Osakidetza
Servicio vasco de salud

MEMORIA PARA EVALUACIÓN EXTERNA SEGÚN EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA

DICIEMBRE 2004

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

AUTORES

Jesús Muñoz Fernández	Director Gerente
Mercedes Estébanez Carrillo	Directora Médica
Flora Murua Navarro	Directora de Enfermería
Laura Bacigalupe Artacho	Directora de Personal
Fernando Ruiz Lomas	Director Económico-Financiero
Rafael Sánchez Bernal	Coordinador de Calidad
Ana Audícana Uriarte	Técnico de Calidad
Montserrat Montejo Gutiérrez	Facilitadora de Calidad

INDICE:

1 a Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de excelencia 1

1 b Implicación personal de los líderes para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización 3

1 c Los líderes interactúan con clientes, aliados y representantes de la sociedad 5

1 d Los líderes refuerzan una cultura de excelencia entre las personas de la organización 7

1 e Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización 9

2 a La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés 11

2 b La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas 13

2 c Desarrollo, revisión y actualización de la política y estrategia 17

2 d La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave 19

3 a Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos 21

3 b Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización 23

3 c Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización 25

3 d Existencia de un diálogo entre las personas y la organización 29

3 e Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización 31

4 a Gestión de las alianzas externas 33

4 b Gestión de los recursos económicos y financieros 35

4 c Gestión de los edificios, equipos y materiales 36

4 d Gestión de la tecnología 38

4 e Gestión de la información y el conocimiento 39

5 a Diseño y gestión sistemática de los procesos 42

5 b Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor 46

5 c Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes 48

5 d Producción, distribución y servicio de atención de los productos y servicios 50

5 e Gestión y mejora de las relaciones con los clientes 52

6 a Medidas de percepción 55

6 b Indicadores de rendimiento 59

7 a Medidas de percepción 61

7 b Indicadores de rendimiento 67

8 a Medidas de percepción 72

8 b Indicadores de rendimiento 75

9 a Resultados clave del rendimiento de la organización 78

9 b Indicadores del rendimiento de la organización 80

LIDERAZGO

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

Creemos que el mejor ejemplo de los esfuerzos realizados para desarrollar la misión, visión y cultura de la organización es la elaboración consensuada y la definición compartida de la Misión, la Visión y los Valores, entendidos éstos como principios éticos que apoyan la cultura de nuestra organización.

MISIÓN
El Hospital Psiquiátrico y la Salud Mental Extrahospitalaria de Alava es una organización sanitaria pública cuya principal razón de ser es prestar una atención integral en Salud Mental. Esta atención estará orientada a proporcionar a nuestros clientes la restitución de su salud mental o las capacidades psíquicas suficientes para conseguir la mejor adaptación personal, familiar, social y laboral en cada momento de la evolución de su proceso. Nuestra organización asume un modelo asistencial comunitario basado en una asistencia psiquiátrica integrada, normalizada y accesible, atendiendo a las personas con trastornos mentales en su entorno social y procurando su máxima autonomía. Un aspecto básico de este modelo es la continuidad de cuidados de nuestros pacientes que se garantizará al establecer líneas de coordinación y pautas de actuación comunes entre nuestros propios dispositivos de Salud Mental y otros, como Atención Primaria y Especializada de Salud y dispositivos Sociales y Socio-Sanitarios. Un segundo aspecto básico de este modelo es la participación en la promoción de programas de prevención y educación para la población, así como la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas afectadas por trastornos mentales. El Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava dispondrá de una oferta de servicios integral, y actuará con la mejor calidad técnica posible, de acuerdo con los conocimientos contrastados y los recursos disponibles, para ser reconocida como modelo de atención psiquiátrica avanzada. Nuestra organización estructurará sus dispositivos intra y extrahospitalarios de forma integral, flexible y coordinada. Articulará su funcionamiento mediante unidades de gestión dotadas de responsabilidad y autonomía. Para la consecución de estos objetivos, nuestras actividades se centrarán en el logro de la máxima satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares mediante un cuidadoso trato humano y profesional, basado primordialmente en una atención cercana y personalizada, siempre en consonancia con los objetivos terapéuticos individualizados. Factores determinantes del éxito de nuestra empresa son la responsabilidad y el compromiso de cada uno de los trabajadores con la calidad y la eficiencia. Este éxito se apoyará en una dinámica organizativa basada en el logro de la satisfacción de nuestros trabajadores mediante la motivación personal y profesional y el establecimiento de medios, recursos y canales de participación, formación e información. Nuestra organización está comprometida con la gestión eficaz y eficiente de los recursos públicos asignados y disponibles en cada momento, así como con la gestión total de la calidad para lo que establecerá los mecanismos de evaluación adecuados teniendo como objetivo permanente la mejora continua.

Figura 1 a 1

En 1997, con ocasión de la elaboración de nuestro primer Plan Estratégico se definieron la Misión, Visión y Valores con una participación limitada de líderes y personas de la organización. A lo largo de 2003 se han redefinido, coincidiendo con la elaboración de nuestro segundo PE, la M, V y V, esta vez con la participación de más líderes y personas, de forma que, tras un consenso más amplio, contamos con la redefinición compartida de la M y V (1 a 2)
La participación y colaboración en el consenso de líderes, responsables de unidades y de personas son suficientemente significativas tal y como puede verse en la figura 1 a 3 en la que además puede observarse el número de sugerencias recibidas a los PE y a otros planes como el Plan de Calidad 2004-2007.

VISIÓN
Queremos ser una organización sanitaria excelente orientada al paciente, sus familiares y la sociedad. Queremos conseguir la máxima satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares. Queremos lograr la mayor eficacia y eficiencia posibles en la gestión de nuestro centro, con la máxima satisfacción de nuestras personas. Queremos ser una organización reconocida interna y externamente como modelo avanzado de atención psiquiátrica (Psiquiatría Comunitaria), referente en la Gestión de la Calidad Total (EFQM), y utilizar avanzadas metodologías y herramientas de mejora.

Figura 1 a 2

PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN Y CONSENSO DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA

	P.E. 1998	P.E. 2004	P.C. 2004
Nº de objetivos específicos	18	24	12
Colaboradores	5	50	50
Participantes en el consenso	5	45	46
Sugerencias recibidas	6	26	39
% sugerencias incluidas	66,66	100	100
%Coherencia Corporación	--	100	100

Figura 1 a 3

El Equipo Directivo y el Consejo de Dirección han impulsado, actuando como modelo de referencia, la redefinición y el consenso de los Valores con otros líderes y personas de la organización. Estos valores (1 a 4) se centran en el respeto hacia los pacientes y entre profesionales, en el trato cercano y personalizado, en intentar hacer las cosas cada vez mejor, en actitudes como la veracidad, la transparencia y la escucha activa, en la búsqueda del conocimiento y en el compromiso personal y colectivo con la mejora de la atención a la salud mental. Como parte de Osakidetza-Svs también tenemos entre nuestros principios éticos la universalidad, la equidad y la solidaridad. Tal como se describe en la Misión, nuestros compromisos están vinculados a la mejora: en hacer la organización más flexible e integral, en la coordinación interna y externa, en la progresión de la llamada Psiquiatría Comunitaria (2 c), en la satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares y en la responsabilidad con la calidad y la eficiencia, mediante la evaluación y autevaluación de nuestras actividades; en definitiva, pretendemos el compromiso de todos con la mejora continua. Por todo ello, nuestras principales responsabilidades públicas quedan definidas por nuestra actividad principal que es la de prestar un servicio de atención a la Salud Mental eficaz, eficiente y de calidad, intentando lograr la máxima satisfacción posible de nuestros clientes y nuestras personas y ser, al mismo tiempo, reconocidos como modelo avanzado de atención psiquiátrica y como referencia en la gestión de la Calidad Total (según el Modelo de Excelencia) (Visión, 1 a 2).

VALORES
Respeto hacia los pacientes y entre los profesionales
Trato cercano y personalizado
Honestidad y ética profesional
Responsabilidad y profesionalidad en el trabajo
Transparencia y veracidad en la transmisión de la información
Actitud de escucha activa
Búsqueda de nuevas ideas, conocimientos, mejores prácticas y desarrollo de proyectos de investigación
Compromiso personal y social con los pacientes y la salud mental

Figura 1 a 4

Con objeto de revisar y mejorar la eficacia de los comportamientos personales en el área del liderazgo hemos reflexionado acerca de nuestro concepto de liderazgo y lo hemos redefinido de forma que entendemos que líder es toda aquella persona comprometida con las políticas y objetivos de la organización, facilitadora de los recursos y/o de la información para alcanzarlos, comprometida con la evaluación o autoevaluación, que delega, aporta reconocimiento y actúa como modelo para las personas que lidera. En nuestra organización son líderes los Directivos, los Responsables de Unidades y Servicios, los Responsables de Comisiones y de Grupos de Trabajo y los propietarios de procesos y subprocesos (en total unas 36 personas). Ejemplos de esta mejora son la participación creciente de líderes en la definición y consenso de los planes estratégicos y otros planes (1 a 3), la mejoría de la opinión de las personas acerca de sus líderes y directivos (7 a 1), la participación creciente de las personas en grupos de trabajo (7 b 5.1) y otros, como la formación específica en gestión y calidad (3 b) y la formación de equipos para la gestión de procesos (5 a).

Los líderes se implican activamente en actividades de mejora. Estimamos que los directivos dedican un 50% de su tiempo a estimular, programar y supervisar, siendo a la vez miembros, de las diversas comisiones y grupos de participación (3 c 1). El resto de los líderes dedica, aproximadamente, un 25% de su tiempo a esta implicación activa. De esta forma los líderes:

- Promueven el establecimiento de criterios de funcionamiento, normativas, objetivos y memorias anuales de las diversas comisiones y grupos de trabajo.
- Crean equipos y grupos orientados a la resolución de problemas de descoordinación interna y externa.
- Estimulan la procedimentación de procesos y subprocesos asistenciales y no asistenciales.
- Promueven la realización de consentimientos informados para determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Ayudan a poner en marcha diversos planes como los de cuidados individualizados, o el plan de readecuación de ingresos del hospital.
- Actúan como impulsores o como facilitadores o asesores en procesos de evaluación (auditorías internas y autoevaluación de unidades y del centro) e imparten formación en gestión (3 c 2).

Asimismo, los líderes no sólo proporcionan estímulo y ánimo a la delegación de tareas y a la asunción de responsabilidades por parte de los empleados sino que trabajan constantemente para implicar a las personas en las actividades de mejora y en el trabajo en equipo. En el subcriterio 3 c se describe más ampliamente nuestro enfoque en esta área de gestión, en la que se ha incidido especialmente. El PE incluye dos objetivos genéricos tales como "dotar a las unidades de mayores cotas de responsabilidad y autonomía" e "impulsar la participación de todos a todos los niveles y promover el sentido de pertenencia y el de trabajo en equipo". Para ello ha sido necesario realizar cambios en la estructura organizativa creando grupos y comités para una mayor implicación en la gestión y en la mejora. Ejemplos relevantes son la creación de foros de participación en la gestión como, entre otros, el Consejo de Dirección, el Consejo Técnico, la Comisión de Calidad, la Comisión de Ética Asistencial, la Comisión de Historias Clínicas y los Equipos de Procesos. La asunción de responsabilidades tiene como ejemplos más notables, entre otros, los acuerdos de Gestión Clínica con tres unidades hospitalarias (3 de un total de 7 posibles), la solicitud de la contratación de sustituciones por los responsables de unidades y servicios, el comité creado para la gestión de la Seguridad y Salud laborales, el establecimiento de criterios de ingreso en varias unidades (Media Estancia, Unidad de Psicosis Refractaria y Psicogeriatría), la planificación estratégica y la gestión por procesos en varias unidades y la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad. La creatividad y la innovación también son objeto de interés de nuestra organización; prueba de ello es la existencia de varios grupos de trabajo para poner en marcha ideas novedosas como las Visitas Guiadas al hospital (con los objetivos de darnos a conocer a la sociedad y contribuir a la lucha contra el estigma), el comité de redacción de nuestra revista trimestral "Psikiberriak", la puesta en marcha de nuestra página web (saludmentalalava.org) y la convocatoria anual del Premio a la Innovación en el trabajo, que se describe más ampliamente en el subcriterio 5 b. Otra vía para impulsar la delegación y asunción de responsabilidades son la selección de puestos de liderazgo o responsabilidad con perfiles, compromisos o proyectos ligados a la Gestión Clínica y a la Calidad Total, como las jefaturas de servicio y sección, las de supervisión de enfermería, y las de técnicos y becarios de calidad. Nuestro centro proporciona los fondos necesarios para el aprendizaje y la mejora. La formación adecuada, desde los puntos de vista profesional y de la calidad, está adecuadamente financiada (7 b 3.2 y 7 b 3.3). El coste de la formación por persona y año, dentro y fuera de la organización, es de los más altos de la red. Esta área de gestión es responsabilidad de la Comisión de Docencia y Formación Continuada (3 b).

Como consecuencia de la Formación Continuada, la Docencia y de otras actividades de aprendizaje, los líderes apoyan y animan a emprender acciones a partir de las conclusiones extraídas de estas actividades de aprendizaje (2 b 3). Entre otras, podemos señalar la puesta en marcha de nuevas modalidades terapéuticas como la UPR, la atención a las Ludopatías, las estancias para pacientes con demencia leve y la participación en la fase inicial de la atención a la anorexia y bulimia. También son ejemplos la elaboración de los Planes Estratégicos, el Plan de Calidad, los Planes de Comunicación, el Plan de Readecuación de Ingresos y el Plan de Acogida a Personas. Otros ejemplos son la implantación del Reglamento de Uso de la Historia Clínica, la de los acuerdos de Gestión Clínica y los proyectos o la planificación a largo plazo de unidades como los de la UPR, el de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (U 4), el del Centro de Tratamiento de Toxicomanías, el del Centro de Salud Mental de Aranbizkarra, el del Servicio de Rehabilitación Comunitaria y el de las unidades de Psicogeriatría. Asimismo, son también ejemplos relevantes la estandarización de los cuidados de enfermería (4 e), la actualización de guías y consentimientos informados (5 d), las publicaciones científicas y los proyectos de investigación (4 e), y el diseño y gestión de los procesos y subprocesos de la organización (5 a). También son importantes, como acciones emprendidas a partir del aprendizaje, los planes de mejora elaborados a partir de las actividades de autoevaluación (según el Modelo Europeo), tanto del centro en su totalidad como de las unidades y servicios que han realizado su propia autoevaluación (6 de un total de 16).

Los directivos y líderes han seleccionado como métodos para establecer prioridades entre las actividades de mejora la autoevaluación según el Modelo de Excelencia de la EFQM y la

gestión de y por procesos según la norma ISO. La primera autoevaluación se realizó en 1998, la segunda en 2000 y la tercera en 2004 (Febrero de 2004). En la figura 1 a 5 pueden verse algunas de las áreas de mejora priorizadas por el Consejo de Dirección de cada una las tres autoevaluaciones y las de la anterior evaluación externa (2001).

EJEMPLOS DE ÁREAS DE MEJORA PRIORIZADAS EN LAS AUTOEVALUACIONES

Noviembre 1998
• Coordinación con Atención Primaria y Servicios Sociales • Formación en Gestión de Calidad Total • Presentación del Plan Estratégico • Definir el funcionamiento de Unidades • Formación en gestión por procesos
Noviembre 2000
• Motivación y reconocimiento • Aprendizaje y diseño de Gestión de Procesos • Elaborar Normativas de funcionamiento • Incorporación de necesidades de los clientes a las alianzas • Elaboración del Mapa de Procesos • Encuestas de satisfacción • Incorporación de sugerencias de personas a planes de gestión • Opinión de los representantes de la sociedad • Revisión, por unidades, de ingresos y gastos
Diciembre 2001 (Evaluación Externa)
• Desarrollo y despliegue de la Planificación Estratégica • Revisión de la eficacia del esquema de procesos clave • Formación en Calidad para líderes y personas • Revisión y mejora del subproceso control de gestión • Definición de responsables y propietarios de los procesos • Objetivos de los indicadores de satisfacción de clientes • Homogeneidad comparaciones satisfacción de personas • Medición de la percepción de la sociedad • Objetivos de los indicadores clave
Febrero 2004
• Desarrollo e implantación de un proceso para el gobierno eficaz de la organización • Identificación y actualización de los FCE • Estrategias y planes de comunicación basados en necesidades • Medición de la efectividad de las alianzas externas • Implantación del Sistema de Gestión de (y por) Procesos • Comparaciones en satisfacción de clientes • Establecer objetivos adecuados de percepción de personas • Establecer estrategias y acciones para la satisfacción de la sociedad • Comparaciones de los indicadores clave

Figura 1 a 5

La colaboración dentro de la organización se estimula y fomenta mediante la mejora del funcionamiento de los grupos multidisciplinares existentes y con la creación de nuevos grupos o comisiones (3 c 1). Los equipos formados para poner en marcha iniciativas creativas e innovadoras en nuestra gestión como el de las Visitas Guiadas, el de Gestión Medioambiental, el comité de redacción de nuestra revista trimestral o el de la página web, también contribuyen a la colaboración interdisciplinar dentro de la organización. Otros sistemas que conllevan un alto grado de colaboración son las sesiones clínicas de médicos y enfermeras y las reuniones de trabajo diarias y semanales de los equipos en sus unidades (3 b y 4 e). La implantación del sistema de gestión por procesos (basado en la norma ISO) contribuye también de forma decisiva a incrementar la colaboración dentro de los propios equipos, de los que son ejemplos la unidad de RH, la UPR, el CTT, el Departamento de Personal que tiene certificado el subproceso de Gestión Administrativa de Personal y el Servicio de Farmacia que tiene certificado el subproceso de Gestión Farmacoterapéutica.

Para evaluar y revisar la efectividad del liderazgo, nuestra organización emplea varios sistemas integrados en el funcionamiento rutinario: Utilizamos, con periodicidad bienal, las autoevaluaciones según la EFQM, de las que se extraen planes y objetivos para seguir avanzando en la mejora de ésta y otras áreas de gestión. Algunos de los aspectos de estos planes y objetivos pueden verse en la figura 1 a 5. Otro sistema empleado para la evaluación y la revisión del liderazgo es la realización bienal de las encuestas de satisfacción a los empleados (3 ª en 2004). En las figuras 7 a 1 y 7 a 2, en las dimensiones de satisfacción correspondientes (relación con el mando y percepción de la dirección), pueden verse los resultados relativos a la opinión de las personas respecto a sus líderes y mandos que es crecientemente satisfactoria. También los resultados e indicadores clave (subcriterios 9 a y 9 b) proporcionan datos indirectos sobre la efectividad de la gestión global, consecuencia clara de las decisiones que toman los directivos y otros líderes. De forma indirecta, también se valora el liderazgo por los resultados de rendimiento interno respecto a la gestión de las personas en aspectos como la participación creciente en grupos de trabajo (7 b 5.1), de personas en las encuestas (7 b 5.2), la continuada ausencia de conflictividad laboral o las escasas demandas laborales (7 b 8.1).

1 b IMPLICACIÓN PERSONAL DE LOS LÍDERES PARA GARANTIZAR EL DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Para adecuar la estructura organizativa en apoyo de nuestra política y estrategia los líderes, fundamentalmente el equipo directivo, desde hace ya varios años, han ido tomado decisiones clave respecto a los planes de futuro, a la reorganización, al funcionamiento y a la gestión de la Calidad Total (figura P 2), como por ejemplo:

- La planificación a largo plazo, con la elaboración de dos Planes Estratégicos (1998 y 2004) en los que se explicitan claramente la misión de nuestra organización, los objetivos y las acciones para llevarlos a cabo.
- La participación de las personas en la gestión y en la planificación de recursos, creando los foros necesarios como la Comisión de Dirección, el Consejo Técnico y la renovada Comisión de Calidad, entre otros (3 c 1).
- La implantación, desde 1997, del Contrato-Programa Anual que es, en resumen, el intercambio de la financiación proviniente (98,5%) de la Dirección Territorial de Sanidad (Departamento de Sanidad) por actividad asistencial con requisitos de calidad técnica.
- La implantación de la autoevaluación bienal según el Modelo Europeo, como método para la elaboración de planes de mejora.
- La elaboración en 2003 y la implantación en 2004, del Plan de Calidad 2004-2007 que tiene dos grandes y principales objetivos: la Mejora de la Calidad del Servicio Sanitario y la Mejora de la Calidad en la Gestión (2 b). Está basado en los criterios del Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM.
- El diseño, en 2001, del esquema de procesos (que se ha rediseñado entre 2003 y 2004), la elaboración del Mapa de Procesos, y la aprobación e implantación, en 2004, del Sistema de Gestión de la Calidad.

De estas decisiones y planes generales se derivan los objetivos y planes de acción para dar cumplimiento a la M, V y V y a nuestras tres líneas estratégicas que persiguen la satisfacción del paciente y sus familiares, la satisfacción de las personas y una gestión eficaz y

eficiente de los recursos. De la primera línea del PE destacan objetivos genéricos tales como mejorar la accesibilidad a la prestación del servicio sanitario y la continuidad de cuidados, promover programas de prevención y educación y luchar contra el estigma de la enfermedad mental. Para procurar la satisfacción de las personas pretendemos, entre otros objetivos genéricos, mejorar la comunicación, la autonomía de gestión y seguir impulsando la participación. La gestión eficiente y de calidad la conseguiremos a través de objetivos como desarrollar y seguir avanzando en la gestión por procesos, impulsar la evaluación y la autoevaluación dentro de la organización y adecuar los recursos a las necesidades estratégicas (2 c y Plan Estratégico 2004-2007).

Otra de las decisiones importantes, derivada de las autoevaluaciones y la evaluación externa del 2001 (1 a 5), ha sido la decisión de diseñar, desarrollar e implantar una sistemática para la gestión de los procesos de nuestra organización. El Sistema de Gestión de la Calidad está basado en la norma ISO, de forma que, como propone dicha norma, clasificamos nuestros procesos en tres grupos: Procesos de Planificación y Mejora Continua, Procesos Asistenciales y Procesos de Apoyo, teniendo cada uno de ellos sus propios subprocesos. La Comisión de Calidad, liderada por el Director Gerente y el resto del Equipo Directivo, está formada por un amplio equipo multidisciplinar. Es la responsable de proponer las modificaciones del alcance, los cambios en los procesos y de decidir las fases de implantación y las pruebas piloto cuando son necesarias (5 a). También realiza la comunicación de la implantación del sistema y de los cambios, previa aprobación formal del Director Gerente como responsable último del SGC. Cuando el sistema se despliega en unidades y servicios, participan líderes, responsables y personas de los equipos. Ejemplos de ello son las certificaciones obtenidas para los procesos de Gestión Administrativa de Personal y la Gestión Farmacoterapéutica, la decisión del abordaje de la segunda fase que concierne a subprocesos específicos asistenciales (procesos clave más importantes) como la hospitalización en la UPR y RH (ambas en fase de auditoría externa), el subproceso de Consulta y Tratamiento de Toxicomanías no alcohólicas, y la sistematización de la gestión medioambiental mediante la creación del Comité Medioambiental y la elaboración del correspondiente plan de mejora tras el diagnóstico "Legescan" (IHOBE). También son ejemplos la estabilización y documentación progresivas de cada vez más procesos y subprocesos (5 a).

Hemos identificado los grupos de interés de cada proceso y, además, hemos asignado propietarios y está establecida claramente la propiedad de los procesos y subprocesos (2 d 1). Los directivos están plenamente implicados en la gestión de los grandes procesos como los de Planificación Estratégica y Mejora Continua, el proceso Asistencial (subprocesos de hospitalización y extrahospitalarios) y en algunos de apoyo. Otros líderes son responsables de otros procesos y subprocesos. Así, además de los ya mencionados en párrafos anteriores, son ejemplos, entre otros: la Comisión de Docencia y Formación Continuada, liderada por las Directoras Médica y de Enfermería, es responsable de los Planes Anuales de Formación y Docencia; la Comisión de Seguridad y Salud es la responsable, con la colaboración de la Unidad de Salud Laboral, de la Gestión de Riesgos Laborales; la Comisión de Historias Clínicas, liderada por la Directora Médica es la responsable de la gestión de la documentación clínica; el Director Gerente es propietario, ayudado por el resto de directivos y la Unidad de Gestión Sanitaria/Calidad, del proceso de autoevaluación del centro en su conjunto y de las autoevaluaciones de las unidades. Otros grupos de trabajo y mejora funcionan de forma temporal o indefinida hasta alcanzar el objetivo para el que se formaron y son propiedad de las personas que voluntariamente acceden a formar parte de esos grupos. Entre otros ejemplos están el comité de redacción de la revista trimestral, el de la página web, el de las Visitas Guiadas o el de Gestión Medioambiental. Los grupos para la elaboración de procedimientos, guías clínicas o informativas y consentimientos informados también tienen responsables (o propietarios) durante su funcionamiento.

Nuestra organización dispone de varios sistemas que utiliza para asegurar que se desarrolla e implanta el proceso de desarrollo, despliegue y actualización de la Política y Estrategia. El primero de estos sistemas es la Planificación Estratégica que se traduce en los dos Planes Estratégicos elaborados hasta la fecha. Después del período de vigencia del primero (desde 1998 hasta 2003), y tras varias reflexiones derivadas de la aplicación y de la evaluación de éste, hemos elaborado nuestro segundo Plan Estratégico. En él hemos redefinido nuestra M, V y V, otorgando más énfasis a la gestión de la calidad y a determinados aspectos (y objetivos) que le dan un carácter más integral a nuestra Misión que el plan anterior, ya que se incluyen áreas como educación, prevención, lucha contra el estigma de la enfermedad mental y comunicación interna y externa, que estaban, aunque solamente esbozadas, en nuestro primer PE. Sin embargo, ambos planes se parecen en que la intención a largo plazo es conseguir la satisfacción de nuestros pacientes y familias, la de nuestras personas y en realizar una gestión eficiente y de calidad. Los Planes de Gestión Anual se derivan del Plan Estratégico (y del Plan de Calidad) y contienen la previsión de actividad, los indicadores de calidad y el balance previsional de ingresos y gastos. Para supervisar y controlar la evolución de los indicadores asistenciales y económicos, con periodicidad cuatrimestral, el Plan de Gestión es sometido a análisis por el equipo directivo conjuntamente con la Dirección General de Osakidetza y se renegocian objetivos o se modifican las estrategias para alcanzar lo pactado. Este subproceso, denominado Control de Gestión, está clasificado como de planificación y mejora en nuestro esquema de procesos (2 d 1). A este Plan de Gestión, que fundamentalmente versaba sobre objetivos de producción y económicos, se añaden desde Mayo de 2004 los objetivos anuales de calidad del Plan de Calidad. Estos objetivos (en realidad, todo el Plan de Calidad) se han diseñado siguiendo el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad. Los hay para el Liderazgo, la Política y Estrategia, la gestión de las Personas, Alianzas y Recursos, Procesos, Satisfacción de Clientes, Personas y Sociedad y Resultados.

En nuestra organización están vigentes varios "cuadros de mando" con el fin de asegurar el gobierno eficaz de la organización. Hasta antes de la implantación del Plan de Calidad contábamos con varios de ellos: Asistencial, Económico y de requisitos técnicos de Calidad (ver resumen en la figura 2 b 1), que contienen multitud de datos globales y por unidades que se describen ampliamente en las Memorias Anuales. Los datos de la calidad percibida por clientes, personas y sociedad no estaban integrados en estos cuadros de mando pero también eran objeto de medida y control a través de los resultados de satisfacción (6 a, 7 a y 8 a) de las autoevaluaciones. Tras la aprobación del Plan de Calidad hemos integrado toda esta información en un cuadro de mando con dos grandes apartados: Mejora de la Calidad del Servicio Sanitario y Mejora de la Calidad en la Gestión (ver ejemplo-resumen en la figura 2 b 2). Actualmente estamos trabajando, con la asesoría de nuestra Unidad de Gestión Sanitaria y de los Servicios Centrales de Osakidetza, en el diseño de un Cuadro de Mando Integral que contenga el número suficiente y necesario de objetivos, indicadores y resultados relevantes para el gobierno, no sólo eficaz, sino además, eficiente y de calidad de nuestra organización. Este cuadro de mando integral, que sustituirá a la información cuatrimestral del control de gestión, debe servir para ver la evolución periódica de los objetivos e indicadores de todas las

áreas de gestión. Se ha planificado que se distribuya de forma periódica entre los líderes y responsables y que sirva al Equipo de Dirección para el Control de Gestión con la Dirección de Osakidetza. El propietario de este subproceso es el Director Gerente ayudado por el Equipo Directivo y la Unidad de Gestión Sanitaria. Los cuadros de mando, incluido el cuadro de mando integral y los Factores Críticos de Éxito (2 c 1) permiten medir, revisar, modificar y mejorar los resultados clave.

Desde el año 1998, en el que el Equipo Directivo realizó de forma satisfactoria la primera autoevaluación según el Modelo de la EFQM, quedó decidido que éste era el sistema para asegurar que se desarrolla un proceso que permita estimular, identificar, planificar e implantar mejoras en los enfoques de los agentes facilitadores mediante la creatividad, la innovación y las actividades de aprendizaje. Y decimos de forma satisfactoria porque creemos que, desde entonces, el Modelo de Excelencia nos es muy útil no sólo para autoevaluarnos en la gestión de nuestra empresa y medir y comparar nuestros resultados, sino porque es evidente que nos ayuda a ordenar y a orientar nuestra gestión basándola en los conceptos fundamentales de la Excelencia. Con la ayuda de este modelo hemos elaborado nuestros planes y objetivos de mejora que se han ido incorporando a los Planes Estratégicos y a los Planes Anuales de Gestión. Nuestro enfoque de las diferentes áreas de gestión de la organización se adaptan progresivamente a los conceptos de la Excelencia. En liderazgo son ejemplos su propia definición, la redacción consensuada de la M, V y V y la formación en gestión y calidad de líderes y personas. En política y estrategia son ejemplos la formulación quinquenal de los Planes Estratégicos y la de los planes anuales de gestión. En gestión de personas constituyen ejemplos, entre otros, el Plan de Acogida para todos los trabajadores de nueva incorporación, la certificación del subproceso de Gestión Administrativa de Personal, el segundo Plan de Comunicación y los planes anuales de Formación. En alianzas y recursos son ejemplos, entre otros, la reorganización y clasificación de las colaboraciones y las alianzas y los avances en la difusión de la información y el conocimiento. En procesos los principales ejemplos son el aprendizaje de la gestión por procesos, el diseño del Mapa de Procesos y la implantación del SGC. Todas éstas (y más evidencias) pueden verse en los respectivos subcriterios de esta memoria. Los avances acerca del Modelo de Excelencia se complementan con otras vías de aprendizaje, sobre todo las de planificación estratégica y la de gestión por procesos aunque tampoco nos olvidamos de otras como las puramente profesionales (sanitarias y no sanitarias), las de tecnología de comunicación y las de evaluación de la satisfacción de clientes y personas (2 b 3). La creatividad y la innovación requieren un esfuerzo constante facilitado por la participación de las personas y por el trabajo en equipo. Ideas innovadoras y creativas como las Visitas Guiadas, los programas de colaboración con el Museo de Arte Contemporáneo o el cuidado de animales de compañía para enfermos en rehabilitación, la revista trimestral, la autoevaluación "informatizada", la adaptación de programas informatizados de cuidados de enfermería o el Premio anual a la Innovación son producto del esfuerzo de grupos y equipos motivados para el desarrollo del trabajo (5 b 1 y 4 e 2).

Existen varios mecanismos para evaluar y revisar la implicación de los líderes con la mejora continua. Entre ellos, indicadores de percepción en la encuesta de satisfacción de las personas, en las dimensiones de organización y mejora, percepción de la dirección, formación, conocimiento de objetivos y otros (7 a 1 y 7 a 2). Indicadores de rendimiento interno también hay varios: participación en grupos de mejora (7 b 5.1), apoyo a la formación (7b 3.1, 2 y 3), selección de personas (7 b 4.1) y otros datos, como la implicación de líderes en grupos de mejora (3 c 1), la participación creciente en actividades de evaluación y autoevaluación, el incremento de actividades de aprendizaje y de difusión de conocimientos y avances (4 e 2). Para la identificación y priorización de mejoras hemos utilizado el aprendizaje de líderes y técnicos en sistemas de gestión de procesos, incluyendo la actualización en conferencias y seminarios, la experiencia práctica durante su implantación (certificación de los subprocesos Gestión Administrativa de Personal y Gestión Farmacoterapéutica), la experiencia de otras empresas (memorias de calidad) y la coordinación con nuestros servicios centrales. Fruto de todo ello, entre otras, son las decisiones tomadas acerca de implantar mejoras como el SGC, priorizar la sistematización del proceso asistencial y sus subprocesos (5 a), la definición de los Factores Críticos de Éxito (2 c 1) o el diseño del Cuadro de Mando Integral.

1 c LOS LÍDERES INTERACTÚAN CON CLIENTES, ALIADOS Y REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD

Para comprender, dar respuesta y satisfacer las necesidades y expectativas de clientes, aliados y sociedad (grupos de interés externos) utilizamos varios mecanismos y sistemas. Para poder comprender las necesidades y expectativas de estos grupos de interés es preciso conocerlas. Para ello, los líderes y los diferentes equipos de trabajo implicados en estas tareas (Consejo de Dirección, Consejo Técnico, Comisión de Calidad, UGS/Calidad y otros), utilizamos diversas fuentes de información (2 a 1):

- Las procedentes del conjunto de los usuarios actuales y potenciales ("mercado" actual y futuro), entre las que destacan los informes de organismos internacionales, los de asociaciones profesionales del campo de la psiquiatría y la salud mental, las leyes generales y autonómicas de Sanidad, los Planes de Salud, los informes del Defensor del Pueblo, los datos generales y locales de incidencia (9 b 16) y prevalencia (9 b 17) de las enfermedades mentales y los múltiples datos de actividad asistencial de los que disponemos (9 a y b, y Memorias Anuales).
- Las procedentes de la gestión de la satisfacción de los clientes, extraídas de la opinión y del contacto directo con los pacientes y sus familiares. Son las encuestas de satisfacción de pacientes ambulatorios, las de pacientes hospitalizados y las de familiares (6 a). Las reuniones periódicas con las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales y con la Fundación Tutelar (5 e) también son una buena fuente de información (2 b 2).
- Para la gestión de la satisfacción de los clientes también disponemos de indicadores de rendimiento interno (6 b) que también utilizamos (ver también figura 2 b 2).
- Las procedentes de la Administración entre las que destacan las del Contrato-Programa, las del Control de Gestión cuatrimestral y las de los cuadros de mando (incluyendo el Cuadro de Mando Integral).

Los líderes y personas de nuestra organización participan en la coordinación con otras instituciones y en colaboraciones y alianzas por medio de convenios y acuerdos. Hemos establecido y participamos en alianzas y colaboraciones que clasificamos en:

- Alianzas/Colaboraciones de carácter asistencial. Este tipo de alianza aporta un claro valor añadido a los servicios sanitarios y sociosanitarios que prestamos. Entre los más relevantes están los que mantenemos con los dos hospitales generales de nuestra ciudad y con los Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava. En la figura 4 a 1 se resumen las actividades que se realizan en colaboración y la periodicidad de la revisión de estas relaciones.
- Alianzas/Colaboraciones con proveedores de productos y servicios externos. Este tipo de colaboraciones está, en la mayoría

de los casos, regulada por la normativa de contratos de la Administración Pública, pero deben ajustarse también a nuestros requisitos de calidad y objetivos económicos (4 a 2).

- Alianzas/Colaboraciones en Docencia y Formación Continuada. Nuestra actividad formativa y docente requiere de la imprescindible colaboración de determinadas instituciones acreditadas (públicas y también privadas autorizadas) para poder impartir la formación, tanto en la fase de pregrado como en la de postgrado de diversas especialidades y categorías (4 a 3).

La cultura y las competencias de los colaboradores y aliados son compatibles con las nuestras y contribuyen o favorecen la consecución de los objetivos comunes. En las alianzas sanitarias y sociosanitarias, conseguimos agilidad para las altas médicas a domicilio o a medios residenciales (9 b 14 y 15) y mejoramos la continuidad de cuidados y el seguimiento ambulatorio. En el caso de los proveedores y servicios externos se abaratan costes o servicios, y en el caso de los aliados docentes conseguimos impartir la formación adecuada a toda clase de profesionales (8 b 2.5 y 6).

Las colaboraciones y alianzas actuales, descritas con más detalle en el subcriterio 4 a, muestran, fundamentalmente las alianzas sanitarias y las docentes, que se establecen y participamos conjuntamente en actividades de mejora. Ejemplos de ello, entre otros, son la elaboración con instancias sociales de criterios para ingreso de demencias leves descompensadas, la elaboración con Atención Primaria de guías clínicas para el manejo de la patología mental más frecuente, la intensificación de la colaboración con la Fundación Tutelar para la tutela de bastantes de nuestros pacientes, la intervención en la planificación de dietas y menús que elabora el Hospital Txagorritxu, la programación con la Escuela de Enfermería de los cursos y prácticas de pregrado y postgrado, y la colaboración con la Subdirección de Calidad de Osakidetza para la presentación y edición del "modelo informatizado de evaluación" para unidades clínicas y organizaciones sanitarias.

El reconocimiento a personas y equipos de los grupos de interés externos por su contribución a los resultados de la organización o por su fidelidad se realiza en las reuniones de trabajo conjunto y de forma personal dentro de dichos equipos de trabajo. En nuestro caso, los clientes son comunes con otras instituciones locales y provinciales y los proveedores, aliados y colaboradores son en su mayoría (dietas y lavandería, por ejemplo) también instituciones públicas. Consideramos, por esta razón, que el reconocimiento mutuo por la contribución a los resultados también viene dado por el logro de los fines y objetivos comunes. Nuestro reconocimiento va implícito también en la renovación de los acuerdos que no se lleva a cabo si los resultados no son satisfactorios (estos casos son la excepción). Otros ejemplos de reconocimiento público son la cesión de espacios y dedicación de artículos en la revista trimestral a las Asociaciones de Enfermos y Fundación Tutelar, así como a otros colaboradores en forma de noticias breves y reseñas de los acuerdos como, por ejemplo, el de las colaboraciones docentes.

Los líderes y personas de nuestra organización participan en asociaciones profesionales, conferencias y seminarios, fomentando y apoyando la Excelencia y la gestión de la calidad total. En la figura 1 c 1 puede verse esta participación en apoyo del aprendizaje y difusión de la Excelencia.

PARTICIPACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA CALIDAD Y LA EXCELENCIA EN SEMINARIOS Y CONFERENCIAS

Aprendizaje	**Participantes**	**Año**
Conferencia de Calidad para directivos	5	1999
Curso de la Fundación A. Donabedian	14	1999
Calidad para administrativos en Osakidetza	7	2000
Autoevaluación EFQM para directivos	5	2000
Elaboración encuestas satisfacción	2	2000
Objetivos equipos eficientes y satisfechos	12	2001
Iniciación EFQM para líderes no directivos	6	2001
Auditores internos ISO	4	2003
Reciclaje evaluadores de Euskalit	5	2004
Jornada de actualización ISO 9001-2000	1	2004
Asociaciones Profesionales	**Participantes**	
Club de evaluadores de Euskalit	5	
Auditores internos ISO	4	
Sociedad Española de Calidad Asistencial	1	
Socio colaborador de Euskalit	organización	
Fundación Novia Salcedo (becarios)	organización	
Sociedad Española de Atención al Usuario	1	
Difusión	**Asistentes**	**Año**
Comunicaciones Congreso de la SECA	>500	1999
Planificación estratégica de la UPR en el VIII Congreso Anual de Psiquiatría	≈400	2000
Jornada 5º aniversario de la (antigua) Comisión de Calidad	≈40	2000
Comunicaciones y pósters en el Congreso Nacional de Enfermería (Gerona)	>500	2001
Ponencia sobre Gestión del Conocimiento Semana Europea de la Calidad	≈500	2002
Asesoría para la autoevaluación informatizada a 12 organizaciones sanitarias	≈70	2003-2004
Asesoría para la Autoevaluación informatizada de 10 Unidades Clínicas	≈90	2003-2004
Ponencia sobre la autoevaluación informatizada de unidades en la Semana Europea de la Calidad	≈500	2003
Curso de Gestión por Procesos basado en la Norma ISO	≈40	2003/2004
Comunicación en el Congreso de la SECA	≈500	2004
Ponencia Visión del profesional de las necesidades y expectativas de los clientes (Semana Europea de la Calidad)	300	2004
Presentación de la evaluación informatizada de centros sanitarios	150	2004
Ponencias sobre Calidad en las Jornadas de Rehabilitación Psiquiátrica	500	2003
Distribución de la Memoria Q de Plata a otros centros y organizaciones	150	2002
Conferencia sobre EFQM en los Cursos de Verano de la Universidad de Málaga	50	2002
Curso de Calidad (EFQM) para el Hospital San Juan de Dios de Barcelona promovido por la Fundación Avedis Donabedian	30	2004
Comunicación sobre Satisfacción de Pacientes en el Congreso Nacional de Hospitales en Valencia	50	2003
Docencia sobre la Autoevaluación EFQM en el Curso de Gestión de Osakidetza	36	2004
Conferencia sobre la Autoevaluación Informatizada a Organizaciones Sanitarias de la Región de Murcia	90	2004

Figura 1 c 1

Nuestra organización, tras las autoevaluaciones realizadas, ha priorizado varias áreas de mejora para fomentar, apoyar y participar

en actividades dirigidas a mejorar el medio ambiente y la contribución a la sociedad con vistas a respetar los derechos e intereses de las generaciones actuales y futuras. Hay que exponer aquí una reflexión primordial a tener en cuenta en nuestro caso. Una organización como la nuestra tiene, por su propia dedicación (Misión), una muy importante responsabilidad social inherente a sus actividades. Tenemos definidas tres líneas estratégicas que claramente especifican nuestro enfoque y la contribución a la sociedad. Estas tres líneas son: 1) la satisfacción del cliente (pacientes y familias) lo que implica conocer, atender y satisfacer sus necesidades actuales y futuras; 2) la satisfacción de las personas, lo que nos involucra a todos en conocer, atender y satisfacer sus necesidades y expectativas; y 3) la gestión eficaz, eficiente y de calidad, lo que supone la optimización de los limitados recursos (materiales y humanos) puestos a nuestra disposición. Como organización sanitaria pública ya tenemos una marcada responsabilidad social puesto que debemos velar por la prevención, el alivio, la restitución, la curación y la rehabilitación de la salud mental de nuestros ciudadanos. Sin embargo, creemos que aún debemos contribuir más a la sociedad (4 e y 8 b) por otras vías: luchar contra el estigma social de la enfermedad mental, formar profesionales cualificados, cumplir con la legislación y normativas aplicables y, en moderada medida, crear empleo en nuestro entorno.

Desde el punto de vista de la contribución a la conservación del medio ambiente debemos señalar varias acciones relevantes. Nuestra organización, que podríamos clasificar como de bajo impacto en los aspectos de la contaminación y daño ecológico, dispone de Plan y Manual para la Gestión de los Residuos; eliminamos cantidades moderadas de residuos biológicos (8 b 3.2) y utilizamos indicadores de control y medida de consumos energéticos y agua (8 b 3.1). De esta forma, intentamos ser responsables y, de paso, dar ejemplo en la concienciación y difusión de la cultura acerca de la conservación del medio ambiente y de la preservación de los recursos naturales. Como objetivo de la anterior autoevaluación, hemos realizado el diagnóstico "Legescan" (IHOBE) con ayuda externa. Hemos creado un Comité de Gestión Medioambiental, responsable de este proceso, y nos proponemos, en un futuro no lejano, solicitar la certificación ISO-14001.

En nuestro Plan Estratégico figuran planes y acciones para la puesta en marcha de programas de educación y prevención, entre los que destacan las charlas de divulgación, las de formación de cuidadores, el programa de educación para la salud en colaboración con atención primaria, la puesta en marcha del programa anual de Visitas Guiadas al Hospital Psiquiátrico (8 a 2) para contribuir a la lucha contra el estigma, a un mayor conocimiento de nuestras actividades y preguntar a los miembros de la sociedad acerca de su opinión sobre nuestro centro, la edición de la revista trimestral que contiene secciones fijas de divulgación y de consulta científica, y nuestra página web que facilita información permanente sobre todos nuestros dispositivos y sus servicios.

También creemos que debemos hacer lo posible para que los actuales y futuros profesionales estén adecuadamente formados. Damos formación teórica y práctica a alumnos de pre y postgrado de varias categorías (8 b 2.5 y 6). Además, para uso de otros profesionales, publicamos artículos y libros con nuestros conocimientos y avances asistenciales, científicos, de gestión y de evaluación de la calidad (4 e 2).

En cuanto al cumplimiento de la legislación y normativas vigentes hemos de destacar que satisfacemos de forma correcta, es decir, sin incumplimientos ni sanciones, todas aquellas aplicables en nuestra gestión. Nos referimos, por ejemplo, a la legislación laboral, a la administrativa, a la de industria, a las convocatorias de empleo, a las auditorías de cuentas públicas, a las de hacienda, a las nóminas, a la seguridad de instalaciones, a la seguridad alimentaria y de aguas y a la protección de datos. Nuestra organización se siente reconocida por las autoridades sanitarias (Dirección General de Osakidetza, Dirección Territorial de Sanidad y Consejería de Sanidad) por la gestión asistencial, económica y de personal y por nuestros avances en la gestión de la calidad. Nos sentimos también reconocidos por las felicitaciones y reconocimientos públicos recibidos como los premios a diferentes publicaciones (8 b 4), el Diploma de Compromiso con la Calidad, el reconocimiento de la Q de Plata (2001) y la obtención del 2º puesto en el 1er. Intercambio de Buenas Prácticas de Euskalit (2004). Las certificaciones ISO (GAP y GFT) también constituyen un buen reconocimiento público a nuestra gestión. Desde el punto de vista de difusión de la Gestión de la Calidad participamos en congresos de calidad asistencial, en la Semana Europea de la Calidad y en asociaciones y conferencias (1 c 1). También se nos menciona frecuentemente en medios de comunicación (prensa, radio y TV) locales, regionales y estatales por nuestra contribución a la mejora de la salud mental. Son ejemplos de estas menciones la puesta en marcha de nuevos programas como la UPR, la atención a las Ludopatías, las iniciativas en la rehabilitación de pacientes, las Memorias de actividad anuales y la participación en charlas de educación sanitaria (8 a 1).

La creación de empleo en nuestro entorno se centra en la moderada oferta de trabajo fijo y eventual que generamos (8 b 2.3 y 4) y en la subcontratación de los servicios externos necesarios para nuestro funcionamiento (8 b 2.1 y 2). Nuestra "pequeña" organización, como otras de carácter público, dispone de una plantilla fija que, salvo creación de nuevos servicios o sustituciones por absentismo laboral, no genera un volumen significativo de empleo en términos económicos globales de la corporación. De cualquier forma, el empleo generado se hace preservando la igualdad de oportunidades y los derechos y méritos de los aspirantes (3 a). Los servicios externos subcontratados como el mantenimiento de algunas instalaciones, la eliminación de residuos, la realización de trabajos concretos (imprenta, pequeñas obras) o la adquisición de fármacos y otros materiales, también generan un moderado, pero no despreciable, movimiento económico en nuestro entorno, en consonancia con el tamaño y gastos de funcionamiento de nuestra organización (13% de nuestro presupuesto).

Para evaluar y revisar nuestra interacción con aliados y representantes de la sociedad utilizamos la revisión periódica de los acuerdos con los aliados (4 a), los resultados de las auditorías (obligatorias y voluntarias) internas y externas, los indicadores de formación de pre y postgrado (8 a 4 y 8 b 2.5 y 6), y de una manera más indirecta, los reconocimientos externos a nuestra gestión ya mencionados (8 b 4). Para establecer prioridades hemos utilizado los objetivos del plan estratégico. Entre otros, como ya se ha referido a lo largo de este subcriterio, están objetivos como la lucha contra el estigma de la enfermedad mental, los programas de educación y prevención, la colaboración con representantes de familiares (5 e), los compromisos de avanzar en la gestión de la calidad, la solicitud de la acreditación docente y la sistematización de la gestión medioambiental. Todas ellas han sido y están siendo implantadas. Están descritos más detalles en cada uno de los párrafos de este subcriterio, por lo que evitamos su innecesaria repetición.

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

Creemos que, de forma fundamental, la difusión y el refuerzo de la cultura de la Calidad Total y la Excelencia en nuestra organización, además de las charlas y presentaciones específicas, se realizan mejor a través del trabajo en equipo y del consenso con el resto de los líderes y personas. Para ello, nos esforzamos en incrementar la

participación de líderes y personas, por ejemplo, en la elaboración y definición de las estrategias a largo, medio y corto plazo. Con este fin, entre otros, se han creado los grupos de participación como el Consejo de Dirección, el Consejo Técnico y la Comisión de Calidad, y se refuerza el funcionamiento del resto de comisiones y grupos de trabajo (3 c 1). Para comunicar personalmente la misión, visión, valores, política y estrategia, planes, objetivos y metas a las personas empleamos varias vías:

- La participación de otros líderes y personas (además de los directivos) en la elaboración de los Planes Estratégicos en donde se acuerdan los conceptos y las definiciones de Misión, Visión, Valores, Objetivos y Acciones (1 a 3).
- La participación de los directivos y del resto de la Comisión de Calidad en la elaboración del Plan de Calidad 2004-2007.
- La difusión, una vez aprobados los diferentes planes, a todos los líderes, responsables de Comisiones y a todas las unidades y servicios del centro.
- El pacto anual de los objetivos asistenciales y económicos con todas las unidades y servicios, especialmente con las unidades involucradas en la Gestión Clínica (UPR, URH y Psicogeriatría). Estos objetivos se concretan a partir de los definidos en Plan Anual de Gestión en el que están preestablecidos los objetivos asistenciales, económicos y de calidad.
- Otro medio importante de comunicar los planes, objetivos y metas son las reuniones de los grupos de trabajo y las comisiones (3 c 1) en donde, y según la finalidad de cada grupo o comisión, se abordan los temas adecuados a su respectivo ámbito.
- Los medios de comunicación general de la organización, por los que también se informa de planes, objetivos y metas como la revista trimestral, la página web y, en menor medida, los tablones y las circulares específicas.

Conseguir ser accesibles, escuchar de manera activa, ser fuente de inspiración y cohesión, y responder a las personas que integran la organización se logra porque los líderes, sobre todo el equipo directivo, mantienen una política de puertas abiertas, efectúan visitas regulares a las unidades y servicios, reconocen y transmiten felicitaciones y hablan y contactan personalmente, de forma amistosa y positiva, con la mayoría de las personas de la organización. Todas las sugerencias y quejas que se reciben, ya sean verbales o escritas, son respondidas por el mismo medio de forma prácticamente inmediata, de manera que, sea positiva o negativa la respuesta, creemos que las personas se sienten atendidas por sus líderes. Éste es nuestro intencionado y perceptible estilo de dirección que parece avalado por la opinión positivamente creciente de las personas en las dimensiones "percepción de la dirección" y "relación con los mandos" de las encuestas de satisfacción (7 a 1 y 2). Otros datos que, de manera indirecta confirman esta actitud son la ausencia de conflictividad laboral, la existencia de escasas demandas laborales (7 b 8.1) y de reclamaciones (7 b 6), y la creciente participación de las personas en las actividades de gestión y en las de mejora (7 b 5.1). Por otra parte, de forma evidenciable, los líderes actúan como inspiradores y responsables del funcionamiento de las comisiones y grupos de trabajo (3 c 1) poniendo en marcha actividades relevantes para la Mejora Continua como el SGC, las encuestas de pacientes y personas, las autoevaluaciones y los planes estratégicos y de calidad. También iniciativas novedosas, ya mencionadas, como el premio anual a la innovación, el programa de puertas abiertas, la colaboración con el Museo de Arte Contemporáneo, la revista trimestral y la página web son actividades promovidas por los líderes.

Empleamos varias vías y medios para ayudar y apoyar a las personas y equipos para hacer realidad sus planes, objetivos y metas, entre las que podemos mencionar:

- El fomento de oportunidades de aprendizaje individual y de equipos mediante los Planes Anuales de Formación que organiza la Comisión de Docencia y Formación Continuada. Los cursos programados son para todas las personas (sanitarias y no sanitarias) y la participación es relevante año tras año (7 b 3.1). La formación continuada y la formación recibida son valoradas de forma positiva en las encuestas de satisfacción (7 a 1 y 7 a 7.1).
- El apoyo económico a la formación es, desde un punto de vista comparativo, de los más importantes de nuestro entorno (7 b 3.2).
- El apoyo a la Promoción Interna y a la Movilidad Horizontal (3 b), por las que las personas pueden, de forma definitiva o temporal, acceder a puestos de trabajo distintos dentro de la propia organización. Compatibilizamos así el incremento de su conocimiento y su polivalencia con sus intereses personales y profesionales. Ambos procedimientos están regulados y pactados con los representantes sociales de las personas.
- El propio funcionamiento de los equipos multidisciplinares, grupos de trabajo y comisiones. La especialización de los subprocesos y procedimientos asistenciales es necesaria para prestar un adecuado servicio de calidad técnica a los pacientes, por lo que la integración y el aprendizaje dentro de las unidades y en los equipos de trabajo, es también un importante apoyo a la formación individual y a la participación en los objetivos grupales.
- El estímulo y apoyo a la organización y participación en congresos, seminarios, conferencias y publicaciones de tipo profesional y de gestión de calidad dentro y fuera de la organización (3 c 2 y 8 b 1.1).
- El pacto de los objetivos anuales con las unidades y servicios contribuye a la asignación de objetivos individuales que realizan los líderes en sus unidades, fomentando así el trabajo de los equipos.

Conseguir la satisfacción de nuestros trabajadores mediante la motivación personal y profesional y el establecimiento de medios, recursos y canales de participación, formación e información es uno de los aspectos decisivos de nuestra Misión y factor clave del éxito de nuestra empresa. Motivar y permitir a las personas participar en actividades de mejora es uno de nuestros objetivos genéricos primordiales ya que éstos son factores decisivos para mejorar nuestra gestión y la atención a nuestros pacientes. Utilizamos varios sistemas para motivar y animar a que las personas participen en las actividades de mejora:

- La creación de grupos de participación en la gestión, la organización de las comisiones clínicas y no clínicas y la formación de grupos de trabajo o mejora para fines específicos (3 c 1).
- La creación de equipos de procesos y la asignación de los propietarios de los mismos (5 a y 2 d 1).
- El funcionamiento de canales de comunicación descendente, ascendente y horizontal (3 d 1).
- La reorganización y/o la creación de medios de comunicación internos y externos como circulares, tablones, la revista trimestral o la página web.
- La delegación y asunción progresiva de responsabilidades (3 c) por las personas como la Gestión Clínica, la descentralización de la solicitud de contratación de trabajadores eventuales o la definición de la misión de los procesos y subprocesos (5 a).
- La posibilidad de participar, directamente o aportando sugerencias, en la gestión de los cursos de formación (3 b) o en los planes estratégicos o de calidad u otros (1 a 3).
- La confianza de que se cuenta con la opinión de todos a través de la interacción personal, de la gestión de las sugerencias y reclamaciones o de las encuestas de satisfacción (7 a y 7 b).
- La evidencia de que el diálogo y el pacto con los representantes sociales garantiza condiciones de igualdad y trato en los asuntos laborales: selección, promoción y movilidad internas (3 b).

Creemos que vamos progresando adecuadamente en la consecución de la motivación y satisfacción de las personas. Como datos que confirman esta aseveración podemos aportar los resultados correspondientes de las dimensiones de satisfacción de la encuesta de personal (7 a), el creciente porcentaje de personas que participan en actividades de mejora en grupos y equipos y la creciente participación en las encuestas de satisfacción (7 b 5.2).

Los líderes, pero sobre todo el equipo directivo, muestran y mantienen una actitud positiva para dar reconocimiento oportuna y adecuadamente a los esfuerzos de las personas y equipos de todos los niveles de la organización porque creemos que así también facilitamos la consecución de la motivación de las personas y su predisposición a la implicación. Ésta es nuestra política de reconocimiento (no explícitamente escrita aunque implícita en la Misión), pero forma parte de nuestro estilo y ejercicio habitual de dirección. El reconocimiento en nuestro centro, creemos, es más personal e informal que excesivamente formal. El equipo directivo y otros líderes apoyan y felicitan oportunamente a las personas y a los equipos por sus resultados de gestión o por la consecución de objetivos; este reconocimiento tiene lugar en las reuniones de trabajo y durante los contactos personales, abundantes y satisfactorios. Otros tipos de reconocimiento son la transmisión de felicitaciones y agradecimientos externos recibidos por la buena atención prestada a los pacientes, por la participación como ponentes en conferencias y seminarios o por su colaboración en grupos de trabajo externos (organización de jornadas y congresos, elaboración de planes globales, externalización de pacientes y otros). Las reseñas, artículos y reportajes periódicos de equipos y personas en nuestra revista, además de la necesaria difusión, también ejercen la función de reconocimiento. De una manera ya algo más formal, realizamos de forma anual durante la fiesta-aniversario del hospital, reconocimientos públicos a nuestras personas. Se felicita a los trabajadores que cumplen 25 años de antigüedad, se realiza un pequeño homenaje a los que se jubilan cada año y se entregan, en el mismo acto, los premios a la innovación en el trabajo y otros. Celebramos habitualmente, con los componentes de los equipos reconocidos por la finalización de trabajos (memorias, proyectos, certificaciones) una comida de cortesía y agradecimiento. Existen en nuestra organización otras formas de reconocimiento (3 e) como, por ejemplo, el ejercicio de funciones de superior categoría, las compensaciones por tarea y dedicación extraordinarias de tiempo a la atención y acompañamiento de los pacientes y la designación como docentes para la formación interna (7 b 3.3). Estas formas de reconocimiento son económicas o en forma de libranzas adicionales. Todos estos reconocimientos se realizan a cualquier persona de cualquier categoría siempre que reúna los méritos para ello. Podemos afirmar que las personas de la organización se sienten reconocidas no sólo por los líderes y directivos sino por sus propios compañeros (7 a 1).

Son varias las fórmulas que los líderes de la organización emplean para fomentar y animar la igualdad de oportunidades y la diversidad. En lo que se refiere al empleo, nuestra organización, como el resto de las de Osakidetza-Svs, garantiza la selección, por mérito y capacidad, de las personas que quieren acceder a un puesto de trabajo fijo o eventual mediante procesos bien estructurados para velar por la igualdad de oportunidades, como son las OPEs, los Concursos de Traslados y las Listas de Contratación temporal (3 a). Nuestra gestión de los procedimientos de Promoción Interna y Movilidad Horizontal (temporal y definitiva) están pactados con el Comité de Empresa y se revisan y mejoran periódicamente, por ejemplo, incluyendo en los baremos de méritos los correspondientes a formación y a experiencia específica (3 b). Mediante ambos procedimientos todas las personas de todas las categorías, incluyendo los facultativos, pueden acceder a un puesto distinto de trabajo, garantizándose así la igualdad de oportunidades para todas las personas. Otra muestra de la acción positiva de los líderes para garantizar la igualdad en el trato laboral de todas las personas es la implantación (desde hace años) de la libranza de dos fines de semana al mes para el personal a turnos ya sean de régimen laboral o estatutario; el personal estatutario no tenía reconocido este "derecho" en su convenio a diferencia del laboral.
Existen también algunas actividades externas que se realizan para apoyar la diversidad y la igualdad como la participación de varias de nuestras personas en el programa 0,7 % para inversión en países y programas del Tercer Mundo o la colaboración con ONGs para dotar de mobiliario y materiales que cedemos, prestando nuestro almacén, a instalaciones y programas en estos países.

Creemos que vamos progresando adecuadamente en la comunicación, en estilo de dirección, en motivar y reconocer a nuestras personas y en el trato no discriminatorio en derechos laborales, por lo que podemos afirmar que los líderes refuerzan la cultura de excelencia entre las personas de la organización. Para evaluar y revisar esta área de gestión disponemos de los resultados de la encuesta de satisfacción de personas en las dimensiones correspondientes: comunicación e información, percepción de la dirección, reconocimiento, desarrollo profesional, conocimiento de objetivos y otras (7 a 1). Determinados indicadores de rendimiento interno también nos ayudan a revisar esta área de gestión como la participación en grupos de mejora (7 b 5.1), en las encuestas (7 b 5 .2) y en la formación (7 b 3 .1), la contención del absentismo (7 b 7) y la ausencia de conflictividad laboral. Para identificar y priorizar posibles mejoras utilizamos la experiencia de otras empresas. El establecimiento de posibles planes de reconocimiento, aún por decidir, o el Plan de Acogida (ya implantado) para las personas de nueva incorporación son ejemplos de ello. Fundamentalmente, nuestras áreas de mejora son planificadas dependiendo de nuestros propios resultados de satisfacción de personas (Matriz de Posicionamiento, 7 a 4) y de los indicadores de rendimiento interno. Así, por ejemplo, hemos solicitado ampliación del tiempo que la Unidad de Salud Laboral dedica a nuestro centro (es compartida con otros dos centros actualmente), ya que la percepción y los indicadores de seguridad y salud laboral así lo reflejan, a pesar de que se han realizado acciones muy positivas como la evaluación de riesgos o los registros de agresiones y otras acciones. En otras cuestiones, como en la remuneración (reconocimiento económico) no disponemos de margen de gestión (3 a). Hemos implantado mejoras en diversas cuestiones. En el área de la igualdad laboral están pactados y revisados los procedimientos de movilidad y promoción; en información y comunicación, todas las unidades y responsables han recibido resúmenes de los planes actuales de la organización e información básica del centro (Plan de Acogida) y en el área de motivación, trabajo en equipo y participación (3 c 1) son cada vez más positivos los indicadores (7 b).

