

3.2.1 Sistema de gestión de la calidad según la norma ISO

C.Agusti, T.Gurrera, X. Fàbregas, D. Lopez A. Sanchez
Servicio de Farmacia Hospital de Mataró (Consorti Sanitari del Maresme)

3.2.2 Acreditación de hospitales por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Carmen Lacasa Diaz* y Elisa Caverro Rodrigo**

*Jefe de Servicio de Farmacia.

SCIAS Hospital de Barcelona. Grup Assistència.

**Coordinadora de programas de seguridad de paciente.
Fundación Avedis Donabedian.

3.2.3 Aplicación en un Servicio de Farmacia Hospitalaria Modelo de Gestión de Calidad EFQM.

Font Noguera I y Poveda Andrés JL.
Servicio de Farmacia Hospital Universitario La Fe Valencia



SUMARIO 3.2.1

1. NORMA ISO 9001:2000
2. ORGANIZACIÓN ENFOCADA A LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.
3. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.
4. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS
5. FASES PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO
EN UN SERVICIO DE FARMACIA.
6. POLÍTICA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA.
DEL HOSPITAL DE MATARÓ.
7. CERTIFICACIÓN
8. CONCLUSIONES
9. BIBLIOGRAFÍA

1. NORMA ISO 9001:2000

Las Normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices internacionales, creadas por la International Organization for Standardization, para el establecimiento de sistemas de gestión de la calidad. Esta organización, con sede en Ginebra, está compuesta actualmente por más de 140 cuerpos de estandarización, representando cada uno de sus miembros a un país diferente.

Dentro de las Normas ISO 9000:2000 cabe destacar la UNE ISO 9001:2000 que especifica los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), los cuales pueden utilizarse para su aplicación interna en distintas organizaciones.

La última versión de la Norma UNE ISO 9001:2000 incorpora ocho principios básicos para la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad todos ellos orientados a garantizar la satisfacción del cliente.

Principios básicos del Sistema de

Gestión de Calidad según Norma ISO:

1. • Responsabilidad y compromiso de la dirección
2. • Organización enfocada a la satisfacción del cliente
3. • Mejora continua: Medición, Análisis Y Mejora
4. • Enfoque basado en procesos
5. • Participación del personal
6. • Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones
7. • Enfoque del Sistema hacia la Gestión
8. • Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor

A continuación comentaremos los tres principios más importantes desde el punto de vista de la nueva Norma..

2. ORGANIZACIÓN ENFOCADA A LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

El Sistema ha de garantizar que se determinan y priorizan las necesidades y expectativas del cliente. (Fig 1)

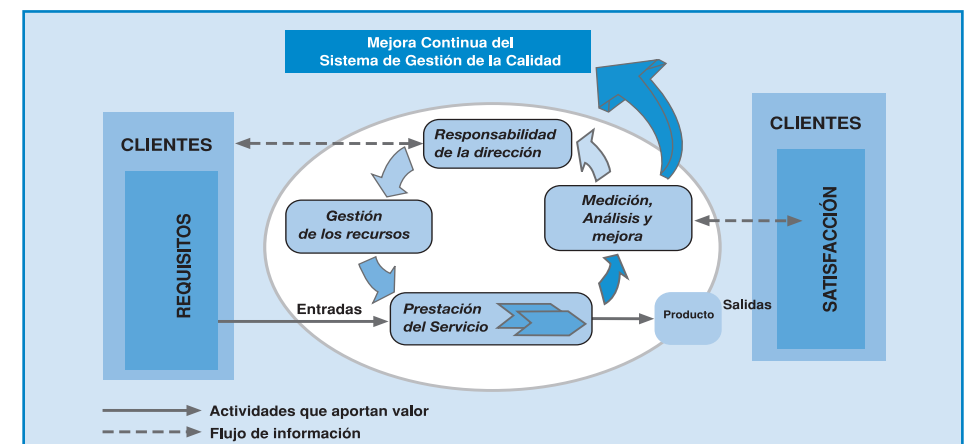


Figura 1. Modelo de un Sistema de gestión de Calidad basado en la satisfacción del cliente.

Esta figura muestra que los clientes juegan un papel importante para definir los requisitos como elementos de entrada. El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relativa a la percepción acerca de si la organización ha cumplido sus requisitos.

Los clientes potenciales de un Servicio de Farmacia son:

- ☐ Los pacientes y sus familiares.
- ☐ Personal asistencial (médicos, enfermeras etc).
- ☐ Estudiantes y farmacéuticos en formación.

Hay otros clientes que pueden ser incorporados según el interés de cada organización: Promotores de Ensayos Clínicos, Dirección; Gerencia; Otros centros sanitarios etc.

3. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.

Otro de los objetivos del SF ha de ser la mejora continua y para ello deberá definir, planificar e implantar actividades de medición, análisis y mejora para verificar que esta mejora se lleva a cabo correctamente.

Un Sistema de Gestión de Calidad debe planificar objetivos, responsabilidades, recursos y evaluar los resultados. (Fig.2)

Para ello se deberán definir y utilizar las diferentes metodologías adecuadas para implantar esta mejora:

- Cuestionarios de Satisfacción a clientes de los distintos procesos.
- Auditorías para detectar desviaciones de los procesos implantados.
- Registro de Incidencias o no conformidades: reclamaciones; errores; desviaciones de los procesos;

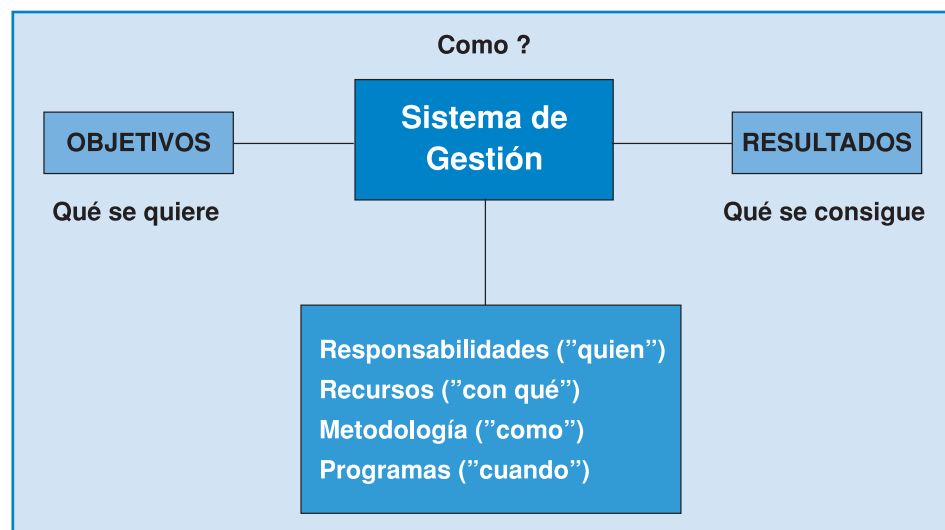


Figura 2 El Sistema de gestión como herramienta para conseguir resultados

incumplimiento de indicadores...

- Acción correctiva: La organización debe ejercer acciones que permitan eliminar la causa de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.
- Acción preventiva: El SF debe determinar acciones que permitan eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir que ocurran.

4. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

El "enfoque basado en procesos" consiste en la aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos y de su gestión,

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

La manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interacciones es a través del MAPA DE PROCESOS.

El mapa es una representación gráfica de todos los procesos de una organización.

