

el pulso del hospital

Feliz Navidad y
Prospero año Nuevo



Edita: Hospital Regional Universitario
Carlos Haya. Málaga.
Nº 13. Diciembre 2002
Publicación periódica. Edición gratuita.

El CARE cumple su primer año de vida



El Instituto de
Salud Carlos III
nos visita

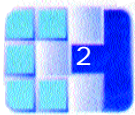


SUMARIO

- La Monitorización Neurofisiológica Intraoperatoria
- La Cara Oculta de la Reproducción Asistida
- Nuevas Instalaciones para Salud Mental
- La Gestión de Cobros a Terceros
- Las costureras de nuestro hospital
- Entrevista con el Jefe de Estudios de Residentes
- Reconocimiento a los 25 años de trabajo
- El Gestor de Cuidados
- Historia de Todos los Días
- Resultados de la aplicación de Vías Clínicas
- Los Mapas de Competencias

Además: La Fundación informa, La Asociación Informa,
Recursos





editorial

Certificación ISO de los Procesos de Soporte

Este año, en el desarrollo de nuestro Plan de Innovación, se ha puesto especial énfasis en los objetivos relacionados con la Calidad, por eso elegimos el slogan *Año 2002, Año de la Calidad*, marcando así el momento de arranque hacia un proceso, ya imparable, de mejora continua.

En este contexto, **se ha trabajado en la definición de una Política de Calidad del Complejo Hospitalario**, que desde septiembre todos los profesionales y usuarios podemos ver en los accesos a los distintos centros. Así mismo, **se ha planteado un objetivo muy ambicioso: la certificación ISO 9001:2000 de todos los servicios de apoyo a la asistencia**, ya que los procesos asistenciales requieren en su desarrollo de la intervención de otros procesos llamados de SOPORTE: suministros, comunicaciones, informática, restauración, son algunos de ellos. Es por ello que, siendo la calidad de los procesos asistenciales un objetivo prioritario del Plan de Calidad de la Consejería de Salud, es también importante avanzar simultáneamente en la mejora de la calidad de estos otros procesos ¿y qué mejor forma que mediante la evaluación y la certificación externa?

Supone crear una dinámica de trabajo diferente, orientada al cliente y a la mejora continua

La ISO (International Organization for Standardization) es una federación mundial que produce y publica estándares de calidad internacionales: normas, guías o definiciones de características necesarias para asegurar que los materiales, productos, procesos y servicios se adecuan a sus propósitos. En nuestro hospital el proceso de certificación de los **servicios de apoyo a la asistencia** se viene preparando desde finales del 2001. En él han participado activamente todas las personas implicadas de los siguientes Servicios o Departamentos: **comunicaciones, electromedicina, restauración, suministros, mantenimiento general, lavandería, cobros a terceros, personal, informática y prestaciones complementarias**. Ellos han identificado y documentado todos los procedimientos que se llevan a cabo en cada una de sus áreas. Han implantado mejoras, agilizando los circuitos administrativos y haciendo los reajustes necesarios para cumplir los requisitos de la Norma ISO.

Entre los meses de octubre y noviembre, después de un año de arduo trabajo, la certificadora ha verificado toda la documentación, la ha contrastado con el desarrollo *in situ* de los procedimientos, y ha certificado que cumplimos los requisitos establecidos internacionalmente.

El impacto de esta **certificación ISO 9001:2000**, en relación con el usuario interno o externo, significa dar un servicio más eficaz, y por tanto, una mayor confianza. Con respecto a los profesionales, supone crear una dinámica de trabajo diferente, orientada al cliente y a la mejora continua, e indudablemente, más satisfactoria.

el pulso
del hospital

CONSEJO EDITORIAL:

- Francisco José Juan Ruiz (Presidente)
- Pilar Blasco Mira (Coordinadora)
- Óscar Dávila Cansino
- Emilia Mesa Prado
- Luis Plaza Escudero
- Raquel Romero Sánchez
- Catalina Sánchez Morales
- Fotos: Francisco Díaz, Carmen Ruiz, y Pilar Blasco

Edita: Hospital Regional
Universitario Carlos Haya.
Málaga



HOSPITAL ECOLÓGICO

Desde junio hasta noviembre de 2002 la campaña de recogida selectiva en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya ha supuesto los siguientes beneficios medioambientales:

Acumulado total: 18.280 kgs.

- 256 árboles que se han salvado de la tala
- 1.828 litros de agua gracias al reciclaje
- 9,14 años ahorrados de consumo de energía para un hogar medio
- 2,29 viajes del camión de la basu-

COLABORACIONES:

Si quieres participar en la revista PULSO con algún artículo o noticia (no necesariamente sobre aspectos sanitarios) para el próximo número, puedes ponerte en contacto con la coordinadora de la revista (Formación Continuada de Enfermería, antigua cásita de Hormonas.

Hospital General :

CORREO DE IDEAS...

Si tienes alguna idea concreta para mejorar tu Hospital, tu Servicio o tu Unidad,



Puedes escribir a: **Plan de Innovación, 5ª planta. Pabellón de Gobierno,**



o llamarnos al teléfono **2449.**



Si tienes ordenador puedes escribir a la dirección electrónica: **pin@hch.sas.cica.es**

Deja tus datos y te contestaremos. Muchas gracias por tu participación.

Queda prohibida toda reproducción, total o parcial, de cualquiera de los contenidos que aparecen en esta publicación.

El Complejo Hospitalario Carlos Haya declina cualquier responsabilidad derivada de otra utilización que

EL CARE cumple su primer año de Vida

Por Catalina Sánchez Morales,
Subdirectora Médica del Centro de Alta Resolución de Especialidades (CARE)

El pasado día 3 de diciembre de 2002 el CARE cumplió su primer año de vida, y todos los trabajadores de este centro nos sentimos orgullosos.

Cuando comenzamos a trabajar en nuestro nuevo centro, hace ya un año, éramos conscientes de estar asumiendo un reto muy importante y nos sentíamos ilusionados; pero al mismo tiempo teníamos cierta incertidumbre y deseos de que todo fuera bien, ya que **habíamos participado en el proyecto y el CARE nacía como muy nuestro.**

Después de un año estamos satisfechos: ha merecido la pena el esfuerzo, pues entre todos y cada uno de nosotros hemos hecho que funcione y además, que funcione bien.



Nuestros pacientes también se han beneficiado de nuestra nueva forma de trabajar, pues el primer objetivo de este centro es conseguir que aquellos enfermos que han sido atendidos por sus médicos de familia, y estos han considerado que tienen una de las **65 patologías seleccionadas como procesos CARE**, sean atendidos con una demora máxima de 15 días y su problema de salud se resuelva con una sólo visita al centro. Pues bien, de esta **forma hemos atendido a 11.500 pacientes** derivados desde Atención Primaria.

Pero nosotros hemos dado un paso más. Hemos ido un poco más lejos, nos hemos esforzado para que algunos **pacientes, que aunque no tengan criterios para ser considerados procesos CARE**, y que tardan más tiempo en llegar a nosotros, también se beneficien de ser atendidos en visita única, poniéndose en marcha en ese momento todos los mecanismos para que al enfermo se le realicen todas las pruebas necesarias, y pueda irse a casa con todo resuelto el mismo día que acude al especialista. Así, hemos visto a **19.500 pacientes** en



Todos y cada uno de nosotros hemos hecho que funcione y además, que funcione bien

visita única, que ha redundado en una mayor satisfacción de nuestros enfermos.

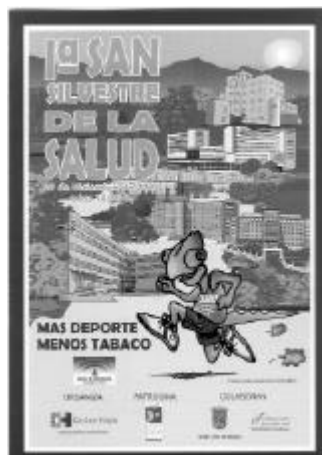
El balance del año es muy positivo, pero sabemos que hay que seguir avanzando, estamos trabajando por mejorar y tenemos proyectos en marcha como el de ampliar las patologías CARE.

Quiero **agradecer a todos los trabajadores del CARE sus esfuerzos, su ilusión su apoyo y su ayuda.**

1ª San Silvestre de la Salud

La Directora General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, M^a Antigua Escalera, presentó a los medios de comunicación el pasado 19 de noviembre esta media maratón que tendrá lugar el próximo **29 de diciembre a las 18,00 horas**. Será patrocinada, entre otros, por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Fundación Hospital Carlos Haya, y tendrá como slogan: "Más deporte, menos tabaco".

El recorrido, de 11 kilómetros, tendrá su salida a las 18,00 horas, en la avenida Sta. Rosa de Lima, junto al Pabellón A del Hospital General, e irá pasando por los distintos centros sanitarios del complejo hospitalario: CARE, Hospital Ciudad Jardín, Hospital Civil y



Hospital Materno Infantil, para terminar en la Ciudad Deportiva de Carranque. Todas y todos los que penséis participar, os interesa saber que el **plazo de inscripción** estará abierto desde el 2 al 24 de diciembre de 2002, y os podréis inscribir en la **planta de Deportes de El Corte Inglés** en horario de 11,00 a 13,30 horas y de 16,30 a 20,00 horas; o a través de la **web del Complejo Hospitalario**. La cuota de inscripción es de 2,00 euros, cantidad que irá destinada a la Fundación Hospital Regional Carlos Haya, **a favor de la lucha contra el tabaco.**

Para más información en la web del

hospital: www.carloshaya.net

¡¡¡Ánimo, y a correr!!!