1 e LOS LÍDERES DEFINEN E IMPULSAN EL CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN

Para comprender los fenómenos internos y externos que impulsan el cambio en la organización, es preciso disponer de fuentes de información actualizadas que afecten a todos los grupos de interés de nuestra organización. En la figura 2 a 1 pueden verse nuestras principales fuentes de información para la definición de la Política y Estrategia, información para determinar la satisfacción de pacientes y personas (encuestas) y para la de otros grupos de interés. La información procedente de los indicadores de rendimiento interno también es importante para definir e impulsar el cambio (2 b 1 y 2 b 2). El aprendizaje también es una fuente muy importante, no sólo

para definir e impulsar los cambios sino también para facilitar y acelerar su implantación (2 b 3 y 5 b 2). A la hora de elaborar nuestra Política y Estrategia, concretada en nuestros dos Planes Estratégicos, realizamos, con periodicidad quinquenal, el análisis interno y el análisis del entorno que se resumen en una matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) para equilibrar las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés (2 c y Plan Estratégico).

Además de toda esta información, para ayudarnos a definir el cambio, disponemos, como mecanismo principal, de la autoevaluación según el Modelo de Excelencia que hemos utilizado con periodicidad bienal desde 1998. El Modelo de Excelencia de la EFQM también lo utilizamos para identificar, seleccionar y priorizar los cambios que es necesario introducir en la organización, en el modelo de organización y en sus relaciones externas (1 a 5). Los principales cambios relacionados con la gestión de la calidad en nuestro centro pueden verse también en la figura P 2 por orden cronológico, pero destacamos aquí, entre otros cambios relevantes: la redacción de los planes estratégicos (1998 y 2004); la realización de las autoevaluaciones del centro y de unidades del mismo; la elaboración, pionera en centros psiquiátricos y no psiquiátricos de nuestro entorno, de las encuestas de satisfacción de clientes y personas; la implantación de la gestión por procesos; la elaboración, difusión e implantación del Plan de Acogida a nuevos trabajadores; la elaboración e implantación del Plan de Calidad 2004-2007; la redacción de los dos planes de comunicación (2001 y 2004) incluyendo el aspecto de nuestra proyección exterior (tipo de información, pautas de relación con los medios de comunicación y normas de identificación organizativa). Todos ellos generan objetivos específicos y planes de acción con multitud de indicadores y que han ayudado a introducir mejoras en los procesos de todos los ámbitos de gestión (5 b 1).

La mayoría de estos planes de cambio principales y su desarrollo están liderados por los miembros del Consejo de Dirección y, especialmente, por el Equipo Directivo (Planes Estratégicos, de Calidad y de Comunicación). Responsables de unidades y equipos, incluyendo los técnicos de la UGS/Calidad, recientemente incorporados a nuestro centro, también lideran o participan activamente en estos planes de cambio que afectan a las unidades o al centro en su conjunto como la planificación estratégica, las autoevaluaciones y planes de mejora, la definición de misión, diseño, objetivos y planes de gestión de procesos y subprocesos, el Plan de Readecuación de Ingresos, la elaboración del segundo Mapa de Riesgos y la implantación del Reglamento de Uso de la Historia Clínica, entre otros ejemplos. Muchos de estos planes de cambio están liderados por los componentes del equipo directivo y otros líderes, que son también miembros activos en el trabajo de los equipos (3 c 1).

Para garantizar la inversión, los recursos y el apoyo necesarios para el cambio hemos planificado y llevado a cabo diversas actividades. En los últimos seis años hemos conseguido realizar la formación en gestión y calidad del 100 % de los líderes y de algunas personas interesadas pero sin responsabilidades de liderazgo (miembros del Consejo Técnico). Bastantes líderes de nuestra organización conocen, a través de la formación recibida y de su propia experiencia, la planificación estratégica, la estandarización de diversos procesos (ISO y otros programas informatizados de uso ya común en Osakidetza) y el modelo de calidad de la EFQM. La incorporación de personal técnico adecuado apoya la consecución de los cambios. Las personas que componen la Unidad de Gestión Sanitaria/Calidad (2 técnicos y una becaria) están contribuyendo a un avance más rápido en la implantación de los cambios. Otras incorporaciones son la Unidad de Salud Laboral (vigilancia y prevención de la salud laboral) o Informática (adecuación de la red informática, adaptación a la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, página web). La creación de nuevos estructuras o programas asistenciales (UPR, Ludopatías, reorganización de la Psicogeriatría) son evidencia de la creación o de reorientación de los servicios a los clientes, apoyándose la dotación de los recursos humanos y materiales necesarios, su autonomía y sus criterios de funcionamiento. Para garantizar los cambios estructurales, organizativos y asistenciales prevemos y ejecutamos las inversiones necesarias para ello, concretadas en planes anuales de pequeñas obras (aire acondicionado, conducciones de agua, instalación de comedores en las unidades), en la planificación y apertura de nuevos espacios o unidades (UPR, despachos, distribución de zonas de visitas), y se reservan, a iniciativa nuestra, inversiones estratégicas (controladas y aprobadas por Servicios Centrales) para el jardín exterior y para la construcción del Centro de Salud Mental de Llodio.

Disponemos de varios mecanismos para gestionar la implantación y los riesgos del conjunto de los programas de cambio. La planificación de los cambios se realiza siempre en colaboración con las unidades, equipos y personas implicados (psicosis refractarias, psicogeriatría, comisión de calidad, gestión por procesos) lo que disminuye la resistencia al cambio o a los cambios. Son ejemplos de ello las unidades con acuerdos de gestión clínica (rehabilitación, psicosis refractaria, psicogeriatría), las que han planificado estratégicamente sus actividades y las que realizan su propia autoevaluación o la gestión por procesos. El seguimiento mensual, cuatrimestral o anual de los objetivos e indicadores de las unidades y del centro en su conjunto (Plan de Gestión Anual y Plan de Calidad) facilita la detección de desviaciones en los cambios implantados; las evaluaciones (Zaineri, Historias Clínicas e Informes de Alta) y las autoevaluaciones bienales del centro y de las unidades facilitan también la definición y la implantación de los planes de mejora; las diversas auditorías internas y externas a las que estamos obligados o comprometidos voluntariamente (certificaciones) también contribuyen a gestionar los planes de cambio. También son útiles para la gestión de los cambios los resultados e indicadores clave, los indicadores de rendimiento interno de la satisfacción de personas, la evaluación anual de los indicadores del Plan de Calidad y la evolución de los Factores Críticos de Éxito (2 c 1).

Para garantizar la implantación eficaz del cambio y gestionar los grupos de interés en relación con el cambio, hemos realizado actividades que podemos resumir de la siguiente forma: En primer lugar, compartir en lo posible la planificación e informar, oportuna y adecuadamente de los planes a nuestros grupos de interés: representantes de clientes, personas, Administración y colaboradores (instituciones y organizaciones similares). Estos grupos de interés han sido informados o han participado en los Planes Estratégicos, el Plan de Calidad y el Plan de Readecuación de ingresos de Psicogeriatría, entre otros. En segundo lugar, pactar y establecer los objetivos e indicadores de dichos planes y de otras actividades (gestión de los procesos y diversos planes de acción) y planificar su seguimiento (Autoevaluaciones y Evaluaciones Externas, Plan de Calidad, planes anuales de gestión y procesos y subprocesos gestionados de forma estandarizada). Y, en tercer lugar, liderar y supervisar los planes clave para la consecución de objetivos estratégicos como los anteriormente mencionados y otros, considerados también importantes, como las relaciones laborales, la seguridad y salud laboral, la gestión medioambiental, el plan de comunicación y el plan de acogida de personas.

Ya hemos mencionado en el párrafo anterior que comunicamos los cambios y la razón de los mismos a las personas de la organización y otros grupos de interés, después de buscar su participación en la planificación y en el acuerdo de los planes de cambio. Empleamos varios sistemas para comunicar estos cambios. Nos reunimos con los representantes de los pacientes (AAFF y FT) con los que mantenemos encuentros periódicas para informar de cuestiones asistenciales y de dispositivos o programas nuevos, como la UPR (5 e). Mantenemos reuniones con las personas y equipos y representantes de las personas en lo que se refiere a la reorganización interna y a la participación en grupos y equipos de mejora (Psicogeriatría, procesos, planes de unidades, evaluaciones y autoevaluaciones). Las reuniones de las Comisiones, Grupos de Mejora y Equipos de Procesos (3 c 1) también sirven para comunicar los cambios. De forma más indirecta pero más general, utilizamos la difusión y publicación escrita de nuestros planes y memorias (actividad, calidad), nuestra página web, los tablones y las circulares internas.

Los líderes, sobre todo el equipo directivo, han impulsado, desde hace años, un estilo de dirección coherente y dedicado a la consecución de la satisfacción de nuestras personas. Creemos que son éstas las que deben de llevar a efecto los cambios para así adaptarnos mejor a las necesidades de los clientes y para que estos cambios sean útiles por convicción y no por imposición. Por ello nos esforzamos en apoyar y permitir a las personas gestionar el cambio, y así procuramos:

- Crear posibilidades para canalizar sugerencias e ideas como por ejemplo el establecimiento de un circuito de sugerencias (3 c) o la implantación del Premio a la Innovación en el Trabajo (5 e).
- Crear oportunidades para la participación: comisiones, grupos de mejora, equipos de procesos (3 c 1), grupo delphi para el estudio de posibles dispositivos asistenciales futuros y la apertura de plazos para el debate o el envío de sugerencias a los planes estratégicos y otros planes.
- Animar personalmente a formar parte de estos grupos mencionados y de otros como: la revista, el programa de puertas abiertas (visitas guiadas), la página web o la comisión de gestión medioambiental.
- Delegar responsabilidades, tareas y objetivos y nombrar o asignar responsables o propietarios para las diferentes comisiones, grupos de trabajo y equipos de procesos, subprocesos y procedimientos.
- Apoyar, con nuestra asesoría y aprobación, las decisiones de los diferentes responsables de los diferentes ámbitos de gestión. Son ejemplos, entre otros, la aprobación del plan de gestión del subproceso Gestión Farmacoterapéutica que incluye el objetivo de incorporar una persona para completar la implantación de la unidosis; aprobar y ejecutar las propuestas de mejora del Comité de Seguridad y Salud Laboral realizando los planes de pequeñas inversiones y obras para prevenir enfermedades y lesiones; aprobar el presupuesto anual de la Comisión de Formación Continuada y Docencia; financiar a la Comisión de Ética Asistencial la explotación de la encuesta de confidencialidad (8 a 3) y asesorar a varias unidades en su autoevaluación (informatizada) según la EFQM.

Disponemos de varios sistemas bien establecidos e implantados para medir y revisar la eficacia de los cambios y compartir los conocimientos obtenidos:

- Los antiguos cuadros de mando (2 b 1) en los que hay datos asistenciales, económicos y de requisitos de calidad; los nuevos cuadros de mando (2 b 2) que contienen indicadores acerca de la mejora asistencial y de mejora de la calidad de la gestión, y los Factores Críticos de Éxito, que nos facilitan información de la evolución de nuestras líneas estratégicas y de nuestra Misión.
- Los resultados de los procesos e indicadores clave (criterio 9).
- Los resultados de las encuestas e indicadores de rendimiento interno de satisfacción de clientes, de personas y de la sociedad.
- Los resultados de las Autoevaluaciones bienales del Centro y de las Unidades según el modelo EFQM, y los resultados de otros programas de evaluación como el de las Historias Clínicas, el de los Informes de Alta, el de la estandarización de cuidados de enfermería (Zaineri) y la encuesta de satisfacción con la formación.
- Los resultados de las auditorías internas y externas de los procesos: proceso asistencial (subprocesos de hospitalización en UPR y RH), Gestión Farmacoterapéutica, Gestión Administrativa de Personal y diagnóstico medioambiental Legescan (IHOBE).

Para compartir los conocimientos obtenidos utilizamos (4 e): Las sesiones clínicas, las reuniones programadas de Comisiones y Grupos de Trabajo, las reuniones organizativas-operativas de los equipos de las Unidades y las reuniones de los equipos de procesos, entre otros mecanismos. Además facilitamos el acceso adecuado a la información (4 e) y gestionamos la protección y difusión del conocimiento adquirido (4 e 2).

Las prioridades entre las posibles áreas de mejora para definir e impulsar los cambios se establecen a partir de los objetivos de nuestra política asistencial (reducción del número de camas residenciales, potenciación de la psiquiatría comunitaria) y los de los planes estratégicos y de calidad que están basados en información adecuada procedente de los grupos de interés. También en los nuevos "modelos de gestión" (procesos, calidad total) y en las tecnologías emergentes como la informática de las comunicaciones y la información. Hemos implantado la planificación estratégica, la gestión de la calidad total según el Modelo de Excelencia, la gestión por procesos, las encuestas de satisfacción de clientes y personas y las autoevaluaciones, entre otros importantes cambios.

POLÍTICA Y ESTRATEGIA

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

Nuestra organización viene recogiendo información de nuestros usuarios actuales y potenciales (nuestro "mercado") desde hace muchos años. En general, el ámbito de actuación de nuestro centro es toda la población alavesa, aunque para determinadas unidades (UPR y Comunidad Terapéutica) la población de referencia es la de la CAPV. Para obtener información válida y fiable acerca de nuestra población diana contamos con numerosas fuentes de información (2 a 1). Entre éstas están los diferentes enfoques y planes de diversas organizaciones con responsabilidad en la gestión de la salud y los sistemas sanitarios. Así, disponemos de los de carácter global (OMS), internacional (Asociación Mundial de Psiquiatría), estatal (Ley General de Sanidad, Ley de Autonomía del Paciente) y autonómico (Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, Planes de Salud de la CAPV). También contamos con informes relevantes acerca de las necesidades y expectativas de nuestros actuales y futuros clientes. Entre ellos podemos destacar los referidos a la planificación de la organización y cuidados psiquiátricos: el Informe para la Asistencia Psiquiátrica en Euskadi (Ajuriaguerra, 1983) y el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) que ya planteaban la orientación de la atención psiquiátrica hacia la comunidad y la externalización de los pacientes en vez de su asilo en los "manicomios". Otras fuentes de información relevantes son el Plan Estratégico de Osakidetza-Servicio vasco de salud, el Plan Estratégico de Salud Mental de Osakidetza, las estadísticas sociodemográficas (Eustat, INE), los

informes periódicos del Defensor del Pueblo Vasco (Ararteko) y otros, como las encuestas quinquenales de salud de la población que realiza el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
Nuestra política y estrategia se basa también, de forma fundamental, en los datos científicos procedentes de publicaciones internacionales y nacionales y en nuestros propios datos: de incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales y su evolución a lo largo de los años (Memorias Anuales), lo que nos permite predecir el impacto en la gestión de nuestros recursos, en su organización y en los costes. Los datos de actividad asistencial durante, por lo menos, las dos últimas décadas (9 a), también nos permiten predecir la evolución futura de los recursos (humanos, materiales y organizativos) necesarios para mantener e incrementar la satisfacción de nuestros clientes y otros grupos de interés.

Basamos también nuestra política y estrategia, además de en los datos anteriores, en la identificación, comprensión y anticipación de las necesidades y expectativas de nuestros clientes externos mediante la información directa procedente de su percepción (6 a). Desde hace 6 años disponemos de encuestas de expectativas y de opinión acerca de los diferentes aspectos de nuestros servicios de salud mental. Realizamos estas encuestas cada dos años a nuestros pacientes ambulatorios y con periodicidad anual a nuestros pacientes hospitalizados y, bienalmente también a sus familias (6 a). Asimismo, disponemos de indicadores de rendimiento complementarios de la satisfacción de nuestros clientes referentes a demoras en la atención y otros aspectos de la relación con nuestros pacientes (6 b). Además, mantenemos reuniones periódicas con los representantes de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales y con la Fundación Tutelar (5 c y 5 e), y colaboramos con ellas en la cogestión de determinados temas de interés común como la apertura de la UPR y la futura ampliación del jardín y la gestión de las tutelas/curatelas de pacientes, respectivamente. Como información complementaria de la percepción disponemos, desde hace varios años, de la procedente de la gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias de nuestros pacientes y sus familiares (5 e y 6 b 3).

Nuestra política y estrategia también se basa en las necesidades y expectativas de nuestras personas que identificamos, conocemos y anticipamos mediante encuestas de satisfacción bienales (7 a), y a través del diálogo y la comunicación fluidas entre los líderes y las personas de la organización y sus representantes. Esta comunicación y diálogo (3 d 1) se consigue también, de manera formal, mediante una satisfactoria y creciente participación de las personas en comisiones, en grupos de trabajo y en el trabajo en equipo (3 c 1). Existe también, y se gestiona, la información procedente de quejas, reclamaciones y sugerencias de mejora de nuestros empleados. Otra fuente valiosa de información es el contacto personal de los directivos y líderes con el resto de las personas de la organización mediante visitas periódicas a las diferentes unidades y actos sociales y de reconocimiento (3 e). Por otra parte, el equipo directivo mantiene una política de "puertas abiertas" y de escucha activa. Además de todo ello, mantenemos reuniones periódicas informativas con el Comité de Empresa, además de las de negociación y/o actualización de los convenios laborales y de los referidos a movilidad y promoción internas (3 b). Satisfacemos también las necesidades de las personas mediante los planes anuales dirigidos a mejorar su formación, con el incremento de las oportunidades de participación, de las vías de comunicación e información y de los mecanismos de desarrollo profesional (movilidad, promoción y comisiones de servicio) (3 b). Estos estímulos a la motivación, a la participación y a la comunicación, se completan con la aplicación de mecanismos (formales e informales) de reconocimiento y atención como, entre otros, la generalización de libranzas de fines de semana y los beneficios sociales (3 e).

Nuestra política y estrategia está basada también en las necesidades y expectativas de la Administración como grupo de interés. Desde hace siete años nuestros ingresos económicos proceden (en un 98,5 %), del denominado Contrato-Programa (acuerdo de Financiación por Actividad Asistencial con requisitos de Calidad técnica), mediante el cual la Dirección Territorial de Sanidad de Álava nos "compra" los servicios necesarios para el cuidado, el tratamiento y la mejoría de la salud mental de la población alavesa. Por otra parte, el Ente público Osakidetza-Svs también es tenido en cuenta respecto a sus expectativas y necesidades (asistenciales, de calidad y presupuestarias), mediante el pacto anual del Plan de Gestión. Este pacto anual tiene un mecanismo de seguimiento que son los Controles de Gestión cuatrimestrales, en los que se valora la evolución de estos parámetros y su planificación para el ejercicio siguiente. El Control de Gestión y el Contrato Programa son subprocesos de planificación y mejora (2 d 1).

Identificamos, comprendemos y anticipamos las necesidades y expectativas de otros grupos de interés tales como proveedores (farmacia y material sanitario), colaboradores y aliados (Atención Primaria, Unidad de Agudos del Hospital Santiago Apóstol, Fundación Tutelar, Entidades públicas y privadas de carácter docente y formativo (ver subcriterio 4 a), y otras ya mencionadas, como las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales.

Para identificar, comprender y anticipar los avances que se producen en el mercado contamos con (ver subcriterio 4 e): la información actualizada de las publicaciones científicas y el acceso a bases de datos biomédicos gestionadas por nuestro servicio de biblioteca; la asistencia a jornadas, congresos y simposiums acerca de, entre otros temas, la enfermedad mental, la farmacoterapia, la psicoterapia, la calidad asistencial y la gestión; la organización de congresos, jornadas, grupos y sesiones de trabajo para compartir el conocimiento; las lecturas de las memorias de actividad y de calidad de otros centros sanitarios; los informes de organizaciones dedicadas a la atención en salud mental; y las reuniones con responsables de otras áreas de salud mental. Otra fuente significativa de información y aprendizaje es la participación de técnicos, directivos y líderes en la elaboración de planes y estrategias de la corporación (Plan Estratégico de Salud Mental de Osakidetza, Plan de Desarrollo Profesional de Osakidetza), en auditorías internas y externas de procesos según la norma ISO, en autoevaluaciones de la organización y de sus unidades y, como miembros del club de evaluadores de Euskalit (1 c 1), en cursos de formación y reciclaje, en intercambios de buenas prácticas y en evaluaciones externas.

La efectividad y la percepción de la gestión de las necesidades y expectativas actuales y futuras de los principales grupos de interés se miden regularmente mediante los resultados e indicadores clave (9), los datos de percepción y los resultados de rendimiento interno de la sociedad (8), de las personas (7) y de nuestros clientes (6). Los indicadores para medir la efectividad y la percepción acerca de la Mejora de la Calidad Asistencial y la Mejora de la Calidad de la Gestión están integrados en el Plan de Calidad 2004-2007. Puede verse un resumen de estos indicadores en la figura 2 b 2.

Identificamos las mejores prácticas y las oportunidades de mejora basándonos en nuestra propia experiencia y en la de otros, en el aprendizaje y a través de nuestro propio trabajo. En este aspecto hemos de señalar que, como consecuencia del análisis de los datos obtenidos de nuestro "mercado" (usuarios actuales y potenciales) y de la información de los demás grupos de interés (2 a 1), elaboramos nuestros dos Planes Estratégicos (1997-2003 y 2004-2007) que nos

han permitido y permiten identificar, definir, priorizar y alcanzar objetivos determinantes para la satisfacción de nuestros grupos de interés. La reciente aprobación del Plan de Calidad de Osakidetza 2003-2007, nos ha facilitado la elaboración de nuestro propio Plan de Calidad. Este plan completa y permite un despliegue ordenado de todos los objetivos relacionados con las actividades de mejora de nuestros servicios sanitarios y de la calidad de nuestra gestión. Por otra parte, la adopción del modelo EFQM y las sucesivas autoevaluaciones bienales (tercera en 2004) nos han servido, en coherencia con el Plan Estratégico y el Plan de Calidad, para identificar y priorizar las acciones de mejora extraídas de los resultados de percepción y de rendimiento interno.

Además de los planes referidos, otros ejemplos de implantación y planificación de mejoras en política y estrategia son, entre otros, la puesta en marcha de la Gestión Clínica, la creación de la UPR, la creación de la UGS/Calidad, los Planes Anuales de Gestión, el Plan de Readecuación de Ingresos del hospital para incrementar el carácter rehabilitador en vez de residencial (criterios de ingreso y reorganización de la Psicogeriatría), la realización periódica de las encuestas de satisfacción de clientes y personas, el rediseño de los circuitos de quejas, reclamaciones y de sugerencias de clientes externos e internos, la autoevaluación "informatizada" del centro y de Unidades, la Gestión por Procesos y la informatización de los cuidados de enfermería (programa Zaineri).

FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Tipo de Información		Fuente	Periodicidad del análisis	Responsable	Utilidad	Inclusión en
"Mercado" Usuarios actuales y potenciales		OMS, Asoc. Prof., Bibliografía Científica	Variable	Consejo Técnico / Profesionales	Objetivos estratégicos	Política y Estrategia
		LGS, LAP, LOSE	Variable	Cons. Dirección / UGS	Objetivos estratégicos	Política y Estrategia
		Planes de Salud	8-10 años	Consejo Dirección	Objetivos estratégicos	Política y Estrategia
		Plan Estratégico de Salud Mental de Osakidetza	5 años	Equipo Directivo / Consejo Dirección	Planificación a largo plazo	Política y Estrategia
		Reforma Psiquiátrica	No periódico	Equipo Directivo	Política y Estrategia	Plan Estratégico
		Defensor del Pueblo	3 años	E Direc./ C. Dirección	Objetivos estratégicos	Política y Estrategia
		Incidencia y Prevalencia	Memoria Anual	Dirección Médica	Objetivos anuales	Plan Estratégico
		Datos de actividad	Memoria Anual	Dirección Médica	Objetivos anuales	Plan de Gestión
Satisfacción de usuarios		Encuesta pacientes CSMs	Bienal	C. Dirección/ UGS	Objetivos anuales	Plan de Calidad
		Encuesta pacientes hosp.	Anual	C. Dirección / UGS	Objetivos anuales	Plan de Calidad
		Encuesta a familiares	Bienal	C. Dirección / UGS	Objetivos anuales	Plan de Calidad
		Reuniones AAFF y FT	Cuatrimestral	Director Gerente	Objetivos anuales	Plan Estratégico
		Ind. de rend. interno	Mensual	D. Médica / UGS	Objetivos anuales	P.Gestión y P. Calidad
Otros grupos de interés	Personas	Encuesta	Bienal	Dirección de Personal	Objetivos anuales	Plan de Calidad
		Ind. rendimiento interno	Anual	Dirección Personal	Objetivos anuales	P.Gestión y P. Calidad
	Administración	Contrato – Programa	Anual	Equipo Dirección	Objetivos anuales	Contrato Programa
		Control de Gestión	Cuatrimestral	Equipo Dirección	Objetivos anuales	Plan de Gestión Anual
	Colaboradores	Alianzas y Colaboraciones	Variable	Variable (ver 4a)	Objetivos anuales	Plan de Calidad

Figura 2 a 1

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

Nuestros indicadores internos de rendimiento son, desde hace tiempo, numerosos, y abarcan prácticamente todas las áreas de gestión de la organización. Disponemos de cuadros de mando para todas ellas. Destacan, por su permanencia en el tiempo, los datos de rendimiento interno de carácter asistencial, económicos y de calidad técnica. Estos indicadores de rendimiento interno están descritos exhaustivamente en las Memorias Anuales desde hace muchos años. En la figura 2 b 1 puede apreciarse un resumen de los principales indicadores de rendimiento interno que manejamos en nuestra gestión. Desde Junio de 2004 la totalidad de los indicadores están integrados en el Plan de Calidad 2004-2007. Todos ellos sirven para, viendo su evolución en el tiempo, poder predecir resultados a medio y largo plazo, como por ejemplo, el incremento constante de la demanda de consultas (9 a 7 y 8), el incremento constante del gasto farmacéutico (9 b 3), la demora para la atención en primera consulta (6 b 2.2), el gasto en sustituciones (9 a 3) o el ajuste a la previsión anual de cierre económico del Contrato-Programa (9 b 1). Para corregir y adecuar los resultados anuales o plurianuales de los indicadores de rendimiento interno a los objetivos previstos, los líderes, con la periodicidad establecida (mensual, cuatrimestral y anual) toman las medidas pertinentes. Cada uno de estos indicadores de rendimiento interno tiene un responsable de su análisis y su gestión, aunque en último término las decisiones ejecutivas corresponden al Consejo de Dirección y al Equipo Directivo. En la figura 2 b 1 pueden verse algunos de los indicadores más relevantes del cuadro de mando previo a la puesta en marcha del Plan de Calidad.

Este tipo de indicadores (ejemplos de la figura 2 b 1) habían sido objeto de actualización periódica en razón de mejorar su utilidad, de redefinir su periodicidad y de homogeneizar los datos con los de otras organizaciones similares a la nuestra. En 1998 el Equipo Directivo realizó una primera evaluación, y tras la puesta en común con el resto de las organizaciones psiquiátricas de Osakidetza-Svs durante los años 1999-2000, disponemos de indicadores de rendimiento interno homogeneizados, lo que nos permite realizar comparaciones. Desde 2001, tras una revisión similar, se han homogeneizado también los datos referentes a la satisfacción de clientes. La última readecuación de los cuadros de mando data de Junio de 2004, y ha sido debida a la puesta en marcha de Plan de Calidad 2004-2007. En este plan se incluyen todos los indicadores

necesarios para la gestión integral del centro basándonos en el Modelo de Excelencia (2 b 2). Se contemplan todos los indicadores pertinentes para la Mejora de la Calidad del Servicio Sanitario y la Mejora de la Calidad de la Gestión, y se plantean objetivos de rendimiento para todas las áreas de gestión mediante la utilización de 397 indicadores, incluyendo su seguimiento semestral o anual. Hasta la puesta en marcha del Plan de Calidad, además de los análisis periódicos de los indicadores, disponíamos y seguimos disponiendo, de varios mecanismos para la evaluación y "control" de los datos. Estos mecanismos son, por ejemplo: el "Control de Gestión" cuatrimestral entre el Equipo Directivo y la Dirección General (subproceso de planificación y mejora); el Contrato-Programa anual que se acuerda con la Dirección Territorial de Sanidad y que se evalúa dos veces al año (también es un subproceso de planificación y mejora); el Consejo de Dirección valora bimensualmente la evolución de los datos asistenciales y económicos; la Comisión de Coordinación y el Equipo Directivo realizan mensualmente la evaluación de datos de actividad y de calidad técnica o de rendimiento interno. Todos estos controles persiguen la adecuación de los objetivos anuales o plurianuales y la corrección planificada de las desviaciones.

Además de la información que se desprende de las actividades del aprendizaje que suponen la elaboración, la homogeneización, la readecuación, la puesta en marcha y la evaluación periódica de los indicadores arriba mencionados (2 b 1 y 2 b 2), podemos poner, como otros ejemplos de aprendizaje, los procedentes de las actividades relacionadas con el conocimiento, la búsqueda de las mejores prácticas, la formación, la docencia y la investigación y las referidas a la gestión de la calidad. Se resumen en la figura 2 b 3, pero hay más ejemplos en 1 c 1 y 4 e 2.

En lo que se refiere al análisis de los datos sobre nuestra imagen externa y al "conocimiento de marca", podemos referir el nivel de prestigio alcanzado por nuestro centro dentro y fuera de la red sanitaria vasca. Muestra de ello son los reconocimientos públicos alcanzados: las certificaciones ISO (5 a), la Q de plata del GV y Euskalit a la Calidad en la Gestión, el liderazgo en la formación de Enfermeras Residentes (4 e), el ser centro de referencia en el tratamiento de psicosis refractarias (5 c y 5 e), las publicaciones de libros, guías y artículos (4 e 2), la experiencia propia en el uso y aplicación de la "autoevaluación informatizada" (4 e), las conferencias dentro y fuera de la CAPV sobre la aplicación del Modelo de Excelencia (1 c 1), y la participación de directivos (con la Organización Central) en la elaboración de planes de desarrollo profesional, de planes estratégicos y de comisiones de seguimiento (UPR y Plan de Calidad de la corporación). Todas estas colaboraciones contribuyen a crear una imagen positiva de nuestro centro que así percibimos nosotros. La Dirección General de Osakidetza, por ejemplo, nos reconoce como ejemplo a seguir en recursos y organización de los dispositivos de salud mental, en resultados clave, en resultados de satisfacción de los empleados y en avances en la gestión de la calidad (Q de Plata). La prensa escrita y otros medios de comunicación reflejan a menudo nuestras actividades, iniciativas y reconocimientos (nuevos servicios y colaboraciones con otras instituciones para la rehabilitación de pacientes). También supone una fuente de reconocimiento para nosotros el que otras organizaciones de la CAPV y de fuera de nuestra comunidad, nos soliciten muy habitualmente documentos de planificación estratégica y de calidad, procedimientos asistenciales y asesoría para sus autoevaluaciones.

El análisis de los datos de rendimiento de la competencia, organizaciones similares y las consideradas como las mejores se realiza a través de varias vías: Consultas de los datos de las memorias anuales de actividad, económicas y de calidad de otros centros, análisis de los informes semestrales elaborados por la organización central e informes bienales de resultados de encuestas de satisfacción de clientes y personas. Los informes trimestrales y anuales de la gestión de Quejas y Reclamaciones de los usuarios también son analizados.

PRINCIPALES INDICADORES DE RENDIMIENTO INTERNO
RESUMEN DE CUADRO DE MANDO PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD

Tipo	Denominación	Periodicidad	Definición
Datos asistenciales	Ingresos	Mens/Anual	Número Ingresos
	Altas	Mens/Anual	Número Altas
	Ocupación	Mens/Anual	% Camas Ocupadas
	Reingresos	Mens/Anual	% sobre total ingr.
	Mortalidad	Mens/Anual	% Fallec/Ingresos T
	Fugas	Trimestral	%Fugas/NºPacientes
	Agresiones	Trimestral	%Agresiones/NºPac.
	Primeras Consultas	Mens/Anual	NºPrimeras Ctas
	Pacientes diferentes	Anual	Nº Pac. diferentes
	Sucesivas/Primeras	Mens/Anual	NºSuces/NºPrimeras
Datos económicos	Total ingresos	Anual	Total
	Ingresos C.P.	Anual	Total
	Ingresos Terceros	Mens/Anual	Totales
	Total gastos	Mens/Anual	Totales
	Gastos total personal	Mens/Anual	Totales
	Gastos sustituciones	Mens/Anual	Totales
	Gastos SS	Mens/Anual	Totales
	Formación	Anual	Total
	Material Sanitario	Mens/Anual	Totales
	Inversiones	Trim/Anual	Totales
Requisitos de calidad	"Evalúa"	Anual	Puntuaciones
	Reinicios CSMs	Men/Anual	% sobre total 1ª Cta
	Reingresos H.	Mens/Anual	% sobre total ingr.
	Respuesta Quejas	Trim/Anual	Demora y Resol.
	Entrega Inform. Alta	Altas	% entrega en mano
	Estancia Media UME	Mens/Anual	Media
	Errores Medicación	Mens/Anual	% sobre adm. medic.

Figura 2 b 1

Las comparaciones con las organizaciones consideradas como las mejores es un ejercicio que realizamos anualmente, con ocasión de las evaluaciones externas y del reciclaje que realizamos como evaluadores de Euskalit, al leer las memorias de calidad de otras organizaciones (incluidas las de fuera de nuestro ámbito) y, con mayor intensidad, al elaborar las memorias para las evaluaciones externas. Analizamos los datos de otras organizaciones cuando disponemos de ellos (resultados económicos, resultados de encuestas de satisfacción de clientes o de empleados), y cuando otras organizaciones hacen públicos sus resultados de encuestas, autoevaluaciones externas y auditorías. También analizamos los datos de otras organizaciones durante la asesoría en sus autoevaluaciones (1 c 1). Los resultados de las comparaciones y los métodos para obtenerlos se utilizan para reflexionar y, si procede, introducir las mejoras pertinentes en nuestra propia gestión. Así, por ejemplo, otras organizaciones de gestión privada sanitarias y no sanitarias realizan las encuestas de satisfacción de clientes con periodicidad anual. En nuestro caso, dado que la población de referencia apenas varía año tras año, nos parece más adecuado (y más económico) hacerlas bienales. Para conseguir una creciente participación en las encuestas de los empleados hemos decidido, además de realizar estas encuestas de forma voluntaria y anónima,

segmentarlas por unidades en razón del propio interés de las unidades en conocer la opinión de las personas de sus equipos. Por razones similares a las de satisfacción de clientes, las encuestas a los profesionales (personal fijo y estable) las hacemos también bienales. De la gestión de las quejas y reclamaciones de los clientes hemos aprendido que, simplificando el circuito para el cambio de médico, los pacientes tienen más opciones de resolver antes su problema, y mejora su relación con nosotros (5 e). Los resultados de la mayoría de los aspectos de satisfacción de nuestros empleados son superiores a los de la media de la red en la mayoría de los factores de satisfacción (7 a 2) y, en bastantes de ellos, a los de las organizaciones consideradas como las mejores (7 a 3); la mayoría de los resultados de los indicadores de rendimiento interno también son satisfactorios en su evolución y en las comparaciones (7 b). La segmentación de la encuesta de satisfacción de empleados nos sirve para adecuar la gestión, la formación, la información u otros aspectos de la satisfacción de las personas, dependiendo de los resultados de la encuesta en las diferentes unidades (7 a 5). La percepción de los Valores (7 a 6) nos es útil, además de para ver la adecuación de nuestra Misión y nuestra Visión, obtener información fundamental de la implicación de las personas con el servicio eficiente y de calidad que pretendemos dar a los usuarios.

CUADRO DE MANDO TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD
EJEMPLOS DE INDICADORES DE RENDIMIENTO INTERNO

	Objetivo Específico	Indicadores	Objetivo	Resultado
MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO	1.1. Mejora de la Eficiencia y Efectividad de las prestaciones sanitarias	Mejoría tras la consulta	>50%	67,20%
		Reinicios en los CSMs	<35%	32,4%
		Reingresos en la U. Media Estancia	<10%	11,2%
		Estancia Media Acumulada en la UME	<150	97
	1.2. Mejora de la Continuidad en la Atención	Informes de continuidad de cuidados en enfermería	>95%	100%
		Cita Previa de pacientes derivados a CSMs	100%	100%
		Entrega del Informe de Alta en mano	80%	98,7
	1.3. Mejora en el uso de las prestaciones sanitarias	Derivación de Atención Primaria a los CSMs	>70%	72,50%
		Valoraciones de la Comisión de Ingresos UPR	100%	100%
	1.4. Mejora de la seguridad de los pacientes en la intra y extrahospitalaria	Errores de medicación en pacientes ingresados	<0,10%	0,002%
		Úlceras de Decúbito en pacientes ingresados	<0,10%	0,006%
		Accidentes en pacientes ingresados	<0,05%	0,022%
		Valoración trimestral de dependencia de pacientes	100%	100%
		Fugas por Unidad y Nivel de vigilancia	0,20%	0,122%
	1.5. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias	Demora Media para Primeras Consultas (días)	< 30	19
		Procedimiento de 2ª opinión en CSMs sobre total	100%	100%
	1.6. Mejora del trato y condiciones hosteleras	Valoración positiva del trato dado en CSMs	>90%	94,30%
		Confidencialidad en las consultas	>90%	92,20%
		Valoración positiva de la limpieza de consultas	>90%	93,90%
	1.7. Mejora de la Información	Unidades/CSMs con Guías Informativas de servicios	> 40%	82,35
		Valoración positiva de la información del terapeuta	>60%	73,5%
		Puntuación("Evalúa") de los informes de alta en H.	>90 puntos	90,7
MEJORA DE LA CALIDAD EN LA GESTION	2.1. Liderazgo	Conocimiento de la M, V y V	>40%	35%
		Autoevaluación según EFQM	Bienal	Bienal
		Implantación Sistema de Gestión de la Calidad	2004	Mayo 04
	2.2. Política y Estrategia	Valoración de posibilidades departicipación de las personas	>30%	75%
		Reducción de camas residenciales en Psicogeriatría (hasta 2007)	- 40	-13(32,5%)
	2.3. Personas	Satisfacción con instrucciones para el trabajo	>40%	79,45%
		Valoración positiva igualdad en promoción/desarrollo	>40%	54,81%
		Reconocimiento en la unidad	>40%	60,01%
		Absentismo	< 7%	6%
		Satisfacción General percibida (MB+B+N)	>70%	85,33
	2.4. Alianzas y Recursos	Derivaciones de A. Primaria a S. Mental	>60%	87,50%
		Percepción positiva de la formación impartida	>50%	72,88%
		Sistematización Gestión Medioambiental	2004	Nov.2004
	2.5. Procesos	Participación en equipos de mejora	>60%	67%
		Valoración positiva de la asistencia en CSMs	>80%	88,90%
		Valoración positiva de asistencia en las U. Hosp.	>80%	85%
		Demora media respuesta a reclamaciones (días)	<20	11

Figura 2 b 2

Las competencias de los aliados se analizan, previamente al establecimiento de las alianzas, mediante reuniones de trabajo conjuntas en las que ambas partes exponen el interés y la conveniencia de iniciar una colaboración temporal o una alianza más estable con nuestra organización. En casi todas ellas, dada la existencia de objetivos comunes que añaden valor en el servicio prestado a los clientes o a las personas (formación) o a la organización, se establece un convenio, proceso o procedimiento común. Ejemplos de las competencias de los aliados actuales pueden verse con más detalle en el subcriterio 4 a y en concreto en las figuras 4 a 1, 4 a 2 y 4 a 3. Los objetivos de nuestra organización (pública, territorial y perteneciente a una corporación o Ente Público Osakidetza-Svs), aconsejan reforzar las actuales alianzas (4 a) para reorientarlas a una mejor respuesta a las necesidades sociales, más que sanitarias, de los pacientes ingresados en el hospital. Dada la necesidad de entendimiento con los organismos e instituciones sociales para dar solución a este aspecto de la gestión (el llamado Espacio Socio-Sanitario), es preciso ampliar las líneas de colaboración para, por ejemplo, resolver el problema de las ayudas para alojamiento y manutención de los pacientes sin recursos dados

de alta de nuestros dispositivos, o para residenciar a pacientes, estabilizados desde el punto de vista psiquiátrico, que pueden vivir en la comunidad. Otros ejemplos del análisis y aprovechamiento de las competencias de los colaboradores son los programas de arteterapia o de rehabilitación mediante la adopción de mascotas.
Otro buen ejemplo de aprovechamiento de las competencias de los colaboradores es el que se produce debido a la implantación progresiva de sistemas de gestión de la calidad en toda la corporación, lo que ha motivado que las organizaciones de salud mental nos coordinemos para estabilizar, describir y desarrollar de forma coordinada los procesos y subprocesos específicamente asistenciales (2 d 1). Más ejemplos de compartir competencias con aliados son, entre otros, el manejo, con criterios comunes, de determinadas patologías con Atención Primaria, la gestión común de las Becas Comisionadas con esta misma organización, la futura puesta en marcha de las Aulas Terapéutico-Educativas con el Departamento de Educación y la colaboración con la Subdirección de Calidad de Osakidetza para la coordinación de los subprocesos asistenciales antes mencionada y la publicación de las guías de evaluación informatizada de unidades y organizaciones sanitarias.

INFORMACIÓN PROCEDENTE DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Fuente	Á. de Gestión	Frec.	Responsable
Encuesta Clientes	Asistencial	A/Bienal	D. Médica y UGS
Encuesta Personas	Personal	Bienal	D. de Personal
Form. Continuada	Docente	Anual	Com. Docencia
Docencia	Docente	Anual	Com. Docencia
Investigación	Investigación	Anual	Com. Docencia
Autoeval. Organiz.	Calidad	Bienal	D. Gerente
Autoeval. Unidades	Calidad	Bienal	D. Gerente
AAFF	Rel. Clientes	Cuatr.	D.Gerente
Fundación Tutelar	Rel. Clientes	Trim.	D. Gerente
Datos Biomédicos	Conocimiento	Variable	D. Médica
Biblioteca	Conocimiento	Trim.	Resp. Biblioteca
Org. Foros, Congr.	Conocimiento	Variable	Varios
Sesiones Clínicas	Conocimiento	Mens.	Psiquiatras
Internet	Tecnología	Variable	Informática
Intranet	Tecnología	Variable	Informática/UGS
Asistencia a Congr.	Conocimiento	Variable	C. Docencia

Figura 2 b 3

Los datos relativos a las cuestiones sociales, medioambientales, de seguridad y salud laborales, legales y políticas, a corto y largo plazo, son también objeto de observación y de análisis y, de la misma forma que otros datos, se prevén las medidas, no sólo para dar cumplimiento a los requisitos y normativas en vigor, sino para avanzar en su gestión. Las cuestiones sociales que nos afectan, algunas mencionadas en el párrafo anterior, están siendo gestionadas en coordinación con las instancias sociales: Comisión Territorial Sociosanitaria, de la que dependen grupos de trabajo para la evaluación de recursos y de las necesidades socio-sanitarias. Esta comisión también realiza la revisión de los acuerdos entre instituciones sanitarias y sociales: acuerdos sobre el uso compartido de camas, intercambio de servicios (camas por lavandería) y criterios de ingreso de pacientes. En esta comisión también se abordan temas referentes a las ayudas económicas de carácter social de personas marginadas por la enfermedad mental (alojamiento, sobre todo). En un contexto más general, las cuestiones sociales y económicas que nos afectan ya están contempladas en los presupuestos sanitarios, y por lo tanto, en el de nuestra organización. Nuestra financiación económica proviene del Contrato-Programa, como en el resto de las organizaciones y territorios y son las Direcciones Territoriales de Sanidad las responsables, contando con nuestras previsiones, de dotar a las organizaciones de la financiación necesaria, que siempre resulta limitada. Nuestra gestión, como ya se dice en otros apartados, consiste en aprovechar al máximo esta dotación, haciéndolo de forma eficaz y eficiente. Las cuestiones medioambientales también han sido y son tenidas en cuenta (8 b) y hemos iniciado su gestión sistemática con la creación del Comité de Gestión Medioambiental y el diagnóstico Legescan (4 c). Las cuestiones referentes a la gestión de Seguridad y Salud Laboral también ocupan parte de nuestro tiempo de gestión: el Comité de Seguridad y Salud, los Mapas de Riesgos, las inversiones en seguridad, la vigilancia de la salud y la incorporación de la Unidad de Salud Laboral, son ejemplos fehacientes del avance en estas cuestiones(4 c).

Algunos de los sistemas que utilizamos para analizar los datos de los efectos de los servicios a lo largo de todo su ciclo de vida están basados en los resultados de algunos de nuestros propios indicadores, aunque este aspecto de nuestra actividad requiere un análisis muy complejo y a largo plazo ya que la mayoría de las patologías que atendemos son de curso crónico. Nuestros servicios, en muchos casos, suelen durar años y para algunos pacientes, toda la vida. Entre los indicadores más relevantes en este ámbito de gestión (6 b y 9 b) podemos destacar el número de altas, el descenso de la estancia media, las tasas de reinicios y reingresos, los pacientes que se derivan a dispositivos alternativos a la hospitalización y el número de pacientes desinstitucionalizados (9 b 22 y 23). Todos estos indicadores y muchos más, también pueden consultarse en nuestras memorias anuales de actividad, donde hay información relevante de la evolución de los padecimientos psiquiátricos en nuestro territorio. Algunos otros, también reseñables, se muestran como ejemplo en la figura 2 b 2. El Plan de Calidad contiene todos los indicadores necesarios para el análisis de los servicios a largo plazo (5 años). Un aspecto de los efectos a largo plazo de los productos que manejamos, inseparable y complementario al de los servicios es, por ejemplo, la influencia de los nuevos y potentes psicofármacos que contribuyen a estabilizar con mayor prontitud a los pacientes en las fases aguda y subaguda de la enfermedad, lo que permite acortar los ingresos de los que se hospitalizan y los períodos de baja laboral de los pacientes ambulatorios. Los efectos secundarios de los fármacos se analizan, además de con la valoración individual, a través de la estadística general de efectos adversos de los fármacos, centralizada en un programa específico de ámbitos autonómico y estatal.

Nuestro enfoque para identificar y comprender los indicadores económicos y demográficos se basa en varios conceptos concatenados y dependientes entre sí. Nuestra política y estrategia se fundamenta en prestar servicios de salud en el ámbito de la patología mental con calidad y eficiencia. Nuestra financiación proviene del Departamento de Sanidad a través del Contrato-Programa. Por ello, los indicadores económicos relevantes para nosotros son aquellos referidos al presupuesto sanitario general, al presupuesto sanitario de nuestro territorio y al de nuestro centro. Indudablemente, estos presupuestos dependen de las políticas de los gobiernos autonómico y territorial y de la política y estrategia de nuestra propia organización. Los programas políticos y sociales de los gobiernos de cada legislatura tienen gran influencia en la asignación de fondos y recursos (humanos y materiales) necesarios, pero también son importantes otros factores para esa asignación como los resultados de salud (Encuesta quinquenal de Salud de la población vasca) y los indicadores de la evolución de las diversas

patologías mentales. Los datos asistenciales (9 a y b) nos hacen tomar decisiones de gestión a corto y largo plazo, como los refuerzos de consultas por el incremento de la demanda, la apertura de nuevas unidades o servicios en relación a las necesidades detectadas o la reducción del número de camas residenciales por nuestra política de desinstitucionalización ("Beneficios de la Desinstitucionalización y Calidad de Vida de los Pacientes", estudio publicado por una psiquiatra de nuestro centro). También tenemos en cuenta los datos demográficos y sociales: habrá más actos asistenciales en el futuro por el envejecimiento de la población; observamos un incremento constante del gasto farmacéutico por la generalización del uso, entre otros, de fármacos antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos; también tenemos en cuenta crecimientos de la demanda por otros motivos, como por ejemplo el de la patología no severa debida a cuestiones convivenciales (conflictos en el entorno social y familiar), educacionales (baja tolerancia a la frustración, alto grado de permisividad de los educadores, escasez de límites en la adolescencia) y de la popularización (está bien visto socialmente) del hecho de asistir a consultas con el psicólogo o el psiquiatra.

Los sistemas para analizar los datos para determinar el impacto de las nuevas tecnologías y los modelos de gestión sobre el rendimiento de la organización son de varios tipos. Disponemos de indicadores útiles para ello. Entre otros, están los que sirven para el análisis a medio-largo plazo: los del Plan de Calidad, los Factores Críticos de Éxito, los Controles de Gestión Cuatrimestrales y el Cuadro de Mando Integral. Los cuadros de mando mensuales que el Consejo de Dirección, el Consejo Técnico, la Comisión de Coordinación de Área y los responsables de Unidades manejan también ayudan a analizar el rendimiento a corto plazo de las unidades y de la organización en su conjunto. En estos foros se toman las decisiones necesarias para la consecución o la modificación, si es necesaria, de los objetivos anuales. Desde otra perspectiva, los reconocimientos externos suponen también una medida del impacto de los nuevos modelos de gestión sobre el rendimiento general de la organización. Ejemplos de ello son la satisfacción de las personas, comparativamente más alta que la media de la red (7 a 2), ser referente en el uso y divulgación del modelo de gestión de la calidad total, en formación de profesionales, en la aplicación del modelo de la Psiquiatría Comunitaria, las certificaciones ISO conseguidas (o en vías de consecución) y la obtención de la Q de Plata a la Calidad en la Gestión.

Para medir y revisar la gestión de los indicadores de rendimiento, de aprendizaje y de las actividades externas en los que se basa nuestra política y estrategia, utilizamos el análisis periódico de los datos que realiza el equipo directivo y otros líderes, mencionado en el párrafo anterior. Fruto de este análisis, completado con las autoevaluaciones, y la necesidad de contar con indicadores realmente útiles y de establecer comparaciones homogéneas, hemos redefinido muchos de nuestros indicadores y sus objetivos: reinicios, reingresos, contactos, índice de sucesivas/primeras, altas por unidades y consultas, cuestionarios de satisfacción de clientes y personas…También, como consecuencia de las autoevaluaciones, hemos identificado posibles áreas de mejora en la gestión de la información de los indicadores. Entre ellas, la identificación y definición por la Comisión de Calidad de los Factores Críticos de Éxito (2 c 1), el Cuadro de Mando Integral (en colaboración con la Dirección General) y el Plan de Calidad. El equipo directivo y la Comisión de Calidad han aprobado y se ha implantado el Plan de Calidad (resumen de indicadores en la figura 2 b 2) y la medición de las condiciones para obtener el éxito a largo plazo de la organización mediante los FCE (2 c 1). El Cuadro de Mando Integral se implantará, tras su redacción definitiva, en cuanto sea aprobado; probablemente en el primer cuatrimestre de 2005.

2 c DESARROLLO, REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Es importante empezar por explicar que el desarrollo de nuestra política en la atención a la Salud Mental está marcado por dos hitos fundamentales que han influido de forma especial en el modo de entender y prestar cuidados de salud a las personas con trastorno mental. El primero de ellos fue el Informe Ajuriaguerra de 1983, elaborado como resultado del análisis de situación de la atención psiquiátrica en ese momento. Este análisis fue solicitado por el Gobierno Vasco, entonces sin competencias en Sanidad, a este prestigioso psiquiatra. El segundo fue el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985. En este documento se recoge (pág. 20) que el desarrollo de un sistema integrado de atención a la Salud Mental ha de contemplar los siguientes objetivos:

- Potenciar las acciones de protección de la salud mental y la atención psiquiátrica dentro del entorno social propio de la población en riesgo.
- Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces.
- Desarrollar programas de rehabilitación para el enfermo mental e ir estableciendo unas condiciones mínimas para ello en todos los casos (incluyendo al enfermo crónico y a los pacientes institucionalizados).
- Garantizar los derechos civiles del paciente frente a las actuaciones sanitarias que puedan llevar consigo una limitación de su libertad.

Estas recomendaciones comparten las ideas recogidas en documentos e informes de la OMS, de asociaciones profesionales del mundo de la psiquiatría, psicología, trabajo social y de foros de pacientes y familiares, y han sido seguidas y puestas en práctica por países de nuestro entorno y de similar cultura social, donde, como en nuestro caso, se vienen aplicando y reforzando las medidas alternativas al sistema de atención psiquiátrica asilar. En nuestra red de salud mental la desinstitucionalización progresiva, la integración de nuestros dispositivos en la comunidad, el desarrollo de programas y servicios de rehabilitación y el respeto a los derechos civiles del paciente son los ejes fundamentales de nuestra política y las razones profundas del diseño y desarrollo de nuestros servicios asistenciales en los últimos años. Asimismo, puede verse que los principios básicos mencionados en el párrafo anterior están muy presentes en nuestra Misión, Visión y Cultura (Valores). Los dos planes estratégicos elaborados hasta ahora definen claramente nuestra política y se reflejan, mejor en el segundo que en el primero, los conceptos fundamentales de la Excelencia. Nuestro primer PE fue elaborado en 1997 con idea de desarrollar objetivos a cinco años vista. Durante 2003 realizamos la revisión de dicho plan por otras dos razones: era un área de mejora de la autoevaluación de 2002 y porque vimos que el grado de cumplimiento de los planes de acción era alto (Acta de evaluación del primer PE). El Consejo de Dirección decidió elaborar el segundo PE al considerar necesario, además, reformular muchos de los objetivos y planes de acción, y redefinir la Misión, Visión, Valores y Cultura de la organización. En este 2º PE se incrementó la participación de los grupos de interés, las sugerencias recibidas y se realizó el análisis de coherencia con la corporación (1 a 3). El borrador del este 2º PE fue distribuido en Diciembre de 2003 y finalmente aprobado por el Consejo de Dirección en Enero de 2004, por lo que desde esa fecha está plenamente vigente.

En él se realiza una valoración de las amenazas y oportunidades (análisis del entorno) y de debilidades y fortalezas (análisis interno), no sólo para tratar de equilibrar las necesidades y expectativas a corto y largo plazo de todos los grupos de interés, sino también para evaluar los riesgos y posibles situaciones futuras e incluso, para identificar las ventajas competitivas actuales o futuras y para analizar la capacidad de aprovechar las oportunidades. Estas valoraciones del análisis del entorno e interno están basadas en el trabajo y el consenso entre el Consejo de Dirección y profesionales de la asistencia psiquiátrica de nuestra red. Dichos análisis, interno y del entorno, contemplan como AMENAZAS aspectos tales como la descoordinación entre dispositivos propios y ajenos, la saturación por el incremento de la demanda (incluyendo la de origen judicial), la escasez de profesionales en formación, el estigma de la enfermedad mental (incluso entre los profesionales sanitarios), y la existencia de nuevas culturas sociales y nuevas adicciones que crean nuevas patologías. Como OPORTUNIDADES identificamos, entre otras, el desarrollo del trabajo conjunto con otros dispositivos como atención primaria y servicios sociales, la importancia progresivamente relevante, desde el punto de vista social y sanitario, de la salud mental, la disponibilidad creciente de nuevas tecnologías (informática y farmacología, por ejemplo) y sistemas de información e investigación (medicina basada en la evidencia), la posibilidad de acreditación docente de nuestro centro, el interés social y la participación de asociaciones en la lucha contra el estigma de la enfermedad mental. Como DEBILIDADES, creemos que las más relevantes son la falta de autonomía para la gestión de los recursos humanos (limitada por la legislación), el escaso nivel de consenso en criterios de tratamiento y evaluación de las distintas alternativas terapéuticas, la escasa formación y motivación para la investigación, una remuneración poco acorde con el nivel de especialización, la ausencia de una cartera de servicios consensuada entre profesionales y autoridades sanitarias y la ausencia de planes de desarrollo profesional y de carreras profesionales. Entre las FORTALEZAS más destacables podemos señalar la amplia diversidad de dispositivos asistenciales y su buena accesibilidad, la libertad de prescripción, la implicación de los profesionales en el buen funcionamiento de la asistencia psiquiátrica, nuestra mejor situación objetiva respecto a otras redes de salud mental, la imagen positiva de los profesionales entre pacientes y usuarios, el desarrollo del modelo comunitario, la buena conexión entre la formación continuada y la práctica clínica y ser referencia para organizaciones similares en la gestión de la calidad.

En el párrafo anterior pueden entreverse algunas de las necesidades y capacidades fundamentales para que las alianzas y líneas de colaboración ayuden a hacer realidad nuestra política y estrategia. Las más importantes a este respecto son, por ejemplo: con Atención Primaria para la renovación y elaboración de criterios para la derivación de pacientes a salud mental y el manejo conjunto de diversas patologías; con instituciones sociales para colaborar en la gestión del espacio socio-sanitario y hacer realidad la progresión de la desinstitucionalización de pacientes; con entidades formativas para garantizar una mejor asistencia futura y con la Dirección Territorial de Sanidad para la adecuación del Contrato-Programa (cartera de servicios, financiación de programas especiales y de la calidad, por ejemplo). Existen bastantes líneas de colaboración y alianzas, que hemos clasificado en tres grupos: las de carácter asistencial y socio-sanitario (4 a 1), las de adquisición de productos o prestación de servicios complementarios a nuestro centro (4 a 2) y las de carácter formativo (4 a 3).

La constancia de nuestra política, de nuestras líneas estratégicas y de los objetivos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de nuestros clientes y grupos de interés, hace que nos replanteemos periódicamente el análisis y la apertura, si procede, de nuevos servicios o que modifiquemos los existentes, de acuerdo con algunos de nuestros aliados, para conseguir nuestros objetivos estratégicos. Ejemplos de ello son la apertura de nuevas unidades como la Unidad de Psicosis Refractaria, pionera y referencia en la CAPV y en el resto de España en el tratamiento de la psicosis resistente al tratamiento, la Consulta de Acogida en los CSMs, el servicio de Atención a las Ludopatías, el Servicio de Rehabilitación Comunitaria, los Centros y Hospitales de Día, los pisos tutelados para pacientes desinstitucionalizados y el Plan de Readecuación de Ingresos en el hospital. Este plan, coherente con nuestra política y estrategia, trata de potenciar la salida de enfermos a su medio social y disminuir la institucionalización. Es un plan a 5 años y para su aprobación hemos contado con los profesionales de las unidades afectadas y con la colaboración de un aliado fundamental como es el Instituto Foral de Bienestar Social de Álava que, en el marco de la Comisión Territorial Socio-Sanitaria, responde a las necesidades residenciales de los pacientes que damos de alta a cambio de la prestación sanitaria (o de su coste) por nuestra parte.

Tras la segunda autoevaluación en el año 2000 identificamos, al haberlos definido como área de mejora, los factores críticos de éxito. Entonces relacionábamos los principales procesos, incluyendo los procesos clave, con el impacto (alto, medio, bajo) en nuestras tres líneas estratégicas. Durante la elaboración del 2 º PE, hemos redefinido nuestros factores críticos de éxito y les hemos asignado indicadores muy relevantes a cada uno de ellos con el fin de ver, de forma sintética, la evolución de nuestra organización en relación a las líneas estratégicas y a nuestra P y E. Incluimos en los Factores Críticos de Éxito datos de satisfacción de clientes, de personas, de gestión eficiente y de calidad y de percepción de los valores, que creemos conforman las condiciones que deben darse para obtener el éxito a largo plazo (2 c 1).

FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO

	2002	2004	Objetivo
FACTORES DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES			
Satisfacción con la atención prestada	93%	91%	>90%
Satisfacción con la accesibilidad (demora)	87%	88%	>85%
FACTORES DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS			
Motivación (media)	3,34	3,31*	>3
Satisfacción (media)	3,32	3,19*	>3
FACTOR CONTINUIDAD DE CUIDADOS			
Informe Alta y Cita previa	100%	100%	100%
Hoja de Continuidad de Cuidados	100%	100%	100%
FACTORES DE GESTIÓN EFICIENTE Y DE CALIDAD			
% de desviación de Contrato-Programa	+0,48	-0,43	<1%
Puntuación autoevaluaciones	+ 400	538	>500
FACTORES RELACIONADOS CON LOS VALORES			
Actuación eficiente y de calidad	3,62	3,26*	>3
Mejor servicio posible	3,65	3,47*	>3

Figura 2 c 1

Los asteriscos de la figura 2 c 1 corresponden a los datos procedentes de la encuesta de satisfacción de 2004 que, a diferencia de la anterior, consta de 5 alternativas de respuesta en vez de cuatro lo que condiciona la respuesta de los encuestados. El dato de cumplimiento del CP de 2004 corresponde a 2003.

Además de los factores críticos de éxito, las autoevaluaciones bienales, los resultados anuales de gestión y los bienales de percepción de los principales grupos de interés, disponemos, desde Junio de 2004, para la evaluación de la importancia y la eficacia de la P y E, de un elemento potencialmente eficaz como es el Plan de Calidad 2004-2007. Ha sido elaborado basándonos también en los planes estratégicos y de calidad de la corporación. Contiene acciones planificadas para la gestión integral del centro y cada una de ellas va acompañada de uno o más indicadores para su control periódico y se han definido los responsables de su obtención. Se describen 2 grandes objetivos a largo plazo: la MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO y la MEJORA DE LA CALIDAD DE LA GESTIÓN. Entre ambos se especifican 248 acciones y 397 indicadores, estando planificadas, asimismo, la fuente y la periodicidad de los datos, y la estructura y responsables del sistema de seguimiento y control. Este Plan de Calidad está basado en nuestra M, V y V, y ya está haciendo realidad la evaluación y la mejora continua de nuestro sistema de gestión. Desde un punto de vista más práctico también servirá para hacer realidad la integración, en un solo documento, de la política y la estrategia, de los planes estratégicos, los de gestión anual y los de la gestión de la calidad.

Quizá el mejor ejemplo de aprendizaje lo constituye nuestra experiencia en el Modelo de Excelencia, que nos ha servido para adquirir una visión más global en la gestión de nuestra organización. Como consecuencia de ello hemos diseñado los indicadores del Plan de Calidad basados en la información sobre las actividades asistenciales y en la percepción de nuestros clientes, personas y sociedad. Para la aplicación de este plan también fue necesario aprender de la metodología de la planificación estratégica, y de la experiencia extraída de la aplicación de los planes generales (Planes Estratégicos de Osakidetza y de Salud Mental) y de la evolución de nuestros propios indicadores. El empuje a la desinstitucionalización de cada vez más pacientes, el desarrollo y despliegue de los planes estratégicos y el de calidad, el cuadro de mando integral y los factores críticos de éxito son ejemplos de actualización e implantación de mejoras.

