

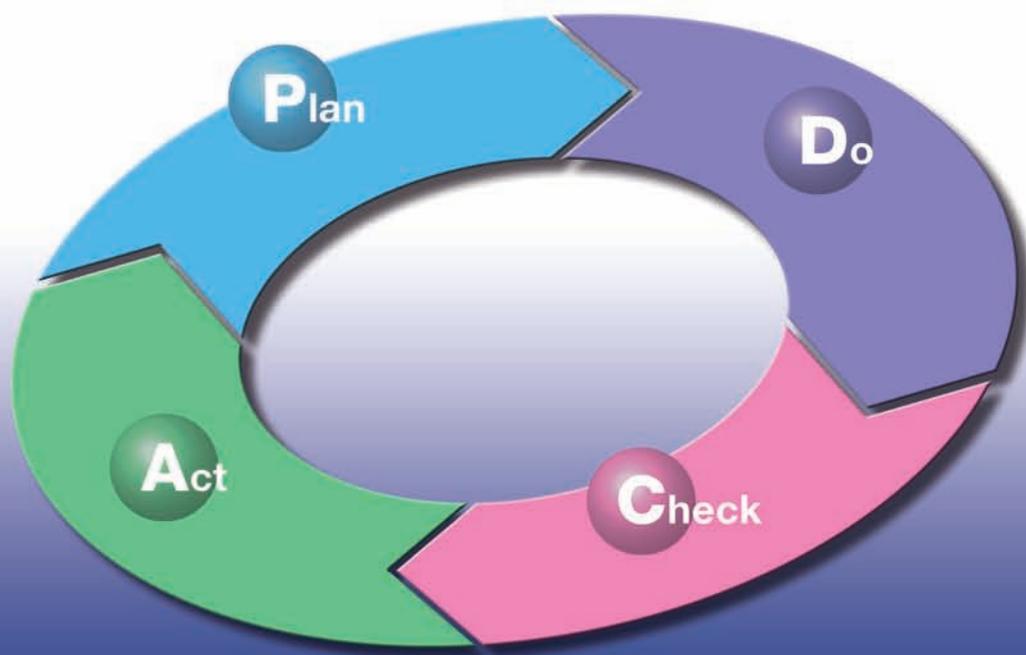
BUSCANDO LA EXCELENCIA:

GESTIÓN POR PROCESOS EN SALUD MENTAL



Instituto Psiquiátrico
Servicios de Salud Mental
José Germain

 Comunidad de Madrid



Página de ayuda

- Pulse el icono ► para ir a la página señalada.
- Pulse el icono **índice** para volver al índice.

Ver presentaciones ►

Ver índice ►

Esta obra se terminó de revisar el 10 de octubre de 2010, coincidiendo con el Día Mundial de la Salud Mental.

COORDINADORES

Villoria López, C. y González Juárez, C.

EDITA

Instituto Psiquiátrico José Germain.
C/ Luna, 1. 28911 - Leganés (Madrid).
Edición única: octubre de 2010.

ELABORACIÓN Y PRODUCCIÓN

tritoma

www.tritoma.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Remedios Moruno Jordán.

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia. Disponible en: www.madrid.org.

Proyecto elaborado por el Instituto Psiquiátrico José Germain del Servicio Madrileño de Salud como apoyo al Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y financiado a cargo de los Fondos para las Estrategias 2009 del Ministerio de Sanidad y Política Social como Proyecto 09/035814 de apoyo a la implementación de la Estrategia en Salud Mental.



 ueridos amigos,

La mejora de la Salud Mental es una prioridad para la Consejería de Sanidad y se ha puesto de manifiesto en el reciente Plan de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid, que renueva un compromiso por la óptima atención de los enfermos mentales y que se cimienta en el trabajo por ofrecer mejores dispositivos asistenciales, tratamientos innovadores y de calidad, así como en el impulso de la investigación de la enfermedad mental desde diferentes enfoques científicos.

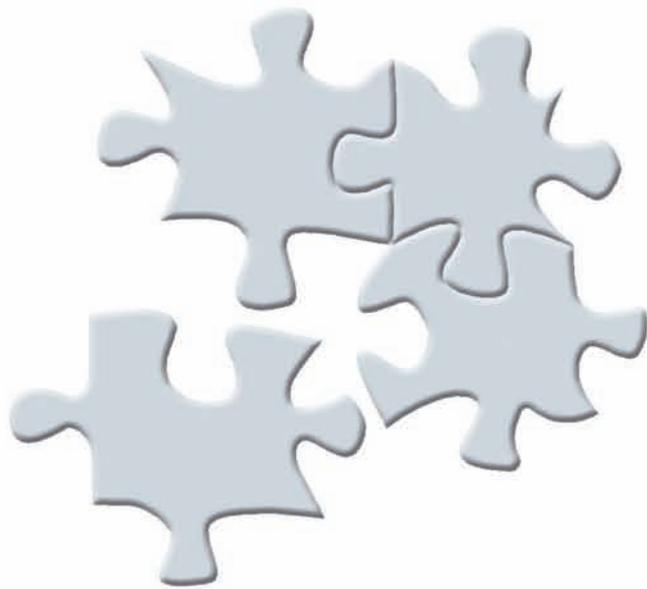
Y todo ello sólo es posible gracias a dos factores que son indivisibles: la dedicación y el esfuerzo de los grandes profesionales madrileños de la salud mental –psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y personal de apoyo–, así como una gestión eficaz en los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, que nos permiten mantener los altos niveles de calidad asistencial, a la vez que avanzamos en el desarrollo de una sanidad cada vez más cercana, eficaz y de vanguardia.

En este concepto moderno de la sanidad, me gustaría resaltar la labor que realiza el Instituto Psiquiátrico José Germain, el cual ha sido pionero en España en el diseño e implantación de un modelo de asistencia integral para pacientes con trastorno mental grave, mediante el funcionamiento coordinado de un conjunto variado de unidades y recursos. Su amplia gama de prestaciones en salud mental especializada –atención ambulatoria, hospitalización parcial, hospitalización completa, rehabilitación psiquiátrica, residencia asistida y alojamientos supervisados– junto al desarrollo de su programa de continuidad de cuidados, desde finales de los años 80, convierten a este Centro en un referente en el ámbito nacional.

En los últimos años, fruto de su continua evolución, el Instituto Psiquiátrico se ha enfrentado al desafío de funcionar según los principios de la calidad, haciendo flexible su estructura para impulsar una gestión eficiente y dirigida a la excelencia, aspectos que se reflejan en este libro.

Para la sociedad madrileña es un orgullo que este hospital psiquiátrico sea el primero de nuestro país en modificar su estructura funcional sobre la base de las gestión por procesos, de modo que la satisfacción de las necesidades de los usuarios se convierta en el eje central de la organización. Y que gracias al trabajo y vocación de servicio de sus profesionales continúe siendo referente nacional en el ámbito de la Salud Mental y de las neurociencias, aportando nuevas iniciativas para mejorar, en el presente y en el futuro, la atención sanitaria que se presta a los ciudadanos.

Javier Fernández-Lasquetty
Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid



La calidad asistencial es una disciplina que ha adquirido una enorme relevancia en la atención sanitaria actual, puesto que cada día nuestras organizaciones se enfrentan al desafío de satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos en un escenario en el que la eficiencia en la utilización de los recursos debe combinarse con la eficacia y la efectividad de su utilización.

Por ello, desde el Servicio Madrileño de Salud se impulsan y promueven actuaciones en materia de calidad que tienen como fin no sólo la mejora en la asistencia a los ciudadanos, sino la implicación, el apoyo y la participación de todos sus profesionales.

Es cierto que cualquier profesional tiene una idea bastante aproximada de lo que supone la calidad asistencial: prestar una atención eficaz, que solucione el problema de salud, de una manera respetuosa y humana; pero sigue siendo necesario acercar a los profesionales los conceptos de la gestión de calidad.

Por ello, surgen en nuestros centros sanitarios iniciativas como la edición de este libro cuyo objetivo es profundizar en el conocimiento de la gestión de calidad y difundir todas aquellas actuaciones que el Instituto Psiquiátrico José Germain ha desarrollado en los últimos años.

Muchas personas han contribuido generosamente con su tiempo, sus conocimientos y su esfuerzo a la redacción de este documento. A todas ellas, y a la Dirección del centro que ha promovido su realización, quiero trasladarles mi agradecimiento por desarrollar un trabajo que da respuesta a las necesidades de nuestro sistema sanitario, supone una valiosa aportación al conocimiento de la práctica médica y por tanto, estoy convencida que será de gran utilidad para los profesionales que trabajan día a día para mejorar la calidad asistencial en la Comunidad de Madrid.

Elena Juárez Peláez
Directora General de Atención al Paciente



Quality in business management has been evolving since the early twentieth century to what today we know as an integrated management system focused on the satisfaction of different stakeholders. In the same way, in the healthcare field the meaning of quality care has been changed by taking into account various perspectives and dimensions (effectiveness, efficiency, access, technical competence, equity, security, etc.).

Within this framework, new quality policies are being developed in the health sector, Europe-wide, both in private and public areas, enabling the results orientation added value to these organizations, achieving the highest levels of quality with available resources and continuous improvement culture where may benefit all involved stakeholders. In this regard, European Organization for Quality (EOQ) acts in order to improve European society through the promotion of Quality in its broadest sense.

For several years the Spanish Association for Quality (AEC), the single full-member organization of EOQ in Spain, has collaborated actively with the Psychiatric Institute of Mental Health José Germain in the deployment of its process management. The AEC has provided training in basic principles of process management, allowing the practical definition and analysis of each healthcare process. Four years ago the institute has taken an extraordinary path to excellence with numerous and unprecedented actions contained in its Strategic Plan 2006-2012.

Finally and on behalf of the 32 European full member organizations of EOQ, I congratulate all participants in this project, with the wish to continue seeking for excellence and to continue doing this outreach effort. The main theme of this book is clearly outlining the effort and satisfaction leading to continuous improvement in any organizational environment, being even more relevant in the health sector, due to its special importance for each patient, their families and for the whole society.

With congratulations,



Viktor Seitschek

President of the European Organization for Quality

La calidad en la gestión empresarial ha evolucionado desde el inicio del siglo veinte hasta llegar a lo que hoy entendemos como un sistema integrado de gestión centrado en la satisfacción de los diferentes grupos de interés. Del mismo modo, en el ámbito sanitario el significado de la calidad asistencial ha cambiado al tomar en consideración diversas perspectivas y dimensiones (efectividad, eficiencia, accesibilidad, competencia técnica, equidad, seguridad, etc.).

En este marco, se han desarrollado nuevas políticas de calidad en el sector sanitario en toda Europa, tanto en el sector privado como en el público, de manera que la orientación a los resultados ha aportado valor añadido a estas organizaciones, alcanzando los mayores niveles de calidad con los recursos disponibles así como una cultura de la mejora continua, que beneficia a todos los grupos de interés. A este respecto, la Organización Europea para la Calidad (EOQ) actúa para mejorar la sociedad europea a través de la promoción de la calidad en su más amplio sentido.

La Asociación Española para la Calidad (AEC), única organización española miembro de la EOQ, ha colaborado activamente con el Instituto Psiquiátrico José Germain en el desarrollo de la gestión por procesos. La AEC ha aportado formación en los principios básicos de la gestión por procesos, lo que ha permitido la definición y análisis de cada uno de los procesos asistenciales. En los cuatro últimos años el Instituto ha realizado un extraordinario avance hacia la excelencia con numerosas e inéditas acciones recogidas en su Plan Estratégico 2006-2012.

Para terminar, y en nombre de las 32 organizaciones miembros de la EOQ, felicito a todos los participantes en este proyecto, con el deseo de que continúen buscando la excelencia y realizando este relevante esfuerzo. El tema principal de este libro se centra en subrayar el esfuerzo y la satisfacción que conducen a la mejora continua en cualquier entorno organizativo, y especialmente en el sector sanitario, debido a su especial importancia para cada paciente, para sus familias y para el conjunto de la sociedad.

Mis felicitaciones,



Viktor Seitschek

Presidente de la Organización Europea para la Calidad

Índice de autores y colaboradores

COORDINADORES/AUTORES

Villoria López, Carlos^{a,b} (Director Gerente, Licenciado en Psicología, Doctor por la Universidad Complutense)

González Juárez, Carlos^{a,b} (Director Médico, Licenciado en Medicina, Especialista en Psiquiatría)

COAUTORES-REVISORES

González López, Herminia^a (Directora de Enfermería, Diplomada en Enfermería, Especialista en Salud Mental)

Rocha Herrera, Loreto^b (Coordinadora de Calidad, Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales)

a: Máster en Alta Dirección de Servicios de Salud y Gestión Empresarial.

b: Experto Europeo en Gestión de la Calidad en el Sector Sanitario.

COMITÉ EVALUADOR DEL MAPA DE PROCESOS/ COMITÉ DE ANÁLISIS DAFO

Balbo Ambrosolio, Eduardo (Jefe Sección CSM

Leganés y Responsable Atención al Paciente)

Blanco de la Calle, Andrés (Responsable Centro de Día)

Cabrera Ortega, Carolina (Psiquiatra)

Calvo Yelmo, Lorenzo (Jefe de Negociado Gestión Económica)

Casas Rivera, Rafael (Responsable Hospital de Día)

Esteban Fernández, Manuel (Jefe Sección Unidad Residencial)

García San Martín, Santiago (Responsable Control e Información)

García Trancón, José Manuel (Supervisor Enfermería)

Gil Molinero, Eloy (Responsable Gestión Económica)

Gómez del Moral, Lourdes (Responsable Hostelería)

González Juárez, Carlos (Director Médico)

González López, Herminia (Directora Enfermería)

Hellín del Campo, Mercedes (Jefe Sección CSM Fuenlabrada)

Herrera Millán, Ana M.^a (Enfermera)

López Lozoya, Jesús (Jefe Conservación)

Morales Servián, Antonio (Supervisor Enfermería)

Pastor Martínez, Ananías (Responsable Rehabilitación y Continuidad de Cuidados)

Provencio Arranz, Rosa M.^a (Responsable Farmacia)

Ratia Estellés, Luis (Jefe de Sección de Personal <julio de 2009)

Redondo Menor, Yolanda (Responsable Enfermería)

Rocha Herrera, Loreto (Coordinadora de Calidad)

Sendín Bande, Concepción (Psicóloga)

Tébar Betegón, M.^a Ángeles (Responsable Atención al Paciente <febrero de 2010)

Vázquez de la Torre, Paloma (Psiquiatra)

Villatobas Yubero, Esther (Jefe de Negociado Calidad)

Villoria López, Carlos (Director Gerente)

EQUIPO TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN EFQM 2008-09

Esteban Fernández, Manuel (Jefe de Sección Unidad Residencial)

García Trancón, José Manuel (Supervisor Enfermería)

Gómez del Moral, Lourdes (Responsable Hostelería)

González Juárez, Carlos (Director Médico)

González López, Herminia (Directora Enfermería)

Morales Servián, Antonio (Supervisor Enfermería)

Pastor Martínez, Ananías (Responsable Rehabilitación y Continuidad de Cuidados)

Ratia Estellés, Luis (Jefe de Sección de Personal <julio de 2009)

Rocha Herrera, Loreto (Coordinadora de Calidad)

Sánchez Sánchez, María (Directora Gestión y SS. GG. <mayo de 2009)

Tébar Betegón, M.^a Ángeles (Responsable Atención al Paciente <febrero de 2010)

Villatobas Yubero, Esther (Jefe de Negociado Calidad)

Villoria López, Carlos (Director Gerente)

COMITÉ DE IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTIÓN POR PROCESOS 2010

Balbo Ambrosolio, Eduardo² (Jefe Sección CSM Leganés y Responsable Atención al Paciente)

Benito Cano, Teresa² (Psicóloga)

Cabrera Ortega, Carolina (Psiquiatra)

Casas Rivera, Rafael (Responsable Hospital de Día)

Cerquella Senecal, Cristina (Supervisora Enfermería)

Esteban Fernández, Manuel^{2,a} (Jefe Sección Unidad Residencial)

García Trancón, José Manuel² (Supervisor Enfermería)

González Juárez, Carlos^{1, 2} (Director Médico)

González López, Herminia^{1, 2} (Directora de Enfermería)

Hellín del Campo, Mercedes² (Jefe Sección CSM Fuenlabrada)

Pastor Martínez, Ananías² (Responsable Rehabilitación y Continuidad de Cuidados)

Pérez Pérez, Esther² (Responsable de Admisión)

Provencio Arranz, Rosa M.^a (Responsable de Farmacia)

Redondo Menor, Yolanda² (Responsable Enfermería)

Rocha Herrera, Loreto^{1, 2} (Coordinadora de Calidad)

Sendín Bande, Concepción² (Psicóloga)

Tierno Patiño, Raquel² (Psiquiatra)

Vázquez de la Torre, Paloma² (Psiquiatra)

Villoria López, Carlos^{1, 2} (Director Gerente)

1: Autor del Capítulo 4.

2: Autor del Capítulo 5.

MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE GESTIÓN Y MEJORA DE PROCESOS CLAVE Y DE SOPORTE

1. Abad García, Alicia (Auxiliar Enfermería)
2. Albarrán Salinero, Julia (Auxiliar Hostelería)
3. Alberca Ramírez, Miguel Ángel (Auxiliar de Obras y Servicios)
4. Almazán García, Eva (DUE)
5. Alonso García, Virginia (Psiquiatra)
6. Alonso Olmos, Eva (Psiquiatra)
7. Álvarez Rodríguez, Isabel (Psicóloga)
8. Antona Bustos, Javier (Auxiliar de Obras y Servicios)
9. Arévalo Rivero, Eva (DUE)
10. Arjonilla Caballero, María (DUE)
11. Bachiller Pérez, Francisco Javier (Psicólogo)
12. Balbo Ambrosolio, Eduardo (Jefe Sección CSM Leganés)
13. Bellas Guisasaola, Concepción (Psicóloga)
14. Benito Cano, Teresa (Psicóloga)
15. Bernal Feito, Paloma (Auxiliar Control e Información)
16. Blanco de la Calle, Andrés (Psicólogo)
17. Cabrera Ortega, Carolina (Psiquiatra)
18. Casas Rivera, Rafael (Responsable Hospital de Día)
19. Casasola Fernández, M.^a Eugenia (Oficial Administrativo)
20. Castillo Ruiz, Ángela (Trabajadora Social)
21. Ceballos Hernández, Carmen (Auxiliar Administrativo)
22. Cerquella Senecal, Cristina (Supervisora Enfermería)
23. De Anta Tejado, Laura (Psiquiatra)
24. Diéguez Gómez, José (Psiquiatra)
25. Díez Díez, Camino (Psicóloga)
26. Donas Hernández, Miguel (Trabajador Social)
27. Espina Jiménez, Yolanda (Psicóloga)
28. Esteban Fernández, Manuel (Jefe Sección Unidad Residencial)
29. Famoso Pérez, Pilar (DUE)
30. Fernández Arévalo, Luis Miguel (Jefe de Cocina)
31. Fernández González, M.^a José (Auxiliar Control e Información)
32. García Alba, Carmen (Psicóloga)
33. García de la Llave, José Luis (Encargado de Hostelería)
34. García Ortega, M.^a Mar (Trabajadora Social)
35. García Clemente Plaza, Jesús (Jefe de Equipo de Mantenimiento)
36. García San Martín, Santiago (Responsable Control e Información)
37. García Trancón, José Manuel (Supervisor Enfermería)
38. Gaytán Martín, Eva M.^a (Auxiliar Doméstica)
39. Gómez del Moral, Lourdes (Responsable Hostelería)
40. González Juárez, Carlos (Director Médico)
41. González López, Herminia (Directora Enfermería)
42. González Martín, Gerardo (Auxiliar Administrativo)
43. González Rodríguez, M.^a José (Auxiliar de Enfermería)
44. Hellín del Campo, Mercedes (Jefe Sección CSM Fuenlabrada)
45. Hernández Llorente, Gloria (Jefe de Equipo)
46. Herrera Millán, Ana M.^a (Enfermera)
47. Izquierdo Rentería, Tania (Psiquiatra)
48. Jara Baeza, Nieves (Auxiliar Administrativo)
49. Jiménez Bonet, M.^a Carmen (Auxiliar Enfermería)
50. Jiménez Suárez, Óscar (Psiquiatra)
51. Leal Guerrero, Carmen (Médico Internista)
52. López Lozoya, Jesús (Jefe Conservación)
53. López Marinas, Isabel (Directora de Gestión y SS. GG.)
54. Lozano Serrano, Carolina (Psiquiatra)
55. Lucas Sanz, Ángel Luis (Psiquiatra)
56. Luis Fernández, Rafael (Auxiliar Enfermería)
57. Luna Navarro, M.^a Luisa (DUE)
58. Manzano Martínez, M.^a Isabel (Oficial Administrativo <septiembre de 2009)
59. Martín Díaz, Gema Isabel (Auxiliar Control e Información)
60. Martínez Albasanz, Sonia (DUE)
61. Martínez Serrano, Miguel Ángel (Conductor)
62. Mata Ruiz, Iván de la (Psiquiatra)
63. Molano Cano, Margarita (Trabajadora Social)
64. Molina Cornejo, Francisca (Jefe de Negociado Personal)
65. Monedero Cañas, Gonzalo (Psiquiatra)
66. Monterrey Llanos, Ana Luisa (Psiquiatra)
67. Morales Servián, Antonio (Supervisor Enfermería)
68. Morales Zamorano, José (Psiquiatra)
69. Mourriño Sánchez, Cristina (Psiquiatra)
70. Navas Collado, Encarna (Psicóloga)
71. Nebreda Muñoz, Alberto (Auxiliar Administrativo)
72. Ojeda Martínez, Dolores (Pinche de Cocina)
73. Pastor Martínez, Ananías (Responsable Rehabilitación y Continuidad de Cuidados)
74. Pérez Pérez, Esther (Responsable de Admisión)
75. Pérez Sesmilo, Juana (Encargada Lavandería)
76. Provencio Arranz, Rosa (Responsable de Farmacia)
77. Ranera Rey, Milagros (DUE)
78. Ratia Estellés, Luis (Jefe de Sección de Personal <julio de 2009)
79. Redondo Menor, Yolanda (Responsable Enfermería)
80. Rocha Herrera, Loreto (Coordinadora de Calidad)
81. Rodríguez Cahill, Cristina (Psicóloga <diciembre de 2009)
82. Rodríguez García-Abad, Nadia (Trabajadora Social)
83. Rojas Cabello, Antonio (Cocinero)
84. Sánchez Sánchez, María (Directora Gestión y SS. GG. <mayo de 2009)
85. Sanz Correcher, Pedro (Psiquiatra)
86. Sendín Bande, Concepción (Psicóloga)
87. Sierra Nieto, Carmen (Psiquiatra)
88. Tébar Betegón, M.^a Ángeles (Responsable Atención al Paciente <febrero de 2010)
89. Tierno Patiño, Raquel (Psiquiatra)
90. Vadillo Sánchez, M.^a Teresa (Auxiliar Administrativo)
91. Vázquez de la Torre, Paloma (Psiquiatra)
92. Veiga Fernández, Eustasio (Jefe de Negociado Contabilidad Asistencial)
93. Villar Cano, Pilar (Auxiliar Administrativo)
94. Villasante Arnas, Olga (Psiquiatra)
95. Villatobas Yubero, Esther (Jefe de Negociado Calidad)
96. Villoria López, Carlos (Director Gerente)
97. Yuste de Arriba, M.^a Ángeles (Auxiliar Enfermería)

Índice de contenidos

Capítulo 1.	LA CALIDAD EN LA GESTIÓN	13	▶
	<i>Villoria, C. y González Juárez, C.</i>		
	1.1. Conceptos de Calidad y Excelencia	14	▶
	1.2. Detalles de la Evolución Histórica de la Calidad en la Gestión Empresarial	16	▶
	1.3. El Modelo Europeo de Excelencia EFQM	21	▶
	1.4. Normalización, Homologaciones, Certificaciones y Marcas de Calidad	24	▶
Capítulo 2.	LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS	27	▶
	<i>Villoria, C. y González Juárez, C.</i>		
	2.1. La Calidad en la Asistencia Sanitaria	28	▶
	2.2. La Calidad en la Sanidad Española	34	▶
	2.3. La Calidad en el Servicio Madrileño de Salud	36	▶
	2.4. La Calidad en la Salud Mental de la Comunidad de Madrid	39	▶
Capítulo 3.	EL AYER Y EL HOY DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN	41	▶
	<i>Villoria, C. y González Juárez, C.</i>		
	3.1. Un Camino de Más de 150 Años (1851–2010)	42	▶
	3.2. El Instituto Hoy: Nuestras Cifras	51	▶
Capítulo 4.	BUSCANDO LA EXCELENCIA EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO: Una transformación basada en la Calidad Total	59	▶
	<i>González, H.; González Juárez, C.; Rocha, L., y Villoria, C.</i>		
	4.1. LA CLAVE: La Gestión del Cambio	60	▶
	4.2. El ANÁLISIS: El Primer DAFO de la Organización (2006)	68	▶
	4.3. LA ESTRATEGIA: EL Plan General de Acción (2006-2012)	71	▶
	4.4. LA PLANIFICACIÓN: Los Documentos de la Política y Gestión de la Calidad (2007-2012)	79	▶
	4.5. EL DIAGNÓSTICO: La Autoevaluación (2008-2009) en el Instituto Psiquiátrico según el Modelo EFQM	83	▶
	4.6. LA HERRAMIENTA: La Gestión de los Procesos	87	▶
	4.7. EL CONOCIMIENTO: La Gestión del Saber y de la Experiencia	92	▶
	4.8. LA EFICIENCIA: La Gestión Racional de los Recursos	95	▶

Capítulo 5.	LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO COMO PIEDRA ANGULAR DE LA TRANSFORMACIÓN	99 ▶
	<i>González Juárez, C.; Villoria, C.; González, H.; Rocha, L.; Pérez, E.; Esteban, M.; Balbo, E.; Pastor, A.; Benito, T.; García, J. M.; Hellín, M.; Redondo, Y.; Sendín, C.; Tierno, R., y Vázquez, P.</i>	
	5.1. Fase I. Planteamiento, Concienciación e Implantación	100 ▶
	5.2. Fase II. Constitución de Equipos de Gestión y Mejora de los Procesos . . .	103 ▶
	5.3. Fase III. Diseño de los Procesos Seleccionados	105 ▶
	5.4. Fase IV. Resultados	109 ▶
	5.5. Discusión	111 ▶
	5.6. Conclusiones	113 ▶
	Anexo. Fichas de los Procesos	117 ▶
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	201 ▶

LA CALIDAD EN LA GESTIÓN

Conceptos de Calidad
y Excelencia

Detalles de la Evolución
Histórica de la Calidad
en la Gestión Empresarial

El Modelo Europeo
de Excelencia EFQM

Normalización,
Homologaciones,
Certificaciones
y Marcas de Calidad



El concepto de Calidad está relacionado con el binomio producto/cliente ■

1.1. CONCEPTOS DE CALIDAD Y EXCELENCIA

El concepto de Calidad procede del latín *qualitas* y, en la actualidad, se concibe como un término polisémico que supone acepciones diferentes, con un alto grado de relatividad, que dificultan su comprensión y el debido consenso entre los expertos, que coinciden principalmente a la hora de relacionarlo con el binomio producto/cliente.

Desde el punto de vista estrictamente semántico, la Real Academia Española, en su Diccionario de la Lengua de 2001¹, define Calidad en su primera acepción como la «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor», mientras que en su segunda acepción lo equipara a «buena Calidad, superioridad o excelencia». Asimismo, destaca otro uso para referirse a «persona o cosa que goza de estimación general».

Tabla 1. Definición de Calidad en el Diccionario de la Lengua Española, XXII Ed¹.

(Del lat. *qualitas*, *-ātis*, y este calco del gr. ποιότης).

1. f. Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor.
2. f. Buena calidad, superioridad o excelencia.
3. f. Carácter, genio, índole.
4. f. Condición o requisito que se pone en un contrato.
5. f. Estado de una persona, naturaleza, edad y demás circunstancias y condiciones que se requieren para un cargo o dignidad.
6. f. Nobleza del linaje.
7. f. Importancia o gravedad de algo.
8. f. pl. Prendas personales.
9. f. pl. Condiciones que se ponen en algunos juegos de naipes.
~ de vida.
1. f. Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.
dar -es.
1. loc. verb. desus. En el arriendo de las rentas reales, comunicar relación jurada del estado de las cobranzas y pagos.
de ~.
1. loc. adj. Dicho de una persona o de una cosa: Que goza de estimación general.

Calidad es ofrecer unas condiciones de uso o servicio superiores a las que el cliente espera recibir ■

Para conocer otros posibles significados, hemos recurrido a diversas publicaciones, donde se presentan nuevas y más completas definiciones como la siguiente: «La Calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando, por ejemplo, la Calidad del servicio postal, del producto, de vida, etc.»².

En la Tabla 2 encontramos nuevas acepciones referidas al producto y al usuario. Estas perspectivas deben estar muy presentes si nos centramos en el binomio anteriormente referido.

Tabla 2. Definiciones de Calidad desde otra perspectiva.

- **Definiciones desde una perspectiva de producto**

La Calidad es diferenciarse cualitativa y cuantitativamente respecto de algún atributo requerido, esto incluye la cantidad de un atributo no cuantificable en forma monetaria que contiene cada unidad de un atributo.

- **Definiciones desde una perspectiva de usuario**

La Calidad implica la capacidad de satisfacer a la vez los deseos de los consumidores. La Calidad de un producto depende de cómo este responda a las preferencias y a las necesidades de los clientes, por lo que se dice que la Calidad es la adecuación al uso de sí mismo en la actualización de los roles presentados a un consumidor.

- **Definiciones desde una perspectiva de valor**

La Calidad significa aportar valor al cliente, esto es, ofrecer unas condiciones de uso del producto o servicio superiores a las que el cliente espera recibir y a un precio accesible. También, la Calidad se refiere a minimizar las pérdidas que un producto pueda causar a la sociedad humana mostrando cierto interés por parte de la empresa en mantener la satisfacción del cliente.

Asimismo, aparecen distintas definiciones realizadas por expertos de renombre que en su mayoría aluden al cliente. En la Tabla 3, se incluyen las más relevantes en función de su autoría.

Tabla 3. Definiciones de Calidad por autores.

- Crosby: «Calidad es cumplimiento de requisitos».
- Juran: «Calidad es adecuación al uso del cliente».
- Feigenbaum: «Satisfacción de las expectativas del cliente».
- Taguchi: «Calidad es la menor pérdida posible para la sociedad».
- Deming: «Calidad es satisfacción del cliente».
- Shewhart: «La Calidad como resultado de la interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva (lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece)».

Conocidas algunas de las diferentes definiciones se pueden extraer varias conclusiones. En primer lugar, su carácter subjetivo al depender del juicio, requisito o expectativa de quien recibe un servicio o producto. En segundo lugar, cuando nos referimos a la Calidad, debemos diferenciar desde qué perspectiva lo enfocamos, si como atributo de un producto, o desde las preferencias del destinatario. Y, por último, aunque pueda hablarse de buena o mala calidad, la mera referencia a este concepto debe tener connotaciones positivas, equiparables a la Excelencia, concepto aún más complejo que, en el contexto empresarial, está sustituyendo a la Calidad como término de referencia.

En este sentido, la Real Academia Española define la Excelencia como «superior calidad o bondad que hace digno de singular aprecio y estimación algo», sin embargo, este concepto de uso contemporáneo fue utilizado por el propio Aristóteles en una de sus frases más célebres: «Con respecto a la Excelencia, no es suficiente el conocerla, debemos tratar de tenerla y usarla».

Calidad es cumplimiento de requisitos y satisfacción del cliente ■

En definitiva, aunque Calidad y Excelencia podrían equipararse, resulta evidente que el segundo concepto implica intrínsecamente una cualidad superior que debe perseguirse. Por ello, Excelencia se convierte en un reto, una meta o una búsqueda que requiere lograr la Calidad desde todas las perspectivas posibles, alcanzándola desde la mejora continua.

Sin embargo, para conocer realmente la envergadura de ambos conceptos, resulta necesario revisar su evolución histórica en la gestión empresarial, donde se desprenden muchos otros constructos que constituyen un lenguaje propio.

1.2. DETALLES DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN EMPRESARIAL

El concepto de Calidad ha ido evolucionando desde principios del siglo XX hasta lo que hoy en día conocemos como un sistema integral enfocado a la satisfacción de los distintos grupos de interés (clientes, trabajadores, accionistas y sociedad en general).

El origen de la gestión empresarial desde el punto de vista productivo se inicia con la Revolución Industrial, que representó la transformación del trabajo manual o artesanal por el trabajo mecanizado.

A mediados del siglo XIX, se entendía la Calidad como control del producto, es decir, el cumplimiento de las especificaciones que se habían establecido en el diseño del mismo. En un principio, este control en forma de inspecciones tan solo se llevaba a cabo una vez terminado el producto, pero con el tiempo se empezaron a realizar a lo largo del proceso de producción. A comienzos del siglo XX surge la figura del supervisor, que muchas veces era el mismo propietario, el cual asumía la responsabilidad de la Calidad del trabajo.

Tras la II Guerra Mundial, los japoneses, inmersos en una maltrecha economía, emprendieron nuevas acciones empresariales para conseguir productos más competitivos a nivel internacional, implantando

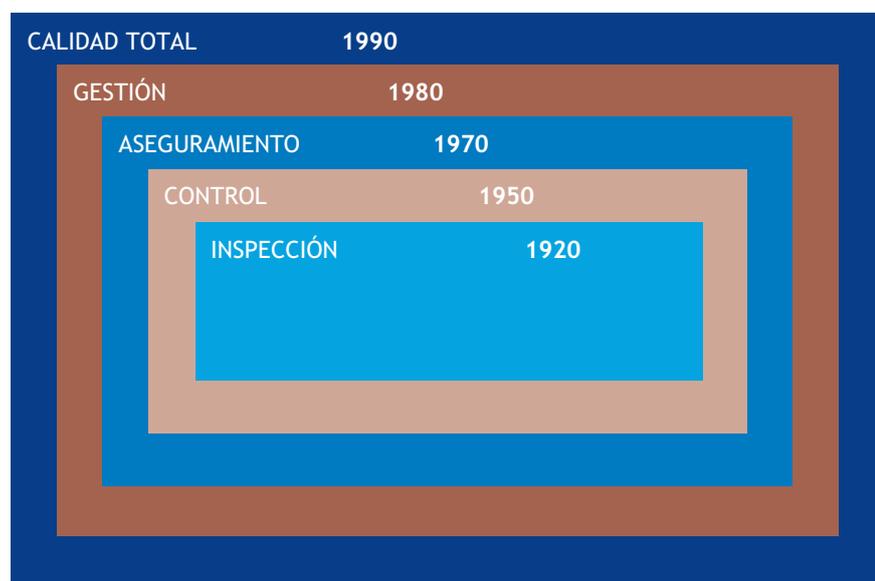


Figura 1. Evolución de la Calidad².

deja de hablar de Control de la Calidad para referirse a la Gestión de la Calidad, cuyas principales diferencias se recogen en la Tabla 4.

Estos niveles de exigencia dan lugar a que se hablase de Calidad Total a partir de los años 50, recibiendo un nuevo impulso a partir de los años 80, cuando Europa incorpora este modelo de gestión empresarial, creando la European Foundation for Quality Management (EFQM).

nuevos sistemas de gestión que dieron un resultado espectacular. Esta gestión englobaba todas aquellas actividades que aseguraban que un producto o servicio lograra satisfacer los requisitos para los que fue planificado, siendo necesario involucrar a los suministradores de materias primas y servicios que se incorporan al proceso productivo. Pero además de control y aseguramiento, surgen nuevas directrices y estructuras enfocadas a mejorar el producto para satisfacer al cliente y a mejorar su producción, logrando la satisfacción del resto de grupos de interés. Por estos motivos, se

Tabla 4. Diferencias fundamentales entre el Control y la Gestión de la Calidad.

CONTROL DE LA CALIDAD	GESTIÓN DE LA CALIDAD
- Involucra solo al servicio, obra o producto.	- Abarca todas las actividades de la entidad.
- Está separado de la producción o servicio.	- Forma parte de la producción o servicio.
- El protagonista es el Jefe de Control de Calidad.	- El protagonista es el director de la empresa.
- Se dedica solo a la producción.	- Se dedica a todas las actividades de la empresa.
- El control de la calidad no participa en las compras.	- Las compras son parte del sistema de Calidad.
- La relación con el cliente es indirecta.	- Se incorpora el cliente al sistema de la Calidad.
- Se desarrolla en el área de Control de Calidad.	- Se desarrolla en todas las áreas de la entidad.
- Separa los productos defectuosos.	- Evita que se produzcan productos defectuosos.
- Los costos de Calidad son debidos a evaluaciones, correcciones y fallos.	- Los costos de Calidad son solo debidos a la prevención.

A esta Fundación, se suman otras en los Estados Unidos, Iberoamérica y en el continente asiático, todas ellas orientadas a implantar y mejorar la gestión empresarial, profundizando en algunos de los conceptos referidos y muchos otros, constituyendo un lenguaje propio de obligado dominio por parte de los grupos de interés.

Como se hacía referencia anteriormente, además de la EFQM, cuyo modelo veremos en el apartado 1.3., se han desarrollado otros modelos de Excelencia en la Gestión que se deben conocer y que al igual que el europeo utilizan como elemento de reconocimiento y difusión de los mismos la entrega anual de premios.

- **Control de calidad:** técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas para satisfacer los requisitos relativos a la calidad.
- **Aseguramiento de la calidad:** conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio satisfará los requisitos dados sobre la calidad.
- **Política de calidad:** directrices y objetivos generales de una organización relativos a la calidad, expresados formalmente por la Dirección.
- **Gestión de la calidad:** aspecto de la función general de la gestión que determina y aplica la política de la calidad.
- **Sistema de calidad:** conjunto de la estructura de organización de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la Gestión de la Calidad.
- **Calidad total:** término que sitúa como primer objetivo de la gestión empresarial la calidad del producto o servicio ofrecido y la satisfacción del cliente a través de la mejora continua.
- **Mejora continua:** mejora sistemática y continua de los procesos mediante la implementación de las metodologías y herramientas adecuadas.
- **Excelencia:** conjunto de prácticas sobresalientes en la gestión de una organización y el logro de resultados basados en conceptos fundamentales que incluyen la orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo, implicación de las personas, mejora continua e innovación, alianzas mutuamente beneficiosas, responsabilidad social.

1.2.1. El Modelo Japonés

El Modelo Deming se desarrolla en Japón en 1951 por la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros (JUSE). Este modelo recoge la aplicación práctica de las teorías japonesas del Control Total de la Calidad (TQC). El enfoque básico es la satisfacción del cliente y el bienestar público. Este modelo también es conocido como Modelo PDCA, pudiendo observar en la Figura 2 el significado de las siglas y el proceso continuo que implica. El Premio Deming evalúa la calidad en todas las funciones de las empresas japonesas.

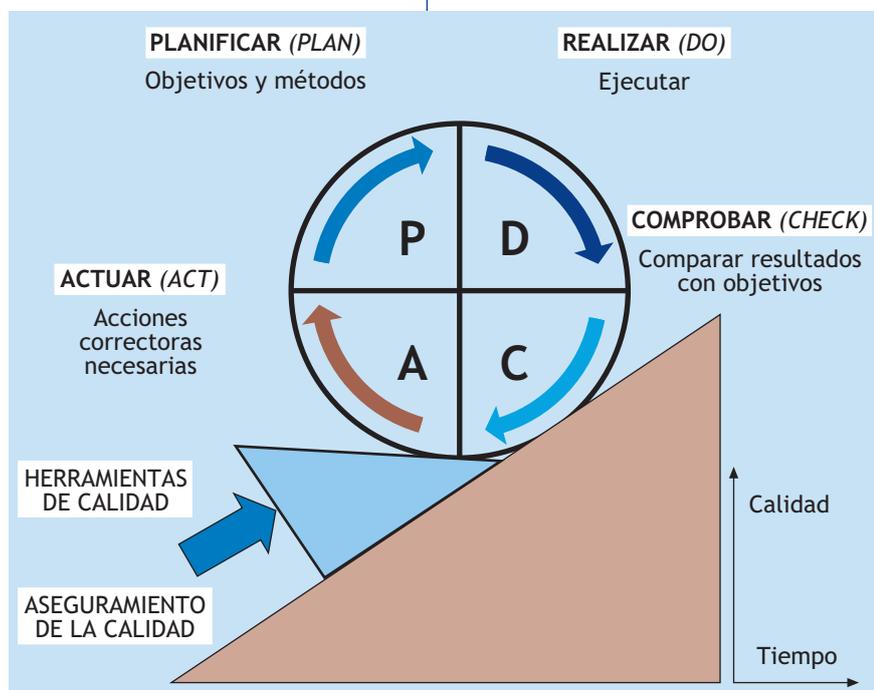


Figura 2. Modelo PDCA de Deming.

1.2.2. El Modelo Americano

El Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige se crea en Estados Unidos en 1987, momento en el que la invasión de productos japoneses en el mercado estadounidense precisa de una respuesta por parte de las

organizaciones de este país. En la creencia de que la Calidad Total-Excelencia es necesaria para que las organizaciones puedan competir en el mercado internacional, surge el proyecto del Premio Nacional de la Calidad Americano. La misión de este premio es sensibilizar al país y a las industrias, promocionando la utilización de la Calidad Total como método competitivo de gestión empresarial y disponer de un medio de reconocer formal y públicamente los méritos de aquellas firmas que los hubieran implantado con éxito.



1.2.3. El Modelo Europeo

En 1988 se crea la European Foundation for Quality Management (EFQM), organización sin ánimo de lucro formada inicialmente por 14 importantes empresas europeas con una clara misión:

- Estimular y ayudar a las organizaciones europeas a participar en actividades de mejora que las lleven, en última instancia, a la Excelencia en la satisfacción de sus clientes y de sus empleados, en su impacto social y en sus resultados empresariales.
- Apoyar a los directivos de las organizaciones europeas en la aceleración del proceso de convertir la Gestión de la Calidad Total en un factor decisivo para conseguir una posición de competitividad global.



Actualmente el número de miembros de la EFQM asciende aproximadamente a 800, pertenecientes en su mayor parte a los países europeos y a la mayoría de los sectores de actividad. Esta cifra, unida a la de los miembros de las organizaciones nacionales, nos permite hablar de una red de miles de organizaciones en las que trabajan varios millones de personas. Todas estas organizaciones colaboran con la EFQM en la elaboración de los Conceptos Fundamentales y promocionan su modelo basado en la Excelencia.

El Modelo EFQM de Excelencia, desarrollado en 1991, conlleva el Premio Europeo de Calidad (European Quality Award), que fue entregado por vez primera a la compañía Rank Xerox y que es un procedimiento para el reconocimiento a las organizaciones más destacadas y de difusión de las mejores prácticas existentes en el ámbito europeo. Desde su creación han sido muchas las empresas galardonadas, algunas de ellas españolas, como refleja la Tabla 5.

Tabla 5. Entidades y empresas en España premiadas/Categorías de los Premios EFQM.

1992	Industrial del Unbierna S.A.-UBISA/Prize Winner
1997	Gasnalsa/Prize Winner
1998	AVE (RENFE Division)/Prize Winner
1999	Banca International d'Andorra I Banca Mora/Prize Winner
2000	Irizar/Prize Winner
2002	ASLE, Workers Incorporated Companies Association/Prize Winner Banc International d'Andorra-Banca Mora/Prize Winner
2003	Solvay Martorell Site/Prize Winner-Corporate Social Responsibility Microdeco/Prize Winner-Corporate Social Responsibility
2004	Colegio Ursulinas-Vitoria/Prize Winner-Leadership and Constancy of Purpose
2005	Euskalit/Prize Winner-Leadership and Constancy of Purpose Fundacion Novia Salcedo/Prize Winner-Customer Focus
2006	Hospital de Zumarraga/Prize Winner-Management by Processes and Facts
2007	Colegio Vizcaya/Prize Winner in Continuous Learning and Innovation Lauaxeta Ikastola Sociedad Cooperativa/Prize Winner in Management by Processes Novia Salcedo Foundation/Prize Winner in Leadership and Constancy of Purpose
2008	Clínica Tambre de Madrid de Reproducción Asistida/Finalist
2009	EiTB/Prize Winner Colegio Sagrado Corazón Carmelitas/Finalist

La EFQM está representada en los distintos países europeos a través de las National Partners Organizations (NPO). El Club Excelencia en Gestión es la NPO para España, constituido en Madrid por 21 empresas el 11 de abril de 1991. La misión de esta nueva asociación es contribuir a aumentar el nivel de competitividad de las organizaciones españolas e implantar sistemas de gestión basados en el Modelo EFQM de Excelencia³.

Actualmente cuenta con más de 200 socios, entidades financieras, ayuntamientos, colegios, universidades, fundaciones, entidades sin ánimo de lucro y un gran número de empresas públicas y privadas. Según consta en su página web³, como entidades sanitarias de la Comunidad de Madrid, se encuentran el Hospital General Gregorio Marañón del Servicio Madrileño de Salud, el Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos y la Fundación Instituto San José, ambos de la Orden Hospitalaria San Juan



de Dios, y la Clínica Moncloa de ASISA. Igualmente, forman parte la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid, además de seis universidades madrileñas, Metro de Madrid y Caja Madrid.

1.2.4. El Modelo Iberoamericano

A finales de la década de los 90, determinadas empresas de países iberoamericanos, inspiradas en los principios europeos de calidad y deseosas de los beneficios del comercio mundial liberalizado, apoyan la creación de una Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad. La Fundación, creada en marzo de 1990 y conocida como FUNDIBEQ, busca la implantación de un Sistema de Gestión Global de la Calidad y anualmente convoca el Premio Iberoamericano de Calidad que se concede a la empresa o empresas que acreditan ante un jurado internacional, establecido a tal efecto, que son merecedores del mismo⁴.

1.2.5. Comparación entre los Modelos Internacionales de Gestión de la Calidad Total

Como se ha podido comprobar, los Modelos Internacionales de Gestión de la Calidad Total, también llamados Modelos Gerenciales, poseen algunas diferencias culturales y estructurales, pero básicamente comparten entre ellos una serie de similitudes⁵.

Tabla 6. Similitudes entre los modelos internacionales de Gestión de la Calidad Total.

- Se basan en el concepto de Calidad Total.
- Presentan interrelaciones entre los criterios que los constituyen.
- Enfatizan el resultado final para conseguir una organización más efectiva y eficiente, que se ajuste a las necesidades de sus clientes y de la comunidad.
- Prestan especial atención a la medida de la mejora de la efectividad así como a los procesos que han contribuido a ello.
- Introducen un sistema de evaluación basado en Criterios Agentes y Criterios Resultados.
- Tanto los modelos como cada uno de sus criterios sirven como marco de mejora, aunque deben ser adaptados a cada organización, al tratarse de criterios relativamente abiertos.

El análisis requerido en todos los modelos se realiza mediante la Autoevaluación sistemática de la organización, donde se establece una referencia global, se detectan áreas fuertes y débiles, y se realiza la mejora continua en los aspectos que conforman el modelo⁶.

Desde el punto de vista de la misión, estructura, criterios o principios de cada uno de ellos podemos encontrar algunas variaciones poco significativas. Estas diferencias son mínimas entre el modelo de la EFQM y el iberoamericano, puesto que el segundo se basó enteramente en el europeo.

Como se ha comentado anteriormente, los cuatro modelos internacionales se utilizan como elemento de reconocimiento a las empresas y de difusión a las propias organizaciones. La entrega anual de premios, con carácter internacional, representa un importante logro para los galardonados; no debiendo olvidar que estos premios no son el fin de la gestión sino un medio para afianzar esta manera de gestionar.

En la Tabla 7, podemos observar algunas de las características más importantes de cada uno de los cuatro premios que, al igual que los propios modelos, comparten más semejanzas que diferencias.

Tabla 7. Premios de los modelos internacionales de Calidad⁷.

Nombre	Premio Deming	Premio Baldrige	Premio EFQM	Premio FUNDIBEQ
Año de creación	1951	1987	1992	1999
Región	Japón	Estados Unidos	Europa	Iberoamérica
Enfoque	Control estadístico, resolución de problemas, mejora continua	Liderazgo del cliente, apoyo a la organización, medición	Resultados, liderazgo, clientes	Estándares de Calidad, documentación del sistema de control y de los procesos

1.3. EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EFQM

El Modelo EFQM es la referencia para toda Europa, para evaluar y mejorar cualquier tipo de organización, y el adoptado por la Comunidad de Madrid para toda su administración. Su alta presencia en la gestión pública y privada ha conllevado que a lo largo de los últimos 10 años se haya escrito mucho sobre este modelo, con numerosos artículos y publicaciones, siendo su propia documentación la manera más efectiva para conocer sus conceptos fundamentales, dirigidos a alcanzar la Excelencia mediante la aplicación de los ocho conceptos descritos por la Fundación en el año 2003 y que aparecen en la Figura 3.



Figura 3. Conceptos fundamentales de la EFQM⁸.

El método de evaluación utilizado por la EFQM desde 1999 es la Matriz de Puntuación REDER (en inglés, RADAR: Results, Approach, Deployment, Assessment and Review). Las siglas del concepto

Tabla 8. Conceptos fundamentales de la Excelencia y ventajas según la EFQM[®].

1. Orientación hacia los resultados: la Excelencia consiste en alcanzar resultados que satisfagan plenamente a todos los grupos de interés de la organización.
 - Valor añadido y éxito sostenido para todos los grupos de interés.
 - Comprender los requisitos actuales y futuros en cuanto a los resultados de la organización con el fin de fijar objetivos.
 - Alinear y focalizar a toda la organización en el logro de unos determinados resultados.
 - Satisfacción plena de todos los grupos de interés.
2. Orientación al cliente: la Excelencia consiste en crear valor sostenido para el cliente.
 - Satisfacción plena, fidelidad y retención de los clientes.
 - Incremento de la cuota de mercado y éxito sostenido de la organización.
 - Empleados motivados y comprensión de las ventajas competitivas.
3. Liderazgo y coherencia en los objetivos: Excelencia es ejercer un liderazgo con capacidad de visión que sirva de inspiración a los demás y sea coherente en toda la organización.
 - Claridad en cuanto al objeto y la dirección de la organización en todas las personas que la integran.
 - Una organización con una identidad clara y con confianza en sí misma.
 - Existencia en toda la organización de un conjunto de valores y principios éticos de comportamiento que comparten todas las personas que la integran.
 - Existencia en toda la organización de comportamientos coherentes y que sirven de modelo de referencia. Plantilla comprometida, motivada, eficaz y eficiente.
4. Gestión por Procesos y hechos: Excelencia es gestionar la organización mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos, interdependientes e interrelacionados.
 - Máxima eficacia y eficiencia a la hora de hacer realidad los objetivos de la organización y elaborar sus productos o prestar sus servicios.
 - Toma de decisiones eficaz y realista y gestión de riesgos eficaz y eficiente.
 - Mayor confianza en la organización por parte de todos sus grupos de interés.
5. Desarrollo e implicación de las personas: Excelencia es maximizar la contribución de los empleados a través de su desarrollo e implicación.
 - Todas las personas de la organización comparten unos mismos objetivos.
 - Plantilla implicada, fiel y motivada. Capital intelectual de gran valor.
 - Mejora continua de la capacidad y el rendimiento de las personas.
 - Mayor competitividad lograda mediante una mejor imagen de la organización.
 - Las personas de la organización alcanzan plenamente todo su potencial.
6. Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora: Excelencia es desafiar el statu quo y hacer realidad el cambio aprovechando el aprendizaje para crear innovación y oportunidades de mejora.
 - Mayor creación de valor. Mejora de la eficacia y de la eficiencia. Incremento de la competitividad.
 - Productos y servicios innovadores. El conocimiento se recoge, estructura y comparte.
 - Una organización más ágil.
7. Desarrollo de alianzas: Excelencia es desarrollar y mantener alianzas que añaden valor.
 - Incremento del valor de la organización para los grupos de interés.
 - Mejora de la competitividad. Optimización de las competencias clave.
 - Mejora de la eficacia y eficiencia. Incremento de las posibilidades de supervivencia.
 - Riesgos y costes compartidos.
8. Responsabilidad social de la organización: Excelencia es exceder el marco legal mínimo en el que opera la organización y esforzarse por comprender y dar respuesta a las expectativas que tienen sus grupos de interés en la sociedad.
 - Mejora de la imagen en la opinión pública. Incremento del valor de la marca.
 - Mayor acceso a la financiación. Mejora de la salud y seguridad de los empleados.
 - Mejora de la gestión de los riesgos y del gobierno de la organización.
 - Mejora de la motivación de los empleados. Fidelidad de los clientes.
 - Incremento de la confianza que la organización tiene en sí misma y de sus grupos de interés.

REDER hacen referencia a Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión. La lógica que sustenta la Matriz REDER coincide con el clásico ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*), en el que se debe planificar el enfoque, desplegar, comprobar (evaluar) la efectividad, y después actuar en base a lo aprendido, cerrando el círculo de mejora.

El esquema lógico, representado en la Figura 4, establece de manera continua lo que una organización necesita:

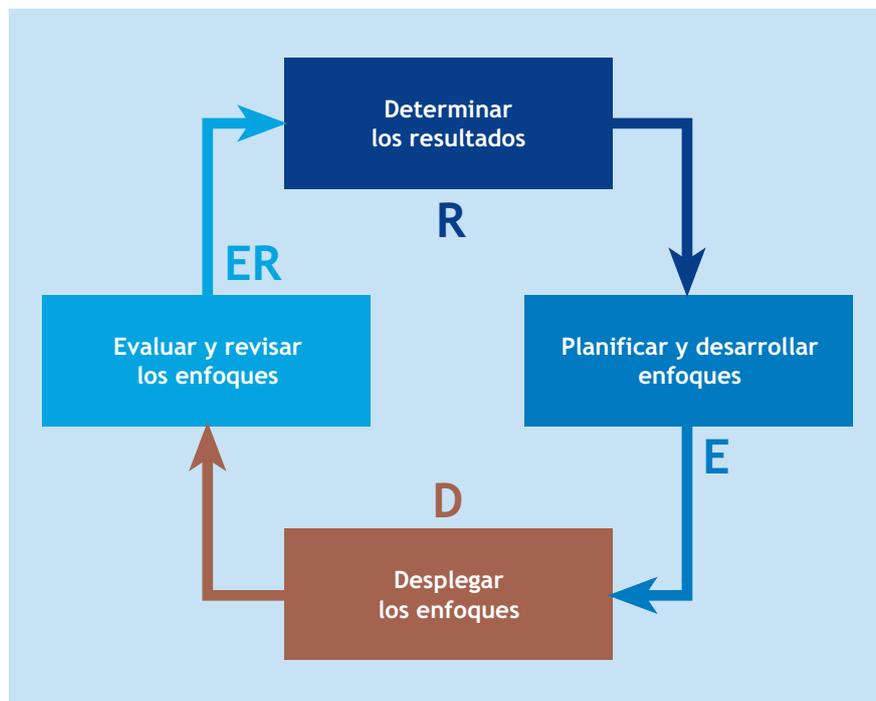


Figura 4. Ciclo REDER.

1. Enfoque:

Se refiere a lo que una organización ha planificado hacer y las razones para ello. En una organización excelente, el enfoque estará sólidamente fundamentado, es decir, tendrá una lógica clara, procesos bien definidos y una clara orientación hacia las necesidades de todos los grupos de interés.

2. Despliegue:

Se ocupa de lo que hace una organización para desplegar el enfoque. En una organización considerada excelente, el enfoque se implantará en las áreas relevantes y de un modo sistemático.

3. Evaluación y Revisión:

Se aborda lo que hace una organización para evaluar, revisar y desplegar el enfoque. En una organización considerada excelente, el enfoque y su despliegue estarán sujetos a mediciones regulares y se realizarán actividades de aprendizaje, empleándose su resultado en identificar, establecer prioridades, planificar e implantar la mejora.

4. Resultados:

Se centra en los logros alcanzados por una organización considerada excelente, mostrará tendencias positivas y/o un buen rendimiento sostenido, los objetivos serán adecuados y se alcanzarán, y el rendimiento será bueno comparado con el de otras organizaciones.

La EFQM recomienda adoptar el proceso de Autoevaluación como estrategia para mejorar el rendimiento de una organización, ayudándola a trabajar de un modo más eficaz y eficiente.

La Autoevaluación es un examen global, sistemático y periódico de las actividades y resultados de una organización comparados con el Modelo EFQM de Excelencia, mediante un proceso que permite diferenciar claramente los puntos fuertes de las áreas donde pueden introducirse mejoras a través de planes y de seguimientos.

El Modelo EFQM se representa mediante nueve «cajas» en forma de criterios, que nos sirven para entender el proceso y evaluar el progreso de una organización hacia la Excelencia. Para desarrollar estos criterios en detalle, cada uno va acompañado de un número variable de subcriterios que tienen que considerarse a la hora de realizar una evaluación.

Como puede observarse en la Figura 5, en cada caja aparece la puntuación máxima que se puede obtener por cada criterio, siendo 1000 los puntos requeridos para lograr la Excelencia. En la actualidad, los premios se otorgan cuando las empresas consiguen entre 600 y 700 puntos, aunque cualquiera que supere los 400 se encuentra por encima de la media en el panorama empresarial.

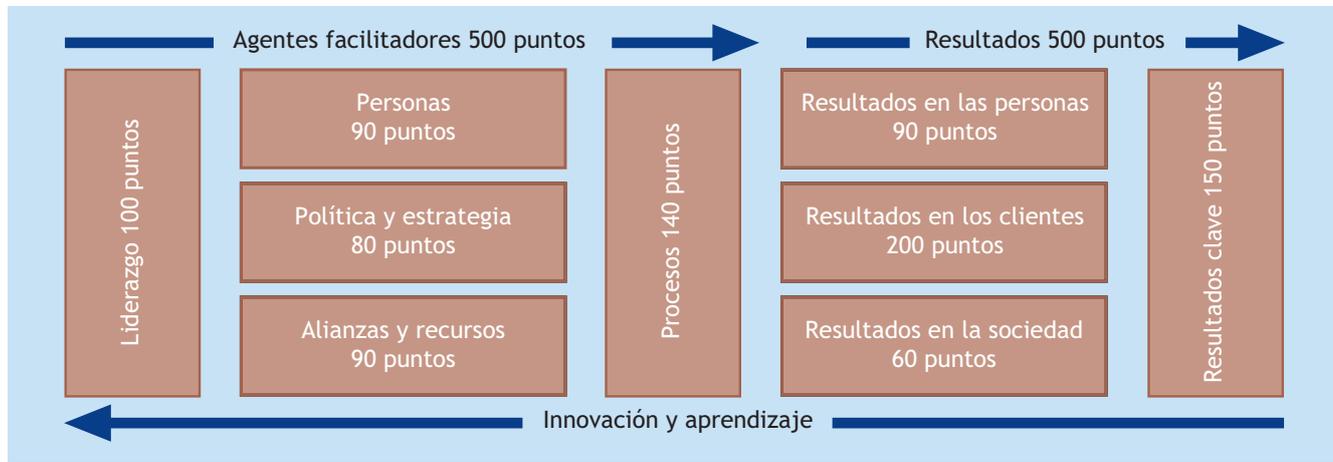


Figura 5. Mapa de los criterios del Modelo EFQM de Excelencia.

En la fase final de elaboración de este libro, se publicó la versión 2010 del Modelo de la EFQM que introduce algunos cambios, entre ellos la puntuación asignada a cada uno de los criterios, asignando un 15% a los resultados en clientes y a los clave, y un 10% al resto.

1.4. NORMALIZACIÓN, HOMOLOGACIONES, CERTIFICACIONES Y MARCAS DE CALIDAD

La normalización es una actividad colectiva encaminada a establecer soluciones a situaciones repetitivas. En particular, esta actividad consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas. La normalización ofrece importantes beneficios, como consecuencia de adaptar los productos, procesos y servicios a los fines a los que se destinan, proteger la salud y el medio ambiente, prevenir los obstáculos al comercio y facilitar la cooperación tecnológica⁹.

Las normas son documentos con las siguientes características: contienen especificaciones técnicas de aplicación voluntaria, son elaboradas por consenso de las partes interesadas, están basados en los resultados de la experiencia y el desarrollo tecnológico, y son aprobados por un organismo nacional, regional y/o internacional de normalización reconocido.

Estas normas ofrecen un lenguaje común de comunicación entre las empresas, la Administración y los usuarios y consumidores, establecen un equilibrio socioeconómico entre los distintos agentes que participan en las transacciones comerciales, base de cualquier economía de mercado, y son un patrón necesario de confianza entre cliente y proveedor.

La homologación es la aprobación final de un producto, proceso o servicio, según la normalización obligatoria, realizada por un organismo que tiene esta facultad por disposición reglamentaria.

El documento de certificación es el que atestigua que una empresa, producto o servicio se ajusta a unas normas determinadas de carácter voluntario y es entregado por las empresas acreditadas para emitir certificaciones de Calidad.

Las marcas de Calidad son distinciones para que el mercado identifique con facilidad la acreditación que posee la empresa, producto o servicio, en relación a la Calidad y a los requisitos que dichas marcas garantizan a terceros.

1.4.1. Normalización/Estandarización de la Calidad

La Organización Internacional para la Estandarización o ISO (en inglés, International Organization for Standardization) nace en 1947 como organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación, comercio y comunicación para el sector industrial. Actualmente, este organismo no gubernamental es una red de los institutos de normas nacionales de 157 países. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones a nivel internacional.

Dichas normas se conocen como Normas ISO y su finalidad es la coordinación de las normas nacionales, en consonancia con el Acta Final de la Organización Mundial del Comercio, con el propósito de facilitar el comercio, así como el intercambio de información y contribuir con unos estándares comunes para el desarrollo y transferencia de tecnologías¹⁰.

Entre todas las Normas ISO cabe destacar la llamada «familia de normas ISO 9000» que constituyen un conjunto de normas de «Calidad» y «gestión continua de Calidad», que se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad sistemática y están orientadas a la producción de bienes o servicios. Se componen de estándares y guías relacionados con sistemas de gestión y de herramientas específicas.

Las Normas ISO 9000 del año 1994 estaban principalmente pensadas para organizaciones que realizaban un proceso productivo y, por tanto, su implantación en las empresas de servicios era compleja. Con la revisión del año 2000 se obtuvo una norma simplificada para organizaciones de todo tipo e incluso para la Administración Pública.

La Fundación Europea de la Calidad y la Organización Internacional para la Estandarización constituyen las principales referencias para la Gestión de la Calidad Total, siendo su principal diferencia que la primera establece un Modelo de Calidad Total o de Excelencia Empresarial y la segunda establece la Norma para asegurar la Calidad de los sistemas.

La relación entre la ISO 9000 y la EFQM ha variado en la versión de la ISO 9000 del año 94. La norma estaba básicamente enfocada a determinados procesos, sin embargo, en la revisión de la ISO 9000 del año 2000, esta tiende mucho más hacia el concepto de Calidad Total ahondando en los conceptos de procesos, el enfoque al cliente, la gestión de recursos, etc., con lo que se acerca mucho más al modelo de la EFQM⁶. En la Figura 6 se muestra esta relación con una especie de paraguas donde el Modelo EFQM concreta la Calidad Total y por debajo de él se encuentra la Norma ISO 9000.

La Fundación Europea de la Calidad establece un Modelo de Excelencia, mientras que la Organización Internacional para la Estandarización establece la Norma para asegurar la Calidad ■



Las ISO 9000 son un conjunto de normas internacionales de «Calidad» para cualquier organización ■

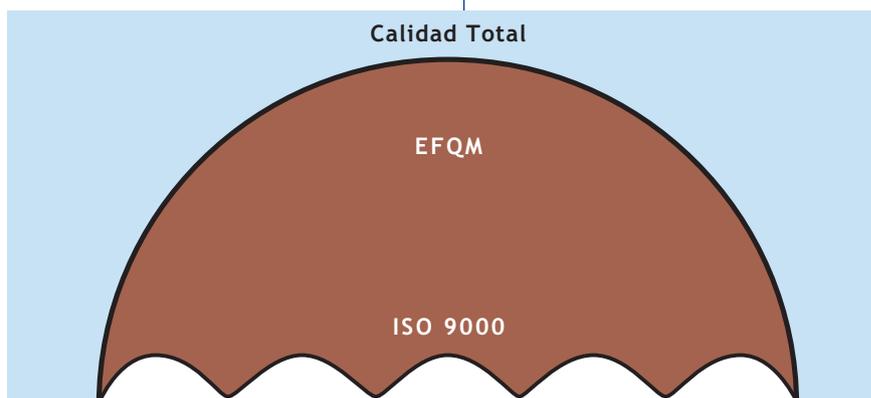


Figura 6. Relación entre la EFQM y la ISO 9000³.

Para verificar que las organizaciones cumplen con los requisitos de la norma, existen entidades que dan sus propios certificados. Estas entidades están supervisadas por organismos nacionales que les dan su acreditación.

1.4.2. Acreditaciones, Certificaciones y Marcas de Calidad



En España, tras el ingreso en la Comunidad Económica Europea, se crea la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) como organismo designado por la Administración para establecer y mantener el sistema de acreditación a nivel nacional, de acuerdo a normas internacionales, siguiendo en todo momento las políticas y recomendaciones establecidas por la Unión Europea. La ENAC es una organización declarada de utilidad pública, independiente y sin ánimo de lucro, auspiciada y tutelada por la Administración, que desarrolla su misión con una clara vocación de servicio público, dirigida tanto a la Administración como al mercado en general, garantizando que todas sus actuaciones se basen en principios de imparcialidad, independencia y transparencia, con un marcado carácter técnico, aportando valor a todos los agentes que tienen intereses en los distintos aspectos de la acreditación¹⁰.

Una de las empresas homologadas por la ENAC, y tal vez la más conocida, es la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), que actualmente ha editado más de 24000 normas y ha emitido cerca de 18000 certificados ISO 9001 de Gestión de Calidad y más de 3000 ISO 14001 de Gestión Ambiental¹¹.

Las marcas de Calidad se identifican con un logotipo o símbolo, existiendo una gran variedad que son concedidas por empresas o fundaciones. En la Comunidad de Madrid se constituyó la Fundación Madrid por la Excelencia, según Decreto 78/2005 de 2 de agosto, que reconoce el compromiso con la Excelencia a través de su marca «Madrid Excelente» a las empresas madrileñas que apuesten por la innovación y la mejora continua, la satisfacción de las personas y la contribución activa al desarrollo económico y social de Madrid¹².

El Instituto Psiquiátrico José Germain inicia en septiembre de 2010 un Plan de Certificación de Servicios con la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) para las auditorías de certificación, seguimiento y renovación de los procesos más significativos. El primer objetivo será la certificación según la Norma ISO 9001/2000 de los Servicio de Admisión, Atención al Paciente y Farmacia, así como del Proceso de Gestión de la Seguridad. El segundo objetivo será la Certificación de los Servicios Ambulatorios y Hospitalarios, procurando en, al menos cinco años, la Certificación de la Gestión Medioambiental según la Norma ISO 14001.

LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

La Calidad en la
Asistencia Sanitaria

La Calidad en la
Sanidad Española

La Calidad en el Servicio
Madrileño de Salud

La Calidad en la
Salud Mental de
la Comunidad de Madrid



2.1. LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA

La actual preocupación por la Calidad Asistencial es tan antigua como el propio ejercicio médico, si entendemos su esencia como la búsqueda de lo mejor para el paciente a través del inseparable binomio ética-calidad. Por lo tanto, si incluimos la destreza en la atención y la aspiración por aprender para prevenir el error, la mejora continua en el ámbito asistencial debe combinar ética, técnica y arte¹³, a través de la eficacia, acreditación, aprendizaje y análisis de los resultados.

Por ello, a pesar de que las primeras normas para regular la atención médica se remontan a más de 30 siglos, la implantación de técnicas de evaluación y de mejora de la Calidad en el sector sanitario es mucho más reciente.

En este sentido, a mediados del siglo XX, Donabedian¹⁴ identifica una serie de elementos que facilitan el análisis multifactorial de la Calidad Asistencial.

- **Componente Técnico:** expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales.
- **Componente Interpersonal:** expresión de la importancia de la relación paciente-profesional.
- **Componente del Entorno:** expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual esta se desarrolla.

Desde entonces, las nuevas tendencias en Calidad Asistencial se enmarcan dentro de la mejora continua, que pretende identificar oportunidades de mejora, utilizando como herramientas fundamentales el rediseño de procesos y la orientación al paciente, garantizando los niveles asistenciales¹⁵.

En la actualidad, la definición de una atención sanitaria de calidad abarca diferentes aspectos de la asistencia sanitaria: reducir variabilidad, satisfacer las necesidades de los clientes, mejorar permanentemente, y cambiar la cultura de toda la organización para conseguir los niveles más altos de Calidad con los recursos disponibles¹⁶.

Por otra parte, las organizaciones sanitarias además de basarse en la evidencia científica y en la perspectiva de los clientes, deben satisfacer las necesidades técnicas y otros aspectos relativos a la Calidad percibida como seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta o empatía¹⁷.

En relación con el significado actual de Calidad Asistencial, se pueden establecer las distintas concepciones existentes, como en la Tabla 9, que engloban las perspectivas descritas y sus principales dimensiones (efectividad, eficiencia, acceso, competencia técnica, equidad, adecuación, disponibilidad, seguridad, respeto, oportunidad, elección/disponibilidad de información, continuidad, prevención/detección temprana y evaluación)¹⁸.

Una atención sanitaria de calidad reduce la variabilidad, satisface las necesidades de los clientes, mejora permanentemente y logra la mayor eficacia con los recursos disponibles ■

Tabla 9. Principales definiciones de Calidad Asistencial.

- Donabedian (1980): Calidad Asistencial es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial.
- Ministerio de Sanidad del Reino Unido (1997): Calidad Asistencial es hacer las cosas adecuadas (qué) a las personas adecuadas (a quién) en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien la primera vez.
- Consejo de Europa (1998): Calidad Asistencial es el grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual.
- OMS (2000): Calidad Asistencial es el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población.
- Instituto de Medicina (IOM) (2001): Calidad Asistencial es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual.

Las dimensiones o atributos de la Calidad Asistencial son análogos con otros servicios no sanitarios salvo la accesibilidad que resulta específica de esta prestación. Según gran parte de los autores, la satisfacción del cliente como atributo no constituye una característica de Calidad, es el objetivo de la misma, mientras que la satisfacción y competencia de los profesionales, así como la competencia de la organización, son condiciones necesarias para ofrecer servicios de calidad y no atributos de esta, aun cuando se utilicen como medida de la Calidad Asistencial¹⁸. Las demás características de la asistencia sanitaria se resumen en la Tabla 10, siendo requisitos para alcanzar la Calidad Asistencial, principalmente en el sector público.

La satisfacción del cliente como atributo no constituye una característica de la Calidad, es el objetivo de la misma ■

Tabla 10. Atributos de la Calidad Asistencial¹⁸.

Accesibilidad	Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.
Aceptabilidad	Se refiere tanto al grado de cumplimiento de las expectativas del paciente sobre la atención recibida como a los resultados de esta. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.
Adecuación	Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Su medida comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica.
Calidad científico-técnica	Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.
Competencia profesional	Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al profesional sanitario como a la organización.
Continuidad	Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones.

Continúa →

Tabla 10. Atributos de la Calidad Asistencial¹⁸.

Continuación

Cooperación del paciente	Grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional.
Disponibilidad	Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben estar disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.
Efectividad	Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable. Comprende, al mismo tiempo, la minimización los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada.
Eficiencia	Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.
Satisfacción del profesional	Grado de satisfacción del profesional sanitario con las condiciones y desarrollo del trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.
Seguridad	Balance positivo de la relación beneficios/riesgos. También puede conceptuarse como el resultado de la acción sinérgica de la competencia y trato del personal sanitario. Respecto a los equipos y edificios, la seguridad se refiere a la garantía y protección de los mismos.

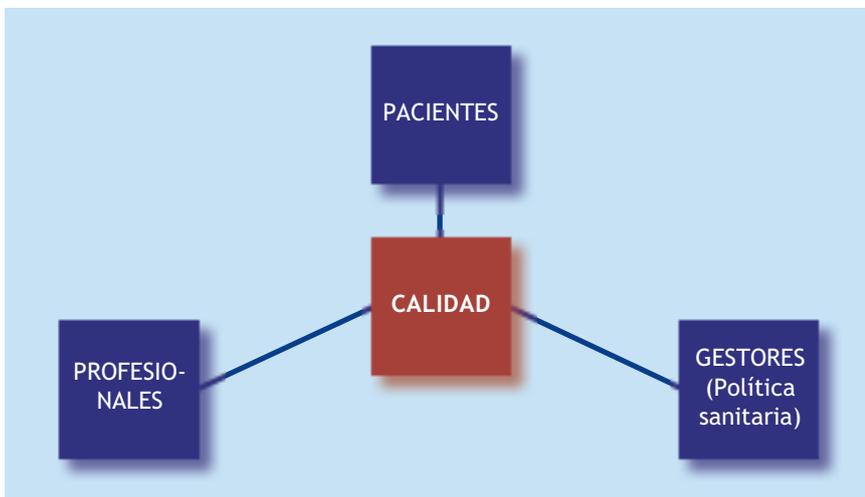


Figura 7. Perspectivas de la mejora de la Calidad en el sector sanitario.

En definitiva, independiente de su definición, la Calidad como producto o servicio en el contexto sanitario conlleva satisfacer las necesidades implícitas o explícitas de los pacientes, teniendo en cuenta la consideración científico-técnica del profesional y la percepción de quien recibe la atención terapéutica, todo ello unido a la eficiencia pretendida por los gestores.