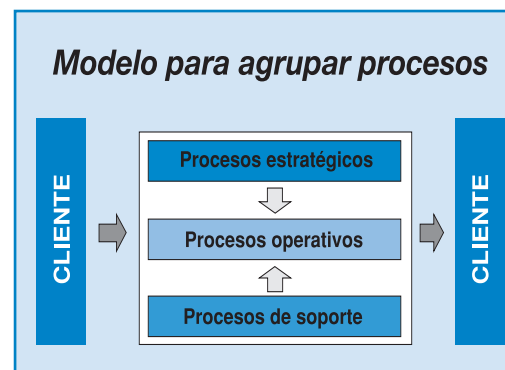


Figura 3. Ejemplo de agrupación de procesos

Los procesos pueden desglosarse en subprocesos, dependiendo de su nivel de complejidad. Los procesos se agrupan en: (Fig. 3) (Fig. 7)

1. **Procesos Estratégicos:** Gestionados por la dirección, definen estrategias y objetivos del SF.
2. **Procesos Operativos:** Son los que guardan relación directa con los usuarios, por lo que tienen un gran impacto sobre su grado de satisfacción. En los Servicios de Farmacia éstos son habitualmente los procesos asistenciales: Sistema Integral de Dispensación de Medicamentos, Atención Farmacéutica, Investigación y Docencia etc.
3. **Procesos de Soporte:** Destinados a apoyar al resto de procesos y a realizar la gestión del SF je: Proceso de Compras y Aprovisionamiento

La descripción de las actividades de un proceso se puede llevar a término a través del diagrama de flujo y la ficha del proceso (Fig. 4) (Fig.5) (Fig. 6)

Esta agrupación de procesos puede ser

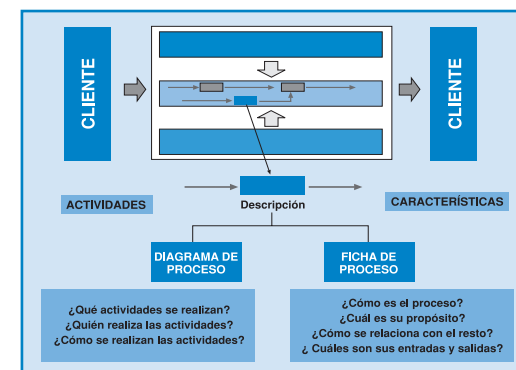


Figura 4. Esquema de descripción de procesos

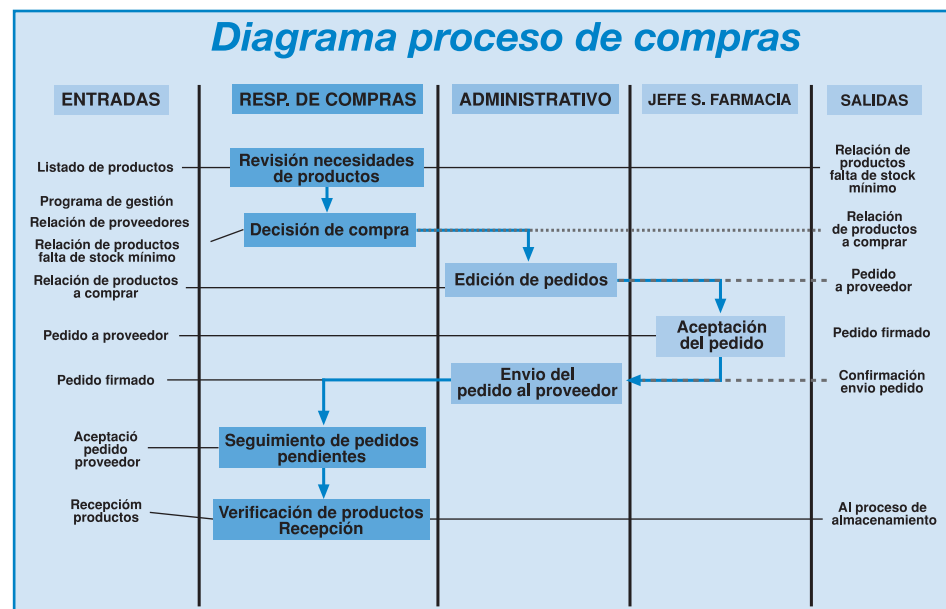


Figura 5. Diagrama de flujo de un proceso

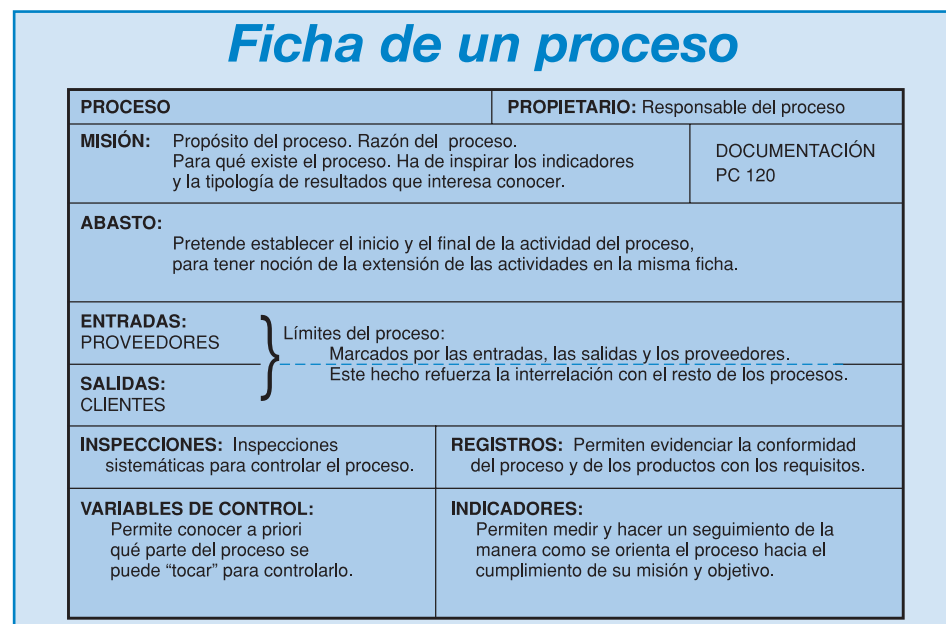


Figura 6. Ficha de un proceso

PROCESO	SUBPROCESO	PROCESO	SUBPROCESO
Gestión de la Calidad	Especificaciones prestación servicio	Servicio Integral Dispensación Medicamentos	Reenvasado
	Revisión del Sistema		Dispensación a pacientes hospitalizados
Gestión de los Recursos	Formación y descripción de los lugares de trabajo		Dispensación a pacientes no hospitalizados
Mejora continua	Valoración grado de satisfacción de los clientes		Distribución a estocs de Enfermería
	Tratamientos de las no conformidades		Distribución a otros centros
	Acciones correctivas y preventivas		Inspección en proceso
	Auditorías Internas	Atención farmacéutica	Participación en el Plan Terapéutico del paciente
	Comisiones		Información del tratamiento paciente al alta
Revisión solicitudes y Prescripciones	Estudio consumos y uso medicamentos	Aprovisionamientos	Gestión de los estocs y compras
	Revisión prescripciones farmacológicas		Evaluación proveedores
	Revisión solicitudes prestación de servicios		Recepción de productos
Científico - asesor	Validación Sanitaria	Control de la documentación y Registros	Almacenaje y conservación
	Investigación		Control de la documentación y datos
	Información de medicamentos		Control de los registros de calidad
	Docencia y Educación Sanitaria	Gestión de los equipos	Control de recetas
Servicio Integral Dispensación Medicamentos	Elaboración de fórmulas farmacéuticas		Controles de los equipos de inspección y ensayo. Mantenimiento.
	Elaboración de preparados estériles		

Figura 7 ■ Proceso estratégico ■ Proceso operativo ■ Proceso de soporte

distinta según el criterio de cada Servicio de Farmacia.

Un ejemplo sería la agrupación de procesos del Hospital de Mataró según certificado obtenido en el 2001.(Fig. 7)

Se diferencian en procesos estratégicos, procesos operativos y procesos de soporte.

Cada uno de estos procesos tienen asociados uno o varios subprocesos y estos a su

vez tienen adjudicado un farmacéutico responsable así como un indicador para su seguimiento.