NUEVA ERA EN NEUROCIRUGÍA:

La Monitorización Neurofisiológica Intraoperatoria

La estrecha colaboración de los Servicios de Neurología (Dr. Oscar Fernández), Neurofisiología Clínica (Dr. Enrique Bauzano) y Neurocirugía (Dr. Miguel Ángel

Arráez) del Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga, ha permitido comenzar una nueva actividad de monitorización de intervenciones neuroquirúrgicas con técnicas neurofisiológicas, dando un gran salto en la calidad asistencial y convirtiendo a nuestro hospital en uno de los primeros centros andaluces en incorporar estas técnicas a la actividad neuroquirúrgica.

La monitorización intraoperatoria permite conocer en todo momento la función de determinadas estructuras nerviosas en riesgo durante algunos procedimientos quirúrgicos, ofreciendo al equipo quirúrgico una información valiosísima dentro del quirófano, que puede evitar secuelas funcionales graves a los pacientes. Actualmente, constituye el único método objetivo de evaluación de la función nerviosa en quirófano.

Con diversas técnicas neurofisiológicas adaptadas a cada intervención, se identifican de forma objetiva y se cuantifican de forma continua, con una resolución temporal incomparable, algunos parámetros que reflejan el estado funcional de las estructuras en riesgo durante la cirugía, comparándolos con valores de referencia preestablecidos, de manera que puede evaluarse sobre la marcha, posibles cambios en la función de la estructura monitorizada. Si aparece algún cambio en la función, es detectado de forma precoz y pueden tomarse las disposiciones adecuadas para reestablecer la función y evitar posibles secuelas.

Las técnicas empleadas en monitorización intraoperatoria son de dos tipos: actividad espontánea y evocada. La actividad espontánea del cerebro se detecta con el electroencefalograma y es fundamental en cirugía



de corteza cerebral y otros procedimientos. La **actividad espontánea del músculo** la estudiamos con el electromiograma, monitorizando los músculos apropiados conoceremos la función de los pares craneales y de raíces nerviosas en la cirugía de médula. Las **actividades evocadas aparecen ante estímulos** que generan ondas muy bien caracterizadas para cada tipo de estímulo, se llaman potenciales evocados. **Según la modalidad de estímulo, podemos registrar en quirófano distintos potenciales (visuales, acústicos, somatosensitivos, motores)**. Las respuestas a estos estímulos se detectan a través de unos electrodos estériles que se le colocan al paciente en distintas localizaciones según el tipo de técnica neurofisiológica, se amplifican y se procesan en el aparato de neurofisiología. Las respuestas son analizadas por el neurofisiólogo que se encuentra en todo momento en quirófano y analiza las respuestas y las compara con los registros preoperatorios de las respuestas que interesan, así como con los registros intraoperatorios. **Se obtiene una evaluación permanente de la función y se dará la voz de alarma en caso de que las respuestas monitorizadas cambien o desaparezcan.**

Constituye el único método objetivo de evaluación de

Todas estas técnicas están disponibles para las intervenciones neuroquirúrgicas y se están realizando en nuestro hospital desde junio de este año. La posibilidad de realizar monitorizaciones y de que sean útiles para el trabajo del cirujano, viene siempre determinado por la **colaboración de un equipo de profesionales bien entrenados: neurocirujano, anestesista, neurofisiólogo, y personal de enfermería de quirófano**, que seleccionan los pacientes en los que es conveniente y factible realizar una monitorización, y

elaboran un protocolo de técnicas adecuadas al tipo de intervención. Nuestro hospital cuenta con un equipo de estas características, con gran ilusión y enormes posibilidades de crecimiento en este campo.

El papel de los neuroanestesiistas y de la enfermería de quirófano es trascendental pues todas las respuestas neurofisiológicas intraoperatorias se pueden ver alteradas por cambios en el régimen de anestesia y su colaboración es indispensable para el buen funcionamiento de la monitorización.

Uno de los retos que nos planteamos para el futuro es el abordaje de áreas elocuentes del cerebro (área del lenguaje, área motora) que deben ser exploradas en quirófano

Cualquier cambio en la función, es detectado de forma precoz y pueden tomarse las disposiciones



mientras el paciente está despierto.

La incorporación de la monitorización intraoperatoria neurofisiológica supone un enorme avance en la calidad de la neurocirugía, ofreciendo la ventaja principal de la detección precoz en quirófano de posibles complicaciones que pueden ser re-

sueltas, de manera que el equipo quirúrgico sabe en todo momento como marcha la intervención, y la posibilidad de ofrecer soluciones quirúrgicas a algunos pacientes que no podían ser considerados previamente como candidatos a cirugía. En breve, la monitorización con técnicas neurofisiológicas podrá utilizarse también como apoyo y prevención de posibles complicaciones de los procedimientos de neurorradiología intervencionista que se realizan en el hospital.

25 AÑOS EN EL HOSPITAL

por Asunción Lago, Subdirectora de Recursos Humanos del Complejo Hospitalario



prestados por los profesionales, que vienen celebrándose de forma anual desde 1996. Este año, este reconocimiento se celebró el pasado 22 de noviembre, mediante un acto que tuvo lugar en el Colegio Oficial de Médicos, a las 19,00 horas, presidido por el Director Gerente del Hospital D. Francisco J. Juan Ruiz y el Equipo de Dirección.

. En nombre de los homenajeados, el Jefe de Servicio de Oftalmología D. Ildefonso Fernández-Baca, agradeció la celebración del acto, describiendo a grandes rasgos el avance de la Medicina en los últimos años y relatando anécdotas relacionadas con los compañeros y compañeras a lo largo de estos 25 años. A continuación se procedió a la entrega de las placas conmemorativas al personal.

Uno de los objetivos del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, desde el año 1997, es la implicación de los profesionales en los proyectos de trabajo y para ello se están desarrollando distintos planes de atención al profesional, en áreas de Comunicación Interna, Formación, Salud Laboral, y Mapa de Riesgos Laborales.

Dentro del plan de atención (acogida, permanencia y despedida) al profesional se ha realizado el estudio del Clima Laboral y organizado Actos de Reconocimiento a los 25 años de servicios

Este año han sido homenajeados 212 profesionales, de los cuales 79 han sido facultativos, 107 personal sanitario no facultativo y 26 personal no sanitario.

El acto fue cerrado por el Director Gerente del Hospital Regional Universitario Carlos Haya que felicitó al personal por el trabajo realizado y los animó a seguir trabajando, en los proyectos que tiene el Hospital recogidos en el Plan de Innovación 2001-2004 que quiere CREAR FUTURO.

HISTORIAS de todos los días

Por José Antonio Lopera, Coordinador de Seguridad del Complejo Hospitalario Carlos Haya

¡Usted no sabe quién soy yo ¡
Pues eso tiene solución; basta cumplir con un requisito fácil. ¿Quién no se enorgullece de su nombre? Hablamos de mostrar nuestra identidad, de que quién hable con nosotros sepa quiénes somos. En nuestro quehacer diario ¿cuántas veces nos cruzamos con alguien cuyo nombre no sabemos o no recordamos?.

- "¿Cómo se llama esta persona con la que estuvimos ayer?
- ¡Ah! Pues no sé, no recuerdo su nombre.
- Sí, hombre. Si está en la consulta de al lado."

¿Quién en su trabajo no quiere ser conocido?
¿A quién no le satisface saberse reconocido?
-" El otro día estuve aquí y me atendió una chica, ¡oye! vaya persona **más agradable**, y además me gestionó el asunto para el que vine con una celeridad y eficacia **fantástica**... pero no sé cómo se llama; era sólo para darle las gracias."
Unas veces por vergüenza, otras por olvido, no sabemos o no



recordamos cómo se llama quien todos los días nos saluda. De nuevo la solución fácil, **identifiquémonos**. En una prestación o relación de servicios, la identidad, el conocimiento recíproco de las partes es un determinante más a la hora de verificarse esta prestación como un servicio de calidad. En las relaciones humanas existe una gran diferencia entre aquellas en las que nos reconocemos como personas (relación cálida), de aquellas otras en las que el contacto, la comunicación se produce entre Sr. Cliente y Sr. Lo que sea (relación fría e impersonal) Y es que; además de que estar identificados es preceptivo; mostrar nuestro nombre es motivo de orgullo, de considerar nuestros méritos, nuestro trabajo, y que nos reconozcan.

LAS COSTURERAS DE NUESTRO HOS-

En el sótano del Pabellón "B", está el costurero del Hospital General. En él, seis compañeras, Ana M^a, Pepi, Elisa, Paqui, Encarnación y Esperanza trabajan repasando la ropa que en Lavandería detectan con desperfectos, y confeccionan todo lo que en esta materia es necesario para el Hospital: cortinas, biombos, camisones especiales, fundas para las máquinas de quirófano,.... Paqui me cuenta que lo más curioso que ha cosido ha sido un traje de Papá Noel.

Su oficio implica un nivel de preparación que casi todos desconocemos: como modistas que son están preparadas, por ejemplo, para elaborar prendas para personas que necesitan tallas especiales. Normalmente repasan unas 6.000 piezas mensuales que vuelven a incorporar al circuito de ropa.