Desde este enfoque, la única manera de conjugar estas posturas es haciéndolas complementarias,

mediante la mejora continua de la organización sanitaria centrada en el paciente, con la máxima participación de profesionales y gestores a la hora de diseñar la política sanitaria más adecuada.

Al igual que en otros sectores, se pueden establecer dos tipos de modelos para gestionar la Calidad de la asistencia sanitaria: los de mejora continua, que incluyen los modelos de certificación y Excelencia, y los basados en modelos de acreditación. Aunque son complementarios, su manejo dependerá de la propia organización, siendo la evaluación y la Gestión por Procesos los dos pilares fundamentales de cualquier sistema de calidad empleado¹⁹.

Independientemente del modelo de gestión, la evaluación y la Gestión por Procesos resultan necesarias para establecer un sistema sanitario de Calidad, compartiendo esta visión tanto las Normas ISO como la EFQM que los contemplan como principios básicos.

En el caso del primer principio básico, la evaluación, el Modelo EFQM proporciona una herramienta de autodiagnóstico muy fiable para la mejora y la comparación, quedando la estrategia de implantación en manos de la propia organización, debiendo ser el gestor junto a los profesionales sanitarios quienes reflexionen y extraigan las debidas conclusiones. Este modelo constituye la referencia principal y es el más utilizado en la actualidad.

Sin embargo, existen algunas dificultades al recurrir al Modelo EFQM por su lenguaje técnico que puede resultar confuso o distante, las dificultades de tiempo y de dedicación, el cambio cultural que implica recurrir a un modelo que busca el análisis de cada una de las áreas de la gestión, la necesidad de asumir una alta capacidad de autocrítica, y un amplio etcétera referido en diversas publicaciones.

Aún así, y pese a estas dificultades, la Autoevaluación según el Modelo EFQM resulta ser la herramienta más potente que proporciona un autodiagnóstico, áreas de mejora y la regla para la comparación. Asimismo y según sus directrices para el sector público, las principales premisas son: la satisfacción del cliente interno y externo, el impacto en la sociedad, la gestión de las personas, los recursos y sus alianzas, y los procesos hacia la consecución de la Excelencia en los resultados⁸.

El segundo principio básico es la Gestión por Procesos, que es uno de los cinco Criterios Agentes en el Modelo de Autoevaluación de la EFQM. Esta herramienta permite analizar cómo se diseña, se gestiona y se mejora la organización con objeto de apoyar su política y su estrategia, y para generar valor de forma creciente para sus clientes y sus otros actores. De tal forma que la Gestión por Procesos integra el conocimiento y la experiencia de cada una de las personas que forman parte de la organización e implica hacer cotidiana la mejora continua de la misma, tratándose de un cambio cultural de la gestión, favoreciendo la creatividad y la iniciativa²².

La Gestión por Procesos proviene de la metodología denominada «reingeniería de procesos» que hace predominar el proceso orientado al paciente sobre la función centrada en la propia organización^{23,36}. Hoy en día, es la piedra angular tanto de las normas ISO 9000 como del Modelo EFQM de Excelencia, como puede verse en la Tabla 11, y su implantación puede ayudar a una mejora significativa en todos los ámbitos de gestión de las organizaciones.

El abordaje de este criterio induce a una organización a modelar sus actividades con un enfoque basado en procesos, diseñando una estructura coherente, describiendo en primer lugar cada uno de ellos, seguido por el establecimiento de sistemas que permitan el seguimiento y la medición del rendimiento de cada proceso y en el con-



La evaluación y la Gestión por Procesos son los dos pilares fundamentales de cualquier sistema de Calidad ■



La Autoevaluación según el Modelo EFQM resulta ser la herramienta más potente que proporciona un autodiagnóstico, áreas de mejora y la regla para la comparación ■



La Gestión por Procesos orienta la organización al paciente ■



La Gestión por Procesos es la piedra angular tanto de las Normas ISO 9000 como del Modelo EFQM de Excelencia ■

junto de la organización, e introduciendo las mejoras necesarias para satisfacer cada vez más a los diferentes grupos de interés.

Tabla 11. Gestión por Procesos según el Modelo EFQM⁸.

1. Concepto:

- Excelencia es gestionar la organización mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos, interdependientes e interrelacionados.

2. Cómo se pone en práctica este concepto:

- Las organizaciones excelentes cuentan con un sistema de gestión eficaz y eficiente basado en las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés y diseñado para satisfacerlas.
- Un conjunto de procesos claro e integrado hace posible y garantiza la implantación sistemática de las políticas, estrategias, objetivos y planes de la organización. Estos procesos se despliegan, gestionan y mejoran de forma eficaz en las actividades diarias de la organización.
- Las decisiones se basan en una información fiable y basada en datos de los resultados actuales y previstos, de la capacidad de los procesos y sistemas, las necesidades, expectativas y experiencias de los grupos de interés, y el rendimiento de otras organizaciones. Se identifican los riesgos a partir de medidas de rendimiento sólidas, gestionándose de manera eficaz.
- La organización está gobernada con gran profesionalidad y alcanza y excede todos los requisitos que desde el exterior se le exigen. Se identifican e implantan las medidas preventivas adecuadas, inspirando y manteniendo altos niveles de confianza en los grupos de interés.

3. Beneficios:

- Máxima eficacia y eficiencia a la hora de hacer realidad los objetivos de la organización y elaborar sus productos o prestar sus servicios.
- Toma de decisiones eficaz y realista.
- Gestión de riesgos eficaz y eficiente.
- Mayor confianza en la organización por parte de todos sus grupos de interés.

Por otra parte, es necesario considerar que el diseño, la gestión y la mejora de los procesos en una organización deben ser impulsados gracias a una implicación directa de los líderes de la organización, que ayuden al desarrollo, la implantación y la mejora continua del sistema de gestión enfocado en los procesos, además de asegurar que la estructura de procesos esté alineada con la política y

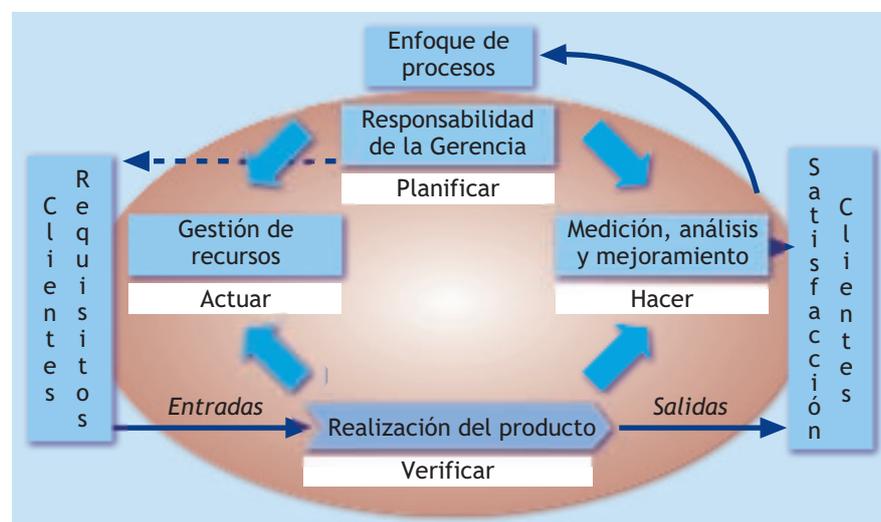


Figura 8. Enfoque de procesos en el PDCA²⁴.

la estrategia de la organización, y que dicha política y estrategia se desplieguen mediante la identificación de los Procesos Clave en la estructura definida.

La Gestión por Procesos se logra a través de un conjunto de acciones, entre las que se destacan las representadas en la Figura 8²⁴.

En el ámbito sanitario, desde hace varias décadas, existe la preocupación por optimizar los resultados y aproximarse a las necesidades de los pacientes, y la de todos aquellos que intervienen en el sistema. En este contexto y a diferencia del pasado, el paciente no solo espera Calidad en el servicio, sino también que este se adapte permanentemente a sus necesidades.

Estas nuevas necesidades de los pacientes y la participación activa de los profesionales sobre el funcionamiento de las organizaciones sanitarias dibujan un panorama cambiante e innovador que requiere de una herramienta que permita de una manera rápida, ágil y sencilla abarcar esta realidad, implicando a sus profesionales a mejorar sus resultados y a adquirir nuevos y mayores compromisos con los ciudadanos.

La Gestión por Procesos posibilita esta visión actual de la atención sanitaria, orientada a las expectativas que tanto pacientes como profesionales tienen, desde un modelo horizontal, que a diferencia del modelo taylorista, requiere de un análisis de los flujos de trabajo que intervienen en el desarrollo de todo el sistema de producción o de servicio. Las numerosas aportaciones de la Gestión por Procesos en las organizaciones sanitarias, como se ve en la Tabla 12, constituyen el elemento diferenciador en este entorno, con las características mencionadas.

Tabla 12. Aportaciones de la Gestión por Procesos en las organizaciones sanitarias²³.

- Enfoque centrado en el usuario. La Gestión por Procesos centra las actuaciones en el usuario, teniendo en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas.
- Implicación de los profesionales en la gestión clínica, convirtiéndolos en los motores del cambio y en los protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones.
- Incorporación de la metodología de la medicina basada en la evidencia en la definición de las actividades que deben incorporarse en los procesos.
- Disminución, en la medida de lo posible, de la variabilidad de la práctica clínica, al establecer indicaciones médicas o quirúrgicas en todo el proceso subsiguiente a través de vías clínicas.
- Incorporación de un sistema de información integrado que permita evaluar las intervenciones para la mejora continua.
- La gestión de procesos integrados, al abordar la organización sanitaria de manera horizontal, favorece la continuidad de la asistencia y la coordinación entre niveles asistenciales y departamentos.

Aun así, no se puede obviar que desde hace mucho tiempo la atención sanitaria ha desarrollado otras herramientas (protocolos, guías y vías de práctica clínica) como normas o reglas para las decisiones clínicas, desarrolladas sistemáticamente y fundamentadas en la mejor evidencia disponible en ese momento. Sin embargo, la Gestión por Procesos resulta ser un método más global, ambicioso y estructurado, mediante el cual la actividad se orienta al paciente y no tanto a su patología, aportando un valor añadido a la atención científico-técnica del colectivo sanitario.

Para favorecer la continuidad entre la Atención Primaria y la Especializada, de modo que el sistema funcione de manera única y coordinada, la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados (GPAI) es un elemento de enorme trascendencia. Las metas que la GPAI pretende alcanzar son²⁵:

- Concebir el proceso como instrumento de gestión de servicios que permite orientar la oferta en función de la demanda (qué oferta es la adecuada para un problema concreto).
- Definir la estructura básica de la GPAI para garantizar la incorporación y actualización de procesos de forma homogénea y ágil.

- Establecer el conjunto de servicios implicados en el desarrollo de cada proceso.
- Facilitar la continuidad asistencial con especial atención a las interfases entre niveles y servicios.

A modo de resumen, la Calidad Asistencial es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. Independientemente del modelo a elegir, la evaluación y la Gestión por Procesos resultan las herramientas más útiles para alcanzar esta meta establecida que responde a los conceptos de Excelencia vigentes en toda Europa.

Tabla 13. Aportaciones del diseño de procesos en las organizaciones sanitarias²³.

- Identificar a los destinatarios del proceso.
- Conocer sus expectativas.
- Definir el nivel de Calidad del servicio que se desea prestar.
- Coordinar las actividades de las diferentes unidades funcionales que intervienen en el proceso (servicios médicos, servicios de apoyo asistencial y no asistencial, etc.).
- Definir las actividades necesarias y las especificaciones de Calidad sobre la base de la evidencia científica disponible.
- Eliminar las actuaciones innecesarias o erróneas que no estén sustentadas sobre evidencias científicas o no aporten ningún valor añadido al servicio.
- Conocer el consumo de recursos (coste medio y marginal).
- Definir una estructura de indicadores que permita verificar la eficacia y la eficiencia conseguidas y detectar las oportunidades de mejora.

2.2. LA CALIDAD EN LA SANIDAD ESPAÑOLA

En la actualidad, el Sistema Nacional de Salud (SNS) español se caracteriza por su amplia descentralización, que culminó definitivamente en el año 2002, momento a partir del cual todas las Comunidades Autónomas dispusieron de las competencias sanitarias previstas en nuestro ordenamiento jurídico.

Este contexto fue posible gracias a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad²⁶, cuya naturaleza responde a la Constitución, por una parte, ante el reconocimiento en los Artículos 43 y 49 del derecho fundamental de todos los ciudadanos a la protección de la salud, y en segundo lugar, en el plano de lo organizativo, por la descentralización autonómica promulgada en el título VIII de la Constitución, donde se reconoce a las Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado amplias competencias en materia de Sanidad.

El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. El principio de integración para los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma inspira el Art. 50 de la Ley: «En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma»²⁶.

Aunque expresamente la política de Calidad Total no resulta un objetivo principal de esta Ley, en seis de sus artículos se advierte de su importancia, en cuanto al control y a la mejora, la inspección en esta materia y la evaluación como proceso continuado.

En la propia Ley se establece que el Sistema Nacional de Salud, cuya descentralización facilita una mejor adaptación a las necesidades de salud de los pacientes y usuarios, requiere también del desarrollo de

acciones de cohesión y coordinación que permitan asegurar una adecuada aplicación de estrategias y medidas comunes en el conjunto del territorio.

Con el objeto de establecer acciones como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, y garantizar la equidad, la Calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, 16 años después de la Ley General de Sanidad, se promulga la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud español²⁷.

Esta Ley contempla en su Capítulo VI el desarrollo de Planes de Calidad que den respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud, incrementando la cohesión del sistema; garantizando la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan; y asegurando que esta atención sea de la máxima calidad. Este se estructura en seis grandes áreas de actuación descritas en la Tabla 14.



Tabla 14. Áreas de actuación para el Sistema Nacional de Salud²⁸.

- Salud y prevención: proteger la salud. Salud y hábitos de vida.
- Equidad: políticas de salud. Salud y género.
- Recursos humanos: adecuar los recursos a las necesidades.
- Excelencia clínica: evaluar técnicas y procedimientos. Auditar centros y servicios. Mejorar la seguridad de los pacientes. Mejorar la atención de los pacientes. Mejorar la práctica clínica.
- Tecnologías de la Información: las Tecnologías de la Información y la Comunicación al servicio de los ciudadanos. Tarjeta sanitaria del SNS. Historia Clínica digital del SNS. Receta electrónica del SNS. Nodo de intercambio SNS.
- Transparencia: indicadores clave del SNS. Banco de datos del SNS. Estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo. Acceso, difusión y cesión de datos.

Cabe destacar en este ámbito la redacción y aprobación del Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21²⁹ que recoge 44 estrategias de mejora y las líneas de actuación de las mismas.

Asimismo y por su relación con este libro, resulta necesario subrayar la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud³⁰ aprobada por el Consejo Interterritorial el 11 de diciembre de 2006, basada en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS. El contenido de este texto constituye la principal referencia para las políticas en materia de salud mental de todas las Comunidades Autónomas, e igualmente centra sus objetivos y recomendaciones en la mejora continua de la atención psiquiátrica y de salud mental.

Al igual que las áreas de actuación para el Sistema Nacional de Salud, la Estrategia en Salud Mental se divide en otras seis líneas principales, enumeradas en la Tabla 15, que resultan actualmente la principal referencia para el desarrollo de los Planes de Salud Mental en todas las Comunidades Autónomas.

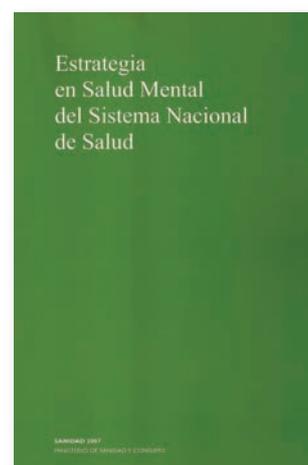


Tabla 15. Líneas principales en la Estrategia en Salud Mental del SNS³⁰.

- Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
- Atención a los trastornos mentales.
- Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
- Formación del personal sanitario.
- Investigación en salud mental.
- Sistemas de información y evaluación.

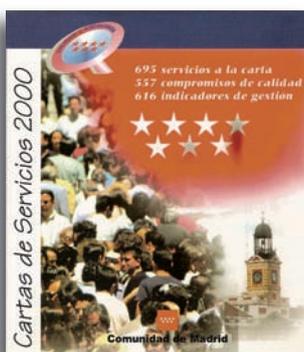
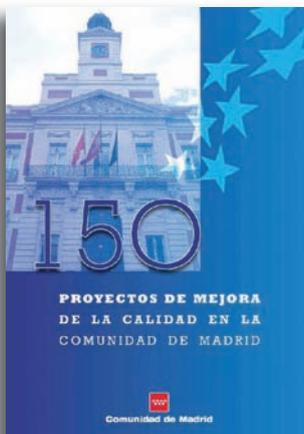
Por otra parte, al igual que otros organismos e instituciones, y con objeto de contribuir a la misión de velar por la Calidad de la atención sanitaria, el Ministerio de Sanidad y Política Social concede el Premio a la Calidad a las mejores prácticas a nivel nacional, con el fin de darles publicidad y facilitar su generalización, reforzando así la cohesión del Sistema Nacional de Salud.

2.3. LA CALIDAD EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

La Comunidad de Madrid, procurando ofrecer el mejor servicio público al ciudadano y habiendo comprobado el éxito de las políticas de Calidad en diferentes ámbitos europeos, adquiere en 1995 un compromiso con la Calidad Total, adoptando el Modelo Europeo de Excelencia como referencia en el proceso de mejora de la Calidad en todos sus servicios.

Con este objetivo, la Comunidad de Madrid inició un importante proceso de reforma de su Administración, con la puesta en marcha de numerosas iniciativas y proyectos, elaborando las primeras publicaciones en materia de Calidad, entre las que se encuentra el trabajo *Diez veces 10: Ejemplos de Prácticas de Calidad en la Comunidad de Madrid*¹⁸, editado en 1998, donde se recogen 100 ejemplos de prácticas de Calidad en la Comunidad de Madrid según los criterios establecidos por el Modelo EFQM. Con la intención de dar continuidad a este trabajo, se publica el libro *150 proyectos de mejora de la Calidad en la Comunidad de Madrid*. Con ello se pretende conseguir que los empleados públicos, como principales destinatarios de esta publicación, tengan conocimiento de las acciones de mejora que se han emprendido en muy diversas áreas de la Administración Regional y, al mismo tiempo, que se familiaricen tanto con la terminología como con el contenido del Modelo EFQM como herramienta de Autoevaluación.

Dada la importante apuesta de la Administración de la Comunidad de Madrid por la Calidad resultó preciso promover un sistema de evaluación, estableciendo directrices para la determinación de es-



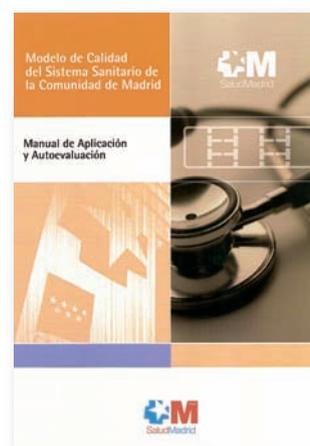
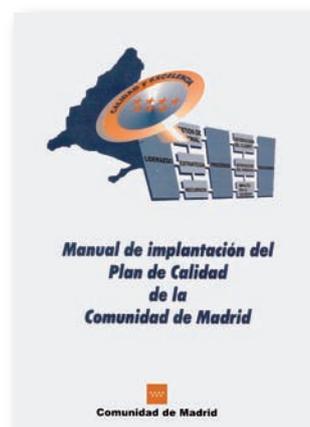
tándares, inicialmente en las Cartas de Servicios, a través del Decreto 27/1997, de 6 de marzo. En esta normativa³¹, queda recogido que la Autoevaluación resulta un medio imprescindible para mejorar la utilidad social de todos los órganos y entidades de la Administración Autonómica. Asimismo, en su Art. 8 se crea el Premio anual a la Excelencia y Calidad del Servicio Público en la Comunidad de Madrid, con el fin de premiar a los órganos y entidades dependientes de la Administración Autonómica, que se hayan distinguido en la realización de actividades de mejora en la Calidad del servicio ofrecido al ciudadano.

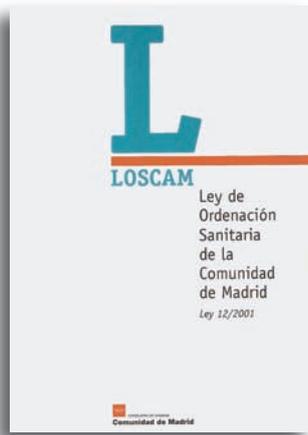
Tras unos años de desarrollo del Plan de Calidad de la Comunidad de Madrid, fue necesario introducir nuevos sistemas de evaluación y mejorar la regulación de los existentes. Esta situación motivó el Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de la Calidad de los servicios públicos, estableciendo los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa en la Comunidad de Madrid³¹. Como aspectos más notables, destaca su Art. 6, donde se establece la selección de indicadores de calidad coherentes, relevantes y factibles, de gestión, de demanda y de empleados, clientes y entorno social, además de la fijación de estándares que sirvan como patrones de referencia objetivos, y su Art. 7, donde se establece nuevamente la necesidad, para todos los organismos implicados, de la Autoevaluación de la organización, teniendo como referencia el Modelo de la EFQM, y a la vista de los resultados, la elaboración de un Plan de Actuaciones de Mejora de cada uno de los servicios de la Comunidad de Madrid.

Además del Premio anual a la Excelencia y Calidad del Servicio Público en la Comunidad de Madrid, a lo largo de estos años se han creado otros premios relacionados directamente, como son los Premios a la Calidad e Innovación en la Gestión Pública, el Premio a la Mejora de la Calidad y la Innovación en Servicios Sociales, o los Premios Calidad, Arquitectura y Vivienda.

En el ámbito de la Sanidad, el esfuerzo ha sido aún mayor por la gran relevancia que posee, siendo su especial complejidad el mayor obstáculo, demorándose sensiblemente durante algunos años la puesta en marcha de estas políticas de Calidad.

En este sentido, cabe recordar que desde el 1 de enero de 2002 se inició una nueva etapa en la que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se enfrentaba a dos retos muy importantes: el asumir las plenas competencias y desarrollar un nuevo modelo de gestión. Con las transferencias, la Comunidad de Madrid experimenta un cambio cualitativo y cuantitativo de enormes proporciones que obliga a la aprobación de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)³², donde se establece la creación y organización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, bajo los principios de equidad e igualdad efectiva en el acceso, desde una concepción integral del sistema que contempla la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria.





En definitiva, la LOSCAM configura un nuevo modelo organizativo en el que el ciudadano se sitúa como centro del sistema sanitario regional, que debe orientar sus actuaciones a fin de dar una respuesta eficaz y de la mayor Calidad posible a sus necesidades y demandas.

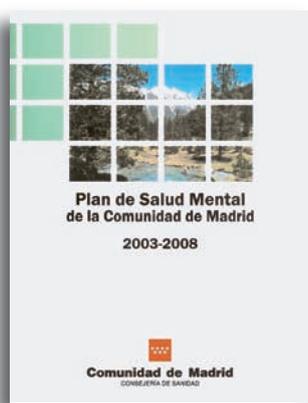
Para lograr los objetivos de la LOSCAM se establece el Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid 2002-2007. Este plan, que se articula dentro del Modelo de Excelencia, adoptado por la región madrileña, parte de una serie de principios generales, recogidos en la Tabla 16, con un claro propósito de implantar una política de Calidad que, desde una perspectiva integral, posibilite la mejora continua de la atención sanitaria ofertada y percibida por los ciudadanos, así como la satisfacción de todos los agentes en sus relaciones con el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Tabla 16. Principios del Plan de Calidad Integral de la Sanidad en la Comunidad de Madrid.

- La orientación del sistema a los ciudadanos, teniendo en cuenta sus opiniones, promoviendo su participación y estableciendo los instrumentos necesarios para el ejercicio de sus derechos.
- La participación de la sociedad civil en la definición y evaluación de la política sanitaria.
- La mejora de las prestaciones sanitarias públicas tanto en sus aspectos de gestión como en las condiciones de acceso.
- La racionalización, eficacia, eficiencia y humanización de los servicios sanitarios públicos y privados, basadas en una gestión más autónoma y responsable.
- La adecuación de los sistemas retributivos, de formación y de participación de los profesionales en las decisiones de la organización sanitaria.

Con el mismo propósito que el Sistema Nacional de Salud, la Consejería de Sanidad ha elaborado a lo largo de estos años numerosas estrategias y planes de actuación, entre los que destaca el Plan de Riesgos Sanitarios, el Plan Integral de Inspección, el Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009 y el Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008, y el nuevo Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014.

Todos estos planes, junto a muchos otros programas, constituyen un modelo sistemático que detalla qué tareas se deben llevar a cabo para alcanzar los objetivos previstos por la Comunidad de Madrid, para lo cual se establecen metas y tiempo de ejecución. Además de los propósitos organizativos y reguladores, la Calidad constituye la mayor razón de ser de la actual política de la Consejería de Sanidad, obediendo a todas las normas referidas, a la ética de los profesionales sanitarios y al especial compromiso adquirido con el ciudadano.



2.4. LA CALIDAD EN LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La asistencia psiquiátrica siempre ha requerido un apartado específico en cada uno de los aspectos que globalmente afectan a la Sanidad por las peculiaridades de este tipo de Atención Especializada. Por este motivo, y en el ámbito de su organización, resultó esencial la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud al completar lo establecido en la Ley General de Sanidad en materia de salud mental, según se recoge en la Tabla 17, guiando sobre algunos aspectos cambiantes o de difícil consecución.

Tabla 17. La Salud Mental en la Ley General de Sanidad.

- **Art. 18.8.** Las Administraciones Públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán la promoción y mejora de la salud mental.
- **Art. 20.** Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas.
- **Art. 20.1.** La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y a la psicogeriatría.
- **Art. 20.2.** La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- **Art. 20.3.** Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los Servicios Sociales.
- **Art. 20.4.** Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los Servicios Sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

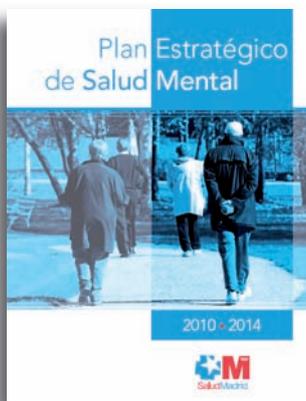
En este sentido, la mayoría de Comunidades Autónomas continúan potenciando la creación de más recursos pero las dificultades que conlleva el actual marco comunitario de asistencia psiquiátrica y su alto coste están ralentizando su propio desarrollo, todo ello unido a nuevas situaciones enmarcadas en el actual panorama social que complica aún más la plena integración y equiparación del enfermo mental.

A nivel de la Comunidad de Madrid, en el Capítulo II de la LOSCAM se hace una mención expresa a la salud mental, en relación al tratamiento integral en todas las actividades asistenciales, en sus niveles de Atención Primaria y Especializada, aplicando claramente el principio de integración, dentro de la Atención Especializada, como una especialidad más, con el objeto de evitar toda estigmatización y discriminación que, por su condición de enfermos mentales, estos pacientes pudieran sufrir en su atención sanitaria. Asimismo, en el Art. 16, se expresa la atención integrada de salud mental, potenciando los recursos asistenciales en el ámbito del ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial, la atención domiciliaria, la rehabilitación psicosocial en coordinación con los Servicios Sociales, y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

Como se ha mencionado anteriormente, el Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008³³ vuelve a reiterar algunos aspectos de suma importancia con el objeto de servir de base conceptual para el desarrollo de políticas que faciliten lo establecido en las disposiciones vigentes.

Tabla 18. Principios básicos aplicables a la atención psiquiátrica en la LOSCAM.

- El ciudadano como centro del sistema sanitario.
- La separación de funciones: aseguramiento, compra y provisión (determinará la transformación del Departamento de Salud Mental en la Oficina Regional para la Coordinación de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental).
- La integración de la Salud Mental en Atención Especializada.
- La gestión según los principios de evaluación continua y mejora de la Calidad.
- El fomento de los recursos ambulatorios, la hospitalización parcial y la rehabilitación psicosocial en coordinación con los Servicios Sociales.
- La integración de los recursos proveedores del extinto SRS y del extinto INSALUD en la Red Única de Utilización Pública, convierte la antaño denominada Red Integrada de Salud Mental en una Red Única de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.



El nuevo Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014³⁷ resulta una nueva referencia para la organización de la atención psiquiátrica de la Comunidad de Madrid. En este documento, participativo y consensuado, además de apreciarse el incremento de recursos durante estos últimos años, también se observa cómo la calidad adquiere una mayor relevancia, siendo la Gestión por Procesos un método sugerido para todos los dispositivos y para aquellas relaciones con Atención Primaria y con los Servicios Sociales.

Tabla 19. Algunos objetivos del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014³⁷.

- Integración de los recursos ambulatorios de atención a la salud mental en el conjunto de prestaciones de Atención Especializada del Servicio Madrileño de Salud.
- Estudio de las necesidades de recursos humanos.
- Estudio del fomento de plazas del Hospital de Día.
- Mejora de los procedimientos organizativos y de gestión.
- Implantación de un modelo de coordinación entre Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental en la Comunidad de Madrid.
- Desarrollo del Programa de Continuidad de Cuidados.
- Fomento de programas de rehabilitación neuropsicológica del trastorno mental grave y persistente.
- Adecuación de la oferta de camas de media y larga estancia.
- Desarrollo de protocolos y guías para pacientes con necesidades complejas.
- Estudio de necesidades de recursos de rehabilitación y residencia en coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.
- Adopción de un modelo integral de tratamiento para personas con trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica.
- Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio.
- Diseño, desarrollo y evaluación de un plan contra el estigma asociado al trastorno mental.
- Desarrollo e implantación de un Protocolo-Marco de Actuación de Salud Mental ante situaciones de emergencia masiva y catástrofes.
- Mejora de la atención a la salud mental de la población inmigrante.
- Desarrollo de estrategias para aumentar la calidad, efectividad y seguridad de los tratamientos psicofarmacológicos.



EL AYER Y EL HOY DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN

Un Camino de Más
de 150 Años
(1851-2010)

El Instituto Hoy:
Nuestras Cifras



Figura 9. Placa de inauguración (1851) y logotipo conmemorativo (1851-2011).

3.1. UN CAMINO DE MÁS DE 150 AÑOS (1851-2010)

La historia del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de Leganés, actual Instituto Psiquiátrico José Germain, está ligada directamente con la historia de la psiquiatría moderna, cuyas etapas descritas por Laín Entralgo son las llamadas Romanticismo (1800-1848), Positivismo Naturalista (1814-1914) y Psiquiatría Científica Actual (1914-). Durante estos periodos, el desarrollo de esta disciplina médica vino de la mano de distintos autores que plasmaron en sus obras los primeros hallazgos científicos sobre la etiología de las enfermedades mentales, acuñando la mayoría de los actuales términos, y las primeras referencias terapéuticas, incluido el internamiento. En este sentido, Esquirol (1782-1840), discípulo de Pinel, consideró el asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental, siendo autor de una Ley que obligaba la construcción de un asilo en cada región de Francia.

Durante los dos últimos siglos, el desarrollo científico relacionado con la psiquiatría iba acompañado de disposiciones normativas destinadas a promover el respeto, cuidado y tratamiento de los enfermos mentales, cuya atención recayó en la Beneficencia durante la Edad Media, en cuyos pequeños asilos religiosos se ofrecían cuidados materiales y asistencia espiritual.

En España, de manera progresiva se fue reduciendo la protección feudal y eclesiástica, comenzando a tomar cuerpo la Beneficencia pública que, a diferencia de la caridad, no estaba determinada por la Iglesia o por ciudadanos con medios económicos, pasando a depender directamente de los ayuntamientos.

Aunque a finales del siglo XVIII se establecieron diversas normativas respecto a la asistencia al necesitado por parte de las llamadas Juntas de Caridad, no fue hasta la Constitución de 1813 cuando realmente se produjo el primer mandato imperativo que dio lugar

En España se redujo progresivamente la protección feudal y eclesiástica, dando paso a la Beneficencia pública, dependiendo directamente de los ayuntamientos ■

a distintas leyes promulgadas años después para regular las Juntas Municipales de Beneficencia. En su Art. 40, Título III, se realiza una clasificación de edificios en maternidad, socorro, hospitalidad de enfermos y convalecientes, socorros domiciliarios y casas de locos. Esta Ley sólo proponía que hubiese casas públicas destinadas a recoger y curar los locos de toda especie, las cuales podrían ser comunes a dos o más provincias, estando fuera de las capitales, estando separados los hombres y la mujeres, y según el carácter y periodo de la enfermedad. Se prohibía el uso de los grillos y cadenas, los castigos corporales, los golpes y toda violencia.

Los hospitales de dementes, así como todo el plan reformador sobre la Beneficencia recogido en la Ley de 1822, se debían construir en toda la monarquía. En 1823 hubo determinados cambios políticos que anularon la eficacia de dicha Ley, aunque nunca quedó olvidada. Tras la muerte de Fernando VII, el Real Decreto de 8 de septiembre de 1836, suscrito por la Reina Gobernadora doña María Cristina de Borbón, madre y tutora de doña Isabel II, restableció la Beneficencia con algunos cambios sustanciales mediante numerosas disposiciones que fueron los preliminares de la Ley de 20 de junio de 1849. A través de estas leyes se organizó nuevamente la Beneficencia y se creó la Junta General del Reino, volviendo a clasificar los establecimientos destinados a satisfacer necesidades permanentes que reclamaban una atención especial, las casas de locos, las de sordo-mudos, ciegos, impedidos y decrépitos, fijando en seis el número de hospitales de dementes que se habían de crear en todo el reino.

Creada la Junta General de Beneficencia y presidida por primera vez por el duque de Riansares, esposo de la Reina Madre, se hizo cargo del Hospital General de Madrid, y pronto se averiguó que el departamento para enfermedades nerviosas se encontraba en condiciones muy desfavorables, dando la instrucción de no arreglar ni ampliar, sino que el Hospital de Dementes debía estar separado de cualquier establecimiento sanitario. A la vez, se constituyó la Junta Provincial de Beneficencia en Madrid, que encargó a un célebre médico la búsqueda de edificios o terrenos para fundar un pequeño manicomio para medio centenar de dementes albergados en el Hospital General.

En 1849, la Junta General del Reino fijó en seis el número de hospitales de dementes que se habían de crear repartidos por todo el territorio ■

En 1849, la Junta Provincial de Beneficencia encargó a un célebre médico la búsqueda de un espacio para fundar un pequeño manicomio fuera de Madrid ■



Figura 10. Ilustración antigua de la Casa de Santa Isabel y foto actual de la entrada.

En 1850, se elige un edificio señorial en las afueras de Madrid para albergar a medio centenar de dementes del Hospital General (Hospital Gregorio Marañón) ■

En diciembre de 1851 se funda la Casa de Dementes Santa Isabel, hoy Instituto Psiquiátrico José Germain ■

El doctor Rodríguez Villargoitia encontró a 12 kilómetros de Madrid numerosos edificios señoriales pertenecientes a casas de grandes y títulos de Castilla. Entre los edificios suntuosos pertenecientes a las casas ducales de Medinaceli y de Tamames, resultó el más adecuado el primero, formado por dos casas separadas por la calle Velasco, con galerías, vestíbulos, patios, jardín y huerta propia. Según el documento *Memoria Histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés*³⁴, elaborado por Viota y Soliva en 1896, este edificio se reedificó sobre el que en el siglo XVII debió poseer el marqués de Leganés. Según consta en esta memoria, dicho edificio fue adquirido por la Junta Provincial el 12 de noviembre de 1850 por la cantidad de 340000 reales (512 euros).

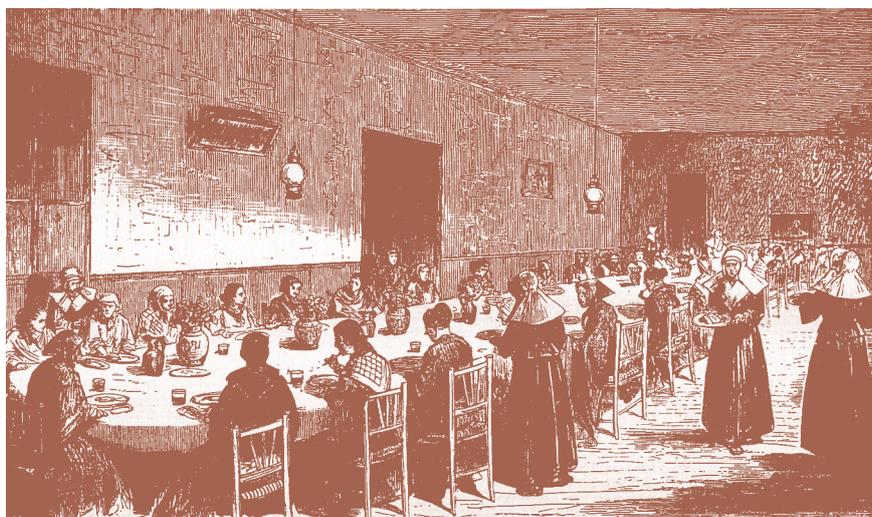


Figura 11. Ilustración del comedor de mujeres del Hospital de Dementes de Santa Isabel.

A lo largo de este año hasta 1852 se realizaron numerosas obras de acondicionamiento, siendo inaugurada la nueva Casa de Dementes a finales de diciembre de 1851 con el nombre de Santa Isabel en honor a la reina Isabel II, aunque hasta el 24 de abril de 1852 no se trasladaron los 44 enfermos del Hospital General.

Sus tres primeros responsables no se llamaron directores, sino rectores, y estuvieron retribuidos con 8000 reales (12 euros) al año. Su primer rector fue presbítero y se llamó don José María Canosa quien tomó posesión el mismo día de su nombramiento, el 13 de diciembre de 1851, autorizando las fiestas inaugurales y llevando el régimen interior y la gobernación de la Casa.

Para atender a la organización del Hospital de Dementes de Santa Isabel se estableció, en mayo de 1852, un reglamento interno con distintas disposiciones: *Sólo podrán salir los enfermos al jardín; No se permitirá a los enfermos salir a la calle bajo pretexto alguno; Nadie podrá entrar a ver el establecimiento sin que presente una orden firmada por el rector; Los parientes de los enfermos pueden visitarlos el jueves de cada semana; La ración que se fija a cada demente será igual a la que se da*



Figura 12. Entrada a la Casa de Dementes de Santa Isabel (1851).

en los demás hospitales; Ningún empleado podrá salir sin el permiso del director o de la superiora; El director y los empleados necesitarán licencia de la Junta para ausentarse del pueblo.

En 1862 se otorgó y encargó a la Superiora de las Hijas de la Caridad toda la administración y todo el gobierno económico interior de la Casa, consiguiendo con los años una mayor armonía con la parte científica y facultativa, formada inicialmente por dos médicos a cargo de enfermos y criados, que en 1855 establecieron las Reglas Higiénicas para el Cuidado y Asistencia de los Enfermos del Hospital de Dementes de Santa Isabel, siendo las primeras normas, en este sentido, elaboradas en todo el reino. Actualmente, podemos considerar estas reglas las primeras acciones de mejora destinadas a ofrecer un servicio de Calidad (a las cinco y media de la mañana hasta fin de agosto y a las seis desde primero de septiembre, se levantarán todos los enfermos, si no hay prescripción facultativa que lo impida; se ha de vigilar y atender a todos los enfermos con objeto de que conserven en buen orden el vestido y el calzado, que no se arrastren y tiren por el suelo, ni permanezcan mucho tiempo en los excusados; el afeitado se hará dos o tres veces en semana, cuidando que todos tengan bien cortado y cuidado el pelo; las carnes y demás comestibles serán inspeccionados diariamente; el pan, la carne y todos los demás artículos de consumo han de ser de primera calidad).

Durante todo un siglo y tras numerosos avatares económicos y organizativos, el hospital sufrió varias ampliaciones para acoger a más enfermos de todo el país, a la vez que la psiquiatría avanzaba en sus conocimientos, y las nuevas leyes continuaban regulando la asistencia a los enfermos mentales. En este sentido, la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 y la Ley de Régimen Local de 1955, mantuvieron la obligación de las Diputaciones Provinciales de hacerse cargo del internamiento psiquiátrico. En este mismo periodo, se crean los primeros equipos de Salud Mental en los centros municipales, surgiendo iniciativas destinadas a intervenir fuera de los manicomios.

A mediados del siglo XX, se alcanzaron los niveles máximos de institucionalización psiquiátrica en España y en la mayoría de los países occidentales, siendo la psiquiatría la última en incorporarse a la transformación de la asistencia médica, caracterizada por la consolidación de los hospitales generales multidisciplinarios y por los diferentes modelos de medicina comunitaria. De hecho, hasta la década de los 80, los hospitales psiquiátricos, incluido el de Santa Isabel, seguían anclados en el viejo modelo asilar de finales del siglo XIX. La segregación, exclusión, falta de medios, masificación, escaso personal, pocas actividades terapéuticas, serían las características definitorias de las instituciones psiquiátricas en un contexto de desarrollo de la asistencia sanitaria muy alejado de la cronificación institucional y marginación existente en los hospitales psiquiátricos.

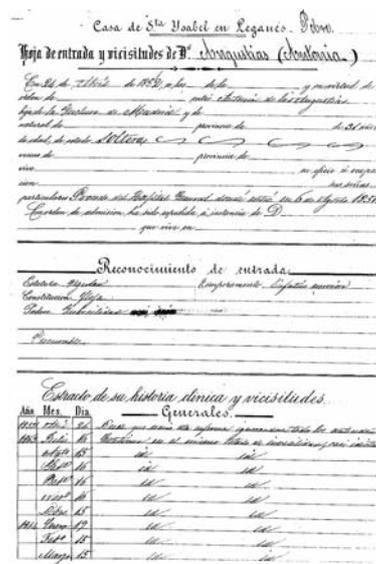


Figura 13. Historia Clínica de la Casa de Santa Isabel, de 21 de abril de 1852.

En 1855, se establecen en Leganés las primeras normas del reino para el cuidado y la asistencia de los enfermos mentales



Figura 14. Historia Clínica del Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Teresa, de 21 de diciembre de 1967.

A su vez, durante esta época, la psiquiatría sufre una profunda crisis con una ausencia de tratamientos estandarizados y una falta de consenso en los diagnósticos, además de un importante descrédito que afectó gravemente a la imagen de los manicomios, surgiendo movimientos de antipsiquiatría que, unidos al origen de la psiquiatría social en Estados Unidos, dieron lugar a una transformación radical en los tratamientos psiquiátricos. Esta situación provocó que en todo occidente se iniciase la llamada Reforma Psiquiátrica, con el cierre o transformación de los hospitales psiquiátricos y su sustitución gradual por servicios de orientación comunitaria, con el desarrollo de intervenciones psicosociales añadidas a las farmacológicas.

Este proceso fue posible gracias a la introducción de la medicación neuroléptica o antipsicótica a partir de los años 50, que supuso un gran avance médico en el tratamiento de los enfermos mentales crónicos, paliando los síntomas positivos tales como las alucinaciones o los delirios. Estos nuevos fármacos y el auge de la psicología, como ciencia teórico-empírica, permiten crear los primeros centros de atención ambulatoria.



Figura 15. Antiguo Hospital de Santa Teresa, actualmente Unidad de Rehabilitación.

Esta Reforma Psiquiátrica supuso pasar de un modelo institucional-manicomial a un modelo de atención comunitaria que incluye la posibilidad de rehabilitación y el respeto a los derechos de los pacientes. Este marco teórico conlleva la idea de que la mayoría de personas con una enfermedad mental grave y de larga duración (con esquizofrenia o psicosis) pueden disfrutar de una calidad de vida aceptable en un medio social normalizado.

Previo a este periodo, en la década de los 70, el Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel carecía de cobertura poblacional definida, sirviendo para todo el territorio nacional, mientras que la responsabilidad de la hospitalización de la provincia de Madrid era competencia de la Diputación, a través del Hospital Alonso Vega, creado en 1969, que recibe actualmente el nombre de Doctor Rodríguez Lafora, y las clínicas psiquiátricas del Hospital Provincial, hoy H. G. U. Gregorio Marañón.



Figura 16. Nueva Administración y Hospital de Día del Instituto Psiquiátrico en la antigua Casa de Santa Isabel, inaugurado en junio de 2006.

A principios de la década de los 80, el Hospital de Santa Isabel se une al Hospital Psiquiátrico de Santa Teresa en Leganés, y la unión de ambos recibe el nombre de Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés.

A principios de la década de los 80, el Hospital de Santa Isabel se une al Hospital Psiquiátrico de Santa Teresa en Leganés, y la unión de ambos recibe el nombre de Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés.

El año 1986, coincidiendo con la Ley General de Sanidad, el Hospital Psiquiátrico de Leganés es transferido a la Comuni-

dad de Madrid, acotándose el territorio de referencia al Sur de Madrid, iniciándose el proceso de transformación y reconversión que perdura en la actualidad. Posteriormente y tras crearse distintos servicios ambulatorios y hospitalarios en el marco de la psiquiatría comunitaria, en 1991 desaparece formalmente el manicomio y se constituye la actual red de servicios ambulatorios, hospitalarios y de rehabilitación, con un cambio en su denominación, llamándose desde entonces Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, según Acuerdo de 17 de mayo del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid ³⁶.



Figura 17. Complejo Santa Isabel. Al fondo, el nuevo Centro de Salud Santa Isabel de Atención Primaria.

En la actualidad, el Instituto Psiquiátrico José Germain, más que un hospital, es una red de servicios hospitalarios, ambulatorios y de rehabilitación que ha prestado todos los servicios de salud mental en el Área 9 de la Comunidad de Madrid, y que además ha dado cobertura a las Áreas 8 y 10 para algunas prestaciones específicas. El conjunto de las tres áreas suma un total de población de 1300000 habitantes.

Con la entrada en vigor del Decreto de Libre Elección, el Instituto amplía su cobertura, siendo un hospital de soporte para toda la Comunidad de Madrid, lo que resulta un reto que ofrecerá grandes oportunidades a este Centro.

Para la adecuada atención a la demanda de los usuarios, el Instituto cuenta con un conjunto de unidades hospitalarias y ambulatorias, y de distintos dispositivos de soporte (lavandería, cocina, farmacia, almacén, biblioteca y administración).

La atención ambulatoria se lleva a cabo durante más de 20 años en dos Centros de Salud Mental, Leganés y Fuenlabrada, que realizan anualmente unas 6000 consultas nuevas y más de 50000 revisiones. Asimismo, también a nivel ambulatorio destaca el Hospital de Día con 30 plazas, y un Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación (antiguo Centro de Día) de 150 plazas, trasladado en 2009 a dos nuevos edificios ubicados en el antiguo terreno de una de las galerías del Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel, convirtiéndose en el centro de rehabilitación de enfermos mentales más grande de nuestro país, que incluye una Unidad de Neuropsicología con 15 plazas.

La actual construcción de estos nuevos edificios fue posible gracias a que en 1982 se desalojó el pabellón de mujeres del hospital al aparecer unas grietas, quedando abandonadas las instalaciones. En

En 2010, con la entrada en vigor del Decreto de Libre Elección, el Instituto amplía su cobertura, siendo un hospital de soporte para toda la Comunidad de Madrid ■

Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación



Artes Gráficas.



Carpintería.



Forja.



Informática
(Unidad de Neuropsicología).

este mismo lugar, se ha destinado un gran espacio a un Centro de Salud de Atención Primaria que recibe el nombre de Santa Isabel, constituyendo un Complejo Sanitario con la misma denominación, como homenaje a la historia de la que ha resultado ser la mayor y más conocida empresa de Leganés, que tanta riqueza y trabajo ha dado a esta localidad cercana a la ciudad de Madrid.



Figura 18. Inauguración del Centro de Salud Santa Isabel.

Desde el punto de vista hospitalario, el Instituto cuenta con dos unidades de rehabilitación de 79 camas (en los pabellones de los antiguos Hospitales de Santa Isabel y Santa Teresa), siete pisos con 21 plazas y una Unidad Residencial de 96 camas, inaugurada en febrero de 1992, en los terrenos del antiguo Hospital de Santa Teresa. Tras la ampliación de 16 camas y la apertura de un nuevo piso en el 2010, el Instituto Psiquiátrico cuenta con casi 200 camas y con una amplia cobertura ambulatoria para el sur de la región.



Figura 19. Unidad Residencial del Instituto Psiquiátrico (1992).

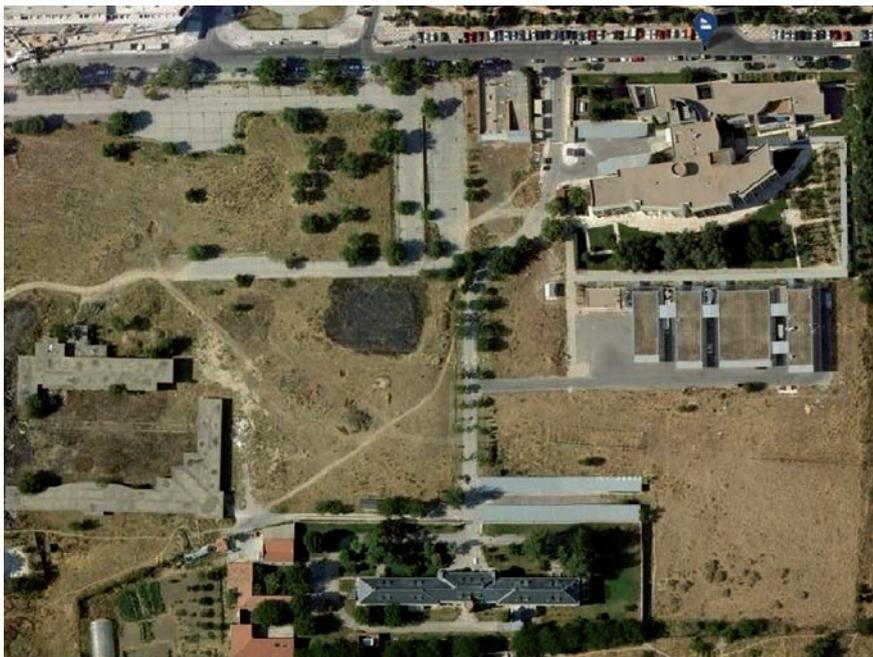


Figura 20. Complejo Santa Teresa en Leganés (Unidad Residencial, Unidad de Rehabilitación II, Centro Agrícola y Edificio Multiusos).

Como actividades propias de la misión del Centro, también cabe destacar la docencia al ser un hospital acreditado que cuenta con 29 residentes de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería; y la investigación, un campo fundamental y muy prometedor gracias a los nuevos convenios con distintas universidades. Asimismo, y ubicado en la biblioteca, se conserva un importante fondo documental de historias clínicas, que son revisadas periódicamente por los investigadores que continúan describiendo las prácticas médicas de hace más de un siglo.

En la actualidad, todos estos dispositivos del Instituto Psiquiátrico se distribuyen en dos grandes fincas ubicadas en Leganés, Santa Isabel de 35000 m² y Santa Teresa con más de 110000 m². En esta segunda finca se encuentran la Unidad Residencial, la Unidad de Rehabilitación II, el taller de jardinería (del Centro de Rehabilitación), la farmacia, los almacenes, la lavandería, la cocina y las instalaciones de mantenimiento y conservación.

Como se ha referido con anterioridad, en el Complejo Santa Isabel, además de un Centro de Salud de Atención Primaria, se encuentra el Centro de Salud Mental de Leganés, la Unidad de Rehabilitación I, el Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación, la Unidad de Neuropsicología, el Hospital de Día, la Administración, la Unidad de Docencia y la Biblioteca.

En la historia de los hospitales de la Comunidad de Madrid, además del Gregorio Marañón, que nació de la unión de hospitales de la Villa y Corte, solicitada por las Cortes de Castilla y tramitada por Felipe II ante el papa Pío V, quién la autorizó en bula de 27 de abril de 1567, el Instituto Psiquiátrico es el más antiguo junto al Hospital de La Princesa, inaugurado el mismo año y cuyo nombre se debe a la hija de Isabel II, la princesa María Isabel Francisca de Asís, Princesa de Asturias.

Tras el Hospital Gregorio Marañón, el Instituto Psiquiátrico es el más antiguo junto al Hospital de La Princesa, inaugurados el mismo año ■

Tabla 20. Evolución histórica del hospital (1851-2010).

1851	Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés (Casa de Dementes).
1981	Se une al Hospital de Santa Teresa de Leganés y recibe el nombre de Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés.
1986	Se transfiere a la Comunidad de Madrid. Hospital Psiquiátrico de Leganés.
1991	Recibe el nombre de Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain.
2009	Se inaugura el Centro de Salud Santa Isabel, se remodela todo el entorno, constituyendo un Complejo que recibe el mismo nombre donde se ubica el mayor Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación de España.
2010	A propuesta de la Comisión Central de Calidad Hospitalaria y la Junta Técnico Asistencial, el Consejo de Dirección acuerda solicitar la inclusión de Leganés en el nombre del Centro.

Tras más de siglo y medio, se mantiene la misma razón de ser, que en la actualidad se rige bajo estrictos criterios de calidad y modernos modelos de gestión ■

Tras 155 años de historia, el Instituto Psiquiátrico conserva gran parte de su edificación original, totalmente rehabilitada y acondicionada a las necesidades asistenciales y organizativas.

En la actualidad, el Instituto Psiquiátrico se encuentra en el mayor proceso de transformación desde la Reforma Psiquiátrica, por las fuertes inversiones y por las numerosas y novedosas políticas de calidad que pretenden orientar la organización al usuario, situándolo en el centro de su actividad. Esta transformación tiene como principal objetivo que los pacientes reciban una prestación sanitaria de calidad, atendiendo a la expectativa que, ellos mismos y sus familiares, depositan en nosotros cuando nos confían el cuidado de su salud. De esta manera se mantiene, tras más de siglo y medio, la misma razón de ser, que en la actualidad se rige bajo estrictos criterios de calidad y modernos modelos de gestión.

La deseada integración de la Salud Mental a las Gerencias de Atención Especializada se inicia en enero de 2010 al dictarse la Orden del Consejero de Sanidad por la que se reordenan los centros y dispositivos de Salud Mental dependientes de la Consejería de Sanidad. A raíz de la Orden, se produce la Resolución de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria por la que se adscribe la gestión del Capítulo II y del Capítulo VI, de los centros y dispositivos de Salud Mental dependientes de la Consejería de Sanidad a las Gerencias de Atención Especializada. Esta reordenación supone la adscripción del Centro de Salud Mental de Fuenlabrada a su hospital de referencia, y la adscripción de todos los pisos asistidos del SERMAS al Instituto Psiquiátrico José Germain.

3.2. EL INSTITUTO HOY: NUESTRAS CIFRAS

El Instituto Psiquiátrico José Germain está formado por un amplio conjunto de dispositivos que, funcionando en red, engloban todas las prestaciones necesarias para ofrecer atención sanitaria especializada de Calidad para los problemas de salud mental de la población madrileña.

159 años de historia asistencial, desde su inauguración en 1851 durante el reinado de Isabel II, según figura en la placa conmemorativa que aún se conserva. Desde su origen como «manicomio modelo» ha sido un referente nacional para la asistencia psiquiátrica. A lo largo de estas décadas el Centro ha sufrido diferentes transformaciones, acordes con cada uno de los momentos históricos y científicos, mejorando de modo continuo, hasta convertirse en el centro sanitario actual.



1 200 000 personas de la zona sur de la Comunidad de Madrid son la población de referencia geográfica para los recursos hospitalarios del Instituto, excepto la hospitalización de agudos, que se presta en los hospitales generales de Parla, Getafe, Fuenlabrada, Alcorcón, Móstoles y Leganés. La posibilidad de libre elección de especialista le convierte en un centro de cobertura para los más de 6 000 000 de habitantes de la región, a los que ofrece todas sus prestaciones.



1 45 300 m² repartidos en dos Complejos en el municipio de Leganés, que permiten disponer de un espacio amplio para las unidades y servicios actuales, facilitando un futuro crecimiento con aquellos nuevos recursos que resulten útiles para atender a las necesidades de la población.

196 camas en tres unidades hospitalarias y siete pisos supervisados, que han sido resultado de la evolución producida en los últimos 20 años en la orientación terapéutica prestada en los dispositivos hospitalarios, para ofrecer el mejor tratamiento disponible sin desarraigar al paciente de su entorno comunitario. De este modo se ha pasado de ofrecer una atención asilar al actual abanico de unidades de tamaño medio, adaptadas en sus objetivos terapéuticos a los distintos grupos de pacientes.



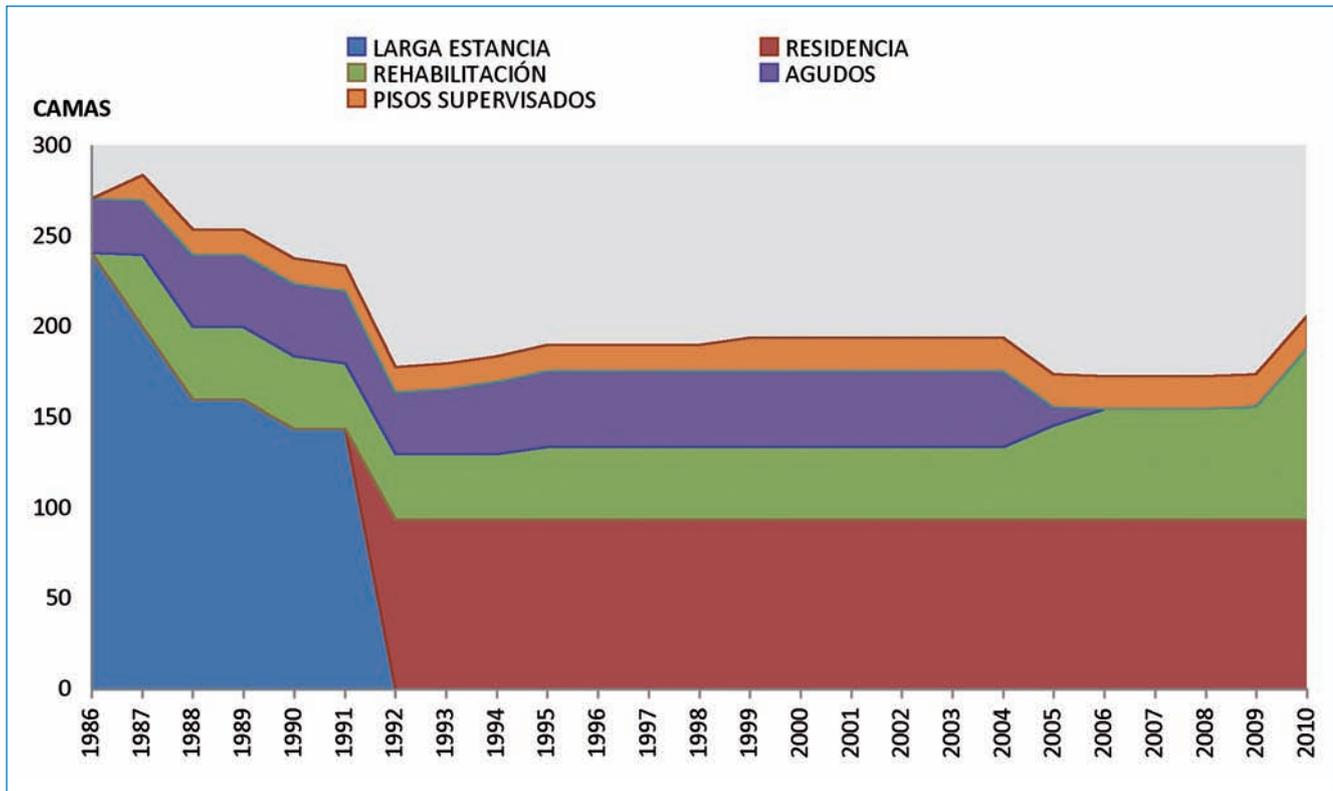


Figura 21. Evolución de la orientación terapéutica prestada en los dispositivos hospitalarios.

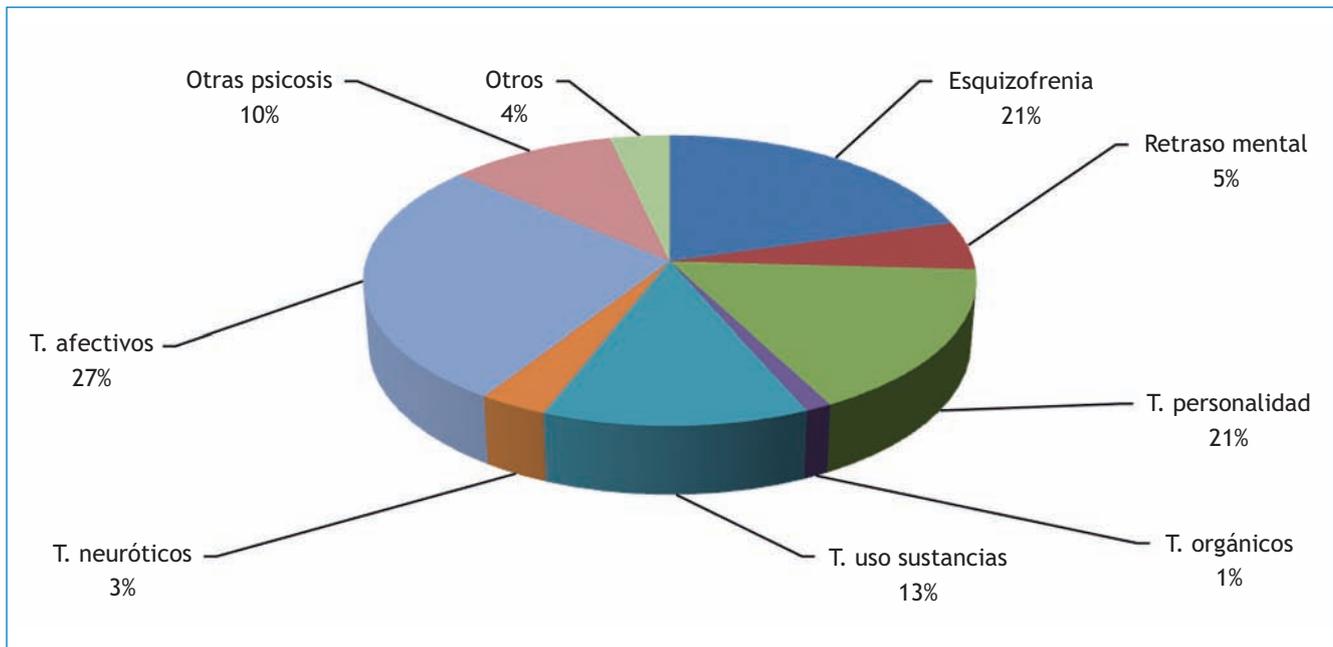


Figura 22. Diagnóstico de los pacientes ingresados.



6500 consultas nuevas al año para las localidades de Leganés, Fuenlabrada, Humanes de Madrid y Moraleja de Enmedio (más de 400 000 habitantes) dan cuenta del énfasis prestado a la atención a todas las demandas canalizadas desde la Atención Primaria, con especial cuidado a los grupos de riesgo. La atención ambulatoria no es monocorde, sino que se ofrece a cada paciente la modalidad de intervención más adecuada a sus necesidades, y en la intensidad que su patología requiere.

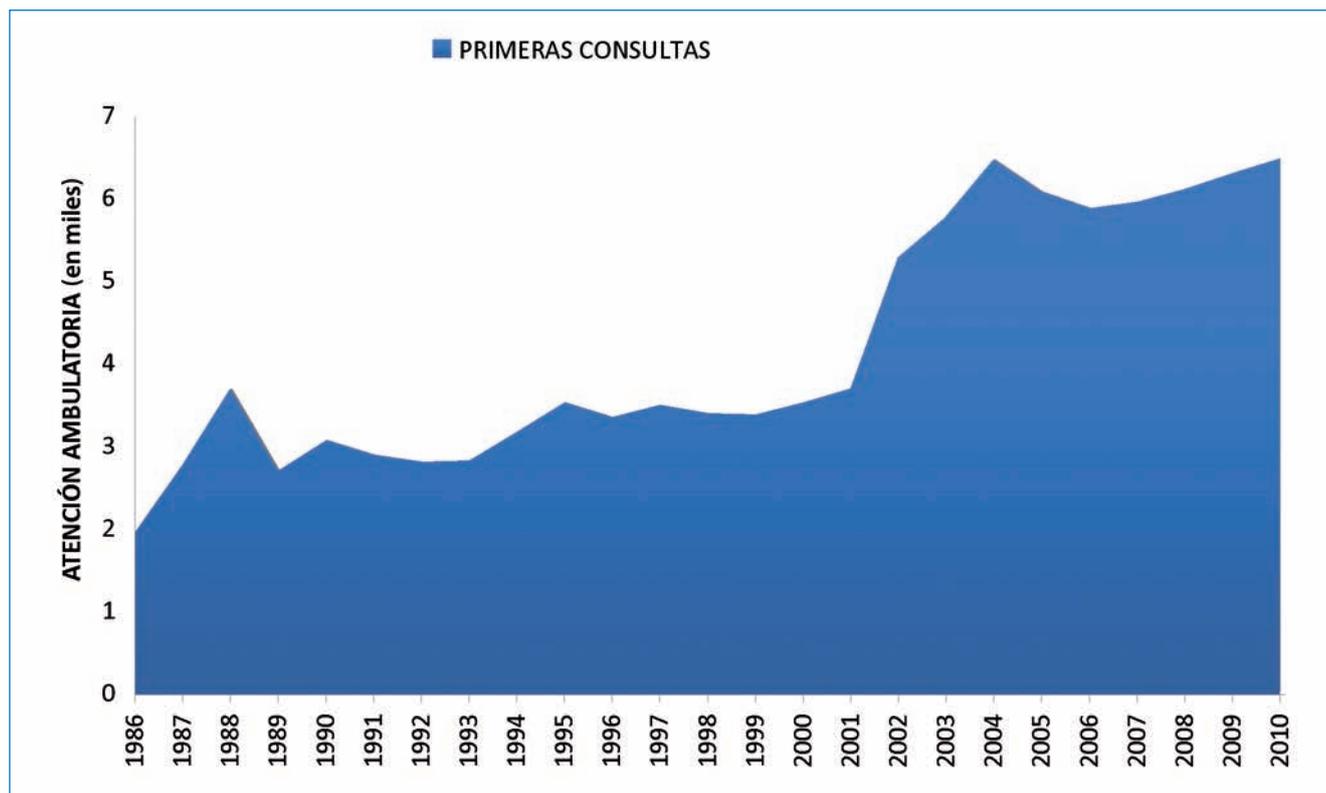


Figura 23. Primeras consultas en atención ambulatoria.

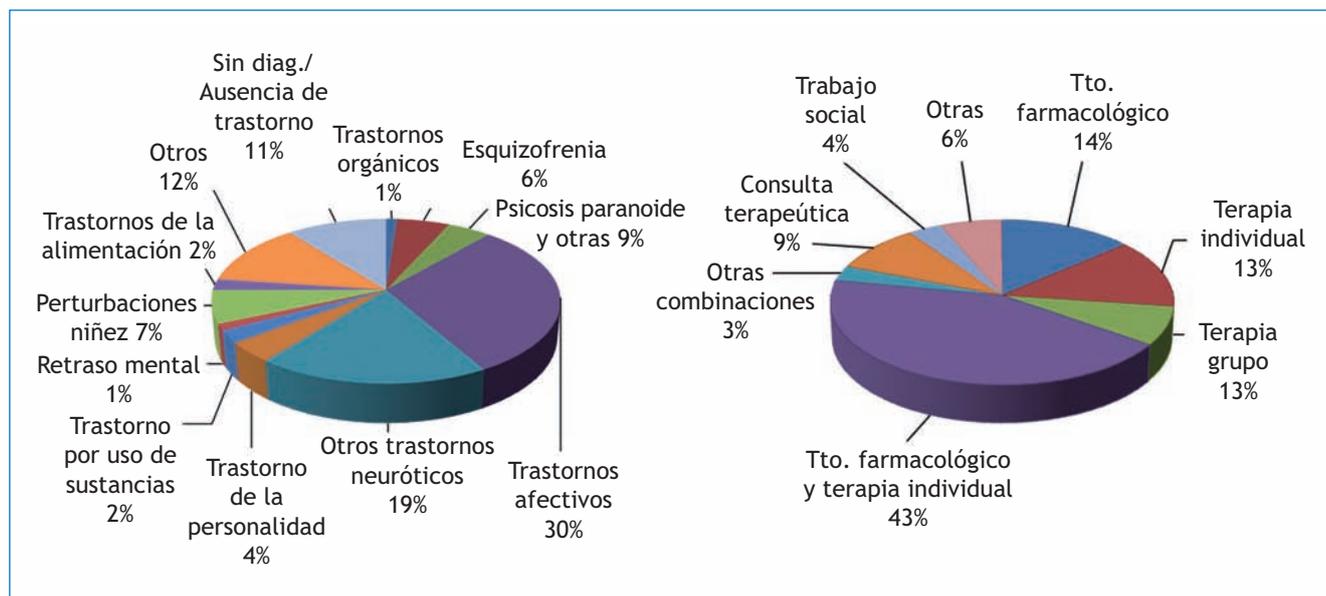


Figura 24. Diagnóstico y modalidad de atención ambulatoria.

5000 tratamientos anuales en el Hospital de Día,

dirigidos a la contención y la psicoterapia intensiva de pacientes jóvenes que padecen psicosis, trastornos de personalidad, trastornos de alimentación y otros. La característica diferencial del Hospital de Día es la utilización del medio terapéutico como herramienta de trabajo, lo que podría definirse como la utilización terapéutica de la vida en la que está sumergido el paciente: determinadas pautas relacionales contribuyen al mantenimiento de la enfermedad mental y es posible modificarlas me-



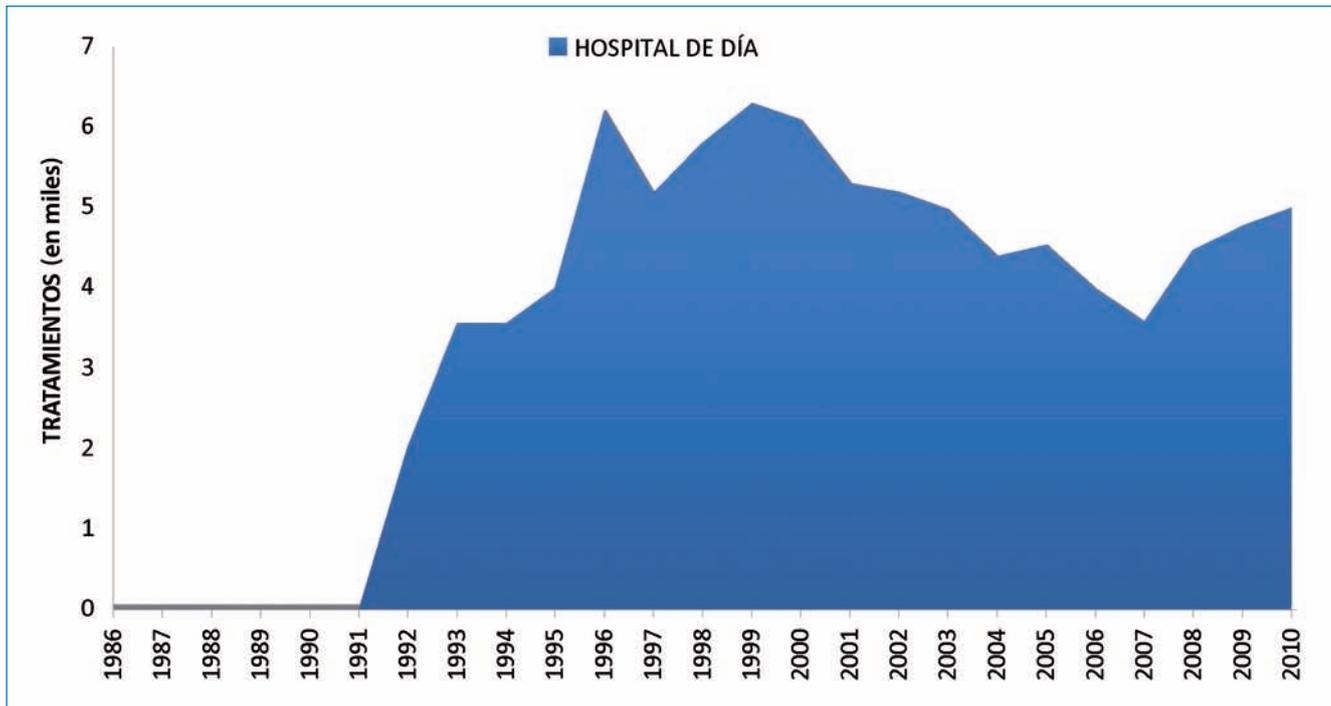


Figura 25. Tratamientos en el Hospital de Día.

diante intervenciones adecuadas. Para ello es fundamental la creación y mantenimiento de un ambiente suficientemente tolerante y seguro como para que permita tanto la puesta en evidencia de las pautas relacionales habituales disfuncionales como el ensayo de otras nuevas, más adaptativas.