Estos procesos deben representarse en un mapa general de proceso que nos muestra la interrelación de los mismos con sus respectivos indicadores. (Fig. 8)

A otro nivel se pueden ir detallando los subprocesos de cada uno de los procesos

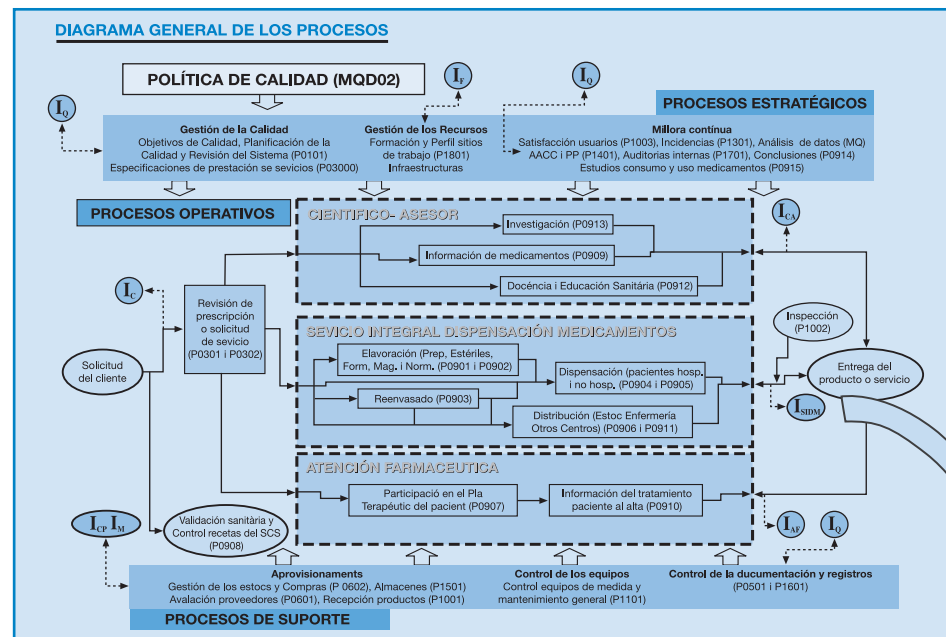


Figura 8. Mapa General de Procesos e indicadores del Hospital de Mataró (color verde)

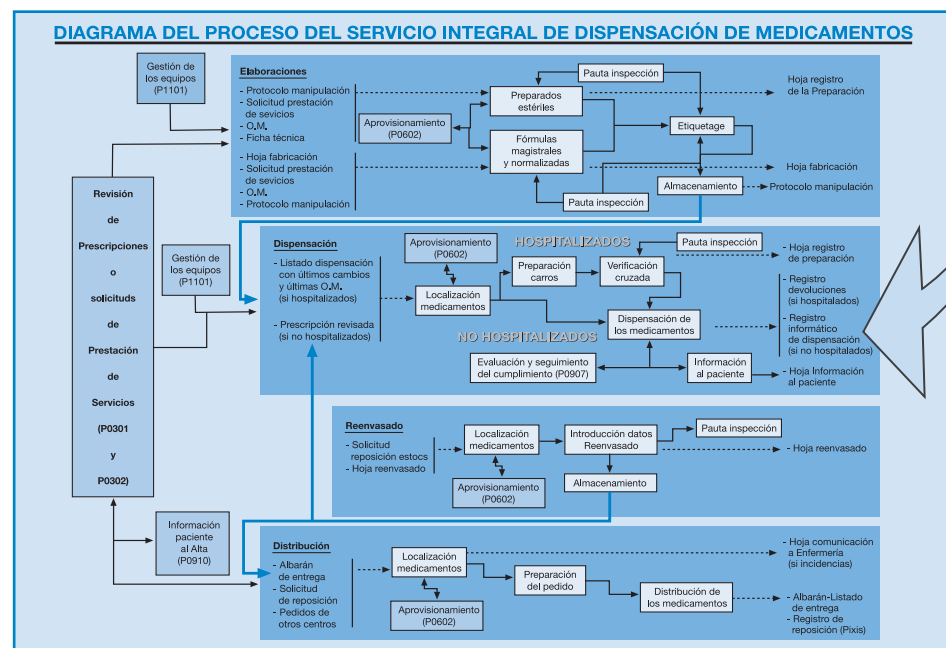


Figura 9. Proceso Servicio Integral de Dispensación de Med..

principales. Por ejemplo el Diagrama del proceso integral de Dispensación de Medicamentos del Hospital de Mataró. (Fig.9)

5. FASES PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO EN UN SERVICIO DE FARMACIA.

El proceso de implantación de la Norma ISO en un Servicio de Farmacia requiere del apoyo de la dirección del Hospital así como del responsable del Servicio y debe seguir una serie de fases que se describen a continuación:

En primer lugar se procede a la **identificación y definición de los distintos procesos y subprocesos del Servicio de Farmacia.**

A partir de esta identificación, se deben **analizar cada uno de los procesos** con la colaboración de los responsables y de todo el personal implicado, para definir a partir de la realidad, los distintos aspectos que deben ser modificados.

Es recomendable el soporte de una empresa asesora externa durante toda la implantación, ya que esto facilita enormemente todo el proceso y ayuda a conseguir la implicación de todo el personal del Servicio, factor indispensable para el cumplimiento de los objetivos marcados.

El establecimiento de **los indicadores sirve para medir la evolución del proceso** y las mejoras que pueden ser aplicadas.

A partir de la redefinición del proceso, debe procederse a la **implantación de los cambios**, consensuandolos con el personal implicado. Dicha implantación debe **ser seguida de cerca por sus responsables** hasta consolidar el proceso de cambio y que

éste se convierta en sistemático.

Este sistema de análisis debe ser realizado con todos los procesos identificados. A medida que se va avanzando, deben incorporarse también las herramientas del sistema de gestión de calidad (detección y registro de incidencias y quejas, acciones correctivas y preventivas, evaluación del grado de satisfacción de los clientes, etc.) que permitirán **sistematizar la realización de mejoras de forma continuada.**

Una vez se han desarrollado todos los procesos y se ha conseguido disponer de información de cada uno de ellos juntamente con los resultados de las acciones de mejora aplicadas, se debe proceder a **efectuar las auditorías internas por parte de personal ajeno a la actividad a auditar** y que van a servir para confirmar el adecuado funcionamiento del sistema de gestión o descubrir nuevos aspectos de mejora.

A partir de la **corrección de las desviaciones detectadas**, se está en disposición de solicitar a la entidad de certificación escogida, **la realización de la auditoria de certificación de acuerdo con la norma ISO-9001:2000.**

En el caso del Servicio de Farmacia la implantación del Sistema de Calidad fue para la totalidad de los procesos y se realizó con la ayuda de una empresa consultora que colaboró en su implantación. Este proceso duró 18 meses.

6. POLÍTICA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DE MATARÓ.

El Consorci Sanitari del Maresme es una

organización de provisión de Servicios Sanitarios que da cobertura a unos 215.000 habitantes a través del Hospital de Mataró de 346 camas; un Centro Socio Sanitario de 124 camas y tres Centros de Atención Primaria.

La Dirección del Consorci Sanitari del Maresme dentro del Plan de Calidad Total del Hospital, acordó como uno de los objetivos para el año 2001, la certificación según la Norma ISO de dos Servicios Centrales: Farmacia y Laboratorio del Hospital de Mataró.

La Política de Calidad del Servicio de Farmacia del Hospital de Mataró va dirigida a "Proporcionar Servicios a los clientes con el fin de contribuir a mejorar la calidad del proceso asistencial mediante una

atención individualizada que permita una farmacoterapia eficaz, segura y eficiente".

Anualmente se definen los objetivos de la Política de Calidad del SF que pueden variar en función de la incorporación de nuevas líneas y que para el año 2001 (año de la certificación) se fundamentaban en los siguientes objetivos.

a). Ajustarse a los estándares de calidad

Un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) mide el grado de ajuste a estándares predefinidos de los indicadores de los distintos procesos.

Periódicamente se hace el seguimiento de los índices de calidad definidos en base a la Política de Calidad del Sistema vigente. (Fig. 10)

INDICADORES DE CALIDAD DE PROCESOS			
INDICADORES	OBJETIVO ANUAL	PERIODICIDAD	
% cumplimiento objetivos de calidad	>80%	Anual	
% cumplimiento del Plan de formación	>70%	Anual	
Valoración global Ensayos Clínicos	>(8 sobre 10)	Anual	
Valoración global Encuesta Médicos	>(7 sobre 10)	Anual	
Valoración global Encuesta Enfermeras	>(7 sobre 10)	Anual	
Valoración global Encuest. Pacien.ambulat.	>(8 sobre 10)	Anual	
% Acciones correctoras resueltas	>90%	Mensual	
% Intervenciones aceptadas	>90%	Mensual	
% Solicitudes cerradas	>90%	Mensual	
% Recetas registradas	>99%	Anual	
% Consultas cerradas	>90%	Mensual	
Valoración global sesiones docentes	>(3,5 sobre 5)	Anual	
% N.Parentral Hipocalórica<7días	>90%	Mensual	
%Medicamento sin reenvasar	< 2%	Mensual	
% Errores en preparación de la medicación	<1%	Anual	
Valoración seguimiento NE domicilio	>(8 sobre 10)	Trimestral	
% Errores notif. con seguimiento realizado	>90%	Mensual	
% Interv.reajuste dosis aceptados. (Cr>1,5)	>70%	Trimestral	
% RAM con seguimiento	>90%	Mensual	
% Intervenciones Antibióticos aceptados	>80%	Cuatrimestral	
% Hojas Información Alta realizados	>7%	Mensual	
Importe mensajería por rotura de estocs	<250	Anual	
Índice rotación estocs	<12	Anual	
% Especialidades caducadas	<1%	Anual	
% Cumpliment mantenim. y calibración	100%	Anual	

Figura 10. Indicadores de Calidad del Servicio de Farmacia del Hospital de Mataró año 2001 (primer año de certificación)

En las reuniones mensuales que se realizan con el personal de farmacia se informa del seguimiento de los indicadores de calidad para así establecer acciones preventivas o de mejora del Sistema de Calidad.

b) Mejorar las actividades desarrolladas en el Servicio de farmacia (SF) con la realización de auditorias internas y acciones correctoras y preventivas.

