



## MEMORIA Q PLATA EFQM 2005



**EUSKALIT**  
Kalitaterako Euskal Iraskundea  
Fundación Vasca para la Calidad



**Osakidetza**



OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD



COMUNIDAD EUROPEA  
Fondo Social Europeo





## Criterios y subcriterios

<b>0. Presentación</b>	<b>7</b>
<b>1. Liderazgo</b>	<b>11</b>
1.a Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia	12
1.b Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización	15
1.c Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad	16
1.d Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización	18
1.e Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización	21
<b>2. Política y Estrategia</b>	<b>23</b>
2.a La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés	24
2.b La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas	30
2.c Desarrollo, revisión y actualización de la política y estrategia	32
2.d La política y estrategia se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave	36
<b>3. Personas</b>	<b>39</b>
3.a Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos	40
3.b Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización	44
3.c Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la organización	46
3.d Existencia de un diálogo entre las personas y la organización	49
3.e Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización	51
<b>4. Alianzas y Recursos</b>	<b>55</b>
4.a Gestión de alianzas externas	56
4.b Gestión de recursos económicos y financieros	58
4.c Gestión de edificios, equipos y materiales	60
4.d Gestión de la tecnología	62
4.e Gestión de la información y del conocimiento	64
<b>5. Procesos</b>	<b>69</b>
5.a Diseño y gestión sistemática de los procesos	70
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 más valor	73
5.c Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes	76
5.d Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios	78
5.e Gestión y mejora de las relaciones con los clientes	81
<b>6. Resultados en los clientes</b>	<b>83</b>
6.a Medidas de percepción	84
6.b Indicadores de rendimiento	90
<b>7. Resultados en las personas</b>	<b>95</b>
7.a Medidas de percepción	96
7.b Indicadores de rendimiento	101
<b>8. Resultados en la sociedad</b>	<b>105</b>
8.a Medidas de percepción	106
8.b Indicadores de rendimiento	108
<b>9. Resultados clave</b>	<b>111</b>
9.a Resultados clave de rendimiento de la organización	112
9.b Indicadores de rendimiento de la organización	116
<b>Glosario</b>	<b>121</b>

## Figuras

<b>1. Liderazgo</b>	<b>11</b>
1.a.1 Misión, Visión y Valores PE 2002-2006	13
1.a.2 Papel de los líderes en el despliegue de valores	13
1.b.1 Proceso de Panificación y Gestión Estratégica	15
1.b.2 Implicación de los líderes	16
1.c.1 Ponencias y comunicaciones divulgadoras de nuestra experiencia	17
1.c.2 Algunos ejemplos de actividades de benchmarking. Visitas realizadas	18
1.c.3 Relaciones efectivas con otros agentes	19
1.d.1 Utilidad de los canales de comunicación	20
1.e.1 Formación a AP	21
1.e.2 Evolución de la derivación a AP	21
1.e.3 Evaluación de los cambios. Sistema de indicadores	21
1.e.4 Composición Grupos de trabajo. Año 2005	22
<b>2. Política y Estrategia</b>	<b>23</b>
2.a.1 Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente (definiciones)	24
2.a.2 Grupos de interés fundamento de la política y estrategia	25
2.a.3 Ítems analizados y puntuaciones. Encuesta post presentación Plan Estratégico, año 2002	26
2.a.4 Fuentes de información de los grupos de interés	28
2.b.1 Otras fuentes de evaluación cuantitativa	30
2.b.2 Algunos ejemplos de mejora	31
2.b.3 Otros ejemplos fruto de la revisión y aprendizaje	32
2.c.1 Esquema del proceso de planificación estratégica	33
2.c.2 Objetivos estratégicos 2002-2006	34
2.c.3 Actualización de la PyE	34
2.d.1 Esquema de procesos clave	35
2.d.2 Ejemplo de despliegue de Plan	36
<b>3. Personas</b>	<b>39</b>
3.a.1 Tasas para cada tipo de profesional	41
3.a.2 Incorporaciones y contratos	42
3.a.3 Valoración de la selección e integración de profesionales	42
3.a.4 Cambios en la planificación, gestión y mejora de los recursos humanos	43
3.b.1 Empleados investigadores, docentes y participación en actividades de formación	45
3.b.2 Alumnos y tutores de prácticas en CSM	45
3.b.3 Mejoras fruto del aprendizaje	46
3.c.1 Implicación y asunción de responsabilidades	47
3.c.2 Foros de participación	48
3.d.1 Profesionales por centro	49
3.d.2 Herramientas de comunicación formal e informal	49
3.d.3 Evaluación Plan de Incorporación	50
3.d.4 Mejoras para impulsar el diálogo entre las personas	50
3.e.1 Prestaciones e indicadores de Salud Laboral	52
3.e.2 Dimensiones y preguntas de la Encuesta a Personas	53
<b>4. Alianzas y Recursos</b>	<b>55</b>
4.a.1 Gestión de alianzas	56
4.b.1 Modificaciones de enfoque	59
4.c.1 Mejoras y cambios en Gestión de los edificios, instalaciones y materiales	61
4.d.1 Ejemplos de mejora tecnológica	63
4.e.1 Estructura de Reglamento de Uso de la Historia Clínica	64
4.e.2 Gestión de la información y del conocimiento	65
4.e.3 Gestión del conocimiento	66
4.e.4 Proceso de difusión del conocimiento mediante Calendario de Sesiones Clave	67

<b>5. Procesos</b>	<b>69</b>
5.a.1 Mapa de procesos SMEG	70
5.a.2 Inventario de los Procesos	71
5.a.3 Ficha de descripción del proceso de admisión	72
5.a.4 Mejora en Diseño de Procesos - Gestión	72
5.b.1 Fuentes de captación de áreas de mejora	74
5.b.2 Estudios de Calidad	74
5.b.3 Ejemplos de introducción de mejoras en los procesos	75
5.c.1 Indicadores de CP	77
5.c.2 Intervenciones en el Procesos Asistencial	77
5.c.3 Proceso asistencial	78
5.d.1 Proceso de admisión	79
5.d.2 Evolución consultas	79
5.d.3 Atención preferente tras alta hospitalaria	80
5.e.1 Tramitación de quejas y reclamaciones	81
5.e.2 Algunos ejemplos de intervención con Asociaciones	82
5.e.3 Ejemplos de mejora derivados de la relación con clientes	82
<b>6. Resultados en los Clientes</b>	<b>83</b>
6.a.1 Expectativas y necesidades de los pacientes. Indicadores / Preguntas de la encuesta	84
6.a.2 Medidas directas de percepción de nuestros clientes	85
6.a.3 Tiempo en coger el teléfono	86
6.a.4 Cambio de cita	86
6.a.5 Posibilidad de contacto con el terapeuta	86
6.a.6 Trato personal administrativo	86
6.a.7 Conocimiento identidad del terapeuta	86
6.a.8 Atención prestada por su terapeuta	87
6.a.9 Comprensión del problema	87
6.a.10 Intimidad en consulta	87
6.a.11 Limpieza	87
6.a.12 Temperatura	87
6.a.13 Ambiente	88
6.a.14 Comodidad	88
6.a.15 Valoración global positiva	88
6.a.16 Valoración respecto a expectativas	88
6.a.17 Mejoría tras consulta	88
6.a.18 Valoración global excelente	88
6.a.19 Expectativas y necesidades de los MIR familia. Indicadores / preguntas de la encuesta	89
6.a.20 Utilidad de lo aprendido	89
6.a.21 Claridad de las exposiciones	89
6.a.22 Capacidad del docente	89
6.a.23 Opinión global	89
6.a.24 Expectativas y necesidades de los alumnos. Indicadores / preguntas de la encuesta	90
6.a.25 Valoración global	90
6.b.1 Indicadores de rendimiento	90
6.b.2 % de casos con demora menor de 30 días para primera consulta adultos	90
6.b.3 % de casos con demora menor de 30 días para primera consulta infanto-juvenil	90
6.b.4 Tasa de hospitalización aguda desde CSM	91
6.b.5 Derivaciones hospitalarias informadas	91
6.b.6 Evolución de reinicios en programa de psiquiatría general	91
6.b.7 Relación entre derivaciones a AP y Reinicios	91
6.b.8 Reinicios tras derivación a AP en seguimiento hasta 24 meses	92
6.b.9 Evolución de la tasa de pacientes que no acude a la consulta establecida	92
6.b.10 % de quejas y reclamaciones por paciente/año	92
6.b.11 Tipología de quejas y reclamaciones	92
6.b.12 Evolución de la asistencia urgente en CSM	93

<b>7. Resultados en las personas</b>	<b>95</b>
7.a.1 Encuesta de satisfacción de profesionales de SMEG	97
7.a.2 Factores y dimensiones de la encuesta	98
7.a.3 Aspectos que más pueden influir en la satisfacción	98
7.a.4 Medidas directas de percepción de nuestros profesionales	99
7.a.5 Indicadores / preguntas de la encuesta de Formación	100
7.a.6 Cumplimiento objetivos s/ expectativas	100
7.a.7 Opinión global	100
7.b.1 Indicadores de rendimiento	101
7.b.2 Pacientes nuevos por psiquiatra y año	101
7.b.3 Altas por psiquiatra y año	102
7.b.4 Participación en encuestas	102
7.b.5 Movilidad y Promoción interna. Adecuación de puestos	102
7.b.6 Compensación a personal investigador, docente y financiación de actividades de formación	102
7.b.7 % Compensación por actividad docente según gasto total	103
7.b.8 Financiación por puesto	103
7.b.9 Ayudas, servicios y otros indicadores	103
7.b.10 Indicadores de Salud Laboral	104
7.b.11 Absentismo por Incapacidad Temporal	104
<b>8. Resultados en la sociedad</b>	<b>105</b>
8.a.1 Evolución de la contratación temporal	106
8.a.2 Integración laboral de pacientes con TMS	107
8.a.3 Ejemplos de Convenios de colaboración ciudadana con Ayuntamientos	107
8.a.4 Ejemplos de Cursos realizados con entidades colaboradoras	108
8.b.1 Apariciones en prensa de SMEG	109
8.b.2 Residuos sanitarios	109
<b>9. Resultados Clave</b>	<b>111</b>
9.a.1 Resultados económicos	113
9.a.2 Comparación Resultados Económicos	113
9.a.3 Disciplina presupuestaria y crecimiento	114
9.a.4 Eficiencia Económica	114
9.a.5 Venta de servicios a terceros	114
9.a.6 Evolución del número anual de pacientes atendidos	115
9.a.7 Evolución del número total de consultas	115
9.a.8 Evolución del número de pacientes atendidos por psiquiatra y año	115
9.a.9 Evolución del número anual de inicios y altas	115
9.a.10 Resultados de actividad de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica	116
9.a.11 Estancias en estructuras intermedias	116
9.b.1 Eficiencia asistencial: coste medio de consulta por programa	116
9.b.2 Saldos de dudoso cobro	117
9.b.3 Tesorería	117
9.b.4 Tasa de gasto en sustituciones de personal	117
9.b.5 Evolución Demora media para primera consulta	117
9.b.6 Tasa de pacientes adultos con diagnóstico tras tres consultas	118
9.b.7 Contactos por paciente (excluye Metadona)	118
9.b.8 Consultas por paciente, según grupo diagnóstico	118
9.b.9 Demora media para consulta tras alta hospitalaria	118
9.b.10 Evolución de la atención a Psicosis	119
9.b.11 Tasa de derivación a AP	119
9.b.12 Evolución Tasa de abandonos / altas voluntarias	119
9.b.13 Total de casos nuevos atendidos fuera de su zona de referencia	119



# Presentación

# Presentación

La estructura de los Servicios de Asistencia Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma Vasca tiene su base en el informe que la comisión asesora, presidida por el Dr. Ajuriaguerra, elaboró en los años 80 y en el que se recogía, entre otras, la necesidad de desarrollar servicios extrahospitalarios (centros de salud mental, hospitales de día, visitas domiciliarias, servicios de rehabilitación comunitaria, etc.) para el diagnóstico y tratamiento precoz, y preferiblemente ambulatorio, de los trastornos psiquiátricos mediante la creación de equipos multidisciplinares.

Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa (SMEG) es una Organización de servicios sanitarios de OSAKIDETZA en Gipuzkoa, con la misión de *prestar asistencia psiquiátrica especializada en régimen ambulatorio desde una perspectiva comunitaria que responda a los principios de accesibilidad, eficiencia y calidad basada en procedimientos de eficacia probada*. SMEG tiene su origen en la creación por la Diputación Foral de Gipuzkoa del Órgano Especial de Administración de Salud Mental, con fecha 1 de Setiembre de 1982, como red paralela al sistema sanitario público. En 1985 fue transferido al Gobierno Vasco, con adscripción en Osakidetza, en virtud de la Ley de Territorios Históricos.

## Asistencial

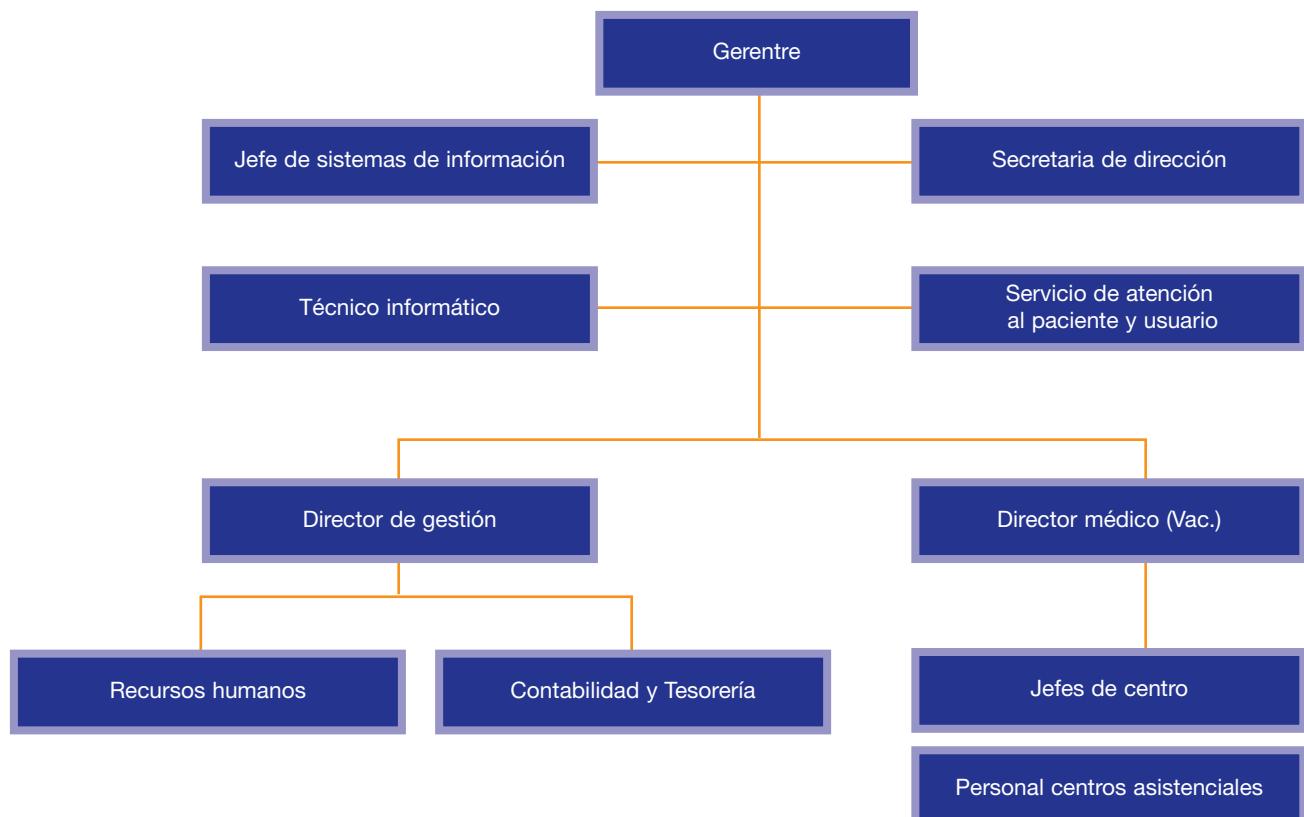
Facult. Psiquiatra	%29
Facult. Psicólogo	%15
Enfermería	%24
Terap. Ocupacional	%04
Trabajadora social	%09
P. Auxiliar	%12

## Estructura

P. Administración	%06
Directivo	%01

Dispone de una plantilla de 137 puestos (73,20% mujeres y 26,80% hombres) con una media de edad de 44 años en el caso de las mujeres y de 47 en el de los hombres. Por categorías profesionales, el Personal Asistencial absorbe al 93% y el de Estructura al 7%; el 74,5 % de la plantilla tiene contrato fijo..

Las 137 personas están destinadas en 15 unidades distribuidas en el Territorio de Gipuzkoa, en las que se trata



## Hitos relacionados con la calidad

<b>1998</b>	Primer Contrato programa. Primer Plan Estratégico SMEG para el período 1999-2001.
<b>1999</b>	Primera encuesta (parcial) a usuarios.
<b>2000</b>	Primera autoevaluación EFQM. Primera encuesta a empleados. Asociación a Euskalit como socio colaborador.
<b>2001</b>	Obtención del Diploma de Compromiso. Segundo Plan Estratégico de SMEG para el período 2002-2006.
<b>2002</b>	Diseño del mapa de procesos. Incorporación Director de Gestión al Club Evaluadores de Euskalit. Segunda encuesta a usuarios, según modelo corporativo.
<b>2003</b>	Segunda autoevaluación EFQM. Segunda encuesta a empleados según modelo corporativo.
<b>2004</b>	Plan de Calidad SMEG incluido en el Plan de Calidad de Osak. Tercera encuesta a usuarios. Implantación ISO 9001:2000 en dos procesos asistenciales: PMM y TCA. Programa de Becas Euskalit: 1 Técnico de Calidad en formación.
<b>2005</b>	Tercera encuesta a empleados. Tercera Autoevaluación EFQM y elaboración de la Memoria para Evaluación Externa. Contratación Técnico de Calidad.

a más de 20.000 pacientes por año y para lo cual disponemos de un presupuesto anual que supera los 7 millones de euros

Nuestra cartera de servicios atiende las necesidades psiquiátricas de los ciudadanos de Gipuzkoa en el campo de la Psiquiatría General de Adultos e Infanto-juvenil, Alcoholismo, Toxicomanías, Programas de Mantenimiento con Metadona y Programa Específico e Intensivo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Los servicios ofertados para la atención de los diferentes programas incluyen las prestaciones de Acogida, Evaluación/Diagnóstico y Orientación del Caso, Tratamiento y Continuidad de Cuidados, tanto en régimen ambulatorio como domiciliario (en un porcentaje poco significativo), mediante la utilización de diferentes técnicas y herramientas terapéuticas: Psicoterapia individual y grupal, Psicofarmacología, Terapia familiar, Programas de Rehabilitación psiquiátrica, etc., a las que se suman actividades de Apoyo al paciente y familiares, Gestión socio-laboral, etc.

A lo largo de estos años de andadura muchos son los factores que han tenido influencia en nuestra evolución, tanto a nivel positivo como negativo. Por ser aspectos reconocidos como de necesidad de mejora, y sobre los

que hemos trabajado en estos años, queremos dejar constancia de los aspectos más relevantes que entendemos han frenado o dificultado nuestra labor como RED de Salud Mental en Gipuzkoa:

- Desarrollo insuficiente de la Red de Salud Mental y en especial en el ámbito infantojuvenil y psicogeriatrónico.
- Largas periodos sin estructura directiva, con algunos modelos poco participativos y/o con insuficiente dedicación a Salud Mental.
- Falta de estructuras intermedias suficientes, tanto propias como sociosanitarias o sociales, en la atención de las patologías graves (URP, Hospitales de Día, Centros de Día, Residencias, Pisos, etc.)
- Excesiva dedicación relativa de recursos a patologías menos graves, condicionando el desarrollo del modelo comunitario.

Con la incorporación del DG actual se produce un cambio significativo en el modelo de gestión de la organización cuyo impacto se observa en los principales hitos relacionados con la calidad en SMEG que se presentan en la tabla adjunta.





# Liderazgo

1

# 1. Liderazgo

Siguiendo la “Guía de Autoevaluación de organizaciones sanitarias”, en nuestra Organización definimos como LIDER a todo aquel profesional que, de forma permanente o temporal, tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro de la organización compartiendo su Misión, Visión y Valores. Para nosotros, el liderazgo supone ejercer las responsabilidades directivas, promoviendo un estilo participativo, el trabajo en equipo y la participación, en su caso, en tareas asistenciales, administrativas, docentes y/o de formación e investigación. Además del ED (3 personas), son líderes en nuestra Organización los Coordinadores de Comarca (3 Jefes de Servicio que a su vez ejercen la jefatura del centro correspondiente) y los JCSM (7 Jefaturas en 1998, 8 en 2000 tras la incorporación del CSM de Arrasate a nuestra Organización, y 9 en 2004 tras la segregación como centro diferenciado de la Unidad de Rehabilitación, anteriormente integrada en un CSM). Tanto los Jefes de Servicio como los JCSM compatibilizan su función de liderazgo con la atención directa al paciente, que supone una dedicación superior al 80%. Igualmente son líderes aquellas personas que dirigen equipos de forma temporal para la realización de proyectos o actividades con una duración determinada (grupos de trabajo derivados del CT, grupos de investigación, ISO). En todos los casos, entendemos que el líder debe actuar como agente facilitador de las actividades del resto de profesionales actuando como soporte en sus relaciones y contactos con los pacientes y usuarios.

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

La elaboración del **primer PE** de Salud Mental Extrahospitalaria (ver 2c), para el período 1999-2001, se desarrolló mediante un grupo de trabajo de 6 líderes integrado por el ED y los Jefes de Servicio/Coordinadores de Comarca, a lo largo del segundo semestre del año 1998. La comunicación del Proyecto de la Organización se llevó a cabo utilizando diversos canales: los propios participantes en la elaboración, el CT y la reunión mensual de JCSM. En aquel primer Plan Estratégico se definió la misión de SMEG como la de *“prestar asistencia psiquiátrica en el ámbito comunitario”*, haciendo una especial mención a la *“constante preocupación por la calidad de nuestros servicios...”* e iniciando en aquel tiempo las líneas de trabajo basadas en el modelo EFQM.



Quiénes son los líderes			
	1998	2000	2004
Director Gerente	1	1	1
Director de Gestión	1	1	1
Jefe Sistemas Información	1	1	1
Jefe Servicio/Coordinador	3	3	3
Jefe de Centro	7	8	9

El **segundo PE**, para el período 2002-2006 se desarrolla mediante un grupo de 10 profesionales de la Organización, 7 de ellos líderes, a fin de dar cabida a las diferentes sensibilidades de los profesionales de la Organización como fruto del aprendizaje obtenido en el desarrollo del primer PE, siendo revisado y aprobado por el CT con fecha 14 de Diciembre de 2001 y por el CD con fecha 21 de Diciembre de 2001. Para su difusión, a diferencia del PE anterior, se diseñaron posibles planes de comunicación que finalmente cristalizaron en una Jornada en la que fueron los propios participantes en el grupo de redacción (líderes y profesionales), ajenos al ED, los encargados de explicar los contenidos del Plan al resto del personal. Este formato, comunicado desde el inicio a los participantes, generó una mayor implicación de los líderes en su elaboración y difusión y una mayor participación en los contenidos allí recogidos por los profesionales. Dado que debemos mantener un servicio mínimo en cada Centro, a la jornada asistieron un total de 85 profesionales de la Red (63% de la plantilla en aquel momento) que, al finalizar, realizaron una encuesta sobre la metodología de comunicación empleada (2.a.3). Igualmente, la Jornada tuvo eco en Prensa, mediante la difusión de una nota informativa a través de la Dirección Territorial de Sanidad

### 1.a.1. Misión, Visión y Valores PE 2002-2006

MISIÓN	VISIÓN
<p>Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa es una Organización de Servicios de Osakidetza/SVS que tiene la misión de prestar asistencia psiquiátrica especializada en régimen ambulatorio desde una perspectiva comunitaria que responda a los principios de accesibilidad, eficiencia y calidad basada en procedimientos de eficacia probada.</p> <p>Es nuestra principal tarea la satisfacción de las necesidades derivadas de la patología psiquiátrica de los pacientes (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Ser el referente de la atención psiquiátrica especializada para los ciudadanos de Gipuzkoa.</li> <li>► Liderar la continuidad de cuidados impulsando el contacto y la colaboración entre los profesionales y con los demás agentes del sistema sanitario y social.</li> <li>► Prestar atención especial al tratamiento de las patologías más graves.</li> <li>► Impulsar la participación del paciente como agente activo en el cuidado de su salud.</li> </ul>
VALORES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>► Orientación al paciente.</li> <li>► Accesibilidad</li> <li>► Comunicación</li> <li>► Participación de los profesionales en las decisiones de la empresa.</li> </ul>	

### 1.a.2. Papel de los líderes en el despliegue de los valores

VALORES	DESPLIEGUE	PARTICIPACIÓN DE LOS LÍDERES	REVISIÓN
Orientación al paciente	<p>Medición de la satisfacción del paciente</p> <p>Atención a sugerencias, quejas y reclamaciones</p>	<p>Organización del proceso de recogida de datos</p> <p>Gestión de reclamaciones de cada centro</p> <p>Análisis de resultados e implementación de medida de mejora</p>	Seguimiento mensual del cumplimiento de objetivos
Accesibilidad	Medición mensual de demoras	Responsabilidad en el cumplimiento del indicador	Encuesta de satisfacción de usuarios
Participación de los profesionales en las decisiones de empresa	<p>Participación en autoevaluación y elaboración del Plan Funcional de su CSM</p> <p>Creación de equipos de trabajo</p>	<p>Proponiendo objetivos e indicadores para PG</p> <p>Facilitando la participación de las personas en las diferentes iniciativas</p>	Encuesta de satisfacción de personas
Reconocimiento del trabajo	Elaboración de medidas de mejora de reconocimiento	Facilitando la participación de las personas en las diferentes iniciativas	Autoevaluación bienal

en Gipuzkoa. Para asegurar el conocimiento por parte de todos los profesionales de la Misión, Visión y Valores, además de la jornada de presentación, se remitió un escrito personalizado a cada profesional de la Organización con una versión resumida del PE, a fin de asegurar su total difusión y facilitar su lectura. Con posterioridad, el ED realizó una visita a cada CSM en el que, nuevamente, se daba una visión global del PE y de sus aspectos más importantes.

Del Proyecto de Gestión extraemos la Misión, Visión y Valores de SMEG (1.a.1) establecidos por nuestros líderes, y que vinieron a modificar los establecidos en el PE de 1999, tras un proceso de revisión y adecuación (ver 2.c.3).

A fin de llevar a la práctica los principios enunciados en la Misión y Visión de SMEG existen líneas de trabajo estructuradas para el total de los Centros como, por ejemplo, la reducción de la demora para primera consulta, la intensificación del trabajo con los pacientes más graves,

la consideración preferencial para pacientes tras ingreso agudo hospitalario, etc. Los Valores formulados han sido impulsados y desarrollados por los líderes de la Organización actuando como modelo de referencia de los mismos. Así, por ejemplo, buscamos la satisfacción de los pacientes a través de planes de acción que redunden en una mayor accesibilidad al sistema manteniendo las relaciones con los aliados clave (Hospital Donostia, Atención Primaria). El papel de los líderes en el despliegue de los Valores se observa en la figura 1.a.2. La efectividad del despliegue se muestra a través de la medición de los resultados en clientes y personas (ver 6 y 7). En cuanto a la participación en planes y proyectos de mejora, debemos destacar en primer lugar los procesos de Autoevaluación EFQM:

**La primera Autoevaluación EFQM** se realizó durante el período comprendido entre Marzo y Junio del año 2000, iniciándose con un curso de formación para los integrantes del grupo, impartido por el DdG. El grupo de trabajo

estaba integrado por el DG, DdG, el Jefe de Sistemas de Información y los 3 miembros del CD elegidos por los profesionales. Además del trabajo individual, se realizaron 7 reuniones de grupo y tres con los consultores de apoyo asignados. Tras la detección y priorización de las áreas de mejora se elaboró una presentación final con los resultados del proceso. Hay que señalar que en esta primera autoevaluación no se asignaron puntuaciones a los criterios. De entre las áreas de mejora identificadas el equipo evaluador priorizó, mediante ponderación en cuatro variables (impacto sobre clientes, impacto sobre resultados, necesidad y factibilidad), 3 áreas de actuación: una sobre el ámbito asistencial, otra sobre el manejo y contenidos de la Historia Clínica, y una tercera sobre Procesos. Muestra de nuestro interés y determinación por proseguir el camino iniciado, como resultado de ello, obtenemos el Certificado de Compromiso de Avance hacia la Calidad Total de Euskalit, en junio de 2001.

**El segundo proceso de Autoevaluación**, éste ya con puntuaciones para cada criterio, tuvo lugar entre Diciembre de 2002 y Abril de 2003 contando con la participación del DG, el DdG, el Jefe de Sistemas de Información, 1 JCSM (Coordinador de Comarca), 1 psiquiatra adjunto y 1 administrativa. De manera similar al primer proceso, se realizaron ocho sesiones de grupo con un total de 294 horas invertidas para su finalización. Los resultados mostraron mayores niveles de puntuación en los criterios de resultados 6 y 9, siendo la puntuación más baja en el criterio 8 si bien, la ausencia de puntuaciones en la primera evaluación impedía establecer comparaciones. Las áreas de mejora priorizadas fueron la sistematización de las encuestas a profesionales y a usuarios, la revisión y unificación de los formatos de Historia Clínica, el establecimiento de objetivos de actividad con los Centros de la Organización y el incremento de la cultura de gestión por procesos.

**El tercer proceso de Autoevaluación** tiene lugar entre los meses de Febrero y Marzo de 2005 siguiendo el criterio, establecido tras la detección de la necesidad en la autoevaluación 2003, de consolidación del periodo bienal para su realización. En esta tercera autoevaluación el grupo lo integran el DG, El DdG, el Jefe de Administración, 2 JCSM, un psiquiatra adjunto y la Técnico de Calidad en prácticas. Se reduce sensiblemente el número de horas invertidas en el proceso, al adoptar el modelo de autoevaluación EVALEXPRES desarrollado por Osakidetza, pasando a ser un total de 118 las horas empleadas. Las puntuaciones se mantienen en niveles similares a la segunda autoevaluación aunque con una tendencia general a ligeras disminuciones en la mayoría de los criterios por efecto de las nuevas directrices de REDER (tendencias) pues todavía no estaban disponibles los resultados de la tercera Encuesta a Profesionales. Las áreas de mejora priorizadas fueron la definición y documentación de los procesos, la identificación y

priorización de las posibles oportunidades de mejora de la gestión de los procesos mediante la medición, el aprendizaje y la orientación al cliente, la participación de los líderes en actividades de mejora con clientes y proveedores, la utilización de sistemas de reconocimiento a la implicación en la consecución de objetivos, esfuerzos o logros y la Identificación y priorización de las posibles oportunidades de mejora en la gestión de las personas mediante la medición y el aprendizaje.

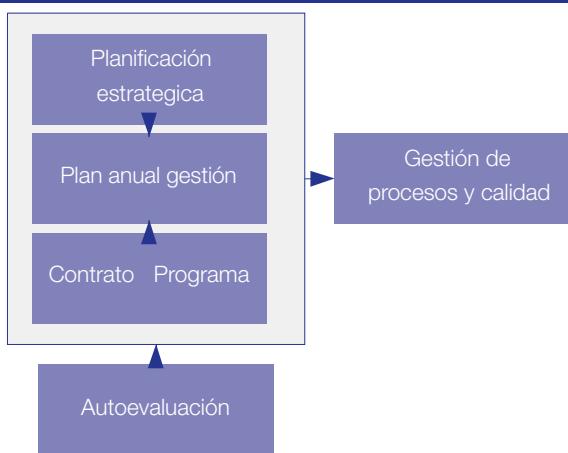
Las acciones de mejora de las sucesivas autoevaluaciones se han incorporado a los respectivos PG, implicando a los líderes en su desarrollo. Así, por ejemplo, el proceso de revisión y normalización de la Historia Clínica y la elaboración de la Cartera de Servicios ha contado con todos los JCSM en su desarrollo, junto con el DG (12 líderes), además de implicar mediante reuniones en cada Centro, al resto del personal de la Organización. En este último caso, las reuniones del grupo fueron de carácter mensual, a lo largo de un año.

Además de implicarse en los procesos de autoevaluación, los líderes participan en todos los foros (3.c.2), de forma regular, aportando los medios necesarios (organizativos, materiales, formativos) para llevar a efecto las acciones de mejora que se proponen y determinan en los mismos. A modo de ejemplo:

- El DG asigna a cada JCSM una dotación presupuestaria anual para la financiación de actividades de formación
- Los JCSM supervisan la distribución de casos en los equipos, a través de las reuniones de coordinación semanales que ellos dirigen
- Los JCSM son los responsables del cumplimiento del calendario anual de sesiones clínicas, establecido por el DG para SMEG (4.e.4)

Otras vías de mejora para el desarrollo de la Misión se derivan del análisis de los resultados obtenidos en las diferentes encuestas realizadas (satisfacción de personal y de clientes) así como de las quejas, reclamaciones y sugerencias gestionadas por el SAPU de SMEG. Las quejas y reclamaciones se comunican a los JCSM, a fin de que, siguiendo el procedimiento establecido en la Instrucción que regula la creación y funcionamiento del SAPU (año 1998), proceda a investigar y corregir la situación que ha dado origen a la reclamación. Finalmente, emite un informe para el DG sobre el caso, informe que finalmente dará pie a la contestación por escrito al reclamante. Como ejemplo de mejora, derivada de las sugerencias realizadas por los pacientes, el DdG coordinó varias acciones para la eliminación de barreras arquitectónicas (CSM Zarautz, CSM Gros). Igualmente, se ha llevado a cabo un esfuerzo continuado por la mejora del

### 1.b.1. Proceso de Planificación y Gestión Estratégica



confort de las instalaciones de SMEG, esfuerzo que se ha visto plasmado en la mejora de las puntuaciones relacionadas con los aspectos de habitabilidad y confort de las encuestas (ver 6a).

## 1.b Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la organización

En el marco de OSASUNA ZAINDUZ, Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca, aprobado por el Parlamento Vasco en Junio de 1993, SMEG comienza a plantearse la necesidad de cambios en el sistema de gestión. Previamente, entre los años 1989 y 1991, la organización había desaparecido como tal y sus centros fueron asignados a los diferentes hospitales del Territorio. Tras el fracaso de esta experiencia, en la que los Centros participaron del sistema de Gestión por Objetivos desarrollado en los Hospitales, la red asistencial extrahospitalaria vuelve a estructurarse como organización y participa de la experiencia del Plan Integral de Calidad y del Plan Integral de Calidad en Salud Mental a través de la inclusión de uno de sus líderes en el grupo de trabajo constituido para su desarrollo y, posteriormente, a través de las Comisión Central y de las Comisiones de Área de Calidad, en la que se integran algunos de los JCSM.

En el citado marco, en 1998, los líderes y fundamentalmente el ED, inician un proceso de toma de decisiones clave en cuanto al desarrollo futuro de la Organización que se concreta en la creación del Servicio de Atención al Paciente y Usuario, la creación de los Consejos Técnico y de Dirección como órganos de

discusión y decisión sobre la Organización, la implantación del Contrato Programa como medio de relación con la entidad financiadora (DTS) y la elaboración del primer PE. Para la elaboración de éste, para el periodo 1999-2001, se constituyó un grupo de trabajo (3 líderes del ED y 3 líderes/Jefes de Servicio) que diseñó la manera de abordar más eficazmente la atención a las necesidades de los pacientes con enfermedad mental; plan que tuvo su continuidad en el PE 2002-2006 (ver 2c)

Como consecuencia de las líneas diseñadas en el primer PE, y a fin de mejorar la implicación de los líderes (1.b.2) en el desarrollo de la Misión, Visión y Valores y en la mejora continua, se llevó a cabo un primer curso sobre Procesos a lo largo del año 1999, con la participación del Director y los Jefes de Centro (11 líderes) que supuso el punto de partida de nuestro trabajo en esta línea y que dio origen a la puesta en marcha de la primera encuesta de satisfacción de pacientes en el año 2000. La encuesta realizada tras este Curso puso de manifiesto su utilidad a través de la medición del ítem correspondiente con una puntuación de 3.5 sobre 5. En la misma línea de trabajo, en el año 2002, el CD aprueba el Mapa de Procesos elaborado por un grupo con composición idéntica al que realizó el primer PE (6 líderes) y, con posterioridad, se inician los pasos para el desarrollo y descripción de cada proceso y sus respectivos responsables, aun en desarrollo. Como consecuencia de su elaboración y de las áreas de mejora detectadas en la Autoevaluación 2003, SMEG puso en marcha, con la colaboración de sus líderes, un nuevo curso sobre Procesos en el que se trabajaron cuatro procesos específicos. Para este curso, los Jefes de Centro en su calidad de líderes establecieron los mecanismos necesarios para que dos profesionales de cada Centro pudieran acudir al mismo salvaguardando, con su implicación, la integridad de la actividad asistencial a fin de que, con posterioridad, pudieran efectuarse el despliegue de los procesos analizados. Con posterioridad, se han realizado otros cursos de formación sobre procesos, metodología ISO, modelo EFQM, habilidades directivas, trabajo en equipo, etc. que son ofertados a los líderes y a los profesionales. Estos cursos forman parte de la oferta formativa de la OC, en la que nuestra Organización participa con un número de plazas anual. Cabe señalar la participación activa de los líderes en proyectos de innovación y mejora en la gestión de los procesos, como por ejemplo:

- Mejora del Proceso de Planificación y Gestión Estratégica (ver 2).
- Mejora del Proceso de Gestión Económico-Financiera a través del Proyecto ALDABIDE liderado por el DdG, el Proceso de Gestión y Desarrollo de las Personas a través de los Proyectos GIZABIDE y Mapa de Riesgos y Planes de Prevención de Riesgos Laborales liderados por el DdG, el DG y la Responsable de la Unidad Básica de Prevención (ver 3a y 3e)

1.b.2 Implicación de los líderes		
Año		nº líderes implicados
1998	Elaboración primer Plan Estratégico	6
1998	Primer Consejo Técnico	6
1999	Curso sobre Procesos	11
2000	Segundo Consejo Técnico	3
2000	Primera Autoevaluación EFQM	4
2001	Elaboración segundo Plan Estratégico	7
2002	Tercer Consejo Técnico	2
2002	Elaboración Mapa de Procesos	6
2003	Curso sobre Procesos	14
2003	Segunda Autoevaluación EFQM	4
2005	Cuarto Consejo Técnico	4
2005	Tercera Autoevaluación EFQM	5

- Mejoras en el proceso asistencial, como la elaboración de la Cartera de Servicios, la mejora de la fiabilidad diagnóstica, la mejora del proceso de derivación a estructuras hospitalarias de corta estancia

Dentro del Proceso de Planificación y Gestión, cuyo propietario es el DG, se realiza el desarrollo y despliegue en los respectivos planes y procesos (ver 2c, 2d y 5a). El ED desarrolla para el conjunto de la organización el Proceso de Gestión Estratégica mediante el PG que es aprobado por el CD y presentado a los JCSM para el despliegue de sus objetivos. Para el Proceso Asistencial se despliegan los objetivos del PG en cada Centro mediante la negociación con los JCSM; y para los procesos de Apoyo, los líderes respectivos son los que realizan el despliegue a través de planes concretos de actuación en los que se incluyen los procedimientos de revisión y mejora. En el año 2004, SMEG se ha incorporado a procesos de reflexión mediante norma ISO, iniciado en el conjunto de Osakidetza, para dos programas asistenciales (Trastornos de la Conducta Alimentaria y Programa de Metadona) complementando y reforzando de esta manera nuestra implicación en el proceso de mejora continua; incorporación sólo posible por la implicación de los líderes de ambos programas en impulsar a sus respectivos equipos en la consecución de este objetivo, con el apoyo del DdG. Otras medidas de la implicación de los líderes se pueden ver en 1.b.2

Mediante el Proceso de Gestión Estratégica se miden, revisan y mejoran los resultados clave (2.c.1). Así en el CD y trimestralmente en reuniones con los JCSM se revisan los datos llevándose a cabo un análisis sistemático de los indicadores de los procesos, a fin de determinar el ajuste en los objetivos y acciones correctoras pertinentes. Por ejemplo, al observarse desviaciones en el proceso de salida/derivación se toman medidas tendentes a incrementar

la revisión de los planes terapéuticos establecidos para los pacientes en tratamiento de larga evolución.

También las encuestas bienales de satisfacción de los profesionales y la información obtenida de otras vías, como pudieran ser la Encuesta de acogida de profesionales o la visita semestral a los Centros, permiten evaluar el grado de implicación personal de los líderes con el sistema de gestión de la Organización. Así los resultados de la Encuesta de Profesionales de 2005 dieron como resultado una puntuación de 3,5 (sobre 5) para la *Gestión del Equipo Directivo* y un 16.80% de *Personas que manifiestan no conocer los Objetivos de la Unidad* que, en el año 2003, fue de 49,10%. En el año 2005, además, hemos realizado la primera encuesta de autoevaluación a los Jefes de Centro como líderes de la Organización (11 personas) a fin de conocer su percepción sobre el grado de liderazgo que ejercen siguiendo la herramienta de Euskalit “Los 12 Desafíos: Herramienta para la evaluación del liderazgo”. Los resultados de la encuesta, aun sin evaluar, nos permitirán diseñar futuras estrategias y líneas de acción.

Junto al seguimiento en el ámbito de la reunión mensual de la Dirección con todos los JCSM de los indicadores y procesos clave asociados a la Misión, Visión y Valores (ver 2c), el ED utiliza esta información en los ciclos de reflexión estratégica como mecanismo para asegurar la consecución de la Misión, permitiendo además a los líderes realizar un aprendizaje capacitador para la mejora del proceso de Planificación y Gestión Estratégica.

## 1.C Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad

La especialidad psiquiátrica fundamenta su modo de actuación en el contacto continuo con los pacientes y familiares. Este contacto, más allá de la información pertinente sobre la evolución de la enfermedad, proporciona de manera continua información sobre necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias; muchas de ellas no relacionadas estrictamente con el medio sanitario pero que, sin embargo, son aportaciones valiosas sobre cómo mejorar la fijación del paciente al proyecto terapéutico establecido. Esta característica es probablemente un elemento diferencial clave en las comparaciones con otras organizaciones de servicios sanitarios que, además, provoca que nuestra distribución de tiempos asistenciales sea radicalmente diferente a otras especialidades. Es así llamativo, y sinónimo inconfundible de calidad asistencial, el que la media de tiempo dedicado a cada paciente en consulta, según los resultados de las encuestas a pacientes, se mantenga en torno a los 25 minutos; espacio de tiempo en cuya conservación se

encuentran comprometidos tanto los JCSM como la propia Dirección (ver 9a).

Como Organización de Servicios de Osakidetza/SVS, precisamos de un conocimiento y apoyo mutuo y constante con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; conocimiento y relación que se ven favorecidas por la designación, en 1999, del DG como Responsable de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza/SVS. El CP (ver 2a) regula las relaciones entre la Dirección Territorial de Sanidad y nuestra Organización. La Dirección de SMEG mantiene reuniones periódicas (al menos 2 al año) con la DTSG con la finalidad de negociar, realizar el seguimiento, evaluar y proponer actuaciones de mejora en el grado de cumplimiento de dicho contrato. Además se concretan los vínculos con los aliados clave (ver 4a) respecto a la prestación mutua de servicios.

El **paciente**, como destinatario directo de nuestros servicios, representa el grupo de interés clave y prioritario para los líderes y la organización en su conjunto. La prestación del servicio por medio del proceso asistencial es directa, por lo que paciente y familiares están en continuo contacto con el terapeuta responsable del caso, siendo clave para nosotros el mantenimiento de un alto nivel de accesibilidad del paciente y familiares hacia los profesionales que intervienen en su caso, tal y como se recoge en la encuesta de pacientes (ver 6). Los JCSM, como clínicos con actividad asistencial directa, se comprometen con las necesidades particulares de los pacientes y dentro de su ámbito gestionan la solución a estas necesidades como por ejemplo los cambios de terapeuta dentro del propio Centro o, en caso de precisarlo, fuera del mismo a través del Responsable del SAPU. Del mismo modo, los contactos desde los CSMs con los **grupos asociativos y municipales** presentes en cada zona asistencial son vías de conocimiento favorecidas e impulsadas por los líderes de los Centros (ver 1.c.3). Una muestra de esta colaboración puede verse en la participación de los líderes en jornadas, reuniones,

comunicaciones en prensa, etc. organizadas por las Asociaciones de Pacientes y usuarios (5.e.2).

La **gestión de las quejas, reclamaciones** y sugerencias es realizada por el Responsable del SAPU, en coordinación con los líderes de la Organización (ver 5e y 6b). En función de la importancia de la queja o reclamación, el líder correspondiente recaba la información necesaria, incluso mediante entrevista directa con quien plantea la queja. Una vez analizada dicha información, se envía informe al DG sobre las acciones emprendidas y la respuesta a dicha reclamación a fin de elaborar un escrito-informe de respuesta, firmado por el propio Director. Si de las acciones emprendidas pudieran deducirse mejoras para los demás pacientes se procede a su implantación (acceso minusválidos, ajuste demoras para entrada en consulta). En el CT se revisan los informes anuales remitidos por el SAPU.

Por otra parte, con periodicidad bienal, se realizan encuestas de satisfacción de pacientes (ver 5e y 6a). El análisis por el CD, el CT y la reunión de JCSM permite comprender los resultados y emprender acciones de mejora tendentes a dar respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes, sirviendo como fuente para la elaboración del Plan de Gestión (ver 2a). Los resultados de dichas encuestas se comunican a los profesionales mediante las siguientes vías:

- En el CT y CD
- Mediante entrega a los JCSM del dossier informativo elaborado por la empresa encuestadora. Igualmente el dossier elaborado con los datos comparativos de organizaciones similares y del global de Osakidetza
- Mediante carta personalizada del DG a cada trabajador con un resumen de los datos más relevantes
- Mediante la publicación en el Boletín Trimestral de los resultados más destacados

#### 1.c.1. Ponencias y comunicaciones divulgadoras de nuestra experiencia

Año	Ponencia/Comunicación
1999	“Distribución de actividades y evaluación de rendimientos en los centros pertenecientes al servicio extrahospitalario de Salud mental en Gipuzkoa”. 4º Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica celebrado en Barcelona
1999	“Organización de Centros y Servicios de Psiquiatría en base a Procesos”, Universidad de Deusto
2000	“Objetivos en Calidad para el año 2000”. Vitoria
2000	Curso “Evaluación y Control de Calidad en salud Mental”. Instituto Asturiano de Administración Pública “Adolfo Posada”
2001	“La evaluación desde la Gestión”. Jornadas Interautonómicas del Norte. Gijón
2002	“¿Cuestionario Validado o nuevo cuestionario? Encuesta de satisfacción del cliente de consultas de Salud Mental”, XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial
2002	Curso de Gestión Clínica en Salud Mental. Fundación OMIE y la Universidad de Deusto, con la colaboración de Euskalit

## 1.c.2 Algunos ejemplos de actividades de benchmarking. Visitas realizadas

Estructuras de Rehabilitación Hospital Zamudio  
Hospital de Día Uribe Costa  
Estructuras de Rehabilitación Hospital Zaldibar  
Unidad de Rehabilitación Comunitaria SMEA  
Unidad infanto-juvenil Hospital Clinic de Barcelona  
Unidad Infanto-juvenil Hospital Ramon y Cajal de Madrid  
Unidad de Patología Dual. Hospital San Joan de Deu  
Hospital de Día Infanto-Juvenil - Servicio de Salud Mental de Osasunbidea

Consecuencia de la adopción del modelo EFQM como sistema de Gestión de Calidad Total, los líderes han intervenido en diferentes ponencias y **comunicaciones divulgadoras** de nuestra experiencia, reflejadas en 1.c.1. Además han recibido formación sobre herramientas de calidad y gestión sanitaria, tal y como queda reflejado en los siguientes ejemplos:

- ▶ “Seminario Básico de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial en Atención Primaria”. San Sebastián 1995. Osakidetza
- ▶ “Herramientas de Resolución de Problemas en Salud Mental”. 1996 Osakidetza
- ▶ Cursos de Gestión Sanitaria. Osakidetza (anuales, desde 1997 hasta la actualidad)
- ▶ Cursos sobre “Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total” (varios años, desde 1997 hasta la actualidad). Osakidetza
- ▶ “Gestión de procesos en salud mental”. San Sebastián, 1999
- ▶ “Curso de Autoevaluación de la Calidad Asistencial en Consultas de Psiquiatría” organizado por SANED, Sanidad y Ediciones SL “Iniciación a la Gestión de Unidades Clínicas Funcionales y Descentralización de Gestión”. Madrid, 2002. Instituto de Administración Sanitaria
- ▶ Implantación norma ISO 9001:200 en unidades asistenciales de Salud Mental

Las **actividades de benchmarking** forman parte también de nuestra estrategia para la mejora. Más allá de la participación en foros científicos y técnicos de intercambio de conocimiento, los líderes han realizado también visitas a estructuras u organizaciones a fin de recabar información sobre proyectos o protocolos de

actuación que, con posterioridad han podido ser implantados en SMEG. A modo de ejemplo, en 1.c.2 se citan algunas estructuras visitadas con ocasión de la apertura del Hospital de Día de Zumárraga, o de la elaboración de los proyectos de Hospitalización infantojuvenil junto con el Hospital Donostia.

El DdG, ha participado como consultor de proceso en la elaboración del primer PE de la Comarca Gipuzkoa Oeste (150 h.) y como miembro del Club de Evaluadores de Euskalit intervino en apoyo de la Autoevaluación de la Fundación Uliazpi (30 h.). También ha tomado parte como docente en el despliegue de la formación a personal de otros centros (en compras, contabilidad y control de gestión) necesaria para la implantación de ALDABIDE y GIZABIDE en las organizaciones de Osakidetza (90h.). En las ofertas públicas, algunos líderes han formado parte de los tribunales aportando su conocimiento y experiencia para una mejor selección de los futuros trabajadores de Osakidetza (2 líderes y 4 trabajadores en 2002). Recientemente ha sido designado como miembro del Comité Organizador del Congreso AESMAS, a celebrar en Donostia en 2006.

Las asociaciones profesionales y de pacientes mantienen proyectos que buscan la mejora de la colaboración. Así, hemos realizado tareas de supervisión de profesionales pertenecientes a asociaciones de Trastornos de la Conducta Alimentaria, mantenemos reuniones periódicas con la presidenta de la Asociación ACABE, hemos participado en Jornadas de las Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos, participamos en tareas de difusión de información sobre la enfermedad mental y colaboramos con las actividades organizadas desde la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría y desde la Asociación de Terapeutas Ocupacionales.

Tenemos también áreas de colaboración con los Ayuntamientos de nuestra población protegida, para los que hemos desarrollado cursos de formación (San Sebastián, Alto Deba) y hemos participado en Jornadas de difusión (drogodependencias, educación para la salud, patología infantojuvenil) (ver 8). Canalizamos información de interés para la población a través de folletos informativos sobre diferentes trastornos (ludopatía, esquizofrenia, anorexia y bulimia) o sobre cómo manejar el estrés. (ver 5b)

## 1.d Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la organización

Como se refleja en 2c, el Proceso de Planificación y Gestión Estratégica contempla la comunicación del PE. En

### 1.c.3. Relaciones efectivas con otros Agentes

Interacción de los líderes con clientes, partners y representantes de la sociedad

Ámbito	Entidad	Año	Contenido	Implicación SMEG
Sanitario	Sº Psiquiatría	1999-2004	Comisión Docencia MIR	DG y 11 JCSM
			Mapa de relaciones Intra-Extra	
			Cita al Alta hospitalaria	
			Procedimiento de Atención Urgente	
			Procedimiento de información entre organizaciones	
			Comunicación diaria de pacientes atendidos en urgencias	
			Acuerdo sobre participación de facultativos de SMEG en guardias del hospital	DG
	H. Donostia	1998	Suministro de medicamentos a CSM	DG y DdG
			Suministro de material sanitario a SMEG	
	Atención Primaria	1998-2003	Derivación de pacientes	DG y 11 JCSM
			Bases de Coordinación con AP	DG y 3 JCSM
		1999	Modelo de Rentería de interrelación AP y Salud Mental	JCSM, DG
		1997	Distribución de gastos en centros compartidos	DdG
	Colegio Farmacéuticos	1995	Contratación conjunta de Sº de limpieza	DdG
		1999	Dispensación de metadona en farmacias	DG y Jefe Bitarte
	DTS	1995-02	Tratamiento supervisado de tuberculosis a usuarios PMMF	DG y Jefe Bitarte
		1998-04	Revisión y propuestas de conciertos: AGIFES, Proyecto Hombre, AGIPAD, San Juan de Dios, Usurbil, Elizondo, Gautena	DG
		2000	Financiación de trabajos de investigación	DG y JCSM
		2001	Estudio sobre necesidades de camas psiquiátricas en Gipuzkoa	DG
		2003	Participación en nuevo Plan de Salud	DG
		2004	Elaboración cuadro de mando sociosanitario	DG
		2003-2004	Elaboración procedimiento de externalización de pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos	DG
		Integración en Consejo territorial Sociosanitario	DG	
Usuario/ Científico/ Docente	Dirección Drogodep.GV	1999-2004	Integración en Comisión Asistencial y Comisión Asesora	DG y Jefe Bitarte
	UPV	1995	Convenio Practicum alumnos de Psicología	DG y JCSM
		1997	Convenio de prácticas de alumnos ETS	DG y JCSM
	E.V.T.F.	2000	Acuerdo Formación Terapeuta de Familia	DG y JCSM
	Euskalit	2002	Asociación a Euskalit	DG
		Incorporación del DdG. al Club Evaluadores	DdG	
Social	DFG	1996-2000	Integración en trabajo protegido de los enfermos mentales crónicos, en Gipuzkoa	DG
		1996-2001	Asistencia sanitaria en las unidades residenciales	DG y JCSM
		1996-2002	Asistencia Psiquiátrica rehabilitadora en los Centros de Día psicosociales para Enfermos Mentales Crónicos de Gipuzkoa	DG y JCSM
	Gureak	2000-02	Formación a trabajadores de Gureak	DG y JCSM
	Cruz Roja	2001	Formación a trabajadores del Centro de Día	DG y JCSM
	Asociaciones usuarios	1998	Programa Específico TCA	DG
			Derivación reinserción Drogodependientes	JCSM
			Control dispensación en fin de semana	DG y JCSM
	DFG / Ayuntamientos	1992-02	Acuerdos de cesión locales para CSM	DG
		1993	Plan de Intervención del trabajo social en el programa de atención a psicóticos crónicos desde la red Extrahospitalaria de Salud Mental de Gipuzkoa	JCSM, TS
		1993	Propuesta de colaboración del centro de salud mental y unidad de rehabilitación polivalente del antiguo con casa cultura Lugaritz	
		1998	Convenio de colaboración entre Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa y el patronato municipal	DG
		1998-2004	Errehabilitazio Psikosozialeko Eguneko Zentroen diseinua eta irekiera (Tolosa, Azpeitia, Donostia, Loiola, Eibar eta Irunen)	ZK eta OMZBurua
		1999	GOKOMeko pazienteek kirol-instalazioak erabiltzeko akordioa	OMZBurua eta ZK



2e se expone la sistemática de comunicación del PE y del PG, con la participación personal del ED y se describe la evaluación de la efectividad de la comunicación de la Política y Estrategia en base a los resultados de las encuestas de satisfacción del personal. Entendemos que sólo una estrategia de comunicación ágil y fluida reforzará la implicación de las personas de la Organización en el cumplimiento de la Misión, Visión y Valores de la misma.

Con objeto de garantizar la accesibilidad y la agilidad de la comunicación, los líderes del ED mantienen un criterio de puertas abiertas con lo que cualquier persona de la Organización puede solicitar una entrevista que se formaliza en el menor plazo de tiempo posible, o realizar un contacto telefónico inmediato. En el ámbito de cada CSM, y dado el tamaño reducido de los equipos (max. 15 personas), el JCSM está permanentemente en contacto con el personal de su equipo y, por tanto, accesible en todo momento a sus demandas, siendo una práctica común la permanencia en las zonas de trabajo comunes existentes en cada Centro (sala polivalente) con este fin. Además cualquier información solicitada por escrito a la Dirección es respondida en el 100% de los casos. Por otra parte, las Sugerencias de los profesionales realizadas a la luz de la Instrucción que el año 2000 realiza la Gerencia sobre su vehiculización son valoradas por el ED y puestas en marcha tras su aprobación. Así por ejemplo, la modificación del tamaño de la tarjeta de citas sucesivas o la rotulación de los despachos en los CSMs son mejoras impulsadas por los líderes de los equipos tras la detección de la necesidad, comunicadas al equipo directivo y evaluadas a través del CT y CD para su aprobación.

Como muestra de esta política de comunicación fluida y continua, tanto en sentido vertical ascendente o descendente, como horizontal, la organización cuenta con numeroso canales (3.d.2) como por ejemplo el Boletín Trimestral, Reuniones de Equipo, Jornada anual, Plan de Incorporación etc. Fue precisamente el elevado número de canales de comunicación existente lo que en el año 2004 nos llevó a realizar una encuesta, que fue completada por las personas del CT (14 personas), a fin de evaluar el uso y la utilidad de los mismos, y en especial de los canales descendentes como vía de expresión de la efectividad de la implicación de los líderes. El resultado obtenido (1.d.1) sirvió de proceso de revisión y

mejora del sistema de comunicación, dando lugar, por ejemplo y dado el valor otorgado, a la intensificación de las visitas a los CSM por parte de los líderes del ED, pasando de ser anuales a semestrales. Igualmente, en 2004, a iniciativa del ED se realizó una encuesta sobre el Boletín que aportó información sobre la utilidad y el interés por el contenido del mismo para los profesionales. De su análisis se derivaron acciones correctoras puestas en marcha en 2005, a nivel de diseño y contenidos (mejora de edición, color, frecuencia, información sobre actividades formativas, etc.).

