública implantado por el Gobierno de La Rioja en todas sus unidades. Permite el registro y control de cada una de las partidas presupuestarias, artículos y capítulos del programa presupuestario y de las acciones de gasto (facturas) ejecutadas o en trámite.
	Informe de Resultados anual.
	Indicadores estratégicos (ver criterio 9): - Eficacia (cumplimiento de objetivos) - Eficiencia (coste medio/determinación) - Productividad (nº determinaciones/persona)
	Otros indicadores (ver criterio 9): - PR18 "Aprovisionamiento": evaluación de proveedores. - PR15 "Gestión económico-financiera": asignación presupuestaria y % ejecución presupuestaria.
	Revisión del Sistema: se analizan los informes internos en relación a gastos en equipos, material fungible y resultados por líneas/equipos.

Figura 4.b.5. Informes o mecanismos de control interno y externo de gastos e inversiones.



Aprendizaje y mejora

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	ACCIONES DE MEJORA
2001	Norma ISO 17025.	"Procedimiento de Compras de Servicios y Suministros" (PG/04/08).
2002	Formación en gestión.	1 ^{er} Informe de Resultados.
2003	Formación en gestión.	1 ^{er} Estudio de Costes.
2004	Análisis interno y propuesta de los equipos.	Revisión del Sistema por Línea/Departamento.
2005-2006	Consultora externa.	Mejora del Estudio de Costes.
2006	Autoevaluación REDER y Formación en Gestión por Procesos.	Proceso PR18 "Aprovisionamiento". Formalización de indicadores estratégicos.
2007	Formación en gestión	Propuesta al Gob. La Rioja de precios de servicios de acuerdo a costes.

Figura 4.b.6. Aprendizaje y mejora en la gestión de recursos económico-financieros.

4.C- GESTIÓN DE LOS EDIFICIOS, EQUIPOS Y MATERIALES.

Una buena gestión de los recursos es condición *sine qua non* para cumplir nuestra Visión "pretendemos ser el laboratorio público referente en el ámbito nacional por nuestra capacidad técnica, eficiencia económica y eficacia en una política de mejora continua... Nuestro objetivo es convertirnos en un laboratorio líder en innovación, modernidad en equipos e instalaciones, con respeto al medio ambiente y con una cultura de seguridad laboral y social..."

La mejora de las instalaciones, remodelaciones y adecuaciones (Fig.4.c.1) se planifican y priorizan considerando que puedan suponer una mejora en la atención de las requisitos de nuestros grupos de interés (clientes y personas).

AÑO	ACTUACIÓN
2001	Creación del laboratorio de Biología Especial. Ampliación de los laboratorios de B.Especial y B.Pecuaria.
2003	Mejora de acondicionamiento de recepción con la incorporación del logo en determinadas zonas. Mejora de acondicionamiento de instalaciones (ventanas, pintura, techos, aire acondicionado tomas de corriente...)
2005	Reforma de área de descanso (comedor). Adecuación del edificio a la normativa de seguridad laboral, puertas de evacuación, cambio de barandilla, instalación de alarma antiincendios, etc. Señalización de uso de las distintas zonas de aparcamiento.
2006	Cambios y mejoras de la señalización. Mejoras en el sistema de ventilación, instalación de filtros y otros elementos de seguridad.
2007	Construcción de un aparcamiento para el personal.
2010	Proyecto de obra de ampliación y acondicionamiento general.

Figura 4.c.1. Mejoras en las instalaciones del Laboratorio.

En la gestión del equipamiento técnico, todos los equipos tienen asignado un responsable encargado

de mantener al día la documentación del equipo (ver PG/01/08). El PNT del equipo es el documento en el que constan todos los datos requeridos para el funcionamiento, control y mantenimiento del equipo.

MANTENIMIENTO	DESCRIPCIÓN
Mantenimiento interno	Ejecutado por el responsable del equipo, o persona delegada.
Mantenimiento externo (S.A.T.s)	Realizado por técnicos de la marca o casa suministradora.
Mantenimiento preventivo	Actividades periódicas.
Mantenimiento correctivo	Actividades derivadas de averías o sustituciones.

Figura 4.c.2. Tipos de mantenimiento de equipos.

Además de este documento de gestión de equipo, el historial y las labores de gestión están regulados desde la aplicación LIMS que integra la gestión de todo el equipamiento del Laboratorio.

AÑO	ACTUACIÓN
2002-2005	Actividades formativas en temas de higiene, seguridad, medioambiente y responsabilidad social. Evaluación de Riesgos Laborales. Evaluación de Impactos Ambientales. Plan de Autoprotección y Emergencias. Cumplimentación de registros de bajas, accidentes e incidentes laborales. Señalización de seguridad del Laboratorio. Sistemas de seguridad colectiva (extintores, duchas, lavajos, cabinas de seguridad, alarmas antiincendios...) Redes de alerta de detección de incendios, de antirrobo. Control anual de vertidos de la fosa séptica Gestión de residuos de compuestos halogenados Gestión de cartuchos de impresoras y fotocopadoras Recogida de pilas Recogida de papel y cartón Recogida de vidrio Recogida de plástico
2005	Elaboración y análisis de indicadores
2006	Instalación de filtros en campanas extractoras para controlar la peligrosidad de las emisiones Política de disminución del uso de recursos (papel, electricidad y agua) Utilización de tóner de impresora reciclados Identificación de los residuos generados, medidas de protección y medidas medioambientales en todos los procedimientos ("Instrucciones Técnicas") Gestión sistemática de los residuos generados.
2006-2007	Contratación de servicio de gestión de residuos químicos, empresa Gestión y Protección Ambiental (GPA).

Figura 4.c.3. Actuaciones en seguridad de las personas y Medio Ambiente.

Todas las labores de mantenimiento (Fig.4.c.2) se recogen en el historial del equipo (registros de mantenimiento, registros de reparaciones, registro de calibración/verificación). El programa de LIMS que gestiona este campo se llama "Accesorios - Gestión aparatos". Una persona del Laboratorio se encarga de registrar todas las incidencias transmitidas por los responsables de cada equipo en esta aplicación; de esta manera el programa contiene el historial de



todos y cada uno de los equipos del Laboratorio. El responsable de equipos de LIMS edita anualmente por Líneas las actividades de mantenimiento, calibración y verificación recogidas en un documento que popularmente se llama “sábana santa”, que ha de ser firmado por el responsable de Línea y el responsable de Áreas para darle validez. En estos calendarios se recogen además de las fechas, el responsable de ejecución y la tarea prevista.

Para gestionar la seguridad de las personas, plantilla y visitantes, trabajamos bajo las normas OHSAS 18001 y 18002 (Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo) y el Equipo SIG está trabajando para minimizar los impactos ambientales y aumentar la sostenibilidad a través de acciones concretas (Fig.4.c.3) y la gestión de residuos tóxicos (ver “*Procedimiento para el tratamiento y gestión de residuos*” - PG/02/09).

La implantación de las Normas ISO 14001 de Gestión Ambiental supone el establecimiento de un sistema que gestiona los impactos ambientales buscando su minimización; así, buscamos racionalizar nuestros residuos y consumos de recursos mediante diversos métodos (Fig.4.c.4).

MÉTODOS	EVIDENCIAS
Trabajo en lotes.	Agrupación de muestras.
Implantación de técnicas de minimización.	Trabajo con micrométodos (por ejemplo: microplacas de 96 pocillos).
Sustitución de métodos y reactivos más contaminantes por otros más adecuados.	Sustitución del procedimiento de Gel Permeación por el Seal Pack, en línea QR (elimina el consumo de diclorometano – 25l/semana-) Sustitución del Bromuro de Etidio por PCR-RT. Sustitución del Selenito por Tetrionato.
Gestión.	Utilización de indicadores de aprovisionamiento que buscan reducir el gasto medio en reactivos por análisis.

Figura 4.c.4. Optimización del consumo de reactivos y racionalización de residuos.

El consumo de suministros como agua, electricidad y gasóleo es un aspecto relevante. Desde 2005 se miden y valoran los consumos de estos recursos con el propósito de optimizar su uso.

El mantenimiento del sistema informático se realiza entre el Equipo de Informática que gestiona las necesidades de los usuarios, la empresa SAME que se ocupa del mantenimiento y actualización del programa de gestión LIMS y el personal técnico de la Agencia del Conocimiento y la Tecnología encargado del mantenimiento de la red y de los equipos informáticos.

Se pueden distinguir distintos tipos de inventarios de material (Fig.4.c.5):

INVENTARIO	CARACTERÍSTICAS
Inventario de equipos	- En LIMS. - Fichas de inventario: datos generales, datos de clasificación y ubicación, información sobre fechas, estado del equipo.
Inventario de material informático	- Inventario general de equipamiento informático: ordenadores personales, impresoras, servidores. - Registro de los grupos de usuarios. - Registro de aplicaciones: aplicaciones de red comunes, de red, de PC.
Inventario de material analítico	- En LIMS. - Identificación, control y gestión de la adquisición, almacenamiento y reparto de los reactivos a cada una de las líneas. - Control de la vida útil, caducidad de los reactivos...

Figura 4.c.5. Inventarios de material.

En relación al material analítico (reactivos, patrones...), cada uno de los productos se identifica por un código interno que queda recogido tanto en la aplicación informática LIMS (“*Almacén de Reactivos*”) como en las etiquetas que acompañan a los productos durante su vida útil.

El Equipo de Aprovisionamiento que tiene la responsabilidad de gestión de compras y de evaluación de proveedores genera, periódicamente, a partir de la aplicación LIMS, un listado de lotes a comprobar y un listado de caducidades de productos y lo distribuyen a líneas emitiendo una *hoja de “Control de Distribución”* (ver “*Procedimiento de identificación y gestión de material analítico*” - PG/02/08). Así, se comprueba la caducidad de los lotes, pudiendo, si se trata de un producto caducado, darle de baja o ampliar su caducidad si se considera oportuno. A través de la aplicación informática LIMS, se identifica completamente el estado y ubicación de todo reactivo.

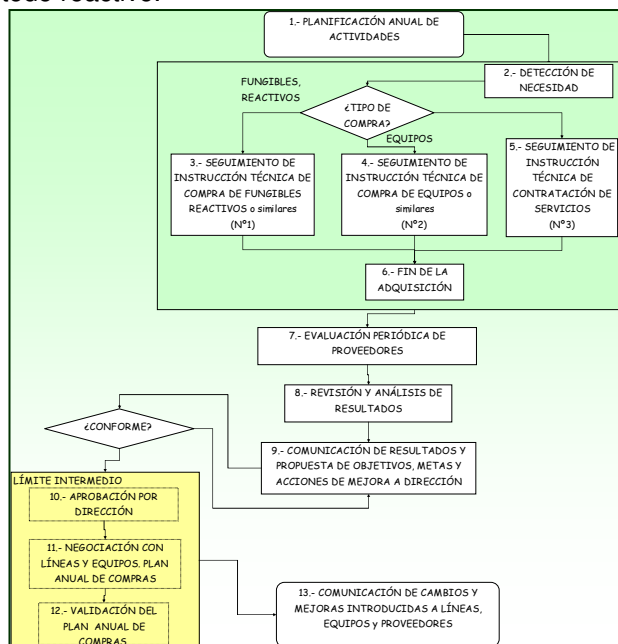


Figura 4.c.6. Proceso “Aprovisionamiento” (PR18).



El proceso “Aprovisionamiento” (PR18) - Fig.4.c.6- cuenta con diferentes procedimientos de compra en función de su naturaleza, servicios, bienes fungibles, equipos, etc... y de su cuantía.

A final de año, se elaboran los correspondientes estudios sobre:

- los suministros efectuados a cada línea,
- el coste que estos suministros tiene sobre la determinación
- la calidad de los suministros y de los suministradores.

Los resultados se evalúan en las reuniones de Revisión del Sistema (Ver Informes de Resultados e Informes de Revisión del Sistema).

Revisión, mejora y aprendizaje

Mantenemos en nuestros compromisos con los contribuyentes el ser eficientes en la gestión de recursos. El resultado de los procedimientos / procesos en este aspecto se evalúa a final de año, estando en continua evolución (ver “Informe de Resultados” anualidades 2004, 2005 y 2006).

Para el análisis y mejora de la Gestión Ambiental registramos datos de Kg. de papel y cartón entregados, conformidad de resultados con analítica de la fosa séptica (ver subcriterio 8.b). También analizamos indicadores que muestran la situación en torno a los accidentes laborales o de otras circunstancias que pueden afectar al personal; es el caso de los indicadores de absentismo (ver subcriterio 7.b).

En las reuniones de Revisión del Sistema, se revisa el sistema de gestión de equipos y cada línea evalúa o sugiere cambios o compras.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PERSONAL	
ENTORNO DE TRABAJO	
La ubicación, preparación y medios de mi puesto de trabajo para el desarrollo de mis tareas.	
El espacio físico que tengo para desarrollar mi trabajo.	
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES	
IMAGEN GENERAL	
Acceso a las instalaciones y aparcamientos. Señalización.	
Respeto al Medio Ambiente en las instalaciones.	
Orden y limpieza de las instalaciones.	
ENCUESTA SOCIAL	
RESPETO AL MEDIO AMBIENTE	
Impacto de la actividad del laboratorio en el medio ambiente.	
Colaboración del laboratorio en la reducción y eliminación de residuos y en el buen uso de los recursos.	
ATENCIÓN Y TRATO	
Si ha habido cesión de instalaciones, cómo se las ha encontrado en cuanto a orden, limpieza...	

Figura 4.c.7. Medidas de satisfacción con la gestión de los edificios, equipos y materiales.

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORA INCORPORADA
1998	Norma ISO 17025.	“Procedimiento de identificación y gestión de material analítico” (PG/02/08).
		“Procedimiento de identificación y gestión de equipos y patrones físicos” (PG/01/08).
2001	Norma ISO 17025.	“Procedimiento de compras de servicios y suministros” (PG/04/08).
2005	Legislación.	Instalación de la red de alarma de incendios.
	Simulacro de evacuación de emergencias y revisión del Plan.	Corrección de deficiencias en el sistema de evacuación.
		Corrección de las deficiencias en la colocación de extintores.
2006	Reuniones del Equipo SIG. Formación en Prevención de Riesgos Laborales, Seguridad e Higiene.	Señalización del “Punto de Encuentro”.
		Instalación del armario de información para bomberos.
		Instalación de ventilación en sala de pesada.
		Instalación de contenedores para reciclaje de: envases de metal contaminados, envases de plástico contaminados, envases de vidrio contaminados,...
2007	Gestión por Procesos	Comunicación a proveedores de sus resultados de evaluación.
	Análisis interno	Construcción de parking para el personal.

Figura 4.c.8. Mejoras incorporadas en la gestión de edificios, equipos y materiales.

4.D- GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.

Según queda reflejado en nuestra Visión, “...nuestro objetivo es convertirnos en un laboratorio líder en innovación, modernidad en equipos e instalaciones...”. Así, nuestras actuaciones, tal y como recogen nuestros Valores Institucionales, se basan en “... la calidad y la innovación. Incorporando la mejora continua como parte del trabajo y el esfuerzo por la innovación tecnológica permanente”. De este modo, en la última reflexión estratégica hemos identificado como Factor Clave de Éxito la Mejora de la Tecnología (ver Fig.2.c.5). La estrategia principal del Laboratorio en este tema es la implementación y seguimiento de las sucesivas revisiones de modelos de gestión, normas ISO o similares (Fig.4d.2 y anexo MC/06/04).

En el Laboratorio, entendemos por Tecnología “el conjunto de conocimientos que se pueden aplicar en nuestra actividad con el propósito de hacer más eficiente y eficaz la prestación de nuestro servicio, de acuerdo a las necesidades actuales y futuras de nuestros clientes”.

Utilizamos la tecnología para:

- La incorporación a la oferta de nuevos servicios demandados por la sociedad o los clientes (Fig.4.d.1).



CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

AÑO	SERVICIO ANALÍTICO	TECNOLOGÍA EMPLEADA
2001	Harinas animales	Microscopía
	Encefalopatías	Western Blotting
2004	Productos alimenticios OGMs	PCR
	Antiinflamatorios no esteroideos	HPLC – MS
	Etilenos en agua	GC – MS
2005	Superficies y ambientes	Recuento en placa
	Caracterización de vertidos	Adaptación continua a técnicas CHE
2006	Gripe aviar	RT-PCR a tiempo real
	Anabolizantes	HPLC-MS
2007	Análisis de olivas y aceites	Abencor, Rancimat...
	Ácidos grasos y ceras	Cromatografía

Figura 4.d.1. Relación de nuevos servicios ofertados por el Laboratorio.

- b) Mejora permanente de los Procesos Operativos. Se siguen los cambios establecidos por las sucesivas revisiones de la norma ISO 17025 que requieren innovación de conceptos, modificación de procedimientos y actualización del equipamiento. Por ejemplo, nuevos procesos de validación, nuevas exigencias en cuanto a gestión de la formación, etc. Últimamente, se ha adquirido un aparato para análisis de mercurio (Millenium), dos cromatógrafos Gases-FID y un detector de fluorescencia para HPLC.

Todas las líneas participan en ensayos de intercomparación organizados por entidades externas. El sistema de calidad exige la

participación en este tipo de ensayos con periodicidad anual para aquellas técnicas acreditadas si bien, la política del Laboratorio, en un avance más hacia la Excelencia, ha sido participar también en métodos no acreditados. El informe que acompaña a los resultados de cada participante en el ensayo permite la comparación de resultados con otros laboratorios, la detección de tendencias o de desviaciones que puedan motivar acciones preventivas o correctivas.

- c) Mejora permanente de los procesos de gestión. Hemos adoptado el modelo EFQM como marco general, aunque para la gestión de elementos particulares trabajamos normas específicas tales como las de Seguridad Laboral, Medio Ambiente, mejora de la información (Fig.4.d.2).

TIPO DE NORMATIVA ISO O SIMILAR	Nº DE NORMAS
Normativa ambiental	17
Normativa informática	5
Normativa de seguridad laboral	2
Normativa de estadística	9
Normativa de Biología Alimentaria	33
Normativa de Química Alimentaria	19
Normativa de calidad	10
Legislación	9
Certificados de calibración externa	9
Documentos ENAC	2
Documentación de referencia	14

Figura 4.d.2. Normas ISO manejadas por el Laboratorio.

INFORMACIÓN	APORTACIÓN	MECANISMOS	EJEMPLOS
Nuevas exigencias de los clientes	Aportan necesidades de productos nuevos o mayores exigencias de calidad.	Cambios y mejoras en procedimientos, equipos, formación.	Detección de gripe aviar. Análisis de anabolizantes. Implantación de CRM para mejorar la relación con los clientes.
Necesidades de Contribuyentes	Aumentar la eficacia y la eficiencia del sistema de gestión del Laboratorio.	Innovación en la tecnología de la información.	Elaboración del programa de cálculo de Costes.
Gestión ambiental o seguridad del personal	Optimización de la gestión ambiental y de seguridad.	Innovaciones técnicas.	Sustitución de PCR clásica por PCR-RT para la eliminación del Bromuro de Etidio (producto cancerígeno). Sustitución del gel permeación por el Seal Pack para la determinación de organoclorados (eliminación del gasto de diclorometano y hexano).
Programas de calidad	En la determinación de controles, auditorías y ensayos intercomparativos, se detectan resultados con insuficiente calidad.	Someter al procedimiento y los equipos a procesos de análisis críticos y renovación.	Introducción del sistema de cromatografía de líquido –masas para mejorar la identificación y cuantificación molecular de los residuos. Introducción de PCR a tiempo real para detección de <i>Legionella</i> , <i>Salmonella</i> y <i>Listeria</i> .

Figura 4.d.3. Captación e incorporación de necesidades de mejora.

El mecanismo de incorporación de nuevas tecnologías se detalla en la siguiente figura:

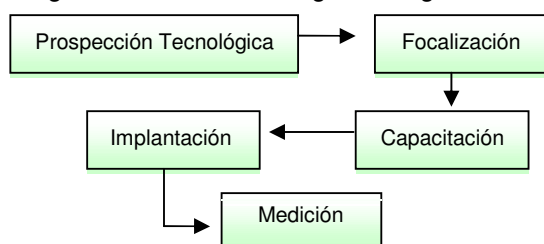


Figura 4.d.4. Mecanismo de incorporación de mejoras y nuevas tecnologías.

Prospección Tecnológica

El personal integrante del Equipo Innovación Tecnológica y Alianzas junto con Dirección y los responsables de los Procesos Operativos vigilan las acciones emprendidas por otros laboratorios y valora las que pudieran producir beneficios importantes. Este estudio afecta tanto a métodos de trabajo como a nuevos equipos y reactivos, evaluándose las ventajas y los riesgos que su implantación comporta. Uno de los objetivos del Plan Operativo Anual del Laboratorio de 2007 ha consistido en la sistematización de recogida de información de otros



laboratorios por línea en relación a oferta analítica, calidad, métodos y precio de ensayos.

Se realizan visitas a otros laboratorios para recabar información útil para la organización. Se consulta información disponible en Internet. La conjunción de prensa especializada e Internet a través del servicio de Dialnet potencia sinérgicamente ambas fuentes. Las visitas a ferias, congresos, entrevistas con otros profesionales y las innovaciones que los proveedores sacan al mercado constituyen una fuente de información interesante (ver subcriterio 4.a) que el personal adecuado estudia su implantación, sus riesgos, su impacto y los beneficios que pudiera producir. Las reuniones sectoriales y las reuniones de laboratorios son las fuentes de información que más rendimiento han proporcionado al Laboratorio en la mejora de esta área; por ejemplo, tecnología de la Gripe Aviar, determinación de sulfamidas, detección de componentes de origen animal en piensos, etc.

Para mantener el nivel solicitado por la sociedad, debemos mantener una vigilancia continua de tecnología para detectar procedimientos, técnicas y equipos obsoletos, que tienden a producir errores o calidades inaceptables, o que económicamente han dejado de ser rentables y sustituirla con la mayor celeridad posible por otra (incorporación HPLC con detector de masas sustituyendo otros sistemas detectores, PCR a tiempo real complementando y reemplazando a PCR clásica).

Focalización

La prospección externa nos proporciona el descubrimiento de ventajas múltiples en muchos campos: gestión, analítica, informática... Hemos focalizado, como más interesantes, según el binomio de posibilidades-satisfacción de grupos de interés, equipos como PCR a tiempo real, líquido-masas o la robotización en la línea Biología Pecuaria. Estos tres ejemplos, muestran la potencialidad de cambio en la actividad cotidiana del Laboratorio.

Capacitación

Ante la implantación de mejoras y nuevas tecnologías, la organización se asegura de que cualquier persona que realiza tareas relacionadas sea competente tomando como base una formación y experiencia adecuados (ver subcriterio 3.b). También se trabaja en la concienciación de la plantilla en temas medioambientales mediante cursos de formación.

Implantación

En la implantación de innovaciones, se usa la vía de prototipos (ver subcriterio 5.b), generalmente tutelados por asistencias externas, bien de aliados, de proveedores o de otros laboratorios.

Una vez que las técnicas están implantadas a plena satisfacción, han de sufrir el proceso de validación antes de considerarse integradas y listas para incluirse en la oferta de servicios. Actualmente, están en fase de validación las técnicas de análisis de ceras en aceites y plaguicidas en vino; están validadas y en vías de acreditación técnicas en PCR, encefalopatías (mal de las vacas locas) en ovino y caprino y Biología Pecuaria tiene un robot ya integrado en los procedimientos acreditados y otro en fase de recepción y posterior puesta a punto.

Las mejoras y nuevas tecnologías implantadas se comunican al personal por distintas vías (agenda semanal, notas informativas... ver subcriterio 3.d). El conocimiento masivo de las actividades llevadas a cabo por el personal del Laboratorio incrementa la eficacia de las mismas y también cohesiona al grupo, favoreciendo la relación entre las personas y abriendo oportunidades de trabajo y nuevos enfoques a otros equipos.

En el programa LIMS de control de equipos, se lleva por su responsable, entre otras cosas, un registro actualizado sobre la obsolescencia de cada uno de los equipos.

Revisión, Mejora y Aprendizaje

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS
MEJORA DE PROCESOS
El trabajo, en la mejora de procesos (procedimientos, métodos ...), que Sistemáticamente se realiza en mi Línea y/o Equipo.
La actitud del Laboratorio para buscar el modo de hacer mejor las cosas.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES
CAPACIDAD TÉCNICA
Calidad de los procedimientos y técnicas aplicadas.
Tecnología de equipos analíticos.
INNOVACIÓN TECNOLÓGICA
La capacidad de adaptación a las nuevas tecnologías analíticas.
La capacidad de adaptación a las nuevas tecnologías de información, comunicación y gestión.
INDICADORES DE RENDIMIENTO (ver criterio 9)
Edad media de equipos.
% Gastos en mantenimiento de equipos.
Gigabytes, nº PC, nº aplicaciones nuevas y actualizaciones informáticas
Resultados de ensayos intercomparativos.
Capital organizacional.
LIMS
Registro actualizado sobre la obsolescencia de cada uno de los equipos gestionado por el responsable de Equipos.
REVISIÓN DEL SISTEMA
Revisión de resultados y propuesta de cambios tecnológicos (procedimientos, equipos analíticos e informáticos).

Figura 4.d.5. Revisión de la gestión de la tecnología.



CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORA INCORPORADA
1998	Formación en Aseguramiento de Política de Calidad.	Implantación de Norma EN 45001 (ISO 17025).
2000	Visita a Eskalmendi, Vitoria.	Automatización e informatización de línea BP.
2004-2005	Formación en gestión Formación en EFQM.	Creación de equipos de mejora. Creación del Equipo Innovación Tecnológica y Alianzas.
	Visitas y reunión sectorial.	Implantación de PCR a tiempo real.
2005	Reunión PNIR.	Incorporación de equipo líquido-masas.
	Reunión sectorial.	Implantación de técnica de diagnóstico de gripe aviar.
2006	Autoevaluación/ Formación en procesos.	Implantación de Gestión por Procesos.
2007	Formación en gestión de contenidos web.	Implantación de la página web.
	Estancia en laboratorio, cursos	Implantación de técnicas de análisis en olivas y aceites

Figura 4.d.6. Mejoras incorporadas en la gestión de la tecnología.

4.E- GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO.