2 d LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA SE COMUNICA Y DESPLIEGA MEDIANTE UN ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE

En el año 2000 definimos nuestro esquema de procesos clave tras haber clasificado nuestros procesos en tres categorías: Estratégicos, Operativos y de Apoyo. Tras las revisiones efectuadas (evaluación externa, 3ª autoevaluación, 2º Plan Estratégico y aprobación del Plan de Calidad y del Manual de Calidad), hemos decidido introducir algunas modificaciones en el diseño y en la asignación de propietarios de los procesos clave, debido, entre otras razones, a la necesaria coherencia con nuestro "nuevo" Mapa de Procesos (5 a) y al propio desarrollo de los procesos en nuestra organización. El esquema actual de nuestros procesos y subprocesos puede verse en la figura 2 d 1, donde se señalan los considerados como clave y los propietarios de cada uno de ellos.

Para decidir cuáles de nuestros procesos y subprocesos son claves hemos utilizado como criterio atribuir esa cualidad a aquéllos procesos y subprocesos que tengan un gran impacto en el desarrollo de las líneas estratégicas: satisfacción del cliente-paciente, satisfacción de las personas, satisfacción de otros grupos de interés (sociedad) o sobre los resultados o por su consumo de recursos.

Para la aprobación del Mapa de Procesos en 2004, que incluye este esquema de procesos y subprocesos (5 a), se contó con la participación del Consejo de Dirección (8 personas), el Consejo Técnico (14 personas), la Comisión de Calidad (13 personas) y los miembros de la UGS/Calidad (3 personas). La propia difusión del Plan de Calidad, que incluye también el Mapa de Procesos, ha servido asimismo para comunicar y dar a conocer nuestro esquema general de procesos clave ya que se ha distribuido a todas las unidades, responsables y líderes. Antes de la aprobación definitiva del Plan de Calidad colaboraron, enviando sugerencias de mejora para este plan, 50 personas de la organización y algunos colaboradores externos. Todos los líderes de nuestro centro han recibido este Plan de Calidad, existen ejemplares disponibles en todas las Unidades/Servicios y se han entregado ejemplares a los miembros del Comité de Empresa. Todas las personas de la organización han recibido resúmenes del Plan de Calidad y del PE que han acompañado a la revista trimestral que reciben todos nuestros trabajadores, aliados y colaboradores externos. El Director Gerente ha comunicado personalmente, o por delegación, a los órganos ejecutivos y consultivos (comisiones y grupos de trabajo) ejemplares de nuestros Planes Estratégicos y de Calidad y del esquema de procesos, labor que ha sido continuada en las unidades por el resto de los líderes y el coordinador de calidad.

ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE

PROCESOS	SUBPROCESOS	CLAVE	PROPIETARIO
PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN			
Planificación Estratégica y Mejora Continua			Director Gerente
Planificación y Gestión de los RRHH		SI	D. Personal
Planificación Económica y Financiera		SI	D. Económico
Evaluación de la Satisfacción del Cliente Externo		SI	D. Médica
Coordinación Intra e Interinstitucional		SI	D. Gerente
ESPECÍFICOS ASISTENCIALES			
Asistencia en Estructuras Hospitalarias			D. Asistencial
Pacientes con Psicosis Refractarias		SI	Líder Gestor
Pacientes Psiquiátricos Subagudos		SI	J. Sección
Rehabilitación de pacientes con trastornos de larga evolución		SI	Líder Gestor
Pacientes Psicogeriátricos		SI	Líder Gestor
Asistencia en Estructuras Extrahospitalarias			D. Asistencial
Paciente Toxicómano ambulatorio		SI	Responsable
Paciente Alcohólico ambulatorio		SI	Responsable
Paciente Ludópata ambulatorio		SI	Responsable
Paciente psiquiátrico Infantojuvenil ambulatorio		SI	Responsable
Rehabilitación Comunitaria		SI	Responsable
APOYO			
Gestión Farmacoterapéutica (técnico)			Responsable
Gesión Administrativa de Ingresos y Derivaciones (técnico)			Responsable
Servicios Generales			D. Económico
Gestión Económico-Financiera			D. Económico
Gestión Administrativa de Personal			D. Personal
Sistemas de Información			Responsables

Figura 2 d 1

Antes de la aprobación definitiva del borrador de nuestro segundo Plan Estratégico, elaborado por el Consejo de Dirección (8 personas) con la colaboración del Consejo Técnico (14 personas) y de la Comisión de Coordinación de Área (19 personas), se envió a todos los líderes de la organización y a todas las unidades, para que

todo el personal pudiera tener opción de enviar sugerencias o correcciones. La totalidad de las aportaciones y sugerencias recibidas (26) se han agregado al texto final. Con el fin de completar la comunicación de nuestra política y estrategia al resto de los grupos de interés se enviaron ejemplares del borrador del Plan Estratégico a los representantes sociales de las personas de la organización y a la Dirección General de Osakidetza que emitió un informe favorable de coherencia con el de la corporación. También fueron remitidos a las direcciones de otras organizaciones de servicios y a la DTS. Las AAFF y la Fundación Tutelar de Enfermos, a las que también se les envió, acogieron con gran satisfacción los objetivos planteados y aportaron sugerencias que se han incorporado al documento definitivo.

Para asegurar la alineación y el establecimiento de prioridades entre los planes, objetivos y metas de los Planes Estratégicos (y, actualmente, del Plan de Calidad) se elabora anualmente un Plan de Gestión en coherencia con la disponibilidad presupuestaria (y con el Contrato-Programa) de forma que los objetivos anuales son priorizados y seleccionados. Este Plan de Gestión anual se aprueba por el equipo directivo y es objeto de negociación y de control conjuntamente con la Dirección General de Osakidetza. Además, todos los planes de acción derivados de los objetivos del Plan Estratégico tienen establecidos indicadores, responsables y cronograma para los años de vigencia del plan. Todos los indicadores del Plan de Calidad también disponen de medición, responsables y objetivos anuales. Todos ellos, antes de su aprobación, han sido objeto de priorización por el Equipo Directivo, el Consejo de Dirección y la Comisión de Calidad. Por otra parte, todos los procesos y subprocesos en desarrollo disponen también de sus planes de gestión anual, sus propios objetivos e indicadores y son aprobados por el Director Gerente teniendo en cuenta la coherencia con el Plan de Gestión anual del centro.

Asimismo, este desarrollo de los procesos y subprocesos asegura el despliegue en cascada (2 d 2) y la comunicación de planes, objetivos y metas que se completa con el pacto de objetivos con todas las unidades. Este pacto anual de objetivos se realiza en reuniones con las unidades, sobre todo las asistenciales, donde cada uno de los directores comunica a sus mandos intermedios y líderes los objetivos anuales y se negocian los que resulten pertinentes. De esta forma los componentes de los equipos tienen la oportunidad de participar en la formulación de objetivos asistenciales como por ejemplo altas, estancias, días de sustitución, disminución de accidentes, fugas, agresiones, errores en la administración de medicamentos y otros. Estos objetivos anuales varían según la misión de cada una de las unidades y servicios. El Plan de Calidad integra todos estos objetivos e indicadores. Es la suma de los indicadores de los procesos y subprocesos, asistenciales y no asistenciales, desde los puntos de vista de la mejora asistencial y la mejora de la gestión.

Desde hace tiempo, tenemos establecidos sistemas de información y seguimiento en toda la organización para analizar los progresos alcanzados. Como ya hemos visto en el subcriterio anterior, estos sistemas de medición y revisión se concretan en los cuadros de mando (2 b 1 y 2 b 2) que contienen datos asistenciales, de personal y económicos. La adición de los datos de gestión de la calidad, según el Modelo de Excelencia, completa y constituye el Cuadro de Mando Integral (1 b) (Ver también Memorias Anuales y Plan de Calidad). Los indicadores de los FCE facilitan el análisis resumido del seguimiento de la Misión, Valores y líneas y objetivos estratégicos de la organización. Existen, además, otros sistemas de información, como Aldabide y Gizabide (programas informáticos SAP) para la gestión económica y de personal respectivamente. Desde el punto de vista de los cuidados de enfermería el programa informático Zaineri estandariza los datos y contribuye a una gestión más ágil de los cuidados. Por otra parte, las autoevaluaciones, las evaluaciones externas y las auditorías internas y externas de diversos tipos también contribuyen a un seguimiento de los progresos de la gestión de la calidad.

Para la identificación de las mejores prácticas y las oportunidades de mejora utilizamos la autoevaluación según el modelo de calidad de la EFQM, de donde hemos aprendido la importancia de definir, comunicar y revisar el esquema de procesos clave de la organización. Como podrá verse en el subcriterio 5 a, los hemos clasificado en Procesos de Planificación y Mejora Continua, Procesos Asistenciales y Procesos de Apoyo. Ésta y otras áreas de gestión claves para nosotros como, por ejemplo, la realización y explotación de encuestas de satisfacción de clientes y personas fueron priorizadas en su momento e implantadas como consecuencia del aprendizaje y para dar cumplimiento a las áreas de mejora detectadas. Estas iniciativas (encuestas de satisfacción) han sido seguidas por otras organizaciones de salud mental que también las empezaron a utilizar. La organización central ha apoyado esta iniciativa elaborando un cuestionario homogeneizado para todas las organizaciones de salud mental. Otras iniciativas priorizadas e implantadas han sido, entre otras, el Sistema de Gestión de la Calidad, incluyendo el diseño y rediseño de nuestro Mapa de Procesos, la implantación del programa informático de cuidados de enfermería Zaineri (autores de su adaptación a hospitales psiquiátricos), y registros de datos, también novedosos, como los de seguridad de los pacientes (fugas y agresiones, 9 b 13.1). Asimismo, hemos implantado la autoevaluación de unidades, con el doble objeto de que cada una elabore su propio plan de mejora y de contribuir al objetivo de aplicar la autoevaluación al 50% de las unidades para el 2007 (Plan de Calidad de Osakidetza). En 2004 ya hemos realizado el 37,5% de las de nuestro centro.

Despliegue y Revisión de la Política y Estrategia

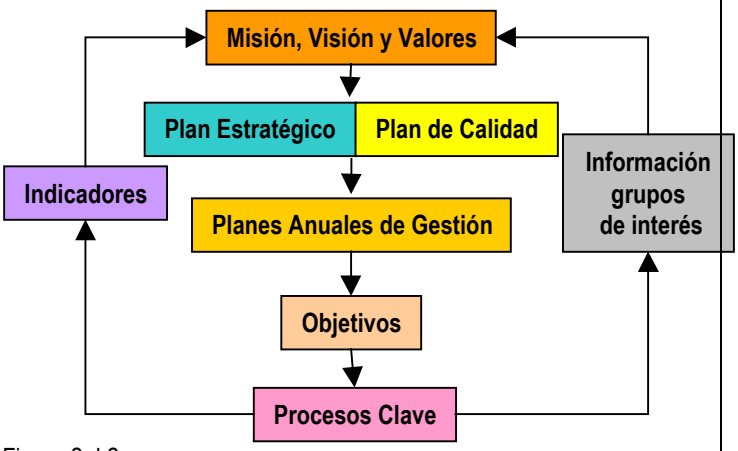


Figura 2 d 2

PERSONAS

3 a PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS HUMANOS

La plantilla estructural de la red sanitaria pública está regulada por diversas leyes de ámbito autonómico y estatal, por lo que la gestión de los RRHH en nuestro centro está, como en otros, constreñida a operar dentro de unos márgenes predefinidos. Sin embargo esta regulación no es obstáculo para intentar, aprovechando el escaso margen de maniobra disponible, desarrollar políticas, estrategias y planes de gestión de los recursos humanos. La figura 3 a 1 puede dar una idea del marco normativo de la gestión en esta área. También puede apreciarse que algunas de las normativas de selección, movilidad y promoción son objeto de planificación, regulación, negociación y control por nuestra propia organización. El equipo directivo realiza anualmente el análisis de necesidades de la plantilla estructural necesaria, sobre todo teniendo en cuenta la actividad asistencial prevista en el CP y la atención a nuevos programas y servicios. Así se ha hecho con los incrementos de personal para la dotación de la UPR (31 personas), la cobertura de enfermeras y auxiliares del turno de noche (6 personas), la dotación para la UGS/Calidad (3 personas), el incremento de personal compensatorio a la minoración de jornada de 2001 (en todo Osakidetza), y la incorporación de una técnico en informática.

En nuestros dos Planes Estratégicos (1998 y 2004) se establecen varios objetivos y acciones en relación con la planificación y ajuste de plantilla con el fin de ofertar el mejor servicio posible a nuestros clientes/pacientes. Estos objetivos y acciones están alineados con nuestra política y estrategia y con el Plan Estratégico de la corporación, como puede comprobarse en el análisis de coherencia realizado por la Dirección General. Asimismo, los objetivos, acciones, indicadores y resultados son plenamente coherentes con los del Plan de Calidad de Osakidetza y también con los de nuestro propio Plan de Calidad. La motivación y la satisfacción de las personas acerca de la gestión de los RRHH son factores críticos de éxito (2 c 1) y como respuesta a este enfoque, coherente con nuestro actual esquema de procesos (2 d 1), la Gestión de los RRHH es un proceso clave. Entre sus subprocesos están la Percepción de las personas, la Comunicación interna, la Seguridad y Salud laborales, la Movilidad y la Promoción internas y los Planes Anuales de Formación Continuada.

Gestión de los Recursos Humanos

Relación empleo	Mecanismo de selección	Normativa reguladora
Fija	Oferta Pública de Empleo	Legislación General y Autonómica
Temporal	Coberturas superiores a 6 meses	Listas Centralizadas de contratación para nombramientos interinos
	Coberturas inferiores a 6 meses (IT y otras)	Listas de contratación del centro (subproceso GAP)

Mecanismos de Movilidad y Promoción para personal fijo		Normativa reguladora	Tipo de acuerdo
Definitiva	Concurso Traslados	General	Mesa Sectorial
	Promoción Interna	General	Mesa Sectorial
	Movilidad Horizontal	Propia	Comité de Empresa
Temporal	Comisión de Servicios	General y Autonómica	Mesa Sectorial
	Movilidad Horizontal	Propia	Comité de Empresa
	Promoción Interna	Propia	Comité de Empresa

Figura 3 a 1

Otros mecanismos importantes de despliegue de la planificación de plantilla lo constituyen los expedientes de Reconversión y de Adecuación de Puestos Funcionales (35 anuales), a través de los cuales estamos fijando los criterios (perfiles profesionales) para la incorporación de cada vez más personal especializado como corresponde a un centro monográfico como el nuestro. Somos el centro con mayor porcentaje de enfermeras especialistas en Psiquiatría de la red, incluyendo las unidades de agudos de psiquiatría (7 b 4.1).

Conseguimos la implicación de las personas de la organización en la planificación de los recursos humanos mediante la participación en Comisiones y Grupos de trabajo, especialmente los que tienen como finalidad la asesoría a la Dirección en cuestiones de gestión y de planificación asistencial y, por lo tanto, de los recursos humanos necesarios. Estos grupos de trabajo son el Consejo de Dirección, el Consejo Técnico y la Comisión de Coordinación de Área (3 c 2). Tenemos en cuenta la opinión de las personas en lo que se refiere a la dotación de recursos: a través de los informes de solicitud de nuevo personal (basados en estudios de cargas de trabajo en determinadas unidades/turnos), mediante los indicadores de niveles de vigilancia y de seguridad (agresiones y fugas), y a través de las respuestas de las personas en los ítems específicos de la encuesta de personal como condiciones de trabajo y otros (7 a 1). Ejemplos

de los resultados de aplicación de las ideas de las personas en la planificación y dotación de equipos son: los refuerzos de fines de semana para que el personal a turnos, tanto laboral como estatutario, pueda librar el 50% de los fines de semana, la aplicación de los criterios de personal mínimo necesario en tardes y noches, el criterio de la necesaria presencia del 50% de personal con experiencia durante los períodos vacacionales y las ampliaciones de plantilla de los turnos de noche de enfermeras y auxiliares. Todas estas iniciativas se han acordado con los representantes sociales de los trabajadores.
Desde hace más de seis años se han establecido las relaciones con el Comité de Empresa atendiendo a principios compartidos por la dirección y los representantes sociales de los trabajadores. Estos principios son: la información, la transparencia y el respeto a los derechos laborales de todas las personas de todas las categorías. Creemos que hemos conseguido una implicación importante y responsable del Comité de Empresa en todos los aspectos de la gestión de los RRHH, incluyendo, entre los temas más destacables, la Negociación Colectiva (Acuerdo y Texto de Adhesión), los Acuerdos de Movilidad y Promoción internas para todas las categorías (100% del personal) que se han revisado en 2001 y 2004 para actualizar los criterios de méritos, experiencia y ámbito de aplicación personal, la implantación del Plan de Normalización Lingüística del Euskera (Noviembre de 2004) y la gestión de las listas de contratación para eventuales. Para conseguir una comunicación fluida se han implantado reuniones periódicas estables con el Comité para todos estos temas citados, sin excluir las reuniones extraordinarias necesarias para definir y consensuar acuerdos y procedimientos. Además de las reuniones de negociación de asuntos laborales, hemos establecido reuniones periódicas informativas con el Comité de Empresa con la intención de intercambiar información e ideas acerca de temas relevantes para la gestión o de contar con su opinión para planes y proyectos del centro, como por ejemplo, los sucesivos borradores de los Planes Estratégicos, el de Calidad, el de reorganización de la Psicogeriatría y el de redistribución de los trabajadores sociales según cargas de trabajo de los centros.

La gestión de los recursos humanos está alineada con nuestra política y estrategia, con la estructura organizativa y el esquema de procesos clave. Nuestra Misión dedica una parte importante de su contenido a la mejora de la satisfacción de las personas que consideramos clave para conseguir el éxito a largo plazo. A partir de la Misión definimos tres líneas estratégicas, siendo la segunda la Satisfacción de las Personas. En nuestros Planes Estratégicos, redactados a partir de la Misión, Visión y Valores se definen objetivos genéricos y específicos, con sus planes de acción, dedicados a la mejora de los recursos humanos. Otras muestras evidentes de esta preocupación son la regulación de los procedimientos de movilidad interna, la selección de responsables basada en proyectos de gestión y calidad y la certificación de la Gestión Administrativa de Personal, pensada para mejorar el servicio a nuestras personas. La estructura organizativa apoya el desarrollo profesional y el trabajo en equipo, reforzándose la formación en gestión y calidad. Apoyamos la formulación de estrategias a largo plazo, a semejanza de los planes estratégicos, de varias unidades (UPR, Aranbizkarra, URH, SRC, PG). Varias unidades se han autoevaluado durante este último ejercicio (6 de 16 posibles). Más que alinear los planes de recursos humanos con la Política y Estrategia, hemos formulado ésta en función de los tres aspectos básicos que creemos conforman la estrategia a largo plazo de nuestra organización: la satisfacción del cliente, la satisfacción de las personas y la gestión eficaz y eficiente de los recursos puestos a nuestra disposición.

El sistema de selección de nuevas personas y la provisión de plazas de personal fijo está regulado por la legislación administrativa mencionada al principio, y se articulan mediante la aplicación de las sucesivas Ofertas Públicas de Empleo de Osakidetza-Svs, lo que permite, con el mayor grado posible, garantizar el cumplimiento de los principios de igualdad, mérito y capacidad de los aspirantes que, cumpliendo los requisitos, opten a la obtención de una plaza. Nuestro centro participa en dichas ofertas públicas de empleo ofertando a concurso las plazas de mayor antigüedad, respetando así los derechos de los aspirantes con más experiencia en el puesto.
Otra forma de entrada de nuevo personal (con carácter interino o temporal) es la Comisión de Servicios que nos permite, a pesar de su regulación general, incorporar personas con perfiles profesionales ajustados a proyectos de gestión, de calidad y a los objetivos específicos de las Unidades. Son ejemplos la incorporación, mediante este sistema, de 27 personas (Jefes de Servicio y Sección, Facultativos, Enfermeras especialistas y Técnicos de Gestión y Calidad, entre otras). La cobertura de vacantes de forma interina también nos ofrece margen de gestión en la selección de personas que aprovechamos convenientemente. El ejemplo más evidente es la incorporación de enfermeras especialistas o con postgrado en salud mental de forma que somos el centro que tiene más proporción de enfermeras psiquiátricas (67,3% en el hospital y 75% en los centros extrahospitalarios) (7 b 4.1).
Otros procedimientos para la selección de nuevo personal son los referidos a la cobertura temporal de plazas fijas a causa del absentismo por enfermedad y otros motivos. La detección de las necesidades de contratación eventual es realizada por los líderes y responsables de las distintas Unidades en función de las actividades programada y sobrevenida (bajas por enfermedad, ausencias por formación y necesidades concretas de refuerzos). La gestión de la contratación es parte del subproceso "Gestión Administrativa de Personal", recientemente certificado según la Norma ISO (5 a), que ordena y sistematiza (entre otras actividades) la incorporación de personal eventual al centro. También quedan garantizadas, por esta gestión sistemática, la igualdad de oportunidades, mérito y capacidad de los aspirantes al acceso a estos puestos de trabajo, que incluye, para determinados puestos, la implantación de listas específicas (UPR, por ejemplo).
Otros medios para incorporar personas a "nuevos" puestos de trabajo son la Movilidad Horizontal Definitiva y Temporal, y la Promoción Interna Temporal, que identificamos como subprocesos que colaboran al desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización (3 b). Para la gestión y desarrollo de las carreras profesionales estamos sujetos también a la normativa de ámbito general de Osakidetza-Svs. Para ello, tres directivos de nuestra organización han formado parte de los equipos de reflexión constituidos para la definición de las carreras profesionales de médicos y de enfermeras que van a implantarse durante 2004 y 2005 en Osakidetza-Svs.

La idea de mejora permanente, presente en todos los niveles de nuestro centro, se evidencia en la incorporación de metodologías innovadoras para mejorar la forma de trabajar, de las que son ejemplos: la implantación de las guardias de supervisoras para mejorar la coordinación y la agilidad en la toma de decisiones; las guardias localizadas (no remuneradas) de la dirección; la puesta en marcha de unidades con Gestión Clínica (co-gestión de clínicos y gestores); la apertura de nuevas Unidades/Servicios como la UPR, la atención a las Ludopatías y la UGS/Calidad; la elaboración de planes a largo plazo de diversas unidades; la autoevaluación de 6 Unidades; el plan, ya implantado, de reasignación poblacional de los CSMs; la aplicación de los planes de cuidados individualizados al

100% de los pacientes ingresados; la implantación de los cuidados informatizados de enfermería y la aplicación de criterios o comisiones de ingreso (camas socio-sanitarias, Media Estancia, UPR y Psicogeriatría). En la actividad extrahospitalaria también hay ejemplos: funcionan también criterios de derivación pactados con Atención Primaria y entre nuestros propios dispositivos y se han implantado el Informe de Alta de Consultas y el Reglamento de Uso de la Historia Clínica. Todas ellas son producto de la colaboración y el trabajo en equipo en las propias unidades, con la supervisión y la organización de los directivos y líderes, y consecuencia de la formación, el aprendizaje y la implantación de sistemas de trabajo estandarizados con el objetivo de prestar el mejor servicio posible a nuestros clientes. Algunos de estos sistemas son, como podrá verse más adelante (5 a), la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad según la norma ISO, la implantación del Plan de Acogida para todo el personal de nueva incorporación, la autoevaluación periódica del centro y de sus Unidades según el modelo EFQM, la gestión administrativa (GIZABIDE) y económica (ALDABIDE) bajo sistema SAP y los cuidados estandarizados de enfermería (programa informático ZAINERI). Una iniciativa muy satisfactoria ha sido, y es, la implantación del Premio Anual a la Innovación en el Trabajo mediante el cual se han obtenido 11 propuestas de mejora de diversos procedimientos y sistemas de distintos grados de utilidad en su aplicación en el trabajo diario. Este premio anual es convocado por la Comisión de Calidad con la aprobación de la Dirección Gerencia y se describe más ampliamente en 5 b.

Para evaluar y revisar la gestión de los RRHH utilizamos la información procedente de la percepción de las personas a través de los resultados de las encuestas de satisfacción y la de los resultados de los indicadores de rendimiento interno, así como la información procedente de los resultados e indicadores económicos referentes a la gestión de personal (87% del gasto). De manera indirecta, también utilizamos la procedente de los subprocesos clave asistenciales (sobrecarga por saturación en hospitalización y consultas) y la de los indicadores clave de estos subprocesos. Durante el ejercicio 2004 se ha realizado la tercera encuesta de personal con resultados satisfactorios en la mayoría de las dimensiones de satisfacción contempladas y en las comparaciones con otras organizaciones externas. Los resultados de gestión de personal también son satisfactorios desde el punto de vista económico en los últimos ejercicios con un cumplimiento ajustado al presupuesto y al CP, lo que también es satisfactorio para la corporación.

Además de las mejoras mencionadas en párrafos anteriores hemos de destacar la adopción de las metodologías de estandarización para la gestión de la calidad y las autoevaluaciones periódicas del centro y sus unidades, que son una sistemática fuente de identificación y priorización de posibles mejoras. Además, las experiencias ajenas como la colaboración en trabajos corporativos (desarrollo de carreras y perfiles profesionales, evaluación del plan de calidad) y la propia experiencia (renegociación de acuerdos y revisión de baremos de movilidad y promoción internas, segmentación por unidades de la encuesta de satisfacción, participación en autoevaluaciones externas) también nos sirven para priorizar e implantar mejoras como por ejemplo, los acuerdos de Gestión Clínica (cogestión, mayor autonomía, posibilidad de incentivos); la adopción de la estandarización de procesos (Aldabide, Gizabide, Zaineri, SGC, ISO); evaluaciones diversas: de Historias Clínicas, de informes de alta, del programa Zaineri, de procedimientos de sujeción y contención mecánicas y la implantación de registros relacionados con los niveles de vigilancia y seguridad de pacientes y personas (fugas y agresiones).

3 b IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

La identificación y clasificación de las competencias de las personas, al igual que en el resto de las organizaciones de la red sanitaria pública vasca, se realiza con ocasión de las convocatorias de la Oferta Pública de Empleo, de las Comisiones de Servicio, de los Concursos de Traslados y de las Listas de Contratación. La finalidad de cada uno de estos mecanismos es la provisión de plazas o traslados, pero todos ellos permiten, además, una adecuada identificación y clasificación de las competencias de las personas por las siguientes razones: 1) la exigencia de la titulación homologada (requisito imprescindible) para acceder al puesto y ejercer la especialidad, tanto en categorías superiores como en inferiores; 2) la valoración, ajustada a criterios públicos y previamente conocidos, de la experiencia académica, científica y profesional debidamente acreditadas; 3) la valoración, con criterios también publicados, de otros méritos complementarios (idiomas, euskera, informática…); y 4) la aptitud psicofísica para el desempeño del puesto asignado (en las plazas fijas). Normalmente estos procesos de incorporación de personal a los centros tienen lugar cada 2 ó 3 años y siguen un orden preestablecido, tal y como se expone unas líneas más arriba. La excepción a este orden es la contratación de personal temporal a través de listas, que es un proceso prácticamente continuo generado por las necesidades de sustitución o refuerzo de cada centro. Estas listas se confeccionan según la puntuación de los que no han obtenido plaza en las convocatorias de la Oferta Pública. En nuestra organización, como mecanismo adicional de seguridad de la identificación de las competencias en nuestra organización se verifica, anualmente, la titulación de todo el personal, con el fin de comprobar que se ajusta a lo exigido por la legislación vigente.

Lo dicho anteriormente es condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar la adecuación de las competencias y el conocimiento de las personas a las necesidades del centro. Para adecuar el conocimiento y las competencias de las personas disponemos de sistemas bien establecidos que contribuyen también a garantizar que las personas se ajustan a las capacidades actuales y futuras, que proporcionan oportunidades de aprendizaje individual y de equipos, y que colaboran a desarrollar la capacidad de las personas a través del trabajo y del trabajo en equipo. Estos sistemas son:

Planes Anuales de Docencia y Formación Continuada. La Docencia y la Formación Continuada (y la Investigación, que se describe más abajo), constituyen uno de nuestros subprocesos clave, y como tal, tiene asignado propietario. La Comisión de Docencia y Formación Continuada es un grupo multidisciplinar liderado por las Direcciones Médica y de Enfermería, con el objetivo, entre otros, de garantizar que los planes anuales de formación se adecuan a las necesidades de la organización.
La Comisión está compuesta por facultativos (3), enfermeras (2), Auxiliares de enfermería (2) y representantes del personal no sanitario (2). Está dotada de normativa de funcionamiento interno, realiza reuniones mensuales y levanta acta de los acuerdos tomados. Tiene autonomía para elaborar su propio presupuesto que, normalmente, aprueba la Dirección Económica y la Dirección Gerencia. El coste de la formación, comparando dotación capitativa, es de los más altos de nuestro entorno (7 b 3.2). La comisión elabora anualmente una memoria de actividades, examina el

cumplimiento de los objetivos y realiza la evaluación sistemática de todos los cursos y actividades mediante encuestas de satisfacción de los participantes (7 a 7.1). En la encuesta bienal de personas es creciente la satisfacción con la formación y son muy pocas las personas que declaran no haber recibido formación (7 a 7.2). Habitualmente en el último trimestre, la comisión programa las actividades para el año siguiente y se dan a conocer a través de diversos medios. Las actividades se planifican teniendo en cuenta las necesidades de la organización, priorizándose en función de los objetivos anuales y de la disponibilidad presupuestaria. Son ejemplos los cursos de Gestión, Calidad, Medicina basada en la Evidencia, Relajación, Habilidades Sociales, Psicoeducación, Trastornos de la Personalidad o Patología Dual. Asimismo, se tienen en cuenta en la programación las necesidades de formación de las personas que se detectan a través de las encuestas de satisfacción con la formación recibida y a través de las propias demandas y sugerencias de los trabajadores expresadas mediante sus representantes en la Comisión. Los destinatarios de los planes anuales de docencia y formación continuada son todos los trabajadores del centro. El número de las actividades y de participantes en las mismas es creciente cada año desde hace más de cinco años. Por ejemplo, en el ejercicio 2002 contabilizamos 562 participaciones en 94 cursos y en 2003, 655 participaciones en 121 cursos, tanto dentro como fuera de la organización (7 b 3.1)
La comisión gestiona la impartición de los cursos y actividades programadas por los docentes más apropiados, contando también con la participación como docentes de cada vez más profesionales del centro lo que interpretamos como una mejora clara de la implicación de las personas y, a la vez, como mecanismo de reconocimiento (3 c 2).
La Comisión de Docencia y Formación Continuada coordina también con la Organización Central las actividades formativas programadas por ésta pero que tienen lugar en los locales que cedemos para ello (Aulas de Informática y de Docencia), así como los medios audiovisuales necesarios. La formación organizada por nuestro centro y la proveniente de la organización central abarca las áreas relevantes de gestión de la organización: clínica (médica y de enfermería), calidad, gestión, sistemas de información, ética asistencial, seguridad y salud, dietética y nutrición, mantenimiento…

Movilidad Horizontal Definitiva y Temporal y Promoción Interna Temporal. Otros sistemas establecidos para contribuir a garantizar que las personas de la organización se ajustan a las capacidades actuales y futuras son la Movilidad Horizontal y la Promoción Interna Temporal. Ambas persiguen la ampliación del conocimiento y la formación de las personas en unidades y servicios distintos al de procedencia y/o la ubicación temporal o definitiva en otros puestos de trabajo de igual categoría en el caso de la movilidad horizontal y de superior categoría en el de la promoción interna (en este caso, con el requisito de la titulación). Ambas han sido acordadas con los representantes de los trabajadores y afectan a todo el personal fijo e interino de larga duración. Estos procedimientos están bien sistematizados y se convocan de forma anual. La convocatoria es pública dentro del centro (tablones, circulares) y se accede a los puestos convocados mediante concurso entre los aspirantes. Para la asignación de los puestos se nombran tribunales paritarios con los representantes sociales. Entre los méritos que se valoran se tienen en cuenta las experiencias genérica y específica, la asistencia a cursos, el conocimiento del euskera y otros méritos complementarios dependiendo de las categorías. Durante 2001 se realizó con el Comité de Empresa una revisión de ambos procedimientos para corregir las deficiencias detectadas e introducir mejoras. Durante 2003 y parte de 2004 se han acordado de nuevo modificaciones y actualizaciones con el Comité de Empresa referentes, sobre todo, a la homogeneización de los méritos (antigüedad y experiencia) y a la extensión del ámbito personal de aplicación.
Con estos procedimientos se facilita la movilidad de puestos de trabajo, tanto horizontal como vertical, y como consecuencia, la actualización de conocimientos y la capacitación futura de las personas y de la organización (más personas rotan y conocen más puestos de trabajo). Ambos procedimientos tienen un alto coste de tiempo administrativo y de negociación, pero creemos que son importantes para contribuir a la polivalencia de las personas y al incremento de su satisfacción. De hecho, es creciente el número de personas que acceden a Movilidad y Promoción (7 b 4.2 y 7 b 4.3).

Formación Técnica Complementaria. Anualmente, la Dirección y el Comité de Empresa pactan (dentro del Convenio Colectivo) una partida presupuestaria anual de unos 7.800 Euros destinada a subvencionar la formación técnica complementaria a la que de manera voluntaria acceden las personas en horario extralaboral y fuera del centro. Esta formación complementaria se refiere a materias directa o indirectamente relacionadas con nuestra actividad como informática básica, idiomas, finalización de estudios, actividades sociales y ocupacionales, culturales y otras (3 e). El control de esta subvención anual se ha delegado al Comité de Empresa que supervisa la adecuación de la subvención requerida y el reparto equitativo entre las personas solicitantes.

Grupos de Trabajo y Equipos Multidisciplinares. La especialización de nuestros procesos y subprocesos asistenciales hace imprescindible, como en todos los centros sanitarios, la división del trabajo en Equipos, Unidades y Servicios, por lo que el trabajo en equipo y la formación de grupos y comisiones multidisciplinares son parte consustancial de nuestra manera de trabajar. Ejemplos de estos grupos y comisiones son los de participación, de coordinación, de procesos, de resolución de problemas y otros grupos. En el subcriterio 3 c y en concreto en la figura 3 c 1 puede verse una clasificación de estos equipos y grupos.

Proyectos de Investigación. A través de este medio algunas personas de la organización, fundamentalmente titulados superiores, acceden a otra vía de desarrollo profesional de uso minoritario pero muy relevante. En la actualidad participamos en varios de ellos, como la aproximación genética al estudio del Trastorno Mental en el Valle de Ayala (Llodio), en colaboración con un profesor de la Universidad de Maastricht. Este estudio fue objeto de una ponencia en el Congreso Nacional de Psiquiatría (Bilbao, Noviembre 2004). También estamos elaborando el Estudio Bio-Psicológico de la Esquizofrenia que se realiza en la UPR y colaboramos en Ensayos Clínicos con el Hospital Santiago Apóstol y realizamos estudios coste-eficacia de fármacos en el Servicio de Alcoholismo.

Publicaciones Científicas. La preparación, presentación y publicación de pósters, comunicaciones, ponencias, artículos y libros sobre actividades científicas, de calidad y de gestión (8 b 1.1 y 1 c 1), conllevan un gran esfuerzo de estudio y de revisión bibliográfica de los equipos de personas que los realizan, por lo que consideramos este aspecto como un buen soporte al desarrollo de la capacidad de las personas a través del trabajo, sobre todo, en las categorías medias y superiores. Todas estas publicaciones, recogidas en la Memoria Anual del centro y/o en la de la Comisión de Docencia y Formación Continuada, también son un medio para mantener e incrementar, dentro y fuera de nuestra organización, el conocimiento y la capacidad de nuestros profesionales (4 e 2).

Organización y Asistencia a Actividades Científicas. La participación en la organización y la organización de actividades

científicas (jornadas, simposiums, congresos) dentro y fuera del centro supone una vía importante para posibilitar la actualización y el intercambio de conocimientos de los profesionales en diversos ámbitos (asistencial, social, científico, gestión y calidad, entre otros). Entre las actividades más relevantes organizadas por nosotros podemos destacar el Curso Anual de Psiquiatría (X edición), Jornadas sobre Asistencia y Tratamiento de Toxicomanías, Jornadas de Enfermería de Salud Mental de la CAPV y el I Simposio Nacional sobre Ludopatías. Colaboramos como ponentes en la organización de otras, como las Jornadas de Terapia Ocupacional, las Jornadas de Rehabilitación Psiquiátrica y la Semana Europea de la Calidad (1 c 1 y 3 c 2).
También es importante para la actualización y el mantenimiento de la capacidad de las personas la asistencia a congresos y otros eventos similares de carácter científico, de gestión y de calidad. Esta actividad, que es bien valorada por los facultativos y otros titulados superiores y medios, está controlada por la Comisión de Docencia y Formación Continuada. En las 105 horas anuales por persona destinadas a formación están incluidas las correspondientes a la asistencia a estos actos. La financiación parcial o total de los gastos de las personas que presenten algún tipo de publicación corre a cargo del centro lo que supone una incentivación para la participación "activa" en este tipo de acontecimientos (1 c 1, 7 b 3.1 y Memoria Anual de Docencia y Formación Continuada).

El sistema para alinear los objetivos individuales y de equipo con los objetivos de la organización es descendente. Las líneas estratégicas se convierten en objetivos genéricos y específicos, y las unidades/servicios despliegan sus objetivos a partir de los de la organización (Plan Estratégico y Plan de Calidad). De hecho, las Unidades que han realizado su planificación a largo plazo definen sus objetivos y sus planes de acción de forma coherente y coordinada con los de la organización. Ejemplos de ello son las unidades de Psicogeriatría, UPR, Rehabilitación Hospitalaria, CTT y otras. Por ello, los objetivos asistenciales, los de calidad y los de sustituciones y otros gastos son planificados por las unidades de forma coherente con los objetivos generales de la organización y pactados con las Direcciones Médica y de Enfermería, por lo que resultan alineados con los objetivos de la organización.

Para revisar, evaluar el rendimiento y actualizar los objetivos individuales y de equipo utilizamos diversos sistemas. Los objetivos de actividad de todas las personas y de los equipos se miden mediante ratios por profesional y por unidades (7 b 1.1 a 7 b 1. 5) con una frecuencia mensual y se informa a los responsables. De los análisis de estas mediciones se extraen medidas preventivas y correctoras como llamadas de atención a los responsables, el cambio de fechas de permisos, la dotación de refuerzos de mayor o menor duración y la sustitución de determinadas ausencias, todo ello con el fin de no incrementar las demoras asistenciales y, consecuentemente, cumplir estos objetivos. Todas las unidades pactan con los directores correspondientes los objetivos de forma anual, especialmente las unidades asistenciales. De éstas, las que mantienen acuerdos de Gestión Clínica (UPR, URH y Psicogeriatría) autogestionan con mayor autonomía sus objetivos e indicadores asistenciales, económicos y de calidad. Los objetivos de la organización, al final, son la suma de los de sus unidades, y todas, salvo incidencias, cumplen con sus objetivos. Así la organización en su conjunto cumple con los globales pactados en Contrato-Programa, en el Plan de Gestión Anual y en el Plan de Calidad.

Para ayudar a mejorar el rendimiento de las personas y los equipos hemos puesto en marcha varias iniciativas como, entre otras, la implantación de registros nuevos sobre la seguridad de pacientes, la definición de niveles de dependencia y vigilancia, la redefinición de indicadores (reingresos y reinicios), el alta médica de pacientes de consultas, la derivación de pacientes a nuestros dispositivos, el alta a medios residenciales y la evaluación de historias e informes de alta. Todas estas iniciativas contribuyen al consenso de los criterios de rendimiento, que es considerado no sólo desde el punto de vista numérico sino también desde el punto de vista de parámetros relacionados con la calidad técnica y percibida, lo que ayuda a las personas a mejorar la calidad de su trabajo y, por lo tanto, su rendimiento integral.

Hemos evaluado y revisado este ámbito de gestión y hemos priorizado áreas de mejora importantes, como la evaluación del desempeño que se realiza desde la implantación (Noviembre de 2004) del Plan de Acogida para todo el personal de nueva incorporación. Hasta ahora disponíamos de un plan de acogida para el personal de enfermería (60% del total del personal) pero hemos decidido, como consecuencia de la evaluación anterior, ampliarlo a todas las categorías. Este Plan de Acogida contiene, además de la información básica necesaria para el trabajo, apartados destinados a la propia evaluación del procedimiento de acogida y a la evaluación del desempeño en el puesto. Queda para el futuro, dependiendo de los resultados, la decisión de la aplicación de esta evaluación del desempeño al resto de las personas. Otras mejoras reseñables, ya priorizadas e implantadas son las encuestas de satisfacción con la formación recibida (7 a 7.1) y, aunque es objetivo de la corporación, la implantación de Planes de Desarrollo profesional para facultativos y enfermeras en los que, en las fases de reflexión y definición, han participado algunos de los directivos de este centro.

3 c IMPLICACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES POR PARTE DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

Nuestra segunda línea estratégica expresa claramente los dos objetivos genéricos (de un total de 8) más directamente relacionados con la implicación y la asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización. El primero de ellos, "Dotar a las unidades de mayores cotas de responsabilidad y autonomía (gestión descentralizada)", propone como objetivos específicos para los próximos cuatro años: incrementar a cinco (de siete posibles) el número de unidades con acuerdo de Gestión Clínica, planificar objetivos asistenciales a largo plazo con el 100% de Unidades y Centros de Salud Mental, Informar y Formar en Gestión y Calidad al 100% de líderes, al 40% de las personas en gestión "básica", descentralizar la gestión de las carteleras de trabajo y pactar objetivos de sustituciones en todas las unidades. El segundo de los objetivos genéricos directamente relacionados con el área de gestión de este subcriterio es "Impulsar la participación de todos y a todos los niveles, incrementar el sentido de pertenencia y el trabajo en equipo", que desarrolla a su vez tres objetivos específicos: 1) Revisar la organización y funcionamiento de las comisiones y grupos de trabajo, 2) Incrementar el número de éstos y 3) Implantar un circuito de sugerencias.

Este enfoque acerca de esta área de gestión es similar al del plan estratégico anterior, pero se han revisado al alza los objetivos y se han planificado los correspondientes planes de acción para cumplirlos durante los próximos cuatro años. Nuestra organización fomenta y apoya la participación individual y de los equipos en las actividades de mejora, creando sistemas formales de participación en las decisiones de gestión (3 c 1), así como impulsando la revisión de las diferentes comisiones clínicas y no clínicas con el

establecimiento de normativas internas de funcionamiento, el establecimiento de objetivos y la realización de memorias anuales. Asimismo, se crean equipos de trabajo o mejora en función de la existencia de objetivos muy determinados y variados como, entre otros, el diseño de nuestra página Web, la organización de las Visitas Guiadas a nuestro centro (8 a 2 y 8 b 1.4), la Comisión de Ingresos de Psicogeriatría, la actualización de la hoja de órdenes médicas, el estudio y revisión semestral del coste de la farmacia hospitalaria, la mejora del circuito de ropa de pacientes o la mejora en los menús. Se invita a participar en estos grupos a los autores de la iniciativa o responsables de llevarla a cabo para así contar con su experiencia en la iniciativa de que se trate o, en el caso de resolución de problemas concretos, de contar con las opiniones directas de los interesados.

Paulatinamente vamos consiguiendo, mediante todas estas vías, una participación creciente y más activa de las personas en las actividades de mejora, como puede verse en las dimensiones correspondientes de la encuesta de satisfacción y en los indicadores de participación (7 b 5.1 y 2). En la figura 3 c 1 pueden apreciarse los numerosos grupos de participación existentes y su clasificación, su finalidad principal, el número de participantes no directivos y la frecuencia de las reuniones.

Muchas de estas comisiones y grupos de mejora recogen en actas los acuerdos que, generalmente, son transmitidos al Consejo Técnico, o al Consejo de Dirección o al Equipo Directivo, y son ya estos órganos de decisión quienes ejecutan, si procede, las medidas propuestas, directamente o por delegación, para acometer las mejoras necesarias en los ámbitos requeridos o, en su caso, para solucionar, a propuesta del propio grupo responsable, las deficiencias detectadas y analizadas. Ejemplos de estas mejoras se relacionan en la figura 5 b 1.

En nuestro centro, la dinámica organizativa del trabajo fomentada y apoyada por el equipo directivo y otros líderes, consiste en promover la motivación personal y profesional y el establecimiento de medios, recursos y canales de formación e información (ver Misión). Las personas tienen la posibilidad de, por ejemplo, implicarse y participar como asistentes y docentes en conferencias y actos celebrados dentro de la organización y para la comunidad. Creemos que esta dinámica, además de proporcionar oportunidades para la implicación, genera comportamientos adecuados para el trabajo. Como ejemplos de conferencias y de otros actos dentro de la organización puede verse la figura 3 c 2.

Otras actividades que proporcionan la actualización de los conocimientos, el consenso sobre formas de actuar y, por lo tanto, una mayor implicación en el trabajo, son las sesiones clínicas que celebran periódicamente los colectivos sanitarios del centro (72% de la plantilla). Las sesiones clínicas de facultativos son de varios tipos. Semanales en el Hospital Psiquiátrico, sirven para analizar casos clínicos, la idoneidad terapéutica, actualizaciones farmacológicas, decisiones de traslado entre Unidades, decisiones sobre las altas, elaboración de procedimientos y otros temas de interés para la gestión asistencial de los pacientes ingresados. En los Servicios Extrahospitalarios también se realizan sesiones semanales en las que participa todo el equipo y son utilizadas, entre otros fines, para la asignación de casos a los distintos profesionales, para decidir las terapias más apropiadas y para realizar una coordinación sobre el seguimiento de los pacientes que acuden a las consultas. Mensualmente, la mayoría de los facultativos de nuestra organización, en sesión clínica, discuten casos, analizan áreas de mejora en la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales (adecuación de ingresos y altas, terapias…) y se tratan, además, cuestiones organizativas como el calendario de guardias y otros temas de carácter laboral (normativas, traslados…).

Las enfermeras también realizan sesiones clínicas (2 al trimestre) en las que se presentan casos, procedimientos, estandarización de cuidados y registros, y temas organizativos y de formación específicos. Otra actividad de enfermería que se celebra con periodicidad bimensual son las sesiones bibliográficas, donde se actualizan conocimientos y se revisan las más importantes publicaciones periódicas profesionales y científicas con el fin de aplicar las técnicas pertinentes (por su carácter innovador o creativo) en toda la organización, elaborándose una publicación semestral con los temas de mayor interés. Además de actos y conferencias como las reseñadas en 3 c 2, la formación continuada también es un medio importante para lograr la implicación de las personas y tiene un apoyo decidido de la Dirección desde el punto de vista organizativo y desde el punto de vista económico (7 b 3.1, 2 y 3).

En el primer párrafo de este subcriterio se expone nuestro enfoque y se describen los objetivos generales y específicos para proporcionar oportunidades de implicación y de asunción de responsabilidades a las personas y respaldar un comportamiento innovador y creativo y puedan, de este modo, emprender acciones con mayor grado de responsabilidad y autonomía. A continuación describimos ejemplos de descentralización para favorecer que las personas y líderes se impliquen más y puedan emprender acciones con mayor autonomía:

- Un avance importante en la descentralización de la gestión ha sido la iniciativa de la Dirección de crear y poner en marcha las unidades de Gestión Clínica. Son la expresión de un avance en la co-gestión entre clínicos y gestores y su puesta en marcha era un objetivo del plan estratégico anterior. Funciona actualmente en nuestro centro en tres unidades. La Unidad de Rehabilitación de Larga Estancia fue la primera y comenzó en 2001. La segunda unidad en incorporarse ha sido la Unidad de Psicosis Refractaria. También se han comprometido con la gestión clínica las unidades de Psicogeriatría. El Contrato de Gestión Clínica es la expresión del compromiso entre una unidad y la Dirección acerca del rendimiento asistencial, de la gestión económica del presupuesto "gestionable", de la calidad y de los incentivos que, con el acuerdo de ambas partes, se firma anualmente. Estos incentivos revierten en las propias unidades y son de carácter colectivo. Para empezar con este programa de descentralización de la gestión, en esas unidades se planificó y se llevó a cabo la formación básica necesaria en gestión y en el trabajo en equipo, y los componentes consensuan los objetivos con sus líderes, y éstos con la Dirección.
- Otras unidades también están emprendiendo acciones con autonomía y han elaborado su propia planificación estratégica. Además de las tres mencionadas en el párrafo anterior, cuentan con su propio plan a largo plazo, entre otras, el CSM de Aranbizkarra, el CTT, el Servicio de Rehabilitación Comunitaria y la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil. Fruto de estas acciones son, entre otros, la elaboración de guías informativas para los pacientes, la explotación segmentada de la encuesta de empleados para algunas de estas unidades que así lo han solicitado y la autoevaluación abreviada en bastantes de ellas.
- Aunque la gestión clínica se ha puesto en marcha, de momento, en tres unidades (de 6 posibles), todos los líderes y responsables de las unidades clínicas pactan con los directivos, de forma similar a los de las unidades con Gestión Clínica, los objetivos asistenciales, de calidad y determinados gastos, como las sustituciones, consumo farmacéutico y otros. En estos casos no hay pactados incentivos.
- Todas las unidades y servicios del centro, a través de sus líderes y responsables, gestionan de forma descentralizada con criterios básicos comunes marcados por la Dirección, las carteleras de trabajo, en donde quedan establecidas la jornada anual, las

libranzas, las vacaciones y los turnos de trabajo (mañana y tarde o mañana, tarde y noche, según las unidades de que se trate).

- Un ejemplo claro de autonomía y responsabilidad, inherente al trabajo de los facultativos, se produce en la toma de decisiones clínicas referentes a la programación de la actividad, a la indicación de pruebas complementarias, a las decisiones de ingresos y altas de pacientes, a la prescripción farmacológica y otras. Esta autonomía es completa y tiene una influencia clave en los resultados asistenciales y económicos. Responde, por el alto grado de especialización de nuestra actividad, a criterios clínicos para el restablecimiento o la mejoría de la salud de los pacientes, pero modulados por la sensibilización de los profesionales hacia la gestión (y co-gestión) eficiente de los recursos.
- Otras muestras de asunción de responsabilidades, impulsadas y delegadas por la Dirección, son las de algunas de las comisiones y grupos de trabajo creados para la gestión de determinados temas importantes como las Comisiones de Seguridad y Salud Laboral, Docencia y Formación Continuada, Comisión de Farmacia, Ética Asistencial y el Comité de Gestión Medioambiental (3 c 1).
- Una iniciativa novedosa para estimular el talento creativo e innovador de los empleados y hacer que repercuta en mejoras continuas o drásticas es la convocatoria anual del Premio a la Innovación. Este premio anual está pensado para hacer surgir ideas, programas o iniciativas aplicables al trabajo diario y que tengan incidencia en los aspectos organizativo y profesional o en las actividades directas con los pacientes. En las dos convocatorias anteriores han surgido 11 iniciativas (5 b).

Para que los directivos y líderes puedan desarrollar iniciativas e implanten directrices que faculten a las personas para actuar con independencia, es necesario que reciban la formación adecuada, principalmente en gestión y en sistemas de calidad y en otras materias, tales como comunicación y técnicas de trabajo en equipo. En 1998 tenían formación en calidad y gestión muy pocas personas de la organización (directivos y algún que otro líder). En 2001 se habían formado el 59% de los líderes (17 de 28). En la actualidad, han recibido cursos de calidad y gestión el 100% de los líderes (36) y esta formación se ha extendido también a personas no líderes (Comisiones de Calidad, Docencia y Consejo Técnico). Desde hace 6 años hemos implantado la autoevaluación según el Modelo EFQM. Con objeto de que cada vez más líderes y personas conozcan este modelo y puedan por sí mismos definir las áreas de mejora de sus unidades, hemos iniciado en 2004 la autoevaluación de las unidades y servicios con un modelo informatizado, adaptado a nuestra actividad y basado en el Cuestionario de Evaluación de diversos organismos para la promoción de la calidad (entre ellos Euskalit - Fundación Vasca para la Calidad). Por este sistema se han autoevaluado 7 unidades y todas ellas han elaborado su plan de mejora. Entre las áreas de mejora más comúnmente priorizadas están las de redactar o consensuar sus propias M, V y V, gestionar por procesos y conocer, por medio de la segmentación de las encuestas generales o de cuestionarios específicos, la percepción de "sus" clientes y de las personas de sus unidades. Desde 2002 se

han formado directivos, líderes y personas en la Gestión por Procesos, de forma que hasta la actualidad se han implicado aproximadamente el 20% de las personas. En cumplimiento de áreas de mejora de autoevaluaciones previas se ha implantado en nuestra organización un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO que progresa y se despliega adecuadamente conforme a lo planificado (5 a). La propiedad de determinados subprocesos recae en los responsables de unidades, fomentándose progresivamente de esta manera que las personas puedan actuar con independencia en su área de trabajo. Además de las mencionadas herramientas para facilitar la delegación y que las personas actúen con independencia, también se utiliza la formación para la preparación a la delegación de tareas. Entre estas actividades destacan la formación de directivos, líderes y personas, entre otros temas, en técnicas de comunicación eficaz, en las de trabajo en equipo (60 personas), en las de gestión eficaz del tiempo, en manejo del paciente crónico, sobre cartera de servicios, sobre toxicomanías y sobre atención a pacientes en hospitales de día (UPR).

GRUPOS O COMISIONES DE PARTICIPACIÓN		Función principal	Personas	Directivos	Frec. Reunión	Conv.	Acta
Ges-tión	Consejo de Dirección	Planificación y Gestión	12	2	Mensual	Si	Si
	Consejo Técnico	Mejora y Planificación Asistencial	3	5	Mensual	Si	Si
	Coordinación de Área	Coordinación Gestión Asistencial	17	2	Mensual	Si	Si
Comisiones Clínicas	Historias Clínicas	Información y Gestión Asistencial	5	1	Trimestral	No	Si
	Calidad	Mejoras de Calidad	13	5	Bimensual	Si	Si
	Ética Asistencial	Asesoría y formación	23	0	Mensual	Si	Si
	Farmacia	Gestión Medicamentos	7	1	Trimestral	Si	Si
	Docencia y Formación Continuada	Formación Continuada	9	2	Mensual	Si	Si
Comisiones no Clínicas	Difusión de Publicaciones	Conocimientos Profesionales	5	1	Bimensual	No	Si
	Seguridad y Salud	Gestión de Riesgos Laborales	6	0	Trimestral	Si	Si
	Mesas de Contratación	Aprovisionamiento y suministros	2	1	S/ Concursos	No	Si
	Comisiones Paritarias	Promoción, Movilidad, Convenio	X 3	3-5	S/ Procedim.	Si	Si
	C. Gestión Medioambiental	Gestión Medioambiental	7	0	Trimestral	Si	Si
Grupos de Trabajo o Mejora	Reuniones Facultativos Hospital	Evaluación de objetivos y planes	11	1	Mensual	No	No
	Reuniones Supervisoras	Evaluación de objetivos y planes	5	1	Trisemanal	Si	No
	Enfermería Extrahospitalaria	Diagnósticos de Enfermería	15	1	Mensual	Si	Si
	Grupo Trabajadores Sociales	Objetivos de trabajo social	10	0	Quincenal	No	No
	Comisión Ropa	Uniformes, plana y de pacientes	8	1	Trimestral	Si	Si
	Taquillas	Gestión vestuarios	4	0	Ad hoc	No	No
	Cafetería	Cuidados pacientes	4	2	Ad hoc	No	No
	Informática	Zaineri y página web	8	2	Mensual	Si	Si
	Protocolos clínicos (subcriterio 5e)	Tratamiento y derivación pacientes	x 3	2	Ad hoc	Si	Si
	Página web	Diseño información	6	2	Trimestral	Si	No
	Consejo de Redacción	Revista Psikiberriak	7	2	Trimestral	Si	No
	Visitas Guiadas	Programa Puertas Abiertas	6	1	Ad hoc	Si	Si
	Subproceso Gest. Admva. Pers.	Mejora continua	5	1	Mensual	Si	Si
	Subproceso Gest. Farm.Terap. F	Mejora continua	4	0	Mensual	Si	Si
	Subproceso Hospitaliz. Psic. Refr.	Mejora continua	5	0	Quincenal	Si	Si
	Subproceso Rehabil. Hospitalaria	Mejora continua	4	0	Quincenal	Si	Si
	Subproceso asist. extrahospitalaria a las toxicomanías no alcohólicas	Mejora continua	4	0	Quincenal	Si	Si
	Actividad asistencial de Etxebide	Mejora continua	5	0	Semestral	No	No
	Gestión Medioambiental	Sistematizar gest. mediaoamb.	7	0	Trimestral	Si	Si
	Reuniones con las Asociaciones de Familiares y F. Tutelar	Conocimiento de las necesidades y expectativas de los pacientes	4-8	1	Trimestral	Si	No

Figura 3 c 1

El trabajo en equipo es consustancial al funcionamiento de organizaciones sanitarias como la nuestra. La terminología y la descripción de los compartimentos y módulos de trabajo dan evidente muestra de ello: son Unidades, Servicios, Comisiones, Comités, Grupos y Equipos. La propia organización y la especialización ya promueven, por sí mismos, el trabajo en equipo. Los directivos y líderes intentan acrecentarlo mediante la delegación de responsabilidades, los compromisos y acuerdos de objetivos, la creación de grupos de trabajo específicos y, sobre todo, animando y apoyando que las personas participen activamente en una gestión de calidad a través de la participación, de la delegación y asunción de responsabilidades, de la extensión del conocimiento y aplicación del Modelo de Excelencia y de la Gestión por Procesos. Creemos que en éste y en otros subcriterios (5 a y b) se describen numerosos ejemplos de actividades destinadas a animar a las personas a trabajar en equipo.

IMPLICACIÓN EN CONFERENCIAS Y ACTOS DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN

Actividad	Docentes propios		Destinatarios
	N	Categoría	
Actual. en Psicofarmacología	1	Psiquiatra	Enfermeras
Curso Urgencias en Psiquiatría	1	Psiquiatra	Enfermeras
	1	Enfermera	
Actitud ante el duelo	1	Enfermera	Enfermeras
Formación en bioética	2	Psiquiatras	Todas las categorías
	2	Enfermeras	
Acercamiento Pac. Psiquiátrico	1	Enfermera	Pers. no sanitario
Iniciación a la terapia de familia	1	Psicólogo	Personal sanitario
	1	Enfermera	
	1	Trab. Social	
Informática básica	2	Admvos.	Todo el personal
Form. y Evac. contra incendios	2	Mantenim.	Todas las categ.
Limpieza y desinfección	1	Limpieza	Limpiadoras
Formación en psicoeducación	3	Enfermeras	Enfermeras
Colaboración Docente (EUE y UPV)	8	Psiquiatras	Postgrado de Enfermería y EIR en Salud Mental
	1	Psicólogo	
	11	Enfermeras	
X Curso Anual de Psiquiatría	5	Psiquiatras	Fac. y Enferm.
Jornada de Calidad	1	Psiquiatra	Todas las categ.
Jornadas de toxicomanías	1	Psicólogo	Facultativos y Enfermeras
	3	Enfermeras	
Adaptación del ZAINERI	2	Enfermeras	Enf. de S. Mental
Formación en ALDABIDE	2	Admvos.	Administrativos
Cursos de gestión básica	2	Directivos	Todas las categorías
	1	Enfermera	
	2	Psiquiatras	

Autoevaluación EFQM	1	Directivo	Todas las categ.
Planes de Cuidados	1	Enfermera	Enfermeras
Actual. en Psicofarmacología	1	Directivo	Enf. H. Zamudio
Trabajar en grupo (enfermeras)	1	Directivo	AP y Matronas
Gestión de la Historia Clínica	1	Directivo	Todo el personal
	1	Psiquiatra	
	1	Psicólogo	
	2	Admvos.	
	1	Trab. Social	
Cura de Desintoxicación Ambulatoria	2	Psiquiatras	Médicos de Atención Primaria
	1	Enfermera	
	1	Trab. Social	
Curso de Salud Mental	3	Psiquiatras	MIR de MF y C
Curso de Gestión	1	Directivo	Servicio de Rehabilitación
	1	Psiquiatra	
Curso de relajación	1	Monitor Psiq.	Enfermería
Trastornos de la personalidad	1	Psiquiatra	Enfermería
Curso de Contención física	1	Aux. Psiq.	Todas las categ.
Curso de Power Point	1	Admvo.	P. Sanitario
Modelos Teór. de Enfermería	1	Enfermera	Enfermería
Psiquiatría Infantil	1	Psiquiatra	Enfermeras
	1	Psicólogo	
Curso de Access	1	Admvo	Administrativos
Cuidados en el final de la vida en pacientes con demencia	1	M. Internista	Enfermeras
	2	Enfermeras	

Figura 3 c 2

Para evaluar y revisar la implicación de las personas y la asunción de responsabilidades de las personas utilizamos los indicadores de las dimensiones adecuadas de la encuesta de satisfacción (7 a 1), tales como organización y mejora, relación con los mandos, percepción de la dirección y otros. Los indicadores de participación en las encuestas (7 b 5.2) y el de participación en equipos y grupos de mejora también nos indican la evolución positiva de la implicación de las personas (7 b 5.1). El cumplimiento de los objetivos principales de delegación de responsabilidades también es favorable. Para el 2007 nos hemos propuesto realizar acuerdos de gestión clínica para las 7 unidades posibles; en el momento actual, tres unidades tienen ya o se han comprometido a formalizar acuerdos de gestión clínica. Por otra parte, ya hemos realizado la autoevaluación del 37,5% de las unidades del centro (el objetivo para 2007 es el 50%). Entre las actividades de aprendizaje (y al mismo tiempo de identificación de posibles mejoras) destacamos las autoevaluaciones, las evaluaciones externas, el aprendizaje de la gestión por procesos y la realización de auditorías internas y otras actividades específicas de formación, ya mencionadas, como las de gestión eficaz del tiempo y la formación en gestión y calidad al 100% de los líderes. También hemos aprendido de otras organizaciones a través de la asesoría a sus autoevaluaciones y de las memorias de calidad (Gestión Clínica en Atención Primaria, por ejemplo). Son excelentes fuentes de aprendizaje la práctica y la implantación de la gestión de procesos, de las autoevaluaciones y de la gestión clínica. Hemos planificado e implantado mejoras en relación a la gestión por procesos (aprobación del SGC, auditorías internas de subprocesos asistenciales) para facultar que las personas y los equipos puedan tomar decisiones respecto a sus propias actividades. Hemos iniciado la autoevaluación EFQM de unidades para que los equipos aprendan a manejar este modelo y puedan elaborar sus propios planes de mejora. La implantación de acuerdos de gestión clínica facilita a los líderes gestores y a las personas de los equipos una gestión "propia", adecuada a sus objetivos y a los de la organización.