25000 tratamientos anuales en el Centro de Día

(actual Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación), para atender en régimen de hospitalización parcial las necesidades terapéuticas y rehabilitadoras de pacientes que padecen trastorno mental grave. Constituye el eje coordinador de los programas específicos de rehabilitación. En el Centro de Rehabilitación se realiza el proceso de evaluación y se elabora el Plan Individualizado de Rehabilitación para cada paciente. Los pacientes ingresados en las unidades hospitalarias de rehabilitación acuden diariamente a este centro para realizar las actividades grupales de rehabilitación que figuran en su plan individualizado. Para ello se dispone desde 2009 de dos nuevos edificios que suman más de 4000 metros cuadrados, siendo uno de los mayores de Europa para este tipo de intervención que pretende que los pacientes con psicosis recuperen los déficit psicosociales producidos por su patología de modo que se reintegren a un entorno sociofamiliar normalizado.



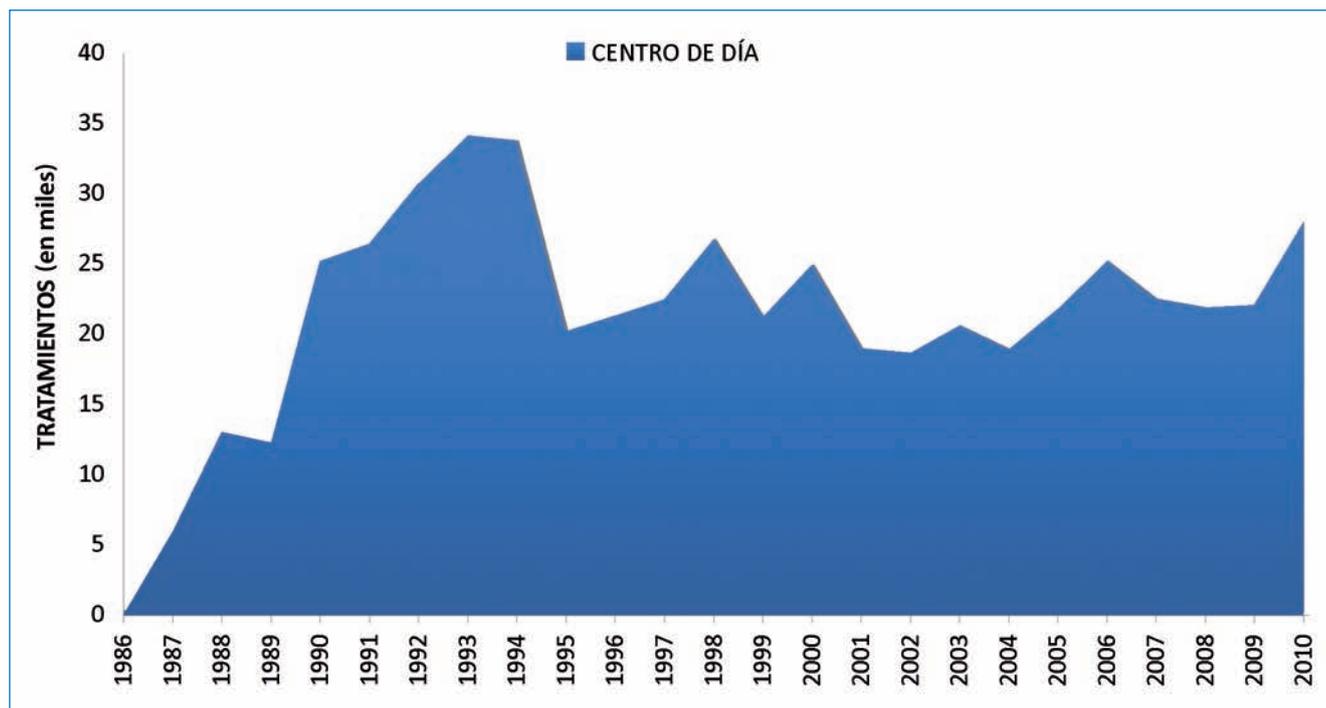


Figura 26. Tratamientos en el Centro de Día.

29 residentes en formación sanitaria especializada (16 MIR de Psiquiatría, 10 PIR de Psicología Clínica y tres enfermeros especialistas en Salud Mental) completan su programa en el Instituto Psiquiátrico. Así, se sientan las bases de futuro que permitirán la mejora continua de las prestaciones asistenciales, docentes e investigadoras del sistema. Desde la firma del Convenio con la Universidad Alfonso X el Sabio, el Instituto adquiere la condición de universitario, incorporando al programa docente a estos estudiantes de Medicina. Asimismo, hay suscritos siete acuerdos de pregrado y postgrado con distintas universidades para alumnos de Psicología, Enfermería y Trabajo Social.



1 800 libros y 115 colecciones

de revistas científicas en la biblioteca que, junto al acceso *on-line* a través de la Biblioteca Virtual, posibilitan que todos los profesionales, alumnos e investigadores de la Comunidad de Madrid mantengan sus conocimientos actualizados para ofrecer a los usuarios el mejor tratamiento disponible en cada momento y facilitar el progreso de las disciplinas relacionadas con la Salud Mental. Muchos de estos ejemplares datan de más de un siglo de antigüedad constituyendo un gran patrimonio para el Instituto.



2400 ejemplares centenarios de historias clínicas de pacientes procedentes del antiguo Hospital Psiquiátrico, cuyo primer ejemplar data de 1852, siendo una fuente inagotable y permanente para la investigación histórica de la medicina española. Su contenido refleja la evolución de las descripciones clínicas y las prácticas asistenciales de más de 150 años.



466 profesionales sanitarios y no sanitarios, que con su cualificación y dedicación hacen posible que las prestaciones del Instituto Psiquiátrico resulten de calidad, procurando la mejora continua en todas las áreas de la gestión. Todo el personal resulta ser el pilar fundamental en el que se sujeta la estructura organizativa de esta gran red de servicios de salud mental.

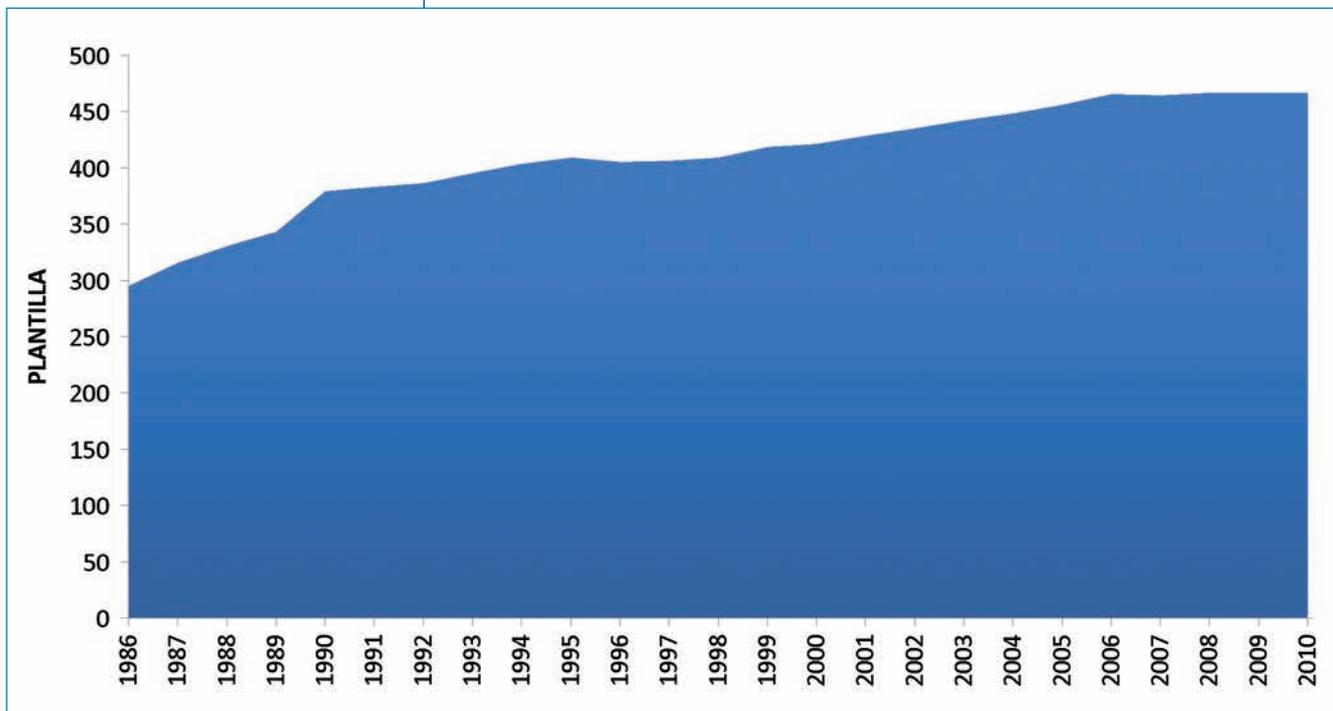


Figura 27. Personal sanitario y no sanitario.

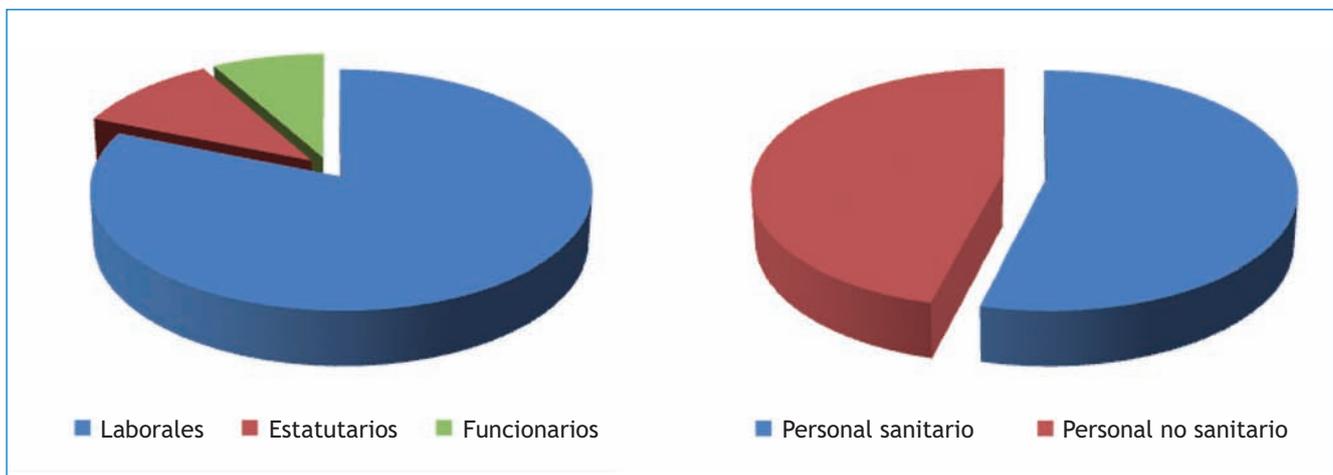


Figura 28. Plantilla.

112 miembros de modo permanente en Comisiones Clínicas y Grupos de Gestión y Mejora de los procesos asistenciales, así como en otros grupos de mejora creados para cubrir objetivos concretos. Esta participación muestra el interés de los trabajadores cuando se les permite contribuir en la toma de decisiones.



1340 m² de área administrativa

completamente renovada hace cuatro años, cuyo nuevo emplazamiento ofrece un entorno de trabajo agradable y eficiente, tanto para los trabajadores destinados a esta área, como para los que acuden a realizar cualquier gestión o consulta.

7 áreas verdes

repartidas en dos fincas convierten el entorno en un espacio agradable y acogedor para profesionales, usuarios, familiares y visitantes. Estas zonas verdes constituyen un elemento fundamental para una confortable estancia en los dispositivos hospitalarios, cuyo disfrute de usuarios y trabajadores supone un valor añadido a las instalaciones del Instituto Psiquiátrico, suponiendo un esfuerzo de sostenibilidad para proteger el medio ambiente.



12 servicios de soporte, lavandería, cocina, compras y almacén, conservación, transporte, control y seguridad, jardinería, limpieza, contratación, gestión económica y gestión de personal, que junto a la farmacia, e integrados de manera coordinada en la actividad de las unidades asistenciales, permiten el funcionamiento de todas ellas, aportando los recursos y servicios necesarios en cada momento.



Los procesos de soporte o de apoyo resultan necesarios para alcanzar la misión de los procesos clave, resultando la coordinación de todos ellos un aspecto fundamental para el Instituto. Asimismo, el volumen de recursos humanos y económicos propios de estos servicios constituye un factor fundamental para el cumplimiento de los objetivos institucionales, siendo su optimización la base de su gestión.



Por las características del Centro, la lavandería cubre las necesidades de los pacientes ingresados, destinando un 60% del tiempo y de sus recursos a la limpieza y etiquetado de la ropa de los casi 200 pacientes de las unidades hospitalarias. Desde 2008, y por primera vez, se inicia el proceso de lavado de vestuario a los aproximadamente 350 trabajadores inscritos en este servicio, compromiso plasmado en el Plan General de Acción 2006-2012.



Al igual que otros hospitales, el transporte de mercancías y suministros es esencial, pero en el caso del Instituto también se produce el traslado de pacientes entre los dispositivos ubicados en ambos complejos, más los propios de los servicios médicos del Hospital Universitario Severo Ochoa.

Uno de los indicadores más valorados en las encuestas de calidad hospitalaria es el confort del paciente durante su ingreso, y uno de los factores determinantes del nivel del mismo es la comida. Por ello la alimentación es una variable fundamental en la calidad de la percepción global del servicio que se les presta a los usuarios de cualquier centro hospitalario. En el caso del Instituto Psiquiátrico y producto de la duración de las estancias, este factor es aún más importante.



Desde la implantación de las distintas políticas de calidad, se ha puesto un especial interés en que todos estos procesos compartan unos mismos valores culturales que faciliten la consecución de los objetivos, y en definitiva de la misión del Instituto: respeto mutuo, trabajo en equipo, comunicación, apuesta por la innovación, sentido de la pertenencia y orientación a los resultados. Asimismo, los requisitos y demandas de los procesos clave, clientes de referencia, son atendidos de manera programada para que no se produzcan disconformidades que puedan afectar a los pacientes.



BUSCANDO LA EXCELENCIA EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO: Una transformación basada en la Calidad Total

LA CLAVE:
La Gestión del Cambio

EL ANÁLISIS:
El Primer DAFO de la
Organización (2006)

LA ESTRATEGIA:
EL Plan General de Acción
(2006-2012)

LA PLANIFICACIÓN:
Los Documentos de la Política
y Gestión de la Calidad
(2007-2012)

EL DIAGNÓSTICO:
La Autoevaluación (2008-2009)

LA HERRAMIENTA:
La Gestión de los Procesos

EL CONOCIMIENTO:
La Gestión del Saber
y de la Experiencia

LA EFICIENCIA:
La Gestión Racional de los
Recursos



4.1. LA CLAVE: LA GESTIÓN DEL CAMBIO

Más vale apuntar a la Excelencia y fallar, que apuntar a la imperfección y dar en el blanco ■

A lo largo de este apartado, se irán recorriendo brevemente algunos conceptos que permitan entender el porqué y el cómo del cambio, clave para el proceso de transformación para la implantación de una cultura de la Calidad en el Instituto Psiquiátrico en tan solo 36 meses.

Como hemos visto en anteriores capítulos, el concepto de la búsqueda de la Excelencia surge a nivel internacional en la década de los 80, cuando se comienza a implantar la idea de aplicar la Calidad no solo a los procesos, sino también a la Gestión, a través de distintos principios que marcan las pautas de actuación.

Principios que marcan las pautas de actuación⁴⁰: se refiere a todas las actividades que se realizan dentro de la organización, tanto si tienen relación directa con el cliente, como si son actividades internas; la responsabilidad sobre la Calidad es individual; en todas las actuaciones hay que tener en cuenta los deseos, necesidades y requerimientos de los clientes; los errores y fallos, además de producir insatisfacción, son caros, por lo que es muy importante poner énfasis en los aspectos preventivos para evitar la aparición de defectos; la Calidad Total requiere de la participación y colaboración de todas las personas, por lo que deben promoverse actividades que las fomenten; el trabajo bien hecho es una condición necesaria pero no suficiente. Además, hay que tender continuamente a mejorar, lo que se hace estableciendo objetivos de mejora; el trabajo en equipo ayuda y facilita la motivación de las personas para alcanzar los objetivos de mejora; los proveedores son un elemento muy importante para conseguir la calidad; una comunicación e información fluidas y al alcance de todos, para facilitar la coordinación de los trabajos y la organización; y el reconocimiento a las personas por el esfuerzo en la mejora, es un factor de motivación fundamental para la calidad.

En organizaciones con cultura de Calidad Total no se buscan culpables. Cada error se considera como una oportunidad para el mejoramiento continuo. Cada trabajador se responsabiliza por los hechos y se busca la forma de solucionar los problemas y errores conjuntamente ■

El conjunto de todos estos principios supone una cultura, mientras que cada uno de ellos resulta ser un motivo de cambio. Por ello, cuando hablamos de por qué cambiar, queda resuelto si atendemos a las premisas anteriormente enumeradas, afectando el cambio a la cultura organizacional.

Evidentemente, cada organización posee una capacidad de cambio según sean los objetivos competitivos o compartidos, según la rigidez de la estructura y según el sistema relacional, basado en las necesidades personales, en el tipo de comunicación, en la distribución del trabajo y en el tipo de participación. Según la capacidad de este cambio y el qué se desea cambiar, se debe determinar el cómo cambiar, puesto que el cuándo suele venir impuesto por otras circunstancias.

La supervivencia de la organización está en función de su capacidad de cambio y por lo tanto se debe evitar la rigidez ■

Para poder determinar el qué y el cómo cambiar se puede recurrir nuevamente al Modelo Europeo de Excelencia. La EFQM consta de dos partes: un conjunto de criterios de Excelencia empresarial que abarcan todas las áreas del funcionamiento de la organización y un conjunto de reglas para evaluar el comportamiento de la organización en cada criterio. En cuanto a los criterios, existen dos grupos claramente diferenciados, los resultados y los agentes.

Tabla 21. Criterios Agentes del Modelo EFQM⁸.**1. Liderazgo**

La forma en que el equipo directivo desarrolla y facilita que se alcance la misión y la visión, desarrolla los valores necesarios para el éxito a largo plazo, los materializa mediante acciones y comportamientos adecuados, y se compromete personalmente a asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla y se pone en práctica.

Cómo realiza el equipo directivo:

- El desarrollo de la misión, la visión y los valores, y su papel de modelo de referencia de una cultura de Excelencia.
- Su compromiso personal con el desarrollo, puesta en práctica y mejora continua del sistema de gestión de la organización.
- Su implicación con clientes, asociados y representantes de la sociedad.
- La motivación, el apoyo y el reconocimiento al personal.

2. Política y estrategia

Cómo materializa la organización su misión y visión, mediante una estrategia claramente enfocada hacia los actores, apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos adecuados.

Cómo se asegura la organización de que la política y la estrategia:

- Están fundamentadas en las necesidades y expectativas, tanto presentes como futuras, de los actores.
- Están fundamentadas en información procedente de medidas del rendimiento y de las actividades de investigación, aprendizaje y creatividad.
- Se desarrollan, revisan y actualizan.
- Se despliegan mediante un sistema de procesos claves.
- Se comunican y ponen en práctica.

3. Personal

Cómo gestiona y desarrolla la organización los conocimientos de las personas que la constituyen y libera todo su potencial, tanto individualmente como en equipo y en el conjunto de la organización. Y cómo planifica estas actividades en apoyo de su política y su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Esto incluye **la forma en que**:

- Se planifican, gestionan y mejoran los recursos humanos.
- Se identifican, desarrollan y mantienen los conocimientos y las capacidades del personal.
- Se responsabiliza al personal y se le da autoridad.
- La organización dialoga con su personal.
- La organización remunera y reconoce a su personal y cuida de él.

4. Colaboradores y recursos

Cómo planifica y gestiona la organización sus colaboradores externos y sus recursos internos para apoyar su política y su estrategia, y el funcionamiento eficaz de sus procesos.

Cómo se gestionan:

- Los colaboradores externos.
- Las finanzas.
- Los edificios, equipos y materiales.
- La tecnología.
- La información y los conocimientos.

5. Procesos

Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos con objeto de apoyar su política y su estrategia, y para generar valor de forma creciente para sus clientes y sus otros actores.

Cómo se realizan las siguientes actividades:

- El diseño y la gestión sistemáticos de los procesos.
- La mejora de los procesos, innovando en lo que sea necesario para satisfacer plenamente las necesidades de los clientes y de los otros actores, y para generar valor de forma creciente para ellos.
- El diseño y desarrollo de productos y servicios, basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.
- La producción, distribución y servicio postventa de productos y servicios.
- La gestión de las relaciones con los clientes, y su intensificación y mejora.

El primer objetivo de cualquier proceso de cambio es concienciar a la gente de la necesidad del cambio mismo ■

La gestión del cambio como un recorrido que interviene sobre las transformaciones a lograr y al mismo tiempo cuida preserva los valores, identidades, fortalezas percibidas como valor por la organización ■

Un cambio no solo en la manera de hacer las cosas, sino incluso en el estilo de gestión que requiere una nueva mentalidad, no solo en quien la dirige, sino también en todos los trabajadores ■

Principios en la gestión de un cambio

1. Crear sensación de cambio rápido.
2. Iniciar un proceso de aprendizaje.
3. Tener una visión de a dónde ir.
4. Comunicarla por todos los medios.
5. Conseguir aliados para el cambio.
6. Establecer Indicadores de Gestión.
7. Tener éxitos a corto plazo.
8. Remover las resistencias al cambio.
9. Consolidar los cambios.

Además, para cada grupo de criterios hay un conjunto de reglas de evaluación basadas en la llamada «lógica REDER».

Cuando se habla de cambiar, se dirige la acción sobre los agentes que causan los resultados, diferenciándose en Liderazgo, Política y Estrategia, Personal, Colaboradores y Recursos, y Procesos.

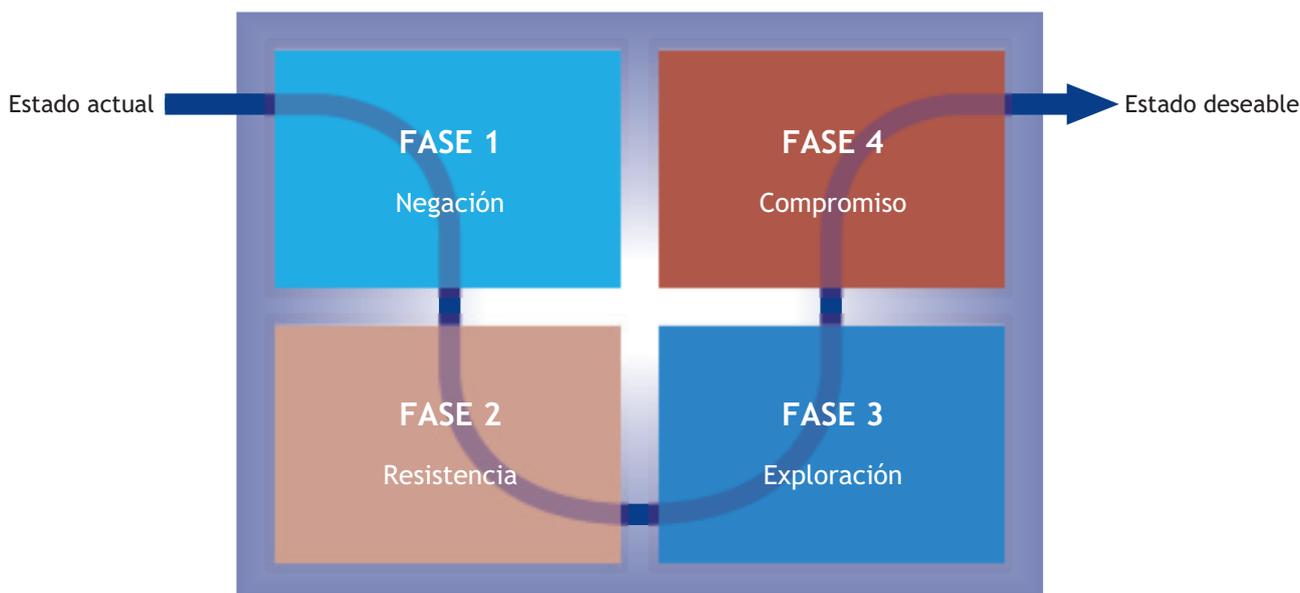
En un proceso de cambio hay que atender a estos Criterios Agentes del Modelo EFQM al resultar una enumeración de indicaciones para su logro, de tal forma que resulta fundamental conocer el cómo realiza la Dirección el desarrollo de la misión, visión y valores, el cómo se orienta la organización, cómo actúa el personal y cómo se gestionan los recursos.

Como se puede comprobar, cuando una organización no se rige por los principios de la Gestión de la Calidad Total, no puede emprender una Política y Estrategia hacia la Excelencia. Para ello requiere de una transformación cultural y de valores que afecte a toda la organización, a sus líderes, a sus trabajadores y a sus colaboradores externos.

Por ello, si se habla de transformación de la organización hay que referirse a la Gestión del Cambio, entendido como el proceso deliberadamente diseñado que mitigue los efectos no deseados de este mismo cambio y potencie las posibilidades de crear futuro en la organización, su gente y contexto. Desde este enfoque se pueden advertir algunas postulaciones frente a la gestión del cambio: proceso deliberado porque el cambio es una constante en las organizaciones; la intencionalidad de dirigir, acelerar o potenciar un tipo de cambio específico es lo que caracteriza la gestión; es un proceso porque, más allá de los eventos que lo constituyen, el cambio, su propuesta, instalación y sustentación implican al tiempo como componente clave; todo cambio produce efectos no deseados en tanto ruptura de recurrencias; y, por último, todo cambio diseñado incluye la esperanza de un futuro mejor.

En todo proceso de transformación existen unos principios en la gestión del cambio que facilitarán su difícil consecución, pudiéndolos agrupar en los siguientes: un liderazgo del proceso de cambio, la implicación de las personas, el establecimiento de estructuras que soporten el proceso y la medición del éxito del proceso.

Este complejo proceso de planificación estratégica para transformar una organización debe identificar las diferencias entre la cultura ideal y la existente, revisando cada uno de los valores ideales en función de las conductas específicas que se derivan de ellos y confrontarlas con las conductas prevalentes. Asimismo, debe incluir la comunicación, asegurándose de que todo el mundo entiende el cambio y por qué es necesario, conociendo que la mera información de los valores deseados no es suficiente para lograr el cambio, debiendo a la vez desarrollar un programa de formación para que se adquieran conocimientos, se desarrollen habilidades y se generen las actitudes y comportamientos que demanda la nueva cultura.



Al pretender un cambio cultural en cualquier organización se deben conocer las distintas fases producto de un normal proceso adaptativo caracterizado por la negación, la resistencia, la exploración y el compromiso.

La negación se presenta cuando las personas conocen por primera vez una iniciativa de cambio en la organización, frecuentemente como consecuencia de un rumor, o de un comunicado oficial inesperado, o de un cambio en la Dirección. En sí mismo, constituye una defensa contra el cambio, ignorándolo o recordando épocas pasadas de confort y seguridad. El temor ante el cambio no aflora y se va enmascarando por un comportamiento de serenidad y racionalidad, pensando que no se producirá o que no afectará a los intereses personales.

La resistencia conlleva unos comportamientos de incertidumbre, queja y pasividad, verbalizados con cierta generalidad: «Esto no va a funcionar; no saben lo que están haciendo» o «¡No es justo!». La resistencia puede ser activa o pasiva, pudiendo ser proporcional a los posibles intereses en riesgo. El victimismo y las alianzas contra el cambio pueden perturbar el proceso de cambio, y aunque este peligro se deben acentuar las oportunidades sobre la organización. También se pueden producir actitudes de resistencia durante las siguientes etapas, cuando se perciben inesperadas pérdidas en el interés personal o grupal.

Las personas entran en la etapa de exploración cuando reconocen y aceptan que el cambio es necesario e importante, surgiendo iniciativas personales según el grado de interés. La exploración es una transición entre sentir el cambio como una nueva amenaza y verlo como una oportunidad, cambiando desde la contemplación personal al análisis del entorno.

Por último, el compromiso se alcanza cuando las personas deciden aceptar el cambio y adoptar nuevas actitudes, después de haber pasado por un proceso de aprendizaje en base a la experi-

★
 Los requerimientos del cambio operan en la doble dimensión de lo personal y lo organizacional ■

mentación y habiendo logrado una capacidad para trabajar eficientemente en el nuevo entorno.

Puede ocurrir que tras estas fases se produzca un agotamiento por el esfuerzo realizado, por no cubrir las expectativas personales y/o por no obtener los resultados deseados sobre la organización. En esta fase surgen nuevas resistencias, a veces más beligerantes, con el objeto de desestabilizar el proceso en marcha, pudiendo afectar seriamente la transformación, con una posible pérdida de compromiso individual.

Tabla 22. Los 12 factores críticos de éxito para la utilización eficaz de herramientas de gestión en los hospitales⁴¹.

1. Implicar a los profesionales y a la directiva.
2. Superar las barreras culturales dentro de la organización.
3. Fomentar una cultura de gestión en los centros hospitalarios.
4. Sistematizar la utilización de las herramientas.
5. Generar planes de acción singulares y que generen ilusión.
6. Generar datos medibles y objetivables.
7. Formar a los agentes implicados en el uso de la herramienta.
8. Mantener la continuidad en el uso de las herramientas escogidas.
9. Garantizar una evaluación rigurosa de la herramienta aplicada, para identificar elementos de mejora.
10. Definir, previa a la utilización, el alcance, el marco y los límites de la aplicación de la herramienta, con el objetivo de garantizar una coherencia en su aplicación.
11. Seleccionar y priorizar las acciones a llevar a cabo.
12. Comprender que la herramienta es un motor de cambio para la organización.

En el ámbito de las organizaciones sanitarias, el proceso de transformación en los hospitales se inició a partir del inicio de la década de los 80, cuando la preocupación era la eficacia, hasta finales de los 90, con la búsqueda de la eficiencia como primer gran sustento teórico de las estrategias de cambios en la gestión. El segundo pilar inspirador fue la consideración del enfermo como cliente, tras pasar previamente por las de «paciente» y «usuario». Estos dos pilares constituyeron los principales motivos para el cambio, resultando necesaria la utilización eficaz de las herramientas de gestión adecuadas para superar cuatro de los retos actuales de la gestión hospitalaria: la seguridad en la práctica diaria de los centros hospitalarios, la variabilidad de la práctica clínica, el enfoque hacia el cliente, y el control del crecimiento del gasto y el mantenimiento del equilibrio financiero.

Aunque los dos pilares y los retos comentados resultan esenciales para justificar un proceso de transformación institucional en el ámbito sanitario, la orientación al paciente como cliente exige un nuevo compromiso por el deber de conocer, comprender y compartir sus expectativas para poderlas satisfacer. Si un hospital es capaz de obtener esta información y gestionarla correctamente, conocerá en profundidad a sus clientes y sus expectativas, y será capaz de ofertar unos servicios ajustados a estas⁴¹.

En el Instituto Psiquiátrico José Germain, el cambio se inicia en septiembre de 2006, al anunciar la puesta en marcha de todas aquellas actividades destinadas a que la organización se enfrente al desafío de funcionar según los Principios de la Gestión de Calidad, acomodando su estructura al reto que plantea este nuevo contexto de gestión moderna, eficiente y dirigida a la excelencia en su prestación sanitaria.

En la Comunidad de Madrid, son muchos los hospitales cuyo funcionamiento está basado de modo global o parcial en este sistema de mejora continua, que ha permitido resolver muchos de sus problemas funcionales y estructurales, percibiéndolo el ciudadano directamente gracias a la mejora en la asistencia que recibe. Esta forma de gestión es la que establece la Consejería de Sanidad para todos sus Centros, por ello, el Instituto Psiquiátrico se adhiere al mismo compromiso, buscando los beneficios directos hacia los ciudadanos.

Para ello, y ante este desafío, en el Instituto Psiquiátrico se optó por un cambio cultural y de valores con el principal interés de orientar la organización al ciudadano y alcanzar los retos de cualquier organización sanitaria. Este proceso de normalización y modernización se basó en los Criterios Agentes del Modelo EFQM, pretendiendo con ello obtener unos resultados acordes con la Calidad Total en un corto periodo de tiempo.

La planificación estratégica iniciada en el 2006 se fundamentó en cuatro fases: formulación de objetivos organizacionales, análisis de las fortalezas y limitaciones, análisis del entorno y formulación de alternativas. En este sentido, surgen como principales documentos de formulación el Plan General de Acción 2006-2012 (PGA) y el Proyecto Estratégico de Transformación Institucional: Gestión por Procesos 2008-.

La gestión del cambio se lidera desde la Dirección, pretendiendo implicar al mayor número posible de trabajadores y aliados estratégicos, con un cambio en la estructura organizacional, primero vertical y posteriormente con una marcada tendencia a la horizontalidad. Para su medición, se optó por el grado de cumplimiento de numerosos indicadores internos, relacionados en su mayoría con el PGA y con la Gestión por Procesos.

El desarrollo de este modelo de gestión ha supuesto un reto para la Dirección hacia la organización, tanto por encarar la primera planificación a medio y largo plazo, como por suponer una formalización de la misma ante la institución, los profesionales y los propios ciudadanos.

Los problemas propios de la organización deben resolverse desde un punto de vista tanto estructural como funcional, sustituyendo intereses por objetivos ■

En 2006, el Instituto Psiquiátrico optó por un cambio cultural y de valores con el principal interés de orientar la organización al ciudadano. Este proceso de normalización y modernización se basó en los Criterios Agentes del Modelo EFQM ■

La Calidad Total en el Instituto Psiquiátrico se alcanzará actuando sobre todo el sistema para que mejore, orientando la organización al ciudadano, cuidando a los trabajadores, garantizando la calidad de las prestaciones y fomentando el uso eficiente de los recursos ■



desarrollando la misión, visión, valores y principios éticos en el marco de la cultura de Excelencia.

La Calidad Total en el Instituto Psiquiátrico se alcanzará actuando sobre todo el sistema para que mejore, orientando la organización al ciudadano, cuidando a los trabajadores, garantizando la calidad de las prestaciones y fomentando el uso eficiente de los recursos. En este marco, todas las actividades de la organización deben ser objeto de mejoras, debidamente planificadas y programadas, cumpliendo las previsiones, verificando los resultados y ajustando los objetivos y/o medidas. Tan solo de esta manera se puede lograr el mayor beneficio para el usuario y, en definitiva, para la organización,



cho, un diagnóstico según el Modelo EFQM, distintas herramientas entre las que destaca la Gestión por Procesos, la autogestión del saber y la experiencia, y la gestión racional de todos los recursos.

Pese a las dificultades propias de cualquier organización y a las lógicas resistencias, en 2010 la mayoría de los trabajadores ha adquirido el compromiso necesario por entender y compartir este enfoque que situará al Instituto en el lugar que le corresponde, por su historia, por su especial misión y por la preparación de sus profesionales.

En los siguientes apartados, se podrán comprobar aspectos básicos de la gestión del cambio efectuada durante estos años, lograda mediante un primer análisis de la organización, un plan estratégico, una planificación y documentación de lo dicho y hecho,

Tabla 23. Acciones de la Política de Calidad 2006-2012.

ACCIONES	<2006	2007-09	2009-12
Definición de la misión, visión y valores	NO	SÍ	SÍ
Reglamento de Constitución y funcionamiento de las Comisiones	NO	SÍ	SÍ
Junta Técnico Asistencial	NO	SÍ	SÍ
Comisión Central de Calidad Hospitalaria	NO	SÍ	SÍ
Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios	NO	SÍ	SÍ
Departamento de Calidad	NO	SÍ	SÍ
Memoria anual del Instituto	SÍ	SÍ	SÍ
Memoria anual de Calidad	NO	SÍ	SÍ
Plan Estratégico	NO	SÍ	SÍ
Plan de Calidad	NO	SÍ	SÍ
Análisis DAFO	NO	SÍ	SÍ
Autoevaluación (Modelo EFQM)	NO	SÍ (2009)	SÍ (2011)
Manual de Calidad	NO	NO	SÍ
Procedimientos no asistenciales	0	8	>14
Gestión por Procesos	NO	Parcial	SÍ
Plan de Gestión del Conocimiento	NO	NO	SÍ
Plan de formación continuada	NO	NO	SÍ
Plan de formación en Calidad	NO	SÍ	SÍ
Plan de investigación en Salud Mental	NO	NO	SÍ
Plan de Calidad en la docencia	NO	NO	SÍ
Cursos de gestión en Calidad	0	7	>9
Folleto divulgativos sobre la Calidad	0	6	>14
Publicaciones y artículos sobre la Calidad	NO	NO	SÍ
Presentación a premios en Calidad	NO	2	>4
Consultora externa en Calidad	NO	SÍ	SÍ
Convenios con universidades	4	6	>7
Convenios con asociaciones de familiares	SÍ	SÍ	SÍ
Convenios con ayuntamientos	NO	NO	SÍ
Plan de acogida al paciente	SÍ	SÍ	SÍ
Plan de acogida al trabajador	NO	NO	SÍ
Plan de despedida del paciente	NO	SÍ	SÍ
Plan de despedida del trabajador	NO	NO	SÍ
Encuesta de satisfacción familiar	SÍ	SÍ	SÍ
Encuesta de satisfacción hospitalaria al alta	NO	SÍ	SÍ
Encuesta de satisfacción ambulatoria	NO	NO	SÍ
Encuesta de satisfacción laboral	NO	SÍ	SÍ
Encuesta de satisfacción del MIR, PIR y EIR	NO	NO	SÍ
Formación a MIR, PIR y EIR en Calidad	NO	NO	SÍ
Certificación de servicios	NO	NO	SÍ
Política medioambiental	NO	NO	SÍ

4.2. EL ANÁLISIS: EL PRIMER DAFO DE LA ORGANIZACIÓN (2006)



El principal objetivo de un análisis DAFO –Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (en inglés, SWOT; Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats)– es ayudar inicialmente a una organización a encontrar sus factores estratégicos críticos para, una vez identificados, usarlos y apoyar en ellos los cambios organizacionales, consolidando las fortalezas, minimizando las debilidades, aprovechando las ventajas de las oportunidades, y eliminando o reduciendo las amenazas.

Por ello, antes de tomar cualquier decisión estratégica y previo a la elaboración de un proyecto gerencial es imprescindible realizar junto a la organización un diagnóstico sencillo y eficaz, siendo el análisis DAFO el mejor y más rápido método para establecer las bases que permitan «decidir» sobre el futuro, ayudando a planificar las acciones de mejora a corto y medio plazo.

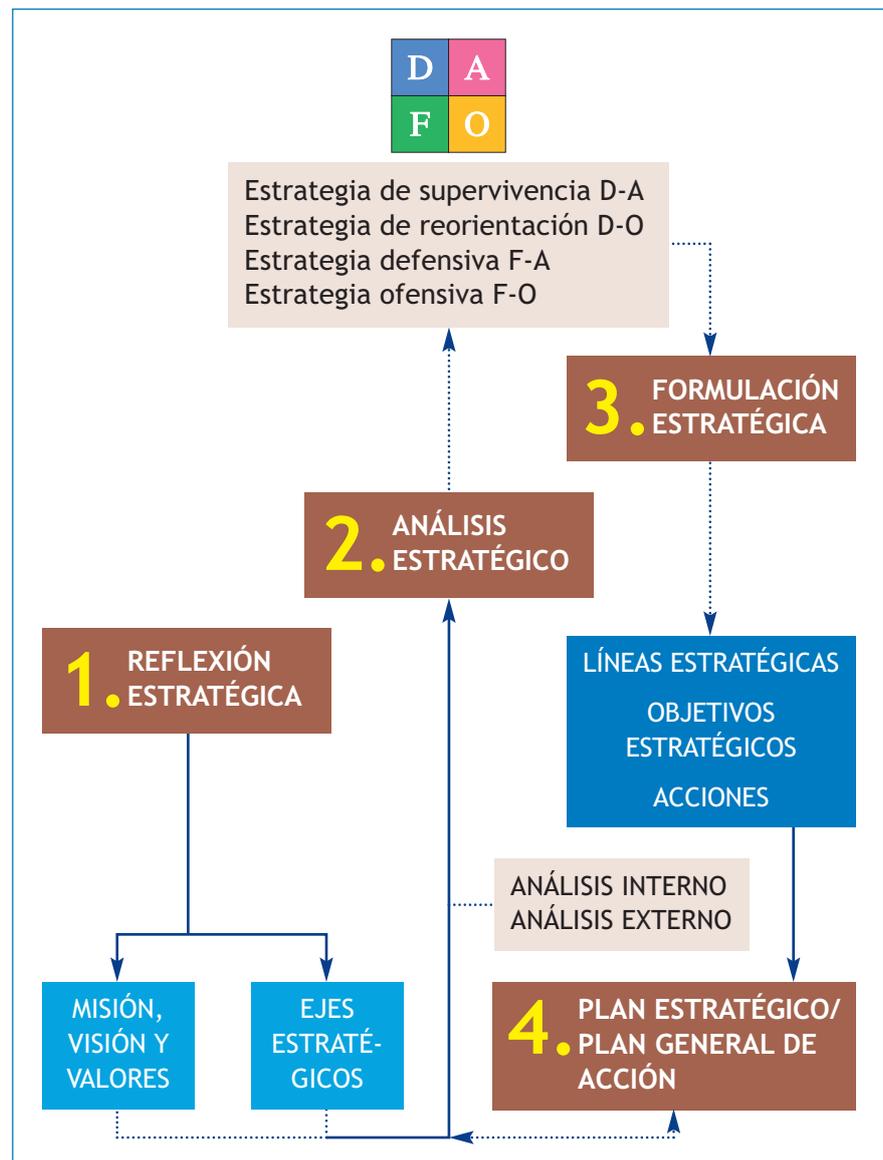


Figura 29. Recorrido del Proyecto de Gestión 2006-2012.

El análisis DAFO se basa en dos pilares básicos: el análisis interno y el análisis externo de una organización. El análisis interno incluye el liderazgo, la estrategia, las personas, las alianzas/recursos y los procesos, detectándose las fortalezas (puntos fuertes), que son las capacidades, recursos, posiciones alcanzadas y, consecuentemente, ventajas competitivas que pueden y deben servir para explotar oportunidades. Por otra parte, están las debilidades (puntos débiles), que son aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de la estrategia de la organización, constituyen una amenaza para la misma y deben, por tanto, ser controladas y superadas.

El análisis externo de la organización incluye la demanda, el sector y la competencia, pudiendo extraer las oportunidades, definidas como todo aquello que pueda suponer una ventaja competitiva para la organización, o bien representar una posibilidad para mejorar la rentabilidad de la misma o aumentar la productividad. Asimismo, mediante el análisis externo se determinan las Amenazas, que representan los factores que pueden poner en peligro la supervivencia de la organización. Es decir, las amenazas son todas las fuerzas del entorno que pueden impedir la implantación de una estrategia, o bien reducir su efectividad, o incrementar los riesgos de la misma. Para realizar este tipo de análisis se han de considerar: el entorno, los grupos de interés, los aspectos legislativos, demográficos y políticos.

Una vez descritas las amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades de la organización podemos construir la Matriz DAFO, como muestra la Tabla 24, que nos permite visualizar y resumir la situación actual de la organización. Posteriormente, se deben establecer los distintos tipos de estrategias directivas/gerenciales, destinadas a mejorar la organización y el resultado de la misma.

El análisis DAFO se basa en dos pilares básicos: el análisis interno y el análisis externo de una organización

Las oportunidades suponen una ventaja competitiva de la organización, mientras que las amenazas impiden la implantación de una estrategia y/o reducen la efectividad

Tabla 24. Estrategias directivas de la Matriz DAFO.

F	A	Defensiva: la organización está preparada para enfrentarse a las amenazas, empleando sus fortalezas. Si su producto o servicio ya no se considera líder, ha de resaltar lo que le diferencia de la competencia.
F	O	Ofensiva: la organización puede adoptar una estrategia de crecimiento, impulso y desarrollo; empleando sus fortalezas para aprovechar las oportunidades.
D	A	Supervivencia: la organización presenta amenazas externas sin las fortalezas internas necesarias para enfrentarse a las mismas, debiendo esperar hasta que se asienten los cambios esperados.
D	O	Reorientación: aparecen oportunidades que se pueden aprovechar, pero la organización carece de la preparación adecuada, debiendo establecer un programa de acciones específicas y reorientar sus estrategias.

En el caso del Instituto Psiquiátrico José Germain, el nuevo equipo directivo desarrolló junto a los Jefes y Responsables, tanto asistenciales como no asistenciales, la definición de la misión, visión y valores de la organización, proceso que resultó altamente gratificante y enriquecedor. Una vez finalizado, se inició por parte del llamado Comité de Análisis, formado por 22 responsables, el DAFO, con el fin de llegar a una valoración

objetiva facilitadora del conocimiento real de la organización y poder establecer las distintas líneas generales del Plan General de Acción 2006-2012, en función de los objetivos estratégicos.

Las estrategias adoptadas tras la información del DAFO fueron en primer lugar la reorientación hasta estar mejor preparados, estableciendo un objetivo de normalización a 18 meses, y en segundo lugar la ofensiva, adoptando una postura de modernización y mejora continua, impulsando al Instituto en el entorno sanitario propio de la salud mental, con el ambicioso propósito de situar a este Centro en el lugar que se merece en el panorama regional y nacional.

La Autoevaluación según el Modelo EFQM, realizada en 2008 (véase el Capítulo 4.5.), supuso un gran apoyo metodológico para contrastar, actualizar y ampliar dicha información, además de tener un análisis más integrado de la organización. Por este motivo, se muestra en el cuadro siguiente los resultados de ambos análisis que continúan constituyendo un elemento clave para la formulación estratégica del Instituto Psiquiátrico.

Instituto
Psiquiátrico
José Germain

	ORIGEN INTERNO (Atributos de la organización)	ORIGEN EXTERNO (Atributos del contexto)
NEGATIVOS PARA ALCANZAR OBJETIVOS	DEBILIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Escasa implantación de la Gestión del Conocimiento. • Falta de canales formales de comunicación ascendente. • Captación insuficiente de las expectativas de los trabajadores. • Envejecimiento de la plantilla. • Alto absentismo. • Dificultades internas para desarrollar procesos de Benchmarking. • Ineficiencia organizativa por la dispersión geográfica. • Estructuras físicas inadecuadas y obsoletas de algunos dispositivos. • Estructura organizativa poco vertebrada a nivel jerárquico. • Baja concienciación de la misión, visión y valores a nivel institucional. • Escasa gestión medioambiental. • Problemas organizativos debidos a la ubicación del Centro en dos grandes Complejos. • Conflictividad laboral. 	AMENAZAS <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades normativas para establecer políticas de recursos humanos. • Oferta decreciente de personal cualificado en el área médica. • Aumento de la demanda en atención psiquiátrica no ajustada a la necesidad real. • Incertidumbre en la definición de algunos abordajes terapéuticos. • Baja importancia de la Salud Mental en el ámbito sanitario. • Prejuicios sociales relacionados con los hospitales psiquiátricos. • Incertidumbre sobre el futuro crecimiento de la oferta asistencial. • Politización mediática de la Sanidad. • Dificultades presupuestarias para inversiones. • Crecimiento de precios.
	POSITIVOS PARA ALCANZAR OBJETIVOS	FORTALEZAS <ul style="list-style-type: none"> • Intensa motivación de los líderes por desarrollar procesos de mejora. • Sentido de pertenencia a la organización por parte de los trabajadores. • Capacitación técnica de los facultativos y personal de Enfermería. • Orientación comunitaria asentada como referente asistencial. • Ubicación estratégica en el sur de la Comunidad de Madrid. • Integración histórica con la ciudad de Leganés. • Fuerte cultura de colaboración con las asociaciones de familiares. • Dimensión asistencial adecuada. • Funcionamiento como Red de Servicios Asistenciales. • Consolidación de la Formación Sanitaria Especializada. • Adecuación de la dotación de profesionales sanitarios.

4.3. LA ESTRATEGIA: EL PLAN GENERAL DE ACCIÓN (2006-2012)

El Plan Estratégico es un documento que recoge las principales líneas de acción que desarrollan la estrategia que una organización se propone seguir a corto y medio plazo. Las políticas definidas dentro del Plan Estratégico se elaboran, generalmente, con vistas a medio plazo, ya que lo que se persigue es la eficacia en la consecución de los objetivos, por lo que las actuaciones suelen durar entre dos y seis años.

La redacción del Plan Estratégico se basa en los principales objetivos que la organización pretende y en él se especifican las políticas y líneas de actuación concretas orientadas a la consecución de los objetivos y los intervalos de tiempo precisos que deben ser cumplidos para cada una de las acciones propuestas y los recursos necesarios para llevarlos a efecto.

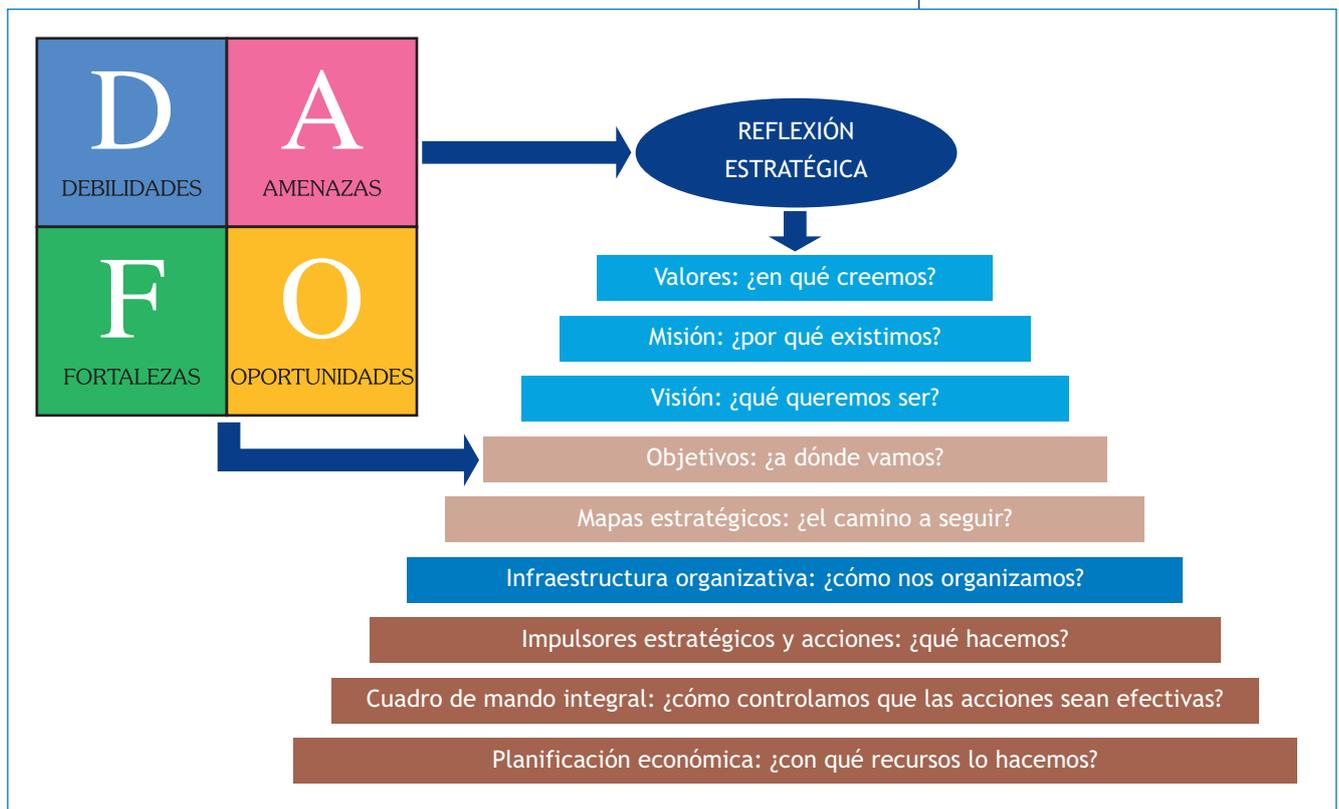
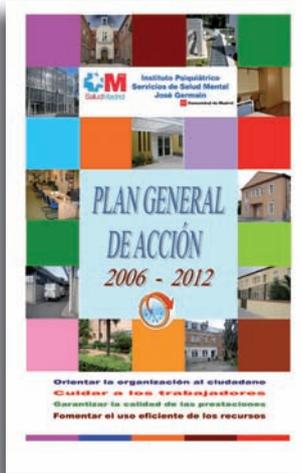


Figura 30. Pirámide de decisión estratégica.

Por tanto, la finalidad de un Plan Estratégico es definir los objetivos y cuáles son las mejores acciones que deben llevarse a cabo para alcanzarlos. De esta manera se facilita la gestión de la organización al hacerla más transparente, asignar políticas concretas a los diversos sectores implicados y permitir la evaluación en función del cumplimiento de las actuaciones especificadas. Esta forma de gestionar genera coherencia entre las acciones que se realizan y las expectativas gerenciales, poniendo a la institución en relación con las necesidades del entorno.



En una primera fase, la elaboración del Plan Estratégico debe contar con la participación de los gestores y miembros de la organización para definir las áreas en las que es necesario actuar, las prioridades, los objetivos concretos, los plazos de ejecución, los recursos que se destinarán a cada área de actuación y los indicadores. En segundo lugar, se diseñan las acciones a seguir en función de los puntos determinados anteriormente. Por último, y paralela a la ejecución de las políticas contempladas, se lleva a cabo una tarea de seguimiento y control del cumplimiento de la estrategia definida, a través de los indicadores.

Según la literatura especializada, el Plan Estratégico recibe el nombre de Plan General de Acción cuando se concibe como un documento abierto, orientado a los objetivos pretendidos mediante específicos planes de acción. Por este motivo, en el Instituto Psiquiátrico José Germain se optó por esta segunda vertiente al estar concebido para seis años y contener propuestas concretas para cada objetivo.

El Plan General de Acción 2006-2012 (PGA 2006/12) ha resultado ser el primer Plan Estratégico del Instituto, siendo aprobada su elaboración en noviembre de 2006 por el nuevo Consejo de Dirección. Este documento de planificación se planteó como una necesaria herramienta de trabajo, constituyendo un compromiso con los ciudadanos (usuarios y trabajadores) con el propósito de abordar numerosos problemas históricos, incluyendo actuaciones orientadas a alcanzar los objetivos planteados y aquellos que se fuesen incorporando a lo largo de estos seis años.

Este plan se enmarca dentro de la Política de Calidad del Centro, y se traza mediante la reflexión sobre los objetivos presentes y aspiraciones de futuro del Instituto, tras un análisis de oportunidades y amenazas que presenta el entorno, la identificación de las fortalezas y debilidades internas, y la valoración de la posición del Instituto en la Salud Mental madrileña. Este proceso permite definir unas líneas de actuación con la finalidad de mantener y mejorar la organización y alcanzar las metas propuestas.

La elaboración de esta estrategia supone un reto para la organización, tanto por encarar la primera planificación a medio y largo plazo, como por suponer una formalización de la misma ante la institución, los profesionales y los propios ciudadanos.

Las etapas seguidas para la elaboración del plan del Instituto fueron las siguientes: en primer lugar, determinar la misión, visión y valores (véase Tabla 25), a continuación realizar un análisis estratégico a través de la información de distintos ámbitos del macroentorno y, por último, a través del diagnóstico interno, identificar las áreas de mejora donde enfocar las principales acciones previas a la Autoevaluación interna.

De esta manera y gracias a este importante documento se consolidan las líneas estratégicas a seguir, incorporándose a ella nuevas

acciones derivadas de la Autoevaluación 2008-09 y de la implantación de la Gestión por Procesos (2008-).

Tabla 25. Misión, visión y valores del Plan General de Acción 2006-2012.

Misión	La red de servicios para la Atención Especializada de Psiquiatría y Salud Mental del Instituto Psiquiátrico José Germain es una organización sanitaria pública cuya misión es proporcionar asistencia especializada a la población con trastornos mentales y otros problemas de salud mental, mediante la provisión de todas los programas e intervenciones terapéuticas, rehabilitadoras y preventivas sobre grupos de riesgo, que estén apoyadas por la evidencia científica, y guiados por unos principios de equidad, continuidad, y accesibilidad, garantizando la continuidad asistencial con Atención Primaria; con una filosofía de mejora continua de la Calidad y la eficiencia y una orientación permanente al usuario y su familia. Forma parte también de su misión fundamental desarrollar actividades docentes e investigadoras ligadas al campo de la psiquiatría, la psicología y la salud mental.
Visión	La red de servicios para la Atención Especializada de Psiquiatría y Salud Mental del Instituto Psiquiátrico José Germain quisiera ser un modelo de Excelencia en el ámbito de la atención a los pacientes con trastorno mental, por los resultados obtenidos en salud y Calidad de vida de la población a su cargo, así como por los niveles de satisfacción alcanzados tanto por los clientes como por los profesionales que componen los servicios. Todo ello orientado a la mejora continua y basados en el rigor científico, con una eficiente utilización de los recursos, coordinando la atención con otros niveles y respondiendo a las necesidades y demandas cambiantes de la población del sur de la Comunidad de Madrid.
Valores	<ul style="list-style-type: none"> - La búsqueda de la excelencia en la asistencia sanitaria. - La orientación hacia la mejora continua de la Calidad. - La innovación. - La consideración del ciudadano como centro de la actividad. - El respeto a los valores de la persona enferma y de su entorno. - La consideración de lo comunitario como referente operativo de la asistencia. - La promoción de la independencia de la persona en el autocuidado y en el mantenimiento de su salud. - La continuidad asistencial y el trabajo en equipo como dimensión esencial de la Calidad. - La promoción de la capacitación científica y técnica de los profesionales. - El compromiso con el Sistema Sanitario Público. - El funcionamiento en red de los distintos dispositivos y programas que contribuyen a la atención a la salud y los trastornos mentales.

Desde este enfoque, la Calidad Total en el Instituto se alcanzará actuando sobre todo el sistema para que mejore de manera continua, a través de las cuatro líneas principales del PGA 2006/12: orientar la organización al ciudadano, cuidar a los trabajadores, garantizar la Calidad de las prestaciones y fomentar el uso eficiente de los recursos (véase Tabla 26). En este marco, todas las actividades son objeto de mejora, estando debidamente planificadas y programadas, cumpliendo las previsiones, verificando los resultados y ajustando los objetivos y/o medidas.

Por todo ello, el PGA 2006/12 establece en seis años las acciones a seguir para mejorar permanentemente, debiéndose realizar su análisis definitivo a finales de 2012, para continuar con el ciclo de la mejora continua y poder acercarse, aún más, a un centro «excelente».

La Calidad Total en el Instituto se alcanzará actuando sobre todo el sistema para que mejore de manera continua 

Tabla 26. Líneas de progreso y objetivos generales del Plan General de Acción 2006-2012.

1. Orientar la organización al ciudadano

- Adoptando por parte de los responsables las funciones de liderazgo.
- Mejorando la atención sanitaria del usuario.
- Garantizando los derechos de los pacientes.
- Reduciendo los plazos de demora en la atención.
- Mejorando la satisfacción de los usuarios e incrementando el confort de sus instalaciones.
- Implicándose en la sociedad mediante alianzas con instituciones y entidades sociales.

2. Cuidar a los trabajadores

- Fomentando la participación de sus profesionales.
- Mejorando el clima laboral y fomentando un entorno seguro y confortable.
- Introduciendo la Innovación y el Desarrollo.
- Ampliando la formación continuada.
- Mejorando la información y comunicación interna.

3. Garantizar la calidad de las prestaciones

- Mejorando y aumentando los recursos.
- Desarrollando acciones institucionales.

4. Fomentar el uso eficiente de los recursos

- Potenciando la eficiencia.
- Adecuando los recursos.
- Racionalizando el gasto farmacéutico.

En julio de 2009, se incorporan dos nuevos planes a raíz de las líneas de mejora priorizadas según la Autoevaluación 2008-09; el Plan de Gestión del Conocimiento y un nuevo Plan de Comunicación General.

Todos los planes del PGA 2006/12 incorporan criterios comunes que les definen e identifican. Cada uno está representado a través de un documento/ficha que contiene la línea estratégica definida por la organización; una descripción general del plan junto con el objetivo fundamental estratégico; el área de actuación, el Responsable, las normativas de referencia, los actores implicados, el periodo de ejecución, la necesidad o no de recursos humanos y financieros; y la propuesta de indicadores que servirán para medir el nivel de implantación.

A modo de ejemplo, el Plan de Confort del Paciente 2006-2012 forma parte de la línea estratégica de «orientar la organización al ciudadano», el objetivo general de «mejorar la satisfacción de los ciudadanos e incrementar el confort de las instalaciones», el área de actuación «asistencial» y la responsable «Directora de Enfermería». En este plan se pretende detectar, registrar y evaluar los factores que influyen en el bienestar de los pacientes ingresados, para definir las acciones específicas de mejora que se determinen. Asimismo, se determinan los profesionales implicados, y el periodo de ejecución es permanente y no precisa de más recursos económicos. Por último, se establecen los indicadores que sirvan para evaluar la consecución de las acciones propuestas y sugerir otras nuevas.

PLAN GENERAL DE ACCIÓN 2006-2012	
LÍNEA ESTRATÉGICA: ORIENTAR LA ORGANIZACIÓN AL CIUDADANO	
OBJETIVO ESTRATÉGICO: MEJORAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS E INCREMENTAR EL CONFORT DE SUS INSTALACIONES	
PLAN DE CONFORT DEL PACIENTE	
ÁREA:	ASISTENCIAL NO ASISTENCIAL GLOBAL
RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	
DESCRIPCIÓN GENERAL: Detectar, registrar y evaluar los factores que determinan el bienestar de los pacientes ingresados, para definir acciones específicas con el objetivo de mejorar dichos aspectos en el bienestar de los pacientes y realizar acciones de mejora.	
ACCIONES GENERALES DE MEJORA: 1. Evaluar de forma continuada y entre instancias con la participación asistencial. 2. Implantar los acciones de mejora propuestas.	
NORMATIVAS DE REFERENCIA: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.	
ACTORES IMPLICADOS: - Coordinador de calidad - Superintendente de enfermería - Perfeccionistas de enfermería	
PERIODO:	2007 2008 2009 2010 2011 2012 Permanente
RECURSOS ECONÓMICOS: 300	
RECURSOS HUMANOS: 300	
INDICADORES PROPUESTOS: 1. % de informes enviados (Tratamiento de pacientes). 2. % de registros enviados (documentación). 3. % de registros a realizar. 4. % de acciones ejecutadas (documentación). 5. % de acciones de mejora propuestas.	

Figura 31. Ficha resumen del Plan de Confort del Paciente.

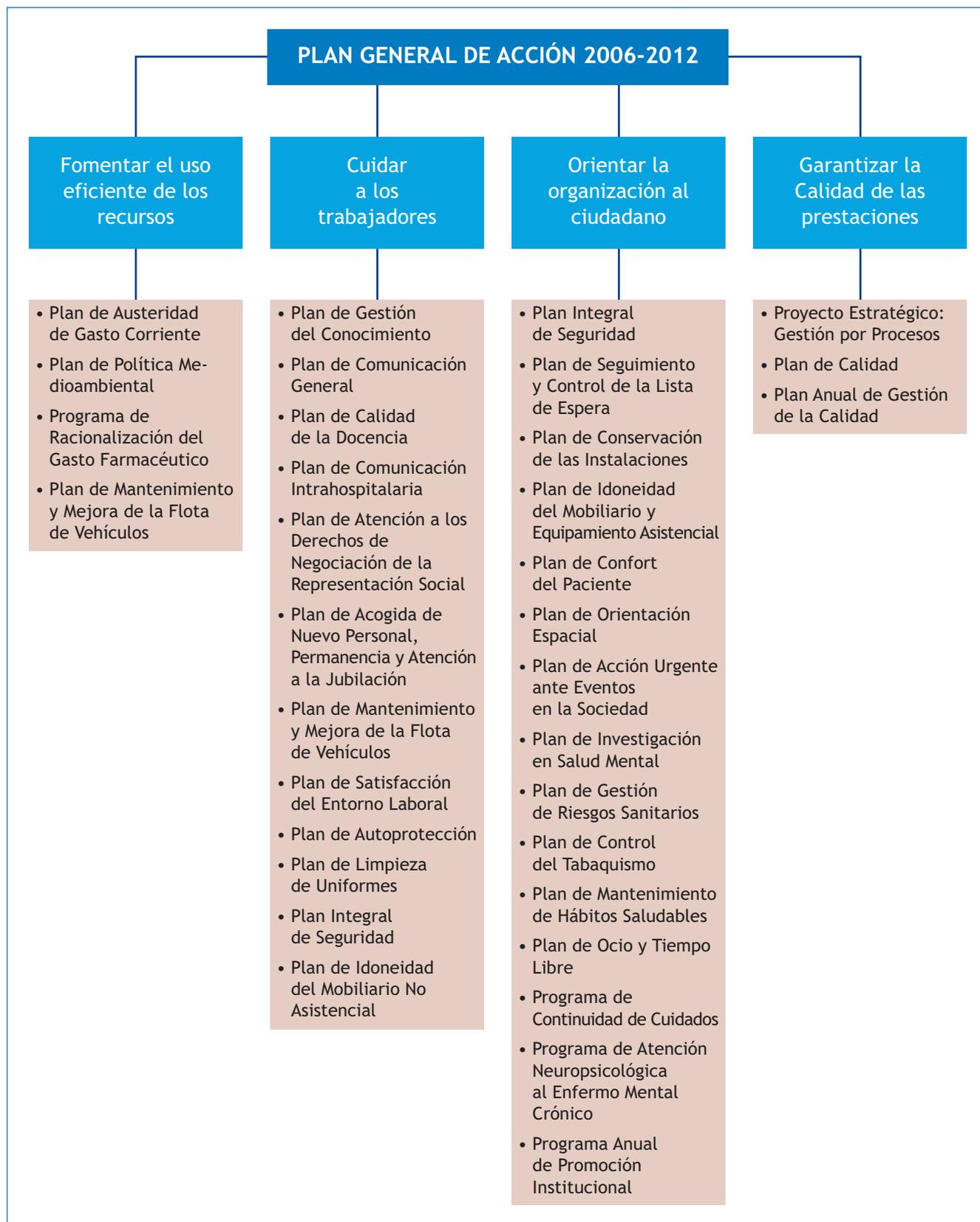


Figura 32. Relación de planes según las líneas estratégicas del Plan General de Acción 2006-2012.

En definitiva, el Plan de Confort del Paciente, inédito y original, posee una clara orientación al ciudadano y permitirá mejorar la satisfacción y el bienestar tanto en el ámbito personal como en el social de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización de media y larga estancia.

Al igual que este ejemplo, los otros 36 planes mantienen el mismo objetivo, a través del ciclo PDCA, logrando con ello una mejora significativa del Instituto, mediante esta herramienta estratégica de planificación y formalización.

En el 2012, será el momento de replantear las líneas estratégicas, manteniendo el ciclo referido y el principal objetivo de toda organización: **MEJORAR**.

Tabla 27. Planes y sus objetivos generales del Plan General de Acción 2006-2012.

PLANES	OBJETIVO GENERAL
PLAN DE MANTENIMIENTO DE HÁBITOS SALUDABLES EN LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN	Planificar actividades individuales y/o grupales multidisciplinarias para la mejora de este área asistencial en concreto.
PLAN DE CONTROL DEL TABAQUISMO	Promover y proteger la salud, tanto de profesionales como de pacientes, en lo relativo al consumo de tabaco, actuando según legislación vigente e implantar todas las acciones necesarias para la consecución de este objetivo.
PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS	Para lograr la Excelencia en seguridad, se marcarán las grandes líneas de actuación, que incluyan acciones de difusión de la cultura de seguridad, formación, establecimiento de sistemas de comunicación e identificación, valoración y tratamiento de los riesgos o efectos adversos.
PLAN DE OCIO Y TIEMPO LIBRE	Promover actividades de ocio y tiempo libre para reducir limitaciones que dificultan la participación en el ocio, adquiriendo destrezas y conocimiento.
PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS	Garantizar el tratamiento y la recuperación de las habilidades necesarias para que las personas con enfermedad mental grave puedan mantenerse integradas en la comunidad, promoviendo una vida lo más autónoma posible.
PLAN DE ORIENTACIÓN ESPACIAL	Renovar la cartelería de todo el Centro y potenciar su imagen corporativa.
PLAN DE IDONEIDAD DEL MOBILIARIO Y EQUIPAMIENTO ASISTENCIAL	Inventariar y planificar la renovación por estado y/o ausencia del mobiliario y equipación asistencial.
PLAN DE CONFORT DEL PACIENTE	Detectar, registrar y evaluar los factores que determinan el bienestar de los pacientes ingresados, para definir acciones específicas con el objetivo de mejorar factores esenciales en el bienestar de los pacientes.
PLAN DE CONSERVACIÓN DE INSTALACIONES	Planificar el conjunto de actividades encaminadas a obtener de las instalaciones el mayor grado de uso y disponibilidad con la mayor garantía y Calidad posible mediante técnicas y sistemas de trabajo adecuados a las normas laborales y las reglamentaciones vigentes.
PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA LISTA DE ESPERA	Garantizar demoras para consulta nueva según lo pactado en el contrato anual de gestión.
PLAN DE IDONEIDAD DEL MOBILIARIO NO ASISTENCIAL	Análisis descriptivo de la dotación actual de mobiliario y de la funcionalidad del mismo, para que, adoptando las medidas oportunas, se garantice el confort y la idoneidad.
PLAN DE SATISFACCIÓN DEL ENTORNO LABORAL	Mejorar las instalaciones con la finalidad de adaptar las mismas a las necesidades del personal.
PLAN DE AUTOPROTECCIÓN	Diseño e implantación del Plan de Autoprotección del Instituto de acuerdo a la normativa vigente.
PLAN DE LIMPIEZA DE UNIFORMES	Implantar y mantener el servicio de limpieza de la ropa de trabajo del personal del Instituto.

PLANES	OBJETIVO GENERAL
NORMA REGULADORA DE GESTIÓN DE LOS ESPACIOS	Regular la gestión de los espacios de comunicación internos (tablones de anuncios y buzones de sugerencias) haciendo que la información llegue a todos los trabajadores del Centro, en los plazos y formas adecuados.
PLAN DE COMUNICACIÓN INTRAHOSPITALARIA	Potenciar el flujo de información desde la Dirección al resto de la institución.
PLAN DE ACOGIDA DE NUEVO PERSONAL, PERMANENCIA Y ATENCIÓN A LA JUBILACIÓN	Prestar una atención integral al trabajador desde su entrada al Instituto, facilitándole la información necesaria sobre el mismo; durante su permanencia, mediante el apoyo a su desarrollo profesional; y hasta la jubilación.
PLAN DE AUSTERIDAD DE GASTO CORRIENTE	Establecer el conjunto de medidas, propuestas y recomendaciones que permitan a la organización reducir sus gastos generales de naturaleza corriente y fomentar el uso racional de sus recursos.
PLAN DE POLÍTICA MEDIOAMBIENTAL	Establecer el conjunto de medidas, propuestas y recomendaciones que permitan a la organización el conocimiento, dominio y disminución de la influencia negativa que sobre el medio ambiente generan sus actividades.
PROGRAMA DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO	Desarrollar acciones basadas en el uso racional de medicamentos que permitan elegir los productos por coste/eficacia, contado con la mejor evidencia científica disponible.
PLAN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	Diseñar y garantizar la gestión eficiente de un sistema que permita conocer el verdadero capital intelectual y competencial de la organización.
PLAN DE COMUNICACIÓN GENERAL	Establecer cauces formales y eficaces de comunicación ascendentes y descendentes.
PLAN DE CALIDAD DE LA DOCENCIA	Describir y desarrollar los requisitos para gestionar y asegurar el control de la Calidad de la formación de postgrado.
PLAN DE ATENCIÓN A LOS DERECHOS DE NEGOCIACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL	Mejora de las relaciones laborales consolidando un modelo de negociación flexible y con coherencia interna, con criterios de actuación basados en la legislación y los derechos laborales.
PLAN INTEGRAL DE SEGURIDAD	Medidas dirigidas a una prestación sanitaria más segura, que faciliten una respuesta asistencial rápida, así como la reducción de riesgos laborales.
PLAN DE ACCIÓN URGENTE ANTE EVENTOS DE LA SOCIEDAD	Preparar las acciones de comunicación o de disposición de recursos frente a eventos graves e inesperados que puedan ocurrir en el entorno social.
PROGRAMA DE ATENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA AL ENFERMO MENTAL CRÓNICO	Diagnosticar desde la perspectiva neuropsicológica a los pacientes con trastorno mental grave, programar intervenciones rehabilitadoras y evaluar los resultados de estas y otras intervenciones.
PLAN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL	Impulsar la investigación y la difusión de sus resultados en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental entre los profesionales del Instituto.
PLAN DE POLÍTICA MEDIOAMBIENTAL	Desarrollar un mapa de residuos e impulsar acciones específicas para lograr una mayor sostenibilidad.
PROGRAMA ANUAL DE PROMOCIÓN INSTITUCIONAL	Acciones encaminadas a la promoción institucional y de la salud mental.
PROYECTO ESTRATÉGICO: GESTIÓN POR PROCESOS	Diseñar e implantar la Gestión por Procesos, controlar cada proceso y mejorarlos de modo continuo.
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Desarrollar anualmente el Plan de Calidad, recogiendo todos los objetivos e indicadores establecidos anualmente.
PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA	Garantizar una formación continuada de Calidad a los trabajadores, acorde a los objetivos estratégicos de la institución, que aumente los conocimientos, competencias y capacidades de todos los miembros de la organización.

Tabla 28. Plan General de Acción 2006-2012: ejemplos de acciones realizadas (2007-2010).**PLAN DE CONTROL DEL TABAQUISMO**

Creación de la Comisión (2006).
Espacios sin humo (2007-2008).
Mención de Plata (2008, 2009 y 2010).
Encuestas de prevalencia.
Adecuación de los espacios reservados para pacientes ingresados.
Programa de deshabituación (2008).
Folleto formativo (2010).