La política de Aprendizaje y Crecimiento es la perspectiva básica sobre la que se apoyan las estrategias diseñadas en nuestro Mapa Estratégico (ver Fig.2.c.2). Esta perspectiva está diferenciada en cuatro áreas fundamentales:

- Mejora del Capital Humano: formación y Gestión por Competencias.
- Mejora del Capital Relacional: gestión de proveedores, gestión de clientes, gestión de competidores y gestión de alianzas.
- Mejora del Capital Organizacional: organizar equipos y liderazgo.
- Mejora de Tecnología: procesos técnicos y procesos de información.

ÁREAS DE ACTUACIÓN	IDENTIFICAR REQUISITOS	QUIÉN IDENTIFICA	RECOGER/ ESTRUCTURAR Y GESTIONAR INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO	QUIÉN COORDINA
CAPITAL HUMANO	Formación y Gestión por Competencias	- Formulación de necesidades de acuerdo a objetivos y según oportunidades. - Responsables de equipos y líneas - Dirección - Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento.	- Plan de formación y evaluación. - Contratación de formulaciones de necesidades. - Recopilación y difusión de ofertas formativas.. - Gestión de cursos, visitas...	- Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento. - Equipo de Gestión del Capital Humano
CAPITAL RELACIONAL	Proveedores	Internam.	- Usuario final. - Requisitos de Normas, Modelo EFQM.	- Equipo de Aprovisionamiento.
		Externam.	- Contacto habitual.	- Equipo de Aprovisionamiento.
	Clientes	Internam.	- Requisitos de Normas y Modelo EFQM - Equipo de Clientes. - Dirección - Líneas.	- Equipo de Clientes.
		Externam.	- Contacto habitual. - Reuniones, entrevistas. - Consultas web.	- Equipo de Clientes. - Equipo de Informática.
	Alianzas competidores	Internam.	- Requisitos de Modelo EFQM. Y autoevaluación. - Mejora continua e innovación. - Equipo de EFQM. - Dirección. - Líneas y equipos.	- Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas.
CAPITAL ORGANIZACIONAL	Gestión por Procesos	- Revisión del Sistema. - Informes de proceso o equipo. - Dirección. - Líneas y Equipos.	- Identificación y documentación de procesos. - Reunión de Revisión del Sistema - Publicación de Memoria anual e Informe de Resultados. - Documentos de calidad y gestión	- Dirección. - UGC, Equipo EFQM. - Servicios Generales.
TECNOLOGÍA	Ámbito técnico	- Revisión periódica de Normas ISO. - Legislación y oportunidades. - Información técnica (Dialnet). - Dirección. - Líneas y UGC. - Equipos.	- Revisión del Sistema. - Reuniones sectoriales.	- Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas. - Todos los equipos.
	Ámbito de gestión	- Revisión periódica de Normas ISO y modelos de gestión. - Dirección. - Equipos y Líneas.	- Revisión del Sistema. - Reuniones sectoriales.	- UGC, Equipo EFQM.

Figura 4.e.1. Identificación de requisitos de información y conocimiento y su gestión.



Los requisitos de información y conocimiento se identifican por los responsables de Equipos, Líneas, y Dirección. A estas necesidades le dan respuesta en forma y manera conveniente los equipos de Comunicación y Formación y Gestión del Conocimiento después de haber procesado y priorizado las necesidades formativas y de conocimiento detectadas (Fig.4.e.1). La recogida y estructuración de las diferentes informaciones permite hacer seguimiento de resultados de indicadores (criterios 6, 7, 8 y 9) para facilitar la gestión y mejora de los procesos. Gestionamos el acceso a la información y conocimiento apoyándonos en TIC's y mejoras de procesos organizacionales (Fig.4.e.2).

Tenemos un sistema de gestión de la información dual. Por un lado, toda la información técnica/ operativa está recogida en la aplicación LIMS. La información de los sistemas de calidad, de gestión... está recogida en aplicaciones ofimáticas generales, si bien, actualmente, se está trabajando para

implementar un programa que gestione toda esta documentación. También disponemos de la aplicación SICAP que gestiona temas presupuestarios. Todo este conjunto de aplicaciones está sostenido en el sistema general de la aplicación Novell en la cual descansa también el programa Groupwise y los elementos de seguridad y permisos de entrada.

La información técnica del Laboratorio tiene origen externo y, salvo las publicaciones clásicas (en soporte papel), la mayoría de la información procede de bases de revistas gestionadas por el servicio universitario Dialnet y otras herramientas de Internet.

La utilización de la tecnología para la gestión de la información es masiva en el Laboratorio (Fig.4.e.3). La Fig.4.e.4 muestra la relación de actividades formativas en manejo de herramientas informáticas en que ha participado el personal en los últimos años.

TIPO DE USUARIO		TIPO DE INFORM.	INFORMACIÓN
Externos	Clientes	Heterogénea	- Oferta de Determinaciones a clientes con procedimientos utilizados, tiempo, dinero... - Boletín de Análisis.
	Consejería de Agricultura		- Página web con información de la oferta analítica, de condiciones de toma y envío de muestras, interpretación de resultados en caso de la línea Química de Producción.
	Sociedad		- Memoria de Actividades anual. - Informe de Resultados.
Internos	Información interna		- Memoria de Actividades anual, Memoria EFQM disponible en Internet. - Página web.
			- Documentos y procedimientos editados.
			- Información en LIMS.
			- Información administrativa de personal.
			- Groupwise – intranet. Cursos, oposiciones, negociaciones sindicales, convenios...
			- Otros medios utilizados en Comunicación (tablones de anuncios, buzón...)
	Información externa		- Panel de indicadores.
			- Informe de Resultados, Memoria anual de Actividades, Memoria EFQM
			- Servicio de publicaciones, Dialnet
			- Servicio de actualización legislativa, Ecoiuris.
			- Revistas y otras publicaciones (ver 2a)
			- Acceso a internet
			- Correo electrónico
			- Servicio de atención al Usuario (SAU) de la Agencia del Conocimiento y la Tecnología.
			- Congresos, visitas y reuniones profesionales.

Figura 4.e.2. Acceso a información interna y externa.

Trabajamos con los protocolos de seguridad establecidos por Gobierno de La Rioja. El mantenimiento de las redes y la seguridad de los programas generales están contratados con la Agencia del Conocimiento y la Tecnología, que gestiona los protocolos de seguridad a través de las siguientes acciones:

- Sistema Antivirus en tiempo real en cada ordenador y servidores.
- Los procedimientos de copias de seguridad según las Normas del Gobierno de La Rioja (ver PNTs de servidores de red) en colaboración con el Equipo de Informática.

- Servicio de actualizaciones automáticas de Microsoft.
- Acceso individualizado mediante sistema de "usuario" y contraseña y perfil de usuario.
- Otras: aplicaciones recomendadas, cortafuegos, correo electrónico con antispam.

Con objeto de aumentar la seguridad de la información el Equipo de Informática mantiene una línea de trabajo para adaptar la sistemática de trabajo del Laboratorio a las recomendaciones y requisitos de la Norma UNE-ISO/IEC 17799. Una de las medidas iniciales ha sido la adquisición de una destructora de papel para asegurar la

confidencialidad de los datos personales impidiendo el mal uso de los documentos desechados.

El Procedimiento General Informático hace referencia al compromiso de confidencialidad de los trabajadores de acuerdo a la Norma ISO 17025.

ÁREAS DE ACTIVIDAD	SISTEMAS INFORMÁTICOS
Gestión del servicio	Gestión de muestras-LIMS. Acceso generalizado conforme a perfil. CRM, según perfil.
Gestión de compras y proveedores	Gestión de reactivos-LIMS Evaluación de proveedores-LIMS
Sistemas administrativos de personal	Control de presencia-reloj huella digital. Base de datos de formación
Sistemas administrativos económicos	SICAP, según perfil.
Sistemas ofimáticos	Procesador de texto, hoja de cálculo, presentaciones, bases de datos, correo electrónico, navegador de Internet en todas las líneas.
Documentación y registros de Calidad y Gestión	Gestión documental (prueba piloto).
Mantenimiento	Gestión de equipos-LIMS.

Figura 4.e.3. Sistemas informáticos que gestionan diferentes áreas de actividad del Laboratorio.

AÑO	CURSO/ACTIVIDAD FORMATIVA	PARTICIPANTES
2005	LIMS: Gestión Informática del Laboratorio	Todo el personal
	PROJECT	Todo el personal
	Curso: WORD 97	1
	Curso: Groupwise	Todo el personal
	Curso: WORD 97 avanzado (on line)	2
	Curso: EXCEL 97 avanzado (on line)	5
2006	Curso ACCES	3
	Curso: Aplicación CEX	5
	Gestión de contenidos Web	2
	Programa LIMS	1
	Curso aplicativo de gestión de costes	2
	Access	1
	Word avanzado	1
	Trabajar seguro en internet	1
2007	Utilización de las fuentes de información en internet	2
	Curso: Excel 2003 experto	1
	Firma digital (on line)	7

Figura 4.e.4. Formación en herramientas informáticas.

Utilizamos distintas formas para captar información, introducir ésta en sus protocolos de trabajo y lograr un conocimiento eficaz. Posteriormente, se emplean distintos mecanismos para evaluar y corregir, en su caso, la adecuación de estas prácticas (Fig.4.e.5). Esta actividad, que ocupa una de las perspectivas estratégicas del Mapa Estratégico, está desarrollada por varios equipos que captan y gestionan la información y conocimiento en determinadas áreas, como, por ejemplo, el Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento, Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas, Equipo de Comunicación, Equipo de Clientes, UGC,

Como herramienta específica de este clima de innovación se crearon los equipos que prácticamente llevan a cabo la actividad paralela de mejora de todo el personal. El desarrollo de conocimientos específicos que suponen la labor de estos equipos propician la introducción de nuevas tecnologías que sirven de apoyo y fuente de innovación al funcionamiento del Laboratorio, ejemplo de ello son la introducción de programas informáticos (Gestión documental, CRM, potenciación de Groupwise...), el desarrollo de técnicas de Benchmarking, la adquisición de técnicas y habilidades de gestión (Equipo EFQM), la gestión de alianzas...

Vías de captación de conocimiento	Adquisición de ISOs (ver Fig.4.d.2).
	Plan de Formación (ver Fig.1.a.2).
	Servicio de publicaciones: Dialnet.
	Gestión de alianzas (ver Fig.4.a.1).
	Estudio de competidores.
	Colaboraciones puntuales.
	Visitas, congresos, reuniones...
Evaluación de la adecuación del conocimiento	Autoevaluaciones y Evaluación externa EFQM.
	Reuniones e intercambios profesionales informales.
	Auditorías anuales de trabajo técnico.
	Ensayos de intercomparación (ver Fig.4.b.2 y subcriterio 9.a).
	Autoevaluaciones y Evaluación externa
	Consecución de objetivos.

Figura 4.e.5. Gestión de la información y de los conocimientos.

Revisión, Aprendizaje y Mejora

En LIMS se ha mejorado el sistema de proveedores y certificados de calidad, que se está exportando a otras organizaciones. En Biología Pecuaria, tal y como hemos comentado en el subcriterio 4.d, se automatizó e informatizó toda la línea para dar mayor eficiencia y se visitaron otros laboratorios punteros – Eskalmendi de Vitoria, Lab. Palma de Mallorca.. – con los proveedores informáticos y clientes y elaborándose la parte de la aplicación LIMS correspondiente al programa SANIDAD ANIMAL, que después se ha extendido por parte del proveedor a otros laboratorios a nivel nacional, recibándose numerosas visitas para ver y valorar la innovación.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PERSONAL
FORMACIÓN: El Plan de Formación del Laboratorio / La formación y adaptación necesaria, que facilita el Laboratorio, en los casos de implantación de nuevos procesos y/o métodos.
COMUNICACIÓN: El lenguaje y el nivel de información utilizado en el Laboratorio para las comunicaciones.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES
CAPACIDAD TÉCNICA: Capacidad y conocimientos técnicos del personal del laboratorio / Calidad de los procedimientos y técnicas aplicadas / Tecnología de equipos analíticos.
INNOVACIÓN Y MEJORA: La capacidad de adaptación del servicio a las nuevas necesidades, sociales y sectoriales / La capacidad de adaptación a las nuevas tecnologías analíticas / La capacidad de adaptación a la nuevas tecnologías de información, comunicación y gestión.

Figura 4.e.6. Revisión.

5.A- DISEÑO Y GESTIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS.

Si ya en nuestra Visión viene definida “una política de mejora continua e incorporación permanente de necesidades y expectativas de nuestros clientes en el servicio”, esto no sería posible sin un sistema de Gestión por Procesos, que hemos abordado a través de la Línea Estratégica 4.3 y Factor Clave de Éxito “Mejora de Procesos y Procedimientos” (ver Fig.2.c.5). El Primer Mapa de Procesos del Laboratorio fue diseñado en el año 2004 como marco de referencia para definir nuestras principales áreas de actividad e ir avanzando hacia una gestión basada en la Calidad Total y la Excelencia. El mapa ha sido revisado y actualizado para su adaptación a las nuevas necesidades de la organización, estando vigente la versión que mostramos en la Fig.0.2.

El esquema de procesos se ha adaptado a nuestra Política y Estrategia, teniendo como referencia para su diseño, el Mapa Estratégico (ver Fig.2.c.2). La Autoevaluación y la Evaluación externa de EFQM junto con la formación sobre Procesos, y otras actividades de aprendizaje en gestión, lectura de documentación y de memorias EFQM de otras entidades, nos han servido para definir la actual configuración del Mapa de Procesos, que surgió tras realizar un inventario de los mismos y aplicando sistemas de agrupamiento hasta la definición actual. Hemos definido nuestros Procesos Clave (ver Fig.2.d.1) de acuerdo a su influencia en la Visión.

Llevamos trabajando desde 1998 con procedimientos estructurados de aseguramiento de la calidad bajo la norma ISO 17025. El alcance de la acreditación se refiere a procedimientos analíticos, siendo una estrategia del Laboratorio incorporar progresivamente nuevos ensayos en dicho alcance para aumentar el porcentaje de resultados emitidos bajo técnicas acreditadas (ver subcriterio 9.a). La gestión de este sistema de calidad es liderada por la Unidad de Garantía de Calidad (UGC).

Para la implantación de la Gestión por Procesos, el resultado de la segunda Autoevaluación EFQM marcó la priorización de acciones de mejora y procesos a desarrollar según su impacto en la Política y Estrategia del Laboratorio y en la satisfacción de clientes, personas y otros grupos de interés.

Tenemos el proceso “Gestión por Procesos y Mejora Continua” (PR02) que describe cómo elaborar, revisar, aprobar e implantar los procesos de manera que persigan el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes del proceso e incluyan el ciclo REDER (Fig.5.a.1). De acuerdo al mismo, en el punto 2 de cada proceso,

han de definirse las necesidades y expectativas de los grupos de interés, entendiendo por tales a clientes (de referencia, prescriptores y usuarios), personal, proveedores, Administración,...

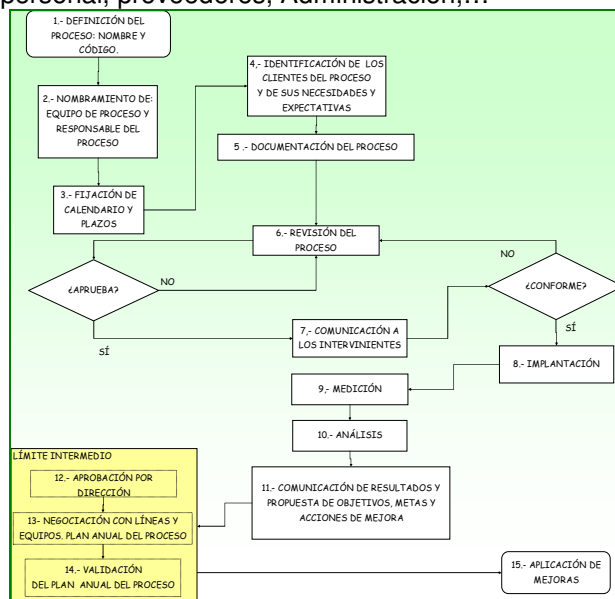


Figura 5.a.1. Proceso “Gestión por Procesos y Mejora Continua” (PR02).

Todos nuestros procesos están íntimamente relacionados hasta conseguir un Sistema organizado de Gestión por Procesos. El eje vertebral de este Sistema es el proceso “Planificación y Estrategia” (PR01) que, junto con el proceso “Gestión por Procesos y Mejora Continua” (PR02), ofrece la coordinación y alineación de todos los procesos con la Política general del Laboratorio. La gestión de las interfases entre procesos vienen dadas por las entradas y las salidas de los diagramas de flujo de cada proceso; como ejemplo, algunas salidas del proceso “Relación y Satisfacción de Clientes” (PR03) son entrada en los Procesos Operativos. Dentro de los Procesos Operativos, la aplicación LIMS gestiona automáticamente las interfases de los mismos, desde la entrada de las muestras hasta la emisión de resultados (ver Fig.5.d.1).

En el aspecto de calidad y gestión, somos pioneros en el sector, tanto en alcance de acreditación (primer laboratorio en España en acreditar análisis de Sanidad Animal y Sanidad Vegetal y el primero de Europa en obtener la acreditación de detección de encefalopatías -mal de las vacas locas) como en innovación en la Gestión por Procesos como camino hacia la Excelencia.

La preocupación del Laboratorio por la gestión ambiental y la salud laboral dio lugar a la decisión de gestionarse bajo las normas ISO 14001 y OHSAS 18001 y 18002 con el fin de mejorar la gestión de estos aspectos sociales y garantizar el cumplimiento de los requisitos legales. Las actividades de



CRITERIO 5. PROCESOS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

formación y las actuaciones en seguridad laboral y gestión ambiental durante los últimos años (Fig.4.c.3) van preparando el camino para la implementación de un Sistema de Gestión Integrado (SIG) que engloba ambas normas.

SISTEMA DE GESTIÓN	QUIÉN LO GESTIONA	PROCESOS QUE LO REGULAN
Sistema de Calidad bajo norma ISO 17025.	UGC	Proceso "Sistemas Normalizados" (PR14): Gestión de ISO 17025
Gestión de Prevención de Riesgos Laborales, OHSAS. Gestión Ambiental, ISO 14001. Norma UNE 66177 para la integración de los sistemas de gestión.	Equipo SIG	Proceso "Sistemas Normalizados" (PR14): Gestión Ambiental y de Riesgos Laborales.
Gestión documental (UNE-ISO 15489-1) *. Gestión de la Seguridad de la Información y de la Tecnología de la información (ISO 17799, UNE 71501 (1, 2 y 3) y UNE 71502)*.	Equipo Informática y Servicios Generales	Proceso "Sistemas Normalizados" (PR14).

Figura 5.a.2. Aplicación de estándares de sistemas en la Gestión por Procesos. *en vías de implantación.

El diseño de nuestros procesos (ver proceso "Gestión por Procesos y Mejora Continua"- PR02) establece que cada proceso debe incluir varios indicadores de rendimiento y de satisfacción. Los procedimientos analíticos ya tenían establecidos indicadores de control de calidad y resultados de comparación con otros laboratorios (ver subcriterio 9.a). El Informe de Resultados, elaborado anualmente desde el 2002, supone un hito importante en la cultura del Laboratorio, siendo fuente de información centralizada sobre indicadores que va evolucionando y mejorando progresivamente cada año. La Gestión por Procesos ha supuesto grandes cambios, que han derivado en una mejor coordinación y revisión de la eficacia de los procesos y en el conjunto de la organización. El cálculo de la eficacia viene dado por el cumplimiento de los objetivos medidos a través de los indicadores de proceso y del logro de las metas propuestas y acordadas en la Revisión del Sistema.

Cada responsable de proceso junto con su equipo vela por la mejora continua del mismo considerando las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

Revisión, Mejora y Aprendizaje

La revisión global de la gestión para valorar el avance en la Política y Estrategia se realiza todos los años en la Revisión del Sistema. Para su organización, Dirección, UGC y los equipos de procesos estudian previamente el Informe de Resultados del año y los indicadores

correspondientes de rendimiento y satisfacción para analizar las tendencias en los indicadores y se valora el grado de cumplimiento de objetivos por cada línea y equipo. Existe un continuo seguimiento de la eficacia de procesos /procedimientos/áreas de mejora por los equipos encargados de gestionarlos.

Asimismo, las Auditorías internas y externas y la Autoevaluación y Evaluación externa permiten evaluar los estándares de gestión por las normas o el modelo implantados.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS
MEJORA DE PROCESOS
El trabajo, en la mejora de procesos (procedimientos, métodos), que sistemáticamente se realiza en mi Línea y/o Equipo.
La actitud del Laboratorio para buscar el modo de hacer mejor las cosas.
De mi Línea y /o Equipo a la hora de plantearnos preventivamente los procesos y sistemas para evitar la aparición de fallos.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES
INNOVACIÓN Y MEJORA
La capacidad de adaptación del servicio a las nuevas necesidades sociales y sectoriales.
La capacidad de adaptación a las nuevas tecnologías analíticas.
CAPACIDAD TÉCNICA
Calidad de los procedimientos y técnicas aplicadas.

Figura 5.a.3. Satisfacción con la Gestión por Procesos.

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORA INCORPORADA
1998	Formación en gestión.	Implantación de la Norma EN 45001/ISO 17025.
2002	Formación en gestión.	1 ^{er} Informe de Resultados.
2004	Análisis interno y propuestas de los equipos.	Revisión del Sistema por equipos.
	Adopción del modelo EFQM. Formación en gestión.	1 ^{er} Mapa de Procesos.
2005	Curso sobre Indicadores. Autoevaluación. Asesoría EFQM. Lectura de memorias de EFQM.	Incorporación de nuevos indicadores (resultados de ensayos de intercomparación, capital organizacional, consumo de recursos...)
2006	Autoevaluación REDER.	Instalación del Panel de indicadores (resultados EFQM). Rev.2 del Mapa de Procesos.
	Norma "UNE 66175. Guía para la implantación de sistemas de indicadores".	Diseño de "Ficha de indicadores".
	Adopción del Modelo EFQM. Formación en gestión y en procesos.	Implantación de la Gestión por Procesos. Proceso "Gestión por Procesos y Mejora Continua" (PR02). Revisión del Sistema en el proceso "Planificación y Estrategia" (PR01)
2007	Formación en Gestión por Procesos e Indicadores	Revisión y mejora de "Fichas de indicadores"
	Formación en Gestión por Procesos	Elaboración de Informes de proceso y equipo
	Evaluación externa	Rev. 3 del Mapa de Procesos

Figura 5.a.4. Aprendizaje y Mejora en la Gestión por Procesos.



CRITERIO 5. PROCESOS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

5.B- INTRODUCCIÓN DE LAS MEJORAS NECESARIAS EN LOS PROCESOS MEDIANTE LA INNOVACIÓN, A FIN DE SATISFACER PLENAMENTE A CLIENTES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS, GENERANDO CADA VEZ MAYOR VALOR.

El compromiso del Laboratorio con la mejora continua y la innovación de procesos aparece reflejado en nuestra Visión “... en una política de mejora continua e incorporación permanente de necesidades y expectativas de nuestros clientes en el servicio” y Valores “La calidad y la innovación. Incorporando la mejora continua como parte del trabajo y el esfuerzo permanente por la innovación tecnológica permanente”. Algo que se muestra claramente en las líneas estratégicas de la perspectiva del Proceso Interno (Fig.5.b.1), siendo la “Mejora de Procesos y Procedimientos” uno de nuestros Factores Clave de Éxito (ver Fig.2.c.5).

Perspectiva de Clientes
2.4. Mejora de requisitos del Cliente
Perspectiva del Proceso Interno
3.1. Mejora continua de procesos técnicos
3.2. Mejora continua de gestión (EFQM)
3.3. Mejora continua de procesos sociales (OHSAS, ISO 14001).

Figura 5.b.1. Principales líneas estratégicas relacionadas con la innovación y la mejora continua.

Las mejoras incrementales, generalmente intraproceso, suelen ir acompañadas de revisiones en la documentación de los sistemas o modelos de calidad y gestión del Laboratorio. Por el contrario, las mejoras drásticas o interprocesales se asocian más con nuevos procedimientos, servicios y se gestionan de forma conjunta. En la Fig.5.b.2, se esquematiza, de forma general, el procedimiento que se sigue para implantar posibles mejoras drásticas dentro del Laboratorio y que se describe a continuación.

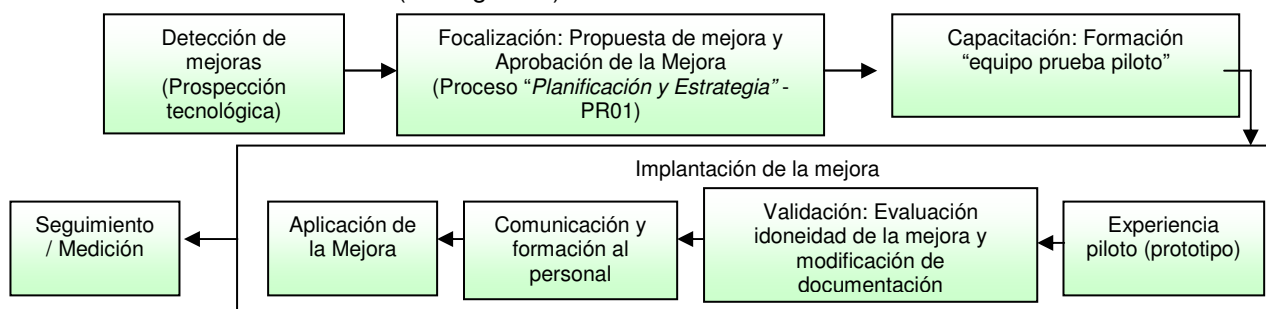


Figura 5.b.2. Implantación de mejoras drásticas en el Laboratorio.

Detección de mejoras

Contamos con diversas vías para detectar las diferentes posibilidades de mejora dentro de todas las áreas (Fig.5.b.3).