Los farmacéuticos del SF recibieron formación por parte de la empresa consultora como auditores. Anualmente, durante el último cuatrimestre, los farmacéuticos realizan las auditorias internas siguiendo un programa preestablecido.

Estas auditorias se realizan mediante entrevistas y la observación de las prácticas implantadas en base a la documentación de su propio Sistema de Calidad y a los requisitos de la Norma de referencia ISO 9001: 2000.

Uno de los objetivos principales de las auditorias es conocer si hay **desviaciones en la aplicación** de todos los procesos y en caso de que las haya aplicar medidas correctoras y establecer el seguimiento de dichas medidas.

Hay que tener en cuenta que un SGC ha de poner en marcha mecanismos de **control de calidad** y esto puede implicar establecer un proceso de inspección final de los distintos procesos que garantice la calidad del producto final. Ejemplos: Revisión del carro de medicación, control de formulas magistrales y oficinales, nutrición parenteral, citostáticos, reenvasado etc....

En el SF del Hospital de Mataró el proceso de inspección final lo realiza una persona

distinta a la que ha realizado el producto final.

En el caso del proceso de dispensación de medicamentos, cada técnico es responsable de la preparación del carro de medicación de una Unidad de Enfermería. Una vez ha llenado los cajetines de su carro de medicación, otro técnico revisa el carro (Fig.11) anotando los errores observados en un impreso especial (Fig.12). En este caso el proceso de inspección es además un indicador de calidad.

La implantación de un programa informático de registro de incidencias con sus acciones correctoras, preventivas, además



Figura 11. Revisión carro de medicación

HOJA DE REGISTRO PREPARACIÓN CARRO MEDICACIÓN									
UNIDAD OBSERVADA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
PREPARACIÓN									
Errores:									
Omisión									
Exceso									
Cambio de un medicamento por otro diferente									
Otros:									
TOTAL ERRORES (unidades medicación)									
Información (traslado, nevera, mallorista, casa)									
TOTAL MEDICACIÓN PREPARADA									
Firma Preparador:									
Firma Revisor:									
INCIDENCIAS: (entrega, informática,...)									

Figura 12. Impreso seguimiento errores preparación del carro de medicación

de intervenciones y prestaciones de servicio ha permitido agilizar el registro, la búsqueda y explotación periódica de los indicadores. (Fig. 13 y 14).

c) **Mejorar los procesos de notificación de incidentes relacionados con la medicación (IRM): errores y reacciones adversas a medicamentos**

En Octubre del 2001 se puso en marcha un programa por intranet de notificación voluntaria IRMs (errores y reacciones adversas) en la todas las unidades (Fig. 15 y 16).

Este programa fue impulsado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica a

través de un Grupo de Trabajo pluridisciplinar (enfermeras, farmacéuticos y médicos)

Cada año aumentan los errores de medicación notificados que son analizados en las reuniones bimensuales de la Comisión de Prevención de errores de medicación. En los últimos 4 años se han notificado 523 errores. En las reuniones bimensuales de la Comisión se hace un análisis de las causas y se planifican acciones correctoras.

Los errores de mas relevancia clínica son notificados a la Societat Catalana de Farmacia Clínica de la ACMCB (www.erroresmedicacion.es)

para ser incorporados a sus bases de datos y ayudar así a llevar a cabo acciones preventivas generales.

d) Facilitar una comunicación periódica con los clientes con la finalidad de detectar posibles acciones de mejora

Las actividades de un SGC deben estar encaminadas en última instancia a lograr la satisfacción del cliente. Para ello, el SF debe identificar a sus clientes, conocer y comprender sus necesidades y expectativas con el fin de traducir éstas en requisitos.

La evaluación de la satisfacción del cliente requiere el seguimiento de la información relativa a la percepción del mismo acerca de sí el SF ha cumplido con sus expectativas.

Periódicamente se realizan encuestas a los clientes del SF (Médicos, Enfermeras; Pacientes Ambulatorios; Promotores de ensayos clínicos, y asistentes a cursos) con el fin de conocer cual es el grado de satisfacción y identificar las áreas susceptibles de mejora.

La metodología utilizada para los cuestionarios es distinta según el colectivo.

Médicos y enfermeras: Cada dos años se realiza una encuesta a médicos y enfermeras modificándose las preguntas en función de los objetivos y prioridades.

Cada dos años se reparten los cuestionarios de forma individualizada a través de las Secretarías de cada Unidad de Hospitalización

Pacientes con Nutrición Enteral Domiciliaria (NED): Se realiza anualmente una encuesta telefónica a todos los pacientes

ambulatorios con Nutrición NED.

Pacientes ambulatorios: Anualmente se entrega el cuestionario a cada paciente en el momento de la dispensación y una vez cumplimentada la deposita en una urna para garantizar la confidencialidad

Promotores de Ensayos Clínicos: Al cierre de cada Ensayo Clínico se entrega un cuestionario a los promotores que consta de 10 preguntas

Docencia: Al final de cada curso realizado o periodo de prácticas se entrega un cuestionario específico para cada colectivo.

El seguimiento de la Política de Calidad (resultado de las encuestas de los distintos colectivos; las acciones de mejora implantadas...) se documenta cada año en la Revisión del Sistema de Gestión de Calidad y en el **Manual de Calidad**. Esta documentación se revisará cada año durante la Auditoria Externa.

Estas auditorías las realizan **personal externo cualificado** mediante entrevistas y la observación de las prácticas implantadas en base a la documentación (Manual de Calidad, Revisión del Sistema y ficha de procesos) Todas las desviaciones detectadas se recogen en un informe de auditoría y se dispone de 13 semanas para **corregirlas**.

Cada año se realiza una auditoria externa de revisión y cada tres años se realiza una auditoria externa de renovación de la Certificación.

7. CERTIFICACIÓN

El Servicio de Farmacia del Hospital de Mataró obtuvo la certificación ISO 9001:2000 en Mayo 2001 (Fig. 17)

Microsoft

Inicio Paises Estatus Registros Historico Ayuda

Codi

Incidencias

Codi: 1

AREA: 1 DATA: 14/05/2010 ESTAT: PANCADA

REFERENCIA: A FARMACEUTIC: Eliu Agut

DESCRIPCIO: Pera Vella TECNIC: Jesús Antonio Alonso

CAUSA: 1

RESULTAT: 1

TEMPS: 30 Intervalo 8 Acord CORRESPREV Claus: ACORD CORRESPREV

Microsoft

Inicio Oficina 14/05/2010 12:29 PM

Figura 13. Registro de incidencias

[illegible]

Figura 14. Acción correctora

[illegible]

Figura 15. Programa Notificación R.Adversas

[illegible]

Figura 16. Programa Notificación Errores medicación



Figura 17. Certificado ISO 9001:2000 del Sistema de Gestión de Calidad del Servicio de Farmacia del Hospital de Mataró.

8. CONCLUSIONES

La implantación del SGC según la Norma ISO 9001:2000 supone una serie de ventajas para el funcionamiento de un Servicio de Farmacia tanto desde el punto de vista interno como externo.