**PLAN DE ORIENTACIÓN ESPACIAL**

Renovación de toda la cartelería exterior e interior del Centro (2006-2010).

- 16 carteles exteriores.
- 264 carteles interiores.
- 5 expositores.

**PLAN DE IDONEIDAD DEL MOBILIARIO Y EQUIPAMIENTO ASISTENCIAL**

Mejora de los comedores.
Instalación de un elevador para pacientes con discapacidad.
Duchas asistidas en la Unidad Residencial.
Grúas y camas hidráulicas.
Adquisición de mesillas y armarios.

**PLAN DE IDONEIDAD DEL MOBILIARIO NO ASISTENCIAL, PLAN DE LIMPIEZA DE UNIFORMES Y PLAN DE SATISFACCIÓN DEL ENTORNO LABORAL**

Sustitución de taquillas.
Adecuación de aseos.
Mejora de los accesos.
Mobiliario ergonómico.
Apertura del servicio de limpieza de uniformes para los trabajadores (2008).
Apertura de un aparcamiento subterráneo en Santa Isabel (2010).

**PLAN INTEGRAL DE SEGURIDAD**

Instalación de 37 cámaras y 10 monitores.
Instalación de 28 intercomunicadores.
Instalación de 2 barreras de acceso a vehículos.
Instalación de 2 casetas de seguridad.
Instalación de una centralita de emergencias con 6 pulsadores.
Instalación de 18 centralitas de alarma.



4.4. LA PLANIFICACIÓN: LOS DOCUMENTOS DE LA POLÍTICA Y GESTIÓN DE LA CALIDAD (2007-2012)

La planificación directiva además de ordenar la estrategia gerencial tiene como principal objetivo la formalización de la misma ante la organización y la sociedad, mediante los documentos establecidos para ello. Asimismo, supone la sistematización del conjunto de principios, métodos y procedimientos a seguir para lograr el resultado deseado.

Igualmente, la documentación de la planificación resulta necesaria como cauce de transmisión y comunicación que permita canalizar los distintos flujos de conocimiento para aumentar la transparencia en la gestión y posibilitar la adherencia de todos los actores implicados.

En el ámbito de la Calidad, la documentación es el soporte de la política y el sistema de gestión, pues en ella residen las formas de operar de la organización, así como toda la información que permite el desarrollo de los procesos, los planes de acción y la toma de decisiones sobre la base del compromiso adquirido.

La elaboración del sistema de documentación debe ir bastante más allá que la simple redacción de un manual de calidad o de procedimientos, y garantizar que este pase a ser una herramienta eficaz para la gestión.

Esta documentación viene determinada por las necesidades planteadas por el modelo de Gestión de la Calidad que la organización se propone implantar. Algunos de los documentos más habituales de soporte a un sistema de Gestión de Calidad son: Manual de Calidad; Mapa de Procesos; Manual de Procedimientos documentados; Control de los Registros de Calidad; Acciones de Formación del Personal, etc. En cuanto al diseño del sistema documental resulta fundamental establecer una jerarquía de documentación, y definir la responsabilidad para la elaboración y la aprobación de la misma. Igualmente, resulta fundamental establecer el flujo de la documentación para garantizar que los documentos estén en el lugar requerido, de manera oportuna, y que la información sea accesible. Por último, se debe desarrollar de forma continua el mantenimiento y la mejora del sistema de documentación.

En este sentido, los autores coinciden en definir el Manual de Calidad como el conjunto de aquellos procedimientos documentados del sistema de la calidad destinados a planificar y dirigir el conjunto de actividades que afectan a la calidad dentro de una organización.

El formato establecido para el Manual de Calidad en el Instituto Psiquiátrico José Germain viene determinado por la Política de Calidad expresada formalmente por la nueva Dirección Gerencia

«Lo que se compromete por escrito, se termina haciendo» ■

«Las palabras se las lleva el viento...» ■

En el ámbito de la Calidad, la documentación es el soporte de la política y el sistema de gestión, pues en ella residen las formas de operar de la organización ■

En el Instituto Psiquiátrico existen tres documentos clave que establecen las prácticas específicas de calidad, recursos y secuencia de actividades relativas al proyecto de implantación de la Calidad ■

en noviembre de 2006, y complementa a los tres documentos clave que establecen las prácticas específicas de Calidad, recursos y secuencia de actividades relativas al proyecto de implantación de la Calidad.

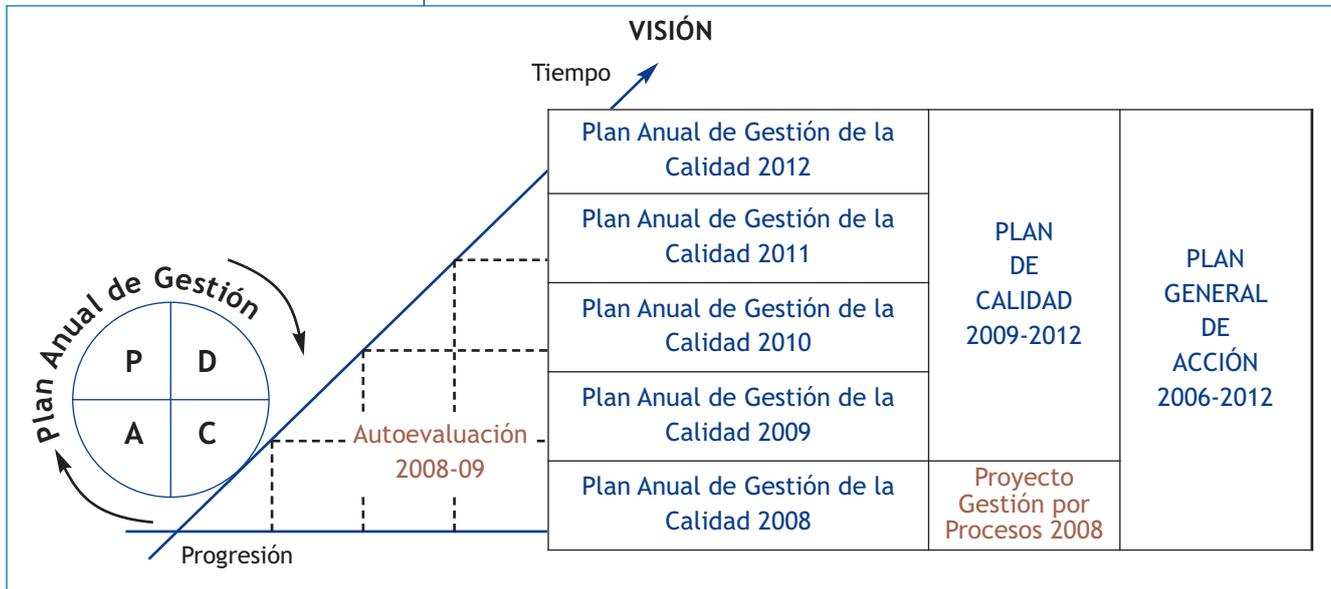
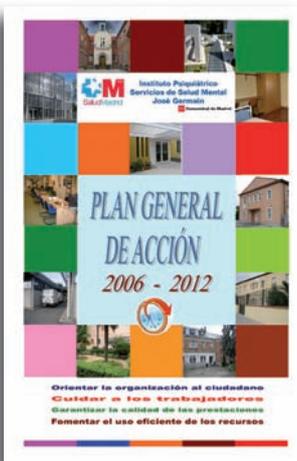


Figura 33. Esquema de implantación de la Política de Calidad.

Por ello, el Plan General de Acción, el Plan de Calidad y el Plan Anual de Gestión de la Calidad resultan ser los tres tipos de documentos esenciales en la Política y Gestión de la Calidad en el Instituto Psiquiátrico, referentes para una gestión comprometida con el ciudadano y basada en la Calidad Total.

1. El Plan General de Acción 2006-2012:

- Los Planes Generales de Acción son documentos de actuación dinámicos que vienen determinados por la estrategia gerencial e incluyen directrices orientadas a alcanzar objetivos concretos. Estos documentos se trazan mediante la reflexión sobre las aspiraciones de futuro de la organización, y tras un análisis de oportunidades y amenazas que presenta el entorno, la identificación de fortalezas y debilidades internas.
- En el Instituto Psiquiátrico José Germain en la reunión de su nuevo Consejo de Dirección en noviembre de 2006 se aprobó la elaboración de un Plan General de Acción 2006-2012⁴², permitiendo definir por primera vez las líneas de actuación con la finalidad de mejorar la organización y alcanzar las metas propuestas.
- La elaboración de esta estrategia supuso un reto para la organización, tanto por encarar la primera planificación a medio y largo plazo, como por suponer una formalización de la misma ante la institución, los profesionales y los propios ciudadanos. El documento final se aprobó en julio de 2008, apoyándose en cuatro líneas de progreso (véase el Capítulo 4.5.).



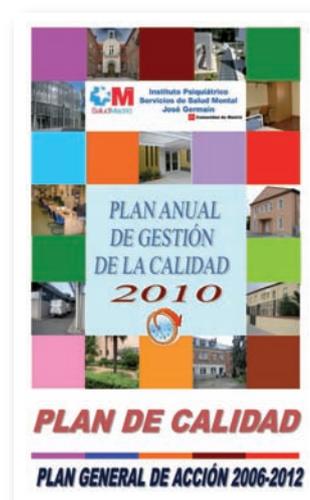
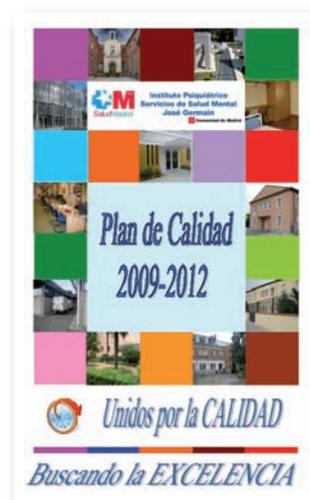
2. El Plan de Calidad 2009-2012:

- Un Plan de Calidad es aquel documento escrito y aprobado por la Dirección orientado a enmarcar la estrategia y a poner en marcha el conjunto de actuaciones que faciliten la ruta hacia la Calidad Total en un periodo concreto de tiempo.
- Igualmente, todo Plan de Calidad debe promover acciones en la búsqueda de la Calidad Total, garantizar el cumplimiento de la estrategia gerencial, fomentar la formación, y fomentar una cultura de cambio.
- En el Instituto Psiquiátrico José Germain, partiendo del Plan General de Acción 2006-2012, se elabora un Plan de Calidad⁴³ donde se concreta el Sistema de Gestión de la Calidad, determinando las funciones concretas en materia de Calidad del Equipo Directivo, del Departamento de Calidad y de la Comisión Central de Calidad Hospitalaria. Asimismo, se determina una metodología basada en siete ejes estratégicos: el cumplimiento del Plan General de Acción, la implantación de la Gestión por Procesos, la Comunicación, la Gestión del Conocimiento, las Comisiones y Grupos de Trabajo, el Benchmarking y la Certificación.
- Por otra parte, en el Plan de Calidad se indica cuál debe ser la documentación resultante, las fases de implantación, el proceso de evaluación y, por último, el sistema de revisión anual, con el fin de asegurar la conveniencia, adecuación y la eficacia de las acciones emprendidas, que dan lugar al desarrollo de los Planes Anuales de Gestión de la Calidad.

3. Plan Anual de Gestión de la Calidad:

- Un Plan Anual de Gestión de la Calidad debe desarrollar el Plan de Calidad de una organización en su aplicación anual, recogiendo los objetivos e indicadores establecidos para cada año con el propósito final de alcanzar las metas propuestas.
- Este tipo de planes ordena las acciones de Calidad a lo largo de los 12 meses, incluyendo todos los aspectos directa o indirectamente relacionados, y se apoya en un cronograma como herramienta de seguimiento y control.
- En el Instituto Psiquiátrico José Germain se adopta esta manera de gestión anual a raíz del Plan General de Acción y del Plan de Calidad, como instrumento de programación y revisión. El Plan Anual de Gestión de Calidad que se realiza en el Centro corresponde a los años naturales, llevándose a cabo en los meses de diciembre.

Estos documentos en los cuales se identifica, agrupa, codifica, conserva y dispone todo lo referente a la Política y Gestión de la Calidad están sometidos a un estricto control por el Departamento de Calidad, creado en 2007, y están ubicados físicamente en el llamado «Archivo de Calidad» creado a finales de 2008. Este archivo está formado por 14 cajas que guardan toda la información



El Archivo de Calidad se creó en 2008 y está ubicado en la Administración ■



relacionada con las políticas de Calidad en el Instituto de manera jerarquizada. Junto a esta documentación se archivan publicaciones elaboradas por otras instituciones y libros de Calidad que sirven de consulta para todos aquellos trabajadores que lo deseen.

Además del registro físico también existe un almacenamiento en formato electrónico a disposición de los trabajadores autorizados según la tipología de cada documento.

4.5. EL DIAGNÓSTICO: AUTOEVALUACIÓN 2008-09 EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SEGÚN EL MODELO EFQM

El método de evaluación del Modelo EFQM es «un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con un modelo de Excelencia». Según lo expuesto en el Capítulo I, este modelo es la referencia para toda Europa, siendo adoptado por la Comunidad de Madrid en 1997 como Modelo de Gestión de la Calidad. Igualmente, en el apartado 2.4., se puede comprobar cómo a través de dos Decretos, la Comunidad de Madrid establece que la Autoevaluación resulta un medio imprescindible para mejorar la utilidad social de todos los órganos y entidades de la Administración Autonómica, debiéndose implantar para la mejora de los servicios.

La decisión, incluida en el Plan General de Acción 2006-2012, de someter por primera vez al Instituto Psiquiátrico José Germain a este examen reposa en estas normativas de la Comunidad de Madrid y en la conveniencia de valorar el progreso actual del Centro y ampliar sus Planes de Mejora. Por ello, en octubre de 2008 se inicia este proceso de Autoevaluación que finaliza en febrero de 2009, realizándose a lo largo de otros cuatro meses la priorización de las áreas de mejora y la elaboración de nuevos planes de acción.

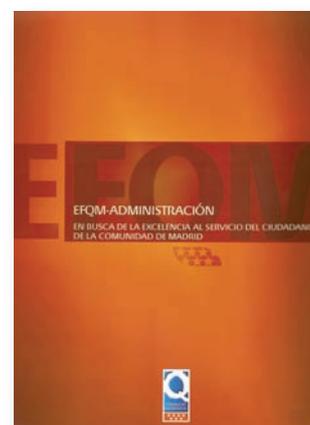
En el proceso de Autoevaluación llevado a cabo, se recurrió al Manual de Aplicación y Autoevaluación del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, desarrollado en el 2005 por la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la Consejería de Sanidad. Este manual pretende facilitar el autoanálisis de los centros, y la elaboración y puesta en marcha de proyectos de mejora tomando como referencia el Modelo EFQM.

Para su desarrollo inicial, los miembros del Equipo de Autoevaluación del Instituto recibieron la debida formación sobre el modelo de evaluación EFQM, a través de un curso impartido por la Agencia Laín Entralgo. Esta formación se impartió en septiembre de 2008, con la siguiente participación: Director Gerente, Director Médico, Directora de Enfermería, Directora de Gestión, Coordinadora de Calidad, Responsable de Atención al Paciente, Jefe de Sección de Personal, Jefe de Sección de la Unidad Residencial, Jefe de Sección de Atención Ambulatoria, dos Jefes de Unidad de Enfermería, Responsable de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados, Jefe de Negociado de Calidad y Responsable de Servicios Generales y Hostelería.

Finalizada la formación, se realizaron durante varias semanas diversas sesiones para el análisis de cada uno de los criterios de los que se compone el modelo breve del cuestionario de Autoevaluación



En el Plan General de Acción 2006-2012 se incluye la realización de la primera Autoevaluación del Instituto Psiquiátrico José Germain



de la Fundación Vasca para la Excelencia Euskalit. Este cuestionario reducido sigue la estructura del Modelo EFQM, en lo referente a los nueve criterios analizados, pero difiere en el contenido de cada una de las cuestiones de las que se componen cada uno de los subcriterios.

El trabajo fue coordinado desde el Departamento de Calidad del Instituto con la asesoría de la Asociación Española para la Calidad. Una vez finalizadas las sesiones, la puntuación total obtenida fue de 233 puntos que se reparten por los distintos criterios según muestra la Figura 34. Tras un análisis sobre este dato general se puede concluir que en relación a la puntuación que pudiera obtener una organización excelente, el Instituto comparte parecido patrón, aunque el resultado esté muy por debajo de lo recomendable, producto de un fuerte sentimiento autocrítico y que las acciones implantadas en los últimos 24 meses aún no reflejaron resultados evaluables. De cualquier manera, esta baja puntuación es un dato objetivo sobre la necesidad de insistir en un gran número de aspectos generales y particulares de la organización.

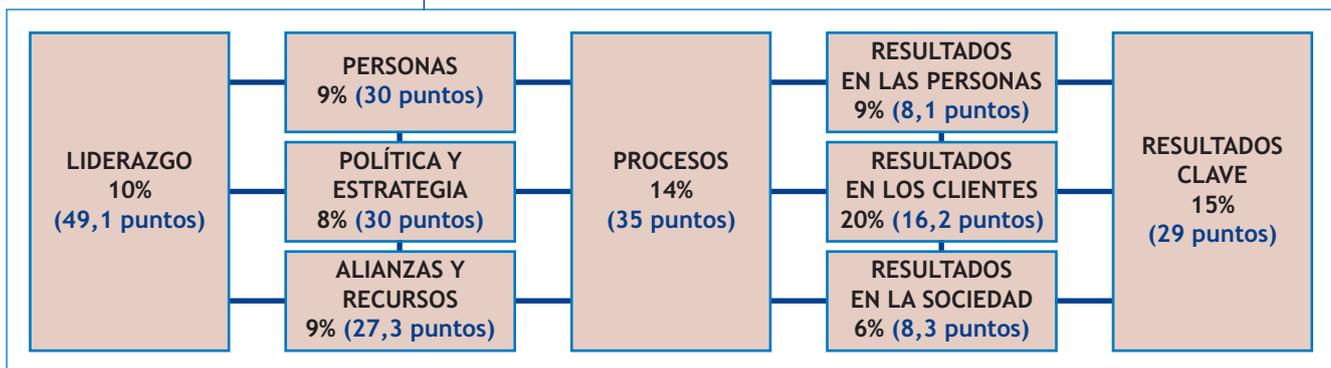
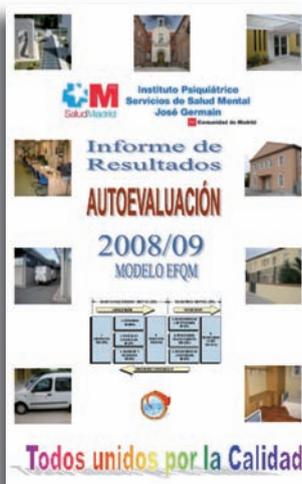


Figura 34. Puntuación de la Autoevaluación 2008-09 según el Modelo EFQM.



A modo de resumen, los datos que figuran en el Informe de Resultados elaborado ad hoc muestran mayores fortalezas en los criterios Agentes que en los de Resultados, siendo el liderazgo el que obtiene mayor puntuación. Tal y como ocurre en la mayoría de organizaciones sanitarias, los resultados en personas y en la sociedad requieren de un mayor esfuerzo para la organización, siendo necesario implantar numerosas acciones que mejoren su funcionamiento. En el gráfico comparativo se pueden observar las importantes diferencias con una organización excelente, compartiendo la misma distribución salvo en el criterio «Resultados en Personas», cuyas acciones emprendidas desde 2006 todavía no habían influido sobre las medidas de percepción y en los indicadores de rendimiento.

En este sentido y a nivel general, seguramente la puntuación sería mayor en la actualidad puesto que muchas áreas de mejora han sido abordadas durante el último año. Como mejor ejemplo de ello es el reciente diseño de todos los procesos asistenciales o las encuestas realizadas.

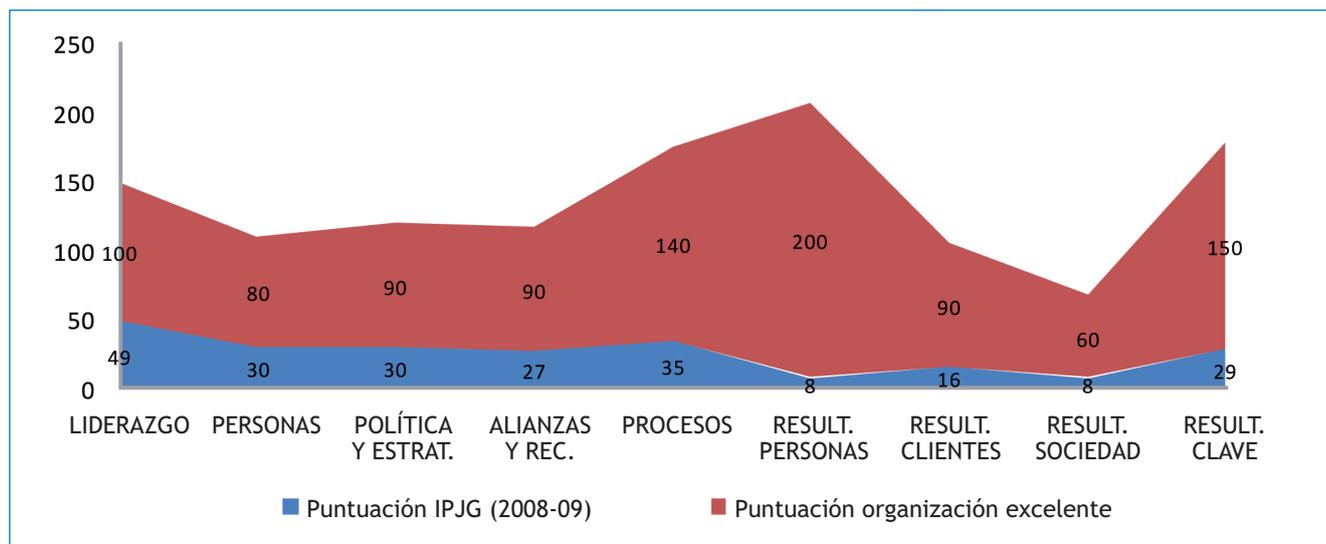


Figura 35. Comparativa de la puntuación de la Autoevaluación 2008/09 en el Centro con una organización excelente.

De cara a facilitar el análisis de las áreas de mejora que inciden sobre más de un criterio se recurre a los ejes transversales que permiten la lectura del modelo con carácter horizontal recogiendo la información de forma transversal, de modo que el análisis de los procesos y la gestión de las medidas correctoras ofrezcan una mayor homogeneidad en su comprensión.

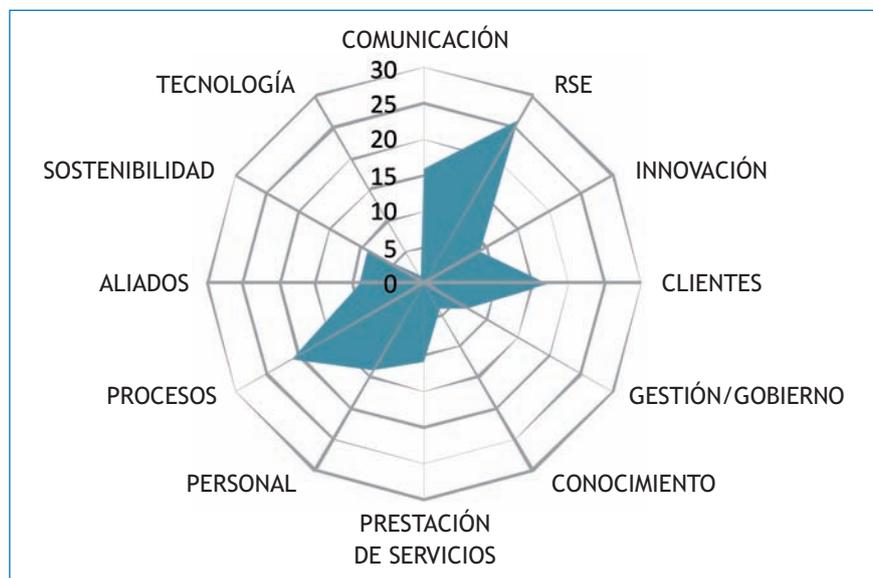


Figura 36. Autoevaluación 2008-09 según los ejes transversales.

En relación a los resultados desde este punto de vista transversal, podemos observar cómo en la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) se obtiene una gran puntuación producto de las características intrínsecas del sistema público y de las acciones emprendidas en el vigente Plan General de Acción. Por otra parte, el eje transversal con menor puntuación es el llamado Tecnología, cuyo dato puede deberse al bajo impacto de las nuevas tecnologías sobre el rendimiento de una organización orientada a la salud mental.

Mediante la Autoevaluación 2008-09 se detectaron 100 áreas de mejora y 41 puntos fuertes ■

A modo de conclusión, se debe resaltar que el principal objetivo fue la reflexión en equipo sobre las actividades y resultados de la organización, seguido de la elaboración de algunos planes para la mejora continua a incluir en el Plan General de Acción. Tras un importante esfuerzo de autocrítica y autoevaluación, la mayoría de los miembros del equipo expresaron su satisfacción por el método y los resultados, y por el valor didáctico del modelo. Este sentimiento de autocrítica requerido para el autodiagnóstico y fomentado durante la fase de formación, tal vez, impidió establecer más puntos fuertes y lograr una mayor puntuación, produciendo un cierto desánimo sobre el «qué se hace» y «cómo se trabaja». Igualmente, a la mayoría de los miembros les sorprendió pensar en la «competencia» y en «aliados», dando lugar a un debate muy constructivo sobre el papel que juega el Instituto en el sistema sanitario madrileño.

Igualmente, y como resultado del análisis final, se han obtenido una serie de áreas de mejora en relación a cada uno de los criterios y sobre los ejes transversales. En concreto, se detectaron 100 áreas de mejora y 41 puntos fuertes, con una distribución por criterio del modelo, según se muestra en la Figura 37.

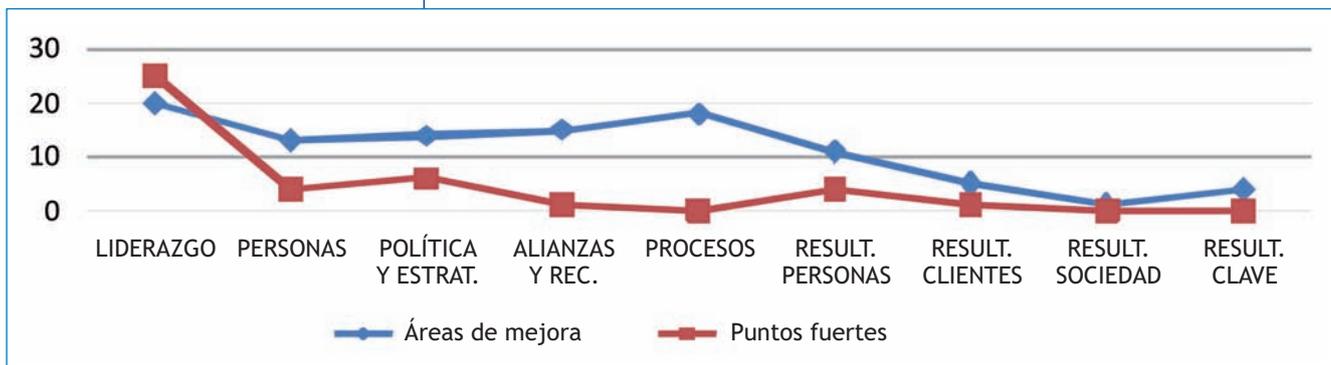


Figura 37. Áreas de mejora y puntos fuertes según la Autoevaluación 2008-09.

Todas estas áreas de mejora han sido priorizadas atendiendo a su importancia, urgencia y viabilidad de cara a emprender acciones, situándose en primer lugar aquellas relacionadas con la comunicación y la Gestión del Conocimiento. Por este motivo, en julio de 2009 se aprobó en el Consejo de Dirección incluir en el Plan General de Acción 2006-2012 dos nuevos planes dirigidos a la mejora urgente de estas dos importantes áreas.

4.6. LA HERRAMIENTA: LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS

Las organizaciones actuales se encuentran en un entorno competitivo donde los sistemas de Gestión de la Calidad deben orientarse hacia modelos que respondan con suficiencia a los conceptos de Excelencia vigentes.

En el ámbito sanitario se han observado cambios notables en las características epidemiológicas de la población, perfiles de morbilidad, necesidades y expectativas sociales y mercado, cambios tecnológicos, así como de aspectos organizativos y de búsqueda de la eficiencia de las instituciones de servicios sanitarios. Debido a lo anterior los modelos de gestión han ido evolucionando desde una perspectiva meramente centrada en el producto final donde priman las características intrínsecas del producto o servicio, pasando por la orientación hacia las necesidades y expectativas del cliente/usuario donde la prestación sanitaria debe asumir compromisos y estándares sobre la atención y sus resultados, hasta finalmente implantar en las propias organizaciones sanitarias sistemas de Gestión de la Calidad Total, lo que constituye un factor estratégico de extraordinaria relevancia.

El Modelo EFQM, que es una valiosa herramienta que permite implantar un sistema de Gestión de la Calidad Total, establece nueve criterios que dirigen los sistemas de gestión hacia la satisfacción equilibrada de todos los grupos de interés.

De manera central se sitúa el enfoque basado en procesos. El criterio 5, Procesos, considera aquello que una organización hace para diseñar, gestionar y mejorar sus procesos, para apoyar su política y estrategia, y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés.

Abordar este criterio conduce a una organización a modelar sus actividades con un enfoque basado en procesos, diseñando una estructura coherente, describiendo en primer lugar cada uno de ellos, para a continuación establecer sistemas que permitan el seguimiento y la medición del rendimiento de cada proceso y en su conjunto, e introduciendo las mejoras necesarias para satisfacer cada vez más a los diferentes grupos de interés.

Por otra parte, es necesario considerar que el diseño, la gestión y la mejora de los procesos en una organización deben ser impulsados gracias a una implicación directa de los líderes de la organización, que apoyen el desarrollo, la implantación y la mejora continua del sistema de gestión enfocado en los procesos, además de asegurar que la estructura de procesos esté alineada con la política y la estrategia de la organización y que dicha política y estrategia se desplieguen mediante la identificación de los procesos clave en la estructura definida.

Los modelos de gestión han ido evolucionando, centrándose en la actualidad en las necesidades y expectativas del cliente/usuario donde la prestación sanitaria debe asumir compromisos y estándares sobre la atención y sus resultados ■

El criterio 5 del Modelo EFQM considera aquello que una organización hace para diseñar, gestionar y mejorar sus procesos, para apoyar su política y estrategia, y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés ■

Un proceso es un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido ■

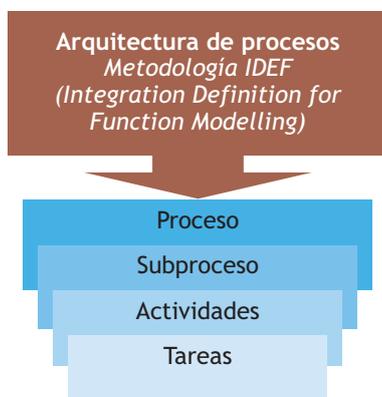
Elementos conceptuales sobre procesos:

- **Proceso.** Un proceso es un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido. En una organización se desarrollan un conjunto de procesos que deben interactuar armónicamente para responder a los cambios internos y externos. En un proceso, cuyo fin es la generación de unos productos o servicios, se diferencian entidades operacionales de inferior nivel llamadas actividades, que a su vez están constituidas por tareas.
- **Tarea.** Unidad operacional más elemental: actuación concreta a realizar en un tiempo limitado.
- **Actividad.** Suma de tareas. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un proceso.
- **Cliente de un proceso.** Persona, departamento o estructura organizativa que recibe el producto o servicio generado en ese proceso. El cliente de un proceso puede ser externo o interno a la propia organización.
- **Procedimiento.** Forma específica de llevar a cabo una actividad. En muchos casos los procedimientos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad: qué debe hacerse y quién debe hacerlo, cuándo, dónde y cómo se debe llevar a cabo, qué materiales, equipos y documentos deben utilizarse, y cómo debe controlarse y registrarse.

Es especialmente relevante atender a ciertos elementos clave en el enfoque basado en procesos. Se precisa:

- Una reflexión en la disyuntiva de «procesos» frente a «procedimientos» para delimitar adecuadamente el alcance del sistema de gestión. El proceso establece una relación sobre qué es lo que debe realizarse, mientras que el procedimiento se centra en cómo debe realizarse, señalando que, entre otros aspectos, esencialmente el procedimiento permite que se lleve a cabo una actividad, mientras que el proceso hace posible centrarse en el resultado y proporciona la información adecuada a las distintas fases individuales y la responsabilidad final del proceso.
- Realizar un análisis de barreras y limitaciones de la gestión funcional de la organización para orientarse hacia la competitividad, identificando las áreas o los procesos críticos de la organización que ofrecen un valor añadido.
- Una orientación definida al cliente, fijando los atributos sobre las necesidades y expectativas del cliente, calidad de requerimientos, calidad de especificaciones y calidad del proceso a realizar.
- Definir la identificación, descripción y secuencia de procesos, resaltando la necesidad de la productividad organizativa global frente a la individual, donde cada departamento o servicio añade su valor a la contribución final, que es el resultado.
- Una asignación de responsabilidades, indicadores y mecanismos estructurados de medición y control de todo el flujo del proceso.
- Evaluar los puntos críticos del proceso, bajo una metodología correcta, y utilizando la mejora continua para reducir la variabilidad general.

El mapa de procesos supone un modelo de representación gráfica de la estructura organizativa que conforma el sistema de gestión, lo que se traduce en un diagrama representativo de una realidad más compleja, visualizando las interrelaciones internas y puntos de contacto comunes, facilitando el análisis de las áreas de mejora que de-



ben abordarse y despreciando aquellas que no generan el valor añadido para el objetivo final. La estrategia de selección de procesos es imprescindible, precisando un conocimiento y una reflexión profunda para delimitar la estructura funcional de la organización. La metodología es diversa y requiere adaptaciones, pero esencialmente se citan diversos factores: influencia en la misión y estrategia, influencia en factores clave/críticos de éxito, efectos en la calidad del producto/servicio, influencia en la satisfacción del cliente, cumplimiento de requisitos legales o normativos, y utilización de recursos.

La agrupación de procesos se establece por la organización, de manera participativa e ineludiblemente con el compromiso firme de la estructura directiva. Se describen tres niveles:

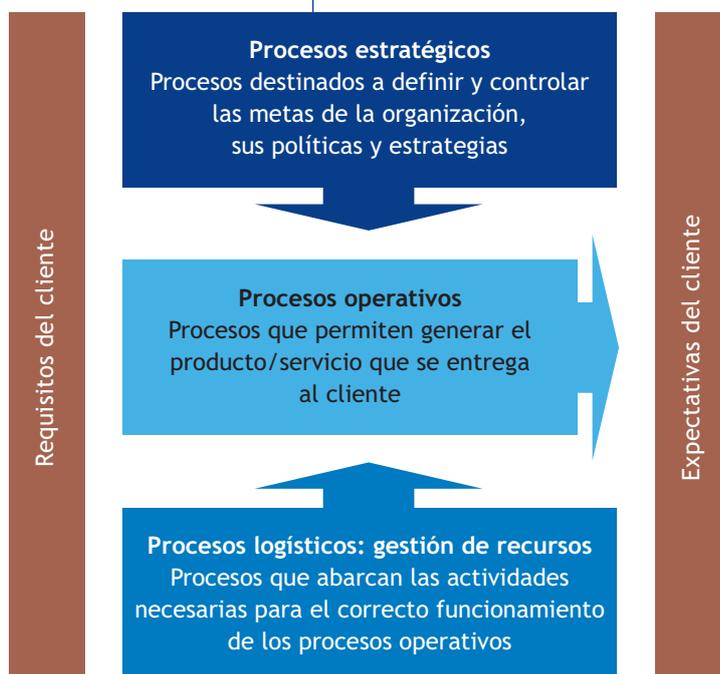
- Procesos estratégicos. Vinculados a la actividad estratégica de la organización, proporcionan información sobre las responsabilidades en planificación y normativa, para guiar a la organización hacia el cumplimiento de los procesos clave. En el ámbito asistencial podrían corresponder al plan estratégico, plan de calidad, programas y contratos de gestión sanitaria, objetivos institucionales, voz del cliente, voz de los profesionales, etc.
- Procesos operativos o clave. Se relacionan directamente con la prestación del servicio o producto, y se sitúan en relación directa con el usuario. Corresponderían a procesos de carácter clínico asistencial, y se deberían delimitar por factores como la prevalencia del problema, el impacto social, la magnitud del cambio, el potencial de mejora, la repercusión económica y en la satisfacción, factibilidad en su abordaje, etc.
- Procesos de soporte o apoyo. Ofrecen los recursos necesarios para la prestación de los anteriores. Se incluyen, por ejemplo, el laboratorio, la hostelería, el almacén, las inversiones, las compras y los suministros, etc.

Para identificar los procesos más relevantes se parte de la visión global de la organización, que correspondería a un macroproceso único, y se acerca la mirada hasta identificar conjuntos de actividades diferenciados que cumplan las características de un proceso:

- La actividad tiene una misión o propósito claro.
- La actividad contiene entradas y salidas, se pueden identificar los clientes, proveedores y el resultado final.
- La actividad debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas.
- Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona.

El mapa de procesos supone un modelo de representación gráfica de la estructura organizativa que conforma el sistema de gestión ■

La agrupación de procesos se establece por la organización, de manera participativa e ineludiblemente con el compromiso firme de la estructura directiva, describiéndose tres niveles: estratégicos, clave y de soporte ■



Perspectiva vertical. Por funciones:

- No muestra el cliente.
- No muestra el producto/servicio que se provee al cliente.
- No muestra el flujo de la actividad a través de la organización.
- Aparece «un aislamiento entre funciones».
- Dificultad en coordinar temas interfuncionales.

Perspectiva horizontal. Por procesos:

- Centrada en la misión de la organización y sus objetivos.
- Permite conocer mejor las interrelaciones entre los procesos.
- Es una gestión orientada al cliente.
- Hace tangibles los servicios.
- Facilita el control y mejora la eficiencia.

En el Instituto Psiquiátrico José Germain, y sobre la base del Plan General de Acción 2006-2012, se plantea por la Dirección la necesidad ineludible de abordar la Gestión por Procesos en el marco de una propuesta de transformación institucional ■

En el Instituto Psiquiátrico José Germain, y sobre la base del Plan General de Acción 2006-2012, se plantea por la Dirección la necesidad ineludible de abordar la Gestión por Procesos en el marco de una propuesta de transformación institucional cuyo objetivo principal es avanzar tomando como punto de partida una organización que recoge los servicios desde una dimensión material o estructural, hacia una visión funcional que se acerque más a cómo nuestras prestaciones son recibidas por el usuario. El ciudadano no tiene por qué percibir ningún obstáculo, ni debe superar ninguna barrera cuando pasa a ser atendido de un dispositivo a otro, y esto debe ser así especialmente cuando se trata de unidades del mismo centro sanitario.

De este modo se inicia una primera fase de información y concienciación, empleando un documento de partida que emplea un formato de preguntas y respuestas para alcanzar el objetivo propuesto, llamado Proyecto Estratégico de Transformación Institucional: Gestión por Procesos 2008⁴⁴.

A partir de aquí se dan todos los pasos que se describen con detalle en el Capítulo 5. Del documento inicial⁴⁴ merece destacarse la respuesta referida a las ventajas del sistema de Gestión por Procesos para el Instituto Psiquiátrico:

- El equipo directivo actúa sobre el proceso en su totalidad, asegurando los recursos necesarios, las relaciones entre procesos y la obtención de los objetivos de la organización, atendiendo a los resultados de los procesos individuales y los resultados globales del sistema.
- Una Gestión por Procesos estructurados incorpora recursos propios, económicos y humanos, y una mayor coordinación con el resto de procesos, reduciendo los problemas de coordinación de los sistemas clásicos basados en un modelo jerárquico. Este funcionamiento sustituye el principio de jerarquía y control por el de autonomía y autocontrol.
- El responsable del proceso asume su autonomía y asegura la eficacia de una manera continua, optimizando sus propios recursos y mejorando la Calidad Asistencial. Asimismo, se posibilita una relación mayor y más directa con los procesos de soporte (personal, servicios generales, mantenimiento, etc.), racionalizando y justificando el coste asignado al proceso.



- Al existir un responsable único, aumenta el compromiso y se reducen las discrepancias entre líderes, evitándose problemas de competencia interna.
- Se sustituye el principio de eficacia por el de eficiencia, procurando ser más competitivos, y cambiando el control basado en la vigilancia por el de la supervisión y el apoyo.
- Los procesos seleccionados se estabilizan con el tiempo, lo que permite una mejor evaluación y seguimiento de los resultados.
- Las medidas de actividad y rendimiento pueden ser mejor tratadas sin centrarse en las personas que lo realizan sino en las personas que lo reciben, situándose el paciente en el centro del funcionamiento y en la piedra angular del proceso.
- Todos los trabajadores del proceso son conocedores de la misión y los valores propios del proceso, esforzándose por alcanzar los objetivos establecidos, con una orientación externa hacia el cliente.
- El trabajador es partícipe de la evolución del proceso y de las mejoras establecidas, participando en el sistema de Autoevaluación y conociendo los resultados del funcionamiento propio.
- El soporte documental propio de este sistema de gestión reduce los procedimientos burocráticos y sustituye la documentación tradicional por aplicaciones informáticas, mejorando la información y comunicación.
- Mayor motivación, compromiso y toma de conciencia de todos los trabajadores al conocer y asumir su papel en una organización enfocada a la Calidad.
- Se impulsa la innovación y la aparición de nuevas ideas en la organización para perfeccionar los procesos.

En esta propuesta de transformación institucional cuyo objetivo principal es avanzar a través de la mejora continua, se establece la Gestión por Procesos como la principal herramienta de gestión, convirtiéndose en la piedra angular del cambio cuya implantación, desarrollo y resultados se relatan en el Capítulo 5, junto a una discusión y conclusiones alcanzadas tras más de tres años de experiencia.

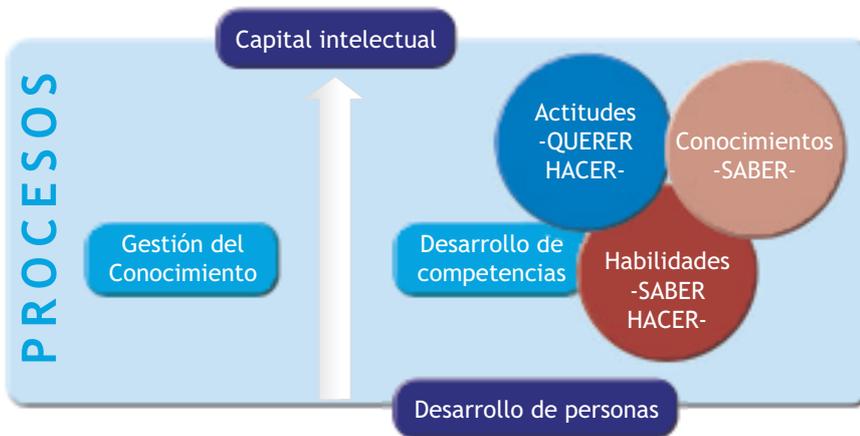
Las medidas de actividad y rendimiento pueden ser mejor tratadas sin centrarse en las personas que lo realizan sino en las personas que lo reciben, situándose el paciente en el centro del funcionamiento y en la piedra angular del proceso ■



Mediante la Gestión por Procesos, todos los trabajadores son conocedores de la misión y los valores propios del proceso, esforzándose por alcanzar los objetivos establecidos, con una orientación externa hacia el cliente ■

4.7. EL CONOCIMIENTO: LA GESTIÓN DEL SABER Y DE LA EXPERIENCIA

El término Gestión del Conocimiento (*knowledge management*), hace referencia a procesos, métodos, sistemas, y herramientas que sirven para generar, reunir, analizar, organizar, disseminar y aplicar experiencias, información y conocimientos colectivos e individuales en beneficio de la organización. El propósito central de la Gestión del Conocimiento es compartir y reciclar todas las fuentes de conocimiento de la organización, haciéndolas accesibles a los profesionales para que adopten las mejores prácticas identificadas.



Este intercambio de experiencias

y conocimientos es un proceso que no puede desarrollarse por sí mismo, y resulta necesaria la creación de una cultura organizacional que fomente el intercambio de conocimientos, una estructura formal que sistematice y facilite la Gestión del Conocimiento.

En este sentido y en la era del conocimiento, uno de los «recursos necesarios» es sin duda el conocimiento organizacional, entendido como «la capacidad orgánica para generar nuevos conocimientos, disseminarlos entre los miembros de una organización y materializarlos en productos, servicios y sistemas». Asimismo, para que una organización pueda mejorar continuamente, antes tiene que aprender y conocer, y esta idea es la clave para comprender la importancia que tiene la Gestión del Conocimiento para la Gestión de la Calidad, como «disciplina que promueve una solución integrada y colaboradora para la creación, captura, organización, acceso y uso de los activos de información de una corporación. Estos activos incluyen las bases de datos, los documentos y las capacidades y experiencias de los empleados»⁴⁵.

El conocimiento organizacional es la capacidad orgánica para generar nuevos conocimientos, disseminarlos entre los miembros de una organización y materializarlos en productos, servicios y sistemas ■

Relaciones entre Gestión del Conocimiento y Gestión de la Calidad⁴⁶.

- Tanto el objeto de la Gestión de la Calidad (necesidades y expectativas de los clientes) como el de la Gestión del Conocimiento (conocimiento organizacional) son intangibles.
- Ambos son procesos integradores, por cuanto deben gestionarse en todos los procesos claves de la organización.
- Ambos se soportan en el sistema documental de la organización, considerando como documento cualquier forma de soporte físico de la información (fotografías, planos, reglamentos, normas, procedimientos, manuales, registros, etc.).
- Ambos involucran a todo el personal de la organización y fracasan sin un liderazgo activo de la Gerencia.
- Están estrechamente vinculados a la cultura organizacional.
- En ambos se pueden utilizar técnicas como el Benchmarking, diagramas causa-efecto, diagramas de afinidad.
- Tienen indicadores de salida comunes, como el incremento de los niveles de satisfacción del cliente, la reducción de costos y el incremento de la participación en el mercado.

En Sanidad, los objetivos de la Gestión del Conocimiento serían la mejora de la Calidad Asistencial, la equidad en la provisión de servicios, la eficiencia en la gestión y como meta final, el aumento del nivel de salud de los ciudadanos⁴⁷. Desde esta perspectiva, se puede afirmar que en la actualidad el desafío de la Gestión del Conocimiento en el ámbito sanitario es triple: Gestión del Conocimiento explícito, haciéndolo más accesible desde un punto de vista funcional, físico e intelectual; Gestión del Conocimiento generado durante la práctica o cómo convertir el conocimiento tácito en capacidad para la acción; y Gestión de la Información del, y para, el cliente final: el paciente⁴⁸.

En el Instituto Psiquiátrico José Germain no se es ajeno a estos cambios, y por ello, tras la Autoevaluación 2008-09, se ha incluido la Gestión del Conocimiento dentro de sus principales líneas estratégicas de gestión en el Plan General de Acción 2006-2012.

La misión del Plan de Gestión del Conocimiento del Instituto Psiquiátrico es diseñar y garantizar la gestión eficiente de un sistema, que permita conocer el verdadero capital intelectual y competencial de la organización, accediendo a los conocimientos tácitos y explícitos que guían la práctica profesional, favoreciendo la transmisión del conocimiento en la organización, potenciando el desarrollo y la innovación, y fomentando la autonomía y toma de decisiones de los profesionales que basarán su actuación profesional en el conocimiento compartido.

De esta manera, en el Instituto Psiquiátrico, la Gestión del Conocimiento es conceptualizada como un elemento globalizador que se sustenta en cuatro pilares fundamentales: formación pregrado y postgrado, formación continuada, investigación, y Gestión de la Información.

Uno de los objetivos generales del Plan de Gestión del Conocimiento, es la gestión del aprendizaje de los profesionales a través de un Plan de Formación Continuada, que permita que los conocimientos y habilidades adquiridas a través de las acciones formativas sean trasladados y aplicados en el desempeño profesional, con la consecuente ventaja competitiva para la organización.

En relación al área de investigación, creemos que existe un considerable desequilibrio entre el alto nivel técnico alcanzado por el área asistencial, y el aún escaso desarrollo de la investigación en nuestro ámbito. La constatación de esta asimetría exige la definición de voluntades y el establecimiento de líneas de acción estratégicas cuyo mantenimiento potencie y facilite una actividad investigadora acorde con el desarrollo asistencial. Por ello uno de los objetivos del Plan de Gestión del Conocimiento es el desarrollo e

«En las organizaciones sanitarias es el profesional el que tiene el conocimiento, principal valor competitivo de las organizaciones» ■



En el Instituto Psiquiátrico, la Gestión del Conocimiento es conceptualizada como un elemento globalizador que se sustenta en cuatro pilares fundamentales: formación pregrado y postgrado, formación continuada, investigación, y Gestión de la Información ■

La información debe estar donde se necesite ■

El cambio cultural supone que todo el mundo debe concienciarse que ir a trabajar es ir a aprender ■

implementación del Plan de Investigación en el Instituto Psiquiátrico, como vía para el fomento de la cultura de la investigación en nuestra organización.

Respecto a la docencia, uno de los objetivos es el Plan de Calidad de la Docencia que establece las líneas de acción y los criterios de calidad para el desarrollo de este apartado, incluido en la misión de la institución.

Finalmente, la Gestión de la Información resulta uno de los pilares básicos para el general conocimiento de lo que se hace. Por ello, el uso de aplicaciones informáticas que reúnan y difundan la actividad resulta fundamental para que la totalidad de los profesionales compartan el resultado existente. Por otra parte, la recopilación y revisión de toda la información en forma de documentos varios en formato electrónico (protocolos, procedimientos, fichas de procesos, etc.) es esencial para lograr compartirla, accediendo a ella desde el puesto de trabajo, al ser allí donde se toman las decisiones.

Jornada de Benchmarking 19 de mayo de 2010



Jornada de Benchmarking entre la delegación del Comité Social y de Salud Pública de la ciudad alemana de Fráncfort y el Instituto Psiquiátrico, organizada por la Dirección General de Asuntos Europeos y Cooperación del Estado de la Comunidad de Madrid y la Subdirección General de Cooperación Sanitaria y Relaciones Institucionales de la Consejería de Sanidad.

4.8. LA EFICIENCIA: LA GESTIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS

Según la Real Academia Española, gestionar es “hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera”. En este sentido, también se dice que gestionar es organizar y administrar recursos de manera que se pueda desarrollar un proyecto dentro del alcance, el tiempo, y coste definidos. Como referente, también podemos recurrir a las Normas ISO 9001, donde se pueden encontrar distintas definiciones relacionadas con la gestión de los recursos económicos, humanos, de infraestructura, e incluso de medio ambiente.

Estas diferentes áreas funcionales de una organización ni son ni pueden tratarse como compartimientos estancos y aislados, siendo la coordinación y la descentralización la base sobre la que se asienta una eficaz gestión de los recursos.

En cuanto a la gestión de los recursos humanos, tanto los aspectos organizativos, los puramente administrativos, así como los relacionados con el liderazgo, deberán ser sopesados a la hora de pensar en afrontar nuevos retos. La gestión del resto de recursos en las organizaciones deberá configurarse en torno a tres vectores fundamentales, la gestión financiera y de infraestructuras, la gestión de la tecnología, el capital intelectual y la gestión de las alianzas.

Por otra parte, en la actualidad gestionar está estrechamente relacionado con la Calidad, a nivel general, siendo la eficiencia el objetivo a perseguir. Actualmente, se entiende por eficiencia “la relación entre los resultados obtenidos (ganancias, objetivos cumplidos, productos, etc.) y los recursos utilizados (recursos humanos, inversión, gasto corriente, etc.)”.

A partir de los distintos significados de eficiencia (utilización correcta de los recursos disponibles, el logro de las metas con la menor cantidad de recursos, u operar de modo que los recursos sean utilizados de forma más adecuada) se puede determinar que constituye un requisito de la gestión en cualquiera de sus ámbitos, sobre todo en el público, puesto que el cliente/administrado exige que los gestores sean capaces de obtener los resultados deseados mediante la óptima utilización de los recursos disponibles.

Desde este punto de vista, en la gestión sanitaria se ha producido un cambio cultural a lo largo de los últimos 20 años al deberse alcanzar la eficacia con un coste asumible, a través de políticas de racionalización del gasto.

La racionalización del gasto sanitario se puede agrupar en diversos bloques, desde estilos de vida y estrategias de salud hasta medidas relativas a la gestión sanitaria y el proceso de suministros⁴⁹. En cuanto a la gestión sanitaria, las políticas macroeconómicas no son suficientes, debiendo actuar desde la organización cediendo competencias de la Gerencia a los profesionales sanitarios, prestadores directos de los actos asistenciales a los pacientes, para de esta forma unir

Gestionar es concretar ■

Gestionar recursos es el proceso continuo de toma de decisiones sobre ellos, orientado a la consecución de los objetivos tanto a corto, como a medio y largo plazo ■

Organizar los recursos implica determinar qué medios y personas ponemos a disposición de la actividad, quién hace cada cosa y cuál es la relación jerárquica entre los distintos participantes en la empresa ■

Eficiencia es la utilización correcta de los recursos disponibles, el logro de las metas con la menor cantidad de recursos, u operar de modo que los recursos sean utilizados de forma más adecuada ■

El coste de oportunidad se basa en que, teniendo en cuenta la escasez de recursos en relación con las necesidades, el empleo de un recurso en una determinada alternativa impide que este mismo recurso sea empleado en otra alternativa diferente ■

a la responsabilidad que ahora tienen la capacidad de decidir los medios a utilizar. En este sentido, el coste de oportunidad de invertir en una intervención de asistencia sanitaria se mide mejor comparando su efecto con los beneficios en salud que se podían haber logrado habiendo gastado el dinero en la mejor intervención alternativa, pudiendo ser evaluado como coste efectividad o coste utilidad.

En el ámbito de la Comunidad de Madrid, los Presupuestos Generales marcan la referencia para todos los centros gestores y demás organismos. Estos presupuestos, desde hace años, son elaborados sobre los principios de estabilidad presupuestaria, transparencia y eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos, con una clara vocación de servicio al ciudadano.



Los criterios de austeridad, rigor y control del gasto público que emanan de los presupuestos anuales son la base para la racionalización de la gestión para obtener, no solo los mejores resultados, sino hacerlo además de forma eficiente.

Para hacer realidad esta orientación en el sector sanitario público madrileño, existe desde el 2005 el Plan de Austeridad de Gastos Corrientes de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, con una triple finalidad, reducir el gasto público de naturaleza corriente, fomentar el uso racional de los recursos públicos por parte del personal de la Consejería y de los Organismos Autónomos y Entes Públicos adscritos, y mejorar la imagen institucional del Servicio Madrileño de Salud.

Para abordar la implementación de estas políticas, se configura como condición necesaria la motivación y alineación de todo el personal del Servicio Madrileño de Salud con estos objetivos institucionales, empezando por los equipos directivos, implicándose todos en el uso racional de los recursos públicos y contribuyendo a la sostenibilidad y mejora de la calidad del modelo de Sanidad pública mediante la aplicación de medidas tendentes a impulsar la optimización de los recursos disponibles y la búsqueda de una asignación eficiente.

En el Instituto Psiquiátrico José Germain, como Centro Gestor, ha procurado seguir y complementar estas directrices, haciéndolas extensivas a todos los conceptos de gasto, sin perjuicio de la naturaleza asistencial de la actividad realizada en el Centro, y a los objetivos y los recursos establecidos en los contratos de Gestión o programas suscritos anualmente por la Gerencia del Centro y el Servicio Madrileño de Salud.

Siempre bajo la vocación de prestar un buen servicio público, en el Plan General de Acción 2006-2012 se incluyen distintas líneas de acción, como las denominadas «Fomentar el uso eficiente de los recursos» y el «Programa de Racionalización del Gasto Farmacéutico» ■

Como despliegue de estas políticas, y siempre bajo la vocación de prestar un buen servicio público, en el Plan General de Acción 2006-2012 se incluyen distintas líneas de acción, como las denominadas Fomentar el uso eficiente de los recursos y el Programa de Racionalización del Gasto Farmacéutico, incluyendo objetivos generales y específicos que se concretan en un buen número de medidas orientadas a la optimización en la asignación de los recursos y a la búsqueda de la excelencia a través de la eficacia y eficiencia en su gestión.

Esta política de Calidad orientada a la eficiencia, que incluye la descentralización, la delegación y los pactos de consumo, ha conllevado que en pocos meses se alcanzasen los primeros resultados significativos, en cuanto a minoración de costes, en la gran mayoría de partidas presupuestarias. Sobre estos resultados, mención especial merece el desarrollo del Programa de Racionalización del Gasto Farmacéutico en el Instituto por el esfuerzo realizado a lo largo de los últimos años tanto en el diseño de la política de adecuación del gasto, a través de los pilares de eficacia, seguridad, calidad y coste, así como en la concienciación de los profesionales prescriptores.

Las primeras acciones se inician durante el primer semestre de 2008, con el establecimiento de nuevos criterios para la gestión de compras entre Farmacia y Aprovisionamiento que posibilitan una reducción significativa que aumenta a los pocos meses gracias a nuevas medidas orientadas a favorecer el uso racional de los medicamentos y mejorar la prescripción de fármacos a los pacientes en régimen de hospitalización, persiguiendo una mayor efectividad de los tratamientos prescritos y garantizando su seguridad.

El cuadro adjunto refleja el impacto al cierre del Ejercicio 2009 de las políticas de contención del gasto impulsadas desde la racionalización del mismo.

Por último, conviene señalar otro área del Instituto que, tras la publicación de su Plan Estratégico, ha supuesto un importante desarrollo durante estos años: el mantenimiento y adecuación de sus infraestructuras, piedra angular junto con los recursos humanos, para un óptimo funcionamiento de la organización acorde a su misión.

Los planes y actuaciones definidos en este ámbito están siendo implantados de forma gradual y progresiva a lo largo del horizonte de planificación en función de los recursos disponibles en cada ejercicio económico, y están significando para el Instituto, además de un importante esfuerzo organizativo y financiero, un cambio en la adecuación y funcionalidad de sus instalaciones y de los recursos humanos, más acorde a las necesidades de los usuarios.

PARTIDA	DENOMINACIÓN	CIERRE 2009/ OBJETIVO C. P. 09
SUMA 12	PERSONAL FUNCIONARIO	-8,00%
SUMA 13	PERSONAL LABORAL	-2,63%
SUMA 19	PERSONAL ESTATUTARIO	32,48%
TOTAL CAPÍTULO I		-1,60%
SUMA 21	TOTAL REP. MANT. Y CONSERV.	-32,41%
SUMA 22	TOTAL MAT. SUMIN. Y OTROS	0,79%
SUMA 23	TOTAL INDEMNIZ. POR RAZÓN SERV.	-50,76%
SUMA 270	SUBTOTAL MATERIAL SANIT.	4,11%
SUMA 27100	Productos farmacéuticos	-27,86%
SUMA 27140	Fluidoterapia y dietoterapia	4,59%
SUMA 271	SUBTOTAL PTOS. FARMACÉUTICOS	-26,26%
SUMA 27	TOTAL MAT. SANIT. Y PTOS. FARMAC.	-20,01%
TOTAL CAPÍTULO II		-6,08%
PARTIDA	DENOMINACIÓN	JUN 2010/ OBJETIVO C. P. 10
SUMA 12	PERSONAL FUNCIONARIO	-10,09%
SUMA 13	PERSONAL LABORAL	-12,20%
SUMA 19	PERSONAL ESTATUTARIO	102,80%
TOTAL CAPÍTULO I		-5,70%
SUMA 21	TOTAL REP. MANT. Y CONSERV.	-15,33%
SUMA 22	TOTAL MAT. SUMIN. Y OTROS	-2,62%
SUMA 23	TOTAL INDEMNIZ. POR RAZÓN SERV.	-79,90%
SUMA 27	TOTAL MAT. SANIT. Y PTOS. FARMAC.	-1,66%
TOTAL CAPÍTULO II		-5,03%

En el Instituto Psiquiátrico se está implantando un cambio en la adecuación y funcionalidad de sus instalaciones y de los recursos humanos, más acorde a las necesidades de los usuarios ■

Se debe lograr la mayor eficacia y calidad posible como productores de salud con un coste racional y equilibrado de los recursos disponibles

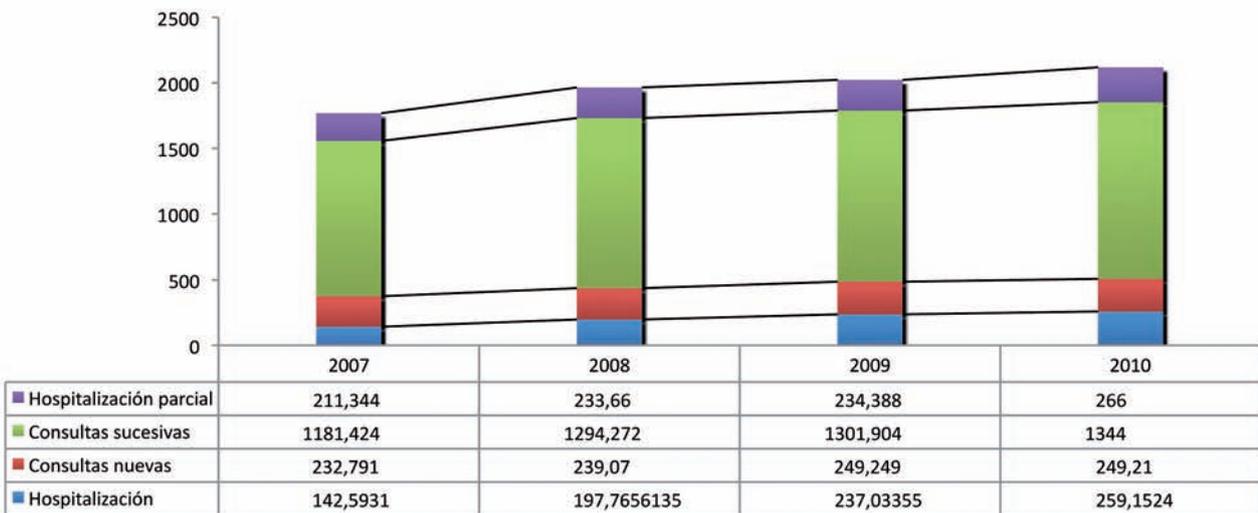
La contención del gasto es compatible con la mejora de la calidad en la atención sanitaria y la prestación farmacéutica

La evaluación a través de encuestas de satisfacción a pacientes, familiares y trabajadores de estos planes y actuaciones sobre infraestructuras está reportando importantes resultados relacionados con la percepción de una mayor calidad de las instalaciones, redundando tanto en mejoras en la Calidad Asistencial como en el clima laboral. Asimismo, está permitiendo la identificación de otras necesidades, que, una vez priorizadas, se configuran como nuevas oportunidades para el Centro de mantener su proceso de mejora continua sostenido en el tiempo.

En este sentido, se puede entender la satisfacción de los distintos clientes como una estandarización del proceso productivo, aunque resulte muy difícil su relación con la eficiencia de los centros sanitarios, y en concreto con el nivel de gestión en el Instituto Psiquiátrico. Aún así, aunque resulte atrevido, podemos concluir que la dirección a seguir es aquella que relacione la calidad, el coste y la productividad, independientemente de cómo se mida esta última, procurando la mayor eficacia y calidad posible como productores de salud con un coste racional y equilibrado de los recursos disponibles.

Para finalizar, podemos recurrir al Índice Sintético como indicador para valorar de modo conjunto toda la actividad productiva del Instituto, asignando una ponderación a cada una de las actividades asistenciales del Centro.

ÍNDICE SINTÉTICO 2007-2010





LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO COMO PIEDRA ANGULAR DE LA TRANSFORMACIÓN

Fase I.
Planteamiento,
Concienciación
e Implantación

Fase II.
Constitución de Equipos
de Gestión y Mejora
de los Procesos

Fase III.
Diseño de los Procesos
Seleccionados

Fase IV.
Resultados

Discusión

Conclusiones

Anexo.
Fichas de los Procesos

5.1. FASE I. PLANTEAMIENTO, CONCIENCIACIÓN E IMPLANTACIÓN

La búsqueda de la Calidad Total emprendida por la Gerencia desde septiembre de 2006 y comprometida con la institución a través del Plan General de Acción 2006-2012, conlleva como pilar fundamental la implantación y el desarrollo de la Gestión por Procesos en el Instituto Psiquiátrico José Germain.

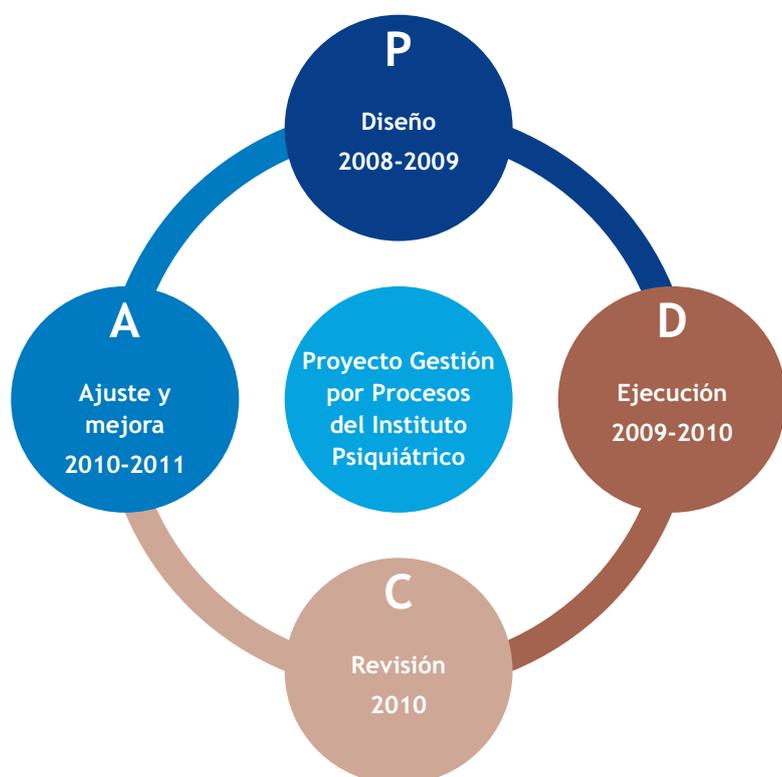
Este proyecto de cambio, producto de una toma de conciencia sobre la necesidad inexcusable de normalización y modernización del Centro, requería de una planificación para lograr lentamente el compromiso de una gran mayoría de personas de la organización y para avanzar por las distintas fases del diseño e implantación de la Gestión por Procesos. Esta planificación ha sido dirigida empleando el enfoque teórico presente en las Normas ISO y en el Modelo EFQM.

Tal y como se ha mencionado en los apartados 1.3. y 2.1., de entre los Principios de la Gestión de la Calidad, uno de los que implican mayores cambios es el enfoque basado en procesos. Este conduce a una organización a definir de manera sistemática las actividades que componen cada uno de sus procesos estratégicos, clave y de soporte; identificar la secuencia e interrelación entre todos ellos; analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia de los mismos; centrarse en los recursos y métodos que permiten la mejora; e implementar las acciones necesarias

para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de todos los procesos.

En definitiva, se trata de establecer un proyecto de mejora continua a través del Modelo PDCA, donde el éxito en el diseño y ejecución requiere de un planteamiento inicial, una concienciación de la organización, una implantación del modelo y un desarrollo. Solo si se cumplen estos requisitos se puede lograr un correcto despliegue y medición del modelo para su posterior ajuste y mejora.

En este sentido, y siguiendo las indicaciones de estos referentes, cualquier organización que desee implantar un Sistema de Gestión de la Calidad debe reflexionar y trasladar una propuesta inicial, de manera efectiva, a un documento que sirva de punto de partida y que, detallando la metodología seleccionada y los



pasos a realizar, dirija estos hacia la consecución del objetivo establecido.

Por ello, a los ocho meses de transmitir el deseo de implantar este modelo de gestión en el Plan General de Acción, se desarrolló un documento llamado Proyecto Estratégico de Transformación: Gestión por Procesos 2008-, elaborado entre octubre y noviembre de 2007.

Este documento, en forma de guía, se basó inicialmente en otro elaborado por el Hospital de Móstoles e incluía diversos apartados orientados a explicar detalladamente los conceptos y objetivos fundamentales de la Gestión por Procesos, respondiendo a toda una serie de preguntas que muchos responsables y facultativos estaban planteando desde unos meses antes, como se ve en la Tabla 29.

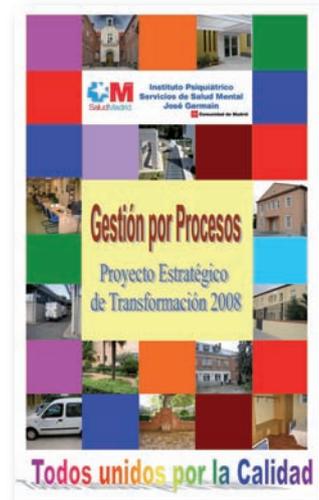


Tabla 29. Preguntas planteadas en el documento inicial del Instituto Psiquiátrico para la implantación de la Gestión por Procesos.

1. ¿Estamos preparados para establecer la Gestión por Procesos como mecanismo habitual para la mejora de la Calidad y la eficiencia de la organización en el Instituto?
2. ¿Cómo identificamos los procesos del Instituto?
3. ¿Sabemos identificar la misión de los procesos clave que sirven para desarrollar las distintas actividades de la organización del Instituto?
4. ¿Sabemos identificar los recursos humanos de los procesos clave que sirven para desarrollar las distintas actividades de la organización?
5. ¿Se puede establecer la interrelación y representación gráfica mediante un mapa de procesos del Instituto?
6. ¿Podemos adecuar el sistema organizativo asistencial del Instituto según el mapa de procesos?
7. ¿Se puede identificar la misión de los procesos de soporte a nivel de toda la Institución?
8. ¿Se puede establecer una estructura funcional de todo el Instituto adecuada a su misión y a la Gestión por Procesos?
9. ¿Cuáles son las ventajas de este sistema de gestión en el Instituto?
10. Tras la definición del mapa de procesos, ¿qué pasos seguiremos?
11. ¿Qué herramienta utilizaremos para el diseño y mejora de los procesos?
12. ¿Con qué fuentes de información contamos en el Instituto?
13. ¿Qué documentación formará parte del manual de procesos?

Además de las cuestiones técnicas habituales, existía una clara preocupación sobre cuáles serían los procesos clave y cómo podían afectar a la estructura vertical establecida desde hace dos décadas. Una vez aclaradas las dudas, se pudo avanzar para delimitar los pasos a seguir, así como los procedimientos y herramientas a utilizar.

El documento fue finalmente presentado en el Consejo de Dirección, en su reunión del 4 de diciembre de 2007, enviándose por correo electrónico a todos los facultativos y responsables asistenciales y no asistenciales del Instituto. Asimismo, se remitió por correo postal junto a la nómina a todos los trabajadores, procurando sumar apoyos, aumentar la participación y obtener comentarios que lo mejorasen.

Por parte de la Gerencia, se mantuvieron distintas reuniones con cada una de las Secciones Sindicales y con el Comité de Empresa.



Igualmente y con idénticos propósitos, se envió el proyecto a la Oficina Regional de Salud Mental y a la Dirección General de Calidad de la Consejería de Sanidad.



En mayo de 2008, se posibilitó que la Agencia Laín Entralgo impartiera un curso sobre Gestión por Procesos, nombrando a todos los asistentes miembros del Comité Evaluador del Mapa de Procesos. Finalizado el curso, este Comité se reunió en varias ocasiones acordando una propuesta definitiva del mapa, como muestra la Figura 38, con mínimos cambios respecto al presentado en el primer borrador.

Tras incluir la redefinición del Mapa de Procesos por el Comité Evaluador y las aportaciones de la Dirección General

del SERMAS y de la Dirección General de Calidad, finalizó la primera fase de concienciación y desarrollo inicial del proyecto, aprobándose definitivamente el documento en la reunión del Consejo de Dirección celebrada el 2 de julio de 2008.

El mapa de procesos incluyó los estratégicos, los de soporte y los operativos, relacionados directamente con la misión del Centro. Para la ordenación de los procesos asistenciales, y tras algunas discusiones, se optó por una clasificación empleando de modo sucesivo tres criterios:

- En primer lugar, en función del grupo de edad a quien va dirigida la actividad asistencial, dando lugar a un proceso de Atención a la Infancia y Adolescencia y a un macro-proceso de Atención a Adultos.
- En segundo lugar, y esto es novedoso respecto a los mapas de procesos de otros centros sanitarios, en función del tipo de intervención realizada y los recursos empleados para llevarla a cabo (ver el mapa).
- En último lugar, en función de la patología concreta del usuario atendido.

En el Mapa de Procesos, para facilitar su visualización, solo aparece representado el primer criterio en el caso de la atención a menores de 18 años, y los dos primeros en el caso de la atención a adultos. La aplicación del tercer criterio da lugar a subprocesos, que no figuran en el mapa, en cada uno de los casos (por ejemplo, atención a los trastornos de personalidad, atención al trastorno mental grave, etc.).