AMBITO	VÍAS DE DETECCIÓN DE MEJORAS
Análisis Interno	Interprocesos
	Auditorías internas y externas (Sistema de Gestión de la Calidad)
	Autoevaluación y Evaluación externa EFQM.
	Reunión anual de Revisión del Sistema. Evolución de Indicadores Estratégicos.
Análisis Interno	Intraprocesos
	Ensayos Intercomparativos.
	Auditorías (internas y externas).
	Control de calidad de procedimientos analíticos. Evolución de Indicadores de procedimientos y procesos, Informes de proceso o equipo.
Análisis Externos	Capital relacional
	Gestión de proveedores: evaluación, reclamaciones, indicadores....
	Gestión de alianzas: relación con las mismas, intercambios, reuniones sectoriales...
	Gestión de clientes: quejas y reclamaciones, gestión de la satisfacción...
Análisis Externos	Tecnología
	Publicaciones, servicio Dialnet....

Figura 5.b.3. Vías de detección de mejoras.

El análisis de indicadores de rendimiento (ver Fig.2.b.1 e Informes de Resultados), de percepciones

de grupos de interés y de otras fuentes de información (ver Fig.2.a.1) suponen una fuente fundamental de detección de áreas de mejora. Para estimular el talento creativo e innovador de empleados, clientes y asociados, tenemos establecidos diferentes mecanismos (Fig.5.b.4).

GRUPO DE INTERÉS	ACCIONES PARA FAVORECER LA CREATIVIDAD E INNOVACIÓN
Personas	Formación específica y enriquecimiento de tareas mediante la participación en Equipos de Mejora multidisciplinarios.
Clientes	Implantación de técnicas nuevas de acuerdo a sus necesidades (ej: análisis de lodos, nuevos análisis de aguas residuales y análisis ecotoxicológicos (Bioluminiscencia-Ecotox y Daphnia magna),
Proveedores	- Informatización de evaluación de proveedores para ofrecerles resultados de evaluación. - Desarrollo de proyectos en común (SAME, Cultek, (ver Fig.4.a.1).
Laboratorios	Intercambios (ver Fig.4.a.1).

Figura 5.b.4. Acciones para estimular la creatividad.

Propuesta de mejoras y aprobación

Las mejoras incrementales son gestionadas habitualmente por el responsable del proceso afectado. En el caso de las mejoras drásticas, la gestión de la mejora se regula a través de los procesos estratégicos “Planificación y Estrategia”

(PR01) y “*Gestión por Procesos y Mejora Continua*” (PR02) –ver Fig.5.a.1. En éste, se establece que, una vez implantado cada proceso y tras las actividades de medición y análisis de resultados e información externa, las propuestas de mejora son consideradas y negociadas dentro del proceso “*Planificación y Estrategia*” -PR01- (ver criterio 2). De esta manera, los equipos de mejora y las líneas facilitan la detección de oportunidades de mejora que son transmitidas a Dirección mediante la elaboración del Informe de proceso o equipo. En la Revisión del Sistema, se analizan las propuestas de mejora y se aceptan o rechazan en función de su impacto en los objetivos estratégicos y estableciendo prioridades según los siguientes criterios:

- Interés para la Función Pública.
- Impacto positivo sobre clientes.
- Viabilidad (coste económico, horas, personas, disponibilidad de recursos, de información...).
- Impacto previsible en el futuro.
- Situación Competitiva del Laboratorio.
- Impacto positivo en la motivación de las personas.
- Impacto en los Factores Clave de Éxito.

Experiencia piloto

Establecemos pruebas piloto en las mejoras que conllevan una cierta complejidad. Con ello se pretende detectar y evaluar correctamente los problemas y oportunidades que implica el cambio, conseguir optimizar las ventajas y disminuir las incertidumbres. Son ejemplos de ello la puesta en marcha del primer Plan de Acogida; la prueba del ratón digital en la línea BP; el desarrollo de QFD y despliegue de objetivos en la línea BE; la evaluación de riesgos laborales en la línea BP; la creación del Equipo de Informática y la documentación del proceso “*Aprovisionamiento*” (PR18).

Para la puesta en marcha de estas pruebas piloto, se cuenta con personas o equipos formados en el tema en concreto, de tal modo, que estos son capaces de detectar la posible viabilidad del proyecto y plantear distintas oportunidades de mejora. Como ejemplo, se impartió un curso de procesos a siete personas que comenzaron a formalizar la Gestión por Procesos.

Para controlar la implantación de procesos nuevos y de sus futuras modificaciones, se contempla el seguimiento a través del análisis de informes de proceso y las reuniones de Revisión del Sistema.

Evaluación de la idoneidad de la mejora

Hacemos seguimiento de las revisiones de normas ISO o similares (ver Fig.4.d.2) para la actualización y mejora de su sistema de calidad, de gestión ambiental, de salud laboral, seguridad informática y temas analíticos, efectuando

constantemente esfuerzos para la innovación tecnológica, tal como se explica en el subcriterio 4.d. Estas normas y la utilización del modelo EFQM como referente de gestión sirven de métodos idóneos para llevar a efecto los cambios.

En el campo analítico, la norma ISO 17025 regula las necesidades de evaluación, calibración y validación de los cambios. La idoneidad y adecuación de la innovación se detectan por los controles de calidad y los ensayos de intercomparación (ver subcriterios 4.d y 9.a). Además, para la comparación de resultados entre dos procedimientos alternativos (tradicional y nuevo), se utilizan técnicas estadísticas.

Comunicación y formación al personal implicado

Los cambios en los procesos y procedimientos del Laboratorio se comunican por distintas vías a los grupos de interés afectados (Fig.5.b.5).

GRUPO DE INTERÉS Y ACCIONES DE COMUNICACIÓN DE CAMBIOS EN PROCESOS	
PERSONAS:	<ul style="list-style-type: none"> - Documentos del Sistema de Calidad gestionados por UGC: “Lista de documentos en vigor” y “Lista de control de distribución de documentos”. - Procesos: el proceso “<i>Gestión por Procesos y Mejora Continua</i>” (PR02) contempla las actividades de Comunicación a los intervinientes y la Comunicación de Propuestas de Mejoras a Dirección. - Completar con subcriterio 3.d.
CLIENTES:	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones y entrevistas. - Oferta de Determinaciones: envío a clientes principales a principios de año, comunicación de cambios a lo largo del año y disponible en el laboratorio y en la página web.
PROVEEDORES:	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto periódico. Tendencia a mayor uso de TIC's.
ALTA DIRECCIÓN DE LA CONS. AGRICULTURA:	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión semanal de información recíproca y negociación.
SOCIEDAD:	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria anual de Actividades.

Figura 5.b.5. Comunicación de los cambios en los procesos.

Tras la decisión de la incorporación de nuevos procesos o procedimientos, se planifican una serie de acciones formativas previas a su implantación, de manera que las personas que trabajen en la línea o equipo implicado reciban una formación específica en el tema antes de su puesta en marcha, acorde a lo exigido por la norma ISO 17025. La cualificación del personal es esencial antes de permitirle ejecutar una responsabilidad nueva. La cualificación exige, además de la formación, una experiencia demostrable, que generalmente, se consigue en el período que se trabaja bajo la responsabilidad de un tutor.

En la compra de equipos complejos o nuevos, un requisito constante en el expediente de compra es el de la formación, que se suele realizar dentro del Laboratorio; esta formación es condición *sine qua*



CRITERIO 5. PROCESOS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

non para concluir el expediente y, por tanto, liquidar la factura e implantar el proceso analítico (ejemplo: cursos sobre tecnología líquido-masas impartido por Waters en 2004-2005, curso en Biología molecular PCR a tiempo real por Cultek en 2003).

Aplicación de la mejora

Hemos evolucionado a lo largo del tiempo en la concepción del trabajo y búsqueda de la calidad y la mejora continua. Son numerosas las mejoras realizadas en el Laboratorio en los últimos años como se puede apreciar en la Fig.5.b.6.

AREAS	CAMBIO/MEJORA REALIZADO	EQUIPO RESPONSABLE	ORIGEN DE LA MEJORA
Procesos Operativos	- Definición de nuevos procedimientos analíticos. - Revisión y acreditación de procedimientos. - Elaboración de Procesos Operativos.	- Equipos de Procesos Operativos.	- Reuniones sectoriales. - Innovaciones tecnológicas. - Propuesta de Líneas o Equipos de Mejora. - Propuestas de clientes de referencia.
Gestión presupuestaria	- Estudio progresivo de costes enfocado a saneamiento de la demanda (2003).	- Equipo de Costes, Dirección y otros equipos.	- Cambio cultural dentro del Laboratorio. Impulso de Dirección y formación en gestión.
Gestión de personas	- Medición de satisfacción de las personas. Revisión y Mejora del proceso de evaluación (2004-2005). - Flexibilidad horaria (2005). - Elaboración del proceso "Satisfacción de Personas" (2006).	- Comisión de Personal y asesoría EFQM. - Comisión de Personal y equipo EFQM.	- Reuniones de EFQM, reflexiones internas.
Formación y Gestión del Conocimiento	- Plan de Formación enfocado a Gestión por Competencias. - Base de datos de Registro de formación. - Archivo de documentación de actividades formativas. (2005).	- Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento.	- Cambio cultural dentro del Laboratorio. - Impulso de Dirección. Formación en Recursos Humanos.
Gestión de alianzas	- Procedimiento "Gestión de Alianzas". (2005-2006).	- Equipo de Innovación Tecnológica y Alianzas.	- Modelo EFQM.
Comunicación	- Definición de los canales de comunicación interna (ver subcriterio 3.d). - Procedimiento "Comunicación Interna". (2005-2006).	- Equipo de Comunicación.	- Encuesta de Satisfacción de Personas. - Propuestas de Comisión de Personal, Equipo de Comunicación...
EFQM	- Modificación del procedimiento de Autoevaluación (2005) y documentación del proceso "Autoevaluación" (PR05) (2006).	- Equipo EFQM.	- 1ª Autoevaluación EFQM. - Formación en Gestión por Procesos.
Clientes	- Incorporación de realización de encuestas a clientes (2002). - Implantación de CRM (2006). - Proceso "Relación y Satisfacción de Clientes" (PR03) (2006). - Implantación de página web (2007).	- Equipo de Clientes y Equipo de Informática.	- Recomendaciones de norma ISO 17025. - Autoevaluaciones EFQM.
Proceso de Aprovisionamiento	- Informatización de la evaluación de pedidos y proveedores (2006).	- Equipo de Aprovisionamiento.	- Implantación de Gestión por Procesos.
Gestión Ambiental y de Prevención de Riesgos Laborales	- Realización de "Instrucciones Técnicas" asociadas a PNTs (2006).	- Equipo SIG.	- Integración de sistemas.
Gestión por Procesos	- Revisión del Mapa de Procesos (2006 y 2007). - Implantación de Gestión por Procesos (2006-2007).	- Equipo EFQM.	- Autoevaluación REDER.

Figura 5.b.6. Algunos ejemplos de mejoras introducidas en el Laboratorio.

Revisión, aprendizaje y mejora

REVISIÓN DE EFICACIA Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DE MEJORAS
Indicadores estratégicos; fundamentalmente, Capital organizacional (en el que se valora positivamente la documentación nueva y la revisada recientemente y el estado de acreditación) y Eficacia (Grado de cumplimiento de objetivos).
Revisión en Auditorías de "Registros de Acciones Preventivas y Correctivas",
Percepción ESP: ítem "Mejora de procesos" y pregunta nº 12 "Formación y adaptación necesaria en nuevos procesos y/o métodos".
Percepción ESC: ítem "Innovación y Mejora"

Figura 5.b.7. Revisión de las mejoras en los procesos.

Aprendizaje y mejora: ver hitos en la gestión (Fig.1.b.1) y mejora y desarrollo de servicios (ver subcriterio 5.c).



5.C- DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS BASÁNDOSE EN LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES.

De acuerdo a nuestra Visión “*pretendemos ser el laboratorio público referente ... en una política de mejora continua e incorporación permanente de necesidades y expectativas de nuestros clientes en el servicio*”, habiendo desarrollado, dentro de la perspectiva de clientes, nuestra estrategia al respecto y mediante los procesos “*Relación y Satisfacción de Clientes*” (PR03) y de los Procesos Operativos de líneas (PR06-PR12).

Tenemos establecidos diferentes mecanismos para obtener información sobre las necesidades y expectativas actuales de los clientes (ver subcriterio 5.e). Además en el año 2003, se utilizó la herramienta de QFD de Desarrollo de la Función de Calidad para incorporar las expectativas de clientes (Servicio de Ganadería, Consejería de Salud) en el ámbito técnico (línea Biología Especial: PCR convencional y detección de encefalopatías por inmunoblotting) y de instalaciones. A partir de los resultados, se realizaron mejoras en las instalaciones y accesos y de ahí surgió la idea de crear nuestra página web.

AÑO	SERVICIOS NUEVOS (3 ÚLTIMOS AÑOS)		
	SERVICIO ANALÍTICO	ORIGEN DE LA MEJORA	FUENTE DE APRENDIZAJE
2005	Detección de OGM por PCR en tiempo real.	Necesidades de clientes (Cons.de Agricultura).	Curso y autoformación.
	Detección de <i>Listeria</i> , <i>Salmonella</i> y <i>Legionella</i> por PCR en tiempo real.	Necesidades de clientes (particulares, Servicio de Ganadería y cliente interno).	Curso y autoformación.
	Análisis físico-químico de aguas: Determinación de Mercurio, Bario y Estaño.	Necesidades de clientes (Cons.de Salud).	Curso por servicio técnico y autoformación.
	Análisis físico-químico de suelos/lodos: determinación de Mercurio.	Necesidades de clientes (Cons. de Medio Ambiente).	Curso y autoformación.
	Análisis de Etilenos en aguas.	Necesidades de clientes (Cons.de Salud).	Autoformación.
	Detección de residuos: AINE's y Fenilbutazona.	Necesidades de clientes (PNIR).	Autoformación.
2006	Detección de Gripe aviar.	Necesidades de clientes (Servicio de Ganadería).	Curso y autoformación.
	Análisis bacteriológico de heces: detección de <i>Salmonella</i> según ISO.		Autoformación y norma ISO.
	Detección de residuos: Anabolizantes.	Necesidades de clientes (PNIR).	Autoformación.
2007	Análisis de olivas.	Detección de oportunidad	Visita, autoformación y curso por servicio técnico.
	Análisis de aceites: estabilidad oxidativa y ceras; tocoferoles (fase de puesta a punto).	Detección de oportunidad y necesidades de clientes (públicos y privados)	
	Análisis de plaguicidas en vino (fase de puesta a punto).	Necesidades de clientes (bodegas)	Autoformación.
	Análisis de hidrocarburos aromáticos policíclicos en aguas (fase de puesta a punto).	Necesidades de clientes (Cons. Medio Ambiente)	Autoformación.
	Detección de tuberculosis (gamma-interferón).	Necesidades de clientes (Servicio de Ganadería)	Reunión y autoformación.

Figura 5.c.1. Innovación en los servicios analíticos del Laboratorio en los últimos 3 años: nuevos servicios.

La anticipación e identificación de mejoras en los servicios se realiza, fundamentalmente, a través de:

- Reuniones sectoriales, en las que se discuten borradores de legislación previamente a su publicación (ej: diagnóstico de gripe aviar y virosis en vid, año 2006).
- Información sobre nuevas tecnologías: revistas científicas (ver subcriterio 2.a), normas ISO y acceso a la red de servicios de biblioteca Dialnet.
- Contacto con proveedores (ver subcriterio 4.a).
- Estudio de benchmarking sobre ofertas de servicios de otros laboratorios, nacionales o extranjeros. Por ejemplo, la implantación de Determinación de ecotoxicidad (Bioluminiscencia y *Daphnia magna*) se llevó a cabo a partir de la información obtenida del Centro Nacional de Investigación de Sanidad Animal de Valdeolmos.

Tratamos de flexibilizar nuestra oferta en función a los distintos tipos de necesidades que se puedan presentar: necesidades inmediatas motivadas por alarmas sociales, como por ejemplo, la detección de encefalopatías en el año 2001, detección de *Salmonella* por PCR en 2005, lengua azul en 2007... o necesidades a medio-largo plazo que presentan un carácter menos urgente. Las estrechas relaciones con los clientes principales y la búsqueda de la mejora en el valor añadido a clientes o a otros grupos de interés (personas, contribuyentes, sociedad...) marcan el avance de nuestra oferta analítica (técnicas nuevas y mejoras), como se puede apreciar en las Fig.5.c.1 y 5.c.2. Los bats (grupos de determinaciones analíticas) están abiertos a incluir o eliminar determinaciones a solicitud de los clientes.



CRITERIO 5. PROCESOS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

AÑO	MEJORA DE SERVICIOS/PROCESOS Y BENEFICIOS PARA CADA GRUPO DE INTERÉS IMPLICADO		
	SERVICIO ANALÍTICO	FUENTE DE APRENDIZAJE	GRUPO DE INTERÉS/BENEFICIOS
2006	Detección de residuos: plaguicidas en productos vegetales por cromatografía líquido-masas.	Autoformación y curso por servicio técnico.	Clientes/contribuyentes: aumento del rendimiento y disminución de costes. Laboratorio y Sociedad: menor impacto en el ambiente y en la salud de las personas.
	Serología: Acreditación de técnicas de diagnóstico de Brucelosis –Aglutinación y Fijación del Complemento.	Autoformación y colaboración dentro de alianza de Laboratorios del Norte.	Clientes: mejora en la calidad del servicio.
	Análisis microbiológico de alimentos: Detección de <i>Salmonella</i> en alimentos (según ISO + Acreditación).	Norma ISO, cursos de acreditación y autoformación.	Clientes: mejora en la calidad del servicio. Laboratorio y Sociedad: menor impacto en el ambiente y en la sociedad.
	Análisis microbiológico de alimentos: Investigación de <i>Yersinia enterocolitica</i> según ISO.	Ensayos de intercomparación, norma ISO y autoformación.	Clientes: mejora en la calidad del servicio.
	Análisis microbiológico de piensos: Acreditación de detección de mohos y levaduras, <i>Salmonella</i> y <i>Staphylococcus aureus</i> .	Cursos de acreditación, normas ISO y autoformación.	
2007	Preparación para acreditar técnicas	Detección de encefalopatías espongiformes en ovino y caprino.	
		Detección de <i>Salmonella</i> por PCR.	
		Análisis de lodos y tierras: detección de Mercurio	
		Análisis de aceites: Grado de acidez, Índice de peróxidos, K270, K232, ácidos grasos y ceras.	
		Serología: detección de Peste Porcina Africana (PPA)	
		Detección de residuos: anabolizantes (orina), AINE's (plasma) y plaguicidas (vino).	Clientes: mejora en la calidad del servicio y cumplimiento de exigencias legales.

Figura 5.c.2. Innovación en los servicios analíticos del Laboratorio en el último año: mejora de servicios.

Con proveedores y laboratorios aliados se trabaja de forma conjunta en la creación de servicios analíticos o en su mejora a través de:

PROVEEDORES
<ul style="list-style-type: none"> Optimización de kits comerciales y protocolos internos. Implantación de técnicas nuevas (Ej: técnicas de Biología Molecular con Cultek, ver Fig.4.a.1).
LABORATORIOS
<ul style="list-style-type: none"> Visitas a otros Laboratorios (Fig.5.c.3.). Colaboración para acreditación de técnicas (ej: dentro de la alianza de Laboratorios del Norte para técnicas de diagnóstico de Brucelosis (Rosa Bengala y Fijación del Complemento). Dentro de la alianza PNIR, el Laboratorio adquirió el compromiso de implantar la técnica de detección AINE's y fenilbutazona, siendo el único laboratorio público de España, junto con el Laboratorio Nacional de Referencia, en hacer esta determinación.

Una vez detectada la oportunidad para diseñar e implantar nuevos servicios y aceptado el cambio, teniendo en cuenta que la implantación de un proceso analítico requiere un período de formación y de puesta a punto (ver subcriterio 5.b), se planifica su implantación y se establece el plazo adecuado para ofrecer el servicio demandado. Un claro ejemplo lo constituye la implantación de las técnicas de detección de *Legionella*. Para ello, el personal del laboratorio asistió a reuniones de coordinación a nivel autonómico y formación por servicio técnico (Cultek) y se participó en ensayos de intercomparación a nivel nacional.

Revisión, aprendizaje y mejora

Revisión

- Indicadores de Encuesta de Satisfacción de Clientes (ver subcriterio 6.a).
- Revisión del Sistema, Informes de proceso o equipo, Informes de valoración tras cursos.

Aprendizaje y mejora: las actividades de aprendizaje a través de visitas (Fig.5.c.3) se complementan con asistencia a cursos y otras actividades formativas (ver historial de formación del Laboratorio).

AÑO	VISITAS / APRENDIZAJES
2002	Estancia en laboratorio de Valdeolmos, puesta a punto de técnicas de <i>Daphnia magna</i> .
	Visita al laboratorio de Sanidad (Bilbao). Ver técnica de detección de Sulfamidas por HPLC.
2003	Visita laboratorios de Vitoria, Lérida y Pamplona (NASERS)
	Visita laboratorio de Pamplona (NASERSA)
	Visita laboratorio de Zaragoza (Centro Nacional de Referencia de EEB)
2006	Visita a laboratorio de EDAR de Arazuri (Navarra)
	Visita a laboratorio de Centro Fraisoro (Guipúzcoa): Validación de métodos químicos, auditorías, análisis de aguas, clientes-gestión de análisis externos.
2007	Visita al Laboratorio Arbitral Agroalimentario de Madrid: Análisis de aceites.
	Visita al laboratorio IPROMA de Castellón.
	Visita a Laboratorio Central de Veterinaria, Madrid: Detección de Lengua azul por RT-PCR.

Figura 5.c.3. Actividades de aprendizaje para la implantación y mejora de procesos analíticos: Visitas a otros centros.

5.D- PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y SERVICIO DE ATENCIÓN, DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS.

“Somos un laboratorio público de la Comunidad Autónoma de La Rioja que presta un servicio de análisis a organismos públicos y privados en los ámbitos agroalimentario, sanitario y ambiental, cumpliendo la normativa vigente y ofreciendo apoyo técnico, siendo el cliente el centro de nuestra gestión”. Las determinaciones analíticas las realizamos de acuerdo a los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs) y la gestión relativa a la muestra (solicitud, Boletín de Resultados, etc) es gestionada por el Proceso Operativo correspondiente (Fig.5.d.1).

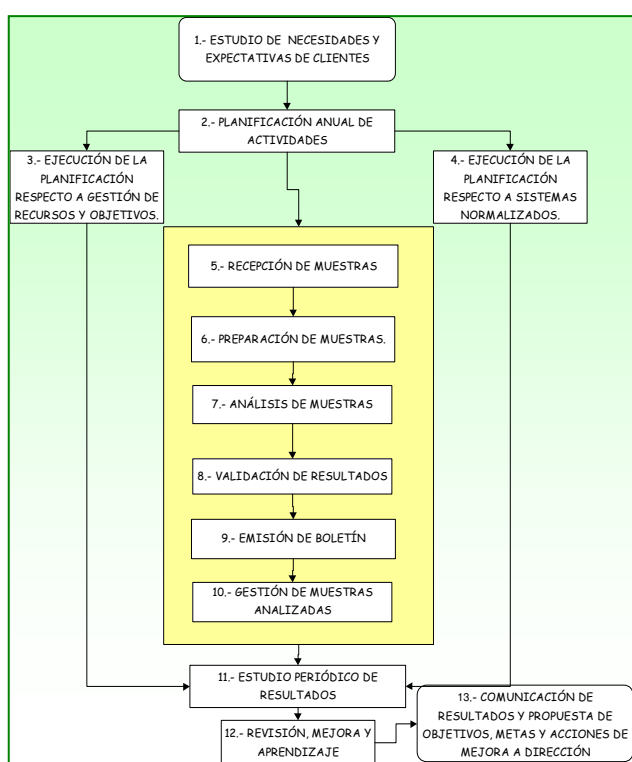


Figura 5.d.1. Proceso Operativo de Q. Alimentaria (PR10).

El Sistema de Calidad implantado busca la seguridad analítica y establece una serie de requisitos que son anualmente auditados interna y externamente. En el desarrollo y mejora de los Procesos Operativos, buscamos atenernos siempre a los requisitos de los clientes prescriptores, sean estos los responsables del sistema de Normas ISO o las diversas exigencias legislativas que son frecuentes en los parámetros que el Laboratorio determina: control público de alimentos y sustancias alimentarias y enfermedades en cultivos y ganado (ver Procesos Operativos).

Buscando el aseguramiento de la calidad en la adquisición de bienes fungibles y equipos necesarios en las diferentes determinaciones, se sigue lo dispuesto en las normas ISO o similar que se aplican

en el Laboratorio (ver proceso “Aprovisionamiento” – PR18-). Los equipos adquiridos se verifican y calibran según requisito de Norma. Todos los equipos son gestionados a través de la aplicación informática de LIMS “Accesorios- gestión de aparatos”. Una vez recibido un equipo, los responsables de los Procesos Operativos le designan una persona encargada de verificar que cumple con las prescripciones técnicas solicitadas, que viene acompañado de la documentación completa y que la instalación y el funcionamiento son correctos. Este responsable confecciona el PNT del nuevo equipo y es cualificado para el uso del mismo. De esta forma, el equipo se etiqueta y queda listo para ser utilizado en los métodos de análisis correspondientes (ver “Procedimiento de Identificación, Gestión y Documentación de Equipos y Patrones Físicos”).

El material fungible y los reactivos deben venir acompañados de certificados de calidad, con su composición e incertidumbre. Adicionalmente y, con propósitos sociales, se exige también que vengan acompañados de fichas de seguridad y especificaciones ambientales.

Además, para asegurar que los resultados analíticos corresponden al lote muestreado, el Laboratorio marca las condiciones mínimas de muestreo, cantidad de muestra y condiciones de transporte (ver, a modo de ejemplo, información en página web, tríptico de recogida de muestras de tierra...).

El desarrollo del servicio finaliza con la entrega del Boletín de Análisis al cliente; se garantiza la validación interna de los resultados, con la firma de aprobación del mismo por parte del Director y del responsable del Proceso Operativo llevado a cabo. Las características del Boletín de Análisis y su distribución a los clientes forman parte de nuestro Sistema de Calidad. El cumplimiento efectivo de Procesos Operativos asegura que la prestación de los servicios se efectúa conforme a lo diseñado; las Auditorías internas y de renovación de acreditación son una buena indicación del nivel de cumplimiento de los procedimientos analíticos. Para que el cliente tenga seguridad de ello, los boletines salen con el sello de ENAC, en caso de que los resultados sean acreditados.