Desde el punto de vista interno la Implantación de la Norma ISO ha significado:

- ☐ Mejorar la organización del trabajo
- ☐ Disponer de información objetiva de cada uno de los procesos (Incidencias, Indicadores...)
- ☐ Eliminar dudas en las funciones y actividades del personal en cada puesto de trabajo
- ☐ Conocer la opinión de todos los clientes del servicio

- ☐ Implicar a todo el personal en la mejora de los procesos de forma continuada

Desde el punto de vista externo:

- ☐ Mejorar la calidad del servicio prestado a todas las unidades (internas o externas)
- ☐ Mejorar las vías de comunicación que han facilitado la puesta en marcha de acciones de mejora conjuntas
- ☐ Dar seguridad y confianza a los clientes del servicio y a la dirección del Hospital

Las principales dificultades con las que se puede encontrar el Servicio de Farmacia durante la implantación son:

- ☐ Falta de tiempo para dedicarlo de manera óptima al proceso de implantación
- ☐ Posible falta de implicación del personal y resistencias al cambio de algunas personas.
- ☐ Falta de recursos suficientes para la solución de las dificultades detectadas
- ☐ Es recomendable solucionar estos problemas antes de iniciar la implantación ya que sino puede ser un obstáculo importante que impida la certificación final.

1. Guía per a una gestió basada en processos. Departament Treball, Indústria, Comerç i Turisme, CIDEM. Generalitat Catalunya. 2003
2. Guía de Gestión por procesos e ISO 9001:2000 en las organizaciones sanitarias. Osakidetza. Servicio vasco de salud.2004
3. ISO 9000:2000. AENOR
4. ISO 9001:2000. AENOR
5. Modelo EFQM de excelencia. www.efqm.org, www.clubcalidad.es
6. ISO/TC 176/SC 2/N544R. Guidance on the Process Approach to Quality Management. ISO. www.iso.ch/iso/en/iso9000-14000/iso9000/2000rev9.html
7. FD X 50-176 Process Management. AFNOR.
8. Trishchler, William E. Mejora del valor añadido en los procesos. Ediciones Gestión 2000, 1996.
9. Porter, Michael E. Estrategia competitiva. Compañía Editorial Continental, 2000.
10. Kaplan & Norton. Cuadro de mando integral. Gestión 2000, 1997.
11. Salgueiro, Amado. Cómo mejorar los procesos y la productividad. AENOR, 1999.
12. Hoyle, David; Thompson, John., Del aseguramiento a la gestión de la calidad: el enfoque basado en procesos.AENOR, 2002.
13. Marsh, John. Herramientas para la mejora continua. AENOR, 2000.
14. Mètodes IDEF. www.idef.com

SUMARIO 3.2.2

1. ANTECEDENTES
2. ACREDITACIÓN EN NUESTRO PAÍS
3. CLASIFICACIÓN DE FUNCIONES
4. USO DE LA MEDICACIÓN
5. ATENCIÓN NUTRICIONAL
6. RECOMENDACIONES AL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL
PARA LA ACREDITACIÓN POR JOINT COMMISSION
7. BIBLIOGRAFÍA



1. ANTECEDENTES

En 1917 el American College of Surgeons creó un programa de estandarización de hospitales y en la primera evaluación sólo 89 hospitales superaron los estándares revisados. Esta institución continuó ofreciendo el programa de acreditación a los hospitales de EE.UU. hasta llegar a acreditar en 1950 a 3.290 centros. Como el programa se había hecho muy grande, el Colegio se asoció a otras instituciones profesionales para formar la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias).

Esta organización fue fundada en el año 1951 como consecuencia de la fusión entre el Colegio Americano de Cirujanos, el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica de Canadá. Es una organización americana, independiente, sin ánimo de lucro, dedicada a la mejora de la calidad de la asistencia de las organizaciones sanitarias. Para llevar a cabo este objetivo la Joint Commission evalúa, acredita, aconseja y establece los requisitos que han de cumplir los centros asistenciales. Tiene como misión: “Mejorar la calidad de la asistencia que recibe el público a través de la acreditación sanitaria y otros servicios que apoyan la mejora de la calidad en las instituciones sanitarias.”¹

La gran experiencia y tradición en la acreditación de esta institución y en el indudable valor que tiene para los hospitales que están acreditados, ha originado la edición de publicaciones² que ayudan a las farmacias a cumplir los requisitos establecidos y cuya lectura recomendamos.

La Joint Commission acredita tanto a instituciones sanitarias americanas como del ámbito internacional. En estos centros se pretende iniciar un proyecto de mejora, con el compromiso de los líderes de la organización y con el progresivo compromiso de los profesionales para ponerlo en práctica. En Estados Unidos más de 5.000 hospitales han sido acreditados, entre los que se encuentran los centros más prestigiosos del país. En Europa, desde que se inició el programa Internacional en el año 2000, existen veinte hospitales acreditados, de ellos cinco son españoles.

La acreditación es un proceso por el cual una entidad externa, no vinculada a la organización y no gubernamental evalúa y decide si la organización sanitaria cumple los requisitos diseñados para mejorar la calidad de la atención. Es un proceso voluntario que se basa en unos estándares redactados después de un proceso de consenso profesional que representan la excelencia en la organización y funcionamiento del hospital. El proceso de acreditación requiere que desde el propio hospital se

planea la necesidad de realizar una evaluación interna que permita identificar los estándares que no cumple e intentar mejorarlos.

2. ACREDITACIÓN EN NUESTRO PAÍS

En nuestro país la Fundación Avedis Donabedian (FAD) realiza en colaboración con la Joint Commission las funciones de preparación e inspección para que una institución sanitaria pueda conseguir la acreditación. Su sede se encuentra en C/ Provenza 293, principal 08037-Barcelona, teléfono 932 07 66 08, Directora Dra. Rosa Sunyol,

Con periodicidad anual, la Joint Commission edita los estándares para los hospitales de EE.UU. que se van actualizando.³ Además esta institución tiene una división internacional que también edita el libro de sus estándares que se pueden adaptar mejor en países fuera de EE.UU. y que además está traducido al español.⁴

Más información sobre las actividades de la Joint Commission puede encontrarse en la página <http://www.jcaho.org> y en la página web de la Fundación Avedis Donabedian <http://www.fadq.org>

3. CLASIFICACIÓN DE FUNCIONES

A continuación se exponen las funciones y los estándares de la división internacional de la Joint

Commission necesarios para cada una de las funciones:

Sección I:

Estándares centrados en el paciente

- Acceso a la Asistencia y Continuación de la Asistencia
- Derechos del Paciente y de la Familia
- Evaluación de los Pacientes
- Asistencia a los Pacientes
- Educación del Paciente y de la Familia

Sección II:

Estándares de Gestión de la Organización Sanitaria

- Gestión y Mejora de la Calidad
- Prevención y Control de la Infección
- Gobierno, Liderazgo y Dirección
- Seguridad y Gestión de las Instalaciones
- Educación y Cualificaciones del Personal
- Gestión de la Información

Como podemos observar, una de las principales características de este sistema de acreditación es que va dirigida a los pacientes. Sus elementos de medición señalan en muchas ocasiones puntos críticos para su seguridad. No acredita departamentos o servicios clínicos por separado sino que obliga a trabajar en equipo a los diferentes especialistas de los centros

sanitarios para conseguir mejorar la calidad de la asistencia.

Este aspecto es muy positivo ya que con relativa frecuencia, diferentes servicios trabajan en las instituciones sanitarias con distintos objetivos. Trabajar con los estándares de la Joint Commission obliga a funcionar en equipo a todos los profesionales implicados para conseguir una mejor asistencia a los pacientes.

Nos centraremos en los estándares relacionados con el uso de la medicación y de la atención nutricional, es decir en aquellos en los que el farmacéutico juega un papel esencial. Estos estándares se encuentran dentro de la sección I (estándares centrados en el paciente), en el apartado de **Asistencia a los Pacientes**. Este apartado consta de las siguientes categorías:

- Asistencia a pacientes de riesgo
- Anestesia
- Asistencia quirúrgica
- Uso de la medicación
- Atención nutricional

4. USO DE LA MEDICACIÓN

El objetivo de los estándares incluidos en este apartado es que se garantice una utilización eficaz de los medicamentos para atender las necesidades de los pacientes.

1. Ley y normativas

El servicio de farmacia y el uso de medicación se ajustan a la ley y normativas vigentes.