De todas ellas, Elisa es la más antigua ya que trabaja en el costurero

desde 1965 y me cuenta que entonces eran 12 para atender sólo un Pabellón "aunque hoy en día viene la ropa más hecha". Todas opinan que son las grandes desconocidas y por tanto escasamente valoradas. Paqui relata la anécdota de que cuando iba a incorporarse al Hospital su propia hermana le porfiaba haciéndole dudar de la existencia del costurero.

Dicen que sacar adelante la tarea de cada día requiere un alto nivel de esfuerzo y que nunca han dispuesto para trabajar, de un sitio apropiado con luz natural, ya que tienen que fijar mucho la vista durante toda la jornada.

Por último me piden que os recuerde a todos que hay otro costurero con cuatro compañeras en el Materno y otro más con otras tres en el Civil.

Paqui me despide con una sonrisa y una advertencia: "La que se quiera casar, que no se haga modista, porque todas nos quedamos solteras".



Repasan unas 6.000 piezas mensuales que vuelven a incorporar al circuito de ropa



Cambios en el Organigrama de Enfermería: El Gestor de Cuidados

Por Cipriano Viñas Vera, Jefe de Bloque de Recursos Humanos de Enfermería



En el número anterior de esta revista se informaba del Plan de Mejora Organizativa de los Cuidados de Enfermería, contando cómo se había iniciado este proyecto, qué actuaciones se habían llevado a cabo y qué metas se habían definido de acuerdo a los resultados obtenidos. Estas metas quedan enmarcadas dentro de un **"Proyecto de transformación estratégica de la Organización y Gestión de los Cuidados de Enfermería"**.

En este número de El Pulso del Hospital, vamos a detallar el trabajo que se está desarrollando en una de las metas que se han definido en este ambicioso proyecto, "no exento de dificultades": se trata de la Revisión del Organigrama, cuyo objetivo es orientar la figura del Supervisor de Enfermería a la de "gestor de cuidados", orientando la gestión de a las necesidades de los usuarios.

Y ¿cómo?

Estableciendo nuevas responsabilidades y competencias para los cargos intermedios, que integrarán un modelo de organización basado en la separación de las funciones de gestión asistencial de las de gestión de recursos en determinados nive-

les, además de la orientación a la gestión de cuidados en el nivel más próximo a las unidades de enfermería.

Ya se han **definido las funciones y responsabilidades de los mandos intermedios**, así como algunos de los mapas de competencias, mediante grupos de trabajo compuestos por jefes de bloque y supervisores de los distintos hospitales, junto con miembros de la comisión de recursos humanos de la Junta de Enfermería. En total son 25 los profesionales que actualmente están trabajando en la **asignación de las competencias a cada una de las figuras de mandos intermedios ya definidas**: supervisor "gestor de cuidados", jefe de bloque de gestión de personas, jefe de bloque de gestión de cuidados y jefe de bloque de "apoyo a cuidados". (esta cuarta figura de cargo intermedio queda pendiente de una definición más concreta)

Este cambio hacia el **nuevo modelo de organización es conveniente realizarlo de forma progresiva**, al objeto de ir adaptando y formando a los profesionales en estas nuevas áreas de responsabilidad, además de permitirnos co-

El objetivo de la Revisión del Organigrama es orientar la figura del Supervisor de Enfermería a la de "gestor de cuidados", orientando la gestión a las necesidades de los usuarios

regir aquellos obstáculos que podemos ir encontrando en el camino hacia el nuevo organigrama.

Podemos decir que el proyecto tiene **tres fases bien diferenciadas: definición, implantación y comunicación** (paralela a las otras dos áreas).

El Hospital Materno Infantil ha sido el primer centro en el que se están realizando algunos cambios en las funciones de las jefaturas de bloque de enfermería. Posteriormente lo harán los jefes de bloque del Hospital General y del Hospital Civil. A continuación se producirán los cambios en las funciones del supervisor "gestor de cuidados". En esta primera fase existen áreas como Críticos o Cuidados Obstétricos, en las que el organigrama no experimentará ningún cambio.

Una vez **finalizada la fase de implantación se llevará a cabo la evaluación interna y control de calidad de estas fases del proyecto**; y aunque es pronto para haber evaluado formalmente el proyecto, la percepción que se tiene actualmente de los cambios efectuados es satisfactoria, sobre todo en aspectos como la información / comunicación.

Nadie duda que hacer realidad este proyecto cuenta con dificultades como la de tener una población objeto muy numerosa, la dispersión geográfica de los distintos pabellones que componen el Complejo Hospitalario, así como la falta de conocimientos que podamos presentar a todos los niveles; pero tanto los cambios sociales, como los avances tecnológicos que vivimos en la realidad de nuestra práctica diaria, nos obligan a ser valientes a la hora de afrontar retos como este.

La Fundación informa

La Doctora Yolanda de Diego Otero, es una de las investigadoras contratadas a mediados de este año por la Fundación Hospital Carlos Haya. Desde hace 6 meses realiza tareas de investigación, así como de supervisión y asesoramiento del laboratorio de Biología Molecular de la Unidad de Investigación del Complejo Hospitalario.

Inició las tareas de investigación hace 10 años con su te-

sis doctoral, participando en un estudio de afectados y portadores del *Síndrome X frágil*, financiado por la Dirección General de Ciencia y Tecnología y el SAS; investigación que continúa hasta el año 1998, participando en otro proyecto (financiado por el IMSERSO) enfocado en la realidad psico-social del Síndrome y el seguimiento de las familias afectadas.

El Síndrome x frágil se considera la causa de retraso mental hereditario más frecuente. Se estima que en España nace un niño afectado cada 2.500 varones nacidos y una niña afectada por cada 6.000 mujeres; además, una de cada 283 mujeres y uno de cada 1.200 varones, son portadores de la mutación sin padecer el síndrome. **La característica principal del síndrome es el problema de aprendizaje y comportamiento, con otras características menos frecuentes como el macroorquidismo** (aumento de tamaño de los testículos) en varones, **problemas del lenguaje, síntomas autistas, displasia del tejido conjuntivo, otitis recurrentes, anomalías faciales** (mandíbula alargada, orejas grandes y evertidas), estrabismo, hiperactividad (ADHD) **y convulsiones** (epilepsia).

El Síndrome X frágil, a pesar de ser una patología muy frecuente, pasa por ser casi desconocida entre la población general, así como entre los estamentos sanitarios, educativos y sociales, organismos con competencias directas en la solución de los problemas derivados de esta patología. El Síndrome puede producir, al ser una enfermedad genética, un grado de discapacidad importante en uno o varios miembros de las familias afectadas. Un primer paso para intentar paliar esta falta de información en nuestro país, fue la publicación por parte del Ministerio de Sanidad en 1999, de la primera edición del libro "Síndrome X frágil y discapacidad mental hereditaria", del que es autora.

De la investigación clínica en España, la Dra. de Diego saltó a la investigación básica con el programa Europeo



"Marie Curie", en Rotterdam. A finales de 1998 se incorporó al laboratorio del Prof. Oostra, pionero en la investigación del Síndrome X frágil, descubrien-

El Síndrome x frágil se considera la causa de retraso mental hereditario más frecuente

do en 1991 el defecto genético que causa la enfermedad, y en 1995 generaron por ingeniería genética el primer modelo de ratón que manifiesta las características del síndrome.

La estancia posdoctoral se prolongó

durante 28 meses profundizando en estudios sobre la proteína FMRP (cuya falta causa la enfermedad), y en nuevas formas de diagnóstico, como la detección de la enfermedad a través del estudio de la proteína FMRP en muestra de bulbo del pelo (método fácil, menos invasivo, barato y rápido).

Tras la estancia en Rotterdam, retornó a la investigación en España, con un proyecto europeo, financiado nuevamente por el programa "Marie Curie", para ahondar en la desconocida fisiopatología del síndrome a través de estudios del ratón modelo del síndrome, que pudo traer a Málaga para desentrañar aspectos básicos aun desconocidos. Como resultado de la tarea investigadora, se ha podido demostrar que el síndrome puede estar mediado por procesos de oxidación celular excesiva y que estas alteraciones (que aparecen también en enfermedades

neurodegenerativas como el Parkinson, el Alzheimer, y en otros tipos de discapacidad intelectual como los Síndromes de Down y de Ret) pueden normalizarse usando compuestos antioxidantes como la vitamina E (tan publicitada en la actualidad en la prevención de distintas patologías).

Tras la finalización de este proyecto se incorporó como investigadora al Laboratorio de la Fundación Hospital Carlos Haya, para realizar un proyecto de ensayo terapéutico sobre el ratón modelo del Síndrome X frágil, financiado en parte por la "Conquer Fragile X Foundation" de Florida (EEUU), una fundación creada por familias norteamericanas con hijos afectados por este Síndrome. El éxito de este ensayo podría significar una terapia específica para el síndrome, de la que se carece en la actualidad y de la que podrían beneficiarían aproxima-



damente unos 2.300 afectados que se estima existen en la comunidad andaluza.

Encontrar una terapia específica es necesaria para justificar el diagnóstico general del Síndrome en la población de recién nacidos, por lo que estos trabajos se antojan de importancia para conseguir un diagnóstico eficaz que pueda permitir tratar a los afectados desde el nacimiento, así como ofrecer consejo genético a las familias que puedan así decidir que hacer para tener otros hijos. En este momento, un consejo genético eficaz pasa por la única forma de disminuir la alta frecuencia del Síndrome X frágil en la población general.

La Asociación informa



- Próximamente vamos a realizar, una **exposición de pintura** con los compañeros aficionados a ella. Estamos buscando un local para realizarla.

Si en tus aficiones esta la pintura comunícanoslo.