Distribuimos por varios canales los Boletines de Análisis: correo postal, vía informática, y en mano. Se sigue la política de ganar tiempo y por lo tanto mejorar la calidad en la distribución, minimizando el uso de la distribución postal. En el ejercicio del 2005, más del 95% de los resultados se comunicaron a los clientes por medios informáticos y es propósito aumentar este porcentaje con la implantación de la



parte privada de la página web, acorde a nuestra apuesta por las nuevas tecnologías.

Los errores en la generación de boletines llevan un indicador propio (ver subcriterio 6.b: Correcciones a boletines). Éste, junto con otros indicadores - tiempo de respuesta, número de muestras analizadas por persona, % de resultados acreditados..., contribuyen en la tarea de mejora permanente del servicio (ver criterios 6 y 9).

Los responsables de los Procesos Operativos atienden las consultas y las dudas que los resultados pudieran generar en los clientes. Caso de que el cliente lo demande, el técnico puede dar su opinión sobre posibilidades de corrección o tratamiento aunque siempre dejando claro que es su opinión personal puesto que el tratamiento se escapa del alcance del Laboratorio. La inmensa mayoría de nuestros servicios analíticos están dedicados al control oficial de enfermedades animales o vegetales y al control de alimentos o sustancias alimenticias; las muestras oficiales suponen un 98% de las muestras recibidas en el Laboratorio (ver subcriterio 6.b). Normalmente, estas determinaciones forman parte de un plan establecido a nivel del Gobierno Autónomo y, por tanto, el trabajo analítico del Laboratorio es un complemento del trabajo de otras unidades en el cumplimiento del proceso común de la Administración Pública.

Anualmente, se celebra una reunión con los clientes implicados (ver proceso "Relación y Satisfacción de clientes" – PR03-) y se detectan necesidades y expectativas de ambas partes, propuestas de ampliación, correcciones o posibilidades de mejora. El Equipo de Clientes, Dirección, UGC y responsables de Procesos Operativos valoran los resultados y conclusiones extraídas de estas reuniones, considerando diferentes opciones de mejora.

El Equipo de Clientes edita anualmente un documento denominado Oferta de Determinaciones en el que se publican los servicios analíticos que el Laboratorio ofrece, su estado de acreditación, precio, procedimiento y tiempo de respuesta.

Hemos elaborado una página web fundamentalmente dedicada a la comunicación con clientes y grupos de interés donde se indican los servicios ofertados y las condiciones generales de toma y envío de muestras. El CRM permite dar más profundidad y amplitud a la gestión de las transacciones con los clientes dada la escasa información que se recibía a través del sistema de reclamaciones y quejas. Además de facilitar la concreción de la consulta del cliente, el programa permite registrar la información que aporta y sirve para detectar debilidades en la expresión de

resultados u otras parcelas en las que tiene dificultades de interpretación. El análisis cuidadoso de las comunicaciones mantenidas ayuda a aclarar puntos oscuros y a amoldarnos más ajustadamente a las exigencias de los clientes.

Prestamos unos servicios cuya utilización requiere un cierto conocimiento técnico; dada la diversidad de determinaciones, es frecuente que haya que explicar el significado de alguna en las primeras entregas de servicio, con lo que se establece una formación del cliente que facilita la utilización correcta en posibles de servicios.

Revisión, Mejora y Aprendizaje

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORA
1999	Formación en gestión.	Primeras acreditaciones bajo Norma EN 45001/ISO 17025.
2004	Análisis interno y propuestas de los equipos.	Revisión del Sistema por equipos.
	Formación en gestión.	Creación del Equipo de Clientes.
2006	Adopción del modelo EFQM. Formación en procesos. Mplus Consulting.	Implantación de la Gestión por Procesos. Proceso "Relación y Satisfacción con Clientes" (PR03).
	PG "Tratamiento de desviaciones, reclamaciones y No Conformidades" (PG/02/06) Colaboración con SAME. Formación.	Implantación de CRM.
	Adopción del modelo EFQM. Formación en procesos.	Documentación de Procesos Operativos.
		Revisión del Sistema dentro del proceso "Planificación y Estrategia" (PR01).
2007	Formación en gestión de contenidos web, revisión de páginas web.	Implantación de página web.

Figura 5.d.2. Mejora y Aprendizaje.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS
MEJORA DE PROCESOS
El trabajo, en la mejora de procesos (procedimientos, métodos...) que sistemáticamente se realiza en mi Línea y/o Equipo.
La actitud del Laboratorio para buscar el modo de hacer mejor las cosas.
De mi Línea y/o Equipo a la hora de plantearnos preventivamente los procesos y sistemas para evitar la aparición de fallos.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES
SERVICIO PRESTADO
Asesoramiento e información en la toma, conservación, entrega de muestras
Eficiencia en la recepción de muestras.
Confianza generada por la acreditación por parte de ENAC de las técnicas del laboratorio.
Plazos y tiempos de respuesta en los análisis.
Fiabilidad en los resultados analíticos.
Claridad de los boletines de análisis.
Relación calidad / precio de los análisis.

Figura 5.d.3. Medición de la satisfacción con los servicios ofrecidos por el Laboratorio.

Cada Proceso Operativo cuenta con diferentes indicadores de rendimiento y de satisfacción. De esta forma, cada equipo de proceso mide, revisa y evalúa de forma periódica el servicio ofrecido a sus clientes a partir del logro de los objetivos de los indicadores y de las metas propuestas en la Revisión del Sistema (proceso “Planificación y Estrategia” – PR01).

5.E- GESTIÓN Y MEJORA DE LAS RELACIONES CON LOS CLIENTES.

Tal y como figura en nuestra Visión, “*Pretendemos ser el laboratorio público referente en el ámbito nacional por nuestra capacidad técnica, eficiencia económica y eficacia en una política de mejora continua e incorporación permanente de necesidades y expectativas de nuestros clientes en el servicio...*”. Para ello, nuestras actuaciones se basan en Valores como: “... la orientación hacia el cliente. Dirigiendo todas las acciones del laboratorio a la prestación de un servicio acorde a las necesidades y expectativas de sus clientes y otros grupos de interés.... La calidad y la innovación. Incorporando la mejora continua como parte del trabajo... Orientación al logro basada en la eficacia y la eficiencia...”.

Tenemos establecidos diferentes mecanismos para obtener información sobre las necesidades y expectativas actuales de los clientes en relación a los servicios analíticos y sobre su percepción:

- Reuniones sectoriales y de grupos de trabajo: en ellas, los laboratorios públicos acuerdan los métodos y las novedades para optimizar los servicios que la legislación exige a los ciudadanos y organizaciones, clientes de estos laboratorios.
- Reuniones-Entrevistas con clientes principales, bien formalizadas o bien puntuales.
- Prescripciones de ENAC sobre el aseguramiento de la calidad de la labor analítica.
- Encuesta de Satisfacción de Clientes (ver subcriterio 6.a).
- Sistema de tratamiento de desviaciones, no conformidades y reclamaciones de clientes regulado por el PG/02/06 y gestionado por la UGC.
- Aplicación CRM y página web.

Para la gestión y mejora de las relaciones de los clientes, contamos con el proceso “Relación y Satisfacción de Clientes” -PR03- (Fig.5.e.1) que trata de establecer de forma eficiente relaciones con clientes a través de mecanismos de interacción que permitan planificar las actuaciones a realizar y medir su satisfacción como base para la mejora. El contacto con los clientes es permanente y, para ampliarlo y facilitarlo, usamos diversos canales: presencial, telefónico, informático, fax, etc, implantándose una aplicación de CRM que trata de

gestionar las transacciones habituales con los clientes para darles mayor facilidad, precisión y eficiencia. Además, esta herramienta, al guardar registro de las distintas intercomunicaciones, proporciona materia prima suficiente para corregir los fallos más habituales y mejorar el servicio.

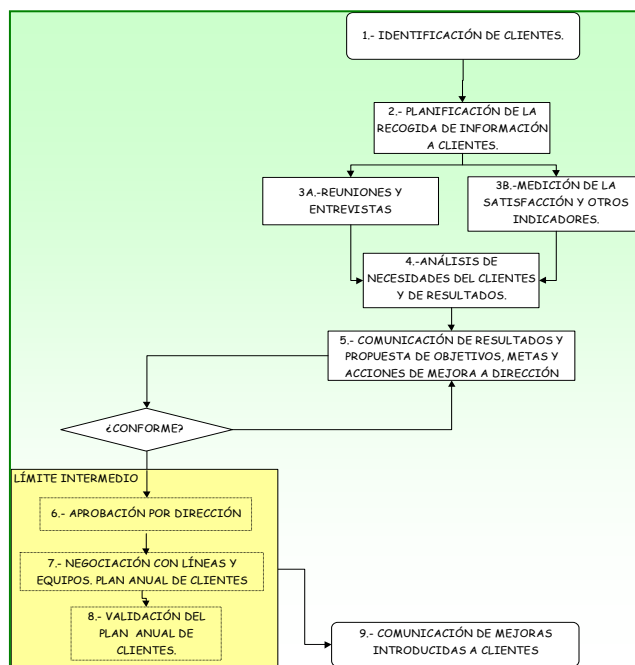


Figura 5.e.1. Proceso “Relación y Satisfacción de Clientes” (PR03).

La naturaleza del servicio analítico del Laboratorio (higiene alimentaria, sanidad vegetal y sanidad ganadera) obliga a ser flexible en nuestro servicio. Diariamente, se mantienen conversaciones con los clientes donde acordamos plazos de entrega de resultados de muestras urgentes, determinaciones nuevas que necesitarían, nº de muestras que pueden ser superiores a las habituales, excepciones de horario, envíos especiales, etc. Así, por ejemplo, en momentos de crisis o situaciones que nuestros clientes deben de gestionar de forma urgente, se prolonga la jornada laboral para atender a las necesidades analíticas (ej: línea Biología Vegetal ante el brote de fuego bacteriano) e, incluso, establecimos un turno de tarde en la línea Biología Especial en los primeros años de detección de Encefalopatía Espongiforme Bovina. También hay creado un protocolo de actuación inmediata si se detectara algún caso de gripe aviar en la Comunidad que incluye analíticas realizadas fuera del horario habitual, desplazamientos al laboratorio de referencia en Madrid en caso de urgente necesidad, etc. En la línea Química Alimentaria, se prioriza el trabajo cuando es necesario, sobre todo en caso de vertidos no autorizados denunciados o solicitados por el Consorcio de aguas y residuos de La Rioja o por el Seprona. Asimismo, cuando el Servicio de Ganadería detecta un riesgo de epidemia que pueda afectar a la cabaña ganadera actúa consecuentemente,

umentando el control de esta enfermedad mediante los correspondientes análisis realizados por la línea Biología Pecuaria.

Hasta ahora, las quejas de orden analítico o de procedimiento (ver Registros de UGC) están recogidas por la Norma ISO 17025 que dispone de un procedimiento que establece la forma y documentación requerida para su gestión (ver *"Procedimiento General para el tratamiento de desviaciones, reclamaciones y No Conformidades"*-PG/02/06); este procedimiento pretende ser mejorado con la recogida de quejas, reclamaciones, y sugerencias a través del CRM.

El Laboratorio, antes de reunirse con los clientes usuarios, suele preparar los Bat's (grupos de determinaciones) y procedimientos de trabajo en colaboración con los clientes prescriptores y generalmente, en coordinación con otros laboratorios, en las reuniones de grupos sectoriales para poder describir sus necesidades con la precisión requerida.

Mantenemos contactos habituales con nuestros clientes/usuarios; tenemos sistematizadas una serie de reuniones anuales con aquellos que proporcionan el 90% de las muestras del laboratorio. Estas reuniones tienen como objetivo revisar el servicio ofrecido el año anterior y exponer áreas de mejoras detectadas por ambas partes, necesidades y expectativas: nuevas necesidades analíticas, interés por acreditación de una u otra técnica, programación para el próximo año, formas de economizar o agilizar el contacto, etc (ver proceso *"Relación y Satisfacción de Clientes"* -PR03). Así, por ejemplo, en junio de 2006 se habló con el Consorcio de Aguas que consultó la posibilidad de incluir los valores de Ecotoxicidad en la Legislación de Aguas futura y los veterinarios libres han pedido información sobre los EPI's necesarios a utilizar en las visitas y trabajos en granjas aviares.

Se ha realizado un diseño conjunto de una aplicación informática que gestiona la campaña de Saneamiento Ganadero. Este programa permite identificar las muestras en campo, la introducción de datos al sistema informático general, su traspaso posterior al LIMS añadiéndoles las demandas analíticas diferenciadas (determinaciones). Posteriormente y, por la misma vía, el LIMS devuelve la información de los resultados a los clientes en el menor plazo posible de tiempo y con una notable reducción de errores puesto que se han eliminado las transcripciones de datos entre las distintas operaciones. Dicho programa se ha diseñado en el Laboratorio y ha sido posteriormente incorporado en varios laboratorios oficiales de España (Palma de Mallorca, Asturias, Castilla y León...).

Otra facilidad dada a los usuarios es el adelanto de etiquetas identificativas a clientes habituales para facilitar la identificación y entrada de muestras que permite dar agilidad y seguridad a esta tarea de interface dentro del proceso analítico de muestras. En otras ocasiones, preparamos envases especialmente tratados para el uso de muestras especiales (envases con Tiosulfato, envases de vidrio de tapón esmerilado, envases color topacio...).

Revisión, Aprendizaje y Mejora

INDICADORES DE PROCESO "RELACION Y SATISFACCION CON CLIENTES"
INDICADORES DE RENDIMIENTO
% de respuesta de clientes a la encuesta de satisfacción
Tiempo de respuesta general del laboratorio
Tiempo de respuesta a quejas y sugerencias
Correcciones a boletín (laboratorio)
INDICADORES RELACIONADOS
Eficiencia Económica (Coste Medio por determinación)
% resultados acreditados

Figura 5.e.2. Indicadores de rendimiento del proceso *"Relación y Satisfacción de Clientes"* (PR03).

ENCUESTA DE SATISFACCION DE CLIENTES
IMAGEN GENERAL
La accesibilidad y facilidad de contacto con personas y servicios.
INFORMACION - COMUNICACION
Información suministrada sobre los servicios que presta el laboratorio, oferta de servicios...
Suficiencia de los canales de comunicación establecidos.
Información general del laboratorio.
ATENCION Y TRATO PERSONAL
Atención y trato recibido por el personal del Laboratorio.

Figura 5.e.3. Medición de la satisfacción con la gestión de la relación con los clientes.

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORA INCORPORADA
	Sugerencias de clientes.	Instalación de datáfono.
2002	Norma ISO 17025.	1ª Encuesta de Satisfacción de Clientes (ESC).
2003	Formación en gestión.	QFD.
2004	Formación en gestión.	Creación del Equipo de Clientes.
	Método Serqual	Revisión Encuesta Satisfacción de Clientes.
2005	Reclamaciones y sugerencias de clientes.	Adelanto de los resultados analíticos por e-mail para disminuir el plazo de entrega de los resultados.
	Formación en procesos. Adopción del Modelo EFQM.	Proceso <i>"Relación y Satisfacción de Clientes"</i> (PR03).
2006	Colaboración con SAME. PG/02/06.	Instalación de CRM para mejorar la gestión de quejas y sugerencias.
	Proceso <i>"Relación y Satisfacción de Clientes"</i> (PR03). Anteriores ESC y QFD (ítems).	Mejora de la Encuesta de Satisfacción de Clientes y mayor segmentación de resultados.
2007	Colaboración con SAME. Formación del equipo de Informática	Implantación de la página web.

Figura 5.e.4. Mejora y Aprendizaje en la gestión de la relación con los clientes.



6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES

**NOTAS COMUNES A LOS CRITERIOS DE RESULTADOS.**Sistema de establecimiento de objetivos:

A la hora de establecer nuestro sistema de objetivos tratamos de que la consecución de los mismos sea un reto y nos exija además un esfuerzo adicional. Para ello, tenemos en cuenta los siguientes aspectos:

- En función de los resultados de años anteriores, haciendo una reflexión sobre los resultados y otros indicadores relacionados, tratamos de establecer un objetivo de forma que no perdamos posiciones ya alcanzadas anteriormente.
- Si se va a trabajar algún proceso en concreto o se van a dedicar recursos adicionales de personas, tiempo, inversiones... en algún aspecto, somos más ambiciosos con su objetivo.

Comparaciones externas:

Los laboratorios públicos con los que tenemos relación presentan un perfil de trabajo muy heterogéneo, no trabajando todos en los mismos productos y ocupando cada producto un porcentaje distinto de su campo de trabajo. Por tanto, las comparativas han de ser establecidas y estudiadas con un conocimiento adicional de las circunstancias.

Para la obtención de comparativas, además de las relaciones habituales, hemos contactado con laboratorios de todo España, que consideramos más cualificados del conjunto de los laboratorios públicos, tales como: Laboratorio Arbitral de Madrid, Laboratorio de Majadahonda (Agencia de Seguridad Alimentaria), Laboratorios Regionales de Salud Pública de Aragón, Asturias, Navarra, País Vasco, Cantabria, Madrid, Agencia de Salud Pública de Barcelona...

6.A- MEDIDAS DE PERCEPCIÓN.

Para medir la satisfacción de nuestros clientes, elaboramos, en el año 2002, una primera encuesta que surgió por reflexión interna y recomendaciones de la Norma ISO 17025 y en la que se trataron de centrar las necesidades y expectativas de los clientes. Los resultados de esta encuesta se estudiaron en la Revisión del Sistema de ese año, haciéndose énfasis en la importancia de reducir el tiempo de respuesta de análisis. Una de las medidas para mejorar este aspecto fue emitir los resultados a través de correo electrónico interno a los clientes. A su vez, en la Revisión del Sistema del 2003 ya se recomendaba a cada una de las líneas el tener reuniones sistemáticas con los clientes principales para planificar el trabajo durante el año.

En 2005, incorporamos, en una nueva encuesta, datos obtenidos del estudio Serqual de

Administraciones Públicas. En el año 2006, fue revisada incorporando el trabajo en la herramienta de QFD desarrollada en 2003 y el apoyo de una consultora externa. Es entonces cuando la Encuesta de Satisfacción de Clientes se centró mucho más en la calidad del servicio, realizándose sobre los clientes principales del Laboratorio (n° muestras $\geq 98\%$).

Objetivos: El Equipo de Clientes, junto con el Director y el equipo EFQM, han definido los objetivos en función a las expectativas que nos muestran los grupos de interés en las reuniones anuales con clientes y de Revisión del Sistema con los equipos del Laboratorio. Hasta el año 2005, establecimos un objetivo lineal para todos los resultados, debido a que considerábamos que una puntuación de 7 en cuanto a satisfacción era lo suficientemente importante.

Comparaciones: Nos hemos comparado con:

- SAC: Servicio de Atención a Ciudadano del Gobierno de La Rioja, unidad administrativa con relación directa con el usuario. Es el mejor referente de la Administración regional, ya que por ahora no hay otro con mayores puntuaciones en satisfacción de clientes.
- Laboratorio Regional de Salud Pública (Madrid), muy similar a nuestro Laboratorio en cuanto a personal y oferta analítica.
- SAU: Servicio de Atención al Usuario de la Agencia del Conocimiento y la Tecnología de La Rioja, que presta servicios a las unidades de la Administración de La Rioja.

El Equipo de Clientes, tal como refleja el proceso "*Relación y Satisfacción de Clientes*" (PR03), analiza los resultados de la Encuesta de Satisfacción de Clientes frente a los objetivos fijados con el fin de evaluar la consecución del Valor Institucional "*orientación hacia el cliente*". Así, de forma anual y a partir de estos resultados y otros de rendimiento, este equipo establece en las reuniones de Revisión del Sistema, junto a los responsables de Proceso Operativo, los nuevos objetivos y acciones de mejora, centrándose especialmente en aquellas áreas ponderadas como más importantes por los clientes en la encuesta (Fig.6.a.1).

Preguntas más importantes (ponderación en la Encuesta de Satisfacción de Clientes)
Plazos y tiempos de respuesta en los análisis.
Fiabilidad en los resultados analíticos.
Atención y trato recibido por el personal del Laboratorio.

Figura 6.a.1. Ponderación encuesta de satisfacción.

La encuesta actual consta de 24 preguntas que se agrupan en 6 ítems: imagen general, información-comunicación, servicio prestado, atención y trato personal, capacidad técnica e innovación y mejora.

La satisfacción general que nuestros clientes tienen del Laboratorio es cada vez mayor, aumentando progresivamente los resultados a lo largo de los años. Además, de acuerdo a los resultados de la encuesta de 2006, el 86,3% de nuestros clientes encuestados recomendarían el Laboratorio a otras organizaciones, lo que revalida la satisfacción mostrada en el resultado anterior.

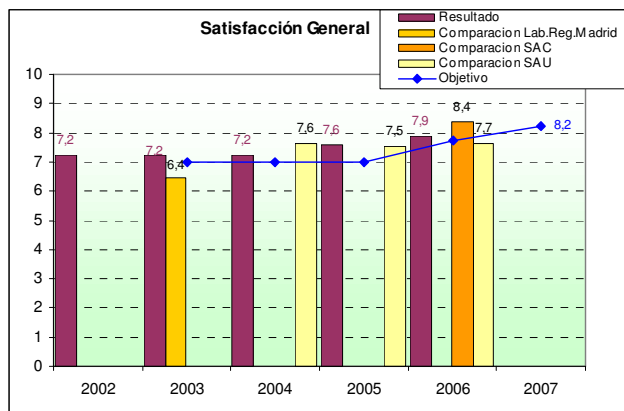


Figura 6.a.2. Satisfacción general de los clientes.

El grado de satisfacción respecto a la Imagen General se ha incrementado en los últimos años debido a las mejoras incorporadas en instalaciones, accesos, señalizaciones... resultantes del trabajo de QFD. Los datos hasta el año 2004 sólo reflejan la parte de imagen general referida a la facilidad de contacto con las personas, por lo que no son totalmente comparables con los resultados de años posteriores.

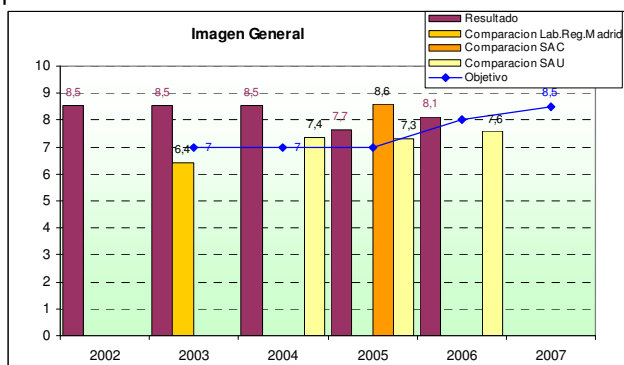


Figura 6.a.3. Imagen General.

La valoración positiva que nos hacen respecto a la Información – Comunicación es debida a acciones implantadas tales como la sistematización de las entrevistas con clientes para la planificación del servicio, el envío de la Oferta de Determinaciones a partir del año 2002. Es previsible que esta percepción mejore con la utilización de la página web en la que se detalla la oferta de servicios que presta el Laboratorio y otras informaciones, siendo éste un nuevo canal de comunicación con los clientes.

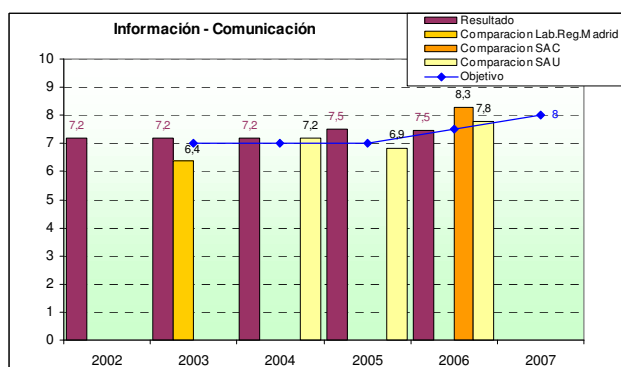


Figura 6.a.4. Información – comunicación.

La preocupación por un servicio de calidad y de atención y trato esmerado en la atención al público ha sido una constante en nuestra gestión. Hay que destacar que éste es el tercer aspecto más ponderado en importancia en la Encuesta de Satisfacción de nuestros clientes por lo que venimos haciendo esfuerzos importantes para su mejora tales como: la constitución de un Equipo de Clientes con formación en diversas facetas de atención al cliente (cursos sobre: habilidades de atención telefónica, escucha activa, claves de la calidad en la prestación de los servicios públicos, atención y tratamiento de quejas y reclamaciones, etc) y con un responsable de relaciones con clientes; diseño del CRM en colaboración con nuestro proveedor informático; asistencia a reuniones sectoriales por parte de responsables de Procesos Operativos y Dirección. También se han definido características de calidad a la recepción de muestras que, junto con el Procedimiento "Registro de muestras y elaboración de boletines" (PNT Met/LAB/LIMS/1), se han incorporado en todos los Procesos Operativos.

Las actuaciones anteriores junto con la disminución del tiempo de resolución de reclamaciones gestionadas por el "Procedimiento de tratamiento de reclamaciones, desviaciones y no conformidades" (PG/02/06), así como el esfuerzo constante de los responsables de Procesos Operativos por ofrecer apoyo técnico a sus clientes, ha supuesto una evolución ascendente en cuanto a su percepción sobre la Atención y Trato recibido.

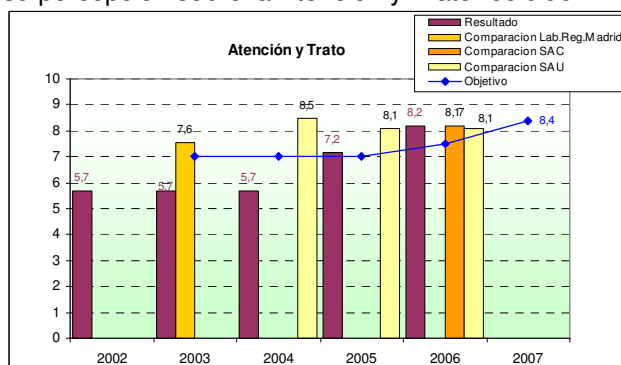
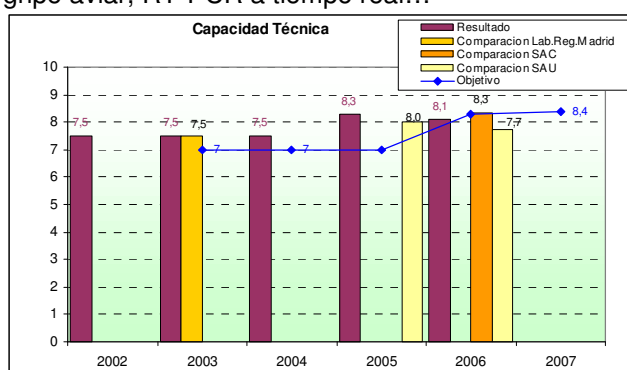


Figura 6.a.5. Atención y trato.