3 d EXISTENCIA DE UN DIÁLOGO ENTRE LAS PERSONAS Y LA ORGANIZACIÓN

Creemos que la implicación de las personas se incrementa con el conocimiento y la información que éstas tienen, sobre todo, de los objetivos y planes para su trabajo diario, pero también, de la política y estrategia general del centro. De éstas, en tanto mayor grado cuanto mayor sea la participación en la formulación de los "grandes" objetivos relevantes para la evolución futura de la organización. La política y estrategia están expresadas claramente en nuestra Misión, en cuya elaboración han participado grupos y personas como el Consejo de Dirección, el Consejo Técnico, la Comisión de Coordinación y otras varias personas de otros grupos de interés. Todas las personas del centro han tenido la oportunidad de conocer nuestros grandes objetivos (Plan Estratégico, Plan de Calidad y Plan de Acogida) lo que posibilita una mayor motivación y un incremento en la satisfacción. Para la identificación de las necesidades de información/ comunicación en los diferentes ámbitos y niveles de la empresa utilizamos varios sistemas:

- La encuesta de satisfacción de las personas. El análisis de los resultados de esta encuesta en las dimensiones apropiadas (información, comunicación, relación con mandos, opinión de la dirección) permite afirmar que las acciones en esta área de gestión ofrecen una positiva relación causa-efecto (7 a 1).
- Reuniones periódicas de los directivos y líderes con los componentes de las unidades. Los directivos se reúnen con los responsables y líderes y con el personal de sus unidades/servicios para la transmisión de criterios y objetivos de gestión, para la organización y distribución de tareas y para intercambiar información sobre resultados o pactar los objetivos asistenciales, económicos y de calidad. Son ejemplos: las reuniones mensuales de los facultativos con la Dirección Médica; las reuniones trisemanales de la Directora de Enfermería con las Supervisoras y las trimestrales con las enfermeras de los centros extrahospitalarios; las reuniones semanales de los equipos y las reuniones "ad hoc" de directivos con responsables de unidades y servicios (adecuación de la demanda extrahospitalaria, repercusiones de la regulación de las ayudas sociales en nuestros pacientes externalizados, supervisión de los acuerdos de gestión clínica).
- Reuniones de las Comisiones y Grupos de Trabajo (3 c 1) en las que también participan los directivos y líderes.
- Reuniones de los equipos de procesos. Estos equipos también son una fuente de información/comunicación bidireccional entre la dirección y los empleados, utilizándose además para pactar y aprobar objetivos de los planes de gestión de los procesos (5 a).
- La formación continuada, la docencia y la movilidad interna (3 b) son también un vehículo de información/comunicación puesto que contribuyen al intercambio y difusión de la información necesaria para el buen desarrollo y ejecución del trabajo (cada vez más cualificado) de todas las personas de la organización.
- La actitud abierta, dialogante y accesible de los directivos y líderes contribuye de manera relevante, por la abundancia de contactos con las personas, a la detección y solución de problemas y, al mismo tiempo, a la satisfacción de necesidades de comunicación de las personas.

Para satisfacer las necesidades de comunicación hemos puesto en marcha, además de los foros y vías de comunicación contenidas en la figura 3 d 1, estrategias y acciones de comunicación/información derivadas de nuestro segundo Plan de Comunicación, recientemente actualizado (Septiembre de 2004). Estas acciones responden a nuestra política de información/comunicación expresada en la

Misión. Como acciones más importantes de comunicación podemos reseñar las siguientes:

- Circuito de quejas y reclamaciones de los trabajadores. Está incluido en el proceso Gestión Administrativa de Personal (certificado en Mayo de 2004) y responde a la necesidad de establecer una vía rápida de comunicación ascendente ágil y de respuesta oportuna (en tiempo real). El objetivo es responder al 100% de las quejas y reclamaciones de las personas. El objetivo del tiempo medio de respuesta es de 3-5 días.
- Recogida de sugerencias de mejora del personal. Sistematizar esta recogida era otro objetivo de mejora de la evaluación anterior que hemos puesto en marcha en 2004. Pretende la recogida y contestación sistemáticas a todas las sugerencias de mejora de los empleados, aunque hasta ahora también se recogían y contestaban a través de los grupos de mejora (5 b 1), mediante la gestión de los procesos y mediante las aportaciones de los premios de innovación (5 e). Desde finales de 2004, disponemos, además, de la posibilidad de hacerlo a través de la página web. Se implantan (5 b 1) y se implantarán todas aquéllas que sean factibles teniendo en cuenta la coherencia con los objetivos de la organización, la oportunidad y el coste. Estos criterios, probablemente, seguirán siendo los mismos.
- Reuniones regulares con los representantes de los trabajadores. Además de las reuniones destinadas a la negociación colectiva y a los procedimientos de movilidad interna (3 a y b), funciona desde hace tiempo este canal de información/comunicación con el Comité de Empresa. Habitualmente mensuales, estas reuniones tienen por objeto mantener los niveles de información y comunicación en temas directa e indirectamente relacionados con la gestión de las personas, como pueden ser la explicación de nuevos proyectos o planes (Plan Estratégico, Plan de Calidad, Readecuación de ingresos en Psicogeriatría) o incidencias concretas de la marcha del centro.
- Revista trimestral "Psikiberriak". Esta revista, sucesora de la antigua hoja informativa mensual, se envía por correo a todas las personas a su domicilio, y contiene información acerca de variados aspectos de nuestra gestión, de la asistencia psiquiátrica, de divulgación científica y cultural, reportajes sobre las unidades y comunicaciones de ámbito laboral. También se envía a otros grupos de interés, aliados, colaboradores y destacados representantes sociales de nuestro territorio.
- Internet, Intranet, Correo Electrónico y página web ("saludmentalalava. org"). Progresivamente vamos dotando a todas nuestras unidades/servicios de correo electrónico, vía cada vez más utilizada en la información y comunicación. Recientemente hemos "abierto" nuestra página web, que será, probablemente, la vía de información y comunicación más rápida y más utilizada, tanto por nuestras personas, que disponen de acceso diferenciado, como por nuestros pacientes y familiares, futuros usuarios y colaboradores.

CANALES DE COMUNICACIÓN EXISTENTES

Tipo	Canal	Foros de comunicación	Subcriterios
Formal	Descendente	Consejo de Dirección	1 b, 2 a
		Consejo Técnico	1 b, 2 a
		Comisión de Calidad	3 c
		Pacto Objetivos con las Unidades	3 c
		Reuniones Comité de Empresa	3 a
		Reuniones Gestión Clínica	3 c
		Difusión Plan Estratégico	2 c, 2 d
		Difusión Plan de Calidad	2 c, 2 d
		Intranet	4 d
		Correo electrónico	4 d
		Página Web	4 d
		Revista trimestral "Psikiberriak"	3 d
		Tablones de anuncios	3 d
	Ascendente	Comisiones clínicas y no clínicas	3 c
		Consejo Técnico	1 b, 2 a
		Encuesta de satisfacción	7 a
		Quejas y reclamaciones	3 d, 7 b
		Sugerencias	3 d, 7 b
		Reuniones con equipos	3 d, 5 b
		Autoevaluación unidades	3 c
	Horizontal	Equipos de procesos	5 a
		Comisiones clínicas y no clínicas	3 c
		Grupos de mejora	3 c
		Sesiones Clínicas	3 c
		Reuniones de equipo/unidades	3 c
Informal	Bidireccional	Reuniones de café	3 d
		Reuniones de "buenos días" en las unidades	3 d
		Celebraciones sociales	3 d
		Reuniones informales	3 d
		Aniversario del hospital	3 d
		Visitas a las unidades	3 d

Figura 3 d 1

Para identificar y asegurar el aprovechamiento de las oportunidades de compartir las mejores prácticas y el conocimiento están desarrollados y estructurados, desde hace tiempo, varios mecanismos. Son ejemplos relevantes: las sesiones clínicas (médicas y de enfermería), las sesiones bibliográficas de enfermería, la participación en congresos, cursos, conferencias, jornadas y actos formativos dentro del centro (3 c 2); la organización de Congresos y Jornadas de Actualización (4 e); las asistencias y presentaciones de ponencias, comunicaciones y pósters en congresos y jornadas fuera de la organización (8 b 1.1); la publicación de procedimientos, artículos, libros y guías (4 e 2); las actividades de formación continuada y docencia (3 b); la colaboración y alianzas con entidades formativas (4 a 3); el trabajo de las Comisiones y Grupos de Mejora (3 c 1); el propio desarrollo de los procesos (5 a) y las actividades de búsqueda y difusión del conocimiento (4 e).

Para la evaluación y revisión de esta área de gestión disponemos de los indicadores de las dimensiones de la encuesta de satisfacción de personas referentes a información/comunicación, percepción de la dirección, relación con el mando, conocimiento de objetivos y otros (7 a 1 y 7 a 8). La existencia y el funcionamiento de cada vez más canales de comunicación e información (3 d 1) es un buen indicador de la gestión del diálogo entre las personas y la organización, así como la participación de las personas en equipos de trabajo (más oportunidades de comunicación) (7 b 5.1). Para la identificación y priorización de las oportunidades de mejora a partir de las actividades de aprendizaje hemos utilizado nuestro propio plan estratégico, del que se han derivado planes de acción tales como la

elaboración de nuestro segundo Plan de Comunicación, actualizado en octubre de 2004, y la generalización del Plan de Acogida, que contiene la información básica para el trabajo y resúmenes de los objetivos corporativos y de nuestro centro. Este Plan de Acogida (aprobado en octubre de 2004) se ha distribuido a todo el personal del centro para su conocimiento. Entre las mejoras implantadas, además de las mencionadas, podemos destacar la segmentación de las encuestas de satisfacción por unidades (7 a 5) y categorías, el establecimiento de los circuitos de recogida de quejas, reclamaciones y sugerencias de las personas, y otras, como la edición trimestral de nuestra revista, la apertura de nuestra página web y la instalación del correo electrónico en cada vez más unidades.

3 e RECOMPENSA, RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

En nuestro 2º Plan Estratégico se plantean objetivos genéricos pensados para dar atención, recompensa y reconocimiento a las personas, como "Establecer una política de Motivación y Reconocimiento", "Fomentar la Formación Continuada, la Docencia y la Investigación" y "Garantizar la Seguridad y la Salud laborales". El posterior desarrollo de los objetivos específicos y planes de acción de cada uno suponen, creemos, un enfoque apropiado para la gestión de esta área.

Las políticas de remuneración, traslados y otros asuntos laborales no precisan ser alineadas puesto que corresponden al Servicio Vasco de Salud y son de común aplicación para todas sus organizaciones. La jornada anual, la regulación de permisos y licencias, jubilaciones y otros temas también están reguladas por el Acuerdo de Regulación de Condiciones de Trabajo (ARCT), lo que limita de manera importante nuestro campo de acción. Sin embargo, creemos que nuestra gestión cumple en todos los casos con los requisitos marcados por las normativas generales. Ejemplos de ello son la convocatoria del 100 % de los puestos vacantes disponibles en las Ofertas Públicas de Empleo y en los Concursos de Traslados. A pesar de esta normativa limitante, aprovechamos el escaso margen de maniobra legal en este campo para emprender acciones coherentes con nuestra política y estrategia en estas cuestiones. Ejemplos de ello son:

- La libranza de dos fines de semana al mes para todo el personal a turnos. Este sistema de libranzas, acordada con nuestro Comité de Empresa, viene funcionando en nuestro centro desde hace más de diez años, habiéndose consolidado en aplicación flexible del ARCT por razón de equidad entre el personal laboral y el estatutario. Este último no disfrutaba de este sistema de libranzas. Es lo que se conoce en otras organizaciones como refuerzos de fin de semana o "canguros".
- El acuerdo, renovado periódicamente, con los representantes sociales de establecer baremos de méritos para reconocer los esfuerzos de formación y experiencia en los procesos de Movilidad y Promociones internas (3 b).
- La definición de perfiles de puestos de trabajo (experiencia profesional y proyecto de gestión y calidad) convocados mediante los procedimientos de Comisión de Servicios y de cobertura interina de vacantes (3 a).
- La compensación (económica y/o períodos de libranza adicionales), pactada también en convenio, a trabajadores (60 personas) que dedican tiempo extra al acompañamiento y cuidado de los pacientes en las actividades terapéutico-rehabilitadoras fuera del centro (actividades sociales y culturales, excursiones y colonias de verano).
- Otras formas de recompensa y reconocimiento son las retribuciones por el ejercicio de funciones de superior categoría (6% de la plantilla) y la financiación (o compensación en horas) de las sustituciones por asistencia a cursos, jornadas y congresos.

La Dirección y el resto de los líderes mantienen y difunden una actitud positiva de reconocimiento hacia los logros, méritos y éxitos de las personas y de los equipos de la organización como refuerzo para la motivación, la implicación y la vinculación con las actividades del centro. Aunque esta actitud es difícil de evaluar, forma parte de nuestro estilo de dirección y creemos que así conseguimos la motivación y la predisposición a la implicación de las personas. Podemos afirmar que las personas de la organización se sienten satisfechas con el reconocimiento de sus líderes, mandos y compañeros, e incluso de pacientes y familias, como puede apreciarse en los resultados de la encuesta de personal. Ejemplo de ello son el apoyo y las felicitaciones de la Dirección y los líderes a personas y equipos por resultados de gestión o por la consecución de objetivos, lo que se realiza normalmente de manera formal en las reuniones de trabajo y, más frecuentemente, de manera informal en los contactos personales, abundantes y satisfactorios en un centro "pequeño" como el nuestro. Otra forma de reconocimiento es la selección de docentes entre nuestras propias personas para impartir formación al resto e incluso a personas de otros centros (3 c 3). Otro ejemplo es la transmisión de los reconocimientos externos recibidos a las personas y equipos, como cartas de agradecimiento, apariciones en prensa y felicitaciones por la realización de colaboraciones externas (conferencias, participación en jornadas). Otros ejemplos de reconocimiento son los homenajes anuales a los jubilados y a los que cumplen 25 años de antigüedad, la entrega de los Premios de Innovación (4 e) y las felicitaciones personales con motivo de las fiestas patronales o navideñas. La publicación en la revista "Psikiberriak" de eventos, noticias, convocatorias, agradecimientos y felicitaciones es otra forma de reconocimiento público a través de este medio de comunicación que se envía a todas las personas y al exterior.

Con el fin, cumpliendo además con la normativa vigente, de fomentar la concienciación e implicación en temas de higiene, seguridad y salud laborales hemos alcanzado los objetivos propuestos hasta ahora como son la creación del Comité de Seguridad y Salud, la designación y formación de los delegados de prevención, la financiación de cursos de evaluación de riesgos y ergonomía y la realización por personal propio, previamente formado, del primer Mapa de Riesgos de todos los puestos de trabajo de nuestro centro. Cada año se planifican inversiones para tomar medidas correctoras y preventivas para mantener la salud laboral de nuestro personal. Buena prueba de ello son la adquisición de camas de elevación eléctrica, mobiliario ergonómico, andamios y carros de transporte más seguros, la ampliación de la instalación de aire acondicionado (incluyendo aparatos portátiles), la renovación de conducciones y calderas de agua para combatir la legionelosis, el almacén de tóxicos de limpieza, los filtros de pantalla de ordenador y el uso de calzado y ropa de trabajo adecuados a las actividades. En 2002 hemos logrado un objetivo largamente perseguido que es la presencia, aunque en jornada parcial, de una Unidad de Salud Laboral en el centro (antes nuestros trabajadores debían desplazarse a otro hospital). Esta Unidad, compuesta por una médica y una enfermera, se encargan de la vigilancia de la salud. Realizan los reconocimientos médicos a las personas de nueva incorporación, los reconocimientos médicos voluntarios periódicos destinados a todo el personal del centro, el seguimiento de los

incidentes y accidentes laborales y de las bajas laborales prolongadas, las evaluaciones médicas en casos de posibles incapacidades y las de las solicitudes de cambios de puestos de trabajo por razones de salud. Tiene también la responsabilidad de las vacunaciones al personal y realiza la consulta médica a demanda. Elabora la memoria anual de siniestralidad y de incidencia de bajas por enfermedad. Esta Unidad forma parte y se coordina con el Comité de Seguridad y Salud que es el responsable de gestionar este subproceso clave. Este cometido ha sido delegado por la Dirección Gerencia que es la propietaria del subproceso. Se ha planificado, y ya está en fase de realización, el segundo Mapa de Riesgos de nuestro centro, al que seguirán, como al anterior, planes de pequeñas obras e inversiones para prevenir y corregir posibles causas de accidentes (biológicos y no biológicos) y de bajas laborales.

Para fomentar la concienciación y la implicación con el medio ambiente disponemos de nuestra propia política de gestión de residuos (Plan y Manual de Gestión de Residuos) por la que se definen los circuitos de eliminación de residuos biológicos, basura urbana y papel que terminan en la evacuación, previo almacenamiento y/o compactación, por empresas subcontratadas. En todas las unidades existen recipientes para la recogida de elementos punzantes y basura orgánica y, en muchas, recipientes destinados al reciclaje de papel. Apagar luces, equipos eléctricos y aparataje innecesarios y evitar el exceso en los consumos de agua, energía y otros suministros es parte de la conciencia individual de muchos de los componentes de nuestra empresa. Como avance en la gestión integral y sistemática, la Comisión de Calidad acordó, en Junio de 2004, que el diagnóstico Legescan (IHOBE) fuera solicitado antes de fin de este año, como paso previo a la gestión más sistemática (y quizá a la certificación ISO-14001) de nuestra implicación y compromiso con la conservación del medio ambiente.

En cuanto a la responsabilidad social creemos que mantenemos una actitud responsable como miembros de la sociedad. Esta actitud se extiende a las diversas actividades y ámbitos en los que nos desenvolvemos, procurando cumplir, y velar por que los demás lo hagan, las normativas sanitarias, administrativas, legales y judiciales. Son ejemplos:

- La aplicación atenta de los principios de universalidad y equidad en la atención a la salud mental de nuestra población de referencia, actuando con criterios de prioridad basados en escalas de gravedad y no en otros criterios. Para ello funcionan las comisiones de ingreso (UPR, Demencias, Rehabilitación, Coordinador de Ingresos) y no se rechaza ninguna solicitud de atención que pudiera quedar desatendida por razones no estrictamente sanitarias (papeles, trámites, procedencia u otras).
- El cumplimiento, activamente colaborador con las normativas vigentes en materia de Auditorías (Tribunal de Cuentas, Hacienda, Industria, Inspecciones Sanitarias y Bacteriológicas de Aguas y Alimentación).
- Las solicitudes (y sus renovaciones periódicas) necesarias para el desarrollo de nuestra actividad como Permisos de Obras, Licencias de Apertura y Renovación para el funcionamiento de Unidades y Servicios y Acreditaciones Docentes.
- La colaboración activa con instituciones públicas y privadas: Defensor del Pueblo (diversos informes), Bienestar Social (Comisión Socio-Sanitaria Territorial), Fundación Tutelar y Judicial (tutelas y curatelas de los pacientes), Justicia (comunicaciones periódicas, informes, peritajes, cumplimiento de resoluciones, de sentencias de todo tipo y de medidas de seguridad para pacientes).
- La creación de empleo a nivel local (sin generación de horas extraordinarias) debida a los contratos de sustituciones y a determinadas actividades subcontratadas (eliminación de residuos, jardinería, limpieza, catering, vigilancia y mantenimiento especial de algunas instalaciones, por ejemplo).

En el ARCT de Osakidetza se recogen, con carácter general, cuestiones referentes a los beneficios sociales que exceden los mínimos legales, como los préstamos al consumo (vivienda, reformas, automóvil), adelantos de nómina, seguro de responsabilidad civil, seguro de vida y de accidentes y el mantenimiento de la percepción del 100% de la nómina y de las remuneraciones variables (guardias, turnos) durante las incapacidades temporales. Además, en nuestro centro, complementamos estas medidas con otras, que también exceden los mínimos legales, para proporcionar recursos y servicios a nuestras personas. Entre ellas podemos destacar:

- La concesión del 100% de permisos sin sueldo y reducciones de jornada a todas las personas que lo solicitan, excluyendo las solicitudes que puedan causar alteraciones graves en el funcionamiento de los servicios.
- Las ayudas familiares por hijos y guardería (pactadas en convenio colectivo propio, también llamado Texto de Adhesión).
- Los descuentos en gastos de alimentación y otros consumos a través de una Fundación Laboral. Vigente este beneficio social por convenio solamente para el personal laboral, se ha extendido su disfrute al resto del personal (estatutario y funcionario).
- La flexibilidad horaria que se concede a parte de nuestros trabajadores por motivos razonados entre los que se excluyen, a juicio de su responsable, aquéllos que interfieren gravemente en el funcionamiento normal.
- La inexistencia de obligatoriedad de control horario automático ya que, como parte de nuestro estilo de dirección, tenemos confianza en la responsabilidad individual, en la motivación que producen los objetivos compartidos y en el cumplimiento de los contenidos de trabajo. En parte de la organización, el trabajo a turnos contribuye al cumplimiento horario por el posible perjuicio a los propios compañeros. El trabajo en equipo y la necesidad de colaborar hace que el cumplimiento horario del personal fijo de mañana sea mucho más que razonable. Las excepciones son muy escasas y, por coherencia, los incumplimientos graves (3) han sido objeto de sanción administrativa.

Como mecanismos de evaluación y revisión disponemos de los datos de la encuesta de satisfacción en las dimensiones de reconocimiento, condiciones de trabajo, seguridad y salud, clima de trabajo, retribución, reconocimiento y la satisfacción percibida o general (7 a 1). Como datos de rendimiento interno están los referidos a las vacunaciones y exámenes periódicos de salud de las personas (7 b 2.2) y los datos de absentismo (7 b 7) y el índice de accidentes laborales (7 b 2.1). También, aunque de forma más indirecta, son útiles los datos de participación (grupos de trabajo y encuestas) puesto que miden también la evolución de la comunicación y el diálogo en la organización (7 b 5.1 y 2). Asimismo, los indicadores de consumos de recursos no renovables como agua y energía y la eliminación de residuos biosanitarios (8 b 3.1 y 2) también miden nuestra implicación y concienciación con la conservación del medio ambiente. Para identificar, priorizar e implantar posibles áreas de mejora las referencias son, además de las autoevaluaciones del centro y nuestra participación en las autoevaluaciones de otros centros, nuestros propios Planes Estratégico y de Calidad en los que se definen planes de acción, como, por ejemplo, la actualización del Plan de Comunicación que contiene acciones para mejorar tanto la comunicación interna como la externa; la realización de nuestro segundo Mapa de Riesgos; la revisión de nuestra política medioambiental con el objetivo de realizar el diagnóstico Legescan; la apertura de la página web y la extensión a más centros del correo electrónico.

ALIANZAS Y RECURSOS

4 a GESTIÓN DE LAS ALIANZAS EXTERNAS

La planificación estratégica realizada hasta ahora, concretada en nuestros dos Planes Estratégicos (1998-2003 y 2004-2007), nos ha ayudado a identificar las oportunidades de establecer alianzas clave de diverso grado de relevancia y de características variables, según la importancia y el objeto de la colaboración a establecer. Por otra parte, las áreas de mejora de las autoevaluaciones realizadas (periodicidad bienal) y la adopción del sistema de gestión de procesos han constituido también un buen método para identificar oportunidades de establecer alianzas y de revisión de las existentes. Así, por ejemplo, vamos a mejorar presentación y variedad de los menús interviniendo en parte del proceso de Alimentación del Hospital Txagorritxu que es nuestro suministrador. Otras oportunidades de establecer alianzas se materializan mediante nuestra aportación de recursos (organizativos, estructurales y docentes) en actividades para la formación y acreditación docente en Psicología de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Santiago Apóstol. Ello ha promovido solicitar nuestra propia acreditación docente y nuestra integración en la Comisión de Coordinación de Comisiones de Docencia de los centros sanitarios de la CAPV (IRABAS). Otro ejemplo relevante de identificación y aprovechamiento de las oportunidades para establecer colaboraciones, es la formación de grupos de trabajo comunes con otros centros psiquiátricos para la elaboración, documentación e implantación de procesos/subprocesos asistenciales según la norma ISO (Proyecto de implantación de la Gestión de Procesos Asistenciales). Consecuencia de ello es el impulso al desarrollo de los subprocesos de hospitalización en la Unidad de Rehabilitación y en la UPR y del subproceso de consultas en el CTT (5 a). Otro ejemplo relevante es nuestra colaboración con la Unidad Docente de Enfermería para la formación de las Enfermeras Internas Residentes de Psiquiatría (EIR, 6ª promoción). Por otra parte, en coherencia con los planes y objetivos de nuestros PE y las autoevaluaciones, revisamos de manera estructurada la eficacia y rendimiento de las alianzas y colaboraciones ya establecidas. Esta clasificación estructurada nos es muy útil para identificar su valor potencial e intentar maximizarlo. De esta manera las hemos clasificado en tres tipos de alianzas:

Asistencial y/o Socio-Sanitaria. En este tipo de alianzas incluimos aquellas que, por las características de su finalidad y objetivos, aportan un claro valor añadido a los servicios que prestamos (sanitarios y sociosanitarios). Fruto de este tipo de alianzas son los diversos acuerdos y convenios que añaden valor a la cadena logística de estos servicios. Entre los colaboradores externos más relevantes están los dos Hospitales Generales de la ciudad y los Servicios Sociales de la Diputación Foral. En la figura 4 a 1 se resumen las actividades afectadas, el objetivo del procedimiento o convenio, y la periodicidad de su revisión.

Inicio	Entidad // Acuerdos	Revisión periódica
Instituto Foral de Bienestar Social		
1998	Uso compartido de camas	Si
2004	Derivación centros residenciales	Si
Organizaciones de S. Mental de la CAPV		
1986	Ingresos C.T.M.E.	No
2000	Criterios de ingreso en la UPR	Si
2004	Proyecto Gestión Procesos Asistenciales	Si
Serv. Penitenciarios (Nanclares de Oca)		
1995	Asistencia toxicomanías.	No
Servicios Judiciales		
1990	Cumplimiento sustitutorio de condenas	No
1998	Protocolo de internamientos involuntarios	No
2000	Médicos Forenses en Ingresos UPR	No
2003	Tratamiento involuntario ambulatorio	Si
U. Psiquiatría Agudos H. Santiago		
2000	Derivación a Unidades de Media Estancia	Si
Hospital General Santiago Apóstol		
1996	Pruebas Complementarias (análisis y RX)	No
1996	Patología somática pacientes psiquiátricos	No
1999	Derivación para Terapia Electroconvulsiva	Si
Atención Primaria		
1996	Manejo del paciente toxicómano	Si
1996	Manejo del paciente ansioso	Si
1996	Manejo de la Depresión	Si
1996	Manejo del paciente Alcohólico	Si
1999	Derivación a consultas psiquiátricas	Si
2000	Procedimiento Desintoxicación Alcohólica	Si
Hospital Txagorritxu		
1995	Consulta de Alcohólicos en el S. Digestivo	Si
1996	Profilaxis tuberculostática en toxicómanos	Si
1996	Atención a Psiquiatría Infantil en Pediatría	Si
1996	Realización de Autopsias en demencias	Si
2000	Suplencias del Psiquiatra de Txagorritxu	Si
Fundación Tutelar		
2001	Tutelas y curatelas de pacientes	Si
Ayuntamiento		
2004	Rehabilitación de pacientes con mascotas	No
2004	Rehabilitación de pacientes con el Artium	No

Figura 4 a 1

Proveedores de Productos y Servicios Externos. En este grupo se incluyen todos aquellos colaboradores/proveedores relacionados con la adquisición de productos y la prestación de servicios complementarios o auxiliares a nuestra organización. La relación con la mayoría de estos proveedores se establece mediante procedimientos como concurso público y/o selección tras presentación de presupuestos. Los criterios para establecer la relación tienen en cuenta que dicha colaboración, además de ajustarse a las normativas vigentes en cuanto a contratos con la Administración Pública, resulten adecuados a nuestros objetivos (asistenciales y económicos). También a determinados requisitos exigibles, como la eliminación de residuos, o los requisitos de calidad técnica de los productos sanitarios. Se resume este tipo de alianzas (se omiten marcas comerciales) en la figura 4 a 2, con el objetivo de cada una de ellas y el tipo de acuerdo.

Entidad	Producto/Servicio	Adquisición
Indesa (IFBS)	Lavandería	Convenio
"Catering"	Menús pisos y otros alojam.	Concurso
Hospital Txagorritxu	Dietas y menús	Concurso
Empresa "Limpieza"	Centros Extrahospitalarios	Concurso
Empresa "Seguridad"	Vigilancia y seguridad	Concurso
Empresa "Residuos"	Gestión de residuos	Concurso
Empr. Farmacéuticas	Productos farmacéuticos	Concurso
Empr. Mat. Sanitario	Fungibles, desechables	Concurso

Proveedores Varios	Diversos materiales	Concurso
Empr. “Ambulancias”	Traslados de Pacientes	Concurso
OSATEK	Resonancia Magnética	Concertación
E. Acompañamiento	Acompañamiento pacientes	Tramitación
Empr. “Funerarias”	Tanatorio y enterramiento	Procedim.
Serv. de “Peluquería”	Peluquería para pacientes	Concurso
Serv.de “Podología”	Podología para pacientes	Contratación

Figura 4 a 2

Aliados y Colaboradores en Docencia y Formación. En este apartado incluimos a todas aquellas organizaciones con las que colaboramos en docencia y formación teórica y práctica. Ambas partes somos soporte organizativo, estructural y de recursos discentes. Colaboramos en la formación y docencia pregrado y postgrado de alumnos de varias especialidades y especializaciones relacionadas con la salud mental. En la figura 4 a 3 pueden verse las diferentes líneas de colaboración y su finalidad principal.

Convenios Anuales	Formación
Escuela Vasca de Terapia de Familia	Profesionales
ANTZA (Psiquiatría Infantil)	Psiquiatría Infantojuvenil
PRACTICUM (Univ. de Deusto)	Postgrado en Psicología
Facultad de Farmacia	Prácticas Alumnos
Médicos Internos Residentes (MIR)	Rotaciones en centros
Psicólogos Internos Residentes (PIR)	Ídem
Enfermeras Internas Residentes (EIR)	Acreditación en Psiquiatría
Escuela Universitaria de Enfermería	Docentes colaboradores
Universidad del País Vasco	1 Profesor Adjunto
Trabajadores Sociales	Escuela de Trabajo Social
SS. CC. de Osakidetza /Svs	Locales para cursos
Univ. Europea Madrid (Terapia Ocup.)	Formación en prácticas
HEG. (Auxiliares Enfermería)	Prácticas en Salud Mental
Subdirección Calidad de Osakidetza	Autoevaluación y Procesos
Fundación Novia Salcedo/Euskalit	Programa Becarios Calidad

Figura 4 a 3

Otros dos tipos de colaboración/alianza merecen una mención especial ya que se realizan con grupos de interés fundamentales para nuestro funcionamiento. En primer lugar nos referimos al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y a su representación territorial, la Dirección Territorial de Sanidad de Álava, que son nuestros proveedores financieros principales mediante un convenio anual que es el Contrato Programa. Este acuerdo se basa en el intercambio de la financiación necesaria por objetivos de actividad asistencial con requisitos de calidad técnica (de rendimiento interno). Este contrato anual tiene la finalidad de la “compra” de los servicios necesarios a nuestro centro para la asistencia, adecuación y mejora de la salud mental de la población alavesa. Desde nuestro punto de vista, este contrato anual incentiva, de manera coherente con nuestra Misión y Visión, las actividades asistenciales y los objetivos de calidad enfocados a añadir valor a la cadena cliente-proveedor. De esta forma, con el paso de los años, la financiación se centra más en las actividades que tienden al mantenimiento y al incremento de la externalización de pacientes, como los programas alternativos a la hospitalización convencional (estructuras intermedias como Pisos Asistidos, Rehabilitación y Centros de Día), y las altas de pacientes crónicos hospitalizados, tanto de Larga Estancia y Psicogeriatría como de Media Estancia (9 a 6 y 9 a 5.1). El contrato-programa contiene también una serie de requisitos de calidad, con indicadores adecuados y estándares a alcanzar tanto en la actividad hospitalaria como en la extrahospitalaria. Ejemplos de ello son la tasa de reingresos (9 b 7), índices de ocupación (9 b 5.1 y 2) y otros índices hospitalarios. En la actividad extrahospitalaria hay indicadores como la tasa de reinicios (9 b 18), de altas totales (9 a 10) y otras, que cumplimos cada año en coherencia con nuestros propios objetivos (asistenciales, de calidad y económicos). El Contrato-Programa, en definitiva, incrementa el valor añadido de las prestaciones sanitarias en salud mental en nuestro territorio, haciendo de la financiación un instrumento útil que transforma la mayor parte del presupuesto sanitario en actividad beneficiosa y con calidad hacia el ciudadano. En segundo lugar, el otro tipo de alianza/colaboración especial es con la Dirección General de Osakidetza-Svs que, actuando como coordinador de todos los centros sanitarios, nos marca las directrices de funcionamiento y también objetivos asistenciales, de calidad y presupuestarios. Los de calidad han adquirido una importancia especial ya que el Ente Público ha marcado en su Plan de Calidad objetivos para los próximos cuatro años que todos los centros deben cumplir mediante la elaboración e implantación de su propio Plan de Calidad 2004 - 2007. En el nuestro se incluyen 248 acciones para dos grandes objetivos generales: 124 para la Mejora de la Calidad del Servicio Sanitario y 124 para la Mejora de la Calidad en la Gestión. Hemos definido 397 indicadores (de percepción y de rendimiento interno) y se han planificado su cronograma y su evaluación periódica (2 b). Nuestra relación con la Dirección General se desarrolla mediante lo que para nosotros es un subproceso de planificación y mejora denominado Control de Gestión, en el que ambas partes revisan la evolución cuatrimestral de los objetivos asistenciales, de calidad y económicos, y se realiza la previsión del siguiente ejercicio.

La cultura y las competencias de las organizaciones aliadas favorecen la consecución de los objetivos comunes y están basadas en el beneficio de nuestros clientes, también comunes. Estos objetivos son claramente identificables: acortamiento de los procedimientos para ingresos voluntarios e involuntarios, agilidad para las altas, tratamientos ambulatorios, interconsultas y terapias coadyuvantes en el caso de las alianzas sanitarias y sociosanitarias (4 a 1); el suministro de productos y servicios de calidad en el caso de los proveedores (4 a 2); y, finalmente, en el caso de los aliados docentes y formadores (4 a 3), impartir una formación adecuada a toda clase de profesionales para satisfacer las necesidades actuales y futuras de los clientes externos e internos. La mayoría de nuestras alianzas son duraderas, debido a la estrecha relación de fines y objetivos con las organizaciones colaboradoras. En el caso de las organizaciones sanitarias y sociosanitarias porque estamos, todos, trabajando con los mismos clientes, lo que conduce al entendimiento y la transparencia. En el caso de las organizaciones docentes nos une el hecho de trabajar con personas que atienden y atenderán a los mismos clientes/pacientes y nuestro interés común radica en manejar similares criterios clínicos y de calidad, compartiendo y apoyando el desarrollo y el conocimiento mutuos, con el fin de ofrecer al cliente, al final de la cadena, servicios cada vez mejores.

Cada una de las alianzas/colaboraciones se revisa periódicamente según resulte procedente, dependiendo de la finalidad, de los requisitos legales cuando los hay y de los resultados (4 a 1, 2 y 3). El Equipo Directivo realiza una evaluación periódica de las alianzas más relevantes, y fundamentalmente, de las que tienen relación con objetivos asistenciales y económicos por su influencia en el Plan de Gestión o en el Contrato-Programa. Es el caso de los acuerdos con Bienestar Social, los procedimientos de ingreso y derivación de pacientes y los acuerdos de formación y docencia. Para la identificación de las mejores prácticas y de las oportunidades de mejora hemos utilizado las autoevaluaciones bienales, las

reuniones de trabajo con las organizaciones aliadas y futuras aliadas, la gestión de procesos según la norma ISO y la información procedente de otras organizaciones (memorias de actividad, calidad, publicaciones científicas y normativa administrativa). Además de las renovaciones de la mayoría de los acuerdos de las figuras 4 a 1, 2 y 3, hemos identificado, priorizado y puesto en marcha otras acciones de mejora:

- Con nuestro suministrador de dietas y menús, mediante la participación en su proceso de Alimentación (en vías de certificación según la norma ISO). Se mejorará la variedad y cantidad de las dietas y menús y, probablemente, se incrementará la satisfacción de este aspecto (6 a 1).
- La solicitud de nuestra acreditación docente (en fase de tramitación) para las especialidades psiquiátricas en nuestro centro.
- La intensificación de la colaboración con la Fundación Tutelar para las tutelas y curatelas de nuestros pacientes.
- El inicio de la colaboración con la Subdirección de Calidad de Osakidetza para elaborar y editar las Guías de Autoevaluación informatizada de unidades y organizaciones sanitarias y para formar a personas que realicen la labor de "facilitadores" en estas autoevaluaciones.
- La colaboración iniciada en 2003 con la Fundación Novia Salcedo y Euskalit, con el fin de incorporar becarios/as a nuestro centro para su formación y nuestro apoyo en temas de calidad.

4 b GESTIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

Nuestra organización gestiona los recursos económicos con el fin de garantizar, en último término, el equilibrio financiero que es nuestro objetivo económico principal y también el de la corporación. Mediante una adecuada planificación (Plan de Gestión Anual y Contrato-Programa) y el oportuno sistema de control (Control de Gestión cuatrimestral) se garantizan también la disponibilidad y la optimización de los recursos económicos para que el centro pueda cumplir con sus objetivos asistenciales, y al mismo tiempo, sus objetivos económicos en coherencia con la política y estrategia.
Conviene recordar que, en 1993, el Parlamento Vasco aprobó la incorporación de los Contratos-Programa anuales como estrategia de financiación económica de los centros sanitarios públicos a cambio de la provisión de los servicios asistenciales. Esta estrategia de financiación supone, en nuestro caso, un estímulo para la eficiencia y la adecuación de los objetivos a largo plazo como son la desinstitucionalización progresiva de pacientes y la potenciación de las estructuras intermedias y los tratamientos ambulatorios (2 c) que pretenden la rehabilitación y la reinserción de los pacientes en su medio social. Para ello, en el Contrato-Programa se han ido primando más, con el paso de los años, las altas hospitalarias y los programas especiales de centros extrahospitalarios que otras actividades asistenciales. Desde 1998, la gestión de los recursos económicos y financieros, hasta entonces fundamentada en el control presupuestario, ha sufrido una mejora drástica con el sistema del Contrato-Programa. En el pacto anual se incluyen la cartera de servicios del centro, la actividad asistencial a realizar durante el ejercicio, los indicadores básicos de calidad técnica de los procesos asistenciales más relevantes y la financiación "adicional" para resultados en gestión de la calidad, como reconocimientos externos de gestión de la calidad (Q de calidad y/o certificaciones según la norma ISO).

La planificación económica y financiera se despliega mediante la información mensual o trimestral a todas las unidades/servicios del centro, especialmente aquella información "gestionable" por los responsables de las unidades. Esta información económica afecta a los gastos de sustituciones, gasto farmacéutico, pequeñas obras y consumos de material sanitario fungible. De hecho, y como una extensión del Contrato-Programa, se realizan pactos anuales de actividad, gasto en sustituciones y consumos (farmacéutico, material sanitario y gastos corrientes), con las unidades hospitalarias y extrahospitalarias. Con tres unidades del centro, dada su especial predisposición, se han realizado acuerdos de Gestión Clínica (3 c), en los que se consensúan, entre la Dirección y la unidad, objetivos de actividad, calidad e incentivos. Incluye el pacto sobre la definición y resultados de los indicadores necesarios para la gestión eficaz y eficiente de las unidades y se pacta también el mecanismo de incentivación económica colectiva cuya cuantía depende del grado de cumplimiento de los objetivos. Estos acuerdos entre clínicos y líderes-gestores incrementan de forma notable, mayor que en el resto de las unidades, la delegación y la asunción de responsabilidades, proporcionando un acercamiento entre las culturas clínica y de gestión. Estas Unidades (Rehabilitación Hospitalaria, Psicosis Refractaria y Psicogeriatría) constituyen un excelente ejemplo a seguir por otras unidades. No obstante, debe decirse que el resto de líderes y mandos intermedios son también notablemente responsables con el cumplimiento de los objetivos de sus centros y son también altos su grado de colaboración con la dirección y su nivel de implicación en el cumplimiento de los objetivos pactados.

Con el fin de sistematizar la información económica disponemos y utilizamos, como todos los centros de la red sanitaria pública vasca, de un programa informático de gestión económica, basado en la contabilidad analítica y que fue implantado ya en 1998 en nuestro centro. Este programa informático, denominado ALDABIDE (SAP), proporciona toda clase de datos, imputaciones de ingresos y gastos de todas las unidades y servicios con importante nivel de detalle y precisión. La información que proporciona es en tiempo real y permite la oportuna toma de decisiones en todos los niveles de la organización y fuera de ella (Servicios Centrales). Los niveles de decisión internos están en los líderes y responsables de las unidades, Contabilidad y Suministros, la dirección de gestión, la dirección de personal, las direcciones médica y de enfermería, el director gerente y el Consejo de Dirección. Al estar conectados en red con la Organización Central, también pueden tomar decisiones las diferentes direcciones de la Dirección General de Osakidetza, aunque debemos decir que las que se toman son siempre pactadas con nosotros en el Control de Gestión cuatrimestral.

Empleamos mecanismos y parámetros económicos y financieros para garantizar una estructura de recursos eficaz y eficiente. El funcionamiento desde el punto de vista económico, como cualquier otra organización sanitaria de la red pública, tiene en cuenta los ingresos, gastos e inversiones. Nuestro centro, en términos comparativos con otras organizaciones, es de los que tiene un presupuesto más reducido, debido, entre otras cosas, a que nuestros cuidados están centrados en la hospitalización de pacientes crónicos y en consultas extrahospitalarias y no disponemos de servicios complementarios con aparataje y técnicas sofisticadas. Utilizamos información económica centrada en ingresos, gastos e inversiones.
INGRESOS. Las fuentes de recursos económicos de nuestro centro son el Contrato-Programa, del que proviene el 98,5 % de nuestros ingresos, la facturación a terceros que supone el 1 % y los ingresos financieros y otros ingresos, que son el 0,5 % del total de los ingresos. El Contrato-Programa se evalúa dos veces al año y se corrigen los objetivos o la financiación si resulta necesario, de acuerdo con la Dirección Territorial de Sanidad. La facturación a

terceros proviene del convenio suscrito con el Instituto Foral de Bienestar Social, por el que ambas partes financiamos al 50% las camas de uso compartido en nuestro centro. Estas camas son utilizadas para pacientes con demencias leves no descompensadas que están en espera de ingreso en residencias sociales. Una pequeña parte de los ingresos a terceros es la facturación que se realiza a entidades aseguradoras o clientes privados sin cobertura de la patología mental. En volumen es una cantidad muy escasa, pero responde a la idea de aprovechar nuestros recursos de forma adecuada y justa desde el punto de vista social. Los ingresos financieros y otros ingresos proceden, respectivamente, de los intereses de nuestras cuentas bancarias y de los "beneficios" que genera nuestra cafetería (Club Social), fundamentalmente destinada al uso y rehabilitación de nuestros pacientes.

GASTOS. El gasto principal corresponde a la plantilla fija y de personal eventual que constituye aproximadamente el 87% del total. Los gastos corrientes son solamente el 13 % e incluyen las compras de materiales consumibles y fungibles, el mantenimiento y reparación de las instalaciones y el coste de los servicios exteriores subcontratados. Las compras y servicios exteriores están sujetas a las disposiciones legales vigentes en materia de contratos con las administraciones públicas. Además de los controles internos de la gestión de los consumos y compras, existen también controles "externos" como el Control de Gestión y las auditorías del Tribunal Vasco de Cuentas y de la Intervención de Hacienda.

INVERSIONES. Comprende cantidades propias y las inversiones centralizadas. Las primeras están dirigidas a garantizar las reposiciones de materiales, mantenimiento de instalaciones, pequeñas obras y reparaciones necesarias para el funcionamiento normal del centro. Las centralizadas se destinan a nuevas infraestructuras o a la remodelación de instalaciones, como las previstas para la ampliación del jardín del hospital o para la construcción del nuevo centro de salud mental de LLodio.

En el caso de las organizaciones públicas dedicadas a la atención sanitaria son poco usuales las situaciones de riesgo económico como la ausencia de presupuestos, quiebra o falta de liquidez, ya que la financiación proviniente del Contrato-Programa procede de los presupuestos de la CAPV y éstos de los impuestos. La política comúnmente aplicada en este campo de la gestión pública en nuestro entorno garantiza la provisión de fondos a largo plazo. Sin embargo, esta provisión de fondos siempre resulta escasa para los proyectos y programas que planteamos, por lo que los gestionamos con criterios de priorización y eficiencia (además de eficacia).

Para la evaluación y revisión del gobierno económico de la organización están implantados varios procesos clave. Nuestra planificación económica y financiera es un proceso clave que tiene su expresión en el Contrato-Programa que se negocia anualmente con la Dirección Territorial de Sanidad y se revisa una o dos veces en cada ejercicio y, si es necesario, se aplican las medidas correctoras necesarias. Un subproceso clave de planificación y mejora es el Control de Gestión Cuatrimestral que realizamos con la Dirección General de Osakidetza-Svs. Consiste en la valoración de los indicadores económicos, sobre todo los gastos de personal, los asistenciales y los de calidad. Según la evaluación y evolución de estos indicadores se renegocian o modifican, si es necesario, los objetivos anuales. Nuestros resultados cuatrimestrales y, hasta ahora, de todos los ejercicios económicos son satisfactorios para nosotros y para la organización central (9 a y 9 b 1).

Hemos identificado y priorizado mejoras para el subproceso de Control de Gestión cuatrimestral. Habitualmente, aportamos un informe con los datos asistenciales, económicos (incluido el informe provisional de cierre económico) y de calidad. Tras la implantación del Plan de Calidad, disponemos de una mayor capacidad de análisis y estandarización de la información, por lo que está en fase de diseño el Cuadro de Mando Integral que, con el acuerdo de la Dirección General, sirva para integrar y normalizar los datos clave económicos y no económicos del control de gestión. Los Factores Críticos de Éxito (2 c 1) incluyen también datos de la evolución económica de nuestro centro.

4 c GESTIÓN DE LOS EDIFICIOS, EQUIPOS Y MATERIALES

La gestión del mantenimiento y uso de los activos en un centro como el nuestro (hospitalización, estructuras intermedias y consultas extrahospitalarias de salud mental), está enfocada a la mejor conservación posible de edificios e instalaciones, y en mucha menor medida, ya que es escasamente necesario para nuestra actividad, a la del aparataje médico. Por ello la gestión edificios, instalaciones y materiales está centrada prácticamente en el aspecto hostelero. Ya en nuestro anterior PE figuraban objetivos y planes de acción referidos a la gestión de los activos. En el actual también se expone claramente el objetivo genérico "Mejora de las condiciones hosteleras y de infraestructura" que se desarrolla en varios objetivos específicos y planes de acción como la dotación de nuevo jardín, la construcción del nuevo CSM de LLodio, la eliminación de barreras arquitectónicas, la señalización y los planes de pequeñas obras. Para cumplimentar estos objetivos se desarrollan medidas enfocadas a mejorar el bienestar y la comodidad de nuestros pacientes y la seguridad (de éstos, de los trabajadores y de los visitantes), entre las que podemos citar el Mantenimiento Correctivo basado órdenes de trabajo; el Plan Anual de Pequeñas Obras para la conservación, adecuación y reparación de las instalaciones; la realización del 100% de las modificaciones propuestas por el Comité de Seguridad y Salud respecto a estas condiciones de los puestos de trabajo; la realización periódica de los inventarios programados de materiales sanitarios y de farmacia; la segunda Evaluación de Riesgos del 100% de los puestos de trabajo; la actualización de los Planes de Emergencia, Evacuación y Autoprotección contra incendios; la política de gestión de residuos y medidas complementarias como la instalación de sistemas de alarma en todos los espacios, video-vigilancia en locales específicos y la cobertura de vigilante de seguridad durante las 24 horas.

Para la gestión de la seguridad de los edificios, instalaciones y materiales se realizan revisiones programadas periódicas por nuestro propio Servicio de Mantenimiento y las revisiones periódicas de ascensores, calderas, conducción de gas, los controles bacteriológicos periódicos de agua corriente y de la cocina que realizan empresas subcontratadas. También recibimos las inspecciones periódicas reglamentarias de industria y sanidad. Cada cinco años todos nuestros dispositivos asistenciales e instalaciones renuevan la autorización de funcionamiento, y se solicita autorización de apertura para las nuevas unidades e instalaciones. Además, están actualizados desde 2001 y con una vigencia de 5 años, los Planes de Emergencia, Evacuación y Autoprotección contra incendios de todos nuestros centros (hospital y centros extrahospitalarios). Esta actualización fue realizada por nuestros propios técnicos en colaboración con los de la organización central. Como parte de los objetivos de dichos planes, se ha realizado formación al 30**%** de la plantilla en autoprotección contra incendios y en evacuación y, asimismo, se ha iniciado la realización de simulacros evacuación por incendio (en 3 unidades hospitalarias) que se grabaron en vídeo para un mejor estudio y aprendizaje.

Como decíamos antes, se han puesto en marcha una serie de medidas complementarias de seguridad enfocadas a las características de nuestros pacientes hospitalizados (enfermos mentales crónicos) ya que muchos de ellos tienen alterado el nivel de consciencia o la percepción de la realidad. Este tipo de medidas tienen especial relevancia en nuestro medio y su objetivo primordial es tratar de minimizar algunos de los riesgos (daños personales, fugas) que estas situaciones originan. Así, entre las más relevantes destacan la automatización de la puerta de entrada y salida del recinto del hospital, la instalación de sistema de vídeo-vigilancia en pasillos y salas de determinadas unidades, la colocación de tomas de aireación permanente (para evitar la apertura no deseada de ventanas) y el funcionamiento de claves mecánicas y/o electrónicas para la entrada y/o salida de determinadas unidades. Todas estas medidas de seguridad han sido objeto de visita por otras organizaciones de salud mental, no sólo de nuestra comunidad, sino de otras (Hospitales Santiago Apóstol de Vitoria, Cruces, Donostia, Mondragón y Palencia, entre otros). Para conseguir un nivel lo más bajo posible de lesiones en pacientes, personal y visitas se han puesto en marcha otras medidas para el manejo y el control de situaciones de riesgo como los Procedimientos de Sujeción y Contención Mecánicas de pacientes para prevenir auto y heterolesiones. Su aplicación se evalúa periódicamente y se programa la formación en contención y sujeción de las personas todos los años; existen también Registros de agresiones, de fugas, de incumplimientos horarios y de ausencias de pacientes. Estos registros, cuyo objetivo es mejorar la información acerca de los pacientes y su seguridad, funcionan desde hace meses en cumplimiento de una de las áreas de mejora de la anterior autoevaluación y del Plan Estratégico.

Además de las medidas mencionadas, para medir y gestionar cualquier impacto negativo de los activos en los empleados, nuestra organización dispone de Delegados de Prevención y de Técnicos (superior y medio) en prevención de Riesgos Laborales y Ergonomía, de la Unidad de Salud Laboral (a tiempo parcial) y del Comité de Seguridad y Salud, integrado por tres representantes de los trabajadores y tres personas designadas por la Dirección. Las funciones principales de este comité son el análisis, investigación y seguimiento de los accidentes laborales, el estudio del impacto en la seguridad de obras y modificaciones estructurales, la evaluación de riesgos y la elevación a la Dirección de propuestas de las deficiencias de seguridad y salud detectadas en los puestos de trabajo. El primer Mapa de Riesgos fue elaborado, previa formación, por nuestros propios técnicos y delegados de prevención. Entre 2000 y 2001 se revisó el 100% de los puestos de trabajo. Actualmente se está realizando la segunda evaluación de riesgos, de la que esperamos nuestro nuevo Mapa de Riesgos. Una vez realizada ésta se procederá como en la anterior a priorizar, con criterios de incremento en seguridad, operatividad y costes, las inversiones necesarias para dar solución a los problemas detectados. Como ejemplos de acciones derivadas de la evaluación de riesgos, entre otros, están la adecuación de algunos puestos: administrativos, telefonía, instalación de comedores para los pacientes dentro de las Unidades, la renovación de la instalación de agua corriente para evitar la legionelosis, la adquisición de algunas camas de elevación eléctrica para mejor manejo de pacientes y evitación de lesiones de los auxiliares, suelos antideslizantes en los baños y medidas de seguridad, antes mencionadas, de accesos, ventilación y videovigilancia.

En nuestra organización intentamos racionalizar y optimizar los consumos de diversos materiales mediante, entre otros medios, la realización de inventarios periódicos con el fin evitar pérdidas innecesarias y disminuir el stock de materiales, tanto en el almacén general como en los de las unidades. Realizamos inventarios periódicos de productos farmacéuticos (trimestral), de consumibles de material general (trimestral), de material sanitario y fungible (anual) y de mobiliario general, ofimática e informática (anual). Otro medio para optimizar los consumos son los concursos públicos (propios y centralizados) para la adquisición de materiales, productos y servicios con criterios de calidad y precio. La distribución diaria o semanal, mediante petición del responsable, desde el almacén a las unidades de material sanitario, fungible y productos farmacéuticos actúa también como mecanismo de optimización. La gestión de almacenes se realiza a través del sistema informático de información económica Aldabide (SAP) incluyendo registros de pedidos, albaranes y costes para su exacta contabilidad y facturación.

Para facilitar la gestión de los recursos y no dañar el medio ambiente, disponemos desde hace varios años del Plan y del Manual para la Gestión Interna de Residuos donde se definen nuestra clasificación y objetivos de gestión de residuos y donde se establecen los medios para su eliminación. Para los residuos biológicos, incluyendo elementos punzantes, existen en todas las unidades contenedores específicos apropiados. Éstos se trasladan a un local para su recogida semanal por una empresa concertada que procede a su transporte a una planta incineradora. La basura urbana es recogida diariamente de todas las unidades y es depositada en un contenedor hermético hasta su retirada semanal que realiza otra empresa. Este circuito, que funciona eficazmente, se diseñó así para evitar la generación de malos olores y eludir la dependencia de los servicios municipales por la irregularidad en los días y horas de la recogida de las basuras.

En cuanto a la conservación de los recursos globales no renovables y la minimización de cualquier impacto global adverso hay que decir que, debido a nuestra actividad, no causamos impactos relevantes al medio ambiente salvo los derivados de la combustión de gases para calefacción y agua caliente, los consumos de agua y energía y la generación de basura y los escasos residuos biológicos. Nuestra organización, de bajo impacto medioambiental, controla y mide anualmente estos consumos y residuos e intentamos minimizar o disminuir el consumo de los recursos no renovables (8 b 3.1 y 2). También reciclamos papel y cartón que se recogen en un contenedor apropiado para ello, y ropa y mobiliario usados, que tienen su destino en organizaciones no gubernamentales.

Para la evaluación y revisión de la gestión de edificios, instalaciones y materiales disponemos de los resultados de los inventarios de materiales y de las inspecciones periódicas (propias y subcontratadas) de las instalaciones, de los indicadores (de volumen y económicos) de consumo de materiales sanitarios y no sanitarios que se revisan mensualmente. También de indicadores (de volumen y económicos) del consumo trimestral de productos farmacéuticos y de los datos de la gestión del almacén general y del almacén de farmacia (la Gestión Farmacoterapéutica ha sido certificada según la norma ISO en mayo de 2004). En lo que se refiere a la percepción de las personas disponemos de los resultados de la encuesta de satisfacción referentes a la seguridad y salud, así como indicadores procedentes de los datos de la Unidad de Salud Laboral en cuanto a accidentes laborales (7 b 2.1), vigilancia de la salud (7 b 2.2) y absentismo por incapacidad temporal (7 b 7). Para la identificación y priorización de las áreas de mejora nos ha sido muy útil el enfoque del modelo europeo de gestión de la calidad y las autoevaluaciones bienales, así como la legislación y la normativa vigente en estas materias. El ejemplo más

evidente es el de la aprobación por la Comisión de Calidad de la solicitud del diagnóstico Legescan (IHOBE) en junio de 2004. En consecuencia, se contactó con una empresa especializada para ello, se ha designado un Comité de Gestión Medioambiental formado por siete personas y se ha obtenido dicho diagnóstico en noviembre. Este es el paso previo a la certificación ISO-14001 que realizaremos en plazo breve. Otro ejemplo, éste de adaptación eficaz a la legislación, es la renovación de la instalación de agua caliente sanitaria para evitar la legionelosis. Empleamos también la información, vigilancia y control de los consumos de materiales y energía para priorizar y acometer otras medidas de mejora. El incremento del gasto farmacéutico genera la aplicación de criterios de inclusión de fármacos en la guía farmacoterapéutica; los resultados de los controles bacteriológicos del agua (y la normativa) han originado las medidas de corrección para evitar la legionelosis y la evaluación de riesgos de los puestos de trabajo generan medidas preventivas y correctoras adecuadas (salvapantallas, camas eléctricas y cerraduras de seguridad, entre otras ya mencionadas).

4 d GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Entendemos, en su sentido más amplio, que la tecnología es el arte de poner en práctica todas las ciencias, técnicas y "formas de hacer" en la concepción y desarrollo de los productos y servicios. En nuestro caso no desarrollamos productos sino servicios asistenciales de salud mental. La idea de tecnología entendida como aparataje y equipamientos técnicamente sofisticados que está presente en los hospitales generales, tampoco es de aplicación en una organización como la nuestra. Así pues, creemos que la tecnología aplicable en nuestro caso es la relacionada con la mejora de los servicios existentes y la puesta en marcha de nuevas modalidades de atención adaptadas a las necesidades de los pacientes y a nuestra política y estrategia, a la adopción e implantación de sistemas de información que mejoren la eficacia de las actividades de la organización y a la implantación de nuevos métodos de gestión incluyendo los organizativos, los de medición, evaluación y autoevaluación.

Hemos desarrollado, en diversos ámbitos, estrategias de gestión de la tecnología para apoyar la política y estrategia de la organización.
En el ámbito **ASISTENCIAL**, la Reforma Psiquiátrica (2 b y 5 c) ha impulsado que se afronte con éxito la incorporación de nuevas técnicas para el tratamiento y cuidado de nuestros pacientes, incluyendo los aspectos familiares, sociales y laborales. Ejemplo de ello es el desarrollo en nuestro territorio, en aplicación de los principios de la Reforma Psiquiátrica, de dispositivos como el Servicio de Rehabilitación Comunitaria, el Hospital de Día de Psiquiatría, la Comunidad Terapéutica para la desintoxicación y deshabituación de toxicómanos y los Pisos, Pensiones y Minirresidencias "tutelados". Nuevos servicios puestos en marcha en apoyo de nuestra política y estrategia son, entre otros, la Unidad de Psicosis Refractaria y su Hospital de Día, referencias para toda la CAPV, el programa de atención a la Anorexia y la Bulimia en los CSMs, la atención a las Ludopatías y los acuerdos con el Instituto Foral de Bienestar Social para continuar con la desinstitucionalización psiquiátrica de pacientes (Comisión Socio-Sanitaria Territorial de Álava formada por los responsables institucionales de la gestión de las áreas sociales y sanitarias).
En el ámbito administrativo de la **GESTIÓN DE PACIENTES** hemos desarrollado (Comisión de Historias Clínicas) el Reglamento de Uso de la Historia Clínica tanto para los servicios hospitalarios como los extrahospitalarios y que ha sido aprobado recientemente por el Departamento de Sanidad. Es el primero en aplicarse en dispositivos extrahospitalarios, incluyendo la red de atención primaria. Además, ha sido objeto de presentación de un póster en el último Congreso de Calidad Asistencial (Octubre de 2004). Otros ejemplos de adaptación y desarrollo de tecnología aplicable son: el uso de las codificaciones diagnósticas aceptadas internacionalmente (CIE-10 y DSM IV), la sistematización de estándares de cuidados de enfermería y su informatización (Programa Zaineri), la actualización de procedimientos asistenciales, los novedosos registros de fugas, incumplimientos horarios y agresiones de pacientes, y los consentimientos informados para procedimientos potencialmente peligrosos o para la grabación videográfica de entrevistas con fines docentes y terapéuticos.
Desde la perspectiva **ÉTICA** destaca también la importante aportación del Comité de Ética Asistencial, que ha sido el primero en acreditarse entre los centros psiquiátricos. Este Comité asesora a los profesionales y a los gestores en cuestiones éticas, jurídico-sociales y de confidencialidad referidas a la gestión de los pacientes, basando su actuación y sus recomendaciones en los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Esta comisión, preocupada por el nivel de conocimiento de las personas en cuestiones y normas vigentes de confidencialidad, ha realizado una encuesta para determinar el grado de información y las necesidades formativas a este respecto. La participación ha sido del 40,88% y los resultados permiten una adecuada planificación de la información y la formación necesarias (8 a 3).
En el ámbito de la **"tecnología" de GESTIÓN** hemos incorporado también diversas estrategias que forman parte de nuestro día a día como la participación de los profesionales en la gestión (Consejo de Dirección y Consejo Técnico) (3 c 1), la Planificación Estratégica (2 a) y las definiciones de la Cartera de Servicios del Centro y de la Cartera de Servicios de Enfermería (5 d), la Gestión por Procesos (5 a), los acuerdos de Gestión Clínica, el Plan de Calidad 2004-2007 y la adopción del Modelo de Excelencia como referente de la gestión de la Calidad Total. Esta Memoria es la segunda que hemos elaborado (nosotros mismos) para evaluación externa. Hemos realizado, hasta la fecha, tres autoevaluaciones, además de haber comenzado durante 2004 la autoevaluación abreviada de varias unidades (6 de 16).