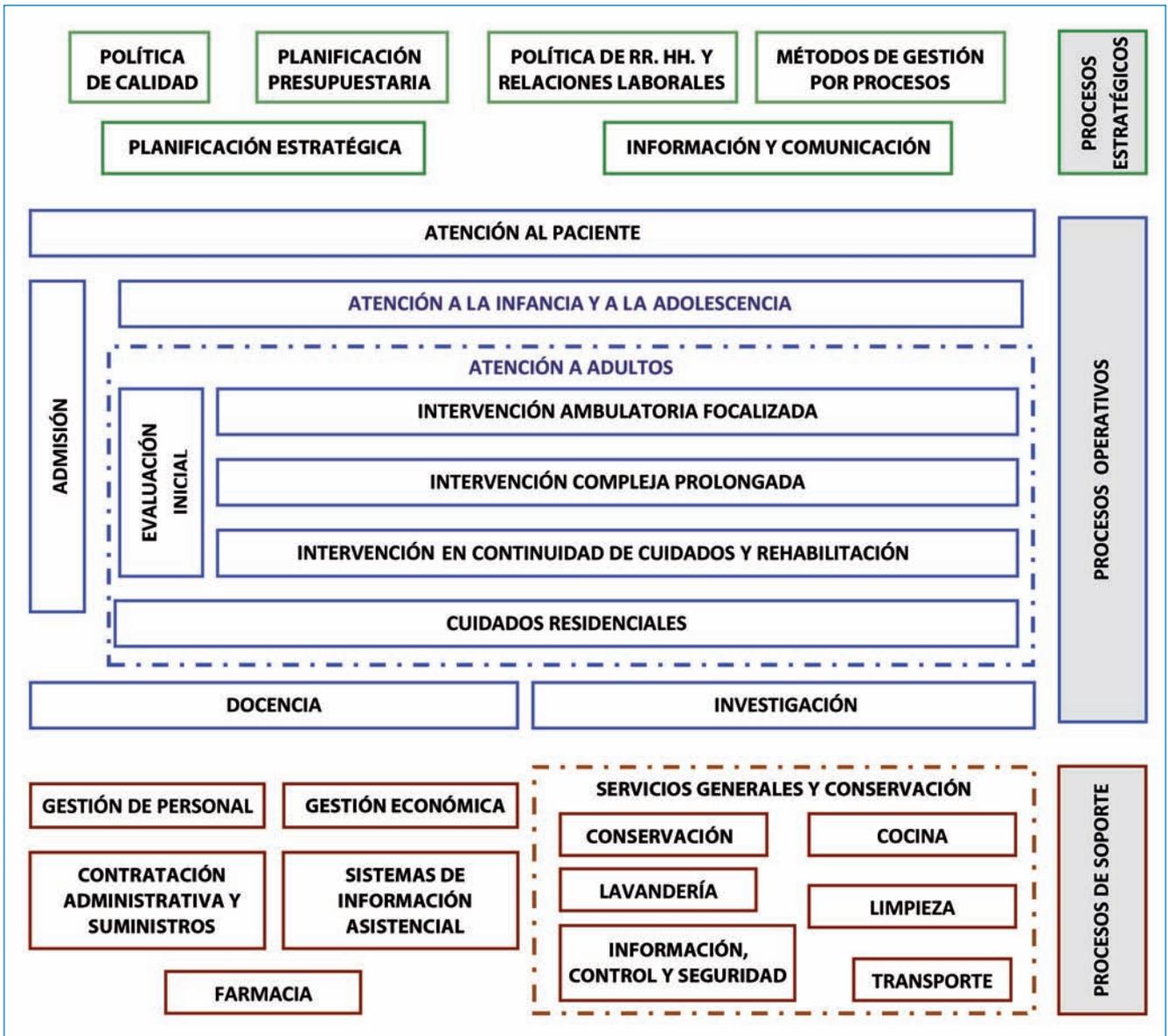


Figura 38. Mapa de procesos del Instituto Psiquiátrico José Germain (julio de 2008).

5.2. FASE II. CONSTITUCIÓN DE EQUIPOS DE GESTIÓN Y MEJORA DE LOS PROCESOS

La Comisión Central de Calidad decidió que los Equipos de Gestión y Mejora de los Procesos estuviesen formados por seis u ocho personas, con gran experiencia en las actividades incluidas, con presencia parcial del equipo directivo, que al menos la mitad tuviese formación adicional en EFQM y Calidad, y que todos los grupos resultasen multidisciplinarios. Por ello, y según lo establecido en el Reglamento General sobre Constitución y Funcionamiento de las Comisiones y Grupos de Trabajo y Mejora (elaborado en 2007), el Consejo de Dirección propuso a cuatro de los ocho miembros de los Equipos, nombrando al propietario y copropietario según los requisitos reflejados en la Tabla 30. La elección de los propietarios de los procesos se llevó a cabo tras resolver la cuestión de si deberían ser jefes orgánicos u otros profesionales.

Los Equipos de Gestión y Mejora de los Procesos deben estar formados por seis u ocho personas, con gran experiencia en las actividades incluidas, de las que al menos la mitad tuviese formación adicional en EFQM y Calidad, de tal modo que todos los grupos resultasen multidisciplinarios ■



Se decidió que había que contar de modo preferente con los jefes para conseguir la transformación real de la organización, puesto que el propietario debía tener autoridad efectiva para liderar e introducir cambios.

La figura del copropietario se incluyó por el importante peso de la Enfermería en la atención y cuidado de los pacientes en los dispositivos hospitalarios. De esta manera, se procuró que los supervisores o jefes de unidad de Enfermería asumiesen voluntariamente parecida responsabilidad a la de los propietarios, con un protagonismo necesario para llevar a cabo las siguientes fases.

Tabla 30. Requisitos y funciones del propietario del proceso.

- Conocer en profundidad el proceso que va a liderar; disponer de conocimientos en metodología de Calidad, gestión de procesos y gestión en las organizaciones sanitarias.
- Capacidad para la toma de decisiones y para facultar al personal en la toma de decisiones sobre la gestión y la mejora del proceso, en función del grado de responsabilidad delegada a cada uno.
- Asumir voluntariamente la responsabilidad de la gestión del proceso.
- Buscar la participación y el compromiso de todas las personas que intervienen en el desarrollo.
- Asegurar que el proceso se desarrolla como está diseñado.
- Garantizar el control y la mejora continua del proceso.
- Asegurar que el producto final satisface las necesidades del usuario.



El resto de los miembros se seleccionó según el reglamento citado, que permite a todos los trabajadores presentarse voluntariamente a cualquier grupo de trabajo, siendo la Comisión Central de Calidad la responsable de establecer la idoneidad entre las candidaturas presentadas.

Al no poder abordar a la vez los 28 procesos, se eligieron para un primer periodo de diseño e implantación de los procesos un total de 10: el proceso de Política de Calidad, el proceso de Farmacia y todos aquellos relacionados directamente con los pacientes.



Figura 39. Participación de los facultativos en los equipos de gestión y mejora de los procesos.

Para los 10 Equipos a constituir correspondientes a los procesos a diseñar en este primer periodo, un total de 48 profesionales fueron propuestos por el Consejo de Dirección, siendo el resto seleccionados de los 43 voluntarios que lo solicitaron.

Una vez seleccionados los voluntarios, el Consejo de Dirección aprobó la relación definitiva de miembros, quedando finalizado el proceso de constitución. Desde el Departamento de Calidad, se remitieron los listados a todos los tablones de anuncios y a los correos electrónicos de los 86 trabajadores pertenecientes a dichos equipos. Cabe reseñar que ningún voluntario se quedó fuera del proceso de selección y que, del total de facultativos del Instituto, un 89% intervienen en este proyecto tan ambicioso.

5.3. FASE III. DISEÑO DE LOS PROCESOS SELECCIONADOS

Aunque existen distintos procedimientos para el diseño o formalización de los procesos, el Instituto Psiquiátrico optó por la propuesta de la Asociación Española de la Calidad (AEC), consultora contratada como apoyo técnico, y que se apoyaba en el uso de un total de ocho fichas, cada una de ellas con un propósito específico. El empleo de fichas tiene la ventaja de que ordena y dirige el trabajo de diseño y la recogida de información aportada por cada uno de los grupos y a la vez facilita que los resultados sean homogéneos tanto en los aspectos conceptuales como en los formales.

Paso 1. Definición Global del Proceso

Ficha 1. Definición.

El objetivo de este paso es perfilar el proceso para su correcto desarrollo posterior, formulando la definición funcional del proceso, que constituye su misión y que debe incluir criterios de calidad. Esta ficha se aprovecha para incluir la relación de miembros del equipo de gestión y mejora de cada proceso.

— Procedimiento: la definición se realizó el primer día de trabajo mediante la discusión de todos los miembros del equipo con la mediación de un técnico externo.

MANUAL DE PROCESOS		PROCESO	CÓDIGO
1. DEFINICIÓN			
Edición:	Fecha:	Revisado por:	Aprobado por:
MISIÓN DEL PROCESO			
COORDINADOR			
EQUIPO DE GESTIÓN Y MEJORA			
NOMBRE	PUESTO DE TRABAJO	COMENTARIOS	

Paso 2. Límites del Proceso

Ficha 2. Límites, entradas y salidas.

Consiste en delimitar dónde empieza (límite de entrada) y dónde termina (límite final) la secuencia de actividades relacionadas con el proceso. Cabe reseñar en este punto que los límites marginales no se han considerado en esta fase de diseño. Asimismo, se definen las entradas al proceso con sus correspondientes proveedores, y las salidas del proceso para cada uno de los posibles clientes.

— Procedimiento: en primer lugar se abordaron los límites del proceso, lo que motivó en ocasiones la revisión de la definición del proceso. Se aclaró que no era obligado incluir en los procesos de modo exhaustivo todas las actividades o funciones de un servicio. El apoyo del consultor externo resultó relevante especialmente en la definición de proveedores, entradas, clientes y salidas, que se abordó a continuación.

— Observaciones posteriores: hubo que revisar algunos límites de entrada y/o salida para que dos procesos no incluyeran la misma actividad, sino que se sucedieran el uno al otro. Asimismo, hubo dificultades para establecer los proveedores al existir un error conceptual que fue corregido con posterioridad.

MANUAL DE PROCESOS		PROCESO	CÓDIGO
2. LÍMITES, ENTRADAS Y SALIDAS			
Edición:	Fecha:	Revisado por:	Aprobado por:
LÍMITES DEL PROCESO			
INICIAL			
FINAL			
PROVEEDOR	ENTRADA	SALIDA	CLIENTE

incluyendo preguntas dirigidas en las diferentes encuestas que se irán realizando en el Instituto Psiquiátrico.

Paso 5. Recursos del Proceso

Ficha 5. Recursos del proceso.

En esta ficha se relacionan los recursos humanos, técnicos y materiales necesarios para el buen funcionamiento del proceso y cuáles son los requisitos de estos recursos. Se documenta además si estos recursos están disponibles o no en el momento actual, así como las acciones para obtenerlos en caso necesario y los responsables de estas acciones.

— Procedimiento: reunión de trabajo con la presencia del consultor externo.

		MANUAL DE PROCESOS	PROCESO	CÓDIGO
5. RECURSOS DEL PROCESO				
EDICIÓN	Fecha	Revisado por:	Aprobado por:	
RECURSO		REQUISITOS	ESTATUS	ACCIONES PARA OBTENCIÓN
			Disponible	Acción
			No Disponible	Responsable
				Fecha

Paso 6. Indicadores del Proceso

Ficha 6. Conjunto de indicadores.

En este paso se establecen los procedimientos de medición a través de indicadores de eficacia y eficiencia, así como la asignación de un responsable de recoger el indicador y de hacer el seguimiento del mismo. Para seleccionar los indicadores se ha dirigido la mirada hacia los puntos del proceso, donde pueda haber cuellos de botella o dudas sobre el buen funcionamiento, de modo que se facilite la toma de decisiones que permita la mejora del proceso.

— Procedimiento: los indicadores fueron establecidos a lo largo de varias reuniones según los intereses del grupo en función de aquellos aspectos susceptibles de mejora que requieren de medición o por los establecidos institucionalmente.

— Observaciones posteriores: fue necesaria una reunión conjunta de todos los propietarios y copropietarios para acordar los indicadores que se iban a medir de modo efectivo, y establecer los procedimientos de recogida de datos. De este modo el conjunto de indicadores surgido del diseño de los procesos es conocido por todos los responsables. En esta reunión se homogeneizaron algunas definiciones y se añadieron y/o eliminaron algunos de los indicadores propuestos inicialmente por los grupos.

		MANUAL DE PROCESOS	PROCESO	CÓDIGO
6. CONJUNTO DE INDICADORES				
EDICIÓN	Fecha	Revisado por:	Aprobado por:	
INDICADOR	OBJETIVO	RESPONSABLE DE CONTROL	FORMA DE OBTENCIÓN	


 Para seleccionar los indicadores se ha dirigido la mirada hacia los puntos del proceso en donde pueda haber cuellos de botella o dudas sobre el buen funcionamiento, de modo que se facilite la toma de decisiones que permita la mejora del proceso ■

Paso 7. Actividades del Proceso y Características de Calidad

Ficha 7. Actividad.

En este paso se describe y documenta cada una de las de actividades concretas que deben realizarse a lo largo del proceso, y que se han definido en el flujograma correspondiente.

En el momento de la documentación de actividades surge de modo espontáneo en la mayoría de los grupos la cuestión de si se debe exponer lo que se hace o lo que se debería hacer. Se les

		MANUAL DE PROCESOS	PROCESO	CÓDIGO
ACTIVIDAD				
EDICIÓN	Fecha	Revisado por:	Aprobado por:	
DESCRIPCIÓN		RESPONSABLE	IMPRESOS Y/o REVISIONES	

La reflexión sobre el propio trabajo que exige la etapa de diseño de los procesos ya introduce cambios positivos en la organización ■

La documentación de las actividades ha obligado a revisar y normalizar una gran cantidad de procedimientos y/o protocolos que existían en el Instituto Psiquiátrico ■

MCM		MANUAL DE PROCESOS		PROCESO		CÓDIGO		
SEGUIMIENTO DE INDICADORES								
INDICADOR	OBJETIVO	EVALUACIÓN						OBSERVACIONES
		1ra	2da	3ra	4ra	5ra	6ra	

Se ha empleado un procedimiento de gestión de documentos de modo que el nombre de cada fichero está compuesto por tres letras que identifican al proceso, otra letra que identifica el tipo de documento, un número consecutivo y la fecha de elaboración (ejemplo: PAD-A01-091115) ■

indica que se documente lo que se hace, pero en la reunión de cierre se recogen las iniciativas de cambio para plantearse si se toman algunas acciones de modo inmediato. Es muy relevante enfatizar que la reflexión sobre el propio trabajo que exige la etapa de diseño de los procesos ya está introduciendo cambios en la organización desde el inicio.

- Procedimiento: cada propietario asigna una tarea a cada miembro del grupo y en dos reuniones, con la presencia de todos los miembros, se traslada a una sola ficha, incorporando los comentarios del resto del equipo con la supervisión directa del consultor externo.
- Observaciones posteriores: la documentación de las actividades ha obligado a revisar y normalizar una gran cantidad de procedimientos y/o protocolos, escritos o tácitos, que existían en el Instituto Psiquiátrico. Este trabajo supone un valor añadido al propio diseño de los procesos, pues ha permitido conocer y ordenar de modo eficiente una gran cantidad de documentación, en algunos casos, duplicada u obsoleta.

Paso 8. Control del Proceso

Ficha 8. Seguimiento de indicadores.

En la ficha se describen los resultados de cada indicador en los distintos periodos de medición a establecer.

- Procedimiento: cada propietario registrará el resultado de los indicadores del proceso asignado, trasladándolo a la Comisión Central de Calidad de la ficha con las observaciones que correspondan según el caso. Para ello, en noviembre de 2009 se inició la elaboración de una aplicación informática que permite el procesamiento de todos estos datos, así como la propia gestión de estos y otros indicadores que se recogen en el Instituto Psiquiátrico, y la presentación flexible de informes de resultados.

Por otra parte, a mitad de esta fase de diseño, se realizó una encuesta a los propietarios y copropietarios para conocer el grado de implicación de los miembros de los grupos y el desarrollo de los mismos, sirviendo también para evaluar a los especialistas de la AEC. Los resultados fueron muy positivos, dando lugar a mínimos cambios respecto al desarrollo establecido.

Para el manejo de toda la documentación generada se ha empleado un procedimiento de gestión de documentos, propuesto por la AEC, de modo que el nombre de cada fichero está compuesto por tres letras que identifican al proceso, otra letra que identifica el tipo de documento, un número consecutivo y la fecha de elaboración (por ejemplo: PAD-A01-091115: se refiere a un documento del Proceso de Admisión [PAD], que contiene la descripción de la primera actividad [A01], en su versión del 15 de noviembre de 2009).

Para el diseño de los flujogramas se recurrió al programa iGrafx, de la Compañía Corel, y para el resto, se utilizó el Word, de Microsoft.

Todos los archivos informáticos se encuentran en una carpeta corporativa del Instituto Psiquiátrico, a disposición de los miembros de los Equipos, junto a diversa documentación técnica, directamente relacionada con la Gestión y Mejora de los Procesos.

5.4. FASE IV. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en las tres primeras fases de este proyecto han sido muy satisfactorios pese a las dificultades de concienciación, organización y comprensión que supone implantar este modelo de gestión en cualquier organización, y especialmente en el ámbito sanitario.

Tras un planteamiento inicial, a nuestro entender acertado, documentado como una guía, surgieron las previsibles resistencias, resultando la concienciación, el consenso y el compromiso los aspectos más complejos.

Una vez resueltas parcialmente las esperadas discrepancias y acordado el Mapa de Procesos, la fase II resultó más sencilla al disponer de un reglamento que posibilitó, de una manera general y transparente, la constitución de los 10 Equipos de Gestión y Mejora de los procesos seleccionados para el primer periodo de implantación.

En esta segunda fase, los datos de participación próximos al 90% del personal facultativo (psiquiatras, psicólogos y médicos internistas) del Instituto constituyen la mayor de las evidencias sobre el interés despertado en la fase I y el grado de compromiso logrado por la Dirección. Al final, entre personal asistencial y no asistencial, el total de miembros de los Equipos supone el 18% de la plantilla (84 de 456 trabajadores), muy por encima de lo esperado, constituyendo una cifra de representatividad muy significativa. A estos datos habrá que sumar los 24 miembros del segundo periodo, y unos 35 del tercero, pudiendo superar los 100 participantes, lo que supondrá haber movilizadado directamente a un 21% del total de la plantilla.

El resultado de la fase III fue igualmente extraordinario, logrando, mediante la metodología aplicada, producir una amplia documentación, tan necesaria para el desarrollo y control de los procesos, que de una manera sistemática y ordenada constituye en sí misma un valor añadido en el funcionamiento de esta organización.

A las orientaciones técnicas de la consultora AEC también hay que sumar las numerosas aportaciones del Departamento de Calidad y del propio equipo directivo, habiendo sido estrecha la colaboración entre todos ellos.

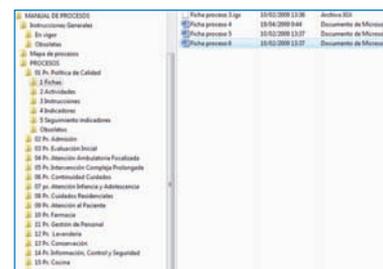


Figura 41. Directorio de la carpeta corporativa del Instituto para la Gestión por Procesos.



En relación al Mapa de Procesos, recientemente se han realizado algunas modificaciones según las necesidades cambiantes, aprobándose la última representación en la reunión del Consejo de Dirección celebrada el 17 de febrero de 2010 (Figura 42). En este sentido, el Mapa de Procesos sufrirá otras variaciones a lo largo de los próximos años, dado el dinamismo existente y los límites de cada una de las agrupaciones realizadas. Al final de este capítulo, se presenta, en forma de fichas, una parte representativa de la documentación referida a cada uno de los 10 procesos diseñados.

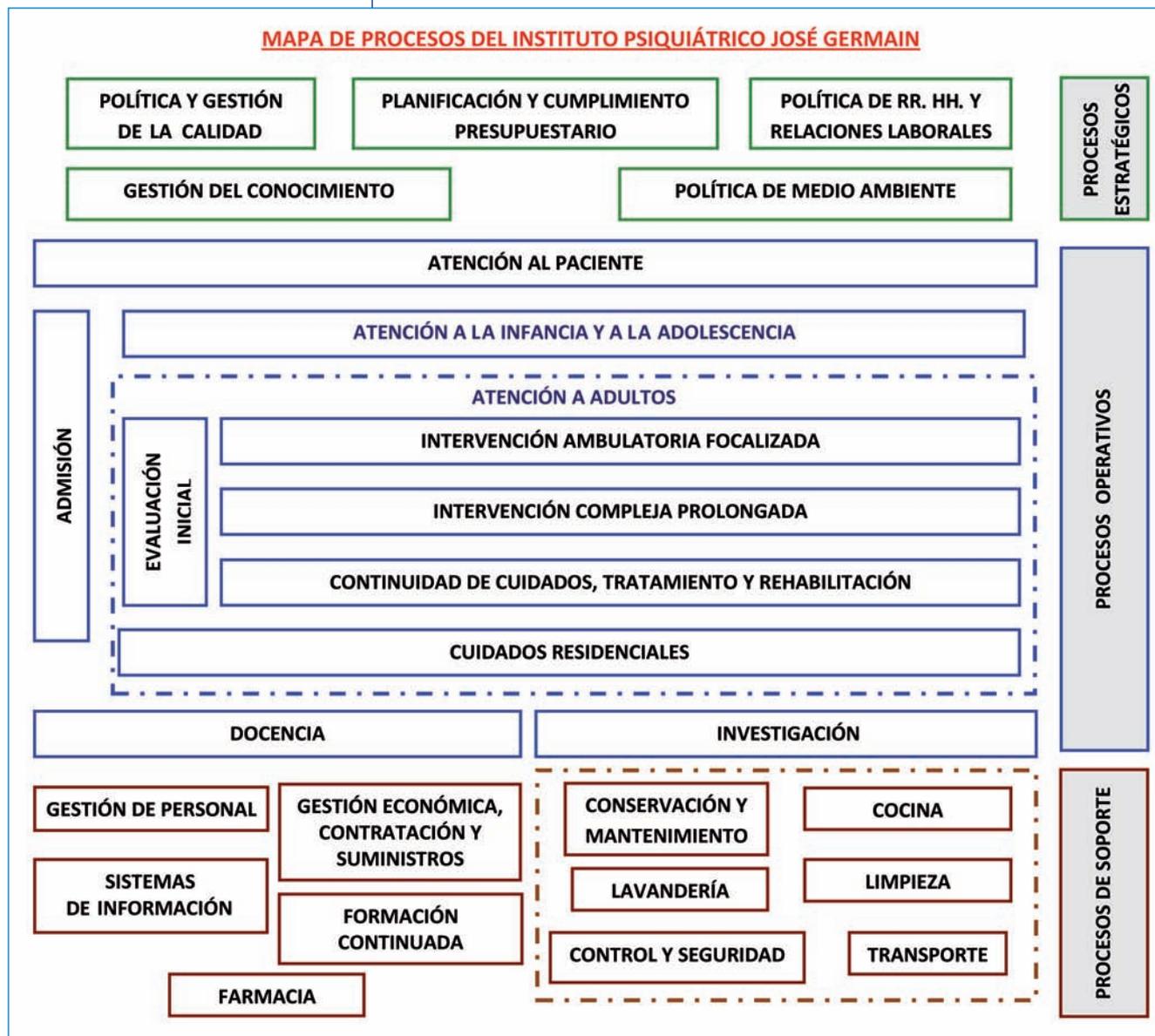


Figura 42. Mapa de procesos del Instituto Psiquiátrico José Germain (febrero de 2010).

5.5. DISCUSIÓN

Una de las principales evidencias halladas en este proyecto de implantación es la enorme complejidad a la hora de orientar una organización hacia la Gestión por Procesos, así como las previsibles o sorpresivas dificultades surgidas a lo largo de las distintas fases. Todo ello supone que, previo al inicio de un proyecto de esta envergadura, resulta necesaria una concienciación sobre los obstáculos a salvar y los beneficios a obtener.

Por estos y otros motivos, la planificación constituye el punto de inicio donde el equipo directivo debe trasladar con firmeza la nueva filosofía propuesta, con el único propósito de mejorar el producto y el servicio. Asimismo, y según todas las recomendaciones, la formación en Calidad y en Gestión por Procesos resulta esencial para poder superar la fase de concienciación, obtener apoyos, adquirir capacitación y lograr el compromiso de una mayoría suficiente para iniciar la implantación.

En nuestro caso, esta planificación resultó fundamental pero sombriía por algunas dificultades, siendo la más relevante la motivada por el propio título del proyecto al incluir “Transformación Institucional”, siendo conocedores del impacto resultante pero necesario para trasladar su verdadera magnitud.

Tras la primera situación de incertidumbre, se pudo avanzar de una manera más generalizada, asegurando una mínima participación que fue creciendo proporcionalmente a la difusión del proyecto y a la formación en Calidad. La sensibilización y concienciación progresiva de las personas de la organización se fue llevando a cabo «en cascada», empleando cauces formales e informales y dirigiéndose a personas clave, para que la idea de la necesidad de un cambio enfocado a la Gestión por Procesos fuera calando en todos los estratos del Centro.

Por otra parte, la selección de los procesos en el diseño del mapa inicial y la elección de cada uno de sus nombres fueron dos tareas complejas al existir macroprocesos, procesos y subprocesos que debieron ser organizados según las necesidades presentes que, al ser cambiantes, dan lugar a modificaciones como la acaecida en febrero de 2010.

Respecto a la formalización de los procesos, la fase de diseño resultó la más gratificante puesto que se concentró el interés en la propia tarea a la hora de rellenar las distintas fichas. Desde el primer momento, con la definición y límites del proceso, surgieron las primeras discrepancias, jugando un papel principal la figura del consultor al tener que mediar y dirigir los debates.

La definición de los flujos resultó inicialmente la tarea más entretenida puesto que los miembros debían dibujar en papeles en el suelo el recorrido de los procesos desde todos sus límites, entradas y salidas. Aunque resultó una tarea lúdica, en poco tiempo se percibió su trascendencia al plasmar lo que realmente se hace, descubriendo

La planificación constituye el punto de inicio donde el equipo directivo debe trasladar con firmeza la nueva filosofía propuesta, con el único propósito de mejorar el producto y el servicio ■



La formación en Calidad y en Gestión por Procesos resulta esencial para poder superar la fase de concienciación, obtener apoyos, adquirir capacitación y lograr el compromiso de una mayoría suficiente para iniciar la implantación ■



En la descripción de las actividades y la detección de tareas críticas y el valor añadido de las mismas, los problemas se convierten en una fuente inagotable de oportunidades de mejora ■



algunos saltos e incoherencias que alertaron a los protagonistas, percatándose rápidamente de la fuerza de esta herramienta. Igualmente, se advirtieron los primeros signos de variabilidad, al realizarse dos actividades en distintos dispositivos, lo que animó a los miembros a llevar a cabo cambios para reducirlas.

La descripción de las actividades y la detección de tareas críticas y el valor añadido de las mismas resultaron los momentos más difíciles en el diseño, al detectarse el mayor número de errores de ejecución que podrían afectar directamente al resultado. Gracias a concentrar la atención en estos resultados, se evitó buscar culpables, convirtiendo cada problema en una fuente inagotable de oportunidades de mejora.

En definitiva, esta fase de diseño, una vez superadas las anteriores, resultó esencial para la consecución del proyecto de implantación, presentando ciertas dificultades que pueden condicionar su propio desarrollo si no se controlan (Tabla 31). Por otra parte, también cabe enumerar algunas decisiones facilitadoras, fundamentales para lograr el éxito del actual proyecto (Tabla 32).

Tabla 31. Dificultades de la Fase de implantación.

- Discrepancias de liderazgo entre el propietario y el copropietario.
- Estilo de liderazgo autoritario por parte del propietario.
- Falta de preparación y formación de algunos miembros.
- Gran volumen de documentación.
- Planteamientos inadecuados de los líderes formales e informales de los grupos.
- Ausencias justificadas a las reuniones de los grupos que ralentizan el diseño.
- Falta de información y conocimiento del proceso.
- Dificultades para discernir entre procesos y procedimientos.
- Desconocimiento sobre la documentación de entrada y salida.
- Protocolos obsoletos y escaso número de guías clínicas en uso.
- Disparidad de criterios para establecer los límites y los proveedores.
- Olvido de las ideas debatidas.
- Ausencia de toma de decisiones concretas.
- Falta de síntesis y concreción en la descripción de las actividades.
- Temor a la hora de establecer indicadores y asignar responsables.
- Impaciencia sobre los objetivos a medio plazo del proyecto.

En definitiva, las ventajas del proyecto son apreciadas rápidamente por todos los participantes, aumentando la motivación personal e implicación profesional, generando unas expectativas

en toda la organización. Este último hecho, junto a las ventajas propias de la Gestión por Procesos, convierte en este proyecto en una extraordinaria herramienta gerencial, que posibilita la gestión del cambio y la orientación a los resultados en el Instituto Psiquiátrico José Germain.

Tabla 32. Decisiones facilitadoras de la Fase de implantación.

- Gran implicación de la Dirección en el proyecto.
- Orientación a los resultados y a los usuarios, eliminando culpabilidades.
- Gran interés en reducir la variabilidad.
- Gran interés por seleccionar la documentación de entrada y salida de los procesos.
- Equipos muy dispares y multidisciplinares.
- La figura del copropietario como segundo referente para la Dirección y para los propios grupos.
- Objetivos muy definidos y limitados en el tiempo.
- Reuniones de la Dirección con todos los propietarios para el seguimiento y la comparación del material resultante.
- Delegación de responsabilidad sobre los grupos.
- Número limitado de símbolos para el diagrama de flujos.
- Tratar los recursos que están dispersos geográficamente como si estuviesen centralizados.
- Tomar las decisiones en el propio grupo.
- Informar a los compañeros ajenos al proyecto sobre el desarrollo del mismo, con la exposición de un póster con los diagramas de flujo, en todas las unidades.
- Escasa participación de la Dirección en la fase de diseño, con un papel planificador y de supervisión indirecta.
- Buen soporte documental, con una sola fuente *on-line* a disposición de todos los participantes.
- Excelente actitud de los agentes consultores, con un alto compromiso con los grupos.

5.6. CONCLUSIONES

Según muestra la literatura especializada y partiendo de las numerosas evidencias, las organizaciones que perduran son aquellas que hacen del cambio una oportunidad para mejorar, pudiendo competir, adecuarse rápida y eficientemente a los nuevos contextos, y ofrecer el mejor servicio a sus clientes, con el consiguiente aumento de la satisfacción en todos los grupos de interés.

El proyecto de implantación de la Gestión por Procesos se convierte en una extraordinaria herramienta gerencial, que posibilita la gestión del cambio y la orientación a los resultados en el Instituto Psiquiátrico José Germain ■



La Gestión por Procesos es un referente para la Oficina Regional de Salud Mental en la planificación de los recursos específicos de la Comunidad de Madrid ■

Las organizaciones que perduran son aquellas que hacen del cambio una oportunidad para mejorar, para ofrecer el mejor servicio a sus clientes ■



En el sector público, y tal vez en mayor medida en el ámbito sanitario, se concentra el interés en el propio servicio al ciudadano sin la necesidad de crear una constante diferencial competitiva que le permita permanecer, crecer o mejorar. La organización sanitaria pública, aunque resulte eficaz, puede que sea poco eficiente y que termine alejándose de las necesidades de sus clientes, orientándose hacia sí misma, y pudiendo convertirse a medio plazo en un organismo disfuncional, con una estructura y funcionamiento

inoperante, ajena a la misión y exenta de visión, e incluso de valores.



Esta circunstancia, producto de numerosos avatares, pudo darse en el Instituto Psiquiátrico José Germain, con un desequilibrio y falta de armonía que dificultaba generar cambios y aprovechar las fortalezas propias de una entidad centenaria y monográfica, con un recorrido histórico condicionado al desarrollo de la psiquiatría y al requerimiento cambiante de la sociedad.

Por estos y otros motivos, este centro sanitario requería de un cambio organizacional que, sin provocar el caos ni obviar la orientación comunitaria de su modelo asistencial, pudiese transformar su filosofía para eliminar las desarmonías, complejidades y desequilibrios, de modo que incrementara su fuerza competitiva y su razón de ser.

La Consejería de Sanidad viene desarrollando desde hace tiempo diversas iniciativas para la implantación de una cultura de calidad y mejora del servicio en los distintos centros de Atención Primaria y Especializada a través del Modelo EFQM de Excelencia

Ante esta situación, se inició un cambio organizativo en mayo de 2006 con el cambio en la Dirección para, fundamentalmente, implantar un sistema de Gestión de la Calidad con el principal propósito de normalizar y modernizar la institución, dotándola de un modelo administrativo orientado a los requisitos de los usuarios, a la vez que se lograba un mayor grado de cumplimiento presupuestario y de servicio.

En este sentido, la Consejería de Sanidad viene desarrollando desde hace tiempo diversas iniciativas para la implantación de una cultura de calidad y mejora del servicio en los distintos centros de Atención Primaria y Especializada a través del Modelo EFQM de Excelencia. Sin embargo, la implantación de distintas herramientas y actuaciones para la mejora de los servicios sanitarios madrileños ha resultado muy notable aunque dispar, sobre todo cuando no se ha podido o no se ha sabido alinear este propósito, fácilmente corregible a través de un compromiso con la Excelencia.



Según se constata en las Normas ISO y en el Modelo EFQM, la responsabilidad de la Dirección en la gestión del cambio es fundamental

para trazar unos nuevos ejes de gestión que lo posibiliten. Por ello, el sistema de gestión de la calidad debe constituirse, liderado por la Dirección, como la principal herramienta del cambio organizacional, como así ha resultado en el Instituto Psiquiátrico, a través de un necesario proyecto estratégico (Plan General de Acción 2006-2012) que resultase un verdadero compromiso institucional. Asimismo, la Autoevaluación realizada en el Centro (2008-09) afianza las líneas directivas del plan y constata objetivamente las necesidades, con un aporte documental sin precedentes, producto del autoanálisis y la autocrítica.

Aunque el Plan Estratégico y la Autoevaluación han supuesto elementos necesarios para generar una confianza en el cambio dentro del Centro, ha sido la Gestión por Procesos la piedra angular de la verdadera transformación.

Como enfoque metodológico, la Gestión por Procesos en el Instituto Psiquiátrico, ha permitido lograr un cambio gradual en la estructura, métodos y procedimientos, constituyéndose como un efectivo proyecto gerencial encaminado a perseguir la Excelencia en la planificación y dirección, la Excelencia en la productividad, la Excelencia en los costes y capacidad de distribución, en definitiva, la Excelencia en la Organización.

En la implantación de la Gestión por Procesos lo importante no es quiénes inician el proyecto, sino cuántos se suman a la iniciativa y cómo se desarrolla. Aparte de la Dirección, tan solo se requiere de un mínimo apoyo que arrastre al resto, logrando una participación suficiente, que progresivamente atraiga voluntades y obtenga respaldos. Asimismo, la comunicación y la formación son requisitos para obtener la concienciación y la capacitación para aplicar la actual reingeniería de procesos.



Este proyecto, cuyo despliegue y consecución podría haber sido muy mejorable, debe entenderse como una oportunidad para aprovechar al máximo el potencial de este Centro, desde la libertad y el compromiso de sus protagonistas interesados en mejorar sus resultados

El sistema de gestión de la calidad debe constituirse como la principal herramienta del cambio organizacional, como así ha resultado en el Instituto Psiquiátrico, a través del Plan General de Acción 2006-2012



La Autoevaluación realizada (2008-09) en el Instituto Psiquiátrico afianza las líneas directivas del plan y constata objetivamente las necesidades del Centro, producto del autoanálisis y la autocrítica

La Gestión por Procesos en el Instituto Psiquiátrico ha permitido lograr un cambio gradual en la estructura, métodos y procedimientos

pag. 12 **Sanidad** tema del 26 de mayo al 1 de junio de 2008

En equipo

FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS
El José Germain acaba de firmar un acuerdo con la Universidad Alfonso X el Sabio para estar en contacto con el entorno universitario y dinamizar su actividad gracias a jóvenes en formación.

EL CENTRO COORDINA UNA SERIE DE RECURSOS DISTRIBUIDOS POR LAS ÁREAS 8 Y 9

El enfermo mental, sin barreras en el Instituto José Germain

El Instituto de Salud Mental José Germain coordina la asistencia en este ámbito para más de un millón de habitantes de la zona sur de Madrid, contando con el apoyo de los hospitales de Fuenlabrada y Severo Ochoa, y con distintos recursos como unidades de rehabilitación o internamiento, pisos sanitarios y centros de salud mental. El año pasado pasaron por sus instalaciones un total de 6.000 nuevos pacientes con distintas patologías mentales y niveles de gravedad, y se realizaron 60.000 consultas.

— Natalia Arias —
Inaugurado por Isabel II en 1852, el Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain es uno de los centros hospitalarios más antiguos de la Comunidad de Madrid. En la actualidad, funciona como un centro monográfico de salud mental y atiende tanto a pacientes internos, para lo que dispone de 180 camas, como ambulatorios. Se configura a través de una red de servicios asistenciales (unidades hos-

pitales de Fuenlabrada y Severo Ochoa para atender enfermos agudos que requieren hospitalización a causa de una descompensación. A diferencia de lo que ocurre en un hospital general, donde los distintos servicios pueden funcionar de un modo autónomo, el paciente del Instituto José Germain es transversal, por lo que pasa por los distintos dispositivos del centro. Esto requiere mucha coordinación; por ello, la Dirección del centro se ha propuesto implantar, dentro de su Plan de Calidad, la gestión por procesos, en lugar de por dispositivos. Gracias a esta iniciativa, el José Germain será el primer centro psiquiátrico de España en funcionar enteramente por procesos.

Distintos recursos
Por las instalaciones de los servicios de salud mental coordinados desde este Instituto pasan tanto los pacientes más leves, como una persona que sufre insomnio, como los casos más graves de psicosis esquizofrénica. Como explica el director médico del centro, Carlos González Juárez, "el Instituto es una compleja red de servicios, que a diferencia de lo que ocurre en un hospital, don-

de se ubicarían por plantas, se encuentran distribuidos por el pueblo de Leganés. La idea es que el paciente circule por todos ellos sin encontrar ninguna barrera". Por ello, el centro cuenta con un programa de cuidados continuados para facilitar a los más graves, mediante un sistema de tutorías y acompañamiento, su tránsito por esos dispositivos. A pesar de que la depresión y los trastornos por ansiedad son los problemas de salud mental más prevalentes, no son los que requie-

ren más recursos sanitarios. Enfermedades como la esquizofrenia pueden tener un desgaste tal en el paciente

En la Unidad residencial están los pacientes de más edad, que carecen de un soporte familiar y que sufren

y de enfermería; por ello, la Unidad cuenta con dos internistas. Además, el José Germain dispone de 20 facultativos (médicos y psicólogos), 20 residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica, 100 auxiliares y terapeutas ocupacionales, 7 trabajadores sociales y unos 220 trabajadores no sanitarios. También tiene un Servicio de Farmacia propio y, entre sus 450 empleados, se integran varios jefes de talleres, un personal a medio camino entre el manejo de un oficio y el aboraje terapéutico. ■

Los enfermos internos, por su edad, necesitan más cuidados médicos y de enfermería que propiamente psiquiátricos.

que le haga necesitar tanto terapia farmacológica como rehabilitadora para que pueda gozar de más autonomía.

los estragos de la enfermedad y el paso del tiempo. Los cuidados que requieren son, fundamentalmente, médicos

entendían los beneficios de la calidad y cómo se traduce su trabajo sobre la asistencia al paciente". Además, realizarán encuestas a pacientes y familiares para conocer su percepción de los servicios. Durante dos años, a través de cursos de formación, se ha intentado crear en el centro "una cultura de la calidad", explica, y ahora es el momento de ponerla en marcha.

2008. EL AÑO DE LA CALIDAD

Entre los proyectos inmediatos del centro se encuentra abrir una comunidad terapéutica para trastornos de personalidad o incorporar uno de los programas más novedosos a nivel europeo de rehabilitación neuropsicológica, que permite trabajar con pacientes con psicosis esquizofrénica mediante técnicas que inciden sobre procesos cognitivos como la memoria o la atención. Sin embargo, Carlos

Villoria, gerente del centro, señala que el gran reto es "llevar a ser un referente en asistencia a la salud mental a nivel nacional". Para lograrlo, han convertido la calidad en el sello del hospital, declarando 2008 como el año de la calidad. Así, esperan incorporar la gestión por procesos y comenzar a hacer autoevaluación. Explica Carlos Villoria que van a "introducir indicadores para que los profesionales

Carlos Villoria, gerente. Carlos González Juárez.

A. SALAZAR

Los profesionales del Instituto de Salud Mental José Germain en las instalaciones de la Unidad Residencial de Leganés.

Figura 43. Artículo del periódico 3S Sanidad, Salud y Sociedad⁵⁰.

profesionales y organizativos. De este modo se sientan las bases para seguir modificando la organización desde el punto de vista de su orientación al usuario. Asimismo, se crea una nueva estructura organizativa sobre la que resulta más sencillo encajar nuevas acciones o proyectos.

Como producto de la importancia de esta transformación, cabe señalar que rápidamente se originó un interés en el seno de la Salud Mental madrileña y de algunos medios de comunicación, cuyas expectativas han forzado, si cabe, a una mayor exigencia por parte de todos los participantes.

En el momento de redactar estas conclusiones, se pueden evidenciar bastantes mejoras y presagiar un futuro prometedor, desde la firme postura de mantener la mirada hacia el horizonte donde la Excelencia convierta al usuario en el centro de la toma de decisiones.

Posteriormente, habrá que pensar en mejorarlo a través de nuevos proyectos, implantando un modelo de acreditación y un sistema de medición de la calidad esperada y percibida, siendo en el 2010 y el 2011 cuando se intensificarán las acciones orientadas a estos otros fines. Solo así, y fiel al ciclo PDCA para la mejora continua, el Instituto Psiquiátrico José Germain podrá ser un Centro Excelente, referente para otros centros y para sus potenciales usuarios con derecho a la libre elección. Por este motivo, el Instituto debe seguir avanzando para convertirse en la mejor alternativa para el ciudadano, cuando este requiera de un servicio al que confiarle el cuidado de su salud.

FICHAS DE LOS PROCESOS

PROCESO DE POLÍTICA
Y GESTIÓN DE CALIDAD

PROCESO DE ADMISIÓN

PROCESO
DE EVALUACIÓN INICIAL

PROCESO DE ATENCIÓN
AMBULATORIA FOCALIZADA

PROCESO DE INTERVENCIÓN
COMPLEJA PROLONGADA

PROCESO DE CONTINUIDAD
DE CUIDADOS, TRATAMIENTO
Y REHABILITACIÓN

PROCESO DE ATENCIÓN A LA
INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA

PROCESO DE CUIDADOS
RESIDENCIALES

PROCESO DE ATENCIÓN
AL PACIENTE

PROCESO DE FARMACIA

DEFINICIÓN

Establecer, planificar y gestionar la estrategia de calidad en la búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua.

POLÍTICA DE CALIDAD. Establecer y expresar formalmente las directrices gerenciales y objetivos generales relativos a la calidad, procurando la excelencia y facilitando la estructura organizativa y de recursos para llevarlas a cabo.

GESTIÓN DE CALIDAD. Aplicar la política de la calidad mediante acciones planificadas, operativizadas y evaluadas, gestionando eficientemente los recursos disponibles, mediante la mejora continua, procurando su logro y optimización.

LÍMITES DEL PROCESO

POLÍTICA DE CALIDAD

INICIAL Estrategia gerencial.

FINAL Resultados en personas, clientes y proveedores.

GESTIÓN DE CALIDAD

INICIAL Planificación de la gestión.

FINAL Análisis de resultados.

ENTRADAS		POLÍTICA DE CALIDAD		ENTRADAS		GESTIÓN DE CALIDAD	
PROVEEDOR		ENTRADA		PROVEEDOR		ENTRADA	
Consejería de Sanidad	Contrato programa		Equipo de gestión y mejora de procesos		Informe de resultados de los procesos		
	Objetivos de la Dirección General de Atención al Paciente y Calidad		Consejería de Sanidad		Contrato del programa		
	Plan Regional de Salud Mental		Clientes externos		Objetivos de la Dirección Gral. de Atención Paciente y Calidad		
Comunidad de Madrid	Otras normativas de la Comunidad de Madrid		Clientes internos		Demandas de clientes externos		
Departamento de Calidad	Informe anual de resultados		Comisiones y grupos de trabajo		Demandas de clientes internos		
			Formación continuada		Actas de comisiones y grupos de trabajo		
				Informe semestral de calidad percibida		Planificación formación	

SALIDAS Y REQUISITOS

POLÍTICA DE CALIDAD

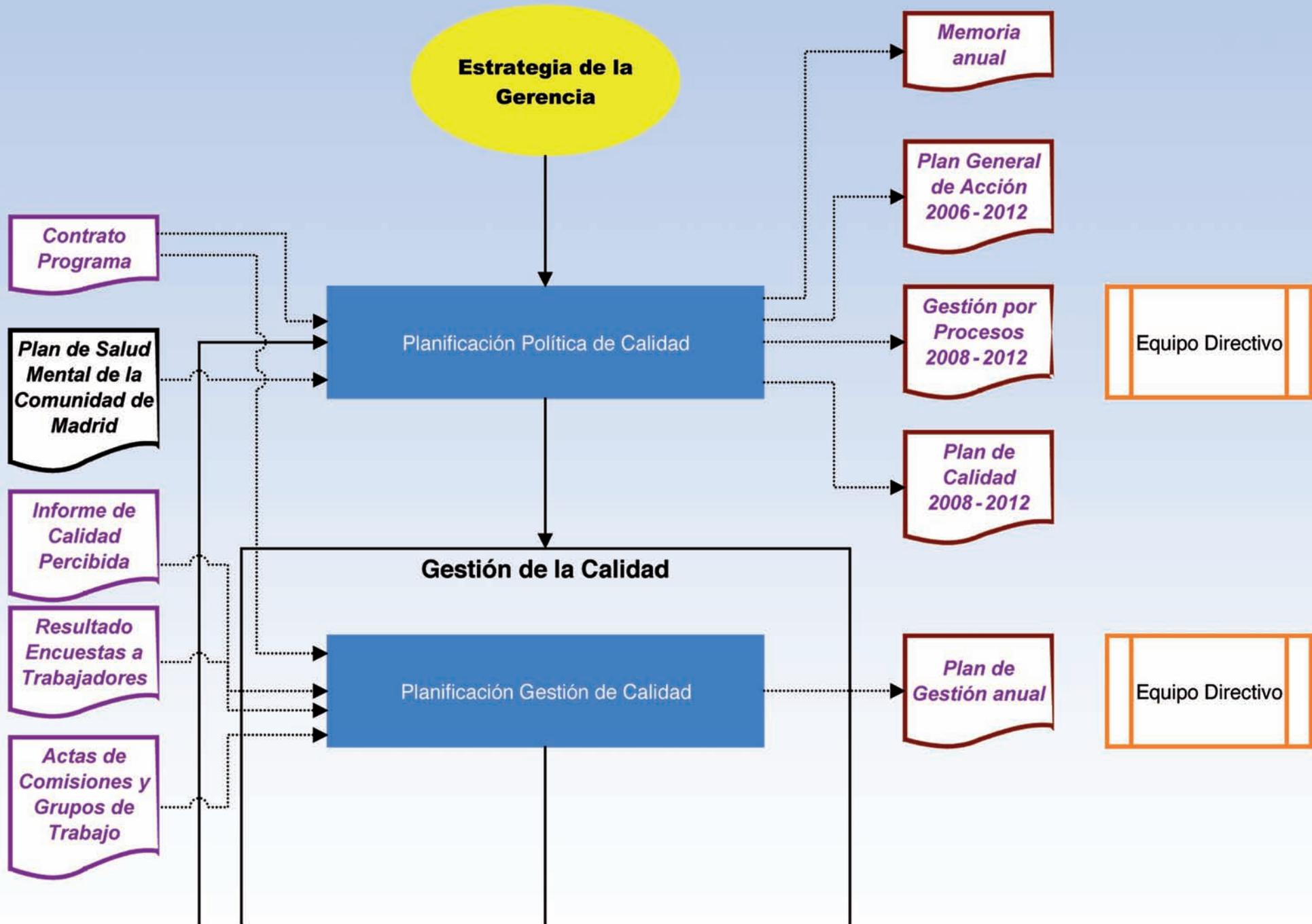
CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Organización/Consejería	Evaluación del grado de consecución de los objetivos	Cumplimiento	1
Organización	Evaluación objetivos Plan General de Acción (2006-2012)	Cumplimiento	1
	Memoria anual	Elaborada	1

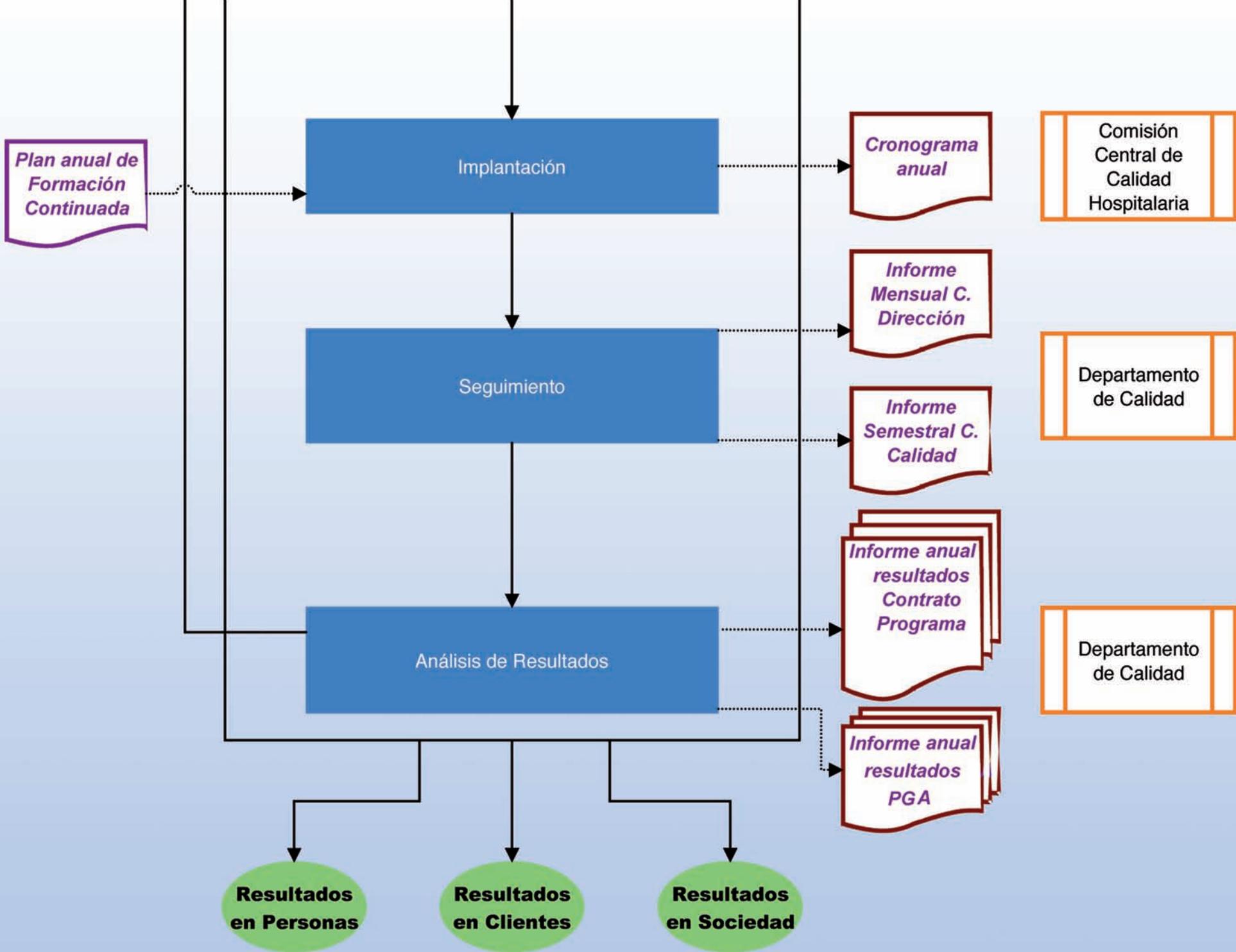
GESTIÓN DE CALIDAD

CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Organización/Consejería/ Cliente interno	Planificación e implantación de áreas de mejora	Conocer las demandas de clientes internos	1
	Actas de comisiones y grupos de trabajo	Celebración de reuniones	1
Organización/Consejería/ Cliente externo	Planificación e implantación de áreas de mejora	Conocer las demandas de clientes internos	1

continúa

PROCESO DE POLÍTICA Y GESTIÓN DE CALIDAD





SALIDAS Y REQUISITOS			continuación
GESTIÓN DE CALIDAD			
CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Organización/Consejería	Oferta de cursos de calidad	Planificación de la formación en calidad	1
	Planificación e implantación de áreas de mejora	Análisis de resultados	1
Organización	Planificación anual de la gestión de calidad	Planificación	1

INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO	CÓDIGO PCA-100
Política de Calidad	
Cumplimiento de objetivos del contrato del programa: grado de cumplimiento de los objetivos establecidos por la Consejería de Sanidad en el contrato programa.	
Cumplimiento de objetivos del Plan General de Acción: grado de cumplimiento de los objetivos establecidos por el Centro en el Plan General de Acción.	
Memoria elaborada: existencia en tiempo y forma del documento.	
Gestión de Calidad	
Encuesta sobre el clima laboral: existencia de la encuesta e informe de resultados.	
Periodicidad de reuniones de las comisiones: número de reuniones realizadas por cada una de las comisiones.	
Encuesta semestral de calidad percibida: existencia de las encuestas, hospitalaria y ambulatoria, e informe de resultados.	
Análisis de quejas, sugerencias y reclamaciones: existencia del informe mensual y anual.	
Ajuste al Plan Anual de Formación Continuada: grado de cumplimiento del Plan de Formación Continuada en el área de Calidad.	
Medidas de mejora de los procesos: áreas y acciones de mejora por cada proceso.	
Elaboración del Plan de Gestión Anual de la Calidad: existencia del documento del Plan de Gestión Anual de la Calidad.	

ACTIVIDAD 1 de 5: planificación política de calidad	CÓDIGO PCA-A01	
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Plan general, metódicamente organizado y establecido en dos momentos, a nivel de proyecto gerencial y anualmente, para obtener los objetivos pretendidos a nivel de política de Calidad.</p> <p>Se produce tras el establecimiento de la estrategia gerencial a mediados de 2006, plasmada en el Plan General de Acción 2006-2012 e influenciada por la estrategia general de la Consejería y el Plan de Salud Mental.</p> <p>Durante el periodo en vigor se elaboran como documentos de referencia el Proyecto Estratégico de Transformación Institucional: Gestión por Procesos 2008- y el Plan de Calidad 2008-2012.</p> <p>Anualmente, se produce tras el análisis de resultados del ejercicio anterior, revisándose las líneas de actuación.</p> <p>El departamento de Calidad junto al equipo de dirección trasladan todas las propuestas, siendo tratadas en la Comisión Central de Calidad Hospitalaria y aprobadas en el Consejo de Dirección.</p>	Director Gerente	Actas de la Comisión Central de Calidad Hospitalaria y del Consejo de Dirección

ACTIVIDAD 2 de 5: planificación de la gestión de calidad **CÓDIGO PCA-A02**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Plan anual, metódicamente organizado y establecido a principios de año, para obtener los objetivos de calidad pretendidos para el ejercicio en cuestión.</p> <p>Se produce tras la planificación de la política de Calidad, y con la información correspondiente al contrato Programa, a los informes de Calidad percibida, a los resultados de las encuestas a clientes internos, y a los informes de las comisiones y grupos de trabajo.</p> <p>El departamento de Calidad elabora el Plan de Gestión Anual, siendo tratado en la Comisión Central de Calidad Hospitalaria y aprobadas en el Consejo de Dirección.</p>	<p>Comisión Central de Calidad Hospitalaria y el Consejo de Dirección</p>	<p>Plan Anual de Gestión de la Calidad, y actas de la CCCH y del Consejo de Dirección</p>

ACTIVIDAD 3 de 5: implantación **CÓDIGO PCA-A03**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Establecer y poner en ejecución la planificación anual de la Gestión de la Calidad a través de lo marcado por el Plan Anual de Gestión de la Calidad e incorporándose el Plan de Formación Continuada, en lo concerniente a la Calidad.</p> <p>Se produce con el establecimiento del cronograma anual, de carácter mensual, pudiéndose producir variaciones según el seguimiento del mismo.</p>	<p>Coordinadora de Calidad y equipo directivo</p>	<p>Cronograma de Calidad</p>

ACTIVIDAD 4 de 5: seguimiento **CÓDIGO PCA-A04**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Proceso mediante el cual se recopilan sistemáticamente y con cierta regularidad los datos referidos al desarrollo de la implantación de la Gestión Anual de la Calidad.</p> <p>Se produce de forma continua a lo largo de todo el año, quedando recogido en el informe mensual de Calidad en el Consejo de Dirección y en los informes semestrales de cumplimiento de objetivos.</p>	<p>Coordinadora de Calidad</p>	<p>Actas del Consejo de Dirección e informe semestral de cumplimiento de objetivos</p>

ACTIVIDAD 5 de 5: análisis de resultados **CÓDIGO PCA-A05**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Estudio de los resultados obtenidos, semestral y anualmente, con el fin de conocer los efectos sobre las personas, clientes y sociedad de lo establecido en la Política y Gestión de la Calidad.</p> <p>Este estudio retroalimenta la consecución y mejora continua de la planificación, manteniendo el ciclo PDCA.</p>	<p>Dirección Gerencia, equipo directivo y Consejería de Sanidad</p>	<p>Informe anual de resultados</p>

DEFINICIÓN

Recoger y procesar los datos administrativos del paciente que sean necesarios para atender la demanda asistencial, orientándole hacia los recursos indicados. Estas acciones, basándose en el método de la mejora continua de la calidad, seguirán los principios de la buena práctica, empleando los recursos de forma eficiente y generando satisfacción en usuarios y profesionales.

LÍMITES DEL PROCESO

INICIAL	Momento en el que se recibe una solicitud de atención ambulatoria, hospitalaria o de hospitalización parcial.
FINAL	Momento en el que se emite la información que responde a la solicitud recibida para atenderla.

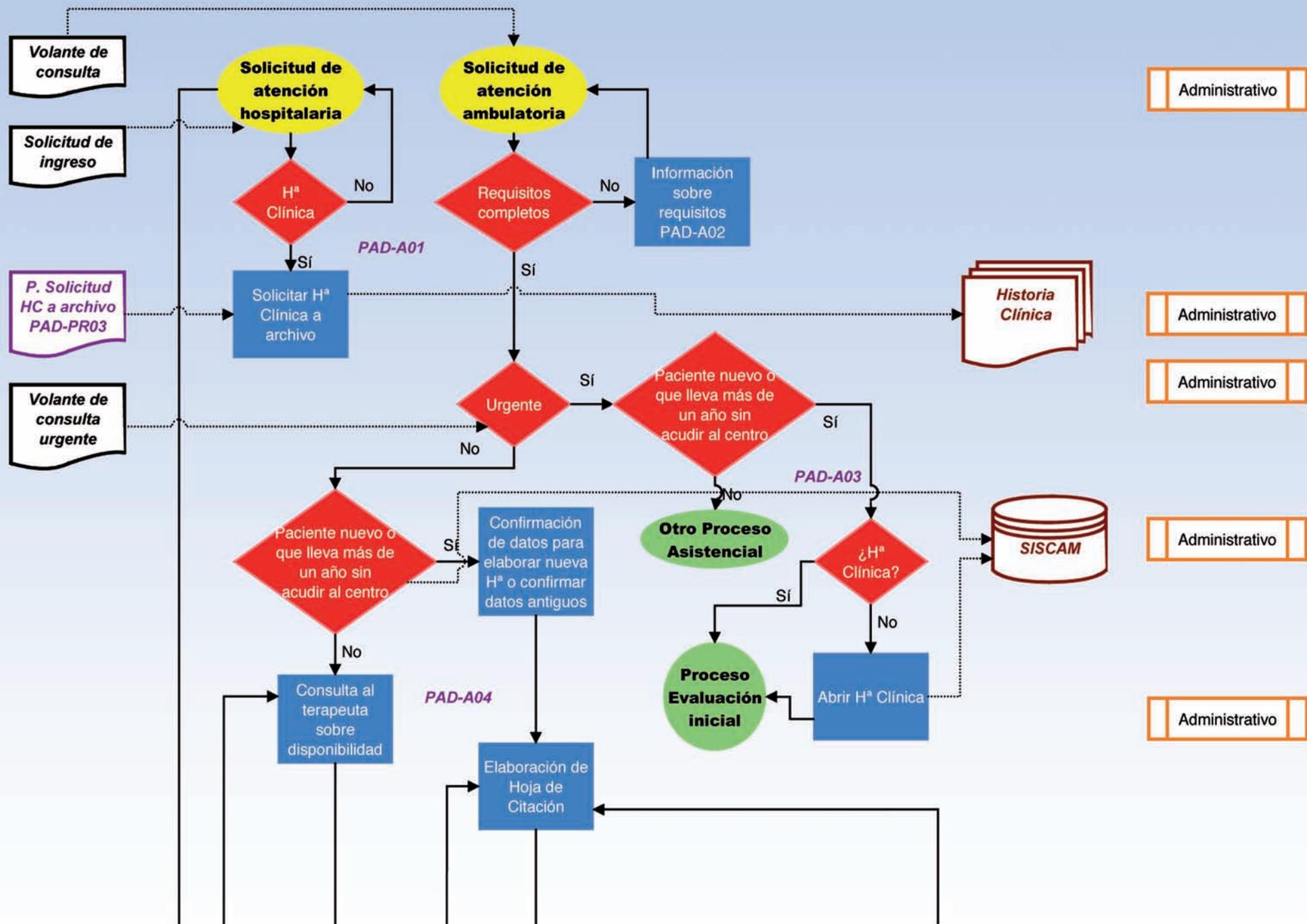
ENTRADAS

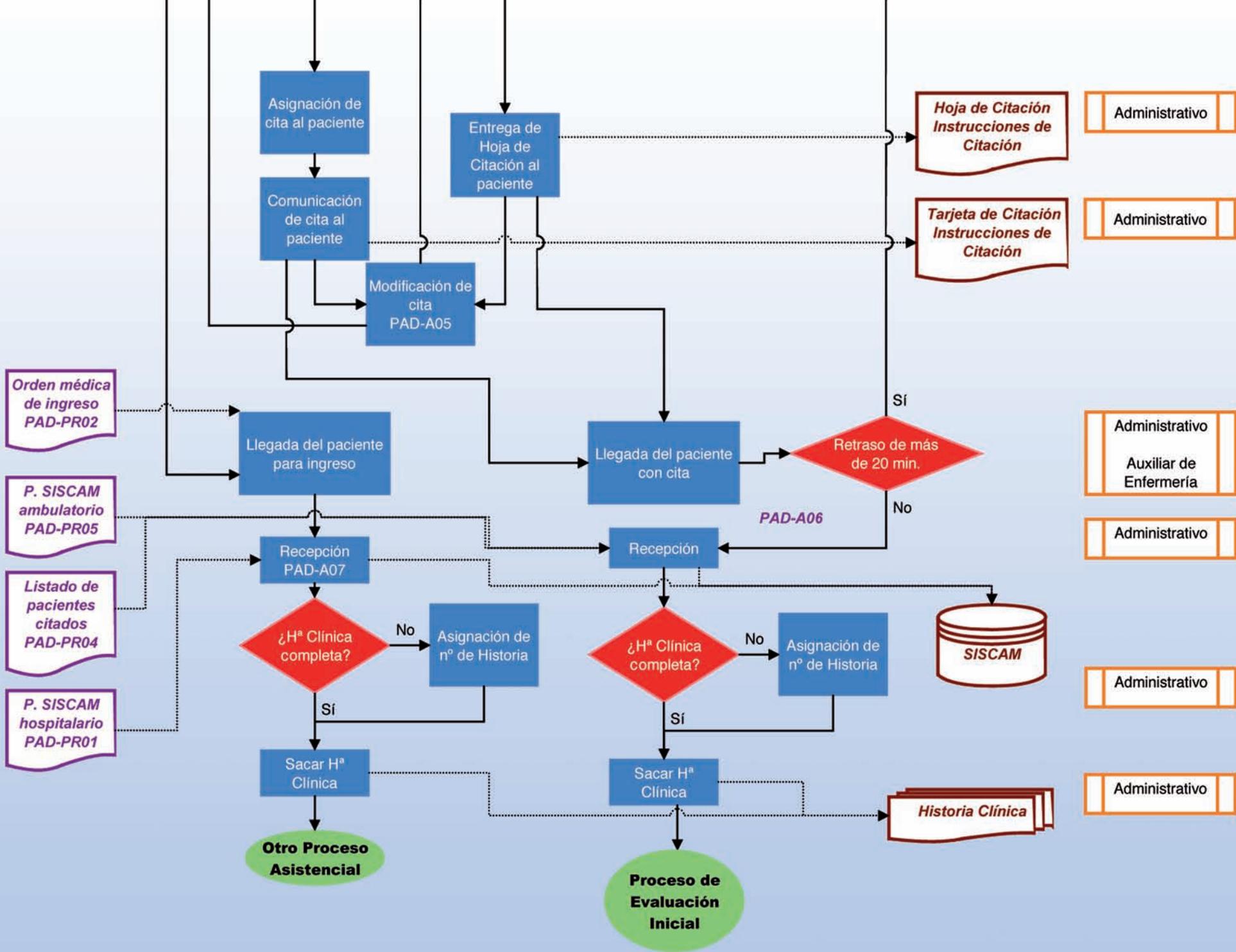
PROVEEDOR	ENTRADA	PROVEEDOR	ENTRADA
Equipo de Atención Primaria	Petición de consulta	Paciente	Incidencias/ Modificaciones de cita
Atención Especializada	Petición de consulta		
Unidad de Hospitalización Breve	Petición de consulta	Familiar o persona relacionada	Incidencias/ Modificaciones de cita
Urgencias del hospital	Petición de consulta		
Juzgado	Petición de consulta	Profesional responsable del caso	Incidencias/ Modificaciones de cita
Paciente	Petición de consulta		
Familiar o persona relacionada	Petición de consulta	Administrativo	Historia Clínica existente
Proceso asistencial	Orden de ingreso según lista de espera		

SALIDAS Y REQUISITOS

CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Terapeuta	Cita ambulatoria	Agendas ajustadas (nuevos y revisiones)	2º
Paciente, familiar, instituciones	Cita ambulatoria	Recogida rápida de datos	2º
		Entrega de cita en el momento	2º
		Citación lo antes posible (lista de espera)	1º
		Amabilidad	3º
		Trasladar información sobre preferencias en profesional	4º
		Claridad en la información al paciente	2º
		Claridad en la información al familiar	3º
Unidad de Hospitalización Breve (UHB)	Cita ambulatoria	Cita en el plazo que ellos soliciten	1º
		Disponibilidad telefónica	1º
		Respuesta instantánea	1º
Terapeuta, equipo asistencial	Apertura de la Historia Clínica nueva/Apertura de episodio	Disponibilidad en su momento	1º
Paciente, familiar	Información sobre requisitos	Datos completos y claros	3º
		Disponer con antelación de los requisitos sobre documentación y horarios	1º
		Claridad, concisión, información completa	2º
Paciente	Paso a consulta	Amabilidad	2º
		Puntualidad; respeto de la hora de la cita	1º
		Información clara sobre incidencias de espera y características de la consulta	2º
Terapeuta, equipo asistencial	Paciente a atender	Instalaciones y confort	2º
		Información sobre la llegada del paciente	5º

continúa





SALIDAS Y REQUISITOS			continuación
CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Terapeuta, equipo asistencial	Modificaciones en la cita (por el terapeuta)	Modificaciones solicitadas, realizadas sin errores	1°
		Eficacia	2°
Paciente	Modificaciones en la cita (por el terapeuta)	Aviso con tiempo	2°
		Adaptación de nueva cita a sus necesidades	2°
Paciente	Modificaciones en la cita (por el paciente)	Disponibilidad telefónica	1°
		Información clara y concisa sobre el procedimiento a seguir	2°
		Rapidez en la respuesta	3°
		Adaptación a sus necesidades	4°
Terapeuta	Modificaciones en la cita (por el paciente)	Información con tiempo para poder planificar	1°

INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO	
Disponibilidad de Historias Clínicas	CÓDIGO PAD-I01
Porcentaje de Historias Clínicas no disponibles cuando se requieren respecto al total de historias solicitadas al archivo. Fórmula: número de HC no disponibles * 100/Total de consultas en el periodo.	
Citas para consulta nueva modificadas	CÓDIGO PAD-I02
Porcentaje de citas para consulta nueva modificadas a petición de la institución respecto al total de citas para consulta nueva emitidas. Fórmula: número citas nuevas modificadas * 100/Total de citas nuevas.	
Citas para revisión modificadas	CÓDIGO PAD-I03
Porcentaje de citas para revisión modificadas a petición de la institución respecto al total de consultas de revisión. Fórmula: número citas de revisión modificadas * 100/Total de consultas de revisión.	
Demora en modificación de cita	CÓDIGO PAD-I04
Tiempo transcurrido entre la solicitud de modificación de la cita y la comunicación de la nueva fecha. Fórmula: media de los tiempos transcurridos entre la petición de modificación y la asignación de nueva cita. Máximo y mínimo.	
Citas de consulta nueva demoradas	CÓDIGO PAD-I05
Porcentaje de citas para consulta nueva que no se dan en el momento de la solicitud. Fórmula: número de citas para consulta nueva que no se dan en el momento de la solicitud * 100/Total de citas para consulta nueva.	
Citas erróneas	CÓDIGO PAD-I06
Porcentaje de citas en las que no coincide la fecha y la hora del documento del paciente con la fecha y la hora que figura en la agenda, respecto al total de consultas. Fórmula: número de citas no coincidentes * 100/Total de consultas.	