El segundo aspecto más ponderado en importancia por nuestros clientes es la fiabilidad en los resultados analíticos, para lo cual es imprescindible una buena capacidad técnica de nuestros profesionales, aspecto bien valorado, que genera confianza y en el que venimos trabajando desde hace años a través, principalmente, de la formación y la cualificación del personal, tal y como exige la Norma ISO 17025 (ver subcriterio 3.b), la asistencia a reuniones sectoriales y alianzas (ver subcriterio 4.a) a partir de las cuales hemos introducido nuevas técnicas como los análisis cromatográfico líquido-masas, análisis de aceites y aceitunas, innovaciones en el PNIR, detección de gripe aviar, RT-PCR a tiempo real...


Figura 6.a.6. Capacidad técnica del Laboratorio.

El servicio prestado está siendo cada vez mejor valorado por nuestros clientes y venimos trabajando en su mejora en áreas tales como plazos y tiempos de respuesta de los análisis (ver subcriterio 6.b), donde se muestra el esfuerzo realizado en los últimos años. Cada línea cuenta con sus propios datos de satisfacción y rendimiento en este aspecto (ver criterio 9) para mejorar su tiempo de respuesta. El tiempo de respuesta, una de las características de calidad del servicio, es la pregunta considerada más importante por nuestros clientes. Para mejorar en este campo, hemos incorporado el adelanto de los resultados a través de e-mail, fax e, incluso, muchas veces por teléfono, con el esfuerzo que ello supone para los cerca de 18.700 boletines emitidos el último año. Actualmente, se está desarrollando la parte privada de la página web con la que se pretende ofrecer a los clientes un acceso más rápido a los resultados de sus muestras.

La mejora del servicio se efectúa, además, a través de diversas herramientas: acreditación de procedimientos de análisis ISO 17025, orientación hacia la Gestión por Procesos, establecimiento de indicadores internos de rendimiento, participación activa en alianzas e incorporación de servicios nuevos y otras innovaciones (ver subcriterios 5.b y 5.c).

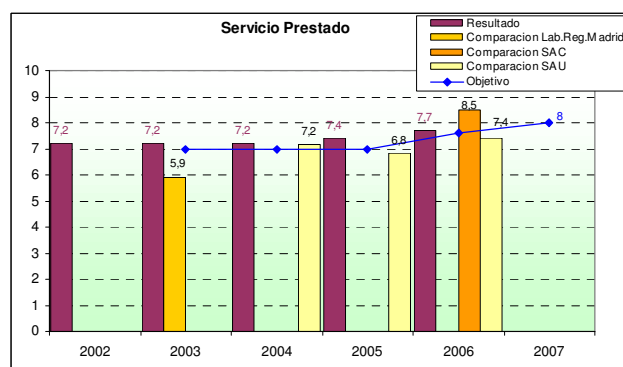

Figura 6.a.7. Satisfacción con el Servicio Prestado.

		Imagen general	Capacidad técnica	Atención y trato	Información-comunicación	Servicio prestado	Innovación y mejora	Satisfacción general
BA	2002	6,8	3,5	5,5	6,8	3,5		5,2
	2005	7,5	6,2	6,8	6,8	6,0		6,7
	2006	7,7	7,1	7,3	6,8	6,8	7,6	7,2
BE	2002	10,0	10,0	5,5	7,5	10,0		8,6
	2005	9,0	9,2	9,3	8,3	8,8		8,9
	2006	8,7	8,9	9,2	8,5	8,4	8,2	8,7
BP	2002	10,0	7,5	7,5	7,5	7,5		8,0
	2005	8,7	8,1	8,1	7,2	7,4		7,9
	2006	8,3	8,3	8,3	7,1	7,3	7,3	7,8
BV	2002	8,8	8,8	5,4	7,4	8,0		7,7
	2005	8,4	8,5	7,2	7,6	7,9		7,9
	2006	8,2	8,3	7,8	7,7	7,8	7,6	7,9
QA	2002	8,0	7,7	6,9	8,0	7,9		7,7
	2005	8,1	7,6	7,2	7,5	7,5		7,6
	2006	8,1	7,6	7,3	7,3	7,3	7,1	7,5
QP	2002	8,4	8,6	5,8	7,6	7,9		7,7
	2005	8,2	8,3	7,6	7,8	8,1		8,0
	2006	8,1	8,2	8,2	7,8	8,2	8,1	8,1
QR	2002	10,0	10,0	7,7	10,0	9,2		9,4
	2005	8,5	8,7	8,2	8,4	8,0		8,3
	2006	8,0	8,2	8,3	7,8	7,6	7,4	7,9

Figura 6.a.8. Segmentación de los resultados por líneas.

Cada línea gestiona sus propios resultados de satisfacción de clientes, tal y como figura en cada uno de sus procesos. A partir de estos, propone objetivos, metas y acciones de mejora, que son validadas a través de la Revisión del Sistema (Proceso "Planificación y Estrategia" – PR01).

En la encuesta del 2006, se ha incorporado como ítem la percepción acerca de la Innovación y Mejora, ya que con la adopción del Modelo EFQM consideramos importante conocer cómo nuestros clientes perciben nuestra adaptación a sus necesidades haciendo uso de las nuevas tecnologías disponibles. Así, en el año 2006 se observa un valor muy positivo en este aspecto, pretendiendo ser mejorado en el 2007 con la incorporación y comunicación a los clientes de mejoras en los Procesos Operativos, en la gestión y en la comunicación externa.

INNOVACIÓN Y MEJORA	2006
Resultado	7,56
Comparación SAC	8,47
Comparación SAU	7,26
Objetivo	7,50

Figura 6.a.9. Innovación y Mejora.



CRITERIO 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

Debido a nuestra política de incrementar el porcentaje de clientes particulares para disminuir la dependencia respecto a los clientes oficiales, hemos considerado interesante el segmentar también los resultados entre clientes públicos y clientes privados.

	Clientes oficiales		Clientes particulares	
	2002	2006	2002	2006
Imagen general	8,36	8,39	8,61	7,65
Capacidad técnica	8,92	8,42	6,9	7,59
Atención y trato	7,64	8,40	4,93	7,80
Información – comunicación	8,00	7,52	6,89	7,36
Servicio prestado	9,46	7,84	6,72	7,44
Innovación y mejora		7,74		7,27
Satisfacción general	8,48	8,05	6,81	7,52

Figura 6.a.10. Segmentación de los resultados de satisfacción por tipo de clientes.

6.B- INDICADORES DE RENDIMIENTO.

El Equipo de Clientes y los equipos de Procesos Operativos analizan la información del rendimiento interno respecto a clientes dentro de los procesos "Relación y Satisfacción de Clientes" (PR03) y los Procesos Operativos.

Para ver nuestro rendimiento respecto a otras organizaciones, nos comparamos con:

- Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB).
- Laboratorio Normativo de Salud Pública del Gob. Vasco.
- Estación Enológica de Haro, La Rioja.
- Secretaría General Técnica de la Consejería de Administraciones Públicas de la CAR
- Hospital Psiquiátrico de Zamudio (HPZ). Q. plata-Euskalit.

Fidelidad de clientes

Respecto al número de clientes que tenemos, es de destacar que, en los últimos años, se produce una recuperación en número debido a que hasta el año 2002 hubo muchas variaciones por agricultores interesados en analizar sus tierras para dedicarlas al cultivo de vid, teniendo en cuenta que el precio anual del kg. de la uva introduce mucha volatilidad en el número de plantaciones y, por tanto, en nuestro servicio.

Debido a ello, y tras reflexiones internas realizadas, estimamos que un indicador más exacto en cuanto a fidelización era el considerar a todos aquellos que habían traído ≥ 10 muestras al año. Esto nos proporciona una selección de los clientes más profesionales que nos aportan información relevante respecto a las necesidades analíticas de la sociedad riojana (ver subcriterio 2.a) y que orientan nuestra Política y Estrategia con datos sobre los sectores con proyección y dinámica ascendente a

través de la cual orientamos nuestras inversiones (ver subcriterios 4.b y 4.c). Asimismo, la información obtenida de estos clientes nos da mayor estabilidad y seguridad a la hora de establecer nuestras estrategias.

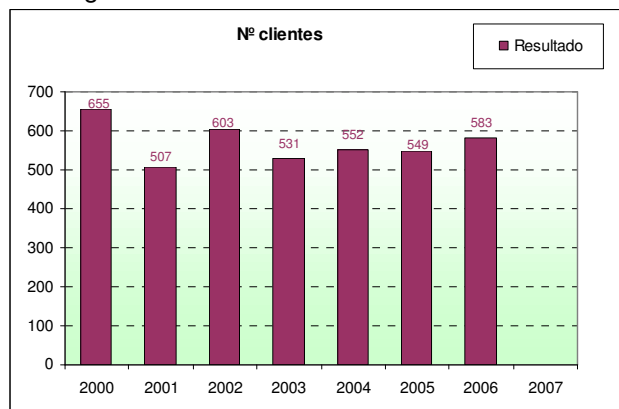


Figura 6.b.1. Número de clientes totales al año.

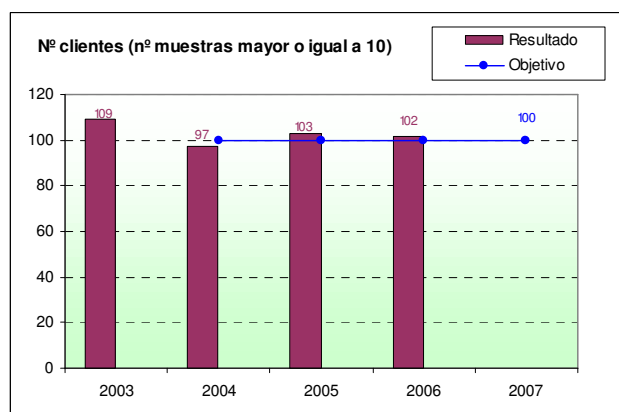


Figura 6.b.2. Número de clientes totales al año con nº muestras ≥ 10 .

En el siguiente gráfico, mostramos los clientes que traen 10 muestras o más al año y que además repiten respecto al ejercicio anterior, lo que nos da una idea de clientes realmente fieles en años sucesivos.

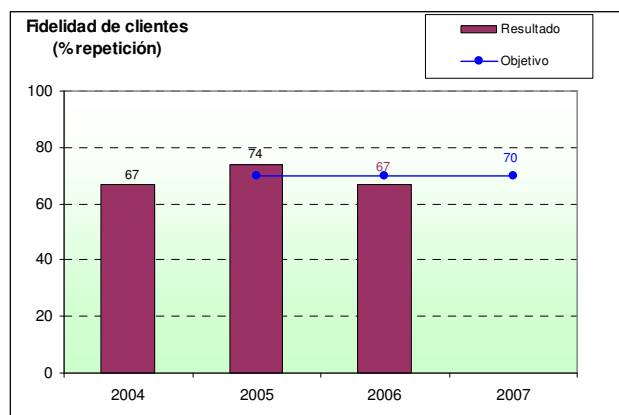


Figura 6.b.3. % Repeticiones de clientes con nº muestras ≥ 10 .

La participación de los clientes en la encuesta se ha incrementado notablemente respecto al año 2002 debido a las continuas actuaciones para mejorar la relación con ellos y la interiorización de la importancia de la medición de su satisfacción como base para la mejora de nuestro servicio.

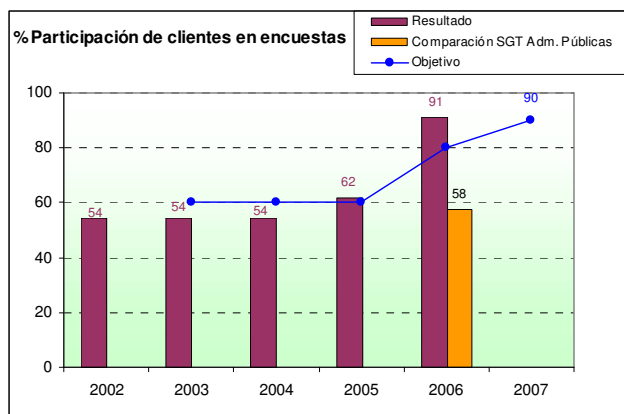


Figura 6.b.4. Participación de clientes en encuestas.

AÑO	% PARTICIPACIÓN		
	Total	Particulares	Oficiales
2002	54,3	64,3	38,9
2006	91,1	94,4	89,5

Figura 6.b.5. Segmentación de la participación de clientes en las encuestas de satisfacción.

Tipos de clientes y % de muestras de intercomparación

Medimos y evaluamos la distribución del volumen de muestras analizadas de acuerdo al tipo de cliente.

LÍNEA	AÑO	TIPO DE CLIENTE (% muestras)		
		OFICIAL	PARTICULAR	S. CALIDAD (intercompar.)
BA	2005	76,70	17,60	5,70
	2006	79,74	15,03	5,23
BE	2005	96,49	2,68	0,84
	2006	95,85	3,67	0,48
BP	2005	99,87	0,10	0,03
	2006	99,86	0,06	0,09
BV	2005	67,26	32,50	0,24
	2006	88,01	11,53	0,46
QA	2005	71,68	27,34	0,98
	2006	75,11	23,93	0,96
QP	2005	45,54	53,32	1,14
	2006	47,31	50,95	1,74
QR	2005	92,73	3,17	4,10
	2006	93,79	4,72	1,49
Laboratorio	2005	98,17	1,70	0,12
	2006	98,48	1,35	0,17

Figura 6.b.6. Segmentación por líneas de la distribución de muestras analizadas (%) según tipo de cliente.

Respecto a las muestras de calidad, entendiéndose por éstas las que se analizan fundamentalmente dentro de los ensayos de intercomparación en que se participa, se aprecia una tendencia claramente positiva motivada por el

aumento en la participación de este tipo de ensayos asociados al incremento de técnicas y resultados acreditados (ver subcriterio 9.a). Uno de los objetivos es incrementar las técnicas en que existe intercomparación con otros laboratorios pero manteniendo el % de muestras de calidad actual, recomendándose no superar el 1% con el fin de optimizar la utilización de recursos.

Atención al cliente e imagen general

El tiempo de respuesta a reclamaciones muestra resultados claramente descendentes como consecuencia de la mayor importancia que se les ha dado a los clientes en los últimos años.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Resultado	4,8	22,0	2,0	10,0	4,3	2,3	
Objetivo		3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0
Comp. HPZ	9,0	11,0	7,7				
Comp. Lab. Normativo Salud P. Gobierno Vasco						5,5	

Figura 6.b.7. Tiempo de respuesta a reclamaciones de clientes.

	2004	2005	2006	Total
Administrativo	53,3	50,0	58,3	51,1
De Línea	6,7	16,7	33,3	16,7
Tiempo	40,0	16,7	8,3	31,1
Falta de información	0,0	16,7	0,0	1,1

Figura 6.b.8. Segmentación de tipos de reclamación (en porcentaje sobre el total).

Las correcciones a boletín están originadas por errores en formato (administrativo) o errores en resultados (de línea). Éstos últimos, por su importancia, generan una actuación inmediata que se trata por la UGC y se toman las medidas oportunas de acuerdo al Sistema de Calidad.

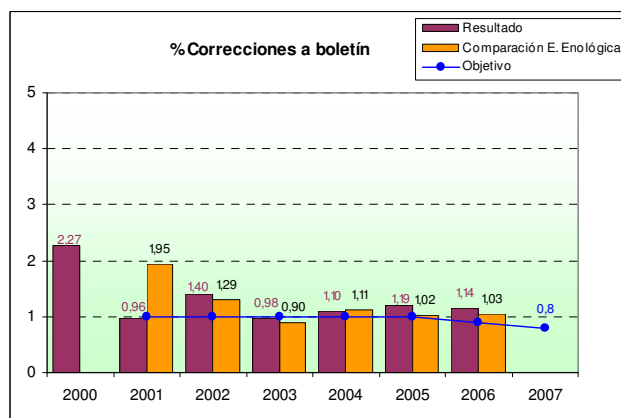


Figura 6.b.9. Correcciones a boletín (%).

En la siguiente tabla, se muestra, a modo de ejemplo, la segmentación del último año referente a las correcciones a boletín en las diferentes líneas.



CRITERIO 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

Departamento/Línea	% anexos	Departamento/Línea	% anexos
Área Biológica	0,14	Área Química	1,79
B. Alimentaria	0,72	Q. Alimentaria	0,72
B. Especial	0,02	Q. Producción	1,18
B. Pecuaria	0,14	Q. Residuos	8,20
B. Vegetal	0,03	Servicios Generales	0,37

Figura 6.b.10. Segmentación de correcciones a boletín (%).

Tiempos de respuesta de análisis

El tiempo de respuesta de análisis es un indicador estratégico para nosotros; por ello, nos comparamos en 6.b.11 con dos laboratorios excelentes, observando unos valores semejantes con la Estación Enológica de Haro y con los análisis de muestras de oficio de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. La disparidad de resultados obtenidos en la comparación con el valor total de esta última entidad no indica otra cosa que la existencia de un alcance diferente en muestras y determinaciones. En el caso de la Estación Enológica de Haro, que también utiliza la herramienta informática LIMS, hay que considerar que sólo realizan análisis de vino y mosto, con técnicas repetitivas y con la misma matriz lo que permite estandarizar y automatizar mucho más los procesos.

Mediante las reuniones de Revisión del Sistema (Proceso “Planificación y Estrategia” -PR01) y la elaboración y comunicación de los Informes de Resultados a las personas implicadas, en los que se muestran la evolución de los tiempos de respuesta generales y segmentados por líneas, fases y productos se ha concienciado de la importancia de la reducción de los tiempos de respuesta, observándose una mejora general en los tiempos registrados.

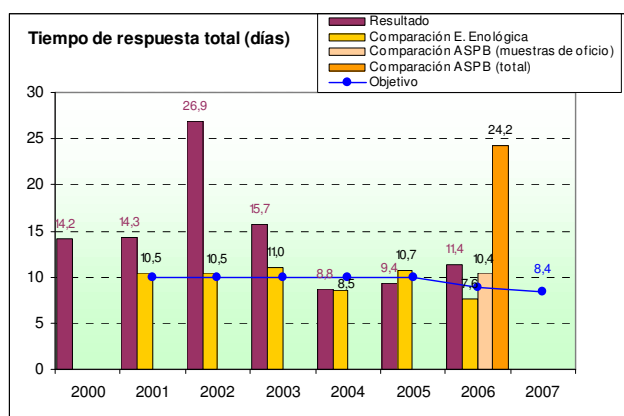


Figura 6.b.11. Tiempo de respuesta total del Laboratorio.

Una herramienta fundamental para la mejora de los tiempos de respuesta es el estudio segmentado de los mismos. Pasamos a exponer los valores obtenidos y las comparaciones con la Estación Enológica y el Laboratorio de Salud del Gobierno Vasco.

Fase	Organización	2002	2003	2004	2005	2006
Inicio	Laboratorio	0,96	0,43	0,16	0,32	0,28
	E. Enológica Haro	4,85	4,20	3,75	4,23	2,80
Realización de análisis	Laboratorio	15,93	9,53	6,54	6,28	7,75
	E. Enológica Haro	2,61	3,02	2,83	3,43	1,82
	Lab. Normativo Salud P. Gob. Vasco (Microb. Alimentos)	6,89	5,83			
Validación de resultados	Laboratorio	9,69	5,17	1,59	2,47	2,66
	E. Enológica Haro	1,95	2,78	1,20	2,26	2,49
	Lab. Normativo Salud P. Gob. Vasco (Microb. Alimentos)	4,89	5,57			
Emisión de boletines	Laboratorio	0,31	0,60	0,47	0,29	0,71
	E. Enológica Haro	1,06	0,97	0,73	0,81	0,50

Figura 6.b.12. Tiempo de respuesta segmentado por fases.



7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS



CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

7.A- MEDIDAS DE PERCEPCIÓN.

En el año 2004, comenzamos a medir la satisfacción de las personas a través de cuestionarios de satisfacción entregados a todo el personal (Fig.7.a.1).

AÑO	FUENTE DE APRENDIZAJE	MEJORA
2004	Autoformación.	Realización de 1ª Encuesta de Satisfacción de Personas.
2005	Asesoría externa (MPlus Consulting).	Revisión encuesta. Introducción de objetivos anuales.
2006	Gestión por Procesos.	Proceso "Satisfacción de Personas". Informe de Resultados y Propuesta de Objetivos, Metas y Acciones de Mejora.

Figura 7.a.1. Evolución de la encuesta de satisfacción de personas.

Actualmente, nuestra encuesta consta de 13 ítems que agrupan un total de 42 preguntas, de las cuales se da opción a indicar las tres más importantes, el grado de satisfacción general y la posibilidad de manifestar los aspectos a cambiar (fuente de áreas de mejora) y lo que más se valora en el Laboratorio.

GRADO DE SATISFACCIÓN	INTERVALO Puntuación
Nada satisfechos (insatisfechos)	0 a 2
Poco satisfechos	2 a 3
No demasiado satisfechos	3 a 5
Satisfechos	5 a 6
Bastante satisfechos	6 a 8
Muy satisfechos	8 a 10

Figura 7.a.2. Intervalos de puntuación.

Hemos comparado nuestros resultados de satisfacción de las personas con los de la Secretaría General Técnica de Administraciones Públicas del Gobierno de La Rioja, a la que consideramos un referente dado que incluye la "Dirección General de Calidad en las Administraciones", así como con Gaiker (Q Oro, Premio Vasco a la Gestión); esto nos permite una amplia comparación en todos los aspectos.

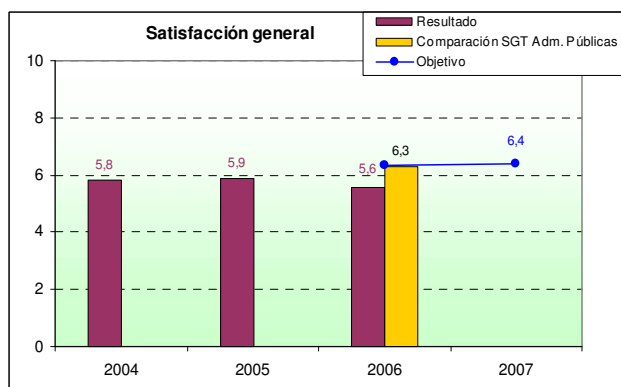


Figura 7.a.3. Satisfacción general.

Para analizar los resultados de satisfacción de las personas, tenemos en cuenta que, en los últimos años, el mayor conocimiento e implicación por parte del personal en el proceso de cambio, ha aumentado la capacidad de autocrítica y exigencia de las personas a la organización.

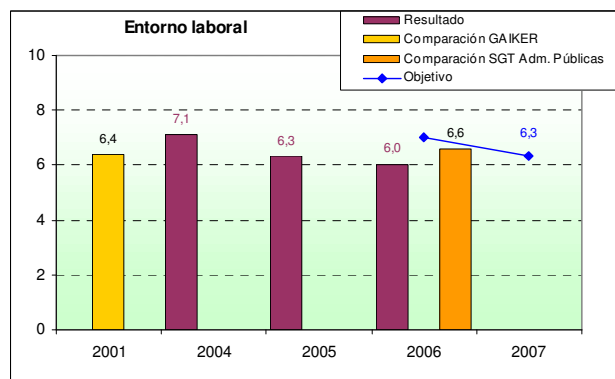


Figura 7.a.4. Entorno laboral.

Venimos trabajando y esforzándonos en mejorar tanto nuestras instalaciones, medios a nuestro alcance, así como la información relativa a los procesos y asunción de responsabilidades (ver subcriterios 3.c, 4.c y criterio 5). En este aspecto, observamos que estamos en una situación muy similar a la de Gaiker y la SGT. El sistema de Aseguramiento de la Calidad implantado desde 1998 en el Laboratorio (Norma ISO 17025) ha permitido que las funciones, procedimientos e instrucciones estén descritas detalladamente a través de toda la documentación asociada al sistema: Manual de Calidad, Procedimientos generales, PNTs, fichas de equipos, etc.

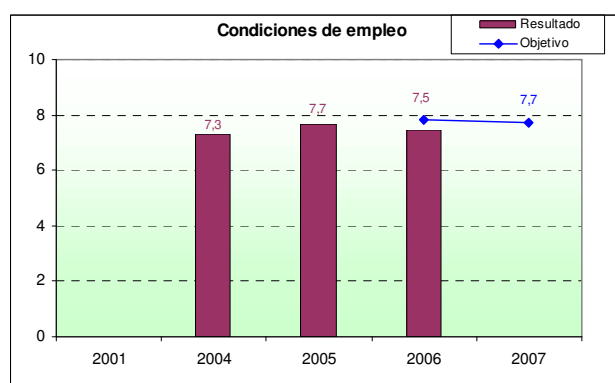


Figura 7.a.5. Condiciones de empleo.

En cuanto a las condiciones de empleo del Laboratorio (horario, calendario, permisos...), nos mantenemos en un intervalo de satisfacción de bastante satisfecho. En este aspecto, el personal valora las diversas acciones desarrolladas para facilitar la flexibilidad horaria de las personas, como la instalación del programa *Visual - Time* que

permite llevar un control exhaustivo de las horas trabajadas y de ausencia del personal.