- El **mural del Hospital de Ciudad Jardín**, queremos que este preparado para presentarlo el día de la inauguración.

- Ya tenemos aquí también los **Reyes Magos**, y tendremos que comenzar a preparar los regalos que distribuiremos a los enfermos adultos ingresados.

Solicitamos vuestra colaboración para realizar las compras y después hacer de Reyes Magos y de Pajes. Por favor si estáis interesados en esta tarea, poneros en contacto con nosotros.

- No olvidéis que también tenemos en marcha el montaje del **Museo** que estamos preparando de objetos antiguos Sanitarios.

Si tienes idea de algún objeto que pueda ser expuesto, o quieres colaborar en esta empresa, dínoslo.



Salud Mental Infanto Juvenil estrena nuevas instalaciones

Por Manuel Herrera, Jefe de Sección Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil



La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), recientemente trasladada al Hospital Materno Infantil, es un servicio especializado de tercer nivel, creado en 1989, al amparo de la Ley General de Sanidad y de la reforma psiquiátrica, que se plantea por primera vez integrar en la red de salud mental la atención de niños y adolescentes.

En estos momentos, es el único servicio especializado que existe en nuestra provincia, estando previsto crear a corto plazo una unidad similar en el área del Hospital Clínico.

Actualmente nuestro ámbito de actuación es provincial, aunque la pertenencia es el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Universitario Carlos Ha-ya. Atendemos la población infanto-juvenil hasta los 18 años, para lo cual contamos con tres psicólogos, un psiquiatra, una auxiliar psiquiátrica y un auxiliar administrativo.

Es este carácter especializado en niños y adolescentes, lo que ha llevado a la Dirección-Gerencia del hospital, con buen criterio, a situar la USMIJ en el lugar que le corresponde desde la perspectiva de la atención sanitaria: el Hospital Materno-Infantil, con la facilidad de coordinarnos con el resto de Servicios especializados en patologías infantiles.

Las recientes disposiciones sobre reorganización y potenciación de la Salud Mental Infantil, han añadido nuevas funciones a la USMIJ para posibilitar programas de atención a las patologías más graves.

Estas nuevas funciones se traducirán, en breve, en dos nuevas dependencias, una para ingresos de casos agudos con 4

camas, y otra para Hospital de día, con capacidad para 20 pacientes.

Las nuevas dependencias, con su personal, posibilitarán la realización de programas que hasta ahora quedaban incompletos, como:

·**Programa de atención a los trastornos generalizados del desarrollo:** autismo, psicosis infantiles y otras patologías graves que introducen una desorganización psíquica precoz en los niños. Las psicosis infantiles son como el cáncer en salud mental y necesitan de diagnósticos precoces y cuidadosos, así como de atención intensa y coordinación.

·**Programas de hospitalización, psiquiatría de enlace e interconsulta** con los Servicios del Hospital Materno-Infantil. Actualmente se

llevan a cabo programas de apoyo en oncología, endocrinología, gastroenterología, etc., a través de grupos de padres y de pacientes, así como atención individualizada a pacientes derivados (40% de los casos).

·**Programas de atención a los trastornos de alimentación** (anorexia-bulimia)

En este programa no existe límite de edad, se realiza en coordinación con el Servicio de Endocrinología y cuenta con unidad de ingresos, psicoterapias individuales y grupo de orientación familiar.

·**Programa de atención a los trastornos de conducta graves de infancia y adolescencia**, con estancias y programas intensivos de tratamiento en el Hospital de Día.

Es un programa pensado sobre todo para los adolescentes y su creciente problemática en la sociedad actual. Al igual que el de trastornos generalizados del desarrollo necesitan imperiosamente el Hospital de día.

·**Programas de coordinación con los distintos dispositivos de atención a niños y adolescentes** (Educación, Justicia, Servicios Sociales y Centros de Salud Mental).

Todos estos programas se configuran como procesos que abarcan desde el diagnóstico precoz hasta los tratamientos, coordinados con los distintos niveles de atención.

Recientes disposiciones de la Salud Mental Infantil, van a posibilitar programas de atención a las patologías más graves



La Cara Oculta



de la Reproducción Asistida:

Papel de la Enfermera en el Laboratorio

Por Pilar Codoñer y Felisa Jiménez, Enfermeras Laboratorio Hospital Materno Infantil

La OMS considera la infertilidad como una enfermedad, y estima que una pareja es estéril cuando, teniendo relaciones sexuales frecuentes, no consigue un embarazo en un periodo de entre uno y dos años. Se calcula que en España debe haber unas 600.000 parejas estériles, con un incremento anual de 16.000 nuevos casos. Se puede considerar que de todas las parejas con problemas de esterilidad, un 40% son de origen femenino, otro 40% de origen masculino, y un 20% de origen mixto, incluyendo aquí la esterilidad de origen desconocido.

El estudio de la pareja debe ser integral y simultáneo. La parte que nos atañe es **el estudio del varón que comienza con la información para una correcta recogida de la muestra de semen**, aclarando las dudas que surjan respecto a la forma de recogida, tiempo y condiciones de transporte hasta la llegada al laboratorio.

Una vez recibida la muestra, previo a la realización del seminograma, **se confecciona una breve historia clínica** para asegurarnos que han seguido las normas, y para conocer el tiempo de esterilidad y el tratamiento recibido.

La muestra es sometida inmediatamente, **a un examen organoléptico**, medición de pH, densidad y volumen; pasando posteriormente a estudiar la movilidad, número, y morfología y vitalidad espermática.

También se realiza el **estudio de marcadores de la próstata y vesículas seminales**.

Otra **parte importante de nuestra labor es la capacitación del semen**, comenzando por informar al paciente de la forma correcta de obtención de la muestra, citándole el día que se realizará el proceso de lavado y capacitación. (En éste punto es fundamental **tranquilizar al paciente de las dudas** que tengan acerca de una posible confusión con las demás muestras que se reciben.)

Este análisis es de realización inmediata, con **entrega en dos horas en la consulta de reproducción, de los resultados y/o el semen capacitado**; allí las mujeres serán inseminadas para intentar conseguir un embarazo, o bien se decidirá la técnica de reproducción a seguir.

Un grupo pequeño de pacientes y familiares se ven muy afectados desde el punto de vista psíquico / emocional: son los **pacientes oncológicos** que, previo al trata-



“

Todo este trabajo resulta muy satisfactorio cuando damos una reacción de embarazo positivo

El estudio de la pareja debe ser integral y simultáneo”

”

miento con citostáticos, entregan muestras de semen para su congelación. En esta ocasión, se añade a la preocupación por su enfermedad, la angustia de que casi con toda probabilidad, el tratamiento con citostáticos conllevará una esterilidad. *El tener la oportunidad de congelar el semen para su posterior uso les da una esperanza no sólo de reproducción, sino también de supervivencia.*

Todo este trabajo resulta muy satisfactorio cuando damos una reacción de embarazo positivo, y atendemos a las lágrimas, risas y mareos de los que llevan tantos años esperando un hijo.

Otra vertiente de nuestro trabajo es el control posvasectomía, informando al paciente de las precauciones que debe o no tomar para evitar el embarazo, informándoles del procedimiento a seguir hasta el próximo control.

Año 2001

Seminogramas	920
Capacitaciones	1.133
Controles posvasectomía	243
Controles previos a congelación	45

El Derecho a la Asistencia Sanitaria y la Reclamación del Coste de los Servicios

Por Diego Sánchez Gómez, Subdirector de Gestión Económica y M^a Luisa Rojas Cuenca,
Jefa de Servicio de Gestión de Cobros del Complejo Hospitalario Carlos Haya

La asistencia sanitaria constituye uno de los elementos principales del sistema de protección social existente en la actualidad en España, que tiene su origen en lo establecido por la Constitución española de 1977, reconociendo en su artículo 43.1 el **derecho a la protección de la salud como un derecho inherente a la condición de ciudadano**, desarrollado posteriormente por la Ley General de Sanidad del año 1986 y por la Ley de Salud de Andalucía de 1998.

En este escenario, los ciudadanos se muestran cada día más exigentes con su sistema sanitario debido a los derechos reconocidos legalmente y porque contribuyen con sus impuestos a su mantenimiento. Pero al margen de este derecho a la asistencia sanitaria, ¿existen supuestos y circunstancias en que debemos reclamar el pago del coste de los servicios prestados? A esta pregunta podemos contestar con un sí rotundo, en base a diferentes referencias legislativas, entre las que figura el Real Decreto 63/1995, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud que **relaciona los supuestos en que los servicios de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias** facilitadas directamente a las personas, incluidos los transportes sanitarios, atenciones de urgencia, asistencia sanitaria hospitalaria o extrahospitalaria y rehabilitación, que podemos agrupar con carácter general de la siguiente forma:

1. Privados/Particulares:

1.1. **Los Mutualistas**, es decir, los pertenecientes a la MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado), MUGEJU (Mutualidad General Judicial) e ISFAS (Instituto de las Fuerzas Armadas), que no hayan sido adscritos a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria de la Seguridad Social, sino por entidades aseguradoras Privadas como Asisa, Adeslas, Sanitas, etc.

1.2. **Empresas Privadas** que asumen la asistencia sanitaria de sus trabajadores en régimen de autoaseguramiento.

1.3. **Seguros Obligatorios**, como el escolar, deportistas fe-



derados, viajeros, conciertos, convenios, etc.

2. **Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales** que obligatoriamente han de estar a cargo de las Mutuas de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales.