Además de lo hasta ahora mencionado, en la figura 4 d 1 puede verse la explotación y gestión de la tecnología y la información del origen de las tecnologías alternativas y emergentes identificadas y adoptadas, su impacto en la organización y en la sociedad, así como la tecnología obsoleta parcial o totalmente sustituida.

Dentro de nuestras posibilidades, ya que somos una empresa "fabricante" de servicios asistenciales de salud mental, adoptamos las tecnologías pertinentes o innovamos metodologías de trabajo de manera que faciliten nuestra contribución al respeto y a la conservación del medio ambiente. Prueba de ello es la importante y progresiva sustitución de la documentación asistencial, administrativa, económica y de personal en soporte papel por el soporte informático. Del mismo modo, la introducción de la informática en la comunicación interna y externa contribuye a disminuir el consumo de papel. El papel y otros residuos son, creemos, convenientemente gestionados y reciclados (4 c).

Las tecnologías de la información y comunicación son utilizadas para apoyar y mejorar la eficacia de las actividades de la organización (4 d 1). La adopción de la Reforma Psiquiátrica, de la Planificación Estratégica, del Contrato-Programa, de la Gestión Clínica, de la Gestión por Procesos y del modelo de Excelencia constituyen en la práctica procesos de Mejora Continua. Los

Sistemas de Información (Aldabide, Gizabide, Osabide, Zaineri, Admisión) contribuyen a mejorar la eficacia de las actividades de la organización al proporcionar la estandarización de la información necesaria para la toma de decisiones en tiempo real (4 d 1). También están contribuyendo a la mejora continua de manera directa. La dispensación automatizada de metadona, el programa informatizado de recetas de crónicos, el registro informatizado de constantes y la cartelera informatizada de auxiliares son métodos operativos mejorados que hacen nuestras tareas más livianas al disminuir la carga de trabajo, más seguras al disminuir los errores, más ágiles por su rapidez y más fiables por su estandarización, por lo que también contribuyen a mejorar la eficacia de las actividades de la organización. De la misma forma colaboran (a mejorar la eficacia de los procesos de la organización) la progresiva informatización de la comunicación y la información (correo electrónico, página web, Intranet/Internet), facilitando el acceso a información actualizada no sólo a las personas de la organización sino a otros grupos de interés, entre otros, los actuales y futuros usuarios y sus familias.

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Fuente de información u origen del cambio	"Tecnologías" de gestión alternativas implantadas	Año de inicio y/o mejoras	Metodologías sustituidas	Impacto en la Organización	Impacto Sociedad
Pacientes, Familias, Informes	Reforma Psiquiátrica	1985/1996/2003	Hospitalización "asilar"	ALTO	ALTO
Planificación a largo plazo	Planificación Estratégica	1998/2003	Objetivos anuales	ALTO	ALTO
Financiación de Servicios	Contrato-Programa Anual	1998 -2004	Control presupuestario	ALTO	MEDIO
Normalización de procesos	Gestión por procesos	2001-2004	Gestión por Servicios	ALTO	MEDIO
Evaluación de la Gestión	Autoevaluación EFQM	1998/2000/2004	Medición objetivos	ALTO	MEDIO
Descentralización de la gestión	Contratos de Gestión Clínica	2001/2004	Objetivos inespecíficos	ALTO	MEDIO
Información económica ágil	"ALDABIDE" (SAP)	1999-2004	Contabilidad clásica	ALTO	BAJO
Información de personal ágil	"GIZABIDE" (SAP)	2000-2004	Documentación papel	ALTO	BAJO
Información ágil de Hª Clínica	"OSABIDE"	2005	Historia clínica en papel	ALTO	ALTO
Informatización cuidados de enf.	"ZAINERI"	2001-2004	Soporte papel	ALTO	MEDIO
Acceso rápido a la información	INTRANET/INTERNET/ CORREO E/Pág. WEB	1999/2000/ 2003/2004	Información en papel y correo clásico	ALTO	ALTO
Innovación para la reducción de carga de trabajo	Dispensación Automática de Metadona	2001-2004	Dispensación manual	MEDIO	BAJO
Innovación para la reducción de carga de trabajo	Programa informático de recetas de largo tratamiento	2003/2004	Elaboración manual	ALTO	BAJO
Innovación para la reducción de carga de trabajo	Programa de registro de Constantes Clínicas	2003/2004	Registro en papel	ALTO	BAJO
Innovación para la reducción de carga de trabajo	Programa informático para agenda de auxiliares	2003/2004	Cartelera en papel	ALTO	BAJO
Informe de carga de trabajo	Progr. informático de gestión económica de pacientes	2003-2004	Documentación papel	MEDIO	BAJO
Información diferenciada de pacientes	Progr. informático Admisión	1999-2004	Documentación papel	ALTO	BAJO
AAFF, Unidades terapia intensiva	U. Psicosis Refractaria	2000-2004	U. Convencionales	ALTO	ALTO
Patología emergente	Atención a Ludopatías	2002-2004	Atención inespecífica	ALTO	ALTO
Nuevos fármacos antipsicóticos	Reducción estancias	Constante	Antipsicóticos "antiguos"	ALTO	ALTO

Figura 4 d 1

Para la evaluación y revisión de esta área de gestión utilizamos la revisión de cada una de las tecnologías implantadas (4 d 1). Así, entre otros ejemplos, la reforma psiquiátrica se evalúa a través de determinados indicadores clave como las estancias medias de pacientes que siguen descendiendo (9 b 6.1 a 9 b 6.4). La informatización de los cuidados de enfermería (Zaineri) se ha evaluado recientemente mediante un programa adecuado. El programa Gizabide ha sido objeto de modificaciones para gestionar las carteleras de trabajo. El Contrato-Programa se evalúa, junto con la DTS, dos veces al año. La gestión de los procesos incluye mecanismos para su propia evaluación a través de los objetivos e indicadores. La gestión de la calidad se autoevalúa bienalmente. De forma general, existen también indicadores de percepción y de rendimiento, sobre todo los referidos a seguridad y salud y a los consumos y eliminación de residuos (7 a y b y 8b). La identificación de oportunidades de mejora se ha establecido a través del aprendizaje y del propio trabajo en algunas áreas (procesos, evaluaciones), de nuestra iniciativa y nuestro esfuerzo en algunas otras (adaptación del Zaineri a salud mental, autoevaluación informatizada, dispensación automática de metadona, registro informatizado de constantes clínicas, gestión económica de pacientes) y de las directrices de la corporación en varias otras (Gizabide, Aldabide, Plan de Calidad).

4 e GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EL CONOCIMIENTO

En nuestra Misión se describe un enfoque claro acerca de la formación, el conocimiento y la información, consistente en el establecimiento de medios y canales y además se dice que la implantación de estos medios y canales contribuye al logro de la satisfacción de los profesionales. Desde hace tiempo venimos desarrollando varias estrategias de gestión de la información y el conocimiento que apoyan la política y estrategia (4 e 1).

Identificamos los requisitos de información y conocimiento de la organización de diversas formas: encuestas de satisfacción, encuesta de necesidades de formación, reuniones de pacto de objetivos, de los grupos de trabajo o de autoevaluaciones donde se expresan dichas necesidades. Asimismo, puede verse en la figura 4 e 1 un esquema de cómo recogemos, estructuramos y gestionamos la información en apoyo de la política y estrategia.

Creemos que se proporciona un acceso adecuado a la información pertinente para la gestión a los usuarios internos, dependiendo de los niveles de gestión de que se trate. Los directivos tienen acceso a todo tipo de información salvo a las historias clínicas siempre que no sean asuntos de tipo judicial o quejas y reclamaciones en las que deban intervenir. Los responsables de departamentos tienen información completa de sus respectivas áreas. Las personas de esos equipos acceden a la información adecuada (contabilidad, almacén, personal, actividad asistencial). Los responsables de las unidades pueden acceder a la información asistencial, carteleras de trabajo e información económica relevante (consumos, farmacia, gasto en sustituciones). Las enfermeras y auxiliares disponen de acceso y clave para la información relativa a los cuidados de enfermería (programa Zaineri). A los usuarios externos se les facilita la información para una adecuada relación con la organización (guías informativas, memorias…) y cualquier usuario potencial (interno o externo) tiene opción de visitar nuestra página web ("saludmentalalava.org").

Como acciones relevantes para garantizar y mejorar la validez, integridad y seguridad de la información podemos destacar, en cuanto a la validez de los datos, la redefinición y homogeneización de los indicadores asistenciales con otras estructuras asistenciales (Registro de Casos Psiquiátricos y otros indicadores), la homogeneización de los indicadores extraídos de la explotación de las encuestas de satisfacción de clientes y personas, la estandarización de los indicadores del sistema de información asistencial (AS-400), de los sistemas de información económico y de personal (SAP) y la homogeneización de los indicadores de quejas, sugerencias y reclamaciones de clientes y personas. En cuanto a la integridad de la información el Plan de Calidad, aprobado por la Comisión de Calidad y el Consejo de Dirección en Junio de 2004, contiene todos los objetivos e indicadores necesarios para la gestión asistencial en todos sus aspectos, así como los de la gestión de la calidad atendiendo a los criterios de liderazgo, política y estrategia, personas, recursos y alianzas, y procesos. Esta información se completa con la de los resultados de gestión de la organización (económicos y no económicos) y los de satisfacción de la sociedad, personas y clientes. Los sistemas de información bajo SAP y el sistema de información asistencial, cada uno en su área, pueden considerarse sistemas integrales de información. En cuanto a la seguridad de la información podemos destacar que los sistemas informatizados disponen de códigos y claves para un acceso restringido y se realizan copias de seguridad cuando está establecido. Durante 2004 se ha puesto en marcha en nuestro centro un registro de los datos informatizados en todos los puestos de trabajo con el fin de adaptarnos y cumplir los requisitos de confidencialidad respecto a los datos de carácter personal tal y como propugna la LOPDCP, de forma que se regule y controle el acceso y la transmisión de datos de forma adecuada y ajustada a la legalidad. Otro mecanismo notable de seguridad de la información lo constituye el Reglamento de Uso de la Historia Clínica que especifica la normativa para el acceso a esta información que sólo pertenece al paciente o a su tutor legal. Un ejemplo demostrativo del grado de concienciación con la confidencialidad de los datos es el aviso previo que se hace a los pacientes mediante carta en sobre sin membrete del centro para solicitar su participación en la encuesta de satisfacción. Otro dato relevante es la reciente encuesta sobre confidencialidad realizada por la Comisión de Ética Asistencial que ha contado con la financiación necesaria para su explotación. De esta información se han extraído conclusiones para seguir mejorando en varios aspectos como en la formación e información que necesitan los profesionales sobre aspectos legales y normativas vigentes acerca de la confidencialidad de los datos de carácter personal de los pacientes.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EL CONOCIMIENTO

Sistemas	Subcrit/	Estrategias	Procedencia
Grupos	3 c	Incremento grado de participación	Encuesta de personas
Procesos	5 a	Gestión sistemática	Objetivo de Calidad
Comunicación	3 d	Acceso a la información	Encuestas, Grupos
Formación	3 b	Planes Anuales	Encuestas
Docencia	3 c, 8 b	Formación	Encuestas
Investigación	3 b	Actividad científica	Inquietud profesional
Biblioteca	3 b	Acceso a public. científicas	Actualización profesional
Organización de Congresos y Jornadas	3 b	Compartir y actualizar conocimiento	Inquietud profesional
Asist. a Jornadas y Congresos	3 b	Actualizar conocimientos	Inquietud de equipos, profesionales y líderes
Publicaciones científicas	4 e	Difundir avances	Inquietud profesional
Benchmarking	Varios	Mejores prácticas	Búsqueda
Sesiones Clínicas de Médicos	3 c	Compartir conocimiento	Inquietud profesional
Sesiones Clínicas de Enfermería	3 c	Compartir conocimiento	Inquietud profesional
Sistemas de información	4 d	Gestión ágil	Información para decidir y gestionar
Normativa de uso de la Hª Clínica	5 e	Confidencialidad y otros	Gestión de las HHCC

Figura 4 e 1

Lo anteriormente expuesto creemos que demuestra claramente que en nuestra organización se adquiere activamente, por varios medios y sistemas, la información y el conocimiento. Éste se incrementa de forma real y se utiliza el conocimiento eficazmente para mejorar la atención a nuestros pacientes y para mejorar la gestión del centro. Todos estos mecanismos de información y conocimiento suponen un apoyo a nuestras estrategias y tienen incidencia clara en los objetivos estratégicos. El incremento del conocimiento y de la información tienen una especial importancia para mejorar la eficacia y la eficiencia de las actividades de la organización (4 e 1).

Nuestra organización cultiva, desarrolla y protege la propiedad intelectual mediante la utilización apropiada de los logotipos propio y de la corporación en los diversos documentos, el registro ISBN en las publicaciones originales de libros y en la identificación y presentación de trabajos en varios foros (científicos y de calidad). Estos trabajos y documentos originales provienen de las actividades científicas que desarrollan nuestros profesionales (médicos y

enfermeras, fundamentalmente): presentaciones de pósters, comunicaciones y ponencias en congresos y jornadas de las diversas especialidades (consultar Memorias Científica y de la Comisión de Docencia); procedimientos, guías clínicas e informativas, libros y otros documentos, como por ejemplo la Guía para la Autoevaluación (Informatizada) de Unidades de Gestión y la Herramienta para la Autoevaluación rápida de Organizaciones Sanitarias. En la figura 4 e 2 puede verse un listado de nuestras principales aportaciones al incremento del conocimiento propio y de los demás.

PROTECCIÓN Y DIFUSIÓN DE LA ACTIVIDAD INTELECTUAL

DOCUMENTO	TEMA	DIFUSIÓN
Libro sobre Estandarización de Cuidados	Cuidados de Enfermería Psiquiátrica	Centros Psiquiátricos de la CAPV y otras comunidades
Adaptación Programa Zaineri	Cuidados informatizados de enfermería	Hospitales Psiquiátricos
Guía para el manejo del Programa Zaineri	Instrucciones para el uso del Programa	Hospitales Psiquiátricos
Cartera de Servicios de Enfermería	Descripción de la oferta de trabajo de enfermería	Hospitales Psiquiátricos y CSMs
Procedimientos de Sujeción y Contención Mecánicas	Indicaciones clínicas y normas para la inmovilización de pacientes	Hospitales Psiquiátricos y Generales (incluso fuera de la CAPV)
Encuesta de satisfacción de personas	Cuestionario de elaboración propia	Salud Mental Extrahospitalaria de Vizcaya y Guipúzcoa y Organización Central
Encuesta de satisfacción de pacientes de los CSMs	Cuestionario de elaboración propia	Salud Mental Extrahospitalaria de Vizcaya y Guipúzcoa y Hospital S. Juan de Dios (Barc.)
Libro Anual Actualización en Psiquiatría	Resumen de las ponencias del Curso Anual	Psiquiatras y Psicólogos de todo el Estado
Libro sobre Ética y Psiquiatría	Actualización sobre la ética de las actividades terapéuticas	Psiquiatras y Psicólogos
Proceso de Atención de Enfermería	Secuencia de cuidados enfermeros	Otros centros
Hoja de continuidad de cuidados de enfermería	Informe de enfermería al alta	Otros centros
Agenda de trabajo informatizada de Auxiliares de enfermería	Cartelera de trabajo	Unidades del Hospital
Contratos de Gestión Clínica	Pacto de objetivos e incentivos	Unidades del Hospital
Proyecto de evaluación y estudio de la satisfacción usuario drogodependientes	Metodología de estudio del grado de satisfacción	Comunidades terapéuticas y centros similares
Libro/Informe sobre Evolución durante 10 años de los pacientes atendidos en CTF	Estudio Evolutivo	Comunidades Terapéuticas y Centros de Tratamiento de Drogodependencias
Libro sobre la Historia de los 25 años del CTT (en elaboración)	Memoria histórica sobre el Centro de Toxicomanías	Profesionales, Centros y público.
Libro de la Historia del Hospital (Centésimo aniversario en 2007 (en elaboración)	Memoria histórica del Hospital	Profesionales, Instituciones y público
Memoria para Evaluación Externa 2001 y 2004	Memorias de Gestión según el Modelo de Excelencia	Otras organizaciones sanitarias y no sanitarias
Guía para la Autoevaluación Informatizada de Unidades	Test informatizado (Excel) "Evalexpress" (9 criterios)	Unidades del centro y de otros centros
Herramienta para Autoevaluación Rápida de Organizaciones Sanitarias	Test informatizado (Excel) "Evalexpress" (32 subcriterios)	Nuestra organización y otras organizaciones sanitarias (Osakidetza, otras CCAA)

Figura 4 e 2

Durante 2004 hemos realizado la autoevaluación informatizada de 7 unidades y servicios del centro y de 10 unidades de otros centros mediante un cuestionario y una hoja de cálculo Excel que facilita la realización y abrevia el tiempo de la autoevaluación. El sistema está diseñado para proporcionar automáticamente la puntuación de los 9 criterios del modelo EFQM y el total de puntuación, así como la redacción estándar automatizada de los puntos fuertes y de las áreas de mejora. Esta evaluación informatizada y abreviada (9 criterios, sin desglose en subcriterios) se basa en una adaptación del "Cuestionario de Autoevaluación" de varias Fundaciones para la Calidad (Euskalit, entre ellas). Se ha publicado como una Guía para la Autoevaluación de Unidades de Gestión en el ámbito sanitario y está disponible en la página web de Osakidetza. Asimismo la Herramienta de Autoevaluación rápida de Organizaciones facilita la evaluación de los 32 subcriterios del modelo EFQM y, de la misma forma, proporciona también los puntos fuertes, las áreas de mejora y la puntuación total. Este método reduce el tiempo de autoevaluación a la décima parte, obteniéndose puntuaciones totales muy similares a las de posteriores evaluaciones externas (validación). Este método se ha probado ya en 10 centros con buenos resultados en reducción del tiempo de evaluación y en excelentes resultados en satisfacción de las personas participantes en las autoevaluaciones. Este trabajo ha sido presentado en el 1er. Intercambio de Buenas Prácticas de Euskalit (Zamudio, diciembre de 2004) siendo el 2º clasificado entre los 17 presentados. Este sistema de autoevaluación "rápida" se utiliza ya en Osakidetza-Svs, en el Sistema Murciano de Salud y se ha presentado al comité de calidad de MCC (Mondragón Corporación Cooperativa).

La potenciación de la estructura y funcionamiento de equipos, grupos y comisiones de trabajo, las actividades de docencia y formación están generando un clima de innovación y de creatividad, visible en el incremento de publicaciones (8 b 1.1) y en ideas como la autoevaluación informatizada o las visitas guiadas (8 a 2). Sin embargo, para dar mayor incentivo a la creatividad y a la innovación,

se viene convocando de forma anual el Premio a la Innovación en el Trabajo, mediante el que se concede una recompensa en metálico al primer, segundo y tercer clasificados que resulten premiados por la presentación de programas o proyectos aplicables en el día a día y que estén relacionados con la calidad. De esta forma se han puesto marcha el programa de recetas de largo tratamiento, la agenda informatizada de trabajo de auxiliares de enfermería, el registro informatizado de constantes clínicas, el diseño de los procesos del hospital de día de la UPR, la elaboración de la hoja de cálculo para la autoevaluación informatizada, el programa informático para la gestión económica de los pacientes, la libreta de identificación de pacientes para nuevos trabajadores y otras ideas (5 e).

Muchos de los sistemas utilizados para la gestión de la información y el conocimiento son objetivos y estrategias de la organización, por lo que su evaluación y revisión es paralela a la de los objetivos y estrategias. Por ejemplo, la formación de equipos de procesos y grupos de trabajo hace que se incremente la participación pero también el conocimiento de las personas; la realización, previa planificación anual, de la formación contribuye a mejorar la información y el conocimiento y se evalúa mediante las encuestas de satisfacción con la formación recibida (7 a 7.1). La comunicación y la formación se evalúan mediante las encuestas de satisfacción de personas en las dimensiones de conocimiento de objetivos, formación y comunicación (7 a 1). Disponemos también de indicadores de rendimiento interno relacionados con la potenciación del conocimiento como selección de personal especializado de enfermería, implicación en equipos de mejora, apoyo a la formación y desarrollo profesional (movilidad y promoción interna) (7 b). Para identificar, priorizar e implantar mejoras utilizamos las memorias de otros centros, como por ejemplo en el caso del premio de la Fundación Abedis Donabedian a la mejor Memoria Anual, diseño que hemos adaptado para la realización de la nuestra. Otros ejemplos son las visitas realizadas a centros reconocidos internacionalmente (Londres, París, Niza) en el tratamiento de las psicosis refractarias antes de la apertura de nuestra unidad. Para la dispensación automática de metadona visitamos otro centro donde ya estaba implantada (Centro de Tratamiento de Toxicomanías de Santander). Para la gestión de procesos, además de nuestra propia experiencia práctica, hemos tomado modelo de otras organizaciones avanzadas en esta cuestión. Entre otras mejoras implantadas, además de las ya mencionadas, podemos destacar la sistematización de las sesiones médicas y de enfermería y de las reuniones de los grupos de trabajo y comisiones, el nuevo formato de la memoria anual, la adopción de la gestión por procesos, el establecimiento de objetivos de publicaciones con determinadas unidades, la autoevaluación de unidades y la progresiva informatización del acceso al conocimiento (bases de datos biomédicos, biblioteca e internet).

PROCESOS

5 a DISEÑO Y GESTIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS

Ya en 1997, en nuestro primer Plan Estratégico, se establecía una línea estratégica que conducía a trabajar en la implantación de un sistema que nos permitiera la definición y gestión de los procesos que conforman nuestra organización. Este enfoque se ha mantenido a lo largo del tiempo, de forma que ahora la III línea estratégica del Plan Estratégico 2004-2007 es la que nos marca los objetivos para conseguir la gestión sistemática de los procesos. En esta tercera línea hay dos objetivos genéricos ("Desarrollar la Gestión por Procesos" e "Impulsar la Evaluación y la Mejora Continua"), que incluyen objetivos específicos como "Revisar el Mapa de Procesos", "Definir y documentar procesos y subprocesos" y "Avanzar en su implantación". Estos objetivos dan idea del enfoque y el esfuerzo por diseñar y gestionar sistemáticamente los procesos que permitan hacer realidad nuestra política y estrategia. Estos objetivos específicos son consecuencia de un ciclo de revisión realizado en nuestro sistema de gestión por procesos. Así, después de un período de reflexión y de adecuación a estos objetivos, elaboramos en 2001 nuestro primer mapa de procesos en el que se tenían en cuenta todas las actividades desarrolladas en nuestro centro y elaboramos también nuestro primer esquema de procesos clave. En este mapa se clasificaron los procesos en tres categorías: Estratégicos, Operativos y de Apoyo. Efectuamos un análisis de la situación como consecuencia de la evaluación externa de 2001 y de nuestra tercera autoevaluación, en las que se detectaron varias áreas de mejora. Entre otras, resultaba excesivo el número de procesos definidos lo que posiblemente no hubiera permitido una gestión eficaz de la organización. Otra área de mejora detectada era que al conservar en la definición y denominación de los procesos la estructura de servicios y secciones se observaba una escasa homogeneidad del sistema. Otra área de mejora relevante era que hubiera sido dificultoso conseguir una comunicación interna fluida y un tratamiento homogéneo y adecuado de las interacciones comunes a varios procesos (asistenciales sobre todo). Concluimos que era necesaria una modificación importante de la definición de los procesos de la organización. Por ello, en 2004, se procedió a la reelaboración del nuevo Mapa de Procesos (5 a 1). En este Mapa hemos reflejado, en el que denominamos **NIVEL 0,** la descripción básica de los procesos del centro, que ahora clasificamos en Procesos de Planificación y Mejora (anteriormente estratégicos), Procesos específicos Asistenciales (anteriormente operativos) y Procesos de Apoyo. Éstos se subdividen en procesos de Apoyo técnico (Gestión Farmacoterapéutica y Gestión Administrativa de ingresos y derivaciones (ver figura 5 a 1), y Procesos de Apoyo de la Gestión de Recursos. Tras este nivel 0, el mapa se despliega en los niveles sucesivos 1 y 2 hasta llegar a los subprocesos y actividades principales que componen los subprocesos y procesos.

Dada la envergadura de este "rediseño" de los procesos optamos por un abordaje en etapas. La primera etapa fue de pilotaje consistente en la redefinición, implantación y revisión (auditoría interna) y posterior certificación, en Mayo de 2004, de dos subprocesos de apoyo: Gestión Farmacoterapéutica y Gestión Administrativa de Personal. La segunda etapa es de despliegue a los procesos asistenciales al ser éstos el núcleo, razón de ser y principales procesos clave de nuestra organización. Hemos optado por la selección de tres subprocesos que servirán de modelo para el resto: "asistencia al paciente con psicosis refractaria" (ejemplo para el de "asistencia al paciente subagudo"), "rehabilitación del paciente con trastorno mental severo de larga evolución (ejemplo para el de "asistencia al paciente psicogeriátrico") y, finalmente, el de asistencia ambulatoria al paciente toxicómano (modelo para todos los subprocesos que se desarrollan en la asistencia extrahospitalaria). En esta fase del rediseño de los procesos ha sido fundamental la incorporación de las 3 personas de la Unidad de Gestión Sanitaria/Calidad y la modificación de la Comisión de Calidad que ha pasado por la readecuación de sus cometidos y de su alcance, más acordes con nuestra Política de Calidad, definida y aprobada en Abril de 2004. Otro hito importante relacionado con el diseño de nuestro sistema de gestión de procesos ha sido la

aprobación del Sistema de Gestión de la Calidad en Mayo de 2004, en él queda definida la Política de Calidad que está descrita en el Manual de Calidad también aprobado en dicha fecha. Como consecuencia del trabajo realizado desde entonces, en diciembre de 2004 se ha aprobado la nueva versión del Manual de Calidad como resultado de la revisión de la Política de Calidad y con objeto de mantener la coherencia con el nuevo Plan Estratégico y ser así fiel reflejo de la actual definición de los procesos del centro.

La identificación de los grupos de interés de cada proceso surge inicialmente, de forma premeditada, de la propia denominación de los procesos y subprocesos. De manera lógica hemos denominado a todos ellos con su propio alcance y finalidad. En el párrafo anterior puede verse que se denominan asistencia al paciente con psicosis refractaria, asistencia al paciente psicogeriátrico y asistencia al paciente ambulatorio, por ejemplo. El resto de los procesos y subprocesos también tienen en su denominación una clara identificación del grupo de interés de que se trata (ver esquema de procesos en la figura 2 d 1). Además del grupo de interés, está definido y documentado en las fichas de los procesos y subprocesos, misión, entradas, salidas, requisitos, objetivos, indicadores y plan de gestión de cada uno.

En Mayo de 2004, como ya se ha dicho unas líneas antes, tras el pilotaje de los procesos de apoyo referidos y la reconstitución de la Comisión de Calidad, se aprobó y estableció el Sistema de Gestión de la Calidad, que como se ha señalado, está basado en el sistema estandarizado de gestión de procesos que propugna la Norma ISO 9001:2000. El nuevo enfoque que ésta presenta se diferencia claramente de la anterior versión (1994) porque, en nuestra opinión, facilita enormemente la estabilización y la homogeneización de los procesos. Además de continuar en el despliegue de la estandarización de nuestros procesos, hemos comenzado a trabajar para lograr la estandarización de la Gestión Medioambiental como expresión de nuestro compromiso con la responsabilidad social.
El Sistema de Gestión de la Calidad adoptado por nuestro centro responde claramente al enfoque de aplicar sistemas estandarizados en la gestión de procesos y subprocesos, aunque por las propias características de nuestra actividad (y la de la corporación), ya utilizábamos, y seguimos utilizando, otros sistemas estandarizados de gestión e información homogeneizados con el resto de la red. Nos estamos refiriendo a los sistemas implantados y utilizados desde hace años (4e):

- Gestión Económica (Aldabide), bajo sistema informático SAP
- Gestión Administrativa de Personal (Gizabide), también en SAP
- Gestión de los Cuidados Informatizados de Enfermería (Zaineri)
- Admisión y Gestión Administrativa de Pacientes. Está soportado en un sistema informático doble: propio, diseñado por los trabajadores de esta área, y otro en red, con el resto del sistema, bajo AS – 400.
- Gestión de Historias Clínicas. La comisión de HHCC, está liderada por la Dirección Médica que es la propietaria de este proceso. Las HHCC se gestionan de forma reglamentada, cumpliendo la normativa en vigor. Contienen información clínica, información de carácter judicial (incapacitaciones, informes a la fiscalía o juzgados de instrucción e informes sociales). Nuestra organización ha sido la primera en la CAPV en solicitar y obtener la autorización del Reglamento de Uso de la Historia Clínica en los Servicios Extrahospitalarios (incluso antes que los Centros de Atención Primaria).
- Gestión de Riesgos Laborales. Las evaluaciones de todos los puestos de trabajo de nuestro centro han sido (primer Mapa de Riesgos) y son (segundo Mapa de Riesgos, en fase de elaboración) realizadas mediante tests estandarizados y validados por organismos competentes. La responsable de este proceso es la Comisión de Seguridad y Salud (4 c).
- Clasificación y estandarización de subprocesos asistenciales. La asignación de diagnósticos está basada en sistemas estandarizados de clasificación psiquiátrica para el diagnóstico de enfermedades: DSM IV y CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento están asimismo estandarizados mediante procedimientos y guías de práctica clínica (5 d). Los procedimientos de cuidados de enfermería están, asimismo, estandarizados (ZAINERI). Aunque en el subcriterio 5 d se trata este tema con mayor amplitud, hay que decir aquí que nuestro centro ha sido autor de la adaptación del sistema informático ZAINERI a Salud Mental mediante un grupo de trabajo liderado por la Dirección de Enfermería.
- Planes Anuales de Formación. La responsable de este proceso es la Comisión de Docencia y Formación Continuada liderada por las Direcciones Médica y de Enfermería (3 b).
- Autoevaluación informatizada para Unidades y Organizaciones de Servicios. Está liderada por el Director Gerente y se apoya en una hoja de cálculo Excel. Favorece la participación y el conocimiento de cada vez más personas en el Modelo de Excelencia, ya que facilita enormemente la realización de las autoevaluaciones al seleccionar automáticamente los puntos fuertes y las áreas de mejora (4 e).

Nuestro Plan de Calidad 2004-2007 (2 b y 2 c) contiene 397 indicadores para medir la Mejora del Servicio Sanitario y la Mejora de la Calidad en la Gestión de nuestro centro. El conjunto de indicadores de percepción y de rendimiento interno ha sido elaborado y definido con el consenso de los propietarios y responsables de los procesos. Los indicadores han sido reformulados por la UGS/Calidad y la Comisión de Calidad, y aprobados por el Director Gerente en Mayo de 2004. La estructura organizativa responsable del informe anual de progreso del Plan de Calidad son la UGS/C y la Comisión de Calidad. En este extenso conjunto de indicadores están incluidos los de actividad asistencial y no asistencial de todas las unidades y servicios del centro (9 a y 9b) y los correspondientes a los de percepción de los diferentes grupos de interés (6 a, 7 a y 8 a). Todos los indicadores de nuestro Plan de Calidad tienen objetivos anuales de rendimiento hasta su finalización en 2007. Antes de su aprobación ya disponíamos de indicadores de actividad asistencial, económica y de calidad (2 b 1), basados en los sucesivos planes estratégicos, en los Contratos-Programa, y en los indicadores de percepción y de rendimiento interno que, según el Modelo EFQM, ya veníamos manejando (criterios de resultados).

La eficacia del esquema general de procesos ha sido revisada en profundidad y se han implantado los cambios necesarios. La sistemática para realizar dicha revisión se definió al adoptar el SGC y se ejecuta a través del mecanismo descrito por la norma ISO 9001-2000 denominado “Revisión por la Dirección”. Anualmente los equipos de proceso se reúnen y analizan la eficacia para alcanzar los objetivos asignados. Si como resultado de este análisis se detecta la necesidad de alguna modificación, ésta se presenta, ya definida, a la Comisión de Calidad que tiene en cuenta otras aportaciones con el fin de equilibrar los intereses de los diferentes procesos. También se priorizan las áreas de mejora y se anotan y recomiendan las modificaciones que pudieran ser provechosas para otros procesos. Las conclusiones de las reuniones de la Comisión de Calidad quedan reflejadas en acta. Como ejemplos están la aprobación del nuevo SGC, la prioridad de la estandarización de los procesos asistenciales y su despliegue y las redefiniciones de Misión, Visión y Valores de nuestro segundo Plan Estratégico. El mecanismo “Revisión por la Dirección” no sólo es empleado para

revisar los procesos sino todo el SGC en su conjunto y sirve como actualización final de la política y estrategia. La revisión de la eficacia del SGC está sustentada en el funcionamiento de las estructuras implantadas con ese cometido y funciones como la UGS/Calidad, el Coordinador de Calidad y la Comisión de Calidad. Cada una de estas estructuras tiene definidas claramente sus funciones y están programadas las reuniones ordinarias de la Comisión de Calidad. Las reuniones extraordinarias (y las ordinarias) se convocan con orden del día y se levanta acta de todas ellas.

Como sistemas para identificar las mejores prácticas y las oportunidades de mejora hemos utilizado las sucesivas autoevaluaciones EFQM, la participación de técnicos de calidad y directivos en evaluaciones externas de otras organizaciones, la asistencia a cursos específicos para el aprendizaje de la gestión por procesos y de realización de auditorías según la norma ISO y la participación en auditorías internas y externas (en nuestros propios procesos y como observadores en otros centros). También han ayudado la formulación de algunos de los objetivos de nuestro segundo plan estratégico, muy orientados a la gestión de los procesos y las orientaciones de la Subdirección de Calidad de Osakidetza-Svs en cuanto a la coordinación de la gestión de los procesos asistenciales.

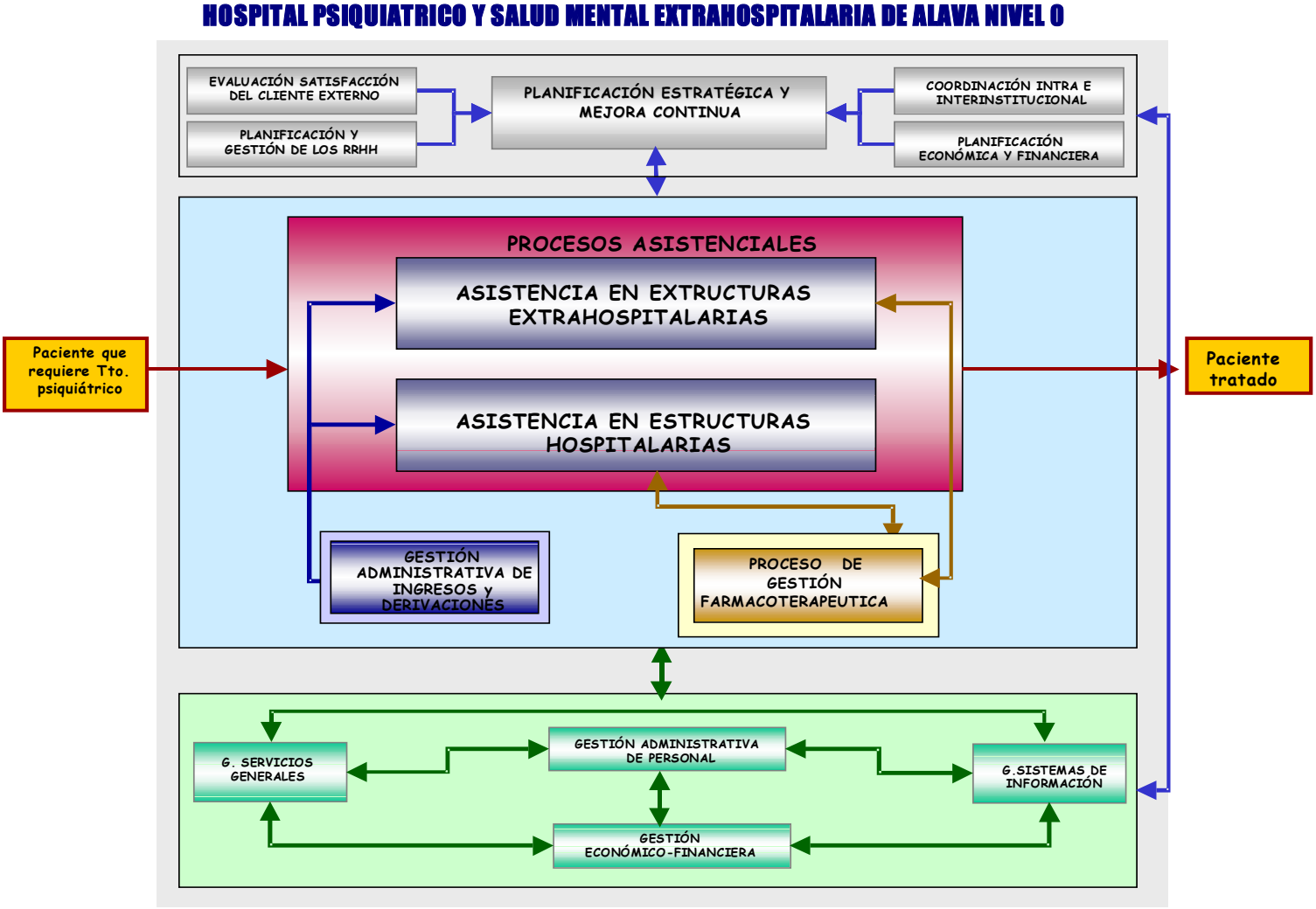


Figura 5 a1

Para identificar y establecer prioridades entre las posibles acciones de mejora y para planificar e implantar mejoras se analizan y utilizan las actividades de planificación, medición y de aprendizaje. La principal prioridad seleccionada es la decisión de extender la gestión estandarizada al proceso ASISTENCIAL y a sus subprocesos, ya que, en coherencia con nuestro esquema de procesos (2 d 1), es la actividad que más requiere, por su importancia y efecto de arrastre, una gestión sistemática. El resto de los procesos y subprocesos, salvo otras razones (aprendizaje, responsabilidad social) no tiene esa determinante prioridad. Como ya se ha mencionado, se han realizado ya las auditorías internas de tres subprocesos asistenciales (Atención a las Psicosis Refractarias, Rehabilitación Hospitalaria y Atención a los Toxicómanos) que servirán de modelo para el resto de los subprocesos asistenciales. Tras las auditorías internas procederemos a la certificación de estos subprocesos según la norma ISO. Otra mejora, recientemente implantada para la gestión sistemática de los procesos, es el sistema "Control de la Evolución de los Procesos", registro donde figura si están documentados, si disponen de propietario o se ha realizado auditoría interna, entre otras actividades. Este control sistemático se realiza cada 6 meses y es muy útil para conocer la evolución del SGC y el estado de la gestión de los procesos del centro.

5 b INTRODUCCIÓN DE LAS MEJORAS NECESARIAS EN LOS PROCESOS

MEDIANTE LA INNOVACIÓN, A FIN DE SATISFACER PLENAMENTE A CLIENTES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS, GENERANDO CADA VEZ MAYOR VALOR

En nuestra organización se emplean varios sistemas para identificar y priorizar oportunidades de mejora y para establecer métodos operativos perfeccionados, incluyendo la utilización de los indicadores de percepción y de rendimiento interno y la información procedente de las actividades de aprendizaje. En la figura 5 b 1 pueden verse numerosos ejemplos, incluyendo las fuentes de información u origen de las propuestas para las mejoras (continuas o drásticas) y otros cambios, las acciones puestas en marcha y los procesos y subprocesos afectados.

Muchas de las oportunidades de mejora son detectadas por los empleados en los grupos de trabajo que los directivos y otros líderes dinamizan y potencian (3 c 1). Este esfuerzo por estimular el trabajo en equipo y el talento creativo e innovador de los empleados participantes supone una dedicación (estimada) del 25% del tiempo de los líderes y del 50% (aproximadamente) del de los directivos. Además de incrementar la participación de las personas, conseguimos que surjan y se intercambien ideas creativas o innovadoras, que proporcionen ayuda para detectar mejoras o para perfeccionar métodos y procedimientos operativos (5 b 2).

MEJORAS REALIZADAS	PROCESO / SUBPROCESO AFECTADO	PROPUESTA	FECHA DE IMPLANTACIÓN
Acceso minusválidos (peluquería, alcoholismo)	Satisfacción pacientes	Director Gerente y AAFF	1997
Circuito de ropa plana	Satisfacción personas	Comisión de Ropa	1997
Guía informativa del hospital	Información pacientes	Comisión de Calidad	1998
Guías informativas de las unidades	Información pacientes	Comisión de Calidad	1998
Comedor de la unidad 3	Seguridad de pacientes	Equipo de la Unidad	1998
Apertura de nuevos espacios para visitas	Satisfacción familiares	Director Gerente y AAFF	2000
Elaboración de menús	Satisfacción pacientes	Comisión de Alimentación	2000
Informe de enfermería al alta	Satisfacción pacientes	Supervisoras	2000
Mejora del estado nutricional de los pacientes	Satisfacción clientes	Grupo de Profesionales	2000
Evalúa historia clínica del extrahospitalario Mapa de riesgos laborales	Información clínica Seguridad y Salud	Comisión de Calidad Comité de Seguridad y Salud	2001 2001
Máquina de dispensación de metadona	Gestión de pacientes	Equipo de Toxicomanías	2001
Normativa cambio de médico y centro	Disminución burocracia	Consejo Técnico	2001
Redistribución poblacional	Asistencia en consultas	Consejo Técnico	2001
Acuerdos de movilidad y promoción	Satisfacción personas	Comité de Empresa	2002
Boletines informativos de farmacia	Información profesional	Comisión de Farmacia	2002
Baños de la unidad 5	Seguridad de pacientes	Equipo de la unidad	2003
Evalúa historia clínica del hospital	Información Clínica	Comisión de Facultativos	2001
Modelaje solicitud de órdenes médicas	Gestión Farmacoterapéutica	Comisión de Farmacia	2003
Premio de innovación en el trabajo	Innovación	Comisión de Calidad	2003
Revisión normativa de permisos de docencia	Satisfacción personas	Comisión de Docencia	2003
Sistema anti-incendios en la CTME Foronda	Seguridad y Salud	Personal de Foronda	2003
Visitas guiadas	Lucha contra el estigma	Grupo de Profesionales	2003
Aire acondicionado en los botiquines	Gestión Farmacoterapéutica	Grupo de proceso	2004
Comedor de la unidad 4	Seguridad de pacientes	Equipo de la Unidad	2004
Destructoras de papel en las unidades	Seguridad información	Comisión de Calidad	2004
Orden y limpieza (Implantación 5 S)	Gestión Admva. Personal	Grupo de proceso	2004
Página Web y revista	Comunicación interna y externa	Consejo de Dirección	2004
Rediseño despacho telefonistas	Seguridad y Salud	Comisión de Seguridad y Salud	2004
Rediseño Comisión Salud Laboral	Seguridad y Salud	Comisión de Seguridad y Salud	2004
Reglamento de uso de la historia clínica	Seguridad información	Comisión de Historias Clínicas	2004
Terapia con animales de compañia	Rehabilitación de pacientes	Terapia Ocupacional	2004
Arteterapia	Rehabilitación de pacientes	Gestores Museo y Psiquiatras	2004
Plan de Acogida Personas	Satisfacción personas	Departamento de Personal	2004
Recogida de sugerencias	Satisfacción personas	Consejo de Dirección	2004

Figura 5 b 1

La Comisión de Calidad ha puesto en marcha una iniciativa complementaria y novedosa para estimular el talento creativo e innovador de los empleados. El 2004 es el tercer año que se convoca el Premio Anual a la Innovación en el Trabajo, por el que se gratifican económicamente los tres mejores proyectos que, entre otros requisitos, reúnan los de ser ideas originales y, al mismo tiempo, tengan que ver con la calidad y sean aplicables en el trabajo diario de determinadas unidades o en toda la organización. En los dos últimos ejercicios se han presentado 11 trabajos. Todos ellos se aplican ya en el funcionamiento diario de la organización y están demostrando su utilidad. Para otorgar los premios se ha designado un tribunal compuesto por miembros de la Comisión de Calidad y el Director Gerente. La convocatoria es anual y pública y se realiza mediante carta personalizada a todos los trabajadores y también a los responsables de los centros/unidades para que animen a los trabajadores a presentarse. Puede participar cualquier miembro de la plantilla del centro. Los reconocimientos a los participantes y la entrega de los premio se realiza en la jornada/fiesta anual de aniversario del nuevo hospital (último viernes del mes de Junio), en el que también se hace entrega de otros reconocimientos a los empleados (3 e). El premio se hace efectivo en la nómina del mes de junio.

Otro medio sistemático para favorecer las ideas innovadoras y creativas, basado en las necesidades y expectativas de los clientes, son las reuniones programadas periódicas y/o extraordinarias que el Director Gerente, la Directora Médica, el Jefe de Sección de la UPR, las Supervisoras de Enfermería y otros líderes y responsables llevan a cabo con los representantes de los pacientes, sus familiares y tutores legales. Estos representantes son ASAFES, ASASAM, FEDEAFES y la Fundación Tutelar de Enfermos de Álava (5 e).

Otro modo de interacción sistemática favorecedora de la innovación y la mejora es la que se realiza con grupos de interés muy importantes para nosotros como son la Dirección Territorial de Sanidad de Álava (Departamento de Sanidad) y la Dirección General de Osakidetza. Aunque el objeto principal de nuestra relación con estos grupos de interés se describe en el subcriterio 4 a, sí que debemos decir que algunas de las iniciativas puestas en marcha por nuestra organización en el terreno de la gestión de la calidad en

centros psiquiátricos, como las primeras encuestas de satisfacción y expectativas de clientes, las de empleados y las autoevaluaciones bienales, han generado, además de un estímulo para otras organizaciones similares, un efecto de acción-reacción entre estos dos grupos de interés mencionados y nosotros. Algunos ejemplos de ello son la homogeneización y generalización de las encuestas de clientes para las organizaciones de Salud Mental, la inclusión de nuestra participación en el diseño de procesos asistenciales o nuestro compromiso de presentación a evaluaciones externas.

Para descubrir y utilizar nuevos diseños de procesos, filosofías y tecnologías operativas nuestra organización emplea el aprendizaje y la innovación procedente de las actividades internas y externas y adopta los adecuados avances en la gestión de procesos, en la forma de trabajar y los procedentes de la aplicación de la tecnología en otras organizaciones (5 b 2). Para ello, se establecen los métodos idóneos para llevar a cabo la implantación de los cambios, incluyendo las pruebas piloto necesarias y la supervisión o control de los procesos nuevos o modificados. Asimismo, se garantiza la comunicación de los cambios introducidos a los grupos de interés adecuados mediante la participación directa de muchos de ellos en la gestación y en la implantación de los cambios. Muchos de ellos no podrían llevarse a cabo sin la pertinente formación previa de las personas que deben intervenir directamente en su implantación. En la figura 5 b 2 pueden apreciarse ejemplos de nuevas filosofías operativas, diseño de nuevos procesos y adaptación de nuevas tecnologías, el método empleado para implantar el cambio y la metodología de control o supervisión (indicadores u objetivos) para asegurar que los procesos alcanzan los resultados planificados.

NUEVAS FILOSOFÍAS Y TECNOLOGÍAS OPERATIVAS

Proceso o Subproceso	Tipo	Método de cambio	Mecanismo de Control
P. Estratégico	P y MC	Formación-Acción	FCE
P. de Calidad	P y MC	Implantación	Indicadores
Control Gestión	P y MC	Formación-Acción	C. M. Integral
Autoevaluación	P y MC	Formación-Acción	Puntuaciones
Procesos	P y MC	Formación-Acción	Hoja de control
Sat. Cliente	P y MC	Implantación	Resultados
Sat. Personas	Gest RRHH	Implantación	Resultados
UPR	ASIST.	Planificación	Informe Anual
Ludopatías	ASIST	Planificación	Indicadores
Com. Ingreso	Apoyo	Formación-Acción	Indicadores
ZAINERI	Apoyo	Implantación	Evaluación
ALDABIDE	Apoyo	Implantación	Evaluación
GIZABIDE	Apoyo	Implantación	Evaluación
Gest. Farm. T.	Apoyo a asistencial	Formación-Acción	Norma ISO
Gest. Adm. P.	Apoyo	Formación-Acción	Norma ISO
Autoeval. Inf.	Apoyo	Formación-Acción	Resultados
FCE	P y MC	Formación-Acción	Resultados

Figura 5 b 2

5 c DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS BASÁNDOSE EN LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES

La evolución de la asistencia psiquiátrica en las dos últimas décadas ha estado marcada en toda Europa por el desarrollo de los procesos de DESINSTITUCIONALIZACIÓN (drástica o progresiva, según países y regiones autónomas) y del auge de la PSIQUIATRÍA COMUNITARIA (Reforma Psiquiátrica, subcriterio 2 c). El inicio de ambos procesos se debe a la aplicación de las conclusiones de diversos estudios, informes y publicaciones de carácter social y sanitario y de multitud de estudios científicos, que avalan que los resultados en el tratamiento de las enfermedades mentales severas son claramente superiores si se realiza de forma integral, teniendo en cuenta los entornos social, laboral y familiar de los pacientes. Algunos de los innumerables ejemplos de este tipo de publicaciones son "Eficacia y efectividad de la Atención Comunitaria" de V. Ibáñez y F. González (Psiquiatría Pública, Madrid, marzo 1999), "Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo (XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Oviedo, 2003) y "Tratamiento Asertivo y Psicoeducación" de C. Kmeador (2003). Ambas innovaciones en el tratamiento de la enfermedad mental son fruto de la acción decidida de los profesionales y los gestores del centro, convencidos de los beneficios de la adaptación y el desarrollo de estas políticas, en respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de los clientes y sus familiares. Ejemplo de externalización drástica de pacientes fue la construcción del nuevo Hospital Psiquiátrico (1996) con un número muy inferior de camas que el antiguo (240 en vez de 430). Esta medida fue acompañada de la integración en la comunidad de los pacientes dados de alta, alojándoseles en pisos, pensiones y residencias asistidas dotadas de un cierto grado de supervisión según el nivel de dependencia de los pacientes. Esta supervisión es realizada por una Estructura Intermedia como es el Servicio de Rehabilitación Comunitaria, muestra también, entre otras, de la integración en la comunidad de nuestros dispositivos. Ejemplo de externalización progresiva es la puesta en marcha del Plan de Readecuación de Ingresos de pacientes en el Hospital puesto en marcha en 2003 y que pretende, principalmente, reafirmar el carácter rehabilitador y, al mismo tiempo, debilitar el de institución asilar de nuestro hospital. Este plan, a cinco años, contempla el objetivo de reducir unas 40 camas "residenciales" (sin objetivos rehabilitadores) para, así, dar respuesta a otras necesidades asistenciales. Esta respuesta, en estudio por el Consejo Técnico en colaboración con otros profesionales sanitarios, contempla varias alternativas como la apertura de una unidad para el tratamiento de la fase aguda de las descompensaciones de las demencias, o la creación de una unidad de día u otras. Estas necesidades son detectadas en los contactos con las asociaciones de familiares, responsables de residencias de ancianos e instituciones de carácter social. Como podrá verse más adelante (en este mismo subcriterio y en la figura 5 d 1) hay multitud de ejemplos de servicios para nuestros clientes diseñados para cubrir las necesidades de accesibilidad e integración en la comunidad.

Para determinar la percepción de nuestros clientes acerca de los servicios existentes contamos con varias fuentes de información. Desde hace 5 años realizamos encuestas de satisfacción de nuestros clientes: con carácter anual en hospitalización, bienal en los servicios extrahospitalarios y bienales también a las familias de los pacientes hospitalizados (6 a). Las encuestas de pacientes ambulatorios se realizan, desde entonces, en las tres organizaciones de salud mental extrahospitalaria de la red de Osakidetza. Desde hace más de dos décadas disponemos también de resultados de actividad (9 a) e indicadores de rendimiento interno de satisfacción de clientes (6 b) que elaboramos y analizamos periódicamente para completar la información anterior. Estos cuadros de mando, con el tiempo, se han ido modificando y adaptando para mejorar continuamente esta información relevante, de manera que en la actualidad forman parte integrante de los indicadores del Plan de

Calidad 2004-2007. Otras informaciones útiles para conocer la percepción de nuestros clientes son: los informes periódicos del Defensor del Pueblo Vasco (Ararteko) acerca de la Salud Mental Hospitalaria y Extrahospitalaria en Euskadi, en los que se puede reconocer nuestra ventajosa situación en la dotación de recursos estructurales extrahospitalarios; los contactos periódicos programados que se celebran entre representantes de nuestra organización y los representantes de las Asociaciones de Familiares y de la Fundación Tutelar. En esas reuniones se abordan temas de interés tanto para los pacientes ingresados como para los externalizados (5 e). Otras fuentes de información son la gestión de Quejas, Sugerencias y Reclamaciones (5 e y 6 b), la opinión y asesoría de nuestros profesionales en los foros internos de participación (3 c 1), las reuniones de trabajo con colegas de otros territorios de la comunidad y de fuera de ella, las visitas realizadas a otros centros (París, Niza, Santander, Londres), las que hemos recibido de responsables de Salud Mental de otros países y comunidades (Inglaterra, Francia, Chile, Cataluña, Baleares, Andalucía, Castilla la Mancha, Castilla-León…) y las reuniones y jornadas científicas en las que participamos como organizadores, asistentes o ponentes.

Como consecuencia de toda la información anterior hemos planificado y puesto en marcha mejoras en los servicios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los clientes y otros grupos de interés. Dicha planificación se ha hecho en diferentes niveles de responsabilidad y de organización como, por ejemplo, nuestros primer y segundo Planes Estratégicos, el Plan de Calidad 2004-2007 (2 c), el Plan de Readecuación de Ingresos en el Hospital y el Plan Estratégico de Salud Mental de Osakidetza en cuya elaboración hemos participado. Fruto del cumplimiento de algunos de sus objetivos más relevantes han sido la creación de la Unidad de Psicosis Refractaria (única de estas características y referencia para el tratamiento de las psicosis en la Comunidad Autónoma y en el Estado), la puesta en marcha del programa para el tratamiento de las Ludopatías, el seguimiento de los pacientes externalizados en pisos, los acuerdos con el Instituto de Bienestar Social en cuanto la gestión compartida de camas en el hospital, el acuerdo (dentro de la Comisión Territorial Socio-Sanitaria) para residenciar a pacientes dados de alta, el hospital y centro de día de Psiquiatría y el centro de día de Alcoholismo. Por otra parte, desde hace ya tiempo (1985), hemos integrado nuestros 5 CSMs en la comunidad al instalar nuestros consultorios en cada uno de los cuatro distritos en que dividimos Vitoria-Gasteiz y uno en Llodio (Valle de Ayala). Tres de ellos están ya ubicados físicamente en centros de Atención Primaria, lo que facilita la coordinación con los médicos de familia. Asimismo, disponemos en la ciudad de centros monográficos: Servicio de Rehabilitación Comunitaria, Alcoholismo y Ludopatías, Toxicomanías y Comunidad Terapéutica, y la Unidad de Psiquiatría Infantil (5 d).

El diseño y desarrollo de nuevos servicios que añadan valor para los clientes puede verse desde dos puntos de vista diferentes: las modificaciones en el funcionamiento asistencial y las modificaciones de carácter hostelero. Entre las primeras, destacan la existencia de Consultas de Acogida de Enfermería consistente en la recepción del paciente por una enfermera especialista en psiquiatría antes de 10 días desde la solicitud de la cita (6 b 2.1). Esta consulta de acogida solamente funciona de forma sistemática en nuestro territorio y se ha implantado con el objetivo de, además de reducir el tiempo para el primer contacto, obtener información para determinar la intensidad de los casos y programar las siguientes consultas. Otras modificaciones importantes del funcionamiento asistencial que añaden valor a los servicios son los desplazamientos de nuestro personal facultativo y de enfermería para pasar consulta en núcleos rurales y la iniciación de horario de tarde en algunos centros. Otras actividades que añaden valor son la procedimentación del manejo de las patologías más frecuentes con Atención Primaria, los acuerdos de colaboración con el IFBS, los planes terapéuticos individualizados, la prestación de cuidados paliativos, la Hoja de Continuidad de Cuidados de enfermería, los registros de los niveles de dependencia de los pacientes, los de fugas, incumplimientos horarios y los de agresiones, las guías informativas del hospital y de sus distintas unidades y servicios y los consentimientos informados para procedimientos potencialmente peligrosos y para los que ponen en riesgo la preservación de la intimidad (entrevistas clínicas y docentes, programa de visitas guiadas). Entre las modificaciones de carácter hostelero, que son bien valoradas por nuestro personal, los pacientes y sus familias, destacan la integración de los comedores en las unidades, la instalación de aire acondicionado y de sistemas de ventilación permanente, la habilitación de más espacios utilizables para las visitas, la conversión de habitaciones dobles en individuales. Éstas y otras mejoras han sido acometidas por sugerencia de nuestras personas y los grupos de trabajo (5 b 1).

Si entendemos la tecnología, en el sentido más amplio, como nuevas formas de hacer, podemos decir que comprendemos y anticipamos el impacto y el valor potencial que éstas tienen en nuestros servicios. Ejemplo de ello puede ser el impacto de la salida al mercado de nuevos fármacos (antipsicóticos y otros), que son muy beneficiosos para los enfermos ya que se estabilizan antes, pero resultan excesivamente gravosos para nuestro presupuesto. Decrecen el número de reingresos y los pacientes mejoran más, pero aumenta sin parar el gasto en farmacia cuyo incremento, al mismo tiempo, pretendemos contener (9 a y b). Otros ejemplos relevantes de nuevos servicios, como ya se ha mencionado, son la UPR, el programa de Anorexia y Bulimia y la atención a las Ludopatías, pero también la aplicación de nuevas técnicas de terapia como pueden ser las de Psicoeducación, Habilidades Sociales, Cuidados Paliativos y Talleres Ocupacionales. La colaboración con los aliados también proporciona un valor adicional a nuestros servicios. Los acuerdos con la Fundación Tutelar para hacerse cargo de las tutorías de nuestros pacientes, los acuerdos de gestión de camas y de la externalización de pacientes con el IFBS, el estudio de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en colaboración con otros centros, y la guía de Atención al Maltrato y Abusos Sexuales también son otros ejemplos de ello.

Muestras de la utilización de la creatividad, de la innovación y de las competencias clave de las personas de la organización para desarrollar servicios competitivos (en nuestro caso, eficientes o eficaces) son, como mencionábamos antes, la UPR y el programa de atención a las Ludopatías y otros, como la estandarización y la informatización de los cuidados de enfermería (programa Zaineri), los registros de enfermería referentes a continuidad de cuidados, los de altas, fugas y agresiones, la creación de comisiones de ingreso para la adecuación de las admisiones de enfermos, la realización de informes de alta en los servicios extrahospitalarios, la puesta en marcha de programas de evaluación de la calidad de los informes de alta y de las historias clínicas (programa “Evalúa”), de los procedimientos de sujeción y contención mecánicas y del programa Zaineri. Otros ejemplos son los programas informáticos específicos diseñados o adaptados para una mejor atención a los pacientes y facilitar la tarea a los profesionales como el programa de recetas para crónicos, el programa de control de constantes clínicas y la estandarización de niveles de vigilancia y dependencia. Ejemplos de desarrollar servicios asistenciales utilizando la creatividad, la innovación y las competencias clave con los aliados son, como hemos dicho, la creación de la UPR, en la que colaboraron de

manera importante las asociaciones de familiares y los acuerdos con el IFBS (uno para el mantenimiento de la gestión compartida de 8 camas en el hospital y otro para externalizar a los pacientes con necesidades residenciales). Otro ejemplo es el acuerdo ya establecido con el Departamento de Educación por el que se va proceder a la apertura de aulas terapéutico-educativas para adolescentes con problemas conductuales. Otros ejemplos son la colaboración con el Museo de Arte Contemporáneo de Vitoria (Artium) para colaborar en la rehabilitación de pacientes mediante la arteterapia, y la colaboración con el Ayuntamiento para que un grupo de pacientes en rehabilitación se responsabilice del cuidado de mascotas como parte de su terapia rehabilitadora.

Como mecanismos de evaluación y revisión utilizamos, además del contacto periódico con Asociaciones de Familiares y la Fundación Tutelar (5 e), los informes periódicos de la oficina del Defensor del Pueblo (1999 y 2003), los resultados de las encuestas de satisfacción de los clientes (6 a), los indicadores de rendimiento de la satisfacción de los clientes (demoras, quejas, reclamaciones y sugerencias -6 b-), algunos de los resultados asistenciales como la frecuentación total de pacientes (9 b 17) y otros, y algunos resultados económicos, como el coste medio de la estancia hospitalaria (9 b 2) y el gasto farmacéutico por cama (9 b 3). Para priorizar entre las posibles mejoras o nuevas alternativas de servicios utilizamos la asesoría de los profesionales del Consejo Técnico. En el caso de los posibles nuevos servicios debido a la reducción del número de camas residenciales hemos recabado también la opinión de los profesionales (médicos y enfermeras, fundamentalmente) mediante un estudio delphi. Además, para priorizar tenemos en cuenta las necesidades de otras instituciones o grupos de interés como nuestro Departamento de Sanidad que tiene el objetivo general de reducir el número de camas residenciales, o el Departamento de Educación (acuerdo para la puesta en marcha de Aulas Terapéutico-Educativas). La Memoria de Actividades de la UPR, que anualmente se presenta a las Asociaciones de Familiares, es otro buen ejemplo de evaluación y revisión conjunta con los representantes de los pacientes.