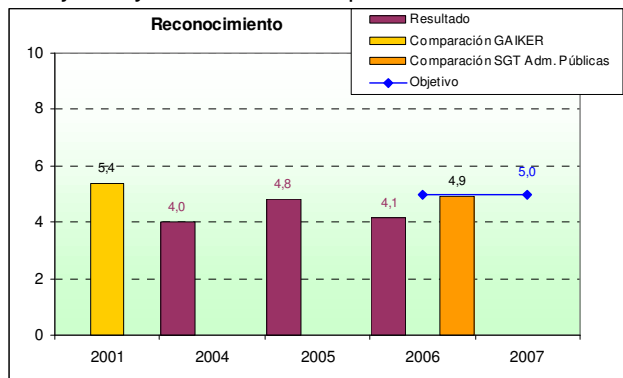


Figura 7.a.6. Reconocimiento.

Teniendo en cuenta que nos regimos por la Ley de Función Pública, existen limitaciones en lo concerniente a la remuneración y el reconocimiento (ver subcriterio 3.e). No obstante, a través de diversas formas de reconocimiento (ver Fig.1.d.3) se están dando pequeños pasos en esta materia; así, en el año 2005, se reconoció, por primera vez, el esfuerzo de la plantilla en el trabajo desarrollado en materia de calidad durante los últimos años mediante un plus económico para el personal funcionario.

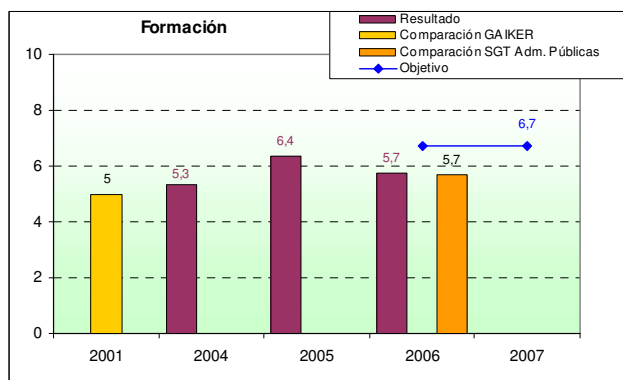


Figura 7.a.7. Formación.

Nuestra política formativa se centra tanto en la identificación de las necesidades de formación como en la respuesta a esas necesidades (ver subcriterio 3.b y 3.c). En este área, venimos realizando un gran esfuerzo que está suponiendo un cambio y prepara el terreno para la implantación de la Gestión del personal por Competencias. Se mantiene una satisfacción general del personal en cuanto a la formación y, comparativamente, igualamos a los resultados de la SGT. Cabe destacar que, tras cada actividad formativa, los asistentes deben elaborar un informe de valoración del cual se obtiene la información necesaria para gestionar futuras acciones formativas por parte del Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento.

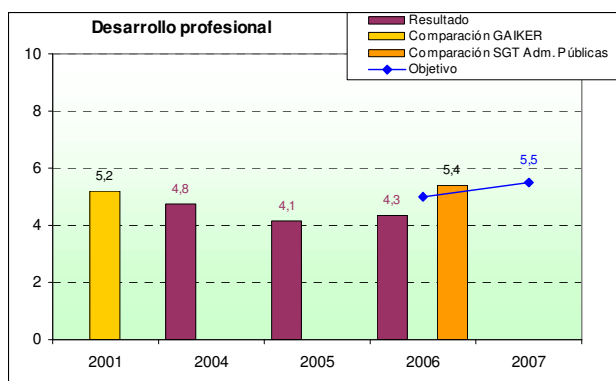


Figura 7.a.8. Desarrollo profesional.

Para analizar el apartado de desarrollo profesional, hay que estudiar individualmente cada una de las preguntas que lo constan, ya que tras la última revisión de la encuesta por parte de la Comisión de Personal se ha decidido analizar aquellas preguntas sobre las cuales la gestión del Laboratorio no tiene poder decisorio. A la vista de esto, y con los datos de desarrollo profesional propiamente dicho, en el año 2006, la percepción que tenemos de nuestro desarrollo profesional igualaría a la comparativa de la SGT.

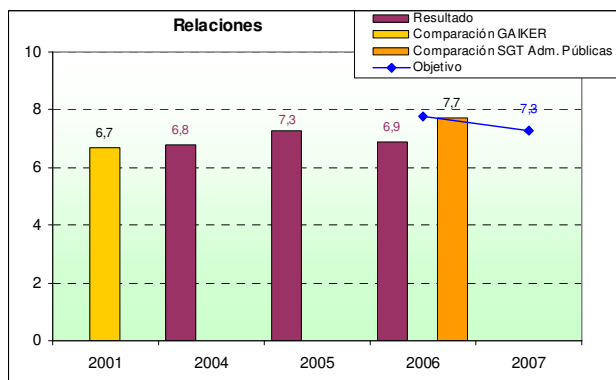


Figura 7.a.9. Relaciones.

Se valora positivamente la satisfacción con las relaciones, comunicación y accesibilidad de las personas, líneas y equipos del Laboratorio; esto viene dado por el tamaño tanto de la organización como del edificio (ver subcriterio 3.d). Las líneas y equipos cuentan con pocas personas, lo que facilita mucho la comunicación directa. Además, tenemos por costumbre mantener las puertas abiertas de los despachos y la organización de actividades sociales para mejorar la cohesión del grupo (ver subcriterio 3.e).



CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

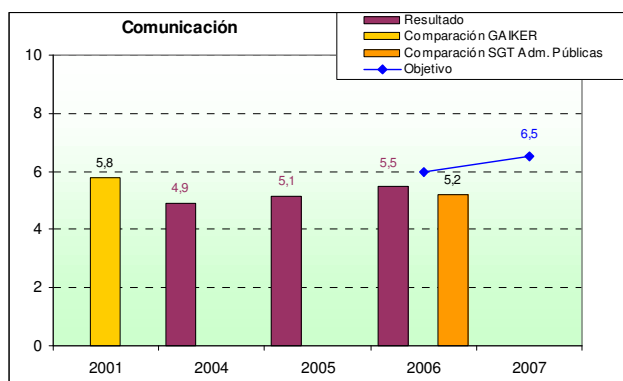


Figura 7.a.10. Comunicación.

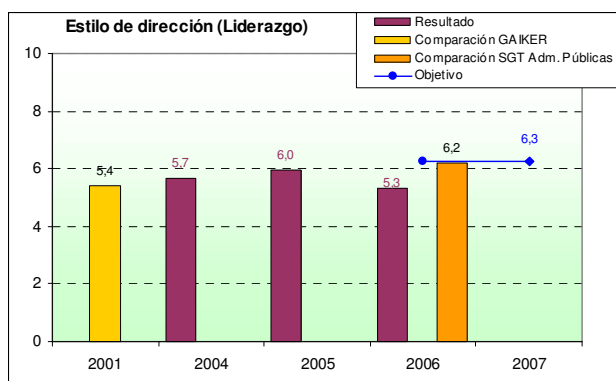


Figura 7.a.12. Estilo de dirección (liderazgo).

Respecto a la comunicación e información, hemos expuesto en los subcriterios 3.d y 4.e las actividades que realizamos respecto a la gestión de la información y al diálogo entre las personas. Tras el resultado de la Encuesta de Satisfacción de las Personas del 2004, la Comisión de Personal propuso a Dirección el impulso a la comunicación tanto interna como externa. Como consecuencia de ello, se creó el Equipo de Comunicación. Este equipo ha venido desarrollando durante estos últimos años una intensa actividad comunicativa manifestada a través de la elaboración del Procedimiento “Comunicación Interna” y el establecimiento y dinamización de canales de comunicación. Los resultados sobre esta materia han sido bien valorados por el personal, observándose una clara tendencia ascendente y superando las comparativas.

Por otra parte, la generalización progresiva de la Gestión por Procesos favorece la comunicación y las relaciones entre los miembros de los equipos de los diferentes procesos debido a las relaciones de interfaces establecidas en ellos (ver subcriterio 5.a).

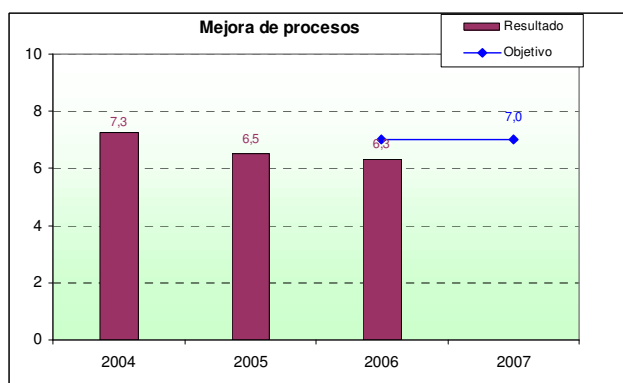


Figura 7.a.11. Mejora de procesos.

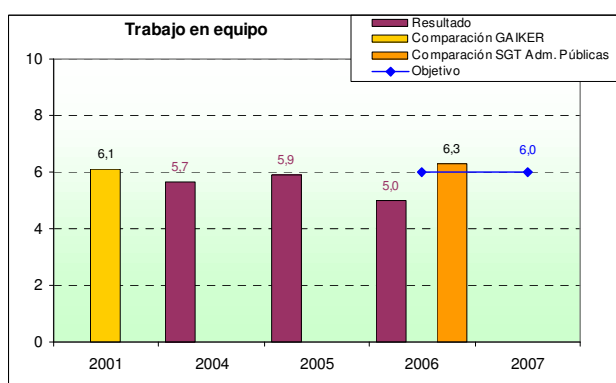


Figura 7.a.13. Trabajo en equipo.

A pesar del gran esfuerzo y medios empleados en los últimos años en la Gestión de Procesos mantenida por la Norma ISO 17025 (acreditación), nuestra posterior Gestión por Procesos (ver criterio 5) ha supuesto un cambio cultural muy importante. Todo esto está desembocando en una mayor capacidad de gestión y de asunción de responsabilidades mucho más descentralizada lo que implica una alta capacidad de liderazgo, íntimamente unida al trabajo en equipo, valor fundamental para nosotros.

Entendemos que uno de los pilares de nuestra gestión es la Gestión por Procesos, muy ligada a tres competencias derivadas de nuestros Valores Institucionales: liderazgo, trabajo en equipo y orientación al cliente. La percepción que tiene el personal respecto a estos aspectos consideramos que es mejorable, teniendo en cuenta que existe, por parte de los mismos, un mayor espíritu de autocrítica y exigencia a la organización conforme aumenta el conocimiento de lo que cada uno de estos apartados implica. No obstante, hay que mencionar que los resultados son muy semejantes a los de nuestras comparativas.

Pese a la carga de trabajo que ha supuesto la propia Gestión por Procesos, consideramos que los logros conseguidos por los equipos de mejora han



CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

sido relevantes para nuestra organización (ver Fig.3.c.1).

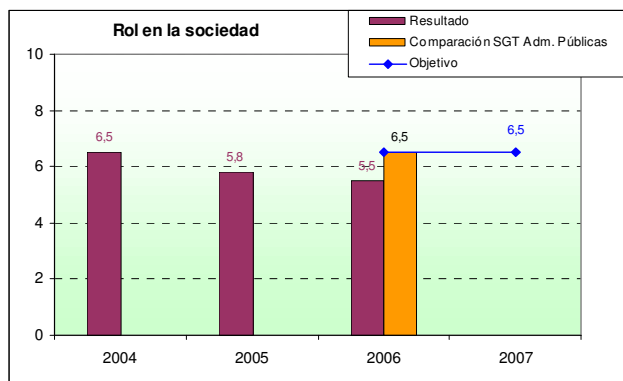


Figura 7.a.14. Rol en la sociedad.

Se detectó cierta insatisfacción con la escasa difusión social que se realiza del Laboratorio; por ello, estamos desarrollando la Línea Estratégica “Mejorar la Imagen Externa” mediante el impulso a la comunicación externa (apariciones en prensa, publicación de página web, participación en foros y actividades de difusión...).

7.B- INDICADORES DE RENDIMIENTO.

La media de edad de las personas que trabajamos en el Laboratorio es de 39,9 años y un 65% del personal cuenta con una formación universitaria. Estos dos factores influyen potencialmente y son los que hacen efectivo el cambio.

Formación

Hasta el año 2005, se mantenían registros de actividades formativas. Con la creación del Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento en el 2005 se mejora la Gestión de la Formación (ver criterio 3), incorporando una base de datos y obteniendo un indicador que hemos llamado Índice de Formación: (número de horas dedicadas a formación / número de horas trabajadas) x 100.

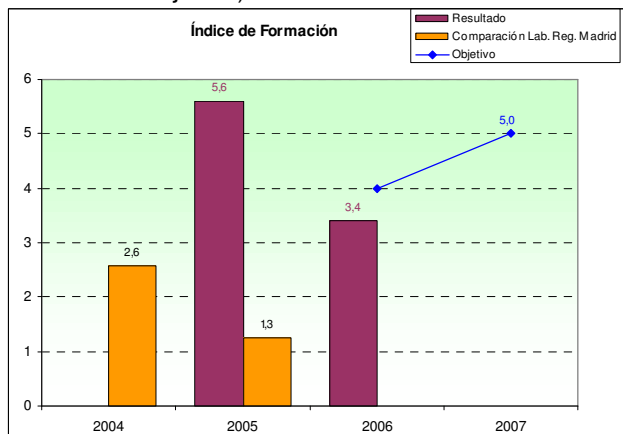


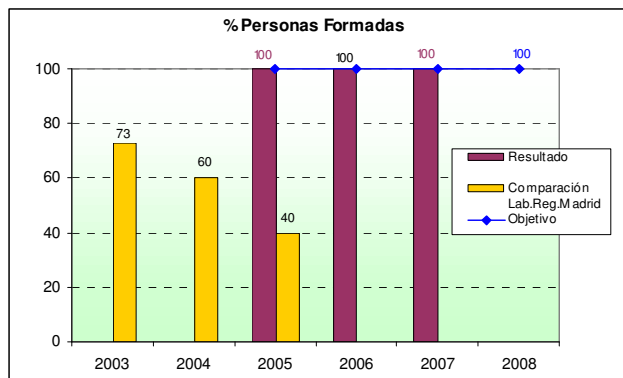
Figura 7.b.1. Índice de Formación.

AÑO		2004	2005	2006	2007
IF Calidad y Gestión	Resultado		2,99	1,90	
	Lab.Reg.Madrid	1,56	0,38		
	Objetivo			3	2,5
IF Técnica	Resultado		0,53	0,30	
	Lab.Reg.Madrid	0,97	0,68		
	Objetivo			0,5	1
IF TIC'S	Resultado		1,22	1,00	
	Lab.Reg.Madrid	0,04	0,19		
	Objetivo			1	1
IF Otros	Resultado		0,60	0,20	
	Objetivo				

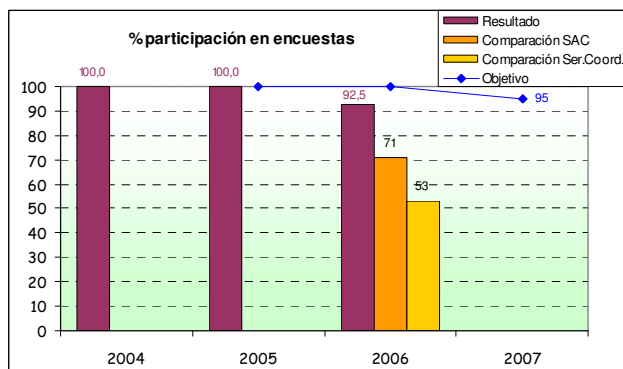
Figura 7.b.2. Segmentación Índices de Formación.

Tenemos establecido que un Índice de Formación óptimo y suficiente para el buen desarrollo de nuestros procesos y el despliegue de nuestra Política y Estrategia, sería un índice en torno a 3. Considerando esto, los valores de Índice de Formación obtenidos en los años 2005 y 2006, son altos. Esto es debido a las necesidades formativas del momento. Nos encontramos inmersos en pleno proceso de cambio, con lo cual las actividades formativas dedicadas a la gestión y calidad, así como a las TIC's son prevalentes, sin olvidar, en ningún momento, la formación puramente técnica que es el sustento y la razón de ser del Laboratorio. Por ello, hemos considerado como objetivo para el 2007 un índice de Formación de 5 para asegurar el asentamiento del cambio.

El Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento (a partir de los datos de formación de estos años, actividades formativas realizadas, los resultados obtenidos en las Encuestas de Satisfacción de las personas, y trabajo conjunto con la Comisión de Personal-objetivos 2009) ha propuesto la planificación de la formación para los próximos años de forma que satisfaga las necesidades formativas que tenemos en cuanto a Gestión y Calidad para hacer frente a los cambios generados en nuestra gestión y facilitar el despliegue de nuestra Política y Estrategia. Existe un esfuerzo constante por parte del Equipo de Formación y Gestión del Conocimiento por adecuar la formación a las necesidades reales del trabajo del día a día, así como para hacer frente al compromiso del Laboratorio con la innovación y la tecnología (ver subcriterios 3.b y criterio 4).


Figura 7.b.3. Porcentaje de personas formadas.

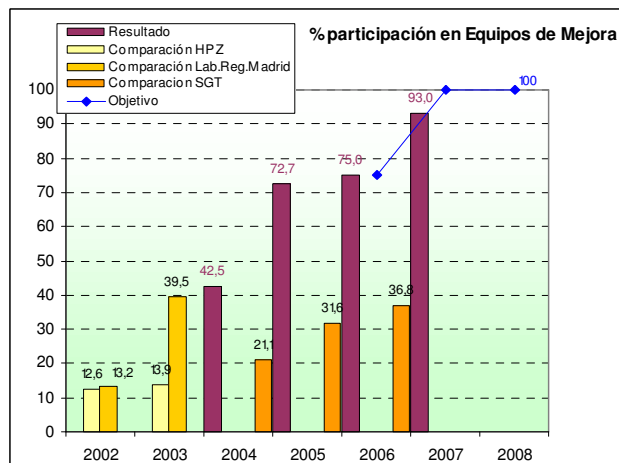
Creemos que es importante de cara a la mejora continua que el 100% de la plantilla cuente, al menos, con una acción formativa anual, estando, por tanto, plenamente satisfechos con este resultado.


Figura 7.b.4. Porcentaje de participación en encuestas.

La participación, por parte del personal, en las Encuestas de Satisfacción de Personas es muy elevada vistas las comparativas con el SAC y el Servicio de Coordinación de la Consejería de Administraciones Públicas. Para nosotros, es importante que la participación no sea inferior al 75% ya que es una información que utilizamos para la Política y Estrategia y, por tanto, necesitamos refleje claramente el sentir general.

Motivación e implicación

A partir del año 2004, se han ido formando distintos equipos de mejora en el Laboratorio para afrontar el cambio mediante el diseño de procesos, la detección de oportunidades de mejora, puesta en marcha de acciones de mejora..., obteniéndose diversos logros (ver Fig.3.c.1). Nuestro objetivo para el año 2007 es que todas las personas del Laboratorio estén implicadas en equipos de mejora. Para ello durante el año 2006 se han desarrollado y asistido a diversas acciones formativas (formación en Gestión por Procesos – Mplus Consulting, trabajo en equipos...) según hemos mostrado en el subcriterio 3.b.


Figura 7.b.5. Porcentaje de participación en Equipos de Mejora y de Procesos.

Ausentismo

Los datos de porcentaje de Ausentismo (horas perdidas por cada 100 horas de trabajo) y la Ausencia media individual (horas de ausencia por persona), muestran que el Ausentismo en el Laboratorio está por debajo del de nuestras comparativas. Observamos que, proporcionalmente, los accidentes laborales que se producen anualmente en el Laboratorio son elevados, debido a las características del trabajo propio del Laboratorio, que presenta un mayor riesgo de accidentes, frente al trabajo de otros centros de la Comunidad (en total, 6.500 personas), que es mayoritariamente administrativo.

	% Ausentismo		Ausencia media individual		
	2005	2006	2004	2005	2006
Laboratorio	5	3,5		68,4	48,6
Comparación SAC			62,5	82,6	
Comparación SGT	6	6,7			
Comparación Ser.Coord.			167	166	

Figura 7.b.6. Ausentismo y Ausencia Media Individual.

	% Ausentismo		Ausencia media individual	
	Conting. comunes	Conting. profesionales	Conting. comunes	Conting. profesionales
2005	4,80	0,18	65,89	2,52
2006	3,53	0,00	4,55	0,04

Figura 7.b.7. Segmentación ausentismo y ausencias.

	Comunidad Autónoma de La Rioja		Laboratorio	
	% accidentes con baja	% accidentes sin baja	% accidentes con baja	% accidentes sin baja
2005	1,14	2,32	2,33	6,98
2006			0	6,98

Figura 7.b.8. Porcentaje de accidentes laborales.



8. RESULTADOS EN LAS SOCIEDAD

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

8.A- MEDIDAS DE PERCEPCIÓN.

Fruto de la Autoevaluación EFQM, se incluyó en el Plan de Mejora la elaboración de una encuesta para medir la percepción que tiene la sociedad de nuestro Laboratorio. La encuesta fue dirigida a diferentes personas de distintos organismos y centros relacionados con el Laboratorio (Fig.8.a.1) con una carta firmada por el Director mostrando nuestro compromiso hacia la Excelencia.

DESTINATARIOS DE ENCUESTA SOCIAL
Subdirección de Participación Ciudadana y Calidad de los Servicios.
Centro de Educación Especial Marqués de Vallejo.
Restaurante La Merced.
I.E.S. Duques de Nájera.
I.E.S. La Laboral.
Universidad de La Rioja.
Delegación del Gobierno de La Rioja.
Parque de La Grajera.
Centros Tecnológicos (Gobierno de La Rioja).
Servicio de Ganadería (Gobierno de La Rioja).

Figura 8.a.1. Destinatarios de la Encuesta Social.

La encuesta se dividió en cinco ítems que junto al grado de satisfacción general dan una idea del impacto del Laboratorio en la sociedad. Nos hemos comparado en los ítems comunes con el Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Observamos que la valoración de nuestros encuestados es muy similar a la recogida por la encuesta social del centro con el que nos hemos comparado. De este modo, nuestro objetivo es mantener el grado de percepción de nuestra sociedad, incrementando el conocimiento de ésta a través de apariciones en prensa, actos de difusión de conocimientos... (ver subcriterio 8.b).

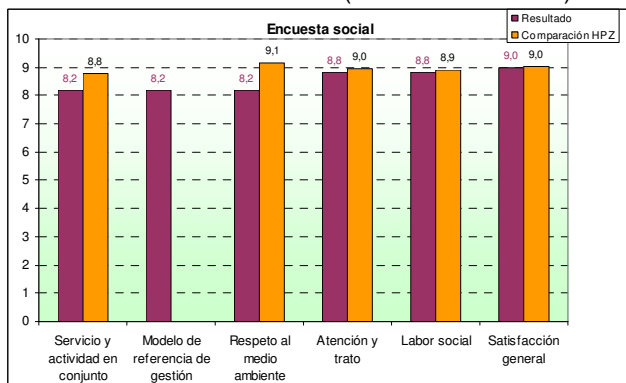


Figura 8.a.2. Resultados de la encuesta social.

Nos valoran positivamente sobre todo en lo que se refiere a la percepción que de nosotros se tiene acerca de la labor social que desempeñamos y la atención y trato ofrecido. Cabe destacar que la pregunta mejor valorada es la referida al "Grado de disponibilidad del laboratorio cuando se le solicita apoyo", fruto de la implicación de los líderes del Laboratorio con otras organizaciones. También evaluamos nuestra imagen social a través de las felicitaciones y agradecimientos recibidos a lo largo

del año (Fig.8.a.3); a modo de ejemplo, exponemos las de los dos últimos años:

AÑO	MOTIVO DE FELICITACIÓN / AGRADECIMIENTO	PROCEDENCIA
2006	Visitas	• Jefe de Servicio de Agricultura y Diversificación Rural
	Desarrollo de trabajo / proyecto.	• Consejería de Agricultura y Desarrollo Económico. • Instituto de Calidad de La Rioja.
	Colaboración	• Laboratori Agroalimentari de Cabriels.
	Visitas formativas.	• Departamento de Química de la Universidad de La Rioja. • I.E.S. La Laboral.
2007	Visita	• IKT de Vitoria • Laboratorio Lactológico de Lecumberri (Navarra) • Bodegas El Coto
	Auditoría interna	• Laboratorio Agroambiental del Centro Fraisoro (Guipúzcoa)
	Colaboración	• Laboratori Agroalimentari de Cabriels.
	Visitas formativas	• I.E.S. La Laboral.
	Obtención Q plata	• CIDA, Laboratorio Central de Veterinaria (Algete, Madrid), Sección de Calidad Agroalimentaria (Gobierno de Navarra), Servicio de Laboratorios de Salud Pública (Islas Baleares), ASPB. • Consejería de Agricultura y Desarrollo Económico.

Figura 8.a.3. Felicitaciones y agradecimientos.

8.B- INDICADORES DE RENDIMIENTO.

En este apartado, no tenemos datos comparativos de los resultados ya que la mayoría no son comparables con organizaciones de diferente actividad o tamaño.

Contribución a la economía local

Hemos incrementado la plantilla en los últimos años, siendo en el año 2001, con motivo de la alarma social motivada por el primer caso de encefalopatía espongiforme bovina en España (mal de las vacas locas), cuando, para incrementar la seguridad alimentaria, se creó la línea Biología Especial. Apostando por instaurar en La Rioja una nueva actividad económica que complemente el abanico de actividades regionales (con la previsible sustitución de la PAC) y, como suplemento al cultivo de cereal, se está poniendo en marcha el servicio analítico de apoyo y control al olivo y aceite; para ello, dos becarias han pasado a ser contratadas una vez terminado el período de disfrute de su beca.

Implicación en la comunidad y difusión del conocimiento

Con el fin de favorecer la integración de los estudiantes en el mundo laboral y mejorar su formación, anualmente se acogen estudiantes en

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

prácticas procedentes de módulos de analítica de centros educativos de Ciclos Formativos y de las Universidades de La Rioja y de Navarra (licenciados o becarios). Se puede observar su disminución en los últimos años debido a los problemas que tenemos con la acreditación por exigencias de personal cualificado y con el cumplimiento de normas de seguridad laboral.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº	2	5	5	5	3	2	1	1

Figura 8.b.1. Número de personas en prácticas.