Los directivos y el resto de líderes se comprometen con las personas de la Organización para hacer realidad sus objetivos y metas personales desde un punto de vista profesional que a su vez supongan el refuerzo de la cultura de excelencia en SMEG. Como ejemplos de este apoyo se señalan: la facilitación por los líderes de la formación solicitada por los trabajadores (cursos, congresos) (ver 3b), impartición de sesiones clínicas con la presencia en ocasiones del DG y de la Jefe de Sistemas de Información, facilitación por los líderes de los procesos de Promoción Interna del personal (ver 7b) y de la participación en los diferentes grupo de trabajo "ad hoc" que se configuran anualmente, tanto de la propia Organización como de otros Organismos con los que habitualmente existen cauces de colaboración (Ayuntamientos, Diputación Foral). Todo ello refuerza el prestigio personal y profesional de los trabajadores.

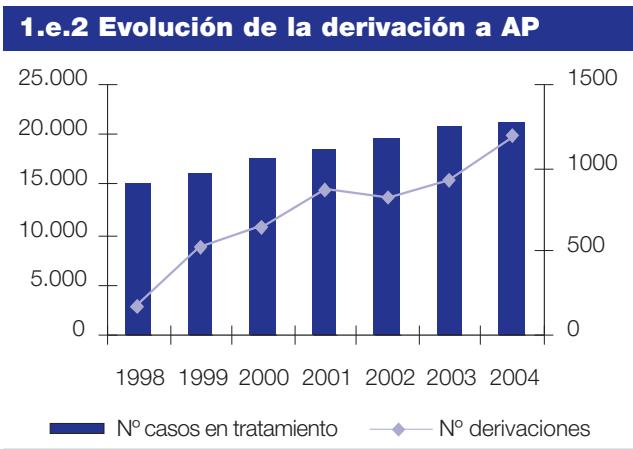
Anualmente, y con ocasión de la presentación de las conclusiones de la Jornada Anual y de la encuesta realizada posteriormente, el DG envía una carta personalizada a todos los trabajadores en la que incluye el agradecimiento por el esfuerzo realizado. Igualmente, en la Jornada anual del año 2002, se incluyó un reconocimiento público por parte de la Dirección al personal administrativo, dados los buenos resultados que este grupo obtuvo en la encuesta de satisfacción de usuarios (ver 6a). Ambos ejemplos son mecanismos reforzadores positivos de las conductas observadas en los profesionales en relación con la Excelencia.

La evaluación y revisión de la efectividad de este apoyo se realiza mediante la encuesta de personal en la dimensión "Liderazgo – Relación Mando Colaborador (ver 7a) con puntuación (3,56) superior a la media de Osakidetza (3,21) y a la mejor de las Organizaciones comparables (Q de Oro de Euskalit) en nuestro ámbito asistencial (3,51). Igualmente, la valoración del ED en la encuesta de profesionales ha mostrado puntuaciones elevadas en las tres mediciones, con un valor de 3,51 en 2005 (superior a la media de Osakidetza, 2,62, y al valor de la mejor de las Organizaciones comparables en nuestro ámbito asistencial, 2,72) fruto sin duda del trabajo de refuerzo de la implicación de las personas en la orientación de la organización. Otras dimensiones relacionadas de la encuesta pueden encontrarse en 7a (formación, comunicación, reconocimiento, etc.)

#### 1.d.1 Utilidad de los canales de comunicación

	DESCENDENTE	ASCENDENTE
Boletín Trimestral	6,5	-
Tablón CSM	5,7	-
Visitas Equipo Directivo	6,3	7,2
Consejo Técnico	5,6	5,7
Reunión Jefes	5,7	5,4
Reunión Equipo	6	5,8
Cartas Puntuales	6,5	-

<b>1.e.1. Formación a AP</b>		
<b>AÑO</b>	<b>CURSO REALIZADO</b>	<b>DOCENTE</b>
1998	Ansiedad	JCSM
1999	Depresión	JCSM
2000	Alcoholismo	JCSM
2001	Urgencias	JCSM
2002	Toxicomanías	JCSM



## 1.e Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización

Para nuestra Organización los motores que permiten impulsar los cambios son fundamentalmente de dos tipos:

Por un lado, el establecimiento de procesos de planificación estratégica en la que participan los líderes permite analizar con periodicidad determinada los diferentes factores externos e internos que consolidan o amenazan nuestra situación.

Por otro, las diferentes informaciones obtenidas de los grupos de interés hacen que los profesionales vayan adaptándose y adaptando la organización a diferentes nuevos modelos de actuación. Así las informaciones que se derivan de las reuniones periódicas con las asociaciones de pacientes y usuarios, con la entidad financiadora o con grupos de interés del sistema sanitario, han ido modificando el modelo de organización y la misión de la misma (ver 2).

Un ejemplo concreto lo constituye la definición de nuestra organización como un modelo asistencial especializado recogido en nuestra visión, acorde con los contenidos que Osakidetza/Svs definió posteriormente para sus organizaciones de asistencia psiquiátrica en el Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental para el período 2004-2008.

En el primer PE (1999-2001) los líderes detectan la progresiva saturación de los servicios con sintomatología de la esfera mental derivada de “problemas de la vida diaria” que dificultan la mayor intensidad de cuidados hacia las patologías más graves. En el segundo PE este factor es valorado como una amenaza importante para el conjunto del sistema y se produce un cambio respecto a la Misión definida en 1999 mediante la inclusión del término “psiquiátricas” en la definición de las necesidades a cubrir por nuestra Organización. Esto incide en la necesidad de una mayor definición de nuestra cartera de servicios en la que, desde la concepción de servicio especializado, entendemos que buena parte de los casos podrían ser atendidos en AP tras valoración e inicio de tratamiento en nuestros Centros. Iniciamos así un proceso de trabajo con AP, impulsado por los líderes, destinado a incrementar su formación en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (1.e.1) al tiempo que instauramos como indicador el % de casos derivados a AP y lo sometemos a

<b>1.e.3. Evaluación de los cambios. Sistema de indicadores</b>			
	<b>Proceso</b>	<b>Responsable</b>	<b>Periodicidad control</b>
Tasa de derivaciones a AP	Direccionamiento	JCSM	Trimestral
Tasa de reinicios tras derivación a AP (intervalo de 18 meses)	Admisión	JCSM	Anual
Tasa de entrevistas individuales en casos nuevos de psicosis, por mes de tratamiento	Tratamiento	Terapeuta, JCSM	Trimestral
Tasa de entrevistas familiares en casos nuevos de psicosis, por mes de tratamiento	Tratamiento	Terapeuta, JCSM	Trimestral
Tasa de entrevistas individuales en casos nuevos de	Tratamiento	Terapeuta, JCSM	Trimestral
Tasa de entrevistas familiares en casos nuevos de Trastornos de la Conducta Alimentaria, por mes de tratamiento	Tratamiento	Terapeuta, JCSM	Trimestral

#### 1.e.4 Composición Grupos de trabajo. Año 2005

2005	LÍDERES	TOTAL PROF.
Integrantes de Estudios de Investigación	Infarto-Juvenil	1
	U.R.P.	1
Jornada anual	3	8
Grupos psicoeducativos		2
Aplicación metodología 5S a fondos documentales de SMEG	1	2
Autoevaluación y memoria EFQM	4	7
Protocolo de intervención en TDH	1	12
Grupo contenidos página web	2	7
Desarrollo encuesta familiares	1	4
Criterios derivación a media estancia	1	3
Comisión de Formación y Docencia		4
Comisión de Historias Clínicas	2	5
Comisión de Calidad	2	5

controles mensuales en la reunión de JCSM. La evolución de las derivaciones a AP y su inclusión como indicador en el CP con la DTSG ha introducido una nueva dinámica en la Organización con la evolución que se observa en 1.e.2. (eje secundario: Total casos derivados a AP), recuperando la línea ascendente iniciada en 1999 y siendo un resultado clave para SMEG (ver 9)

Esta modificación en el modelo de organización hacia una mayor especialización requería de una intensificación de las relaciones con las comarcas de AP para su explicación, previa a su implantación de forma conjunta. El proceso de información a los equipos de AP se ha llevado a cabo mediante entrevistas periódicas de la Dirección con los Equipos Directivos de las Comarcas de AP; entrevistas que han culminado con el establecimiento de grupos de trabajo conjuntos apoyados explícitamente por el ED y financiados por la DTSG para el establecimiento de criterios de derivación y detección precoz de patología psiquiátrica. De las conclusiones elaboradas por estos grupos, se deducirán indicadores negociados para su incorporación al CP de las Comarcas de AP y de SMEG en el año 2006.

Este proceso hubiera sido impensable sin el liderazgo activo de los JCSM como difusores y facilitadores de estas actuaciones en cada Centro y para su área de referencia. Así, cada JCSM aporta los datos de evolución mensual y anual a su Centro y analiza los cambios y problemas para el cambio. Por ejemplo, a instancias de un JCSM se evaluó la evolución, después de 18 meses, de los pacientes derivados a AP y los reinicios que habían generado en SMEG. Este proceso se repitió para pacientes derivados en los años 2001, 2002 y 2003, y sus resultados pueden revisarse en 6b.

Otra actividad, posterior pero en la misma línea de trabajo, fue la incorporación de la medición de la actividad con los casos más graves (psicosis) a la tabla de indicadores del CP y su consideración como oferta preferente. Con la

implicación de los líderes, en el año 2003-2004 se realizó la medición de esta actividad y en el año 2005 se ha incluido ya el objetivo a conseguir (>1entrevista/mes). Igualmente se ha empezado a trabajar con el diseño del proceso de atención a la Esquizofrenia, como prototipo de psicosis grave.

Los líderes, y en especial el equipo directivo, han trabajado durante estos años la creación de un estilo de dirección adecuado a la satisfacción de las necesidades de los grupos de interés, y entre ellas las de los propios profesionales, por ser quienes constituyen el motor real para que los cambios en la Organización puedan llevarse a efecto. De esta forma, el equipo directivo ha realizado un esfuerzo destinado a permitir que el resto de líderes, y el personal en general, se implique en actividades de cambio, como por ejemplo:

- El establecimiento del SAPU como vía de canalización de sugerencias, y no sólo de reclamaciones, también para el personal. Además, en el año 2000 se crea el Premio a la mejor sugerencia realizada por nuestros profesionales, que se evalúa y dirime en el seno del CD.
- Fortalecimiento e incremento de los grupos de trabajo, comisiones, grupos de investigación, equipos de procesos, etc. (1.e.4), llegando a dotar económicamente algunas de estas participaciones en función de características especiales (horario, contenido, etc.).
- Delegación de responsabilidades y tareas, y asignación de pequeños presupuestos para la gestión directa (Formación), nombrando responsables de las diferentes comisiones y grupos existentes
- Apoyar las decisiones de los responsables de diferentes ámbitos de actuación (Unidad Básica de Prevención, Sistemas de Información, etc.)

Todas estas modificaciones se comunican y trabajan en el seno de las reuniones de equipo que cada Centro establece de manera periódica. Así, cada mes, el JCSM traslada en una de estas sesiones los temas abordados en la reunión de JCSM y plantea allí las cuestiones a trabajar. Con posterioridad, al mes siguiente, cada líder traslada a la reunión de Jefes lo trabajado en cada Centro y las opiniones sobre los diferentes cambios analizados o establecidos. La medición de la efectividad de los cambios se realiza mediante el control de los indicadores de proceso al efecto que, nuevamente se analizan en el ámbito de la reunión de JCSM y se trasladan posteriormente a los equipos. Un ejemplo de la medición se encuentra en el ítem *Conocimiento de Objetivos y Resultados del Centro*, que obtiene una valoración de 3,08 en 2005, siendo los valores obtenidos por SMEA y la media de Osakidetza de 2,29 y 2,35 respectivamente.



# Política y estrategia

2

# 2. Política y estrategia

Somos una Organización de Servicios de Osakidetza/Svs y, en consecuencia, el mayor impulso para su desarrollo estratégico proviene del propio impulso realizado por la OC. Hasta el año 1998 la gestión de SMEG se llevaba a cabo teniendo como guía el presupuesto y el plan de actividad anual. En 1998 se establece el primer CP y es a partir de esta fecha cuando empiezan a tener mayor presencia los conceptos de objetivos, calidad técnica y percibida e indicadores; si bien, el carácter capitativo de los CP limitaba extraordinariamente la integración de estos conceptos en la gestión diaria como estímulo.

En 1998 se elabora el primer Plan Estratégico (PE) para el período 1999-2001 que establece y desarrolla los objetivos estratégicos e identifica la Misión de SMEG. Las posteriores autoevaluaciones realizadas (2000, 2003 y 2005), la revisión de los objetivos del PE 1999-2001 y la elaboración de un nuevo PE para el período 2002-2006, junto a nuestro compromiso de avance hacia la calidad total, otorgado en el año 2001, han ido jalonando un camino de autoaprendizaje y mejora continua hasta el momento actual. La diferente duración de los dos planes estratégicos es consecuencia de nuestro intento por encuadrarnos dentro de los tiempos y criterios de los planes de la propia OC.

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

Las necesidades y expectativas de los grupos de interés fundamentan los procesos de reflexión estratégica, siendo por tanto clave el establecimiento de metodologías que permitan su captación de forma reglada. La información obtenida es revisada en los diferentes foros de la Organización a fin de permitir un análisis exhaustivo por parte de los líderes y las personas. Estos análisis se incorporan posteriormente a los procesos de reflexión en los que se basa la elaboración del PE y los Planes de Gestión anuales.

### Identificación de los Grupos de Interés y de sus necesidades actuales y futuras

El Equipo Directivo define y actualiza los grupos de interés en función de la misión y la orientación estratégica de la Organización. En el momento actual los grupos definidos son: Pacientes y Usuarios, Personas, Departamento de

2.a.1. Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente (definiciones)	
Paciente	La persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de sus salud
Usuario	La persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria

Sanidad, Dirección General de Osakidetza, Sistema Sanitario y la Sociedad

#### I PACIENTES Y USUARIOS

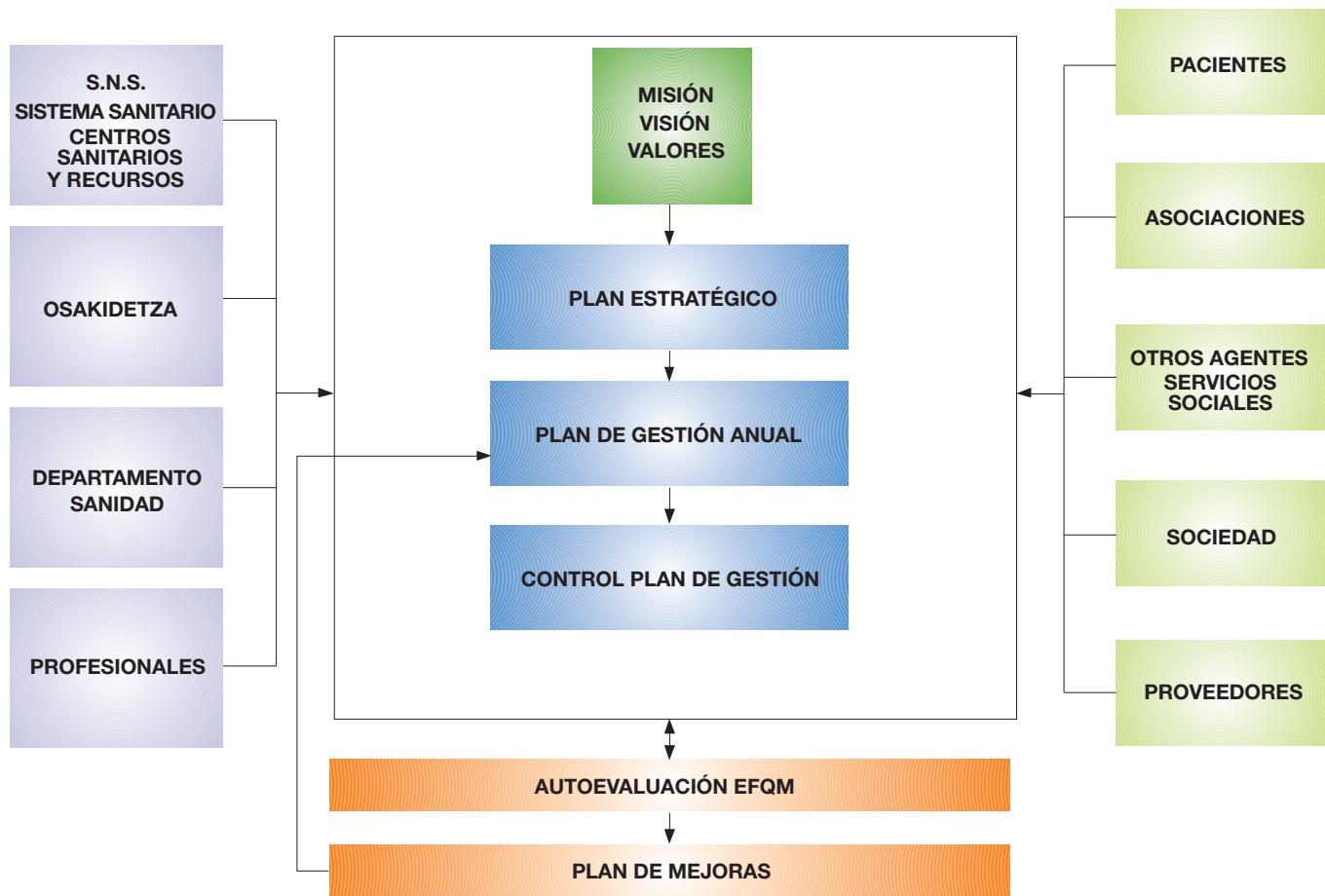
*“...siendo la satisfacción de las necesidades derivadas de su patología psiquiátrica nuestra principal tarea...”*

Tomamos como base para la definición de este grupo de interés las establecidas en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente (2.a.1). Forman parte de este grupo los propios pacientes y todos aquellos que de alguna forma utilizan los servicios sanitarios, entre los que fundamentalmente se encuentran incluidos los familiares.

La satisfacción de las necesidades sociales y sanitarias derivadas de la existencia de una patología psiquiátrica y de las expectativas de los pacientes se recogen por diferentes vías, señaladas en la tabla 2.a.4. De entre ellas, tiene especial importancia la información recogida a través de la Encuesta de Satisfacción de Pacientes, diseñada por la OC de Osakidetza para sus Organizaciones de Servicios de Consulta Especializada Ambulatoria y adaptada a las especificidades de SMEG mediante su revisión en el CT. En ella se abordan las áreas correspondientes a los procesos clave de SMEG (ver 5a), como organización sanitaria. Tanto la realización de la encuesta como sus resultados se lleva a cabo a través de una empresa externa y se plasman en un informe en el que, además, se establecen comparaciones con el resto de organizaciones de Osakidetza. Estos resultados se analizan en el ED, CT y reunión de JCSM, siendo posteriormente difundidos al resto del personal.

La primera encuesta de satisfacción de pacientes se realizó en el año 2000, como ejercicio integrante de un curso de formación en Procesos a los JCSM. Con posterioridad, el modelo de encuesta se integró en el procedimiento general de la OC llevándose a cabo nuevamente en los años 2002 y 2004. El establecimiento de su periodicidad bienal es consecuencia de su inclusión

## 2.a.2 Grupos de interés fundamento de la política y estrategia



como área de mejora en la Autoevaluación del año 2003. La encuesta 2006 se realizará de forma segmentada por centros, como consecuencia de su detección como área de mejora en la Autoevaluación 2005.

Esta información se completa con la obtenida a través de la Encuesta de salud que el Departamento de Sanidad realiza con periodicidad quinquenal y en la que se recogen algunos ítems sobre Salud Mental que configuran el Índice de Salud Mental de la población, con la información que pacientes y familiares transmiten al SAPU (forma verbal o bien a través de reclamaciones, sugerencias o agradecimientos) y con la información que proporciona el contacto directo de los profesionales con pacientes y usuarios.

Una vía adicional para el conocimiento de las necesidades y expectativas de los familiares, como usuarios del sistema, se lleva a cabo mediante las reuniones de trabajo con los diferentes entes asociativos implicados en el terreno de la Salud Mental (Agifes; Acabe; Agipad; Fundación Izan...). En ellas se aportan aspectos de interés que son valorados y, en su caso, incorporados a nuestros planes. Igualmente, los boletines editados por algunas de estas asociaciones aportan datos sobre sus necesidades y expectativas. Por ejemplo, el mantenimiento de una vía

de entrada de casos nuevos en nuestra Red a petición del propio paciente o familia (sin necesidad de remisión previa desde AP), o la habilitación de la atención urgente en los propios CSMs, constituyen una necesidad para algunas familias en el manejo de casos difíciles y así se integró en la dinámica de funcionamiento de los Centros. También, en el año 1998, coincidiendo con la apertura del programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria, tras repetidas reuniones con las asociaciones implicadas y haciendo caso a su petición de ampliación de horario de consulta para estas pacientes (debido a su edad y su situación de escolaridad), se modifica el horario habitual de trabajo, pasando a un horario de mañana y tarde que facilitase su acceso al Programa Específico. Igualmente, en el caso del Programa de Objetivos Intermedios (Metadona) específico para Toxicomanías se amplió el horario en función de que muchos pacientes se reincorporaban al medio laboral como resultado del tratamiento y precisaban un mayor margen horario en consultas, pasando a cubrir el horario entre 8 y 20 horas de forma ininterrumpida en el año 1999. Esta situación se mantiene en el momento actual en ambos programas. Por último, la importancia de la relación personal entre terapeuta y paciente/usuario en el ámbito psiquiátrico convierten el contacto directo en un poderoso aliado para el conocimiento de las necesidades y expectativas de este grupo de interés, más teniendo en

cuenta que las consultas asistenciales tienen un promedio de 25 minutos y con cada paciente se producen una media de 7,75 consultas/año (lógicamente, variable según el diagnóstico y el momento evolutivo de la enfermedad). La continuidad de trato establecida y la intervención multidisciplinar (sanitaria y social) desde los equipos, secundaria al conocimiento que de las mismas se trasmite a través de las reuniones de equipo diarias o semanales, provocan un mayor acercamiento a las diferentes necesidades y, por tanto, su mejor resolución mientras se mantenga el plan de intervención.

El SAPU recoge, a su vez, todas las quejas, reclamaciones, trámites y agradecimientos mediante un procedimiento bien establecido. El/la Trabajador/a Social de cada Centro se responsabiliza de la recepción en el lugar de trabajo de las quejas, reclamaciones y agradecimientos. Tras su recepción, se transmiten al JCSM para su análisis y al responsable del SAPU para su tramitación y respuesta; respuesta escrita que deberá ser emitida en un plazo inferior a 30 días y remitida, firmada por el DG, al reclamante y al Centro de origen para su archivo en la Historia Clínica. Igualmente, se envía información mensual a la OC, quien trimestral y anualmente emite informes globales que permiten establecer comparaciones entre Organizaciones y analizar posibles desviaciones en el seno del ED y CT. Fruto de estas comparaciones hemos establecido como objetivo para el año 2005 la reducción del tiempo medio de respuesta en reclamaciones a 20 días.

#### ■ PERSONAS / PROFESIONALES

Nuestra Misión declara a los “*profesionales como el principal activo de la Organización*”, por lo que es un grupo de interés de indudable valor estratégico. Derivado de la primera Autoevaluación (2000) se calificó como área de mejora el contar con una encuesta de satisfacción de los

profesionales (ver 7a) que se realizó en el mismo año 2000 por primera vez mediante un formato previamente utilizado por SMEA. Posteriormente, potenciado como área de mejora desde SMEG y en base al modelo utilizado por Osakidetza para el conjunto de sus profesionales, se realizó con las Organizaciones de Servicios de Salud Mental Extrahospitalario y la Subdirección de Calidad de Osakidetza/SVS una segunda y tercera edición en los años 2003 y 2005, estableciéndose una periodicidad bienal de la misma como área de mejora detectada y priorizada en la autoevaluación realizada en el año 2003. La periodicidad bienal, y no anual, se fijó como estrategia para mantener una alta participación intentando evitar el cansancio o rechazo de los profesionales a la encuesta, pues hay que tener en cuenta que se trata de una plantilla reducida y muy estable.

Asimismo, la presentación general del PE 2002-2006 contó con una encuesta posterior a su presentación a los profesionales sobre la metodología utilizada y los contenidos del PE, cuyas dimensiones analizadas y sus resultados se presentan en la tabla 2a.3. Como consecuencia de las aportaciones y resultados de la mencionada encuesta se estableció como mejora la conveniencia de organizar una Jornada anual para tratar aspectos relacionados con la clínica y la gestión y que se celebra durante el mes de junio. También se vio la necesidad de establecer procesos y espacios de reflexión de toda la Organización, y algunas modificaciones de índole estructural y de infraestructura en la organización de las jornadas y eventos similares. Igualmente, dio pie para revisar la representatividad de cada colectivo en futuros planes y revisar y actualizar los contenidos de la Misión.

La realización de la encuesta de personas se lleva a cabo en el primer trimestre del año y los resultados son analizados por la OC emitiendo un informe posterior en el que pueden establecerse las comparaciones necesarias. El informe es analizado en el seno de ED, CT y Reunión de JCSM, siendo posteriormente comunicados los resultados más relevantes a los profesionales en la visita semestral a los Centros y mediante el Boletín Trimestral de SMEG. El análisis de las encuestas y la detección de la formación como área de mejora propició la instauración en 2003 del calendario anual de sesiones clínicas en toda la Red como estrategia de mejora (4.e.4).

Además, consciente de la importancia de la comunicación con los profesionales, el ED mantiene una política de puertas abiertas continua, facilitando cuantos contactos sean precisos con los trabajadores en el propio lugar de trabajo, además de la visita semestral ya señalada y que surge como una mejora derivada de la encuesta realizada a los miembros del CT, en el año 2004, sobre herramientas de comunicación en SMEG (1.d.1). Se tiene en cuenta también la información recogida en las reuniones de trabajo con el personal (por ejemplo, reunión mensual del

#### 2.a.3. Items analizados y puntuaciones. Encuesta post presentación Plan Estratégico, año 2002

1. Claridad de lo transmitido	6,1
2. Grado de cumplimiento de expectativas de la Jornada	6,5
3. Interés por sesiones similares a la realizada	7,4
4. Conocimiento previo del Plan	6,4
5. Utilidad del resumen previo entregado	6,4
6. Formulación de la Misión	5,8
7. Contenido de la Misión	5,7
8. Adecuación de objetivos del PE	6,6
9. Orientación adecuada de la Organización SMEG	5,7
10. Representación del colectivo en el Plan Estratégico	5,7
11. Necesidad de procesos de reflexión	7,5

Gerente con los Jefes de los CSM) y con los representantes sindicales por medio de las actas de las reuniones celebradas (comité de empresa, comité de seguridad y salud y Comisión de Contratación).

#### **I ASEGURODADORES Y COMPRADORES**

Incluimos en este apartado, principalmente, al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco quien, a través de la Dirección Territorial de Gipuzkoa se constituye en el principal comprador de SMEG (98,5 % en cifra de negocio 2004). Igualmente ofertamos nuestros servicios a diferentes aseguradores que englobamos en este grupo.

El Departamento de Sanidad recoge las necesidades y expectativas de la población mediante la Encuesta de Salud, estudios epidemiológicos, análisis de los cambios sociales y demográficos y directrices del Gobierno para elaborar las líneas principales de las actuaciones en Salud. Estas líneas constituyen la referencia obligada para que SMEG traduzca estas necesidades en intervenciones. El Plan de Salud 2002-2010, con la asistencia psiquiátrica y salud mental como área prioritaria, y el Plan de Calidad 2003-2007 constituyen los documentos base de nuestras actuaciones. La traslación de estas necesidades a cada Territorio y Organización se concreta en el CP negociado con la Dirección Territorial mediante reuniones periódicas y que incluye compromisos de actividad, compromisos de calidad y la financiación necesaria para llevarlo a cabo. Los indicadores necesarios para su control son establecidos conjuntamente entre SMEG y la DTSG, participando los JCSM en su elaboración y discusión y que, finalmente, el Gerente negocia con la DTSG.

La revisión de los indicadores de actividad y calidad se revisa mensualmente por el ED y trimestralmente con los JCSM, estableciendo las correcciones necesarias e incorporándolo al proceso de actividad. Así, por ejemplo, el porcentaje de casos derivados a AP se ha incrementado progresivamente por encima de los objetivos establecidos cada año en CP (9.b.11).

El Departamento de Sanidad como agente asegurador global de salud para todo el sistema sanitario, y no sólo del sistema público, implica por tanto también a las aseguradoras privadas en los mismos objetivos y se comparten por tanto los mismos intereses. Aunque de reducida importancia en su volumen, nuestras unidades prestan servicios a pacientes asegurados en entidades privadas por lo que, a través de la gestión corporativa en la formalización de convenios de prestación de servicios sanitarios, se tienen en consideración las expectativas y necesidades de estas instituciones: Lagun Aro, SASFAL, etc.

#### **I OC de OSAKIDETZA**

Osakidetza constituye nuestra “casa matriz” y establece, de forma global, las directrices y estrategias de

funcionamiento de sus organizaciones. El conocimiento de las necesidades de la OC de Osakidetza, como entidad propietaria, se realiza igualmente mediante diferentes vías. El PE de Osakidetza 2003-2007, el PE de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2004-2008, y los compromisos de actividad, calidad y financiación pactados a través del CP, constituyen la fuente de conocimiento y el eje sobre el que pivotan nuestras actividades. La aceptación de nuestras líneas de trabajo se establece, en primer lugar, mediante la aprobación de la coherencia de nuestro propio PE con el de la OC, y posteriormente mediante las reuniones de coordinación y evaluación de la gestión realizada por el ED.

#### **I SISTEMA SANITARIO**

En coherencia con nuestra misión *“Es nuestra voluntad liderar la continuidad de cuidados...”*, los servicios de asistencia psiquiátrica hospitalarios, en sus diferentes modalidades, así como los equipos de AP y los de pediatría extrahospitalaria, son básicos a la hora de establecer un adecuado programa terapéutico. En este subgrupo, por tanto, englobamos:

**► Servicio de Psiquiatría – Hospital Donostia.** La relación con el Hospital Donostia, único centro con servicio de corta estancia psiquiátrica del Territorio, constituye un punto central en nuestra estrategia. En el año 1999, a iniciativa de SMEG, se inició un grupo de trabajo entre ambas Organizaciones (8 personas) que, en un primer momento, contó con el apoyo de una consultora externa y que, posteriormente, desarrolló diferentes áreas de colaboración con reuniones de periodicidad aproximada cuatrimestral hasta el año 2003. Dichas reuniones tenían, como finalidad para SMEG, el conocimiento de las necesidades del Hospital en la intervención terapéutica con pacientes en los que ambos sistemas estaban implicados. Como resultado del grupo de trabajo se establecieron indicadores para algunos de los requerimientos señalados por el Hospital (derivaciones informadas, reducción de las demoras para cita tras alta) que, posteriormente, se incorporaron a nuestro CP y son, por tanto, objeto de revisión continuada. En el momento actual, y tras dos años de revisión y mejora hemos constituido un nuevo grupo de trabajo, junto con la Dirección Médica del Hospital, para evaluar y revisar conjuntamente lo realizado y establecer nuevos objetivos que redunden en el cumplimiento de nuestra Misión y Visión. Además, los CSM mantienen reuniones periódicas con sus referentes hospitalarios de zona (facultativos) a fin de mejorar la coordinación y el trabajo conjunto, propiciando la satisfacción de sus necesidades y la resolución de conflictos en el día a día.

**► Hospitales monográficos de Psiquiatría.** Los Hospitales monográficos de Psiquiatría, en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, pertenecen a entidades privadas

#### 2.a.4. Fuentes de información de los grupos de interés

Origen	Información	Responsable	Periodicidad
<b>Pacientes y usuarios</b>	Encuesta de satisfacción Encuesta de Salud Quejas, Reclamaciones y Sugerencias Contacto directo Reuniones con Asociaciones de Pacientes y Familiares	DG Dpto. de Sanidad Resp. SAPU Profesional JCSM, DG	Bienal Quinquenal Continua Continua Trimestral
<b>Profesionales</b>	Encuestas de satisfacción de personas Grupos de Trabajo/Comisiones Jefes de Centro Representación Sindical Seguridad y Salud Laboral Sugerencias y Opiniones Visitas de ED a Centros	DG DG DG DG DG Resp. SAPU DG	Bienal Periódica Mensual Trimestral Trimestral Continua Semestral
<b>Aseguradores y compradores</b>	Osasuna Zainduz Plan de Salud Plan de Calidad Contrato-Programa Controles de CP Reuniones puntuales	DG DG DG DG, DdG DG, DdG DG, DdG	Anual Semestral Anual Cuatrimestral Continua
<b>OC de Osakidetza</b>	Plan Estratégico Osakidetza Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental Controles de Gestión OS	DG DG DG, DdG	2003-2007 2004-2008 Cuatrimestral
<b>Sistema Sanitario</b>	Grupos de trabajo Reuniones de coordinación por sectores territoriales Reuniones Gerencia-Jefe de Servicio Visitas periódicas Reuniones de coordinación por sectores territoriales Encuesta no sistematizada Estudio Delphi Grupos de trabajo Reuniones Gerenciales	DG, JCSM JCSM DG DG, JCSM JCSM DG, JCSM DG DG, JCSM DG	2000-2003 Mensual/Trimestral Puntuales Semestral Mensual/ Puntual 1999 2000 2004/200 Puntuales
<b>Otros</b>	Reuniones periódicas Grupos de trabajo Grupos de trabajo Comisión de Valoración Sociosanitaria Reuniones periódicas Reuniones de coordinación Grupos de formación Grupos de formación Reuniones de coordinación	DG DG, profesionales DG, profesionales DG, profesionales DG, profesionales JCSM JCSM Gerente JCSM Gerente JCSM Gerente	Continuo Puntuales Astero Semanal Puntuales "Ad hoc" "Ad hoc" Puntuales

concertadas con la DTSG. Tanto en las reuniones de concertación como en las de seguimiento y revisión establecidas por la DTSG participa el Gerente de SMEG. Esto permite un conocimiento continuado de las necesidades y expectativas que los cambios en la orientación asistencial en los últimos 20 años han supuesto para estos Hospitales. Es precisamente este cambio de orientación el que aconseja la presencia de la organización extrahospitalaria en las reuniones de seguimiento de los conciertos. A nivel asistencial, al igual que con el Hospital Donostia, los CSM mantienen reuniones periódicas con sus referentes hospitalarios de zona (facultativos) a fin de mejorar la coordinación y el trabajo conjunto con cada paciente, propiciando la satisfacción de sus necesidades y la resolución de conflictos.

► **Atención Primaria.** La incorporación de casos nuevos a nuestra red asistencial tiene su origen, en un 85%, a través de AP debido a nuestro carácter especializado. El conocimiento de sus necesidades se ha llevado a cabo por diferentes vías y con diferentes resultados. En el año 1998, se realizó una pequeña encuesta a una muestra de Centros de Salud en la que se preguntaba sobre aspectos diferentes de la relación sanitaria o profesional con los CSMs. Con posterioridad, 1999-2000, se llevó a cabo un estudio Delphi junto con la Unidad Docente de Medicina de Familia para conocer la opinión de los profesionales de Atención Primaria y con los de Especializada Psiquiátrica sobre qué patologías debían ser atendidas en cada ámbito. Los resultados de aquella muestra dieron origen a grupos de trabajo conjuntos en algunas zonas intentando concretar aquellos aspectos de mayor interés para AP. Estos grupos dieron lugar a un plan formativo en una comarca que se ha prolongado a lo largo de 5 años, realizándose al mismo tiempo un estudio de investigación sobre su utilidad financiado por la DTSG en CP. En el año 2003, tras la experiencia obtenida en esta Comarca, se elaboró un documento de trabajo (grupo de 4 profesionales), presentado a la Subdirección de Asistencia Primaria de la OC y posteriormente a los ED de AP, para extender el modelo de relación que cristalizó en un grupo de trabajo de profesionales de la Asistencia psiquiátrica en el programa de adultos con AP y otro de profesionales del programa infanto-juvenil con pediatras extrahospitalarios. El resultado final ha sido dos documentos de consenso a modo de guía de manejo de los trastornos mentales en AP que, en el año 2006, se incorporarán como indicadores a los Contratos Programa de las diferentes Organizaciones implicadas

## ► OTROS

El carácter multidisciplinar de nuestros equipos y el tipo de trabajo que desarrollamos convierte en grupo de interés a múltiples instituciones y organismos

(Departamentos de Gobierno, como Educación y Justicia, colegios, Diputación y Ayuntamientos) que, de alguna manera, intervienen también en las necesidades derivadas del enfermo psiquiátrico. Por ello, nuestra misión establece que el liderazgo en la continuidad de cuidados se realizará “...*impulsando el contacto y la colaboración entre los profesionales, y con los demás agentes del sistema sanitario y social...*”. Las relaciones con otras instituciones relevantes de la Sociedad se canalizan, fundamentalmente a través de reuniones de la Gerencia y los JCSM con los diferentes estamentos implicados. En algunos casos, como sucede con el sistema escolar, esta colaboración es continua entre los equipos infantojuveniles y los propios centros educativos. En el caso de los Ayuntamientos, las relaciones se establecen a través, fundamentalmente, de las Trabajadoras Sociales y de los cursos de formación que nos solicitan. Todas estas actuaciones nos permiten un conocimiento permanente de las diferentes demandas que la Sociedad formula hacia nuestros servicios.

En lo que se refiere a los proveedores hay que señalar que su peso relativo en nuestras actividades es muy reducido por lo que la identificación de sus necesidades para su alineamiento con nuestra estrategia se realiza mediante los contactos habituales y de relación comercial del DdG y el equipo de administración con aquellos proveedores de servicios (seguridad, limpieza, mensajería) que más inciden en la satisfacción de nuestros profesionales y de los usuarios. Resultado de esos contactos, y para promover su implicación con nuestra organización, desde el año 2000 realizamos concursos públicos para dos años de vigencia, que se extiende hasta cuatro mediante prórrogas.

Las actividades de evaluación y revisión (autoevaluaciones, evaluación PG, benchmarking, seguimiento cuadro de mando) han propiciado mejoras en el sistema de captación de las necesidades y expectativas de los grupos de interés, que han ido evidenciándose a lo largo de la exposición: encuestas a pacientes, a profesionales, de incorporación, plan de salud, diseño del proceso de gestión de relaciones externas, comunicación, visitas a CSM, encuesta de presentación del PE, etc.

Toda la información obtenida por los medios y en los ámbitos anteriormente explicados constituye un volumen suficiente para conocer las demandas y necesidades actuales o futuras de los grupos de interés; información que es analizada de manera continua por el ED y los JCSM a la luz de nuevos conocimientos adquiridos a través de cursos, jornadas, publicaciones y mediante autoevaluaciones y/o reuniones de análisis que han ido provocando mejoras sucesivas. Las evidencias de estas mejoras se encuentran detalladas a lo largo de esta memoria, tales como acuerdos de colaboración, nuevos servicios y prestaciones, encuestas, etc.

2.b.1. Otras fuentes de evaluación cuantitativa			
	Información sobre:	Fuente	Periodicidad
<b>Medición del rendimiento</b>	<b>Rendimiento asistencial y de calidad</b>	Cuadro de Mando Control de Gestión CP	Mensual, Trimestral
	<b>Aspectos económicos y financieros</b>	Informe de control Seguimiento de inversiones Control de Gestión CP Informe Tribunal Vasco de Cuentas	Mensual, Trimestral, Anual
	<b>Personas</b>	Informe de Salud Laboral sobre IT Seguimiento solicitudes formación Movilidad y adecuaciones de puestos Encuesta a profesionales	Mensual, continuo Bienal
	<b>Pacientes y Usuarios</b>	SAPU: registro de reclamaciones, quejas y agradecimientos Datos de altas voluntarias y administrativas Evolución cambios de terapeuta Encuesta usuarios	Mensual, anual Bienal
	<b>Rendimiento medio-ambiental</b>	Residuos sanitarios Datos de consumos de agua, luz, etc.	Mensual, anual
	<b>Ánalisis y herramientas para la mejora del rendimiento</b>	Autoevaluación EFQM Formación sistema ISO Grupos de trabajo intra-extrahospitalarios Comisiones propias Publicaciones	Bienal,
<b>Investigación y aprendizaje</b>	<b>Ánalisis de otras Organizaciones de los sistemas vasco y nacional de salud</b>	Benchmarking (memorias, visitas) Informes comparativos de Osakidetza Y AEN Cursos, ponencias, jornadas, sesiones clínicas Club evaluadores Euskalit	Continuo

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

Además de las informaciones recogidas desde los grupos de interés, se utilizan otras fuentes de evaluación cuantitativa que provienen de nuestra propia actividad y de la de otras organizaciones o entidades relacionadas, de las que se recoge información de manera continuada y se analiza por su potencial impacto en la formulación de la política y estrategia de SMEG, recogida en los PE y PG. Igualmente se valoran aspectos cualitativos de las

personas mediante indicadores indirectos y evaluación del clima laboral.

El carácter médico-técnico de SMEG hace que el proceso de revisión y aprendizaje continuado sea algo inherente a la propia actividad y enfocado, tal y como se expresa en nuestra Misión, a la satisfacción de las necesidades de los pacientes y sus familias o entornos más cercanos. A fin de alcanzar esta satisfacción, las informaciones sobre medición del rendimiento abarcan diferentes campos:

- *Rendimiento asistencial y de calidad* (ver 6 y 9).- El análisis de las demoras, de la evaluación de los motivos de queja y reclamación en el Servicio de Atención al Paciente y Usuario, y la evaluación de nuestra intervención sobre

aquellos procesos de mayor gravedad, por estar así recogido en nuestra Misión y ser más específicos de la asistencia especializada, permiten valorar el impacto de nuestra política y estrategia sobre la satisfacción de las necesidades derivadas del enfermar psiquiátrico.

El cuadro de mando recoge los indicadores de actividad y calidad, al tiempo que se realiza un análisis mensual de rendimiento por profesional. Al mismo tiempo, los diferentes grupos de trabajo aportan información al CT y a la Gerencia, que se transmite a los JCSM y profesionales. El CT centraliza, como órgano consultivo que es, una buena parte de las conclusiones de otros grupos para su análisis y asesoramiento a la Dirección sobre la conveniencia de determinadas decisiones técnico-sanitarias. El CT recoge una representación de los diferentes grupos profesionales bajo la presidencia de la Gerencia y contando como miembro permanente con el Responsable del SAPU. Su composición se renueva al 50% cada dos años mediante el correspondiente proceso electoral. Toda su actividad es recogida en actas que, a su vez, son enviadas tras su aprobación a todos los Centros en un plazo inferior a un mes desde su celebración. El CT participa mediante una representación de sus miembros (3) en el CD en la elaboración, aprobación y revisión de los PE y PG.

- *Aspectos económicos y financieros.*- La evolución presupuestaria y las inversiones se analizan con la OC cuatrimestralmente a través de los Controles de Gestión, corrigiendo las posibles desviaciones detectadas y readaptando los recursos a las necesidades estratégicas. Asimismo los informes anuales del Tribunal Vasco de Cuentas nos ayudan a ajustar nuestros procedimientos de gestión y control económico a los principios de eficiencia y legalidad.

- *Personas* (ver 7b).- La política de accesibilidad y facilitación de la comunicación entre la Gerencia y los profesionales, así como los diferentes foros de intervención de éstos, permiten conocer y comprender las necesidades e ideas de los profesionales de una forma continuada. Así, los aspectos formativos y de movilidad han sido potenciados desde la Dirección como parte de su estrategia en la implicación con las personas, todo ello completado con los indicadores directos de las encuestas.

- *Pacientes y Usuarios.*- Las encuestas bienales constituyen el principal foco de conocimiento y comparación sobre la satisfacción de las necesidades de nuestros pacientes. Sin embargo, estas encuestas recogen únicamente aspectos asistenciales que son una

## 2.b.2. Algunos ejemplos de mejora

Origen	Área	Mejora	Año
Análisis del rendimiento	Encuesta a profesionales	Descentralización Gasto en Formación	1998
		Instrucción para el formato de Activ. Docente	2003
		Detección y Plan de mejora de Instalaciones	2000
		Plan de Prevención bienal	2004
	Encuesta a Usuarios	Mejoras estructurales y ambientales	2000
		Sistema de identificación de locales y profesionales	2000
	Resultados asistenciales	Elaboración y consenso de Tabla de Indicadores en CP	2002
		Comparaciones entre CSMs	2000
		Derivación a AP. Grupos de consenso y apoyo con Guías	1999
		Cuadro de Mando	2003
Aprendizaje interno	CD y CT	Encuesta sobre Herramientas de Comunicación	2004
		Normalización de Historia Clínica. Normas de uso	2003
		Elaboración del Mapa de Procesos y su desarrollo	2002
		Instrucción sobre estancias en otros servicios/instituciones	2004
	Autoevaluación	Guía de Recursos y Cartera de Servicios	2004
		Guía de Incorporación de nuevos profesionales	2004
		Boletín de Información al personal	2001
		Implantación ISO 9001:2000 en Bitarte y TCA	2004
Aprendizaje externo	Benchmarking	Jornada Anual de Salud Mental Gipuzkoa	2002
		Plan de comunicación del Plan Estratégico	2002
		Asociación a Euskalit	2000
		Club de evaluadores	2002
		Puesta en marcha Encuesta a profesionales	2000

<b>2.b.3. Otros ejemplos fruto de la revisión y aprendizaje</b>		
<b>Año</b>	<b>Fuentes de aprendizaje</b>	<b>Cambios</b>
1998	Encuesta AP PE	Primeros grupos de trabajo
1999	Estudio Delphi con AP Curso Procesos	Formación AP
2000	Autoevaluación Encuesta Profesionales	Encuesta Pacientes
2001	Evaluación ED PE	Segundo PE
2002	Evaluación ED y CT	Revisión encuesta Personas
2003	Autoevaluación	Mapa Procesos
2004	Autoevaluación	Manual de Acogida Encuesta

parte de las necesidades del paciente psiquiátrico o de cualquier ser humano. La multidisciplinariedad de nuestros equipos asistenciales es la manifestación de nuestra toma de conciencia sobre el conjunto de necesidades que el paciente presenta y de nuestro interés por participar en su mejora. Así, por ejemplo, en dos períodos distintos se han elaborado sendos estudios, desde los profesionales del Trabajo Social, sobre las necesidades de vivienda de nuestros pacientes, para intentar incidir en la creación de ámbitos residenciales desde el espacio social. Igualmente, la detección de la necesidad de potenciar las estructuras de día nos llevó a implicarnos claramente en el desarrollo del espacio sociosanitario. Todos estos elementos se incorporan a nuestra política y estrategia, tal y como se observa claramente en nuestra propia Misión cuando señala que *“Es nuestra voluntad liderar la continuidad de cuidados impulsando el contacto y la colaboración entre los profesionales, y con los demás agentes del sistema sanitario y social, prestando atención especial al tratamiento de las patologías más graves y promoviendo la creación de los programas de atención específica y los recursos intermedios necesarios”*.

Otras vías de conocimiento como el análisis del registro de reclamaciones, quejas y agradecimientos, los datos de altas voluntarias y administrativas o la evolución de cambios de centro de tratamiento, como indicadores de necesidades no satisfechas están también incorporadas a nuestros procesos de reflexión estratégica para el desarrollo de acciones futuras

La investigación y aprendizaje continuo se muestran siempre presentes en el funcionamiento de SMEG; si bien, desde el punto de vista asistencial, las nuevas tecnologías son escasas en el campo en el que trabajamos ciñéndose a los avances farmacológicos y terapéuticos, y las tecnologías de la información. Este último aspecto nos

llevó a incorporarnos al grupo de trabajo (3 personas) sobre Salud Mental Extrahospitalaria enmarcado en el Proyecto e-Osabide, de informatización de la Historia Clínica, de Osakidetza que fue incorporado a nuestra estrategia potenciando la informatización de la Red. Hasta el momento actual, y desde su creación, nuestra Organización ha contado con un potente sistema de registro de actividad (Registro de Casos Psiquiátricos) que, si bien en sus comienzos se gestó como un sistema de seguimiento de casos clínicos en su evolución por la Red asistencial, se ha ido adaptando a las nuevas necesidades derivadas de la actividad de gestión (rendimientos, cálculo de RRHH, negociación de CP, desarrollo profesional, etc.) sirviendo como herramienta de comparación con el resto de organizaciones extrahospitalarias de Salud Mental de nuestra Comunidad y de otras Comunidades Autónomas con el mismo sistema de registro.

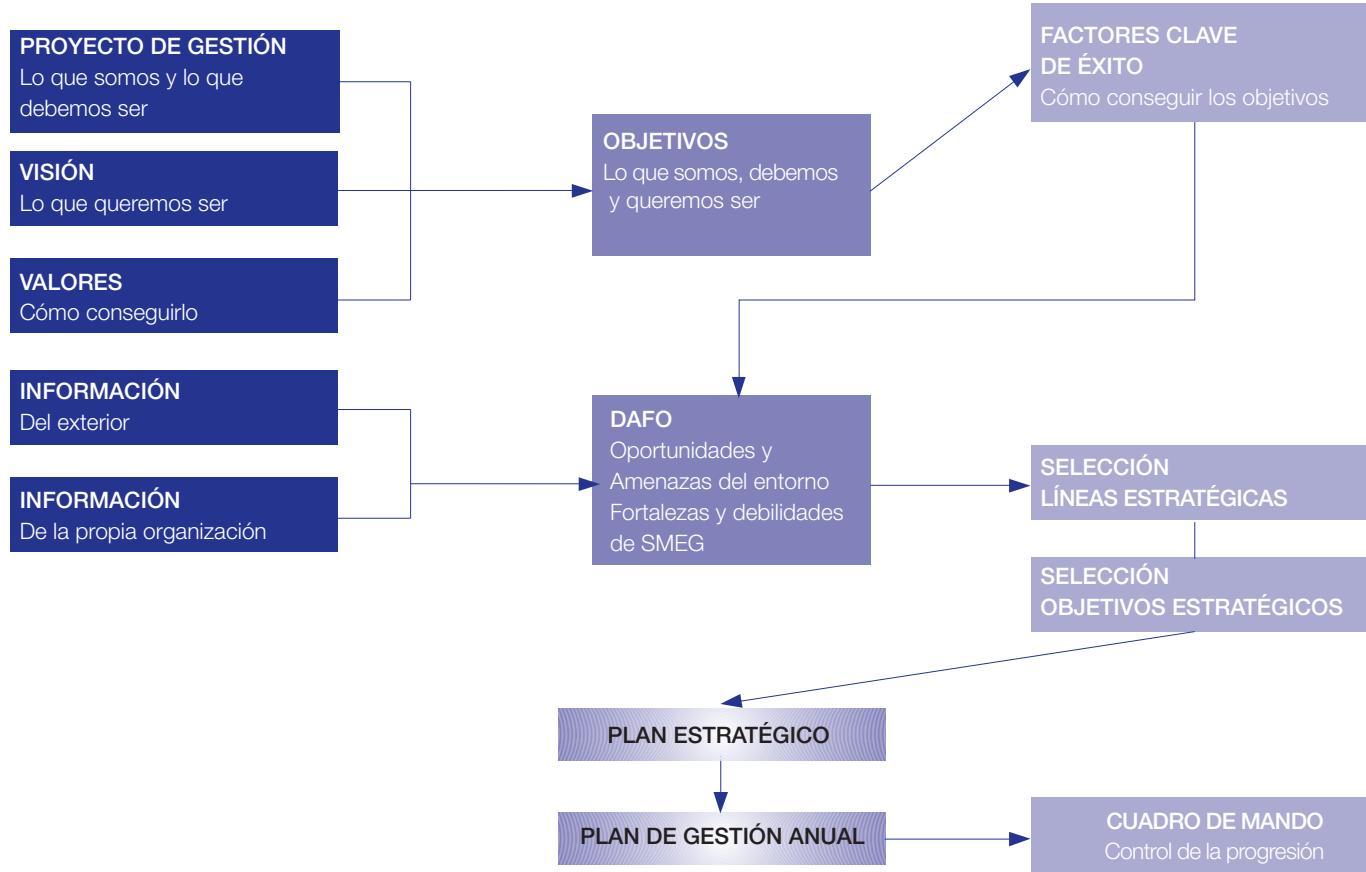
Las Autoevaluaciones realizadas hasta la fecha han servido como foro de reflexión y detección de mejoras en la gestión y en el sistema de información para la PyE que, posteriormente, se han incorporado al proceso estratégico del período. Asimismo las reuniones con la Dirección de Osakidetza y con la DTSG cumplen esta misma función y permiten adecuar nuestra estrategia a la recogida en los Planes de la OC y en el Plan de Salud. Por otra parte, existe un contacto continuo con la Dirección de Asistencia psiquiátrica de la OC que permite una sintonía total entre los objetivos allí marcados y los establecidos por SMEG y un proceso continuo de comparación con otras organizaciones similares mediante los informes trimestrales y anuales realizados por la Subdirección de Calidad de Osakidetza y mediante reuniones de trabajo conjuntas impulsadas desde la OC.

Las autoevaluaciones EFQM y toda esta información es valorada trimestralmente por el ED y se utiliza para evaluar el rendimiento de SMEG. Además de una valoración global, existen evaluaciones específicas y procesos de benchmarking entre los propios centros de la organización (demoras, pacientes por facultativo, reinicios, abandonos, etc.), toda vez que un buen número de ellos realizan las mismas funciones en cada sector geográfico. Su análisis favorece la toma de decisiones estratégicas que contribuyen a la mejora de nuestra tarea asistencial. Además, una vez evaluada su utilidad, constituyen el punto de partida en los procesos de elaboración del PE establecidos cada cuatro años.

## 2.C La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza

El PE constituye el documento base de nuestra política y estrategia, permitiendo la puesta en marcha y revisión de

## 2.c.1. Esquema del proceso de planificación estratégica



las actuaciones allí establecidas como estratégicas para la resolución de las necesidades de nuestros grupos de interés. Su elaboración se sustenta en el Proceso de Planificación Estratégica, liderado por el Gerente y que se gestiona según se describe en 5a y 5b

La elaboración, en 1998, del **primer PE** para el periodo 1999-2001 no contó con una invitación expresa al personal de SMEG a formar parte del equipo redactor. Dado su carácter entonces innovador para nuestra Organización, el grupo redactor estuvo compuesto por el Gerente, el Director de Gestión, la Jefe de Sistemas de Información, el Responsable del SAPU y tres jefes de Servicio con tareas asistenciales. El proceso metodológico seguido (2.c.1), guiado por el DdG, fue básicamente el descrito en el documento "Guía para la elaboración de un Plan de Empresa". Así, tras la evaluación de la estrategia seguida y de las directrices de la Corporación se pasó a definir el Proyecto de Gestión a partir del cual, tras el análisis del entorno (amenazas y oportunidades) y de la realidad interna de la organización (debilidades y fortalezas), se establecieron los objetivos y líneas estratégicas así como los planes de acción necesarios para llevar a efecto cada una de ellas.

La **Misión** fue elaborada durante la realización de este primer PE (1999-2001) por el grupo redactor (3 personas

del equipo directivo, 3 jefes de servicio y el Responsable del SAPU) y revisada en la elaboración del PE 2002-2006 dando un mayor peso a nuestra implicación con la continuidad asistencial y con la especialización de la actividad (2.c.3). La realización de la actividad diaria se basa en los **Valores** compartidos en SMEG y forman parte de nuestra estrategia a la hora de abordar el proceso asistencial. La **Visión**, o futuro que queremos diseñar para nuestra Organización, fue formulada en el proceso realizado en el año 2001 para la elaboración del PE 2002-2006, mediante la participación de un número mayor de profesionales de SMEG (12). Este primer proceso concluyó con la definición de 16 objetivos estratégicos para el periodo 1999-2001. Una vez analizada su coherencia y aprobado por el Ente Público se procedió a distribuir las tareas a lo largo de los 3 años de vigencia del Plan,, en el seno del CT, los JCSM y el propio equipo directivo. Su desarrollo a lo largo de los años fue irregular como, posteriormente, se observó al realizar el análisis global de la estrategia seguida en el periodo señalado.