5 d PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y SERVICIO DE ATENCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

En nuestro segundo Plan Estratégico (también en el primero) aparece como objetivo genérico "Disponer de una Oferta Integral y Accesible de Servicios", definiéndose tres objetivos específicos que se relacionan con nuestra Cartera de Servicios, es decir, con la producción y distribución de nuestros servicios. En ella se incluyen los aspectos asistenciales, las actividades docentes y las actividades científicas y de investigación (5 d 1).

Las actividades docentes y las actividades científicas e investigadoras son tratadas con más detalle en otros subcriterios de esta memoria (3 b, 4 e y 8 b). Nos referiremos aquí a la producción y distribución de los servicios asistenciales que, como puede verse en la figura 5 d 1, abarcan diversas modalidades terapéuticas. Muchas de ellas se ofertan en los centros insertados en la comunidad, en coherencia con nuestra política y estrategia ("psiquiatría comunitaria"). Algunos servicios hospitalarios están sujetos a la evolución del plan de readecuación de ingresos puesto en marcha con el fin de reducir las estancias sin contenido rehabilitador, también en coherencia con la estrategia a largo plazo de desinstitucionalizar pacientes válidos para su integración en el entorno social o familiar (2 c). El desarrollo de estos dos grandes procesos (psiquiatría comunitaria y desinstitucionalización) a largo plazo corresponde a un diseño y a una previa y reflexiva planificación de los servicios asistenciales que se ha ido desarrollando y modificando con el paso del tiempo y con la influencia de circunstancias externas: mejoría constante en número y calidad de los locales disponibles, experiencia y especialización progresiva de los profesionales, adaptación a la creciente demanda sanitaria ligada al incremento del nivel de vida de la ciudadanía, adopción de "nuevos modelos de gestión", reducciones drástica y constante del número de camas asilares y la coordinación con los servicios sociales que tiende a intensificarse (Comisión Socio-Sanitaria Territorial). Además de la cartera de servicios general, nuestro centro ha sido pionero en elaborar la Cartera de Servicios de Enfermería de nuestros dispositivos, que resumimos en la figura 5 d 3. Su elaboración está basada en tres pilares: Misión, orientada a los pacientes; Visión de conseguir la atención individualizada, la gestión eficiente y la constante búsqueda de la Excelencia a través de la mejora continua.

Con el fin de comunicar nuestros servicios asistenciales a los clientes actuales y potenciales venimos elaborando y renovando, tras su revisión y actualización periódicas, las guías informativas general y las de los diferentes dispositivos (unidades hospitalarias y extrahospitalarias). Se distribuyen a pacientes, familiares, solicitantes individuales y otros servicios sanitarios y sociales de nuestra comunidad (Servicios Sociales y Atención Primaria). Todas estas guías contienen, en un lenguaje comprensible, información para los usuarios actuales y potenciales, como los servicios de cada dispositivo asistencial, el teléfono de contacto y la manera de acceder a ellos que, habitualmente, es a través de los médicos de atención primaria, aunque un porcentaje no desdeñable (30%) acude por iniciativa propia. La figura 5 d 2 es la reproducción de las portadas de la OFERTA DE SERVICIOS de los centros de salud mental y la de la Guía Informativa del hospital.

CARTERA DE SERVICIOS

1. ASISTENCIALES:
- Psicopatologías crónicas de media estancia en hospitalización.
- Psicopatologías crónicas de larga estancia en hospitalización.
- Psicogeriatría (larga estancia) en hospitalización.
- Psiquiatría y psicología infantil ambulatoria.
- Psiquiatría y psicología adultos ambulatoria.
- Alcoholismo y Ludopatías.
- Tratamiento ambulatorio de Drogodependencias.
- Estructuras intermedias (o alternativas a la hospitalización tradicional):
  - Reinserción socio-familiar: pisos, pensiones, residencias.
  - Rehabilitación comunitaria (Servicio de Día).
  - Centros de Día (Alcoholismo y Psiquiatría).
  - Comunidad terapéutica para deshabituación de drogas
- Asistencia social a pacientes y familiares.
- Atención al paciente y usuario.
- Educación sanitaria.

2. DOCENTES:
- Pre y postgrado de Enfermería.
- Pre y postgrado de Psicología.
- Pregrado de Farmacología
- Pregrado de Trabajo Social.
- Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Postgrado de Psiquiatría.
- Pregrado del master en drogodependencias.

3. ACTIVIDADES CIENTÍFICAS E INVESTIGACIÓN:

- Participación en ensayos clínicos.
- Proyectos de investigación.
- Publicaciones científicas.
- Participación en congresos y jornadas.
- Organización de reuniones científicas.

Figura 5 d 1

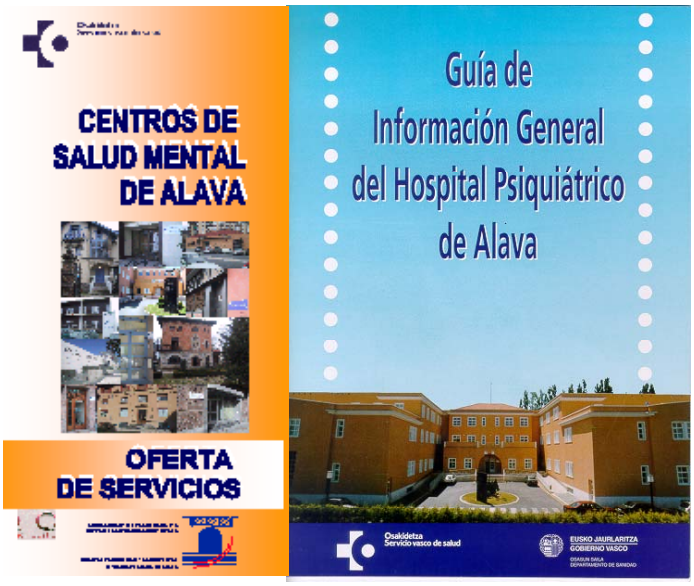


Figura 5 d 2

Otro medio para comunicar nuestros recursos y servicios es la revista trimestral "Psikiberriak" que se distribuye, además de a todas nuestras personas y nuestros propios dispositivos, a todos los centros de salud de atención primaria y a otras instituciones. A ella tienen acceso el personal, los pacientes y sus acompañantes en las salas de espera. Desde hace tiempo, en su página web, Osakidetza tiene información muy básica acerca de nuestro centro. Desde Diciembre de 2004 puede consultarse nuestra propia página ("saludmentalalava.org"), que contiene información completa sobre nuestros dispositivos asistenciales, sobre resultados de nuestra gestión, sobre avances en calidad y otras informaciones importantes para nuestros usuarios actuales y potenciales y ciudadanos o grupos con algún interés en nuestra organización.

Desde un punto de vista profesional aprovechamos las reuniones, jornadas y congresos para comunicar a los profesionales de otros centros los nuevos servicios y actividades y su funcionamiento. Ejemplo de ello son las reuniones que los responsables de la UPR mantuvieron con todos los centros de salud mental y hospitales psiquiátricos de la CAPV y de otras comunidades autónomas para explicar los criterios y funcionamiento de dicha unidad que es referencia estatal en el tratamiento más especializado de las psicosis. Otros ejemplos son las conferencias de diferentes profesionales, incluido el Director Gerente, para exponer información de nuestra organización, de los avances en calidad y de nuestro funcionamiento (1 c 1). Otras medios para comunicar nuestros servicios y actividades son las apariciones y reseñas en prensa de reportajes (Memoria Anual y Curso Anual de Actualización en Psiquiatría) o de iniciativas como la de las Visitas Guiadas (8 b 1.4) y las colaboraciones con el Museo de Arte Contemporáneo de Vitoria-Gasteiz ("Artium") o con el Ayuntamiento para el cuidado de animales de compañía por pacientes en rehabilitación.

Otros medios para la comunicación de nuestros servicios son las Memorias de Calidad y la difusión de los Planes Estratégicos y del Plan de Calidad como puede verse con más detalle en el subcriterio 2 d y figura 1 c 1.

Cada uno de los dispositivos asistenciales mencionados en la figura 5 d 1 dispone de autonomía de funcionamiento, de criterios de admisión, de indicaciones para las distintas terapias y de los necesarios registros clínicos individuales y de actividad. Asimismo, disponen de personal altamente cualificado, y de los apoyos administrativo, económico y formativo precisos para desarrollar sus actividades asistenciales. La distribución de los servicios a los clientes es personalizada, confidencial, respetuosa, con una duración apropiada y se produce en tiempo razonable de forma que, por ejemplo, la demora media en la sala de espera para entrar a la consulta es relativamente corta (actualmente es de unos 8 minutos), la demora media para primera consulta con el facultativo (6 b 2.2) es de 19 días (inferior al objetivo general de la red para consultas de especialidades que es de 30 días) y no hay listas de espera para los ingresos en el hospital (6 b). El proceso asistencial, en todos los casos, comienza con el ingreso o la acogida del paciente, continúa con el plan terapéutico individualizado y finaliza con el alta, tanto en los dispositivos hospitalarios como en consultas y estructuras intermedias. Sin embargo, en cada dispositivo la secuencia de subprocesos y actividades se adapta a las características personales, familiares, sociales y patológicas de cada caso y a la organización y peculiaridades de cada centro.

Esta orientación al cliente se refuerza con diversos procesos, subprocesos, actividades y procedimientos para asegurar la gestión eficaz e integral de la prestación de los servicios y de su seguimiento. Los ejemplos más destacables son:

- La aplicación de criterios de ingreso en las unidades hospitalarias para que ingresen sólo aquéllos casos indicados por ser necesario para su mejoría, como por ejemplo los ingresos en la UPR, en Larga Estancia/Rehabilitación y en Psicogeriatría.
- La existencia del Coordinador de Ingresos, que realiza esta función con las solicitudes de ingreso para la unidad de Media Estancia procedentes de otros centros.
- La Consulta de Acogida de Enfermería en los centros de salud mental, que se produce en menos de 10 días desde la solicitud y, tras la cual, en reunión de equipo, se asignan los casos a los distintos profesionales para el tratamiento según el motivo de la consulta y su grado de complejidad o gravedad.
- La procedimentación, con los médicos de Atención Primaria, del manejo de las enfermedades más comunes en salud mental, tales como toxicomanías, depresión, ansiedad y neurosis. También se ha acordado con ellos, que controlan y contienen buena parte de la patología menos severa, los criterios para la derivación de los pacientes a las consultas psiquiátricas. Éstos se explican en todos los centros de atención primaria y se renuevan cada dos años.

- La Historia Clínica, documento en el que se sustenta la relación médico-paciente, actúa como soporte de la comunicación entre profesionales y centros. El contenido de la HC, así como el acceso, uso, custodia y confidencialidad están reguladas por el Reglamento de Uso de la HC, elaborado por la Comisión de HC. Nuestra organización es pionera en acreditar dicha normativa para los servicios extrahospitalarios, lo que ha sido motivo de presentación de un póster por la Directora Médica en el último congreso de Calidad Asistencial (Octubre de 2004). A la HC tiene derecho de acceso el paciente o su tutor legal y ésta "acompaña" al paciente si es derivado a otros dispositivos o centros sanitarios, de forma que contribuye a la no repetición de pruebas y al conocimiento integral y ordenado, por los profesionales adecuados, de la evolución de su enfermedad y de los tratamientos prescritos.
- Informes de Alta Hospitalarios, que se realizan en todas las altas producidas en el hospital. La Comisión de HHCC valora anualmente, mediante el programa "Evalúa", basado en criterios predeterminados, el grado de cumplimentación y calidad de los informes. Estos informes contribuyen a garantizar la imprescindible continuidad en los cuidados y en el tratamiento de los pacientes cuando pasan a otros dispositivos.
- Informes de Alta de Consultas, implantado en todos los centros extrahospitalarios. Se valoran también mediante el "Evalúa".
- Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería, que acompañan siempre a los informes de alta. Se cumplimenta en el 100% de los casos pertinentes y se realiza un seguimiento mensual.
- Informe Social que realizan los Trabajadores Sociales para cada alta o para las solicitudes de protección legal de los pacientes (tutelas o curatelas).
- Indicadores de seguimiento, tales como reingresos, fugas, agresiones, evaluación de los procedimientos de sujeción y contención mecánicas, ingresos Involuntarios, y de accidentes, caídas y úlceras de decúbito (9 b).
- Evaluación trimestral de los niveles de dependencia y de vigilancia que se modifican, si aparecen signos de descompensación o de alarma, con objeto de adecuar las medidas para prevenir riesgos para los pacientes, sus familiares, visitas y trabajadores.
- Las Guías de Tratamiento y Procedimientos, donde se sistematizan los criterios y la secuencia de actividades para los diagnósticos y terapias más frecuentes con el fin de intentar reducir en lo posible su variabilidad. Las indicaciones de tratamiento tienen en cuenta criterios de gravedad, oportunidad, complicaciones, dosificación, interacciones de las combinaciones con otros fármacos o terapias, controles analíticos y evolución de los pacientes. Como ejemplos podemos señalar los de Naltrexona (adicción a opiáceos), Neurolépticos Depot (psicosis esquizofrénica), Carbamacepina (trastornos del humor), Clozapina (psicosis), Aversivos (deshabituación alcohólica), Metadona (antagonista de la heroína), y otros. Existe un registro actualizado de todos los procedimientos clínicos y no clínicos.
- Los Consentimientos Informados para procedimientos potencialmente peligrosos o que pongan en riesgo la intimidad de los pacientes. Este tipo de documentos escritos requieren, para la comprensión y la firma del paciente, familia o tutor legal, de explicaciones en lenguaje inteligible. Existen para el tratamiento con Naltrexona, Metadona, para la Terapia Electroconvulsiva y para la deshabituación alcohólica, entre otros. También existen para la grabación en vídeo de entrevistas clínico-terapéuticas y docentes.

Figura 5 d 3

Para evaluar y revisar la producción, distribución y la atención a los servicios utilizamos principalmente los indicadores de satisfacción y de rendimiento interno del Plan de Calidad correspondientes a la Mejora Asistencial (ver ejemplos en la figura 2 b 2 o en el propio Plan de Calidad), pero también los correspondientes a la Mejora de la Calidad en la Gestión. En esta memoria se resumen estos resultados en los subcriterios 6 a, 6 b, 9 a y 9 b. El programa "Evalúa" facilita la revisión periódica de la calidad de los informes de alta y de las historias clínicas. La revisión de la cartera de servicios se está haciendo de forma coordinada con el resto de los centros de atención psiquiátrica de la CAPV ya que se requiere un consenso acerca de los servicios que deben ofertarse en la red pública. Esto es así debido al incremento importante de patología leve que amenaza con descuidar la atención, si no se incrementan recursos, de las patologías que realmente más lo necesitan. Esta oportunidad de mejora fue detectada en el análisis interno de nuestro plan estratégico y en el de Salud Mental de Osakidetza. Otras oportunidades de mejora priorizadas e implantadas son el Reglamento de Uso de la Historia Clínica, las evaluaciones de calidad de las historias e informes, los registros sistemáticos referentes a la seguridad de los pacientes (fugas, agresiones, caídas, úlceras), el informe de alta de consultas y la apertura de nuevos dispositivos asistenciales tanto hospitalarios como extrahospitalarios (Consulta de Acogida de enfermería, Rehabilitación Comunitaria, Ludopatías, atención precoz en Hospital de Día a las psicosis dadas de alta, UPR y otros). Con el Plan de Readecuación de ingresos de Psicogeriatría quedarán camas disponibles para otros servicios a nuestros clientes como puede ser el ingreso de las demencias descompensadas procedentes de centros residenciales u otros servicios necesarios.

5 e GESTIÓN Y MEJORA DE LAS RELACIONES CON LOS CLIENTES

En nuestra actividad, fundamentada, como hemos visto, en servicios de salud muy personalizados, las relaciones con los clientes son extraordinariamente cercanas. Ellos buscan su mejoría o su curación y confían sus problemas a los profesionales. El contacto personal con los clientes (con cada uno de ellos) es la herramienta fundamental de nuestro trabajo y, como consecuencia, resulta ser

imprescindible para la estabilización o mejora de su estado de salud mental. Cada caso es distinto y determinar y satisfacer los requisitos de los clientes requiere del conocimiento (por los profesionales) de todos los detalles de la enfermedad que los clientes puedan y quieran dar durante el transcurso de la entrevista inicial y de las de seguimiento. Las consultas iniciales se utilizan para evaluar, diagnosticar y planificar la terapia más adecuada a cada caso. Los pacientes participan dando información y tienen la posibilidad de elegir entre alternativas terapéuticas y terapeutas, e incluso de rechazar las y los que se le propongan. Tiene también la posibilidad de solicitar cambio de centro y de facultativo. Las consultas de seguimiento, tras las iniciales, son donde los pacientes expresan sus requisitos más personales en cuanto a la periodicidad de estos contactos, la evolución de su enfermedad o su percepción del proceso terapéutico y/o farmacológico. Normalmente, estos requisitos personales son satisfechos por los profesionales siempre que, a criterio técnico, no suponga un perjuicio para la evolución del padecimiento del paciente. Además, durante la actividad terapéutica, satisfacemos otros requisitos de nuestros clientes como, por ejemplo, el de información. Todos los pacientes tienen el derecho, y nosotros la obligación, de que se les proporcione información verbal y escrita de su proceso, lo que hacemos entregando a todos los pacientes los informes de alta de hospitalización y de consultas (5 d) y explicándoles en cada contacto la evolución de su enfermedad. Esta labor informativa la realizan todos los profesionales en contacto directo con los pacientes: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, auxiliares, médico internista, trabajadores sociales, monitores, terapeuta ocupacional y, a veces, hasta profesionales no sanitarios, como administrativos y directivos cuando atienden quejas y reclamaciones. También se informa a las familias de los pacientes tanto en el hospital como en el resto de los dispositivos. Destacan las reuniones quincenales del psicólogo responsable de la Comunidad Terapéutica (Toxicomanías), las semanales de la Unidad de Rehabilitación, las quincenales de la UPR, las bimestrales de Larga Estancia y las trimestrales de Psicogeriatría. Diariamente se informa a demanda de los familiares en cualquier unidad o centro, siempre que sea pertinente o lo autoricen los enfermos. Los asistentes sociales, además, satisfacen los requisitos que, desde el punto de vista social, tienen muchos de nuestros pacientes y sus familias, ya que éstos están afectados por algún tipo y grado de discapacidad frecuentemente asociada a la enfermedad mental. Bastantes de ellos también precisan ayuda activa para la tramitación de incapacidades, pensiones no contributivas, residencia habitual y documentación como la de identidad, empadronamiento y otras. El Director Gerente también participa satisfaciendo las necesidades de tutela legal que algunos pacientes precisan, siendo el tutor o curador (cualidad legal de protección) de varios de ellos.

Además de la atención a la información procedente de estos contactos personales, mencionados en el párrafo anterior, y que se gestionan durante el propio proceso terapéutico, gestionamos las quejas, reclamaciones y sugerencias de los pacientes y sus familiares. Se ha establecido el procedimiento, se han diseñado los documentos necesarios y se recoge, estructura y analiza sistemáticamente la información procedente de esta fuente. Ello nos ha permitido implantar mejoras como la homogeneización de definiciones, objetivos e indicadores para la gestión de las quejas y reclamaciones con el fin de poder realizar comparaciones con otros centros de la red (6 b 3). En el resto de las organizaciones de servicios de Osakidetza existe el Servicio de Atención al Paciente y Usuario, siendo en nuestra organización el propio equipo directivo, sobre todo la Dirección Médica, la que realiza este tipo de cometidos. Además de los informes mensuales internos de quejas y reclamaciones, se envía la información a los SSCC de Osakidetza, que, a su vez, emite un informe semestral con los datos de todos los centros. Fruto de la gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias son algunas de las mejoras que se implantan tales como la esporádica contratación de algún facultativo para evitar el incremento de la demora de consultas, la adaptación para minusválidos de accesos (alcoholismo, peluquería, UPI), la habilitación y redistribución de más espacios para las visitas en el hospital, la gestión de "nuevos" menús con nuestro suministrador, la adquisición de envases de seguridad para la metadona y la redistribución poblacional de cada centro de salud mental en función de la cercanía a los centros de atención primaria. Desde el punto de vista de la propia gestión de las quejas y reclamaciones hemos ido introduciendo mejoras como la tramitación entre los propios CSMs, sin intervención de la dirección, de las solicitudes de cambio de centro (sólo el 7 % de los pacientes se atiende en centro distinto al "suyo"). Esta facilidad para la elección de centro (y de facultativo) ha generado, por sí misma, una disminución de las quejas y reclamaciones por este motivo y, al mismo tiempo, aunque de forma indirecta, pone de manifiesto la fidelidad de los pacientes con "su" centro y "sus" terapeutas de referencia. Otra mejora introducida es la facilidad para solicitar una segunda opinión de facultativo que se realiza con una hoja de petición y se tramita de forma similar a la de cambio de centro. Ambas mejoras han sido elaboradas y diseñadas por la Dirección Médica y el Consejo Técnico con la colaboración de algunos responsables de centros.

Además de la implicación proactiva y personalizada con los clientes (descrita en el primer párrafo de este subcriterio) para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones personales, nos relacionamos con los representantes de los clientes e incluso establecemos colaboraciones con ellos para añadir valor a los servicios prestados. Desde 1998 mantenemos reuniones periódicas con la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Álava (ASAFES), con la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales del Valle de Ayala-Llodio (ASASAM), con la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Euskadi (FEDEAFES) y, más recientemente, con la Fundación Tutelar de Álava. Dependiendo de los temas y los interlocutores varía la periodicidad de las reuniones. Con ASAFES mantenemos reuniones cada 3 ó 4 meses y las aprovechamos para facilitar información de la puesta en marcha de nuevos programas o servicios (UPR, Anorexia y Bulimia); para recoger sugerencias como la solicitud de valoración de visitas domiciliarias o la evaluación de sistemas para lograr reinicios tras abandono de la consulta por los pacientes; para programar actividades comunes como las de divulgación (conferencias y programas de radio); la participación de directivos y profesionales en actos y conferencias del Día Mundial de la Salud Mental; la elaboración de guías como la del manejo familiar de la esquizofrenia y la información sobre el apoyo psicológico a cuidadores de pacientes mentales. Otro objetivo común es la ampliación de la escasa zona verde destinada a los pacientes en el Hospital Psiquiátrico, objetivo en el que también participan las demás asociaciones antes mencionadas y los trabajadores y sus representantes. Con ASASAM nos reunimos 2 ó 3 veces al año y perseguimos el objetivo de conseguir unos dignos locales para el Centro de Salud de Llodio en el que puedan compartir espacios y programas nuestros profesionales y los de la asociación. Con FEDEAFES la relación es más esporádica (1 ó 2 veces al año) y se utiliza, fundamentalmente, para exponer la memoria de actividad de la UPR (referencia para toda la comunidad), y para la preparación de algunos actos del Día Mundial de la Salud Mental. Con la Fundación Tutelar hemos iniciado también una relación periódica (cuatrimestral, habitualmente) en la que básicamente tratamos de la coordinación

de los servicios tutelares y de otras necesidades de protección (sociales, legales y sanitarias) de los pacientes ingresados y externalizados que están legalmente incapacitados.
Existen procesos, subprocesos y procedimientos para dar seguimiento a los servicios, incluyendo (ver más arriba) la descripción que en este subcriterio se hace del seguimiento al servicio de atención al cliente. Para determinar (evaluar y revisar) los niveles de satisfacción con los servicios, incluido el servicio de atención al cliente, empleamos las encuestas periódicas y los indicadores internos de rendimiento necesarios (6 a y 6 b) que nos ayudan a predecir la evolución de la satisfacción de nuestros clientes y, si es posible, a incrementarla:

- El Ararteko (Defensor del Pueblo en Euskadi) elaboró en 1999, con nuestra colaboración (selección de la muestra) un informe, basado en una encuesta, que mostraba un nivel aceptable de satisfacción en nuestros clientes, pero tenía un alcance limitado (sólo algunas dimensiones y actividades –servicios extrahospitalarios-) (6 a). Dicho informe también valoraba positivamente, en comparación con otros territorios, nuestros recursos (económicos, humanos y dispositivos asistenciales).
- A diferencia de otras organizaciones de Osakidetza (Hospitales Generales, Atención Primaria y otras), no existían encuestas corporativas de satisfacción de clientes de salud mental, probablemente por la posible dificultad de interpretación de los datos obtenidos de pacientes con alteraciones psíquicas. En el año 2000, nuestra Comisión de Calidad y el Consejo Técnico elaboraron, basándose en el trabajo de otros centros, la Encuesta de Expectativas para pacientes de Centros de Salud Mental, que identificó los factores de satisfacción más valorados: trato, demora corta para primer contacto, entre otros (6 a).
- En 2001, la Comisión de Calidad y el Consejo Técnico elaboraron la Encuesta de Satisfacción de pacientes de los CSMs. A partir de esa primera encuesta esta iniciativa contó con el apoyo de nuestra organización central y sirvió para que otras organizaciones similares la pusieran en marcha y para que se elaboraran encuestas corporativas iguales para los tres territorios, que no sólo existen para los CSMs sino que también se realizan para los pacientes hospitalizados y sus familias.
- A partir de 2002 las encuestas de satisfacción de los CSMs se realizan de forma bienal con una muestra muy similar en los tres territorios de la CAPV. Las encuestas de pacientes hospitalizados las realizamos anualmente y las de familiares son bienales.
- Además de las encuestas de opinión de pacientes, disponemos de indicadores de rendimiento interno integrados el Plan de Calidad y que se resumen en el subcriterio 6 b. Entre ellos están los resultados de las demoras para los procesos asistenciales, la gestión de quejas y reclamaciones y otros datos. En la actualidad estamos pilotando un nuevo programa informático de gestión de Quejas y Reclamaciones de usuarios de la administración sanitaria.
- Otra mejora planificada y solicitada cuya autorización no depende de nosotros es la dotación del o los recursos humanos necesarios para constituir el Servicio de Atención al Paciente y Usuario (SAPU), servicio del que disponen el resto de las organizaciones sanitarias de Osakidetza-Svs.

Como hemos visto, establecemos colaboraciones directas con los representantes de los pacientes (Asociaciones de Familiares y Fundación Tutelar). Además de las mejoras implantadas (mencionadas en el párrafo anterior), realizamos con nuestros pacientes otras actividades que, desde nuestro punto de vista, añaden valor a los servicios sanitarios que prestamos. Dan una idea de la implicación proactiva de nuestros profesionales con los pacientes. En cierto modo, estas actividades forman parte de su proceso terapéutico, pero nos esforzamos para que se lleven a cabo aunque no estén previstas en una atención sanitaria básica. Son de carácter lúdico y de participación social a la que tienen derecho como ciudadanos. Entre ellas podemos señalar el acompañamiento a las votaciones en las elecciones, celebraciones de fiestas patronales, de carnavales y de cumpleaños, salidas a restaurantes de la ciudad, grupos de montañismo, senderismo, fútbol, natación, baloncesto, teatro, visitas al casco histórico y a monumentos de la ciudad, colonias de verano en diferentes lugares dentro y fuera de la CAPV, participación en jornadas europeas de enfermos psíquicos, programas de visitas guiadas al hospital, la colaboración con el museo y la adopción de animales de compañía. Para todas ellas existe un programa anual y un presupuesto que gestionan las unidades que llevan el peso de estas actividades: Terapia Ocupacional, Servicio de Rehabilitación Comunitaria y Alcoholismo. Desde el punto de vista psíquico, estas actividades son beneficiosas para la evolución de los pacientes pero también para su progresiva integración social.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES

6 a MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

Como se ha podido ver en capítulos anteriores de esta memoria gestionamos, además del Hospital Psiquiátrico, la Asistencia Psiquiátrica y la Salud Mental Extrahospitalaria. Por volumen de actividad son los centros extrahospitalarios los que más contactos realizan con pacientes distintos. Hemos segmentado nuestras medidas de percepción en tres grandes apartados: la opinión de los pacientes hospitalizados, la opinión de los familiares de los pacientes hospitalizados y la percepción de los pacientes extrahospitalarios (Centros de Salud Mental).

ENCUESTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Los factores de satisfacción más valorados por nuestros pacientes son información al ingreso, información de la evolución de su enfermedad y de la toma de medicación, confidencialidad (e intimidad y respeto), el trato y, en último lugar y aunque no menos importante, los aspectos hosteleros. El universo de encuestados es de, aproximadamente, unas 50 encuestas/año (25% de las altas). Se presentan los datos de los tres últimos años ya que la encuesta es anual. El cuestionario es rellenado voluntariamente por los pacientes en el momento del alta. Otro factor que puede dar cierta relatividad a estos resultados es la propia enfermedad mental de los pacientes. Todos aquellos que ingresan en nuestro hospital tienen enfermedades mentales severas de curso crónico: esquizofrenia, demencia, trastorno bipolar y trastorno obsesivo-compulsivo, principalmente. Estos trastornos producen, en general, ausencia de conciencia de enfermedad, alteración de la percepción de la realidad, dificultades para la adhesión al tratamiento y para el cumplimiento de las normas de funcionamiento de las unidades.

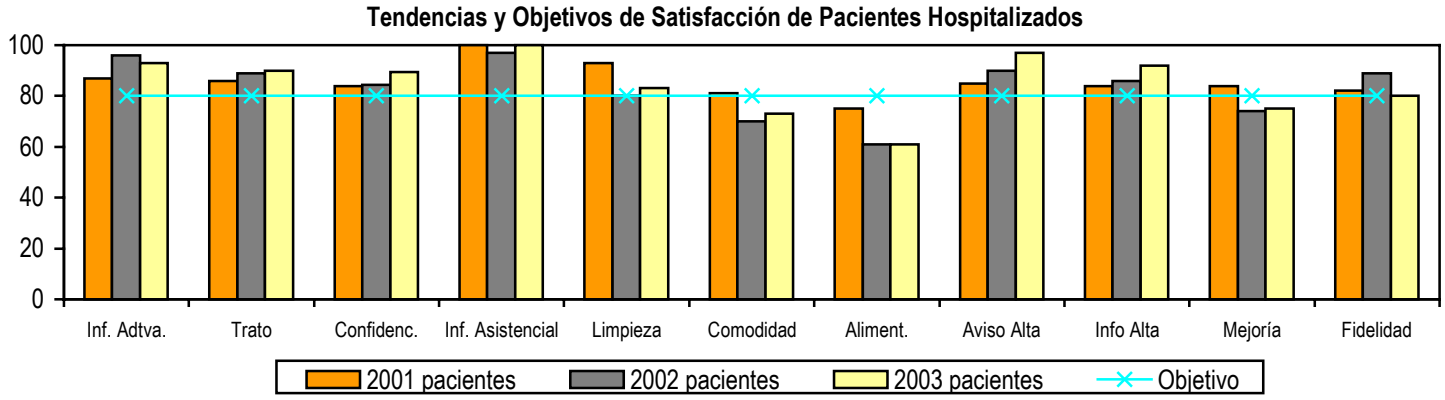


Figura 6 a 1

De todas formas, tenemos muy en cuenta las opiniones de los pacientes respecto a determinados temas como, por ejemplo, la alimentación. Su baja valoración se confirma con las quejas y sugerencias acerca de la comida y se han tomado medidas para mejorarla en variedad y cantidad. Para favorecer la comprensión se han agrupado los datos de los diferentes ítems de la encuesta en dimensiones o factores de satisfacción y estas agrupaciones se han ordenado de izquierda a derecha de forma que sigan un orden similar a como sucede el proceso asistencial. Los objetivos se marcaron de forma orientativa con las primeras encuestas. No son tan altos como en las encuestas de pacientes de otros centros no psiquiátricos.

Para las comparaciones de satisfacción de los pacientes ingresados se han utilizado los datos de otros hospitales monográficos psiquiátricos, la media de los hospitales de Media y Larga Estancia y la de dos hospitales que han obtenido el Premio Malcom Baldridge 2002 y 2003.

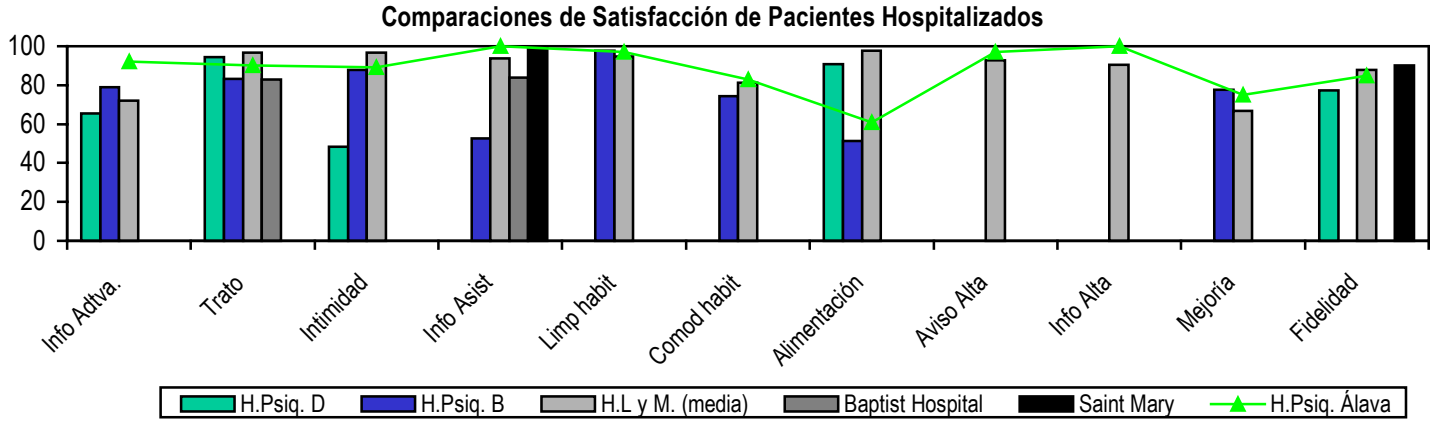


Figura 6 a 2

Como puede verse, nuestros resultados son favorables en la mayoría de las dimensiones comunes con los hospitales psiquiátricos. En las dimensiones comunes con los hospitales de media y larga estancia (pacientes no psiquiátricos) también hay resultados favorables en la mayoría de ellas. La comparación de algunos resultados (trato, información asistencial, información al alta y fidelidad) con hospitales que han obtenido reconocimientos en la gestión de la calidad total (premios Malcom Baldridge), también es favorable en dos de las cuatro áreas contempladas (información asistencial e información al alta), y no existen grandes diferencias en el trato. La fidelidad (si volverían al centro) es inferior a la de hospitales generales y sólo ha sido posible compararnos con un hospital psiquiátrico. En este caso la comparación es favorable.

ENCUESTAS DE FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Esta encuesta se realiza con periodicidad bienal y disponemos de los datos de los años 2001 y 2003. Para una mejor comprensión también se han agrupado los datos de los diferentes ítems que componen el cuestionario en dimensiones o factores de satisfacción y, como en la anterior, éstos también se han ordenado de izquierda a derecha de forma similar a como transcurre el proceso asistencial. El cuestionario de satisfacción se pasa a los familiares de pacientes que no pueden contestar por sí mismos debido a su patología (fundamentalmente demencias y otras alteraciones crónicas de la consciencia o percepción). Estos datos nos permiten, por su mayor fiabilidad, disponer de información más útil.

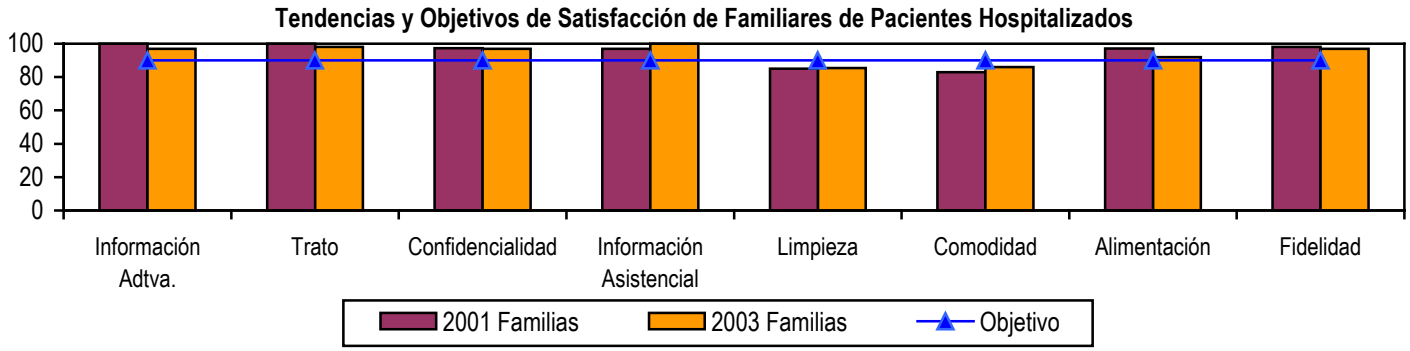


Figura 6 a 3

Como puede observarse, los resultados son muy positivos en la mayoría de las dimensiones. La limpieza y la comodidad mejoran pero aún pueden hacerlo más, aunque estructuralmente algunos aspectos de la comodidad de ciertas instalaciones, como sala de espera y cafetería, tienen difícil solución. En este caso los objetivos son más altos (90%) que en los indicadores de percepción de los pacientes hospitalizados y similares a los de encuestas de satisfacción de pacientes no psiquiátricos de otros centros de Osakidetza-Svs.

Para las comparaciones de la satisfacción de los familiares de pacientes se han tomado datos de otros dos hospitales psiquiátricos con pacientes de las mismas características y no ha sido posible encontrar más datos en nuestro entorno (inexistencia o dificultad para obtener esta información). Los datos también están agrupados y ordenados de forma similar a las figuras anteriores para una mejor comprensión.

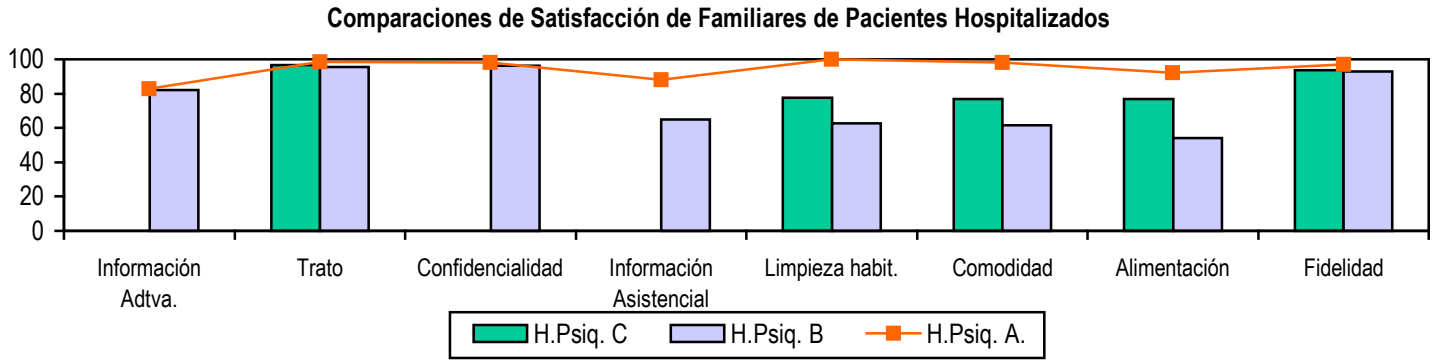


Figura 6 a 4

Nuestras cifras corresponden a la última encuesta de familiares (2003). Los datos de los otros hospitales corresponden a su última encuesta disponible. Como puede verse, los resultados de nuestro centro son favorables en la mayoría de dimensiones a los datos de los otros dos hospitales psiquiátricos con similar tipología de pacientes.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES DE CENTROS DE SALUD MENTAL

En el año 2000 realizamos una encuesta de expectativas a nuestros pacientes externos. En ella identificamos los factores de satisfacción más valorados por los usuarios. Lógicamente, los pacientes citaban en los primeros lugares una buena atención centrada en el trato y en la valoración profesional de su problema. Los siguientes factores de satisfacción citados fueron el tiempo de demora desde la cita hasta la primera consulta y el tiempo de espera en la sala de espera. En lugares menos preeminentes citaban otros como la accesibilidad física, la telefónica y factores hosteleros. En resumen, nuestros clientes prefieren que se les atienda pronto y bien, como cualquier otro cliente de cualquier otra organización. La primera encuesta (1999) corresponde a la realizada (con nuestra colaboración) por el Defensor del Pueblo Vasco y está centrada en los recursos extrahospitalarios. La participación no fue elevada pero aportó información útil. En el año 2001 realizamos nuestra primera encuesta a los pacientes de centros de salud mental a semejanza de las de otras organizaciones de asistencia sanitaria de carácter general. Esta fue la primera que se realizó a pacientes de CSMs en nuestro ámbito autonómico y, quizá, de las primeras de ámbito estatal en centros de asistencia psiquiátrica. De ella extrajimos conclusiones para, entre otras actividades, establecer objetivos de gestión aunque, orientativamente, habíamos fijado nuestros primeros objetivos a semejanza de las encuestas de consultas externas de los centros de Osakidetza. Las dos últimas encuestas (2002 y 2004) son las que, corporativamente, el Servicio Vasco de Salud puso en marcha tras la primera de nuestro centro. Se presentan en la siguiente figura los datos de tendencias y objetivos en porcentajes de satisfacción. Se han agrupado los datos de los ítems de los diferentes factores por la abundancia de información y para su mejor comprensión. Como en figuras anteriores, se han dispuesto los datos de forma que pueda verse (de izquierda a derecha) la satisfacción de los clientes conforme a como suceden las actividades del proceso asistencial. Los objetivos se establecieron en la encuesta de 2002 de forma orientativa a semejanza de otras organizaciones no psiquiátricas. Hemos constatado que los niveles de satisfacción en algunos factores no alcanzan los valores de pacientes con patologías no psiquiátricas, por lo que algunos de los objetivos son inferiores a 90% (objetivo general de consultas externas de Osakidetza-Svs). El objetivo de la mejoría tras la consulta es de 60% debido a (está descrito en la bibliografía) que la percepción de la mejoría en la atención ambulatoria es especialmente baja porque un gran porcentaje de consultas se realiza a pacientes con procesos crónicos. Las medidas para la mejoría que pueden llevar a cabo los dispositivos asistenciales en estos casos son limitadas.

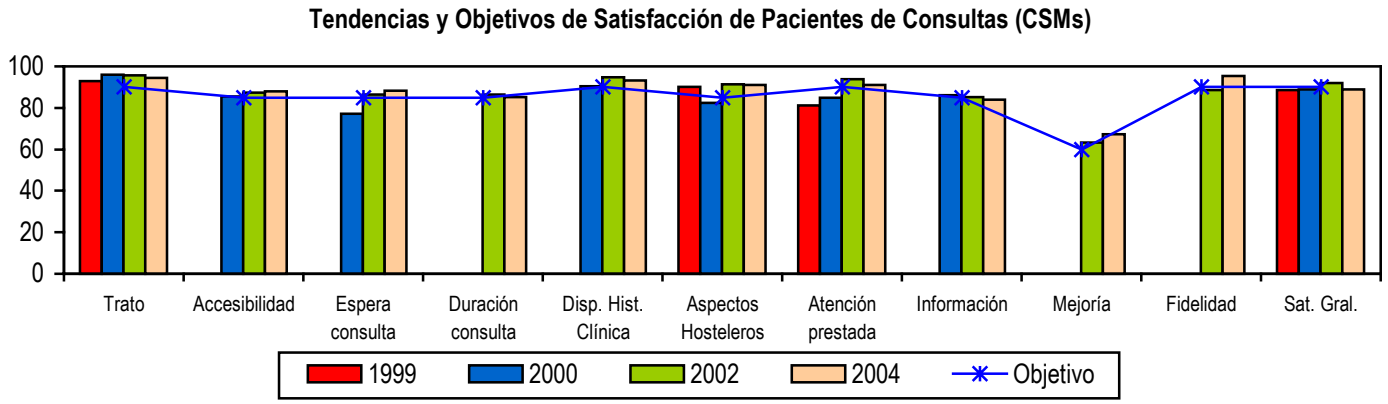


Figura 6 a 5

Como puede verse, la mayoría de los resultados de satisfacción de los pacientes de los CSMs se mantienen en grados superiores o cercanos al 90% y los que están próximos a esa cifra evolucionan favorablemente.

Para realizar las comparaciones con organizaciones similares (de asistencia psiquiátrica) y con la media de las consultas externas de los hospitales generales de la red se han tenido en cuenta las valoraciones excelentes, es decir, aquéllas en las que se han sumado las respuestas Excelente+ Muy Bien. Como es lógico, no están las mismas dimensiones que en la figura anterior ya que hay ítems o dimensiones cuya respuesta es sí o no (ej.: disponibilidad de la Historia Clínica) y éstas se muestran en la figura 6 a 7 (Otras comparaciones). La satisfacción general es sustituida por la valoración global excelente. Lo mismo que en figuras anteriores se han ordenado los datos de izquierda a derecha conforme a la sucesión de actividades del proceso asistencial.

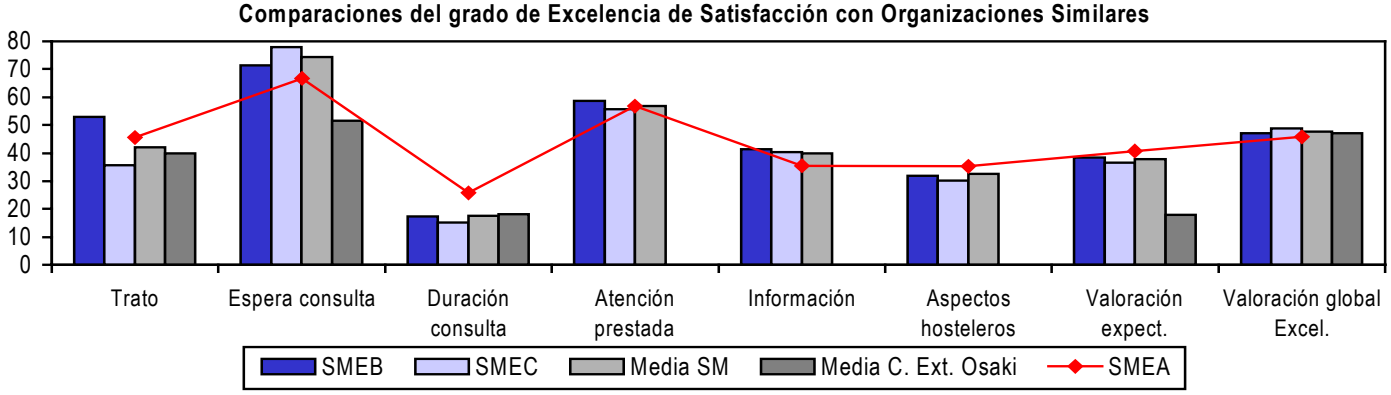


Figura 6 a 6

Las diferencias de los resultados de satisfacción de todos los ítems de la encuesta entre las tres organizaciones de Salud Mental de la CAPV son, en general, muy escasas y poco significativas. Hay algunas que sí podrían serlo como, por ejemplo, la satisfacción con el tiempo de espera para entrar a consulta que es ligeramente inferior en nuestros centros, o la satisfacción con la información al paciente, también ligeramente inferior, pero ambas están directamente relacionadas con las cargas de trabajo (pacientes diferentes y pacientes nuevos por profesional), significativamente mayor en nuestros CSMs (7 b 1.2 y 7 b 1.3).

Para realizar otras comparaciones se han utilizado los datos más recientes disponibles de otras organizaciones consideradas como las mejores, los de la media de organizaciones de asistencia psiquiátrica y la media de Osakidetza-Svs. Esta comparación contempla las cuatro dimensiones cuyas respuestas son afirmativas o negativas (no es posible la valoración excelente). Los hospitales o centros considerados como los mejores son Jellinek Center galardonado con el Dutch Quality Award (Public Sector), y otros dos, que aunque de distinta tipología de centro, pueden darnos una idea de nuestra situación. Estos dos últimos son hospitales que han obtenido el Premio Malcom Baldridge 2003.

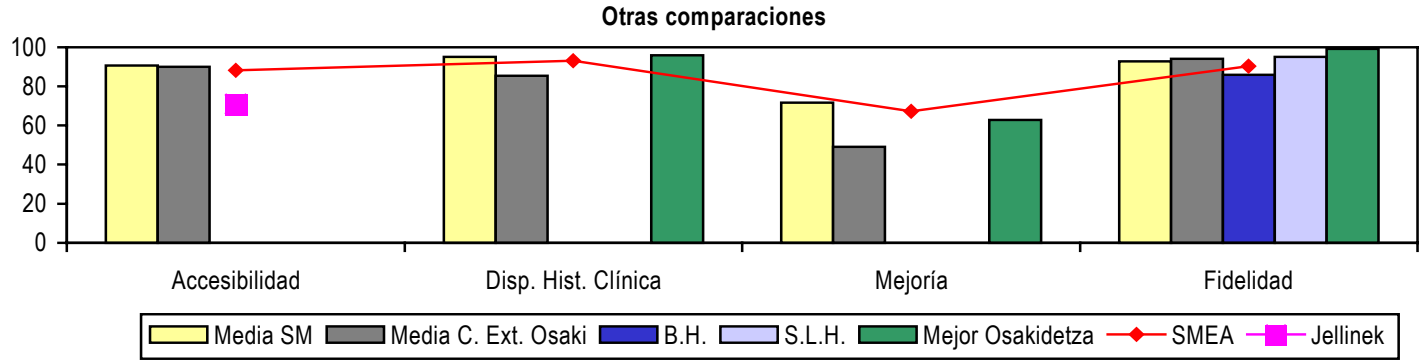


Figura 6 a 7

Los resultados muestran que las comparaciones en estos factores no revelan diferencias significativas, a pesar de que nuestros pacientes padecen alteraciones psiquiátricas severas en mayor proporción que los de las consultas externas de otros centros no psiquiátricos de Osakidetza-Svs y que los de los hospitales generales premiados con el Malcom Baldridge (B. Hospital y S.L. Hospital).

En el año 2002 el Centro de Tratamiento de Toxicomanías realizó una encuesta de satisfacción a 100 pacientes utilizando el TPQ (Treatment Perceptions Questionaire) desarrollado en 1998 por Marsden Gossop, Stewar et al. Este es el primer cuestionario desarrollado en Europa para medir la satisfacción de la población en tratamiento por adicción a drogas respecto al proceso terapéutico. Esta encuesta, además, ha servido para la validación de dicho cuestionario. Nuestro Centro de Tratamiento Toxicomanías obtuvo una satisfacción general de 92%, superior al resto de participantes (Portugal, Italia, resto de España) y se seleccionaron sugerencias para la modificación del cuestionario TPQ en próximas ediciones.

6 b INDICADORES DE RENDIMIENTO

ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA

En el año 1998 comenzamos a medir la demora en atender llamadas telefónicas en nuestros centros. Esta medición se clasificó mediante una escala de puntuación que tenía en cuenta descolgar antes del octavo tono y la identificación del centro. Según estos resultados se clasificó en accesibilidad excelente, muy buena, buena, normal, mala y muy mala.

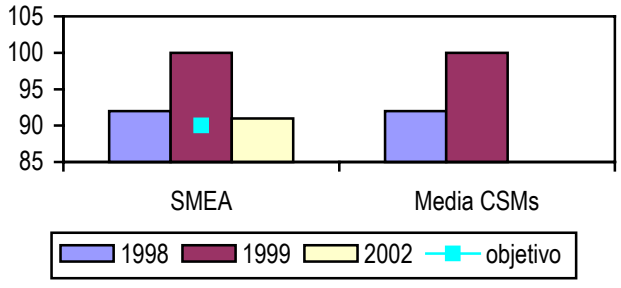


Figura 6 b 1

Como puede verse, la puntuación de nuestros centros es superior a 90 en las tres mediciones realizadas. En el año 2002 se sustituyó esta medición por los datos procedentes de una pregunta específica de la encuesta de satisfacción. La comparación de este indicador no

puede realizarse con organizaciones similares ya que este dato o no se registra o no se hace igual en otros centros y territorios.

TIEMPOS DE DEMORA EN LOS CENTROS EXTRAHOSPITALARIOS

Demora Media para Consultas de Acogida de Enfermería en los CSMs

Desde hace ya muchos años en nuestro territorio hemos implantado la denominada consulta de acogida que consiste en una primera entrevista con el paciente que realiza la enfermera especialista en psiquiatría. Mediante esta consulta puede valorarse el estado de gravedad del paciente y preclasificar su problema (necesidades sociales, sanitarias o ambas). En ella también se informa al paciente de las características de la consulta, del centro y del equipo que le atiende.

Figura 6 b 2 .1

Los resultados muestran que nuestra demora media está entorno al objetivo de diez días, que hemos tenido que elevar desde 5 debido al incremento de la demanda. Este primer contacto con nuestros dispositivos se produce en tiempo muy breve si lo comparamos con nuestra demora media para primeras consultas (19 días) y con el objetivo de demora media de consultas externas de Osakidetza que es de 30 días.

Demora Media para Primera Consulta con el Facultativo

El objetivo de demora desde que un paciente pide cita o es enviado por su médico de familia (>70% de los casos) estaba en 15 días hasta el 2001. Debido al incremento constante de la demanda hemos tenido que fijar dicho objetivo en un máximo de 20 días. En el resto de las especialidades de la red pública vasca este objetivo está en 30 días.

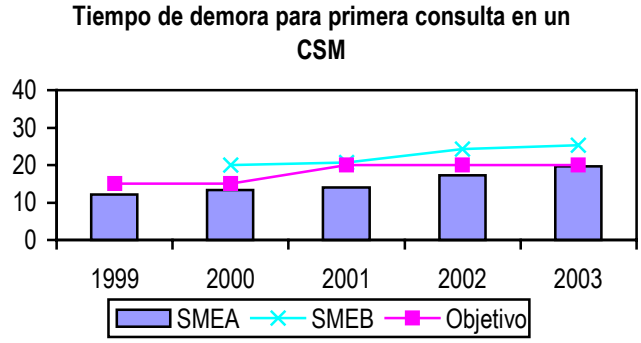


Figura 6 b 2.2

Como puede verse, el resultado de este indicador es positivo ya que se mantiene por debajo del objetivo. Comparativamente estamos mejor que uno de los territorios de salud mental (no hay datos del otro) y mejor que la media de Osakidetza.

Demora Media en la Sala de Espera

Es la media de tiempo que esperan los pacientes para entrar a consulta con el facultativo desde que llegan al centro medido en minutos. Nuestro objetivo se ha ido reduciendo y es en la actualidad de 7 minutos de media.

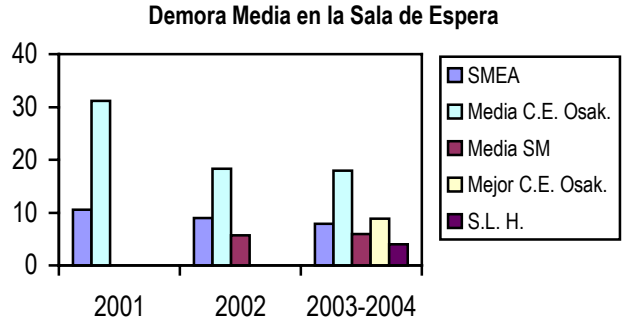


Figura 6 b 2.3

El tiempo de espera en minutos para entrar a la consulta es bajo en comparación con las consultas externas del resto de la red (18 minutos en 2003-2004), pero ligeramente superior (2 minutos) respecto a los centros de salud mental de los otros dos territorios. Sin embargo, este tiempo de espera mejora paulatinamente a pesar del incremento de la demanda (9 b 16 y 9 b 17).

Duración media de la consulta

Este dato es la duración media de la consulta que refieren los pacientes encuestados, incluyendo aquéllos que acuden por primera vez y los que acuden a visitas sucesivas. La media de duración de la consulta parece en sí misma razonable y los pacientes están satisfechos.

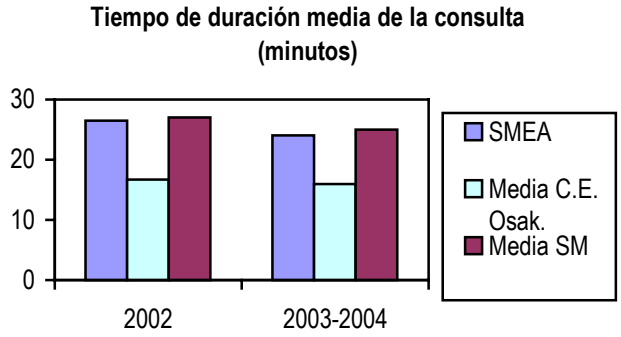


Figura 6 b 2.4

Los resultados arrojan diferencias mínimas (del orden de 1 minuto) entre las tres organizaciones de salud mental de Osakidetza, siendo más corta nuestra media, pero mejor que la media de la red y que el centro no psiquiátrico con mayor duración de la consulta.

RECLAMACIONES

En el cuadro adjunto podemos comprobar que el número de reclamaciones es creciente cada año debido, quizá, a la implantación de un registro más sistematizado y a la suma de un incremento real del número de las reclamaciones. En todas las unidades y centros de nuestra organización se dispone de hojas de reclamaciones y se gestionan éstas de forma sistemática.

	1999	2000	2001	2002	2003
Nº recl. H.Psiq. A.	6	22	25	14	25
Nº recl. Extrahosp.	17	12	17	18	19
Total Reclamaciones	23	34	42	32	44
Recl/1000 TIS HP y SMEA	**--**	**--**	**0,14**	**0,11**	**0,14**
Recl./ 1000 TIS Media Osak.	--	--	6,9	5,8	7,7
Días resol (Obj. <20)	**12**	**15,5**	**9,4**	**11,8**	**11,11**
Días resol. med.Osak.	--	--	14,9	13,3	11,6
% Resol. <30 días H.P. SMEA	100	100	**100**	**100**	**100**
% Resol. <30 días Osak.	--	--	85,6	86,7	91,3

Figura 6 b 3

TIEMPO DE DEMORA PARA INGRESO EN EL HOSPITAL

Desde hace tiempo, y en la actualidad, no existen listas de espera para el ingreso en nuestro hospital. Entre otras razones, por la aplicación de criterios de ingreso basados en las necesidades terapéuticas de los pacientes (y no en otros criterios) y por el conocimiento de los derivantes de esta circunstancia, lo que hace que podamos programar el 100% de los ingresos, informando de ello a los solicitantes.

DEMANDAS DE PACIENTES

Durante los últimos 7 años nuestros pacientes y familias no han interpuesto ninguna demanda judicial por mala praxis o por daños y perjuicios a ninguno de nuestros dispositivos (hospital y centros extrahospitalarios), lo que, indirectamente, confirma el buen hacer de nuestros profesionales, corroborado también por el escaso número de reclamaciones comparado con la media de la red (6 b 3).

RESULTADOS EN LAS PERSONAS

7 a MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

En el año 2000, tomando como modelo otros cuestionarios de otras organizaciones, elaboramos la primera encuesta de satisfacción de personas de centros psiquiátricos y de asistencia a la salud mental de Osakidetza-Svs. Nuestros Servicios Centrales diseñaron en 2001 un cuestionario con un enfoque global adecuado a sus necesidades de información. Esta encuesta corporativa se ha aplicado, desde entonces, con periodicidad bienal en muchos de los centros de la red y en el nuestro en los años 2002 y 2004. Las alternativas de respuesta de ambos cuestionarios son diferentes. La de 2002 tuvo 4 alternativas y 5 la de 2004, por lo que los resultados, expresados en medias de satisfacción, son de difícil comparación. Los factores o dimensiones de satisfacción más valorados por las personas (7 a 4) son por este orden: la Retribución (RT), las Condiciones de Trabajo (CT), el Clima de Trabajo (CLT), el Reconocimiento (R), la Identificación con el Trabajo y Desarrollo Profesional (ITDP), la Seguridad y la Salud Laboral (SSL), la capacidad de Organización y Mejora (OM), la Formación (F), la Relación con el Mando (RM), las posibilidades de Participación (PP), la Comunicación Interna (CI), el Conocimiento y Adecuación de Objetivos (CAO) y la percepción o Estilo de Dirección (ED).

TENDENCIAS Y OBJETIVOS DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS

En las tres encuestas se han seleccionado los porcentajes de satisfacción excluyendo los insatisfechos y los muy insatisfechos ya que esta selección era fácil de obtener al ser común a las tres mediciones realizadas. Nos sirve para ver internamente nuestras tendencias y su relación con los objetivos marcados. Se han agrupado los ítems del cuestionario en 14 factores o dimensiones de satisfacción. La satisfacción general es la satisfacción percibida por los encuestados y la satisfacción global es la media de todos los factores.
El Consejo de Dirección estableció como objetivo de satisfacción en la encuesta de 2000 superar el 50% en todos los ítems. Visto el resultado de 2000 el Consejo de Dirección consideró prudente mantener como objetivo el 50% de satisfacción para 2002, teniendo en cuenta que el cuestionario era diferente al primero, incluso en el número de alternativas de respuesta (cuatro). Los resultados, como puede verse, son dispares en relación con la primera encuesta en varias dimensiones. Ello es probablemente debido a que en este cuestionario de cuatro alternativas no hay posibilidad de puntuar neutro, incrementándose las respuestas positivas y negativas. A la vista de los resultados, cercanos al 60%, el Consejo de Dirección estableció el 70% como objetivo de satisfacción para 2004. Los resultados de la última encuesta, con un cuestionario de 5 alternativas, nos aconsejan mantener y consolidar la mayoría de factores o dimensiones de satisfacción (ver Matriz de posicionamiento, 7 a 5) por lo que para la

próxima encuesta (2006) el objetivo será el mismo que la del 2004. Vemos que se incrementa la satisfacción de nuestras personas en prácticamente todos los factores o dimensiones de satisfacción cumpliéndose los objetivos establecidos.