Todos los años realizan estancia personas que disfrutan del programa “Volver a las raíces” organizado por el Gobierno de La Rioja y realizan prácticas en nuestras instalaciones. También hemos participado en encuentros y foros de calidad o de difusión del conocimiento (ver subcriterios 1.c y 1.e). Un compromiso importante en relación con la mejora continua y el aseguramiento de la calidad es la organización por la línea de Biología Vegetal del ensayo de intercomparación de detección del Virus del Entrenudo corto y virus Enrollado III en vid a nivel nacional, lo que potencia el liderazgo de La Rioja en este sector. Colaboramos con las Administraciones Públicas cediendo nuestras instalaciones para análisis requeridos por los Cuerpos de Seguridad del Estado y estamentos judiciales.

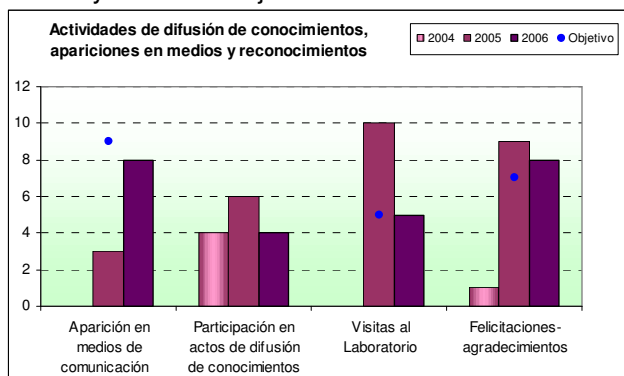


Figura 8.b.2. Actividades de difusión de conocimiento, apariciones en medios de comunicación y reconocimientos.

Gestión medioambiental

De acuerdo a nuestra Visión: “... con respeto al medio ambiente y con una cultura de seguridad laboral y social”, las principales acciones emprendidas en este ámbito se enmarcan dentro de los trabajos de implantación de la norma ISO 14001:

- Gestión de residuos para disminuir el impacto ambiental a través de: recogida de residuos (papel y cartón, vidrio, pilas...) para su reciclaje, instalación de contenedores, control anual de vertidos de fosa séptica, seguimiento de kg de papel y cartón entregados (21.000, 19.000 y 24.000 kg en 2004, 2005 y 2006, respectivamente)... (ver subcriterio 4.c).
- Medición del consumo de recursos.
- Acciones de mejora del entorno natural.

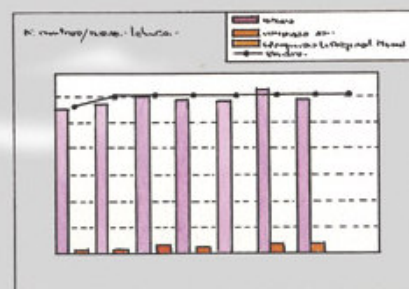
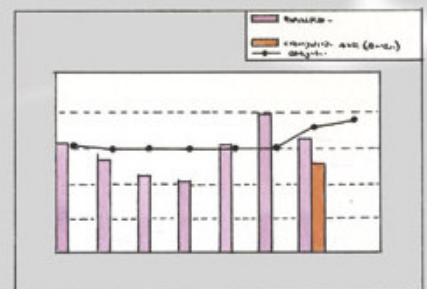
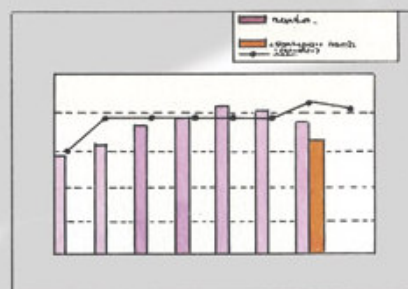
Es de destacar nuestro compromiso permanente y colaboraciones con diferentes entidades de ámbito regional para contribuir a la mejora del medio ambiente:

- Vertederos controlados de fungicultores (Pradejón, Autol y Ausejo), donde analizamos la idoneidad del terreno, la naturaleza de los lixiviados, y de las aguas freáticas de los terrenos declives para detectar fugas...
- Otros vertederos controlados por Medio Ambiente (Sajazarra).
- Colaboración con el Consorcio de Aguas para medir y optimizar diversas técnicas de control en puntos problemáticos de la región (problema del Cromo de Santo Domingo de la Calzada...).
- Colaboración para estudio de evolución con el Ecoparque de Logroño, donde estudiamos la evolución de los procesos y de los productos terminales (lodos) para ver su idoneidad de reciclaje en abono agrícola.
- Estudio de colaboración con Medio Ambiente y la Confederación Hidrográfica del Ebro para la tipificación y valoración de la contaminación difusa por nitratos en las aguas freáticas de La Rioja.

Miembro responsable de la sociedad

Una de las misiones más importantes del Laboratorio es responder a situaciones de crisis, en especial, en el sector agroalimentario y de salud pública. Hemos respondido a estas expectativas en los últimos años: diagnóstico del mal de las vacas locas, lengua azul, gripe aviar, fuego bacteriano, perineumonía... ganando, con este servicio, la confianza de la sociedad (ver subcriterio 8.a). Consideramos que otras actuaciones del Laboratorio como miembro responsable de la sociedad son:

- Implantación del estudio de costes encaminado a mejorar la competitividad y sanear la demanda; en el año 2007, hemos presentado al Gobierno de La Rioja la propuesta de precios de análisis de acuerdo a los costes (ver Perspectiva Financiera del Cuadro de Mando, Fig.2.d.3).
- Flexibilidad de horario con el objeto de favorecer la compatibilidad de la vida personal, familiar y laboral.
- Adopción de OHSAS para la gestión de la seguridad laboral.



9. RESULTADOS CLAVE



CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

9.A- RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN.

Resultados de análisis: actividad y calidad

Nº muestras/persona

Para calcular el dato general para el Laboratorio, se ha dividido el número de muestras por el total de personas, incluyendo Dirección y las personas de Servicios Generales y UGC. En el dato de las líneas, se ha considerado el número de personas de la línea. En ambos casos y, desde el año 2005, se ha tenido en cuenta el tiempo y el tipo de jornada de cada persona con el fin de obtener una mejor aproximación al número de personas real. Nos movemos en un rendimiento en valores en torno a las 6.000 muestras/persona y año.

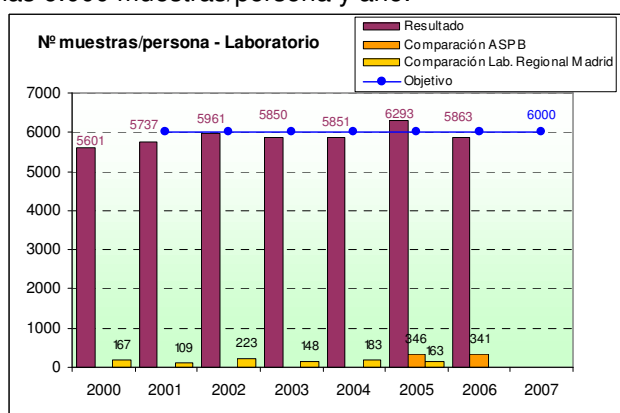


Figura 9.a.1. Nº muestras analizadas por persona.

El rendimiento de muestras analizadas por persona está muy influido por el tipo de análisis realizado. Tienen difícil comparación técnicas microbiológicas de alta complejidad con determinaciones químicas o serológicas, algo que hay que tener en cuenta al comparar los resultados entre líneas y entre laboratorios con diferente perfil.

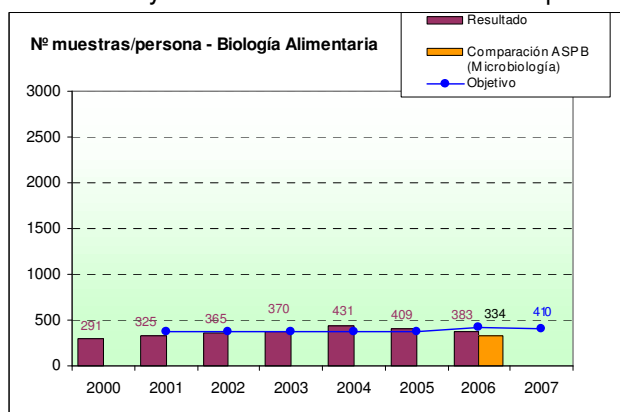


Figura 9.a.2. Nº muestras analizadas por persona (BA).

La Fig.9.a.1 tiene, por tanto, un valor muy relativo al no tener en cuenta el distinto alcance de trabajo de los laboratorios comparados. Los valores externos toman su justa ponderación cuando se compara el

valor medio de los departamentos de laboratorios externos con nuestras líneas (Figs.9.a.2 y 9.a.3).

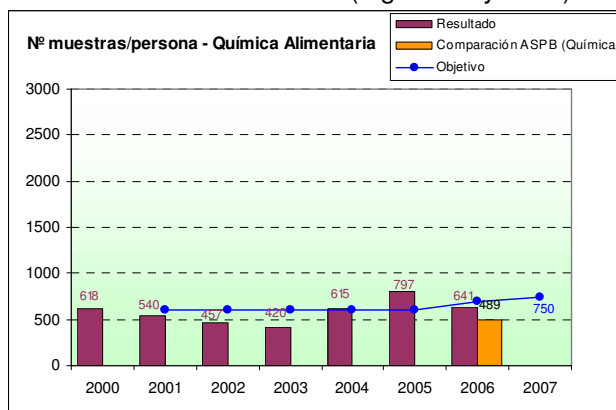


Figura 9.a.3. Nº muestras analizadas por persona (QA).

En la presente tabla mostramos los resultados de todas las líneas y, como se ha comentado anteriormente, muestran un rendimiento muy diferente según la naturaleza de su trabajo:

Línea		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BA	R	325	365	370	431	409	383	
	Ob	375	375	375	375	375	420	410
BE	R	322	660	1928	570	837	949	
	Ob		800	800	800	800	900	1050
BP	R	43334	44320	42956	44359	48956	48764	
	Ob	44000	44000	44000	44000	44000	49000	49000
BV	R	1205	895	710	892	1060	1531	
	Ob	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200
QA	R	540	457	420	615	797	641	
	Ob	600	600	600	600	600	700	750
QP	R	934	1567	904	577	670	852	
	Ob	900	900	900	900	900	900	900
QR	R	113	108	80	91	171	138	
	Ob	110	110	110	110	110	160	160

Figura 9.a.4. Segmentación, por líneas, de nº de muestras analizadas por persona (R: Resultado; Ob: Objetivo).

En el 2006, la aparición del brote de fuego bacteriano y el aumento de los análisis de virosis en vid explican el aumento significativo del número de muestras analizadas en la línea Biología Vegetal.

% Resultados acreditados

Utilizamos este indicador para evaluar la línea estratégica 3.1. "Mejora continua de Procesos Técnicos" dentro de la Perspectiva del Proceso Interno del Cuadro de Mando (ver Fig.2.d.3). Teniendo en cuenta que la "Calidad y la Innovación" es uno de nuestros Valores Institucionales, ello nos encamina a aumentar progresivamente el número de resultados acreditados y, con ello, aumentar el valor añadido a los clientes y nuestra capacidad competitiva. La situación del Laboratorio puede considerarse aventajada respecto a otros laboratorios, siendo líderes, a nivel nacional, en acreditación en análisis de sanidad animal y vegetal (ver subcriterio 5.a).



CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

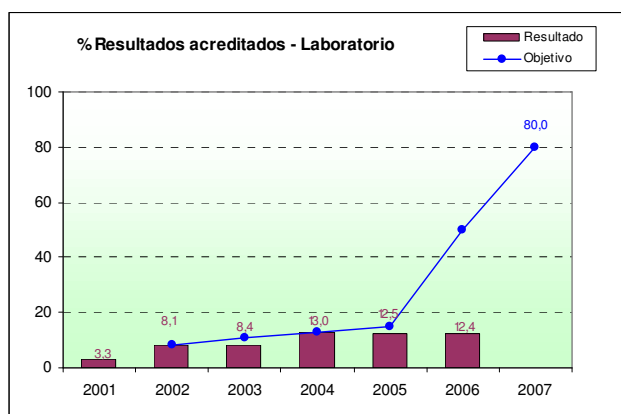


Figura 9.a.5. % Resultados acreditados: Laboratorio.

En la anterior figura, mostramos la tendencia progresiva y positiva en el conjunto de resultados acreditados. En el año 2006, no alcanzamos el objetivo marcado de emisión del 50% de resultados acreditados. El retraso en la auditoría, solicitado por la propia entidad acreditadora, hasta el mes de Octubre y la necesidad de un tiempo de revisión de la información hasta que se emite el informe definitivo de acreditación, explica la imposibilidad de cumplir el objetivo inicialmente planteado. En el mes de enero de 2007, se ha conseguido la acreditación, lo que supone que en el ejercicio en curso se alcanzará el 97% de resultados acreditados y, por tanto, la consecución del objetivo de estos dos años (2006 y 2007).

Línea		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BA	R	93,6	88,2	75,1	86,5	69,9	75,7	
	Ob		90,0	90,0	90,0	90,0	80,0	80,0
BE	R	0,0	41,0	58,4	64,8	35,9	46,8	
	Ob		55,0	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0
BP	R	0,0	2,0	5,7	11,2	10,8	10,7	
	Ob		10,0	10,0	10,0	10,0	50,0	80,0
BV	R	0,0	20,5	26,4	30,3	32,8	33,6	
	Ob		25,0	30,0	33,0	35,0	35,0	38,0
QA	R	45,7	49,0	53,8	60,9	63,1	67,5	
	Ob		50,0	55,0	60,0	65,0	68,0	68,0
QR	R	8,4	1,4	4,6	1,2	0,8	0,5	
	Ob		5,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0

Figura 9.a.6. Segmentación, por líneas, del % de resultados acreditados (R: Resultado; Ob: Objetivo).

Dado el enorme % de resultados acreditados que supone la ampliación de alcance de la última auditoría, vamos a introducir un nuevo indicador “%

de ensayos acreditados” como parámetro complementario al ya establecido.

Resultados de ensayos de intercomparación

Este indicador, junto con los indicadores de productividad y coste medio/determinación expuestos en el subcriterio 9.b, lo utilizamos para evaluar nuestra competitividad. Participamos anualmente en ensayos de intercomparación en la mayoría de los procedimientos analíticos, siendo obligatorio en aquellos acreditados. Los resultados de estos ensayos dan idea de la idoneidad analítica (ver subcriterio 4.d) que engloba la cualificación de las personas, la bondad de los procedimientos y de equipos. Los resultados se expresan de dos formas, según el área en cuestión:

- Área Biológica: % de resultados correctos.
- Área Química: z-score.

Área Biológica (% resultados correctos)

Las siguientes figuras muestran valores muy próximos al objetivo marcado (100%) en todas las líneas, tanto en ensayos acreditados como en el total de ensayos y, en los dos últimos años, ligeramente por encima del valor del centro con que nos comparamos. En Biología Pecuaria, la ausencia de datos de técnicas acreditadas en 2003 es debida a que no se organizaron, a nivel nacional, ensayos de intercomparaciones.

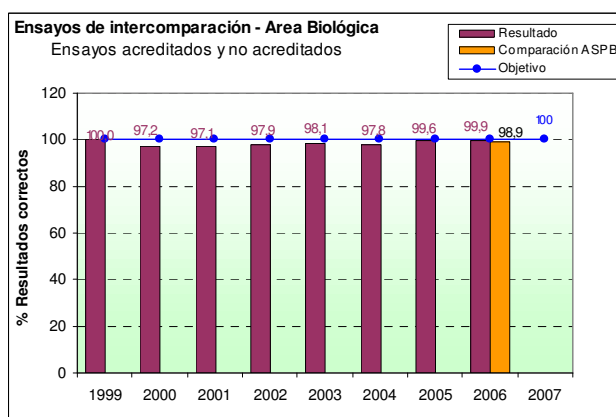


Figura 9.a.7. Resultados de intercomparación. % Resultados correctos de ensayos acreditados y no acreditados: Área Biológica.

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Objetivo
Área Biológica	Acreditados	98,1	99,3	98,8	98,8	98,2	99,5	99,9	100%
	Acred. + no acreditados	97,2	97,1	97,9	98,1	97,8	99,6	99,9	
B.Alimentaria	Acreditados	98,1	99,3	98,6	98,7	98,2	99,3	99,8	
	Acred. + no acreditados	96,5	99,4	98,7	98,8	97,8	99,4	99,9	
B.Especial	Acreditados				100,0	100,0	100,0	100,0	
	Acred. + no acreditados		83,5	70	87,5	96,8	100,0	100,0	
B.Pecuaria	Acreditados			100,0		96,7	100,0	100,0	
	Acred. + no acreditados	100,0	90,0	100,0	100,0	97,5	100,0	100,0	
B.Vegetal	Acreditados			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
	Acred. + no acreditados	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Figura 9.a.8. Segmentación de resultados de intercomparación. Líneas del Área Biológica.



CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

Área Química (z-score)

En el área Química, los resultados de ensayos de intercomparación se expresan habitualmente mediante el valor de z-score. Estos datos constituyen en sí mismos una comparativa con otros laboratorios, generalmente los más punteros del sector. Este valor se calcula como la diferencia entre el resultado obtenido por el Laboratorio y el valor medio de los laboratorios participantes dividido por la desviación estándar de los resultados, permitiendo la normalización de la distribución de resultados. Cuanto más pequeño es el valor obtenido (en términos absolutos), indica que se está más cerca de la centralidad de los casos.

Las entidades que organizan los ensayos consideran como valores aceptables los resultados ≤ 2 (Valor límite aceptable: VLA), que indica que el resultado entra en el 95 % de los casos. Sin embargo, hemos definido como objetivo para nuestros resultados situarnos en el 50% central de los laboratorios intercomparados; el valor z que limita este porcentaje corresponde a 0,674. Este valor no es un objetivo plano puesto que todos los laboratorios van evolucionando y mejorando y cumplir este objetivo quiere decir que nuestra evolución sigue paralela a la mejora de los laboratorios más selectos del sector.

	Tipo de técnica	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Objetivo	Indicador
Q.Alimentaria	Acreditadas		0,59	0,59	0,64	0,66	0,71	0,53	0,63	0,50	$\leq 0,67$	z-score
	Acreditadas y no acred.	0,74	0,68	0,54	0,62	0,67	0,72	0,54	0,62	0,55		
Q.Producción	Acreditadas y no acred.						0,80	1,02		0,82		
	Acreditadas			0,60	0,75	1,68	1,10	1,59	2,08	0,78		
Q.Residuos	Acreditadas y no acred.		2,27	0,60	0,60	1,60	1,68	1,21	1,57	0,88		
	Acreditadas		0,59	0,59	0,66	0,76	0,73	0,64	0,77	0,53		
Área Química	Acreditadas y no acred.	0,74	0,85	0,54	0,62	0,85	0,95	0,87	0,86	0,71		
	Acreditadas		44%	44%	49%	55%	53%	48%	56%	40%	$\leq 50\%$	% casos
	Acreditadas y no acred.	54%	60%	41%	46%	60%	66%	62%	61%	52%		

Figura 9.a.10. Valor de z-score y situación del área Química en el % casos de acuerdo al z-score.

Las actuaciones realizadas en mejorar la tecnología a través de la inversión en equipos y nuestro compromiso con la mejora continua y el aseguramiento de la calidad se ven reflejados en los resultados conseguidos. En el conjunto del área Química, el valor de 2006 para los ensayos acreditados ($z = 0,53$) nos indica que estamos en una buena posición y que el objetivo ha sido sobradamente conseguido. En el total de técnicas (acreditadas y no acreditadas), el valor ($z = 0,71$) está cerca del objetivo marcado.

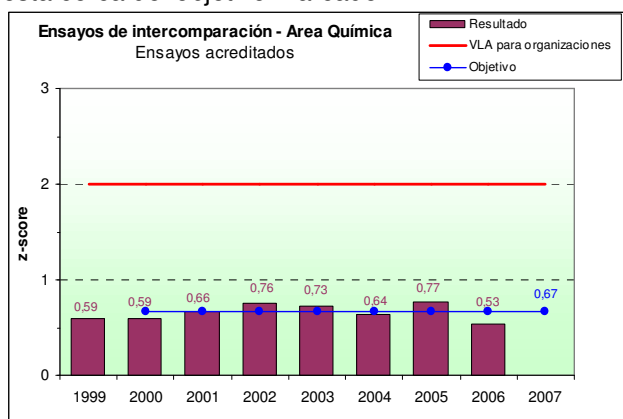


Figura 9.a.9. Resultados de intercomparación. Z-score en ensayos acreditados: Área Química

Estos resultados están segmentados para cada determinación (Fig.9.a.11), pudiéndose seguir la evolución de sus resultados históricos en la correspondiente hoja de cálculo.

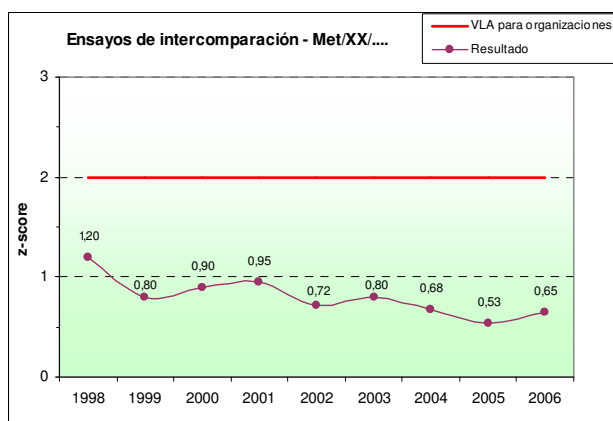


Figura 9.a.11. Simulación de resultados de intercomparación a nivel de método.

Equipamiento informático

De acuerdo a nuestra Visión "Nuestro objetivo es convertirnos en un laboratorio líder en innovación, modernidad en equipos e instalaciones...", hemos hecho un esfuerzo considerable en mejorar el equipamiento y aplicaciones informáticas, cuyo resultado se puede apreciar en las siguientes figuras. Cada vez más, los equipos y la gestión del laboratorio dependen de las TIC's y el número de Gigabytes se considera sectorialmente un indicador de la evolución tecnológica.



CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

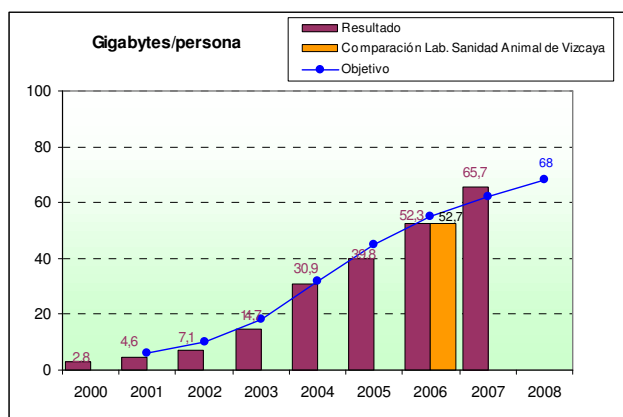


Figura 9.a.12. Evolución de Gbytes disponibles por persona.

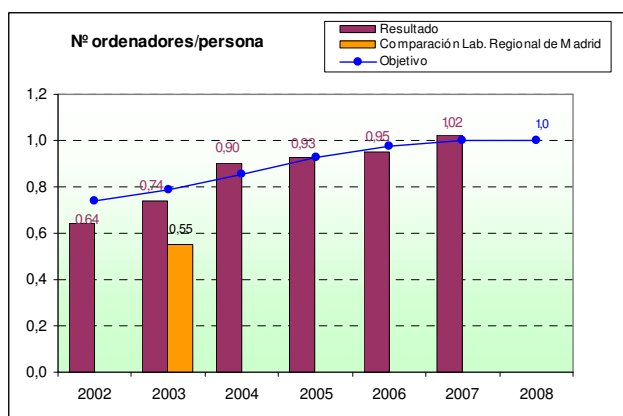


Figura 9.a.13. Evolución del número de ordenadores disponibles por persona.

Resultados económico-financieros

La asignación presupuestaria, correspondiente al valor asignado al Servicio de Laboratorios Agroalimentarios del que depende esta unidad, se expresa en cifras absolutas y, por tanto, no presentamos comparaciones dadas las diferencias de presupuesto de las distintas unidades de la Administración. En cambio, sí mostramos comparaciones en relación al % de ejecución presupuestaria con la Consejería de Agricultura y con toda la Comunidad Autónoma de la Rioja.

Los resultados muestran una evolución positiva en asignación presupuestaria como resultado de las reuniones de negociación de objetivos con la Dirección General a partir de la información y acuerdos tomados en la Revisión del Sistema y de los objetivos y metas adoptados (ver subcriterio 4.b).

Gracias a las acciones de seguimiento de presupuesto y gastos realizadas por Dirección y Servicios Generales y la Dirección General de Calidad e Investigación Agroalimentaria, nuestra ejecución presupuestaria presenta una evolución ascendente y unos valores cercanos al objetivo ideal perseguido (100% de ejecución), siendo valores, en

general, mucho más ajustados al objetivo que las unidades de referencia con las que nos comparamos.

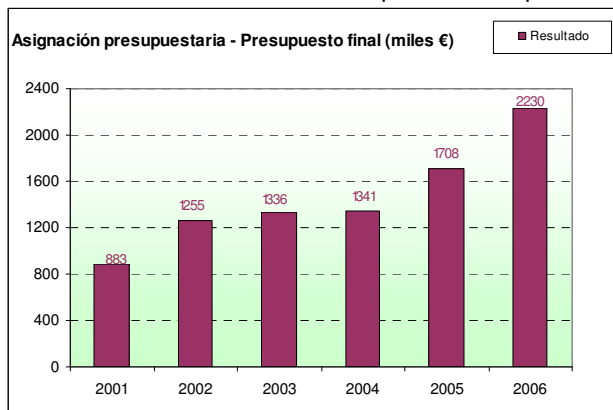


Figura 9.a.14. Evolución de la asignación presupuestaria.

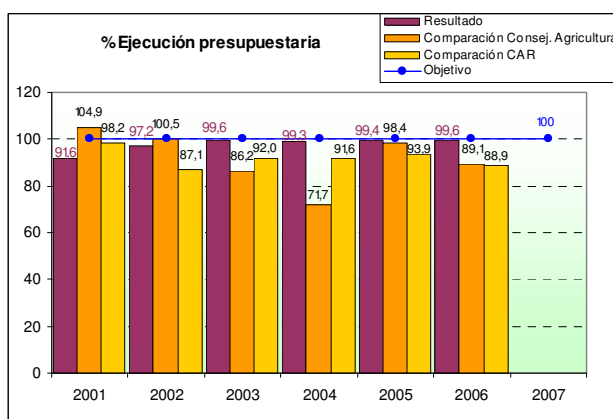


Figura 9.a.15. Evolución del % de ejecución presupuestaria.