2. Se dispone de una selección adecuada de medicamentos.

- a. Existe un método para supervisar el uso de la medicación y la Guía Farmacoterapéutica.
- b. Se dispone de un método para obtener medicamentos que no estén en almacén de farmacia.
- c. Si la farmacia está cerrada existe un circuito para obtener medicamentos.
- d. Hay medicamentos de urgencias que se controlan y se conservan de forma segura fuera de la farmacia (los carros de emergencia médica contienen todo lo necesario en perfecto estado y se garantiza mediante un precinto, controlando a diario el buen funcionamiento del desfibrilador)

3. La prescripción y la administración de medicamentos está regulada por normas y procedimientos.

- a. La organización identifica al personal cualificado autorizado para prescribir o recetar medicamentos y al personal autorizado para administrarlos.
- b. La automedicación del paciente, el control de las muestras de medicamentos y el uso de medicamentos que el paciente o sus cuidadores traen a la organización están regulados por normas y procedimientos.
- c. La preparación, manipulación, conservación y distribución de la nutrición enteral y parenteral están regulados por normas y procedimientos.
- d. La conservación, distribución, manipula-

ción y suministro de los radiofármacos y medicamentos de investigación están regulados por normas y procedimientos.

4. Los medicamentos se almacenan, se preparan y se suministran en un entorno seguro y limpio.

- a. La conservación, preparación y suministro de medicamentos son supervisados por personal farmacéutico y técnico con la debida titulación.
- b. Se verifican las recetas médicas.
- c. La organización cuenta con sistemas para identificar, retirar, devolver al fabricante o destruir medicamentos. Existen y se aplican normas o procedimientos que regulen la devolución o la destrucción de medicamentos que vayan a caducar.

5. Se identifica a los pacientes antes de administrar la medicación.

5.1. Se administra la dosis adecuada de medicamentos en el momento adecuado.

- a. Se verifican los medicamentos con la prescripción o receta.
- b. La cantidad de las dosis se verifica con la prescripción o receta.
- c. Las vías de administración se verifican con la prescripción o receta.
- d. Los medicamentos se administran en un tiempo determinado.

e. Los medicamentos se administran según la prescripción.

6. Se controlan los efectos de la medicación en el paciente.

- a. Se supervisan los efectos de la medicación en los pacientes.
- b. Esta supervisión se realiza en colaboración.

6.1. La medicación prescrita y administrada se anota por escrito en la historia del paciente.

- a. Los medicamentos prescritos o recetados se registran para cada paciente.
- b. La administración de medicamentos se registra por dosis.
- c. La información sobre medicación se guarda en la historia del paciente o se inserta en su historia en el alta o el traslado.

6.2. Se anotan en la historia del paciente los efectos adversos de la medicación.

- a. La supervisión incluye la observación de los efectos adversos de los medicamentos.
- b. La organización ha identificado los efectos adversos que hay que registrar en la historia del paciente y aquellos sobre los que hay que informar a la organización.
- c. Los efectos adversos se documentan en la historia del paciente.

d. Los efectos adversos se informan cuando se requiera

6.3. Los errores de medicación se informan dentro de un proceso y de un marco temporal que define la organización

- a. Se definen los errores de medicación.
- b. Los errores de medicación se informan puntualmente mediante un proceso establecido.
- c. La organización utiliza los errores de medicación para mejorar los procesos de uso de medicación.

5. ATENCIÓN NUTRICIONAL

A. Se dispone regularmente de alimentos adecuados que se ajustan a la asistencia del paciente.

1. Todos los pacientes tienen prescripciones de alimentos y otros nutrientes en función de su estado o necesidades de nutrición, incluyendo recetas para ingerir alimentos por vía no oral, dieta regular, dietas especiales, o nutrición artificial (enteral o parenteral)

- a. Todos los pacientes cuentan en su historia con una prescripción de comida.
- b. La prescripción se basa en las necesidades y el estado de nutrición del paciente.

2. Se ofrece a los pacientes una selección de alimentos.

a. Los pacientes disponen de una variada oferta de alimentos que se ajusta a su asistencia y estado.

b. Si las familias facilitan comida a los pacientes, reciben formación acerca de las restricciones en la dieta del paciente.

3. La preparación, manipulación, conservación y distribución de alimentos se realiza de forma segura y de acuerdo con leyes, normativas y prácticas actuales.

a. Los alimentos se preparan de manera que se reduzca el riesgo de contaminación y de deterioro.

b. Los alimentos se almacenan de forma que se reduzca el riesgo de contaminación y de deterioro.

c. La distribución de alimentos se realiza oportunamente, atendiendo necesidades específicas.

B. Los pacientes con riesgo de desnutrición reciben terapia al respecto

1. La terapia de nutrición se planifica, controla y facilita en equipo

2. La respuesta al paciente a la terapia de nutrición se anota por escrito en la historia.

a. Se supervisa la terapia del paciente a la terapia de nutrición.

c. Se registra en la historia del paciente su respuesta a la terapia de nutrición.

6. RECOMENDACIONES AL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL PARA LA ACREDITACIÓN POR JOINT COMMISSION

En el proceso de acreditación a través de Joint Commission se recomienda elaborar normas y protocolos sobre el uso de medicamentos en la institución sanitaria y obviamente que se cumplan. En nuestro ámbito de trabajo hemos desarrollado los siguientes líneas de actuación durante el proceso de acreditación (aceptadas por la Comisión de Farmacia y revisadas y difundidas periódicamente.⁵

1. Control de caducidades en el servicio de farmacia. Almacén de farmacia y botiquines de las unidades. Esta norma explica el número de revisiones de caducidades que hay que hacer anualmente y como hay que hacer estas revisiones, guardando el documento de revisión firmado por el personal de farmacia que las ha hecho.
2. Revisión del carro de emergencias médicas. Revisión semestral de caducidades y revisión después de la utilización del carro.
3. Cancelación temporal de medicamentos. Esta norma indica que hay que hacer con la medicación cuando un paciente se ausenta de la unidad o del hospital durante unas

horas para pruebas diagnósticas.

4. Horario normalizado de administración de medicamentos. Es una lista con los horarios normalizados para todo el hospital que estandariza en todo el centro, el trabajo de las enfermeras si pasan a trabajar de una planta a otra.
5. Pacientes que deben recibir información sobre medicación al alta. Es la selección de pacientes que por medicación complicada de comprender o situaciones especiales, precisan información específica al alta.
6. Interacciones alimento-medamento. Medicamentos que requieren información individualizada al paciente. Cómo actuar en estos casos, teniendo la lista de interacciones de medicamentos con alimentos de importancia clínica.
7. Medicación habitual que el paciente trae consigo al ingresar. Norma que indica que los pacientes no pueden utilizar los medicamentos que traen al hospital, ya que el centro debe proporcionarles toda la farmacoterapia que necesiten y el médico debe revisar su tratamiento completo.
8. Medicamentos que las enfermeras pueden administrar a un paciente

sin orden médica. Lista con estos medicamentos que suelen ser para algunos tratamientos para síntomas leves y en la mayoría de los casos solo una dosis.

9. Control de muestras de medicamentos en el Hospital de Barcelona. Implica la prohibición de aceptar muestras de medicamentos en todo el centro.
10. Propuesta de inclusión de nuevos medicamentos en el formulario. Es el impreso de solicitud de nuevos medicamentos para los médicos.
11. Control de dosis administradas al paciente con medicamentos prescritos condicionados a una situación clínica (pro re nata, PRN). Implica la información a la enfermera en el momento de la administración de los medicamentos prescritos PRN de la dosis máxima diaria de cada uno de estos medicamentos para evitar sobredosificaciones.
12. Normalización de las concentraciones para la administración de fármacos por vía intravenosa con dispositivo electrónico de control de flujo de perfusión en adultos. Son fichas que están en todas las unidades de hospitalización para la dilución normalizada de estos medicamentos.
13. Normalización de la administración de medicamentos por vía intravenosa en Pediatría y Neonatología. Son fichas que están en las unidades para la dilu-

ción normalizada de estos medicamentos en niños y neonatos.

14. Prescripciones verbales de medicamentos. Indica que deben evitarse y en caso de que se realicen deben ser escritas posteriormente por el médico. Están prohibidas para citostáticos, opiáceos y medicamentos de especial riesgo.

1. Bohigas LL. Acreditación de hospitales y utilización de medicamentos. En: Lacasa C, Humet C, Cot R "Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento." Editorial EASO. Barcelona, 2001, p. 86.
2. Coe CP. Preparing the pharmacy for a Joint Commission survey. American Society of Health-System Pharmacists. Bethesda. 1996.
3. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The Official Handbook. Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations. Illinois, 2001.
4. Joint Commission International Accreditation y Fundación Avedis Donabedian. Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales. Viena Serveis Editorials. Barcelona, 2001, pp. 105-115.
5. Guía Farmacoterapéutica de SCIAS Hospital de Barcelona. Protocolos de medicamentos. Mayo 2001.

