



TESIS DOCTORAL

**VALIDACIÓN DE UN MODELO PARA MEDIR LA
CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS HOSPITALES**

AUTOR: Emilio Ignacio García

DIRECTORES:

Dr. José Almenara Barrios

Dr. Manuel Galán Vallejo

Cádiz, Enero 2007

José Almenara Barrios, Catedrático de Escuela Universitaria del área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Cádiz

CERTIFICA:

Que bajo mi dirección D. Emilio Fco. Ignacio García, licenciado en Antropología Social, ha realizado el trabajo de investigación correspondiente a su tesis doctoral titulada: *“Validación de un modelo para medir la Calidad Asistencial en los Hospitales”*

Revisado el mismo, estimo que puede ser presentado al tribunal que ha de juzgarlo, y para que conste a efecto de lo establecido, autorizo la presentación de esta tesis en la Universidad de Cádiz

Fdo.: José Almenara Barrios

Manuel Galán Vallejo, Catedrático de Ingeniería Química de la Universidad de Cádiz.

CERTIFICA:

Que bajo mi dirección D. Emilio Fco. Ignacio García, licenciado en Antropología Social, ha realizado el trabajo de investigación correspondiente a su tesis doctoral titulada: "*Validación de un modelo para medir la Calidad Asistencial en los Hospitales*"

Revisado el mismo, estimo que puede ser presentado al tribunal que ha de juzgarlo, y para que conste a efecto de lo establecido, autorizo la presentación de esta tesis en la Universidad de Cádiz

Fdo.: Manuel Galán Vallejo

ÍNDICE

Prólogo.....	11
Introducción y justificación	15
Hipótesis formuladas.....	23
Objetivos	25
Análisis de los principales modelos de calidad y acreditación sanitaria.....	29
• Modelo EFQM	31
• El modelo de acreditación de la JCIA / JCAHO	39
• El modelo de acreditación/certificación mediante las normas UNE-EN-ISO 9000:2000	42
• El modelo de acreditación del Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA).....	47
• El modelo de acreditación del Health Quality Service	52
• Programa de acreditación de centros de la Agencia de calidad sanitaria de Andalucía. Consejería de salud	56
Material y método.....	63
Resultados.....	83
• A) resultados de los indicadores de calidad incluidos en el modelo para el conjunto de hospitales andaluces	85
• B) resultados de los indicadores de calidad incluidos en el modelo para los cinco hospitales del servicio andaluz de salud de la provincia de Cádiz.....	100
Discusión.....	123
Conclusiones.....	181
Bibliografía.....	191
Anexos	205
• Anexo 1: Cuadro Resumen EFQM.....	206
• Anexo 1 bis: Autoevaluación de Centros Sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM	209
• Anexo 2: Cuadro resumen con los Principios de Gestión del Modelo de las Normas ISO 9000:2000.....	255
• Anexo 3: Cuadro resumen de las Dimensiones de la Calidad del Canadian Council on Health Services Accreditation (2000)	258
• Anexo 4: Resumen del Análisis de los Principales Modelos de Evaluación/Acreditación... ..	262
• Anexo 5: Modelos de Gestión de la Calidad en las Comunidades Autónomas de España.....	265
• Anexo 6: Centros Sanitarios Españoles Certificados/Acreditados en ISO, JCAHO y EFQM	269
• Compendio de indicadores	281

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estructura del manual de estándares de acreditación de hospitales 2000 de la JCIA	41
Tabla 2. Nomenclatura de las Normas ISO.....	43
Tabla 3. Estructura general de la norma UNE-EN-ISO 9001:2000	46
Tabla 4. Estructura del manual del HQS	53
Tabla 5. Estructura del manual de acreditación de la agencia de calidad sanitaria de Andalucía	62
Tabla 6. Criterios de selección de los profesionales participantes.....	66
Tabla 7. Criterios de selección de los usuarios o familiares participantes.....	67
Tabla 8. Escala de puntuación para la priorización de indicadores.....	68
Tabla 9. Relación de indicadores excluidos del modelo con puntuación media entre 6 y 7	69
Tabla 10. SP-01 Trato y empatía con los pacientes y familiares	87
Tabla 11. SP-02 Información a los pacientes y/o familiares.....	89
Tabla 12. SP-03 Confort y calidad hotelera	90
Tabla 13. RC-01 Indicador de estancia media ajustada por complejidad.....	92
Tabla 14. RC-05 Tiempo de espera medio quirúrgico	93
Tabla 15. RC- 06 Intervenciones programadas suspendidas. 2005.....	95
Tabla 16. RC-07 Partos por cesáreas. 2005.....	96
Tabla 17. RC-13 Reingresos por la misma categoría diagnóstica.....	98
Tabla 18. RCE-26 Coste por unidad de producción hospitalaria (euros)	99
Tabla 19. Resultados de los indicadores de liderazgo	101
Tabla 20. Estadísticos descriptivos de los indicadores de liderazgo.....	101
Tabla 21. PO-01 Conocimiento de los profesionales de la planificación estratégica del centro	102
Tabla 22. Resultados de los indicadores de personas	103
Tabla 23. Resultados de los indicadores de satisfacción de pacientes.....	106
Tabla 24. Resultados de los indicadores de resultados en la sociedad	107
Tabla 25. RC 01 Estancia media	108
Tabla 26. RC 02 Estancia prequirúrgica	109
Tabla 27. RC 03 Tiempos de esperas Consultas Externas > 30 minutos.....	109
Tabla 28. RC 05 Tiempos de espera quirúrgica.....	110
Tabla 29. RC 06 Intervenciones programadas canceladas.....	111
Tabla 30. RC 07 Partos por cesáreas.....	111