En el proceso de reflexión para el **PE 2002-2006** incorporamos, como mejora, la participación como consultor externo de un profesional del Dpto. de Sanidad que lideró el proyecto de Planes de Empresa en el marco de Osasuna Zainduz y que sirvió para tener más en consideración la visión de nuestro agente financiador mayoritario (DTSG). En

## 2.c.2. Objetivos estratégicos 2002-2006

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	FCE
LIDERAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS EN GIPUZKOA	Mejorar las relaciones institucionales con AP y SPHD Desarrollar estructuras intermedias para patologías graves Incidir en que el CP recoja indicadores que reflejen actividades conjuntas con AP	ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO GAMA DE SERVICIOS Y RECURSOS GARANTIA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS LIBERTAD DE ELECCION DE PROFESIONAL Y CENTROS
MEJORA DE INFRAESTRUCTURAS	Edificios Sistemas de información e informática Sistemas de seguridad física de las personas Sistemas de organización	CONFORT DE LAS INSTALACIONES ALTA PROFESIONALIDAD TECNICA
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN, DOCENCIA E INNOVACIÓN	Regular la práctica docente Potenciar la formación continuada Investigación Innovación: Mejora de procesos	ALTA PROFESIONALIDAD TECNICA Y RELACIONAL MULTIDISCIPLINARIEDAD Y TRABAJO EN EQUIPO
DEFINICIÓN, DESARROLLO Y DIFUSIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS	Elaboración Difusión al sistema sanitario Difusión a la población	AMPLIA GAMA DE SERVICIOS Y RECURSOS

## 2.c.3 Actualización de la P y E

	1999-2001	2002-2006
Misión	Prestar asistencia especializada psiquiátrica en el ámbito comunitario, desde un enfoque de intervención multidisciplinar y una concepción global e integral de la persona, la salud y el enfermar	Prestar asistencia psiquiátrica especializada en régimen ambulatorio desde una perspectiva comunitaria que responda a los principios de accesibilidad, eficiencia y calidad basada en procedimientos de eficacia probada.... siendo nuestra principal tarea la satisfacción de las necesidades derivadas de su patología psiquiátrica (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
Visión	con el propósito de configurarse como eje de la atención a las necesidades de salud mental de los ciudadanos  Los ciudadanos de Gipuzkoa son los destinatarios de nuestra amplia gama de servicios constituyendo nuestra principal preocupación la satisfacción de sus necesidades sanitarias  y siendo preceptivos el contacto permanente y la colaboración con los restantes agentes del sistema sanitario	Es nuestra voluntad liderar la continuidad de cuidados impulsando el contacto y la colaboración entre los profesionales, y con los demás agentes del sistema sanitario y social. Constituye el referente de la atención psiquiátrica especializada para los ciudadanos de Gipuzkoa prestando especial atención al tratamiento de las patologías más graves y promoviendo la creación de los programas de atención específica y los recursos intermedios necesarios  El tratamiento en el propio entorno se garantizará a través de la red de Centros, impulsando su participación como agentes activos en el cuidado de su salud
Valores	Orientación al paciente  Uso eficiente de recursos y calidad de servicios  Comunicación  Participación de profesionales	Orientación al paciente  Accesibilidad  Comunicación  Participación de los profesionales  Reconocimiento

en ese contexto, al analizar el Plan anterior, se puso en evidencia la desigual realización de los Planes en su globalidad tal y como se había ido viendo a lo largo de los 3 años en los procesos de reflexión que se llevaban a cabo en el seno del equipo directivo y del CT. Hay que tener en cuenta que somos una organización pequeña (el equipo directivo cuenta con DG a tiempo parcial y DdG, careciendo de Dirección Médica, de Enfermería o de Personal) con una alta carga asistencial. Esta situación, sin duda, contribuyó a que el nuevo Plan (ahora vigente) haya reducido sensiblemente su número de objetivos y planes de acción a fin de hacerlo más realizable: 4 objetivos estratégicos, 14 estrategias y 34 planes de acción; algunos de los cuales se muestran en la figura 2.c.2.

En el nuevo proceso de reflexión, y ya en el marco del PE de Osakidetza, se parte de la información abordada en los subcriterios 2a y 2b. Se realiza un análisis del desarrollo del Plan previo, volviendo a enunciarse el Proyecto de Gestión o Misión de nuestra Organización buscando expresar claramente las dos bases fundamentales de nuestro quehacer: los pacientes y usuarios, y los profesionales. Se definen 4 líneas estratégicas y 36 planes de acción que son comunicados primeramente mediante un resumen del Plan remitido con una carta individualizada a cada profesional de la Organización y, posteriormente, en el marco de una jornada de presentación a la que asiste el 60-70% del personal debido a la imposibilidad de cierre de los Centros. Igualmente, se presenta al CT y al CD, elaborándose los

Planes de Gestión correspondientes y el reparto de objetivos y líneas que, posteriormente se desplegarán en cascada a través de los JCSM. Asimismo, todo el PG se evalúa globalmente de forma anual y se une a la elaboración del siguiente PG. Se identifican asimismo, por parte del grupo redactor, los Factores Claves de Éxito (FCE) que van a propiciar la consecución de la Misión de la Organización, estableciendo su posición competitiva, y se formulan las Líneas Estratégicas necesarias para alcanzar el desarrollo del proyecto estratégico. En el PE 2002-2006 se definió como estratégico el avanzar en la Continuidad de Cuidados, la Mejora de Infraestructuras, el Desarrollo de la Investigación, Docencia e Innovación y la Definición, Desarrollo y Difusión de la Cartera de Servicios; aspectos todos ellos deducidos de la información obtenida desde los grupos de interés (ver 2a). Así, por ejemplo, las deficiencias detectadas en las infraestructuras se habían derivado de la información

obtenida en el SAPU; la Continuidad de Cuidados se había establecido como una prioridad desde los propios pacientes y sus familias y los profesionales; y la necesidad de una cartera de servicios correspondía también a necesidades detectadas desde pacientes, profesionales y sistema sanitario, así como de la derivada desde los indicadores asistenciales internos. Por último la necesidad de intensificar la Investigación, Docencia y Formación se derivaba de las necesidades detectadas a través de los profesionales y la gestión tecnológica. Para el desarrollo de las líneas de actuación se ha dado un mayor peso a las reuniones de JCSM y al CD, quedando en el seno del CT los temas referidos a formación. Otros ejemplos de mejoras, fruto de la revisión y aprendizaje pueden verse en la tabla 2.b.3.

La Política y Estrategia se actualiza cada año mediante la revisión del cronograma establecido para cada una de las

#### 2.d.1. Esquema de procesos clave

Tipo de Proceso	Proceso	Subproceso	Propietario
Estratégico	Planificación y Gestión estratégica	Planificación Estratégica Plan Anual de Gestión Contrato Programa Gestión Procesos y Calidad Autoevaluación	DG DG DG DG DG
Operativo	Diagnóstico/Pronóstico	Valoración clínica Proyecto Terapéutico	JCSM JCSM
	Tratamiento	Tratamiento farmacológico Psicoterapia Terapia Ocupacional Seguimiento de pacientes Rehabilitación Psiquiátrica	JCSM JCSM JCSM JCSM JCSM
	Direcccionamiento	Alta Derivación	JCSM JCSM
De soporte	Gestión de Personas	Gestión laboral Selección y contratación Relaciones laborales Evaluación de la satisfacción de profesionales Formación Comunicación y participación Evaluación desempeño y reconocimiento	DdG DdG DdG DG CT DG DG
	Gestión Cartera de Servicios	Identificación de servicios y programas Diseño de servicios y prestaciones	JCSM JCSM
	Gestión de la tecnología	Protocolización Desarrollo técnicas psicoterapéuticas Tratamientos farmacológicos	JCSM JCSM JCSM

## 2.d.2. Ejemplo de despliegue de Plan

<b>Objetivo</b>	Reducir la demora para primera consulta en atención infanto-juvenil
<b>FCE</b>	Accesibilidad del Servicio
<b>Proceso</b>	Admisión – Evaluación/Diagnóstico
<b>Objetivo</b>	Control y disminución de la demora para primera consulta
<b>Acciones</b>	Estudio de demoras para evaluación/diagnóstico con otros centros y organizaciones
	Adecuación de cargas asistenciales
	Adecuación de función de enfermería
<b>Indicadores</b>	% de casos con demora menor de 30 días para consulta de evaluación/diagnóstico
	Nº de casos nuevos / año por facultativo
<b>Cumplimiento Objetivo</b>	>% 60
<b>Aprobación Plan</b>	
<b>Fecha</b>	Escrito Gerencia de fecha
<b>Responsable</b>	Jefe de Equipo Infanto-Juvenil

<b>Item encuesta personas</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>
Esfuerzos del centro para la mejora (0-5)	3,27	3,3

líneas de acción del PE a fin de corregir posibles desviaciones o incumplimientos. La negociación del CP anual y los Controles de Gestión trimestrales propician la revisión de las líneas estratégicas y su adecuación en cada momento. Igualmente, se facilita la corrección de errores mediante el establecimiento de modificaciones en los indicadores de actividad o presupuestarios. La revisión final de la estrategia desarrollada, y su nivel de cumplimiento, constituyen el punto de partida para el siguiente ciclo estratégico de SMEG. En el nuevo ciclo se revisarán además los factores clave de éxito teniendo en cuenta los cambios en la Misión introducidos o los posibles cambios en el mercado. La validación de las Políticas y Estrategias de SMEG se realizan mediante la revisión del grado de cumplimiento de los Indicadores de Resultados Clave (ver 9) dentro del grupo de trabajo que se encargará de redactar el nuevo PE. La encuesta de personas permite valorar la percepción de los profesionales en este apartado:

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

El Mapa de Procesos de SMEG (5.a.1 y 5.a.2) identifica tres tipos de procesos: Estratégicos, Operativos y de Soporte. Llamamos Procesos Clave (2.d.1) a aquellos que hemos considerado fundamentales para el desarrollo de la estrategia y la consecución de nuestra Misión. La identificación de los Procesos Clave se lleva a cabo **como**

### área de mejora derivada de la autoevaluación 2003

mediante un grupo de trabajo integrado por el equipo directivo y 3 jefes de servicio que, en base al Mapa de Procesos elaborado y a los Factores Clave de Éxito (FCE), establecen aquellos procesos que inciden directamente sobre ellos. Para su selección se aplicó una matriz de ponderación en función de tres factores: impacto en la satisfacción de pacientes (2,5 puntos), en los profesionales (2 puntos) y en los propietarios (1 punto). Los FCE están relacionados claramente, por un lado, con el ámbito de intervención terapéutica sobre el paciente y, por otro, con la importancia del profesional como agente de intervención terapéutica. De ahí que, en los FCE, los Procesos Operativos de Diagnóstico, Tratamiento y Dirección hayan sido considerados clave para la consecución de la Estrategia; al igual que el proceso de Gestión de Personas, dentro de los Procesos de Soporte.

### La evaluación posterior por parte del CD completa el proceso de definición, analizando su coherencia.

El Mapa de Procesos y los Procesos Clave fueron dados a conocer a los JCSM en las reuniones mensuales con la Gerencia. Con posterioridad se organizó un curso sobre procesos para trabajar sobre 4 de los subprocesos operativos en el que se asignaron dos plazas para cada Centro, para asegurar el conocimiento y la implicación de todos los Centros de la Red. Se trabajaron los procesos de Admisión, Gestión Sociolaboral, y Quejas y Reclamaciones (ver 5a). El ED establece, a través del PG anual, los procesos sobre los que hay que actuar para la consecución de los FCE y establece junto con el responsable jerárquico del proceso la consecución en sus áreas específicas. Un ejemplo de despliegue de Plan se observa en la figura 2.d.2 en el equipo de psiquiatría infanto-juvenil de Donostialdea.

El ED establece, igualmente, los mecanismos necesarios para la revisión interna de la evolución de los indicadores

Items encuesta personas	2000	2003	2005
Información para la ejecución del trabajo	3,45	3,59	3,43
Información sobre decisiones que pueden afectar	3,23	3,58	3,50
Escucha y consideración de sugerencias de mejora	3,05	3,60	3,19
Conocimiento de objetivos y resultados del Centro		3,10	3,08

de actividad, rendimiento y calidad (criterios 6, 7, 9) que le permiten evaluar las fluctuaciones y sus causas y proponer medidas correctoras (ver 2b). A lo largo del año, y de forma regular, se llevan a cabo procesos de análisis de la evolución junto con la OC de Osakidetza y la Dirección Territorial de Sanidad, adecuando los resultados a las necesidades de los grupos de interés. Los PG recogen el despliegue de los objetivos del PE y alcanzan a todas sus áreas (asistencial, económico,...).

El proceso de Planificación Estratégica contempla, desde su primer momento, la **sistématica de comunicación y divulgación** de los planes a la totalidad del personal. Una primera comunicación, tras su finalización y aprobación se realiza directamente por el Equipo Directivo y, posteriormente, cada Centro recibe información de los Planes de Gestión y de la evolución de los Planes de Acción a través de los JCSM (reunión mensual), el CT y el CD (reunión trimestral) de una forma sistematizada. Se realiza además una versión resumida que se envía de forma personalizada con una carta del Gerente a cada profesional. Los PG anuales se difunden, una vez aprobados por la OC a través del CD, CE y reunión de JCSM que, a su vez transmiten la información a sus Centros. Al fin del ejercicio, los datos finales se presentan por las mismas vías antes citadas para su análisis en cada Centro.

La participación en su elaboración se establece mediante la utilización de las reuniones de equipo de frecuencia preestablecida en cada Centro (semanal/mensual) como canales de comunicación ascendente de los profesionales hacia los integrantes del grupo redactor, contribuyendo así

a la integración de sus opiniones en el proceso de reflexión. Así, el grado de información sobre decisiones que pueden afectar al trabajo y la organización del Centro, analizado en la encuesta de personas, ha pasado de 3,23 en el año 2000 a 3,58 en el año 2003 y a 3,50 en el año 2005 (valor obtenido en 2003 por SMEA: 3,32).

Pese a ello, la implantación de la Misión y del propio PE entre los trabajadores es menor de lo que el grado de comunicación pudiera hacer pensar. Esto hizo que nos planteáramos como área de mejora la evaluación y eficiencia de nuestros canales de comunicación y el análisis de sus posibles fallas, llevando a cabo una encuesta sobre la efectividad de los canales de comunicación existentes en SMEG en el año 2004; encuesta que supuso el incremento de la presencia del ED en los Centros, de forma regulada cada 6 meses (1.d.1).

La información a los grupos de interés sobre nuestra actividad se realiza de forma sistemática con periodicidad anual, desde los años 90, mediante la edición de las Memorias de SMEG que se distribuyen en un número aproximado de 150 entre dichos grupos (Centros de Osakidetza, DTSG, Ayuntamientos, Diputación, Asociaciones, ONG, etc.); así como a los medios de comunicación escritos de la zona. Esta Memoria contiene los datos relevantes asistenciales y económicos, así como una breve introducción con los hitos más señalados del período. Desde 1998, además, nuestra Memoria se envía para su publicación en la página web de Osakidetza, para su libre acceso, indicándose una dirección de correo para solicitar cualquier información adicional sobre nuestra actividad.

Los resultados del proceso de comunicación de la política y estrategia tienen su forma de expresión en algunos de los ítems de la encuesta de personal, tal y como se observa en la tabla adjunta. Los resultados en la sociedad se pueden valorar en el criterio 8.

Fruto de la estrategia de evaluación y aprendizaje, SMEG ha introducido algunas mejoras en el enfoque como, por ejemplo, el ya citado formato reducido de comunicación del PE o el incremento de visitas a los Centros.





Personas

3

# 3. Personas

El PE 2002-2006 define a los profesionales como **principal activo** de la Organización. Para ello, *“la estructura directiva propiciará su satisfacción, motivación e implicación impulsando la comunicación, la participación en las decisiones de la empresa, el desarrollo profesional y reconocimiento personal de su labor”*. Esa definición es fundamental en una organización en la que el personal representa el 91% de la estructura del gasto de explotación siendo, por tanto, la principal y casi exclusiva fuente de valor añadido del conjunto de nuestras actividades.

Por ser una organización de servicios sanitarios dependiente del Ente Público Osakidetza y, por tanto, integrada en el Sistema Nacional de Salud, estamos sometidos al cuerpo normativo básico del Estado y de la CAPV en todos los aspectos relacionados con plantillas, estatuto marco del personal, sistemas de selección y contratación, categorías y grupos de clasificación profesional, remuneración, negociación colectiva, etc. De todo ello deriva que nuestra actuación siempre debe constituir la garantía de los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad en el acceso al empleo público de nuestra respectiva organización de servicios.

## 3.a Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos

La **planificación** de recursos humanos se realiza según la tasa de profesionales sanitarios y de apoyo por población y por programas de intervención, comparadas con indicadores de la OMS y de otros territorios. También se tienen en cuenta otros factores como las variaciones en la demanda por tipo de patología, por condicionantes socio-sanitarios, cambios tecnológicos, patologías emergentes, etc. Esta planificación a largo plazo, realizada dentro del proceso de reflexión estratégica (cada cuatro años) se completa en el corto plazo con la realizada anualmente por el ED con ocasión de la elaboración del Plan de Gestión que, a su vez, debe ser aprobada por el Consejo de Administración del E.P.D.P. Osakidetza conforme establece la LOSE. Así, al finalizar cada año, el Gerente suscribe el certificado de plantilla estructural que detalla el número máximo de efectivos por grupo / categoría profesional para el siguiente ejercicio. Dentro de esa limitación y con sujeción a los mecanismos establecidos en la LOSE y en los Estatutos Sociales de Osakidetza, durante el ejercicio se realizan las adecuaciones de puestos funcionales,

reconversión de plazas y refuerzos coyunturales para optimizar la efectividad de los recursos humanos disponibles en función de las necesidades que se presentan en cada momento. Sin embargo, dado el carácter público de nuestra organización, en diversas ocasiones, la planificación de los recursos humanos queda afectada por la aplicación de las políticas públicas adoptadas por el Gobierno Vasco (y en consecuencia por la corporación sanitaria) que son, en general, fruto de la negociación sindical en la Mesa Sectorial de Sanidad. Sirva de ejemplo el Acuerdo de implantación de la jornada de 35 horas que implicaba el aumento de plantillas en las organizaciones sanitarias para mantener la capacidad productiva. Ese ajuste de plantilla fue negociado con la OC de Osakidetza por el ED traduciéndose en un aumento de 6 puestos de plantilla (4 facultativos y 2 A.A.). En la figura 3.a.1 puede verse el cálculo de tasas para cada tipo de profesional por población utilizado en el año 2001 para la creación de nuevos puestos en la organización derivada del Acuerdo de reducción de jornada a 35 h. en el sector sanitario público. Desde entonces se viene utilizando esta sistemática en cada proceso de revisión estratégica y, ocasionalmente en la revisión del PG con la Dirección General.

Las peculiaridades del trabajo en Salud Mental, basado en la necesidad de servicios de apoyo social y laboral para los pacientes como medio para superar la enfermedad o su mantenimiento en la comunidad, ha propiciado que una parte importante de nuestros esfuerzos se hayan encaminado hacia el ámbito socio sanitario. Este ámbito ha servido como fuente para superar algunas limitaciones en el aumento de plantilla aprovechando los recursos existentes en la comunidad o fomentando su desarrollo mediante la gestión de alianzas externas para mejorar y ampliar la capacidad de nuestros profesionales y la efectividad de sus actividades (ver 4a). Así, en 1998 nuestra organización, merced al liderazgo de varios profesionales del CSM Tolosaldea, impulsó la creación del primer Centro de día de Rehabilitación Psicosocial en Tolosa. Se contrató de forma eventual un Monitor de psiquiatría y se aportaba la colaboración parcial de una Trabajadora Social y un Facultativo. Dos años después, el centro quedó consolidado cofinanciado por el Departamento de Servicios Sociales de Diputación y por la Delegación Territorial de Sanidad, manteniendo nuestros profesionales la supervisión técnica del mismo. Desde entonces, en el seno de la Mesa Sociosanitaria creada en 1996 en la que participa activamente nuestra organización, se han creado 8 centros de día con 180 plazas para que nuestros profesionales deriven a pacientes en refuerzo de sus planes terapéuticos. Indudablemente, este tipo de recursos de apoyo genera un margen adicional de la capacidad de

## Sistema de gestión de personas



### 3.a.1 Tasas para cada tipo de profesional

Año 2000	TASA OBJ.	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Habitantes año 2000		293.976	1.145.026	695.537
Hab/psiq Psiquiatras	18.000	16.393	17.544	19.320
Hab/psic Psicólogos	36.000	29.412	31.250	38.462
Hab/DUE Enfermeras	21.000	15.385	28.571	21.739
Hab/TS Trabajadoras Sociales	45.000	32.258	43.478	58.824
Hab/Admv (Unidades Asistenciales)	50.000	36.747	54.525	53.503

nuestros profesionales para atender la demanda creciente de los últimos años.

La gestión de las personas es un proceso clave que se desarrolla a través de los siete procesos que lo componen (ver 5a) y, para ello, se cuenta con una herramienta de gestión e información integrada en el sistema de información económica y financiera de Osakidetza. Se trata de la aplicación GIZABIDE que funciona como un módulo del sistema SAP-R/3. Esto permite una gestión integrada de la planificación, selección y contratación, gestión laboral (nóminas, seguros y seguridad y salud laboral), relaciones laborales y formación. El propietario de este proceso es el ED actuando de forma coordinada el DdG (aplicación técnica) y el Gerente (liderazgo), dado que por ser una organización pequeña no se dispone en plantilla del puesto de Director de Recursos Humanos habitual en las organizaciones sanitarias de nuestro entorno.

Los **sistemas de selección** aplicados (OPE, Concurso de Traslados) están regulados por leyes y normas de obligado

cumplimiento, como se ha dicho anteriormente, en cuyos tribunales calificadores se incluye la representación sindical y profesional. Para la contratación temporal (cobertura interina de vacantes y sustituciones) se utiliza el sistema de listas, clasificando a los candidatos conforme al baremo de méritos aplicado en la OPE, fruto de la negociación de Osakidetza con los representantes de los trabajadores. La convocatoria pública de listas para cada categoría profesional se realiza coincidiendo con la culminación de cada OPE aplicando iguales principios y criterios. Además de las listas centralizadas, se elaboran listas para cada centro o destino posibilitando parcialmente la gestión descentralizada en cada organización de servicios para atender las necesidades más inmediatas como sustituciones, refuerzos eventuales y contratos interinos de corta duración (4 meses). La información sobre las convocatorias, procedimientos y contratos realizados se entrega de forma sistemática a los sindicatos (mensual o trimestralmente, según el caso) que revisan la correcta aplicación de las normas y acuerdos vigentes en esta materia. El Acuerdo de contratación formalizado con los

3.a.2. Incorporaciones y contratos									
Descripción	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Guztira
Oferta de Empleo Pública	4		2	9				11	<b>26</b>
Concurso de Traslados	3	2			5				<b>10</b>
Contrataciones			97	76	123	132	139	169	<b>736</b>

3.a.3 Valoración de la Selección e Integración de profesionales								
Participación (2004) = % 50	Formación aportada	Experiencia aportada	Capacidad aprendizaje	Eficiencia	Calidad de trabajo	Disponibilidad	Integración	Colaboración comunicación
Valoración (Bien+Muy Bien)	% 78,3	% 60,9	% 91,3	% 87,0	% 81,9	% 87,0	% 87,0	% 85,7

representantes de los trabajadores incluye otros mecanismos orientados a la mejora de la gestión de las personas y a su satisfacción como son la movilidad interna permanente en el ámbito extrahospitalario, movilidad interna temporal entre sociedades u organizaciones a través de la figura de comisión de servicios y la promoción interna temporal. Normalmente, en el ámbito de cada organización, se completa este Acuerdo formalizando con el CE correspondiente otros pactos complementarios o para la adaptación de algunos aspectos generales a las características propias de ese ámbito.

Además de los procedimientos habituales de reconocimiento médico previo e información sobre riesgos laborales por la Unidad Básica de Prevención, para una adecuada transmisión y comunicación de la Política y Estrategia todo profesional de nuevo ingreso es acogido en la organización mediante el **Procedimiento de Incorporación**. En el marco de una entrevista con la responsable de personal y contratación, este procedimiento incluye la entrega de una carpeta con el nombramiento formalizado del profesional de nuevo ingreso que, además, contiene una carta de bienvenida del Gerente e información sobre Osakidetza, la misión, visión y valores de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, su organigrama, guía de recursos y marco normativo de funcionamiento, derechos y condiciones laborales. Se completa la información con los nombres, cargos, teléfonos de contacto y dirección de correo electrónico del equipo de profesionales de la Dirección y Administración de SMEG, incluyendo los de los miembros del ED. Además, pasados 15 días desde la entrevista, se le envía una encuesta para evaluar la efectividad del procedimiento de incorporación en la que se pide su opinión sobre diversos aspectos: rapidez, atención, privacidad, información, material y documentación así como una valoración global de la acogida en SMEG (3.d.3). Este es un ejemplo de mejora implantado en enero de 2004 derivado de la 2<sup>a</sup> Autoevaluación realizada el año 2003.

Se completa el enfoque en la gestión de personas con la aplicación cotidiana de **las condiciones de trabajo** fijadas en el Acuerdo de Osakidetza a todos los empleados: de

forma directa al personal estatutario y a través del pacto de adhesión para el personal laboral. Este Acuerdo es una especie de convenio sectorial de Osakidetza negociado con la representación de los trabajadores en la Mesa sanitaria para periodos de dos o más años. Al ser una administración pública, en las ocasiones que no se obtiene el suficiente consenso se aprueba mediante decreto del Gobierno Vasco. Desde la dirección de SMEG, el texto del Acuerdo se comunica y se difunde a todos los centros y unidades para general conocimiento del personal informando de la tabla de retribuciones y resaltando las mejoras laborales y sociales aprobadas. En la gestión diaria, la responsable de personal realiza funciones de asesoramiento e información a los empleados sobre las condiciones de trabajo aplicables a cada necesidad o situación (permisos, vacaciones, préstamos, devengos, cotizaciones, situaciones administrativas, etc.).

El proceso de Planificación, Selección y Contratación está descrito y desplegado en toda la organización puesto que tiene su tratamiento habitual en el CD, CT, reuniones semanales del equipo de la Dirección y Administración, así como en las reuniones mensuales del Gerente con los JCSM. Al menos 2 veces al año se tratan estos asuntos en los Controles de Gestión con la Dirección General de Osakidetza y en las reuniones de revisión y control del CP con la DTS. Desde el año 2000 está implantado el sistema GIZABIDE para la gestión de recursos humanos (organización y personal) que se utiliza diariamente por los gestores de cada materia y por el ED. Este sistema se ha ido completando y desarrollando incluyendo en la actualidad las siguientes funciones: Selección, Contratación, Nómina, Seguridad Social, Expedientes de reconversión, Plan de Euskera, Cartelera, Plantilla, Expediente Personal, Control de Absentismo, Control Económico y Cuadro de Mando. En 2005 estará operativo el área de gestión de Actividades de Formación.

Obviamente, toda la información sobre plantilla, convocatorias, nombramientos y demás aspectos del personal se comunica con periodicidad mensual por escrito al CE y, trimestralmente, se revisa en el marco de las

habituales reuniones del ED con los representantes sindicales. En la tabla 3.a.2 puede verse el número de incorporaciones por OPE y Concurso de Traslados, así como las contrataciones realizadas anualmente. Así, nuestra plantilla registra un índice de estabilidad del empleo del 74,5% (personal fijo con relación a la plantilla total). Por otro lado, en el PG se recoge el impacto previsto de los ajustes de plantilla, política de sustituciones y refuerzos necesarios para alcanzar los objetivos asistenciales fijados. Además, todo ello se difunde y divulga en la organización por medio de las instrucciones y circulares emitidas por los órganos correspondientes: Dirección General, Dirección de RRHH de la OC y por el Gerente de SMEG.

La evaluación y revisión con profundidad se realiza de forma sistemática con cada Autoevaluación y dentro del proceso de revisión estratégica. Desde el año 2000, la evaluación de la planificación, gestión y mejora de los recursos humanos se realiza también a través de las encuestas a los empleados en las que éstos valoran los aspectos relevantes en estas materias. Otra fuente de revisión se deriva de la gestión corporativa que en ocasiones promueve mejoras que deben ser adoptadas por cada organización de

servicios con los ajustes y adaptaciones necesarias a sus peculiaridades y características organizativas o estructurales. Al menos dos veces al año, a través del control de gestión realizado con la OC, se realiza la evaluación de algunos aspectos e indicadores relativos al área de personal que reflejan la calidad de la gestión realizada por la organización.

Con la incorporación del actual Gerente, se puso en funcionamiento la estructura organizacional basada en la participación de los profesionales (CT y CD), en la responsabilidad y compromiso (reuniones mensuales de JCSM) y en la comunicación, apoyo y cooperación (visitas semestrales del ED a los centros). En el marco de las reuniones con los JCSM se evalúa el rendimiento profesional de cada trabajador que realiza actividad directa con los pacientes sobre la base de unos parámetros consensuados previamente. Este entramado organizativo permite revisar de forma sistemática la gestión de los recursos humanos y contar con la opinión de nuestros profesionales en cada mejora o cambio introducido. Un ejemplo se encuentra en la valoración que realiza el Jefe de cada CSM sobre la selección e integración de los nuevos profesionales

3.a.4. Cambios en la planificación, gestión y mejora de los recursos humanos		
Año	Fuente / Evaluación / Aprendizaje	Cambio / Mejora
1998	ED / Dirección General / CE	Incorporación al sistema de Listas de Contratación
		Acuerdo Promoción Interna Temporal con el C.E.
		Implantación del Programa TCA (3FEA eventuales)
		Creación del Consejo Técnico, órgano consultivo de la dirección
1999	ED / Dirección General	Aumento plantilla: 1 AA, 1 Psicólogo
		Boletín Información al personal 2000
		Designación Director de Gestión por Promoción
		Creación del C.Dirección con representación del personal
2000	ED / Dirección General / Autoevaluación	Implantación Sistema Gizabide-SAP
		Adscripción CSM Arrasate a SMEG (8 puestos)
		Aumento plantilla: 1 Jefe Grupo Personal
		Primera Encuesta a empleados
		Expediente de reconversión de 3 puestos
2001	ED / Dirección General / CE	Acuerdo 35 h y aumento plantilla: 6 puestos
		Lista de contratación específica Enfermería Especializada
		Acuerdo sobre Política sustituciones con CE
2002	ED / Dirección General	Aumento plantilla: 1 AE Bitarte, 1 T.E. Informática
		Modelo de Movilidad Interna Permanente en SMEG
2003	ED / Dirección General / Autoevaluación / PE 2002-2006	Aumento plantilla: 1 Psicólogo
		Segunda Encuesta a Empleados: Modelo corporativo
		Diseño y definición de la cartera de servicios
2004	ED / Dirección General	Implantación Guía Incorporación nuevos profesionales
		Aumento plantilla: 1 FEA Psiquiatría ; 1 Director Médico
		Cobertura Jefe de Administración en Promoción Interna
2005	ED / Dirección General / Autoevaluación	Tercera Encuesta a Empleados
		Decreto de Desarrollo Profesional Facultativod
		Integración carteleras en GIZABIDE-SAP

mediante un cuestionario implantado con el Plan de Incorporación de 2004. Aunque los cuestionarios realizados son todavía escasos (50% de los nuevos profesionales incorporados) se han obtenido buenos resultados con valoración superior al 75% en casi todos los aspectos, excepto para la experiencia aportada que obtiene el 60,9%. La tabla 3.a.3 recoge el grado de satisfacción con los diferentes aspectos o características de cada profesional seleccionado, expresada como porcentaje de las respuestas calificadas como bien o muy bien sobre el total.

De todo ello se han derivado innumerables cambios y mejoras en la planificación y gestión de los recursos humanos, algunas de las cuales se recogen en la tabla 3.a.4.

### **3.b Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización**

Los conocimientos de los profesionales son la principal herramienta de trabajo en el campo de la psiquiatría, con el apoyo de la farmacología. Por ello, la formación es la vía indispensable para que nuestros profesionales ejerzan sus actividades con los más altos niveles de efectividad. Esto viene recogido en el PE de la organización encomendando a la estructura directiva “el desarrollo profesional” de los empleados constituyendo “*objetivos de alto interés el desarrollo de la docencia postgrada, el fomento de la investigación y la participación en foros científicos de discusión*”. Además, entre los factores clave de éxito se incluye la “alta profesionalidad técnica y relacional” como elemento de gran impacto en el éxito de nuestra misión.

La detección y establecimiento de las necesidades de formación de nuestros profesionales tiene tres ámbitos diferenciados: las necesidades en materias instrumentales o estratégicas de la Organización en su conjunto, las derivadas de programas o actuaciones específicas de cada Centro asistencial, y las derivadas de los propios intereses y necesidades específicas de los profesionales. Siguiendo este mismo esquema, la gestión de la formación, en el caso de las propuestas formativas que afectan a un Centro o a la Organización en su conjunto, se efectúa a través de la Comisión de Docencia y Formación creada en 1992 e integrada actualmente en el CT, quien tiene establecido su propio mecanismo de funcionamiento para la recepción y estudio de las propuestas y que, en última instancia aprobará o denegará su realización. Aparte de las propuestas de cursos presentadas por la Gerencia, en este foro se valoran propuestas generadas por los propios grupos profesionales que, a través de sus representantes en CT, realizan propuestas documentadas conforme al modelo

aprobado por el referido CT. Consecuencia de la elaboración del último PE (2002) se ha consolidado la organización, bajo la responsabilidad de la Responsable del Sistema de Información, de una jornada anual para todo el personal en la que se plantean temas de interés asistencial y de reflexión entre profesionales. En el caso de las propuestas formativas realizadas a nivel individual, el procedimiento de solicitud implica al Jefe del Centro correspondiente, que valora la utilidad y necesidad de la propuesta formativa. Desde **1998** se ha establecido un fondo de gestión descentralizada de la formación individualizada para implicar a las unidades en la formación de sus componentes en función de criterios decididos por consenso en cada centro. A cada unidad se asigna un módulo económico por persona en plantilla y año para atender las peticiones individuales de todos o de algunos de sus miembros. De este modo, cada centro tiene un margen de decisión sobre un fondo de financiación propia de forma permanente.

Además de la oferta formativa generada por la propia Organización contamos con la oferta de participación en los planes de formación realizados por la OC para los diferentes colectivos profesionales en materias instrumentales, como Informática, Euskera, Atención al cliente, formación para directivos y mandos intermedios, gestión de la calidad, modificaciones o novedades legislativas (laboral, estatuto marco, contratación pública, etc.), actualización o desarrollo de aplicaciones corporativas (Aldabide, Gizabide), y en materias de contenido clínico asistencial para las que SMEG colabora con la OC. Con carácter anual se divulga el plan de formación centralizada entre todos los empleados y se tramitan las solicitudes, permisos y apoyos necesarios para que nuestros profesionales accedan a la actividad correspondiente. La financiación de estas actividades corresponde a la OC y las organizaciones asumen los gastos de desplazamiento y, en su caso, el coste de las sustituciones necesarias para evitar impactos negativos en la actividad asistencial de nuestros centros.

El adiestramiento en cada centro completa el sistema de desarrollo y mantenimiento del conocimiento y capacidad de las personas que tiene lugar a través de las reuniones semanales para valoración y revisión de casos en las que todos los miembros del equipo debaten los casos clínicos de mayor complicación, deciden sobre la evolución del tratamiento de pacientes o se aborda la aplicación de nuevas técnicas, problemas organizativos, etc. El año 2003, se inicio la puesta en práctica de una instrucción del Gerente para la organización de sesiones docentes programadas entre centros con el objetivo de propiciar la transmisión del conocimiento dentro de la organización. Cada JCSM se responsabiliza de la organización de un número previamente establecido de sesiones al año (en función del nº de profesionales) sobre temas asistenciales a las que puede asistir cualquier trabajador de la red de salud mental. El programa y calendario se publica con antelación (4.e.4) para

facilitar la asistencia de personal de otros centros de salud mental, dando como resultado en el año 2004 un total de 25 sesiones docentes a las que acudieron una media de 8 profesionales por sesión. Además, las sesiones generaron abundante material bibliográfico que ha pasado a engrosar los fondos de la Organización y que se ofertan al resto de la Red.

Desde el punto de vista de la autoformación, se posibilita la suscripción a revistas de carácter técnico y la adquisición de libros de consulta bien de forma centralizada a través de la colaboración con la Biblioteca del Hospital Donostia, en la que situamos los fondos bibliográficos que se van adquiriendo para su acceso y consulta, o bien de forma descentralizada en base a las peticiones de los centros. Existen además otros elementos que promueven la mejora del conocimiento y capacidad de nuestros profesionales:

Proyectos de investigación incluidos en el CP anual, en los que la financiación obtenida reverte parcialmente a los profesionales responsables de cada proyecto.

Actividades docentes ofertadas al exterior en las que nuestros profesionales actualizan sus conocimientos para impartir docencia a terceros que lo demandan (Cruz Roja, servicios sociales de los ayuntamientos, Residencias Tercera Edad y Centros de día, Educación, Trabajo protegido, etc.), a los alumnos de los programas de formación especializada (MIR Familia, Psiquiatría y PIR) y como tutores de alumnos en prácticas de algunas titulaciones (Trabajo Social y Psicología). La prestación docente o de tutoría y la elaboración de material docente se retribuye económicamente o mediante compensación horaria.

Publicación de manuales informativos de la organización, que se encargan a nuestros profesionales más expertos en cada materia, editados para apoyo a otros servicios sanitarios y a pacientes y familiares (TCA, Ansiedad, Esquizofrenia, etc.).

Movilidad y Promoción interna temporal. Aunque es posible en pocos casos, disponemos de acuerdos sobre movilidad y promoción que han posibilitado que algunas personas ejerzan funciones en otras unidades y/o en categorías superiores (de enfermería a psicología) que además de mejorar la capacitación de nuestros profesionales sirve como mecanismo de reconocimiento profesional.

Permito para estancias o visitas a otras instituciones o servicios de interés para nuestra red. Se trata de una nueva experiencia aprobada por instrucción del Gerente emitida en 2004. Esta instrucción va a mejorarse para apoyar la búsqueda de los contactos necesarios para organizar las estancias necesarias.

Las medidas y actuaciones descritas se dirigen a todos los profesionales de la red de salud mental, tanto fijos como temporales, aunque naturalmente en ocasiones existen limitaciones propias del nivel o tipo de titulación requerido para algunos cursos o actividades. Con ello, se abarcan todas las áreas relevantes para nuestra organización tanto en su distribución por centros, por colectivos profesionales y por programas de intervención generales o específicos. Puede observarse algunos datos relevantes sobre las actividades ligadas al desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización en la tabla 3.b.1, destacando la evolución en el número de docentes/investigadores, especialmente en el último trienio. Los datos del gasto medio por puesto de plantilla sin incluir el gasto soportado por la OC correspondiente a los cursos de Euskera ni los del Plan corporativo a los que habitualmente acuden nuestros profesionales, pueden verse en 7b. En el último año, como puede verse, han recibido algún tipo de formación 102 personas que representa un 74% de la plantilla, habiendo llegado en años precedentes al 81%. Estos datos no se han comparado de forma sistemática con otras organizaciones, pero probablemente serán de los más elevados de la Corporación, tal y como se refleja en 7a en el ítem

### 3.b.1 Empleados investigadores, docentes y participación en actividades de formación

Descripción	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Nº Docentes / Investigadores	10	14	14	12	30	48	
Nº empleados con ayuda a formación		106	107	98	110	102	

### 3.b.2 Alumnos y tutores de prácticas en CSM

Descripción	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Alumnos en prácticas Psicología	8	21	17	11	8	8	8	<b>81</b>
Alumnos en prácticas Trabajo Social	2	2	2	2	2	1	1	<b>12</b>
Alumnos MIR Familia	27	34	19	24	21	20	18	<b>163</b>
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>57</b>	<b>38</b>	<b>37</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>256</b>
Nº empleados Tutores	11	13	16	10	6	5	10	

### 3.b.3 Mejoras fruto del aprendizaje

Año	Fuente / Evaluación / Aprendizaje	Cambio / Mejora
1998	ED / CE	Acuerdo Promoción Interna Temporal con el C.E.
		Fondo gestión descentralizada para la formación Individual
1999	ED / Dirección General	Boletín información al personal
		Designación Director de Gestión por promoción
2000	ED / Dirección General	Primera Encuesta a Empleados
		Instrucción sobre compensación de actividad docente
2002	ED / Dirección General	Modelo de Movilidad Interna Permanente en SMEG
		Jornada anual de profesionales de Salud Mental de Gipuzkoa
2003	ED / Dirección General / Autoevaluación EFQM	Instrucción del Gerente sobre Sesiones Docentes
		Segunda Encuesta a Empleados: Modelo corporativo
2004	ED / Autoevaluación EFQM	Guía Incorporación nuevos profesionales
		Instrucción sobre Estancias en otras Instituciones o centros
		Cobertura puesto Jefe de la Administración en Prom. Interna
		Adaptación Instrucción sobre compensación activ. docente
2005	ED / Autoevaluación EFQM	Tercera Encuesta a Empleados
		Decreto de Desarrollo Profesional Facultativos
		Cartera de servicios

“porcentaje de personas que manifiestan no haber recibido formación”

Es de destacar que, aprovechando la financiación del CP, desde 2000 se han desarrollado algunos estudios o proyectos de investigación por nuestros profesionales (5.b.2) que han sido presentados en los foros científicos y técnicos adecuados. Además, los convenios para la realización de prácticas pregrado en nuestros centros ha permitido implicar a varios profesionales de la organización para ejercer de tutores de los alumnos de ultimo curso de la facultad de Psicología y de la Escuela Universitaria de Trabajo Social, cuyos datos se reflejan en la figura 3.b.2. Debido a la saturación de nuestra capacidad asistencial, a partir de 2001 se refleja un ajuste y estabilización en la oferta de plazas para la formación práctica en los centros de SMEG.

La evaluación de las actividades de formación desarrollada por la Organización se viene realizando desde 2000 a través de la encuesta específica diseñada para estos eventos y aprobada por la Comisión de Formación del CT (ver 7a), fruto de la Encuesta a Profesionales de 2000. También, desde 1998, se realizan encuestas a los alumnos MIR sobre la preparación de nuestros profesionales que actúan como docentes. De todo ello y de la revisión de los datos e indicadores por el ED, se han generado mejoras fruto del aprendizaje que se recogen en la figura 3.b.3. Como

consecuencia de la evaluación realizada con motivo de la elaboración del PE 2002-2006, el CD decidió la organización anual de una Jornada de profesionales de nuestra organización como foro estable de reflexión y difusión de las mejores prácticas o propuestas de trabajo de nuestras unidades. Como puede comprobarse en 7.a, las encuestas a empleados de 2003 y 2005 reflejan un índice de satisfacción de la formación de 2,99 y 2,96 respectivamente (sobre un total de 5), situándose por encima del promedio de Osakidetza (2,61) y del SMEA (2,73) que es una organización comparable a la nuestra por la actividad que desarrolla.

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

En coherencia con la política y estrategia, el ED fomenta y apoya la participación, la implicación y asunción de responsabilidades de los líderes y del resto de profesionales de la organización en su respectivos ámbitos de actuación, lo cual viene reforzado por el sistema organizativo basado en pequeñas unidades asistenciales con un amplio margen de autonomía para adoptar las decisiones precisas y atender sus

### 3.c.1 Implicación y asunción de responsabilidades



necesidades asistenciales o administrativas. Además, la estructura descentralizada de la actividad sanitaria es apoyada en diversos foros de participación (3.c.2.) que sirven para dar coherencia y cohesión al conjunto, revisando propuestas, analizando los problemas que surgen, elaborando protocolos y medidas de apoyo a la actividad de los profesionales de los centros y analizando datos comparativos de los registros e indicadores de cada centro. Estos foros son: reunión mensual de JCSM, CT y las comisiones dependientes del mismo, CD con participación de 4 profesionales, reunión trimestral con el CE. A su vez, cada centro realiza una reunión semanal para tratar los asuntos que le afectan y, según el propio criterio de los profesionales, se realizan reuniones por colectivos para debatir asuntos propios de cada profesión (Psicología, Enfermería, personal Administrativo, Trabajadoras sociales, etc.).

Por otro lado, son los propios profesionales de cada centro quienes asumen las labores de coordinación con otros agentes de su ámbito territorial para mejorar la eficacia de las actividades asistenciales. Así, se reúnen y alcanzan acuerdos con sectores sociales, ikastolas, ayuntamientos, asociaciones de usuarios y organizaciones no gubernamentales, recursos intermedios (centros de día, pisos protegidos, ), centros de trabajo protegido o inserción laboral, etc. Todo ello, se complementa con el impulso a través de instrucciones del Gerente para impulsar e incentivar la implicación de las personas en actividades de formación, docencia, tutorías y sesiones docentes. Podemos visualizar este enfoque de empowerment a través de la figura 3.c.1

#### A.- Estructura jerárquica

I A.1.- Delegación a través de la estructura jerárquica.- Determinadas competencias están delegadas en los JCSM en su respectivo ámbito local, tales como la dirección del equipo, plan funcional del centro, determinación de necesidades de recursos materiales, contratos de

sustitución para cubrir ausencias de profesionales, formación descentralizada, etc.

I A.2.- Gestores zonales de procesos asistenciales.- En base a directrices generales los JCSM determinan la organización asistencial del centro, programación de la actividad, criterios de asignación de terapeuta responsable del caso, evaluación de los tratamientos, derivaciones, altas, contribución a los objetivos anuales del Plan de Gestión, etc. Implantan acciones de mejora tras la evaluación del equipo y por aprendizaje derivado de las sesiones de coordinación de JCSM.

I A.3.- Autonomía Clínica.- Las decisiones sobre prescripción de pruebas y medicamentos, consumo de recursos, adecuación de los tratamientos, etc. se adoptan de forma autónoma o, en su caso, con el respaldo de su deliberación por el equipo del centro. Todo ello es inherente al ejercicio de nuestra actividad afectando casi al 80% de la plantilla.

#### B.- Participación de los profesionales.

La implicación en las actividades y la asunción de responsabilidades por parte de los profesionales es consustancial a nuestra misión asistencial, cuestión que viene reforzada por la estructura organizativa basada en el trabajo en equipo desde una perspectiva multidisciplinar, en la que los profesionales facultativos y sus colaboradores son directamente responsables de los tratamientos y medidas terapéuticas dispensadas a los pacientes (ver apartado A.3). Todo ello es apoyado e impulsado por la Dirección que actúa de facilitador de medios, recursos y alianzas para que la actividad asistencial de los profesionales se realice con las debidas garantías y calidad necesaria. Esto tiene su reflejo fundamentalmente a través de las reuniones de equipo de cada centro que se realizan semanalmente y con la participación de todos los componentes del centro. Sin embargo, existen diversos foros de participación como puede apreciarse en la tabla 3.c.2.

3.c.2 Foros de participación				
Tipo	Grupos	Función	Nº prof.	Frecuencia
Estructura	CD	Planificación y control	4	Trimestral
	CT	Organo Consultivo de la Dirección	14	Trimestral
	Coordinación JCSM	Coordinación asistencial y operativa	12	Mensual
Comisiones Clínicas	Formación	Planes de Formación	5	Trimestral
	Historias Clínicas	Gestión H <sup>a</sup> Clínica	5	Trimestral
	Consentimiento Informado	Mejora información y tto. paciente	4	Trimestral
	Equipos Asistenciales	Coordinación de casos y programación	125	Semanal
	Coordinación TCA	Evaluación programa TCA	2	Semestral
	Docencia MIR	Coordinación Formación MIR	3	Anual
	Sociosanitaria	Recursos intermedios, Trabajo Protegido	3	Semestral
Comisiones Administrativas	Seguridad y Salud	Prevención y Gestión Riesgos Laborales	4	Trimestral
	Traslados motivos Salud	Traslados de puestos por motivos de salud	4	s/demanda
	Comité Empresa	Relaciones sindicales	5	Trimestral
	Mesa de Contratación	Concursos Públicos de sumisnitros y servicios	4	> 9 por año
	Seguridad de datos	Gestión seguridad de datos CP	14	Anual
Grupos de Trabajo	Autoevaluación EFQM	Autoevaluación sistema gestión	4	Bienal
	Plan Estratégico	Reflexión estratégica	6	Cuatrienal
	Proyecto ISO	Implantación ISO 9001:2000	6	Variable
	Recogida Muestras	Procedimiento de recogida y tratamiento de muestras	10	2 reuniones
	Colectivos Profesionales	Coordinación profesional	100	Semestral / Anual
	Plan de Esukera	Elaboración y seguimiento Plan de Euskera	14	Anual
	Plan Gestión de Residuos	Gestión de Residuos sanitarios	14	Anual

**I B.1.- Estructura organizativa y Comisiones.**- En 1998 se completó la estructura organizativa con la creación del CT regulado como órgano consultivo de participación profesional que fue adaptado al enfoque multidisciplinar de nuestras unidades. Se compone de 16 miembros, de los que 14 lo son por elección entre los diferentes grupos profesionales. De entre sus componentes electos se designan 3 representantes para su integración de pleno derecho en el CD, órgano colegiado de dirección y control de gestión de nuestra organización. En estos foros, con el apoyo y participación de las Comisiones correspondientes, se han generado o revisado innumerables mejoras, protocolos y procedimientos puestos en práctica: consentimientos informados, procedimiento de organización de actividades formativas, cartera de servicios, sistema de identificación profesional en las unidades, archivo y manejo de historias clínicas, agenda profesional, procedimiento de admisión, etc.

**I B.2.- Implicación docente.**- En coherencia con la política y estrategia, con el decidido impulso de la Gerencia (gestionando acciones formativas como servicio a otras instituciones y obteniendo financiación para la realización de proyectos de investigación) se ha producido una paulatina implicación de los profesionales en la formación interna y a personas de otras instituciones, así como a ejercer de tutores de alumnos en prácticas de pregrado o de formación especializada (MIR, PIR). Esta actividad puede verificarse en los datos aportados en los criterios 6 y 7.

**I B.3.- Implicación con agentes locales.**- Ya se ha mencionado que los profesionales de cada centro realizan labores de coordinación con los agentes locales para la gestión de los recursos comunitarios que requieren los pacientes o aumenten la efectividad de los tratamientos. En ocasiones, el objetivo es apoyar a otras instituciones para la detección y manejo de problemas de sus usuarios: centros de orientación pedagógica, ikastolas, centros residenciales, inserción laboral, etc.

I B.4.- Colectivos profesionales.- La Dirección siempre ha entendido que los diferentes estamentos profesionales tienen necesidad de tratar conjuntamente sus diferentes problemas o cuestiones comunes y que ello revierte en una mayor cohesión de sus actuaciones y una fuente segmentada de comunicación entre cada estamento y la Dirección. Las prestaciones y tipos de intervención de psicólogos, las condiciones de la oferta de plazas para prácticas de alumnos en los centros, la homogeneización de las áreas de admisión, la unificación de criterios de manejo de Historias Clínicas, la organización de algunos cursos, etc. han surgido o se han analizado en este tipo de foros cuya periodicidad establece el propio colectivo.

La evaluación y revisión se realiza por el ED y el CD a través de los resultados obtenidos en las diferentes encuestas de personas y de los cursos realizados. En la encuesta de empleados existen dos dimensiones que reflejan estos aspectos de participación y organización y mejora en el centro (ver 7.a). Sobre un total de 5 puntos, en 2005 el personal asigna un índice de 3,40 a la participación en las decisiones cotidianas (3,59 en 2003); las posibilidades de participación en la mejora de la unidad ha obtenido 3,03 puntos (3,37 en 2003) y los esfuerzos del centro para la mejora ha merecido una calificación de 3,30 puntos (3,27 en 2003).

Consecuencia de las autoevaluaciones realizadas se han generado medidas para fomentar e impulsar la participación de los profesionales. Un ejemplo de esto es la Instrucción del Gerente para utilizar el SAPU como instrumento para la recogida de quejas o sugerencias de mejora de los profesionales. A raíz de esto, a propuesta del equipo de Zarautz,

### 3.d.2 Herramientas de comunicación formal e informal

Herramienta	Formato	Número anual
Boletín	Boletín	4
Paneles informativos	Tablón en CSM	Continuo
Canal directo	Visitas Centros	>1
Comité de calidad	CT	4
Reunión de seguimiento	Reunión Jefes	11
CD	CD	4
Reunión DG-Mandos	Reunión Jefes	11
Reunión Mandos-Operativos	Reunión equipo	40
Reunión interdepartamental	Reunión Jefes	11
Reunión Anual	Jornada	1
Grupos de Trabajo	Grupos "ad hoc"	Continuo
Plan de Incorporación	Plan de acogida	Continuo
Grupos de formación	Cursos, sesiones docentes	Continuo
Sistema de Indicadores	Indicadores CP	Continuo
Encuesta Clima	Encuesta	0,5
Reunión CE	Reunión Trimestral	>4
Cartas del DG	Cartas puntuales	Continuo
Correo Electrónico	Mensajes	Diario
Sistema de sugerencias	Sugerencias y premio	Continuo

se modificó la tarjeta de citación de pacientes para comodidad de los mismos al establecerse un modelo del tamaño de una tarjeta de crédito. También se convocó un concurso entre los trabajadores para diseñar el logotipo de la organización al que se presentaron 4 propuestas. Otro profesional realizó el diseño gráfico de la Guía de Recursos que se sigue utilizando para información de los usuarios y profesionales de otras entidades. Además, a partir del año 1999, se estableció el sistema de reparaciones y mantenimiento descentralizado mediante la contratación de una central de reparaciones a la que pueden dirigirse de forma directa los centros para encargar intervenciones en caso de avería de instalaciones generales: electricidad, saneamiento, cerrajería, etc.

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

Como se declara en el PE, la Dirección impulsa la comunicación como instrumento para propiciar la satisfacción profesional y la motivación del personal. Nuestra estructura organizativa fomenta el diálogo entre las personas, tanto en sentido vertical como horizontal, a través de los diferentes órganos y foros de contacto y por la política de accesibilidad de los mandos y directivos favorecida por el tamaño de la organización y la reducida dimensión de nuestras unidades (3.d.1).

**Identificación de las necesidades de comunicación:**  
Existen diversas fuentes para identificar las necesidades de

### 3.d.3 Evaluación Plan de Incorporación

Participación (2004) = % 71	Rapi-dez	Atención personalizada	Privaci-dad	Informa-ción completa	Material y docume.	Indica-ciones s rec. médico	Informa-ción funciona-miento	Presenta-ción personas	Informa-ción funciones	Informa-ción otras estructu.	Acogida en SMEG
Valoración media (0-10 puntos)	9,03	9,24	8,97	8,61	8,36	8,18	8,88	8,82	8,09	6,75	8,70

comunicación entre las personas y la Dirección, entre las que destacamos las siguientes:

1.- *Visitas a los centros.*- Establecida inicialmente como una actividad anual, tras la encuesta realizada a los miembros del CT sobre canales de comunicación (ver 1d) y como área de mejora detectada por su impacto como canal bidireccional de comunicación, se estableció una frecuencia semestral para esta actividad. El ED visita cada uno de los centros y se reúne con la totalidad del equipo informando de cuestiones generales (PE, objetivos, indicadores y resultados de gestión anual, planes de inversión, de prevención, mejoras, CP, etc.) y recogiendo de primera mano las impresiones, necesidades, dificultades y sugerencias de mejora planteadas por cada miembro del equipo. Igualmente sirve para reforzar el rol de liderazgo del ED y del JCSM.

2.- *Reunión mensual con los JCSM.*- En estas reuniones se delibera sobre cualquier cuestión que afecte al funcionamiento de los centros y su impacto en las personas además de estar configurado como foro de transmisión bidireccional de la información, analizándose nuevas propuestas o proyectos, dificultades detectadas por los equipos, resultados de las actividades, encuestas, problemas asistenciales, necesidad de recursos, etc. Ello sirve a la Dirección para tomar medidas sobre la política de comunicación de SMEG considerando las aportaciones de los centros.

3.- *Encuesta de Empleados.*- La reflexión y análisis de los resultados de las encuestas sistemáticas desde 2000 ha permitido detectar ámbitos de mejora de la comunicación con las personas, que se han abordado en los sucesivos

### 3.d.4 Mejoras para impulsar el diálogo entre las personas

Año	Fuente / Evaluación/ Aprendizaje	Evidencias de mejoras
1998	ED	Dotación teléfono móvil a todos los centros Creación C. Técnico y CD Difusión de la Memoria anual a todos los empleados
1999	ED/ Dirección General	Boletín Información al personal Instrucción del sistema de sugerencia a través del SAPU Creación Comisión de Seguridad y Salud
2000	ED/ Dirección General	Primera encuesta a Empleados Evaluación de riesgos psicosociales por entrevista individual
2001	ED	Comunicación del Plan de Gestión a los Centros
2002	ED/ Dirección General	Jornada anual de profesionales de Salud Mental de Gipuzkoa Plan de comunicación Plan Estratégico Correo electrónico en los Centros
2003	ED / Autoevaluación EFQM	Segunda Encuesta a Empleados: Modelo corporativo
2004	ED / Autoevaluación EFQM	Guía para la Incorporación nuevos profesionales (Encuesta Acogida) Encuesta sobre el Boletín de Información al Personal Encuesta a CT sobre Herramientas de Comunicación Aumento visitas a los centros: 2 al año
2005	ED / Autoevaluación EFQM	Tercera Encuesta a Empleados Proyecto Web para SMEG incluyendo área Empleados Sistema de reconocimiento de eventos: Felicitaciones, etc.

planes de mejora de las Autoevaluaciones correspondientes y en los dos ciclos estratégicos desarrollados.

En la figura 3.d.2 se detallan las herramientas de comunicación formal e informal de uso más relevante que se han ido incorporando e impulsando en SMEG.

Además existe una línea de información sobre nuevas acciones, procedimientos y normas generales de funcionamiento emitidas mediante instrucciones del Gerente que son difundidas a todos los centros de la organización con presentación y explicación previa en el CT y en las reuniones de JCSM. Periódicamente, estas instrucciones son revisadas y actualizadas. Cuando se trata de proyectos o planes de relevancia, se realiza una difusión al 100% del personal mediante visitas específicas a cada CSM o mediante correspondencia personalizada a cada empleado. Tal es el caso del PE, Plan de Residuos y Plan de Euskera. En lo que afecta a los objetivos de gestión y sus resultados, se realiza una difusión a todos los centros a través de la reunión de JCSM y mediante el envío de los documentos correspondientes (Plan de Gestión y Memoria anuales), así como en las visitas del ED a cada centro.