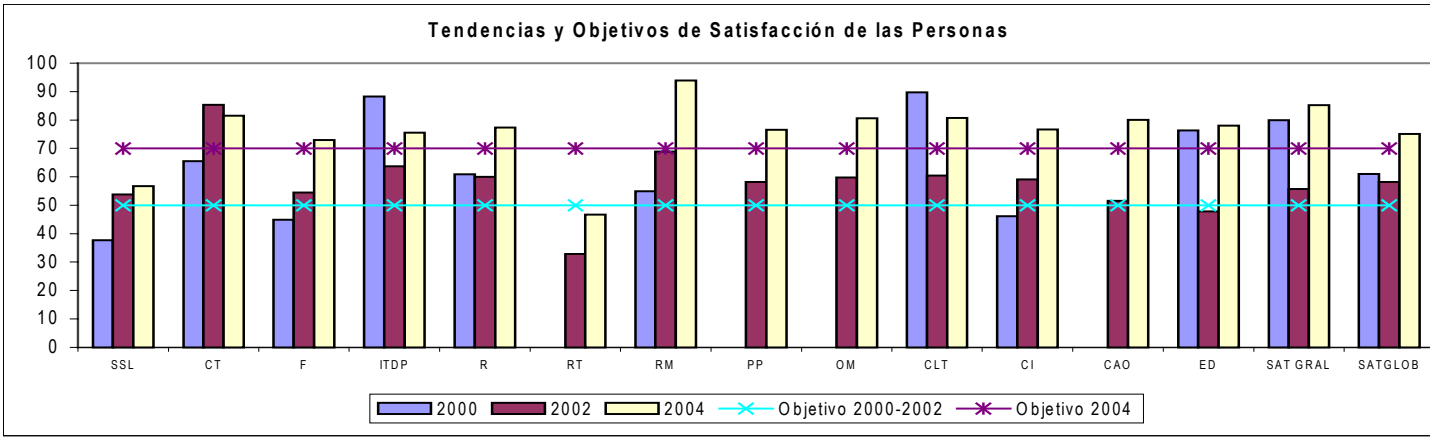


Figura 7 a 1

COMPARACIONES CON ORGANIZACIONES SIMILARES

Existe una primera comparación en la que utilizamos los datos de los resultados de nuestra encuesta de 2002 contrastados con los de 2001 de un hospital que ha sido Q de Oro y con la media de los resultados de 2001 de 11 centros de Osakidetza-Svs (Informe de Satisfacción de Personas-Osakidetza-Svs, 2002). En 11 de las 14 dimensiones de satisfacción, nuestros resultados son iguales o mejores que la media de la red y que un hospital que obtuvo la Q de Oro. Esta comparación fue presentada por el Director de Euskalit en el Congreso de Calidad Asistencial celebrado en Oviedo en 2003. El fin de mostrar esta comparación era hacer evidente que los centros más implicados con la gestión de la Calidad Total obtenían mejores resultados (en satisfacción de personas y en otros) que los que se implican menos.

La comparación que presentamos a continuación es la más exacta en cuanto a la homogeneidad de los datos, ya que se contrastan los de casi todas organizaciones (29 de 30) de Osakidetza-Svs en las que se realizó la encuesta de 2003 (cuatro alternativas de respuesta). En nuestro caso esta encuesta se realizó en 2002. Hemos incluido en la comparación la media de los hospitales monográficos y de larga estancia, un hospital galardonado con la Q de Oro y la media de Osakidetza-Svs. Los resultados están expresados en medias de satisfacción (escala de 1 a 5), similar a las utilizadas por otras organizaciones externas (7 a 3).

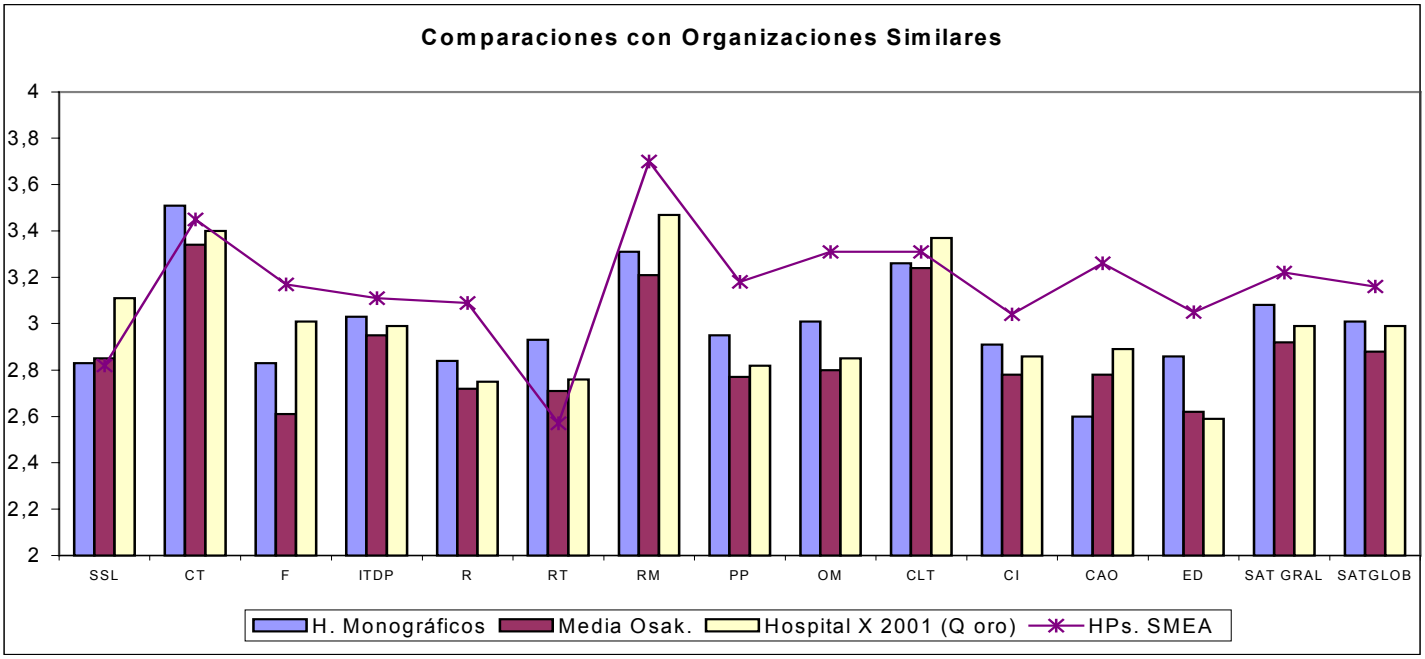


Figura 7 a 2

Como puede verse, la media de satisfacción de todos los factores menos uno es superior en nuestro centro. Éste, el factor retribución, más bajo en nuestra organización que en el resto, es el único en el que no tenemos ningún margen de maniobra para gestionar porque depende de la política de retribución corporativa y afecta por igual a todas las organizaciones. Este resultado más bajo quizá sea debido a que nuestros profesionales se sienten peor remunerados considerando su nivel de especialización ya que somos un hospital monográfico psiquiátrico con mayor proporción de especialistas, incluidas las enfermeras (7 b 4 .1) que en otros centros.

4. COMPARACIONES EXTERNAS

Para esta comparación hemos elegido una organización externa galardonada en 2003 con la Q de Oro del Gobierno Vasco (500-550/1000 puntos), finalista del EQA (European Quality Award-Premio Europeo a la Calidad) y Premio Europeo a la Responsabilidad Social Corporativa. Las dimensiones de satisfacción de la encuesta empleada por esta organización son, en una parte apreciable, muy similares a la nuestra de 2004 y se muestran en el gráfico las que son comunes a ambas organizaciones.

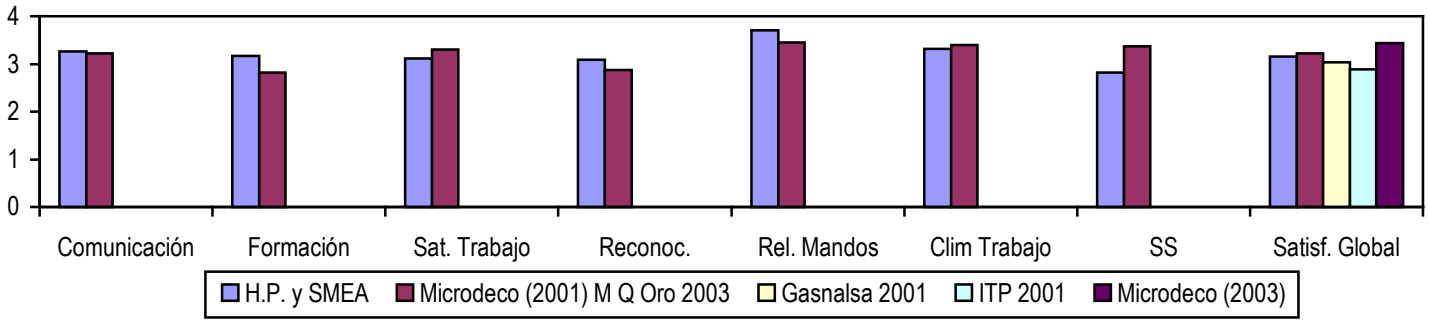


Figura 7 a 3

En las columnas de la derecha se añaden los datos de satisfacción global de dos empresas que obtuvieron la Q de Oro y una de ella fue ganadora del EQA (European Quality Award). Los datos de nuestra encuesta corresponden a 2004 y el resto de datos a 2001. Hemos considerado mejor hacerlo así para que la comparación sea lo más homogénea posible. De esta forma la comparación se realiza en el momento y grado de evolución similares respecto a la gestión de la calidad.

Hemos consultado también otros tipos de comparaciones. Hospitales norteamericanos galardonados con el Premio Malcom Baldridge 2003 presentan datos de satisfacción de empleados muy notables, pero resulta dificultoso comparar este tipo de información por la disparidad de las dimensiones de satisfacción mostradas. Muy probablemente los cuestionarios son absolutamente distintos. Como dato común podríamos destacar el porcentaje de empleados insatisfechos, que el SLH cifra en el 5%. Se diferencia de nuestra organización en que es un hospital general sin ánimo de lucro, pero de gestión privada. En nuestro caso el porcentaje de personas insatisfechas equivalente sería del 14,67%.

Otro tipo de comparaciones en el ámbito estatal podrían ser los extraídos del estudio Best Workplaces-España 2004 en el que aparecen las empresas con los mejores entornos de trabajo. Estas empresas son todas de capital privado y buscan beneficios mercantiles aunque hay algunas de servicios. Pocos datos, y no homogéneos, pueden darnos una idea de nuestra situación comparativa. Así, por ejemplo, en la empresa D, el 84% de los trabajadores piensan permanecer en ella hasta su jubilación. En nuestro caso (plazas fijas por concurso oposición) podría considerarse equivalente el porcentaje de las personas que refieren estar satisfechas con su trabajo, que es del 85,33%. En cuestiones de seguridad y condiciones físicas de trabajo, tenemos margen para la mejora ya que entre el 84 y el 93% de los empleados de las 25 mejores empresas (del Best Workplaces) hacen una valoración positiva. En nuestro caso es de 56,78%. Sin embargo, sólo el 45% de los empleados del conjunto de estas empresas piensa que la promoción es para quien la merece. El equivalente más similar es la opinión sobre desarrollo profesional que alcanza el 75,6%. Por otra parte, cuando el informe mencionado se refiere a la comunicación dice que los mejores entornos de trabajo disponen de Internet, revista interna, buzón de sugerencias, manual de acogida y política de puertas abiertas. En varios subcriterios (sobre todo en el 3d) puede verse que nosotros también disponemos de Plan de Acogida, medios y canales de comunicación interna (3 d 1).

MATRIZ DE POSICIONAMIENTO DE LOS FACTORES DE SATISFACCIÓN

Se tienen en cuenta los resultados de las medias de satisfacción de las encuestas de 2002 y 2004. Como se recordará, en la de 2002 había 4 alternativas de respuesta y 5 en la de 2004, por lo que parecen haber empeorado bastantes de los resultados de los factores de satisfacción. Datos de tendencias y comparaciones más homogéneas pueden verse en las figuras anteriores de este subcriterio donde puede observarse la evolución positiva de las dimensiones de satisfacción (7 a 2).

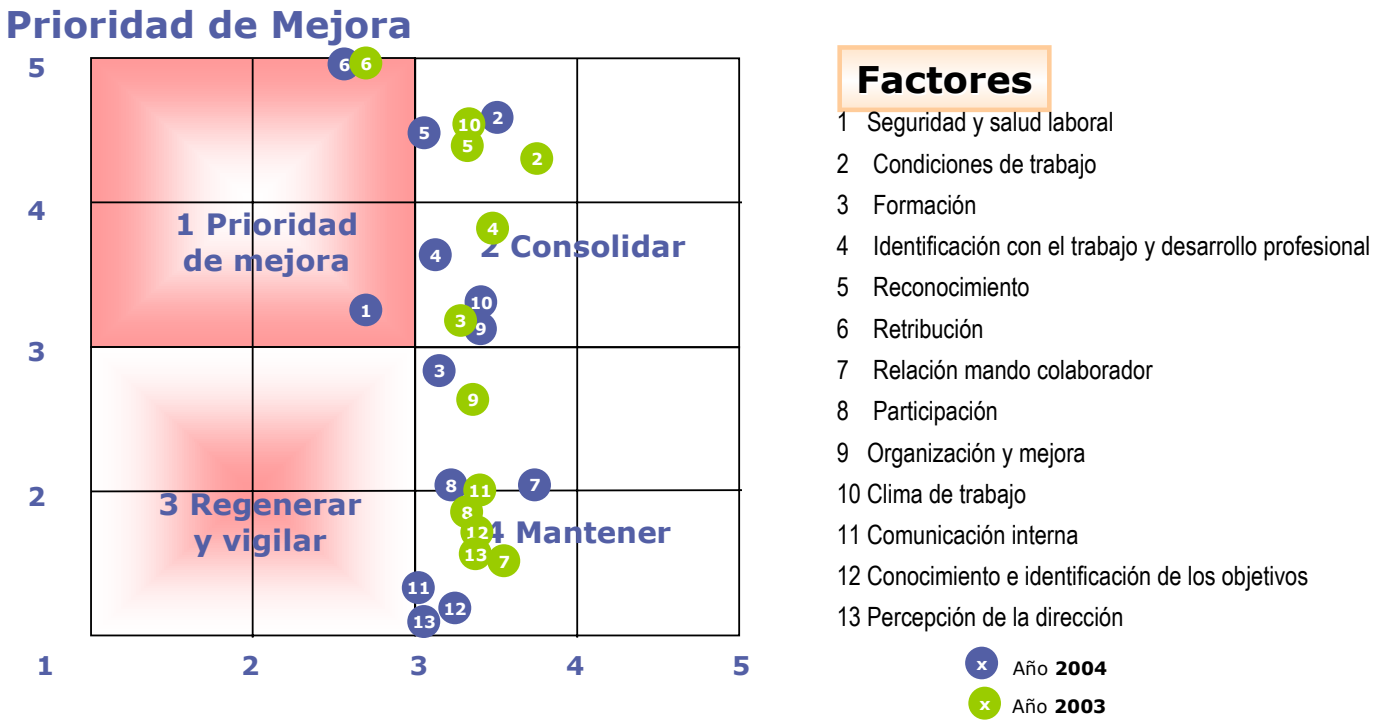


Figura 7 a 4

Como puede verse, esta valoración de los factores de satisfacción de 2004 nos aconseja tomar medidas en el factor seguridad y salud laboral (factor número 1, columna de la derecha). A pesar de las mejoras referidas en 4c (Mapa de Riesgos, pequeñas inversiones, registros de agresiones), resulta necesario incidir más en estos temas y en la vigilancia de la salud (7 b 2.2). Un intento de mejora en este sentido ya se ha realizado al solicitar a nuestros servicios centrales más tiempo semanal de dedicación de la Unidad de Salud Laboral (compartida con otros centros). También resulta evidente que debemos estar alerta sobre todo en los factores 5, 11 y 13 y mantener la vigilancia sobre el 3, 4, 8 y 12. Como antes se ha explicado, el factor 6 (retribución) no requiere medidas por nuestra parte. Vistos los resultados de esta matriz de posicionamiento resulta razonable, por el momento, no fijar objetivos demasiado superiores a los actuales (vigilar, consolidar y mantener).

SEGMENTACIÓN DE LOS DATOS DE LA SATISFACCIÓN POR UNIDADES

Antes de la realización de la encuesta de 2004 se ofreció a todas las unidades del centro la explotación segmentada de los datos para, de forma voluntaria, conocer el grado de satisfacción de las personas de una forma diferenciada y con el fin de, si es necesario, establecer acciones concretas de mejora en determinadas unidades. Tras la recogida de los cuestionarios hemos podido agrupar los datos de 6 unidades (5 intrahospitalarias y una extrahospitalaria), ya que bastantes de nuestras personas prefirieron no identificar su unidad de trabajo. Esta segmentación era un objetivo de varias unidades que, tras haberse autoevaluado, detectaron la ausencia de datos de percepción de sus personas. Hemos agrupado los datos en dos bloques: media de unidades con mayor implicación con la gestión de la calidad en uno o más aspectos (autoevaluación, gestión por procesos, gestión clínica) y media de unidades en fases iniciales de una gestión más avanzada en temas de calidad.

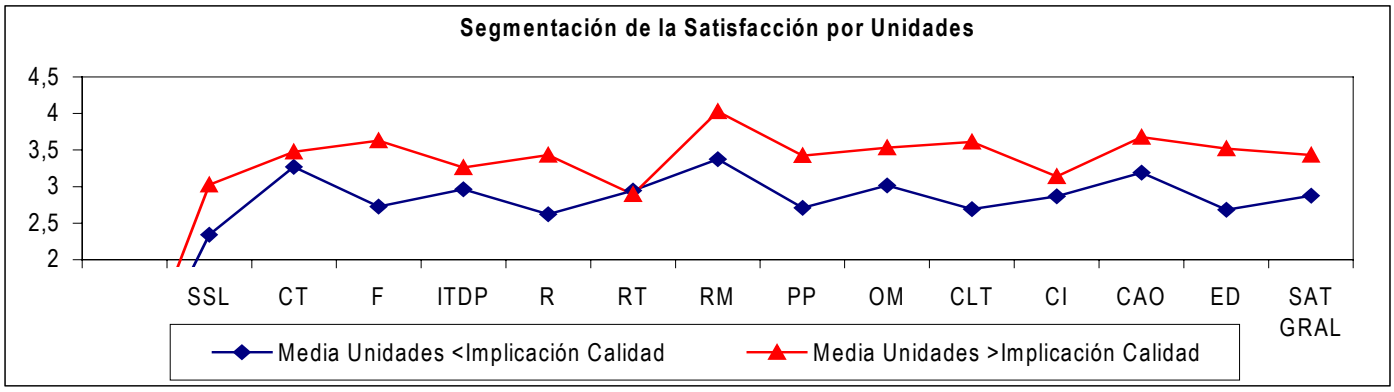


Figura 7 a 5

Como puede verse, hay diferencias significativas entre ambos bloques en todos los factores (menos en retribución, que nosotros no gestionamos). Las diferencias son notables (20-25%) en algunos aspectos como en formación, reconocimiento, participación, condiciones de trabajo y percepción de la dirección. Parece claro que la implicación en la gestión de la calidad es un factor importante de motivación y satisfacción.

PERCEPCIÓN DE LOS VALORES

De los datos de la encuesta de 2003 (en nuestro caso es la del 2002) hemos extraído los datos de percepción de las personas con respecto a los valores corporativos, muchos de ellos comunes a los de nuestra organización. Las preguntas a las que hacen referencia estos valores, que están claramente incluidos en nuestra Misión (1 a 1), son (reproducidos textualmente de la encuesta):

1. Nos organizamos y actuamos buscando prestar al usuario el mejor servicio posible (Organización y Mejora)
2. Se confía en la capacidad de las personas y se busca su desarrollo profesional (Motivación)
3. Se comparten los objetivos y se busca la participación de todas las personas para conseguirlos (Participación)
4. Existe, a nivel general, interés en los profesionales por actuar eficientemente y con calidad (Compromiso)
5. Percepción de la calidad de los servicios del centro
6. Media de las cinco preguntas anteriores

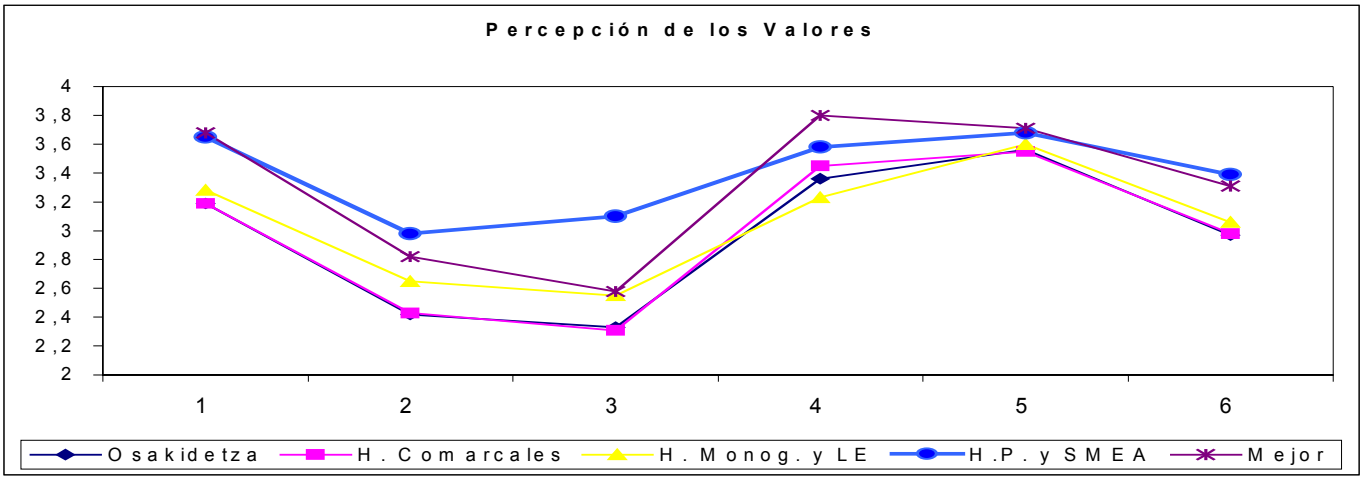


Figura 7 a 6

En esta figura 7 a 6 puede observarse que la percepción de los Valores de nuestras personas es superior a la de la media de otros centros y a la de Osakidetza-Svs. Nuestros resultados son superponibles a los de una organización con mejores resultados.

SATISFACCIÓN CON LA FORMACIÓN RECIBIDA

Consideramos la percepción de la formación recibida otro dato importante de satisfacción con la gestión de la formación que se realiza en nuestro centro. De todos los ítems que componen los cuestionarios que se facilita a las personas tras la realización de los cursos hemos seleccionado los que nos parecen más relevantes y se refieren al cumplimiento de sus expectativas, a la utilidad (adecuación para el trabajo) y la valoración global.

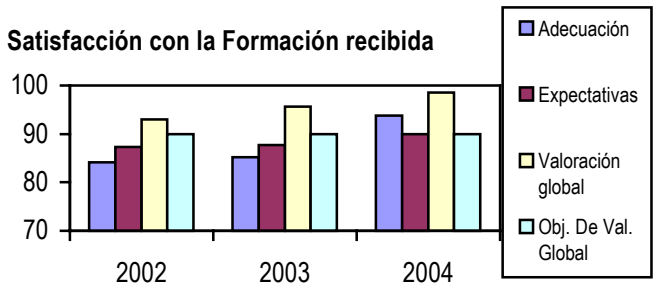


Figura 7 a 7.1

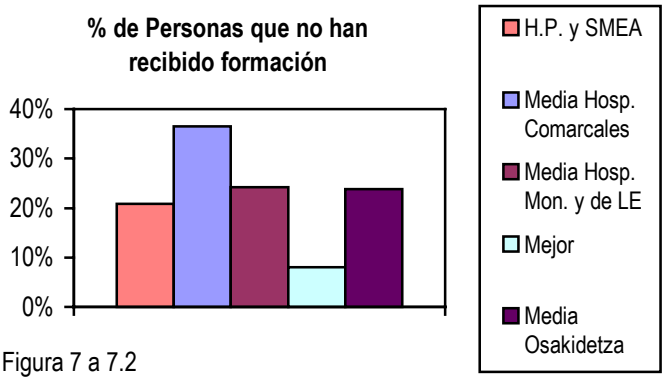


Figura 7 a 7.2

Puede verse que la satisfacción de las expectativas, la adecuación de los cursos para el trabajo y la valoración global son progresivamente crecientes y que se cumple el objetivo de la valoración global de la satisfacción con la formación recibida. Para completar esta información disponemos de un dato que indirectamente informa del porcentaje de personas que participan y asisten a cursos de formación. En el cuestionario corporativo de 2002 existía una pregunta que posibilitaba a las personas declarar si habían o no recibido formación. El porcentaje de personas que no han recibido formación es muy compatible con nuestros buenos resultados de tendencias y de comparaciones de la percepción de la formación. En este caso nuestra posición comparativa es muy satisfactoria aunque, como se ve, hay todavía margen para la mejora.

PERSONAS QUE NO CONOCEN LOS OBJETIVOS DE LA UNIDAD

Otra pregunta, también del cuestionario de 2002, pedía a los participantes manifestar su conocimiento de los objetivos de la unidad a la que pertenecen. También es un dato importante basado en la percepción de los entrevistados.

PERSONAS QUE NO CONOCEN OBJETIVOS DE LA UNIDAD

H.P. y SMEA	Media Hosp. Comarcales	Media Hosp. Mon. y de LE	Mejor	Media Osakidetza
19,60%	40,89%	37,96%	17,57%	37,67%

Figura 7 a 8

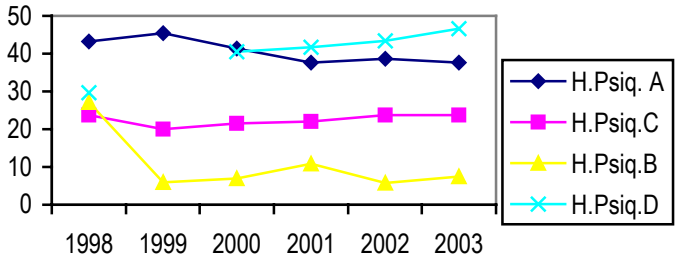
Los resultados, en este caso, también confirman que nuestra posición relativa con el resto de las organizaciones de la red está entre los mejores y es compatible con nuestros resultados de Conocimiento y Adecuación de Objetivos (Factor 12, figura 7 a 2). También en este aspecto intentamos mejorar con, por ejemplo, la difusión de los objetivos generales y el pacto anual de objetivos con las unidades.

7 b INDICADORES DE RENDIMIENTO

PRODUCTIVIDAD

Entendemos por productividad la actividad medible por profesional que resulta adecuada a los objetivos de los equipos. Estas medidas se utilizan como criterio para decidir refuerzos en caso de saturación sostenida y comparar resultados con organizaciones similares.

Altas por facultativo en el hospital



Camas por psiquiatra y enfermera

	H. Psiq .A	H. Psiq. C	H. Psiq. D
Camas ME por Psiquiatra	13,3	11	9,1
Camas ME por Enfermera	5,7	5	4,5

Figura 7 b 1.1.

Puede observarse que, salvo el hospital psiquiátrico D que tiene unidad de agudos (mayor número de altas y estancias más cortas) los facultativos de nuestro hospital son los que más carga de trabajo soportan, al igual que las enfermeras.

Pacientes nuevos por facultativo en los CSMs (adultos)

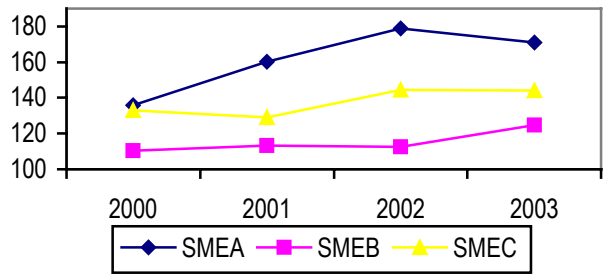


Figura 7 b 1.2

Como puede verse nuestros facultativos de los CSMs ven más pacientes nuevos por profesional que los de los otros territorios. Los pacientes nuevos requieren de más tiempo de primera consulta (entre 45 y 60 minutos) que los pacientes que van a sucesivas visitas (entre 20 y 30 minutos).

Pacientes diferentes por facultativo en CSMs

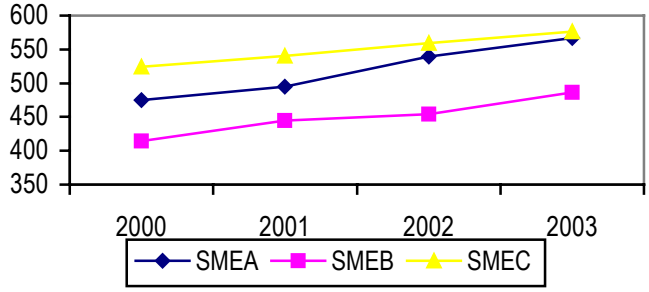


Figura 7 b 1.3

El número de pacientes diferentes depende directamente del número de altas que den los facultativos en las consultas y de las nuevas admisiones. A menos altas, sigue creciendo el número de pacientes diferentes que se ven. En nuestro caso mantenemos una alta cifra de pacientes diferentes (también somos los que más altas damos) lo que demuestra nuestro mayor rendimiento por profesional.

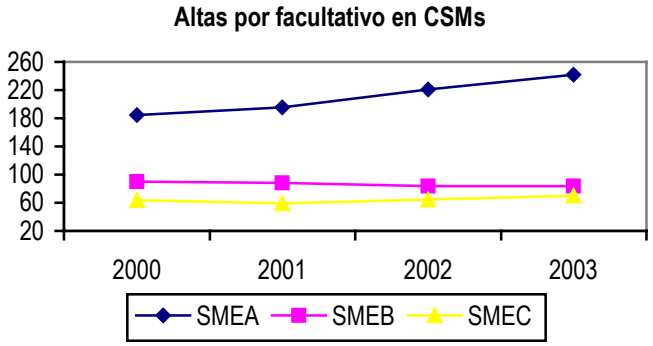


Figura 7 b 1.4

Esta información completa la anterior, y puede verse que, con diferencia, nuestros facultativos son los que más altas dan.

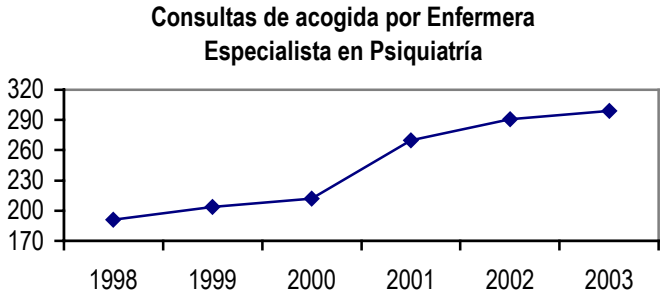


Figura 7 b 1.5

Las consultas de Acogida por Enfermera Especialista en Psiquiatría en los CSMs, como puede verse, es creciente, similar al incremento de la demanda (9 b 16 y 9 b 17). No hay comparaciones porque este dato no se recoge de forma tan sistemática en otros territorios.

En general, como puede verse, el rendimiento individual de nuestros profesionales es netamente superior al de otros territorios, oscilando entre el 15 y el 30% según los indicadores. Esto puede contribuir a explicar algunos de los datos de las comparaciones que se muestran en 6 a 5. Es decir, se ven más pacientes y entre éstos hay más cantidad de los que requieren más tiempo de consulta (pacientes nuevos) lo que puede suponer, por ejemplo, un incremento de las esperas para entrar a consulta (satisfacción algo inferior).

SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

En este apartado hemos seleccionado dos indicadores relevantes. Uno es los accidentes que causan baja laboral expresado en porcentaje sobre el total de la plantilla y el otro tiene relación con la vigilancia de la salud en dos aspectos: reconocimientos médicos y vacunaciones (fundamentalmente, contra la gripe). Este dato también está expresado en porcentaje sobre el total de la plantilla.

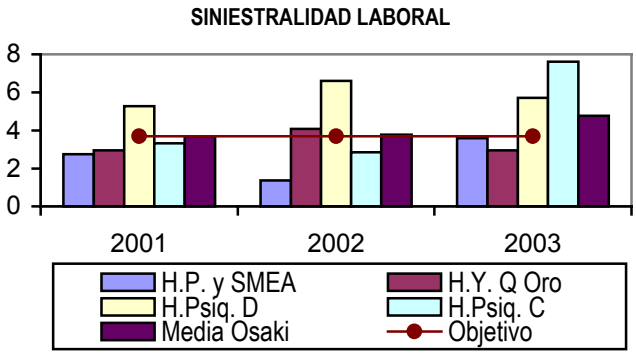


Figura 7 b 2.1

Como puede verse, los resultados indican que, salvo en 2003, nuestros resultados se mantienen por debajo de las organizaciones similares (incluyendo el Hospital Y –Q de Oro-) y los de la media de Osakidetza. No parece procedente compararse con otros sectores de distinta actividad. Nuestro objetivo es mantenernos por debajo de la media de la red.

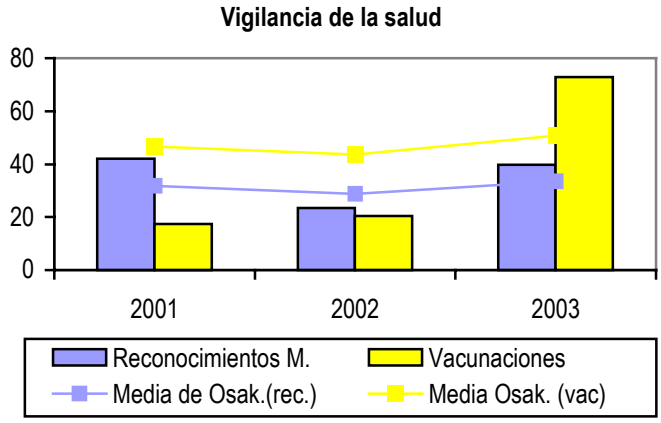


Figura 7 b 2.2

Este indicador está compuesto a su vez por el de Reconocimientos Médicos y Vacunaciones. Puede verse que en reconocimientos médicos estamos por encima de la media de la red, salvo en 2002 por ausencia del médico de salud laboral. En varios ejercicios hemos realizado los exámenes periódicos de salud a toda la plantilla. A partir de 2003, tal y como establece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, nuestro objetivo es realizar estos exámenes al 33,33% de la plantilla cada año. En vacunaciones nuestros números no llegan a la media de Osakidetza, salvo en 2003 que superamos ampliamente la media. Ello ha podido ser debido a la concienciación que han ejercido nuestro personal de enfermería y nuestra Unidad de Salud Laboral.

FORMACIÓN

En esta área de gestión distinguimos tres indicadores: asistencia a cursos, coste de la formación y gasto en docentes propios. Estos dos últimos se muestran como expresión del apoyo económico a la formación (3 b).

ASISTENCIA A CURSOS

Año	Organizados en el centro		Organizados fuera del centro	
	Nº cursos	Nº particip.	Nº cursos	Nº particip.
1996	15	298	71	161
1997	17	283	69	214
1998	24	442	81	181
1999	24	415	79	265
2000	25	355	102	230
2001	13	419	115	176
2002	12	409	82	153
2003	15	444	106	211

Figura 7 b 3.1

En esta figura se presentan los datos de la asistencia a cursos de las personas tanto dentro como fuera de la organización. El objetivo permanente es dar formación adecuada a todas las personas del centro (7 a 7.2) y, si es necesario, seguir incrementando el número de cursos. De todas formas, cumplimos el objetivo de impartir el 80% de los cursos programados por la Comisión de Docencia y Formación Continuada. No se presentan comparaciones debido a que cada organización marca sus propios objetivos que no solamente es, como en nuestro caso, el incremento en número de los cursos.

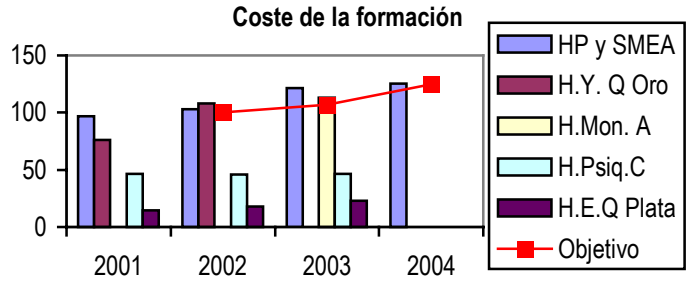


Figura 7 b 3. 2.

Este gráfico muestra los datos referentes al coste en euros que destina nuestra organización a la formación por trabajador. Nuestro objetivo es seguir incrementando esta "inversión" año tras año en un razonable 5% anual. Las comparaciones son favorables aunque las imputaciones de estos costes varían de unos centros a otros.

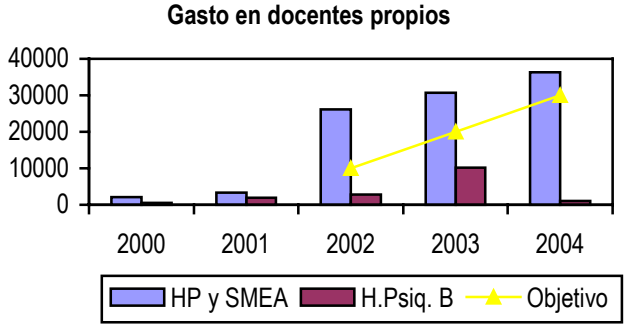


Figura 7 b 3.3

Lo que pagamos a nuestros propios docentes (total en euros) es expresión de nuestra implicación en la formación y el apoyo a los actos y conferencias dentro de la organización (3 c 2). También constituye un reconocimiento a las personas de nuestro centro (3 e). Como puede verse, esta implicación es significativamente mayor que en otro centro de actividad y tamaño similar al nuestro. Otros centros no cuantifican este indicador, por lo que no disponemos de más datos. Al igual que el anterior, nuestro objetivo es el incremento paulatino.

PROMOCIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

En este apartado hemos elegido tres indicadores que pueden mostrar nuestra gestión en esta área. Estos indicadores son: selección de personal de enfermería, movilidad y promoción. El primero de ellos, selección de enfermería, muestra nuestros esfuerzos por incrementar el personal especializado necesario y los otros dos muestran la movilidad horizontal y vertical.

Enfermeras Especialistas sobre el total de plantilla de enfermeras

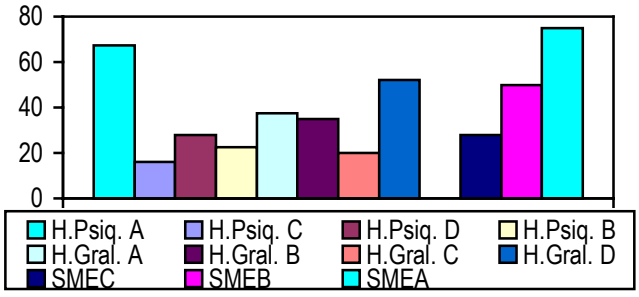


Figura 7 b 4.1

Como puede verse, nuestro centro es el que más porcentaje tiene de enfermeras especialistas incluyendo Unidades de Agudos, además de centros similares al nuestro. La comparación se refiere al año 2003. El resultado es debido a la decidida acción de la Dirección de Enfermería para conseguir el mayor número posible de enfermeras especialistas, que en un centro como el nuestro debiera ser del 100%.

Movilidad horizontal temporal

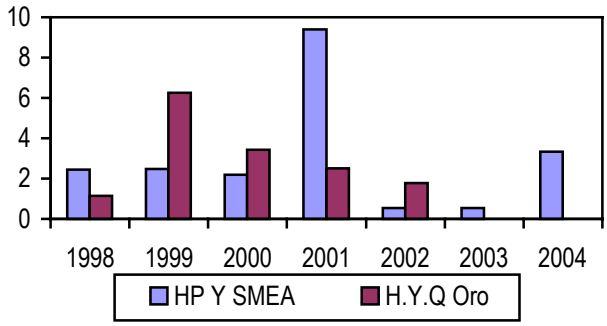


Figura 7 b 4.2.

En esta figura puede observarse nuestro porcentaje de movilidad horizontal temporal sobre el total de plantilla. La importante subida de 2001 fue debida a la oferta generada por la apertura de la Unidad de Psicosis Refractaria. No se marca el objetivo ya que éste consiste en ofertar el 100% de las plazas vacantes, lo que se ha cumplido todos los años. El resultado expresa la voluntariedad de las personas ya que no todas las plazas ofertadas mediante este sistema se cubren porque las personas no desean el cambio. La comparación corresponde a un centro galardonado con la Q de Oro.

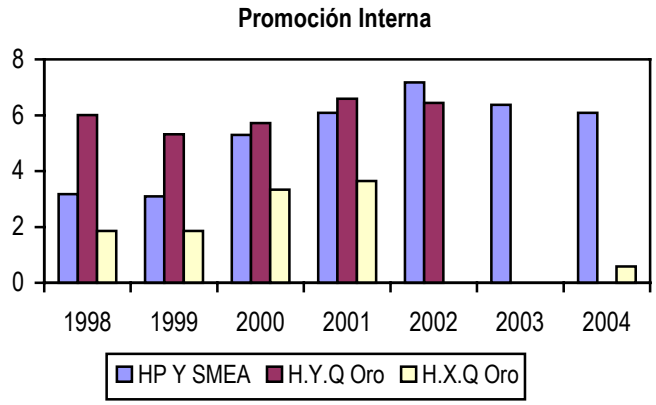


Figura 7 b 4. 3.

En este gráfico puede verse que nuestro centro promociona a sus personas tanto o más que los centros de nuestra red considerados como los mejores (ambos Q de Oro), sobre todo en los últimos cuatro años. En los dos últimos años, las cifras de estas dos organizaciones son prácticamente cero o ha sido imposible acceder a esos datos. El resultado está expresado en porcentaje sobre el total de la plantilla.

PARTICIPACIÓN

En este apartado incluimos dos indicadores. Uno es la implicación en equipos de mejora y otro es la participación en las encuestas de satisfacción.

En este indicador hemos preferido incluir una comparación correspondiente a una empresa externa, finalista del EQA (European Quality Award-Premio Europeo a la Calidad) ya que este dato no existe en uno de los hospitales de la red con Q de Oro y en el otro, con Q de Oro también, no nos resulta homogénea esta información. Nos parece más adecuada esta comparación externa ya que refleja bien la evolución progresiva de ambas organizaciones.

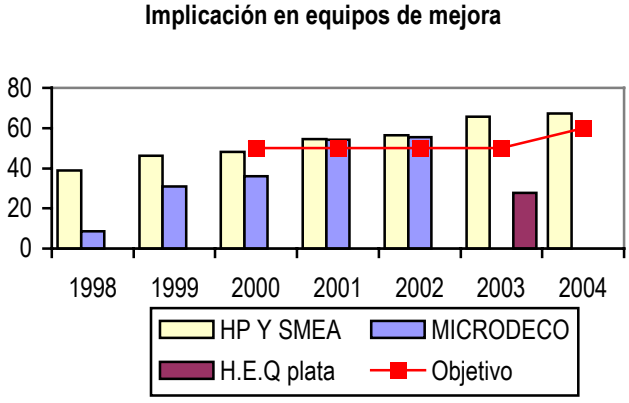


Figura 7 b 5. 1.

Una de las columnas de 2003 es el dato correspondiente a un hospital de Osakidetza que ha obtenido recientemente la Q de Plata. Nuestros objetivos de implicación en equipos de mejora son similares a los de satisfacción con la participación de las personas, es decir, 50% para los años 2000 y 2002 y 70% para 2004.

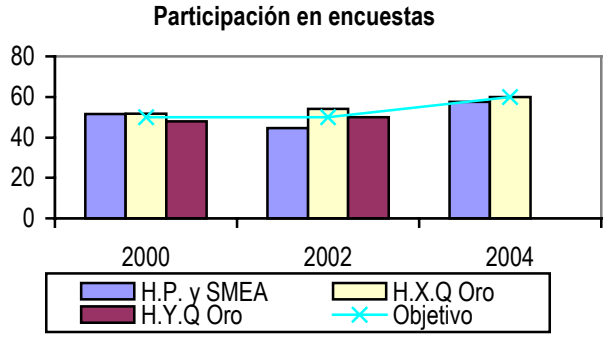


Figura 7 b 5. 2.

Nuestras tres encuestas han sido realizadas siempre con la misma sistemática. Los cuestionarios se envían a todas las personas por correo normal a su puesto de trabajo. Se facilita un sobre con la dirección a la que tienen que enviar el cuestionario rellenado y las personas, voluntariamente, contestan si les parece oportuno y conveniente. Entendemos que ésta es la mejor manera de demostrar interés. Por eso las comparaciones en este caso se hacen con organizaciones que siguen este mismo sistema. Como puede verse, nuestra posición comparativa en esta área está al mismo nivel que hospitales que han conseguido la Q de Oro.

GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

En 2003 se implantó el registro de reclamaciones de las personas, coincidiendo con la sistematización del subproceso Gestión Administrativa de Personal, certificado según la norma ISO.

	2001	2002	2003
Total reclamaciones	11	13	67
% reclamaciones admitidas	100%	100%	100%
% reclamaciones resueltas	100%	100%	100%
Tiempo medio de resolución	0,27	27	0,18

Figura 7 b 6.

Como se ve en el cuadro, existe un gran incremento de reclamaciones en 2003 debido a la implantación de los criterios para su definición y al mayor registro que proporciona la sistematización del subproceso. No existen comparaciones ya que este subproceso no está sistematizado ni se siguen los mismos criterios para su registro en otros centros. El objetivo principal consiste en contestar en menos de 30 días todas las quejas y reclamaciones.

ABSENTISMO LABORAL

Desde hace años, los hospitales de larga estancia y psiquiátricos tienen, generalmente, un promedio mayor de absentismo que los hospitales generales (comarcales o grandes hospitales). El objetivo de nuestro centro es mantenernos por debajo de la media de Osakidetza.

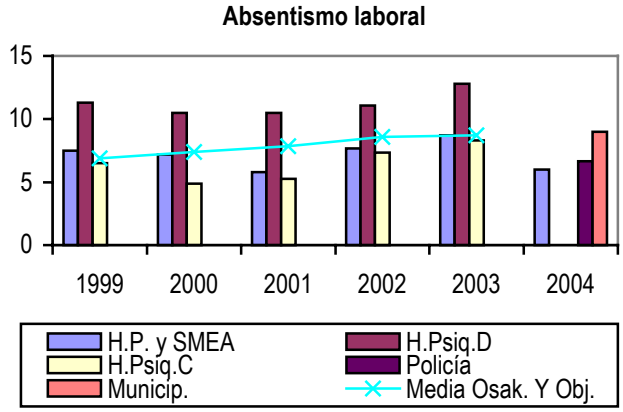


Figura 7 b 7.

Como puede verse, nos mantenemos en cifras similares a la media de la red, salvo en el año 2003 en el que el aumento fue debido al diagnóstico de enfermedades graves y/o de larga evolución en varias de nuestras personas (7 personas supone un incremento del 2%). Nuestro absentismo laboral es similar a otros centros de la red y está a parecido nivel que otras instituciones públicas (columna de 2004, datos publicados en prensa)

CONFLICTIVIDAD LABORAL

No parece oportuno hacer un indicador en esta área de gestión ya que las pérdidas de jornadas laborales imputables a causas propias han sido **CERO** durante los últimos 7 años. Probablemente es debido al entendimiento con los representantes sindicales y también a nuestra gestión de la motivación y satisfacción de las personas.

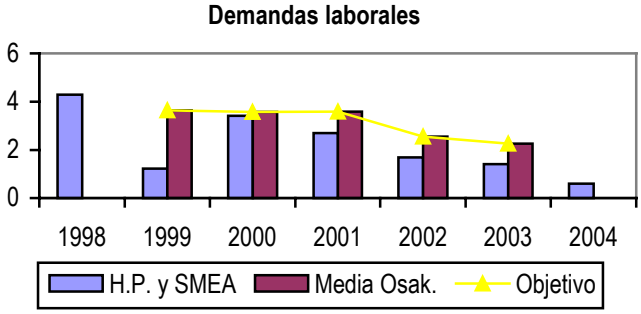


Figura 7 b 8. 1.

A pesar de la ausencia de conflictividad laboral, las personas interponen demandas al creer agraviados sus derechos laborales. En esta área, nuestro objetivo es mantenernos por debajo de la media de Osakidetza y, si es posible, seguir bajando. Como puede verse, los resultados, expresados en porcentaje sobre la plantilla, son satisfactorios.

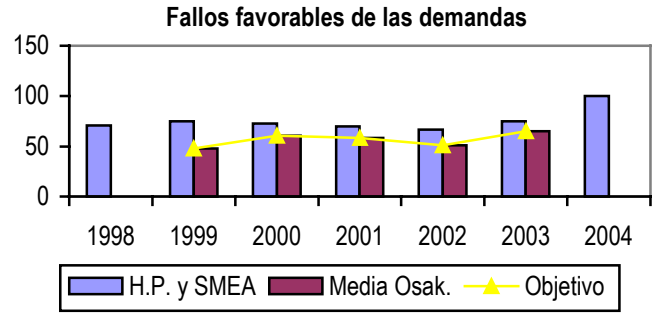


Figura 7 b 8. 2.

De las demandas realizadas por las personas hemos extraído el porcentaje de las que son falladas por el juez a favor de la organización. Como en otros indicadores nuestro objetivo está relacionado con la media de Osakidetza. Los resultados son satisfactorios e, indirectamente, nos dicen que nuestra gestión de los derechos laborales de las personas es más ajustada a la legalidad que la del resto de las organizaciones de Osakidetza-Svs.

RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

8 a MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

Una entidad como la nuestra no lucrativa, de carácter público y dedicada a la prestación de servicios sanitarios en el ámbito de la salud mental, produce un gran impacto social por la naturaleza misma de sus actividades, aunque para la mayoría de la población resulten desconocidas. El impacto inherente a nuestras estrategias a largo plazo: satisfacción del cliente, satisfacción de personas y gestión eficiente y de calidad, se reflejan en los criterios de satisfacción de clientes (6), de personas (7) y en resultados e indicadores clave (9).

De todas las actividades que contempla el modelo de calidad para este criterio no consideramos demasiado apropiadas algunas de ellas y por ello no se consideran objetivo de gestión diferenciada. Es el caso del "apoyo a la salud y al bienestar" ya que algunos de los resultados de satisfacción de clientes ya lo contemplan como, por ejemplo, el de pacientes que han observado mejoría tras la consulta (6 a 5). Otro aspecto que no es objetivo específico de nuestra gestión es el apoyo al deporte y al ocio, ya que en este caso es difícil que una organización pública (salvo representaciones institucionales provinciales y autonómicas) puedan dedicar parte de su presupuesto a esta actividad. Otros ámbitos de la gestión de la satisfacción de la sociedad tampoco se contemplan específicamente aquí, como la relación con las autoridades. Esta relación se lleva a efecto a través de las reuniones con la Dirección Territorial de Sanidad para el pacto del Contrato Programa o con la Dirección General de Osakidetza-Svs en el Control de Gestión cuatrimestral. Otras reuniones esporádicas con otras autoridades relevantes

(Consejero de Sanidad, Alcalde u otros) no constituyen indicadores específicos.

1) ACTIVIDADES COMO MIEMBRO RESPONSABLE DE LA SOCIEDAD

A) DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA COMUNIDAD:

1.-Ponencias y Conferencias. Podríamos distinguir aquí algunas de las realizadas a familiares de pacientes y público en general acerca de temas de interés general de nuestro ámbito de actuación (8a1).

- Actitud y cuidados en pacientes con demencia
- Información y prevención de toxicomanías (a escolares)
- Información y prevención sobre el alcoholismo
- Análisis de la salud mental extrahospitalaria
- Psicoeducación a familiares de pacientes
- Información sobre la esquizofrenia
- Rehabilitación psiquiátrica y gestión de la calidad

Figura 8 a 1

2.-Las conferencias y actos en relación con la Difusión de la Excelencia empiezan a ser crecientes, sobre todo en los tres últimos años. Puede consultarse la figura 1 c 1 para ver esta evolución.

3.-Guías Informativas para usuarios, pacientes y familiares. En el subcriterio 5 d se reproducen parcialmente la Guía de Servicios del hospital y la de los CSMs (5 d 2). Bastantes de nuestras unidades (hospitalarias y extrahospitalarias) tienen también su propia guía de servicios para los pacientes y familias.

4.-Las Memorias de Actividad anuales se envían a todos los equipos directivos de centros sanitarios de la CAPV y de fuera de ella, así como a determinados grupos de interés. Asimismo, una selección adecuada de los datos de estas memorias anuales son publicados por la prensa local.

5.-Además de los ejemplos de la figura 8 a 1 (destinados a público lego en psiquiatría) los profesionales de nuestro centro presentan ponencias, comunicaciones y pósters en congresos regionales, nacionales e internacionales y realizan publicaciones científicas. El número de estas publicaciones es creciente cada año como puede verse en la figura 8 b 1. 1.

6.-Nuestro centro empezó a publicar una hoja informativa mensual en 2000. Tras la formación de un comité de redacción (grupo de mejora -3 c 1-) a partir de 2001 iniciamos la publicación de nuestra revista trimestral, registrada con el nombre "Psikiberriak". Esta revista se envía a todas las personas de la organización, a grupos de interés como Asociaciones de Familiares, a equipos directivos de otras organizaciones sanitarias y a los consultorios de centros de atención primaria y a los nuestros, donde puede ser leída por los usuarios en las salas de espera. Contiene artículos de divulgación científica, reportajes sobre nuestros servicios y unidades y artículos de información general relacionados con el mundo de la psiquiatría. La contraportada de la revista es la reproducción de las direcciones postales de todos nuestros centros.

7.-Era objetivo de nuestra organización abrir y poner en la red de internet nuestra página web antes de finalizar el ejercicio de 2004. Desde el mes de Diciembre ya puede visitarse aunque todavía hay secciones en "obras". La dirección es "saludmentalalava.org"

8.-Ya desde hacía tiempo recibíamos visitas a nuestro centro, pero las gestionábamos un poco desorganizadamente. Mediante un grupo de trabajo compuesto por 7 personas (3 c 1), en noviembre de 2003, el Hospital Psiquiátrico inició un programa de puertas abiertas en forma de Visitas Guiadas, dirigido a personas pertenecientes a instituciones de enseñanza, profesionales o estudiantes de especialidades sanitarias, asociaciones ciudadanas, familiares de enfermos y público en general. El objetivo de este programa, además de organizar las visitas, es contribuir a la lucha contra el estigma de la enfermedad mental (ver Misión), dar a conocer someramente los trastornos psiquiátricos y pulsar la opinión de la población acerca de una estructura hospitalaria psiquiátrica. La encuesta realizada a los visitantes tras su estancia guiada a nuestro hospital muestra los siguientes resultados:

VISITAS GUIADAS

	2003	2004
Valoración (mucho mejor + mejor) que antes	94,7	88,07
Recomendación de la visita a otras personas	100	99,54
Valoración global (Muy bien + bien)	100	99,54

Figura 8 a 2

No se presentan comparaciones porque, según nuestra información somos el único centro de nuestro entorno que realiza esta actividad.

B) POLÍTICA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.

Nuestra organización, como todas las de Osakidetza-Svs, tiene determinada por ley la no discriminación por cualquier motivo en el acceso al empleo, ya sea fijo o temporal (3a). Asimismo, y también por ley, tenemos marcada la no discriminación hacia los usuarios por ninguna clase de condición (sexo, raza, religión u otras).

C) COMPORTAMIENTO ÉTICO.

Nuestra organización mantiene un firme compromiso ético con la sociedad caracterizado por los principios éticos fundamentales: beneficencia (hacer el bien), no maleficencia (no causar daño), justicia (equidad) y autonomía (respeto a las decisiones de los pacientes). Para la vigilancia y asesoría en cuestiones de ética asistencial contamos con la colaboración de la Comisión de Ética Asistencial, compuesta por 25 miembros entre los que no hay ningún directivo como establece la normativa. Para conocer el nivel de conocimiento en cuestiones de confidencialidad de las personas de la organización, esta comisión ha elaborado un cuestionario para extraer conclusiones, principalmente, de las necesidades de formación de nuestras personas respecto a este tema. Los principales resultados son los siguientes:

	Si/No	%	% NS/NC
Tiene obligación de guardar secreto	SI	98,6	1,4
Comentarios en público implican quebrantar secreto profesional	SI	83,7	0,7
Conocimiento Ley de Autonomía Paciente y normas sobre documentación clínica	NO	35,5	13,5
Suficientes conocimientos sobre confidencialidad	NO	47,5	11,3
La Hª Cª en papel está mejor protegida	SI	31,2	33,3
La Hª Cª informatizada garantiza protección	SI	27,6	33,3
El trabajo en equipo hace imposible salvaguardar la confidencialidad	NO	61	29,1

Figura 8 a 3

Tampoco podemos presentar comparaciones en este tema ya que somos el único centro que ha realizado esta investigación de los conocimientos de confidencialidad de las personas. Además, como todas las organizaciones del Servicio vasco de salud, tenemos como

valores la universalidad, la equidad y la solidaridad. Estos valores quedan bien reflejados en nuestra actividad sanitaria (criterios de ingreso, por ejemplo) y en la gestión eficiente de los recursos de los que disponemos (9 a y b).
Finalmente hemos de decir, que en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal se ha realizado el pertinente registro de datos y archivos informáticos, el nombramiento de responsables de seguridad y la elaboración de un informe que servirá para la adopción de las medidas de seguridad necesarias respecto a toda información de carácter personal (pacientes y trabajadores).

2) IMPLANTACIÓN EN LA COMUNIDAD

A) INCIDENCIA EN LA ECONOMÍA LOCAL.

Podemos incidir en la economía local a través de la contratación de servicios externos (limpieza, seguridad, residuos, entre otros), a través de la adquisición de materiales a distintos proveedores, de las inversiones y de la creación de empleo fijo y temporal. En todas estas cuestiones nuestro impacto, comparado con la mayoría de organizaciones de la red sanitaria vasca, es relativamente moderado, pero no despreciable desde el punto de vista general. Para ver estos resultados pueden verse las figuras 8 b 2. 1, 2, 3 y 4.

B) IMPLICACIÓN EN LA EDUCACIÓN Y EN LA FORMACIÓN

Además de las actividades educativas y de divulgación mencionadas anteriormente, nuestra organización se implica activamente en la formación de alumnos de enseñanzas del área sanitaria y de la salud mental y aporta esfuerzo de las personas y su estructura física y organizativa en la especialización de las promociones de profesionales de varias disciplinas. Colaboramos con la Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, con la Universidad del País Vasco y con Escuelas de Terapia Familiar, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, Farmacia y Auxiliares de Clínica (figuras 8 b 2. 5 y 6).
Recientemente la Escuela de Enfermería ha realizado una encuesta para ver el grado de satisfacción entre las alumnas de enfermería que cursan sus prácticas en diversos centros. Los resultados son siguientes:

Grado de Satisfacción de Alumnas

%	Muy bajo	Bajo	Mode-rado	Alto	Muy alto
Centros geriátricos	30	10	20	30	10
Atención primaria	6	24	58	12	0
Hospital General A	0	12	23	62	3
Hospital General E	4	9	19	62	6
Hospital Psiquiátrico	0	0	11	89	0

Figura 8 a 4

Como puede verse, la satisfacción de las alumnas con nuestro centro es significativamente mayor que la del resto de las organizaciones y no hay ninguna persona insatisfecha de ese colectivo con la atención prestada por nuestro centro.

C) Trabajo Voluntario.

En esta cuestión contamos con la colaboración, a título personal, con las distintas organizaciones no gubernamentales de algunas de nuestras personas. Como organización, prestamos nuestro almacén como depósito temporal de materiales sanitarios y de mobiliario a algunas ONGs que envían este material a países del tercer mundo.

Por otra parte, apoyamos a la residencia para enfermos de SIDA de la ciudad y a una asociación gitana mediante el trabajo psicológico con grupos de pacientes de esa asociación.

3) ACTIVIDADES ENCAMINADAS A REDUCIR Y EVITAR LAS MOLESTIAS Y DAÑOS PROVOCADOS POR LA ORGANIZACIÓN

Dadas las características de nuestras actividades, podemos calificar a nuestra organización como de bajo impacto medioambiental, incluyendo ruidos, olores, seguridad, emisiones tóxicas y emisiones contaminantes. Desde hace varios ejercicios medimos y controlamos los consumos de agua, electricidad y gas y la eliminación de residuos biológicos, basura urbana y muy pequeñas cantidades de otros materiales (pilas, fluorescentes, aceites). En este aspecto hemos realizado recientemente el diagnóstico Legescan (IHOBE) y hemos formado la Comisión de Gestión Medioambiental (4c).

4) FELICITACIONES Y PREMIOS

Nuestra organización se considera reconocida por nuestras autoridades sanitarias (Dirección General de Osakidetza) en los controles de gestión cuatrimestrales por nuestro ajuste económico a las cifras pactadas de resultados económicos, por la contención del incremento del gasto en sustituciones y farmacia, por el clima de trabajo de nuestro centro y por nuestros avances en calidad.
También nos sentimos reconocidos por las visitas que realizan a nuestro centro responsables de otros centros o sistemas de salud (países y autonomías). Entre otros, han venido a vernos responsables de salud mental de París, Chile, Cataluña, Andalucía, Baleares y otros lugares. Asimismo, nos sentimos reconocidos cuando nosotros realizamos visitas o conferencias para exponer nuestros avances en gestión de la salud mental y de la calidad (1c1).
Once organizaciones de nuestro entorno sanitario y una de otro sistema de salud autonómico nos han felicitado y agradecido la asesoría prestada en sus autoevaluaciones según el Modelo de Excelencia, realizadas según la herramienta informatizada que ahorra tiempo de evaluación y de realización de informes.
Los premios otorgados a nuestra organización por su actividad científica y de calidad pueden verse en 8 b 4.