3. **Accidentes de Tráfico**. Existe un convenio suscrito por el SAS, UNESPA y el Consorcio de Compensación de Seguros, por el que todas las asistencias sanitarias prestadas a lesionados por accidentes de tráfico se facturarán a las correspondientes compañías aseguradoras.

Por lo tanto, en todos estos supuestos, nos encontramos ante el consumo de recursos públicos y financiación presupuestaria de nuestro Complejo Hospitalario, por parte de usuarios cuya asistencia sanitaria ha de ser cubierta por entidades privadas (Cías Aseguradoras, Mutuas ATEP, etc). Dentro del **proceso administrativo de gestión de la reclamación del coste de los servicios prestados** juegan un papel fundamental e imprescindible las Unidades de Admisión en lo referente a la identificación y clasificación de los pacientes desde el punto de vista de quién financia su asistencia, así como a la captura de la información necesaria para proceder a la correspondiente Liquidación y posterior cobro.

La implantación, en octubre de 2002, en el **Servicio de Gestión de Cobros a Terceros**, del Módulo de Liquidación

Vía Clínicas: Herramientas de Gestión

Resultados

Por Pilar Blasco

El doctor Manuel de Mora, Cardiólogo del Complejo Hospitalario Carlos Haya presentó en el salón de actos del Hospital General los resultados de la implantación (proyecto piloto) de dos vías clínicas realizadas por un equipo multidisciplinar del centro sanitario.

Las Vías Clínicas se han configurado como una herramienta que posibilita la gestión por procesos asistenciales, coordinando los recursos de forma integrada en el marco de la gestión, fomentando, al mismo tiempo, la cooperación entre niveles asistenciales. De forma esquemática, estos han sido los resultados.

·Utilidad de una vía clínica para mejorar el proceso de dolor torácico (DT) y síndrome coronario agudo (SCA) de bajo riesgo.

Autores: M. de Mora, J. Ferriz, P. Ruges.-Villasonte, M: Burgos, P. Martín Rico y J.L. Fuentes.

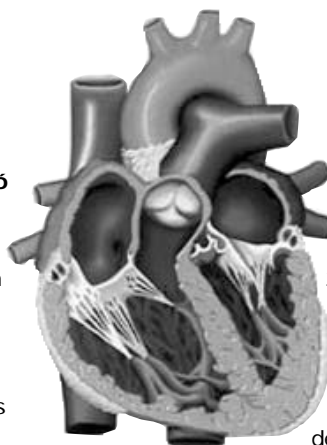
La vía clínica se aplicó a 50 pacientes, durante el primer trimestre de 2002.

Resultados:

1. La vía clínica es realizable sin morbilidad, demostrándose su utilidad en la comunicación interservicios.
2. Los pacientes, con bajo riesgo, seleccionados pueden ser alta precozmente, con escasa utilización de recursos y por tanto, con alta eficiencia.

·Utilidad de una vía clínica para mejorar la calidad en la asistencia multidisciplinar de pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) .

Autores: M. de Mora, R. Guijarro, J.M. Pérez Ruiz, R. Gómez



Huelgas, G. Bentabol, J.C. Escudero, M. Pérez Boluda y F. Malpartida.

La vía clínica se aplicó a 47 pacientes con ICC ingresados durante el primer trimestre de 2002.

Resultados:

1. La vía clínica es útil para obtener los objetivos de calidad que se prefijaron, incluida la reducción de estancias hospitalarias, además de una herramienta que facilita la relación interdisciplinar. Se evitaron 284,28 días de ingreso en el primer trimestre, que traducido en términos económicos equivale a 75.102 euros (12.496.000 ptas.)

Ambas vías redujeron significativamente las estancias hospitalarias **sin morbilidad asociada**.

Como límites en la evaluación socioeconómica hay que señalar que sólo reingresaron 4 de los 47 pacientes con ICC en el tiempo de la evaluación.

De forma paralela, se llevó a cabo una **encuesta de satisfacción** a los pacientes (por J.J. Guerrero, de la Jefatura de Bloque de Calidad), cuyas conclusiones son:

1. La satisfacción percibida es elevada.
2. Hay que realizar mejoras en la identificación del personal sanitario, en la información sobre el tipo de cuidados que se realizan al paciente, en el afrontamiento de la angustia, y en la hostelería.
3. La valoración global del hospital es excelente.

(fuente: presentación en el XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cardiología, Madrid 16-19 octubre, 2002)

nes del Sistema Unificado de Recursos nos está permitiendo la instalación de un procedimiento homogéneo y la conexión automática con el Módulo de Recaudación, por cuenta de la Consejería de Economía y Hacienda, de deudas que hayan superado su periodo voluntario de pago.

Pero ello nos obliga a ser muy rigurosos y exhaustivos en todo el proceso administrativo y por consiguiente en la captura de la información de los usuarios atendidos en el Complejo Hospitalario, tanto en las Unidades de Admisión como en otros puntos, como las Secretarías de los Servicios Clínicos, Pruebas Complementarias, Tratamientos Terapéuticos, Prestaciones Complementarias, etc., **potenciando y mejorando los circuitos de comunicación e información, para que no se dejen de liquidar los servicios prestados o resulte fallido el cobro de las mismas.**

En este sentido, el Servicio de

Gestión de Cobros ha obtenido recientemente la Certificación según Norma UNE en ISO 9001:2000.

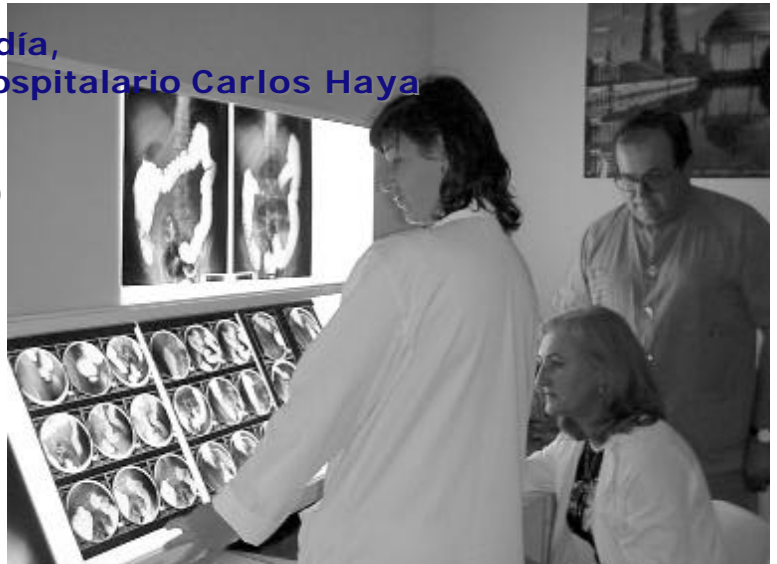
Para terminar, señalar que esperamos haber trasladado a todos los trabajadores del Complejo Hospitalario implicados directa o indirectamente en este proceso de gestión, la reflexión de que **el derecho a la asistencia sanitaria no está reñida ni es incompatible con la reclamación del coste de los servicios, por el contrario, es nuestro deber, en los supuestos en que exista un tercero obligado al pago**, teniendo una gran trascendencia la adecuada gestión de estas reclamaciones, desde la perspectiva de la financiación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en general, y del Hospital en particular.

El Servicio de Gestión de Cobros ha obtenido la Certificación según Norma UNE en ISO 9001: 2000

Entrevista con José Antonio Bondía,
Jefe de Estudios del Complejo Hospitalario Carlos Haya

Nuevo Impulso a la Formación de Residentes

Por Pilar Blasco



En 1975 el Hospital Regional Universitario Carlos Haya inicia su actividad docente en la formación de residentes. En los últimos años finalizan su formación una media de 60 especialistas, entre médicos, farmacéuticos y psicólogos. Ya nadie pone en duda de que el reconocimiento de un centro sanitario se mide también por la calidad de la formación que el centro ofrece a los futuros especialistas, haciéndose patente en la confianza que éstos depositan al elegir nuestro

hospital para realizar su periodo de formación como especialistas.

El doctor José Antonio Bondía, jefe de sección del Servicio de Cirugía General y Digestiva, y profesor titular de Cirugía de la Universidad de Málaga, es el Jefe de Estudios del Complejo Hospitalario desde enero de 2002. En esta entrevista concedida a la revista El Pulso del Hospital, nos cuenta los nuevos proyectos de la Jefatura de Estudios.

P. ¿Dr. Bondía, nos podría contar brevemente cuál ha sido su compromiso en esta nueva etapa, y cómo pretende hacerla efectiva?

R. El compromiso, o la pretensión de esta etapa de la Jefatura de Estudios, nueva para mí, es situar al Hospital Carlos Haya entre los centros hospitalarios preferidos por los residentes a la hora de elegir el centro donde va a tener lugar su formación como especialistas, periodo de gran importancia en su vida y que va a ser determinante en su futuro como profesional.

¿Qué cómo lo vamos a conseguir? **Pues desarrollando cuatro líneas de actuación prioritarias**, en las que deberán estar implicados todos los facultativos especialistas de nuestro hospital. Estas líneas están apoyadas por la Dirección Gerencia de Carlos Haya a través de los objetivos docentes del Plan de Innovación 2001-2004.