Se han implantado diversas mejoras del enfoque y despliegue de la política de comunicación interna como resultado de la revisión y aprendizaje derivados de los procesos de Autoevaluación, Reflexión Estratégica y Encuesta de Empleados. Como consecuencia del PE de 1999 se decidió sistematizar la divulgación de asuntos de interés general implantándose la edición de un Boletín de información al personal con carácter trimestral que, sin ser una edición de lujo, propiciara una información transversal (incorporaciones a cada unidad), difusión de la política y estrategia, reconocimiento de logros y esfuerzos realizados, noticias de interés, etc. También es destacable la implantación en 2004 del Plan de Incorporación de nuevos profesionales (ver 3.a) que incluye una encuesta a los trabajadores que son contratados por primera vez en nuestra Organización. Los resultados obtenidos con los cuestionarios de 2004 (71% de los nuevos profesionales) avalan la efectividad de la sistemática de incorporación alcanzando valoraciones excelentes en todos los aspectos, salvo en la información facilitada sobre otras estructuras asistenciales para el desarrollo del trabajo. No obstante, como puede verse en la tabla 3.d.3, nuestro sistema de incorporación ha obtenido una valoración global de 8,70 puntos sobre 10. Otras evidencias de aprendizaje y mejoras se relacionan en la figura 3.d.4. También hay que destacar que está prevista la puesta en marcha de una Web durante el año 2005 para la que SMEG ya dispone de contactos realizados y presupuestos de ejecución.

La evaluación por el DG y la revisión anual por el ED unido a las evaluaciones EFQM realizadas han posibilitado la obtención de unos buenos resultados en las encuestas a empleados de los ítems comprendidos en la dimensión de Comunicación (3,37), Conocimiento e identificación de objetivos (3,08) y Percepción

de la Dirección (3,51). Como puede apreciarse en 7.a, todos estos ítems, a pesar de la ligera corrección a la baja registrada en 2005 por el ambiente de conflicto laboral en el sector, se mantienen por encima de la media de 2003 de la Corporación (2,78 en comunicación) y de organizaciones destacadas con la Q de Oro como el SMEA (3,10 en comunicación). La participación de nuestros profesionales y los resultados registrados fueron superiores en 2003 y mantenemos en 2005 nuestro posicionamiento. Además, algunos ítems han crecido de forma sostenida como reflejo de las mejoras introducidas. Tal es el caso de la “Información sobre las decisiones que me pueden afectar” que pasa de 3,23 en 2000 a 3,58 en 2003 y se sitúa en 3,50 en 2005.

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

Para llevar a cabo las declaraciones de la política y estrategia existen diversos instrumentos a través de los que se contempla el reconocimiento, la recompensa y la atención a las personas en diferentes ámbitos y con distinto grado de autonomía de aplicación.

**1.- Condiciones de trabajo de las personas:** en SMEG conviven trabajadores con vinculación estatutaria y otros del régimen laboral que, en principio, tienen diferente regulación de sus condiciones laborales. Sin embargo, de forma paulatina se ha ido promoviendo una confluencia de condiciones y derechos a través del mecanismo de la adhesión del personal laboral al Acuerdo de Osakidetza que recoge las condiciones negociadas con los representantes sindicales en la Mesa sectorial de Sanidad. SMEG cuenta con 56 trabajadores con contrato laboral y, por tanto, existe un CE propio que representa a los mismos y, en su nombre, ha suscrito desde 1990 las correspondientes actas de adhesión al Acuerdo de Osakidetza manteniendo algunas condiciones de carácter superior del antiguo convenio colectivo de ese colectivo. El Acuerdo que, de este modo se aplica a toda la plantilla, regula las condiciones laborales fijando la jornada anual, permisos, licencias, ayudas y mejoras sociales, nivel de retribución de cada puesto, complementos salariales, situaciones administrativas, complemento al 100% en casos de IT, etc. Con los sucesivos acuerdos, se han ido introduciendo mejoras sustanciales en las condiciones de trabajo de las personas tales como nuevas figuras de licencias y permisos, reducción de la jornada a 35 horas semanales, aumento de los importes de anticipos y préstamos, apoyo a la situación de maternidad, lactancia, adopción, adecuación de jornada, primas de jubilación, contrato de relevo, etc. Ya en el primer acuerdo, se incluyó un seguro de vida y accidentes y otro de responsabilidad civil profesional para todos los trabajadores cuyos importes se han ido actualizando progresivamente. Todo ello se completa mediante la negociación con el CE de

algunas cuestiones propias de la organización para su aplicación a todos los trabajadores, tales como acuerdo sobre movilidad y promoción interna temporal, política de sustituciones, fecha límite para disfrute de permisos o vacación, horario de trabajo y cartelera, fraccionamiento de las vacaciones y períodos de disfrute, etc. Esta sistemática, si bien garantiza una aplicación equitativa y sin discriminaciones de las condiciones laborales, reduce sensiblemente las posibilidades de flexibilización en nuestra Organización e impide establecer diferencias retributivas por un desempeño extraordinario o por el logro de objetivos. Ciertamente supone una limitación para generar incentivos como recompensa o reconocimiento a los profesionales más implicados o que obtienen mejores resultados. Por ello, tanto a iniciativa de la Dirección como a consecuencia de las sucesivas Autoevaluaciones, en apoyo de la política y estrategia, se han ido incorporado incentivos para recompensar a los profesionales por trabajos o aportaciones especiales como proyectos de investigación, sesiones de docencia, elaboración de material docente, actividades de formación a terceros, tutorías de alumnos en prácticas (7.b.6). Mediante las instrucciones correspondientes se ha establecido el módulo económico de pago de honorarios por hora docente, compensación horaria por labores de tutoría y permisos para realizar estancias en otras instituciones o servicios de interés para la organización, aunque este último todavía se encuentra en desarrollo.

También se han establecido medidas complementarias para el reconocimiento público y personal a las personas por el trabajo bien hecho, iniciativas de mejora o implicación en proyectos, tales como cartas del ED, felicitaciones y agradecimientos en la Jornada Anual, en las visitas a los centros y a través del Boletín de información al personal. Por ejemplo, esto se ha realizado con los profesionales que han participado en la elaboración del PE 2002-2006, en las 3 Autoevaluaciones, etc., incluyendo en algunas ocasiones

una comida al finalizar el proyecto correspondiente y, en otras, la entrega de un pequeño obsequio como un libro a los representantes salientes del CT.

**2.- Seguridad y Salud Laboral:** desde su puesta en marcha en Osakidetza, dado nuestro reducido tamaño, hemos compartido la Unidad de Salud Laboral de la Comarca Ekiadde y, actualmente, es la del H. Bidasoa la que atiende nuestra organización. Si bien nuestras actividades no generan muchos riesgos para los profesionales y no se producen frecuentes accidentes, la vigilancia de las condiciones de seguridad de cada puesto es una actividad preferente en la que se implica toda la organización. La Comisión de Seguridad y Salud fue constituida en 1998 con la representación paritaria de la Dirección y de los trabajadores, a través de dos Delegados de Prevención, y la presencia de la médico de la Unidad Básica de Prevención (UBP). Se constituye como órgano de apoyo de la Dirección y de control y participación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales y de seguridad y salud de los profesionales. Además, como puede apreciarse en la figura 3.e.1, desde su inicio se ofrece a los trabajadores prestaciones como exámenes periódicos de salud voluntarios, reconocimientos médicos de ingreso, vacunaciones, seguimiento de IT, análisis y evaluación de solicitudes de traslado por motivos de salud, etc.

En 2002, Osakidetza aprueba el sistema corporativo de PRL que es asumido con las adaptaciones correspondientes por nuestra organización. Ello propicia la revisión y actualización del procedimiento de actuación en caso de accidentes y la aprobación del Plan de Prevención de SMEG para el periodo 2004-2005, lo que es presentado por el ED a todos los profesionales en la segunda visita anual del 2004 a los centros para garantizar su conocimiento y difusión en todos los estamentos de la organización y para reforzar las actitudes preventivas de cada persona en sus actividades y

### 3.e.1 Prestaciones e indicadores de Salud Laboral

Concepto	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Vacunaciones	23	67	46	36	47	12	49
Ex. Salud Periódicos	0	63	6	1	59	0	4
Ex. Salud Iniciales	15	9	10	20	15	4	18
Eval. Inicial Riesgos -CSM-	0	13	1	0	0	1	0
Eval. Riesgos Sucesivas -CSM-	0	1	3	6	6	3	3
Estudio Psicosociales -CSM-	0	0	0	4	3	1	1
Protocolos/Guías Prev....	1	0	0	2	1	0	2
Accidentes Trabajo (tot)	0	9	8	6	2	4	7
AT con Baja	0	2	4	2	0	3	0
Agresiones	0	0	0	11	6	1	0

3.e.2 Dimensiones y preguntas de la Encuesta a Personas						
	2000	2003	2005	Media	Osak	SMEA
<b>Seguridad y Salud Laboral</b>	<b>2,83</b>	<b>3,23</b>	<b>3,20</b>	<b>2,85</b>	<b>2,83</b>	
Condiciones físicas y ambientales	2,72	3,08	3,09	2,71		2,76
Condiciones de Seguridad e higiene	2,57	3,37	3,31	2,99		2,89
<b>Condiciones de Trabajo</b>	<b>3,87</b>	<b>3,63</b>	<b>3,34</b>	<b>3,37</b>		
Condiciones de horario y calendario de trabajo		3,87	4,03	3,45		3,37
Licencias y permisos			3,82	3,43		
Estabilidad de empleo			3,46	3,08		
Condiciones del Acuerdo			3,19	3,17		
<b>Reconocimiento</b>	<b>3,57</b>	<b>3,64</b>	<b>3,17</b>	<b>2,82</b>	<b>2,77</b>	
<b>Retribución</b>	<b>2,91</b>	<b>2,72</b>	<b>2,71</b>	<b>2,91</b>		
Retribución total	3,10	2,83	2,82			2,99
Comparación con otras categorías	2,92	2,68	2,62			2,79
Comparación con otros sectores	2,81	2,64	2,70			2,96

tareas. En 2002, se distribuyó a todo el personal un folleto explicativo de los riesgos laborales del ámbito sanitario que, desde entonces se entrega a todos los profesionales de nuevo ingreso en nuestra organización a través de la UBP y, a partir de 2004, se incluye en el Plan de Incorporación.

En aplicación de la Ley de PRL, con el impulso de la Dirección, se abordó inicialmente la evaluación de los riesgos laborales para todos los puestos de cada centro con la participación de sus integrantes. Tras la primera evaluación, y fruto de la primera encuesta a empleados, en los sucesivos PG se incluyeron objetivos y líneas de actuación de mejora de infraestructuras y edificios a fin de eliminar riesgos para la salud de los trabajadores. En todos los centros se ha completado al menos una segunda evaluación de riesgos incluyendo la evaluación específica del riesgo por carga mental o psicosocial. En el seno de la CSS se abordaron iniciativas pioneras como el protocolo sobre agresiones y la evaluación de riesgos psicosociales, que han sido el germen de los procedimientos aprobados para toda la Corporación.

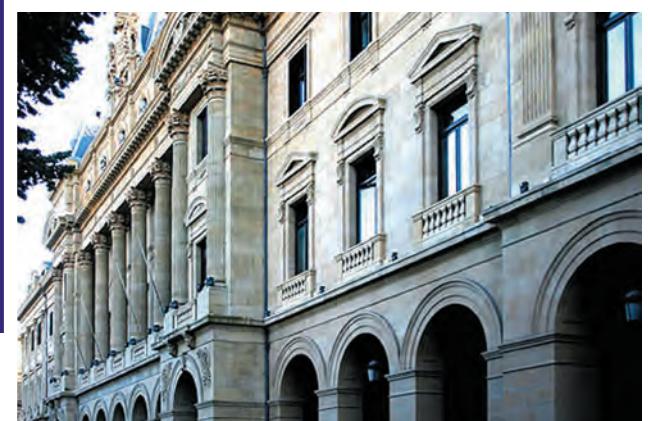
**3.- Atención a las personas:** además de las ventajas previstas en el Acuerdo de condiciones de trabajo (prestamos, seguros, reducción de jornada, permiso sin sueldo, bolsa de ayuda social, etc.), se han establecido algunas medidas de atención a las personas como reconocimiento general a su dedicación. Desde su nombramiento, el DG decidió enviar a todos los centros una cesta o detalle de Navidad para que cada equipo pueda cerrar el año con una celebración. Esto se plantea de este modo por la imposibilidad de realizar una pequeña celebración de toda la organización en estas fechas.

Además, con la puesta en marcha de la Jornada anual, se incluye un lunch o comida para todos los asistentes. A este evento acuden normalmente unos 90 profesionales, al no poder hacerlo toda la plantilla.

También se realizan acciones de comunicación y/o felicitación dirigidas a compartir eventos personales como nacimiento o adopción de hijos, matrimonio, fallecimientos, jubilaciones, despedidas, etc., normalmente a través del Boletín o comunicados de la Dirección. Aunque afecta a trece personas, a través del sistema de nómina se facilita al personal las aportaciones mensuales voluntarias a la ONG Fondo 0,7% compuesta por empleados públicos de la CAPV, realizando las retenciones y el pago mensual correspondientes. Además, a través del Plan de acogida para nuevos profesionales se ofrece una carpeta personalizada para el archivo de la documentación en la que se formaliza la vinculación con SMEG.

Hay que señalar que los elementos expuestos son aplicables a toda la plantilla, con alguna limitación al personal eventual, sin olvidar la excepción de algunas condiciones menores que se aplican al personal laboral. La revisión de la efectividad del enfoque y despliegue de todo ello en SMEG se realiza a través de las evaluaciones del ED y CD, de la Comisión de Seguridad y Salud, las autoevaluaciones bienales y, fundamentalmente, mediante los resultados obtenidos en las dimensiones correspondientes de las encuestas de personas según puede apreciarse en la valoración obtenida para estos factores en las que estamos posicionados parcial y globalmente por encima de la media de Osakidetza y de los registros obtenidos por el SMEA (ver 7a).





# Alianzas y recursos

4

# 4. Alianzas y recursos

## 4.a Gestión de alianzas externas

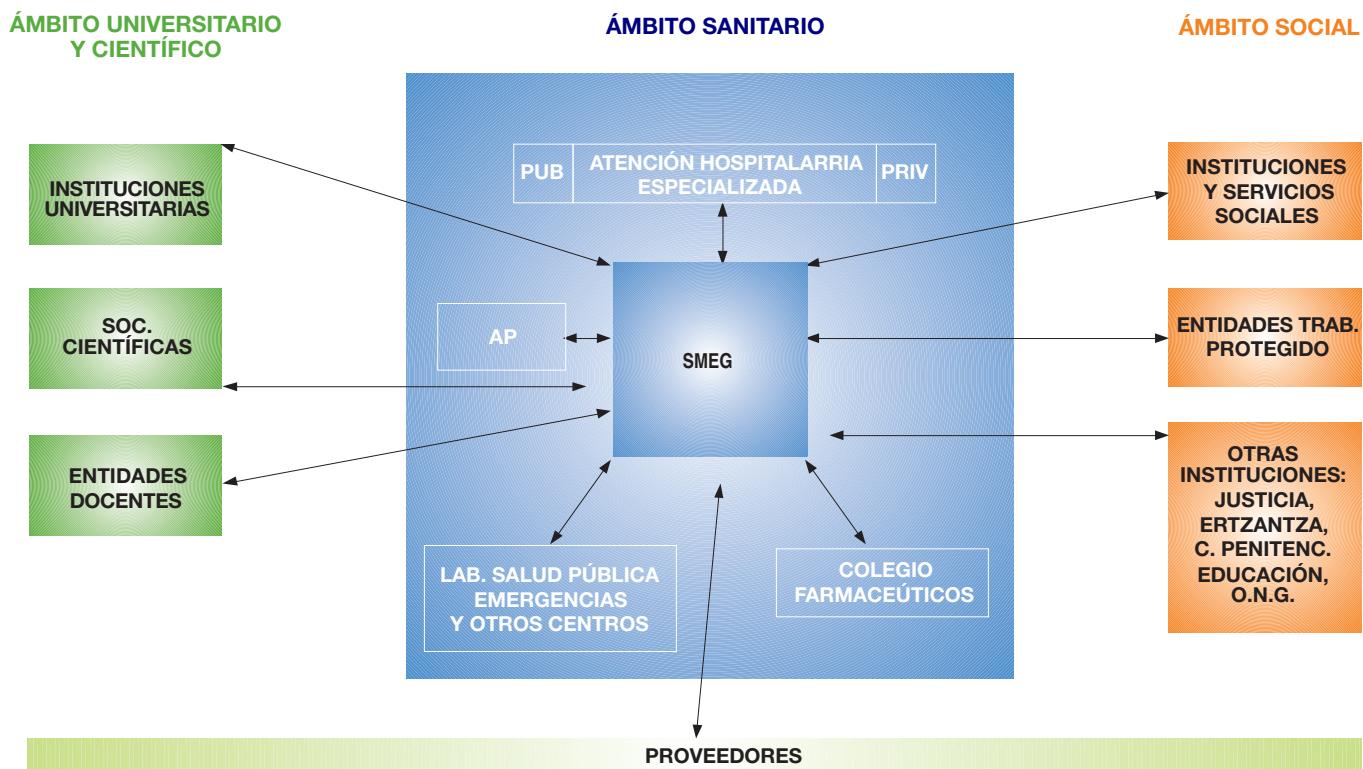
La Misión de SMEG expresa claramente “*nuestra voluntad de liderar la continuidad de cuidados impulsando el contacto y la colaboración entre nuestros profesionales y con los demás agentes del sistema sanitario y social, prestando atención especial a las patologías más graves y promoviendo la creación de los programas de atención específica y los recursos intermedios necesarios*”.

Consecuentemente, la gestión de las alianzas se realiza a través del proceso denominado “Gestión de Relaciones Externas” liderado por el DG de la Organización y con implicación de un elevado número de profesionales de las unidades de servicios sanitarios, así como de los JCSM y el DdG. Este proceso se despliega en 3 procesos: Gestión de Relaciones con otros centros y asociaciones, Gestión de Relaciones con otras organizaciones sanitarias y Gestión de Relaciones con las Administraciones.

La Organización tiene identificados a los agentes que tienen intereses en nuestro sector de actividad o que pueden aportar valor en nuestros servicios a los pacientes y usuarios, según se describe en el esquema de la figura

Por sus características, dentro del sistema sanitario, la atención a la enfermedad mental tiene un posicionamiento fronterizo con el resto de sistemas de la sociedad, por lo que ha recurrido tradicionalmente al contacto con otros agentes y servicios colindantes: Servicios Sociales, Educación, Justicia, Interior, Universidad, etc., a fin de establecer las sinergias necesarias que permitan añadir valor a la actividad sobre el paciente y mejorar los procesos de intervención. Dentro de todo ello surge lo que ahora se denomina el “**espacio sociosanitario**” que tiene su desarrollo bajo el auspicio del Gobierno Vasco (Departamento de Sanidad y Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales) que junto con las Diputaciones Forales de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL, formalizan en 2003 el denominado Acuerdo Marco Sociosanitario con una importante intervención asesora de representantes de Salud Mental. Desde sus inicios (1994), formalizados en un primer acuerdo marco de colaboración en el año 1996, el responsable actual del SAPU junto con el DG de SMEG han mantenido una participación intensa en la Mesa Sociosanitaria, siendo nuestro DG el actual representante del sector sanitario en el Consejo Territorial conformado en el citado Acuerdo Marco y participando además en la Comisión Sectorial encargada de los asuntos relacionados con la Salud Mental. El Acuerdo

### 4.a.1. Gestión de alianzas



Marco ha dado pie, a su vez, a acuerdos puntuales de colaboración en el ámbito social, intentando alinear los planes y estrategias de nuestros aliados con los de la propia SMEG y los grupos de interés identificados.

Esta misma posición fronteriza y nuestros antecedentes como organización paralela al sistema sanitario general han obligado a realizar una labor de normalización dentro del mismo, a través del contacto con los centros y profesionales de la AP y de A. Especializada, que estableciese claramente los intereses y finalidad de la atención a la salud mental en el sistema y conciliase los diferentes puntos de vista sobre la enfermedad y los tipos de intervención más necesarios en cada ámbito asistencial. Naturalmente, el contacto con los usuarios, sus familias y las Asociaciones de Familiares como fuente de información que ayude a definir nuestras estrategias es una prioridad en nuestra Organización hasta el punto que algunas de las más antiguas fueron impulsadas y apoyadas por algunos de nuestros profesionales. Así, el PE de 1999 contemplaba el objetivo de mantener contacto y colaboración permanente con los restantes agentes del sistema y asociaciones, que se ha desarrollado en todos los niveles de la Organización bajo el liderazgo del DG. El proceso de reflexión en la elaboración del segundo ciclo estratégico propició su configuración como Objetivo Estratégico recogido en la Visión de la Organización que se propone *liderar la continuidad de cuidados* mejorando las relaciones institucionales y promoviendo el apoyo en el desarrollo de Estructuras Intermedias. Ejemplos de esta decidida orientación estratégica son:

- Colaboración con Centros Concertados y apoyo a la DTSG en conciertos sanitarios desde antes de 1992.
- Coordinación con A. Primaria y Hospitales tanto a nivel sanitario (derivaciones, cita al alta, pruebas de laboratorio, etc.) como administrativo o de gestión (distribución de gastos y contratación conjunta de servicios auxiliares).
- Diseño de actividades de formación de apoyo a entidades relacionadas con nuestros clientes: Facultativos de AP, Cruz Roja, Gureak, Ayuntamientos, etc.
- Presentación del PE 2002 - 2006 a la DTSG y divulgación a AP, A. Especializada, Asociaciones, Centros Concertados y Ayuntamientos. Esta acción es fruto del aprendizaje derivado de la Autoevaluación 2000.
- Constitución de grupos de trabajo internos para acciones o proyectos como Cartera de Servicios, Plan funcional, Manual de Historia Clínica, etc. que influyen en la relación con los restantes agentes implicados.
- Desarrollo de algunas líneas de investigación con AP, UPV, etc.

► Visitas del DG a otras Comunidades Autónomas estableciendo contactos y relaciones, participación en Comisiones de Trabajo para nuevos programas, presentación de experiencias de la CAPV, etc.

► Existencia de un puesto de Trabajador Social en cada CSM (12) que gestiona relaciones externas en apoyo del tratamiento sanitario a nuestros pacientes: alojamiento, educación, empleo, servicios sociales, subvenciones, pensiones, etc.

Ello da idea del elevado número de personas de la organización implicadas en labores de coordinación, cooperación y apoyo con un variado abanico de agentes e instituciones. La tabla 1.c.3 recoge además una relación no exhaustiva de los convenios, acuerdos y acciones de coordinación de SMEG con otras entidades en los últimos años, que abarcan todas las áreas asistenciales, de apoyo y de la gestión que son relevantes para el desarrollo de la estrategia de SMEG.

La importancia cuantitativa y cualitativa de los Proveedores es reducida puesto que nuestras actividades implican pocos materiales y servicios (en torno al 8%-9% del Gasto de Explotación). Por ello, la gestión de alianzas con proveedores tiene poca relevancia en nuestra organización, centrando nuestros esfuerzos en los servicios que más impacto tienen en la percepción de los pacientes y de las personas, tales como limpieza, seguridad, mantenimiento, mensajería y algunos suministros gestionados con proveedores habituales o a través de contratos corporativos (material sanitario, agujas, guantes, celulosas, telefonía fija y móvil). La relación con Proveedores es responsabilidad del DdG con el apoyo del equipo de Administración formado por tres personas, en contacto diario y directo con el personal administrativo de los CSM. A través del contacto habitual del DdG con los representantes de las empresas adjudicatarias se han acordado las condiciones particulares de prestación de cada servicio formalizándose en las correspondientes Bases Técnicas incluidas en los concursos públicos que periódicamente estamos obligados a realizar. Fruto de estos contactos para reforzar las alianzas, desde el año 2000 se realizan las adjudicaciones de los concursos para períodos de dos años, que se extienden hasta tres o cuatro en aplicación de la normativa aplicable. Hasta entonces, las adjudicaciones se realizaban por un año con posibilidad de prórroga, lo que limitaba la implicación de nuestros proveedores.

Para que todo ello tenga una adecuada divulgación interna que favorezca la gestión y eficacia de las alianzas, desde 1998 la reunión mensual de la Gerencia con los Jefes de CSM aborda las novedades, proyectos de acuerdo, necesidades de gestión o revisión de los mismos, aplicación local e impulso global, etc. constituyendo un ámbito de promoción de alianzas y de evaluación y revisión de las existentes. Además, con la revisión del PG, el ED evalúa

anualmente la efectividad del enfoque de la gestión de alianzas revisando los resultados alcanzados e identificando nuevas oportunidades. Como consecuencia del aprendizaje realizado, por ejemplo, se formalizó un documento de Bases para la coordinación con AP al objeto de encuadrar y sistematizar las relaciones de nuestros CSM con las unidades de AP y que finalmente llevó a la creación de dos grupos de trabajo, uno con AP y otro con Pediatría Extrahospitalaria, a fin de elaborar un documento de relación entre organizaciones que sentase las bases del trabajo clínico y la continuidad de cuidados y que finalmente vio la luz en Diciembre de 2004. Por otro lado, en la Autoevaluación de 2000 se estableció la necesidad de diseñar un protocolo para la formalización de alianzas que incluya aspectos de revisión y medición de resultados. Si bien se ha elaborado un modelo estandarizado para la formalización de alianzas y acuerdos, todavía no se ha podido definir un sistema de medición mediante encuestas dada la excesiva diversidad de los acuerdos y de personas implicadas. Por ello, la revisión de la efectividad y la evaluación de resultados se realiza a través del contacto regular con cada agente, que posibilita las valoraciones para el mantenimiento de los compromisos y para la mejora de los acuerdos. Ejemplo de ello se encuentra en las mejoras para nuestros profesionales incorporadas al acuerdo con la Facultad de Psicología para el practicum (venia docendi), nuevas áreas de coordinación con el H. Donostia (cita preferente tras alta), con la Comarca Ekielde para la derivación de casos, dedicación horaria de nuestros profesionales con los centros sociosanitarios de reciente creación (4-8 horas semanales), aumento de plazas trabajo protegido para pacientes psiquiátricos (ver 8a), etc. En muchos de ellos, se establecen las pautas de relación entre las instituciones firmantes, que permiten revisar los acuerdos adoptados y su vigencia mediante un sistema de indicadores adecuados a cada caso. (ver 1a)

Desde 1998, y de manera más amplia desde el año 2004 como fruto de la tercera Autoevaluación, el DG realiza un seguimiento y control de las reuniones de coordinación y control que se realizan con las Gerencias de Primaria, Hospitales, Asociaciones, DTSG, Mesa Sociosanitaria y otras entidades como UPV, Sociedades científicas, Departamento de Justicia, Interior, Sistema penitenciario, etc., mediante las correspondientes actas o resúmenes de lo tratado

los objetivos estratégicos de SMEG. Además, debe garantizar la calidad y puntualidad de la información económica como soporte para la toma de decisiones en los ámbitos correspondientes de la organización. Una de sus principales tareas consiste en la elaboración del Presupuesto anual (Gasto e Inversión) derivado del PG fijado dentro del ciclo Estratégico correspondiente. El citado Presupuesto junto con la política de cobros y pagos permite configurar la previsión de tesorería que garantiza las acciones correspondientes para atender oportunamente las necesidades y proyectos de la Organización. El subproceso de Contabilidad, soportado en el sistema de información económica y financiera ALDABIDE (SAP), se ocupa del fiel reflejo de las operaciones para garantizar que la información en la que se apoyan las decisiones es la correcta y actualizada, posibilitando la obtención en cualquier momento y a la fecha de los informes necesarios para el análisis económico financiero: Balance y cuenta de Pérdidas y Ganancias.

La conversión de Osakidetza en Ente Público de Derecho Privado en 1998 propició que todas sus organizaciones se adaptaran al Plan General de Contabilidad, abandonando el sistema presupuestario característico de las administraciones públicas. Para ello, toda la Corporación se dotó de la aplicación SAP adaptada a Osakidetza mediante el proyecto ALDABIDE que venía gestionándose con dos años de anticipación y con implicación de personal de todas las organizaciones. En el año 2000, SMEG pasó a ser una organización con Tesorería descentralizada (anteriormente los cobros y pagos los gestionaba la OC).

El proceso de presupuestación, vinculado al de Planificación y Gestión Estratégica, se desencadena con la comunicación de la Corporación (hacia junio de cada año para el siguiente ejercicio), de las directrices de política presupuestaria del Gobierno Vasco y las instrucciones fijadas por la OC. El ED analiza los datos de ejecución del año en curso revisando el grado de cumplimiento del PG que contiene los objetivos concretos derivados del PE. De este modo se ajustan las cifras y logros previstos en el PG para que constituyan el punto de arranque para la elaboración del nuevo Proyecto de PG del siguiente año. Con los datos, objetivos, acciones, planes de mejora y de inversión del Proyecto, el DdG elabora el Presupuesto que formará parte del futuro PG. Con ello se determina la necesidad de financiación por CP que, tras la conformidad de la OC, servirá de base para su negociación con la DTSG. El Proyecto de PG se presenta y analiza en el CD para someterlo a su aprobación, con carácter previo a su envío y, en su caso, presentación a la Dirección General de Osakidetza. Además los datos presupuestarios se introducen en el módulo correspondiente del sistema ALDABIDE que posteriormente permitirá el análisis mensual de los registros de la ejecución real y sus desviaciones respecto a la planificación realizada. Hacia el mes de noviembre de cada año la OC nos comunica la aprobación del PG o, en su caso, ajustes que

## 4.b Gestión de los recursos económicos y financieros

La definición del Mapa de Procesos realizada en 2002 incluye el proceso de "Planificación y Gestión Estratégica" que desencadena el proceso "Gestión Económico Financiera" con la misión de controlar y optimizar los recursos económicos y financieros en apoyo y desarrollo de

#### 4.b.1 Modificaciones en Enfoque

1997	Sistema de contabilidad presupuestaria basado en presupuesto histórico
1998	Sistema de contabilidad según Plan General de Contabilidad: Balance y Cuenta de PyG
	Contabilidad analítica
	Autonomía de gestión para las organizaciones de servicios sanitarios
	Separación entre Financiación (D.Sanidad) y Provisión (Osakidetza)
1999	Contrato Programa: Financiación ligada a la actividad e indicadores de calidad
1999	Implantación sistemática de Plan de Gestión anual en coherencia con PE
2000	Descentralización de Tesorería a nuestra Organización

deben realizarse, así como la dotación autorizada a la organización para inversiones (estratégica o corporativa y de gestión propia de la organización). A partir de ese momento se inician las gestiones del ED para negociar las condiciones del CP con la DTSG.

Los datos del PG, y por tanto del Presupuesto y su ejecución, son revisados mensualmente por el ED que procede a realizar los ajustes pertinentes en función de la evolución real y el grado de cumplimiento de los objetivos. También son presentados y revisados por el DG en la reunión mensual de jefes clínicos para su conocimiento y difusión en las unidades asistenciales, posibilitando la incorporación de correcciones o ajustes propuestos por los Centros. Trimestralmente, los resultados son controlados por la OC en los correspondientes controles de gestión, en los que se negocian objetivos de gasto e ingreso y otros ajustes entre la Dirección corporativa y el ED. Además, de forma cuatrimestral, con la DTSG se revisa el grado de cumplimiento de los compromisos asistenciales, indicadores de calidad y de financiación incluidos en el CP, y se van negociando propuestas y mejoras para sucesivos ejercicios.

Con este planteamiento y en línea con el principio de eficiencia recogido en nuestra Misión, se ha logrado desde 1998 establecer una cultura de disciplina presupuestaria y uso racional de los recursos asumida por todos los integrantes de la Organización, como lo demuestra el hecho que, desde ese año hemos obtenido saldos positivos en la cuenta de pérdidas y ganancias, aportando recursos al Fondo de Compensación de la Corporación. De forma excepcional, en 2003 se registró un pequeño déficit (-0,33%) y en 2004 se ha cerrado el ejercicio con equilibrio presupuestario (9.a.1).

#### I Tesorería

Desde 2000 hemos asumido la tesorería de nuestra Organización con el apoyo del sistema de información económico financiera ALDABIDE, lo que implica un control diario de nuestra posición y la elaboración y seguimiento de la Previsión de Tesorería para prevenir los posibles desfases y adoptar las medidas correctoras necesarias. Este proceso

se alimenta de los subprocesos de Facturación, Gestión de cobros y Gestión de pagos. Una característica de Osakidetza y sus organizaciones es la minimización del riesgo financiero (y su imposibilidad legal de recurrir a financiación bancaria) al incorporar en el CP suscrito con la DTSG (cliente financiador del 98,5% del presupuesto anual) la figura de un anticipo que se abona en enero de cada año por importe del 6% del importe del CP y la posibilidad de solicitar un segundo anticipo si se dan circunstancias especiales. Por tanto, el riesgo de desfases en la tesorería es despreciable si se cumple rigurosamente el plazo de facturación a la DTSG, sin descuidar al resto de clientes, controlando la ejecución del plan de financiación de inversiones, liquidación de intereses y verificando las liquidaciones con otras organizaciones de Osakidetza. Todo ello, se realiza en el departamento de Administración y Contabilidad bajo la supervisión permanente del DdG.

Para asumir la tesorería, incorporamos inicialmente el programa Kutxatel que enseguida fue sustituido por Kutxanet (banca on line), lo que nos permite controlar diariamente la posición, verificar la valoración de las operaciones y realizar los pagos en sus respectivos vencimientos. Adicionalmente, el sistema ALDABIDE permite una simulación paralela de la liquidación de intereses, sujetos al Acuerdo financiero de la Administración del País Vasco con las entidades financieras (Euribor - 10%).

Respecto a los pagos, la nómina está integrada en el sistema de gestión de recursos humanos GIZABIDE, desarrollado dentro del sistema ALDABIDE por lo que puntualmente, dos días antes de fin de cada mes, se obtiene el fichero que se transfiere a nuestra entidad bancaria. Las condiciones de cargo en cuenta (fecha valor) de seguros sociales y retenciones fiscales están sujetas al acuerdo corporativo con entidades financieras, logrando un mejor aprovechamiento de los recursos financieros. Para cada contrato con proveedores se registran en el sistema las condiciones de plazo de pago y tres veces al mes se genera automáticamente la propuesta de pagos correspondiente en función del registro de facturas verificadas. Este procedimiento, llevado a cabo por el equipo de administración y contabilidad y controlado por el

DdG, hace que sea excepcional la reclamación de proveedores por retraso en el pago e incluso ha permitido detectar retrasos en la recepción de facturas de algunos suministros o servicios.

Pese a su escasa importancia, la gestión de cobros por facturación de servicios a terceros en base a los convenios suscritos por la OC (Lagun-Aro, SASFAL, Mutuas Patronales e ingresos atípicos por actividades docentes) permite un aporte complementario de recursos financieros que viene a reducir la necesidad de financiación pública a través del CP. La facturación de estos servicios se realiza con base en la información suministrada por las unidades de admisión de cada centro en que se realiza la prestación asistencial.

Existen indicadores del proceso (ver 9) basados en el grado de ejecución del presupuesto (disciplina presupuestaria), tasa de aumento de facturación (venta de servicios a terceros), morosidad (saldos de dudoso cobro), etc. La evaluación y revisión la realiza el ED a través del Control de Gestión, siendo significativo el hecho de que no exista ninguna reclamación formal por retraso de pagos y cobros, impagados, etc. También se dispone con carácter anual del informe de la Oficina de control económico del Dpto. de Hacienda que realiza la auditoría de diversas áreas (tesorería, contratación administrativa, inversiones, etc.) de todas las organizaciones de Osakidetza. SMEG aplica normalmente las recomendaciones contenidas en estos informes para mejorar los instrumentos de control de los procesos afectados.

## 4.C Gestión de los edificios, equipos y materiales

El PE 2002 prevé el objetivo estratégico nº 2 “Mejora de infraestructuras” que incluye diversos planes de acción relacionados con los edificios, sistemas de información y de seguridad que, junto con el desarrollo de otros objetivos, han de lograr avances y mejoras en dos de los factores clave de éxito de la Organización:

- La accesibilidad del servicio (física, organizativa, funcional,...)
- Confort de las instalaciones.

Con la directa implicación del personal de cada CSM se realiza la gestión de edificios, equipos y materiales mediante el proceso “Gestión de recursos materiales” del que es propietario el DdG contando con el equipo personal de Administración. Incluye las áreas de infraestructura - edificios, instalaciones y equipos, compras – subcontratación y gestión de residuos. Como se ha señalado en 4b, estos procesos tienen soporte en el sistema informatizado de información

económica y financiera (SAP) por lo que están descritos, documentados y cuentan con indicadores para su gestión y mejora. No obstante, es el DG el que se responsabiliza de gestionar en el ámbito correspondiente (a través de la gestión de alianzas) los compromisos para la creación de nuevos centros, el traslado a nuevas sedes de los existentes o la reconversión funcional de las mismas, asegurando su inclusión en los planes de inversión estratégica del Ente o de gestión propia de la Organización. En otras ocasiones, las pequeñas reformas de nuestras unidades son realizadas con financiación de la cuenta de explotación del año correspondiente, a cuyo efecto se cuenta con una dotación mínima anual. Cuando se ha logrado lo anterior, es el DdG quien determina en cada caso el procedimiento a seguir teniendo en cuenta que a partir de determinadas cuantías de gasto o inversión debe conformarse un expediente de contratación con arreglo a la LCAP. Los tipos de contrato administrativo que se formalizan según esta normativa son Compra Menor, Concurso Público y Procedimiento Negociado. El órgano competente para la formalización de los expedientes de contratación es la Mesa de Contratación de SMEG, compuesta por un presidente, secretario y dos vocales, que realizan las propuestas de adjudicación a la Gerencia.

Las visitas del ED a los CSM permite detectar y recoger las necesidades de cada uno de los centros para el ejercicio, fundamentalmente el lo referente a inversiones, reformas, mejoras, equipamiento e instalaciones. Las evaluaciones de riesgos sistemáticas realizadas por la UBP en los centros es otra fuente de identificación de necesidades relativas a los edificios e instalaciones. El conjunto de necesidades detectadas se analizan para su inclusión en el Plan anual o su gestión con la OC. Con el devenir del año se va dando respuesta a las necesidades con la implicación del personal de cada centro y del equipo de administración, siendo en la reunión mensual de JCSM donde se revisan las acciones emprendidas, los resultados de las gestiones realizadas y donde se fijan ajustes o se realizan nuevas propuestas. Fruto de esta sistemática en los últimos años se han generado numerosas mejoras, tanto organizativas como de disposición de materiales o equipamientos en nuestras unidades, como puede apreciarse en la figura 4.c.1

Además de las visitas del ED a los CSM, el personal administrativo de los CSM se reúne con periodicidad semestral para abordar temas de funcionamiento, expectativas de servicio o nuevas necesidades y evaluación de materiales y servicios. Desde el año 1999 asiste a estas reuniones el DdG para recoger y gestionar las propuestas, así como para exponer cuestiones relacionadas con los objetivos estratégicos, planes de mejora, reconocimientos al esfuerzo, etc. Como resultado de ello, en el año 1999 se formalizó un contrato para el mantenimiento de los CSM con gestión descentralizada, en el 2000 se modificó el contrato de mensajería mediante el establecimiento de rutas fijas y se ha acordado un sistema de evaluación del servicio de limpieza en cada centro coordinado por cada auxiliar administrativo.

#### 4.c.1 Mejoras y cambios en Gestión de los edificios, instalaciones y materiales

Año	Descripción
1998	Nuevo procedimiento de suministro de medicamentos a través del Servicio de Farmacia del Hospital Donostia La implantación de Aldabide en SMEG mejora el proceso y el control de compras reduciendo el plazo medio de compra y facilitando el acceso a la compra centralizada obteniendo mejoras sustanciales en los precios
1999	Nuevo procedimiento de órdenes de reparación y mantenimiento a través de una central de reparaciones generales y con gestión descentralizada en cada centro. Dotación de telefonía móvil para todas las unidades.
2000	Incorporación al Plan Renove de Centralitas telefónicas de la Corporación Adscripción a SMEG del CSM Arrasate (dependiente de Araba desde 1989) Constitución del Comité de Seguridad y Salud.
2001	Nuevo contrato de mensajería con establecimiento de rutas entre centros y enlaces con la mensajería de otras organizaciones sanitarias. Uso de sobres especiales reutilizables. Dotación de modem a todos los centros para acceso a internet y cuentas de correo Incorporación a Contratos corporativos para elaboración del Plan de Emergencias de cada centro y el de eliminación de residuos sanitarios Traslado a nueva sede del CSM Antiguo y E.Psiquiatria infantil. Adquisición de fotocopiadoras-impresoras para 4 CSM
2002	Renovación de centralitas telefónicas en 4 CSM Adquisición de fotocopiadoras-impresoras para 4 CSM Refuerzo del servicio de seguridad del Centro Bitarte Contratación suministro de Reactivos instantáneos para análisis en consultas y ajustar tratamientos Reforma parcial CSM Irun: nueva consulta, sala de espera y archivo Reorganización de espacios de la U.R.P. Donostia y sustitución de mobiliario del CSM Andoain Instalación Buzón de sugerencias para los pacientes en todos los CSM
2003	Adquisición de fotocopiadoras-impresoras para 3 CSM Elaboración del PG de Residuos Sanitarios para cada Centro Señalización de consultas con identificación de profesionales y salas de los Centros Adquisición de fotocopiadoras-impresoras para 3 CSM Adquisición de 6 aparatos de aire acondicionado para EPI y CSM Antiguo Renovación de mobiliario de consultas y salas de dos centros
2004	Reforma CSM Beasain con aumento de una consulta Plan de Prevención 2004-2005

También se formó en 2002 un grupo de trabajo sobre gestión de Historias Clínicas integrado por 4 Aux. Administrativas y el DdG. Como resultado de este trabajo, se definieron las características mínimas de los archivos de HC (ubicación, seguridad, capacidad, etc.) que se incluyen en cada reforma o traslado de centros. Esto ha constituido el punto de partida para el proceso de reflexión y normalización de los contenidos de la Historia Clínica y su gestión que se inició en el año 2004 dando lugar al Reglamento de Uso de la Historia Clínica en SMEG, aprobado por el CT y el CD, en 2005, tras ser supervisado por la Subdirección de Asistencia Especializada en los Servicios Centrales de Osakidetza/Svs.

Adicionalmente, en determinadas instalaciones y equipamientos básicos para el desarrollo de nuestra actividad asistencial, siempre hemos dispuesto de contratos de mantenimiento preventivo y correctivo para minimizar las averías o, en su caso, los efectos de las mismas. Tal es el caso de las centrales telefónicas, sistemas de seguridad, arco

detector de metales, ascensores, sistemas contra incendios, fotocopiadoras y telefax, equipos de informática, ...

Por otra parte, en centros ubicados en edificios de AP se han generado acuerdos para distribución de gastos compartidos, mantenimiento común y contratación conjunta del servicio de limpieza, que redundan de forma indudable en un mejor aprovechamiento de los recursos por la vía de la cooperación con nuestros aliados. De igual manera, se han alcanzado acuerdos para obtener algunos suministros desde los almacenes del Hospital Donostia.

#### I Compras y Almacén

Hay que señalar que SMEG nunca ha contado con almacén propio al no disponer de personal con esta función ni de locales para este fin. Además, la necesidad de materiales para nuestras actividades es reducida. Por ello, para optimizar los recursos, la ausencia del servicio de almacén se compensa

con la adaptación de la política de compras a esa circunstancia: compromiso de volumen de compras anual con distribución al centro destinatario desde el almacén del proveedor (en la mayor parte de casos, sin incurrir en costes por transporte en consideración al compromiso de compra). Ello se complementa con la formalización del acuerdo para suministro desde los almacenes del Hospital Donostia: material sanitario y medicamentos. De este modo, nos beneficiamos de la ventaja en precios derivada del poder de compra de la mayor organización sanitaria de Gipuzkoa.

Desde la implantación de ALDABIDE, nuestra Organización ha visto aumentadas sus posibilidades de integrarse en los contratos de compras centralizados, para obtener mejoras de precio para determinados materiales que se contratan por la OC en función del volumen de compra corporativo. Indudablemente, por esta vía hemos obtenido sensibles ganancias en eficiencia (mayor volumen de compra con los mismos recursos). Otra mejora tiene que ver con el mejor servicio a nuestros centros reduciendo el plazo medio de entrega de los productos y materiales debido a la agilidad administrativa de la tramitación y formalización de los pedidos, a través de contratos marco y planes de entrega (el proveedor los recibe de forma simultanea a la liberación en el sistema).

Respecto a la Gestión de Residuos sanitarios, nuestros centros generan cantidades muy pequeñas que son eliminadas, conforme al Plan recientemente aprobado por los departamentos competentes (Sanidad y Medio Ambiente), a través de la empresa ELIRECON que es una de las adjudicatarias del servicio para las organizaciones de Osakidetza. Para los centros ubicados en locales de AP se han formalizado acuerdos con las Comarcas para gestionar la eliminación de nuestros residuos a través de sus servicios.

La evaluación y revisión se apoya en las visitas del ED a los centros y en la sesión mensual del DG con los JCSM. Desde el año 2000 contamos además con las Autoevaluaciones sistemáticas que nos permiten introducir mejoras en el enfoque y su despliegue producto del aprendizaje. Pero la verdadera evaluación de nuestro esfuerzo se realiza a través de la Encuesta a los profesionales de periodicidad bienal desde el año 2000. La Encuesta de 2005 refleja resultados casi idénticos a la de 2003, habiéndose obtenido un índice de satisfacción de 3,09 en las condiciones físicas y del 3,31 en las condiciones de seguridad (ver 7a). En la edición de 2000 los datos fueron 2,72 y 2,57 respectivamente, resultando una importante mejora en las condiciones de seguridad. En comparación con los datos de 2003 de otras organizaciones de Osakidetza y su promedio, SMEG se posiciona como la organización mejor valorada por sus profesionales en ésta y en la mayoría de las dimensiones de la encuesta.

Asimismo, nuestros pacientes han valorado muy satisfactoriamente los aspectos relacionados con las instalaciones y condiciones de nuestros centros (limpieza, ruido, temperatura y comodidad de salas y consultas), con un índice de satisfacción superior al 95% (bien, muy bien y

excelente), superando a las organizaciones de Salud Mental de Araba y Bizkaia en limpieza, temperatura y comodidad. Nuestro nivel de ruido es ligeramente superior a las organizaciones citadas (ver 6 a).

## 4d Gestión de la tecnología

La **gestión de la tecnología** es una poderosa herramienta que enmarcamos dentro de los procesos generales de innovación al que están sometidas todas las empresas. Cada vez en mayor medida, el *control del recurso tecnológico* proporciona una ventaja competitiva a las organizaciones, sobre todo en aquellas en las que se integra en la estrategia general de la propia organización, siendo aún mucho más importante para el caso de organizaciones dedicadas a la generación de productos o servicios en sectores de *alta tecnología* en las que el periodo de validez de una tecnología concreta (en términos de adecuación y rendimiento comparativo con otras competidoras) es cada vez más reducido (ciclos de producto más cortos).

En el caso de SMEG, y en general de las organizaciones de asistencia psiquiátrica ambulatoria, las tecnologías que empleamos son aquellas que se conocen como **básicas** por ser tecnologías consolidadas que se requieren para el desarrollo de los productos de la organización pero que no suponen ninguna ventaja competitiva, porque también son perfectamente conocidas por los competidores; siendo compleja la utilización de tecnologías emergentes por cuanto el sujeto de actuación es el propio paciente y requiere, por tanto, de un proceso de consolidación previo a su uso. De esta forma, el proceso Gestión de la Tecnología, considerado clave para nuestra Organización en tanto está orientado al objetivo central de mejorar la atención a la persona con enfermedad mental, está integrado a su vez por tres procesos que definen dichas tecnologías básicas: Protocolización, Desarrollo técnicas psicoterapéuticas y Tratamientos farmacológicos que, a su vez, se apoyan en el proceso estratégico de Gestión de los sistemas de información. Hay que considerar que las características de las intervenciones asistenciales en psiquiatría tienen un componente tecnológico muy diferente al de otras especialidades médicas, siendo el factor clave la capacidad de empatizar con el paciente a fin de conseguir una mayor adherencia al tratamiento; aspecto éste realmente complejo en nuestra especialidad y realmente complejo a la hora de gestionar tecnologías para su mejora. Pese a ello, las fases de detección, evaluación e implantación son aplicables a los tres procesos señalados y para los que se siguen los siguientes pasos:

### I Detección de la necesidad

Los diferentes foros de participación y reflexión (ver 3c) establecidos en SMEG (reuniones de equipo, reuniones de JCSMs, Jornada anual, CT, etc.) sirven para detectar las

#### 4.d.1. Ejemplos de mejora tecnológica

ÁMBITO TECNOLÓGICO	AÑO	CAMBIO TECNOLÓGICO
<b>INFORMACIÓN</b>		
Sistemas de comunicación	2000	Teléfonos móviles en Centros
Sistemas de comunicación	2003	Red corporativa de voz y datos
Sistemas de comunicación	2005	Gestor de llamadas
Sistemas de información	2000	Adaptación informática Efecto 2000
Sistemas de información	2002	Integración en eOsabide
Sistemas de información	2004	Generalización correo electrónico
<b>ASISTENCIAL</b>		
Toxicomanías	1991	<i>Incorporación Metadona</i>
	2000	<i>Tiras reactivas de detección instantánea de tóxicos, en orina</i>
Conducta alimentaria	1998	Desarrollo programa específico de tratamiento intensivo
Psicosis	2004	Hospital de Día
	1997	Grupos Psicoeducativos
	1995	Protocolo Tratamiento con Clozapina
	1995	Nuevos antipsicóticos
	2002	Grupos de Intervención Precoz
Trastornos afectivos	1995	Incorporación ISRS
	1995	Protocolo de Tratamiento con Litio
<b>DE GESTIÓN</b>		
Gestión Económica	1998	Implantación Aldabide
Gestión de Personal	2000	Implantación Gizabide
Calidad Total	2000	Implantación EFQM
Gestión de Actividad	2004	Adaptación Registro de Casos Psiquiátricos
Gestión Asistencial	2004	Procesos según norma ISO

dificultades que, en nuestra actividad cotidiana, requieren mejora. Las fuentes de información para la detección, evaluación y selección de nuevas formas de tratamiento o de mejoras tecnológicas tienen varias vías de entrada en SMEG:

- La asistencia a Congresos y reuniones científicas
- Sugerencias derivadas de la participación en sesiones clínicas de discusión de casos y en grupos de trabajo
- La experiencia de los profesionales y el conocimiento de experiencias realizadas por otros servicios de asistencia psiquiátrica
- Los informes técnicos de Agencias de Evaluación de Tecnología para conocer la realidad en cuanto a evidencia científica
- Los ámbitos de colaboración e investigación con la UPV y Sociedades Científicas

La detección tiene como fin principal la mejora de la prestación asistencial a nuestros pacientes y la satisfacción de las necesidades derivadas de su patología psiquiátrica, como eje fundamental de nuestra misión, afectando su desarrollo a diversos procesos de la Organización:

- Al proceso asistencial y de apoyo clínico (JCSM y profesionales)
- Al proceso de Desarrollo Estratégico de SMEG, teniendo en cuenta las necesidades de los clientes (2a y 2b)
- Al proceso de diseño de servicios y prestaciones mediante la detección de las mejores prácticas (JCSM)

#### I Estudio de implantación

La posible implantación de una nueva forma de tratamiento o de una mejora tecnológica de cualquier ámbito pasa por una fase previa de estudio y análisis que debe tener en cuenta:

- La disponibilidad de recursos suficientes, económicos y materiales, de acuerdo con el proceso de presupuestación
- Su interés dentro de los objetivos marcados por el Plan de Salud y la OC
- La existencia de profesionales con conocimientos suficientes y/o interés por su desarrollo

Nuestra Organización no presenta limitaciones presupuestarias, hasta el momento, en lo que se refiere a la incorporación de nuevas técnicas farmacológicas o diagnósticas; aspecto éste que los profesionales valoran de gran importancia para el libre desarrollo de su actividad. Sin embargo, la incorporación de nuevas técnicas psicoterapéuticas o el establecimiento de protocolos de actuación técnicamente adecuados chocan con frecuencia con las cargas asistenciales que los profesionales soportan y que se reflejan en el número de casos asignados por psiquiatra y año (ver 9b). Como consecuencia, el estudio de implantación tiene que ver más con la posibilidad real de abrir un espacio terapéutico suficiente a la nueva técnica (en función del tiempo necesario) y con la existencia de profesionales bien formados en la misma. A modo de ejemplo, nuestra Organización se plantea la necesidad de realizar un estudio de implantación de un equipo de Terapia Asertiva Comunitaria y/o de Intervención Precoz en Psicosis, basados en amplias referencias bibliográficas y evidencias científicas, para lo cual debe plantearse como un paso previo la reducción del número de pacientes en tratamiento por patologías menores

### **I Puesta en marcha y Evaluación**

En caso de que la innovación se corresponda con la compra de tecnología, ésta se gestiona de manera sistemática a través de los procesos de Gestión de Compras y de Gestión de Instalaciones y Equipos. Por parte del DdG se realiza una valoración de las opciones presentadas a partir de la cual el ED decide la opción más adecuada. En el caso de mejoras en el proceso asistencial, se instaura un programa piloto en un área del Territorio, al que precede el diseño de intervención y la selección de los profesionales adecuados para el mismo. Así, por ejemplo, la Unidad de Rehabilitación puso en marcha un programa de Intervención Precoz en Primeros Brotes Psicóticos para el que se contrató personal específico y que incluía la utilización de escalas de valoración de resultados (HoNOS) y del que se realiza una evaluación anual en el marco del Contrato-Programa mediante los indicadores establecidos. Entre ellos cabe destacar la reducción en el número de hospitalizaciones psiquiátricas y su integración socio-laboral como resultados de esta experiencia piloto que han sido presentados en los foros científicos adecuados dentro de la CAV.

## **4.e Gestión de la información y del conocimiento**

Todo proceso de decisión se basa en hechos e información por lo que ésta constituye una herramienta fundamental en todos los ámbitos de la Organización, tanto en los procesos de gestión y soporte como en los operativos o sanitarios. La información clínica junto con los procesos de revisión tecnológica constituyen la base de mejora del conocimiento de nuestros profesionales y, por tanto, de los procesos asistenciales. Nuestra Misión establece como objetivos de

### **4.e.1. Estructura del Reglamento de Uso de la Historia Clínica**

1. Introducción
  3. Estructura y orden del contenido de la Historia Clínica
  4. Identificación de la Documentación Clínica
  5. Confección y cumplimentación de la Historia Clínica
  6. Formularios o tipos documentales: cumplimentación y contenido
  7. Conservación y utilización: responsabilidades
  8. Confidencialidad de la Historia Clínica y responsabilidades
  9. Acceso a la información contenida en la Historia Clínica
  10. Anexos
- Anexo I.- Normativa relacionada con la Historia Clínica  
Anexo II.- Propuesta de documentos que no se deben guardar en la carpeta de Historia clínica  
Anexo III.- Procedimiento de reclamaciones y reconstrucción de Historias Clínicas extraviadas  
Anexo IV.- Formulario de solicitud de Documentación Clínica

alto interés para la Organización, entre otros, *el desarrollo de la docencia..., el fomento de la investigación y la participación e integración en foros científicos de discusión.*

### **I Gestión de la Información**

En nuestra Organización la información se canaliza a través de dos soportes fundamentales: el soporte informático y el soporte papel. En cuanto a la seguridad de la información en soporte informático se garantiza a través de los sistemas antivirus instalados para la red corporativa y las redes locales de ordenadores, se realizan sistemáticamente copias de seguridad, diarios a nivel de Osakidetza y semanales en el resto de sistemas de SMEG. En aplicación de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y en función de los niveles de responsabilidad de cada puesto, se asegura la confidencialidad de datos y el acceso según niveles de autorización mediante claves para cada usuario que se actualizan periódicamente. La seguridad de la información en soporte papel tiene que ver básicamente con los contenidos y usos de la Historia Clínica y con su regulación mediante el Reglamento de Uso.

**1.- Información clínica.** La regulación de la gestión documental está recogida en el proceso de Gestión de Historias Clínicas, siendo la Historia Clínica el conjunto de datos de contenido asistencial generados por cualquier intervención sanitaria. Este documento es único por cada paciente y se identifica mediante un número de historia, irrepetible, que, una vez atribuido, acompañará al paciente a lo largo de toda su vida. La Historia Clínica es el instrumento básico de recogida e intercambio de información entre los profesionales que intervienen en cada caso, estando su uso regulado por el Reglamento de Uso de la Historia Clínica, en el que se recogen los documentos que la integran, las condiciones y restricciones en cuanto a su uso, las pautas de actuación para su correcto almacenamiento y protección

y las pautas de actuación ante solicitudes de información por diferentes agentes.

El Reglamento se elabora por un grupo de trabajo surgido en el CT tras el proceso de revisión de necesidades relacionadas con la custodia y utilización de la Historia Clínica iniciado en 2002, que cuenta además con las revisiones realizadas a través de la reunión de JCSM y las aportaciones de cada Centro a través de estas dos vías a lo largo del año 2004. Con ello se consigue un nivel de implicación en su elaboración que se refuerza posteriormente con la presentación en cada Centro del Reglamento de forma previa a su puesta en marcha tras su aprobación por el CT y CD en 2005.