ACTIVIDAD 1 de 7: comprobar si existe historia clínica y solicitar historia clínica al archivo para poder atender la solicitud hospitalaria		CÓDIGO PAD-A01
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
Entrega de la documentación necesaria por el trabajador social. Se produce cuando se recibe una solicitud de atención hospitalaria (mediante protocolo de derivación, según la gestión de la lista de espera).	Trabajador social	Protocolo de derivación
1. Comprobar en el SISCAM si el paciente tiene número de historia para que haya un único número de Historia Clínica por paciente. a. Si tiene ya Historia Clínica de hospitalización abierta, se solicita al archivo. b. Si no tiene Historia Clínica de hospitalización abierta, se permanece a la espera de que llegue el paciente con la orden de ingreso.	Administrativo	Protocolo de solicitud de Historias Clínicas

ACTIVIDAD 2 de 7: información al paciente sobre los requisitos necesarios para solicitar una consulta ambulatoria nueva		CÓDIGO PAD-A02
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Ante la demanda de información telefónica o presencial sobre los requisitos para solicitar consulta ambulatoria se informa al usuario de los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente o allegado debe personarse en el Centro de Salud Mental en horario de lunes a viernes entre las 9:00 y las 13:30 horas. 2. Debe aportar el volante de interconsulta emitido por el facultativo que le deriva y la tarjeta sanitaria. 	Personal administrativo/ Auxiliar de control	Volante de interconsulta/ Informe de derivación Tarjeta sanitaria

ACTIVIDAD 3 de 7: recepción de urgencia ambulatoria		CÓDIGO PAD-A03
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>1. Paciente nuevo o que lleva más de un año sin acudir al Centro de Salud Mental.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Acude a Admisión del Centro con volante del MAP ó informe de derivación del Hospital Severo Ochoa u otro especialista. Puede tener cita y terapeuta acordados previamente. 1.2. Se saca o abre la Historia Clínica. El administrativo del Centro recoge los datos del paciente (nombre y apellidos, DNI, fecha y lugar de nacimiento, domicilio, teléfono, procedencia –ambulatorio, hospital...– sección –adulto o infantil– y tipo de volante –urgente–. En caso de que venga derivado del hospital, se saca copia del informe del hospital y se devuelve el original al paciente. 1.3. A continuación se consulta lista de urgencias (listado en el programa Excel –urgencias nuevas–). 1.4. Una vez asignado el paciente se avisa al terapeuta por teléfono y este accede a la Historia Clínica. 1.5. Se registra la asignación en la propia lista. <p>2. Pacientes derivados desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital Severo Ochoa o del Hospital de Fuenlabrada.</p> <p>Vienen con informe de alta del hospital de psiquiatría con cita programada y terapeuta asignado directamente desde la Unidad.</p> <p>3. Pacientes que llevan menos de un año sin acudir.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Acude normalmente sin volante, salvo en el caso de Fuenlabrada, que si hace más de seis meses que no se presenta, se le solicita nuevo volante del médico de Atención Primaria. 3.2. Se comprueba el número de historia y los datos del paciente y terapeuta que le atiende. 3.3. Si su terapeuta está en el Centro, directamente se habla con él, se saca la historia y le atiende o se le cita de manera inmediata. 3.4. Si el terapeuta no está en el Centro, se consulta la lista de urgencias (listado de urgencias con historia) y se avisa a quien corresponda. 3.5. Visto el paciente, el terapeuta le indica que llame para pedir cita o que sea apuntado en Administración para solicitar cita con su terapeuta habitual, o bien que venga al día siguiente también de urgencias, para que le vea su terapeuta habitual. 	<p>Administrativo</p> <p>Administrativo</p> <p>Administrativo</p> <p>Terapeuta (psiquiatra o psicólogo)</p>	<p>Volante/Informe de derivación</p> <p>SISCAM</p> <p>Listado Excel de urgencias nuevas</p> <p>Informe de alta del hospital</p>

ACTIVIDAD 4 de 7: citación de consultas nuevas ambulatorias		CÓDIGO PAD-A04
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>1. Paciente nuevo o que lleva más de un año sin acudir solicitando cita normal o preferente.</p> <p>El paciente o allegado acude a Admisión de Salud Mental con volante de derivación (del médico de Atención Primaria o del especialista) y con tarjeta sanitaria. Se asignará cita.</p> <p>Confirmación de datos en caso de llevar + de 1 año sin venir (tiene número de historia) o recogida de datos si es nuevo. En ambos casos a través del SISCAM. Los datos a recoger o modificar son: nombre, apellidos, DNI, fecha y lugar de nacimiento, domicilio, teléfono, procedencia: –ambulatorio, hospital...–, sección: –adulto o infantil– y tipo de volante: –ordinario o preferente–. El programa da una cita y se confirma con el paciente su disponibilidad para ese día y esa hora.</p> <p>Se elabora hoja de citación (dos copias) en la que aparecen dirección, teléfono del Centro, día y hora de la cita e instrucciones. Entrega de una copia al paciente y otra para la historia. Si tiene una abierta se sacará del archivo, (se comprobará que lleva más de un año sin actividad), si no se abrirá sobre de historia con nombre y apellidos y fecha actual. En ambos casos se almacenan (historia o el sobre por fecha de citación y por sección (adulto o infantil) en Secretaría.</p>	<p>Administrativo</p> <p>Administrativo</p> <p>Administrativo</p>	<p>Volante de derivación del MAP</p> <p>Tarjeta sanitaria</p> <p>SISCAM</p> <p>Procedimiento de citación del SISCAM</p> <p>Hoja de citación</p>
<p>2. Paciente con Historia Clínica abierta y terapeuta asignado. Hace menos de un año que no acude.</p> <p>En el caso de Fuenlabrada, si han transcurrido más de seis meses sin acudir al Centro se solicita volante del MAP.</p> <p>En el caso de Leganés no es preciso volante del MAP, considerándose paciente nuevo cuando transcurre más de un año sin acudir al Centro.</p> <p>El paciente acude al mostrador (con el volante, en su caso). Se comprueban los datos en el SISCAM y se modifican si es preciso. Se comprueba quién es el terapeuta.</p> <p>Se anota en el listado de citas (nombre, apellidos, número de historia, terapeuta y preferencia de horarios o días).</p> <p>Se saca la historia del archivo. Se adjunta el volante a la historia y se deja en el casillero del terapeuta, que deberá mirar todos los días el listado y poner citas en el mismo, según disponibilidad de su agenda manual, teniendo en cuenta el tipo de volante.</p> <p>Al paciente se le entrega una nota con el teléfono y la dirección del Centro. En el caso de Fuenlabrada, tendrá que llamar o acudir en un periodo de tres a siete días para recoger la cita que haya puesto el terapeuta; en Leganés, se hace una nota o se deja la Historia Clínica para que el terapeuta asigne la cita en función de su agenda, cita que se comunica al paciente por teléfono.</p> <p>Comunicación de cita al paciente.</p> <p>Paciente nuevo o que lleva más de un año sin venir (1) La comunicación de la cita es inmediata, a través de la Hoja de citación.</p> <p>Paciente con Historia Clínica abierta (más de seis meses sin venir y menos de un año) (2) Se solicita volante. La cita la anota el terapeuta que tenía asignado en el listado de citas según disponibilidad de su agenda manual.</p>	<p>Administrativo</p> <p>Administrativo/ Auxiliar de Control</p> <p>Administrativo</p>	<p>Volante de derivación</p> <p>Listado de citas (Excel o papel)</p> <p>Notas individuales en Leganés</p>

ACTIVIDAD 5 de 7: modificación de una cita ambulatoria		CÓDIGO PAD-A05
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Se produce cuando hay que realizar algún cambio de cita, bien por parte del paciente, bien por parte del terapeuta.</p> <p>Modificación por parte del paciente</p> <p>1. Si es un paciente nuevo o hace más de un año que no viene (citado en evaluación). La petición de cambio puede realizarse telefónicamente o en el mostrador. Se localiza el sobre de la cita del paciente (en Fuenlabrada está colocado cronológicamente por orden de cita en Secretaría; en Leganés el orden es alfabético y se guardan en un archivador en un despacho asignado a la apertura de Historias Clínicas).</p> <p>1.1. Citado en evaluación y la fecha de la cita no ha llegado. Se vuelve citar a través del SISCAM. La comunicación de cita al paciente es inmediata. Si el cambio se hace telefónicamente se saca una sola hoja de citación para el sobre; si se realiza en persona se sacan dos copias, una para el usuario y otra para el sobre de historia.</p> <p>1.2. Si la cita nueva se le ha pasado. Si hace más de un mes que se ha pasado la cita de evaluación, en Fuenlabrada tienen que traer otro volante; si no hace más de un mes, se le cita inmediatamente. Se localiza la historia o sobre sin número y se da cita. En Leganés el volante no tiene una fecha concreta de caducidad.</p> <p>2. Si es un paciente con terapeuta asignado (hace menos de seis meses que no acude). Se busca en el SISCAM el número de historia. En Fuenlabrada se anotan el nombre del paciente, número de historia y terapeuta en el listado de pacientes que solicitan cita (dicho listado se actualiza diariamente). El paciente vuelve a llamar en el plazo de tres a siete días para recoger la cita. Si en dicho periodo llama y no se ha asignado la cita, tienen que volver a llamar o se intenta que la den los terapeutas en ese momento. Si llama varias veces y la cita no está se le recoge el teléfono para llamarle, para no causarle más molestias.</p> <p>En Leganés, si hace menos de un año que no acude se anotan los datos del paciente (nombre, apellidos, número de historia y terapeuta) y se deja en el casillero del terapeuta una nota para que dé una cita. El personal administrativo se encarga de llamar al paciente para notificar la cita. En algunas ocasiones el personal administrativo llama directamente al terapeuta por teléfono para tratar de conseguir la cita en el momento.</p> <p>Modificación por parte del terapeuta</p> <p>1. Si es consulta nueva. Se localiza el sobre de citación. En Fuenlabrada se realiza telefónicamente. El mensaje no se deja en contestador, siempre hay que hablar con el paciente o con algún familiar para confirmar la asistencia. Se modifica dicho cambio en la agenda del SISCAM. Se saca un impreso de la cita y se archiva cronológicamente. En Leganés tiene que acudir personalmente el paciente o persona allegada para recoger la nueva hoja de citación generada por el SISCAM.</p> <p>2. Si es revisión. En Fuenlabrada el terapeuta anota en un cuaderno (cuaderno de cambios) el nombre, número de historia y nueva cita del paciente. Se llama al paciente y se le da la nueva cita. Se intenta comunicar la cita en persona; si esto no es posible, se deja un mensaje en el contestador. Si al paciente no le viene bien la nueva cita, se le llama posteriormente para darle otra. Si el cambio es por enfermedad del terapeuta, se llama a los pacientes anulando la cita y posteriormente para darles otra.</p> <p>En Leganés el terapeuta anota en una hoja los cambios oportunos (nombre y apellidos del paciente, número de historia, teléfono y nueva cita del paciente) y se los da al auxiliar administrativo correspondiente o al auxiliar de control, que llamarán al paciente para notificar la nueva cita.</p>	<p>Administrativo/ Auxiliar de control</p> <p>Administrativo</p> <p>Administrativo</p> <p>Administrativo/ Auxiliar de control</p> <p>Administrativo</p> <p>Auxiliar administrativo</p> <p>Administrativo/ Auxiliar de control</p>	<p>Procedimiento de citación del SISCAM</p> <p>Hoja de citación</p> <p>Listado de pacientes que solicitan cita</p> <p>Hoja de citación</p> <p>Cuaderno de cambios/ Notas sueltas</p>

ACTIVIDAD 6 de 7: Llegada del paciente		CÓDIGO PAD-A06
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>1. Se preparan los listados de pacientes citados para consulta nueva.</p> <p>2. Llega el paciente con la hoja de citación, unos 10 minutos antes de la hora.</p> <p>3. Se anota en el listado de evaluación que ha venido, el Centro se queda con la hoja de citación.</p> <p>4. Se genera el número de historia.</p> <p>5. Se indica al paciente que espere en la sala de espera hasta que le nombren.</p> <p>6. Se distribuyen las historias a los facultativos correspondientes, o bien el terapeuta las recoge en Secretaría.</p> <p>7. Se da un margen de 20 minutos para que llegue el paciente. Si este tiene una demora mayor de 20 minutos, se le da nueva cita de evaluación.</p> <p>8. Cuando el paciente ha sido atendido en Leganés, pasa por el mostrador con el papel en el que se indica su próxima cita y se hace una tarjeta con la citación en secretaría en el caso de que no se la haya dado ya el terapeuta.</p> <p>En el caso de Fuenlabrada, el terapeuta que ha atendido al paciente será quien le dé su nueva cita.</p>	<p>Personal administrativo/ Personal de control.</p>	<p>Listados de evaluación</p> <p>SISCAM</p> <p>Hoja de filiación</p>

ACTIVIDAD 7 de 7: Llegada de un paciente con orden de ingreso hospitalario: recepción		CÓDIGO PAD-A07
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Llegada de un paciente para un ingreso programado, procedente de la lista de espera.</p> <p>1. El auxiliar administrativo prepara la documentación para recibir al paciente.</p> <p>a. Si tenía Historia Clínica previa, el auxiliar administrativo ya tendrá el sobre de historia preparado (solicitado al archivo), al que se añadirán impresos del nuevo ingreso.</p> <p>b. Si no tenía Historia Clínica previa, se le asignará un número de historia en el Sistema de Información (SISCAM). Se prepara carpeta con documentación.</p> <p>c. Al anotar la hospitalización en el SISCAM, se genera una orden de ingreso, que firmará el facultativo responsable del caso.</p> <p>2. Se toman o se comprueban los datos del paciente (nombre y apellidos, domicilio, teléfono de contacto).</p> <p>3. Se hace copia del DNI y de la tarjeta sanitaria y se guarda en el despacho del trabajador social, en un fichero de cartón verde.</p> <p>4. Se recibe del paciente o de sus allegados la cartilla del banco y/o dinero en efectivo, para que esté a disposición del paciente durante el ingreso. En ambos casos, se firma un documento que refleja el depósito.</p> <p>5. Se guardan el dinero y la cartilla en la caja fuerte.</p> <p>6. El documento se archiva en la carpeta de Historias Clínicas.</p> <p>7. Se entrega toda la documentación reunida al personal facultativo que va a recibir al paciente.</p>	<p>Administrativo, con apoyo del trabajador social</p> <p>Administrativo</p> <p>Administrativo y facultativo</p> <p>Administrativo y Trab. Social</p> <p>Trab. Social/ Administrativo</p> <p>Administrativo</p> <p>Administrativo</p> <p>Administrativo</p>	<p>Protocolo derivación</p> <p>Protocolo de solicitud de Historias clínicas de rehabilitación</p> <p>(*) Sobre de Historia Clínica</p> <p>Regulado por el Procedimiento de Historias Clínicas de Rehabilitación</p> <p>Recibí de cartillas y dinero</p>

DEFINICIÓN

Valorar los problemas de salud mental de los pacientes mayores de 18 años y establecer la intervención oportuna. Estas acciones, basándose en el método de la mejora continua de la calidad, seguirán los principios de la buena práctica, utilizando la mejor evidencia científica disponible, empleando los recursos de forma eficiente y generando satisfacción en usuarios y profesionales.

LÍMITES DEL PROCESO

INICIAL	Comienza en el momento en el que se realiza la planificación de distribución de los pacientes a valorar.
FINAL	Finaliza en el momento en el que se realiza la indicación de necesidad de tratamiento especializado o la no necesidad del mismo.

ENTRADAS

PROVEEDOR	ENTRADA	PROVEEDOR	ENTRADA
Médico de Atención Primaria	Parte de interconsulta	Admisión	Paciente
UHB y Urgencia Hospitalaria	Paciente	Equipo de infantil	Familia
Otros especialistas	Familia		

SALIDAS Y REQUISITOS

CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Paciente Familia MAP Otros especialistas Servicios Sociales	Alta con tratamiento al MAP	Informe claro, con diagnóstico, tratamiento y duración del mismo	2º
		Satisfacción de la demanda subjetiva del paciente y la familia	1º
		Al MAP, pautas claras y definidas	1º
Intervención compleja prolongada Continuidad de Cuidados, tratamiento y rehabilitación Atención ambulatoria no focalizada UHB	Alta sin tratamiento al MAP	Informe claro y concreto al MAP	1º
		Información verbal clara al paciente y a la familia sobre su demanda	1º
	Indicación de tratamiento especializado	Informe claro y concreto	1º
		Calidad de la atención y trato. Confort	3º
		Tiempo de duración de primera cita y adecuada espera para segunda	3º
Atención ambulatoria no focalizada		Informes más detallados en el plazo y la presencia del derivante	2º
		Volantes más detallados	3º
		Pertinencia de la derivación	1º

INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO

Cumplimiento de la respuesta de la consulta de Atención Primaria u otros especialistas

CÓDIGO PEI-01

Cumplimiento de la respuesta de la consulta de Atención Primaria u otros especialistas. Permite calcular adicionalmente el número de evaluaciones que se realizan completamente tras una única entrevista. Fórmula: (volantes de derivación con respuesta/Total de evaluaciones) * 100. Se describe en porcentaje. El número total de evaluaciones realizadas al año se obtiene del SISCAM.

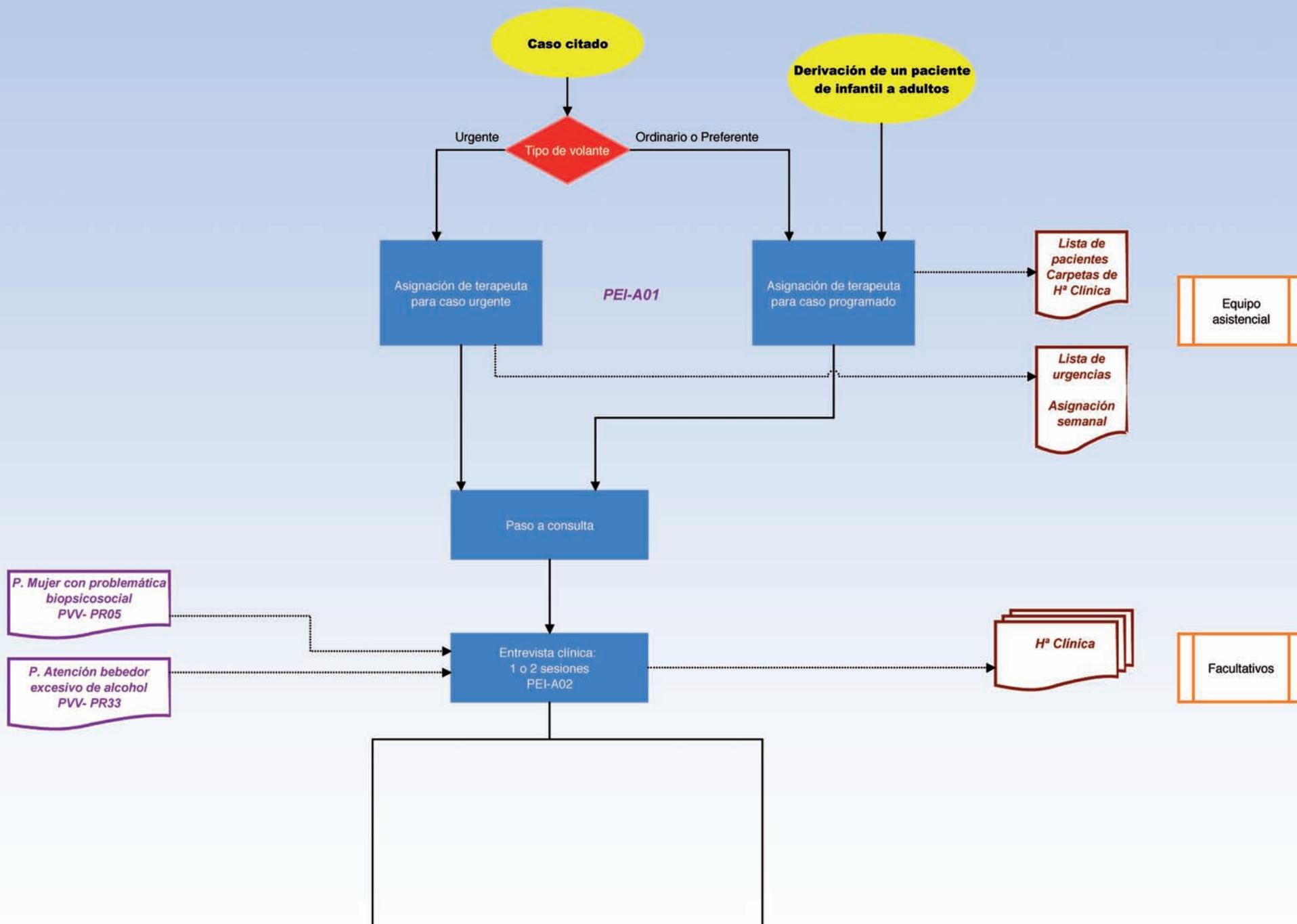
Pertinencia de la derivación

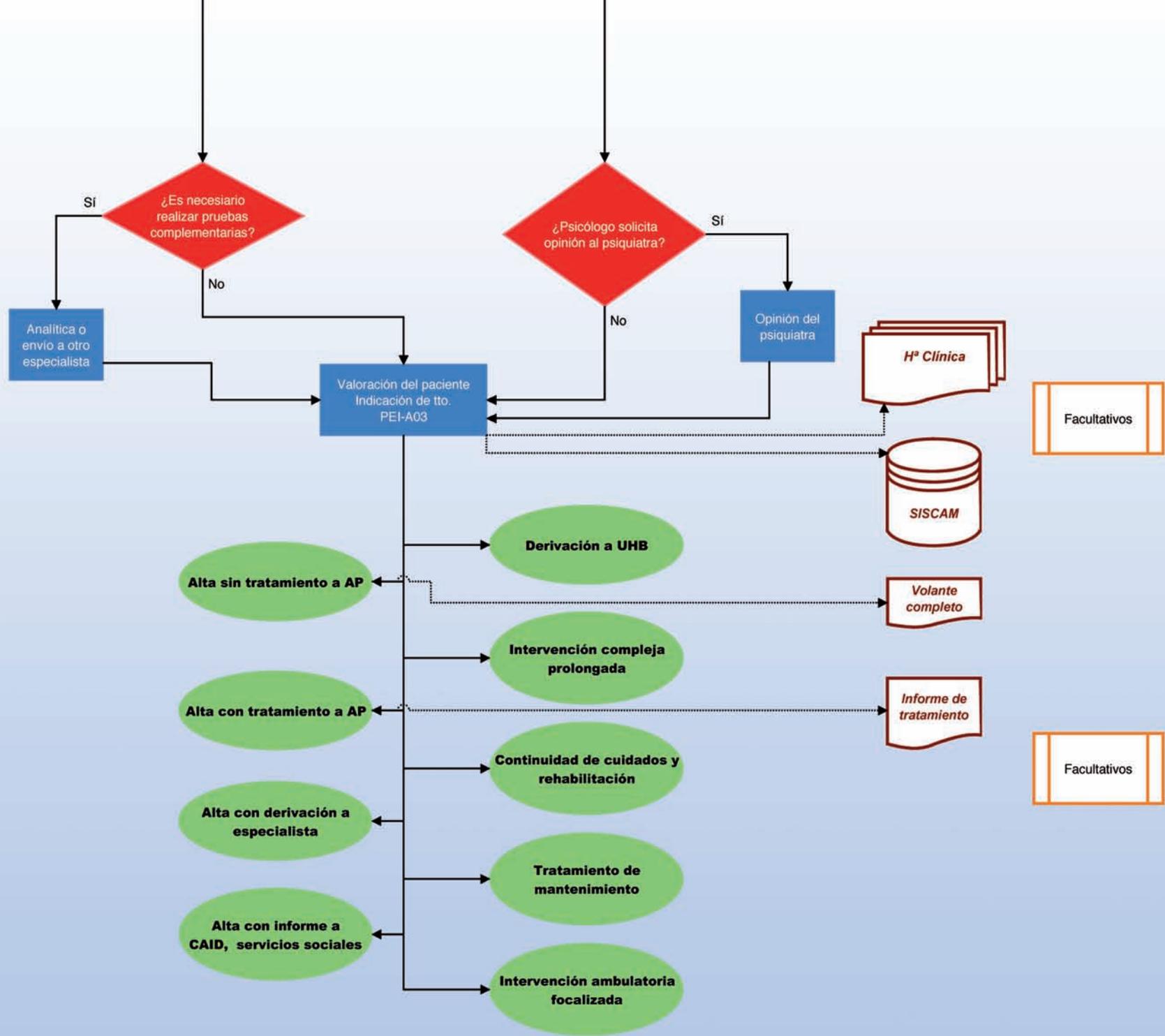
CÓDIGO PEI-02

Fórmula: (volantes de derivación que cumplen los criterios establecidos/Total de evaluaciones) * 100. Se describe en porcentaje. El número total de evaluaciones realizadas al año se obtiene del SICAM.

continúa

PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL





INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO		continuación
Porcentaje de la jornada del terapeuta asignado a urgencias en cada mes		CÓDIGO PEI-I03
(Número de urgencias atendidas semanalmente de cada terapeuta * Tiempo estimado de atención a las urgencias)/Total del tiempo disponible de cada terapeuta.		
Porcentaje de historias completas en la evaluación inicial		CÓDIGO PEI-I04
Indicador que valora la calidad de los datos clínicos registrados en la Historia Clínica.		
Información estadística de altas		CÓDIGO PEI-I05
Información estadística de diagnósticos realizados y altas generadas. (Altas generadas/Total de evaluaciones) * 100.		

ACTIVIDAD 1 de 3: asignación		CÓDIGO PEI-A01
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>CSM Leganés: la asignación de pacientes adultos nuevos con volante de derivación ordinario o preferente se realiza en una reunión destinada a ello que llevan a cabo dos grupos de profesionales del CSM que han sido constituidos en su composición en función del número de centros de Atención Primaria que hay en Leganés y la carga asistencial que se deriva de los mismos. En la reunión, y de acuerdo a las características clínicas del paciente que se encuentran detalladas en el volante de derivación, así como su edad, sexo, antecedentes, tratamientos previos y demanda del MAP (o del especialista que lo envíe) referida en el volante, se acuerda el profesional que el grupo considera como el más indicado para el perfil clínico del paciente. La evaluación se encuentra programada en dos días semanales: martes, en que se evalúan tres pacientes, y jueves, en que evalúan dos por cada profesional.</p> <p>Los casos derivados desde el equipo de infantojuvenil, por haber alcanzado la edad de 18 años, son asignados en las referidas reuniones de los dos equipos de adultos.</p> <p>Los volantes urgentes son asignados diariamente a los dos profesionales que cada día se encuentran destinados a urgencias. La asignación de los días de urgencias es realizada por el jefe del CSM, que reparte los días de forma equitativa entre todos los profesionales del CSM, entre los que se incluyen a los MIR y PIR. En la pareja de profesionales asignados diariamente a urgencias siempre estará presente un psiquiatra, que se ocupará de atender las consultas que puedan ser solicitadas por los MIR, PIR o el psicólogo, en relación a cuestiones clínicas o relacionadas con tratamientos farmacológicos. La pareja de urgencias decide de común acuerdo y en función de la información clínica presente en el volante de derivación cuál de los profesionales de la pareja de urgencias es el más indicado para la primera valoración de la demanda.</p> <p>CSM Fuenlabrada: la asignación de casos de adultos con volante de derivación ordinario o preferente la realiza la Coordinadora del Servicio, repartiendo los pacientes entre psiquiatras y psicólogos, teniendo en cuenta para la asignación las características clínicas del paciente, sus antecedentes, tratamientos previos y demanda solicitada por el MAP (o del especialista que lo envíe) detallados en el volante. Los días programados de evaluación son martes y jueves. Los terapeutas están divididos equitativamente entre ambos días y evalúan seis pacientes nuevos cada semana en un solo día.</p> <p>Los pacientes provenientes del equipo de infantojuvenil son asignados a terapeutas de adultos por una derivación directa acordada entre terapeutas. La demanda urgente es asignada diariamente siguiendo una lista de asignación ordenada alfabéticamente de forma correlativa. Los psicólogos no atienden consultas nuevas de urgencia.</p>	<p>Todos los facultativos del CSM</p> <p>Facultativos del CSM</p> <p>Jefe del CSM</p> <p>Jefe del CSM</p> <p>Facultativos de los equipos Administración</p>	<p>Volantes de derivación Hojas de registro de asistencias Listado de evaluaciones</p> <p>Listado de evaluaciones</p> <p>Listado de urgencias</p> <p>Volantes de derivación Hojas de registro de asistencias Listado de evaluaciones</p> <p>Listado de profesionales destinados a la urgencia</p>

ACTIVIDAD 2 de 3: entrevista clínica		CÓDIGO PEI-A02
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>La entrevista clínica consiste en el procedimiento en que el terapeuta asignado se encuentra con un paciente que demanda atención y realiza las preguntas oportunas para la recogida de la información necesaria para obtener una primera aproximación diagnóstica y, si procede, indicación de tratamiento.</p> <p>Se suele seguir una estructura genérica que consiste en la recogida del motivo principal de consulta expresado por el paciente o sus acompañantes, una exposición extensa de su problemática (enfermedad actual), sus antecedentes personales y familiares (genograma, eventos familiares significativos, estilo relacional), psiquiátricos y somáticos, datos biográficos de interés, sus características de personalidad y la exploración psicopatológica reglada en todas las áreas: consciencia, orientación, conducta motora, atención, percepción, memoria, sueño, afectividad, curso y contenido de pensamiento, lenguaje, conducta sexual y alimentaria, <i>insight</i>.</p> <p>Se deben tener en cuenta los aspectos de la comunicación no verbal, aspecto físico, expresión facial, gestos, posturas, mirada e impresión general, así como impresiones subjetivas que suelen aportar una valiosa información a la hora de orientar la entrevista psicodiagnóstica. Se debe investigar la presencia de posibles factores de riesgo, especialmente el consumo de tóxicos y acontecimientos vitales recientes y/o pasados. Evaluar capacidades y alteraciones funcionales en las actividades de la vida cotidiana, social y laboral. Se recogerá información sobre su nivel de estudios y ocupación laboral actual y pasada y su situación económica. Si es inmigrante se valorará el nivel de adaptación cultural y el conocimiento del idioma.</p> <p>La situación somática del paciente también debe ser tenida en cuenta por su posible relación con el cuadro psicopatológico, así como toda medicación que se encuentre recibiendo por algún motivo, de cara a la valoración de posibles interacciones farmacológicas en caso de plantearse la necesidad del uso de psicofármacos.</p> <p>La información aportada por el paciente puede ser complementada y contrastada con la aportada por los acompañantes, sean estos familiares o amigos del mismo, preferiblemente en presencia del paciente. Se indagará sobre el impacto de la enfermedad en la vida familiar, el conocimiento de la familia sobre la enfermedad y su actitud ante la misma.</p> <p>La entrevista se desarrollará en un ambiente confortable y tranquilo para el paciente y sus acompañantes. Se preservará en todo momento el derecho a la intimidad del paciente y su familia. El profesional deberá mostrar en todo momento un trato respetuoso y empático con el paciente y acompañantes, manteniendo una actitud cercana, contenedora y que transmita serenidad y seguridad al paciente.</p> <p>Esta información se volcará a la Historia Clínica.</p>	<p>Facultativo actuante</p>	<p>Historia Clínica</p>
<p>Para completar la entrevista clínica, en caso de que sea necesario, el terapeuta puede solicitar determinadas pruebas o informes complementarios: pruebas analíticas, interconsultas a otros especialistas o al MAP, o un informe al trabajador social.</p>	<p>Facultativo actuante</p>	
<p>Un psicólogo puede solicitar la opinión de un psiquiatra para valorar la adecuación de un tratamiento farmacológico, la necesidad de iniciar un nuevo tratamiento farmacológico, o bien para decidir sobre la incapacidad laboral de un paciente.</p>	<p>Equipo de facultativos actuantes</p>	

ACTIVIDAD 3 de 3: valoración		CÓDIGO PEI-A03
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>La valoración es uno de los ejes centrales del proceso de evaluación. Permite elaborar un primer diagnóstico e indicar, de considerarse necesario, un tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico y otras pruebas o indicaciones clínicas que se estimen necesarias, así como puede considerarse que la demanda no hace necesaria la intervención de un tratamiento especializado, sea por la ausencia de patología psiquiátrica o por que el cuadro pueda ser tratado y controlado por su MAP, por lo que el paciente será devuelto a AP con el informe clínico preceptivo. Para realizar una correcta valoración del paciente puede llegar a ser necesario, en algunos casos, la realización de más de una entrevista clínica, hasta elaborar un juicio clínico. Su base es el contenido de la información recogida en la entrevista clínica y que se encuentra volcada en la Historia Clínica. Todos los datos y observaciones clínicas sirven para realizar una primera aproximación diagnóstica según los criterios de la clasificación internacional CIE-9 y proponer un plan de tratamiento, derivación a otra especialidad, solicitud de una nueva valoración por otro profesional en caso de ser necesario, pruebas complementarias, solicitar la valoración de un Trabajador Social o el alta y devolución al MAP.</p> <p>La valoración debe concluir en la elaboración de un informe clínico, en el espacio del volante de derivación al afecto, que incluya: resumen de la clínica presente de hallarse, juicio diagnóstico y, si procede, tratamiento propuesto o pruebas complementarias solicitadas.</p> <p>Una vez completada la valoración se informa al paciente y a los acompañantes sobre las conclusiones de la misma y se completa el informe clínico, del que se entrega una copia al paciente, otra queda depositada en la Historia Clínica y otra se remite al MAP (o al especialista que lo envió) que ha solicitado la valoración del paciente por correo interno.</p>	Facultativo actuante	<p>Informe clínico</p> <p>Resultados de pruebas complementarias o informes escritos de otros profesionales</p>

DEFINICIÓN

Atender a pacientes con trastorno mental que puedan beneficiarse de una intervención ambulatoria con objetivos terapéuticos delimitados, en un marco temporal breve. Estas acciones, basándose en el método de la mejora continua de la calidad, seguirán los principios de la buena práctica, utilizando la mejor evidencia científica disponible, empleando los recursos de forma eficiente y generando satisfacción en usuarios y profesionales.

LÍMITES DEL PROCESO

INICIAL	Momento en que se recibe al paciente evaluado, diagnosticado, con indicación de tratamiento y con facultativo asignado.
FINAL	Momento en que se produce el alta, derivación para otro proceso, estabilidad clínica.

ENTRADAS

PROVEEDOR	ENTRADA	PROVEEDOR	ENTRADA
Proceso de evaluación	El paciente evaluado, diagnosticado, indicado y asignado	Enfermeros	Lista de espera para Enfermería
Proceso de evaluación	Historia Clínica	Facultativos	Lista de espera para determinadas intervenciones
Paciente o tutor	Información de disponibilidad temporal del paciente	Proceso de Farmacia	Medicamentos

SALIDAS Y REQUISITOS

CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Paciente y familiar	Alta clínica	Tiempo	2º
		Mejora clínica	1º
		Información escrita (informes)	
Facultativo	Paciente derivado a otro médico	Información escrita completa (protocolizada)	
		Accesibilidad en tiempo y espacio a la información	5º
Paciente y familiar	Recetas/Documents de prescripción	Información clara, completa y actualizada	3º
Paciente	Estabilización clínica	Información escrita/Coordinación	

INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO

Porcentaje de pacientes dados de alta por mejoría

CÓDIGO PAF-I01

Se trata de un indicador que mide el porcentaje de pacientes diagnosticados de trastorno mental común, que son dados de alta por mejoría clínica. Con el objetivo de medir la eficacia y la eficiencia del tratamiento.

Duración del proceso

CÓDIGO PAF-I02

Mide el tiempo que el paciente permanece en el proceso.

Porcentaje de Historias Clínicas completas

CÓDIGO PAF-I03

Indicador que valora si durante el proceso quedan registrados en la Historia Clínica los datos clínicos básicos y cumple criterios de calidad. Estos serían: un comentario evolutivo clínico terapéutico de cada asistencia, así como una referencia sobre si es derivado o no a otro profesional en aquellos supuestos dicotómicos que refleja el diseño del proceso.

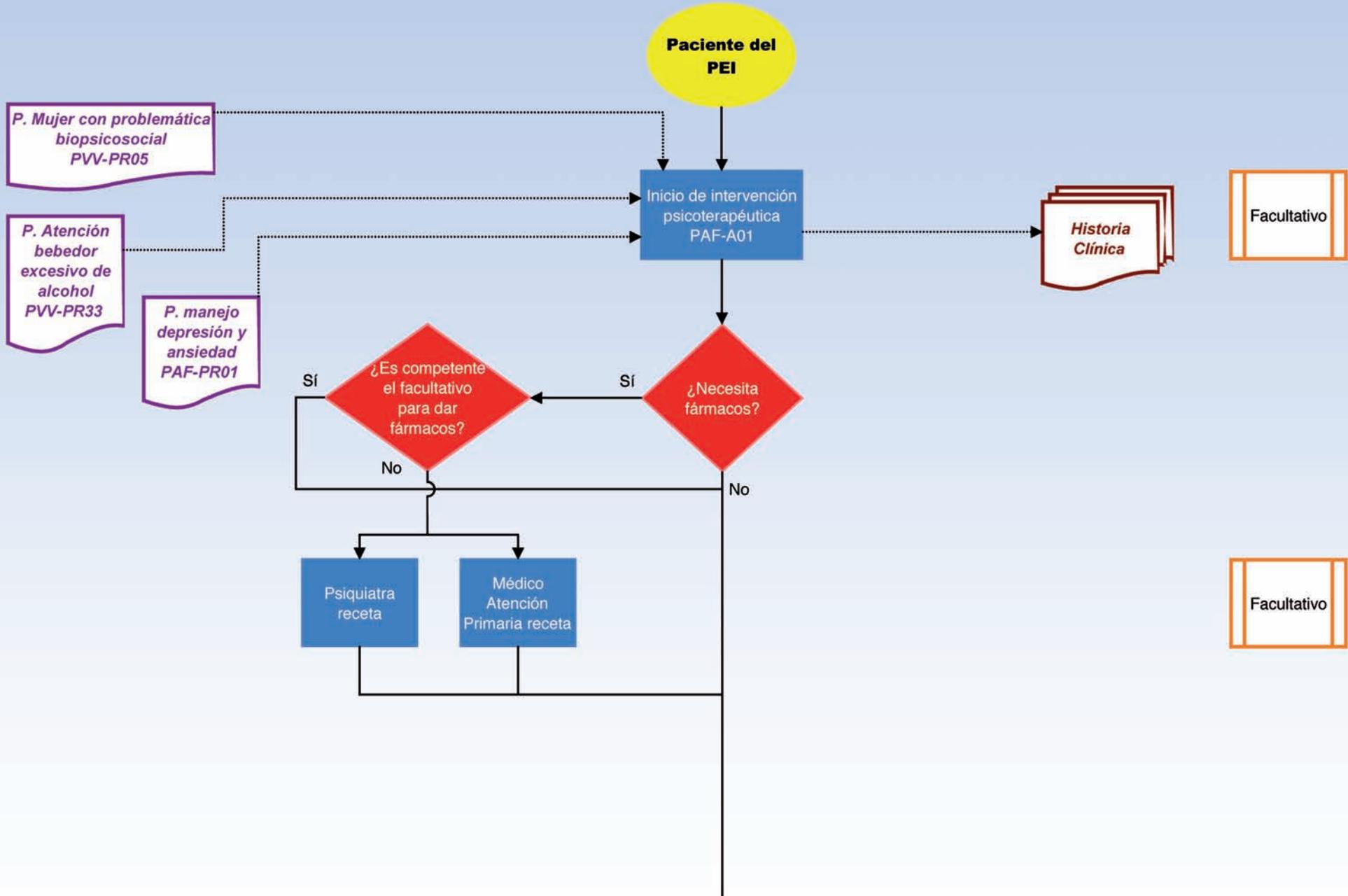
Porcentaje de pacientes derivados a grupos

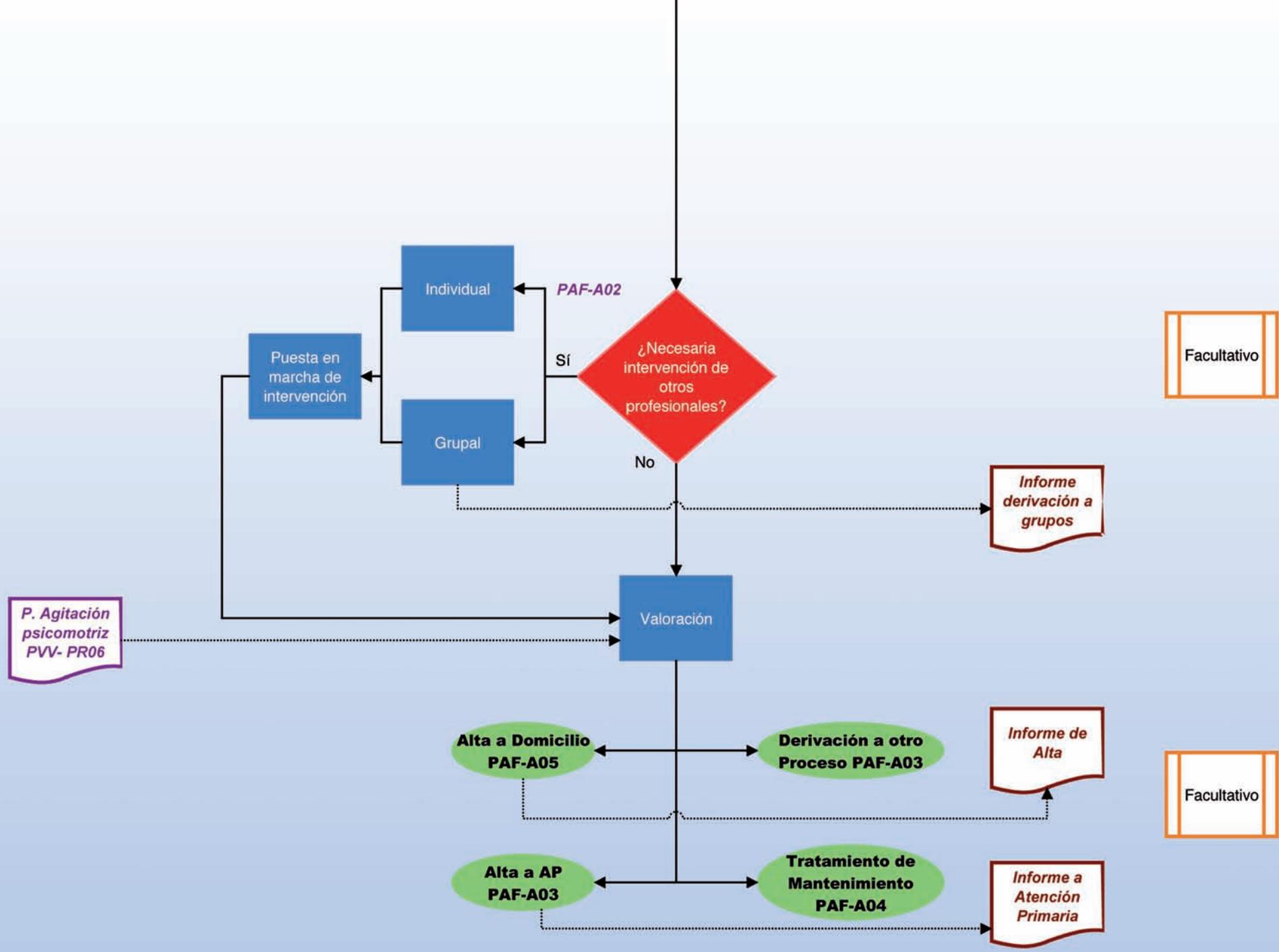
CÓDIGO PAF-I04

Del total de los pacientes incluidos en el proceso de atención ambulatoria focalizada en un periodo de 12 meses se cuantifican el número de pacientes que precisan de intervención grupal.

continúa

PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA FOCALIZADA





Facultativo

Facultativo

INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO

continuación

Porcentaje de pacientes que requieren intervención farmacológica

CÓDIGO PAF-I05

Mide el porcentaje de pacientes que precisan un abordaje farmacológico entre los pacientes diagnosticados de trastorno mental común incluidos en el proceso. Persigue el objetivo de medir la eficacia y la eficiencia del uso de los fármacos en el abordaje de pacientes con diagnóstico leve. Este indicador detectaría una posible sobreutilización de fármacos en procesos leves que mejorarían o se resolverían de forma adecuada con otras intervenciones.

ACTIVIDAD 1 de 5: inicio de intervención psicoterapéutica

CÓDIGO PAF-A01

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Establecer un contexto colaborativo que permita una relación terapéutica donde se fijen y se expliciten los objetivos del tratamiento en un intervalo de tiempo breve y concreto (encuadre). Comienza en el momento en que finaliza el proceso de evaluación inicial.</p> <p>1. Se evalúa la indicación de la intervención psicoterapéutica que se va a realizar tomando en consideración: el diagnóstico clínico y los síntomas principales, la motivación y aptitudes del paciente para un trabajo de psicoterapia donde se debe valorar su capacidad de introspección, el carácter psicológico de su trastorno y su actitud de participación en el trabajo psicoterapéutico para establecer un compromiso de trabajo, acordado a un tiempo preestablecido y acordado de común acuerdo, para extraer un provecho de la experiencia terapéutica.</p> <p>2. Se valora el tipo de intervención a realizar: esclarecimiento, apoyo cognitivo-conductual.</p> <p>3. Se valora la necesidad o no de una intervención farmacológica.</p> <p>4. Se evalúa la necesidad de intervención de otros terapeutas.</p> <p>5. Se acuerda la frecuencia de las citas, tiempo de las mismas y duración del tratamiento.</p>	<p>Psiquiatra</p> <p>Psicólogo</p>	<p>Historia Clínica</p> <p>Documento/Registro interno de derivación</p>

ACTIVIDAD 2 de 5: intervención de otros profesionales

CÓDIGO PAF-A02

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Se produce cuando, a criterio del terapeuta de referencia, el paciente requiere, según el diagnóstico y evolución del cuadro clínico, una intervención específica, bien grupal, bien individual, de otros profesionales del equipo, lo que sería beneficioso para el paciente para un mejor enfoque de la situación clínica y la resolución de los síntomas.</p> <p>1. Intervención individual.</p> <p>a. El terapeuta de referencia informa al paciente de la necesidad y conveniencia de la intervención propuesta y de su próxima derivación.</p> <p>b. Habla con el profesional al que deriva el caso, le transmite la información de la situación clínica y el diagnóstico del paciente y valoran ambos la indicación de la intervención y pertinencia de la misma.</p> <p>c. El terapeuta de referencia informa al paciente en la siguiente consulta cuándo dará comienzo la intervención, tiempo de duración de la misma y las características del trabajo clínico que el paciente llevará a cabo en dicha actividad.</p> <p>2. Intervención grupal.</p> <p>a. El terapeuta de referencia informa al paciente de las razones clínicas para proponerle una intervención grupal y de su próxima derivación y solicita al paciente su acuerdo para proceder a la derivación.</p>	<p>Terapeuta de referencia</p> <p>Terapeuta de referencia Profesional responsable del grupo</p>	<p>Historia Clínica</p> <p>Hoja de derivación a grupos</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>6. En el informe de alta al médico de Atención Primaria debe existir: un informe clínico de la evolución sintomatológica del paciente, una breve referencia a las intervenciones terapéuticas realizadas, la mejoría alcanzada, las recomendaciones en la pauta y posología farmacológica, si la hubiera, hasta la suspensión del tratamiento y el tiempo de duración y otras recomendaciones que se consideren pertinentes para un mejor mantenimiento de la estabilidad del paciente.</p> <p>7. Se entrega el original del informe de alta al paciente, se envía una copia a su médico de Atención Primaria y se deposita otra copia en la Historia Clínica.</p> <p>8. Se explica, en términos comprensibles, al paciente y a su familia si presta su consentimiento el tratamiento y las recomendaciones a mantener con seguimiento por su médico de familia.</p>		

ACTIVIDAD 4 de 5: tratamiento de mantenimiento		CÓDIGO PAF-A04
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO:</p> <p>1. El terapeuta revisa el cumplimiento/adherencia del tratamiento.</p> <p>2. Se ha reevaluado la situación clínica del paciente con una mejoría parcial de los síntomas después de 12 semanas de tratamiento, sin haberse logrado conseguir una estabilidad clínica sostenida, ni una remisión de la sintomatología que motivó la indicación de tratamiento.</p> <p>3. No se ha conseguido una relación de empatía o entendimiento por parte del paciente de las diferentes decisiones tomadas por el terapeuta en el marco del tratamiento, dificultando la creación del contexto terapéutico que permitiera un trabajo más efectivo de los síntomas clínicos.</p> <p>4. La persistencia de síntomas clínicos activos recomienda continuar con los cuidados y la monitorización, seguimiento del tratamiento en el mismo marco del proceso asistencial y la reformulación del contenido del mismo de común acuerdo con el paciente, todo lo que será desarrollado por el mismo profesional.</p>	<p>Psiquiatra</p> <p>Psicólogo</p>	<p>Informes de seguimiento AP</p>

ACTIVIDAD 5 de 5: alta a domicilio		CÓDIGO PAF-A05
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Se produce cuando existe una mejoría clínica y funcional del paciente, con remisión total o parcial de los síntomas, con la excepción de la salida de «tratamiento de mantenimiento».</p> <p>ALTA A DOMICILIO:</p> <p>1. El terapeuta responsable confirma la remisión completa de los síntomas activos que motivaron la intervención, el adecuado funcionamiento social y en su vida relacional.</p> <p>2. Se ha producido la finalización de la intervención de las fases del proceso asistencial.</p> <p>3. El paciente en el momento del alta no necesita medicación ni otra intervención de tipo psicológica.</p> <p>4. La toma de la decisión es compartida, basada en la empatía y el entendimiento.</p> <p>5. El terapeuta dará información escrita y verbal, en un lenguaje común, de la evolución del cuadro clínico, de las distintas intervenciones terapéuticas realizadas y los logros alcanzados, en una última entrevista de devolución. Y a la familia si procede y si el paciente da su consentimiento.</p>	<p>Psiquiatra</p> <p>Psicólogo</p>	<p>Informe de alta</p>

DEFINICIÓN

Atender a pacientes que precisan de un abordaje terapéutico de alta intensidad y especialización, y con mayor y más variado empleo de recursos y técnicas en un marco temporal prolongado. Estas acciones, basándose en el método de la mejora continua de la calidad, seguirán los principios de la buena práctica, utilizando la mejor evidencia científica disponible, empleando los recursos de forma eficiente y generando satisfacción en usuarios y profesionales.

LÍMITES DEL PROCESO

INICIAL	Derivación por el terapeuta del CSM.
FINAL	Alta por mejoría, petición propia, abandono, defunción o derivación a otro recurso (o proceso).

ENTRADAS

PROVEEDOR	ENTRADA	PROVEEDOR	ENTRADA
Terapeuta	Paciente	Equipo multidisciplinar y terapeuta de referencia	Información en las reuniones de derivación
	Protocolo de derivación		
		Familiares del paciente	Familia

SALIDAS Y REQUISITOS

CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Paciente, terapeuta, familia	Alta	Mejoría	
Paciente y terapeuta	Informe de alta	Informe disponible con el alta	
		Informe completo	
Proceso de destino	Derivación a otro proceso	Información completa	
Equipo multidisciplinar con terapeuta de referencia	Información reuniones coordinación	Información pertinente y concisa	
Otros recursos	Información e informes a otros recursos sanitarios y no sanitarios	Información a tiempo	
		Apoyo	
Paciente	Cambios en el comportamiento en el entorno ecológico	Disminución del estrés y mejora de la adaptabilidad	
Consejería y cliente interno	Infor. sobre listas de espera	Accesible y actualizada	

INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO

Informes presentados/Pacientes presentados por reunión CÓDIGO PCP-I01

Mide el número de informes o protocolos que aporta el terapeuta de referencia por cada paciente que presenta en la reunión de derivación al proceso de intervención compleja prolongada.

Porcentaje de abandonos en un año CÓDIGO PCP-I02

Número de pacientes (expresado en porcentaje) que abandonan el tratamiento sin aviso y sin acuerdo con el equipo terapéutico en un periodo de un año, respecto al total de pacientes atendidos en el periodo.

Porcentaje de altas por mejoría en un año CÓDIGO PCP-I03

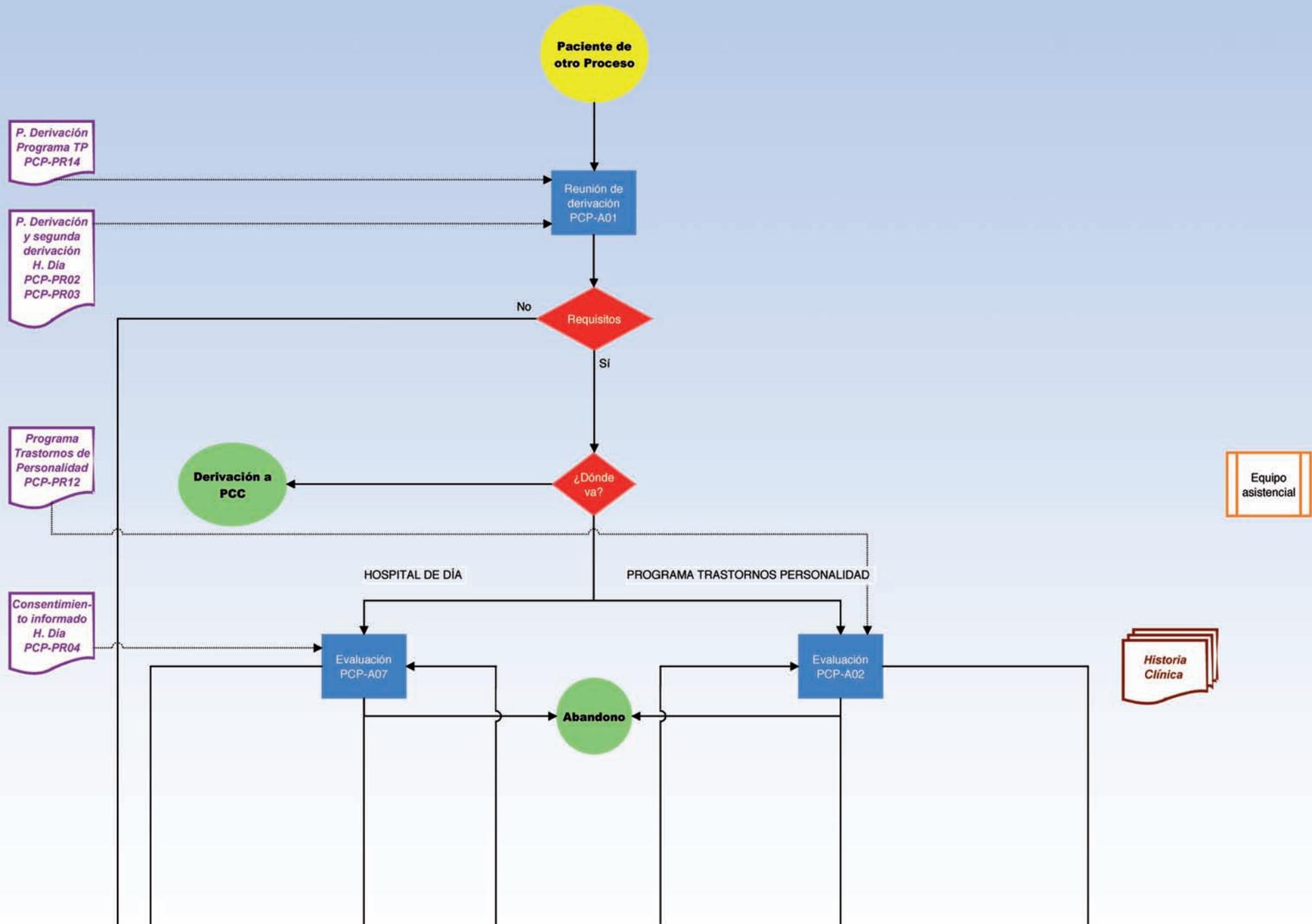
Número de pacientes (expresado en porcentaje) que son dados de alta por mejoría en el periodo de un año, respecto al total de pacientes atendidos en el periodo.

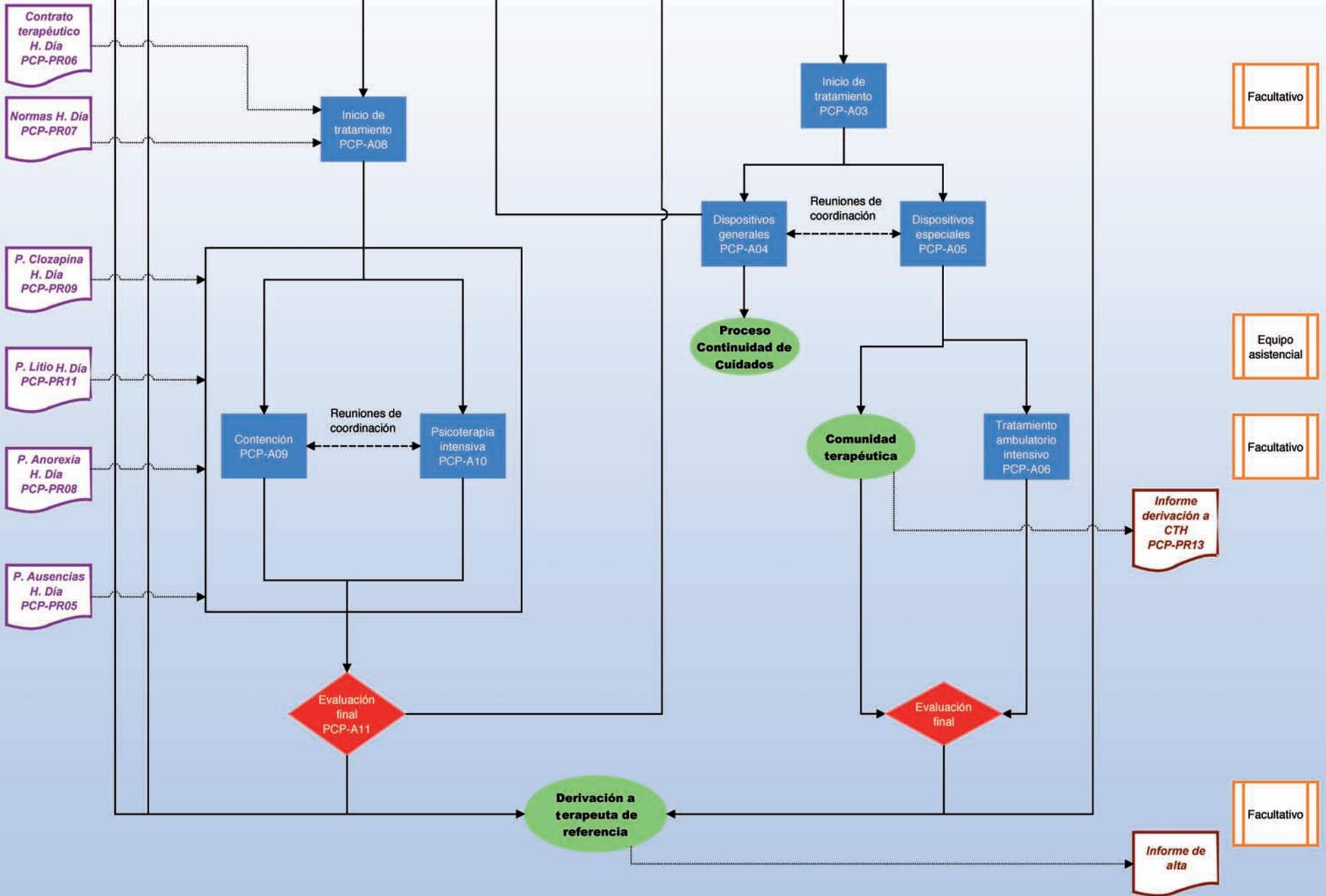
Tiempo medio para el abandono en un año CÓDIGO PCP-I04

Media del tiempo transcurrido, en días, desde que el paciente es aceptado en el dispositivo hasta que se da el alta por abandono.

continúa

PROCESO DE INTERVENCIÓN COMPLEJA PROLONGADA





INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO		continuación
Duración media de la intervención		CÓDIGO PCP-I05
Media del tiempo transcurrido, en días, desde que el paciente es aceptado en el dispositivo hasta que se da el alta.		
Porcentaje de ocupación del Hospital de Día		CÓDIGO PCP-I06
Número de pacientes que asisten diariamente a las actividades pautadas en su tratamiento (expresado en porcentaje) sobre el número total de plazas. Se planteará calcular un porcentaje de ocupación específico para alguna de las actividades.		
Porcentaje de asistencia a grupos en tratamiento ambulatorio		CÓDIGO PCP-I07
Porcentaje de pacientes que asisten a grupos ambulatorios del Programa de TP, en relación con el número total de plazas de cada grupo.		
Porcentaje de reuniones celebradas		CÓDIGO PCP-I08
<p>Medir porcentualmente las reuniones planificadas, con respecto a las realizadas. Se incluyen las reuniones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación CSM-HD. • Derivación del proceso ICP. • Derivación a la CTH (fuera del área). 		
Porcentaje de familias que reciben algún tipo de intervención		CÓDIGO PCP-I09
Número de familias que reciben algún tipo de intervención, en relación con el número de pacientes en tratamiento durante el periodo de un año (expresado en porcentaje).		

ACTIVIDAD 1 de 11: reunión de derivación		CÓDIGO PCP-A01
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Reunión periódica en la que el terapeuta de referencia del CSM propone derivar a un paciente bien al Hospital de Día o bien al Programa de TP.</p> <p>Existen dos posibilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente está diagnosticado de TP: existe una reunión periódica donde el terapeuta de referencia acude con todos los representantes de la mayoría de los dispositivos del área y donde expone el caso, junto con algunos documentos, para discutir y diseñar un plan de tratamiento individualizado que podrá ser revaluado. • Si el paciente no tiene un TP, sino otro diagnóstico, el terapeuta de referencia acude al Hospital de Día a proponer la derivación. 	<p>Primera reunión: Profesionales del Programa de TP: un psicólogo y un psiquiatra Profesional del Programa de Continuidad de Cuidados Profesional del Hospital de Día Terapeuta de referencia</p> <p>Segunda reunión: Terapeuta de referencia y profesionales del Hospital de Día</p>	<p>Primera reunión: Ficha de derivación al programa de TP, test psicométricos e informe clínico</p> <p>Segunda reunión: Protocolo de derivación al Hospital de Día</p>

ACTIVIDAD 2 de 11: programa de trastornos de la personalidad –evaluación–		CÓDIGO PCP-A02
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Se analizan los datos del paciente aportados por el terapeuta de referencia (ficha de derivación, informe clínico, test y datos de la reunión de derivación). Se cita al paciente para una entrevista para informarle sobre el dispositivo al que se le va a derivar: si se le deriva al tratamiento ambulatorio intensivo se realiza además una entrevista de evaluación.</p> <p>Se informa al terapeuta de referencia del resultado de la evaluación del paciente (cuando se le ha derivado para un tratamiento ambulatorio intensivo) y se revisa si es necesaria alguna modificación sobre la indicación o condiciones del tratamiento. Se realiza así un plan individualizado de tratamiento.</p>	<p>Psiquiatra y psicólogo del Programa de TP</p> <p>Terapeuta de referencia del CSM</p>	<p>Ficha de derivación para TP</p> <p>Informe clínico del paciente</p> <p>Test psicométricos</p> <p>Cuaderno de recogida de datos de la reunión de derivación</p> <p>Historia Clínica</p>

ACTIVIDAD 3 de 11: programa de trastornos de la personalidad -inicio de tratamiento-		CÓDIGO PCP-A03
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
Se cita o telefonea al paciente para darle la información del resultado de su evaluación y anunciarle el inicio de su tratamiento tal y como se ha decidido.	Psiquiatra y psicólogo del Programa de TP	

ACTIVIDAD 4 de 11: programa de trastornos de la personalidad -dispositivos generales-		CÓDIGO PCP-A04
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Cualquier dispositivo o programa del área donde acuden pacientes con variados diagnósticos. En dichos dispositivos son evaluados y tratados.</p> <p>Se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hospital de Día. Programa de Continuidad de Cuidados y recursos de rehabilitación. 	Profesionales de cada uno de los dispositivos o programas del área	Los que corresponda a cada dispositivo

ACTIVIDAD 5 de 11: programa de trastornos de la personalidad -dispositivos especiales-		CÓDIGO PCP-A05
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Dispositivos o programas específicos para el tratamiento de pacientes con TP.</p> <p>Se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> Comunidad Terapéutica Hospitalaria (CTH): está fuera del área. Ingreso total que incluye tratamiento integral para pacientes con TP. Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI): tratamiento ambulatorio que incluye psicoterapia individual, grupal y grupo psicoeducativo multifamiliar que se realiza en los dos CSM del área. 	<p>Profesionales de la CTH</p> <p>Profesionales del TAI</p>	<p>Documentos para la derivación a la CTH</p> <p>Ficha de derivación: apartado de cambio de nivel y evolución</p> <p>Historia Clínica del CSM</p>

ACTIVIDAD 6 de 11: programa de trastornos de la personalidad -tratamiento ambulatorio intensivo-		CÓDIGO PCP-A06
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI): tratamiento ambulatorio que incluye psicoterapia individual, grupal y grupo psicoeducativo multifamiliar que se realiza en los dos CSM del área. El paciente puede acudir a una o varias modalidades de tratamiento. Durante el tiempo que se encuentra en tratamiento se mantiene a su terapeuta de referencia del CSM, con quien el equipo se coordina periódicamente para evaluar la evolución del paciente.</p> <p>El paciente o su familia pueden ser evaluados a lo largo del tiempo para cada una de las modalidades de tratamiento del TAI según un Plan Individualizado de Tratamiento.</p>	<p>Profesionales del TAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> a tiempo total: un psiquiatra y un psicólogo a tiempo parcial: dos psiquiatras, dos psicólogas y un DUE 	<p>Ficha de derivación: apartado de cambio de nivel y evolución</p> <p>Historia Clínica del CSM</p>

ACTIVIDAD 7 de 11: evaluación hospital de día		CÓDIGO PCP-A07
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
El objetivo es valorar, tanto el equipo asistencial como los pacientes y familiares, la conveniencia del tratamiento en Hospital de Día (HD). Consta de varias fases:	Todos los profesionales del Hospital	Historia Clínica

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>1.º El primer contacto con el HD, se da cuando es recibido por el administrativo, quien le informa del funcionamiento administrativo del Centro por escrito (normas, horarios, teléfonos de contacto, tríptico informativo sobre las características del Centro, información e invitación a los grupos multifamiliares y presentación de los miembros del equipo). Es también el momento de recogida de los datos de filiación y apertura de la Historia Clínica.</p> <p>2.º Se realiza una primera entrevista por el terapeuta que va a ser el responsable de su tratamiento (psicólogo o psiquiatra, indistintamente), junto con un MIR o PIR, también indistintamente. En esta entrevista se realiza la Historia Clínica y se da información al paciente y familiares sobre el funcionamiento y el objetivo del HD.</p> <p>3.º Posteriormente el paciente acudirá durante aproximadamente dos semanas a las distintas actividades grupales del HD, siendo este periodo el de adaptación.</p> <p>En esta etapa el terapeuta responsable presentará a todo el equipo la información obtenida en la Historia Clínica y el diagnóstico del paciente. En esa reunión el resto de los profesionales aportará las pautas relacionales evaluadas en ellas.</p>	de Día, (coordinados por el terapeuta responsable del tratamiento), en los distintos momentos de la evaluación, que dura al menos dos semanas	

ACTIVIDAD 8 de 11: inicio del tratamiento de hospital de día		CÓDIGO PCP-A08
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
Pasado el periodo de evaluación inicial acordamos con el paciente los objetivos del tratamiento con un contrato terapéutico (verbal o escrito), que es un compromiso entre paciente y equipo para colaborar en la consecución de los objetivos acordados.	Equipo del Hospital de Día	Historia Clínica Impreso de contrato terapéutico (dentro de la Historia Clínica)

ACTIVIDAD 9 de 11: contención en el hospital de día		CÓDIGO PCP-A09
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Es una de las indicaciones de tratamiento en el Hospital de Día. Es una alternativa a la hospitalización de 24 horas destinada a evitar o acortar ingresos.</p> <p>Está indicado para trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos neuróticos graves y trastornos de la conducta alimentaria.</p> <p>El número de plazas es limitado según la situación grupal del medio terapéutico y la situación psicopatológica del paciente.</p>	Todos los profesionales del Hospital de Día, coordinados por el terapeuta responsable (psicólogo o psiquiatra), en las reuniones de equipo	Historia Clínica

ACTIVIDAD 11 de 11: evaluación final en el hospital de día		CÓDIGO PCP-A11
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Se reevalúa lo conseguido con el tratamiento, el grado de alcance de los objetivos acordados y empieza el trabajo de separación. Durante esta fase el paciente puede ir disminuyendo el horario en el Hospital de Día, dejando paulatinamente actividades aquí mientras reorganiza su vida fuera.</p> <p>Para poder conseguir los objetivos pactados en el contrato terapéutico y poder recorrer todo este proceso se precisa de la coordinación periódica con los CSM.</p>	Terapeuta responsable (psicólogo o psiquiatra), coordinado con el resto de los profesionales, en las reuniones de equipo	Historia Clínica Informe de alta, en el momento en que el paciente se deriva al CSM

Ver la actividad 10 en los archivos PCP

DEFINICIÓN

Atender a los pacientes con trastorno mental grave (TMG) suministrando tratamiento individualizado, continuidad de cuidados y rehabilitación, en el marco de la atención comunitaria a los problemas de salud mental. La atención que se presta procurará el mayor grado de autonomía para los pacientes, su integración en el medio social, su satisfacción y la mejora de su calidad de vida personal. Estas acciones, basándose en el método de la mejora continua de la calidad, seguirán los principios de la buena práctica, utilizando la mejor evidencia científica disponible, empleando los recursos de forma eficiente y generando satisfacción en usuarios y profesionales.

LÍMITES DEL PROCESO

INICIAL	Identificación del paciente.
FINAL	Alta del paciente.

ENTRADAS

PROVEEDOR	ENTRADA	PROVEEDOR	ENTRADA
Pacientes	Pacientes	Asociación de familiares Salud y Alternativas de Vida	Diversas solicitudes
Familias	Familias		
Consejería Sanidad y S. Sociales	Diversas solicitudes	Proceso de Farmacia	Medicamentos

SALIDAS Y REQUISITOS

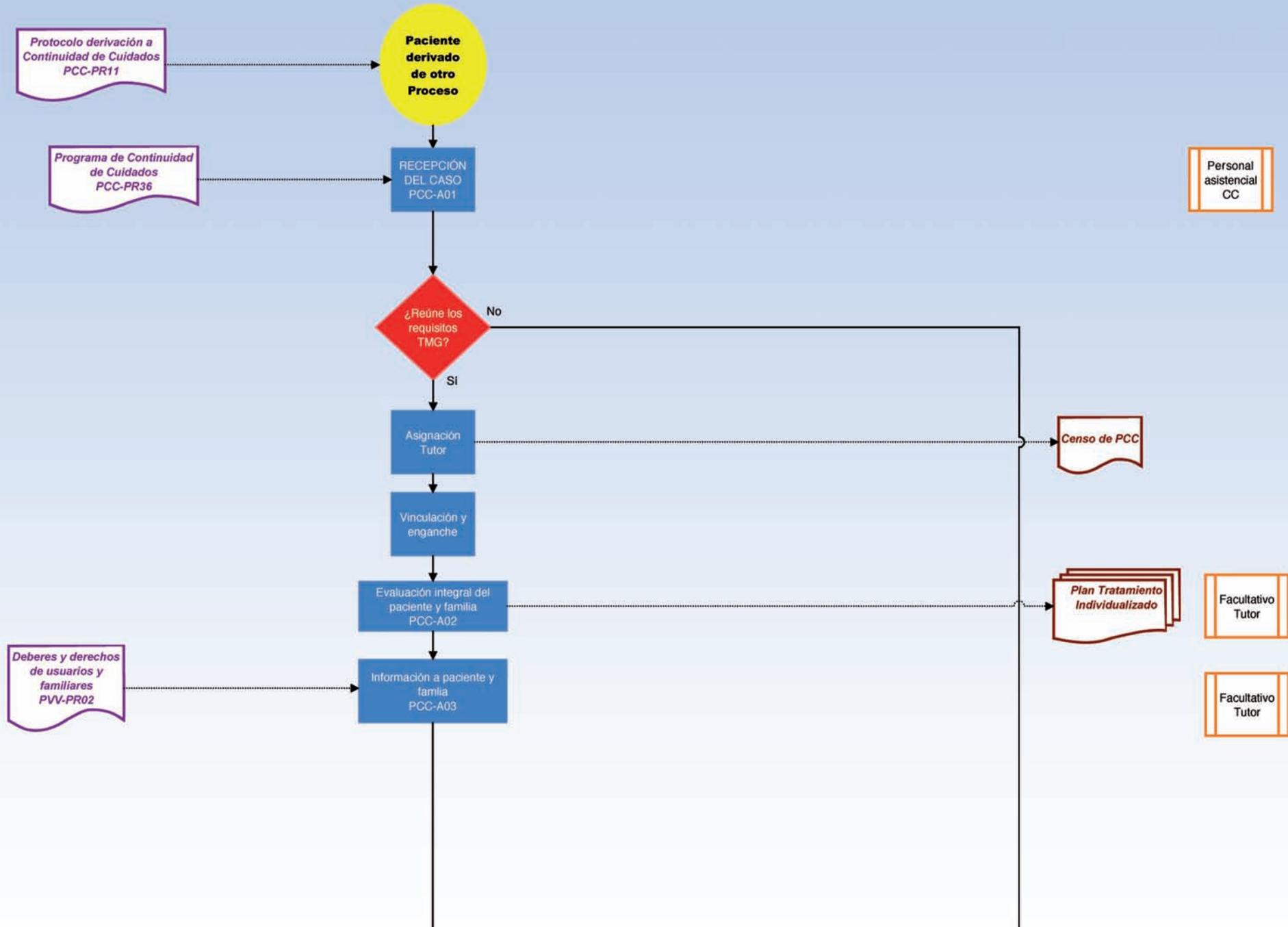
CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Pacientes, familias	Plan Individualizado de Tratamiento (PIT)	Existencia	
		Comprensible	
Pacientes, familias	Informes clínicos	Entrega	
		Completo	
Pacientes, familias	Rehabilitación específica a pacientes ambulatorios	Objetivos del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)	
Pacientes, familias	Rehabilitación específica a pacientes hospitalizados	Objetivos del PIR	
Pacientes, familias	Continuidad de cuidados	Vinculación	
		Objetivos del PIT	
		Prevención de discapacidades	
		Hospitalización a domicilio	
Familia	Atención a familiares	Información	
		Asesoramiento	
		Apoyo	
Pacientes, familias	Atención domiciliaria		

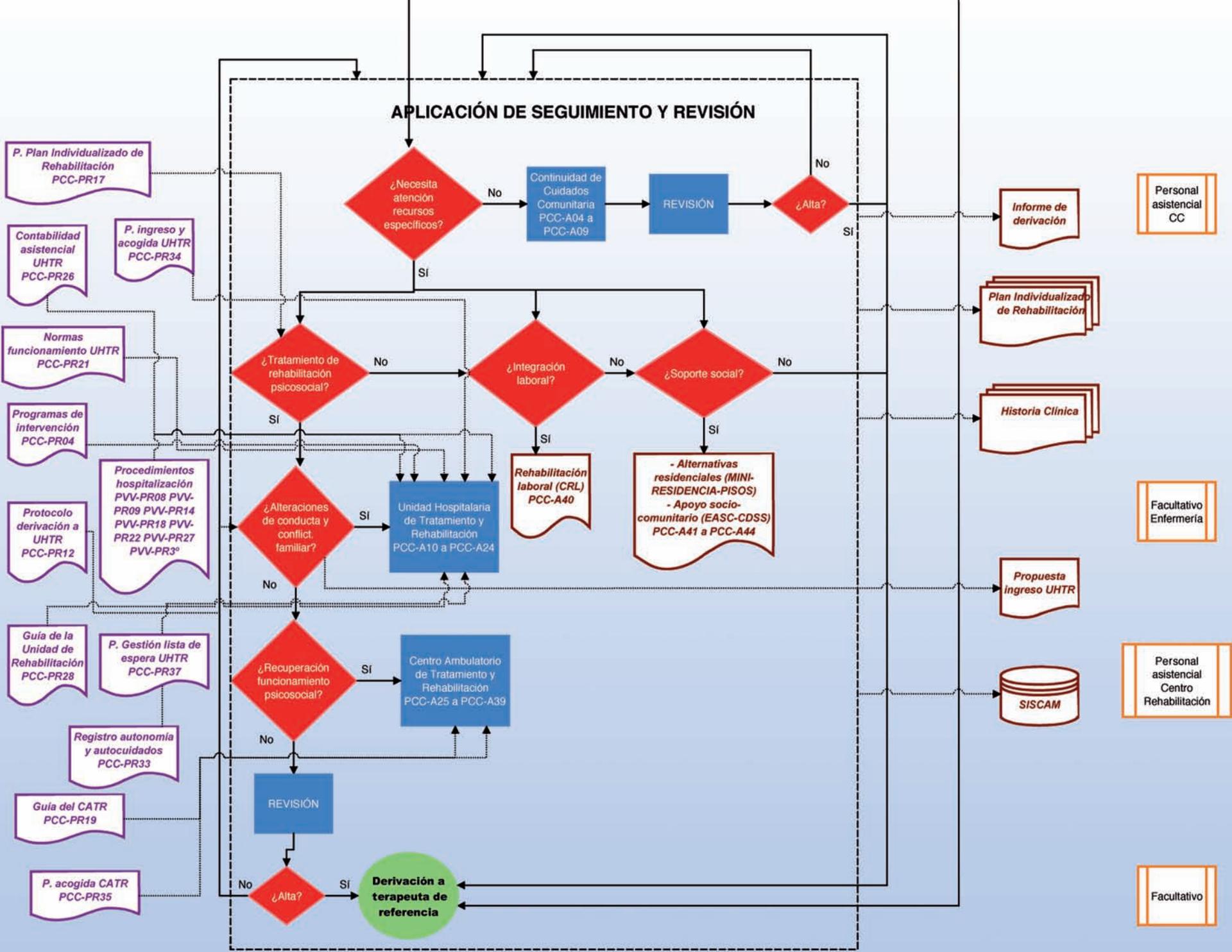
INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO

Tiempo para la entrada al proceso	CÓDIGO PCC-I01
Tiempo máximo de recepción, identificación y confirmación.	
Pacientes aceptados en el proceso	CÓDIGO PCC-I02
Pacientes aceptados en el proceso.	
Pacientes por coordinador de cuidados	CÓDIGO PCC-I03
Número de pacientes en intervención por coordinador de casos.	

continúa

PROCESO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN





INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO		continuación
Pacientes con PIT		CÓDIGO PCC-I04
Número de pacientes con Plan Individualizado de Tratamiento después de 90 días de entrar al proceso.		
Índice de reingresos en UHB		CÓDIGO PCC-I05
Índice de reingresos en Unidades de Hospitalización Breve.		
Índice de funcionamiento psicosocial		CÓDIGO PCC-I06
Índice de mejora del funcionamiento psicosocial.		
Porcentaje de abandonos		CÓDIGO PCC-I07
Porcentaje de abandonos en los seis primeros meses de intervención del proceso.		
Porcentaje de reuniones de coordinación		CÓDIGO PCC-I08
Porcentaje de reuniones de coordinación realizadas sobre el total de reuniones programadas.		
Sesiones con familias		CÓDIGO PCC-I09
Número de sesiones con familias.		
Utilización de recursos específicos		CÓDIGO PCC-I10
Porcentaje de pacientes que usan recursos específicos de rehabilitación (Centro de Rehabilitación, Unidades Hospitalarias, recursos de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales).		
Lista de espera de las Unidades de Rehabilitación		CÓDIGO PCC-I11
Tiempo máximo en días de espera desde la inclusión en la lista de espera para las Unidades de Rehabilitación y el ingreso.		
Lista de espera CATR		CÓDIGO PCC-I12
Tiempo máximo en días de espera desde la inclusión en la lista de espera para el Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación y el ingreso.		
Porcentaje de actividades realizadas en el CATR		CÓDIGO PCC-I13
Porcentaje de actividades realizadas en el Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación frente a las programadas, contabilizando los cuatro bloques horarios de lunes a viernes.		