5) COBERTURA EN PRENSA SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON EL IMPACTO SOCIAL

Por varios motivos, hasta ahora siempre positivos, generamos con alguna frecuencia apariciones en prensa y en otros medios de comunicación. Los medios se hacen eco de iniciativas o reconocimientos públicos a nuestro centro como la obtención de la Q de Plata del Gobierno Vasco. Hemos sido y somos también objetivo de dichos medios, tanto a nivel local como autonómico o estatal, cuando ponemos en marcha iniciativas “novedosas”. Así ocurrió con la inauguración de la Unidad de Psicosis Refractarias, pionera en el tratamiento de las psicosis “resistentes”. Así ocurre con iniciativas como la colaboración con el Museo de Arte Contemporáneo de Vitoria (Artium) para la rehabilitación de un grupo de pacientes mediante la arteterapia o como con la colaboración con el departamento correspondiente del Ayuntamiento para el cuidado de mascotas por enfermos en rehabilitación. Otras reseñas ocasionales tienen lugar cuando suceden avances en la cesión por el Ayuntamiento de la parcela para la ampliación del jardín.

8 b INDICADORES DE RENDIMIENTO

1) ACTIVIDADES COMO MIEMBRO RESPONSABLE DE LA SOCIEDAD

A) DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA COMUNIDAD

El número de ponencias, comunicaciones, pósters y publicaciones científicas se expone en el siguiente cuadro. No hemos marcado objetivos numéricos pero nuestra intención es seguir creciendo en las acitividades científicas y en su difusión.

	Año 2000	Año 2001	Año 2002
Comunicaciones	13	12	17
Conferencias	3	0	0
Pósters	3	9	13
Ponencias	6	3	3
Proy. Investigación	1	0	2
Publicaciones	13	15	29
Total	**39**	**39**	**64**

Figura 8 b 1. 1.

En cuanto a la difusión de la Excelencia, relevante también para la comunidad, puede consultarse la figura 1 c 1. En la siguiente figura exponemos el número de conferencias y otros actos en los que hemos participado y el número de personas asistentes (hemos contabilizado también documentos difundidos, como la Memoria de Gestión de la Calidad realizada para la evaluación externa de 2001).

Difusión de la Excelencia

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Conferencias y actos	1	2	1	3	12	17
Asistentes	500	40	500	70	1.150	1.200

Figura 8 b 1. 2.

Como puede verse la difusión de la calidad alcanza a cada vez más personas y, probablemente, seguirá creciendo en los próximos años.

Otro tipo de información relevante para la sociedad en nuestro ámbito es la que de forma periódica emite nuestra organización y que resumimos en el cuadro siguiente. Los comentarios a esta información periódica pueden verse en la sección correspondiente del subcriterio 8 a.

Información periódica

	Frecuencia	Objetivo
Memoria de Actividad	Anual	Anual
Memoria de Calidad	Trienal	Trienal
Revista Psikiberriak	Trimestral	Trimestral
Página Web	saludmentalalava.org	Diciembre 2004

Figura 8 b 1. 3.

Como puede verse, cumplimos con los objetivos establecidos para la difusión de información periódica relevante de nuestra organización. La página web constituía un objetivo para el ejercicio 2004. Nos incorpora al uso de la tecnología de la información y constituye un medio de información y contacto permanente con la sociedad.

Como se ha relatado en el subcriterio anterior, iniciamos en 2003 el Programa de Puertas Abiertas en forma de Visitas Guiadas a nuestro centro. Hasta diciembre de 2004 nos han visitado el triple de personas que en el año anterior y a la hora de redactar esta memoria continúan las visitas a razón de unas 20 semanales, por lo que no esperamos que descienda su número.

Visitas Guiadas

	2003	2004
Nº participantes	77	218
Nº encuestas	76	214
Nº sugerencias	17	45
Sugerencia + frecuente	+ tiempo	+ tiempo

Figura 8 b 1. 4

Nuestro objetivo es dar a conocer nuestro centro y contribuir a la lucha contra el estigma de la enfermedad mental, pero no tenemos intención ninguna de marcarnos objetivos numéricos por ahora. Nos basta con sistematizar la organización de las visitas y preguntar a nuestros visitantes su opinión. La sugerencia más repetida es la de incrementar el tiempo de contacto con los pacientes. Es muy posible que modifiquemos este proceso en el sentido de hacer participar más activamente a los enfermos para que puedan contar a las personas que les visitan su propia experiencia durante el ingreso y para medir el impacto sobre la opinión de los visitantes.

B) COMPORTAMIENTO ÉTICO

Con la intención de determinar las necesidades de formación en asuntos de confidencialidad acerca de los pacientes en nuestro hospital, la Comisión de Ética Asistencial ha realizado una encuesta sobre conocimientos de confidencialidad en los empleados cuyos datos resumimos a continuación.

Participación	40,88%
Objetivo participación	>33,33%

Figura 8 b 1 .5

De los resultados de esta encuesta (pueden verse los más significativos en el subcriterio 8 a), la Comisión de Ética Asistencial extraerá las conclusiones más relevantes y propondrá programas de información y formación en asuntos de confidencialidad y de respeto a los derechos de los pacientes.

Desde la perspectiva de la protección de datos de carácter personal que afectan tanto a pacientes como a personas de la organización, hemos elaborado un Registro del 100% de los datos y archivos informáticos que contienen información sensible sobre la intimidad de los ciudadanos a los que damos servicio o que trabajan para la organización. Se han nombrado responsables de seguridad para este tipo de información y se han empezado a tomar medidas, como la instalación de conexiones “seguras” para evitar la difusión de información privada de pacientes y profesionales.

2) IMPLANTACIÓN EN LA COMUNIDAD

A) INCIDENCIA EN LA ECONOMÍA LOCAL

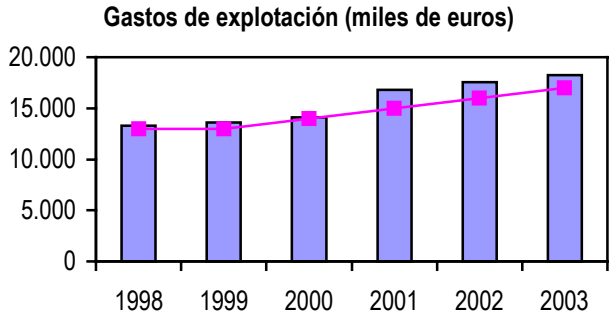


Figura 8 b 2.1

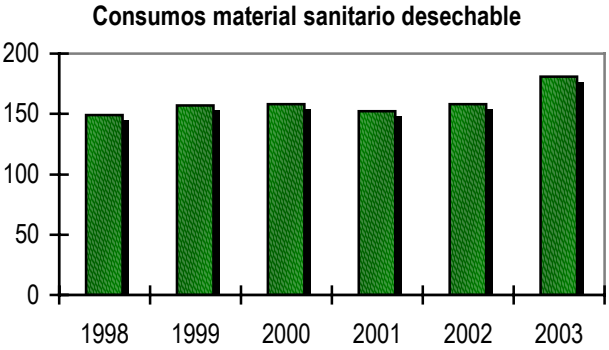


Figura 8 b 2 .2

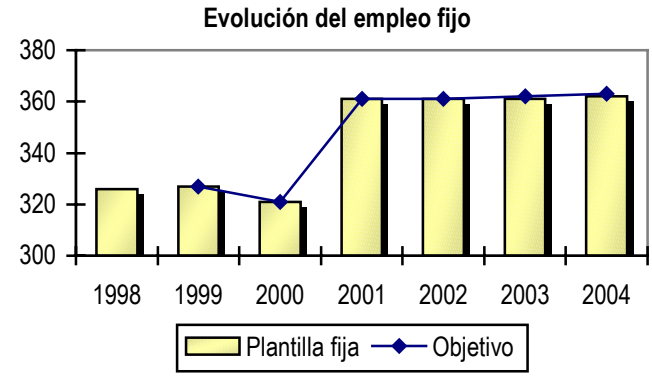


Figura 8 b 2.3

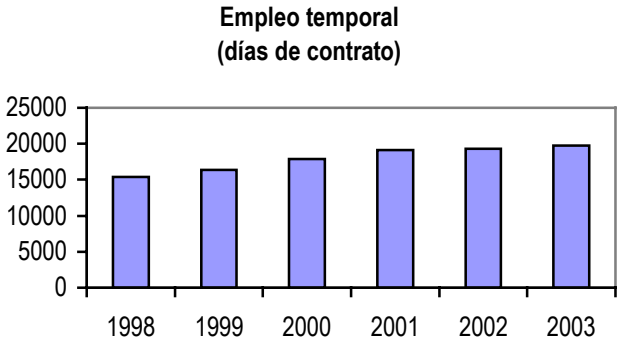


Figura 8 b 2.4

B) IMPLICACIÓN EN LA EDUCACIÓN Y EN LA FORMACIÓN

Como se ha visto en 8 a, apoyamos la educación y la formación de alumnos y de posgraduados de las diferentes especialidades relacionadas con la medicina en general y con la Salud Mental en especial. En el cuadro siguiente podemos ver los datos referentes a los últimos cinco cursos académicos. Esta formación tiene lugar a través de los diferentes convenios con las escuelas o facultades correspondientes (4 a 3).

Implicación en la formación pregrado

	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04	Obj. Máx
Medicina	15	20	25	27	17	25
Psicología	1		3	5		5
Enfermería	7	2	5	12	8	10
Trabajo Social	3	2	1	2	2	2
Farmacia	1	2	2	1	1	2

Figura 8 b 2. 5

Los objetivos dependen en parte de la capacidad de nuestra infraestructura física y organizativa, que es limitada (no podemos acoger a muchas más personas en formación de pregrado), pero fundamentalmente dependen de las escuelas con las cuales acordamos dichos convenios.

El apoyo a la formación de postgraduados puede verse en el cuadro siguiente en el que se muestran las distintas especialidades que mantienen profesionales en formación en nuestro centro en los últimos cinco años. Estos profesionales y sus escuelas precisan de nuestra colaboración para realizar las prácticas necesarias para la obtención del título de su especialidad.

Implicación en la formación postgrado

	99	00	01	02	03	04	Objetivo
MIR (Psiquiatría)	2	2	2	4	3	4	<4
MIR (Familia)	20	19	16	21	18	17	<20
PIR (Psicología)	1	1	2	3	1	1	<3
EIR (Enfermería)	5	6	6	6	6	6	Máx. 6
Aux. Enfermería				13	10	15	<20

Figura 8 b 2. 6

Como en la formación pregrado, los objetivos dependen casi exclusivamente de las distintas escuelas de especialidades aunque también de la capacidad de nuestros recursos físicos y organizativos que, en realidad, actúan como factor limitante.

3) ACTIVIDADES ENCAMINADAS A REDUCIR Y EVITAR LAS MOLESTIAS Y DAÑOS PROVOCADOS POR LA ORGANIZACIÓN

Preservación y mantenimiento de los recursos

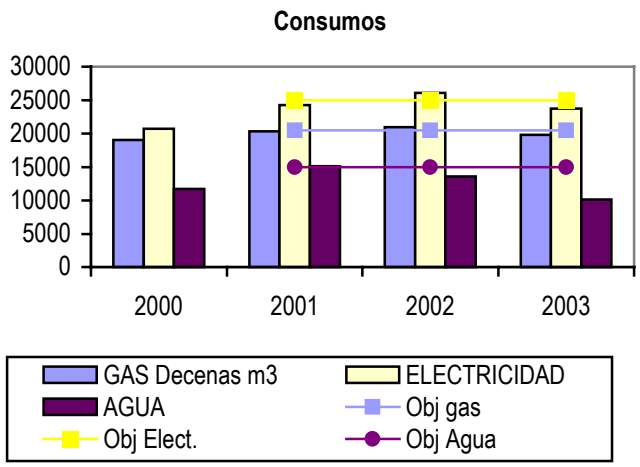


Figura 8 b 3.1

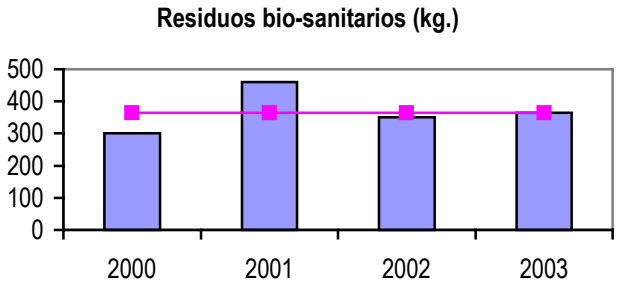


Figura 8 b 3.2

4) FELICITACIONES Y PREMIOS

AÑO 2000:

Póster: *"Factores que influyen en el incumplimiento terapéutico"*. XVII Congreso General de Enfermería de Salud Mental. Zaragoza, abril de 2000

Premio Planes de Cuidados: *"Modelo de Cuidados de Enfermería de Virginia Henderson aplicado en Salud Mental*

AÑO 2001:

Póster: *"El desgaste profesional: Burnout"*. Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Girona, abril de 2001.

Póster: "*Cada vez más quemados"*. XVIII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Girona, abril de 2001.

Comunicación: *"Programa de Ocio y Tiempo Libre en la Unidad de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Álava"*. XVIII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Girona, abril de 2001.

Diploma de Compromiso con la Calidad Total de Euskalit. Vitoria-Gasteiz, junio de 2001.

Q de Plata del Gobierno Vasco y Euskalit a la Gestión de la Calidad según el Modelo de Excelencia. Bilbao, diciembre de 2001

AÑ0 2002:

Comunicación: *"**Los otros"*. XIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Granada, marzo de 2002.

Mejor experiencia asistencial: *"Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Álava: 20 años de experiencia asistencial (España)"*. II Congreso Internacional de Rehabilitación Psicosocial en la Comunidad. Badalona, 30 de mayo de 2002.

Trabajo: IX Convocatoria Premio Zambón Socidrogalcohol 2001: *"Aprendizaje Social-Cognitivo y Psicopatología: Predicción de la Recaída en Tratamientos Residenciales y Ambulatorios de la Deshabituación de Opiáceos"*. Lleida, abril de 2002.

Año 2004

Certificación del subproceso *"Gestión Farmacoterapéutica"*. (Norma ISO 9001-2000). Vitoria-Gasteiz, mayo de 2004.

Certificación del subproceso *"Gestión Administrativa de Personal"*. (Norma ISO 9001-2000). Vitoria-Gasteiz, mayo de 2004.

2º Clasificado en el 1er. Encuentro de Buenas Prácticas de Euskalit: "Herramienta de Autoevaluación rápida". Zamudio, Vizcaya, diciembre de 2004.

Figura 8 b 4

Aunque no es posible reseñar todos los reconocimientos (comunicaciones y felicitaciones individuales) y que cada organización valora éstos según su propio criterio, podemos decir que nuestro centro acumula hasta ahora 13 premios y reconocimientos por su labor asistencial y por sus actividades científica y de gestión de la calidad. Otras dos empresas galardonadas con la Q de Oro refieren en sus memorias 7 y 11

reconocimientos públicos. La primera de ella es un hospital de Osakidetza y la otra es una empresa industrial.

5) COBERTURA EN PRENSA

Como ya se ha mencionado en el apartado correspondiente del 8 a, nuestro deseo sería no incrementar en demasía nuestras apariciones en los medios de comunicación, aunque parece inevitable dado el interés público por algunas de nuestras iniciativas. Como objetivo nos parece razonable mantener un nivel moderado de reseñas que los resultados confirman. (Es necesario aclarar que no todas las notas de prensa escrita se cuentan y guardan, por lo que el número anual es una aproximación y que no se incluyen aquí las entrevistas radiofónicas ni televisivas, ni nuestra participación en programas de divulgación en la radio).

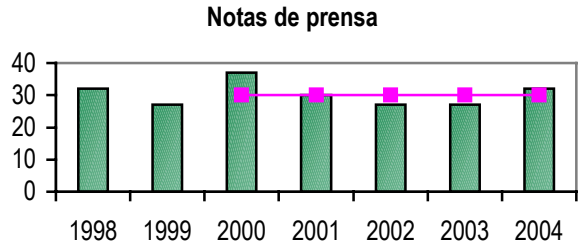


Figura 8 b 5.

RESULTADOS CLAVE

9 a RESULTADOS CLAVE DEL RENDIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN

RESULTADOS ECONÓMICOS

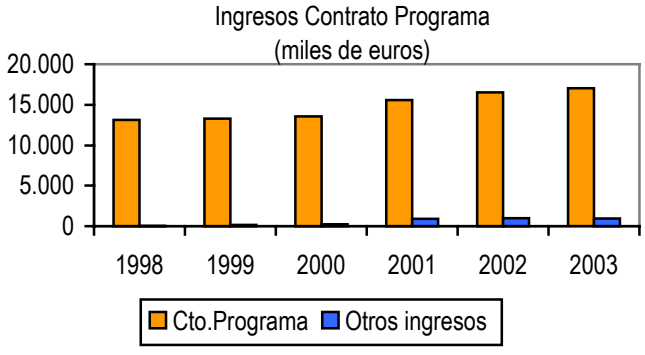


Figura 9 a 1

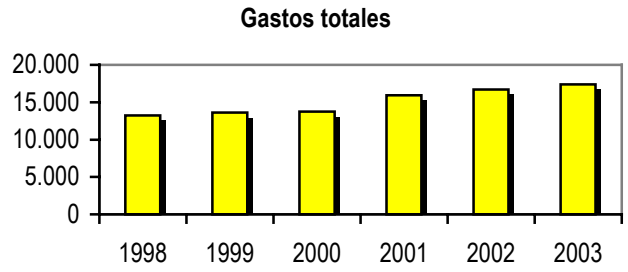


Figura 9 a 2

GASTOS DE PERSONAL

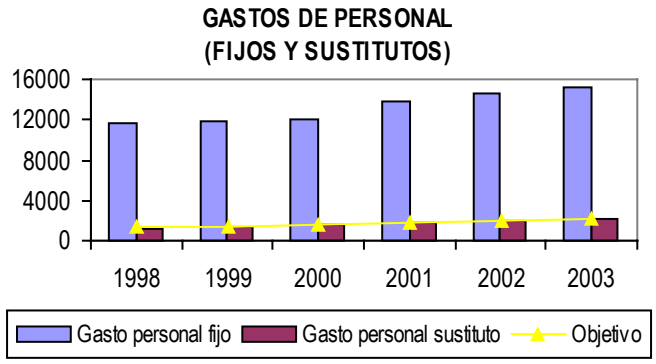


Figura 9 a 3

RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

1) HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

El Hospital Psiquiátrico ha ido realizando una profunda transformación a lo largo de los años, reduciendo drásticamente el número de sus camas de 434 en 1984 a 240 en el año 1994, coincidiendo con la inauguración del nuevo edificio del hospital. Esta reducción drástica es adecuada a la política de desinstitucionalización y la filosofía de la Psiquiatría Comunitaria, ya que los pacientes dados de alta son supervisados en estructuras extrahospitalarias. Nuestra política de externalización de pacientes, plasmada también en el Plan de Readecuación de Ingresos puesto en marcha durante 2003, ha hecho que para el 2º semestre de 2004 se hayan desocupado 13 camas en el hospital (4 en la unidad 4 y 9 en la unidad 5) y prevemos una nueva reducción de camas en 2004 y 2005 que puede acelerarse e incrementarse si se llevan a efecto los acuerdos con el IFBS para residenciar pacientes estables. Para el año 2007 prevemos disponer de 40 camas para nuevos servicios asistenciales relacionados con la rehabilitación o la estabilización de pacientes.

A finales de enero de 2001 se inauguró en este hospital una nueva unidad de 14 camas destinada a la atención de las psicosis "refractarias" al tratamiento, pionera en el Estado, que da cobertura a esta patología en toda la Comunidad Autónoma Vasca, y que se denomina Unidad de Psicosis Refractaria. Por esta razón, hay un incremento de camas desde ese año, pero la creación de este nuevo servicio corresponde a nuestra política de atención a las necesidades de los usuarios.

En los resultados que podemos ver a continuación hay otro hecho que puede influir en una interpretación inadecuada de algunos de los datos. La Comarca guipuzcoana del Alto Deba (unos 70.000 habitantes), estaba adscrita, desde el punto de vista de la administración sanitaria, a Álava. Derivaba los ingresos de pacientes a este hospital hasta el año 2001 y la actividad extrahospitalaria también se sumaba a la del territorio alavés. Por motivos de reorganización de la red de Salud Mental, esta comarca pasó a depender completamente de Guipúzcoa en ese año, derivando sus pacientes al Servicio de Psiquiatría del Hospital Donostia. El número de pacientes de la Comarca del Alto Deba que anualmente ingresaba en nuestra unidad de media estancia era, aproximadamente, de 30 pacientes/año, lo que se ve reflejado en el número de ingresos, altas y objetivos de 2002 y años sucesivos. Lo mismo sucede con la actividad extrahospitalaria, aunque en este caso es desde 2000 cuando dejamos de sumar esa actividad a la nuestra. En ese año se registra un descenso de la actividad extrahospitalaria de nuestro centro, explicable por esta razón.

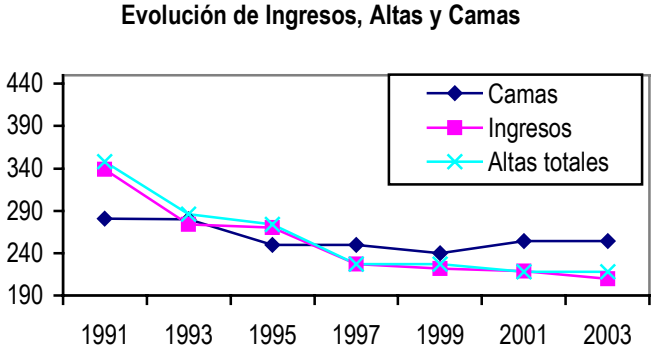


Figura 9 a 4

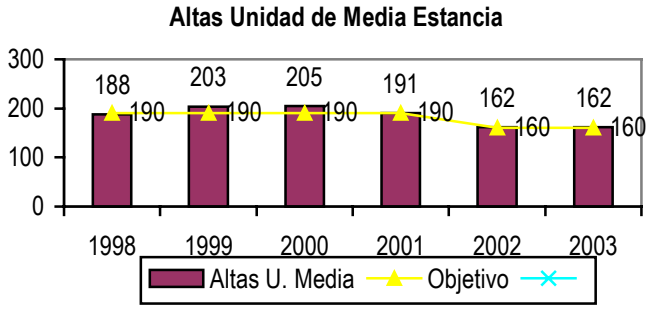


Figura 9 a 5.1

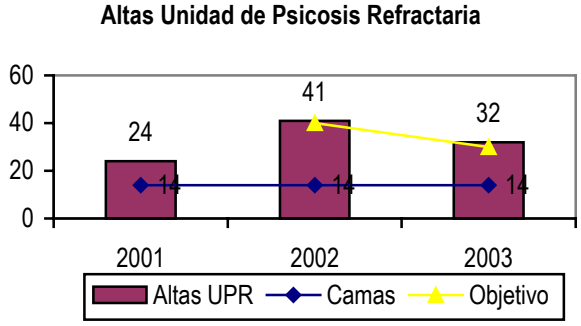


Figura 9 a 5.2

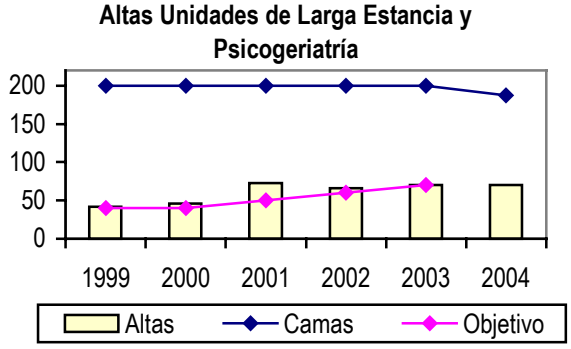


Figura 9 a 6

En esta figura podemos comprobar como uno de nuestros objetivos prioritarios, que es el de incrementar el número de altas e integrar a los pacientes en la comunidad, se va cumpliendo a lo largo de estos años.

2) CENTROS DE SALUD MENTAL

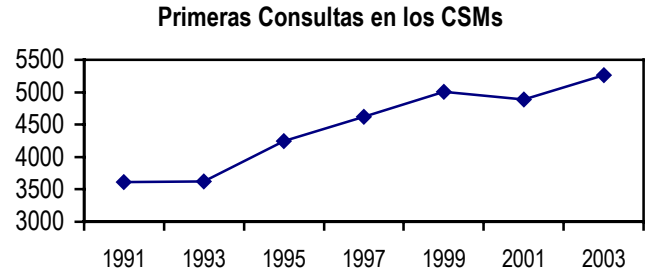


Figura 9 a 7

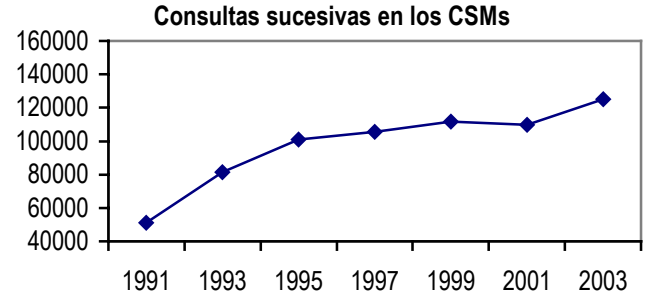


Figura 9 a 8

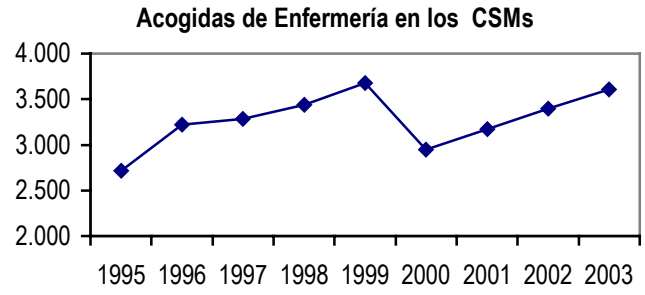


Figura 9 a 9

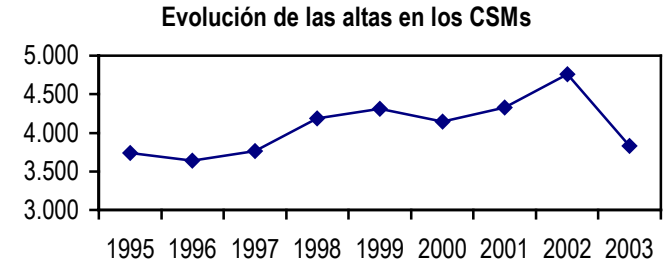


Figura 9 a 10

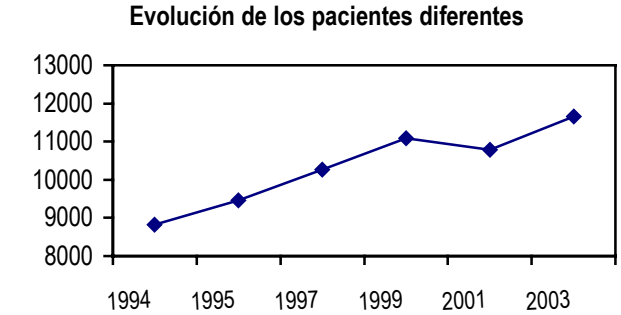


Figura 9 a 11

9 b INDICADORES DEL RENDIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN

INDICADORES ECONÓMICOS

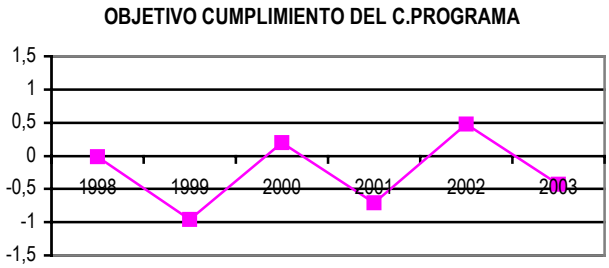


Figura 9 b 1

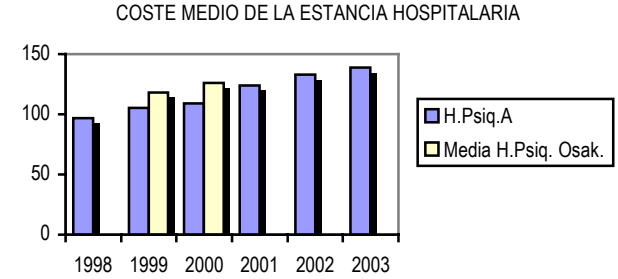


Figura 9 b 2

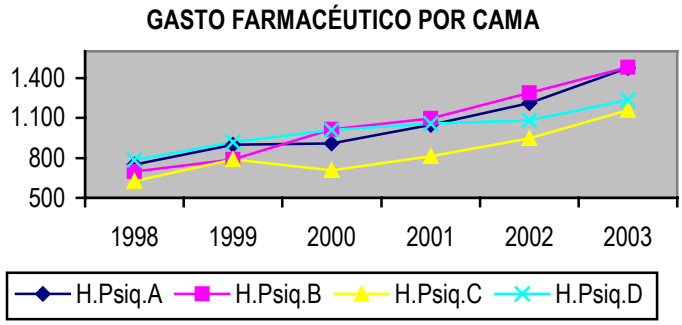


Figura 9 b 3

Coste capitativo de la atención ambulatoria

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
SMEA	17,22	16,38	15,90	16,91	17,32	18,13

Figura 9 b 4

Además de los indicadores referidos en este subcriterio pueden verse otros indicadores de rendimiento individual (subcriterio 7b).

INDICADORES ASISTENCIALES

1) <u>HOSPITAL PSIQUIÁTRICO</u>

Acorde con los objetivos asistenciales de nuestro proceso clave "Asistencia en Hospitalización", así como con la misión de nuestra organización, podemos ver en los siguientes gráficos cómo hemos ido reduciendo progresivamente la estancia media en las unidades de larga estancia y de psicogeriatría. Esta reducción es coherente con nuestra política de externalización de pacientes y su atención en el entorno social (psiquiatría comunitaria, subcriterio 2b). En las unidades de larga estancia hemos pasado (desde 1994 a 2003) de una estancia media de 19 a 10 años, lo que quiere decir que en estos 10 años se ha reducido un 52,6%. En las unidades de psicogeriatría, en el mismo periodo de tiempo, hemos pasado de 6 a 3,8 años de media, lo que supone una reducción de casi un 40%.
Los índices de ocupación nos dan una idea del rendimiento y utilización de los recursos disponibles en nuestro hospital. Tanto en las unidades de larga estancia (incluyendo la psicogeriatría) como en la unidad de media estancia estamos por encima del objetivo marcado (90% de ocupación en la Unidad de Media Estancia y 95% en unidades de larga estancia).

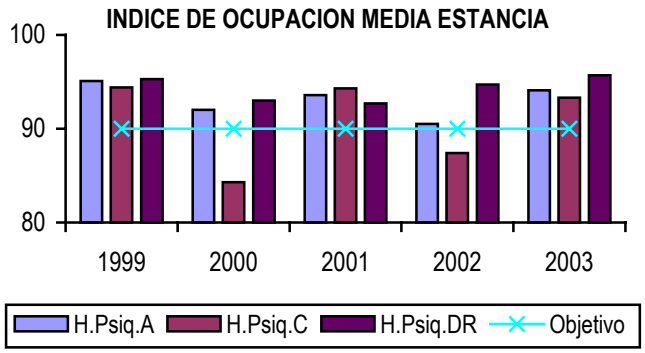


Figura 9 b 5.1

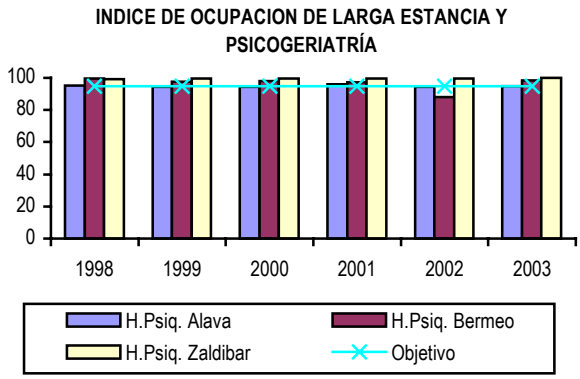


Figura 9 b 5.2

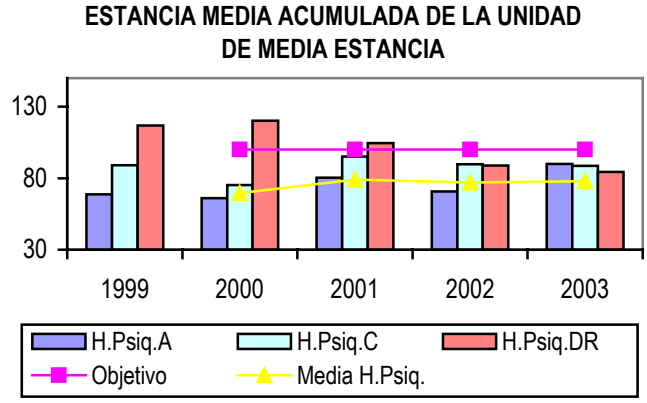


Figura 9 b 6.1

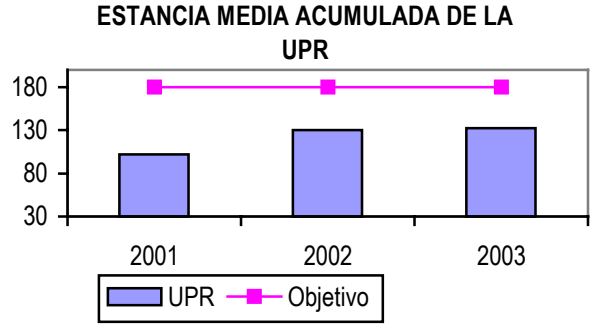


Figura 9 b 6.2

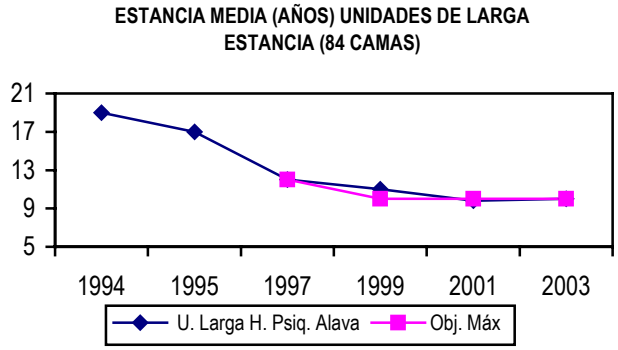


Figura 9 b 6.3

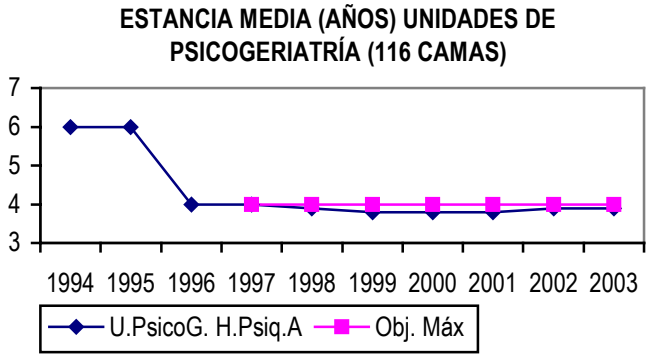


Figura 9 b 6.4

Otro indicador relevante es la tasa de reingresos. Se ha definido previamente lo que se considera como reingreso en un hospital psiquiátrico (nuevo ingreso por el mismo motivo antes de 90 días) y a partir de 1998 se puso en marcha un registro para medir esta tasa; también se implantaron registros específicos para medir la cumplimentación del plan de cuidados y la de la hoja de continuidad de cuidados de enfermería, ya que éstos son otros indicadores de calidad.

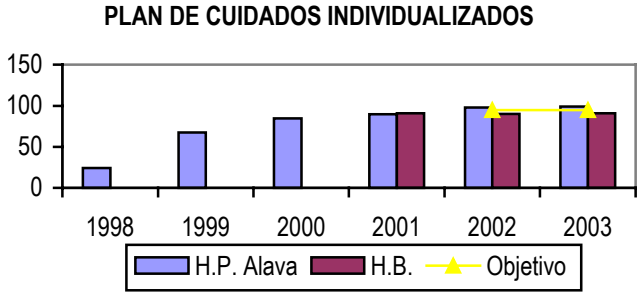


Figura 9 b 8

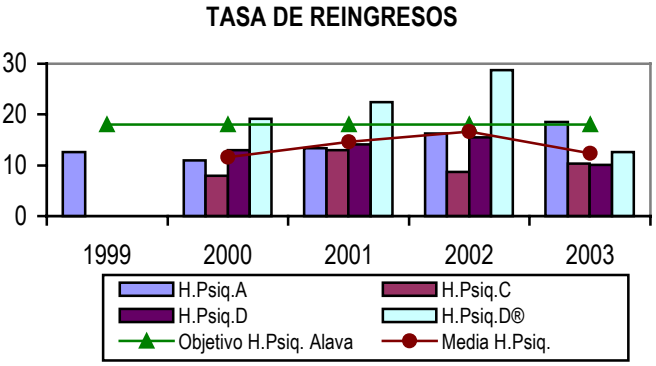


Figura 9 b 7

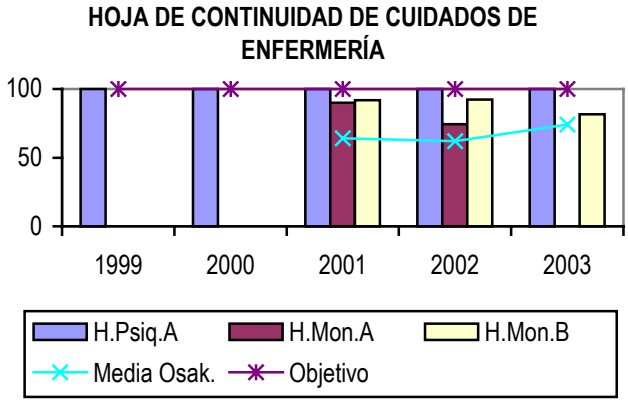


Figura 9 b 9

En nuestro Hospital tanto las úlceras de decúbito como los errores de medicación y los accidentes traumáticos de pacientes (indicadores de seguridad) se encuentran muy por debajo del objetivo establecido y de la media de todos los hospitales de la comunidad. También se han empezado a medir fugas y agresiones.

TASA DE ÚLCERAS

	1999	2000	2001	2002	2003
H. Psiq. A	0,071	0,061	0.036	0.038	0.035
H. Psiq. B			0,069	0,040	0,039

Media Osakidetza	0,7	1,1	1,1	1,9	1,2
Objetivo H. Psiq. Alava	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Figura 9 b 10

TASA DE ERRORES DE MEDICACIÓN

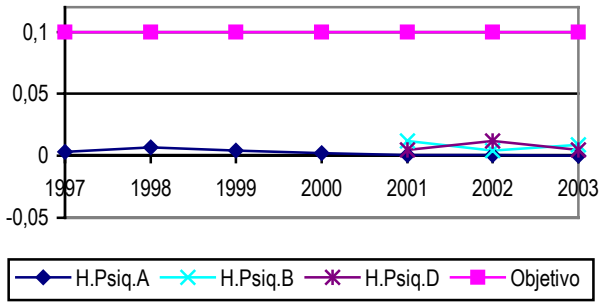


Figura 9 b 11

TASA DE ACCIDENTES

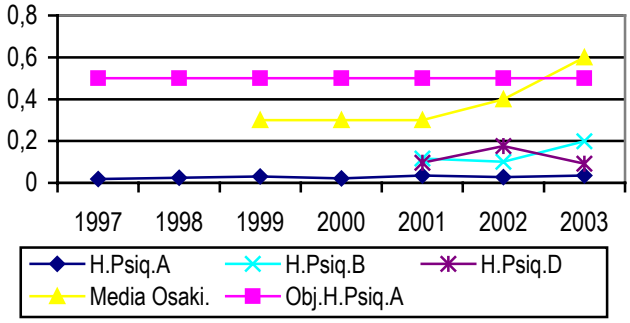


Figura 9 b 12

Fugas y agresiones

	2002	1Q 03	2 Q 03	1 Q 04	2 Q 04
Fugas e incump. horario	0,252	0,119	0,160	0,098	0,103
Agresiones	0,137	0,164	0,115	0,084	0,143

Figura 9 b 13.1

El objetivo de fugas y agresiones no es numérico ya que esperamos su estabilización al ser un registro joven. No existen comparaciones ya que este dato no se recoge en otras organizaciones.

Otros de nuestros objetivos son disminuir las altas voluntarias y por fuga y conseguir el mayor número de años sin ningún suicidio o muerte de carácter violento en el Hospital.

ALTAS VOLUNTARIAS, POR FUGA O POR SUICIDIO

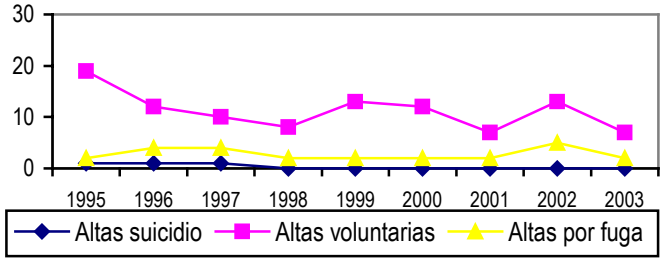


Figura 9 b 13.2

Los indicadores que se ponen a continuación miden de alguna forma la actividad de desinstitucionalización.

INDICE DE ALTAS RESPECTO A CAMAS EN UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

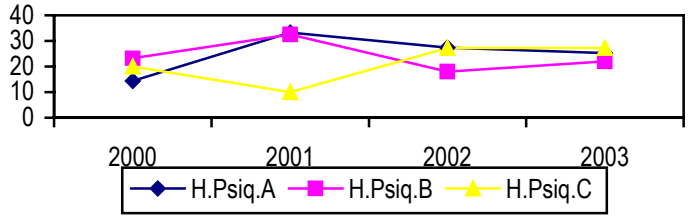


Figura 9 b 14

INDICE DE ALTAS RESPECTO A CAMAS EN UNIDADES DE PSICOGERIATRÍA

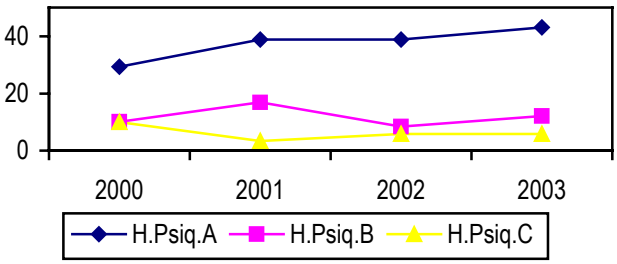


Figura 9 b 15

CENTROS EXTRAHOSPITALARIOS

CENTROS DE SALUD MENTAL

La frecuentación de pacientes que acuden por primera vez a un CSM (pacientes nuevos/población) y la frecuentación total de pacientes (total de pacientes activos/población), medidas en tanto por mil, reflejan un claro aumento en Álava, tanto en el número de pacientes nuevos como en el de pacientes totales. Estos datos concuerdan con el significativo aumento de nuestro número de consultas y altas por profesional de los últimos años (7 b 1.2, 7 b 1.3 y 7 b 1.4).

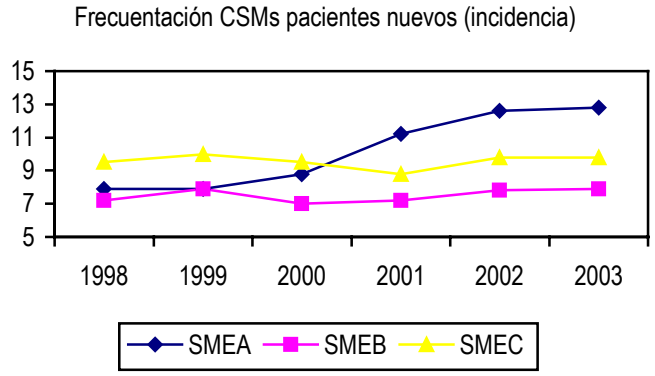


Figura 9 b 16

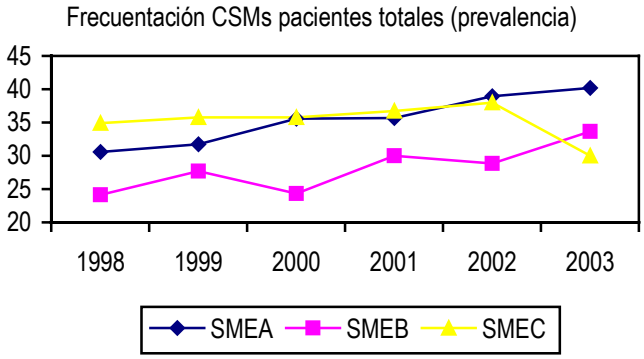


Figura 9 b 17

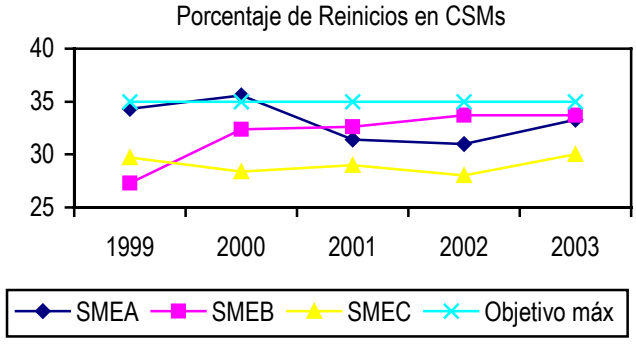


Figura 9 b 18

ESTRUCTURAS INTERMEDIAS

No es posible compararnos con otras regiones o Comunidades puesto que no siempre existe este tipo de estructuras intermedias y aunque, en algunas ocasiones la denominación coincide, las actividades y el concepto de la estructura no son similares.

Las estructuras intermedias existentes en Álava son:

- "Comunidad Terapéutica de Foronda", ocupada en la desintoxicación de toxicómanos.
- "Hospital de Día de Psiquiatría" creado para el abordaje precoz del primer episodio psicótico agudo.
- "Hospital de Día de Alcoholismo" empleado para atender a alcohólicos en periodo de deshabituación.
- "Centro de Día de Alcoholismo" centro dedicado a acoger a alcohólicos crónicos, realizando diferentes actividades terapéuticas, ocupaciones y lúdicas para evitar su marginación.
- "Servicio de Rehabilitación Comunitaria", que presta atención a los pacientes desinstitucionalizados que conviven en pisos, pensiones, … así como a pacientes psicóticos crónicos, realizándose de esta forma la continuidad de cuidados que precisan tras su alta hospitalaria.

A continuación presentamos algunos datos relevantes de cada una de estas estructuras:

INDICADORES COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE FORONDA

	Comunidad de Foronda (Álava)					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Índice Ocupación	78,33	83,5	76,9	75	53,6	85,2
Índice de Rotación	2,50	2,50	2,22	1,9	2	2,2
E.Media Obj<180 días	119	115	122	133	93	112

Figura 9 b 19

INDICADORES HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA

	1999	2000	2001	2002	2003
Pacientes	43	55	46	44	37
Estancias	4.937	5.253	5.366	5.733	5.262
Tiempo medio tratamiento al alta	145	133	159	202	219
Objetivo Máximo (días)	270	270	270	270	270

Figura 9 b 20

INDICADORES DEL HOSPITAL DE DÍA DE ALCOHOLISMO

	1999	2000	2001	2002	2003
	145	138	171	157	185
Estancias	8.481	11.846	14.212	15.642	18.565
Tiempo tratamiento al alta	65	96	73	98	105
Objetivo Máximo (días)	180	180	180	180	180

Figura 9 b 21.1

El Centro de Día de Alcoholismo y el Servicio de Rehabilitación Comunitaria (siguientes cuadros) acogen a pacientes con una patología cronificada y con niveles altos de deterioro físico y psíquico. No existe tiempo máximo de estancia y ésta suele ser, en la mayoría de los casos, de años. Gracias a estas dos estructuras se ha podido desinstitucionalizar a los pacientes sabiendo que van a recibir un seguimiento continuado. En ambos servicios se realizan gran cantidad de actividades terapéuticas, ocupacionales y lúdicas, prestándoseles el apoyo necesario para que puedan reintegrarse más fácilmente en sociedad.

INDICADORES CENTRO DE DÍA DE ALCOHOLISMO

	1999	2000	2001	2002	2003
Pacientes	60	64	71	72	69
Estancias	14.527	15.720	16.225	16.399	16.528

Figura 9 b 21.2

INDICADORES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA

	1999	2000	2001	2002	2003
Pacientes	216	214	220	207	222
Admisiones	43	31	30	23	41
Altas	33	24	34	26	39
Estancias	66.486	68.650	68.702	69.167	69.672

Figura 9 b 22

En la siguiente tabla vemos como la dotación de los recursos de salud mental comunitarios son superiores a los del resto de territorios de la Comunidad Autónoma Vasca y a los de la Comunidad de Madrid. Nos encontramos por encima de la dotación mínima establecida como objetivo por el Defensor del Pueblo Vasco (Informe sobre Atención Comunitaria en Salud Mental).

Estos recursos han sido promovidos y son gestionados directamente por nuestro Servicio de Rehabilitación Comunitaria de acuerdo con la política de desinstitucionalización de los pacientes de los hospitales psiquiátricos, ya mencionada en otros apartados de esta memoria (2b y 5c).

	Número de plazas por 100.000 habitantes				
	Álava	Vizcaya	Guipúzcoa	Madrid	Obj.
Centro/ H. de Día	68,3	15,4	17,19	15-30	60
Centro Ocupac.	23,10	1,5	7,6	--	6-10
Pisos Asistidos	7,2	--	--	6	6-10
Pensiones Supervis.	20,4	--	--	--	1-2
Pisos Supervis.	10,2	1,3	5,06	10*	6-10

Figura 9 b 23

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AAFF: Asociaciones de Familiares
ALDABIDE: Sistema Informático de Gestión Económico-Financiera
ANTZA: Asociación para la Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes
AP: Atención Primaria
ARARTEKO: Defensor del Pueblo Vasco
ARCT: Acuerdo de Regulación de Condiciones de Trabajo
ARTIUM: Centro-Museo Vasco de Arte Contemporáneo; Arte Garaikideko Euskal Zentro- Museoa
AS 400: Programa Informático de Gestión Asistencial
ASAFES: Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Alava
ASASAM: Asociación Ayalesa Pro Salud Mental
AUX: Auxiliar
BOE: Boletín Oficial del Estado
BOPV: Boletín Oficial del País Vasco
CAPV: Comunidad Autónoma del País Vasco
CCAA: Comunidades Autónomas
CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades. Décima Revisión
CP: Contrato Programa
CSM: Centro de Salud Mental
CTMEF: Centro de Tratamiento de Media Estancia de Foronda
CTT: Centro de Tratamiento de Toxicomanías
DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
DSM IV: Diagnostic and Stadistical Manual of Mental Disorders - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Revisión
DTS: Dirección Territorial de Sanidad
EFQM: European Foundation for Quality Management**-** Fundación Europea para la Gestión de la Calidad
EI ó EEII: Estructuras Intermedias
EIR: Enfermera Interna Residente
EUE: Escuela Universitaria de Enfermería
EUSKALIT: Kalitaterako Euskal Erakundea- Fundación Vasca para la Calidad
EUSTAT: Euskal Estatistika Erakundea- Instituto Vasco de Estadística
EVALEXPRESS Hoja de cálculo para la autoevaluación informatizada
EVALUA: Programa de evaluación para los informes de alta y las historias clínicas
EVTF: Escuela Vasca de Terapia de Familia
FCE: Factores Críticos de Éxito
FEDEAFES: Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos
FIR: Farmacéutico Interno Residente
FT: Fundación Tutelar
GAP: Gestión Administrativa de Personal
GFT: Gestión Farmacoterapéutica
GIZABIDE: Sistema Informático de Gestión de Personal
GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico
GV: Gobierno Vasco
HC ó Hª Cª: Historia Clínica
HHCC: Historias Clínicas
H.Psiq.A: Hospital Psiquiátrico de Álava
IFBS: Instituto Foral de Bienestar Social
IHOBE: Instituto Público Vasco para la Gestión Medioambiental
INE: Instituto Nacional de Estadística
IRABAS: Comisión de coordinación de las Comisiones de Docencia
ISO: International Organization for Standardization- Organización Internacional para la Normalización.
IT: Incapacidad Temporal
LAP: Ley de autonomía del Paciente
LE: Larga Estancia
LGS: Ley General de Sanidad
LOPDCP: Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal
LOSE: Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi
ME: Media Estancia
MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria
MIR: Médico Interno Residente
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
OPE: Oferta Pública de Empleo
OSABIDE: Sistema Informático/ de Información de Atención Primaria
OSATEK: Empresa Pública de Derecho Privado que gestiona la Alta Tecnología de Osakidetza
PE: Plan Estratégico
PIR: Psicólogo Interno Residente
PRACTICUM: Módulo de Prácticas Universitarias
RCP: Registro de Casos Psiquiátricos
RRHH: Recursos Humanos
RX: Rayos X
SAP: Aplicación Informática de Gestión Empresarial
SAPU: Servicio de Atención al Paciente y Usuario
SECA: Sociedad Española de Calidad Asistencial
SERV: Servicios
SGC: Sistema de Gestión de la Calidad
SM: Salud Mental
SME: Salud Mental Extrahospitalaria
SMEA Salud Mental Extrahospitalaria de Álava
SRC: Servicio de Rehabilitación Comunitaria
SSCC: Servicios Centrales
Svs: Servicio Vasco de Salud
TEC: Terapia Electro-Convulsiva
TIS: Tarjeta Individual Sanitaria
UGS: Unidad de Gestión Sanitaria
UPI: Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
UPR: Unidad de Psicosis Refractaria
URH: Unidad de Rehabilitación Hospitalaria
ZAINERI: Sistema Informático de Cuidados de Enfermería

LOCALIZACIÓN DE FIGURAS

Número	Título	Pág.
1 a 1	Misión	01
1 a 2	Visión	01
1 a 3	Participación y consenso en la Política y Estrategia	01
1 a 4	Valores	02
1 a 5	Áreas de Mejora priorizadas en las autoevaluaciones	03
1 c 1	Participación y difusión de la Calidad y la Excelencia	06
2 a 1	Fuentes de información para la Política y Estrategia	13
2 b 1	Principales indicadores de rendimiento interno	14
2 b 2	Ejemplos de indicadores del Plan de Calidad	15
2 b 3	Información de las actividades de aprendizaje	16
2 c 1	Factores Críticos de Éxito	18
2 d 1	Esquema de procesos clave	19
2 d 2	Despliegue y Revisión de la Política y Estrategia	20
3 a 1	Gestión de los recursos humanos	21
3 c 1	Grupos y Comisiones de participación	27
3 c 2	Implicación en conferencias y actos	28
3 d 1	Canales de comunicación	29
4 a 1	Alianzas/Colaboraciones Socio-sanitarias	32
4 a 2	Alianzas/Colaboraciones Servicios Externos	33
4 a 3	Alianzas/Colaboraciones Formativas	33
4 d 1	Gestión de la tecnología	38
4 e 1	Gestión de la información y el conocimiento	39
4 e 2	Difusión de la actividad intelectual	40
5 a 1	Mapa de Procesos (Nivel 0)	43
5 b 1	Mejoras en los procesos	44
5 b 2	Nuevas filosofías y tecnologías operativas	45
5 d 1	Cartera de Servicios	48
5 d 2	Portadas de la oferta de servicios a los clientes	48
5 d 3	Resumen de cartera de servicios de Enfermería	49
6 a 1	Satisfacción de pacientes hospitalizados	52
6 a 2	Comparaciones de satisfacción pacientes hospitalizados	52
6 a 3	Satisfacción de Familiares de Pacientes	53
6 a 4	Comparaciones de satisfacción de Familiares	53
6 a 5	Satisfacción de Pacientes de CSMs	54
6 a 6	Comparaciones Excelencia de pacientes de CSMs	54
6 a 7	Otras comparaciones de pacientes de CSMs	54
6 b 1	Accesibilidad telefónica	55
6 b 2.1	Demora media para Consultas de Acogida Enfermería	55
6 b 2.2	Demora media para Primera Consulta Facultativo	55
6 b 2.3	Demora media en la sala de Espera	55
6 b 2.4	Duración media de la Consulta	56
6 b 3	Reclamaciones	56
7 a 1	Satisfacción de las Personas	57
7 a 2	Comparaciones con organizaciones similares	57
7 a 3	Comparaciones externas	58
7 a 4	Posicionamiento de los factores de satisfacción	59
7 a 5	Segmentación de la satisfacción por Unidades	59
7 a 6	Percepción de los Valores	60
7 a 7.1	Satisfacción con la Formación recibida	60
7 a 7.2	Personas que no han recibido Formación	60
7 a 8	Personas que no conocen los objetivos de la Unidad	61
7 b 1.1	Altas y camas por facultativo y enfermera en el hospital	61
7 b 1.2	Pacientes nuevos por facultativo en CSMs	61
7 b 1.3	Pacientes diferentes por facultativo en los CSMs	61
7 b 1.4	Altas por facultativo en CSMs	61
7 b 1.5	Consultas de Acogida por enfermera especialista	61
7 b 2.1	Siniestralidad	62
7 b 2.2	Vigilancia de la salud	62
7 b 3.1	Asistencia a cursos	62
7 b 3.2	Coste de la formación	62
7 b 3.3	Gasto en docentes propios	62
7 b 4.1	Porcentaje de Enfermeras Especialistas	63
7 b 4.2	Movilidad Horizontal Temporal	63
7 b 4.3	Promoción interna	63
7 b 5.1	Implicación en equipos de mejora	63
7 b 5.2	Participación en encuestas	64
7 b 6	Gestión de quejas y reclamaciones	64
7 b 7	Absentismo laboral	64
7 b 8.1	Demandas judiciales de las personas	64
7 b 8.2	Fallos favorables de las demandas	64
8 a 1	Conferencias y actos en la comunidad	65
8 a 2	Percepción de las Visitas Guiadas	65
8 a 3	Comportamiento ético	66
8 a 4	Satisfacción de alumnas de pregrado	66
8 b 1.1	Ponencias, comunicaciones y publicaciones	67
8 b 1.2	Difusión de la Excelencia	67
8 b 1.3	Información periódica de la organización	67
8 b 1.4	Visitas Guiadas	67
8 b 1.5	Comportamiento ético	68
8 b 2.1	Gastos de Explotación	68
8 b 2.2	Consumos de material sanitario desechable	68
8 b 2.3	Evolución del empleo fijo	68
8 b 2.4	Evolución del empleo temporal	68
8 b 2.5	Implicación en la formación pregrado	68
8 b 2.6	Implicación en la formación postgrado	69
8 b 3.1	Consumos de gas, agua y electricidad	69
8 b 3.2	Eliminación de residuos biosanitarios	69
8 b 4	Felicitaciones y premios	69
8 b 5	Cobertura en prensa	69
9 a 1	Ingresos totales (CP y otros ingresos)	70
9 a 2	Gastos totales	70
9 a 3	Gastos de Personal (Plantilla fija y sustituciones)	70
9 a 4	Evolución de altas, ingresos y camas	70
9 a 5.1	Altas de la Unidad de Media Estancia	70
9 a 5.2	Altas de la Unidad de Psicosis Refractaria	71
9 a 6	Altas de las U. de Larga Estancia y Psicogeriatría	71
9 a 7	Primeras Consultas en los CSMs	71
9 a 8	Consultas sucesivas en los CSMs	71
9 a 9	Consultas de Acogida en los CSMs	71
9 a 10	Evolución de Altas en los CSMs	71
9 a 11	Evolución de Pacientes Diferentes en los CSMs	71
9 b 1	Objetivo de cumplimiento de Contrato-Programa	71
9 b 2	Coste medio de la estancia hospitalaria	71
9 b 3	Gasto Farmacéutico por cama	72
9 b 4	Coste capitativo de la atención ambulatoria	72
9 b 5.1	Indice de ocupación de Media Estancia	72
9 b 5.2	Indice de ocupación de Larga Estancia y Psicogeriatría	72
9 b 6.1	Estancia Media Acumulada de la U. de Media Estancia	72
9 b 6.2	Estancia Media Acumulada de la UPR	72
9 b 6.3	Estancia Media de las U. de Larga Estancia (años)	72
9 b 6.4	Estancia Media de las U. de Psicogeriatría (años)	73
9 b 7	Tasa de Reingresos	73
9 b 8	Plan de Cuidados Individualizados	73
9 b 9	Continuidad de Cuidados de Enfermería	73
9 b 10	Tasa de Úlceras	73
9 b 11	Tasa de errores de medicación	73
9 b 12	Tasa de accidentes	73
9 b 13.1	Registro de fugas y agresiones	73
9 b 13.2	Altas voluntarias, por fuga o por suicidio	74
9 b 14	Indice de Altas/Camas en U. de Larga Estancia	74
9 b 15	Indice de Altas/Camas en U. de Psicogeriatría	74
9 b 16	Frecuentación de pacientes nuevos en CSMs (incidencia)	74
9 b 17	Frecuentación total de pacientes en CSMs (prevalencia)	74
9 b 18	Tasa de Reinicios en CSMs	74
9 b 19	Indicadores de la Comunidad Terapéutica	75
9 b 20	Indicadores del Hosp. de Día de Psiquiatría	75
9 b 21.1	Indicadores del Centro de Día de Alcoholismo	75
9 b 21.2	Indicadores del Hosp. de Día de Alcoholismo	75
9 b 22	Indicadores de Rehabilitación Comunitaria	75
9 b 23	Plazas de recursos extrahospitalarios	75

Aclaraciones útiles para la lectura de la memoria:

Citas entre paréntesis:
(3 b): Significa subcriterio de referencia para ampliar información
(8 b 4): Significa figura de referencia para consultar información

Líneas de texto en rojo:
Son los diferentes aspectos a analizar de cada subcriterio del Modelo de Excelencia, a los que se hace referencia de forma independiente en cada párrafo.

Localización de figuras y glosario de abreviaturas:
Se facilita en hoja aparte un esquema para la localización rápida de las figuras que se citan en el texto y el glosario de las abreviaturas utilizadas.

Identificación del centro en las figuras y gráficos:
Hospital Psiquiátrico de Álava = H.Psiq. A
Salud Mental Extrahospitalaria de Álava = SMEA