Una vez difundido se pone en marcha el proceso de despliegue de su utilización, así como el proceso de revisión de la misma. La gestión de este proceso recae en el Grupo de Historias Clínicas, surgido en el seno del CT, quien se encarga de elaborar las normas para su evaluación así

como de llevar a cabo la evaluación propiamente dicha. De los resultados de la evaluación se derivan las acciones pertinentes destinadas a mejorar su implantación, afectando al 100% de los profesionales.

**2.- Actividad Asistencial.** Se dispone de un registro informático denominado RCP que recoge diferentes aspectos de cada contacto de nuestros profesionales con los pacientes en tratamiento (tipo de cita, lugar de consulta, tipo de intervención, diagnóstico, alta, etc.) y que, aunque con algunas limitaciones por su antigüedad, sirve para analizar la evolución de cada paciente y el uso de recursos realizado permitiendo efectuar estudios de evaluación por categorías de pacientes o grupos diagnósticos, analizar las cargas de trabajo de cada profesional, obtener las bases de asignación de costes en cada programa de intervención, etc. A través de este programa se obtienen mensualmente los principales datos e indicadores de la actividad asistencial realizada por profesional, centro, programa y de forma agregada para toda la

4.e.2 Gestión de la información y del conocimiento				
Tipo información	Resp.	Fuente	Periodicidad	Destinatario
<b>Actividad SMEG</b>	SI	RCP	Mensual	JCSM, ED, CD, OC
	SI	RCP	Mensual	JCSM, ED, CD, OC
	SI	RCP	Mensual	JCSM, ED, CD, OC
	SI , DG	RCP	Mensual	JCSM, ED
	SI	H. Donostia y DTS	Mensual	JCSM, ED, CD, OC
<b>Económica y financiera</b>				
Control Plan de gestión	DdG	ALDABIDE	Mensual	JCSM, ED, CD
Control presupuesto	DdG	ALDABIDE	Mensual	JCSM, ED, CD
Evolución gastos	DdG	ALDABIDE	Mensual	JCSM, ED, CD
Evolución ingresos	DdG	ALDABIDE	Mensual	JCSM, ED, CD
Plan de inversiones	DdG	ALDABIDE	Mensual	JCSM, ED, CD
<b>Recursos humanos</b>				
Plantilla	DdG	GIZABIDE	Trimestral	JCSM, ED, CD, CE
Evolución gasto personal	DdG	GIZABIDE	Mensual	JCSM, ED, CD
Control sustituciones	DdG	GIZABIDE	Mensual	JCSM, ED, CD
Absentismo	UBP, DdG	GIZABIDE	Mensual	JCSM, ED, CD, CE
Contratación	DdG	GIZABIDE	Mensual	JCSM, ED, CD, CE
Accidentabilidad laboral	UBP, DdG	GIZABIDE	Trimestral	JCSM, ED, CD, CE
Movilidad y promoción	DdG	GIZABIDE	Mensual	JCSM, ED, CD
<b>Procesos y protocolos</b>				
Cita tras alta hospitalaria	DG	CSMs	Mensual	JCSM, ED, CD, OC
Derivación hospitalaria informada	DG	Hospital y CSMS	Mensual	JCSM, ED, CD, OC
Derivación a atención primaria	DG	RCP	Trimestral	JCSM, ED, CD, OC
Derivación a centros de día	Resp. SAPU	DTS	Anual	JCSM, ED, CD, OC
SAPU	Resp. SAPU	Registro SAPU	Mensual	JCSM, ED, CD, OC

#### 4.e.3. Gestión del conocimiento

Año	Curso	Asistentes	Docente
1999	Procesos	14	Externo
	Lecturas de Freud	15	SMEG
2000	Rorscharch	8	SMEG
	Tratamiento del Pánico	23	Externo
2001	Lecturas de Freud	15	SMEG
	IPDE	19	Externo
2002	Escala de HoNOS	27	Externo
	Lecturas de Freud	22	SMEG
2003	Intervención en TMS	35	Externo
	Peritaciones Judiciales	25	Externo
	Procesos	25	Externo
2004	Manejo cognitivo conductual de la Ansiedad	10	SMEG
2005	Importancia de la prevención perinatal	46	Externo

Organización que son analizados y evaluados en los diferentes niveles o ámbitos de SMEG. Los datos agregados por programas son transmitidos mensualmente a Osakidetza para alimentar la base de datos de información asistencial de todas las organizaciones de asistencia psiquiátrica y poder así realizar las comparaciones entre ellas.

La información de la actividad asistencial está gestionada por la Responsable del proceso Sistema de Información que alimenta los procesos operativos y al de Planificación y Gestión Estratégica fundamentalmente. Desde 1998, estos datos se recogen en el cuadro de mando de SMEG y de cada centro, que se revisan y analizan por el DG y en la reunión mensual de JCSM para su difusión y conocimiento en cada unidad. Todo ello propicia la toma de decisiones en cada ámbito para un eficiente uso de nuestra capacidad asistencial y su adaptación a las variaciones de la demanda. Los datos por centro y consolidados sirven para evaluar el grado de ejecución del PG y se recogen en la Memoria anual de la Organización.

**3.- Información económica y financiera.** Con la implantación de ALDABIDE, desde 1998 Osakidetza utiliza el Plan General de Contabilidad (adaptado a las empresas de asistencia sanitaria) mediante el sistema informático SAP para el registro de todas las operaciones económicas con transparencia y fiabilidad, a fin de garantizar que las cuentas reflejen la imagen fiel de su patrimonio, la situación financiera y de los resultados. Todos los hechos y operaciones económicas de SMEG se registran en el sistema y su explotación permite conocer en cualquier momento el estado en tiempo real del balance y la cuenta de pérdidas y ganancias de la Organización. El sistema facilita la obtención de datos con detalle para cada cuenta y centro de coste o beneficio. Además cuenta con módulos específicos para facturación, compras, costes, recursos humanos, etc. Lo que permite obtener datos sobre la gestión de cada área. El

análisis mensual de los datos y resultados económicos sirven al ED para realizar la gestión de los recursos necesarios en el desarrollo de nuestra Misión. Esta información también se revisa en la reunión mensual de JCSM para que los responsables de los centros conozcan y valoren el resultado de sus actividades, así como para facilitar la toma de decisiones y su difusión en cada unidad.

**4.- Información de personal.** Desde 2000, la información requerida para la gestión de personal tiene soporte en la aplicación SAP de forma integrada con la información económica y financiera. Permite registrar y analizar la situación administrativa y laboral de cada trabajador a lo largo de los años. El ED y los líderes correspondientes tienen acceso a los datos derivados de la gestión en cuanto a contratación, carteleras, nómina, absentismo, accidentabilidad, etc. Esta información se difunde al menos trimestralmente a todas las unidades.

**5.- Procesos y protocolos .** La documentación y descripción de los procesos y protocolos asistenciales cuentan con un soporte documental disponible en cada unidad, actualizándose en caso de cambio.

La figura 4.e.2 muestra el alcance de los sistemas de información utilizados que facilitan el análisis y la toma de decisiones en cada ámbito. La información a la que acceden los JCSM es la que tienen disponible nuestros profesionales de las unidades asistenciales pues, al menos una vez al mes, la misma se comunica y se revisa en la reunión de cada equipo. Adicionalmente, se difunden los datos e información para todo el personal a través del Boletín, la memoria anual que se remite a cada profesional y a través de las visitas del ED. Para medir la efectividad de nuestro sistema de información y de la sistemática de su difusión utilizamos la encuesta de profesionales en la que se mide la percepción de las personas de SMEG con respecto a la dimensión de Comunicación que incluye el apartado "Información para la ejecución del trabajo" que en 2005 se ha situado en el valor 3,43 sobre 5 (3,10 SMEA y 2,78 la media de Osakidetza). Consecuencia del aprendizaje derivado del análisis de los resultados de la encuesta por el ED y el CT se ha mejorado y completado de forma progresiva el conjunto de herramientas de comunicación y se ha elaborado el Reglamento de uso de la Historia Clínica. El Plan de mejora de la última autoevaluación incluye la creación de la página web durante el año 2005 para lo que ya se disponen de las ofertas y presupuestos correspondientes.

#### I Gestión del Conocimiento

La Gestión del Conocimiento envuelve la identificación y análisis del conocimiento tanto disponible como el requerido, así como la planificación y el control de acciones que permitan desarrollar activos de conocimiento con el fin de alcanzar los objetivos organizacionales recogidos en nuestro

#### 4.e.4. Proceso de difusión del conocimiento mediante Calendario de Sesiones Clínicas

	RESPONSABLE	DÓNDE/CÓMO	PLAZO TEMPORAL
1. Establecimiento calendario anual	DG	ReuniónJCSM	Diciembre-Enero
2. Selección temas de cada sesión	JCSM	Reunión Equipo CSM	Mes previo a la fecha de la celebración de la sesión
3. Notificación temas (mediante formato establecido)	JCSM	ReuniónJCSM	Mensual
4. Comunicación de temas a la red	Admon SM	Vía fax	Semana de la Reunión de Jefes
5. Celebración de la sesión	Ponente		Semana de la Sesión
6. Notificación asistentes	Administrativa CSM	Responsable SSII	
7. Contabilización sesión	SSII	Registro Informático	Semana de la Sesión

proyecto de gestión. El conocimiento de los profesionales se actualiza y mejora mediante el proceso de Formación, el plan de sesiones docentes, la información científica a través de publicaciones, revistas especializadas (biblioteca) y participación en foros científicos, la realización de estudios de investigación y su difusión interna y externa a través de guías de práctica clínica, intercambio de experiencias con otras organizaciones de Osakidetza, etc.

La detección de necesidades de mejora parte del análisis de la información obtenida de los sistemas antes descritos, la evaluación de los procesos, aportaciones de los profesionales de forma individual o colectiva en CT, comisiones o grupos y el intercambio de experiencias con otras organizaciones. La captación de mejores prácticas e introducción de nuevas técnicas asistenciales se ve favorecida por la pertenencia a Osakidetza, a través de los diferentes mecanismos que tiene la Corporación para difundir la información sobre estas experiencias entre las organizaciones e incluso promover su implantación de forma generalizada.

Previamente a la implantación de una nueva técnica, innovación o nuevo servicio, se requiere habitualmente realizar actividades de formación para el adiestramiento y capacitación de los profesionales implicados que, cuando se trata de proyectos de general implantación, incluye la realización de pruebas piloto o funcionamiento en fase de prueba. Así, por ejemplo, la instauración a nivel global de los centros de la organización del psicodiagnóstico mediante pruebas proyectivas y en concreto mediante el test de Rorscharch contó con un curso previo impartido por un profesional de la propia organización y que contó con una amplia aceptación (ver resultados encuesta). Igualmente, la utilización de instrumentos de evaluación de Trastornos de la Personalidad (IPDE) o de evaluación de resultados en Rehabilitación (HoNOS) contaron con períodos de formación previos impartidos, en este caso, por personal docente externo a SMEG (4.e.3). La difusión del conocimiento se realiza mediante la edición y publicación de guías y manuales de apoyo, sesiones docentes, Jornada anual, edición de material docente, elaboración de Comunicaciones científicas, organización de actividades de formación para nuestros profesionales, etc. Así por ejemplo, las sesiones docentes cuentan con una estructuración anual

por centros, mediante Instrucción de la Gerencia, siendo responsabilidad del Jefe de Centro su cumplimiento.

Todo lo expuesto se despliega tanto en las áreas asistenciales como en las de apoyo y en las de gestión, teniendo siempre en cuenta el impacto en los pacientes y usuarios, en las personas de la organización, el necesario equilibrio financiero y, en definitiva, garantizando la coherencia con la política y estrategia. Otros ejemplos de ello son la priorización de la intervención en el tratamiento de la psicosis recientemente incorporado al CP, el programa de mantenimiento con metadona, el programa específico de TCA, la creación del Hospital de día de Zumarraga, incorporación de la escala de evaluación HoNOS, aplicación del consentimiento informado, test de Rorscharch, implantación de la metodología EFQM como sistema de gestión de la calidad, supervisión y apoyo a centros de trabajo protegido, evaluación de técnicas sobre la base de la evidencia científica, etc.

La evaluación y revisión se realiza por el ED y en el marco de las reuniones del DG con los JCSM donde se analizan propuestas o iniciativas de mejora antes de su aprobación. También, mediante la autoevaluación bienal se revisa el sistema de gestión del conocimiento, habiéndose incorporado diversas mejoras en nuestro enfoque: Aplicación 5S en Biblioteca SMEG, descentralización a cada centro de una dotación para actividades de formación individual en función del número de profesionales, procedimiento para la organización de actividades de formación aprobadas por el CT, edición de manuales y guías para difusión en la red y al sistema sanitario y social, ejecución del Plan de Sesiones docentes, Programa de visitas y estancias en centros e instituciones, Manual de la H<sup>o</sup>C<sup>a</sup>, Cartera de servicios, etc. Una muestra del interés de los profesionales por las iniciativas de difusión del conocimiento la encontramos en la evolución del número de asistentes a las sesiones clínicas, que ha pasado de 147 en el año 2003 a 204 en el año 2004, y en el ítem de la encuesta de profesionales que evalúa la Formación para progresión y desarrollo profesional y que ha mostrado un ligero ajuste pasando de 2,91 en 2003 a 2,88 en 2005. Las puntuaciones del global de Osakidetza (2,45) y de SMEA (2,60) dan idea de la dificultad de avanzar en la satisfacción en este ámbito en nuestro medio.





## Procesos

5

# 5. Procesos

Dado el carácter altamente cualificado de sus profesionales y su consideración como medio especializado sanitario, la utilización de protocolos y guías de práctica clínica ha sido una constante desde la creación de SMEG, donde cada centro establecía las mejoras de los procesos básicos propios de sus actividades asistenciales bajo la supervisión de la Dirección para asegurar una estructura común y homogénea en la oferta básica de servicios. Esta forma de actuar constituye el precedente de la gestión por procesos, aunque sin aplicar la sistemática metodológica de esta herramienta.

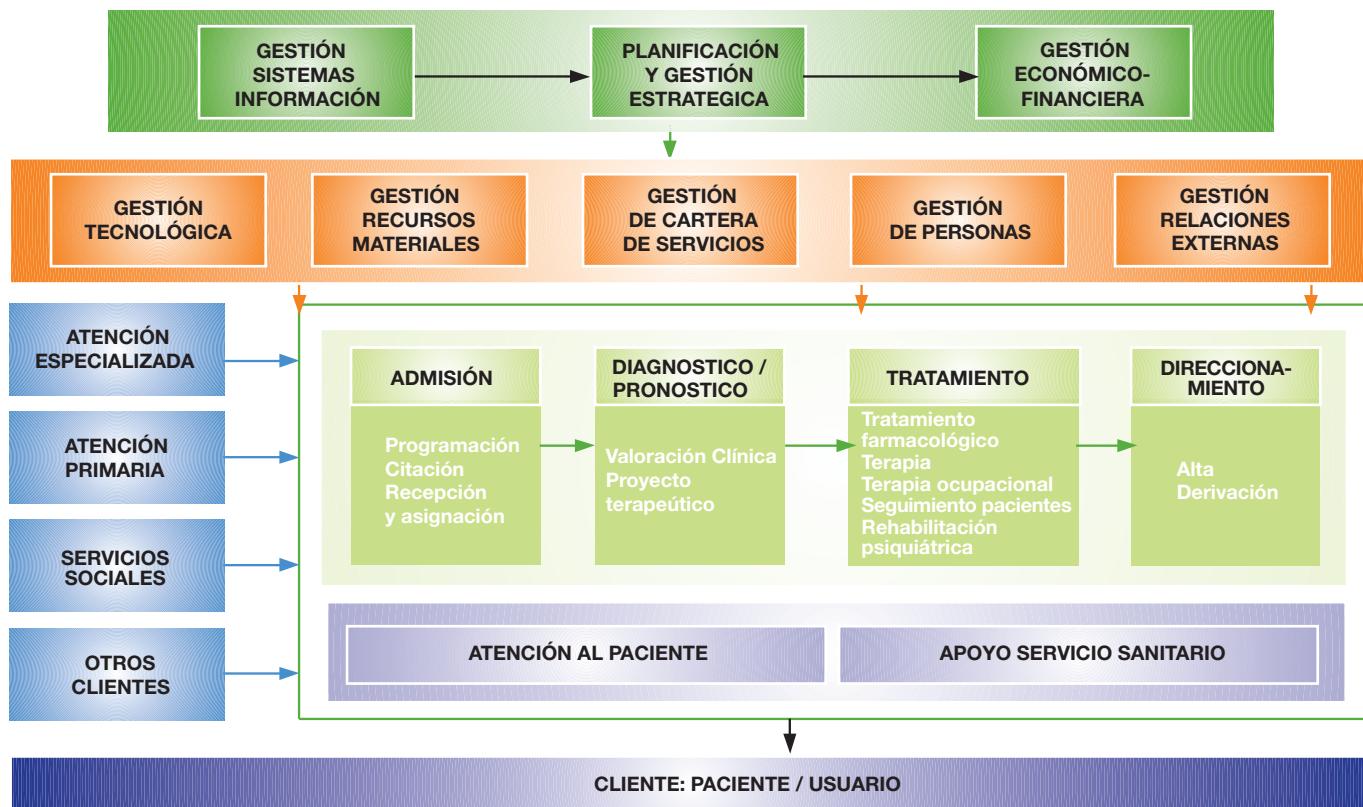
A partir de la reflexión realizada para la elaboración del primer PE se implantaron medidas orientadas a una mejora del enfoque sobre la base de la gestión por procesos. Tal es el caso de los objetivos específicos incluidos en el PE relativos a la *formación en técnicas de calidad y mejora continua, aproximación a la gestión por procesos, promover la investigación orientada a la mejora de técnicas y procesos*. Estos objetivos contemplaban acciones o líneas de actuación tales como el estudio y elaboración de planes funcionales de cada centro, formación de JCSM sobre gestión de procesos, identificación y gestión de procesos asistenciales clave, etc., para propiciar el análisis interno y la definición de la estrategia de implementación del cambio. El segundo PE incidía en estos

elementos confirmando nuestra voluntad de avanzar en la gestión por procesos como fuente de mejora y progreso de SMEG. Así, a final de 2002 se llevó a cabo la identificación de los procesos y su estructura configurando el correspondiente Mapa de Procesos. Desde entonces, se han desarrollado diversas acciones encaminadas a su difusión y a la formación de los profesionales (48 personas entre JCSM y profesionales), descripción y documentación de algunos procesos, designación de propietarios, etc. para posibilitar una progresiva implantación de esta metodología de trabajo en SMEG.

## 5.a Diseño y gestión sistemática de los procesos

Ya se ha señalado en el subcriterio 2b cómo la realización de la primera Autoevaluación en el año 2000 sirvió para la detección de áreas de mejora y para asumir una mayor implicación con el modelo de Calidad Total. Fruto de aquella reflexión se estableció la necesidad de definir nuestro Mapa de Procesos como primer paso a partir del cual poder establecer una gestión sistemática de nuestra actividad mediante los

### 5.a.1. Mapa Procesos SMEG



mismos. Previamente sin embargo, a lo largo del año 1999, se había realizado un curso de formación sobre Gestión por Procesos para todos los JCSM de la Red, en el que se abordó el análisis del proceso de acogida para nuevos pacientes, uno de los procesos definidos en el Mapa dentro del Proceso asistencial. Posteriormente en el último trimestre del año 2002 se creó un grupo de trabajo, contando con una asesoría externa, liderado por el DG y el DdG que implicaba además a 2 Jefes de Servicio y al Jefe del Sistema de Información que diseñó el Mapa de Procesos. En Febrero de 2003 se presentó el mapa al CD y en Junio de 2003 se realizó su presentación al personal en el marco de la Jornada anual de reflexión. A final de 2004, el ED ha revisado el mapa de procesos procediendo a su simplificación, según el esquema que se define en la figura 5.a.1, para impulsar su definitiva implantación en los centros asistenciales.

El Mapa de Procesos de SMEG cuenta, **en su primer nivel, con tres grupos de procesos** en los que se han clasificado y agrupado los 48 procesos identificados sobre la base del conjunto de actividades y servicios de la organización:

- **Estratégicos:** Son los considerados de más alto rango y directamente alineados con la evolución a largo plazo de la Organización que representan las fuerzas vectoriales y suponen la guía para la obtención de resultados por los procesos operativos.
- **Operativos:** Los relacionados con la actividad directa con el grupo de clientes que constituyen los pacientes y donde se concentra la mayor parte de la actividad diaria y son responsables del cumplimiento de la Misión.
- **De apoyo o soporte:** Aquellos procesos que aportan recursos e información para la ejecución de los procesos operativos y estratégicos.

El inventario de procesos identificados y la calificación de su impacto en el desarrollo de la Misión en función de la contribución a la satisfacción de clientes, personas y propietarios (Administración de la CAPV) se recoge en la figura 5.a.2.

La necesidad de desarrollar el Mapa de Procesos se ve apoyada, además, por los diversos procesos lanzados desde la OC e incorporados en nuestra Organización. Por ejemplo, en los procesos de apoyo o soporte, a través del proyecto "ALDABIDE" de Osakidetza (ver 4b), los procesos de gestión económica y financiera y los de gestión de recursos materiales se encuentran descritos mediante manuales específicos y soportados asimismo en sistema informático. Del mismo modo la descripción de actividades del proceso de gestión de recursos humanos se ha desarrollado mediante el proyecto "GIZABIDE". Además de sus propias funcionalidades, también alimentan a los procesos de Planificación y Gestión Estratégica. La

descripción de los tres procesos estratégicos se ha abordado en los criterios 1, 2 y 4.

Los procesos operativos que abarcan el conjunto de nuestra oferta asistencial se encuentran aún en fase inicial de desarrollo. Se han realizado varios cursos de formación en procesos para el personal diseñándose algunos de ellos (admisión, gestión sociolaboral, quejas y reclamaciones). En uno de los cursos participaron 26 personas y en él se elaboró el diseño y descripción de 4 subprocesos. A modo de ejemplo, la figura 5.a.3 recoge el modelo de ficha de descripción del proceso de admisión, diseñado en el citado curso y que sirve de patrón para las unidades de admisión de cada Centro.

5.a.2 Inventario de los procesos			
Tipo	Proceso	Proceso	Impacto
Planificación y gestión estratégica	Planificación estratégica		Clave
	Plan Anual de Gestión		
	Contrato Programa		
	Gestión Procesos y Calidad		
	Autoevaluación		
	Gestión Sistemas de Información	Gestión Historias Clínicas	
		Gestión Información Actividad	
		Gestión sistema informático	
	Gestión económica y financiera	Presupuesto	
		Contabilidad y Tesorería	
Admisión	Programación		
	Citación		
	Recepción y asignación		
Diagnóstico/ Pronóstico	Valoración clínica		Clave
	Proyecto Terapéutico		
Tratamiento	Tratamiento farmacológico		Clave
	Terapia		
	Terapia Ocupacional		
	Seguimiento de pacientes		
Direccional-miento	Rehabilitación Psiquiátrica		
	Alta		
Atención al cliente	Derivación		Clave
	Atención, información y registro		
	Quejas y reclamaciones		
	Evaluación de la satisfacción de clientes		
Apoyo al servicio sanitario	Gestión sociolaboral		
	Apoyo escolar		
	Apoyo familiar		
	Gestión analítica y pruebas complementarias		
Gestión de personas	Gestión laboral		Clave
	Planificación, selección y contratación		
	Relaciones laborales		
	Evaluación de la satisfacción de profesionales		
	Formación		
	Comunicación y participación		
Gestión Relaciones externas	Evaluación, desempeño y reconocimiento		
	Relaciones con otras organizaciones sanitarias		
	Relaciones con Administraciones públicas		
Gestión Cartera de servicios	Relaciones con otros centros y asociaciones		
	Identificación de servicios y programas		Clave
	Diseño de servicios y prestaciones		
Gestión de la Tecnología	Protocolización		
	Desarrollo técnicas psicoterapéuticas		
	Tratamientos farmacológicos		
Gestión de Recursos Materiales	Infraestructura: edificios		
	Instalaciones y equipos		
	Gestión de residuos		
	Compras y subcontratación		

En otro curso sobre la aplicación de la norma ISO 9001:2000 tomaron parte 6 personas, cuatro de ellas vinculadas a procesos asistenciales del proceso de Tratamiento y en junio de 2005 se iniciará su puesta en marcha en sus respectivos equipos, aplicando esta metodología que incluye la designación de los gestores de proceso. En los demás procesos asistenciales se aplica la filosofía de la gestión de

procesos pero no se han documentado al tratarse de procesos comunes aplicados de forma descentralizada en cada centro, lo que dificulta sensiblemente su implantación. El PG anual recoge los indicadores de rendimiento interno de la Organización, con sus objetivos definidos fundamentalmente de acuerdo a lo señalado en el CP con la DTSG, que sirven para medir, mediante comparaciones

### 5.a.3 Ficha de descripción del proceso de admisión

#### 1. DEFINICIÓN DEL PROCESO

**Definición:** Recoger e identificar la demanda de atención de pacientes y usuarios, y valorar si ésta es adecuada (precisa atención psiquiátrica, psicológica y social), y su tipo (urgente, preferente u ordinaria) mediante una valoración fiable.

Abrir historia clínica con la recogida de datos de filiación.

Da cita al paciente con el profesional correspondiente a la mayor brevedad, informando al paciente del funcionamiento del Centro, dando un trato correcto, amable, cercano evitando juicios de valor.

**Límite superior:** Petición de Atención (Información y Cita) (p10) en:

Pacientes y Usuarios por iniciativa propia.

Pacientes derivados desde otros Centros Sanitarios (AP, Centros Psiquiátricos...) Instituciones (Justicia, Servicios Sociales.)

**Límite inferior:** Derivación al Proceso de Diagnóstico.

Derivación a otros Centros Sanitarios (A.P. etc.) o Instituciones.

#### 2. PROPIETARIO Y EQUIPO

PROPIETARIO	EQUIPO
La Dirección del Centro y /o Personal Administrativo	Auxiliar Administrativa. Asistente Social. Due Psiquiátrica (según cada centro).

#### 3. INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR	PERIODICIDAD	MÉTODO DE OBTENCIÓN
% de demora: Citas ordinarias (max. 30 días) Citas preferentes (max. 7 días) Citas urgentes (max. 24 horas)	Mensual	Suma citas dadas en el plazoX100/ Suma citas
% de pacientes satisfechos: Trato y atención recibidos. Cita dada.	Anual	Resultado de la encuesta.
% de pacientes que no acuden a la primera cita.	Semestral	Suma – no acudenX100/ Suma citas dadas

### 5.a.4 Mejoras en Diseño de procesos-gestión

AÑO	Fuente/Evaluación/ Aprendizaje	Cambios/Mejoras
1998		Descripción, Documentación Proceso Gestión Económica y subproceso de las compras.
1999		Grupo de Trabajo para elaboración de las funciones de enfermería en los procesos
2000		Plan de Mejoras que incluye área de Procesos Diseño proceso de Admisión
2002	ED Aldabide Autoevaluación Gizabide	Descripción y documentación Proceso de Gestión Laboral, Selección y Contratación Diseño Mapa de Procesos
2003	Plan de Calidad Benchmarking	Promoción Cultura Gestión por Procesos. Revisión y unificación Formato de Historia Clínica Curso sobre procesos a 28 Profesionales y descripción de 3 subprocesos: Gestión Sociolaboral, Admisión, Quejas y Reclamaciones
2004		Plan de CALIDAD SMEG Elaboración de Manual de Calidad Inclusión de Proyecto ISO para Unidades Asistenciales TCA y METADONA Revisión Mapa de Procesos Cartera de Servicios
2005		Implantación ISO 9001:2000 en 2 procesos asistenciales Sistema simplificado de documentación de Procesos (O.C.)

con organizaciones similares, la efectividad de nuestros procesos (ver criterios resultados). En la tabla 5.a.4 se recogen algunas evidencias de mejoras en el diseño de los procesos como resultado de la actividades de evaluación y revisión de los mismos

Trimestralmente, desde la OC se elabora un amplio cuadro de indicadores de asistencia psiquiátrica y salud mental que permite la comparación continuada de los resultados de algunos de nuestros procesos con otras organizaciones y el establecimiento de posibles correcciones a nuestra actividad.

La encuesta a personas incluye la dimensión “organización y mejora” que ha recogido el impacto de estas líneas de actuación y metodologías aplicadas con una puntuación de 3,37 sobre 5 en 2003 y de 3,31 en 2005; siendo la media de Osakidetza 2,80 y la puntuación de SMEA de 2,93. Hay que resaltar además que el ítem “Esfuerzos del centro para la mejora” pasa de 3,27 a 3,30 puntos.

#### 5.a.3 Ficha de descripción del proceso de admisión

## 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

La Misión recogida en el PE 2002-2006, señala *nuestra voluntad de liderar la continuidad de cuidados impulsando el contacto y la colaboración entre los profesionales y con los demás agentes del sistema sanitario y social... promoviendo la creación de los programas de atención específica y los recursos intermedios necesarios*. Este aspecto lleva implícita la necesidad de una revisión constante de nuestras estructuras y actividades y pone a prueba nuestra capacidad de adaptación a nuevas necesidades mediante un proceso de mejora continuada. Para ello, nos apoyamos fundamentalmente en el proceso de gestión de relaciones externas que hemos podido ver en 4a. La figura 5.b.1 refleja las fuentes de captación de las áreas de mejora mediante actividades sistemáticas que abarcan todos los grupos de interés y los procesos de la Organización.

Los servicios que ofrece nuestra Organización están delimitados por el Departamento de Sanidad, quien los establece basándose en las necesidades detectadas en la sociedad mediante la Encuesta de Salud de la población (ESCAV) y recogidas en el Plan de Salud (ver definición de servicios en el subcriterio 5c). Anualmente se establece el CP con el Departamento de Sanidad en el que se especifican los servicios a prestar, los objetivos e indicadores de rendimiento y los compromisos de calidad para el año en curso. Con el

impulso del Director, a partir de 2000 se viene incluyendo en el CP una línea de financiación de estudios y proyectos de investigación que son realizados por nuestros profesionales generándose mejoras e innovaciones en nuestros servicios y en la coordinación con otros agentes sanitarios. Estos estudios pueden verse en la figura 5.b.2 y constituyen el germen sobre el que posteriormente se han elaborado diferentes guías de actuación para los profesionales (Guía para detección y manejo de TCA en AP, Guía sobre el manejo de la ansiedad y depresión en AP) o para pacientes y usuarios (Esquizofrenia, Ludopatía, Ansiedad) posteriormente asumidas por el Departamento de Sanidad y publicadas dentro de su colección Guías de Educación para la Salud. De igual modo, Osakidetza lanza diferentes proyectos para la mejora de los procesos de gestión de las organizaciones sanitarias, como “ALDABIDE” y “GIZABIDE”, sistemas de gestión de la calidad, tecnología de la información y de la comunicación, etc., que suponen mejoras sustanciales para nuestro sistema de gestión.

A través de estas aportaciones que integramos en la Organización y como resultado de los procesos de autoevaluación EFQM de periodicidad bienal se identifican oportunidades de mejora que se priorizan en función de su apoyo de la estrategia, el impacto en la satisfacción de clientes y en las personas; todo ello teniendo en cuenta las dificultades en su implantación.

Un importante número de acciones de mejora han surgido de los resultados derivados de la encuesta de satisfacción de usuarios, del Servicio de Atención al Paciente y Usuario y de la encuesta de satisfacción de personas. Unido a las sugerencias y necesidades detectadas por los propios profesionales, a través de los líderes, comisiones o grupos de trabajo se han propuesto y llevado a cabo innumerables mejoras asociadas al confort y seguridad de las instalaciones, limpieza y ambiente de las consultas y salas, cambios de terapeuta o de centro, señalización de edificios, identificación de profesionales, información a pacientes y familiares, etc. (5.e.3)

Desde el año 1994 el Director y varios profesionales han participado activamente en los diferentes grupos creados para el desarrollo de una línea de actuación sociosanitaria. Tanto en aquellos grupos puntuales como posteriormente con la creación de la Mesa Sociosanitaria (1997) y más recientemente con la creación del Consejo Territorial Sociosanitario dependiente del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (2003), nuestra Organización ha estado presente y con representación estable a través del DG y diferentes profesionales y líderes en todas las comisiones, promoviendo iniciativas y apoyando la puesta en marcha de recursos sociosanitarios en apoyo de las necesidades de nuestros pacientes como refuerzo de la acción terapéutica de los tratamientos. Desde 1998, y fruto de estos acuerdos, se han generado más de 180 plazas en Centros de día de Rehabilitación Psicosocial destinados a pacientes con Trastorno Mental Severo de larga evolución construidos en varios municipios guipuzcoanos con financiación compartida

### 5.b.1 Fuentes de captación de áreas de mejora

Fuente	Características	Procesos relacionados
Reflexión Estratégica y Planes de Gestión	Ajustes y correcciones en objetivos y acciones	Estratégicos, Operativos y Soporte
Negociación y revisión de Contrato Programa	Establecer servicios y prestaciones contratadas, criterios de calidad y nuevos proyectos	Operativo y Soporte
Planes Corporativos de Osakidetza	Adaptar e implantar los planes de mejora corporativos	Estratégicos, Operativos y Soporte
Autoevaluación EFQM y Benchmarking	Sistematizar Planes de mejora y aprendizaje	Estratégicos, Operativos y Soporte
Encuestas a usuarios, profesionales, formación	Medición de satisfacción de necesidades y expectativas	Operativos y Soporte
Sugerencias y necesidades detectadas por equipos, líderes, grupos de trabajo y comisiones	Evaluar las sugerencias y coherencia con PyE	Operativos y Soporte
Planes y proyectos de la Mesa Sociosanitaria y sus comisiones	Colaborar e impulsar la responsabilidad social en el ámbito sociosanitario	Operativos
Avances de la Tecnología	Evaluar su aplicación en nuestras actividades	Estratégicos, Operativos y Soporte
Coordinación con agentes implicados en continuidad de cuidados	Establecer acuerdos de Mejora del servicio al usuario	Operativos

### 5.b.2. Estudios de Calidad

	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005
<b>TCA</b>					
<b>Coordinación con AP</b>					
<b>Atención infanto-juvenil</b>					
<b>Estudios reinicios</b>					
<b>Estudios reingresos hospitalarios</b>					
<b>Metodología 5S</b>					
<b>Intervención precoz en psicosis jóvenes</b>					

de Diputación y Sanidad. Nuestros profesionales aseguran de esta manera la continuidad en el proceso asistencial y dan cumplimiento a nuestro objetivo de liderar la continuidad de cuidados recogido en el Proyecto de Gestión, viendo así incrementado su arsenal de medios para atender la creciente demanda de sus servicios. De igual modo se logró incorporar a nuestros pacientes a los programas de trabajo protegido que tan buenos resultados han dado para las personas con discapacidades físicas. Además de seleccionar pacientes con posibilidades de incorporarse al trabajo protegido (8.a.2), los profesionales de nuestros centros, mediante cursos que se realizan periódicamente, adiestran al personal encargado de estos centros de trabajo para que puedan identificar y abordar diferentes situaciones que puedan afectar a los pacientes con

patología psiquiátrica (8.a.4). En el año 1999 se elaboró un estudio desde los propios centros laborales detallando los primeros resultados de esta experiencia y en el que se analizaba la opinión de los propios pacientes mediante una encuesta diseñada al efecto y que mostró un índice de satisfacción global del 83,54%. Como consecuencia de la buena experiencia obtenida, la línea de trabajo se ha mantenido e incluso se ha incrementado con la inclusión de otras empresas y, últimamente, con la firma de un protocolo de colaboración con EHLABE, dentro de la iniciativa comunitaria eQual para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental. En esta iniciativa, el DG pertenece al Comité de Gestión de la agrupación ZABALAN en representación de Osakidetza/Svs.

A través del proceso de Gestión de alianzas liderado por el Director se han formalizado diversos acuerdos de colaboración con otros agentes sanitarios para garantizar la efectividad de la continuidad de cuidados de los pacientes. Estos acuerdos, por su importancia para el funcionamiento

diario, son parte integrante de los procesos de Admisión y Direccionamiento del Proceso asistencial (5.c.3) y tienen que ver con los protocolos de derivación desde AP, mejora de la información entre facultativos, guías de apoyo en la detección y manejo de algunas patologías, comunicación de urgencias

### 5.b.3 Ejemplos de introducción de las mejoras en los procesos

Año	Evaluación/ Fuente de aprendizaje	Cambio/Mejora
1998		Nuevo procedimiento de suministro de medicamentos Programa específico de Trastornos de la Conducta Alimentaria Fondo gestión descentralizada para formación Individual Extensión horario de atención en PMM Bitarte Acuerdo cooperación para creación Centro Día Tolosaldea Protocolo de dispensación de metadona en Farmacias Asignación de cita preferente al alta hospitalaria y reducción de demoras Boletín Información al personal
1999		Nuevo procedimiento de ordenes de reparación y mantenimiento con gestión descentralizada en cada centro. Primera Encuesta a Empleados Instrucción sobre compensación de actividad docente Protocolo de Consentimiento Informado Incorporación de tiras reactivas (analítica instantánea) Nuevo modelo de tarjeta de citación a pacientes
2000		Nuevo servicio de mensajería mediante rutas entre centros y enlaces con otras organizaciones sanitarias Elaboración de Plan de Emergencias de cada centro Protocolo de actuación y prevención de Agresiones Nuevo procedimiento de expedición de recetas en procesos crónicos
2001	<b>Reflexión estratégica, Control de gestión, EFQM</b> <b>Autoevaluación,</b> <b>Revisión Contrato Programa,</b> <b>Planes corporativos, Mesa Sociosanitaria, Acuerdos con Agentes Sanitarios,</b> <b>Encuestas a profesionales y Pacientes, Propuestas de equipos y personas</b>	Estudio de casos derivados a atención primaria I Jornada anual de profesionales de Salud Mental de Gipuzkoa Instrucción del Gerente sobre Sesiones Docentes Análisis de informes de riesgos de Salud Laboral Protocolo derivación de pacientes de atención primaria Plan de Gestión de residuos sanitarios. Creación Hospital de Día Zumarraga Estudio de casos de acogida en la U.R.P. Donostia Rediseño del procedimiento de seguimiento en pacientes diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide con alta administrativa Análisis del SAPU Guía Incorporación nuevos profesionales Instrucción sobre Estancias en otras instituciones o centros Normalización de modelo de Historia Clínica Adaptación Instrucción sobre compensación actividad docente Elaboración modelo Acuerdo de cooperación con Agentes Sanitarios y Grupos de Interés Mejora aplicación información asistencial RCP Cartera de servicios Reglamento de uso de la Historia Clínica
2002		
2003		
2004		
2005		

atendidas en el hospital, citación preferente al alta hospitalaria, citación preferente del endocrino en pacientes de TCA, etc. Algunos ejemplos de modificaciones y mejoras introducidas en las actividades de nuestros procesos se recogen en la figura 5.b.3. Todas las propuestas y planes de mejora son previamente analizadas por el ED, el CT y en las reuniones de JCSM. Tras su aprobación, se comunican y divultan a los profesionales por diferentes medios tales como instrucciones del Director, a través de las reuniones de Jefes de centro, en las visitas del ED a los equipos, etc. La revisión de su efectividad se realiza anualmente mediante el análisis del PG, en el que se evalúa el cumplimiento de los planes de mejora y los resultados obtenidos así como su ajuste o replanteamiento para asegurar su implantación. Las autoevaluaciones y los resultados obtenidos en las respectivas encuestas permiten realizar una evaluación cualitativa de la sistemática de mejora.

## 5.C Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes

La satisfacción de las necesidades de los pacientes, derivadas de su patología psiquiátrica (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) se formula como nuestra principal tarea en la Misión recogida en el PE 2002-2006. Cada dos años se realizan encuestas de satisfacción de pacientes para evaluar sus necesidades y expectativas respecto a los servicios ofertados (ver 2a). La incorporación de nuevas técnicas surge de la evaluación del rendimiento (ver 2b) o de la tecnología (ver 4d) según se indica en la figura 5.b.3.

Nuestra oferta de servicios está regida por el CP con el Departamento de Sanidad quien lo establece tras el análisis de las necesidades de la población de nuestra Comunidad, a cuyo efecto dispone del Plan de Salud como herramienta fundamental que tiene en cuenta las políticas de la OMS, el estado actual de los conocimientos científicos, y la situación de la CAPV con relación a recursos, situación demográfica, valoraciones y opiniones de los ciudadanos, estado de salud y prioridades de intervención. Por ello, la incorporación de un nuevo Servicio debe contar con la autorización previa del Departamento de Sanidad, teniendo en cuenta las consideraciones antes enunciadas. Por ejemplo, desde 1999 se incluye en el CP una línea de financiación para el nuevo programa específico de TCA; desde el año 2004 se han incluido incentivos para el Tratamiento intensivo de casos nuevos de pacientes con Psicosis. La figura 5.c.1 recoge los indicadores y objetivos previstos en CP para la obtención de incentivos ligados a prestaciones/servicios de la oferta básica y la preferente.

Además de las encuestas a pacientes que se realizan desde 1999, los profesionales de los centros están en contacto

directo y habitual con los pacientes en tratamiento y sus familiares, lo que sirve para detectar las necesidades de los mismos y sus expectativas con relación a nuestras prestaciones. Debemos señalar que, si bien la media de contactos con cada paciente a lo largo del año es de 7,75, en los casos más graves establecidos según criterios diagnósticos este valor medio se incrementa hasta 16; dando una idea de la asiduidad del contacto y, por tanto, de la intensidad con que la información se transmite. Como se ha expuesto en 2a, se dispone de otras fuentes de información para la detección de necesidades y expectativas de los pacientes y familiares que se utilizan para la introducción de mejoras: quejas y reclamaciones, contactos estables con agentes sanitarios, con asociaciones de familiares y usuarios, etc. La sistemática de detección de necesidades y expectativas afecta al 100% de nuestros procesos. Los servicios que ofrece SMEG a sus pacientes se estructuran en los 4 procesos incluidos dentro del macroproceso asistencial y pueden llevarse a cabo fundamentalmente en dos tipos de estructuras, CSM y/o estructuras intermedias, y en dos formatos asistenciales, urgente y/o programada, siendo realmente escasas las consultas que se realizan fuera de los centros. Pese a ser un número escaso, debemos resaltar que la mayoría de ellas se desarrollan en estructuras residenciales de tercera edad, fruto precisamente de uno de los acuerdos establecidos a través de las mesas sociosanitarias.

Toda nuestra actividad asistencial se desarrolla a través de la Consulta con el paciente y/o su familia (5.c.2) consulta que muestra características diferenciadas en función del destinatario final. Así, en cuanto a la tipología del caso (nuevo, o en tratamiento), cuando se trata de pacientes nuevos, la primera consulta puede realizarse por vía urgente, preferente u ordinaria según los motivos de la consulta y el criterio establecido por AP o el agente derivante,. En el caso de consultas de continuidad de tratamiento, éstas serán siempre establecidas mediante el proceso de cita previa que se realiza al finalizar cada consulta a fin de asegurar la continuidad de cuidados. En cuanto al tipo de intervención establecido como necesario en el Plan Terapéutico, ésta puede ser de tipo farmacológico o psicoterapéutico. En ambos casos, cada intervención podrá tener características diferenciales en función de la metodología utilizada; así, por ejemplo, en el caso del tratamiento farmacológico los protocolos de actuación se derivan de las sustancias utilizadas y las necesidades de control de cada uno de sus efectos, y en el caso del tratamiento psicoterapéutico, este podrá tener una dimensión individual, grupal o familiar, además de poder conjugar diferentes técnicas de intervención (breve, cognitiva, conductual, apoyo, etc.)

De forma progresiva, los servicios ofertados se van adecuando en función de las líneas marcadas en el Plan de Salud que periódicamente aprueba la autoridad sanitaria de Euskadi (Departamento de Sanidad) con diversos objetivos: priorizar las intervenciones que más contribuyen a mejorar el estado de salud, personalizar los servicios, avanzar en la

### 5.c.1 Indicadores de CP

Indicadores Oferta Básica				
	Standard (2001/2002/2003 media)	Objetivo 2004	Objetivo 2005	Objetivo 2007
Tasa de pacientes diagnosticados tras 3 consultas	85,0%	90,0%	93,0%	95,0%
Tasa de derivaciones de pacientes adultos a AP	4,5%	> 4,5%	6,0%	> 5%
Tasa total salidas (Excepto derivación hospitalaria)	18,0%	20,0%	24,0%	> 25%
Casos nuevos adultos don demora menor de 1 mes para primera consulta	60,0%	> 60%	> 63%	70,0%
Casos nuevos infanto-juveniles con demora menor de 1 mes para primera consulta	50,0%	60,0%	> 63%	70,0%
Nº de sesiones docentes red/año		> 25	> 25	> 30
% derivaciones informadas al hospital	80,0%	85,0%	90,0%	90,0%
Eskaintza Lehenetsiaren Adierazleak				
	Standard	Objetivo 2004	Objetivo 2005	Objetivo 2007
% pacientes con demora para cita< 15 días, tras alta hospitalaria	85,0%	90,0%	90,0%	95,0%
Media de consultas totales /paciente en casos nuevos del grupo diagnóstico otras psicosis			> = 1/hil	
Tasa de entrevistas familiares/paciente/año en casos nuevos del grupo diagnóstico otras psicosis			> = 0,5/hil	
Media de consultas totales/paciente/año en programa específico TCA			> = 1/hil	
Tasa de entrevistas familiares/paciente/año en programa específico TCA			> = 0,5/hil	
Repercusión sobre contrato AP				
	Standard	Objetivo 2004	Objetivo 2005	
Tasa de reinicios en el año, de pacientes previamente derivados a AP para control y finalización de tratamiento		< 20%	< 20%	

capacidad de elección de los pacientes, mejorar la accesibilidad y la eficiencia de los recursos.

Nuestra cartera de servicios está segmentada según la diferente tipología de pacientes que son agrupados por programas de intervención; Psiquiatría de Adultos, Psiquiatría Infanto-juvenil, Alcoholismo y Toxicomanías, y dentro de los programas generales de adultos e infanto-juvenil están segmentados en base a grupos diagnósticos según la 10<sup>a</sup> edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Los pacientes de cada programa y diagnóstico son tratados de forma diferenciada en función de sus condiciones y necesidades terapéuticas derivadas de la patología correspondiente. Por ejemplo, en el tratamiento de la drogodependencia disponemos de tratamientos de desintoxicación y deshabituación que, finalmente, se orientan hacia la abstinencia total de tóxicos; pero también ofertamos el tratamiento con agonistas opiáceos cuya filosofía asistencial se deriva del hecho de considerar la toxicomanía como un proceso crónico y por tanto, subsidiario de tratamiento de forma indefinida (dispensación de metadona

### 5.c.2 Intervenciones en el proceso asistencial

	Interbentzio Mota	Egiteko Tokia
Diagnóstico	Entrevista clínica	CSM
	Psicodiagnóstico	CSM
	Laboratorio	Hospital o AP
	Rx, TAC, RMN	Hospital
Terapéutica	Psicoterapia individual	CSM
	Psicoterapia grupal	CSM
	Intervención familiar	CSM
	Intervención en el medio escolar	CSM
	Tratamiento farmacológico	CSM, Domicilio, Estructuras residenciales
	Psicoeducación	CSM
	Programa de Rehabilitación	Estructuras Intermedias
Comple- mentaria	Entrevista Social	CSM
	Entrevista Familiar	CSM
	Evaluación discapacidad	CSM

para pacientes que han fracasado repetidas veces en el programa libre de drogas).

### 5.C.3. Proceso Asistencial



A través del Control de Gestión, las reuniones de análisis y negociación del CP y al autoevaluación bienal se realiza la evaluación de nuestro sistema de captación de necesidades para la introducción de mejoras o de nuevos servicios, habiéndose incorporado numerosos cambios como se refleja en la figura 5.b.3. Ejemplos de diseño y desarrollo de los servicios son la creación del Programa Específico de TCA (1998) con horario en jornada partida para evitar que los jóvenes pierdan actividades escolares y con grupos de apoyo para familiares, ampliación del horario del PMM (1999), implantación del Consentimiento Informado para determinadas técnicas o terapias (2000) creación del Hospital de Día de Zumarraga (2003), etc.

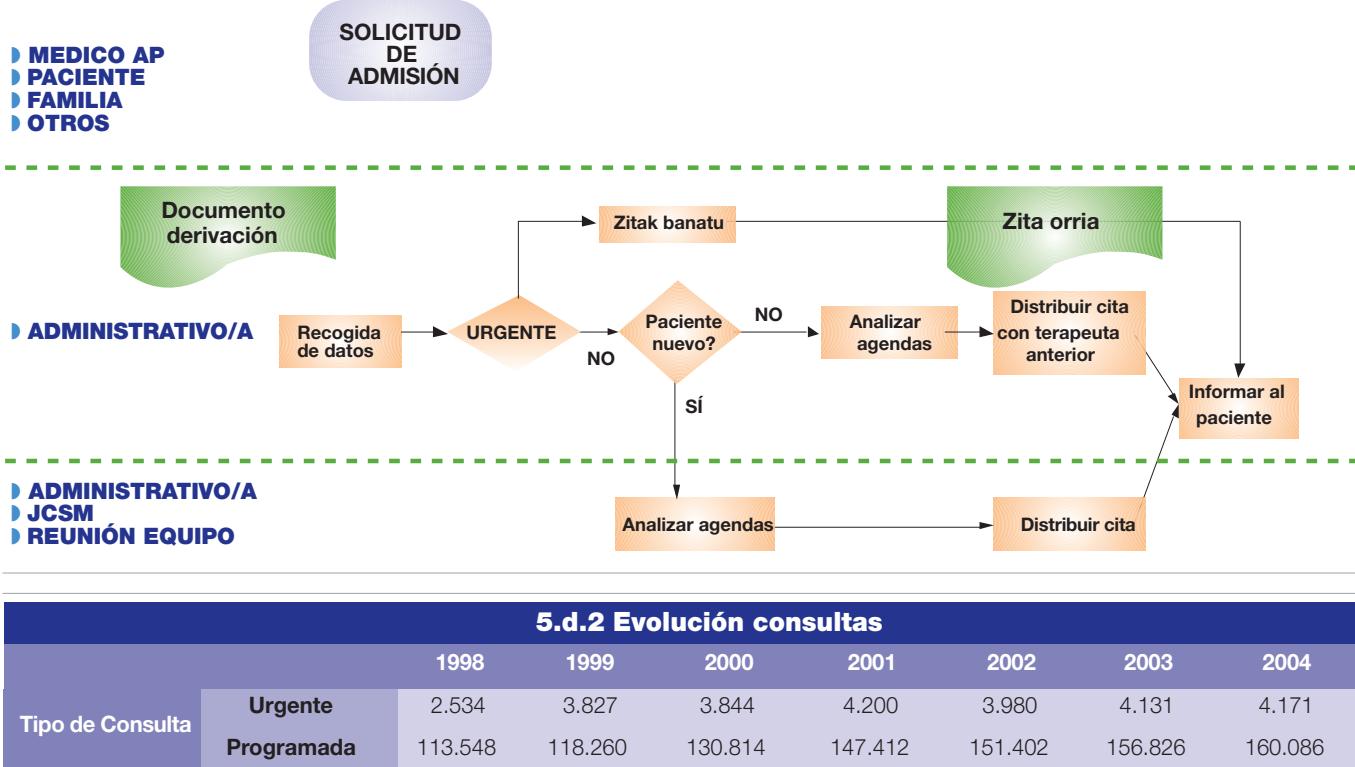
Atención al Cliente y Apoyo al servicio sanitario (5.c.3) El equipo gestor de los procesos asistenciales u operativos está integrado por el Director y el Jefe de cada CSM. Esto permite respetar los elementos diferenciales de cada unidad (en función de la población atendida, composición y competencias del equipo y los recursos existentes en la comunidad) dentro de un marco cohesionado. Los procesos asistenciales se producen mediante la interacción de equipos multidisciplinares en los que cada integrante tiene una función específica en cuanto a satisfacción de las necesidades del paciente y participa, asimismo, en las decisiones comunes relacionadas con el proceso asistencial. Algunos de los indicadores para realizar el seguimiento y evaluación de estos procesos se presentan en los criterios 6 y 9.

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

Los procesos operativos o de tipo asistencial suponen llevar a efecto directamente nuestra Misión en cuanto a la *"satisfacción de las necesidades derivadas de la patología psiquiátrica en nuestros pacientes, desde una perspectiva comunitaria que responda a los principios de accesibilidad, eficiencia y calidad basada en procedimientos de eficacia probada"*. La oferta de servicios está regida por el CP con el Departamento de Sanidad (ver 5c) si bien, una mayor definición de nuestra cartera fue una de las tareas abordadas en el marco del PE 2002-2006. Para ello, los JCSM junto con el Gerente trabajaron en su rediseño, a la vez que iban dando cuenta de la situación de la misma puntualmente a la DTSG. El proceso asistencial común de cada una de nuestras unidades asistenciales incluye los procesos de Admisión, Diagnóstico/Pronóstico, Tratamiento, Direccionamiento,

Los pacientes nuevos pueden acudir a la Red de Salud Mental Extrahospitalaria por varias vías. Entre ellas, la de mayor peso específico es a través del médico de AP en el caso de pacientes adultos, y del pediatra y la escuela en el caso de pacientes infanto-juveniles. Sin embargo, la necesidad de conciliar las necesidades de los diferentes grupos de interés nos llevó, hace ya varios años y tras reuniones con las asociaciones de familiares, a mantener abierta la vía de entrada directa a través del propio paciente o familiar dadas las especiales características del enfermar psiquiátrico. Una vez percibida la solicitud de intervención especializada, se inicia el proceso de Admisión, cuyo propietario es el personal administrativo del centro. Dicho proceso establece la recogida de información sobre el paciente, la verificación de la pertenencia a la zona, la existencia o no de historia psiquiátrica previa, la verificación del tipo de **cita solicitada y la asignación de la cita**. La tipología de atención solicitada para un paciente nuevo se establece en base a la urgencia de la misma, generando tres formatos de cita o atención:

## 5.d.1 Proceso de admisión



**Atención urgente:** definida como aquella atención que se realiza en un plazo de tiempo no superior a 24 horas y normalmente a petición del médico de AP o de otro servicio sanitario; si bien, es a veces el propio paciente, la familia, instancias judiciales, o los servicios sociales quien solicitan atención de este tipo. En el año 1998, por acuerdo en la reunión de Jefes y tras la evaluación de las informaciones obtenidas mediante reuniones con Asociaciones de Familiares se vio la necesidad de instaurar un modelo de atención de urgencia en todos los Centros que, hasta entonces, era un proceso no regulado, poniéndose en marcha en el año 1999. Esta situación generó un incremento de la atención en los CSMs, tal y como se observa en la figura 5.d.2., y algunos déficits en el sistema al ser derivados algunos casos a los CSM o al Hospital de forma errónea en base a su gravedad. Detectado el problema, se estableció un grupo de trabajo con los JSCM y se diseñó el proceso de atención en caso de urgencia que, tras ser consensuado con el Hospital, fue difundido a través de las Gerencias de las Comarcas de AP. Igualmente se elaboró un protocolo de actuación junto con la Ertzaintza, el sistema judicial y el Departamento de Sanidad (entidad que concierta los servicios de ambulancia para traslado de pacientes) estableciendo las pautas de intervención en caso de actuaciones urgentes y ante la involuntariedad del paciente que, igualmente, fue difundido a AP.

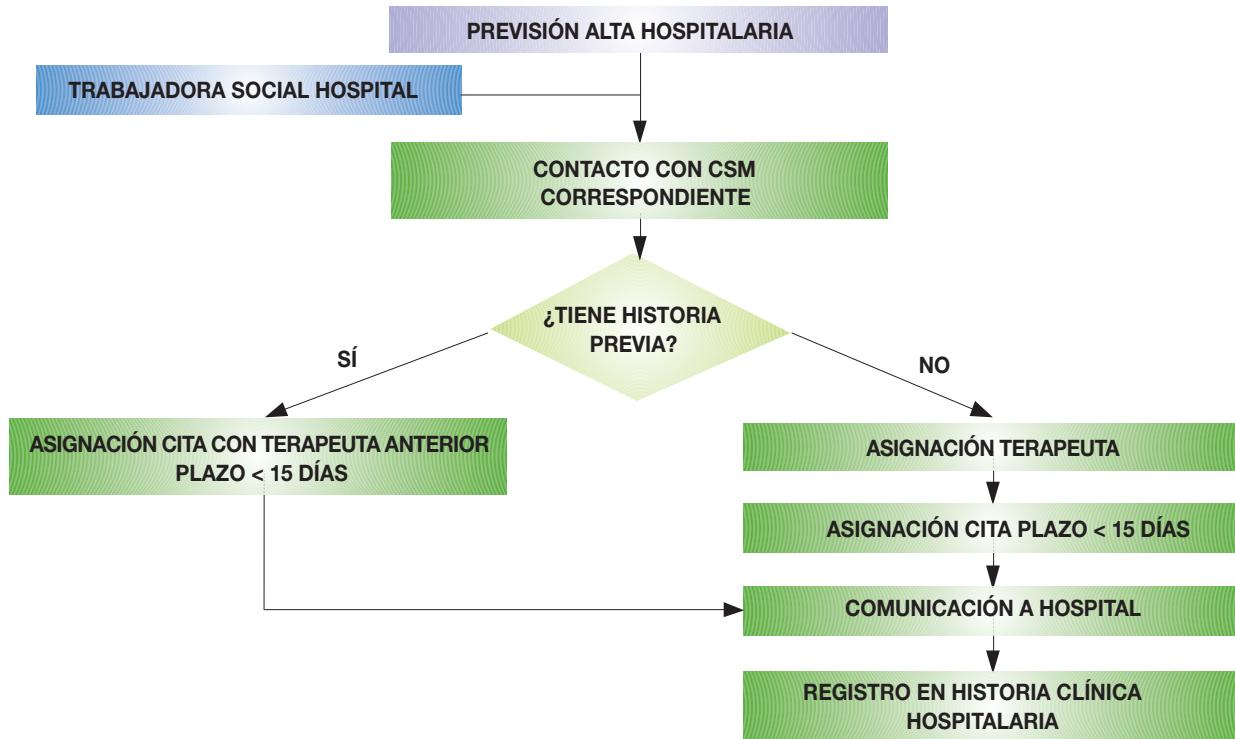
**Atención preferente:** definida como aquella atención que se realiza en un plazo de tiempo no superior a 15 días. El trabajo continuado con AP ha ido potenciando, a través de un mayor conocimiento de la patología psiquiátrica, la utilización de esta vía como alternativa a la vía de urgencia.