ACTIVIDAD 1 de 44: entrada en programa de continuidad de cuidados		CÓDIGO PCC-A01
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Descripción: Derivación y presentación del paciente a Continuidad de Cuidados (CC) por el terapeuta de referencia, cuando el paciente reúne criterios de sospecha de TMG y se prevee que necesita un seguimiento estrecho y prolongado a lo largo del tiempo, con soporte en distintas áreas de intervención.</p> <p>Población: Pacientes que reúnen criterios de sospecha de TMG y necesitan intervenciones de rehabilitación de menor o mayor grado de intensidad.</p> <p>Procedimiento: 1. El terapeuta de referencia del paciente con TMG presenta el caso en reunión semanal de miniequipo (diagnóstico principal del eje I) a los profesionales del Programa de CC. En caso de que el paciente con TMG tenga diagnóstico principal dentro del eje II la presentación a continuidad de cuidados se decide en la reunión mensual del programa de trastornos de la Personalidad (TP).</p>	<p>Terapeuta, Profesionales de CC (tutores)</p>	<p>Historia Clínica, Censo de TMG, Protocolo de Continuidad de Cuidados</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>2. Los profesionales de CC llevan el caso a la reunión quincenal del programa donde:</p> <p>a. Se acepta el caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscripción en el censo. • Asignación de tutor. <p>b. Se rechaza el caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivación de nuevo al terapeuta de referencia. En la siguiente reunión de miniequipo se explican los motivos por los que no se acepta el caso en el CC. <p>3. Se inician entrevistas individuales con el paciente y/o familia con el objetivo de favorecer la vinculación del paciente al Programa de CC bien en el CSM, en el domicilio del paciente o en la Unidad de Agudos, según el caso.</p> <p>4. Se realiza la evaluación de necesidades del paciente y/o la familia.</p> <p>5. Se consensuan las posibles intervenciones para cubrir las necesidades detectadas por el equipo terapéutico con el paciente y/o la familia.</p>		

ACTIVIDAD 2 de 44: evaluación integral del paciente y de su familia **CÓDIGO PCC-A02**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Descripción: Evaluación clínica y del funcionamiento psicosocial del paciente con TMG, así como de la situación familiar y las condiciones sociales, económicas y laborales que le rodean. Se orienta para la obtención de información sobre el tipo de apoyo y soporte precisado por el paciente y que permita la elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento y de Rehabilitación.</p> <p>Población: Pacientes que reúnen criterios de TMG y necesitan intervenciones de rehabilitación de menor o mayor grado de intensidad.</p> <p>Procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación clínica completa, tanto somática como psicopatológica, del paciente (síntomatología, tiempo de evolución, conciencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento, tipos de tratamiento recibidos, factores interventores en las crisis, recursos utilizados...). 2. Entrevistas con el paciente, con su familia y conjuntas, con el fin de recoger datos clínicos y del funcionamiento psicosocial, necesidades percibidas por el paciente y su familia, valorar su situación socioeconómica, familiar y laboral y detectar así posibles áreas de intervención. 3. Visitas domiciliarias para la valoración in situ y la detección de los problemas y necesidades reales. 	<p>Terapeuta y tutor</p> <p>Terapeuta y tutor</p> <p>Tutor</p>	<p>Historia Clínica, protocolo CC</p>

ACTIVIDAD 3 de 44: elaboración del plan individualizado de tratamiento **CÓDIGO PCC-A03**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Descripción: Elaboración de un documento por escrito en el que se especifican los responsables del tratamiento, la valoración clínica y del funcionamiento psicosocial del paciente, la situación sociolaboral y económica, las necesidades detectadas, los objetivos y las intervenciones previstas, así como un cronograma aproximado del tiempo necesario para su abordaje.</p>		

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Población: Pacientes que reúnen criterios de TMG y necesitan intervenciones de rehabilitación de menor o mayor grado de intensidad.</p> <p>Procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar un documento escrito que recoja los datos obtenidos en la evaluación integral del paciente y su familia: Plan Individualizado de Tratamiento (PIT). 2. Informar al paciente y su familia a cerca del PIT con el fin de consensuar y acordar los objetivos y las intervenciones previstas. 3. Revisar el PIT de forma periódica con el fin de reevaluar los problemas y necesidades observadas, valorar el resultado de las intervenciones realizadas, definir posibles áreas de intervención nuevas. 	<p>Tutor</p> <p>Tutor y terapeuta</p> <p>Tutor</p>	<p>Protocolo CC</p>

ACTIVIDAD 4 de 44: seguimiento en programa de continuidad de cuidados CÓDIGO PCC-A04

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Descripción: Conjunto de intervenciones que se llevan a cabo para dar soporte y apoyo al paciente con trastorno mental grave en el entorno comunitario.</p> <p>Población: Pacientes que reúnen criterios de TMG y necesitan intervenciones de rehabilitación de menor o mayor grado de intensidad.</p> <p>Procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención para fomentar la adherencia al tratamiento y la conciencia de enfermedad del paciente y valoración de la evolución. 2. Intervención para fomentar las capacidades de autocuidado por parte del paciente y su familia y valoración de la evolución. 3. Valoración de los cambios de la situación socio-familiar del paciente y de su familia e intervención. 4. Registro del número de urgencias: hospitalarias, en CSM y en Servicios Sociales que el paciente requiere. 5. Registro del número de ingresos y duración de los mismos en la Unidad de Agudos. 6. Registro de los recursos de atención utilizados y evolución en los mismos. 7. Seguimiento en los recursos de la red de Salud Mental en los que el paciente recibe tratamiento, mediante reuniones de coordinación ordinaria, consultas telefónicas y coordinaciones extraordinarias. <p>Durante el desarrollo de la actividad de seguimiento se producen de forma continua modificaciones en el plan de intervención en función de la evolución.</p>	<p>Tutor</p>	<p>Protocolo de CC</p>

ACTIVIDAD 5 de 44: adherencia al tratamiento

CÓDIGO PCC-A05

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Descripción: Detección e intervención con pacientes que presentan dificultades en el cumplimiento del tratamiento (toma de medicación, asistencia a consulta con su terapeuta y otras actividades terapéuticas programadas).</p> <p>Población: Pacientes que reúnen criterios de TMG y necesitan intervenciones de rehabilitación de menor o mayor grado de intensidad.</p>		<p>Hoja de seguimiento</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrevistas con el paciente para trabajar la necesidad de tratamiento y confirmar su cumplimentación. Entrevistas con la familia para trabajar la necesidad de tratamiento y confirmar su grado de cumplimiento. Cuando hay dificultades para la toma del tratamiento por parte del paciente o de la familia, se considerarán otras posibilidades: <ol style="list-style-type: none"> Toma diaria de la medicación en el CSM. Administración de medicación depot en el domicilio. Ingreso hospitalario para instauración del tratamiento. Confirmar con el terapeuta el cumplimiento de las citas. Si asiste a alguna otra actividad terapéutica, confirmar asistencia. 	<p>Tutor</p> <p>Tutor</p> <p>Tutor y terapeuta</p> <p>Enfermería</p> <p>Enfermería</p> <p>Terapeuta</p> <p>Tutor</p> <p>Tutor</p>	

ACTIVIDAD 6 de 44: intervención en crisis **CÓDIGO PCC-A06**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Descripción: Detección rápida de situaciones de crisis y establecimiento de estrategias de intervención.</p> <p>Población: Pacientes que reúnen criterios de TMG y necesitan intervenciones de rehabilitación de menor o mayor grado de intensidad.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Detectar lo antes posible la reaparición o empeoramiento de los síntomas a través del paciente, la familia o por información de otros profesionales. Informar al paciente y a la familia sobre nuestra disponibilidad para consultas no programadas. Valorar lo antes posible con el paciente y la familia las posibles causas. La valoración se puede hacer: <ol style="list-style-type: none"> En el CSM. En el domicilio. Valorar si es necesario gestionar la atención urgente por parte del terapeuta. Seguimiento y apoyo al paciente y a la familia hasta la remisión de la crisis. Si la crisis requiere un ingreso hospitalario, coordinación con la unidad de hospitalización. 	<p>Tutor</p>	

ACTIVIDAD 7 de 44: apoyo a las familias **CÓDIGO PCC-A07**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Descripción: Valoración de las necesidades de soporte que requiere cada familia estableciendo una relación constante con ellas, con el fin de prestar o gestionar los diferentes apoyos.</p> <p>Población: Pacientes que reúnen criterios de TMG y necesitan intervenciones de rehabilitación de menor o mayor grado de intensidad.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorar necesidades de apoyo de las familias (psicológicas, económicas, informativas, apoyos en el domicilio, etc.). 	<p>Tutor</p>	<p>Protocolo CC</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas periódicas con la familia para prestar apoyo permanente y hacer un buen seguimiento de la situación. En cada caso se establecerá la frecuencia. Ofertar y motivar para que asistan a actividades psicoeducativas que realicen nuestros servicios. Informar sobre actividades asociativas y de ayuda mutua. Fomentar el uso de actividades de ocio y tiempo libre. Gestionar recursos de alojamiento en situaciones de emergencia, descanso familiar o necesidad de separación temporal del enfermo. Gestionar apoyos a domicilio (EASC, Servicios Sociales, etc.). Disponibilidad, accesibilidad y apoyo en situaciones de crisis. Información y ayuda para la gestión de prestaciones económicas. 		<p>Hoja de seguimiento</p> <p>Hoja de seguimiento</p> <p>Hoja de seguimiento</p> <p>Hoja de seguimiento</p> <p>Protocolo derivación</p> <p>Protocolo derivación</p> <p>Hoja de seguimiento</p> <p>Hoja de seguimiento</p>

ACTIVIDAD 8 de 44: apoyo de alojamiento y laboral		CÓDIGO PCC-A08
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Descripción: Valoración de las necesidades de alojamiento y laborales de cada paciente, gestionando los recursos adecuados y facilitando una mejor atención e integración del paciente en la comunidad.</p> <p>Población: Pacientes que reúnen criterios de TMG y necesitan intervenciones de rehabilitación de menor o mayor grado de intensidad.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar la situación residencial del paciente y los apoyos con los que cuenta. Valorar la necesidad de alojamiento normalizado, piso supervisado, minirresidencia, residencia asistida (Unidad Residencial). Analizar con el terapeuta del caso las distintas alternativas y consensuar el recurso. Trabajar con el paciente y la familia la necesidad de uno de estos recursos y su aceptación. Presentación del caso en el recurso por el que se haya optado, en el espacio destinado a este fin y presentando el protocolo de derivación establecido en cada recurso. Trabajar el ingreso del paciente en el recurso solicitado. Establecer una coordinación sistemática con periodicidad mensual con las minirresidencias, para evaluar la evolución del paciente ingresado. Evaluar la situación laboral del paciente. Valorar su demanda o motivación para trabajar. Analizar con el terapeuta del caso la necesidad de un Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) o de formación y empleo de forma normalizada. Trabajar con el paciente y la familia la necesidad de un recurso laboral y su motivación para asistir. En el caso de derivación al CRL, presentar el caso en las reuniones de coordinación con el protocolo de derivación correspondiente. Establecer una coordinación sistemática de periodicidad mensual con el CRL para seguir la evolución del proceso de rehabilitación laboral del paciente. Entrevistas con el paciente y la familia para hacer un seguimiento de su proceso de rehabilitación laboral o desarrollo de actividades normalizadas. 	Tutor	<p>Protocolo CC</p> <p>Protocolo CC</p> <p>Hoja de seguimiento</p> <p>Protocolo de derivación</p> <p>Hoja de seguimiento</p> <p>Hoja de seguimiento</p> <p>Protocolo CC</p> <p>Protocolo CC</p> <p>Hoja de seguimiento</p> <p>Protocolo de derivación</p> <p>Hoja de seguimiento</p> <p>Hoja de seguimiento</p>

ACTIVIDAD 9 de 44: derivación a dispositivos de rehabilitación, seguimiento y coordinación		CÓDIGO PCC-A09
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Descripción: Valoración de las necesidades de rehabilitación psicosocial de cada paciente y gestión de la derivación a los distintos dispositivos de la red.</p> <p>Población: Pacientes que reúnen criterios de TMG y necesitan intervenciones de rehabilitación de mayor grado de intensidad.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la situación psicosocial del paciente y valorar sus necesidades de rehabilitación psicosocial desde dispositivos o recursos específicos. Se realizará a través de entrevistas con el paciente y la familia y visitas a domicilio. • Analizar con el terapeuta del paciente las necesidades detectadas y consensuar el recurso al que se va a derivar. Se decidirá la necesidad de un recurso hospitalario o ambulatorio. • Trabajar con el paciente y la familia la necesidad del recurso y promover su aceptación y participación, así como motivarles para su implicación en el proceso rehabilitador. • Se realizará la presentación del caso en los espacios que cada dispositivo tiene para este fin y se entregará el protocolo de derivación debidamente cumplimentado, con especial atención a los objetivos de rehabilitación que se plantean. • Cuando la derivación se concrete en el ingreso del paciente en un dispositivo, se valorará la necesidad de acompañamiento para apoyar la acogida. • Realizar con cada dispositivo una coordinación sistemática, programada con periodicidad mensual, para el seguimiento en la evolución del proceso rehabilitador. Con los responsables del tratamiento del paciente en los dispositivos, se estudiarán cambios de mejora en los objetivos y la intervención, y se consensuarán acciones concretas a realizar desde el dispositivo o desde el Centro de Salud Mental. • Realizar un seguimiento con el paciente y la familia del proceso rehabilitador. • Acordar con el paciente, la familia y los dispositivos de rehabilitación, el alta del paciente, estableciendo previamente un plan de alta. 	<p>Tutor</p> <p>Tutor y terapeuta</p> <p>Tutor</p> <p>Tutor y terapeuta</p> <p>Tutor</p> <p>Tutor y equipo de rehabilitación</p> <p>Tutor</p> <p>Tutor de rehabilitación</p>	<p>Protocolo CC</p> <p>Protocolo CC</p> <p>Hoja seguimiento</p> <p>Protocolo derivación</p> <p>Hoja seguimiento</p> <p>Hoja seguimiento</p> <p>Hoja seguimiento</p> <p>Hoja seguimiento</p>

ACTIVIDAD 10 de 44: gestión de lista de espera		CÓDIGO PCC-A10
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Población: Pacientes con TMG propuestos para el ingreso en las unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación.</p> <p>Objetivos: Establecer un procedimiento que permita gestionar conjuntamente la lista de espera por los CSM derivantes y los dispositivos específicos de rehabilitación —Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR)—, con la mayor eficacia posible.</p> <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sigue el criterio de distribución poblacional, adjudicando número de plazas por distrito. 	<p>Coordinador de dispositivos de rehabilitación</p> <p>Personal facultativo o tutores de los CSM</p> <p>Personal facultativo de los dispositivos de rehabilitación</p>	<p>Protocolo CC</p> <p>Informes clínicos y sociales</p> <p>Registro de lista de espera</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • La forma de gestión de la lista de espera implica la participación tanto del equipo de los dispositivos específicos de rehabilitación como de los profesionales de los servicios de Salud Mental donde se produce la derivación del paciente. • Se trata de articular de forma descentralizada tanto las necesidades de asistencia para los pacientes estructuradas desde los CSM, como las necesidades de gestión de las camas de la UHTR, de forma que se plasme prácticamente la filosofía básica de implicación y gestión de los casos desde sus terapeutas de referencia dentro del CSM. • La descentralización de la gestión de la lista de espera da más posibilidades a los CSM de organizar la atención de los pacientes crónicos a su cargo, además de posibilitar que los más implicados en esa atención manejen de forma más ágil sus propios recursos. Esto conlleva que aquellos con más agilidad en las altas tendrán un periodo menor de espera para el siguiente ingreso. • La implicación de los distritos en el alta de sus pacientes facilitará la vuelta del paciente a su recurso de referencia, así como el mantenimiento del contacto con sus terapeutas a lo largo del ingreso. • En la presentación del caso a los profesionales de los dispositivos específicos de rehabilitación y la citación del paciente para el ingreso, se seguirán los pasos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Telefónicamente o mediante otros medios de comunicación se fija una fecha para la presentación del caso. - Desde Continuidad de Cuidados se envía a la UHTR el protocolo de Continuidad de Cuidados actualizado, acompañado de otros informes de interés. - La presentación del caso se hará en los dispositivos de rehabilitación en una reunión entre profesionales del servicio de Salud Mental derivante (terapeuta y tutor) y profesionales de los dispositivos de rehabilitación: se valorarán objetivos, procedimiento de ingreso, alternativas residenciales al alta, etc. - Si se produce acuerdo sobre el ingreso, se incluye al paciente en la lista de espera. Si no hay acuerdo, cualquiera de las partes puede recurrir a la Comisión Técnica de Rehabilitación, donde se valorará de nuevo la procedencia del ingreso y se asumirá la decisión que en ella se tome. - Cuando se produce una vacante en una de las UHTR, se cita al paciente de mayor antigüedad de los que figuran en la lista de espera de los CSM que no tengan las plazas cubiertas y, de entre ellos, al que mayor diferencia tenga entre las asignadas por cupo y las utilizadas. Si todos los CSM que tienen pacientes en la lista de espera tienen las plazas asignadas cubiertas, se cita al paciente que figure con mayor antigüedad en la lista de espera. - La citación se produce siempre a través del profesional tutor del paciente en el CSM. 		

ACTIVIDAD 11 de 44: ingreso y acogida**CÓDIGO PCC-A11**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
Población: Pacientes con TMG ingresados en las unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación.	Responsable de los dispositivos de rehabilitación	Los relacionados con la apertura de la Historia Clínica

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Objetivos: Facilitar el ingreso del paciente haciendo más acogedor los primeros momentos, disminuyendo el estrés que produce enfrentarse a un ingreso hospitalario, y orientando e informando al usuario y a los familiares de cuanto necesiten sobre el proceso asistencial.</p> <p>Procedimiento:</p> <p>1. Actuaciones previas al ingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando se produce una cama libre, el responsable de las UHTR determina, conforme al protocolo establecido, la persona que está en lista de espera y le corresponde ingresar, fijando el día y la hora del ingreso, así como el facultativo responsable del tratamiento. - El supervisor determina el profesional de Enfermería que va a ejercer de tutor. - La trabajadora social informa al CSM de procedencia y hace la citación. <p>2. Recepción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El auxiliar de control recibe al paciente y a la familia, y les acompaña a la sala de visitas. A continuación informa de la llegada al equipo responsable del tratamiento del paciente en la Unidad (facultativo, enfermero, trabajadora social, tutor). <p>3. Entrevista y primer contacto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El facultativo recibe al paciente y a los familiares y los presenta al resto del equipo que los acompañará en la primera entrevista: clínico evaluador, enfermero y tutor, y trabajadora social. Será la persona que organice el proceso de desarrollo de la entrevista. - Durante la entrevista se entregará una carpeta al paciente y otra a la familia con el siguiente contenido: guía de acogida, derechos y deberes de los usuarios, guía informativa de las unidades de rehabilitación, programa de rehabilitación, normas de funcionamiento de las unidades y normas de visitas de familiares. - Finalizada la entrevista, la trabajadora social y el tutor reciben al paciente para informarle de la organización del dinero, ropa y otros temas relacionados con lo social, los horarios y la actividad cotidiana en la Unidad. - La trabajadora social y el tutor le acompañan al despacho del administrativo si procede hacer alguna gestión administrativa. - El tutor le enseña las dependencias de la Unidad y le presenta al equipo de profesionales y también a los pacientes. Le acompaña a su habitación facilitándole llaves de armario, utensilios de aseo, etc. - Se hará todo lo posible para que el tutor disponga de toda la mañana y pueda dedicarla a la acogida del paciente. - Durante la primera semana desde el ingreso, el tutor realizará una atención más estrecha para que el paciente se sienta seguro y tranquilo afianzando en lo posible una alianza terapéutica. Mediante la observación directa valorará las áreas de auto-cuidado y autonomía que presenta el paciente, así como la posible presencia de conductas disruptivas, anotando los resultados en la hoja registro de correspondiente. 	<p>Facultativo responsable del caso</p> <p>Personal de Enfermería</p> <p>Trabajador social</p> <p>Administrativo</p>	<p>Protocolo de CC</p> <p>Guía de acogida</p> <p>Guía informativa de las unidades</p> <p>Normas de funcionamiento de las unidades</p> <p>Normas de visitas de los familiares</p> <p>Cartilla de actividades</p>

ACTIVIDAD 12 de 44: evaluación funcional inicial y diseño del plan individualizado de rehabilitación		CÓDIGO PCC-A12
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Población: Pacientes con TMG ingresados en unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación.</p>	<p>Terapeuta, Enfermería, trabajador social</p>	<p>Historia Clínica</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Objetivos:</p> <p>Evaluación integral del paciente y de la familia, y formulación de un Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación.</p> <p>Procedimiento:</p> <p>Cuando ingresa el paciente se realiza una evaluación funcional y una formulación del caso. Se valora la situación clínica; se detectan los déficits, excesos conductuales, su capacidad de afrontamiento y sus competencias en todos los aspectos de su expresión conductual y emocional; se estudian los apoyos comunitarios con los que cuenta (familiares, sociales, económicos y residenciales); y se analizan los factores que están manteniendo las conductas problema observadas.</p> <p>La evaluación multidimensional servirá de base para la elaboración de un Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación que contemple objetivos en cada área de funcionamiento: clínico, personal, afectivo, social y laboral.</p> <p>En la organización de las actuaciones también se establece un orden jerárquico priorizando unas metas y unos objetivos sobre otros. Se planifica el tipo de intervenciones (individuales y grupales) que se van a desarrollar, y los profesionales que se encargarán del seguimiento directo del plan (clínico responsable, tutor, etc.).</p>		<p>Historia protocolizada de Enfermería</p> <p>Instrumentos utilizados en la evaluación</p> <p>Hojas de registro y protocolos de evaluación de Enfermería</p> <p>Protocolo del Plan Individualizado de Rehabilitación.</p>

ACTIVIDAD 13 de 44: registro periódico de autocuidado, autonomía y conductas problema		CÓDIGO PCC-A13
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Descripción:</p> <p>Registro periódico de conductas de autocuidado, de autonomía y de los comportamientos disruptivos que presente cada paciente durante su ingreso.</p> <p>Población:</p> <p>Pacientes con TMG ingresados en unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación.</p> <p>Objetivos:</p> <p>Valorar la evolución de los pacientes en las diferentes áreas del funcionamiento psicosocial.</p> <p>Procedimiento:</p> <p>Cada 15 días, y diariamente en algunos de los ítems, el enfermero y el tutor harán una anotación en la hoja de registro diario, reflejando el nivel de desempeño del paciente en las diferentes áreas de autocuidado, autonomía y conductas problema que figuran en el mismo.</p> <p>Para rellenar el registro, se tendrá en cuenta el desempeño medio durante la semana anterior, excepto el área de transporte, familia y conductas problemas que se anotarán cada vez que se produzca un episodio.</p> <p>Se establece unos niveles de graduación: en la mayoría de las áreas se tiene en cuenta si la conducta la realiza sin apoyo (autonomía completa) con apoyo (ayuda de un auxiliar de Enfermería) o no la realiza.</p> <p>Los datos recogidos se utilizan en las reuniones de seguimiento semanal que mantienen los equipos de profesionales (tutorías) de las UTHR. En estas reuniones se valora la situación de cada paciente, se evalúan los logros que se han ido alcanzando, se ajustan las metas y se establecen las técnicas de intervención apropiadas para conseguir esas metas.</p>	<p>Personal de Enfermería</p> <p>Trabajadora social</p>	<p>Hoja registro de autocuidado/autonomía</p>

Ver el resto de las actividades, hasta la número 44, en los archivos PCC

DEFINICIÓN

Atender de manera ambulatoria los problemas de salud mental de los menores de 18 años. Estas acciones, basándose en el método de la mejora continua de la calidad, seguirán los principios de la buena práctica, utilizando la mejor evidencia científica disponible, empleando los recursos de forma eficiente y generando satisfacción en usuarios y profesionales.

LÍMITES DEL PROCESO

INICIAL	Momento en que llega la familia con un volante de derivación (Atención Primaria, Especializada o Urgencias Hospitalarias) para pedir cita.
FINAL	Momento en que se produce el alta o la derivación a otros servicios.

ENTRADAS

PROVEEDOR	ENTRADA	PROVEEDOR	ENTRADA
Derivante	Paciente menor de edad	Residencias de menores	Necesidades de manejo en la Residencia
	Volante o informe		
Equipos psicopedagógicos, otros médicos, Servicios Sociales, equipos de los juzgados	Informes previos	Jueces	Órdenes judiciales de tratamiento
		Proceso de Farmacia	Medicamentos
Colegios, Servicios Sociales	Necesidades de otras instituciones		

SALIDAS Y REQUISITOS

CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Menor y contexto	Mejora del menor Modificación del contexto Informes	Disminución del malestar psíquico del niño y familia	
		Disminución de síntomas	
		Mejor comprensión de las dificultades	
Juzgados	Informes	Mejor adaptación social del menor	
		Protección del menor	
Médicos de otras instituciones (pediatras, médicos de familia, otros especialistas)	Informes clínicos Asesoría y coordinación	Mejora del abordaje al paciente	
		Mejora de la sintomatología	
		Mejora de su trabajo en general	
Hospital de Día Infantil, otras instituciones sanitarias y no sanitarias, otros procesos internos (Pr. Adultos)	Informes de derivación Coordinación	Indicación adecuada	
		Información a la familia y al paciente	
		Mantenimiento de la coordinación	
Conjunto de la población	Modificación preventiva de contextos	Mejora de la salud infantojuvenil	

INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO

Porcentaje de casos que pasan a tratamiento tras la evaluación

CÓDIGO PIN-I01

Porcentaje de casos que pasan a tratamiento con respecto a los que entran en evaluación. Este indicador intenta medir si la proporción de casos que entran en evaluación (derivaciones desde AP) con respecto a los que pasan a tratamiento (casos que requieren un abordaje terapéutico) es adecuada o debería mejorarse.

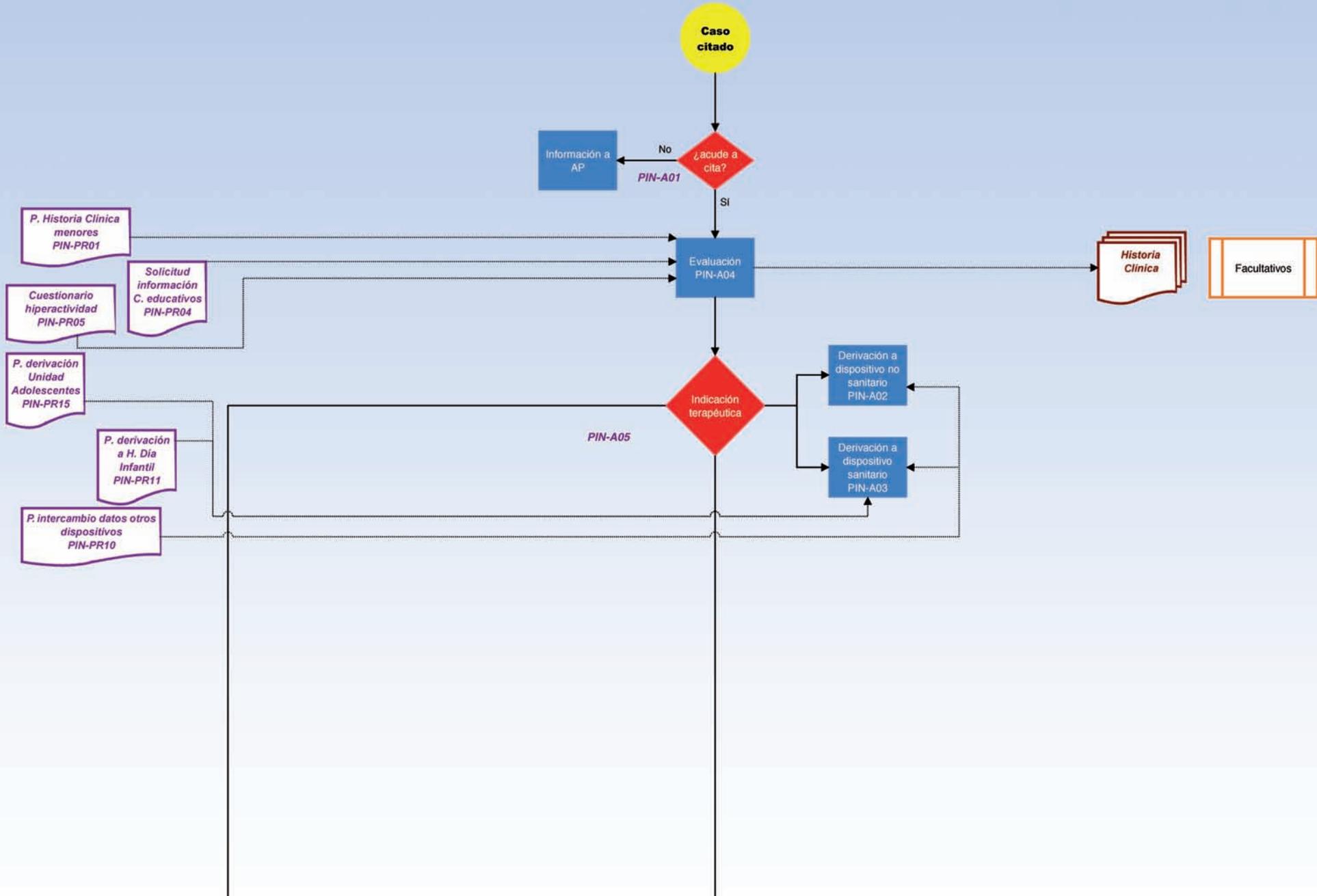
Porcentaje de mejorías

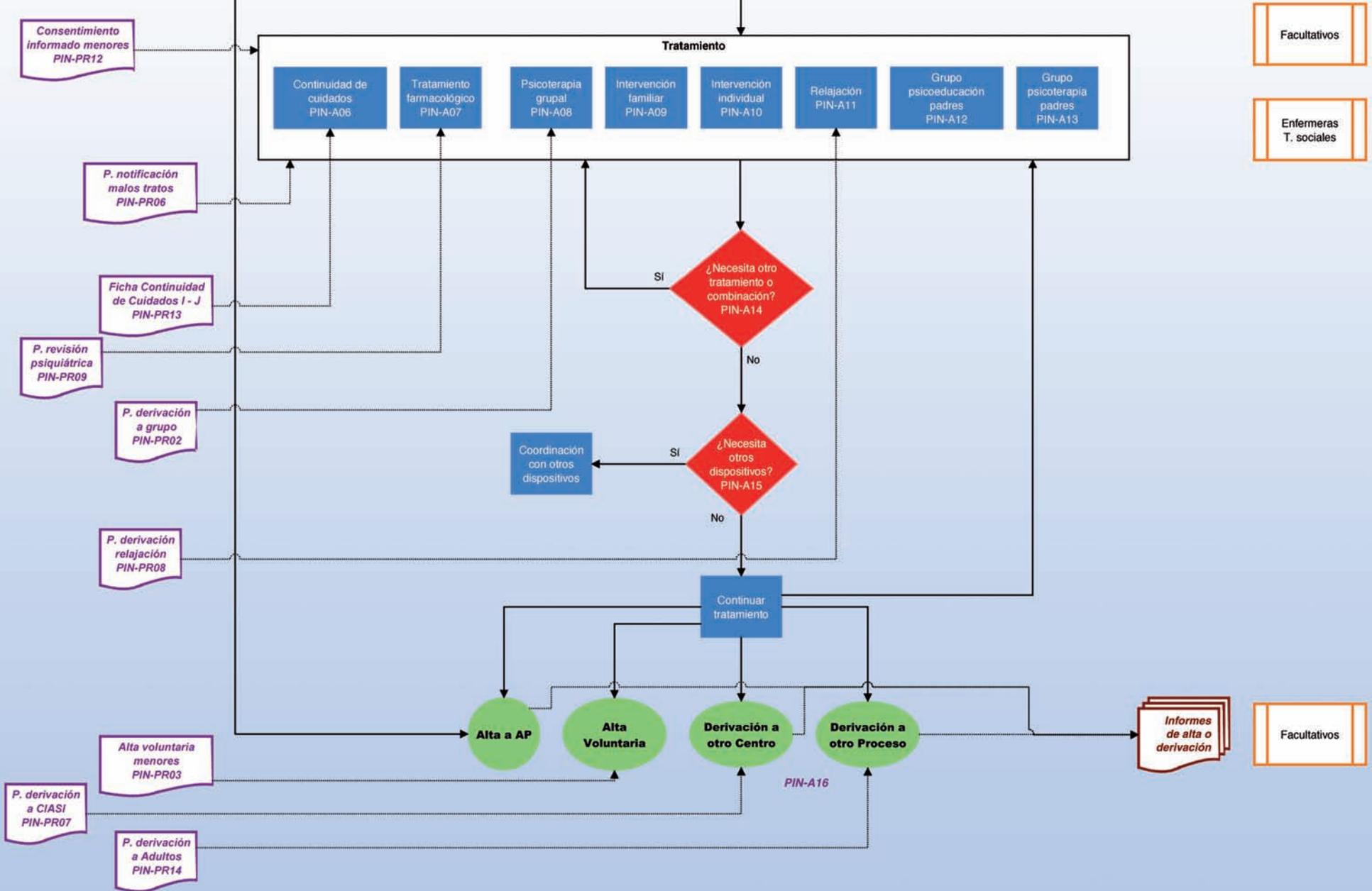
CÓDIGO PIN-I02

Este indicador intenta medir la eficacia del tratamiento, a través del bienestar percibido y transmitido por el sujeto/familia. Número de altas por mejoría o fin del tratamiento/número de casos en tratamiento.

continúa

PROCESO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA





INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO		continuación
Porcentaje de reuniones realizadas		CÓDIGO PIN-I03
Porcentaje de reuniones con otros profesionales realizadas respecto a las programadas. Número de reuniones realizadas * 100/número de reuniones programadas.		
Adecuación de la derivación		CÓDIGO PIN-I04
Este indicador intenta medir el ajuste de las derivaciones desde AP. Número de derivaciones adecuadas a criterios * 100/número total de derivaciones.		
Casos que necesitan una combinación de tratamientos		CÓDIGO PIN-I05
Porcentaje de casos que necesitan una combinación de tratamientos, respecto al total de casos atendidos.		
Duración del tratamiento		CÓDIGO PIN-I06
Media en días del tiempo transcurrido entre la primera y la última consulta de los pacientes dados de alta en un periodo.		
Pacientes en Continuidad de Cuidados		CÓDIGO PIN-I07
Número de pacientes en tratamiento en el proceso que tienen ficha del Programa de Continuidad de Cuidados Infantotjuveniles.		

ACTIVIDAD 1 de 16: ¿acuden a la cita?		CÓDIGO PIN-A01
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
1. Si la familia acude a la cita inicial, comienza el proceso de evaluación (ver actividad correspondiente).	Facultativo	Anotación en Historia Clínica
2. Si no acuden, se devuelve el volante de derivación a Atención Primaria, informando de que no acudieron a Evaluación.		Copia del volante de derivación

ACTIVIDAD 2 de 16: derivación a un dispositivo no sanitario		CÓDIGO PIN-A02
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
1. Se indica esta modalidad cuando la problemática que presenta el menor no es específica de Salud Mental, pero necesita la intervención de otros dispositivos: <ul style="list-style-type: none"> a. Servicios Sociales. b. Servicios Educativos (Equipo de Atención Temprana, E.O.E.P., Fuen-cap., Orientadores de IES). c. Servicio de Protección del Menor (Residencias, Instituto del Menor y Familia, Servicio de Asistencia a Víctimas de Violencia Doméstica, Servicio de Atención al Menor Víctima de Abusos Sexuales, etc.). 	Facultativo	Anotación en Historia Clínica
2. Se comunica la derivación a la familia y al menor.		Ficha de asistencia
3. Se comunica la derivación a AP y a otros derivantes.		Protocolo de derivación Ficha de alta

ACTIVIDAD 3 de 16: derivación a un dispositivo sanitario		CÓDIGO PIN-A03
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
1. Se indica esta modalidad cuando la problemática que presenta el menor es de tal gravedad que requiere: <ul style="list-style-type: none"> a. La intervención de dispositivos específicos: Hospital de Día, Unidad de Adolescentes de 12 a 17 años (Hospital Gregorio Marañón), Hospitalización Psiquiátrica Infantil de 0 a 12 años (Hospital del Niño Jesús). b. La intervención de otras especialidades médicas: Neurología, Endocrinología, etc. 	Facultativo	Anotación en Historia Clínica
		Ficha de asistencia
		Protocolo de derivación

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Se informa a la familia y al menor de la necesidad de esas intervenciones. Se rellena el protocolo de derivación correspondiente o se confecciona un informe clínico. Se informa a Atención Primaria y a otras especialidades o dispositivos derivantes. 		Informe clínico

ACTIVIDAD 4 de 16: evaluación **CÓDIGO PIN-A04**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Entrevista inicial con los padres (a veces con padres y menor o con toda la familia), que entregarán informes de otros especialistas si los hubiese. En muchos casos se solicita autorización a los padres para intercambiar datos con otros Servicios (Centro Educativo, Servicios Sociales, etc.) y se recoge información de otros contextos (ver protocolos en ficha correspondiente). En el caso de padres separados, con mala relación entre ellos y que compartan la patria potestad, se solicita un Protocolo de Consentimiento Informado para poder intervenir con el menor, a fin de evitar posibles denuncias al progenitor que solicita consulta o al propio Centro. En citas sucesivas se entrevista al menor y se aplican pruebas diagnósticas si se considera necesario. Una vez elaborada toda la información, se comunican los resultados del estudio a los padres y al menor, junto con la indicación terapéutica que se considere más adecuada en cada caso. 	Facultativo	Anotaciones en Historia Clínica Protocolo de consentimiento informado para padres Protocolo de autorización de solicitud de información a otros servicios Protocolo de solicitud de información a centros educativos Tests y técnicas diagnósticas Fichas de asistencia

ACTIVIDAD 5 de 16: alta a Atención Primaria **CÓDIGO PIN-A05**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Se procede a dar el alta y se comunica al médico de Atención Primaria cuando, una vez evaluado el caso, no se detecta patología mental. Asimismo, se procede a dar el alta y se comunica al médico de Atención Primaria cuando la problemática que presenta el menor queda fuera de nuestra especialidad y debe derivarse a un dispositivo no sanitario (Servicios Educativos, Servicios Sociales, etc.). 	Facultativo	Anotación en Historia Clínica Fichas de asistencia Protocolo de derivación Ficha de alta

ACTIVIDAD 6 de 16: continuidad de cuidados **CÓDIGO PIN-A06**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> En los casos graves cuya familia no mantiene el tratamiento (faltas frecuentes a las citas, incumplimiento de pautas, interrupción de medicación, etc.) se complementa el trabajo terapéutico con Continuidad de Cuidados, para garantizar la permanencia de la intervención. En algunos casos, esta combinación se instaura desde el inicio por la gravedad y condiciones psicosociales del caso (p. e. intervención familiar y Continuidad de Cuidados). De este modo, se realiza un apoyo a la familia y una búsqueda de dispositivos para hacer frente a las necesidades que requiera la situación. Se informa al paciente y su familia de las combinaciones a realizar y motivos. Se rellena el protocolo de derivación correspondiente. Se elabora un plan de actuación para cada caso, estableciendo criterios de intervención conjunta, con la familia y con los demás recursos. 	Facultativo, enfermera y trabajadora social	Protocolo de derivación Anotaciones en Historia Clínica Plan de actuación Hoja de seguimiento

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
5. La enfermera y la trabajadora social se encargan de mantener la continuidad de los cuidados mediante llamadas telefónicas, visitas a domicilio, coordinación con otros servicios, búsqueda de recursos sociales, etc., y se va rellenando una hoja de seguimiento con todas las actuaciones y la evolución de cada caso. Así se garantiza una intervención global del menor, coordinando la actuación de los distintos recursos en los que esté inmersa esa familia.		

ACTIVIDAD 7 de 16: tratamiento farmacológico**CÓDIGO PIN-A07**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Se indica esta modalidad de tratamiento cuando la patología que presenta el menor hace necesaria esta intervención para la mejora de la enfermedad o de alguno de los síntomas que presenta. La elección del fármaco se realiza en función de las indicaciones establecidas y/o de los conocimientos científicos actualizados sobre la enfermedad o síntomas. Si el fármaco o la patología lo requiere se realizan previamente las pruebas y análisis médicos necesarios. Se comunica la indicación a la familia y se informa sobre los riesgos y beneficios del tratamiento. Ante cualquier efecto secundario o falta de mejoría clínica se vuelve a evaluar la pertinencia de mantener el mismo fármaco a iguales dosis o sustituir, cambiarla o asociarlo a un segundo fármaco. Durante el tratamiento farmacológico se harán las pruebas médicas rutinarias que estén establecidas para el fármaco o por la patología. Este abordaje se combina siempre con otro tipo de intervención con el menor y/o con la familia. 	Psiquiatra	<p>Anotaciones en Historia Clínica</p> <p>Hojas de tratamiento</p> <p>Volante al MAP para petición de pruebas médicas e indicación de tratamiento.</p> <p>Hojas de petición de análisis clínicos</p> <p>Recetas</p>

ACTIVIDAD 8 de 16: psicoterapia grupal**CÓDIGO PIN-A08**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Se indica esta modalidad de tratamiento cuando un menor (niño o adolescente) presenta problemas que requieren un abordaje más interactivo y con mayor frecuencia de sesiones. Se comunica esta indicación terapéutica al menor y a sus padres. Se rellena un protocolo de derivación a grupo. Al finalizar el grupo o ante cualquier incidencia (ausencias repetidas, abandono, etc.), el terapeuta del grupo devuelve ese protocolo con los datos de la evolución al facultativo derivante. En la mayoría de los casos, este abordaje se combina con una intervención con los padres por parte del facultativo responsable del menor. 	Facultativo	<p>Protocolo de derivación</p> <p>Anotaciones en la Historia Clínica</p> <p>Fichas de asistencia</p>

ACTIVIDAD 9 de 16: intervención familiar**CÓDIGO PIN-A09**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Se indica esta modalidad de tratamiento cuando: <ol style="list-style-type: none"> Las dificultades de un menor son secundarias a las disfunciones del sistema familiar. La familia necesita orientación y apoyo para llevar a cabo pautas concretas. Se comunica la indicación terapéutica a la familia. Se programan sesiones espaciadas (con una frecuencia de alrededor de un mes) para poder valorar los cambios producidos. 	Facultativo	<p>Anotaciones en la Historia Clínica</p> <p>Fichas de Asistencia</p>

ACTIVIDAD 10 de 16: intervención individual		CÓDIGO PIN-A10
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Se indica esta modalidad de tratamiento cuando el paciente por su edad y problemática puede beneficiarse de un abordaje individual. Se comunica la indicación terapéutica a la familia y al menor. Se programa la frecuencia de sesiones y los objetivos de la intervención. Si es necesario, este abordaje se combina con una intervención con los padres por parte del facultativo responsable del menor. 	Facultativo	Anotaciones en la Historia Clínica Fichas de asistencia

ACTIVIDAD 11 de 16: relajación		CÓDIGO PIN-A11
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Se indica esta modalidad de tratamiento cuando el paciente maneja inadecuadamente la ansiedad y puede beneficiarse del aprendizaje de una serie de técnicas encaminadas a un control más efectivo de la misma. Este abordaje tiene un número prefijado de sesiones y se ofrece en dos modalidades: individual y grupal. La modalidad grupal se ofrece en distintos formatos, según la edad del menor: <ul style="list-style-type: none"> Edad inferior a siete años: se trabaja en cada sesión con el niño acompañado siempre de uno de los padres. Edades entre siete y nueve, y nueve y once años: se trabaja con los niños en grupo con la presencia de sus padres en tres sesiones (inicial, media y final del proceso). Adolescentes: las sesiones de grupo son solo con ellos. Se comunica la indicación concreta al menor y a sus padres. Se rellena un protocolo de derivación. Al finalizar el número de sesiones previsto o ante cualquier incidencia (ausencias repetidas, abandono, etc.), el terapeuta de relajación devuelve este protocolo al facultativo derivante, con los datos de la evolución del caso. 	Enfermera	Protocolo de derivación Anotaciones en la Historia Clínica Fichas de asistencia

ACTIVIDAD 12 de 16: grupos psicoeducativo para padres		CÓDIGO PIN-A12
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Se indica esta modalidad de tratamiento cuando: <ol style="list-style-type: none"> Las dificultades del menor son secundarias o están muy influenciadas por disfunciones en el sistema familiar que son frecuentes o comparadas por otras familias con hijos en parecida situación. La patología del menor hace necesario el apoyo, orientación y explicación para todas las familias que tengan un menor en idéntica situación. Se comunica la indicación terapéutica a la familia. Se lleva a cabo según un formato de “taller” donde el número de sesiones y el contenido de las mismas están previamente establecidos. Se lleva un registro de las familias que acuden a cada sesión. Si es necesario, esta intervención se combina con una intervención con el menor por parte del Facultativo responsable o del psiquiatra si precisa de tratamiento farmacológico. 	Facultativo	Anotaciones en la Historia Clínica Hoja de registro de asistencia Fichas de asistencia

ACTIVIDAD 13 de 16: grupos de psicoterapia para padres		CÓDIGO PIN-A13
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Se indica esta modalidad de tratamiento cuando: <ol style="list-style-type: none"> Los padres de un menor presentan problemas que se pueden beneficiar de un abordaje más interactivo (con otros padres). Se considera que esos problemas pueden estar afectando negativamente a la evolución de los hijos. Se comunica esta indicación terapéutica a los padres. Se rellena un protocolo de derivación a grupo. Al finalizar el grupo o ante cualquier incidencia (ausencias repetidas, abandono, etc.), el terapeuta del grupo devuelve este protocolo con los datos de la evolución al facultativo derivante. En la mayoría de los casos, este abordaje se combina con una intervención con el menor por parte del facultativo responsable. 	Facultativo (psiquiatra, psicólogo)	Protocolo de derivación Anotaciones en la Historia Clínica Fichas de asistencia

ACTIVIDAD 14 de 16: ¿necesita otro tratamiento o combinación?		CÓDIGO PIN-A14
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Si un tratamiento no está produciendo mejoría o esta es insuficiente, se cambia o combina la indicación terapéutica por/con otro tipo de abordaje. En algunos casos, esta combinación se instaura desde el inicio y en otros algo más tarde. Como ejemplos de posibles combinaciones se pueden citar: intervención individual y grupo de relajación; grupo de padres e intervención individual con el menor; intervención familiar y Continuidad de Cuidados (ver protocolos de derivación en la descripción de cada actividad); etc. Si la evolución del caso es positiva no se planifica otro abordaje, sino que se decide la conveniencia o no de coordinarse con otros dispositivos (sanitarios o no sanitarios: ver ficha correspondiente). Se informa al paciente y su familia de los cambios a realizar y de las razones que los motivan. 	Facultativo al que está asignado el caso, aunque otros profesionales intervengan con el mismo paciente	Anotaciones en la Historia Clínica En caso de solicitud de medicación por parte de un facultativo psicólogo, se rellena el protocolo de revisión psiquiátrica

ACTIVIDAD 15 de 16: ¿necesita otros dispositivos? coordinación		CÓDIGO PIN-A15
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<ol style="list-style-type: none"> Si el caso no necesita otros tratamientos en nuestro Centro pero requiere el apoyo de otros dispositivos es necesario coordinar con estos la derivación o la intervención conjunta (Servicios Sociales, Servicios Educativos [Equipo de Atención Temprana, EOEP, Orientadores de IES], Servicios de Protección del Menor [Residencias, Instituto del Menor y Familia, Servicios Asistencia a Víctimas de Violencia Doméstica, Servicios Atención a Menores Víctimas de Abusos Sexuales, etc.], Servicios Sanitarios de Especialidades o de Atención Primaria). Para respetar la confidencialidad de los datos, para estas coordinaciones, los padres del menor deben dar su autorización mediante la firma de un protocolo. La coordinación con otros dispositivos se lleva a cabo de varias maneras: <ol style="list-style-type: none"> Mediante reuniones donde se intercambia información sobre los casos y se toman decisiones conjuntas. Estas reuniones son regladas con algunos de ellos (Servicios Sociales, Educativos y Sanitarios de Atención Primaria) y esporádicas con otros (Servicios de Protección). Mediante llamadas telefónicas y correo electrónico si surgen temas urgentes que no permiten esperar a la siguiente reunión o si se trata de algún dispositivo con el que no hay reuniones sistemáticas. En casos muy complejos, se programan reuniones donde intervienen todos los profesionales de distintas instituciones implicados en los mismos. Se solicita previamente a la familia la autorización para este intercambio de información y se les informa de los resultados de estas coordinaciones. 	Facultativo, enfermera, trabajadora social y profesionales de otros equipos	Protocolo de autorización Anotaciones en la Historia Clínica

Ver la actividad 16 en los archivos PIN

DEFINICIÓN

Atender a los enfermos mentales crónicos que han agotado otras modalidades terapéuticas y rehabilitadoras, que no presenten trastornos de conducta disruptivos frecuentes, mediante una atención sanitaria integral y personalizada, en un entorno residencial, pretendiendo satisfacer todas sus necesidades, procurando el mayor grado de autonomía personal. Estas acciones, basándose en el método de la mejora continua de la calidad, seguirán los principios de la buena práctica, utilizando la mejor evidencia científica disponible, empleando los recursos de forma eficiente y generando satisfacción en usuarios y profesionales.

LÍMITES DEL PROCESO

INICIAL	Momento en que se incluye un candidato para ingresar en la lista de espera.
FINAL	Momento en que se da el alta del paciente por diversas causas.

ENTRADAS

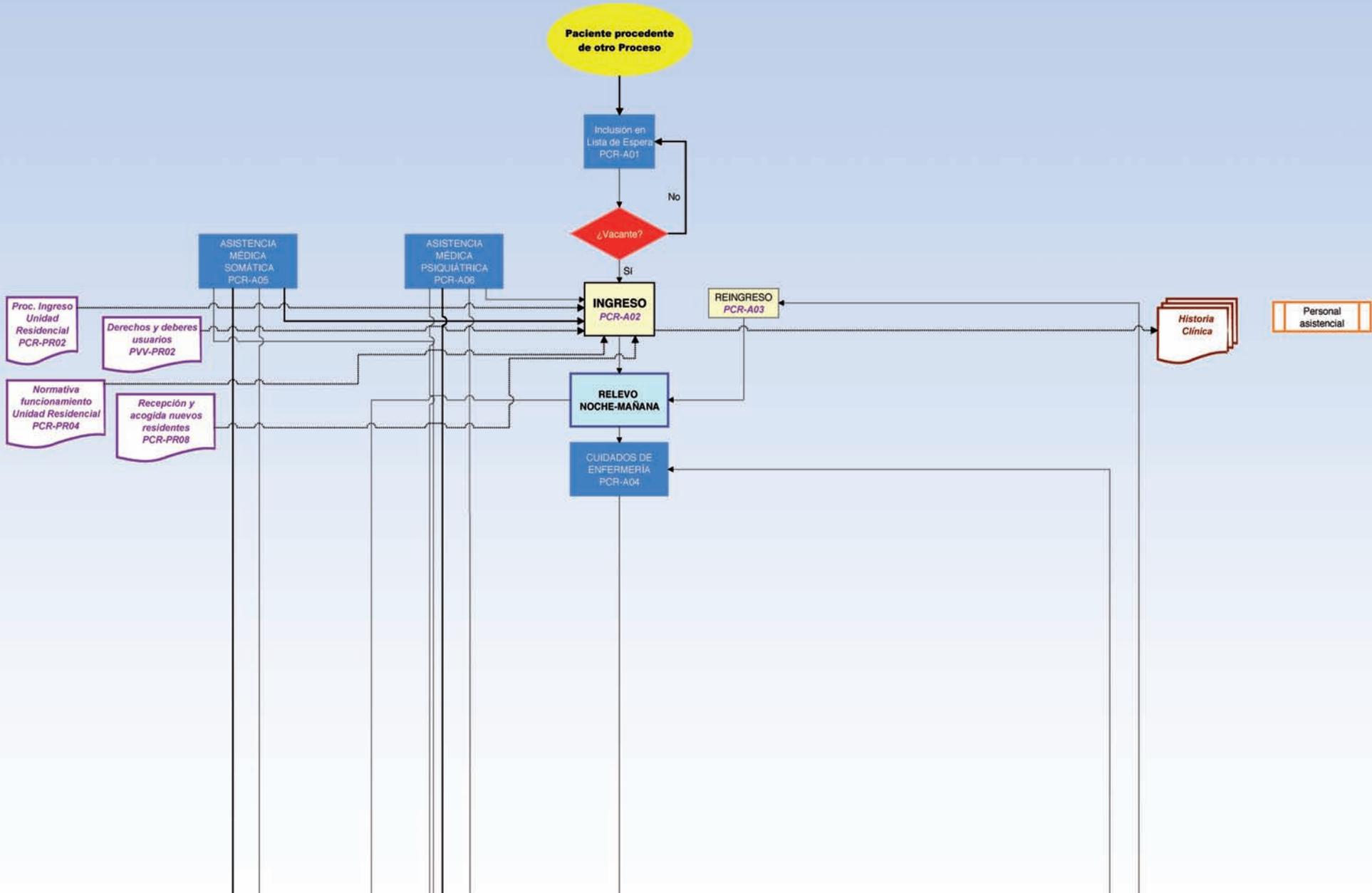
PROVEEDOR	ENTRADA	PROVEEDOR	ENTRADA
Área de Salud 8 Área de Salud 9 Área de Salud 10	Pacientes de la red de Salud Mental canalizados a través del Programa de Continuidad de Cuidados	Podóloga	Servicios de podología
Cocina	Menús	S.A.R.C. Servicios religiosos de otras confesiones	Servicios de asistencia religiosa
Farmacia	Medicamentos	Empresas de autocares	Transporte para actividades de ocio y tiempo libre
Empresa proveedora	Oxígeno	Empresas proveedoras	Espectáculos
Pensión Donaciones de familiares	Dinero para asignación de gastos diarios	Juzgados A.M.T.A.	Trámites legales
Empresa de máquinas expendedoras	Bebidas calientes y refrescos		

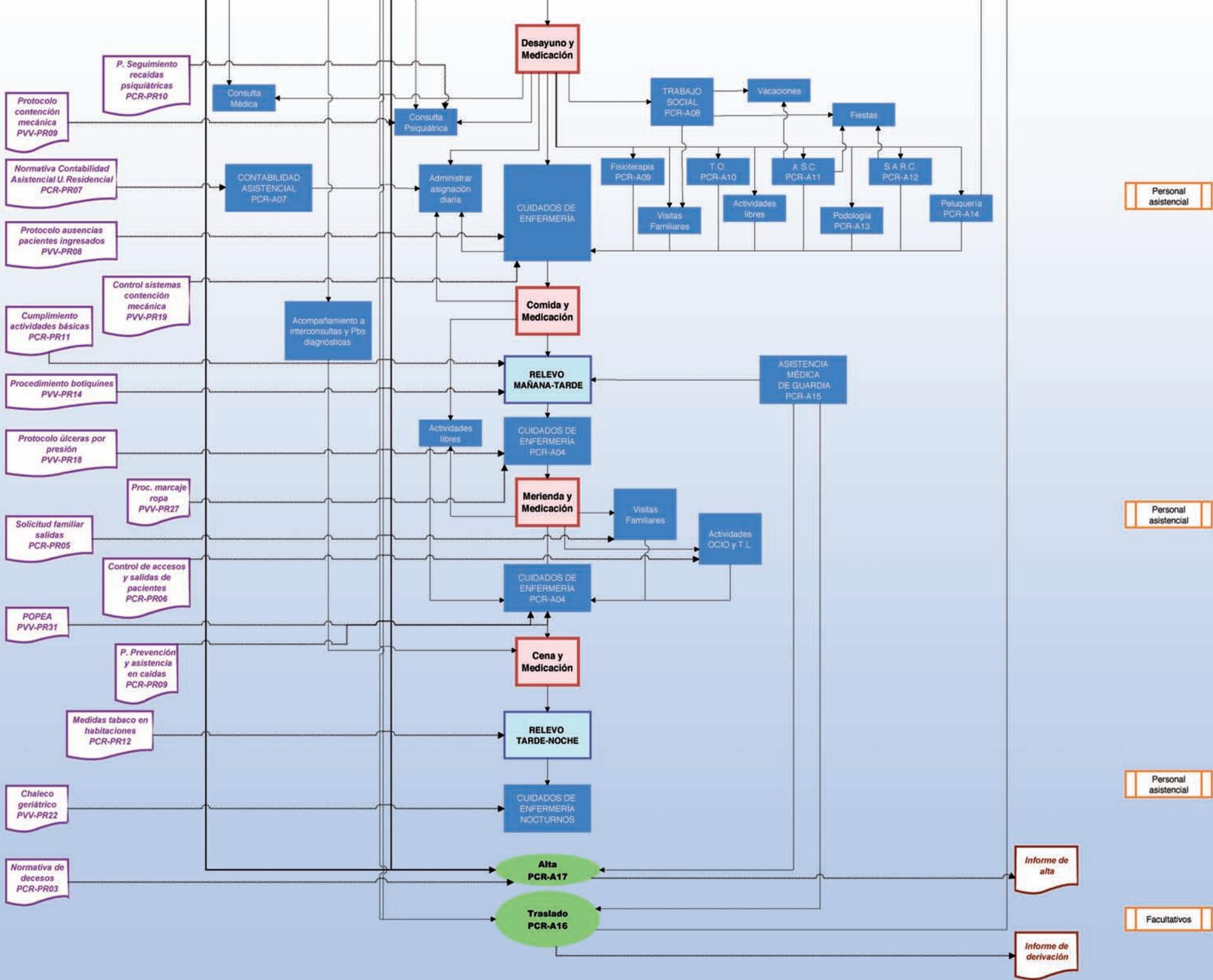
SALIDAS Y REQUISITOS

CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Pacientes	Cuidados de Enfermería	Trato	
Familiares		Competencia técnica	
Pacientes	Cuidados médicos	Trato	
Familiares		Información	
		Competencia técnica	
		Rapidez en la atención	
H.S.O. y otros centros sanitarios	Información	Informes	
A.M.T.A.		Informes en tiempo	
Juzgados			
Pacientes	Asistencia del trabajador social	Gestión del dinero	
		Relación con familiares	
		Atención a solicitudes varias	
		Rapidez en citaciones (pruebas y especialidades)	

continúa

PROCESO DE CUIDADOS RESIDENCIALES





SALIDAS Y REQUISITOS			continuación
CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Pacientes	Asistencia del trabajador social	Rapidez en la recogida de resultados	
		Eficacia (resolución de trámites legales)	
Familiares		Rapidez en la atención	
		Accesibilidad	
		Información	
H.S.O. y otros centros sanitarios	Informes	Eficacia (resolución de trámites legales)	
A.M.T.A.		Información	
Juzgados			
Pacientes	Contabilidad asistencial	Eficacia en la asignación diaria	
Familiares		Información	
A.M.T.A.		Transparencia	
		Informes de contabilidad	
Pacientes	Seguridad	Eficacia	
		Trato	
Familiares		Eficacia	
		Trato	
Entorno comunitario		Eficacia	
Pacientes	Fisioterapia	Competencia técnica	
		Trato	
		Accesibilidad	
		Flexibilidad para acudir	
Pacientes	Terapia ocupacional	Variedad de actividades	
		Flexibilidad para acudir	
Pacientes	Actividades de ocio y tiempo libre	Variedad de actividades	
		Frecuencia	
Familiares		Información	
		Frecuencia	
		Participación	
Pacientes	Peluquería	Rapidez en el servicio	
		Competencia técnica	
		Variedad de la oferta de servicios	
Pacientes	Podología	Competencia técnica	
		Rapidez en el servicio	
Pacientes	Asistencia espiritual	Disponibilidad	
		Frecuencia de servicios religiosos	
Familiares		Disponibilidad	
		Frecuencia de servicios religiosos	
Pacientes	Fiestas y espectáculos	Variedad	
		Frecuencia	
Familiares		Información	
		Frecuencia	
		Participación	

INDICADORES PARA SEGUIMIENTO

Indicadores	CÓDIGO PCR-I00
1. Número de pacientes en lista de espera.	
2. Tiempo máximo de ingreso desde inclusión en lista de espera.	
3. Porcentaje de residentes autónomos (semestral).	
4. Número de residentes en silla de ruedas (semestral).	
5. Número de caídas (mensual).	
6. Número de residentes que han sufrido >2 caídas al mes.	
7. Número de errores de medicación respecto a los cambios realizados (mensual).	
8. Número de avisos al médico de guardia resueltos por teléfono-fax (mensual).	
9. Número de avisos al médico de guardia resueltos por presencia física (mensual).	
10. Número de derivaciones a Urgencias (mensual).	
11. Número de consultas diarias Medicina Interna (mensual).	
12. Número de derivaciones a Especialidades y/o Pruebas Complementarias (mensual).	
13. Número de consultas diarias de Psiquiatría (mensual).	
14. Porcentaje de consultas psiquiátricas a demanda respecto a las totales (trimestral).	
15. Porcentaje de úlceras por decúbito respecto a pacientes de riesgo (semestral).	
16. Porcentaje de obesos (semestral).	
17. Porcentaje de desnutridos (semestral).	
18. Porcentaje de residentes que son visitados por sus familiares respecto a los que pueden ser visitados (anual).	
19. Promedio de visitas de familiares por residente visitado (mensual).	
20. Promedio de residentes que reciben la asignación monetaria diaria o tabaco (trimestral).	
21. Número de pacientes en actividades habituales de animación sociocultural en mañana (mensual).	
22. Número de pacientes en actividades habituales de animación sociocultural en tarde (mensual).	
23. Número de actividades de ocio y tiempo libre realizadas dentro de la Unidad (mensual).	
24. Número de actividades de ocio y tiempo libre realizadas fuera de la Unidad (mensual).	
25. Porcentaje de residentes que participan en las actividades de ocio y tiempo libre organizadas dentro de la Unidad (semestral).	
26. Porcentaje de residentes que participan en las actividades de ocio y tiempo libre organizadas fuera de la Unidad.	
27. Porcentaje de familiares satisfechos con los servicios de cuidados residenciales.	
28. Porcentaje de residentes satisfechos con los servicios de cuidados residenciales.	