P. Y ¿cuáles son esas líneas?

R. La primera, y no por eso en orden de importancia, es **la mejora de la calidad docente**, a través de una serie de acciones como:

- La programación de unos requisitos básicos docentes para cada Servicio.
- La elaboración de un Plan Docente Individualizado de cada Servicio, en el que figuren los objetivos docentes de cada año de Residencia y los objetivos a cumplir en las rotaciones por cada Servicio. Este documento sería entregado al residente el día de su incorporación al centro. Esta información estaría también disponible en la página web del hospital, y podría ser consultada por cualquier residente desde cualquier punto geográfico.

“Es fundamental que la formación de tutores se incorpore en los planes de formación continuada de los centros sanitarios

El buen residente de ahora será, con toda seguridad, el buen especialista del mañana”

- Evaluación de la actividad docente

- Consolidación del Programa de Sesiones Clínicas Generales, y potenciación de las sesiones de cada Servicio.

Otra de las líneas de trabajo es **lograr la máxima implicación de los profesionales**, impulsando la figura del tutor como motor primordial en la docencia. Es fundamental que la formación de tutores se incorpore en los planes de formación continuada de los centros sanitarios.

P. ¿Quiere decir con esto que no existe un gran interés por parte de los profesionales?

R. No exactamente.

En nuestro país, desgraciadamente, existe poco reconocimiento a la actividad docente y además está poco incentivada. Esto deriva en una situación general de desánimo por parte tanto de los tutores, como de los miembros de la Comisión de Docencia, y los propios residentes. Estas debilidades, como digo, son comunes a la mayoría de los hospitales españoles, y es algo que hay que ir cambiando, aunque me consta que este esfuerzo se lleva haciendo desde hace mucho tiempo.

Por ello, es tan necesaria la implicación real de todos los que en mayor o menor medida, tienen responsabilidades y puedan hacer que esta situación cambie.

P. Ha hablado de cuatro líneas, ¿cuáles son las otras dos?

R. Es prioritario **impulsar el interés por la investigación**, colaborando con la Fundación Hospital Carlos Haya e incorporando la investigación a la formación de los residentes de forma habitual. Estamos estudiando la posibilidad de un periodo de rotación por La Unidad de Inves-

tigación de la Fundación Hospital Carlos Haya, una vez finalizado el periodo de formación MIR.

Es objetivo también de esta jefatura de estudios, el promover la realización de tesis doctorales durante el periodo de residencia.

Y por último, potenciar la imagen y mejorar la comunicación externa, a través de la web de la jefatura de estudios y fomentando la relación con otras instituciones.

P. Bueno, ¿y por qué todo esto?

R. Se está dando ya una situación que es nueva, no se había dado antes. De una parte, la oferta de formación para especialistas va en aumento (cada vez hay más hospitales que solicitan la acreditación); de otra, la demanda se ha estabilizado. Si a esto le añadimos que los sistemas de acreditación y certificación de unidades y hospitales docentes son cada vez más rigurosos Podría llegar el día en el que los residentes no nos eligieran como centro para formarse como especialistas, porque la oferta docente de otros centros es mejor que la nuestra.

P. Es una visión un tanto pesimista ¿no le parece?

R. Puede que no sea probable, pero sí es posible. Por eso



no nos podemos dormir. Tenemos muchos puntos fuertes y hay que potenciarlos: profesionales con un alto grado de competencia, tecnología muy avanzada, Facultad de Medicina, Fundación Hospital Carlos Haya para la Investigación, larga experiencia docente, programas consolidados de trasplantes, ... y un entorno geográfico envidiable, cier-

tamente.

Por lo tanto, es necesario trabajar para modernizar y no olvidar el compromiso de las instituciones sanitarias con la docencia posgrado, para que la formación de buenos residentes en nuestro hospital sea un indicador de calidad y un continuo estímulo para la mejora continua de la calidad asistencial.

El sistema MIR ha sido la mejor experiencia en la formación médica especializada. El buen residente de ahora será, con toda seguridad, el buen especialista del mañana. Hagamos entre todos lo que esté en nuestras manos para que nuestros residentes sean los mejores, tanto como especialistas, como seres humanos.

Esto también es CREAR FUTURO.

CLAUSURA DEL I CICLO DE CONFERENCIAS SOBRE RESTAURACIÓN COLECTIVA

Por Angel Caracuel, Bromatólogo del Complejo Hospitalario Carlos Haya

El acto de clausura del 1º Ciclo de Conferencias sobre restauración colectiva, que tuvo lugar el pasado 19 de noviembre, contó con la presencia de la Ilma. Sra. María Antigua Escalera Urkiaga, Directora General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En la última sesión de este ciclo se pronunciaron dos conferencias, la primera con el título de "La restauración colectiva en el marco de la salud pública" que impartió D. José Antonio Conejo Díaz (Coordinador General de Salud Ambiental y Alimentaria, Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud) y la segunda sobre "Alimentación saludable" que fue impartida por el Dr. Julio Boza López (Presidente de la Real Academia de Ciencias Veterinarias de Andalucía Oriental del Instituto de Academias de Andalucía).

Este ciclo de conferencias, organizado por el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, la Real Academia de Ciencias Veterinarias de Andalucía Oriental y el Colegio de Veterinarios de Málaga, se ha celebrado desde el 16 de abril al 19 de noviembre en el salón de actos del Hospital Materno Infantil, y ha tenido como objetivo "la puesta al día y discusión de los avances y las últimas tendencias en el sector de la Restauración Fuera del Hogar", y en el que se han debatido, entre otras, cuestiones como: seguridad alimentaria, formación de profesionales, nutrición clínica y dietética, nuevos productos en la industria alimentaria "alimentos



funcionales" (omega 3 y omega 6), nuevas tecnologías en elaboración y conservación de alimentos, restauración hospitalaria, gestión de la calidad, y alimentación y salud pública.

Ha sido el primero que organizan estas instituciones y ha presentado como novedad el reunir a **más de 100 profesionales** relacionados con el sector (farmacéuticos, médicos, tecnólogos de los alimentos, veterinarios, inspectores de Sanidad, técnicos especialistas en Nutrición y Dietética, cocineros, pinches, empresarios, jefes de servicio de restauración...) de diferentes puntos de la geografía andaluza.

El gran número de participantes, la profundidad de los temas tratados y la importancia que la seguridad alimentaria y la restauración colectiva está alcanzando en la sociedad de nuestros días, ha animado a los organizadores a trabajar en la planificación del **II Ciclo de Conferencias que se realizará en el año 2003.**

LOS MAPAS DE COMPETENCIAS

Por Óscar Dávila

Introducción

La Organización sanitaria apuesta por un cambio estratégico fundamental en relación con la Gestión de sus profesionales. Todos los planteamientos están enfocados a la Gestión de Personas, es decir, ver al Profesional desde un punto de vista integral.

¿Que son las competencias?

Para el adecuado desarrollo de nuestro trabajo, tenemos unos conocimientos específicos, realizamos técnicas concretas y nos comportamos de una determinada manera, o lo que es lo mismo, tenemos unas determinadas competencias para desempeñar nuestro trabajo. Hay competencias que son inherentes a cada grupo profesional precisamente porque su denominador común es SU PROFESIÓN, son las Competencias esenciales, que además están ligadas a los valores que la Organización ha creado como su razón de ser y a los objetivos que todos como integrantes del Sistema Sanitario Público debemos cumplir.

¿ Por qué los Mapas de Competencias?

Es responsabilidad nuestra mantener una actitud de aprendizaje y mejora continua, pues estamos inmersos en un mundo que evoluciona y cambia a un ritmo vertiginoso, y **porque nuestro objetivo fundamental es dar al ciudadano una respuesta eficaz y eficiente** estemos donde estemos.

Por tanto, tenemos la obligación de evolucionar y crecer, de incorporar competencias adecuadas para el adecuado desarrollo de las funciones y responsabilidades en nuestros puestos de trabajo; así, la mejor manera que todos sepamos qué competencias tenemos y cuales debemos incorporar y desarrollar en el proceso de evolución profesional es la creación de Mapas de Competencias.

¿ Qué son los Mapas de Competencias?

Los Mapas de Competencias son mucho más que simples descripciones de puestos de trabajo. **Definen y orientan posibles rutas de desarrollo profesional** determinando las competencias básicas y específicas que los profesionales han de tener o deben adquirir. Así mismo, contienen las competencias necesarias para llevar a cabo dichas funciones o responsabilidades en cada nivel y los criterios de progreso. Las competencias pueden ser imprescindibles, o deseables. Además, constituyen el marco conceptual de Empleabilidad individual y son dinámicos, garantizando la competitividad de la organización, y responden a criterios de Previsionalidad, pues han de adelantarse a las necesidades

Un Mapa de Competencias es la descripción dinámica de un determinado ámbito de responsabilidad, en este caso Asistencial, que incluye: definición exacta de los puestos de trabajo, según las funciones y responsabilidades estableciendo las competencias esenciales y específicas de cada uno de ellos

Competencia: Característica subyacente de la persona que está causalmente relacionada con una situación de éxito en un puesto de trabajo



de competencias de la organización para iniciar nuevas andaduras.

Los Mapas de Competencias se elaboran en tres niveles:

- 1º Nivel Junior: las que el profesional debe cumplir para poder ser incorporado a ese puesto de trabajo
- 2º Nivel Madurez: grado de desarrollo óptimo de las competencias en el puesto de trabajo
- 3º Nivel Excelente: nivel de máximo desarrollo en el puesto de trabajo, al que pueden llegar todos los profesionales que así lo quieran.

Cuando se realiza la identificación de los tres niveles con las competencias necesarias en cada uno de ellos, se identifican cuál va a ser el nivel de desarrollo de la competencia en cada nivel como deseable (que pasará a ser imprescindible en el siguiente grado de desarrollo) o imprescindible desde el principio.