SUMARIO 3.2.3

1. **INTRODUCCIÓN**
2. **LA AUTOEVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO**
3. **LA GESTIÓN POR PROCESOS**
4. **LA GESTIÓN CLÍNICA**
5. **EL SISTEMA DE INDICADORES**
6. **PERSPECTIVAS FUTURAS**
7. **BIBLIOGRAFÍA**



1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, es una cuestión innegable el hecho de que las organizaciones se encuentran inmersas en entornos y mercados cada vez más competitivos y globalizados. Este cambio, continuo del entorno genera en las organizaciones, la necesidad de adaptarse y gestionar sus actividades y recursos con la finalidad de mejorar su eficiencia. Asimismo, el cambio de los modelos condicionan la necesidad de adoptar herramientas y metodologías que se orienten y permitan a las organizaciones configurar Sistemas de Gestión dirigidas hacia la eficiencia y calidad de la organización.

Esta orientación es refrendada a través del marco legal, así, la LEY 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y específicamente en su capítulo VI dedicado al ámbito de la calidad. Recoge que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Y se concretan en su desarrollo los elementos que configuran la infraestructura de la calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos.

2. LA AUTOEVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO

El País Vasco y Comunidad Valenciana han sido las primeras

Comunidades Autónomas que han ido aplicando la EFQM (European Foundation for Quality Management – Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) en el entorno sanitario, fundamentalmente, como modelo de autoevaluación en sus hospitales (1). Este modelo es un marco adecuado para la gestión de procesos (normalización) y de la gestión clínica (descentralización) de los hospitales. En efecto, la EFQM tiene una proyección global de toda organización, por ejemplo el hospital, pero no se compartimentaliza el modelo únicamente a servicios (éstos pueden certificarse con normas ISO como complemento de la EFQM). El modelo basado en la autoevaluación de nueve criterios (figura 1) define el sistema de desarrollo de excelencia empresarial, valorando la globalidad de una empresa, hospital o servicio; y tiene las ventajas que incorpora: a) el concepto de mejora continua; b) las influencias de otros sistemas no sanitarios; c) el diseño y la gestión de una organización por procesos; y e) evalúa de forma combinada resultados sanitarios y económicos.

El modelo EFQM de Excelencia Empresarial es en sí mismo un marco de trabajo que reconoce la excelencia de una organización que se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. En esta línea, el modelo se fundamenta en que los resultados deben ser excelentes con respecto al rendimiento de la organización y a

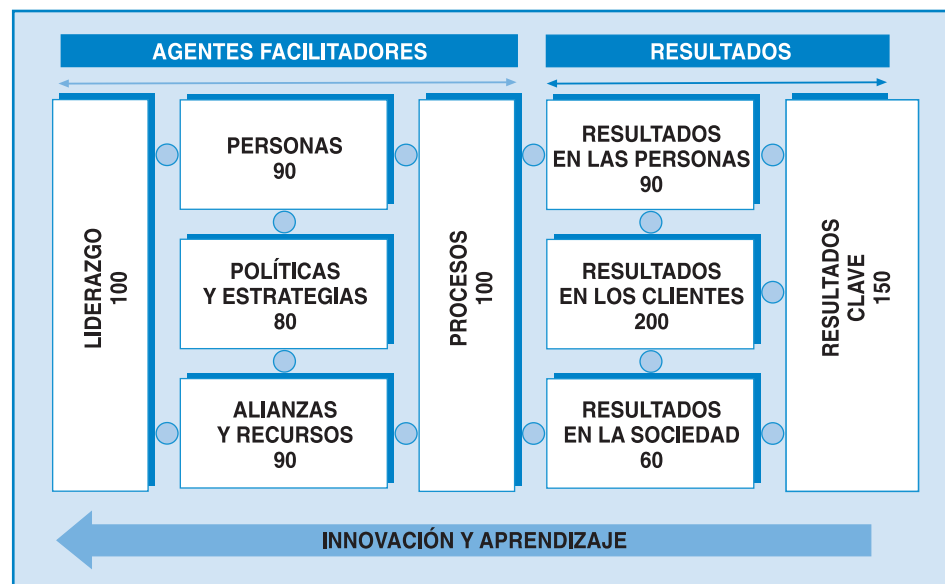


Figura 1. Criterios de autoevaluación de EFQM

los clientes, las personas y la sociedad; esto es, a los diferentes grupos de interés. Estos resultados se alcanzan mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos, y los procesos (2).

El modelo se compone de nueve criterios y un esquema de evaluación que permite reconocer el nivel de excelencia de una organización, constituyéndose como una herramienta de mejora continua del desempeño global, que permite catalizar el cambio en las organizaciones, y es en si mismo, un verdadero impulsor de la innovación y aprendizaje para la obtención de resultados excelentes en todos los ámbitos (figura 2). Como ocurre con

ISO 9000, el modelo EFQM también se soporta en una serie de fundamentos entre los que se puede destacar, nuevamente, la “orientación hacia los resultados”, consideran-

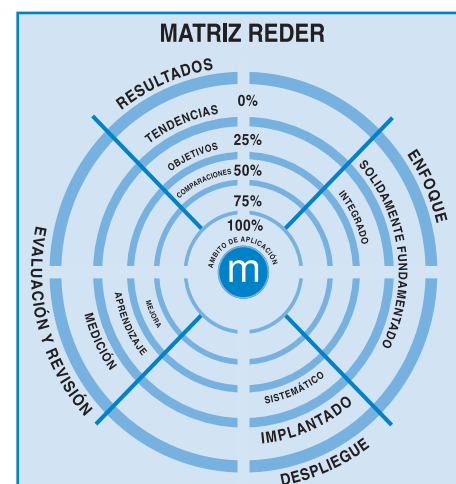


Figura 2. Ciclo de mejora a matriz reder

do la satisfacción equilibrada de todas las partes interesadas.

3. LA GESTIÓN POR PROCESOS

Los modelos o normas de referencia a las que se ha aludido anteriormente (familia ISO9000 y modelo EFQM) promueven la adopción de un enfoque basado en procesos como principio básico para la obtención de manera eficiente de resultados relativos a la satisfacción del cliente y de las restantes partes interesadas (2,3). En este sentido, las organizaciones que deseen implantar un Sistema de Gestión de la Calidad conforme a la ISO 9001 (orientado a la satisfacción de sus clientes), o ir más allá tratando de adoptar modelos de Calidad Total o Excelencia Empresarial (ISO 9004 o modelo EFQM, respectivamente), deben reflexionar sobre este

enfoque y trasladarlo de manera efectiva a su documentación, metodologías y al control de sus actividades y recursos, sin perder la idea de que todo ello debe servir para alcanzar los “resultados deseados”. Esta circunstancia permite llevar a cabo un planteamiento común para implantar este enfoque, en el contexto de ambas referencias (familia ISO 9000 y modelo EFQM), y que se exponen en el siguiente apartado.

Las actuaciones a emprender por parte de una organización para dotar de un enfoque basado en procesos a su sistema de gestión, se pueden agregar en cuatro grandes pasos:

1. La identificación y secuencia de los procesos (Mapa de procesos Servicio de Farmacia, figura 3)



Figura 3. Mapa de procesos del Servicio de Farmacia (HU La Fe, Valencia)

2. La descripción de cada uno de los procesos.
- 2.a) Diagrama del proceso
- 2.b) Ficha del proceso
3. El seguimiento y la medición para conocer los resultados que obtienen
- 3.a) Indicadores del proceso: actividad, calidad, resultados, económicos
- 3.b) Control de los procesos con repetibilidad (gráficos de control) o sin repetibilidad (planificación)
4. La mejora de los procesos con base en el seguimiento y medición realizada.

4. LA GESTIÓN CLÍNICA

La gestión clínica se define como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los pacientes. Por tanto, el objetivo último de la gestión clínica es la de ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad en su conjunto (eficiencia) (4).

La gestión clínica supone un proyecto de descentralización y corresponsabilidad en los resultados y toma de

decisiones. El modelo se basa en articular áreas de gestión, agrupando especialidades que con un nivel de autonomía garanticen la continuidad de los procesos y la eficiencia en los resultados. En este ámbito, cada farmacéutico tiene asignado 90 camas y sus responsabilidades principales son: información y asesoramiento, aplicación de política de medicamentos incluyendo la normalización terapéutica con protocolos y programas farmacoterapéuticos, programas de atención farmacéutica, gestión, dispensación y stock de medicamentos en el área, validación de los tratamientos farmacológicos prescritos diariamente, actividades docentes y de investigación con el equipo de profesionales.