ACTIVIDAD 1 de 17: inclusión en lista de espera **CÓDIGO PCR-A01**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>1. Reunión del Comité de Evaluación de Ingresos. Se celebrará en la fecha acordada por los jefes del dispositivo proponente y de la Unidad Residencial y a la misma acudirán: los miembros componentes del Comité Evaluador, el responsable de Cuidados del Paciente en el Programa de Continuidad de Cuidados y/o su facultativo responsable así como el propio candidato si se considera necesario.</p>	Jefe del dispositivo asistencial que propone al candidato, jefe de la Unidad Residencial y secretario del Comité de Evaluación de Ingresos	Convocatoria para la presentación del caso
<p>2. Aceptación o rechazo de la propuesta. 2.1. El Comité comprobará la aportación de la documentación completa requerida según la normativa vigente del Procedimiento para el Ingreso en la U. Residencial del IPSSMJG: Propuesta de Ingreso (Anexo I del Procedimiento) acompañada del <u>informe clínico</u>, el <u>informe de rehabilitación</u> con la valoración del desempeño psicosocial y el test mini-mental de rendimiento cognitivo, y el <u>informe social</u>.</p>	Comité de Evaluación de Ingresos: Jefe U. Residencial Psiquiatra Médico Internista	Propuesta de Ingreso (Anexo I) Informe clínico Informe social Informe de rehabilitación con

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>2.2. En caso afirmativo, y descartadas las causas de exclusión (<i>Anexo II del Procedimiento</i>) también contempladas en dicha normativa, el candidato será aceptado para su baremación y rechazado si concurre alguna de ellas.</p> <p>2.3. Eventualmente en caso de faltar alguno de los documentos necesarios, y por acuerdo del Comité Evaluador, se aceptará la propuesta procediendo a su baremación provisional hasta que se aporte el mismo.</p>	Supervisora de Enfermería Trabajadora social	Hoja de puntuación del desempeño psicosocial y test minimal
<p>3. Baremación del candidato.</p> <p>En base a la información de la documentación aportada del candidato (<i>Anexo III del Procedimiento</i>), las consideraciones realizadas por los representantes asistenciales del mismo y los miembros del comité, así como el informe de discapacidad física valorada por el médico internista de la Unidad, se procederá a baremar el caso. La puntuación obtenida con la fecha de la evaluación quedará registrada en la correspondiente hoja de baremo (<i>Anexo IV del Procedimiento</i>).</p>	Comité de Evaluación de Ingresos y representante/s asistencial/es del candidato	Informe de discapacidad física Hoja de baremo (Anexo IV)
<p>4. Archivo del expediente generado por la evaluación del caso y registro en la base de datos.</p> <p>4.1. El expediente que se genera por los informes aportados en la presentación y por la evaluación del candidato quedará archivado en la Unidad Residencial desde entonces hasta el ingreso del mismo.</p> <p>4.2. Los datos sociodemográficos del candidato, la fecha de evaluación y la puntuación obtenida por la aplicación del baremo quedarán registrados en una base de datos elaborada al efecto para confeccionar la lista de espera oficial.</p>	Jefe de la Unidad Residencial	Base de datos para la lista de espera de la Unidad Residencial
<p>5. Actualización de la lista de espera.</p> <p>5.1. El Comité de Evaluación de Ingresos se reunirá de manera independiente cada cuatro meses con carácter ordinario para actualizar la lista de espera con los expedientes de los casos presentados y evaluados en ese intervalo. Se aplicará la puntuación que corresponda por el tiempo transcurrido desde la fecha de evaluación.</p> <p>5.2. El Secretario del Comité levantará acta de esta reunión, en la que figurarán al menos la identificación de los candidatos, la fecha de evaluación y la puntuación obtenida por cada uno de ellos.</p> <p>5.3. En esta reunión se procederá asimismo a añadir los puntos que procedan a todos los candidatos al ingreso por el tiempo de permanencia en la lista de espera desde su fecha de evaluación.</p> <p>5.4. En caso de producirse alguna baja, el responsable de Cuidados del Paciente lo comunicará por escrito dirigido al Secretario del Comité haciendo figurar la fecha y causa de la misma. Este comunicado se adjuntará al expediente de evaluación como justificante de la misma.</p> <p>5.5. La lista de espera oficial resultante de la actualización será enviada por correo electrónico por el secretario del Comité de Evaluación al responsable de Admisión del Instituto y al jefe del dispositivo o responsable de Cuidados de cada candidato incluido en la misma.</p>	Secretario del Comité de Evaluación de Ingresos y el resto de sus miembros Responsable de Cuidados del Paciente Secretario del Comité de Evaluación de Ingresos	Convocatoria de la reunión cuatrimestral ordinaria del Comité de Evaluación de Ingresos Acta de la reunión del Comité de Evaluación de Ingresos Comunicado de baja en la lista de espera Documento de lista de espera

ACTIVIDAD 2 de 17: ingreso de un nuevo residente		CÓDIGO PCR-A02
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>1. Fijación de una fecha para el ingreso. Al producirse un alta en la Unidad Residencial, se acuerda una fecha para el ingreso del primer candidato en la lista de espera (<i>Protocolo de Recepción y Acogida para nuevos residentes</i>).</p> <p>2. Presentación en la reunión del equipo asistencial previa al ingreso. Antes del ingreso se presentará la información actualizada recogida y los datos del expediente disponibles del Comité de Evaluación de Ingresos en la siguiente reunión del equipo, invitando a su tutor actual o a un representante del dispositivo de origen si procediera, para tratar sobre las características del nuevo residente, los problemas previsibles que puede plantear y su enfoque así como la asignación de habitación coherente con estos datos.</p> <p>3. Recepción y acogida del nuevo residente. En la fecha señalada se celebra una reunión (Sala de Juntas de la Unidad) entre el/los responsable/s asistencial/es del paciente, el familiar que le acompañe, distintos miembros del equipo asistencial y el propio paciente donde se abordan los siguientes asuntos (<i>Protocolo de Recepción y Acogida para nuevos residentes</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1. Presentación de los distintos profesionales. 3.2. Situación legal, sociofamiliar y económica del residente. 3.3. Información sobre las Normas de Funcionamiento de la Unidad. 3.4. Colaboración con las familias. <p>4. Recepción de su documentación y pertenencias. Al finalizar la reunión anterior, la trabajadora social recogerá la documentación del nuevo residente que posteriormente pondrá a disposición de la Administración de la Unidad, personal de Enfermería y personal Facultativo, y la supervisora de Enfermería dará las instrucciones necesarias para hacerse cargo de la ropa y otras posibles pertenencias del mismo.</p> <p>5. Registro informático de los datos del ingreso y sociodemográficos.</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.1. En el Sistema de Información de la Comunidad de Madrid, SISCAM (Despacho de la Administración de la Unidad). 5.2. En las bases de datos asistenciales (despachos de los profesionales). <p>6. Visita guiada por la Unidad. Acompañamiento del nuevo residente y sus familiares por las distintas dependencias de la Unidad con presentación del personal y mostrándole su habitación y la ubicación de los servicios básicos (<i>Protocolo de Recepción y Acogida para nuevos residentes</i>).</p> <p>7. Valoración inicial por los facultativos y Enfermería. Evaluación inicial del estado psiquiátrico, somático y necesidad de cuidados con actualización de los tratamientos, asignación de dieta e indicación de otras medidas pertinentes (<i>Protocolo de Recepción y Acogida para nuevos residentes</i>).</p> <p>8. Adecuación de su situación legal. Desde el punto de vista legal, el ingreso puede ser de tres tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 8.1. Ingreso voluntario: el paciente no está incapacitado legalmente ni sujeto a ingreso involuntario, por lo que firma su ingreso voluntariamente. 8.2. Paciente incapacitado legalmente pero no sujeto a ingreso involuntario: se comunicará el ingreso al tutor legal del paciente. 	<p>Jefe de Unidad, supervisora de Enfermería, trabajadora social, facultativos</p>	<p>DNI, carilla SS, cartilla de ahorros Informes médicos</p> <p>Aplicación SISCAM</p> <p>Base de Datos de la Unidad Residencial</p> <p>Hoja de evolución de la Historia Clínica correspondiente a Psiquiatría, M. Interna y Enfermería Hoja de tratamiento de la Historia Clínica correspondiente a Psiquiatría y M. Interna Hoja de Plan de Cuidados de Enfermería</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>8.3. Ingreso involuntario: en este caso de deberá comunicar al juzgado la situación para que haga el seguimiento que se estime oportuno.</p> <p>9. Evaluación por el equipo asistencial después del ingreso. En el transcurso no superior a un mes desde su llegada, y una vez evaluado por los distintos profesionales y conocidas sus pautas de conducta habituales, los nuevos datos serán presentados en otra reunión del equipo asistencial multidisciplinario para concretar los planes asistenciales, de cuidados de Enfermería y otras posibles actividades terapéuticas a realizar en los meses siguientes.</p>		<p>Documento de aceptación del ingreso firmado por el paciente</p> <p>Comunicación del ingreso al tutor legal.</p> <p>Comunicación al juzgado que supervisa el ingreso involuntario del traslado judicial.</p> <p>Acta de la reunión del equipo multidisciplinario</p>

ACTIVIDAD 3 de 17: reingreso desde un traslado		CÓDIGO PCR-A03
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>1. Comunicación del alta desde el centro hospitalario de procedencia.</p> <p>1.1. Si el facultativo recibe la llamada de otro centro para comunicar el alta de un residente ingresado allí, indagará sobre la hora aproximada de llegada y posibles medidas a tomar al ingreso.</p> <p>1.2. Transmitir la información al personal de Enfermería y a los auxiliares de control quedando registrado en la hoja de evolución de Enfermería y en el libro de incidencias de recepción para que se comunique también a los siguientes turnos.</p> <p>1.3. Si es el personal de Enfermería quien recibe la comunicación, transmitirla a los auxiliares de control y al facultativo si procede.</p>	Facultativo/ DUE	<p>Hoja de evolución de Enfermería</p> <p>Libro de incidencias de control</p>
<p>2. Recepción del transporte sanitario.</p> <p>2.1. Los auxiliares de control facilitan la llegada del transporte sanitario (ambulancia) a la Unidad indicando, si es preciso, la puerta de acceso y asegurando su apertura.</p> <p>2.2. Asimismo, facilitan la llegada de la camilla del paciente al control de Enfermería de la primera planta abriendo las puertas que sean necesarias e indicando su localización al personal de la ambulancia.</p>	Auxiliares de control	
<p>3. Recepción del paciente.</p> <p>3.1. A la llegada del paciente al Control de Enfermería se comprueba que trae el informe de alta médica y sus pertenencias. En caso de ausencia del informe se reclama al personal del transporte sanitario o al centro de referencia si es necesario, anotándolo en el POPEA.</p> <p>3.2. Habiendo comprobado la posible existencia del informe de alta de Enfermería, y considerando sus datos si procede, se realiza una valoración clínica del paciente con especial atención al estado de la piel (descartar úlceras por decúbito). En relación a los hallazgos y a la información previa, se decide su ubicación en una habitación de observación junto al control o en su habitación habitual.</p> <p>3.3. Recoger otra información relevante que acompañe al paciente (citación de pruebas y revisión) y registrarla en la hoja de evolución de Enfermería.</p> <p>3.4. Según el día y hora de llegada, avisar al médico internista para su valoración médica y ajuste del tratamiento, o al médico de guardia si procede.</p> <p>3.5. Comunicación del reingreso a la trabajadora social para que confirme el conocimiento del alta por parte de la familia.</p>	DUE	<p>Informe de alta del médico</p> <p>POPEA</p> <p>Informe de alta de Enfermería</p> <p>Citaciones de pruebas y revisión</p> <p>Hoja de evolución de Enfermería</p>
<p>4. Valoración por el facultativo.</p> <p>4.1. Evaluar clínicamente al paciente tomando las medidas oportunas y ajustar el tratamiento prescrito en el informe de alta a la situación del paciente teniendo en cuenta su tratamiento crónico en la Unidad.</p> <p>4.2. Siempre que sea razonable, sustituir los medicamentos que figuran en dicho informe por otros equivalentes incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del Instituto.</p> <p>4.3. Registrar los datos de la valoración al ingreso y posibles cambios en el tratamiento en la hoja de evolución de la Historia Clínica de M. Interna.</p>	Médico internista/ Médico de guardia	<p>Hoja de tratamiento</p> <p>Hoja de evolución de la Historia Clínica de M.I.</p>

ACTIVIDAD 4 de 17: cuidados de enfermería		CÓDIGO PCR-A04
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>07:48-08:00 h: RELEVO NOCHE-MAÑANA (Control de Enfermería)</p> <p>1. PARTE DE ENFERMERÍA</p> <p>Consiste en la comunicación de la información de las incidencias de los pacientes ocurridas en los turnos previos, y de lo sucedido en el turno correspondiente entre el enfermero saliente del T. de noche y los tres entrantes del turno de mañana.</p> <p>1.1. Información relevante comunicada: alteraciones somáticas y psiquiátricas de los pacientes, acciones llevadas a cabo y actuaciones a seguir en el turno siguiente; cambio de pautas terapéuticas y de control evolutivo (tratamientos médico y psiquiátrico, dietas, contenciones, pautas de conducta, ctes., etc.); caídas; interconsultas externas; derivaciones e ingresos en otros centros sanitarios; fugas, salidas no autorizadas y retrasos; permisos autorizados; cambios de habitación de los pacientes.</p> <p>1.2. Información proporcionada por el personal auxiliar de la revisión de los espacios de la Unidad, que se realiza según el <i>Parte diario de Observación de los Pacientes en los Espacios Asistenciales (POPEA)</i>.</p> <p>1. OBSERVACIÓN DE LOS ESPACIOS ASISTENCIALES EN EL PINZAMIENTO NOCHE-MAÑANA</p> <p>1.1. Vueltas de inspección por la Unidad para la observación de los pacientes en el entorno asistencial. Se observan las posibles incidencias que pueden aparecer en las habitaciones y otros espacios: pacientes en cama o fumando en la habitación, caídas, etc.</p> <p>1.2. Información de las incidencias en la reunión del relevo.</p>	<p>Un DUE (T. Noche)</p> <p>Tres DUE (T. Mañana)</p>	<p>Hoja de evolución de Enfermería</p> <p>DNI, cartilla SS, cartilla de ahorros</p> <p>Informes médicos</p> <p>POPEA</p>
<p>08:00-10:30 h: Desde RELEVO NOCHE-MAÑANA hasta DESAYUNO</p> <p>08:00-08:30 h (Control de Enfermería):</p> <p>2. COORDINACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA</p> <p>Se organizan las tareas a realizar en el turno por el equipo de Enfermería y se transmite la información recibida en el relevo y del POPEA, al resto del equipo de Enfermería:</p> <p>2.1. Consultas externas o pruebas diagnósticas programadas para el día: según los datos del dietario de Enfermería se informará del nombre del paciente, especialidad, centro sanitario y horario de salida.</p> <p>2.2. Pacientes con oxigenoterapia y duración de la misma.</p> <p>2.3. Tratamientos tópicos y enemas a administrar.</p> <p>2.4. Organización de otras tareas puntuales de Enfermería.</p> <p>2. COORDINACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA (Auxiliares de Enfermería)</p> <p>2.1. Se recibe la información relevante de los DUE sobre los turnos previos y las consultas externas o pruebas diagnósticas programadas para el día.</p> <p>2.2. Se comunican las incidencias del pinzamiento previo a los DUEs para su registro en POPEA y actuación.</p> <p>2.3. Coordinación de las tareas del turno: recogida de muestras; tratamientos tópicos; aplicación de enemas; control de constantes (temperatura); oxigenoterapias; dietas especiales; controles de ingesta y/o diuresis; Coordinación de vueltas de observación por la Unidad; coordinación de limpieza de material y botiquín.</p>	<p>Dos auxiliares de Enfermería (A.E.)</p> <p>Tres DUE</p> <p>Equipo de auxiliares de Enfermería (7-11 h)</p>	<p>Dietario de Enfermería</p> <p>Hoja diaria de Enfermería</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>8. PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS PREVIOS AL DESAYUNO</p> <p>8.1. <u>Preparación</u> (botiquín):</p> <p>8.1.1. En la encimera del botiquín se prepara lo necesario para administrar los tratamientos con insulina (listado de pacientes con indicación, aparato para la determinación de glucemia capilar con tiras reactivas, gasas, desinfectante y jeringas de insulina para cargar).</p> <p>8.1.2. En carro del botiquín se preparan sobres de laxantes, soluciones e inhaladores pautados así como los utensilios y líquidos necesarios para su administración (jarras con zumo y agua, vasos y cucharas). En el caso de que falten algunos de estos, se contacta telefónicamente con el personal de hostelería para su reposición.</p> <p>8.2. <u>Administración</u> (botiquín o pasillo de primera planta –pacientes en sillas de ruedas–): se administra al paciente, la medicación indicada en ayunas (alendronato, hierro, digoxina, laxantes...), junto con zumo o agua, los broncodilatadores así como los medicamentos de procesos agudos (analgésicos, colirios, cremas...), comprobando su correcta ingestión, inhalación o aplicación.</p> <p><u>09:45-10:00 h</u> (botiquín y comedor):</p> <p>9. PREPARACIÓN DE LA MEDICACIÓN DEL DESAYUNO</p> <p>9.1. Reposición de suplementos alimenticios, laxantes y otros medicamentos en el carro de medicación (botiquín).</p> <p>9.2. Reparto de suplementos y laxantes por las mesas según la ubicación de pacientes y su tratamiento pautado (comedor).</p> <p>9.3. Supervisión de la adecuación de los desayunos según la dieta prescrita.</p> <p><u>09:30-10:00 h</u>:</p> <p>10. EXTRACCIÓN DE ANALÍTICAS (botiquín, sala de exploración de M.I. ó habitación del paciente)</p> <p>10.1. Preparación del material necesario para extracciones (tubos de vacío, compresores, desinfectante, gasas) junto con volantes y pegatinas.</p> <p>10.2. Localización del paciente e información sobre la extracción o recogida de otras muestras.</p> <p>10.3. Obtención de la muestra, identificación de los tubos con las pegatinas correspondientes y colocación en gradilla.</p> <p>10.4. Registro de las analíticas en la hoja de Enfermería junto con el código identificativo.</p> <p>10.5. Las muestras de orina, se trasladan al tubo pequeño y se identifica con un código.</p> <p>10.6. Si la muestra requiere frío se coloca en una bolsa con contenedor de frío para su traslado.</p> <p>10.7. Se avisa telefónicamente a control de recepción para contactar con un conductor y, cuando acude, se le entrega la gradilla con los tubos de extracciones y los volantes de solicitud para ser transportados al laboratorio del Hospital Severo Ochoa en la nevera de transporte.</p> <p><u>09:30-10:00 h</u>:</p> <p>11. PREPARACIÓN DE LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA</p> <p>11.1. Consulta del listado de pacientes citados y evaluación de incidencias relacionadas con los mismos.</p> <p>11.2. Preparar las historias de Enfermería.</p> <p>11.3. Preparar las hojas de tratamientos.</p> <p>11.4. Información de incidencias urgentes a valorar por Psiquiatría antes de la consulta.</p>	<p>DUE “3”</p>	<p>Hoja diaria de Enfermería</p> <p>Listado de insulino terapia</p> <p>Listado de laxantes</p> <p>Listado de inhaladores</p> <p>Listado de laxantes</p> <p>Listado de suplementos dietéticos</p> <p>Volantes de solicitud de analíticas</p> <p>Pegatinas codificadas</p> <p>Hoja de evolución de Enfermería</p> <p>Dietario de consulta psiquiátrica</p> <p>Hojas de evolución de Enfermería</p> <p>Ttos. de psiquiatría</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>12. CONTROL DE CONSTANTES VITALES Y PESOS (botiquín, cuarto de exploración y habitaciones)</p> <p>12.1. Constantes: control de T.A., F.C, T^a, F.R. y saturaciones de O₂ según pauta médica o según criterio de Enfermería, por sintomatología del paciente.</p> <p>12.2. Peso:</p> <p>12.2.1. Pacientes no asistidos: medida del peso en báscula digital una vez al mes o según pauta, con ayuda de auxiliares de Enfermería</p> <p>12.2.2. Pacientes asistidos con restricción de movilidad: medida del peso en báscula de grúa de movilización, con ayuda de auxiliares de Enfermería</p> <p>12.3. Registro de todos los valores en gráficas individuales y en hoja de pesos (11-12 h)</p> <p>12.4. Información al facultativo de las alteraciones detectadas.</p>	DUE "3"/ Un A.E.	Listado de T.A. semanal Hoja diaria de Enfermería Gráfica de ctes- Listados de pesos
<p>13. APOYO A LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS PREVIOS AL DESAYUNO (botiquín, cuarto de medicación y comedor)</p> <p>13.1. Reposición de los fármacos necesarios en el carro de medicación (botiquín y cuarto de medicación).</p> <p>13.2. Traslado del carro de medicación al comedor y distribución en las mesas, según la ubicación de los pacientes, de los tratamientos médicos a administrar durante el desayuno (laxantes, suplementos dietéticos...) o que no hayan sido administrados anteriormente.</p> <p>13.3. Comprobación de la idoneidad de las dietas, comunicando los cambios oportunos al personal de hostelería y auxiliares de Enfermería (comedor).</p> <p>13.4. Coordinación con los auxiliares de Enfermería para la distribución de los desayunos y tratamientos orales a los pacientes encamados o con chaleco geriátrico protector que no pueden acudir al comedor.</p>		Listado de laxantes Listado de protectores gástricos
<p>14. ADMINISTRACIÓN DE INSULINAS (botiquín)</p> <p>14.1. Determinación de glucemia capilar según pauta previa o a criterio del DUE según la sintomatología del paciente.</p> <p>14.2. Comunicación con el facultativo para posible modificación de la dosis si se detecta hipoglucemia o hiperglucemia importante.</p> <p>14.3. Administración de la dosis de insulina indicada según proceda rotando la zona de inoculación según un esquema prefijado semanal.</p>		Listado de insulino terapia Hoja de registro de glucemias Hoja de zonas corporales de inyección
<p><u>08:30-08:40 h</u> (Control de Enfermería):</p> <p>3. COORDINACIÓN DEL EQUIPO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA BAÑOS</p> <p>Distribución de los grupos de trabajo según los A.E. disponibles:</p> <p>3.1. Formación de dos equipos de baño: uno para hombres y otro para mujeres de cuatro a seis A.E.</p> <p>3.2. Cada equipo realiza el aseo y/o baño de dos tipos de pacientes: encamados/asistidos y autónomos que requieren supervisión.</p>	Equipo de A.E.	Listado de baños de pacientes
<p>4. APLICACIÓN DE LOS ENEMAS PAUTADOS Y ASEO (habitaciones)</p> <p>4.1. Aplicación del enema pautado al paciente encamado previamente al baño.</p> <p>4.2. Aseo, en cama o baño según la autonomía del paciente, después de la deposición.</p> <p>4.3. Registro de las características de la deposición en documento específico.</p>		Hoja de control de deposiciones

DEFINICIÓN

Recoger las sugerencias, quejas y reclamaciones presentadas por pacientes o familiares en relación con la atención recibida y recabar la información necesaria para preparar la respuesta, remitiéndola según los criterios establecidos. Estas acciones, basándose en el método de la mejora continua de la calidad, procurarán la eficiencia, generando satisfacción en usuarios y profesionales.

LÍMITES DEL PROCESO

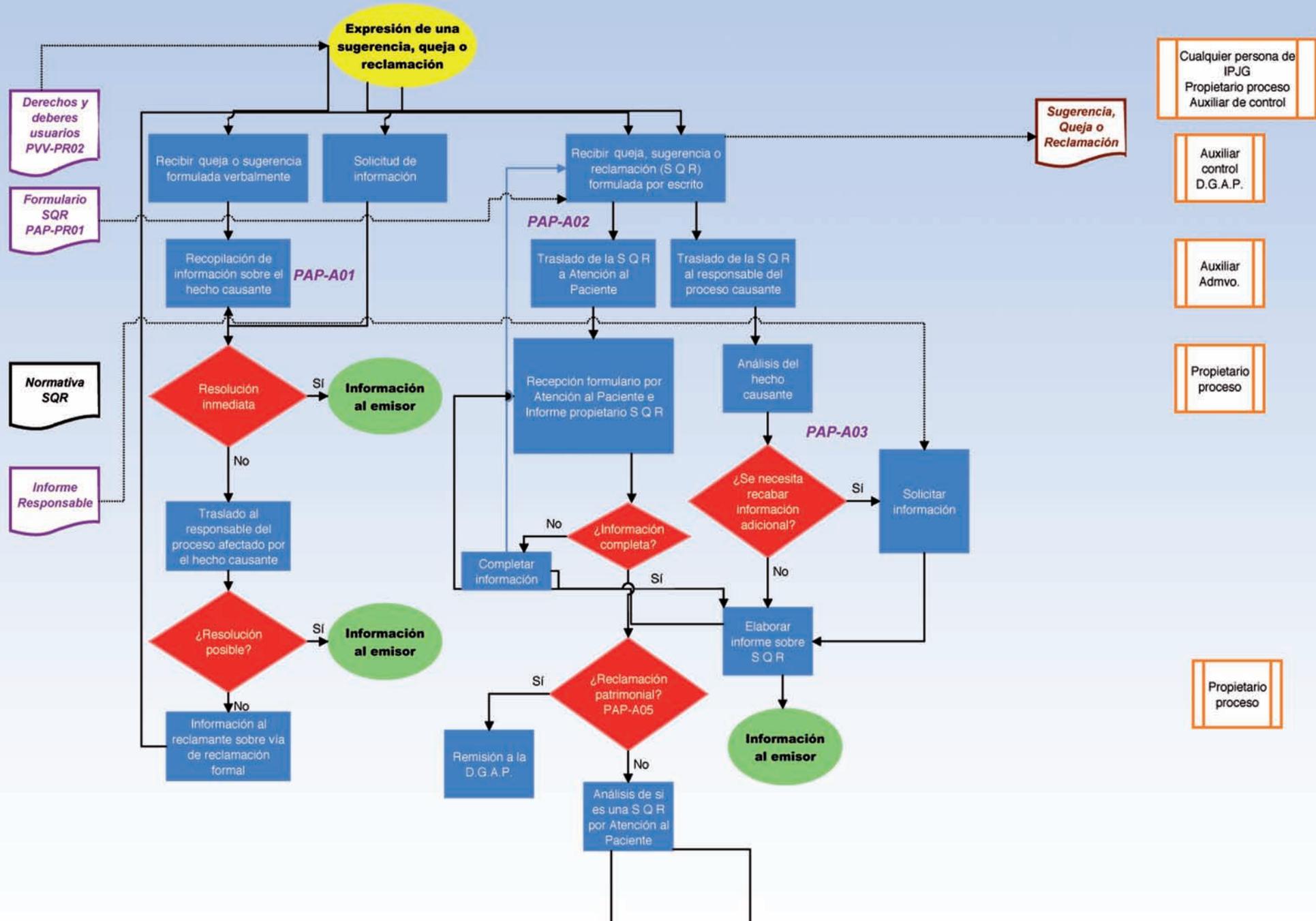
INICIAL	Momento en el que se detecta una necesidad percibida por cualquiera de los colectivos referidos en la misión.
FINAL	Momento en el que se da una respuesta por escrito en la que se reflejan las gestiones realizadas para dar la mejor solución posible al problema planteado en la queja, sugerencia o reclamación.

ENTRADAS

PROVEEDOR	ENTRADA	PROVEEDOR	ENTRADA
Pacientes Familiares Trabajadores Otras entidades	Necesidad percibida		Formulario escrito Reclamación patrimonial
		Responsable de la Unidad en la que se produce el hecho que ha derivado en SQR	Informe sobre el hecho causante
	Formulario escrito (SQR)		

SALIDAS Y REQUISITOS

CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Reclamante	Respuesta escrita	Resolución del contenido de la reclamación, respuesta argumentada	1º
		Rápida	2º
Dirección General de Atención al Paciente	Requisitos de la respuesta escrita	Existencia y envío de la respuesta a la reclamación	1º
		Respuesta congruente, argumentada, completa	4º
		Respuesta a la reclamación en un periodo de tiempo no superior a los 30 días hábiles	4º
Reclamante	Información sobre la tramitación que se está realizando de su SQR, en cada momento	Información del expediente en tiempo real	4º
		Información clara y ayuda, si se precisa, en el proceso de cumplimentación de la SQR	2º
		Entrega de copia sellada de la reclamación	4º
Reclamante	Medidas de actuación	Rápida	2º
		Resolución eficaz de su necesidad	1º
Otros procesos	Información	Recursos para dar respuesta a las reclamaciones	2º
		Información final sobre la resolución de la reclamación	4º
Todos los trabajadores	Informe mensual y anual de actividad	Que llegue a todos los trabajadores y a tiempo	5º
		Que aporte información	4º
		Claridad, que sea comprensible	3º
Departamento de Calidad Dirección y Gerencia	Informe mensual y anual de actividad	Elaboración	1º
		Difusión	2º
		Que refleje la actividad de la Unidad (que sea vendible)	2º
Unidad de Atención al Paciente	Informe del responsable de la Unidad en la que se produce el hecho causante	Complejidad del informe, congruente, argumentado	1º
		Envío rápido de la información	2º
		Informe que incluya medidas resolutivas	3º



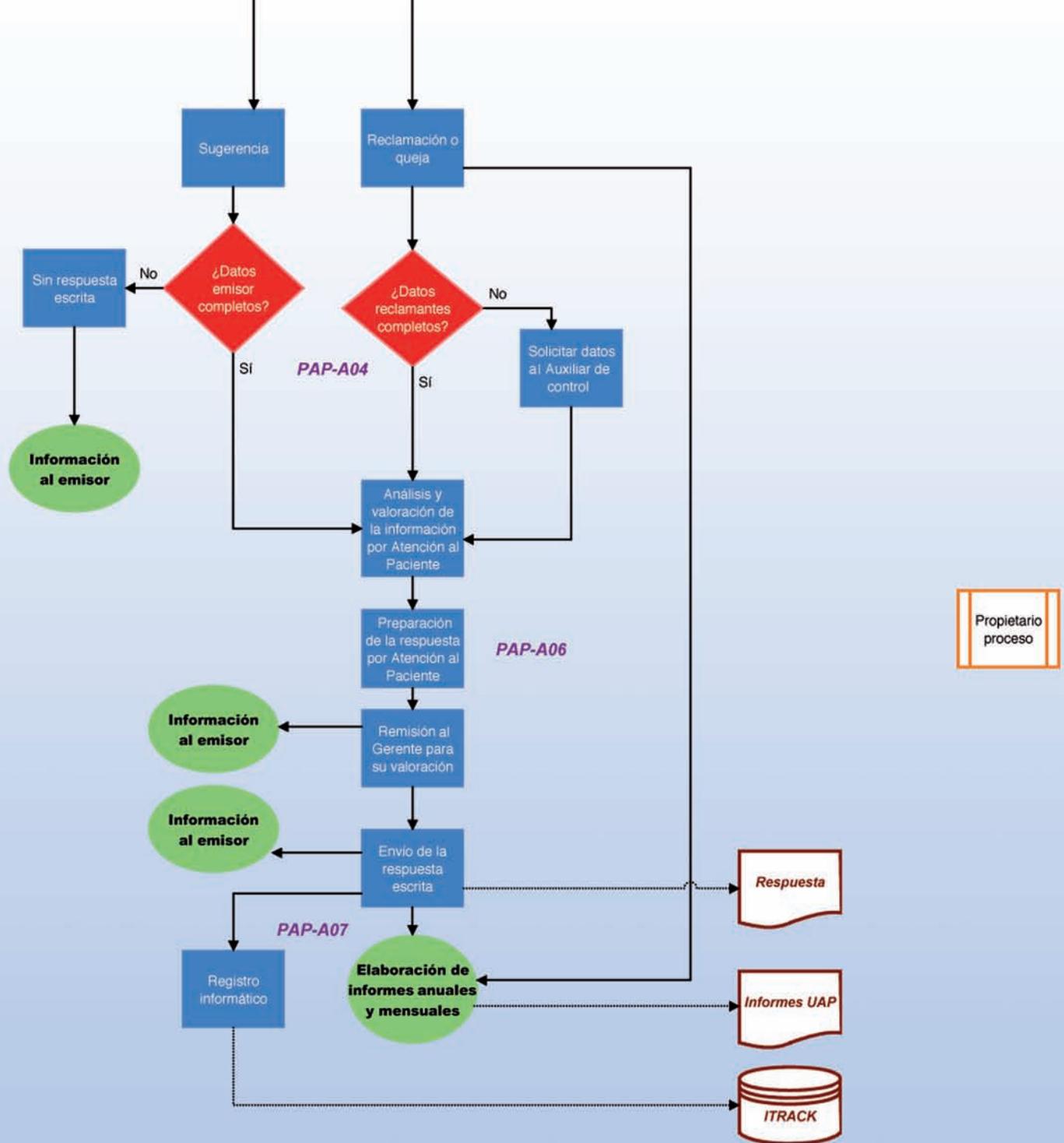
Cualquier persona de IPJG
Propietario proceso
Auxiliar de control

Auxiliar control
D.G.A.P.

Auxiliar Admvo.

Propietario proceso

Propietario proceso



INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO**Tiempo de resolución de las reclamaciones escritas****CÓDIGO PAP-I01**

Tiempo transcurrido entre la fecha de presentación de la reclamación escrita por el usuario y la fecha del registro de salida de la contestación a la reclamación.

Tiempo de tramitación inicial de las reclamaciones escritas**CÓDIGO PAP-I02**

Tiempo transcurrido entre la fecha de presentación de la reclamación escrita por el usuario y la fecha del registro de entrada del formulario SQR en la UATPac.

Tiempo de respuesta del responsable de la Unidad o propietario del proceso a las reclamaciones escritas**CÓDIGO PAP-I03**

Tiempo transcurrido entre la fecha de presentación de la reclamación escrita por el usuario y la fecha del registro de entrada en la UATPac del informe-respuesta emitido por parte del responsable de la Unidad o propietario del proceso.

Índice de calidad en la resolución de reclamaciones**CÓDIGO PAP-I04**

Índice de calidad en la resolución de reclamaciones.

Porcentaje de reclamaciones incluidas en ITRACK**CÓDIGO PAP-I05**

Conocer el grado de cumplimentación en ITRACK de las SQR.

ACTIVIDAD 1 de 7: recepción y gestión de la sugerencia o queja verbal**CÓDIGO PAP-A01**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>BLOQUE 1. Recepción y gestión de la sugerencia o queja verbal. Descripción de la sugerencia o queja verbal.</p> <p>- Se produce cuando el usuario o un allegado expresan verbalmente un desacuerdo que les produce malestar. Puede tratarse de requerimientos de naturaleza sanitario-asistencial o no asistencial. No exige tramitación formal ni respuesta por escrito.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El profesional al que se dirige el usuario o allegado atenderá la demanda del mismo. <ol style="list-style-type: none"> a. Si está capacitado o autorizado para solucionar la demanda, dará respuesta inmediata a la misma. b. Si no está capacitado o autorizado para solucionar la demanda, trasladará la misma a su inmediato superior o a otros profesionales del equipo que estime puedan dar respuesta al usuario. c. Si ninguno de los anteriores profesionales están capacitados o autorizados para la resolución de la demanda, trasladarán el contenido de la misma al responsable del proceso. 2. El responsable del proceso: <ol style="list-style-type: none"> a. Recabará información sobre el hecho preguntando al personal afectado sobre lo ocurrido, mandos intermedios, propietarios y copropietarios de otros procesos implicados, y recurriendo a los partes de incidencias de los distintos estamentos profesionales. b. Cada uno de los implicados informará verbalmente (o por escrito si así lo solicita el propietario del proceso) de lo ocurrido, adjuntando la documentación necesaria (la que se les solicite en cada caso en función del contenido de la queja). c. Comprobados los hechos contenidos en la queja, el propietario del proceso indicará al supervisor o responsable inmediato con competencia directa en los mismos que proceda a subsanar las irregularidades descritas. 	<p>Todos los profesionales del Centro</p> <p>Mandos intermedios</p> <p>Responsable del proceso</p> <p>Propietarios y copropietarios de procesos</p>	<p>Partes de incidencias de los distintos estamentos</p>

ACTIVIDAD 3 de 7: análisis del hecho causante		CÓDIGO PAP-A03
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>BLOQUE 3. Análisis del hecho causante.</p> <p>Cuando se recibe la SQR escrita, el responsable de la Unidad o propietario del proceso lee y analiza el hecho que ha causado la sugerencia, queja o reclamación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si precisa información adicional, el propietario del proceso la recabará preguntando directamente a la persona o personas implicadas en la SQR o mediante la solicitud de un informe por escrito. 2. Se elabora un informe-respuesta sobre la SQR, por escrito. 3. Se envía el informe-respuesta a la Unidad de Atención al Paciente. 4. Si el responsable de la Unidad o propietario del proceso tiene competencia resolutoria, se toman medidas de actuación para subsanar o mejorar el motivo de la SQR. 5. Se da traslado de propuestas de actuación a la UATPac, cuando dichas actuaciones estén fuera de la competencia resolutoria del propietario del proceso. 6. Se informa verbalmente al reclamante de las medidas de actuación que se han tomado. 	Propietario del proceso y/o jefe de Unidad	<p>Formulario de SQR</p> <p>Informe por escrito solicitado por el responsable del proceso</p> <p>Informe-respuesta</p>

ACTIVIDAD 4 de 7: recepción de la sqr en la uatpac y análisis de los datos del formulario		CÓDIGO PAP-A04
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>BLOQUE 4. Recepción de la SQR en la UATPac y análisis de los datos del formulario.</p> <p>Se recibe vía fax el formulario de la SQR:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La secretaria de Gerencia lo entrega a la secretaria de Atención al Paciente. 2. La secretaria de Atención al Paciente pone la fecha de recepción en el formulario de la SQR. 3. La secretaria de Atención al Paciente entrega el formulario de la SQR a la responsable de la UATPac. 4. Se comprueba la adecuación de los datos solicitados en el formulario y en concreto los explicitados en el Bloque 2 del proceso, pudiéndose dar los siguientes supuestos: <ol style="list-style-type: none"> 4.1. No hay datos suficientes para la identificación del reclamante pero sí para la identificación de la Unidad en la que se ha puesto la reclamación: la responsable de la UATPac se pone en contacto con los siguientes profesionales y en el orden que se indica hasta obtener la información necesaria para la identificación del reclamante: (auxiliar de control/celador, supervisor de Enfermería, responsable del proceso). 4.2. Siguiendo los pasos anteriores no se consiguen los datos necesarios para la identificación del reclamante, se informa al responsable de auxiliares de control que comprueba con los partes de incidencia de los auxiliares de información y control hasta que se encuentra la fecha, ubicación o identificación del usuario correctos. 4.3. Hay datos suficientes para la identificación del reclamante pero se observan defectos de forma en la tramitación inicial de la reclamación: Si se trata de una sola reclamación se notifica verbalmente al responsable de auxiliares de control; si se trata de más de una reclamación en la misma Unidad se informa por escrito al responsable de auxiliares de control. 	<p>Secretaria de Gerencia</p> <p>Secretaria de la UATPac</p> <p>Responsable de la UATPac</p> <p>Auxiliares de control/ Celadores</p> <p>Jefe de equipo de información y control</p> <p>Supervisor de Enfermería</p> <p>Responsable de la Unidad o propietario del proceso</p>	<p>Formulario de la SQR</p> <p>Informe-respuesta</p> <p>Informe al responsable de auxiliares de control</p> <p>Formulario de la SQR con datos suficientes para la identificación del paciente</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>4.4. Todos los datos están correctamente cumplimentados. Se pasaría al Bloque 6 del proceso.</p> <p>Excepcionalmente puede ocurrir que se reciba en la UATPac el informe-respuesta emitido por el propietario del proceso en relación al cual se ha formulado una SQR y que no haya llegado el formulario SQR a la UATPac, en tal caso se establece comunicación con los profesionales en el siguiente orden: responsable del proceso, supervisor de Enfermería, auxiliar administrativo de la Unidad, auxiliar de control. Solicitando que se reenvíe por fax el formulario SQR.</p>		Parte diario de incidencias del servicio de información y control

ACTIVIDAD 5 de 7: reclamación patrimonial **CÓDIGO PAP-A05**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
BLOQUE 5. Reclamación patrimonial.		
1. Reclamación patrimonial.		
<p>La legislación administrativa atribuye responsabilidad a las Administraciones Públicas por toda lesión que sufran los usuarios en sus bienes o derechos <i>-siempre que este daño haya sido provocado por el funcionamiento de los servicios públicos, ya sea este funcionamiento normal o anormal-</i> y reconoce un derecho a indemnización, consistente en una obligación de reparación, de compensación económica, para tratar de devolver las cosas a su estado anterior a ese daño.</p> <p>Los daños susceptibles de reclamación patrimonial son los daños materiales o daños morales siempre que exista una relación causa-efecto entre la conducta administrativa y el daño que se alega.</p>		
2. Gestión de la reclamación patrimonial.		
2.1. El usuario presenta una reclamación por escrito en la que solicita explícitamente una indemnización o la reparación de un daño que él atribuye a algún factor relacionado con el funcionamiento de la institución.	Responsable de Unidad o propietario del proceso	Formulario de la SQR Informe-respuesta
2.2. Una vez se dispone del informe-respuesta emitido por el responsable del proceso al que hace referencia la reclamación, y una vez recogida toda la información adicional necesaria según lo establecido en el punto sexto del Bloque 6, la responsable de la UATPac se reúne con el Gerente y le expone toda la información pertinente.	Responsable UATPac	Respuesta preliminar a la SQR
2.3. El Gerente decide, en función de la información que se le ha aportado: <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar información adicional para resolver aspectos no suficientemente clarificados. - Realizar con presupuesto de Instituto la reparación del daño. <p>En este caso se contesta al reclamante según lo establecido en los puntos 7, 8 y 9 del Bloque 6, indicando al reclamante la vía específica a través de la cual se procederá a la reparación del daño.</p> <p>Remitir la reclamación al Servicio de Gestión de Reclamaciones Patrimoniales de la Consejería de Sanidad, quedando a su disposición para aportar cualquier información adicional que puedan solicitar. Será este servicio el que emitirá una respuesta definitiva al reclamante e informará a la Gerencia del Instituto Psiquiátrico de dicha resolución.</p>	Gerente	Respuesta definitiva a la SQR

ACTIVIDAD 6 de 7: resolución de la SQR en la UATPAC con emisión de una respuesta escrita al reclamante
CÓDIGO PAP-A06

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>BLOQUE 6. Resolución de la SQR en la UATPac con emisión de una respuesta escrita al reclamante.</p> <p>Se parte del Formulario de SQR con datos suficientes para la respuesta a la reclamación.</p> <p>1. Se valora si se puede responder directamente desde la UATPac a la reclamación, en tal caso se comunica al responsable de la Unidad a propietario del proceso al que se refiere la reclamación que se va a proceder a la resolución de la misma.</p> <p>2. Si no se puede resolver directamente se espera el envío por correo interno del informe-respuesta emitido por el propietario del proceso.</p> <p>3. Si transcurridos 10 días desde la fecha en la que se puso la reclamación el responsable del proceso no ha enviado el informe-respuesta, se le envía un fax de reiteración, solicitándole dicho informe.</p> <p>4. Se recibe el informe-respuesta:</p> <p>4.1. Puede estar dirigido al Gerente, en tal caso la secretaria del Gerente lo remite a la UATPac.</p> <p>4.2. Puede estar dirigido a la responsable de la UATPac.</p> <p>5. En ambos casos se entrega a la secretaria de Atención al Paciente que pone la fecha de recepción en el informe-respuesta, lo archiva con el correspondiente formulario de SQR e informa a la responsable de la UATPac.</p> <p>6. La Responsable de la UATPac analiza el contenido de la reclamación y del informe-respuesta:</p> <p>6.1. Si la información es suficiente para explicar lo sucedido se procede a redactar el informe-respuesta preliminar al reclamante.</p> <p>6.2. Si la información no es suficiente, se pone en contacto telefónico con el responsable del proceso implicado, solicitándole información adicional sobre lo sucedido.</p> <p>6.3. Puntualmente es necesario solicitar información telefónica a responsables de procesos de soporte para completar la información sobre el hecho causante de la SQR.</p> <p>7. La responsable de la UATPac redacta una respuesta preliminar a la SQR que es remitida para su valoración al Gerente del Instituto.</p> <p>8. El Gerente valora en contenido y forma la respuesta preliminar propuesta por la responsable de la UATPac.</p> <p>8.1. Si no está de acuerdo, realiza las rectificaciones oportunas, o solicita información aclaratoria a la responsable de la UATPac.</p> <p>8.2. Si está de acuerdo, firma la respuesta definitiva a la SQR y la remite nuevamente a la responsable de la UATPac.</p> <p>9. La Responsable de la UATPac revisa la SQR:</p> <p>9.1. Si es necesario, realiza las modificaciones indicadas por el Gerente y remite una nueva respuesta preliminar a la SQR que pasaría al punto 8.</p> <p>9.2. Si la reclamación ha sido firmada por el Gerente, se remite a la secretaria de la UATPac que da registro de salida a la respuesta definitiva y la remite por correo al reclamante.</p>	<p>Responsable UATPac</p> <p>Propietario del proceso</p> <p>Gerente</p> <p>Propietarios de otros procesos</p> <p>Secretaria de la UATPac</p>	<p>Formulario SQR con datos suficientes para la identificación del paciente</p> <p>Informe-respuesta</p> <p>Fax de reiteración</p> <p>Respuesta preliminar a la SQR</p> <p>Respuesta definitiva a la SQR</p>

Ver la actividad 7 en los archivos PAP

DEFINICIÓN

Proporcionar los medicamentos y productos sanitarios a las distintas unidades del Centro, contribuyendo a su uso eficaz, seguro y eficiente. Estas acciones, basándose en el método de la mejora continua de la calidad, seguirán los principios de la buena práctica, utilizando la mejor evidencia científica disponible, y generando satisfacción en los profesionales.

LÍMITES DEL PROCESO

INICIAL	Momento en que se recibe una solicitud de fármacos o productos sanitarios.
FINAL	Momento en que se entrega el pedido al destinatario.

ENTRADAS

PROVEEDOR	ENTRADA	PROVEEDOR	ENTRADA
Enfermería de un proceso asistencial	Pedido de medicamentos o productos sanitarios	Facultativo de un proceso asistencial	Prescripción
		Facultativo o servicio de farmacia	Pregunta, alerta, estudio

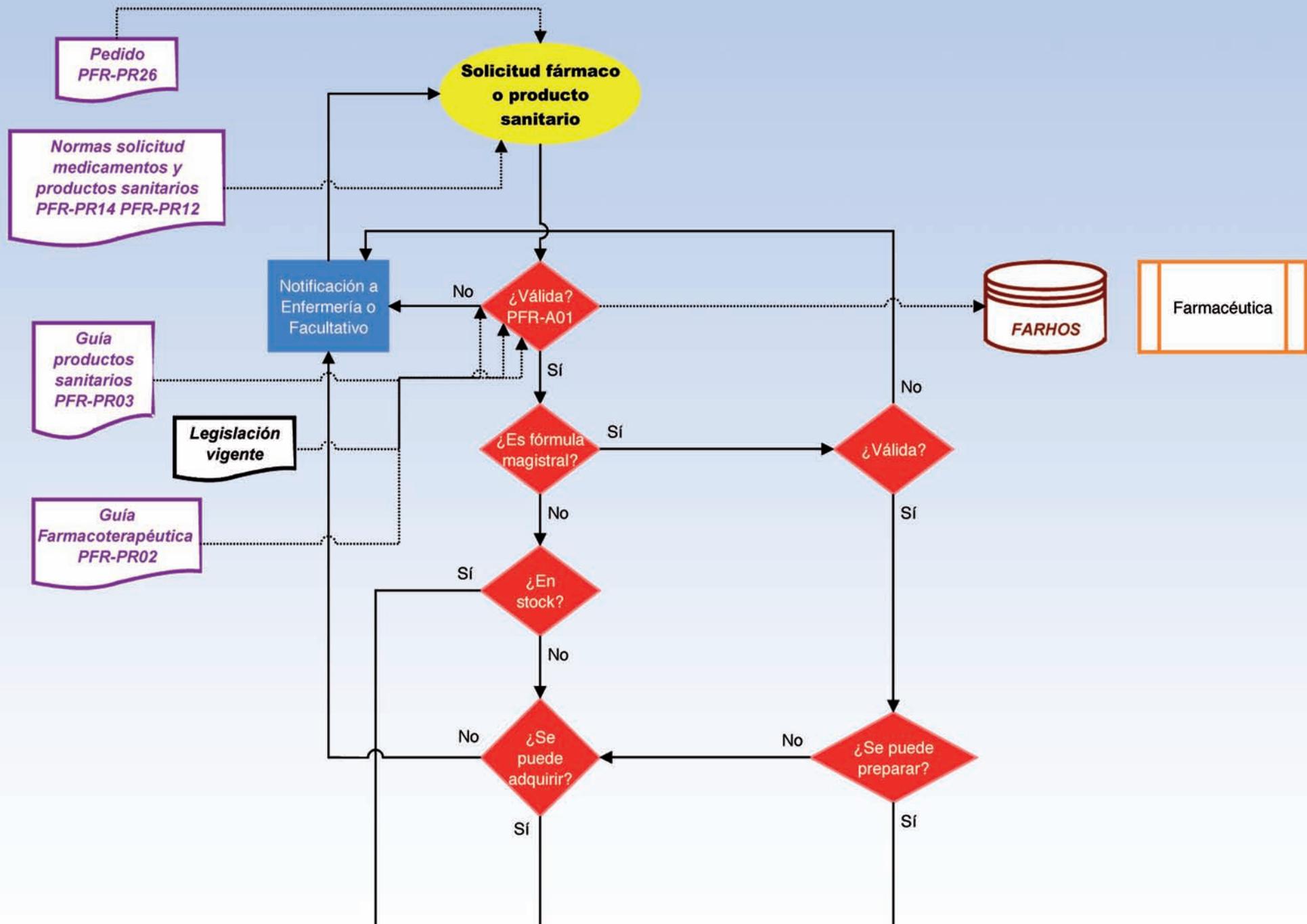
SALIDAS Y REQUISITOS

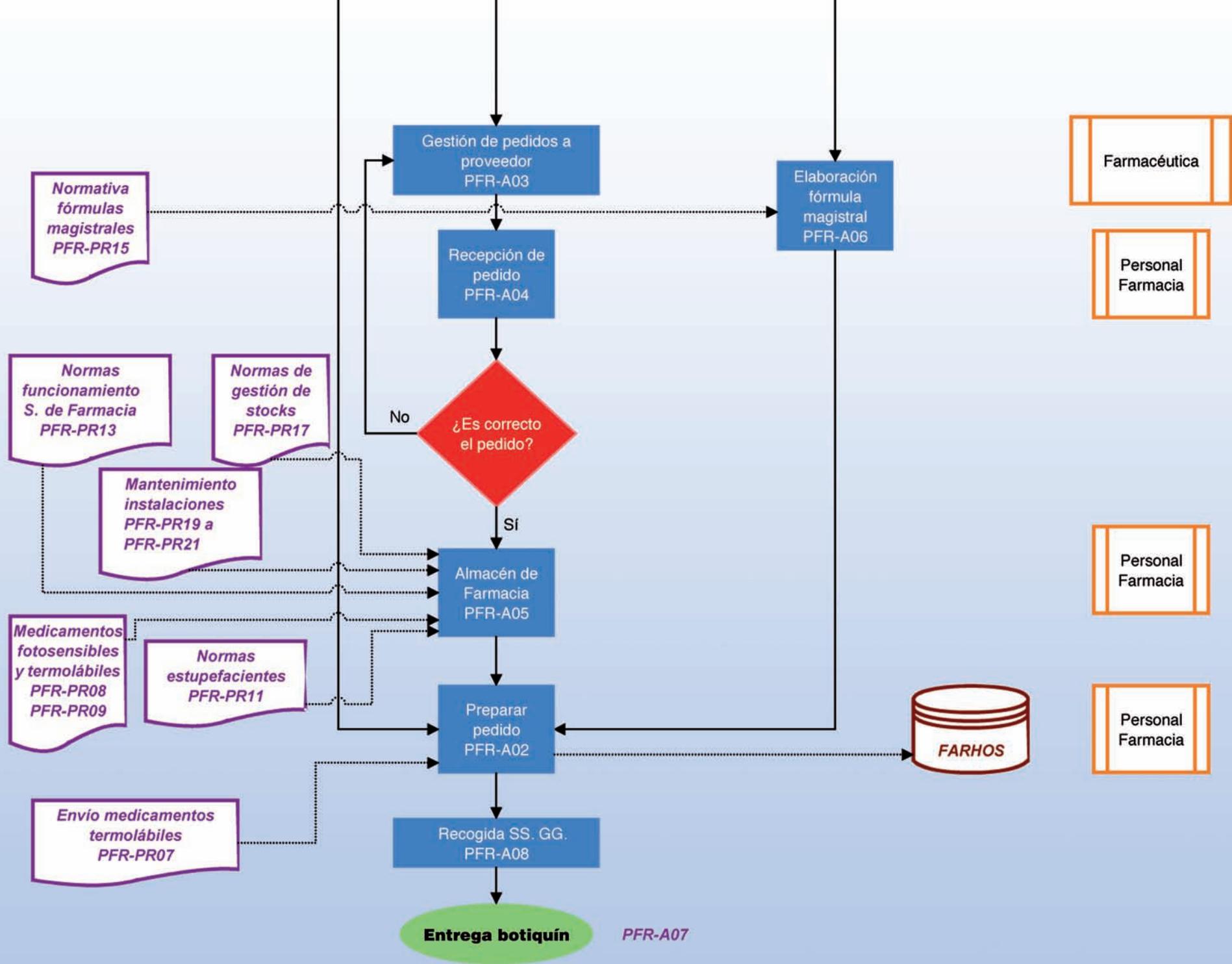
CLIENTE	SALIDAS	REQUISITOS	ORDEN
Enfermería	Pedido preparado	Completo, separado por medicamentos y productos sanitarios, informado (aquellos pendiente y tiempo estimado de recepción), puntualidad en caso de pedido incidental	
Paciente externo	Medicamento dispensado	Completo Puntualidad	
Facultativos		Se informa sobre medicamentos habituales Información sobre interacciones y sobre el nivel de evidencia	
Facultativos, Enfermería, equipo de dirección	Acta de la Comisión de Farmacia	Difusión, información práctica	
Gerencia	Informe	Separado por grupos (selección) Separado por medicamentos y productos sanitarios	

INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO

Porcentaje de solicitudes no válidas	CÓDIGO PFR-I01
Porcentaje de solicitudes de medicamentos o productos sanitarios no válidas.	
Porcentaje de pedidos extraordinarios	CÓDIGO PFR-I02
Porcentaje de pedidos extraordinarios de Unidades de Hospitalización (U. Residencial, UR I, Pisos y UR II).	
Porcentaje de incidencias en dispensación	CÓDIGO PFR-I03
Porcentaje de solicitudes de medicamentos o productos sanitarios válidas con incidencias en la dispensación.	
Porcentaje de caducidades no devueltas	CÓDIGO PFR-I04
Porcentaje del coste de los medicamentos y productos sanitarios caducados en el almacén de farmacia y no devueltos al laboratorio respecto al total de adquisiciones.	
Adquisiciones fuera de la GFT	CÓDIGO PFR-I05
Porcentaje de adquisiciones de medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT).	

continúa





INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO

continuación

Valor del inventario mensual

CÓDIGO PFR-I06

Valor económico del inventario mensual del servicio de farmacia.

Adecuación del gasto de medicamentos

CÓDIGO PFR-I07

Adecuación del gasto de medicamentos a los ingresos pactados.

ACTIVIDAD 1 de 8: validación de la solicitud de medicamentos y productos sanitarios

CÓDIGO PFR-A01

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>La validación de la solicitud de medicamentos y productos sanitarios se produce previamente a la dispensación. Los requisitos varían dependiendo de si se trata de un producto incluido en las guías (Guía Farmacoterapéutica, Guía de Productos Sanitarios) o, por el contrario, es una petición correspondiente a un caso especial.</p> <p>Una solicitud es válida si cumple con los requisitos que tienen como marco de referencia las <i>Normas para la Solicitud de Medicamentos</i>, las <i>Normas para la Solicitud de Productos Sanitarios</i> y, en algunos casos, otras normativas complementarias.</p> <p>Las incidencias detectadas en la validación del pedido son comunicadas por el farmacéutico al médico o supervisor de Enfermería, según corresponda, para su subsanación.</p> <p>1. Medicamentos.</p> <p>Todos los medicamentos, con independencia de la documentación específica que se debe acompañar cuando se solicita un medicamento incluido en los casos especiales, deben figurar en un Pedido de Medicamentos.</p> <p>En el pedido de medicamentos, que puede cumplimentarse en papel o en formato electrónico, se comprueba que aparece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El “nombre registrado” del medicamento por orden alfabético. • La presentación. • La cantidad solicitada en unidades (comp., amp., tubos...) debe estar ajustada al consumo semanal, teniendo en cuenta lo especificado en las Normas para la Preparación de Pedidos. • La fecha y firma del facultativo de la unidad hospitalaria de la que se trate o del director médico, en su defecto. <p>CASOS ESPECIALES:</p> <p>1. Medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT).</p> <p>La primera vez que se solicita un medicamento no incluido en la GFT, el facultativo prescriptor debe cumplimentar una receta de Prescripción de Medicamentos no incluidos en la GFT. La receta es válida para todo el periodo que dure el tratamiento. Si este se suspende, se debe hacer una nueva prescripción en el momento en que se reanude el tratamiento.</p> <p>El auxiliar de Enfermería de farmacia anota los datos de la prescripción en el listado de medicamentos no incluidos en la GFT.</p> <p>2. Estupefacientes.</p> <p>El facultativo prescriptor debe cumplimentar un vale de estupefacientes del talonario disponible en cada unidad hospitalaria. Pueden darse dos situaciones:</p> <p>2.1.- Tratamiento puntual de un paciente: en el vale se hace constar: nombre, apellidos y número de Historia Clínica del paciente; nombre, apellidos</p>	Farmacéutica/ Auxiliar de Enfermería	<p>Pedido de medicamentos</p> <p>Prescripción de medicamentos no incluidos en la GFT</p> <p>Listado de medicamentos no incluidos</p> <p>Vale de estupefacientes</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>y número de colegiado del facultativo prescriptor; y nombre, presentación del fármaco, cantidad solicitada, fecha, firma del facultativo y sello de la Unidad. La cantidad solicitada se ajustará al consumo semanal previsto. Se utiliza un vale para cada estupefaciente y paciente.</p> <p>2.2.- Reposición de stock: el vale se rellena como en el caso anterior pero en lugar de los datos del pacientes se pone “reposición de stock”. La cantidad a solicitar está especificada para cada unidad en la Normativa sobre estupefacientes.</p> <p>3. Fórmulas magistrales.</p> <p>El facultativo prescriptor debe cumplimentar el impreso de Prescripción de Fórmulas Magistrales en la que deben figurar junto a los datos del paciente y el diagnóstico, el nombre y composición de la fórmula magistral, posología y duración del tratamiento, fecha, datos y firma del facultativo (Normativa de Fórmulas Magistrales).</p> <p>4. Medicamentos en investigación al margen de un EC (uso compasivo).</p> <p>Su solicitud se debe ajustar a lo dispuesto en el RD 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.</p> <p>Existen dos procedimientos:</p> <p>4.1 Autorización de acceso individualizado.</p> <p>El facultativo prescriptor debe presentar para su envío a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe clínico en el que justifique la necesidad de dicho tratamiento. • Conformidad del promotor de los ensayos clínicos o del solicitante de la autorización de comercialización en los casos que así se requiera. • Número de envases solicitados. <p>El consentimiento informado por escrito del paciente o de su representante legal es imprescindible previamente a la administración del medicamento pero no forma parte de la solicitud. Tampoco se debe enviar el Vº Bº de la Dirección Médica pero se debe requerir.</p> <p>4.2 Autorizaciones temporales de utilización de medicamentos en investigación al margen de un ensayo clínico.</p> <p>En este caso solo se debe comunicar al servicio de farmacia la relación de pacientes que van a ser tratados con el medicamento que ha obtenido de la Agencia una autorización temporal de utilización. Posteriormente se debe comunicar a la Agencia, a efectos informativos, la relación de pacientes que en el Centro están recibiendo el tratamiento.</p> <p>Respecto al consentimiento informado y el Vº Bº de la Dirección Médica, se procede como en el caso anterior.</p> <p>5. Medicamentos para uso en condiciones diferentes a las autorizadas.</p> <p>Se rigen por el RD 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.</p> <p>En este caso no se requiere autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y para su solicitud se seguirá lo especificado en otros apartados de este procedimiento según el tipo de medicamento que se solicite.</p> <p>El facultativo prescriptor debe justificar su uso en la Historia Clínica del paciente, obtener su consentimiento informado y atenerse a los protocolos de utilización existentes en el Centro.</p>		<p>Hoja de prescripción de fórmulas magistrales</p> <p>Vº Bº de la Dirección Médica</p> <p>Informe clínico</p> <p>Conformidad del promotor o solicitante de autorización</p> <p>Consentimiento informado (personal o familiar)</p>

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>CASO ESPECIAL:</p> <p>2.1. Productos Sanitarios no incluidos en la Guía de Productos Sanitarios (GPS)</p> <p>La primera vez que se solicita un producto sanitario no incluido en la GPS, además de figurar en el impreso de pedido habitual, el supervisor de Enfermería o, en su defecto, el responsable de la unidad hospitalaria de que se trate debe cumplimentar un impreso de Prescripción de Productos Sanitarios no incluidos en la GPS.</p> <p>El auxiliar de Enfermería la anota los datos de la prescripción en el listado de productos sanitarios no incluidos en la GPS.</p> <p>La receta es válida para todo el periodo que dure el tratamiento pero si este se suspende, se debe hacer una nueva hoja en el momento que se reanude el tratamiento.</p>		<p>Impreso de solicitud de productos sanitarios no incluidos en la GPS</p> <p>Listado de productos sanitarios no incluidos en la GPS</p>

ACTIVIDAD 4 de 8: recepción de pedidos del proveedor **CÓDIGO PFR-A04**

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>La recepción de un pedido se produce tras haber emitido un pedido al proveedor.</p> <p>1. Pedido procedente de laboratorio.</p> <p>El auxiliar de Enfermería (en su ausencia el auxiliar administrativo y en último término el farmacéutico) sella la nota de transporte tras comprobar con el impreso de pedido que se trata de un pedido para el Instituto, que el número de bultos coincide con el que aparece en la nota y que no hay ninguno que presente signos de que en su interior hay mercancía rota (ampollas, bricks, frascos). En caso contrario se debe reflejar en la nota del transportista la incidencia detectada, tanto en la parte de la empresa de transporte como en la que se queda en poder del Instituto, ya que en ocasiones el proveedor solicita la nota del transportista.</p> <p>El auxiliar de Enfermería comprueba que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mercancía recibida coincide con la solicitada en el albarán. - El lote y la fecha de caducidad de los envases coinciden con los que aparecen en el albarán y en caso de no estar indicados en el mismo los anota a mano. - La fecha de caducidad es superior a seis meses contados a partir de la fecha de recepción. <p>Si todo está correcto, pone el sello que lleva el nombre del auxiliar administrativo en el albarán y anota la fecha de recepción del pedido. El pedido junto con el albarán lo coloca en la bandeja que a tal efecto tiene el auxiliar administrativo. En caso contrario, lo comunica al auxiliar administrativo y deja el albarán pendiente.</p> <p>El pedido recibido queda pendiente de colocar pero en los casos siguientes los medicamentos deben guardarse inmediatamente por la persona que recibe el pedido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termolábiles: en el armario frigorífico. • Psicótopos: en el armario de psicótopos. • Estupefacientes: en la caja fuerte. <p>El auxiliar administrativo contacta con el laboratorio para solventar cualquier incidencia con el pedido: fecha de caducidad inferior a seis meses, precio no coincidente con el de la ficha del medicamento, etc., e informa al farmacéutico.</p>	<p>Auxiliar de Enfermería/ Auxiliar administrativo/ Farmacéutico</p> <p>Auxiliar de Enfermería</p> <p>Auxiliar administrativo</p>	

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>Cuando todo está correcto, conforma el albarán manuscibiendo un “Recibido, comprobado y conforme” sobre el sello con la fecha y firma debidamente cumplimentados. Este, junto con el pedido, los envía a Gestión Económica. Hace una fotocopia de ambos, que queda archivada en el Servicio de Farmacia y procede a dar la entrada de la mercancía recibida (cantidad, lote y fecha de caducidad) en el programa Farhos Gestión.</p> <p>El auxiliar administrativo reclama al laboratorio los pedidos que no se han recibido en el plazo de una semana e informa al farmacéutico.</p> <p>CASO ESPECIAL:</p> <p>1. Pedido de productos para la formulación magistral.</p> <p>El auxiliar de Enfermería anota en el libro de farmacotecnia la fecha, producto, lote, cantidad, proveedor y número de control (en el caso de materias primas) de los productos recibidos.</p> <p>La forma de adjudicar el número de control es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada año se empieza con la numeración y se dan números por orden correlativo especificando: número/dos últimas cifras del año. • El mismo número de control que se adjudique en el libro lo anota en el envase con rotulador rojo. • Si se reciben varios envases de un mismo lote se da el mismo número a todos ellos. <p>Los lotes recibidos los deja apartados del resto de productos hasta que el farmacéutico proceda a su análisis y consiguiente aceptación o rechazo:</p> <p>1.1. Materias primas:</p> <p>El farmacéutico revisa el boletín de análisis de cada materia prima facilitado por el proveedor y si es posible hace algún análisis de confirmación según el Procedimiento de análisis y control. Los resultados los anota en el impreso de Análisis y control de materias primas y anota su aceptación o rechazo en el libro de farmacotecnia.</p> <p>1.2. Material de acondicionamiento:</p> <p>El farmacéutico procede a su inspección y anota su aceptación o rechazo en el libro de farmacotecnia.</p> <p>En caso de aceptación, el farmacéutico o el auxiliar de Enfermería rellena el impreso de Control de existencias anotando la fecha de recepción, cantidad, lote y fecha de caducidad y existencia inicial. Cada lote de un mismo producto se anota en impresos diferentes.</p> <p>Posteriormente el auxiliar de Enfermería procede a la colocación de la mercancía.</p> <p>2. Pedido procedente de almacén distribuidor.</p> <p>El procedimiento a seguir es el mismo que en el caso de pedidos procedentes del laboratorio.</p> <p>3. Préstamo de medicamentos.</p> <p>El auxiliar de Enfermería (en su ausencia el auxiliar administrativo y en último término el farmacéutico) comprueba con la hoja de préstamo que la mercancía recibida coincide con la solicitada. En caso de conformidad, la pasa al auxiliar administrativo para que la archive hasta su devolución y en caso contrario lo comunica al auxiliar administrativo que procede a aclarar la incidencia y se lo hace saber al farmacéutico.</p> <p>El auxiliar administrativo da la entrada del préstamo en el programa Farhos Gestión.</p>	<p>Auxiliar de Enfermería</p> <p>Farmacéutico</p> <p>Farmacéutico/ Auxiliar de Enfermería</p> <p>Auxiliar de Enfermería/ Auxiliar administrativo</p> <p>Auxiliar de Enfermería/ Auxiliar administrativo</p>	<p>Libro de farmacotecnia</p> <p>Boletín de análisis</p> <p>Impreso de análisis y control de materias primas</p> <p>Impreso de control de existencias</p>

ACTIVIDAD 7 de 8: almacenamiento y control (almacén del botiquín)		CÓDIGO PFR-A07
DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	IMPRESOS Y/O REGISTROS
<p>El almacenamiento de medicamentos y productos sanitarios se produce tras la recepción de un pedido en el botiquín. El control del almacén se realiza con objeto de garantizar la calidad de los productos allí almacenados y optimizar su funcionamiento.</p> <p>ALMACENAMIENTO. Para el almacenamiento de medicamentos y productos sanitarios se sigue el procedimiento Botiquines. Normas de Procedimiento.</p> <p>Además del almacén o almacenes destinados a medicamentos y productos sanitarios se dispone de un frigorífico (de uso exclusivo para medicación) para guardar los medicamentos termolábiles, y de una caja fuerte, cuya llave está en posesión de la supervisión de Enfermería, para guardar los estupefacientes. Los medicamentos y productos sanitarios del carro de parada se almacenan en dicho carro.</p> <p>CONTROL. En los botiquines se llevan a cabo los siguientes controles:</p> <p>1. Control de temperatura.</p> <p>1.1. Temperatura en nevera. Se hace mediante un termómetro de máximos y mínimos siguiendo las instrucciones del documento «Temperatura del frigorífico» y anotando las temperaturas en la gráfica correspondiente que tiene una validez de un mes. Los grados deben oscilar entre 2 °C y 8 °C. Cuando se detecta alteración de temperatura, se solicita al personal de hostelería la limpieza de la nevera, previa descongelación de la misma.</p> <p>1.2. Temperatura almacén de productos sanitarios y cuarto de medicación (U. Residencial). En la U. Residencial se controla también la temperatura de estos almacenes. Se lleva a cabo con un termómetro que es revisado semanalmente por enfermería. No deben superarse los 25 °C. Si esto ocurre se avisa a los servicios de mantenimiento mediante una petición por escrito.</p> <p>2. Control de caducidades</p> <p>Tiene lugar a final de mes tras recibir un intercomunicado del Servicio de Farmacia con los lotes que caducan en dicho mes. Se revisa el botiquín, retirando los productos caducados para su posterior envío al Servicio de Farmacia. Se rellena un impreso de «Pedido de medicamentos» o de «Pedido de productos sanitarios», según corresponda, indicando “devolución por caducidad” y anotando nombre, cantidad, lote y fecha de caducidad. Se solicita el envío a SS. GG. según protocolo.</p> <p>3. Control del stock.</p> <p>3.1. Reposición del stock. Enfermería comprueba semanalmente que en los almacenes del botiquín se dispone de los medicamentos y productos sanitarios necesarios según previsión. La reposición del stock se hace en un impreso de Pedido de medicamentos o Pedido de productos sanitarios ordinario, teniendo en cuenta el consumo semanal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carro de parada. Enfermería revisa mensualmente el carro de parada según los listados aprobados y hace la reposición según protocolo. • Estupefacientes. La entrada de estupefacientes la anota en el libro de contabilidad de estupefacientes de la Unidad, así como las dispensaciones que vaya haciendo. <p>3.2. Devolución por exceso de stock. Si por alguna razón hay un exceso de stock (p. e. finalización de tratamiento) se devuelve a farmacia junto con un impreso de Pedido de medicamentos o de Productos sanitarios, según corresponda, donde se indica “devolución” y se anota el nombre, la cantidad, lote y fecha de caducidad. Se solicita el envío a SS. GG. según protocolo.</p> <p>3.3. Devolución por una alerta. Se procede como en el caso anterior.</p>	<p>Auxiliar de Enfermería/ DUE</p> <p>DUE</p> <p>DUE</p> <p>DUE</p> <p>DUE</p>	<p>Etiquetado de botiquines</p> <p>Listado de medicamentos fotosensibles y termolábiles</p> <p>Gráfica de temperaturas</p> <p>Solicitud de trabajo de SS. GG.</p> <p>Solicitud de trabajo de mantenimiento</p> <p>Listado de caducidades</p> <p>Impreso de pedido de medicamentos</p> <p>Impreso de pedido de productos sanitarios</p> <p>Listado de medicamentos y productos sanitarios del carro de parada</p> <p>Libro de contabilidad de estupefacientes</p>



1. RAE (2001): *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid, Espasa Calpe (22.ª ed.).
2. MIRANDA, S. L.; ROMERO, A. L. *La Calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos asociados* [en línea]: Gestipolis, agosto de 2007. Disponible en: www.gestipolis.com/administracionestrategia.
3. Club Excelencia en Gestión. Disponible en www.clubexcelencia.org.
4. *Actas del VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Lisboa, 8-11 de octubre de 2002. Disponible en: www.unpan.org.
5. LORENZO, S. (2000): "Evidencias de aplicación del Modelo EFQM de Excelencia en el sector sanitario en nuestro medio", en *Calidad Asistencial*, n.º 15: págs. 129-130.
6. Improven Consultores. *Calidad Total-EFQM-ISO 9000 ¿Diferencias y Similitudes?* Disponible en: www.improven.com/Pdf/ISO_EFQM.pdf.
7. NIEVES, C.; ROS, L. (eds.) (2006): Comparación entre los modelos de Gestión de la Calidad total: EFQM, Gerencial de Deming, Iberoamericano para la Excelencia y Malcom Baldrige. Situación frente a la ISO 9000. *Actas del X Congreso de Ingeniería de la Organización*, Valencia, 7 de septiembre de 2006.
8. European Foundation for Quality Management. Disponible en: www.efqm.org/en.
9. GUAJARDO, T. *Normalización y certificación de la Calidad*. Disponible en: www.edebedigital.com/EV/fmur/calidad.pdf.
10. Entidad Nacional de Acreditación. Disponible en: www.enac.es.
11. Asociación Española de Normalización y Certificación. Disponible en: www.aenor.es.
12. Fundación Madrid por la Excelencia. Disponible en: www.madridexcelente.com.
13. MIRA JJ, ARANAZ JM, LORENZO S, HERRERO JF, BUIL JA, VITALLER J. ¡Mira atrás para seguir adelante! *Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, Reus, 21-24 de octubre de 1997.
14. DONABEDIAN A. "Evaluating the quality of medical care". *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44: 166-206.
15. ARANAZ A. (1998): La Calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. 1998. Disponible en: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>.
16. ARCELAY, A. (2000): "Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario", en *Calidad Asistencial*, n.º 15, vol. 3: págs. 184-192.
17. MIRA, J. J.; BUIL, A.; RODRÍGUEZ-MARÍN, J.; ARANAZ, J. (1997): "Calidad percibida del cuidado hospitalario", en *Gaceta Sanitaria*, n.º 11, págs. 176-189.
18. COMUNIDAD DE MADRID. DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS (1998): *Diez veces 10: ejemplos de prácticas de Calidad en la Comunidad de Madrid*, Madrid. Disponible en: www.infocalidad.net.
19. HEALY, S. (1988): "Health Care Quality Assurance. Terminology", en *International Journal Health Care Quality Assurance*, n.º 1, págs. 20-31.
20. CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. DE ABAJO OLEA, S. (2006): La gestión por procesos como herramienta para evaluar y mejorar la calidad asistencial en Atención Primaria de salud. Disponible en: www.salud.jcyl.es/sanidad/.
21. JIMÉNEZ, J. (2000): "El modelo europeo de gestión de la calidad total como sistema de gestión hospitalaria; experiencia y resultados tras dos años de implantación en un hospital público", en *Calidad Asistencial*, n.º 15, vol. 3, págs. 164-171.
22. LLERAS MUÑOZ, S. (2002): "Gestión por procesos en Atención Primaria", en *SEMERGEN*, n.º 28, vol. 6, págs. 205-213.
23. RUIZ DE ADANA PÉREZ, R.; RODRÍGUEZ SANTIRSO, M. A.; ELIPE REBOLLO, P. (2003): "Nuevas estrategias de mejora de la Calidad: la Gestión por Procesos Integrados", en *Jano*, n.º 65, págs. 58-65. Disponible en: www.doyma.es.
24. LASKI J. *Gestión por procesos: cuando la estrella es el cliente*. Iprofesional, febrero de 2006. Disponible en: www.iprofesional.com/notas/24927-Gestion-por-procesos-cuando-la-estrella-es-el-cliente.html.
25. MESA GUTIÉRREZ, J. C.; ROURAS LÓPEZ, A. *Gestión clínica para oftalmólogos: gestión por procesos. El proceso catarata*. 2008. Disponible en: www.oftalmo.com/studium/studium2008/stud08-4/08d-03.htm.
26. Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad. BOE, 29 de abril 1986, 102.
27. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE, 29 de mayo 2003, 128.
28. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006): *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, Madrid. Disponible en: www.msc.es.
29. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005): *Proyecto AP21. Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI*, Madrid. Disponible en: www.msc.es.
30. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007): *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, Madrid. Disponible en: www.msc.es.
31. Decreto 27/1997, de 6 de marzo, por el que se regulan las Cartas de Servicios y los premios anuales a la Excelencia y Calidad del Servicio Público en la Comunidad de Madrid. BOCM, 14 marzo de 1997.
32. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOE, 5 de marzo de 2002, 55.
33. COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO (2003): *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008*. Madrid. Disponible en: www.madrid.org.
34. VIOTA, E. (1896): *Memoria histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, Fondo Histórico del Instituto Psiquiátrico José Germain.
35. ROMERO A. L.; MIRANDA S. L. *Enfoque metodológico para la implantación de un sistema de gestión de la Calidad*. Gestipolis, abril 2008. Disponible en: www.gestipolis.com/administracion-estrategia/implantacion-de-un-sistema-de-calidad.htm.
36. CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Acuerdo de 17 de mayo de 1991. BOCM. n.º 136 de 10 de Junio de 1991 y corrección de errores de 17 de junio de 1991 BOCM. n.º 146 de 21 de Junio de 1991. Disponible en: www.gestiona.madrid.org.
37. COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO (2010): *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014*, Madrid. Disponible en: www.madrid.org.
38. JUNTA DE ANDALUCÍA. RUIZ DE ADANA PÉREZ, R. Manual CDO de Atención Primaria, "Gestión por Procesos Asistenciales Integrados".

39. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006): *Informe anual Sistema Nacional de Salud 2005. Aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario*, Madrid. Disponible en: www.msc.es.
40. DIPUTACIÓN DE SEVILLA (2001): *Gestión de la Calidad Total. Cuaderno para emprendedores y empresarios*, Sevilla.
41. OBSERVATORIO DE LA INNOVACIÓN EN GESTIÓN HOSPITALARIA. (2008): *La innovación en la gestión hospitalaria: implicaciones y experiencias. Informe 2008-2009*. Disponible en: www.actasanitaria.com.
42. COMUNIDAD DE MADRID. INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN (2006): *Plan General de Acción 2006-2012*. Leganés. Disponible en: www.madrid.org.
43. COMUNIDAD DE MADRID. INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN (2009): *Plan de Calidad 2009-2012*. Leganés. Disponible en: www.madrid.org.
44. COMUNIDAD DE MADRID. INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN (2008): *Proyecto Estratégico de Transformación Institucional: Gestión por Procesos 2008-*. Leganés. Disponible en: www.madrid.org.
45. FUNDACIÓN DINTEL. PEÑA VENDRELL, P. (2001): *To know or not to be. Conocimiento: el oro gris de las organizaciones*. Madrid.
46. PÉREZ RODRÍGUEZ, Z. *Un enfoque sobre la gestión del conocimiento desde la perspectiva de la calidad*. 2003. Disponible en: www.gestiopolis.com.
47. JOVELL, A. *Bibliotecas en ciencias de la salud: el futuro de la gestión digital del conocimiento*. 13 de octubre de 2005. Disponible en: www.imim.es/quark/num14/014024.htm.
48. BRAVO, R. (2002): "La gestión del conocimiento en Medicina: a la búsqueda de la información perdida", en *Anales*, n.º 25, vol. 3, págs. 255-272.
49. SECRETARÍA GENERAL DE PRESUPUESTOS Y GASTOS. SÁNCHEZ PRIETO, F. (2007): "Medidas de racionalización del gasto sanitario y su aplicación: un enfoque alternativo sobre las centrales de compra en Presupuesto y Gasto Público 49/2007", Madrid, págs. 179-192.
50. *El enfermo mental, sin barreras en el Instituto Psiquiátrico José Germain*. Sanidad, Salud y Sociedad, 1 de junio de 2008. Disponible en: www.sanitaria200.com.

El objetivo de este libro es acercar algunos conocimientos en Gestión de la Calidad a todos aquellos interesados por conocer más sobre esta nueva y diferente visión de la cultura de cualquier organización, basada en un sistema integrador y coherente de principios, valores, procesos e instrumentos. Su contenido puede servir de referencia para cualquier profesional u organización sanitaria que quiera enfrentarse al reto que supone avanzar hacia la excelencia mediante la puesta en marcha de un sistema de gestión de la calidad total.

Este sistema de gestión y de funcionamiento es el adoptado por el Instituto Psiquiátrico en su plan estratégico, Plan General de Acción 2006-2012, como una propuesta para asumir eficientemente las necesidades y expectativas de los ciudadanos a través de distintos objetivos y líneas de acción, concebido todo ello como un elemento de continuidad de las políticas de Calidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

A lo largo de la obra se repasan las acciones más destacadas, encaminadas a un mejor funcionamiento de esta completa red de servicios de salud mental, que acomoda su centenaria estructura al desafío que se plantea en un nuevo contexto de gestión moderna y dirigida a la excelencia en la prestación sanitaria. Además de ofrecer este recorrido, se trasladan las distintas fases y resultados de la Gestión por Procesos, que constituye la piedra angular de esta propuesta orientada a generar un valor añadido que satisfaga a la inmensa mayoría de pacientes, usuarios y profesionales.



Instituto Psiquiátrico
Servicios de Salud Mental
José Germain



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD

gestión
sanitaria