Igualmente, la detección de necesidades del paciente y del Hospital Donostia a través de su Servicio de Psiquiatría nos llevó a establecer un protocolo de colaboración en el proceso de atención al paciente tras el alta hospitalaria, dando un carácter preferente a su atención. El proceso (5.d.3) es responsabilidad del JCSM de cada Centro y se controla mensualmente el tiempo de demora para consulta tras alta hospitalaria como indicador de proceso incluido en el Cuadro de Mando y en el CP a iniciativa de SMEG (9.b.9)

**Atención programada:** se realiza preferentemente en el propio Centro; si bien, como ya se ha señalado, la existencia de acuerdos en el ámbito sociosanitario ha provocado que algunas de ellas se realicen en el propio marco tutelado en el que reside el paciente. Esta atención debe procurarse en un plazo inferior a 30 días, siendo nuestro compromiso establecido en el CP el que la misma se produzca al menos para el 60% de los casos nuevos (6.b.2, 6.b.3). Esta atención se lleva a cabo tanto con pacientes que acuden por primera vez como con los pacientes que se mantienen en tratamiento en el Centro. Con estos últimos, la cita se establece en el momento de finalizar cada consulta, a fin de preservar la continuidad de cuidados.

Tras el proceso de admisión, el paciente es valorado por el terapeuta asignado a fin de establecer una valoración del caso, un diagnóstico y un plan de tratamiento y pronóstico. El propietario del proceso **Diagnóstico/Pronóstico** es el terapeuta asignado en el proceso de admisión, que determinará todas las acciones necesarias para llegar al correcto diagnóstico y a la adecuada orientación terapéutica, utilizando para ello todas las técnicas diagnósticas necesarias

### 5.d.3. Atención preferente tras alta hospitalaria



(5.c.2.) y solicitando la intervención del equipo multidisciplinar en caso necesario, pues debemos entender el proceso diagnóstico no sólo como diagnóstico clínico sino también social, familiar y laboral. Al igual que en el proceso de admisión, este proceso tiene establecido un indicador de fiabilidad diagnóstica medido a través de la existencia de *diagnóstico tras tres consultas*; indicador que igualmente está incorporado al CP y al Cuadro de Mando y que se revisa con los JCSM mensualmente (9.b.6).

El proceso de **Tratamiento** tiene su punto de inicio una vez establecido el diagnóstico y el plan terapéutico del caso, iniciándose el trabajo mediante la utilización de diferentes técnicas de tratamiento presentes en nuestra cartera de servicios y esquematizadas en la figura 5.c.2. Al igual que en el anterior, el terapeuta responsable del caso (responsable también del proceso) podrá solicitar la intervención multicdisciplinar para la aplicación de determinadas técnicas terapéuticas o, en su caso, podrá decidir la derivación a estructuras hospitalarias o intermedias iniciando el proceso de Direcciónamiento. En el caso de algunos tratamientos farmacológicos, se realiza el proceso de información al paciente sobre beneficios y riesgos de la terapia, que finaliza con la firma del consentimiento informado.

Una vez finalizado el proceso de tratamiento por curación o mejoría del trastorno inicial, se inicia el proceso de direcciónamiento que puede culminar con el Alta del paciente o con su derivación a otro medio asistencial. En el segundo caso, con frecuencia, se produce una activación del proceso de **Apoyo al Servicio Sanitario** a fin de coordinar las acciones necesarias para facilitar la continuidad de cuidados

en otro medio sanitario o sociosanitario. Los indicadores de control y seguimiento de este proceso son las tasas de altas médicas (9.a.9) y de derivación a AP (9.b.11). En caso de ausencia de respuesta al tratamiento instaurado, la derivación puede realizarse hacia un servicio hospitalario, siendo en este caso los indicadores de control establecidos la tasa de derivaciones y la existencia de informe de derivación.

Todas las intervenciones se registran en el RCP (sistema de información asistencial) y se documenta en la Historia Clínica del paciente. Esta constituye la herramienta para la gestión de la relación con el paciente y su seguimiento o evolución. Los problemas de salud mental identificados por los profesionales se codifican, para el registro, conforme a la clasificación diagnóstica CIE9; si bien, en la versión actualizada del RCP (ver tabla 5.b.3.) la codificación se llevará a cabo también en CIE10 por ser esta una clasificación más acorde con el estado de saber actual y preferida por los profesionales para una mejor codificación.

Fruto del aprendizaje por las revisiones y evaluaciones efectuadas en el CT y en las autoevaluaciones, en 2004 se elabora el Reglamento de uso de la Historia Clínica de aplicación en cada CSM, que incluye el establecimiento de procedimientos de revisión de su implantación a través de la Comisión de Historias Clínicas derivada del CT. Otras mejoras que se introducen para mejorar el servicio a los pacientes y que han sido señaladas en el 5b son, por ejemplo, la introducción de tiras reactivas (analítica instantánea) para ajustar con más celeridad el proceso de Diagnóstico/Pronóstico, ampliación al horario de tarde en el PMM y en el de TCA, introducción del Consentimiento Informado en la aplicación de algunas técnicas en el

proceso de Tratamiento, elaboración de Guías de apoyo y orientación para pacientes y familiares, etc.

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

La gestión de la satisfacción del paciente, como principal preocupación de SMEG, se desarrolla básicamente a través de los procesos operativos mediante la relación diaria y cotidiana con el paciente y sus familiares (ver 5c), constituyendo el punto de entrada de información más valioso para nuestro sistema y también referencia ineludible a la hora de priorizar las áreas de mejora detectadas también a través de otros mecanismos (2.a.4) tanto en el plano estructural como organizativo y que se ven posteriormente reflejadas en las encuestas de satisfacción de pacientes (ver 6a). Por ello, con la intervención directa del DG, el proceso de evaluación de la satisfacción se ha mantenido dentro del proceso asistencial como instrumento de revisión de los elementos o dimensiones que inciden en la satisfacción de sus necesidades y expectativas. Consecuentemente, para la gestión y mejora de las relaciones con los pacientes se aplican varios mecanismos:

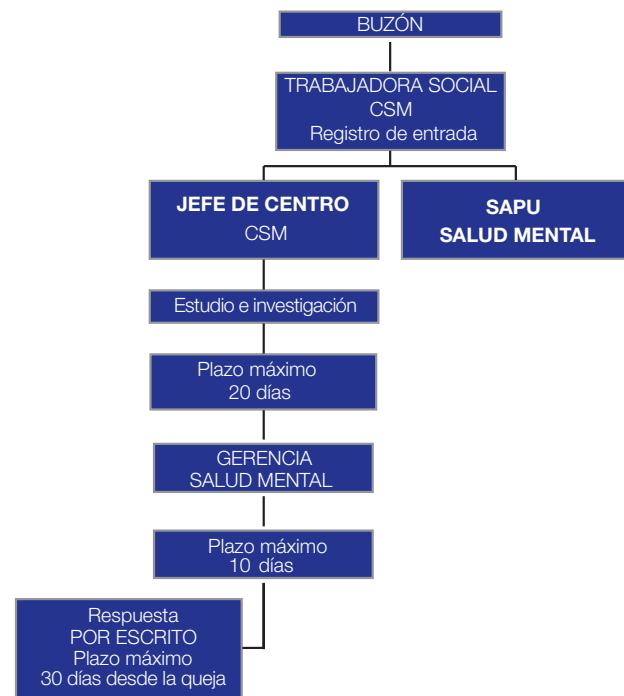
**Actividad diaria y cotidiana de los profesionales con los pacientes:** Ya hemos señalado las especiales características de la intervención psiquiátrica y el valor de la comunicación como herramienta terapéutica y tecnológica diferencial respecto a otras especialidades médicas que, además nos proporciona una información continuada acerca de las necesidades del paciente y su entorno más inmediato. Pero además, la tradición del trabajo en equipo en psiquiatría hace que SMEG haya trabajado siempre por el mantenimiento y la potenciación de la comunicación con aquellos aliados que mantienen igualmente contacto con el paciente en un momento determinado y que constituyen focos de información de gran interés. Esta consideración nos ha llevado a mantener de forma casi constante el trabajo conjunto con los servicios de hospitalización y con AP y Pediatría (ver 2a), solicitando la inclusión de indicadores conjuntos bidireccionales en los CP. Con ambos se han firmado protocolos de colaboración, no sólo en el proceso asistencial, con la finalidad de prestar un mejor servicio a los pacientes. Igualmente, las características de nuestros pacientes y la existencia de numerosos problemas y necesidades de índole social derivados de su enfermedad llevaron a dotar todos los CSM con la figura de una Trabajadora Social, responsable del proceso de Apoyo al servicio sanitario, que trabaja coordinadamente con los servicios sociales municipales e interviene en el proceso de evaluación del paciente y en su direccionamiento. Igualmente realizan actividades informativas y de asesoramiento a pacientes y familiares y suponen un soporte imprescindible para el análisis y mejora de todos los condicionantes sociales del caso. Intervienen en el proceso

de recepción de quejas y reclamaciones constituyéndose en la representación del SAPU en cada CSM.

**Quejas y reclamaciones a través del SAPU:** en 1998 y siguiendo las directrices de Osakidetza, se crea el Servicio de Atención al Paciente y Usuario (SAPU) mediante Instrucción del Gerente de SMEG, con la finalidad de “impulsar y participar en el objetivo final de mejora de la calidad asistencial y del trato individual y respetuoso con todos y cada uno de los ciudadanos que se dirijan a los Centros Sanitarios...” en cada una de las actividades asistenciales que realizamos. La Instrucción establece asimismo el protocolo a seguir en la tramitación de quejas y reclamaciones y los procedimientos de análisis y difusión de resultados a través del CT, CD y JCSM. Este servicio cuenta con un Responsable y son las Trabajadoras Sociales las encargadas de informar, recoger y tramitar las quejas y/o reclamaciones recibidas en cada Centro según el procedimiento establecido (5.e.1). El procedimiento ha sido revisado recientemente a raíz de las sugerencias de los profesionales sobre su funcionamiento, las directrices de Osakidetza y las autoevaluaciones, y se ha establecido como objetivo la reducción del tiempo de demora en la respuesta escrita mediante la estructuración del procedimiento de recogida de la reclamación y de respuesta desde el propio Centro. Los resultados se muestran en el subcriterio 6b, habiéndose reducido sensiblemente el número anual de reclamaciones y las reclamaciones por motivos hosteleros como consecuencia de las acciones emprendidas y reflejadas también en 6a.

**Medición de la satisfacción de los pacientes:** la primera encuesta de satisfacción de pacientes se diseñó en el año 1999, en el marco de un curso sobre procesos para los

### 5.e.1. Tramitación de quejas y reclamaciones



### 5.e.2 Algunos ejemplos de intervención con asociaciones

AÑO	CONGRESO/JORNADA	ORGANIZADOR
1998	Jornadas de sensibilización	Agifes
1999	Jornadas de sensibilización	Agifes
2000	Jornadas de sensibilización	Agifes
2001	Jornadas de sensibilización	Agifes
2002	V Congreso Estatal de asociaciones contra la anorexia y bulimia	Acabe
2002	jornadas de Educación para la Salud	Ayto. Hondarribia
2003	Jornadas de Sensibilización	Agifes
2004	Ludopatías	Ekintza da Salud
2004	VI Jornada de la asociación vasca de rehabilitación psicosocial	Asvam-Agifes

### 5.e.3 Ejemplos de mejora derivados de la relación con clientes

- Horario en jornada partida en programa específico TCA
- Horario en jornada partida en programa Metadona
- Ampliación horario consulta desde el inicio de la jornada
- Intervención en el ámbito sociosanitario
- Eliminación de barreras arquitectónicas
- Edición guías de apoyo para pacientes y usuarios
- Mejora de las condiciones hosteleras de los Centros
- Cambio en la sistemática de recogida de muestras de orina
- Gestor de llamadas
- Directorio de CSM e identificación de consultas y profesional
- Instalación de climatización en tres Centros
- Gestión de cambio de Centro de atención, a través de SAPU

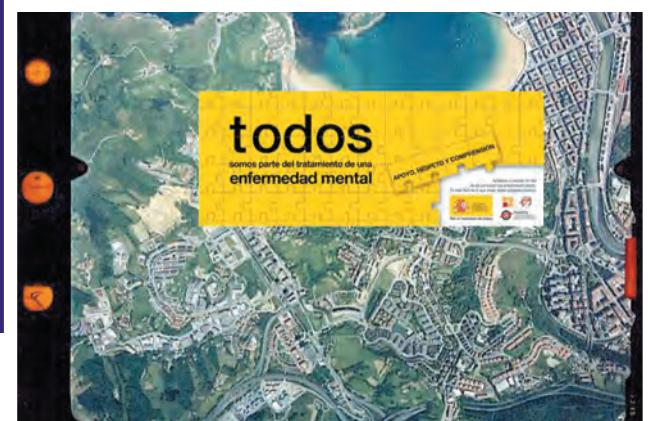
JCSM. Con posterioridad, a instancia de la Dirección de SMEG, se estableció un grupo de trabajo en la OC de Osakidetza con la Subdirección de Calidad Asistencial y profesionales de las organizaciones extrahospitalarias con el fin de elaborar un cuestionario para las organizaciones de Salud Mental Extrahospitalaria de la CAV partiendo de la encuesta que se realizaba a los pacientes de AP. Una vez elaborado el cuestionario se sometió al análisis y valoración del CT de SMEG, llevándose a cabo en el año 2002. La autoevaluación realizada en 2003 estableció el carácter bienal de la encuesta y su nueva valoración por el CT precedió a la realizada en el año 2004 (ver 2a). Los resultados y su evolución a través del tiempo se presentan en 6a.

**Otros: contactos periódicos con Asociaciones, grupos de trabajo conjunto, etc. :** SMEG tiene establecidos dos mecanismos diferentes de relación con las asociaciones de familiares de pacientes con enfermedad psiquiátrica. Por un lado, la creación de

estructuras o procedimientos de trabajo suele venir precedida de la puesta en marcha de grupos de trabajo "ad hoc" que definen y delimitan el campo de modificación propuesta. Por ejemplo, en el año 1999 se estableció un grupo de trabajo en el que estaban representados SMEG (un JCSM y el Gerente), el Servicio de Psiquiatría del Hospital Donostia y la asociación AGIFES a fin de formular un procedimiento de intervención con los pacientes complejos y de difícil seguimiento ambulatorio. Igualmente, con la puesta en marcha del programa específico de TCA en el año 1998, se establecieron cauces de relación con la asociación ACABE que se han mantenido hasta el momento actual con encuentros programados cada 3 meses en los que interviene la presidencia de ACABE junto con 3 profesionales, el Gerente de SEMG y 3 profesionales del Hospital Donostia implicados en el programa. La información que allí se obtiene sirve para revisar los protocolos de actuación y detectar posibles fallos de funcionamiento, así como su corrección. Además de los grupos de trabajo o las reuniones periódicas, nuestros profesionales y la Gerencia han intervenido en las diferentes jornadas y reuniones organizadas por las Asociaciones, algunos de cuyos ejemplos se recogen el figura 5.e.2. Además SMEG tiene establecidas líneas de trabajo con otros agentes del sistema sanitario y, en especial, con los médicos y organizaciones de AP y con el Servicio de Psiquiatra del Hospital Donostia para el establecimiento de criterios y protocolos de actuación clínica. Quizás los grupos de trabajo más reseñables por su contenido han sido los establecidos con AP (4 profesionales de SMEG y 4 de AP), y con Pediatría Extrahospitalaria (4 profesionales de SMEG y 4 de Pediatría) a lo largo del año 2004 para establecer criterios de derivación y manejo de casos o síntomas psiquiátricos. Con el Hospital Donostia, el grupo de trabajo más importante se desarrolló entre los años 2000 y 2003 con un grupo estable integrado por 3 profesionales junto con el Gerente de SMEG y 3 profesionales junto con el Jefe de Servicio de Psiquiatra del Hospital. Dicho grupo fue el germe para el establecimiento de un mapa de relaciones interservicios que generó algunos indicadores de seguimiento actualmente vigentes e instaurados en CP. En el año 2005, se ha retomado el grupo a fin de revisar lo realizado y marcar nuevas líneas de actuación.

Resultado de la información obtenida a través de los citados mecanismos de relación con clientes se han derivado mejoras que han implicado los diferentes ámbitos de la actividad, algunos de cuyos ejemplos se han recogido en la tabla 5.e.3.

La evaluación de esta sistemática se realiza anualmente por el ED y en CD a través del sistema de quejas y reclamaciones, y a medio plazo a través de las autoevaluaciones y encuestas de satisfacción de clientes.



# Resultados en los clientes

6

# 6. Resultados en los clientes

## 6.a Medidas de percepción

La Misión de nuestra Organización centra en los pacientes su principal tarea a fin de procurar *"la satisfacción de las necesidades derivadas de su patología psiquiátrica (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)"*. Igualmente el desarrollo de la docencia postgrada así como la respuesta a las iniciativas y demandas que genere la sociedad en el ámbito de la docencia en Salud Mental constituye un objetivo de alto interés, recogido también en la Misión. Por ello, desde 1999 se realizan Encuestas a Pacientes con carácter bienal y para cada acción de formación externa.

Para conocer si los servicios prestados responden a las expectativas de los diferentes grupos de usuarios, se utilizan de manera sistemática desde el año 2000 fundamentalmente tres tipos de encuestas: encuestas de satisfacción de pacientes, encuestas tras los cursos de formación MIR de Familia y encuestas tras los cursos impartidos por la Organización a demanda de la Sociedad. SMEG utiliza para ello el apoyo que desde Osakidetza se ofrece en la elaboración de las encuestas, utilizando el modelo corporativo desde el año 2002, y en la comparación de datos con otras organizaciones similares. Los resultados de las encuestas se analizan por el ED, en el Consejo de Dirección de la Organización y se comunican y divultan al resto de la Organización a través del Consejo Técnico, las reuniones de Jefes de Centro y a través del Boletín de Información al Personal, comparándose con los datos de otras organizaciones similares. Por término medio los valores en las encuestas de satisfacción de Osakidetza son siempre excelentes; por lo que partimos ya de una situación comparativa de alto nivel.

### 1. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES

La primera encuesta de satisfacción de usuarios se llevó a cabo en el año 1999, en el curso de un grupo de trabajo sobre gestión de procesos, intentando conocer la opinión de nuestros pacientes sobre algunos aspectos del área asistencial. No existía un formato generalizado de encuestas para usuarios de servicios de salud mental, por lo que los ítems de la misma fueron diseñados "ad hoc" por el grupo de trabajo, y las encuestas se pasaron directamente en cada CSM, mediante una muestra de 5 pacientes adultos de cada Centro (40 cuestionarios). Si bien no puede considerarse una muestra representativa, sirvió para fijar un punto de partida

sobre la satisfacción de nuestros pacientes y las áreas de mejora prioritarias. En febrero de 2002, tras participar a lo largo del año 2001 en un grupo de trabajo para la elaboración de una encuesta corporativa sobre satisfacción de pacientes de servicios extrahospitalarios de salud mental, se llevó a cabo la primera encuesta de este tipo realizada de forma telefónica por una empresa externa contratada por la OC, que nos ha permitido establecer comparaciones con las otras dos organizaciones extrahospitalarias de salud mental del Servicio vasco de salud.

Como mejora derivada del proceso de autoevaluación realizado en el año 2003, se establece la necesidad de efectuar encuestas de satisfacción de pacientes de manera bienal; por lo que en el año 2004 realizamos una nueva encuesta a usuarios. En esta edición, la encuesta constaba de 27 ítems que cubren prácticamente todas las expectativas de los pacientes. La muestra en 2002 fue de 201 cuestionarios, y de 204 cuestionarios en el año 2004 (nº similar a los realizados en Araba y Bizkaia).

En los gráficos que se muestran a continuación se representan los datos de las encuestas realizadas en SMEG en los años 2002 y 2004, y su comparación con SMEA, reconocida en el año 2003 con la Q de Plata y en el año 2005 con la Q de Oro y por tanto considerada como referencia de calidad para nosotros, y con la media de las

#### 6.a.1 Expectativas y necesidades de los pacientes / Indicadores / Preguntas de la encuesta

<b>En relación con la accesibilidad</b>	Valoración positiva del tiempo en coger el teléfono Cambio de cita cuando se ha solicitado Casi siempre ha podido contactar con el Terapeuta
<b>En relación con el trato</b>	Valoración positiva del trato dado por el personal administrativo Conoce el nombre de su terapeuta Valoración positiva de la atención prestada por su terapeuta Valoración positiva de la comprensión de su problema por su terapeuta Grado de intimidad de la consulta Valoración positiva de la limpieza en sala de espera, consulta y aseos
<b>En relación con las instalaciones</b>	Valoración positiva del ambiente en sala de espera, consulta y aseos Valoración positiva del ambiente en sala de espera, consulta y aseos Valoración positiva del ambiente en sala de espera, consulta y aseos
<b>En relación con la profesionalidad</b>	Mejoría del problema tras acudir a la consulta (mucho + bastante) Valoración global positiva de la asistencia recibida Valoración positiva de la asistencia recibida respecto a expectativas Valoración global excelente de la asistencia recibida

## 6.a.2 Medidas directas de percepción de nuestros clientes

	1999	2002	Objetivo 2004	2004	SMEA	Media Osak
<b>Participación (nº encuestas)</b>	40	201	>200	204	200	201
<b>Accesibilidad</b>						
Valoración positiva del tiempo en coger el teléfono		95,3	>90	92,4	92,0	89,5
Cambio de cita cuando se ha solicitado		100,0	>90	96,0	86,8	95,1
Casi siempre ha podido contactar con el Terapeuta		93,5	>90	88,8	85,4	87,1
<b>Tiempos</b>						
Entrada en consulta a la hora establecida	83,8	65,5	>70	65,8	61,9	70,3
Valoración positiva del tiempo de espera para la consulta		93,3	>90	89,2	88,4	91,1
Duración de la consulta (minutos)		26,6	>25	26,1	23,9	25,1
Valoración positiva de la duración de la consulta	100,0	93,0	>90	84,0	82,3	86,2
<b>Trato</b>						
Valoración positiva del trato dado por el personal administrativo		99,4	>90	97,3	94,3	96,0
Conoce el nombre de su terapeuta		85,9	>90	89,6	89,8	85,4
Conoce la profesión de su terapeuta		88,7	>90	90,5	90,4	87,6
Valoración positiva de la atención prestada por su terapeuta		95,5	>90	92,0	92,8	94,8
Valoración positiva de la comprensión de su problema por su terapeuta	97,3	93,3	>90	89,8	85,3	90,5
Grado de intimidad de la consulta	89,2	91,5	>90	91,4	92,2	93,4
El terapeuta dispone de su Historia Clínica		95,9	>90	93,0	93,3	94,8
<b>Información</b>						
Le dieron instrucciones por escrito sobre como tomar los medicamentos		88,8	>90	80,9	71,4	82,8
Valoración positiva de la información dada sobre su problema	97,3	88,9	>90	87,1	84,0	89,7
<b>Hostelería</b>						
Valoración positiva de la limpieza en sala de espera, consulta y aseos		95,5	>90	98,0	93,9	97,1
Valoración positiva de la temperatura en sala de espera, consulta y aseos		92,9	>90	96,5	94,5	93,5
Valoración positiva del ambiente en sala de espera, consulta y aseos		90,9	>90	94,1	90,9	95,4
Valoración positiva de la comodidad en sala de espera, consulta y aseos		88,8	>90	90,1	85,0	90,6
<b>Resultados</b>						
Mejoría del problema tras acudir a la consulta (mucho+bastante)		63,5	>70	70,7	67,2	71,5
Mejoría del problema tras acudir a la consulta (mucho)				31,5	22,9	27,0
<b>Valoración global</b>						
Valoración global positiva de la asistencia recibida	94,6	94,4	>90	91,6	88,9	92,7
Valoración global excelente de la asistencia recibida		44,6	>50	47,0	45,7	47,7
Valoración positiva de la asistencia recibida respecto a las expectativas		29,5	>30	38,5	40,7	37,8
Volvería a este centro en caso de poder elegir	93,7	95,5	>90	92,8	95,3	95,7

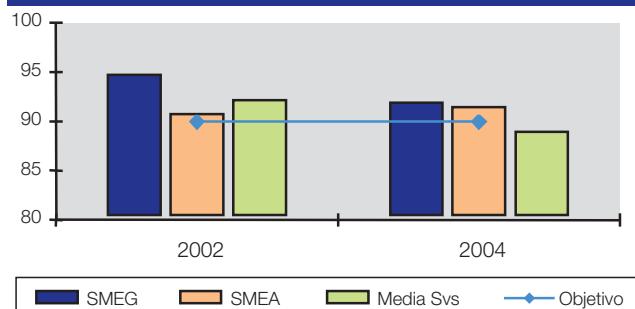
organizaciones de salud mental extrahospitalaria de Osakidetza. Respecto a las comparaciones externas, hemos conseguido datos de Cataluña (en el resto de autonomías no se realizan) pero no los incluimos en el análisis por ser sensiblemente inferiores a los de Osakidetza y, por tanto, no pueden ser un referente para nuestra Organización (a modo de ejemplo, incluimos el resultado en Valoración global positiva). Incluimos los ítems relacionados con aquellos factores que, en nuestro Plan Estratégico, se establecieron como factores Críticos de Éxito y que incluían la **Accesibilidad**, la **Profesionalidad**, el **Trato** y el **Confort** de las instalaciones.

Tras la realización de la primera encuesta y la primera autoevaluación se establecen comparaciones con SMEA y la media de Osakidetza en el ámbito de Salud Mental Extrahospitalaria y se fija como objetivo para cada dimensión alcanzar o superar los siguientes valores:

- ▶ Para valores en 2002 superiores a 80, el objetivo fijado era superar el valor de 90
- ▶ Para valores en 2002 comprendidos entre 60 y 80, el objetivo fijado era superar el valor de 70
- ▶ Para valores en 2002 comprendidos entre 40 y 60, el objetivo fijado era superar el valor de 50
- ▶ Para valores en 2002 comprendidos entre 20 y 40, el objetivo fijado era superar el valor de 30

Los datos se reflejan como porcentaje de personas con respuesta positiva (bien + muy bien + excelente) o, en su caso, personas con respuesta excelente. Hay que destacar que algunos ítems de la encuesta de 2004 registran ligeras disminuciones y no alcanzan el objetivo. Las causas de ello las podemos encontrar en el progresivo aumento de la

### 6.a.3 Tiempo en coger el teléfono



exigencia de los pacientes, la mayor saturación de nuestros servicios ocasionada por el proceso de la OPE 2002 (que finaliza en 2004) y el aumento de las bajas por IT registrada en 2004. Pese a todo ello, otros resultados confirman la efectividad de las mejoras emprendidas en estos años en coherencia con la estrategia de la Organización.

La difusión de los resultados de la encuesta y análisis de los mismos se lleva a efecto mediante la reunión de Jefes de Centro, el Consejo Técnico y el Consejo de Dirección, notificándose además los principales resultados de la misma mediante el Boletín interno trimestral.

### ■ Accesibilidad

*Valoración positiva del tiempo en coger el teléfono (6.a.3).*- El incremento constante de pacientes en tratamiento a lo largo de los años, ha complicado en igual medida el acceso

telefónico a los Centros. Pese a ello, nuestros resultados muestran elevados niveles de conformidad por parte de los pacientes, superiores al resto.

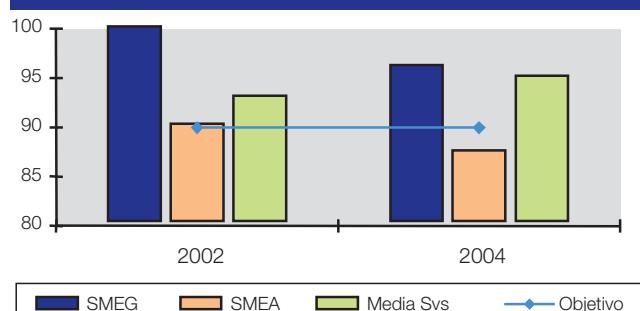
*Cambio de cita cuando se ha solicitado (6.a.4).*- Otro aspecto igualmente de interés desde el punto de vista de las necesidades de los pacientes lo constituye la posibilidad de realizar cambios de cita para consulta. Si bien se reduce, mantenemos un índice de satisfacción excelente >95%.

*Casi siempre ha podido contactar con el Terapeuta (6.a.5).*- La posibilidad que el contacto “a demanda” con el terapeuta ofrece como vía de mejorar la cumplimentación del tratamiento por el paciente, y la amplia demanda existente, hace que este ítem sea de especial interés para nuestra organización como vía de implicación del paciente en su propio tratamiento; aspecto recogido en nuestra Visión. Si bien los datos de nuestra organización muestran una reducción en este ítem, se mantiene aún en niveles superiores a SMEA y la media de Organizaciones. En el momento actual hemos iniciado una experiencia piloto de mejora de este ítem, mediante un sistema de Gestión de llamadas.

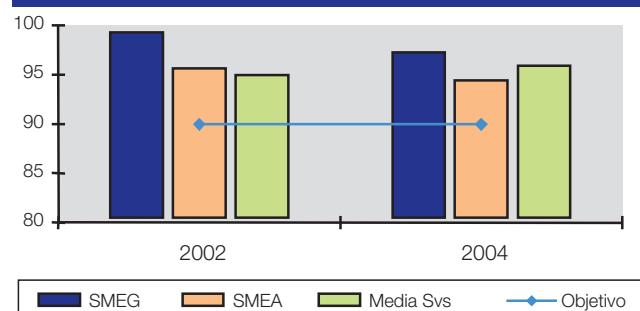
### ■ Trato del personal y profesionalidad

*Valoración positiva del trato dado por el personal administrativo (6.a.6).*- En las mediciones efectuadas, la valoración del trato dado por el personal administrativo de admisión ha sido superior al de las organizaciones similares. El alto nivel de valoración (100%) alcanzado en el año 2002 motivó el reconocimiento público del trabajo de este

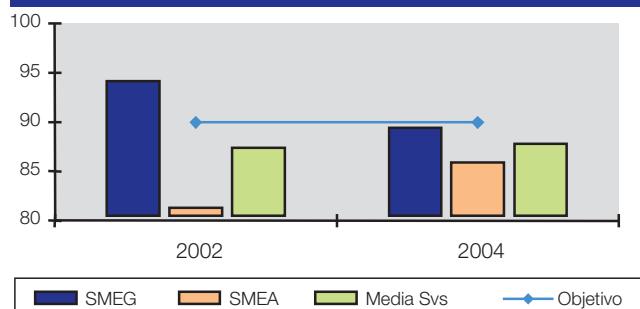
### 6.a.4 Cambio de cita



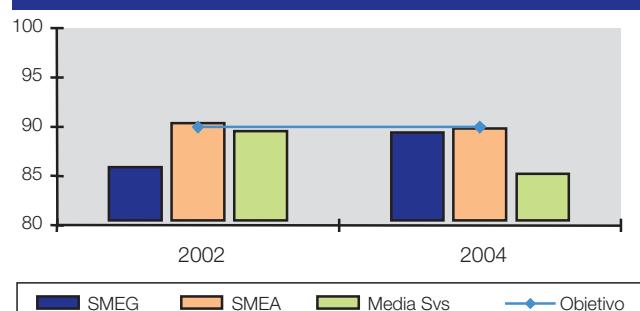
### 6.a.6 Trato personal administrativo



### 6.a.5 Posibilidad de contacto con terapeuta



### 6.a.7 Conocimiento identidad terapeuta



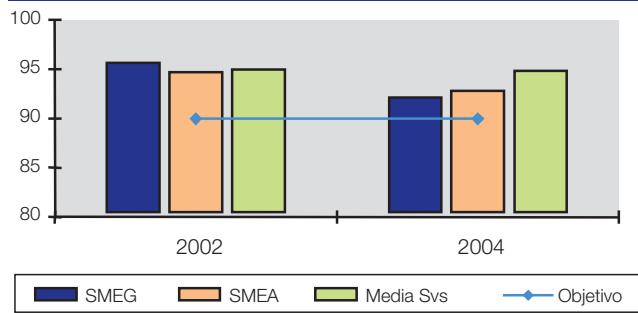
personal, por parte del Director Gerente, en el marco de la Jornada anual (ver 1d).

*Conocimiento de la identidad del terapeuta (6.a.7).-* La intensidad del contacto que se establece en el marco de la consulta psiquiátrica hace que el conocimiento de la identidad del terapeuta por parte del paciente y sus familiares sea un aspecto que debemos cuidar. Los datos obtenidos en la encuesta del año 2002 nos hicieron considerar este elemento como área de mejora desarrollando un plan de actuación que incluyó la colocación del directorio en todos los CSM y la rotulación de la identidad del terapeuta en las consultas de los Centros. Los resultados muestran una mejora porcentual de casi 4 puntos en la medición del año 2004, igualando prácticamente los resultados de SMEA.

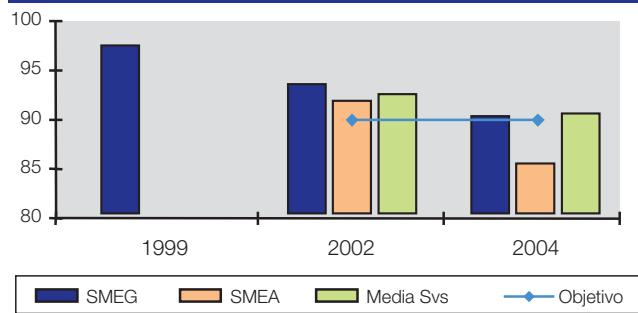
*Valoración positiva de la atención prestada por su terapeuta (6.a.8).-* Si bien este ítem muestra una reducción entre las dos evaluaciones efectuadas, el ítem que recogía la valoración excelente de la atención prestada muestra un significativo avance en la última encuesta, pasando a ser la organización mejor valorada de las tres de la CAPV (6.a.2).

*Valoración positiva de la comprensión del problema por su terapeuta (6.a.9).-* Los resultados de éste ítem muestran la capacidad de los profesionales de la organización para empatizar con el paciente y entender mejor su problema. Este aspecto, sin duda, habla de la profesionalidad del personal asistencial, alcanzando puntuaciones elevadas en las dos mediciones efectuadas y logrando el objetivo derivado de la Misión. Los resultados de 1999 son,

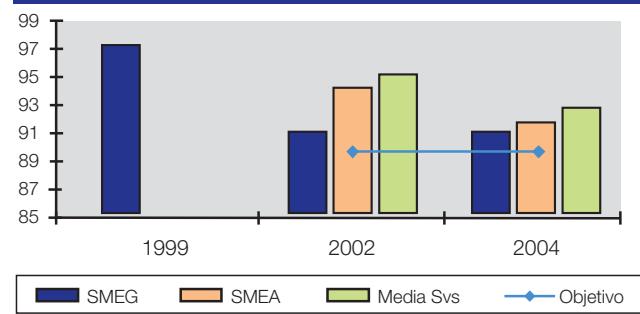
#### 6.a.8 Atención prestada por su terapeuta



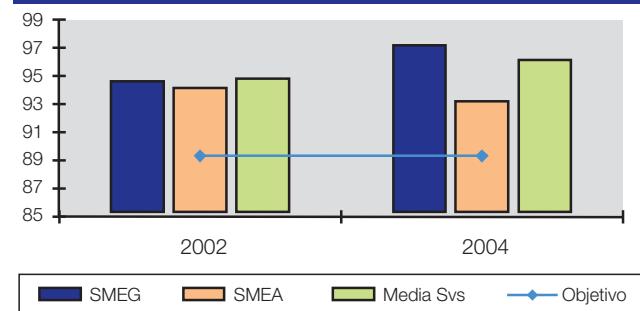
#### 6.a.9 Comprensión del problema



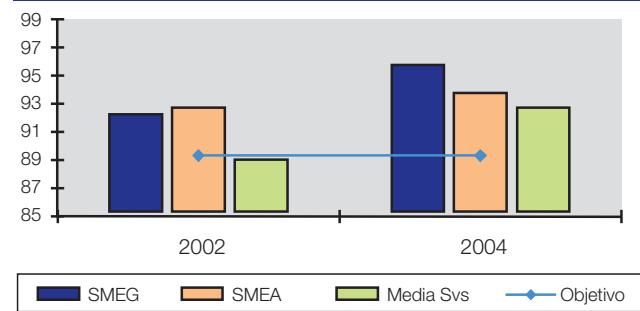
#### 6.a.10 Intimidad en consulta



#### 6.a.11 Limpieza



#### 6.a.12 Temperatura



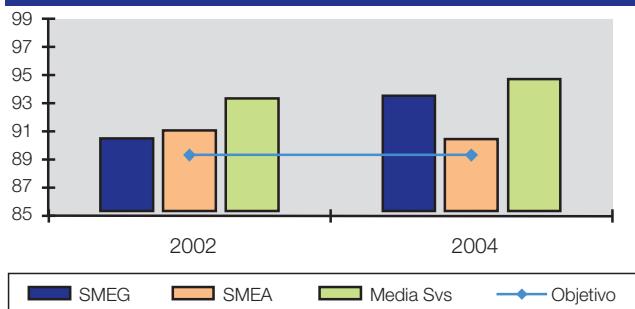
probablemente, menos significativos dado el pequeño volumen de la muestra utilizada y la limitación de los ítems utilizados.

*Intimidad en consulta (6.a.10).-* Mantenemos el resultado de 2002, dentro de una reducción general del valor de este ítem en las Organizaciones, alcanzando el objetivo pero sin igualar el índice de Araba. Este apartado es especialmente vulnerable en aquellos centros en los que el crecimiento de la demanda asistencial ha obligado a sucesivas particiones del espacio a fin de albergar a mayor número de profesionales. En la actualidad, los dos centros con mayores problemas de este tipo tienen fijada ya una nueva localización y un proyecto de ejecución de obra con presupuesto asignado.

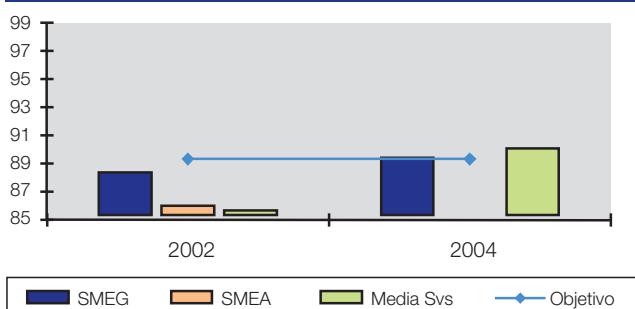
#### Condiciones de confort

Los aspectos relacionados con las infraestructuras fueron una de las líneas de trabajo derivadas de las primeras

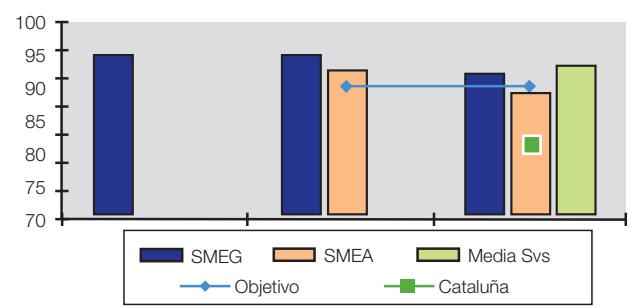
### 6.a.13 Ambiente



### 6.a.14 Comodidad



### 6.a.15 Valoración global positiva



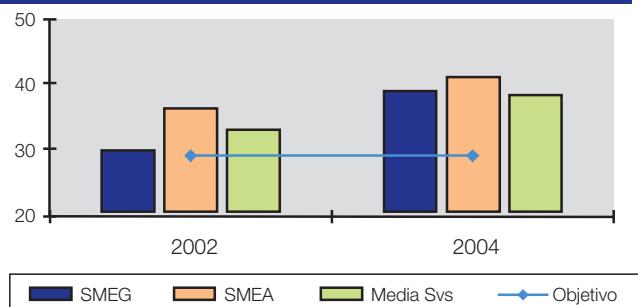
encuestas realizadas. Así, hemos conseguido mejoras sensibles en los apartados de ambiente general, bajo cualquiera de los aspectos analizados, mejorando los resultados de SMEA en cada uno de ellos.

*Valoración positiva de la limpieza de las instalaciones (6.a.11).-* Como ya se ha señalado, la mejora es producto del plan de renovación y mantenimiento de instalaciones, realizado en consonancia con los informes de evaluación de riesgos efectuados por la UBP.

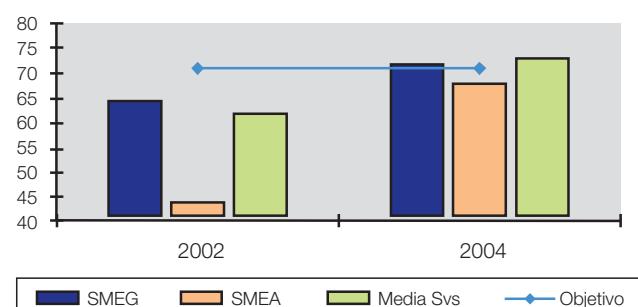
*Valoración positiva de la temperatura de las instalaciones (6.a.12).-* Se produce una mejoría evidente como consecuencia de las acciones emprendidas en el marco del correspondiente objetivo estratégico.

*Valoración positiva del ambiente de las instalaciones (6.a.13).-* Se produce una mejoría evidente como consecuencia de las acciones emprendidas en el marco del correspondiente objetivo estratégico.

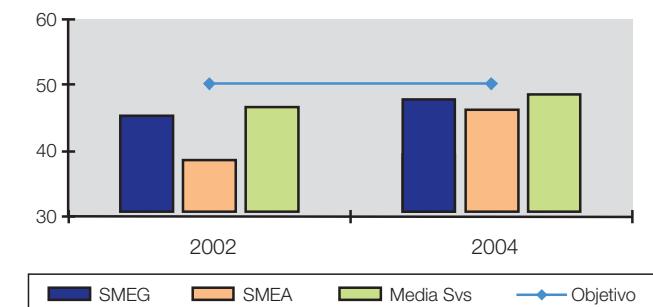
### 6.a.16 Valoración respecto a expectativas



### 6.a.17 Mejoría tras consulta



### 6.a.18 Valoración global excelente



*Valoración positiva de la comodidad de las instalaciones (6.a.14).-* Como ya se ha señalado, la mejora es producto del plan de renovación y mantenimiento de instalaciones, realizado en consonancia con los informes de evaluación de riesgos efectuados por la UBP.

#### I Mejoría y valoración global

*Valoración global positiva de la asistencia recibida en el Centro (6.a.15).-* Pese al recorte en el año 2004, se obtiene una valoración superior al 91% manteniéndose por encima del resultado de SMEA

*Valoración positiva de la asistencia respecto a expectativas (6.a.16).-* Se obtiene una tendencia positiva, superando el valor máximo obtenido en 2002, y el objetivo en 2004

*Mejoría del problema tras acudir a consulta (6.a.17).-* Este ítem recoge únicamente las puntuaciones en las que se reconoce el grado de mejoría como “mucho” o “bastante”,

con un incremento que supera los mejores resultados de 2002. Se observa una evolución positiva de este ítem, de gran interés para la continuidad del tratamiento, alcanzando el objetivo establecido

*Valoración global excelente de la asistencia recibida en el Centro (6.a.18).- Creemos que esta puntuación refleja un alto grado de satisfacción con la asistencia recibida en nuestros Centros, superando la puntuación de SMEA., aunque sin alcanzar el ambicioso objetivo establecido*

## 2.- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN POST-CURSOS

El desarrollo de la docencia postgrada, así como la respuesta a las iniciativas y demandas que genere la sociedad en el ámbito de la docencia en salud Mental, son aspectos recogidos como objetivos de alto interés para la Organización en la definición de su proyecto de gestión. En este ámbito, SMEG lleva años desarrollando actividades de docencia con los médicos en formación por la vía MIR, y ha impulsado la realización, mediante protocolos y acuerdos de colaboración, de actividades de formación a entidades que trabajan en el campo de la salud mental y/o la discapacidad. A fin de valorar las opiniones de los alumnos, se adoptó un formato de encuesta común en las organizaciones de Osakidetza que recoge diferentes aspectos de la actividad formativa relacionados con su utilidad, claridad y capacidad del docente que queremos señalar y que representamos a continuación, desglosadas en dos apartados: uno referido a la formación MIR y otro referido a la formación que parte de las demandas de la sociedad.

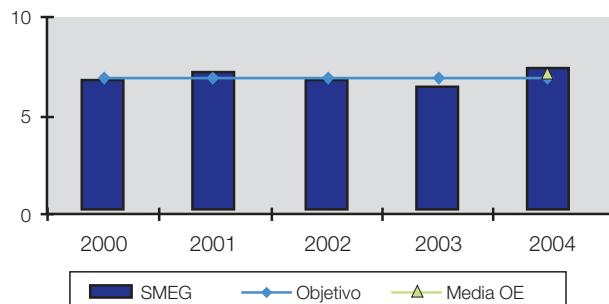
### I Encuestas en el programa de formación de médicos residentes de familia (MIR)

Como aspecto general previo debemos tener en cuenta que la asignación de tiempos docentes para cada especialidad dentro del programa de formación del MIR de Familia viene establecido desde el programa de formación de especialidades. En concreto, en el caso de la Psiquiatría, la formación teórica de los residentes es de 25 horas; tiempo siempre valorado como insuficiente por los alumnos; pero sobre el que no podemos realizar ninguna modificación, si bien en su momento se estableció un grupo de trabajo con la Unidad Docente de Medicina de Familia para evaluar la situación. A fin de establecer comparaciones, tomamos como referencia la media de las puntuaciones asignadas en el conjunto de las especialidades que intervienen en el curso

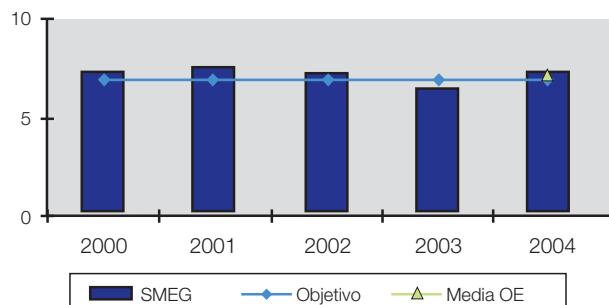
#### 6.a.19 Expectativas y necesidades de los MIR familia Indicadores / preguntas de la encuesta

Utilidad	Utilidad de lo aprendido
Contenidos	Claridad de las exposiciones
Docente	Capacidad del docente
Opinión global	Opinión global

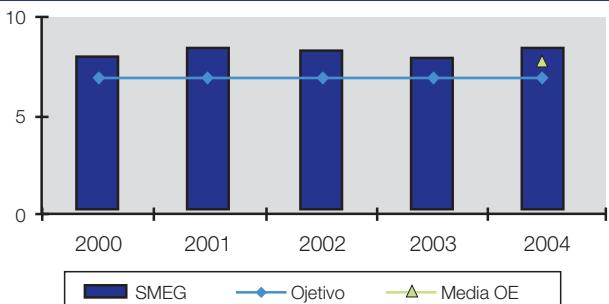
#### 6.a.20 Utilidad de lo aprendido



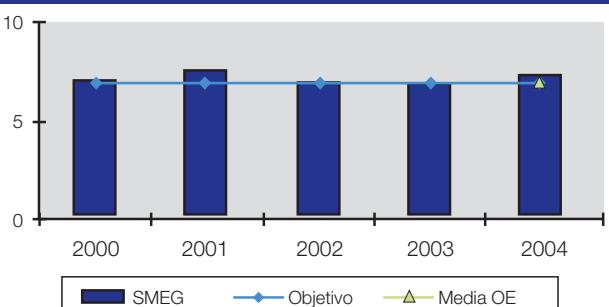
#### 6.a.21 Claridad de las exposiciones



#### 6.a.22 Capacidad del docente



#### 6.a.23 Opinión global



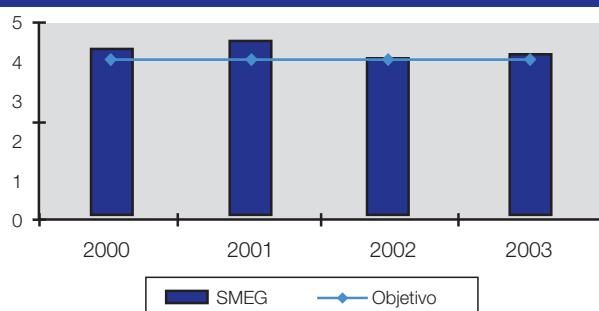
de formación teórica. Las respuestas se valoran de 0 a 10 puntos, de peor a mejor valoración. El objetivo fijado consiste en obtener valoraciones medias de 7 puntos. Con estos condicionantes, los principales resultados de la encuesta son los que se reflejan en las figuras siguientes:

*Utilidad de lo aprendido (6.a20).- El importante papel que la Atención Primaria juega en la detección y derivación de*

#### 6.a.24 Expectativas y necesidades de los alumnos Indicadores / preguntas de la encuesta

En relación con los contenidos	Cumplimiento de los objetivos respecto a expectativas Utilidad práctica
En relación con la capacidad docente	Valoración de la preparación del docente Valoración de la claridad de las exposiciones
Opinión global	Valoración global

#### 6.a.25 Valoración global



patología psiquiátrica, hace que para nosotros sea relevante el grado de utilidad que los médicos en formación perciben de lo enseñado, aun teniendo en cuenta el carácter no primordial otorgado a la psiquiatría en los planes de estudios el médico de familia.

*Claridad de las exposiciones (6.a.21).- Capacidad del docente (6.a.22).-* Nuestros profesionales obtienen valoraciones elevadas que reflejan su competencia profesional y su capacidad para transmitir adecuadamente los conocimientos a los alumnos, superando en 2004 la media de los cursos de otras especialidades a estos residentes.

*Opinión global (6.a.23).-* En coherencia con las puntuaciones de cada aspecto, se obtienen buenas valoraciones globales de los cursos aunque, de forma excepcional, en 2003 no se alcanzó el objetivo de 7 puntos.

#### I Encuesta cursos docencia externa

Ya se ha comentado que atendemos las demandas de formación de otras entidades del ámbito sanitario y social como elemento estratégico para el mejor aprovechamiento de la capacidad y conocimientos de nuestros profesionales, para el refuerzo de las actuaciones de nuestros aliados y como incremento de nuestra implicación con la sociedad. Algunos ejemplos de estas actividades de formación se han expuesto a lo largo de esta memoria.

Desde el año 2000 se vienen realizando encuestas en cada curso realizado para personas de otras organizaciones e

#### 6.b.1 Inhibidores de rendimiento

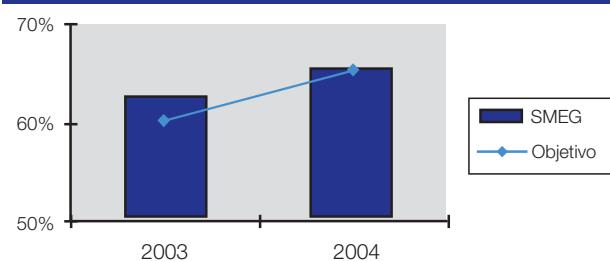
Accesibilidad	Demora para primera consulta
	Demora para cita tras alta hospitalaria
Productos y Servicios	Tasa de hospitalización desde los CSM
	Derivaciones hospitalarias informadas
	Reinicios
	% Cancelación de citas
	Volumen de quejas y reclamaciones

instituciones con el modelo normalizado pero recogiendo en este caso las valoraciones de los alumnos en la escala de 1 a 5 puntos en función de la menor o mayor satisfacción de sus necesidades y expectativas. En general, todas las percepciones son muy positivas manteniendo excelentes resultados en todos los apartados. A modo de ejemplo se muestra (6.a.25) la valoración global obtenida en los cursos realizados en el período 2000-2003. Los cursos iniciados en 2004 están finalizando en 2005, por lo que no se aportan datos sobre dicho año.

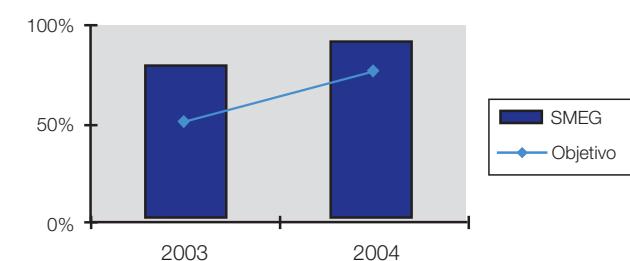
#### 6.b Indicadores de rendimiento

Como complemento de las medidas de percepción, SMEG dispone de otros indicadores indirectos que nos permiten deducir el nivel de satisfacción de nuestros pacientes. Los principales son aquellos que reflejan nuestra orientación

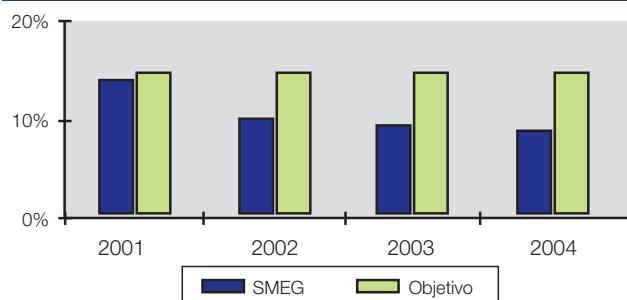
#### 6.b.2 % casos con demora menor de 30 días para primera consulta adultos



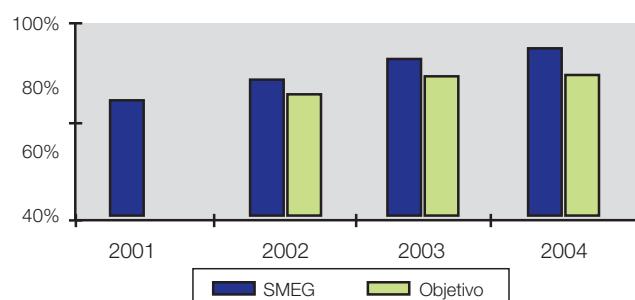
#### 6.b.3 % casos con demora menor de 30 días para primera consulta infantoyjuvenil



#### 6.b.4 Tasa de hospitalización aguda desde CSMs



#### 6.b.5 Derivaciones hospitalarias informadas

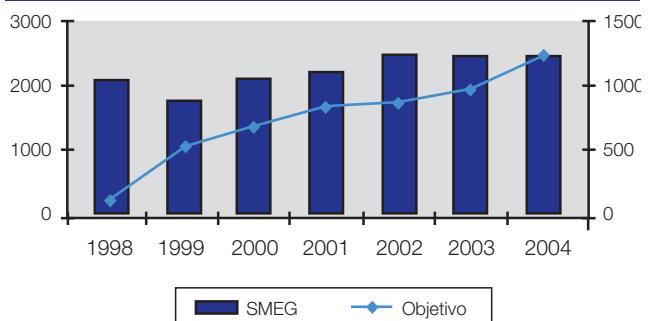


estratégica de atención a la patología grave, la accesibilidad y continuidad de cuidados. Dada su importancia para la organización se utilizan para valorar los resultados clave y por ello los analizamos en el criterio 9. En la figura 6.b.1 se recogen los indicadores complementarios agrupados por programas diferenciados que consideramos sirven para anticipar la percepción de los pacientes acerca de nuestras prestaciones y actividades.

#### Demora para primera consulta de psiquiatría general - % de casos con demora menor de 30 días- (6.b.2):

**6.b.3.-** Mide el tiempo que tarda una persona en ser vista por un facultativo del centro correspondiente, desde el momento en que solicita consulta ordinaria. Si bien en un primer momento la medida se realizaba sobre la Demora Media, con posterioridad nuestra organización se adaptó a la definición de indicadores realizada por la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, pasando a incluir en CP el porcentaje de casos nuevos con demora menor de 30 días, desde el mes de Octubre de 2003; motivo por el que los datos sólo los tenemos para este último período, tanto para las consultas del programa de atención a la población adulta como infant-

#### 6.b.7 Relación entre derivaciones a AP y Reinicios



juvenil. En 9b, por su importancia como indicador clave, utilizamos los datos de demora media desglosados por programas en los últimos años; limitándonos aquí a aportar el dato del sistema de medida actual.

Igualmente, por su importancia, el dato de demora tras alta hospitalaria lo aportamos en 9b. Debemos señalar que desde SMEG se ha propuesto, al grupo de trabajo que sobre indicadores se constituyó en la OC, la inclusión de este ítem como dato comparativo entre Organizaciones para próximos años, no existiendo comparaciones posibles en este momento.