5. EL SISTEMA DE INDICADORES

En los anteriores apartados se han establecido las bases que subyacen en una organización para que su vertebración pueda entender el significado del enfoque basado en procesos y aplicar estos conceptos a su propio sistema de gestión. La gestión basada en procesos no es un fin en sí mismo, si no un medio para que la organización pueda alcanzar eficaz y eficientemente sus objetivos. Por ello, los procesos deben formar parte de un sistema que permita la obtención de resultados globales en la organización orientados a la consecución de sus objetivos, los cuales podrán estar vinculados a uno o varios grupos de interés en la organi-

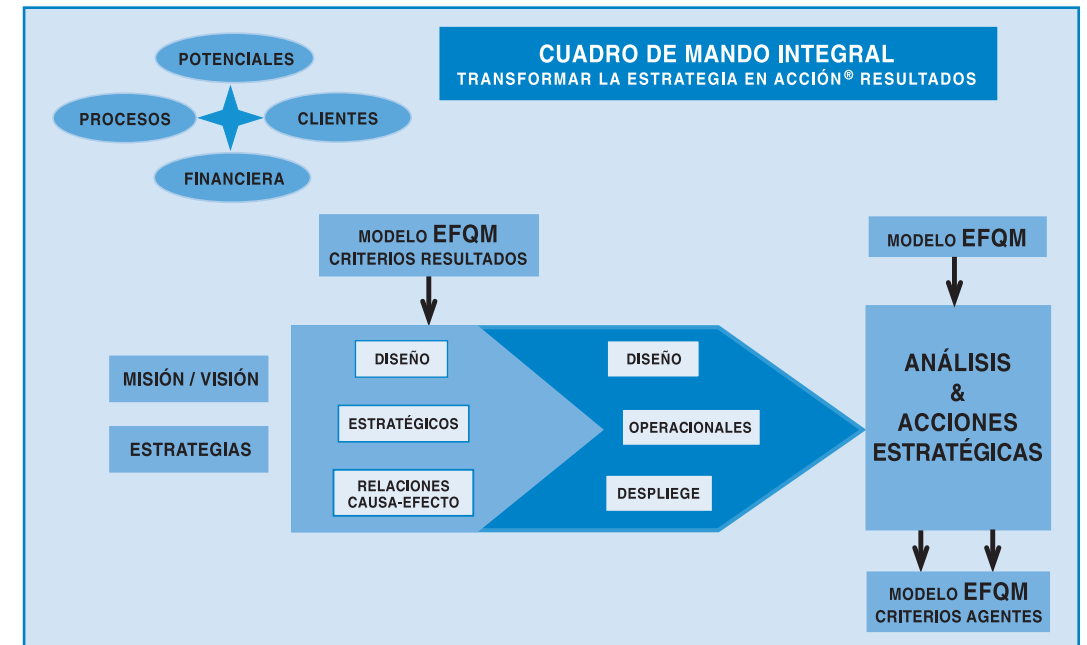


Figura 4. Cuadro de mando integral

zación (2, 5). Como consecuencia de lo anterior, cada uno de los procesos que componen el sistema debe contribuir a la consecución de los objetivos de la organización, lo que implica la existencia de unas relaciones “causa-efecto” entre los resultados de los procesos individuales y los resultados globales del sistema.

El esquema general (figura 4) para llevar a cabo a un despliegue de objetivos sería el siguiente: a) determinar los objetivos globales de la organización, b) identificar los procesos clave y estratégicos en la estructura de procesos, c) establecer los objetivos en los procesos clave y estratégicos, y d) establecer las metas y/o acciones para la consecución de los objetivos. En

este punto, es importante hacer una reflexión general: ¿Qué pasa con aquellos procesos que no se han determinado como procesos clave? ¿Deben estar sometidos a un seguimiento y medición? Estos procesos posiblemente también influyan en el logro de los objetivos generales en la medida que un “mal funcionamiento” de los mismos podría afectar a los resultados. Por tanto, todos los procesos deben estar sometidos a un seguimiento y medición para comprobar la consecución de los resultados que se han planificado obtener, si bien la organización debería plantear la intensificación de este seguimiento a aquellos procesos clave de los que va a depender en gran medida la consecución de los objetivos generales de la organización (a

través de periodos de seguimiento más cortos, exhaustividad en el análisis de resultados, ...). Los indicadores y los objetivos asociados a los procesos clave son los que deberían contemplarse para su incorporación a un **Cuadro de Mando Integral** (tabla 1) (5).

6. PERSPECTIVAS FUTURAS

Las palabras claves en el futuro de la gestión de los servicios sanitarios, normalización de procesos y de activi-

dades y descentralización de la gestión de los gestores de casos y profesionales afecta no sólo a los servicios clínicos del hospital sino también a los servicios centrales. Significa que los Servicios de Farmacia Hospitalaria han de integrarse dentro de estos modelos de gestión y no plantear sistemas paralelos. La aplicación de EFQM y modelos de acreditaciones, autoevaluación del servicio o de sus procesos, etc., aunque sí complementarios, pueden generar variabilidad

de enfoques, manuales de calidad, manuales de procedimientos, etc, con el riesgo de un exceso de "burocratización" y desgaste de profesionales de un servicio clínico.

La excelencia de los servicios farmacéuticos así como del sistema de utilización de medicamentos exige: a) la automatización de cada uno de los subprocesos (prescripción, validación, preparación, dispensación, administración y seguimiento) y b) un sistema de información que soporte el conocimiento y que esté incorporado a los procesos. De este modo la gestión y dispensación de medicamentos y la gestión del conocimiento, ambos fuertemente mediáticos, contribuyen a garantizar la seguridad del paciente. Ahora bien, la automatización y la reingeniería de procesos pueden "desgastar" al profesional y, sobre todo, pueden hacer cambiar la visión de los servicios farmacéuticos, distanciándose de la verdadera misión que es atender las necesidades sanitarias de la población mediante la provisión de atención farmacéutica que tiene como propósito final la promoción, el mantenimiento o la restauración de la salud, de forma cooperativa con los otros profesionales sanitarios y el paciente.

Esto se puede prevenir estableciendo un equilibrado Cuadro de Mando Integral, que a partir de las líneas estratégicas, se definan los indicadores operativos, las metas y, un sistema de control y mejora continúa (5).

PERSPECTIVAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	AÑO 2005/04	ACCIONES
FINANCIERA	Eficiencia cartera de servicios	URV/ coste	< 0,03%	Seleccionar y aplicar
	Control gasto en medicamentos	Coste/ paciente	<10%	Política de uso racional
DE CLIENTES	Seguridad y calidad	Eventos detectados y notificados	>10%	Programas de calidad Gestión de riesgos
	Satisfacción paciente externo	Encuesta hospital	≥1	Mejora procesos
	Incrementar cuota mercado	Monitorización pacientes	>5%	Progr. farmacocinética coordinados
DE PROCESO	Desarrollo de procesos	Procesos y subprocesos aplicados	+5	Programa de gestión de procesos
	Docencia	Residentes y pregrado por año	2 y 12	C.Nac. Espec. / Facultad Farm.
	Aplicación proceso clave	Pacientes trasplantados	10%	Programas de seguimiento
POTENCIALES	Desarrollo profesional	Horas formación/Año	>40h	Congresos /cursos Universidad
		Sesiones de servicio	>2hxsem	
		Farmacéuticos Título de Doctor	80%	
	Políticas comunicación externa	Publicac./Ponencias/ Comunicac.	7/10/15	Líneas de investigación
	Reconocimiento	Carrera profesional Productividad variable	100%	Desarrollo por competencias

Tabla 1. Cuadro de Mando Integral. HU La Fe, Valencia

1. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M et al. Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 184-191.
2. Beltrán Sanz J, Carmona Calvo MA, Carrasco Pérez R, Rivas Zapata MA, Tejedor Panchón F. Guía para una gestión basada en procesos. 1ª ed. Bilbao: Imprenta Berekintza, 2002.
3. Triquell Sabaté L. Manual de benchmarking para servicios de farmacia hospitalaria. 1ª ed. Barcelona: Mayo SA, 1999.
4. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial 2002; 17: 305-311.
5. Horvath & Partners. Dominar el cuadro de mando Integral. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 2003.