Nuestra experiencia

Desde el mes Junio, en nuestro Hospital, se han constituido varios grupos multidisciplinares (alrededor de 60 profesionales) para la elaboración de los mapas de competencias de varias unidades: Urología, Hematología, Oftalmología, Cirugía Pediátrica, Enfermería de Cuidados, Cocina Central, Recursos Humanos, Gestión Económica, etc. A la hora de **describir los Mapas de Competencias**, hemos utilizado una metodología definida, estructurada, planificada y desarrollada con la colaboración de los distintos colectivos profesionales de la organización.

Para **recoger toda la información** estamos utilizando como técnica principal, los grupos de trabajo. Cada grupo es guiado por una persona experta en el método y en técnicas de manejo de grupo.

Para **cada categoría profesional** se está **diseñando un Mapa de Competencias**, en el que se describirán las de Conocimiento (saber), Habilidad (saber hacer) y Actitud (ser) necesarias para el desempeño del puesto. Así mismo, se determinan los niveles de desarrollo de cada puesto.

El pasado 6 de noviembre, la ONG VIAS (Voluntariado Islámico de Acción Social) hizo entrega de sus III Premios Solidaridad al Hospital Materno Infantil, en reconocimiento de la magnífica atención que los profesionales de este centro sanitario ofrecen a los niños magrebíes que son enviados a Málaga desde el Hospital de Melilla para el tratamiento de graves patologías.

Este reconocimiento público viene a profundizar en la solidaridad y la ayuda que el Hospital Materno Infantil realiza desde hace varios años en colaboración con diversas ONGs.

El premio fue recogido por M^a Victoria Montalbán y Julio Lorca, Subdirectora de Enfermería del Hospital Materno Infantil, y Director de Proyectos y Sistemas del Complejo Hospitalario Carlos Haya, respectivamente.

El Materno

Infantil, Hospital Solidario



Mediante este artículo queremos hacer llegar a todos los

trabajadores del Complejo Hospitalario CARLOS HAYA, la creación del Memorial "MANUEL NAVARRO RUIZ". Consistirá en una marcha montañera a la cima de la Sierra de Tejada (Maroma 2.065 m.), en recuerdo a este compañero que anheló andar por sus laderas.

La marcha se realizará entre Enero y Febrero de 2003 cuando la mencionada sierra luzca en su máximo esplendor al vestirse con su manto blanco.

Se anunciará con unos diez días de antelación mediante carteles expuestos en los distintos pabellones del Complejo Hospitalario.

Manuel, celador del Hospital Materno Infantil, que trabajó durante muchos años en las Urgencias y Quirófanos

MEMORIAL "Manuel Navarro Ruiz"



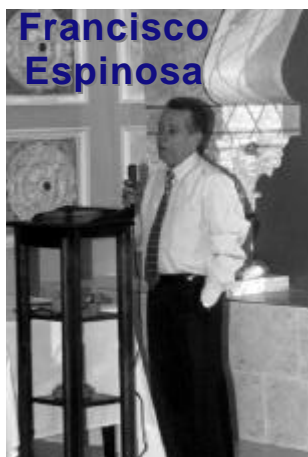
de Pediatría, nos dejó hace ya casi un año. Con este memorial que lleva su nombre, queremos rendir un sentido homenaje y recuerdo a un compañero que en muchas ocasiones nos acompañó en las cordadas en la Sierra de Tejada.

Para cualquier consulta llamar al teléfono interior 2433, Jefatura Personal Subalterno del H. Materno Infantil, y preguntar por Antonio Jurado.

Homenaje a ...

· El pasado día 11 de octubre, después de 21 años, en una cena de amistad, nos despedimos con un "hasta siempre" de Paco Espinosa, una de las personas más dignas de toda la historia de este hospital. Su trayectoria personal en estos años merece el respeto y el homenaje de todos/as, y se jubila como lo que siempre ha sido y será: un hombre luchador e incansable, una persona de diálogo y un hombre de bien.

Desde aquí le reiteramos nuestro deseo de que la vida le siga tratando bien, junto a su familia y sus amigos.



Premio a la página Web de la Biblioteca

La página web de la Biblioteca (<http://www.carloshaya.net/biblioteca>) del Hospital Regional Universitario Carlos Haya ha recibido del Directorio BIWE (<http://www.biwe.es>) el premio a la mejor página dentro del Top 10 de la categoría Docencia, Universidades del directorio "Medicina y salud". Este premio se concede en función del número de visitas recibidas.

Actualmente la página web ha recibido un total 103.409 visitas externas desde el 15 de junio de 1.999 con la siguiente distribución por países:

1. España 73782- 71.3 %
2. Hungría 9810- 9.5 %
3. México 526- 0.5 %
4. Chile 492- 0.5 %
5. Argentina 481- 0.5 %
6. EEUU Comercial (com) 240- 0.2 %
7. Estados Unidos 148- 0.1 %
8. Red 139- 0.1 %
9. Inglaterra 88- 0.1 %
10. Portugal 65- 0.1 %
- Desconocido 17227- 16.7 %
- El resto 411- 0.4 %
- Total 103409 100.0 %

GRACIAS

Cuesta trabajo y, normalmente, caen en el olvido, las cartas y detalles de agradecimiento de las personas que han pasado por un hospital o centro sanitario. Pero, esto es un acto reflejo ya que es nuestra mente la que de manera inconsciente se esconde de aquellos recuerdos. Dicho esto, ponderad y ponderaos pues las personas que a continuación os relatamos os dan las gracias.

·6/9/02: **D.Gustavo García-Valdecasas**, desde Valladolid, nunca olvidará todo lo que hicieron por él para salvarle la vida tras un grave accidente de tráfico, los doctores Giraldo, Abad, Jiménez-Secilla, Rico, Casquero, Peralta, García, Martínez Cañamero, Cuadros Romero; IDUES Maribel, Paco...; auxiliares y personal de seguridad. Nunca olvidará lo que todos ha-



céis por todos.

·27/9/02: **la familia Millán Guerrero** quiere hacer público la actitud, el cariño y el celo de D. José Godoy Villalobos hacia su madre y hacia ellos mismos. Agradecen su misericordia.

·7/10/02: **Dña. M^a Ángeles Fernández Escudero** aplaude a la organización Liga de la Leche por ser fuente de información, ayuda, alegría y amistad

para toda mujer embarazada o madre.

·11/11/02: **la familia de Juan Martínez Vidal**, por la incansable labor en el tratamiento de su enfermedad, al Hospital de Día de Carlos Haya, al doctor Manuel Benavides y al equipo de enfermería; al equipo de cirugía digestiva, sobre todo a los doctores Santoyo, Suárez, César y Santiago Ramírez por su profesionalidad y humanidad con los enfermos.

·21/11/02: **Francisco Cortés (Pacurrón)** por la profesionalidad y humanismo del Servicio de Cardiología de Carlos Haya, doctores Malpartida, José María Cortina, Martínez Rivero, Plata Clezar, Damián Gascón, José Luis Martínez Calzón. Han conseguido que su corazón siga latiendo. Gracias extensivas a todo el personal de la planta.

“MANTENIMIENTO Y MEJORA DE NUESTRO HOSPITAL”

- Hospital General

. REMODELACIÓN DE LOS SEIS QUIRÓFANOS DE LA 1ª PLANTA:

La obra se ha programado en dos fases:

1ª fase: Comprendería 3 de ellos a los que se les instalará paneles fenólicos (muy resistentes). Se mejorará la climatización, nuevos suelos electrostáticos (según normativa de baja tensión), nuevas instalaciones de gases. Se prevé su finalización para finales de este año.

2ª fase: Comprenderá la remodelación de los otros tres quirófanos.

- Hospital Materno- Infantil

. **ASCENSORES:** Se han remodelado



los ocho ascensores para adaptarlos a la normativa europea. A finales de noviembre terminó el arreglo de los dos últimos de los ocho instalados.

. **PARITORIOS:** A finales de noviembre finalizaron las obras de remodelación de Paritorios y de los

servicios adjuntos. Lo último que se renovará va a ser la Recepción, Sala de Espera de familiares, Consulta de Ginecología y Observación. Todo se inauguró al público a principios de diciembre.

- Hospital Civil

. Se está cambiando toda la instalación de agua caliente- fría y climatización. Ya se han remodelado cinco pabellones quedando pendiente el Pabellón de Psiquiatría, Urgencias y Oftalmología que quedarán terminados a primeros del año 2003

- Hospital de Ciudad Jardín

. Siguen a buen ritmo las obras de refuerzo de la estructura del Hospital.

Fe de Errores

En el artículo, publicado en el último número, "Portátil de Rayos X: distancia de seguridad", el autor Sergio de Sisto, nos pide que hagamos algunas correcciones:

- El límite anual (establecido en RD 783/2001) para la totalidad del

organismo en personal profesionalmente expuesto, se estima en 20 mSv en un año.

- Para mujeres gestantes los límites de dosis al feto, desde la comunicación del embarazo al final de la gestación, es de 1mSv.

- El resultado de la tasa de dosis media a un metro de distancia radial es de 64

µSv/hora

- [...] obtenemos unos resultados en los que se observa que a una distancia mínima de 3m en el plano radial al campo, existe una dosis equivalente de 0,00005 µSv = 0,0000000005 Sv = 5 x 10⁻¹¹ (quinientas mil millonésimas de sieverts) ...]