#### Tasa de hospitalización desde los CSM (6.b.4).-

Nuestra Misión señala la necesidad de "Prestar asistencia psiquiátrica especializada en régimen ambulatorio" de acuerdo con el modelo de Psiquiatría Comunitaria imperante en la actualidad. Bajo esta óptica, los ingresos hospitalarios deben reducirse a lo estrictamente necesario y así hemos fijado el que los ingresos en unidades de agudos derivados desde los CSMs, y por tanto de pacientes allí en tratamiento, no superen el 15% de los ingresos totales en el Hospital. No existen comparaciones por ser un dato analizado únicamente en SMEG

#### Derivaciones hospitalarias informadas (6.b.5).-

La adecuada continuidad de cuidados recogida en nuestra Visión nos llevó a establecer un acuerdo con el Hospital Donostia (antes Hospital Gipuzkoa) para mejorar la información al ingreso. Fruto de este acuerdo y de su revisión y mejora hemos llegado a porcentajes de información que han superado año tras año los objetivos planteados. No existen comparaciones por ser un dato analizado únicamente en SMEG

#### 6.b.6 Evolución de Reinicios en programas de psiquiatría general

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Reinicios</b>	1.554	1.806	2.103	2.206	2.482	2.486	2.479
<b>Relación Reinicios/Altas</b>	% 52	% 50	% 53	% 52	% 66	% 63	% 55
<b>% Reinicios sobre total Inicios</b>	% 25,3	% 27,5	% 30,7	% 30,6	% 31,7	% 31,1	% 31,5

#### 6.b.8 Reinicios tras derivación a AP, en seguimiento hasta 24 meses

	2001	2002	2003
De casos nuevos			14 3,80%
De casos totales	148 17,30%	241 29,40%	180 20%

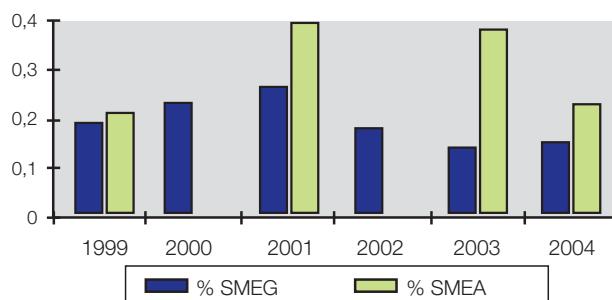
#### 6.b.9 Evolución de la tasa de pacientes que no acude a la consulta establecida

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
% Citas "No acude"	6%	6%	6,0%	6,0%	7,0%	7,7%	7,9%

**Reinicios (6.b.6, 6.b.7, 6.b.8)** En medicina en general, a excepción de los procesos infecciosos, la cronicidad o la reiteración de episodios de enfermedad constituye una situación habitual. En consonancia con esta característica y con el progresivo incremento de pacientes atendidos por año (ver 9a) y, por tanto, con el incremento de personas que, en algún momento, han tenido contacto con nuestros servicios, es de esperar que la tasa de reinicios vaya adquiriendo un mayor peso porcentual sobre el total de Inicios (Nuevos+Reinicios), tal y como se observa en 6.b.6.; si bien, en el último período la tendencia es hacia la estabilización al igual que en las organizaciones similares de Araba y Bizkaia.

Sobre este aspecto, entendimos de mayor interés la evaluación del impacto que el incremento de derivaciones hacia Atención Primaria (ver 9) pudiera tener en los reinicios; motivo por el que establecimos un procedimiento de evaluación que analizaba los reinicios que se producían de los casos derivados, tras un periodo de entre 12 y 24 meses, y que en el año 2003 ampliamos con el análisis segmentado de los casos nuevos (6.b.8). Como puede observarse, en un análisis conjunto de ambas tablas, el incremento de casos derivados a AP no sólo no incrementa el % de reinicios, sino que probablemente contribuye a su estabilización derivada del mayor trabajo formativo y de relación con los médicos del sistema primario que, sin duda, indica la efectividad del sistema y su aceptación por parte del paciente. La figura 6.b.7 pretende mostrar este aspecto al asociar en una única figura la evolución de las derivaciones a AP y la de los reinicios. Se observa claramente cómo el incremento exponencial y mantenido del trabajo de derivación a AP no se corresponde con un mismo nivel de incremento en los reinicios.

#### 6.b.10. % Quejas y reclamaciones por paciente/año

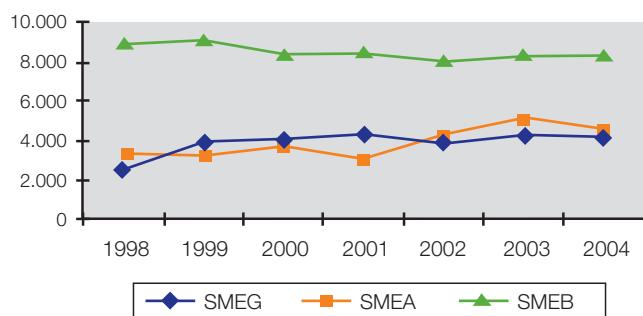


**Cancelación de citas (6.b.9)** La evaluación del número de casos en los que los pacientes no acuden a las consultas previamente establecidas es otro indicador indirecto de la satisfacción de los pacientes con los procedimientos y tiempos acordados con su terapeuta. Todos los pacientes son citados para una nueva consulta tras la finalización de la

#### 6.b.11 Tipología de quejas y reclamaciones

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Asistencia sanitaria	13	28	31	13	12	21
Euskera	0	0	0	0	0	0
Hostelería/Instalaciones	11	7	5	17	9	3
Información	4	3	7	0	0	1
Lista de espera/demoras	3	2	2	1	8	3
Organización/Coordinación				1	2	2
Trato humano	1	2	6	5	0	4
<b>Totales</b>	<b>32</b>	<b>42</b>	<b>51</b>	<b>37</b>	<b>31</b>	<b>34</b>
<b>% Pacientes tratados</b>	<b>0,19%</b>	<b>0,23%</b>	<b>0,26%</b>	<b>0,18%</b>	<b>0,14%</b>	<b>0,15%</b>

## 6.b.12 Evolución de la asistencia urgente en CSMs



anterior, preservando así la continuidad adecuada. Un porcentaje de estas citas y de las citas de casos nuevos quedan finalmente desiertas por inasistencia del paciente, en las tasas que se reflejan en 6.b.9. Esta evolución está relacionada con la tendencia ya expresada a una mayor prevalencia de diagnósticos con sintomatología menor. En otros casos, tiene que ver con finalizaciones de tratamiento decididas por el paciente tras normalización de la sintomatología.

### Volumen de Quejas y Reclamaciones (6.b.10, 6.b.11)

Mediante Instrucción de fecha 1 de Junio de 1998 del Gerente de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa se configura el Servicio de Atención al paciente y usuario - SAPU- de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, con la finalidad de “impulsar y participar en el objetivo final de mejora de la calidad asistencial y del trato individual y respetuoso con todos y cada uno de los ciudadanos que se dirijan a los Centros Sanitarios de Osakidetza/Svs”. Todas las quejas y reclamaciones de los ciudadanos atendidos en los Centros de la Organización (6.b.11) son gestionadas por el SAPU (ver 5e). El SAPU se considera fundamental desde la Dirección a fin de potenciar la interacción entre el paciente y usuario y la Organización, y acercar ambos ámbitos viendo en ello siempre una oportunidad de mejora. Es por esto que,

a diferencia del resto de la administración de SMEG, el SAPU se encuentra ubicado en el centro de la ciudad facilitando el acceso de las personas. Desde su primer año de actividad (1999), se realiza un informe anual que se presenta en la reunión de Jefes de Centro y, desde allí, se traslada a los equipos. Igualmente, y desde el año 2003, se centraliza desde la Organización Central de Osakidetza la información sobre quejas y reclamaciones de todas las Organizaciones, estableciéndose un formato común de envío y recepción de información que permite las comparaciones entre organizaciones. La tipología de reclamaciones y su distribución a través de los años puede observarse en la figura 6.b.11. Hay que remarcar, como fruto del aprendizaje a partir del año 2003, la reducción de quejas y reclamaciones en el ámbito de hostelería/installaciones y en el de demoras, a excepción de los años 2003 y 2004, en el que la resolución del proceso OPE 2002 generó numerosas interferencias

**Atención urgente en los CSMs (6.b.12)** La creciente necesidad de respuesta rápida a las necesidades sanitarias que plantea la población nos hizo redefinir en el último trimestre del año 1998 nuestro papel como agentes de intervención en la urgencia psiquiátrica. Hay que señalar que ninguna especialidad médica en Osakidetza contempla esta posibilidad, siendo una responsabilidad asignada a la Atención Primaria o al servicio de Urgencias hospitalario. Sin embargo, nuestra implicación con las necesidades de los pacientes y usuarios nos hizo estimar la conveniencia de instaurar, de manera generalizada, la atención urgente en los Centros incluyéndola en nuestra Guía de Recursos y que ha generado la evolución señalada en la figura 6.b.11, consolidando su necesidad y oportunidad. Reflejamos los datos de SMEA y SMEB, a modo de información. Al mismo tiempo instauramos una vía telefónica preferente de comunicación para Atención primaria a través del teléfono móvil para asesorar sobre posibles situaciones críticas, y diseñamos un protocolo de actuación conjunta con el Hospital Donostia sobre el abordaje de las situaciones urgentes





# Resultados en las personas

7

# 7. Resultados en las personas

La Misión establecida en el PE 2002-2006 recoge que “*los profesionales constituyen el principal activo de la Organización. La estructura directiva propiciará su satisfacción, motivación e implicación impulsando la comunicación, la participación en las decisiones de la empresa, el desarrollo profesional y el reconocimiento personal de su labor*”. Desde el año 2000, previamente a la aparición de un formato de encuesta unificado para el personal de las organizaciones de Osakidetza, captamos los intereses y la evaluación de la satisfacción de las personas mediante encuestas, actualmente de periodicidad bienal, que contemplan indicadores de sus necesidades relevantes y que son fuente de información en la formulación de objetivos y estrategias de la Organización (ver 2). Esta información se complementa con otras medidas de percepción como las visitas periódicas de la Gerencia a cada Centro, encuestas parciales (encuesta acogida), reuniones de los colectivos profesionales, el contacto diario y otras medidas indirectas que presentamos en el subcriterio 7b. La decisión sobre su periodicidad bienal se adoptó por el ED tras ser detectada y priorizada como área de mejora en la autoevaluación 2003, en base a las opiniones de los profesionales obtenidas en la revisión de la primera encuesta en el CT y en CD. Por tratarse de un colectivo reducido y muy estable (plantilla de 137 con más del 74% personal fijo), el ED estimó que la realización de encuestas con periodicidad mayor (anuales) puede provocar efectos no deseados de rechazo a la herramienta por parte del personal afectando a los niveles de participación y, por tanto, al grado de representatividad y fiabilidad de los datos obtenidos. La experiencia de tres ciclos de medición avalan esta decisión puesto que nuestra organización se mantiene como líder de toda la corporación en la participación en las encuestas a personas con porcentajes siempre superiores al 70%.

Para establecer comparaciones, identificamos como mejor modelo de referencia a las organizaciones de salud mental extrahospitalaria de nuestro entorno y, en concreto, a SMEA por ser destacada en su sistema de gestión habiendo obtenido la Q de Plata en 2002 y la Q de Oro en 2005. Igualmente establecemos comparaciones con la media de las organizaciones de Osakidetza/Svs. Si bien las comparaciones se realizan con la media de Osakidetza y con SMEA, hay que destacar que, según los datos del informe corporativo de la Encuesta de 2003, nuestra organización obtuvo resultados que acreditan la **posición de liderazgo** entre las 29 organizaciones participantes para 11 de las 13 dimensiones que contiene la encuesta. Tan sólo en Seguridad y Salud laboral (segundo puesto), al disponer de UBP compartida con un Hospital, y Retribución (cuarto puesto)

SMEG no obtuvo el mejor resultado de Osakidetza. Varias de esas organizaciones han sido reconocidas con la Q de Oro (3), y otras con la Q de Plata de Euskalit (6).

## 7.a Medidas de percepción

La elaboración de la encuesta a personas se identifica como área de mejora en el primer proceso de autoevaluación del año 2000 y, a final de ese año realizamos la **primera encuesta** de satisfacción de profesionales. En aquel momento, la OC de Osakidetza/Svs no tenía establecido un formato unificado de encuesta para sus organizaciones, por lo que nos basamos en el modelo que un año antes había utilizado SMEA y que no incluía aspectos sobre los que la organización no tiene competencia (Retribución). El modelo fue adaptado a nuestra organización simplificando la apariencia para reducir su extensión dado que puede afectar al grado de participación. La encuesta fue presentada en la reunión de Jefes de Centro y se pidió su colaboración en la difusión y recogida de la misma, haciendo hincapié en la importancia que tiene para la organización disponer de medidas de satisfacción de sus profesionales, a fin de llegar a identificar posibles áreas y vías de mejora. En noviembre, la encuesta fue remitida al 100% de los profesionales en activo junto con una carta personalizada del Gerente solicitando la colaboración y la aportación de opiniones y sugerencias. En este primer formato, el diseño de la encuesta permitía identificar, además de grupos profesionales y vinculación laboral, el Centro de trabajo al que pertenecía el profesional a fin de poder realizar adicionalmente un análisis segmentado para cada Centro que ayudara a orientar las medidas o acciones de mejora. La encuesta permitió detectar como principales áreas de mejora la formación continuada del personal y las condiciones físicas de las áreas de trabajo, mostrando asimismo evidencia de conflictos específicos en algún Centro. Los resultados de la encuesta fueron explicados en cada centro por el Director Gerente y el DdG en sesiones que servían como grupos de trabajo sobre las mejoras a realizar puesto que se analizaban las causas y se recogían opiniones complementarias del personal. Las áreas de mejora detectadas se incorporaron al Plan de Gestión anual:

- Nuevo enfoque sobre inversiones, con mejoras físicas (CSM Donostia Oeste, EPI-J), ambientales y de seguridad (Bitarte) de las personas.

- ▶ Instrucción sobre Bolsas de Formación y descentralización del gasto en este apartado.

Visto el elevado nivel de los resultados obtenidos en la primera encuesta, se realizaron acciones para estabilizar la sistemática que incluye el establecimiento de nuestros objetivos concretos para las siguientes mediciones:

- ▶ Una participación superior al 70%
- ▶ Mantener niveles de satisfacción de los profesionales con puntuación superior al valor 3 y siempre mayor a la media de Osakidetza.
- ▶ Valoración del impacto por los cambios realizados a partir de las áreas de mejora detectadas en la primera encuesta (formación y condiciones físicas de las estructuras).

En el año 2003 (el proceso se inicia a finales de 2002) se realiza la **segunda encuesta** de satisfacción de personas para toda la plantilla en activo; esta vez ya bajo el formato corporativo elaborado por Osakidetza/Svs para sus organizaciones de servicios mediante un enfoque muy sólido y con la colaboración de expertos en RRHH. Antes de su aplicación, el modelo de encuesta es sometido a valoración del CT que prioriza, ante todo, el anonimato estricto de la encuesta y elimina cualquier identificación del Centro de trabajo. Este aspecto, si bien reduce un posible análisis desagregado de los

resultados, se muestra sin embargo determinante en cuanto a la participación en la encuesta.

Los resultados finales, distribuidos en función de su catalogación como área excelente, fuerte o de mejora, se presenta en la tabla 7.a.1. En ella se observa que no aparecen áreas con necesidad de mejora, y las áreas con posibilidad de mejora se restringen a la formación y la remuneración; áreas ambas que en las encuestas de otras Organizaciones se muestran también deficientes. En el año 2005, hemos realizado la **tercera encuesta** de satisfacción de personas, bajo el mismo formato que la segunda, y con la misma metodología de aplicación según se expone a continuación:

- ▶ El modelo y la sistemática de la encuesta se revisa en el seno del CT para su aprobación.
- ▶ La encuesta se aplica al 100% de los trabajadores (fijos, interinos y eventuales) de la Organización en la fecha seleccionada para su realización segmentada por grupos profesionales, responsabilidad sobre dirección de equipos, relación laboral y antigüedad.
- ▶ Se estructura en 44 preguntas agrupadas en 13 dimensiones (fig. 7.a.2) y además una pregunta estructurada sobre los principales factores de satisfacción. También se pide la opinión sobre aspectos corporativos (gestión del ED de Osakidetza, información sobre proyectos, etc.) y sobre el grado de afinidad con

7.a.1 Encuesta de satisfacción de profesionales de SMEG				
ÁREAS	RANGO	% SATISFACCIÓN. DIMENSIONES		
		2003	2005	
EXCELENTES	> 65% SATISFECHOS	Percepción de la Dirección	9	Clima de trabajo 82,45
		Clima de Trabajo	93,5	Relación Mando-Colaborador 80,85
		Relación Mando-Colaborador	85,5	Comunicación 77,3
		Condiciones de Trabajo	74	Percepción de la dirección 77,13
		Participación	72,4	Reconocimiento 75,56
		Organización y Gestión del Cambio	69,5	Organización y mejora 75
		Comunicación	67,9	Participación 74,47
		Seguridad y Salud Laboral	65,2	Identificación con el puesto y desarrollo profesional 74,2
FUERTES	50-65% SATISFECHOS	Seguridad y Salud Laboral	65,2	Seguridad y Salud Laboral 68,62
		Conocimiento e identificación con objetivos	63,6	Conocimiento e identificación con objetivos 65,43
		Promoción y Desarrollo Profesional	64,6	Condiciones de trabajo 60,9
OPORTUNIDAD DE MEJORA	35-50% SATISFECHOS	Reconocimiento	64,6	Formación 54,79
		Conocimiento e identificación con objetivos	63,6	
NECESIDAD DE MEJORA	< 35% SATISFECHOS	Formación	49,8	Retribución 46,45
		Retribución	37,3	

## 7.a.2. Factores y dimensiones de la encuesta

### 1. Adecuación del trabajo

Condiciones de trabajo  
Satisfacción con la tarea  
Organización y mejora

### 2. Factores profesionales

Formación  
Promoción y desarrollo profesional  
Participación  
Relación mando colaborador

### 3. Factores personales

Clima de trabajo  
Reconocimiento  
Comunicación

### 4. Factores laborales

Retribución  
Seguridad y Salud laboral

### 5. Implicación en el proyecto

Conocimiento e identificación con objetivos  
Percepción de la Dirección

## 7.a.3 Aspectos que más pueden influir en la satisfacción

	2003	2005	Osak	SMEA
<b>Retribución</b>	1	1	3	4
<b>Condiciones de trabajo</b>	2	5	1	1
<b>Formación</b>	3	6	6	5
<b>Ident. Con el trabajo y desarrollo profesional</b>	4	2	4	6
<b>Reconocimiento al trabajo realizado</b>	5	4	2	3
<b>Clima y ambiente de trabajo</b>	6	3	5	2

determinados valores (orientación al paciente, capacidad de los profesionales, participación y objetivos compartidos, eficiencia, orientación a la mejora y percepción de la calidad del servicio).

- En cuanto a la administración de la encuesta, ésta se envía a cada trabajador acompañada de una carta personalizada del Gerente.
- La cumplimentación se lleva a cabo de forma anónima y por escrito, siendo la explotación estadística realizada por OC de Osakidetza/Svs.
- Los resultados se difunden mediante las reuniones de JCSM, CD y CT, analizándolos y captando las sugerencias de mejora del personal. Asimismo, los principales resultados de la encuesta se difunden de manera general mediante el Boletín trimestral remitido a cada profesional.

El grado de participación en las encuestas es representativo y creemos que los altos niveles obtenidos indican, por sí mismos, la aceptación de la misma por los profesionales como herramienta de opinión y mejora. Debemos resaltar además que la encuesta realizada en el año 2005 se produce en el marco de un importante **conflicto laboral en Osakidetza** con un planteamiento de paros parciales continuados y una convocatoria de huelga general en el mes de Abril. Sin embargo, tanto la participación como los resultados obtenidos se mantienen en niveles similares a los obtenidos en el año 2003.(ver 7.b)

Los resultados que se muestran en las tablas siguientes permiten valorar la evolución en las tres encuestas generales, la comparación con los objetivos y la comparación con la media de Osakidetza y con SMEA. Para la encuesta de 2005 no hay datos comparativos disponibles al ser SMEG la única organización de Osakidetza que ya la ha realizado.

El modelo de encuesta corporativo incluye al final una pregunta sobre los aspectos que, a juicio del trabajador más pueden influir en su satisfacción (7.a.3.). Es significativo que, con los datos de 2003, en SMEG el orden de importancia comienza con la Retribución mientras que para el conjunto de Osakidetza este factor ocupa el tercer lugar y para el personal de SMEA el cuarto lugar (Condiciones de trabajo es el primero en ambos casos). Si admitimos que influye más el aspecto que más insatisfacción nos produce, podemos deducir que la percepción de las condiciones de trabajo en SMEG son mejor percibidas que en el resto de las organizaciones. También es sintomático que la Formación, pese a ser uno de los elementos que responde débilmente a las acciones de mejora, entre 2003 y 2005 pasa del tercero al sexto puesto entre los factores que más influyen en la satisfacción según nuestros profesionales.

## SATISFACCIÓN GENERAL

La primera medición efectuada en el año 2000 no incluía un ítem específico de satisfacción general con el trabajo. Por ello, a fin de poder efectuar la comparación con las encuestas 2003 y 2005, hemos tomado como valor de satisfacción la media de los valores de todas las dimensiones de la encuesta. Esta medición es superior en los tres casos a las mediciones obtenidas por la media de Osakidetza y por SMEA, con valores superiores a 3 sobre 5 en todos los casos, alcanzando por tanto el objetivo previsto a pesar de registrar un ligero ajuste a la baja respecto a 2003 como consecuencia del ambiente de **conflicto laboral del sector** en que se ha realizado la encuesta de 2005. Este aspecto es una constante que se refleja en todas las dimensiones que sufren pequeños ajustes a la baja (< 4 décimas) pero manteniéndose en general por encima de los valores del año 2000. En ese marco, entendemos que pueden calificarse como buenos los resultados obtenidos en 2005 (7.a.4).

#### 7.a.4 Medidas directas de percepción de nuestros profesionales

Dimensión	2000	2003	2005	Objetivo SMEG	Osak 2003	SMEA 2003
<b>Participación (número de encuestas)</b>	112	98	95			
<b>Participación (%)</b>	% 88,9	% 72,6	% 69,9	> % 70	% 50,0	% 64,7
<b>Grado de satisfacción (media dimensiones)</b>	3,27	3,48	3,21		2,88	2,97
<b>Satisfacción general (pregunta)</b>		3,47	3,27	3,00	2,92	3,01
<b>Seguridad y Salud laboral</b>	2,83	3,23	3,20	3,00	2,85	2,83
<b>Condiciones de Trabajo</b>		3,87	3,63	3,00	3,34	3,37
<b>Formación</b>	2,88	2,99	2,96	3,00	2,61	2,73
<b>Identf. puesto y desarrollo profesional</b>		3,41	3,13	3,00	2,95	2,93
<b>Reconocimiento</b>	3,6	3,64	3,17	3,00	2,82	2,77
<b>Retribución</b>		2,91	2,72	3,00	2,71	2,91
<b>Relación mando-colaborador</b>	3,57	3,92	3,56	3,00	3,21	3,51
<b>Participación</b>		3,48	3,22	3,00	2,77	2,94
<b>Organización y mejora</b>		3,37	3,31	3,00	2,80	2,93
<b>Clima de trabajo</b>	3,62	3,93	3,49	3,00	3,24	3,25
<b>Comunicación</b>	3,40	3,59	3,37	3,00	2,78	3,10
<b>Conocimiento e identificación de objetivos</b>		3,27	2,90	3,00	2,78	2,61
<b>Percepción de la dirección</b>		3,63	3,51	3,00	2,62	2,72
<b>Conocimiento de la Misión, Visión, Valores de SMEG</b>			2,74	3,00	2,23	
<b>Personas que manifiestan no conocer los objetivos de la unidad (%)</b>		49,10	16,80		37,67	

#### I 1. Adecuación trabajo

Mide diversas dimensiones relacionadas con la adecuación, condiciones de trabajo y organización y gestión del cambio.

**Condiciones de trabajo.-** Las condiciones de trabajo en cuanto a horario, permisos, etc. no tenían presencia en el modelo del año 2000. En la encuesta 2003 tampoco se incluían todas las especificaciones que posteriormente recoge la encuesta 2005 que incorpora otros ítems referidos a licencias y permisos, estabilidad en el empleo y condiciones del acuerdo regulador de las condiciones de trabajo. Pese a ello, la puntuación obtenida alcanza el objetivo mostrándose mantenida y superior a los últimos datos conocidos del promedio de Osakidetza y de SMEA (2003) como consecuencia de la importancia dada al profesional en nuestra Misión y a las acciones realizadas para ello (compensación por tutorías, financiación de estudios de investigación, etc.).

**Satisfacción con la tarea.-** La alta satisfacción con el trabajo realizado es coherente con el grado de satisfacción general y muestra un incremento continuado a lo largo de los años, con valores superiores a la media de Osakidetza y a SMEA. Se trata de un ítem incluido dentro de la dimensión Identificación con el puesto y Desarrollo Profesional; motivo por el que no aparece reflejado en la tabla 7.a.4. Por tratarse de un ítem muy relevante en la satisfacción del trabajador, reflejamos aquí su evolución positiva.

	2000	2003	2005
<b>Satisfacción con la tarea</b>	3,68	3,77	3,83

**Organización y mejora.-** El incremento conseguido en este ítem respecto a los datos de 2003 refleja el esfuerzo desarrollado en estos años en la organización y funcionamiento de las unidades.

#### I 2. Factores profesionales

**Formación.-** Si bien en niveles superiores a la media de Osakidetza y SMEA, este aspecto sigue mostrándose como un área resistente a las medidas de mejora realizadas (Aumento de la financiación, Instrucción sobre formación, calendario sesiones clínicas, etc.). No obstante, las personas que en la encuesta de 2005 manifiestan no haber recibido formación se cifran en el 15,8%, cuando en 2003 fue del 44,9%.

**Promoción y desarrollo profesional.-** Se refiere a la dimensión de Identificación con el puesto y desarrollo profesional incluyendo el aprovechamiento de las capacidades, igualdad de oportunidades para el desarrollo y mecanismos orientados a la promoción o mejora profesional. Superando el objetivo registra una valoración de 3,13 en 2005, disminuyendo 28 centésimas respecto al resultado de 2003 (3,41). Era este precisamente uno de los motivos del conflicto laboral (desarrollo profesional) que ha cristalizado en el proyecto de decreto para

el desarrollo profesional de Facultativos de Osakidetza, que en 2006 se extenderá a personal de enfermería.

**Participación.-** Valora la percepción de los mecanismos y posibilidades que existen en la organización para la participación de los trabajadores en las decisiones cotidianas y para la mejora de la unidad. La valoración se sitúa en 3,22 puntos alcanzando el objetivo previsto y superando el resultado de 2003 de la organización SMEA considerada como la mejor de nuestro entorno y sector (2,94).

**Relación mando - colaborador.-** Esta dimensión se mantiene en los tres ciclos de medición con una valoración superior a 3,5 puntos lo que demuestra la efectividad del liderazgo en la organización vinculada a la cercanía y accesibilidad de los directivos y jefes de centro.

### I 3. Factores personales

Incluye las preguntas de las dimensiones Clima laboral, Reconocimiento y Comunicación con valoraciones siempre superiores a los 3 puntos que es el valor objetivo si el promedio de Osakidetza es inferior.

**Clima de trabajo.-** Es una de los aspectos destacados de SMEG cuya puntuación más baja es 3,49 puntos (2005) habiendo alcanzado 3,92 en 2003. Posiblemente tenga que ver con el fomento y apoyo del trabajo en equipo unido al tamaño reducido de los mismos.

**Reconocimiento profesional.-** En 2005, esta dimensión incorpora una pregunta adicional sobre el reconocimiento en la Organización, a la existente en 2003 sobre el reconocimiento al trabajo bien hecho en la unidad. Ello produce un ajuste a la baja quedando en 3,17 pero se alcanza el objetivo en sus dos vertientes (media de Osakidetza ó >3) y se supera el último valor conocido de SMEA (2003).

**Comunicación.-** Las acciones y herramientas de comunicación aplicadas sobre la base del aprendizaje tienen que ver en que este aspecto sea otro de los mejor valorados por nuestros profesionales, superando el objetivo en los tres años de medición.

### I 4. Factores laborales

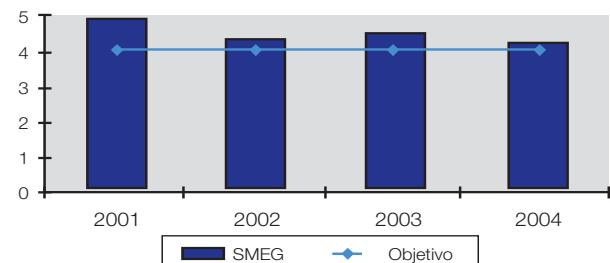
**Retribución.-** Es la dimensión de peor valoración entre los profesionales, pero hay que tener presente que la misma excede de las competencias del ED, pues viene determinada en el proceso de negociación de la Mesa sectorial de Sanidad de Euskadi. Posiblemente los proyectos de decreto que se encuentran pendientes de aprobación por el Gobierno Vasco influirán positivamente en la percepción (Puestos funcionales y desarrollo profesional).

**Seguridad y salud laboral.-** Las mejoras emprendidas en esta área, iniciadas a raíz de la evaluación de riesgos de todos los Centros entre los años 1999 y 2000, así como su

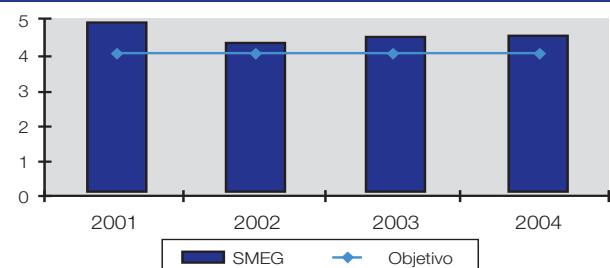
### 7.a.5 Indicadores/preguntas de la encuesta de formación

<b>Contenidos</b>	Cumplimiento de objetivos respecto a expectativas Utilidad práctica
<b>Docente</b>	Valoración de la preparación del docente Valoración de la claridad de las exposiciones
<b>Opinión global</b>	Valoración global

### 7.a.6 Cumplimiento objetivos/expectativas



### 7.a.7 Opinión global



seguimiento posterior, han tenido como efecto una mejora de las condiciones que se ve reflejada en el aumento sostenido de la valoración de los trabajadores (3,2 puntos en 2005).

### I 5. Implicación con el proyecto

**Conocimiento e identificación de objetivos.-** En 2005 esta dimensión alcanza el objetivo de superar la media de Osakidetza y de SMEA (2003) pero tiene una valoración inferior a 3 puntos (2,90). Sin embargo, las personas que manifiestan no conocer los objetivos de la unidad pasan de representar el 49,1% (2003) al 16,8% (2005) mejorando el último dato conocido de SMEA y el del mejor en Osakidetza (17,57%). La mejora en los aspectos de comunicación a través de jefes de centro, de las visitas del ED y la implantación del Plan de incorporación de profesionales han propiciado esta drástica reducción de las personas que manifiestan no conocer los objetivos. Por otro lado, en 2005 se incluye en nuestra encuesta un ítem sobre el nivel de conocimiento de la M,V,V de la organización que no figuraba en la de 2003. El grado de conocimiento sólo alcanza la valoración de 2,74 que, si bien supera el valor de referencia de Osakidetza (2,23 en 2003), el ED considera valor insuficiente que requiere acciones de mejora.

**Percepción de la dirección.**- La Dirección es bien percibida por los profesionales con valoración excelente en los tres años manteniéndose en todos los casos por encima de 3,50.

### SATISFACCIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Desde el año 2002 se realizan encuestas de las actividades de formación organizadas por SMEG, con docentes propios y para sus propios profesionales, a fin de medir el grado de satisfacción de sus expectativas y necesidades. La encuesta recoge la opinión de los trabajadores que valoran de 0 a 5 puntos su nivel de satisfacción acerca de los aspectos relacionados con los objetivos del curso, el docente, los materiales y la utilidad práctica de lo aprendido incluyendo una pregunta acerca de la opinión global de la actividad formativa. Todos los resultados desde 2000 superan la valoración de 4 puntos, establecido como objetivo por SMEG, siendo los más favorables los del primer año, quizás por la novedad de la aplicación de la encuesta. Por ello, a continuación se ofrecen los relativos a la percepción sobre el Cumplimiento de los objetivos respecto a las expectativas y la Opinión global. En 2002 no hubo cursos.

nuestra finalidad es la satisfacción de las necesidades y expectativas del colectivo de personas con enfermedad mental. Esta intervención, a su vez, requiere tiempos de consulta prolongados por lo que el incremento de pacientes atendidos por psiquiatra y año debe ser limitado a fin de preservar dichos tiempos. Nuestra Organización en los últimos años se ha planteado la estabilización en este dato, a través del equilibrio entre casos nuevos y altas, como un objetivo a desarrollar a través, fundamentalmente, del trabajo conjunto con los equipos de Atención Primaria para la derivación bidireccional. Los resultados más relevantes para la Organización se presentan en 9

### Pacientes nuevos atendidos por psiquiatra/año (7.b.2)

**(7.b.2).-** Las variaciones en el número de casos son ciertamente escasas, con niveles actuales similares a los del año 1998; si bien, no debemos olvidar el ligero incremento de psiquiatras experimentado en estos años (+6). En la comparación con la evolución de las altas por psiquiatra de la figura adjunta, se observa cómo en los períodos de reducción de casos nuevos el nivel de altas se mantiene más elevado, reduciéndose cuando se incrementan los casos nuevos. Esto es indicativo de nuestra coherencia asistencial por cuanto los casos nuevos son, en un porcentaje elevado de nuestros casos, susceptibles de permanecer en tratamiento por períodos superiores al año.

**Altas por psiquiatra/año (7.b.3).-** Sin duda, éste es un factor de gran importancia en la satisfacción del profesional pues, de alguna manera, indica el éxito del trabajo desarrollado y además establece un adecuado equilibrio entre entradas y salidas de pacientes permitiendo el mantenimiento de los tiempos asistenciales (nuestro principal factor tecnológico) en unos niveles aceptables para

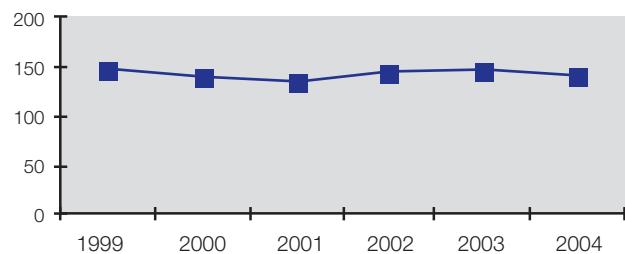
## 7.b Indicadores de rendimiento

Los principales indicadores para entender de forma indirecta el grado de satisfacción, motivación e implicación de nuestros profesionales se recoge en la tabla 7.b.1. Normalmente son datos que se revisan y evalúan con periodicidad mensual por ED y en la reunión de JCSM. El esquema de indicadores es fruto de sucesivas adaptaciones derivadas de los procesos de autoevaluación, permitiendo también vigilar el impacto de otras acciones de mejora como en el caso de la financiación de la formación, el fomento de las actividades docentes, la seguridad laboral, etc.

### I 1. Logros

Este apartado admite diferentes interpretaciones, por lo que es preciso explicar nuestra filosofía asistencial. Como ya ha sido explicado repetidamente, y como recoge nuestra Misión,

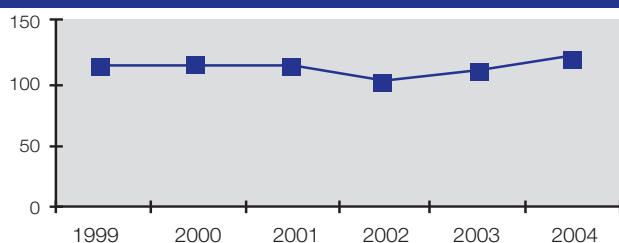
### 7.b.2 Pacientes nuevos por psiquiatra y año



### 7.b.1.- Indicadores de rendimiento

LOGRO	MOTIVACIÓN E IMPLICACIÓN	SATISFACCIÓN	SEGURIDAD Y SALUD
Pacientes nuevos por facultativos	Participación en Encuestas	Reducción de jornada	Reconocimientos y vacunaciones
Altas por facultativo	Promoción interna	Permisos sin sueldo	Absentismo por IT
	Docentes, tutores e investigadores	Jornada partida	Accidentes de trabajo
	Compensación por docencia, investigación	Préstamos a empleados	
	Personas con ayuda para formación	Conflictividad laboral	
	Financiación de actividades de formación por puesto	Reclamaciones y Demandas	

### 7.b.3 Altas por psiquiatra y año



### 7.b.4 Participación en encuestas

AÑO	SMEG	Objetivo SMEG	Osak.	SMEA
2000	88,9		48,35	51,6
2003	72,6	70	45,8	64,6
2005	70,6	70		

el adecuado desarrollo del trabajo. Esto unido a la intervención del resto de profesionales en el seguimiento de los casos, bajo la supervisión del facultativo, permite el mantenimiento de niveles adecuados dentro del marco de demanda asistencial creciente existente.

## 2. Motivación e implicación

### Participación en la encuesta de profesionales(7.b.4).-

Si bien ha ido disminuyendo debido a la estabilidad de la plantilla y a la periodicidad de la encuesta, consolidamos el liderazgo de participación entre todas las organizaciones de Osakidetza manteniendo el porcentaje de forma sólida por encima del 70% fijado como objetivo.

**Promoción Interna(7.b.5).-** Teniendo en cuenta el pequeño tamaño de nuestra plantilla y su composición por profesiones,

las posibilidades de promoción son bastante reducidas afectando solo a personal de administración y a algunos profesionales que siendo titulados de enfermería o de Terapia Ocupacional han obtenido la licenciatura en Psicología. No obstante, en todos los casos en que ha sido posible por la titulación requerida, se ha realizado la promoción a otros puestos de nivel superior mejorando la motivación e implicación de las personas, además de servir en la mejora de su formación mediante la experiencia práctica en un entorno conocido (ver gráfico). Además de las adecuaciones de puestos para una mejor adaptación de los profesionales, SMEG apoya en la medida de lo posible el mejor aprovechamiento de las capacidades profesionales mediante la utilización de la modalidad de Movilidad horizontal en nuestra organización y con las pertenecientes a Osakidetza (intersocietaria) como puede verse en la tabla 7.b.5.

### Personal docente, tutor e investigador / Compensación (7.b.6 y 7.b.7)-

El impulso de la actividad docente y de investigación de nuestros profesionales ha sido una constante desde el primer PE, según puede observarse en la evolución del nº de personas implicadas en las citadas actividades (3.b.1 y 3.b.2) y en el volumen creciente de recursos económicos destinados para motivar, reconocer y mejorar el conocimiento de los profesionales. Si bien SMEA destina mayor dotación económica anual a la compensación de las actividades docentes realizadas por los profesionales hay que tener en cuenta que maneja casi tres veces el volumen de nuestros recursos económicos por lo que la comparación en porcentaje sobre el gasto total de cada año es claramente favorable a nuestra organización (7.b.7).

### Personas con ayuda individual a la formación / Financiación (7.b.8).-

Además de los cursos organizados por la corporación y por SMEG para sus profesionales, en nuestra organización se fomenta la formación

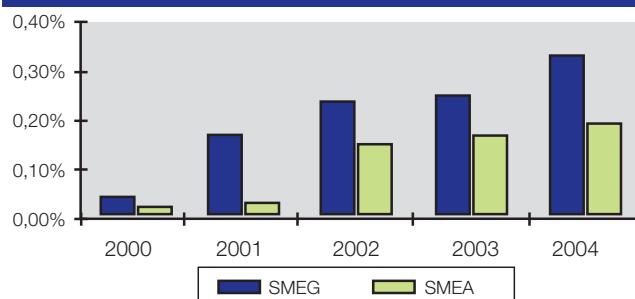
### 7.b.5 Movilidad y promoción interna. Adecuaciones de puestos

Descripción	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Guztira
Promoción interna temporal	1	2	3	1	2	0	1	1	<b>11</b>
Movilidad interna temporal o permanente	-	-	1	3	2	0	1		<b>7</b>
Movilidad intersocietaria temporal	2	-	1	1	-	1	2		<b>7</b>
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>4</b>		<b>24</b>
Adecuación de puestos	-	5	1	1	1	7	4		<b>19</b>

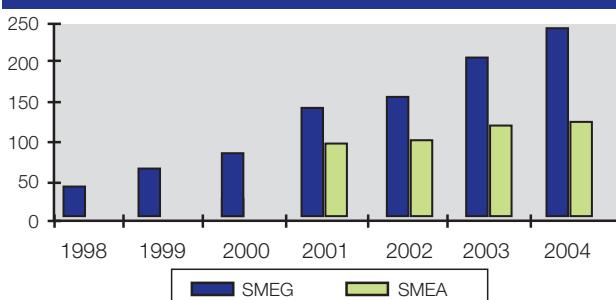
### 7.b.6 Compensación a personal investigador, docente y financiación de actividades de formación

Descripción	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Compensación actividad docente/Inv €	288	2.849	1.983	9.462	14.318	15.745	22.167
Ayuda Indiv. Actividades de formación €	-	-	4.996	5.733	4.282	3.360	6.349
Financiación por empleado solicitante €			47	54	44	31	62
Gasto Reuniones, conf., cursos €	4.824	5.153	3.702	3.507	2.247	8.338	3.516
<b>Total financiación anual</b>	<b>5.112</b>	<b>8.002</b>	<b>10.681</b>	<b>18.701</b>	<b>20.847</b>	<b>27.443</b>	<b>32.032</b>
<b>Financiación media por puesto</b>	<b>43</b>	<b>68</b>	<b>85</b>	<b>142</b>	<b>157</b>	<b>206</b>	<b>241</b>

### 7.b.7 % Compensación por actividad docente s/ Gasto global



### 7.b.8 Financiación Actividad Formación por puesto



individualizada según las preferencias profesionales de los trabajadores siempre que sean compatibles con las actividades de nuestras unidades. Una parte de esta financiación es decidida en los propios equipos a través del fondo de formación descentralizado referido en 3b. Los datos de financiación que se recogen no incluyen el coste correspondiente del Plan de formación corporativo.

### I 3. Satisfacción

**Reducción de jornada, permisos sin sueldo y jornada partida (7.b.9).-** En función de las necesidades del servicio, el Acuerdo de condiciones de trabajo prevé la posibilidad de conceder determinados permisos que faciliten a los

profesionales una mejor conciliación de las responsabilidades laborales con sus necesidades personales y familiares. Hasta el momento, se han autorizado el 100% de estas solicitudes preservando el mantenimiento de la atención a nuestros pacientes mediante la contratación de personal de sustitución o pactando la modalidad de menor impacto en las actividades asistenciales. Así se hizo con ocasión de la OPE 2002 en que diversos facultativos con vinculación interina solicitaron permisos sin sueldo para la preparación de las oposiciones y las posibilidades de sustitución eran muy limitadas por la escasez de especialistas disponibles. Mediante un acuerdo con las personas solicitantes, se concedieron todos los permisos de forma escalonada para sustituir las ausencias con un solo profesional. En las reducciones de jornada se actúa de forma similar si la solicitud tiene la entidad suficiente para propiciar su sustitución. La gran mayoría de nuestros profesionales presta sus servicios en régimen de jornada continua siendo algunos en jornada de tarde. Para mejorar la atención a determinados pacientes, algunas personas realizan sus tareas en régimen de jornada partida de forma voluntaria recibiendo una compensación económica por ello.

**Préstamos y adelantos de nómina (7.b.9).-** Se trata de una ayuda a los trabajadores para atender necesidades personales y familiares tales como vivienda, vehículo, eventos familiares, tratamientos de odontología, devolución de préstamos, etc. El importe solicitado se devuelve mediante descuentos en nómina durante un máximo de 24 meses y de 48 si es para vivienda. Aunque es poco frecuente, también existe la posibilidad de solicitar adelantos de la retribución líquida mensual a cuenta de la nómina del mes correspondiente. En la tabla adjunta se indica el nº de personas que lo han solicitado cada año y el importe de los préstamos realizados.

**Conflictividad Laboral (7.b.9).-** Es un indicador indirecto de la satisfacción de los profesionales respecto de las condiciones de trabajo en su unidad y en la organización, así como de las expectativas para satisfacer sus necesidades y resolver adecuadamente los problemas laborales que

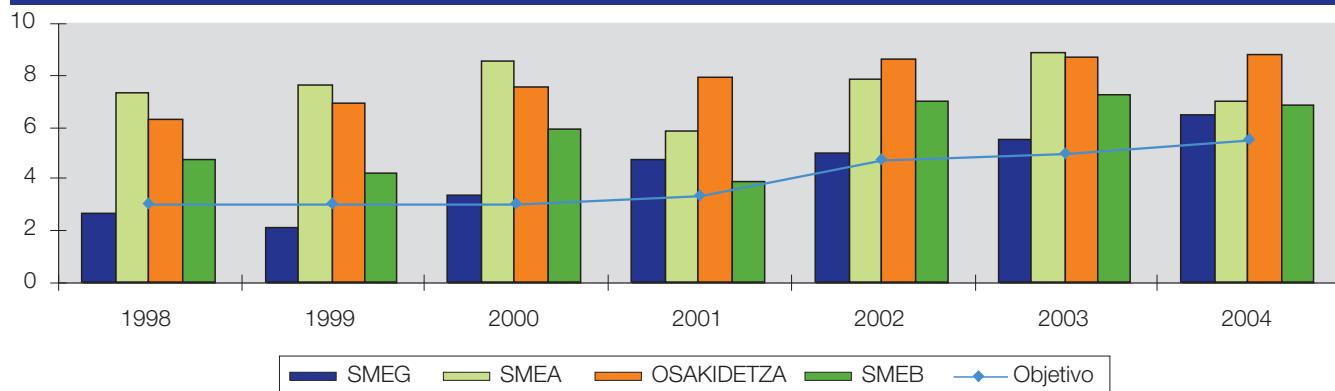
### 7.b.9 Ayudas, servicios y otros indicadores

Descripción	2000	2001	2002	2003	2004
Nº empleados con préstamo/anticipo	5	6	1	4	2
Importe Préstamos/anticipos	18.004	17.721	3.510	14.208	7.020
Nº empleados con reducción de jornada			2	2	3
Nº autorizaciones permiso sin sueldo	8	7	20	12	16
Nº días permiso sin sueldo	149	101	905	204	311
Nº personas con jornada partida		4	5	7	9
Demandas judiciales	10	1	0	0	1
Sentencias a favor de Osakidetza	8	1	0	0	1
% conflictividad laboral	0,000%	0,000%	0,085%	0,017%	0,000%

### 7.b.10 Indicadores de Salud Laboral

Concepto	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Accidentes de Trabajo (tot)</b>	9	8	6	2	4	7
<b>AT con baja</b>	2	4	2	0	3	0
<b>Agresiones</b>	0	0	11	6	1	0

### 7.b.11 Absentismo por incapacidad temporal



puedan surgir. A pesar de haberse producido bastantes convocatorias de movilizaciones, desde el año 1998 las horas de trabajo perdidas por huelga o paro laboral entre nuestros profesionales pueden considerarse anecdóticas, pues no han superado el 0,085% (2002) incluido el periodo que ha transcurrido de 2005 en que se han realizado movilizaciones en toda la sanidad pública.

**Reclamaciones y demandas laborales (7.b.9).-** En ocasiones, algunos profesionales presentan reclamaciones laborales cuando creen que no se atienden debidamente sus derechos o intereses. En todos los casos, el Gerente contesta por escrito con los fundamentos para atender o desestimar la reclamación. Como puede comprobarse en la tabla adjunta, el número de demandas ha sido muy escaso desde el año 2000 en que se presentaron 10 reclamaciones, ocho de ellas sobre el Complemento Específico para Facultativos cuyas sentencias fueron favorables a Osakidetza. Las otras dos, que fueron favorables a los trabajadores, se referían a reclamaciones sobre Complemento de hospitalización de dos médicos.

## 4. Seguridad y salud laboral

**Reconocimientos y vacunaciones.-** La UBP del Hospital Bidasoa es la que atiende los servicios de vigilancia de la salud de nuestros trabajadores incluyendo la vacunación para prevenir determinadas patologías (TBC, gripe, etc.) y los reconocimientos médicos que periódicamente puede solicitar el personal. También se realizan exámenes de salud para el personal de nuevo ingreso para lo que hay que tener en cuenta que si el candidato ya ha trabajado en Osakidetza

normalmente ya tendrá el reconocimiento realizado y no hace falta su repetición. (ver 3e)

**Accidentabilidad (7.b.10).-** El número y frecuencia de los accidentes de trabajo son reducidos gracias a la sensibilización de los trabajadores y de las actuaciones de la UBP. De los accidentes totales sólo unos pocos implican la baja laboral por lo que puede deducirse que también es reducido el índice de gravedad de los mismos. Además se recogen los datos de las agresiones registradas (aunque no produzcan la baja por IT) como resultado de la implantación del protocolo de actuación ante agresiones.

**Absentismo por IT (7.b.11).-** Es uno de los indicadores indirectos sobre la satisfacción del personal porque refleja la incidencia en jornadas perdidas por accidentes de trabajo y por enfermedad común y profesional. Desde siempre se ha registrado un porcentaje muy reducido pero en los últimos años refleja una tendencia alcista motivada por el aumento del promedio de edad de nuestros profesionales (44 años en mujeres y 47 en hombres) y, fundamentalmente, por procesos de enfermedad grave de varios trabajadores (4 personas) que entre 2001 y 2004 han provocado bajas laborales de hasta 18 meses de duración. Como objetivo, siempre nos proponemos no superar el índice del año anterior por lo que siempre que se produce una tendencia creciente, el objetivo queda ligeramente por debajo del dato registrado. Pese a ello, todos los años nuestro absentismo es inferior a la media de Osakidetza, al de SMEA y al de SMEB (excepto en 2001). Además, en el primer cuatrimestre de 2005 el índice se ha reducido retornando a valores más habituales en nuestra organización (4,31%).

**zero**estigma



Resultados  
en la sociedad

8

# 8. Resultados en la sociedad

El carácter asistencial de SMEG y la tipología de la enfermedad hacia la que dirige sus actuaciones tienen, por sí mismos, un fuerte impacto social. Además, la dispersión territorial de sus centros y sus 20 años de existencia, junto con el trabajo desarrollado con Ayuntamientos, Servicios Sociales y Asociaciones locales (ver 4), han facilitado una progresiva integración en el entorno y, lo que es más importante, han facilitado que el paciente y su familia puedan ser atendidos en su propio medio. Es a través de estos mismo contactos y reuniones con representantes de los diferentes grupos de interés, representantes a su vez del entramado social, como SMEG ha identificado lo que la sociedad espera de ella.

De esta manera, existe un compromiso primordial con la sociedad que es la recuperación de la salud perdida a través de las intervenciones en beneficio de la mejora del estado de salud, entendiendo como Salud el "completo estado de bienestar físico, psíquico y social", de acuerdo con la orientación de la Organización Mundial de la Salud. Esta forma de entender nuestra implicación con la sociedad ha llevado a la configuración multidisciplinar de los equipos asistenciales, en los que el Trabajo Social se encuentra igualmente integrado constituyendo un rasgo diferencial importante con respecto a otras especialidades médicas. Como consecuencia de esta mejora, la Sociedad recuperaría a los pacientes para su integración como miembros activos.

Otro aspecto de interés se deriva de la participación en la difusión del conocimiento en todas aquellas actividades y líneas de información que demande la Sociedad, más allá de las actividades propias de pre y postgrado en las que también está implicado, tal y como recoge la Misión en nuestro Plan Estratégico. El compromiso con el entorno se expresa mediante la existencia de una planificación en la gestión de residuos. Finalmente, la dispersión de nuestras instalaciones y la necesidad de estructuras de soporte de las mismas, hacen que la potenciación del empleo a nivel local, aunque a pequeña escala, sea una realidad distribuida por todo el Territorio Histórico.

## 8.a Medidas de percepción

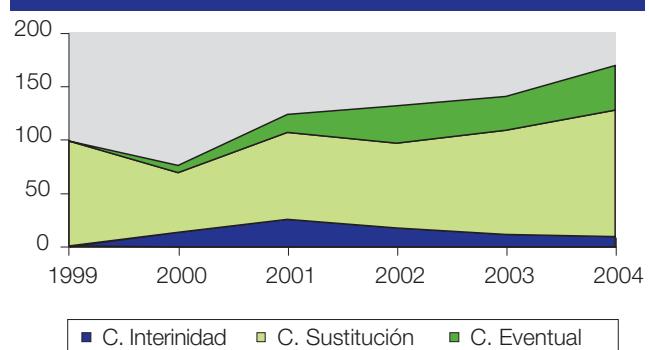
Como **miembro responsable de la sociedad**, SMEG mantiene dos líneas preferentes de actuación importantes

para la comunidad y el entorno en que se desarrollan. Por un lado, a pesar de su pequeño tamaño y de su escasa incidencia directa en la economía, mantiene para una plantilla de 137 puestos una ocupación media de 150 personas de diferentes categorías profesionales que acceden a su estructura a través de los procedimientos públicos que la Organización Central lleva a cabo periódicamente, bajo el criterio principal de igualdad de oportunidades para la población. En dichos procedimientos, SMEG aporta un número de plazas de forma regular y participa asimismo en todo el proceso de selección mediante su presencia en los tribunales constituidos al efecto; al tiempo que facilita a la población su inclusión en la convocatoria a través del equipo administrativo propio que, durante esas fechas, dedica una parte de su tiempo a la atención de los demandantes de empleo facilitando los trámites precisos. Igualmente, la incidencia a través de contrataciones temporales, siendo reducida, ha ido incrementándose a lo largo de los años, tal y como se observa en la figura 8a1, con un aumento del 74% en el número de contratos entre los años 1999 y 2004.

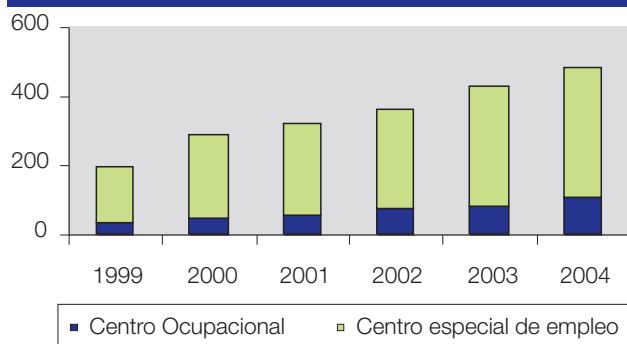
Una medida que, aún siendo pequeña, creemos es de gran importancia a nivel social tiene que ver con la reinserción laboral del enfermo mental, potenciada por SMEG a través de acuerdos intersectoriales que se inician en el año 1994 (ver 4), si bien su impacto es mayor a partir del año 2000. Con estos acuerdos, SMEG posibilita la integración laboral de un colectivo de miembros de la sociedad, en crecimiento continuado, que pasan a ser parte activa de la misma (8.a.2).

En el ámbito de la difusión, SMEG realiza diferentes actuaciones destinadas, por un lado, a dar a conocer su actividad como Organización y, por otro, a colaborar en la

### 8.a.1 Evolución de la contratación temporal



### 8.a.2 Integración laboral de pacientes con TMS



### 8.a.3 Ejemplos de convenios de colaboración ciudadana con Ayuntamientos

Convenio de colaboración entre Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa y el patronato municipal de cultura del Ayuntamiento de San Sebastián. (1993)

Convenio de colaboración entre Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa y el patronato municipal de cultura del Ayuntamiento de San Sebastián. (1998)

Programa de intervención familiar en el CSM de Zarautz en colaboración con el Ayuntamiento de Zarautz

difusión de información sobre la enfermedad mental y en la lucha contra el estigma social considerado como uno de los mayores obstáculos para la real reintegración social de la persona con enfermedad mental (5.e.2). Además, publica anualmente su memoria de la que realiza una difusión aproximada de 150 ejemplares a autoridades y organismos públicos y privados (incluyendo ayuntamientos, servicios sociales y sistema sanitario) así como a los principales medios de comunicación. La publicación de la memoria en la página web de Osakidetza se lleva a cabo igualmente desde 1998. Esta misma difusión de la actividad y explicación de nuestra misión se produce a través de los diferentes foros interdepartamentales en los que SMEG participa. De entre ellos, y por la importancia que sobre la imagen del enfermo mental y su recuperación puede tener, debemos destacar el impacto del Consejo Territorial Sociosanitario (ver 5b). Los diez años de trabajo desarrollados en el ámbito sanitario han tenido una enorme repercusión en el ámbito social para el enfermo mental, facilitando su incorporación al medio normalizado y evitando su institucionalización. Así, tanto el desarrollo de Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial, como la incorporación del colectivo al trabajo protegido son ejemplos muy importantes de nuestra implicación con las necesidades de este colectivo social que ha visto cómo el trabajo continuado y la implicación de nuestra Organización en el desarrollo de estructuras conveniadas han mejorado su integración y la normalización de su vida en sociedad, reintegrándolo como miembro activo en la misma. Una medida directa de la percepción de estas estructuras se obtiene del apoyo obtenido de los Ayuntamientos en la cesión de locales para su habilitación o en la financiación de los mismos (100% de los centros existentes en la actualidad).