9.B- INDICADORES CLAVE DEL RENDIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN.

Tiempo de respuesta

Una de las principales preocupaciones de nuestros clientes es el tiempo de respuesta, siendo una de nuestras características de calidad.

El tiempo de respuesta ha sido y es un objetivo fundamental para el Laboratorio. Desde hace varios años, se lleva trabajando profusamente en él. Se ha segmentado por línea y por fases operativas para descubrir los orígenes de las ineficiencias y poder corregir éstas sucesivamente. El tiempo de respuesta no es un valor absoluto y cada técnica requiere un tiempo específico y diferente de las demás. La evolución analítica nos trae técnicas cada vez más complejas y, a su vez, la mejora de la calidad añade labores y tareas adicionales para el aseguramiento de los resultados que, no se abordarían si no estuviéramos comprometidos con la calidad. Por tanto, a las innovaciones técnicas implantadas en el Laboratorio, se les exige, además de capacidad, robustez y precisión, que tengan efectos favorables en el tiempo de respuesta.



CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

LÍNEA	FASE	2003	2004	2005	2006
BA	Inicio	6,36	6,42	3,76	3,19
	Realiz. Analisis	5,4	5,75	4,81	4,01
	Validación	4,7	5,8	4,68	2,71
	Emisión boletín	0,66	0,4	0,56	0,90
	Total	17,12	18,37	13,81	10,81
Comparac. Lab. Normativo Salud P. Gob. Vasco (Aguas)	Realiz. Análisis	8,2			
	Validación	8,2			
BE	Inicio	0,15	0,38	1,61	0,53
	Realiz. Analisis	0,6	0,87	1,08	1,50
	Validación	0,56	0,4	0,91	0,68
	Emisión boletín	0,22	0,36	0,22	0,31
	Total	1,52	2,02	3,82	3,03
BP	Inicio	0,28	0,02	0,02	0,04
	Realiz. Analisis	8,96	5,8	5,68	6,80
	Validación	5,42	1,53	2,48	2,72
	Emisión boletín	0,6	0,48	0,29	0,72
	Total	15,28	7,85	8,49	10,28
BV	Inicio	4,93	4,07	5,83	5,34
	Realiz. Analisis	2,83	2,45	2,39	2,59
	Validación	3,71	2,51	2,6	2,56
	Emisión boletín	1,2	0,4	0,16	0,32
	Total	12,68	9,43	10,98	10,81
QA	Inicio	3,34	0,6	1,15	0,48
	Realiz. Analisis	20,91	9,49	11,54	10,71
	Validación	1,53	0,42	0,62	0,30
	Emisión boletín	0,48	0,18	0,15	0,33
	Total	26,26	10,69	13,46	11,83
QP	Inicio	1,83	0	0	0,00
	Realiz. Analisis	66,94	65,36	47,91	58,21
	Validación	4,77	3,7	3,12	2,15
	Emisión boletín	0,85	0,32	0,32	0,90
	Total	74,39	69,39	51,35	61,26
QR	Inicio	28,73	22,08	49,24	38,58
	Realiz. Analisis	46,44	29,12	51,25	59,44
	Validación	16,02	9,25	6,96	9,94
	Emisión boletín	0,58	0,3	0,21	0,67
	Total	91,8	60,8	107,7	108,6
Laboratorio total	Inicio	0,4	0,2	0,3	0,3
	Realiz. Analisis	9,5	6,5	6,3	7,8
	Validación	5,2	1,6	2,5	2,7
	Emisión boletín	0,6	0,5	0,3	0,7
	Total	15,7	8,8	9,4	11,4
Enológica	Inicio	4,2	3,8	4,2	
	Realiz. Analisis	3	2,8	3,4	
	Validación	2,8	1,2	2,3	
	Emisión boletín	1	0,7	0,8	
	Total	11	8,5	10,7	

Figura 9.b.1. Segmentación de los tiempos de respuesta en las diferentes líneas en sus diferentes fases.

El otro componente que incide en el tiempo de respuesta es el agrupamiento de muestras para conseguir un coste económico menor en los análisis; por tanto, este valor que hay que mejorar hay que contemplarlo como un equilibrio complejo en la organización del Laboratorio.

Nº Determinaciones / persona

El rendimiento en determinaciones analizadas por persona en el Laboratorio muestra un rendimiento muy alto y que admite pocas comparaciones con otros laboratorios semejantes.

Este indicador está muy influenciado por los resultados de dos líneas altamente automatizadas como son Biología Pecuaria y Química de Producción. De este modo, observamos que el estancamiento en el número de muestras y determinaciones en Biología Pecuaria por la situación que atraviesa la ganadería regional ha repercutido en el número de determinaciones por persona a nivel de todo el Laboratorio.

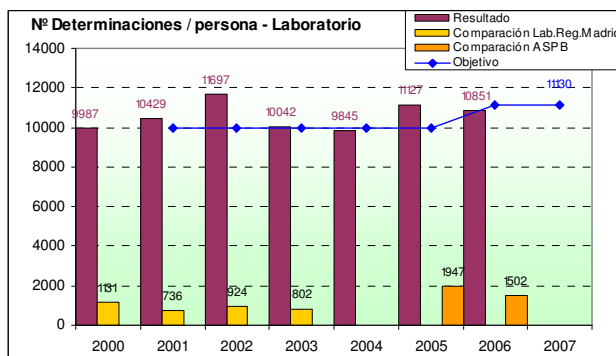


Figura 9.b.2. Nº determinaciones / persona en el Laboratorio.

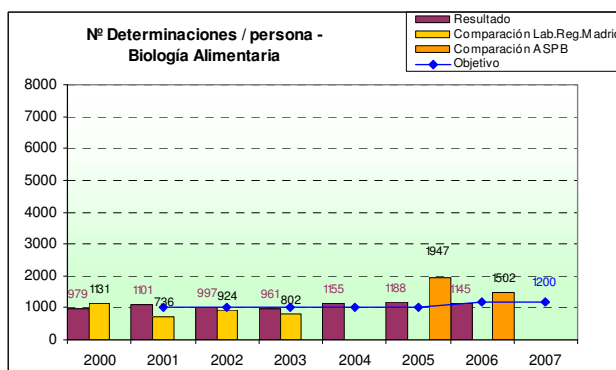


Figura 9.b.3. Número de determinaciones / persona en Biología Alimentaria.

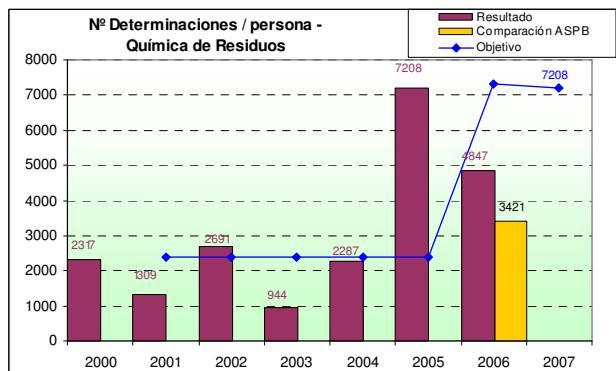


Figura 9.b.4. Número de determinaciones por persona en Química de Residuos.



CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BA	R	1101	997	961	1155	1188	1145	
	Ob	1000	1000	1000	1000	1000	1200	1500
BE	R	322	660	1947	667	1383	1144	
	Ob		600	600	600	600	1500	2500
BP	R	59372	63536	57038	57959	64207	62941	
	Ob	62000	62000	62000	62000	62000	64200	64200
BV	R	4264	3556	2514	3246	3921	5633	
	Ob	4200	4200	4200	4200	4200	4600	5633
QA	R	4850	4497	3344	4224	5135	4551	
	Ob	4500	4500	4500	4500	4500	5200	5135
QP	R	15703	20332	15766	11785	13126	19575	
	Ob	12000	12000	12000	12000	12000	13200	19650
QR	R	1309	2691	944	2287	7208	4847	
	Ob	2400	2400	2400	2400	2400	7300	7208

Figura 9.b.5. Número de determinaciones por persona segmentado por Líneas (R: Resultado; Ob: Objetivo).

La situación productiva de las líneas es resultado de su estado de evolución y de la situación del sector al que sirven; así, las líneas Biología Pecuaria, Biología Vegetal y Química de Producción son líneas con alto rendimiento, con procedimientos muy asentados, que presentan la debilidad de dar servicio a un sector con un futuro incierto. Química Alimentaria ha evolucionado y se ha posicionado fuertemente en análisis de aguas, presentando unos buenos rendimientos; está trabajando en un sector con demanda ascendente lo que le encamina hacia crecimientos continuos en técnicas y número de muestras y de determinaciones. Química de Residuos y Biología Especial son las líneas más jóvenes, mostrando todavía signos de inmadurez; el número de procedimientos es todavía pequeño pero están asentadas en sectores de demanda ascendente y de gran requerimiento técnico. Son líneas de apuesta de futuro. La línea Biología Alimentaria es una línea clásica que va evolucionando de acuerdo a su demanda. La sociedad exige mayor seguridad alimentaria y necesita controles cada vez más exhaustivos, por lo que esta línea tiene un futuro de demanda ascendente.

Acreditación por ENAC

El Laboratorio está acreditado por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) desde mayo de 1999; las seis auditorías externas desarrolladas desde entonces han supuesto la ampliación del alcance de acreditación; por ejemplo, en la última, se ha conseguido la acreditación en el diagnóstico de Brucelosis por las técnicas de aglutinación y fijación del complemento; la detección de *Salmonella* en alimentos; la detección de mohos y levaduras, *Salmonella* y *Staphylococcus aureus* en piensos, El Laboratorio es pionero, a nivel nacional, en la acreditación de técnicas en Biología Vegetal y Sanidad Animal y, a nivel europeo, en la

determinación de encefalopatías espongiformes (mal de las vacas locas).

Capital Organizacional

El Laboratorio cuenta con un indicador propio para medir la estructuración de sus tareas y actividades. Este indicador se calcula a partir del número y calidad de los procesos y procedimientos documentados, entendiendo como calidad, la vitalidad que tiene cada uno de estos documentos. Así, un documento no revisado en los últimos años tiene un valor mínimo al contrario que uno que sufre una revisión anual que adquiere un valor alto, aumentando el valor del mismo si está sometido a evaluación externa (acreditación). Las normas y modelos adoptados en gestión y calidad obligan a que estos documentos de procesos o procedimientos tengan unas exigencias de contenido y formato definidas. El cumplimiento de estos requisitos aseguran una calidad contrastable para estos documentos. La Auditoría de ENAC y la Autoevaluación y Evaluación externa son reválidas que objetivan el cálculo de este indicador.

En general, el capital organizacional del Laboratorio se ha visto incrementado a lo largo del tiempo debido a la formalización de procedimientos y procesos asociados al desarrollo de nuestra política de calidad.

	Puntuación
Proceso	4
Procedimiento acreditado	2
Procedimiento no acreditado pero con validación y control de calidad	1,5
Met, PG, capítulos Manual, procedimientos EFQM	
Nuevo o revisado en el año	1
Nuevo o revisado en el año anterior	0,5
Nuevo o revisado hace 2 años	0,25
Nuevo o revisado hace 3 años	0,125
Nuevo o revisado hace 4 años	0,0625
Nuevo o revisado hace 5 años o más	0

Figura 9.b.6. Criterios de valoración.

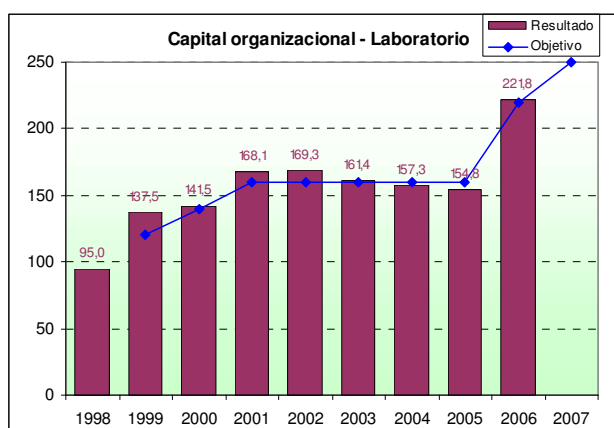


Figura 9.b.7. Capital organizacional del Laboratorio.



CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

		99	00	01	02	03	04	05	06	07
BA	R	43	41	46	48	50	48	52	56	
	Ob	40	40	40	40	40	40	40	53	56
BE	R			1	3	2	6	5	10	
	Ob				5	5	5	5	10	13
BP	R	0	0	6	8	7	7	14	16	
	Ob			7	7	7	7	7	15	18
BV	R	0	4	3	5	5	4	6	10	
	Ob		4	4	4	4	4	4	10	12
QA	R	55	55	56	59	60	58	55	61	
	Ob	55	55	55	55	55	55	55	61	61
QP	R	0	0	5	6	2	1	0,5	4	
	Ob			5	5	5	5	5	5	9
QR	R		9	6	9	8	5	5	8	
	Ob			7	7	7	7	7	7	10
SG	R	39	31	44	30	26	26	16	56	
	Ob		30	30	30	30	30	30	50	65

Figura 9.b.8. Capital organizacional segmentado por Líneas (R: Resultado; Ob: Objetivo).

Proveedores

El Equipo de Aprovisionamiento valora diversos parámetros de cada pedido: condiciones de transporte, documentación, especificaciones técnicas, caducidad, tiempo de respuesta ... Como resumen de estas valoraciones, a final de año, se hace una evaluación de cada proveedor y el valor medio de todos los proveedores da idea de la evolución de la calidad del aprovisionamiento del Laboratorio. En la Fig.9.b.9, se ilustran las valoraciones obtenidas en los últimos años por los proveedores principales. En la línea inferior, se dan las medias obtenidas por todos los proveedores del Laboratorio. Los valores en rojo son los de aquellos que están por debajo de la media. Como se puede observar, la función de aprovisionamiento va mejorando en calidad año tras año. A los distintos proveedores, se les envía o entrega sus resultados y los valores medios para que esta notificación actúe como herramienta de mejora para ellos e, indirectamente, para el Laboratorio. En la actualidad, la categorización de los resultados viene expresada en la Fig.9.b.10. El Equipo de Aprovisionamiento tiene una "Lista de Proveedores Aprobados" con los que trabajamos habitualmente y se dispone de un procedimiento que regula la entrada y salida de esta lista.

EVALUACIÓN DE PROVEEDORES				
	2003	2004	2005	2006
Proveedor 1	190	220	220	220
Proveedor 2	210	200	200	200
Proveedor 3	190	220	220	220
Proveedor 4	180	140	125	175
Proveedor 5	160	190	200	200
Proveedor 6	125	170	170	170
Proveedor 7	140	155	150	150
Proveedor 8	160	160	150	150
Proveedor 9	170	125	140	190
Proveedor 10	165	135	165	165
Proveedor
Media	158	170	170	184

Figura 9.b.9. Evaluación de proveedores de material analítico.

VALORACIÓN GLOBAL	
Buena	220 – 160
Aceptable	160 – 90
No admisible	<90

Figura 9.b.10. Criterios de valoración global de proveedores.

De entre los ítems considerados en la evaluación de proveedores, uno de los más importantes es el tiempo medio de entrega, parámetro que regula el tamaño de nuestro almacén. La evolución de este valor a lo largo de los años se puede ver en la Fig.9.b.11.

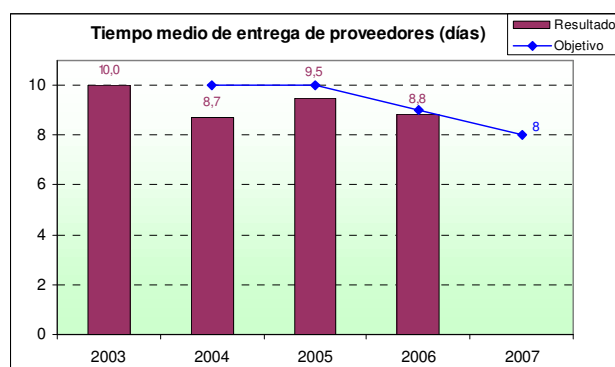


Figura 9.b.11. Tiempo medio de entrega de proveedores.

Uno de los objetivos que mantiene el equipo de Aprovisionamiento es evitar la ruptura de stock. Nuestro sistema informático, con la aplicación LIMS, evita esto y sólo en el año 2002 se produjo una ruptura de stock en un proveedor a nivel de todo el mercado.

Costes

En el año 2003, se iniciaron en el Laboratorio los primeros estudios de costes con el objetivo de conocer y analizar los costes reales del Laboratorio. Durante los años 2004 y 2005, se ha ido avanzando este estudio con la mejora del propio programa informático. En este último año, se comenzaron a establecer los primeros objetivos para optimizar el coste medio por determinación y por muestra.

		2003	2004	2005	2006	2007
Coste medio / muestra	R(directos)	4,71	4,86	5,24	5,99	
	R (totales)			7,85	8,40	
	Comp.1	281	240	305		
	Comp.2				326,5	
	Ob (costes totales)				7,85	8,40
Coste medio / determinación	R(directos)	2,74	2,89	2,96	3,24	
	R (totales)			4,44	4,54	
	Comp.1	52	62	57		
	Comp.2				57,2	
	Ob (costes totales)				4,44	4,54

Figura 9.b.12. Costes medios (R: resultado; Comp.: comparativas; Ob: Objetivo).



CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE

Laboratorio Regional de la C.A.R.

Memoria EFQM

Actualmente, este estudio de costes está segmentado para cada una de las líneas del Laboratorio, de tal forma que cada responsable de Proceso Operativo gestiona la manera de optimizar los costes asociados a su proceso.

Información de equipos

Tal y como ya se ha explicado en el subcriterio 4.c y 4.d, necesitamos un volumen importante de equipos y cada vez con una mayor tecnología. Los gastos en equipos tienen bastante volatilidad anual. Hay equipos que, por su elevado precio, consumen gran parte del presupuesto del Laboratorio, perjudicando con esto las inversiones de los años próximos. Asimismo, el mantenimiento de los mismos, oscila notablemente por la impredecibilidad y desigual reparto de las averías. Estas averías de los equipos, generalmente, requieren la visita de técnicos extrarregionales con lo que se agravan espectacularmente los costes. No obstante, tenemos como cifra límite máxima orientativa el 5% del gasto del valor mobiliario residual, siendo el 3,5% el valor deseable.

	2003	2004	2005	2006
Inversión en equipos (% en relación a capital mobiliario)				
Laboratorio	9,3	15,0	1,7	15,3
Área Biológica	11,8	11,9	1,0	2,2
Área Química	9	15	2,3	22,9
Servicios Generales	2,9	23,3	0,9	3,8
Gasto en mantenimiento en equipos (% en relación a capital mobiliario)				
Laboratorio	1,6	2,1	3,4	1,1
Área Biológica	3,4	1,1	0,8	0,7
Área Química	0,6	2,7	4,5	1,2
Servicios Generales	1,0	2,3	5,4	1,4
Edad media de equipos (años) con precio de adquisición \geq 3000 €				
Laboratorio	7,3	7,8	8,1	8,8
Área Biológica	6,3	7,4	7,8	9,2
Área Química	8,4	8,5	8,5	8,6
Servicios Generales	6,4	6,5	7,5	8,5

Figura 9.b.13. Equipos y mantenimiento.

Con objeto de asegurar la calidad de los resultados analíticos del cliente y además mejorar el conocimiento de los equipos analíticos, se han establecido unas labores de mantenimiento interno que están reflejadas en los PNTs de cada equipo, definiendo las tareas y responsabilidad de cada una de ellas. Esta es una de las figuras que contribuye notablemente a controlar el gasto en mantenimiento externo y alargar la vida útil de los equipos.

Eficacia

Entendemos como uno de nuestros Valores fundamentales la orientación al logro y la eficacia, entendiendo como tal, el grado de cumplimiento de los objetivos. Estos se fijan en la Revisión del Sistema (ver subcriterio 2.c) y la medida de sus grados de cumplimiento se reflejan en las siguientes figuras. El dato numérico recogido en estos cuadros se complementa con la relación de logros de los equipos (ver Fig.3.c.1 y subcriterio 5.c).

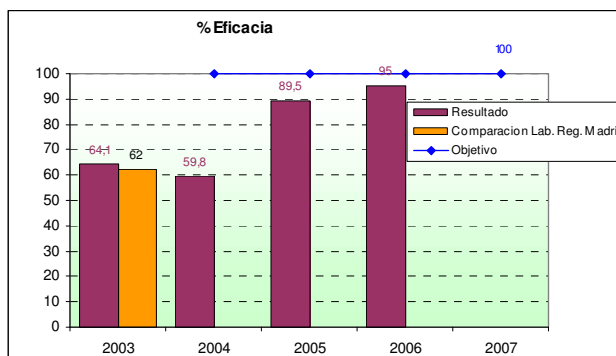


Figura 9.b.14. Eficacia global del Laboratorio.

	2003	2004	2005	2006
BA			100	93
BE	100	100	76	100
BP	74	60	100	100
BV	85	46,7	73,3	100
QA	70	65	66,6	100
QP	0	0,0	70	40
QR	70	100	75	77
SG	50	47,1	100	100
Costes			100	100
Clientes			50	100
UGC			100	100
Comunicación			100	100
Aprovisionamiento			100	100
Innovación Tecnológica y Alianzas			100	100
Informática			100	85
Gestión de Calidad y Validación			100	100
EFQM			100	100
Formación y GC			100	100
SIG			100	100

Figura 9.b.15. Eficacia de los equipos.



LABORATORIO REGIONAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

Ctra. Burgos, km. 6-Finca "La Grajera" • 26071 Logroño. La Rioja
Tfno.: 941 29 11 00 / 941 29 12 63
e-mail: lagrajera@larioja.org
web: www.larioja.org/laboratorio

**ANEXO: GLOSARIO DE TÉRMINOS**

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
AINE's	Antiinflamatorios no esteroideos.
ASPB	Agencia de Salud Pública de Barcelona.
BA	Biología Alimentaria.
BE	Biología Especial.
Benchmarking	Mejora e imitación creativa.
BP	Biología Pecuaria.
BSE	Encefalopatía Espongiforme Bovina.
BV	Biología Vegetal.
CAR	Comunidad Autónoma de La Rioja.
CHE	Confederación Hidrográfica del Ebro
CIDA	Centro de Investigación y Desarrollo Agrario.
CRM	Customer Relationship Management (Gestión de las Relaciones con Clientes).
DIALNET	Servicio informático de documentación. Es un sistema abierto de información de revistas publicadas en castellano, suscripciones, alertas, catálogos, ...
ECOIRIS	ECOIRIS es la marca editorial del Grupo Wolters Kluwer que facilita al profesional productos y servicios integrados en materia de Medio Ambiente, Prevención y Seguridad.
EFQM	European Foundation For Quality Management (Fundación Europea para la Gestión de Calidad).
Empowerment	Proceso por el cual se proporciona mayor capacidad de influencia a un grupo de personas a través de su participación en el proceso de toma de decisiones, cediendo autonomía, etc.
EN	European Norme (Norma Europea).
ENAC	Entidad Nacional de Acreditación.
Ensayos de intercomparación /Intercomparativos	Pruebas organizadas por un organismo externo (privado o público) para comprobar objetivamente los resultados de los laboratorios. Este sistema permite a los laboratorios participantes comparar sus resultados, monitorizarlos a lo largo del tiempo, detectar tendencias y considerar acciones preventivas o correctivas cuando sea necesario.
ESC	Encuesta de Satisfacción de Clientes.
ESP	Encuesta de Satisfacción de Personas.
FCE	Factores Clave de Éxito
FID	Detector de ionización de llama.
GAIKER	La Fundación GAIKER es un Centro Tecnológico que ha conseguido los galardones "Q" de Plata y Oro y Premio Vasco a la Gestión.
GCMS	Gases Masas.
HPLC/MS	Cromatografía líquida de alta resolución con detector de espectrometría de masas.
HPZ	Hospital Psiquiátrico de Zamudio.
ICP	Espectrofotometría con plasma de acoplamiento inductivo.
ISO	International Organization for Standardization (Organización Internacional de Estandarización).
LE	Línea Estratégica.
LIMS	Laboratory Information Management Systems.
Línea / Línea de trabajo	Cada uno de los departamentos en que está organizado el Laboratorio (ej: Biología Alimentaria, Biología Especial,...).



TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
MC	Manual de Calidad.
OGM	Organismo Modificado Genéticamente.
OHSAS	Occupational Health and Safety Management Systems (Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud Laboral).
OIE	Oficina Internacional de Epizootias.
P&E	Política y Estrategia.
PAC	Política Agraria Comunitaria.
Partners	Socios, Colaboradores.
PCR	Reacción en cadena de la Polimerasa.
PCR-RT	Reacción en cadena de la Polimerasa a tiempo real.
PG	Procedimiento General.
PGP	Proceso Gestión por Procesos.
PNIR	Plan Nacional de Investigación de Residuos.
PNT	Procedimiento Normalizado de Trabajo.
PR	Proceso.
QA	Química Alimentaria.
QFD	Desarrollo de la Función de Calidad.
QP	Química de Producción.
QR	Química de Residuos.
REDER	Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión.
RT-PCR a tiempo real	Reacción en cadena de la Polimerasa a tiempo real en procedimientos con Retrotranscriptasa.
SAC	Servicio de Atención al Ciudadano.
SAICAR	Sociedad Anónima Informática de la Comunidad Autónoma de La Rioja (Agencia del Conocimiento y la Tecnología).
SAME	Empresa de Servicios Informáticos.
SAT	Servicio de Asistencia Técnica
SAU	Servicio de Atención al Usuario.
SERQUAL	Modelo que permite medir y gestionar la calidad en el servicio.
SG	Servicios Generales.
SGT	Secretaría General Técnica.
SICAP	Sistema de Información Contable para las Administraciones Públicas.
SIG	Sistema de Gestión Integrado.
TIC'S	Tecnologías de la Información y Comunicación.
UGC	Unidad de Garantía de Calidad.
VLA	Valor Límite Aceptable.