Un lugar para visitar: Frigiliana

Por Raquel Romero

Nuestra elección de hoy es Frigiliana, un pueblo malagueño, accesible para todos y manjar de excursionistas.

Las mulas cargadas de leña se cruzan por las empinadas calles con grupos de japoneses, alemanes, ingleses o escandinavos. Los animales aguantan estoicamente las mil y una fotografías, y luego esperan al próximo grupo que, jadeando sube la cuesta. Podría creerse que han sido puestos allí para dar más exotismo al lugar, pero no es así; Frigiliana ha conservado sus antiguas costumbres, las casas blancas y pequeñas se sitúan entre las estrechas callejas del pueblo.

A la puerta de sus casas las mujeres charlan o hacen pequeñas labores, indiferentes a los visitantes. Del cuartel hacia arriba queda la parte más bonita, la que ha respetado más la herencia árabe.

Hacia abajo es todo posterior y no interesa tanto.

Hay que pasear por los rincones con más sabor: El Zacatín, El Torrejón, o seguir la historia de Frigiliana en los mosaicos, por las calles de Hernando Darrera, Alta, Amargura, Santa Teresa e Iglesia. Al atardecer, cuando regresa el autobús con los turistas, es cuando, ya sin gente, se pueden tomar tapas de choto, callos o embutido, en La Alegría o el Virtudes.

La mejor vista se obtiene desde la ladera de enfrente, viniendo de Torrox.

Existen restos arqueológicos que se remontan a 3.000 años de antigüedad y se encuentran en cortijo Cerrillo de la Sombra, a un kilómetro del pueblo.

Los azulejos de las calles muestran su historia, último reducto de los moriscos sublevados de Granada.



Accesos: a 57km. de Málaga y 6km. de Nerja. El más bello no suele venir en los mapas y es por Torrox (13km).

Alojamiento: Las Chinas y casas particulares.

Visitas: todo el pueblo y la casa de los Manrique(siglo XV).

Gastronomía: berza y choto al ajillo. En cuanto a vinos, el que llaman del terreno, seco o dulce típico de la localidad. Los establecimientos, Bodeguilla, Tangay, El Mirador, El Ingenio y La Fuente. A 3 km. en la carretera a Torrox, las Ventas de Frigiliana, con excelentes vistas sobre la sierra.

Compras: artesanía y telares.

INGREDIENTES.-

(Para 1 Kg. y medio aprox.)

- 400 gr. de harina
- 1 dcl. y ½ de aceite
- 1 dcl. de vino blanco seco
- 1 copita de anís dulce
- 2 cucharadas de zumo de naranjas dulces
- la ralladura de una naranja
 - 3 gr. de ajonjolí
 - 5 gr. de matalauva
 - 5 gr. de canela molida

UTENSILIOS.-

- un lebrillito de barro
- una sartén de diez cm. de alto y 50 cm. de diámetro
- un rodillo de madera
- un paño blanco de algodón

MODO DE HACERLO.-

Se pone el aceite a freír con la cáscara de naranja y la matalauva. Se aparta del fuego y se deja enfriar. En el lebrillito se pone el zumo de naranja, el vino, el ajonjolí y la canela. Se le añade la harina y se va amasando poco a poco.

Una vez terminado de amasar, se deja reposar la masa, dentro del lebrillo, durante 1 hora como mínimo, cubriéndose con el paño blanco de algodón.

Se van haciendo bolitas del tamaño de una nuez y extendiéndolas con el rodillo. Una vez extendidas, se coge un tenedor y se le pasa por encima, rallándolo.

Se van rellenando uno a uno con cabello de ángel y doblándolos como si fuera una empanadilla.

Se sacan de la sartén la cáscara de naranja y la matalauva y

La Receta de Diciembre: BORRACHUE-



Por Asunción Soria Párraga

se pone al fuego y, cuando el aceite esté muy caliente (esto es muy importante), se van friendo los borrachuelos de cinco en cinco.

Una vez fritos, y cuando aún están calientes, se pueden pasar por azúcar o por miel rebajada con agua, según gusto.

·CABELLO DE ÁNGEL

INGREDIENTES.-

- Una cidra (especie de calabaza)
- 700 gr. de azúcar

Se lava muy bien la cidra y se rompe golpeándola contra un mármol o fregadero.

Los trozos se ponen a cocer en una cacerola durante una hora y media más o menos, cubiertos justo con

agua. (Si se prefiere, se pone en la olla exprés durante media hora).

Una vez cocidos, se escurren muy bien y se reserva una taza del líquido de la cocción.

En caliente, se extrae la pulpa con una cuchara, separando las pepitas, hasta dejar limpias las cortezas.

Se desgarran la pulpa peinandola con dos tenedores, hasta que queda separada en fibras. Se pesa y se deja macerar toda una noche, con 700 gr. de azúcar por cada kilo.

Al día siguiente se moja ligeramente con el líquido que habíamos reservado y se cuece a fuego lento hasta que las fibras cambien de color, quedando blanquecinas y casi transparentes.

Investigación: Entrevista con Manuel Carrasco, Director del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS)

Por Pilar Blasco

A primeros de diciembre, el Director de Investigación del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad, Manuel Carrasco Mallén, visitó el Complejo Hospitalario Carlos Haya al objeto de participar en el acto de presentación de los resultados del *Plan Estratégico de Investigación Biomédica y Ciencias de la Salud 2000-2002* de la Fundación Hospital Carlos Haya (FHCH).

Aprovechamos esta excelente ocasión para preguntarle sobre la situación de la investigación en España, en Andalucía, y por supuesto, en nuestro hospital.

P. ¿Cuál es su opinión del Plan Estratégico de Investigación?

R. Creo que es un buen ejemplo, a seguir por muchos hospitales de todo el Sistema Nacional de Salud, y un excelente instrumento de cómo se orienta la gestión de la investigación de un gran hospital, y de cómo se implican los gestores a la hora de enfocar la gestión de un hospital, no sólo desde el punto de vista de la asistencia. Los resultados de los planes estratégicos se ven a medio y largo plazo, sin embargo los resultados que ha conseguido el Hospital Carlos Haya en la última convocatoria del FIS son contundentes: Carlos Haya ocupa el primer lugar en Andalucía, en cuanto a proyectos financiados. Esto sólo se explica por dos razones: una, la puesta en marcha del plan estratégico, y dos, la creación de la Fundación como herramienta para impulsar la investigación y sobre todo, para gestionar los fondos de investigación (tanto de origen público como privado, como donaciones) de forma mucho más ágil, quitando el enorme trabajo burocrático a los investigadores.

P. Creo que me está contestando a la siguiente pregunta: su opinión de las Fundaciones.

R. Es muy necesario separar de forma diferenciada la financiación para la gestión de la investigación, de la gestión de la asistencia en los hospitales. Hay muchos que lo hacen sin tener una Fundación; sin embargo, las Fundaciones posibilitan el canalizar fondos que vengan de otras fuentes, como la industria farmacéutica. En otras palabras: los investigadores tienen muchas más posibilidades de recabar fondos de las diferentes agencias evaluadoras (españolas o europeas) a través de las Fundaciones.

P. ¿Se prevé un incremento en las partidas presupuestarias del Instituto Carlos III?



“ Andalucía tiene un gran peso tanto en investigación básica, como aplicada y de salud pública ”

R. Este año ha crecido, para la investigación, un 5,5% en lo que son fondos provenientes de los Presupuestos Generales del Estado. Pero luchamos para traer nuevos fondos como son los FEDER de la Unión Europea que ponemos a disposición de toda la comunidad científica, y fondos que el Ministerio suscribe con Farmaindustria y con otras entidades, poniéndose igualmente a disposición de los investigadores.

P. ¿Cuáles serán los próximos planes de actuación estratégica?

R. En el ámbito de la investigación estamos trabajando en el próximo V Plan Nacional de Investigación 2004-2007, allí se vertebrarán las necesidades del Sistema Nacional de Salud; todas las comunidades autónomas tendrán que

revisar las necesidades de salud de la población y proponer sus iniciativas. ¿Cómo orientamos nuestro trabajo?. Primero en resolver necesidades de salud de la población, viendo las enfermedades más prevalentes (cáncer, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades infecciosas, enfermedades cardiovasculares, ...), pero también, viendo enfermedades de baja prevalencia o raras. Pero todo desde un enfoque que abarque el problema desde todos los aspectos desde las más básicas de salud pública, hasta la propia investigación de aplicación clínica.

P. ¿Qué lugar ocupa Andalucía en la investigación biomédica?

R. Está en un lugar muy bueno. Ocupa el tercer lugar en España en cuanto a financiación recibida por el FIS, después de Cataluña y Madrid, y delante de la Comunidad Valenciana. Andalucía ha duplicado la financiación recibida con respecto al último año. Este dato refleja que vamos por buen camino.

Andalucía puede ser un ámbito de referencia a nivel nacional pues tiene una gran ventaja: tiene tanto peso en investigación básica, como clínica y de salud pública. Su gran capacidad de investigación abarca los tres ámbitos.

P. Por último, ¿Alguna sugerencia para la comunidad científica?

R. Sólo decir que hacen falta más investigadores en todo el territorio nacional, que es necesario trabajar teniendo una "cultura de alianzas" (cooperación, trabajo en conjunto, buscar sinergias, ...) y que las instituciones fomenten esas alianzas, me refiero a la Universidad, Instituciones Sanitarias, de Investigación, ..todos a una. Todos participando de todos los avances que se vayan produciendo en nuestro país. Las Redes Temáticas van a posibilitar esto.