Otra muestra de nuestra intervención social mediante convenios se ofrece en la tabla 8a3

La  **implicación activa en la comunidad** se obtiene también del número de actividades de formación y entrenamiento/ayuda ofertados a las asociaciones e instituciones que trabajan en el campo de la enfermedad mental y que han sido una pieza clave en la consecución de los avances reseñados. Así, los acuerdos alcanzados con las instituciones que gestionan la reinserción laboral del colectivo de personas con enfermedad mental incluyen siempre como contraprestación por parte de SMEG la oferta de cursos de formación gratuita (8.a.4) y la supervisión para el manejo de la enfermedad mental, dirigida al personal encargado de los talleres en los que estos pacientes trabajan. Una medida de su aceptación se obtiene por la reedición de cursos originada por la solicitud de las propias empresas para la actualización de sus trabajadores, así como por la ausencia de conflictos en el desarrollo del trabajo que, a su vez, puede valorarse por el incremento continuado de plazas disponibles señalado en la figura 8a1. Los resultados de opinión global sobre dichos cursos se muestran en 6a.

Pero, sin duda, uno de los aspectos más importantes de nuestra implicación en la comunidad se deriva de nuestra propia actividad. Ciertamente, la población con enfermedad mental es una población que precisa de una supervisión mayor al resto de la población para el desarrollo de actividades de la vida diaria; al tiempo que precisa, además, de una fuerte educación para la instauración de la conciencia de enfermedad que posibilite el mantenimiento de un tratamiento adecuado y por tanto una mejor recuperación al tejido social. Podríamos decir que, desde esta óptica, nuestra implicación con la comunidad es inherente a la propia tipología del trabajo que desarrollamos y de cuya valoración pueden verse ejemplos en los ítems de la encuesta de usuarios recogidos en 6a.

Pero además del trabajo, son otras las necesidades sentidas por nuestros pacientes como miembros integrantes de nuestro modelo social. En esa línea, nuestra organización se implica también en la mejora de los hábitos de salud de la población mediante cursos y actividades de psicoeducación que incluyen tanto grupos como actividades individuales y edición de manuales divulgativos sobre aspectos de la enfermedad mental y su manejo. También las ayudas al deporte, ocio y actividades culturales están presentes con la financiación a nuestros pacientes para la realización de actividades deportivas (piscina, gimnasio) normalizadas en instalaciones públicas o en la organización de excursiones o salidas financiadas por SMEG (museo de la ciencia, albergue de Zarautz, visita Diario Vasco, etc.) con la colaboración de nuestros terapeutas ocupacionales.

Otro ámbito a través del que se muestra nuestra implicación en la comunidad tiene que ver con las actividades docentes y de entrenamiento para profesionales en formación Así, SMEG viene colaborando como Organización en la

#### 8.a.4 Ejemplos de cursos realizados con entidades colaboradoras

Año	Entidad destinataria	Nº asistentes	Tipología asistentes
1999	GUREAK	9	Encargados de taller
2000	GUREAK	6	Encargados de taller
2001	DIPUTACIÓN	337	Personal centros de día 3 <sup>a</sup> edad
2002	CRUZ ROJA	7	Personal Centros de día TMS
2003	GUREAK	13	Encargados de taller
2004	KATEAK	7	Encargados de taller

formación de Psiquiatras, Psicólogos, Médicos de familia y Trabajadores Sociales de una forma normalizada desde el año 1998; si bien anteriormente ya se producía este tipo de colaboración. Desde el año 2000 se establece nuestra capacidad docente estabilizando el número de profesionales en formación a partir de ese año (ver 3b). En este ámbito son lógicamente las entidades públicas nuestro principal foco de atracción (Universidad del País Vasco, Unidad Docente de Medicina, Escuela de Trabajo Social), si bien nuestro carácter únicamente extrahospitalario dificulta el desarrollo de nuevas líneas docentes que precisen del ámbito hospitalario.

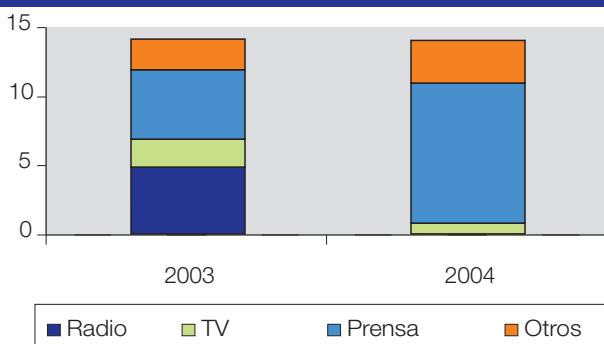
Finalmente, las **actividades encaminadas a reducir y evitar molestias y daños y a preservar y mantener los recursos globales** son otras de las líneas de interés para SMEG. En el año 2003, a solicitud de la DTS se instaló un medidor de la concentración ambiental de plomo en una de nuestras instalaciones a fin de controlar el grado de contaminación en un área industrial que, al parecer, estaba afectando a la población. Igualmente el control de emisiones del aparataje de los centros y el control sobre el consumo de gas y electricidad son factores que, aun siendo de escasa relevancia en nuestro caso, trimestralmente se analizan y revisan junto con los datos de siniestralidad laboral. El consumo de recursos no renovables en SMEG es muy limitado, dadas las características de nuestras unidades que además actúan de forma responsable en su utilización pues el coste anual de estos suministros no excede de 44.100 euros para toda la organización (agua, gas y electricidad). El Plan de Gestión de Residuos, revisado y actualizado en el seno del Comité de Seguridad y Salud es otro aspecto de esta área de trabajo. Pese a la escasa cuantía de generación de residuos peligrosos (aprox. 100 kg./año), todos nuestros centros disponen del plan correspondiente para su correcto tratamiento y eliminación a través de una empresa gestora homologada en la CAPV, evitando la contaminación y los riesgos de una inadecuada evacuación. También la colaboración con los Ayuntamientos para la mejora de la accesibilidad física de nuestros Centros y la eliminación de riesgos a través de los informes de evaluación realizados por nuestra Unidad Básica de Prevención son aspectos de intervención en la comunidad, como por ejemplo la instalación de rampa de acceso al CSM de Zarautz o la instalación de elevador en el CSM de Donostia Este

#### 8.b Indicadores de rendimiento

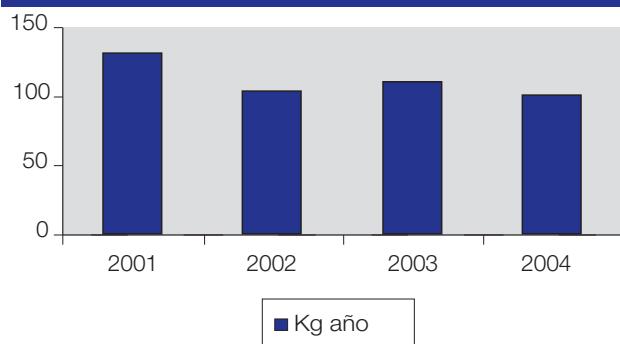
Como **miembro responsable de la sociedad**, SMEG entiende como necesario un cierto grado de intervención ante las cuestiones de salud mental que, cada vez con más frecuencia, encuentran un lugar en los medios de comunicación. Dentro de las funciones de los profesionales sanitarios, la prevención es un aspecto no desdeñable en cuanto a su importancia pero que, en su nivel primario, queda normalmente relegada por el peso de lo asistencial directo. Desde el año 2003, SMEG mantiene un registro de las apariciones de sus profesionales en medios de comunicación (escritos o hablados) realizando aportaciones sobre la enfermedad mental para el público en general (8.b.1) que fundamentalmente pretenden aclarar aspectos sobre su identificación, tratamiento y manejo para, de alguna manera, contribuir a la reducción del estigma social de la enfermedad mental y mejore su integración. No obstante, la tendencia a la psiquiatrización del malestar de la vida diaria, tan común en nuestro modelo social y presente como amenaza en nuestro PE, hace que nos planteemos estas apariciones de manera limitada en cuanto a su frecuencia. Por otra parte, la conciencia de necesidad de intervenciones en el ámbito de la prevención primaria, nos llevó a solicitar su inclusión como área de trabajo de Salud Pública habiéndose puesto en marcha un grupo al efecto en este año 2005, con la participación del Director en sus primeras fases. Recientemente el DG ha sido designado como Presidente del Consejo Asesor Vasco en Salud Mental como foro aglutinador de las necesidades de los diferentes grupos de interés en esta área, a nivel de la CAPV. También la participación en diferentes foros divulgativos sobre la enfermedad mental está presente en nuestra actividad participando nuestros profesionales como docentes en diferentes foros como Cursos de Verano de la UPV, Jornadas de sensibilización de asociaciones de familiares, Jornadas de Prevención organizadas desde los Ayuntamientos, etc. (5.e.2)

Las relaciones con autoridades y organismos públicos en temas tales como autorización de centros e instalaciones, normativa laboral, seguridad en el trabajo, certificaciones y liquidaciones de tasas e impuestos, siempre se han realizado sin incurrir en retrasos o sanciones por infracciones a las normas y reguladoras de cada materia. La ausencia de

### 8b.1. Apariciones en prensa de SMEG



### 8.b.2 Residuos sanitarios



inspecciones laborales o fiscales, ni de actas sancionadoras o de liquidaciones por recargo de tasas o impuestos constituyen otra evidencia de la implicación como organización responsable para con la sociedad mediante el puntual y correcto cumplimiento de sus obligaciones. Un ejemplo es la aprobación según la nueva normativa del Plan de gestión de residuos sanitarios de nuestros centros habiendo superado las inspecciones previas a su autorización y pudiendo comprobar en 8.b.2 el escaso volumen generado en el conjunto de SMEG. Por otra parte, tanto la Oficina de Control Económico del Gobierno Vasco como el Tribunal Vasco de Cuentas realizan regularmente actividades de control de nuestras actuaciones económicas, administrativas y contables no habiendo detectado irregularidades graves en las mismas. Ello es la garantía de que ajustamos nuestra actividad a los principios legales de publicidad y concurrencia en los contratos públicos, eficiencia de la gestión de recursos e igualdad de oportunidades en el acceso al empleo público. De sus informes periódicos obtenemos recomendaciones para subsanar pequeñas incidencias y mejorar el control y la gestión que son analizadas para su incorporación en nuestras actividades. Tal es el caso de la realización de algunos arqueos de cuenta adicionales a los que veníamos realizando, la formalización de documentos contractuales en los casos de prórroga de contratos, mejoras en los criterios de adjudicación, etc.

Por otro lado, aunque el peso relativo de nuestras compras es reducido (inferior al 10% del gasto total), nuestra política de apoyo a proveedores locales se manifiesta en los pliegos de cláusulas administrativas utilizados en los contratos públicos que realizamos. Los criterios de adjudicación se basan en el precio y en otros factores técnicos y de calidad del suministro o servicio a contratar. Desde hace años, nosotros incluimos la implantación en Gipuzkoa, acreditada por la existencia o radicación de la sede central o sucursales, de las empresas entre los factores a valorar en las ofertas. En los últimos contratos adjudicados del servicio de mensajería (2001-2002) y del servicio de seguridad (2003, 2005) se asignaba un 10% de la valoración total de la oferta a la implantación de la empresa en Gipuzkoa. Otro 10% se asignaba en función de la acreditación de certificaciones o distinciones de calidad (ISO, EFQM).

En lo que afecta a nuestra **implicación activa con la comunidad** en la escala derivada de nuestra reducida dimensión organizativa, hay que señalar que en el año 2000 SMEG se asoció a Euskalit para colaborar en el fomento e impulso de la calidad, para lo que nuestro DdG se integra en el Club de Evaluadores y en 2004 participamos en el programa de becas para la formación en Calidad Total colaborando en la formación práctica de una persona. Además, según lo expuesto en 8.a, un indicador indirecto de esta implicación lo constituye el número de personas universitarias que reciben formación en nuestros centros, que es importante y tiene carácter estable como puede verse en la tabla 3.b.2. Desde 1998 hemos colaborado en la formación de más de 250 profesionales de diferentes ramas o especialidades: Psicología, Trabajo Social, Médico de Familia.

En función de las necesidades del servicio, el Acuerdo de condiciones de trabajo prevé permisos no retribuidos pero con reserva de puesto para los profesionales que quieran colaborar en misiones humanitarias de ONG's en países del tercer mundo. En los últimos años, SMEG ha apoyado estas iniciativas autorizando al menos a 3 trabajadores solicitantes para la realización de este tipo de actividades solidarias, habiéndose sustituido su ausencia para no reducir la atención a nuestros pacientes. En esta misma línea, en 2000 se creó la ONG "**Fondo 0,7%**", para recaudar fondos e impulsar proyectos humanitarios en países pobres, promovida por empleados públicos de la Administración de la CAPV a la que Osakidetza prestó su apoyo a través de todas sus organizaciones. El apoyo se concretó en la difusión y soporte de la campaña de captación de socios a través de las Gerencias de cada organización. Además incluía el compromiso de incorporar la recaudación de la cuota mensual de cada socio a través del sistema de nómina para su posterior abono a la entidad "Fondo 0,7%". Desde entonces, un promedio de 13 profesionales de la organización se mantiene como socio del citado Fondo y nuestro departamento gestiona las altas y bajas de los socios que pertenecen a SMEG, realiza los descuentos en nómina por el importe de sus cuotas de aportación al Fondo y prepara la liquidación mensual para la emisión de la orden de abono por el monto total de las aportaciones.





## Resultados clave

9

# 9. Resultados clave

Los resultados clave son los que representan el grado de cumplimiento de los factores de éxito previstos en el Proyecto de Gestión de SMEG (Misión, Visión y Valores), intentando medir el nivel de respuesta a las necesidades de los principales grupos de interés implicados en nuestra Organización. El Plan Estratégico para el período 2002-2006 declara que nuestras actividades se deben realizar respondiendo a “*los principios de accesibilidad, eficiencia y calidad basada en procedimientos de eficacia probada*”. En el citado documento se priorizan los factores clave de éxito como se puede ver en la siguiente tabla:

En definitiva, ello significa que nuestros resultados clave consisten en lograr mejoras en el estado de salud de los ciudadanos destinatarios de nuestra oferta de servicios de asistencia psiquiátrica con una utilización eficiente de los recursos disponibles. El grado de avance de los objetivos estratégicos se mide a través de una serie de indicadores que reflejan los datos de gestión para su análisis mensual y, por supuesto, anual con la revisión del Plan de Gestión, documento que contiene los datos previstos de actividad global, financiación y compromisos de calidad fijados en el CP y los pactados con la OC.

Los objetivos planificados del área económica se basan en la mejora de la eficiencia de los recursos, el equilibrio financiero y económico, en la ejecución del presupuesto objetivo y en el crecimiento entendido como el progresivo aumento de los recursos destinados para la atención de las necesidades de salud mental en Gipuzkoa.

Identificamos como mejor modelo de referencia para las comparaciones en general a las Organizaciones de salud mental extrahospitalaria de nuestro entorno y, en concreto, a la Organización de Salud Mental Extrahospitalaria de Araba por ser destacada en su sistema de gestión habiendo obtenido la Q de Oro. Sin embargo, puesto que cada organización establece sus propios resultados clave en función de sus objetivos estratégicos, líneas de acción prioritarias y sistemas de medición, normalmente es difícil encontrar indicadores comparables. Por ejemplo, los

## Factor clave de éxito

1. Accesibilidad del servicio
2. Profesionalidad técnica y relacional
3. Gama de servicios y recursos
4. Garantía de continuidad de cuidados
5. Multidisciplinariedad y trabajo en equipo
6. Libertad de elección de profesional y centro
7. Confort de las instalaciones

resultados en relación con la eficiencia se establecen en función del esquema de asignación de costes que puede ser distinto en cada organización, incluso utilizando la misma herramienta (ALDABIDE) puesto que las organizaciones cuentan con autonomía de gestión. Esta consideración es aplicable al área asistencial por la ausencia de mediciones sistematizadas comparables en función de las características de cada Territorio aunque el liderazgo de la OC hace más factible la comparación de algunos resultados (demoras, altas, capacidad diagnóstica).

## 9.a Resultados clave del rendimiento

### RESULTADOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

Al igual que cualquier organización pública que no sea sociedad mercantil, el objetivo general consiste en lograr el binomio de eficiencia y equilibrio financiero y económico. Desde que Osakidetza se transforma en EPDP en el año 1998, en todas sus organizaciones se viene utilizando el Plan General de Contabilidad adaptado a las empresas de servicios sanitarios. Por ello, desde ese año, disponemos de las cuentas anuales de Balance y de Pérdidas y Ganancias para el análisis de la gestión económica de la organización. Osakidetza dispone de un Fondo de Compensación corporativo que sirve para impulsar la solidaridad entre sus organizaciones para equilibrar las cuentas aplicando el criterio de riesgo compartido. Es decir, las organizaciones que obtienen beneficios realizan aportaciones al FCC cuyo saldo se distribuye entre las organizaciones que han incurrido en pérdidas para evitar su descapitalización.

**Resultado económico y aportaciones al Fondo de Compensación (9.a.1; 9.a.2).-** El objetivo de SMEG consiste obtener un resultado económico igual a cero con una banda de oscilación del 1%. Como se evidencia en la Tabla 9.a.1, desde 1998, hemos logrado el objetivo de equilibrio económico obteniendo en la mayoría de los años un simbólico margen de beneficio para reforzar la solvencia patrimonial. Tan sólo en el año 2003 se incurrió en un déficit en la cuenta de Pérdidas y Ganancias ocasionado principalmente por el coste de las medidas de refuerzo de la seguridad del Centro Bitarte y por el proceso de homologación salarial incorporado en el contrato del servicio de limpieza. El % de beneficio o pérdida se mantiene siempre por debajo de la banda prevista de fluctuación. Consecuencia de ello es que, de forma continuada y sistemáticamente, hemos contribuido con aportaciones al

#### 9.a.1 Resultados económicos

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Pérdidas y ganancias</b>	20.948	42.421	6.072	37.300	25.486	-20.552	0
<b>Aportación fondo compensación</b>	10.474	24.199	6.070	22.380	20.389	0	0
<b>% Aportación al F. Compensación</b>	50%	57%	100%	60%	80%	00%	00%
<b>% Beneficio/pérdida</b>	0,47%	0,87%	0,12%	0,66%	0,44%	- 0,33%	0,00%

#### 9.a.2 Comparación resultados económicos

Pérdidas y ganancias	2000	2001	2002	2003	2004
<b>SMEA</b>	25.726	-112.154	80.118	-73.587	173.130
<b>SMEB</b>	-15.925	178.393	60.000	86.844	1.313
<b>SMEG</b>	6.072	37.300	25.486	-20.552	0
Aportación al FCC	2000	2001	2002	2003	2004
<b>SMEA</b>	27.833	-33.359	64.094	0	138.504
<b>SMEB</b>	-15.927	107.757	51.840	69.475	1.051
<b>SMEG</b>	6.070	22.380	20.389	0	0
% Bº s/Ventas	2000	2001	2002	2003	2004
<b>SMEA</b>	0,19%	- 0,71%	0,48%	- 0,43%	0,95%
<b>SMEB</b>	-0,17%	1,74%	0,55%	0,75%	0,01%
<b>SMEG</b>	0,12%	0,66%	0,44%	- 0,33%	0,00%

FCC para colaborar en la reducción de los resultados negativos de otras organizaciones. SMEG nunca ha recibido compensaciones del FCC porque el único año de pérdida ha sido de las más reducidas de Osakidetza. Tanto SMEA como SMEB han recibido alguna vez apoyo del FCC, si bien, dado el volumen de recursos que manejan (el triple y el doble respectivamente de los que maneja nuestra organización), han realizado desde 2000 una contribución neta positiva al mismo por importe superior a SMEG. A su vez, hay que tener en cuenta que las organizaciones de Osakidetza no buscan el objetivo de maximizar el beneficio anual sino que éste sea cero, como indicador del aprovechamiento de los recursos disponibles. En este contexto, la comparación del porcentaje del resultado económico de cada año es favorable a SMEG pues siempre es la más cercana a cero e inferior a los porcentajes de las otras dos organizaciones (9.a.2).

**Disciplina presupuestaria y crecimiento (9.a.3).-** Al igual que en el apartado anterior, nuestro objetivo de disciplina presupuestaria consiste en la utilización de los recursos económicos previstos en el Plan de Gestión con una banda de desviación inferior al 1%. El compromiso de gasto pactado con la OC para cada ejercicio se ha cumplido de forma sistemática dentro del margen de tolerancia del 1% antes citado tal y como puede apreciarse en la tabla 9.a.3 (% Ejecución), lo que no ha impedido la financiación de nuevos proyectos y mejoras según puede deducirse de la

evolución presupuestaria y del gasto real que siempre se han situado por encima de la tasa de inflación anual. Ello ha propiciado el crecimiento progresivo de nuestra organización necesario para absorber la demanda creciente de los últimos años y a la vez mejorar la calidad de los servicios y prestaciones ofertados a nuestros pacientes y usuarios. En la citada tabla puede observarse que el crecimiento real del gasto desde 1998 hasta 2004, es decir, el crecimiento cifrado en el valor equivalente del euro en el año 1998 para suprimir el impacto de la variación de precios, se ha situado en el 71,7%. Este crecimiento real representa una tasa cercana al 12% anual.

Por el lado de las inversiones, mantenemos nuestra orientación de rigurosa responsabilidad presupuestaria alcanzando de forma sostenida la ejecución al 100% dentro del margen de variabilidad establecido. La fluctuación de la inversión anual se debe a las dotaciones extraordinarias para la creación de nueva sede para el CSM Antiguo y el EPI de Donostia (2001-2002). Desde 1998, la OC incluye una dotación anual para la adquisición de equipos de informática con destino a las unidades asistenciales para completar la informatización de todos los puestos en 2006. Todo ello viene a consolidar la tendencia de mejora y crecimiento real de nuestra organización.

**Eficiencia económica (9.a.4).-** Pese a no disponer de una medida adecuada de control de costes para cada tipo de

<b>9.a.3 Disciplina presupuestaria y crecimiento</b>							
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Presupuesto de Gasto</b>	4.480.726	4.850.516	5.263.039	5.624.836	5.874.698	6.248.444	6.688.799
<b>Gasto Real</b>	4.497.729	4.812.725	5.257.838	5.626.854	5.876.007	6.295.046	6.729.091
<b>% Ejecución del presupuesto</b>	100,4%	99,2%	99,9%	100,0%	100,0%	100,7%	100,6%
<b>Tasa de crecimiento del gasto</b>		7,0%	9,2%	7,0%	4,4%	7,1%	6,9%
<b>Crecimiento real del gasto (Euro kte)</b>		<b>4,0%</b>	<b>15,7%</b>	<b>30,4%</b>	<b>41,6%</b>	<b>55,6%</b>	<b>71,7%</b>
<b>Inversión</b>							
<b>Inversión real</b>	89.692	43.067	179.979	486.019	82.440	102.919	120.812
<b>% Ejecución plan de inversiones</b>	100,00%	99,82%	100,00%	99,92%	100,00%	100,00%	99,56%
<b>Tasa de crecimiento de la inversión</b>	32,52%	- 51,98%	317,90%	170,04%	- 83,04%	24,84%	17,39%

<b>9.a.4 Eficiencia económica</b>								
		<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Financiación media por habitante</b>	€	7,12	7,43	7,44	7,95	8,3	8,9	9,5
<b>Coste medio por paciente tratado</b>	€	285	290	287	289	287	290	305
<b>Crecimiento coste medio por paciente</b>			1,75%	- 1,03%	0,70%	- 0,69%	1,05%	5,17%
<b>Varación real coste medio por paciente</b>			- 1,11%	- 5,90%	- 7,74%	- 11,90%	- 13,23%	- 11,57%
<b>Coste medio a precios constantes</b>	€	285	282	268	263	251	247	252

<b>9.a.5 Venta de servicios a terceros</b>							
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Facturación de servicios a terceros</b>	10.232	13.142	19.510	17.335	22.748	26.543	26.283
<b>Actividades docentes</b>	878	526	902	16.720	7.431	431	13.352
<b>Facturación total a terceros</b>	11.110	13.668	20.412	34.055	30.179	26.974	39.635
<b>% s/ presupuesto</b>	0,25%	0,28%	0,39%	0,61%	0,51%	0,43%	0,59%

actividad sanitaria en nuestro ámbito extrahospitalario, a lo largo de estos años hemos ido mejorando el sistema de distribución de costes por programas asistenciales para obtener elementos de medición que, si bien son imperfectos por tratarse de valores promedio, nos permiten analizar la evolución del resultado de la gestión realizada y, consecuentemente, lograr avances significativos en la eficiencia de nuestras actividades sanitarias y asistenciales. Puesto que nuestra financiación está ligada a la cobertura asistencial a la población, (medida a través del número de Tarjetas Individuales Sanitarias -TIS- ponderada en función de factores relacionados con el envejecimiento de la población y otros), anualmente se obtiene el coste medio por habitante que, como puede observarse en la tabla 9.a.4, ha ido creciendo ligeramente por debajo del aumento anual de los gastos totales debido a ligeros aumentos de la población protegida. De este modo, de forma sostenida desde 1998 hemos logrado mejorar la dotación económica destinada a cubrir las necesidades psiquiátricas de la población que tenemos asignada con aumentos superiores al crecimiento acumulado de precios. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el periodo 1998-2004 la variación acumulada del IPC se cifra en el 21% mientras que nuestra asignación media por habitante ha crecido un 33%.

A pesar del significativo aumento (39,3%) del número de pacientes tratados en el periodo 1998-2004, el coste medio

por cada paciente casi se ha mantenido habiendo crecido tan solo un 7% en el periodo considerado. Es evidente que ello refleja un resultado excelente en la mejora de eficiencia de nuestros servicios sobre todo teniendo en cuenta que, si analizamos el dato a precio constante (eliminando el efecto de la variación de precios por el aumento del IPC de cada año), hemos logrado disminuir el coste todos los años obteniendo una reducción neta del 11,57% en seis años. No debe olvidarse que nuestro crecimiento real del gasto (9.a.3) en el citado periodo ha sido del 71,7% a precios constantes.

**Venta de servicios a terceros (9.a.5).-** La facturación de servicios sanitarios a terceros se produce cuando nuestras unidades prestan asistencia a pacientes no cubiertos por el Sistema Nacional de Salud y que son asegurados de otras compañías de seguros. También se produce por resoluciones del INSS o sentencias judiciales que califican algunos procesos de enfermedad como derivados de accidentes o enfermedades profesionales. En estos casos, debemos aplicar los precios públicos o convenios aprobados por Osakidetza para cada año. Además, nuestra orientación hacia la docencia externa ha posibilitado la obtención de recursos adicionales que vienen a reducir la necesidad de financiación pública de nuestros servicios. Aún siendo poco significativo el nivel de recursos obtenidos por estas vías en relación al volumen total, supone un

incentivo para toda la organización que se traduce en motivación para los profesionales y en un mejor aprovechamiento de los servicios públicos implicando un elevado grado de responsabilidad sobre los mismos, que repercute en los ciudadanos que contribuyen con sus impuestos a la financiación de nuestras actividades.

El resultado de todo ello puede apreciarse en la tabla 9.a.5 que refleja que los ingresos por venta de servicios a terceros han pasado de representar el 0,25% en 1998 al 0,59% en 2004, fruto de los esfuerzos realizados en todos los ámbitos de nuestra organización. Excepto una ligera disminución en 2001, los ingresos por prestación de servicios sanitarios a terceros han crecido progresivamente desde 1998 hasta casi triplicarse en 2004 respecto de los obtenidos en 1998. Como ejemplo destacable de la facturación por actividades docentes, en 2001 se realizó una formación de personal de residencias asistidas para mayores diseñada por SMEG y a cargo de nuestros profesionales; en 2002 nos encargamos del reciclaje de personal de la Cruz Roja de San Sebastián en el proceso de su transformación en Centro Sociosanitario; en 2004 se ha realizado algo similar con el personal del Hospital de San Juan de Dios de San Sebastián para su conversión desde un hospital médico-quirúrgico a un hospital monográfico de psiquiatría de media estancia.

Es necesario matizar que no hacemos referencia a la ejecución de los ingresos por CP puesto que, al tener carácter capitativo, la facturación y recaudación anual coincide con el 100% de las condiciones económicas pactadas. Desde el año 2000, existe una contraprestación ligada al cumplimiento de objetivos de calidad (30.000-50.000 €) que todos los años hemos logrado al 100%.

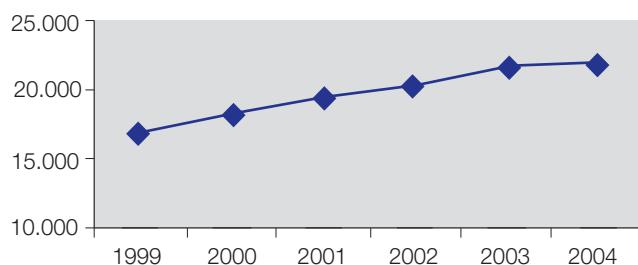
## RESULTADOS ASISTENCIALES Y DE ACTIVIDAD

Como ya ha sido señalado, nuestra financiación está ligada a la cobertura asistencial a la población del Territorio Histórico de Gipuzkoa más la población de Ermua, medida a través del número de Tarjetas Individuales Sanitarias -TIS- ponderada en función de factores relacionados con el envejecimiento de la población y otros. La orientación de nuestra actividad asistencial tiene su primer punto de referencia en el Plan de Salud establecido por el Departamento de Sanidad tras el análisis de las condiciones y necesidades de salud de la población; regulándose nuestra actividad mediante los indicadores establecidos en el CP anual.

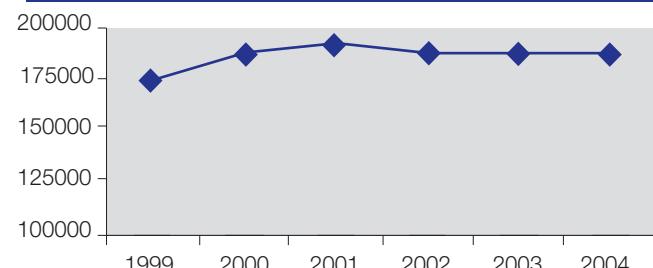
## CENTROS DE SALUD MENTAL Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Desde el año 1999, enmarcado dentro de los procesos de reflexión de los dos planes estratégicos elaborados hasta el momento actual, una de las mayores amenazas percibidas por los profesionales de la Red era la tendencia a la

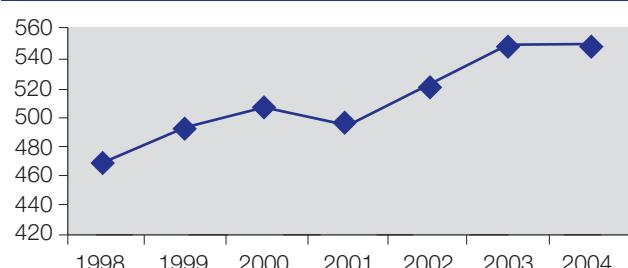
### 9.a.6 Evolución del número anual de pacientes atendidos



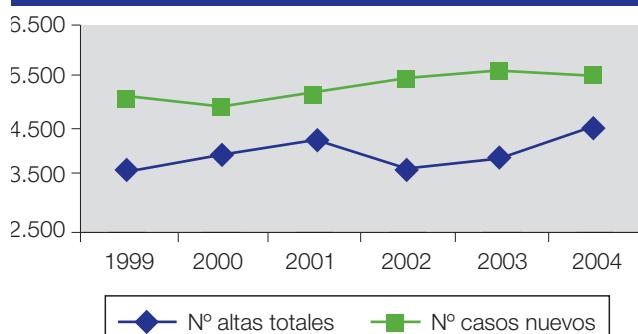
### 9.a.7 Evolución total del número de consultas



### 9.a.8 Evolución del número de pacientes atendidos por psiquiatra y año



### 9.a.9 Evolución del número anual de inicios y altas



psiquiatrización y psicologización excesiva de lo que se ha dado en llamar “problemas de la vida diaria”. Nuestra clara vocación y ubicación como servicio especializado dentro del sistema sanitario nos hicieron apostar por un modelo de asistencia centrado en la eficiencia y dedicado a potenciar la

<b>9.a.10 Resultados de actividad de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica</b>						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Pacientes</b>	130	130	136	119	148	142
<b>Casos nuevos</b>	64	86	99	55	73	62
<b>Altas</b>	88	57	55	79	72	51

atención a las patologías más graves liderando los procesos de continuidad de cuidados. Como consecuencia de esta definición, nos planteamos como objetivo la estabilización del número total de consultas en márgenes de rendimiento elevados pero que permitiesen un tiempo de atención suficiente así considerado en las encuestas de satisfacción de pacientes, y el mantenimiento de un incremento controlado de casos anuales en tratamiento, mediante la mejora de la interacción con Atención primaria (ver 4) que permitiera una mejor detección de los casos psiquiátricos, la estabilización del número de casos nuevos remitidos a tratamiento y la derivación de casos ya estabilizados en SMEG para finalización de tratamiento en AP. Esto permite el tratamiento de los casos de una manera más eficiente.

### ESTRUCTURAS INTERMEDIAS

No resulta posible establecer comparaciones en este ámbito dada la diversidad de estructuras y formas de catalogarlas existentes; pues, bajo el mismo título se encuentran realidades diferentes y viceversa incluso en el ámbito de la propia Comunidad Autónoma Vasca. Este aspecto está siendo revisado en el momento actual, a fin de

establecer un modelo de nomenclatura común que permita las comparaciones posteriores. El Territorio Histórico de Gipuzkoa presentaba un déficit histórico en este tipo de estructuras, derivado del hecho de carecer de estructuras hospitalarias propias que, en el resto de Territorios, fueron el foco de creación de las mismas. Ello ha motivado un trabajo mayor en la búsqueda de alianzas con otros agentes que intervienen en la atención a las necesidades de la persona con enfermedad mental (ver 4) a fin de incrementar este tipo de recursos en forma de Centros de Día sociosanitarios en los que intervenimos directamente. Dentro de las estructuras intermedias propias, SMEG mantiene, básicamente, dos tipos de estructuras: Hospital de Día, Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica/Unidad de Día. Una tercera estructura inicialmente catalogada como Taller Terapéutico es asimilable, por sus contenidos y tipología de pacientes a las Unidades de Día. Algunos datos de actividad se presentan en las tablas adjuntas.

## 9.b Indicadores clave de rendimiento

### USO DE RECURSOS ECONÓMICOS

**Coste medio por consulta (9.b.1).**- Siendo una medida imperfecta pues agrupa diferentes tipos de intervención, a través del sistema de contabilidad analítica, desde hace años se calcula el coste medio de la consulta para cada uno de los programas asistenciales que ofrece una valoración

<b>9.a.11 Estancias en Estructuras intermedias</b>							
				2001	2002	2003	2004
<b>Hospital de día</b>	<b>Zumárraga</b>			-	-	1503	2230
	<b>URP Donostia</b>			6355	6324	7473	9214
<b>Unidad de rehabilitación</b>	<b>UD Rentería</b>			2852	2543	2943	2837
<b>Psiquiátrica/Unidad de día</b>	<b>UD Beasain</b>			861	631	944	2851
	<b>UD Irún</b>			1595	1324	2263	2300
<b>Total</b>				<b>11663</b>	<b>10822</b>	<b>13623</b>	<b>17202</b>

<b>9.b.1 Eficiencia asistencial: coste medio de consulta por programa</b>							
Deskribapena	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Psiquiatría adultos</b>	33	31	34	31	32	33	32
<b>Psiquiatría infanto juvenil</b>	42	45	47	40	46	43	43
<b>Alcoholismo</b>	-	-	26	26	25	30	26
<b>Toxicomanías</b>	17	15	15	15	20	25	27
<b>Metadona</b>	13	11	13	13	17	22	26
<b>TCA</b>	40	36	46	54	54	51	50
<b>Ter. Ocupacional / Rehabilitación</b>	28	33	26	30	37	28	27
<b>Coste medio global</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>32</b>

<b>9.b.2 Saldos de dudoso cobre</b>			
	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Importe impagados</b>	679	822	475
<b>% s/ Facturación a terceros</b>	2,25%	3,05%	1,20%

aproximada sobre la evolución del coste de la actividad sanitaria de nuestras unidades. La mejora de la productividad de nuestros profesionales constatada a través de diversos indicadores (consultas por profesional, altas, capacidad diagnóstica, derivación a primaria, estancias en H. Día/ URP/ UD, etc.) unido a un mejor uso de los recursos materiales y económicos genera como resultado una evidente mejora de la eficiencia técnica o asistencial logrando un comportamiento moderado del coste unitario global y para cada programa de intervención, según puede apreciarse en la tabla 9.b.1, cuyos datos están expresados en euros. Tan sólo en el programa de toxicomanías y en el de dispensación de metadona se produce una tendencia de aumento a partir de 2001. En el primer caso originado por la disminución de la demanda y en el segundo debido a la necesidad de reforzar las medidas de seguridad (físicas y organizativas) para neutralizar la proliferación de conflictos por parte de algunos pacientes que realizan el tratamiento como cumplimiento alternativo a la pena de prisión. Sin embargo, hay que considerar que ambos programas absorben únicamente el 14% de los recursos totales utilizados en cada ejercicio.

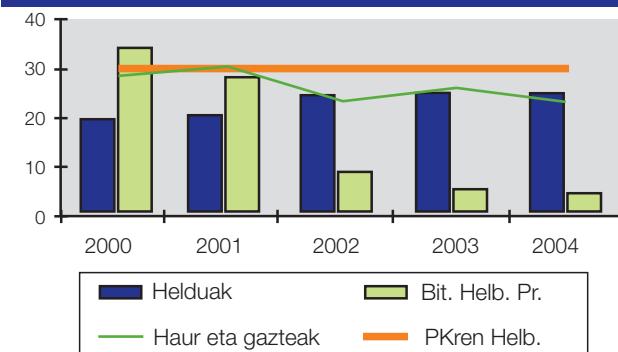
**Gestión de cobro y morosidad (9.b.2).-** Excluyendo la facturación y cobro de la contraprestación económica derivada del CP que se realiza al 100%, la gestión del cobro de las ventas de servicios a terceros se realiza de tal modo que los saldos de dudoso cobro o los que se declaran incobrables son muy reducidos y compuesto normalmente por partidas de poca entidad. En los últimos años, el importe global que se ve afectado por estas situaciones no excede del 3% del volumen de facturación a terceros, lo que refleja la eficacia del proceso de facturación y gestión de cobros en apoyo de los objetivos de la organización. Por lo demás, puede considerarse que apenas se produce morosidad en los derechos a cobrar pues, aunque alguna entidad incurre en ligeros retrasos, se trata normalmente de demoras en la

verificación de cargos de aseguradoras que mantienen una relación estable con las organizaciones de Osakidetza.

**Tesorería (9.b.3).-** En el criterio 4 se ha expuesto que nuestra Organización fue autorizada a disponer de Tesorería descentralizada en el año 2000. El efecto sobre nuestras cuentas se evidencia en la Tabla 9.b.3 donde puede comprobarse el aumento notable de los ingresos financieros, fruto de las condiciones del Acuerdo de la Administración de la CAPV con las entidades financieras. De este modo, SMEG se responsabiliza de su gestión reflejándose en la cuenta de Pérdidas y Ganancias.

**Tasa de sustituciones (9.b.4).-** Las sustituciones del personal son importantes para que el servicio a los pacientes no se resienta de forma significativa. Por ello, la política de sustituciones se ha ido ajustando a lo largo de los años para cubrir aquellas necesidades que no pueden solventarse de otra manera, teniendo en cuenta que para facultativos normalmente no pueden hacerse contrataciones de pocos días pues no permite establecer la necesaria empatía con los pacientes. Nuestro objetivo se basa en que el gasto en sustituciones expresado como porcentaje sobre el gasto total de personal no rebase el índice de bajas por IT más un punto adicional. Como puede apreciarse el objetivo se alcanza en la mayor parte de los años desde el año 2000. Es en 2004 cuando no se alcanza

### 9.b.5 Evolución Demora media para primera consulta

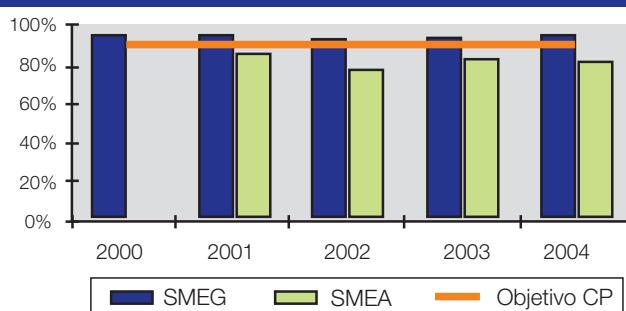


<b>9.b.3 Tesorería</b>							
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Posición a fin de año</b>	10.177	5.250	79.217	101.498	462.280	253.191	210.659
<b>Ingresos financieros</b>	355	234	17.938	28.578	21.190	12.941	8.452
<b>TAE</b>			% 3,89	% 4,00	% 3,04	% 2,18	% 1,91

### 9.b.4 Tasa del gasto en sustituciones de personal

	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>% Sustitución / Gasto Personal</b>	3,74%	3,75%	3,96%	5,18%	5,71%	5,42%	7,88%
<b>Objetivo: Tasa &lt; (% IT + % 1)</b>	3,60%	3,10%	4,30%	5,70%	6,00%	6,50%	7,40%

### 9.b.6 Tasa de pacientes con diagnóstico tras tres consultas



el objetivo debido al excepcional crecimiento de la IT como se ha explicado en el criterio 7.

### USO DE RECURSOS ASISTENCIALES

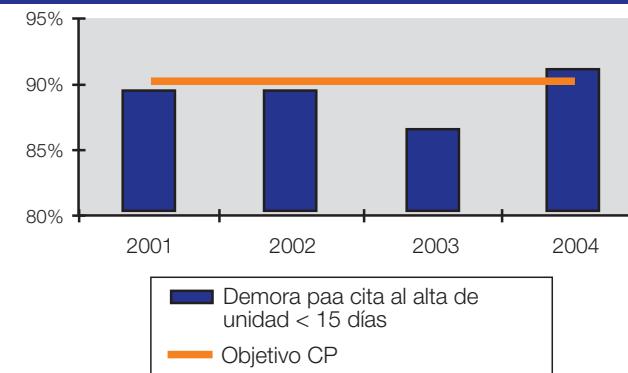
Recoge aspectos prioritarios para la población, identificados también como factores críticos de éxito, como pueden ser las demoras para primera consulta (accesibilidad), la capacidad diagnóstica de los profesionales y el número de consultas por paciente (capacitación profesional), la demora para cita tras alta hospitalaria (continuidad de cuidados), la tasa de altas médicas y derivaciones a Atención primaria para seguimiento y/o finalización de tratamiento (eficiencia y continuidad de cuidados), o la tasa de abandonos de tratamiento (eficiencia). Desde el año 2004, y fruto de los procesos de evaluación y aprendizaje derivados de las autoevaluaciones y del proceso de reflexión estratégica, se ha incluido en CP, a instancias de SMEG, una denominada Oferta Preferente que viene a regular y evaluar nuestras actuaciones en tres procesos concretos: asistencia a nuevos cuadros de psicosis, asistencia en el programa específico de TCA y la demora para cita tras alta hospitalaria como aspectos en los que incidir de manera especial.

### Accesibilidad. Demora media para primera consulta

**(9.b.5).-** Tradicionalmente, nuestro CP ha recogido la demora media como uno de los indicadores clave de rendimiento para su control y seguimiento. La figura adjunta muestra la evolución de este ítem a lo largo de los últimos cinco años, siendo el objetivo el que la demora media no supere los 30 días para la primera consulta. Se observa el mantenimiento de la demora en el caso de los programas de adultos en torno a los 25 días, observándose reducciones significativas en el año 2002, tanto en psiquiatría infanto-juvenil como en el Programa de Objetivos Intermedios; en este caso, mantenido hasta la actualidad. El proceso de análisis y mejora para la corrección de la demora media en psiquiatría infanto-juvenil ha sido expuesto en la figura 2.d.2

**Profesionalidad. Tasa de pacientes adultos con diagnóstico tras tres contactos (9.b.6).-** La necesidad de establecer una aproximación diagnóstica en un periodo breve de tiempo, que permita asimismo la instauración precoz de un plan terapéutico, es otro de los indicadores clave de rendimiento que SMEG controla mensualmente. El

### 9.b.9 Demora media para consulta tras alta hospitalaria



### 9.b.7. Contactos por paciente (excluye Metadona)

PSIQUIATRÍA GENERAL	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Pacientes diferentes	16.050	17.504	18.606	19.529	20.714	21.200
Contactos por paciente	8,29	8,35	8,15	7,96	7,77	7,75

### 9.b.8. Consultas por paciente, según grupo diagnóstico

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	VAR
Neurosis	5,8	6,1	6,2	6,0	6,1	6,1	6,0	3,4%
Otros	6,7	7,5	7,6	7,6	7,0	7,0	7,0	5,2%
Psicosis (Orgánica + Afectiva + Otras)	10,3	11,5	11,2	10,8	10,9	10,7	10,9	6,7%
Otras toxicomanías	14,1	14,1	14,2	14,8	14,3	12,8	12,0	-14,9%
Alcohol	9,6	11,3	11,6	11,3	10,8	8,8	10,3	7,6%
Trast. alimentación	8,5	10,1	10,3	9,6	9,0	8,3	8,4	-0,8%
Metadona	-	52,2	50,3	48,1	36,9	33,1	30,5	-41,6%

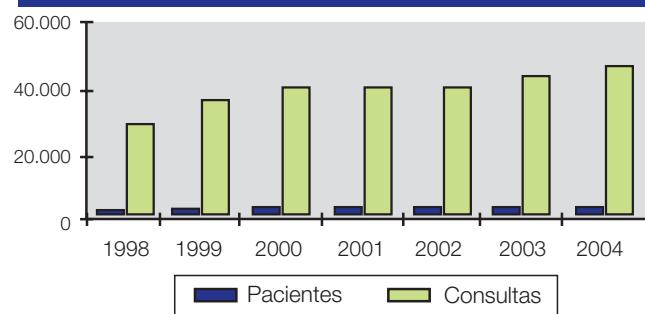
objetivo pactado con la DTS es del 90% de diagnósticos tras tres consultas; objetivo superado en los últimos cinco años, situándonos en el 95% como objetivo pactado en CP para el año 2005.

Profesionalidad. Contactos por paciente (9.b.7, 9.b.8).- La evolución del número de contactos anuales por paciente, tal y como se observa en la fig. 9.b.7, muestra una tendencia claramente descendente en relación con el incremento de pacientes diferentes en tratamiento. Con ser éste un dato global de una tendencia aparente hacia una menor intensidad de tratamiento; lo cierto es que hay que desglosarlo por grupos patológicos, a fin de conocer su significado real. Esta distribución, reflejada en la figura 9.b.8, muestra así cómo la reducción de contactos por paciente a nivel global se produce, en realidad, a través de la reducción en los casos de Toxicomanías y especialmente del Programa de Metadona. Esta situación es reflejo y consecuencia directa de los cambios en los hábitos de consumo que entre la población se producen en los últimos años. En cambio, vemos cómo la atención a los casos más graves (Psicosis) mantiene el número de consultas por paciente en los últimos cuatro años. Este dato lo entendemos como una clara demostración del nivel de profesionalidad y trato de nuestros profesionales que mantienen tasas similares de atención pese al incremento constante de casos en tratamiento señalado en 9.a.

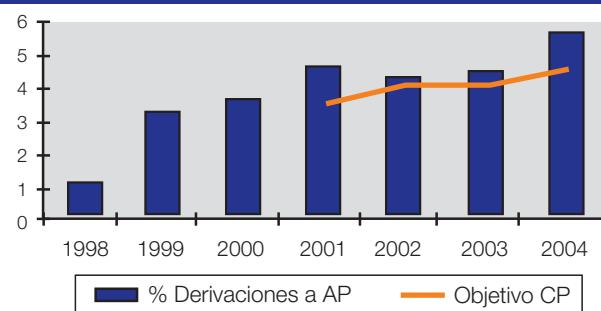
**Continuidad de cuidados. Demora media para consulta tras alta hospitalaria (9.b.9).-** Una de las vías de inicio del tratamiento en la enfermedad mental grave es, sin duda, la hospitalización psiquiátrica. Así, en el año 2004, un 37% de las hospitalizaciones en unidad de agudos en Gipuzkoa lo fueron en casos de pacientes nuevos. De ahí la importancia que SMEG ha dado al seguimiento al alta hospitalaria estableciendo un acuerdo de colaboración con el hospital Donostia (ver 4) a fin de asegurar una cita preferente para los pacientes que son dados de alta en su servicio de psiquiatría y trabajar así conjuntamente en la adecuada y necesaria continuidad de cuidados de los casos más graves. Su evolución se muestra en la figura adjunta, encontrándonos en el último año por encima del objetivo pactado. No se ofrecen comparaciones por ser éste un indicador sólo recogido en SMEG.

**Continuidad de cuidados. Atención a Psicosis (9.b.10).-** La atención a los pacientes más graves, como ya hemos señalado, es nuestra razón de ser como asistencia especializada. Por ello, y por el carácter menos demandante de este grupo de pacientes, es importante que el propio servicio asistencial refuerce su actuación y preserve su espacio para la atención. Dos líneas son importantes en este ámbito: por un lado la mejora en la detección e inicio de tratamientos, puesta de manifiesto por el total de casos en tratamiento en SMEG, y por el otro por el mantenimiento de la frecuencia de consultas pese al incremento de casos. Ambos aspectos pueden observarse en la figura adjunta,

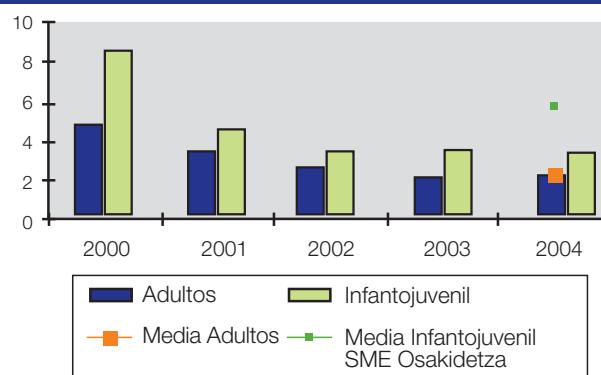
#### 9.b.10 Evolución de la atención a Psicosis



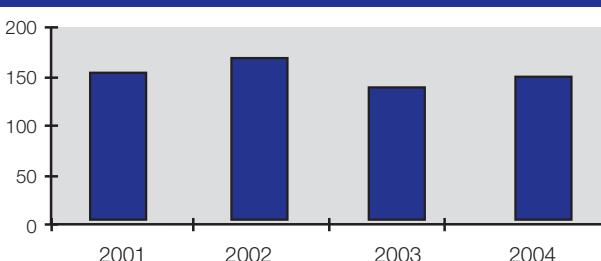
#### 9.b.11 Tasa de derivaciones a AP



#### 9.b.12 Evolución Tasa de abandonos/ altas voluntarias



#### 9.b.13 Total de casos nuevos atendidos fuera de su zona de referencia



siendo la media de consultas/paciente/año de 10.9 en 2004 en el caso de Psicosis, en comparación con una media de 6 en el caso de patologías más leves. Para el año 2005, hemos pactado con la DTS una frecuencia de 1 consulta/mes como objetivo mínimo en los casos nuevos de Psicosis

**Eficiencia y continuidad de cuidados. Tasa de derivaciones a Atención primaria para seguimiento y/o finalización de tratamiento (9.b.11).**- El incremento consensuado de las derivaciones a los servicios de Atención Primaria para la finalización del tratamiento, y nuestra intervención como consultores en algunos procesos psiquiátricos no complejos, ha sido un objetivo planteado por SMEG en el marco del CP desde el año 1999; si bien, no existió un objetivo cuantificado hasta el año 2001. Durante estos años, ha habido un trabajo continuado con los diferentes equipos de Atención Primaria tendente a establecer puentes de unión y criterios consensuados que ha dado como resultado la evolución observada en la figura adjunta. No es posible establecer comparaciones con otras Organizaciones similares, por no ser un dato de análisis en otras Organizaciones.

**Continuidad de cuidados. Altas Voluntarias/Abandonos (9.b.12).**- La continuidad de cuidados, definido como área prioritaria en SMEG, tiene una de sus formas de expresión en nuestra capacidad para mantener al paciente

en tratamiento el tiempo necesario. Desde esa idea, un aspecto de gran importancia para la Organización es la evaluación del porcentaje de altas voluntarias solicitadas por el paciente contra el criterio médico. La tabla adjunta muestra la evolución de este dato en los últimos cinco años, siendo la comparación posible únicamente en el año 2004 debido a un diferente sistema de medida utilizado por las organizaciones en años anteriores y corregido en la edición 2004 del informe de actividad asistencial psiquiátrica. En cualquier caso, puede observarse la tendencia de SMEG a la reducción de esta tasa hasta niveles derivados de las propias características de nuestra actividad.

**Libertad de elección de facultativo y centro (9.b.13).**- Si bien constituye un número pequeño en relación al número total de casos nuevos anual, creemos que la posibilidad de selección de terapeuta es un derecho que, en la medida de lo posible, debemos facilitar. Presentamos los datos de los pacientes nuevos que son atendidos en zonas diferentes a la suya de origen y que se mantiene estable en torno a los 150 casos anuales. Esto da idea, por una lado, de la existencia de dicha oferta; y, por otro, de la poca incidencia de esta necesidad que, a su vez, vendría a significar el acuerdo mayoritario con el terapeuta asignado en inicio. En el caso de pacientes ya en tratamiento que solicitan un cambio de terapeuta, esto se gestiona desde cada Centro sin existir un registro centralizado de los cambios generados.

# Glosario

# Glosario

<b>AA</b>	Auxiliar Administrativo
<b>ACABE</b>	Asociación contra la anorexia y bulimia de Euskadi
<b>AE</b>	Auxiliar de Enfermería
<b>AEN</b>	Asociación Española de Neuropsiquiatría
<b>AESMA</b>	Asociación Española de Secretariado
<b>AGIFES</b>	Asociación de familiares de enfermos psíquicos
<b>AGIPAD</b>	Asociación guipuzcoana para la prevención del abuso de drogas
<b>ALDABIDE</b>	Sistema Informático de Gestión Económico – Financiera
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>CAPV</b>	Comunidad Autónoma del País Vasco.
<b>CD</b>	Consejo de Dirección
<b>CE</b>	Comité de Empresa
<b>CIE 9 y 10</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CP</b>	Contrato Programa. Acuerdo de provisión y financiación de servicios sanitarios negociado con la Dirección Territorial del Departamento de Sanidad del GV (cartera de servicios, características de prestación, indicadores y condiciones económicas).
<b>CSM</b>	Centros de Salud Mental. Dispositivos ambulatorios donde son tratados los pacientes por un equipo multidisciplinar
<b>CSS</b>	Comité de Seguridad y Salud
<b>CT</b>	Consejo Técnico.
<b>DdG</b>	Director de Gestión
<b>DG</b>	Director Gerente
<b>DTSG / DTS</b>	Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa
<b>ED</b>	Equipo Directivo.
<b>EPDP</b>	Ente Público del Derecho Privado
<b>EPI</b>	Equipo de Psiquiatría Infantil
<b>ETS</b>	Escuela de Trabajo Social
<b>EVTF</b>	Escuela Vasca de Terapia Familiar
<b>FCE</b>	Factores Clave de Éxito
<b>FEA</b>	Facultativo Especialista de Área
<b>GIZABIDE</b>	Sistema Informático de Gestión del Personal.
<b>GV</b>	Gobierno Vasco
<b>H<sup>a</sup> C<sup>a</sup> / HC</b>	Historia Clínica
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>IPC</b>	Índice de Precios al Consumo
<b>IPDE</b>	Inventario de la Personalidad
<b>ISRS</b>	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotoninina
<b>IT</b>	Incapacidad Temporal
<b>JCSM</b>	Jefe de Centro de Salud Mental.
<b>LCAP</b>	Ley de Contratos de las Administraciones Públicas
<b>LOSE</b>	Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi
<b>MIR</b>	Médico Interno Residente (en formación).
<b>OC</b>	Organización Central de Osakidetza
<b>OMIE</b>	Asociación Vasca de Salud Mental
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPE</b>	Oferta Pública de Empleo.
<b>OSABIDE</b>	Sistema de Información Asistencial para Atención Primaria
<b>OSASUNA ZAINDUZ</b>	Proyecto de Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca. 1993

<b>P y E</b>	Política y Estrategia
<b>PE</b>	Plan Estratégico de SMEG.
<b>PG</b>	Plan de Gestión Anual de SMEG.
<b>PIR</b>	Psicólogo Interno Residente (en formación).
<b>PMM</b>	Programa Mantenimiento Metadona. Objetivos Intermedios
<b>PMMF</b>	Programa de mantenimiento con metadona en farmacias
<b>PRL</b>	Prevención de Riesgos Laborales
<b>RCP</b>	Registro del Caso Psiquiátrico
<b>SAP</b>	Sistema de Información Económico Financiera y Recursos Humanos
<b>SAPU</b>	Servicio de Atención al Paciente y Usuario.
<b>SI / SSII</b>	Sistema de Información
<b>SL</b>	Salud Laboral
<b>SMEA</b>	Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. Q oro 2005
<b>SMEB</b>	Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia
<b>SMEG</b>	Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa.
<b>SPHD</b>	Servicio de Psiquiatría del Hospital Donostia
<b>SVS</b>	Servicio Vasco de Salud
<b>TCA</b>	Trastornos de la Conducta Alimentaria
<b>TDH</b>	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
<b>TE</b>	Técnico Especialista
<b>TMS</b>	Trastorno Mental Severo
<b>UBP</b>	Unidad Básica de Prevención
<b>URP</b>	Unidad de Rehabilitación Polivalente