Tabla 31. RC 08 Pacientes con infecciones nosocomiales.....	112
Tabla 32. RC 10 Pacientes con dolor	113
Tabla 33. RC 11 Pacientes que firman el consentimiento informado	114
Tabla 34. RC 12 Calidad Historias Clínicas.....	114
Tabla 35. RC 13 Reingresos misma categoría diagnóstica	115
Tabla 36. RC 14 Pacientes con lesiones por presión	116
Tabla 37. RC 14 Pacientes con flebitis postcateterización	116
Tabla 38. RC 26 Coste por unidad de producción.....	118
Tabla 39. Correlación entre indicadores con significación estadística	119
Tabla 40. Correlación entre los indicadores incluidos en el modelo y las componentes seleccionadas	119
Tabla 41. Orden obtenido por los hospitales según puntuación en la primera componente: Calidad técnica percibida	121
Tabla 42. Orden obtenido por los hospitales según puntuación en la segunda componente: Actitud y aptitud de los profesionales	121
Tabla 43. Tipos de errores de medicación.....	174

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1. Trato y empatía con los pacientes y familiares.....	88
Gráfico 2. Satisfacción con la información a pacientes y/o familiares.....	89
Grafico 3. Confort y calidad hotelera	91
Grafico 4. Estancia media ajustada por complejidad.....	92
Grafico 5. Tiempo de espera trato quirúrgico	94
Grafico 6. Intervenciones programadas suspendidas	95
Grafico 7. Partos por cesáreas.....	97
Grafico 8. Reingresos por la misma categoría diagnóstica	98
Grafico 9. Conocimiento de los profesionales de la planificación estratégica del centro.....	102
Gráfico 10. Profesionales participantes en actos sociales, educativos y asociativos.....	107
Gráfico 11. Ciudadanos satisfechos con la imagen del hospital	108
Gráfico 12. Tiempos de espera quirúrgica	110
Grafico 13. Pacientes con infecciones noscomiales.....	112
Gráfico 14. Cumplimiento de criterios de Calidad en Historias Clínicas	115
Gráfico 15. Pacientes con flebitis postcateterización	117



PRÓLOGO

PRÓLOGO

Como consecuencia de nuestra participación en diferentes proyectos de investigación relacionados con modelos de acreditación sanitarios, decidimos continuar nuestras investigaciones en esta línea, presentando la tesis denominada "Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales".

La misma, está estructurada en los apartados convencionales que cualquier trabajo de investigación debe contener, es decir, introducción y justificación, hipótesis y objetivos, análisis teórico, método, resultados, discusión y conclusiones. Finalmente, hemos adjuntado el apartado de bibliografía y diferentes anexos que posteriormente comentaremos.

En la introducción se pone de manifiesto las razones que llevaron inicialmente a la primera formulación histórica sobre criterios de acreditación de hospitales y que no fue otra, que la de regular la práctica en un sector que como el sanitario, estaba en proceso de expansión y necesitaba mecanismos que garantizaran altos niveles de calidad en la atención a los pacientes. Además, en la misma se argumenta como la puesta en marcha de un sistema estatal de acreditación de hospitales en España representaría, sin lugar a dudas, un procedimiento muy efectivo para la mejora de la calidad asistencia ofrecida a la población, razón suficientemente importante por sí sola como para justificar su implantación y desarrollo.

Basándonos en las afirmaciones realizadas en el apartado anterior, fijamos como objetivo general de este trabajo el de diseñar una herramienta en base a indicadores de calidad que permitiera la evaluación de la calidad total en los servicios hospitalarios.

Para ello, y en el apartado de método, se describe cómo fueron priorizados y confeccionados los indicadores de calidad que componen el modelo y como fue utilizada la estructura de nueve criterios que propone la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management).

Posteriormente, en el apartado de marco teórico se analizan los contenidos teóricos de los principales modelos de evaluación o acreditación aplicables al sector salud: modelo

de la EFQM, modelo de acreditación de la JCIA / JCAHO, el modelo de acreditación / certificación mediante las normas UNE-EN-ISO 9000:2000, el modelo de acreditación del Canadian Council on Health Services Accreditation CCHSA, el modelo de acreditación del Health Quality Service y el programa de acreditación de centros de la agencia de calidad sanitaria de la Consejería de Salud de Andalucía.

En el apartado de resultado, reflejamos los datos de los diferentes indicadores de calidad que propone el modelo. De los indicadores que con carácter general son medidos en los hospitales andaluces presentamos los datos para el conjunto de la Comunidad autónoma. En los casos de indicadores que no son medidos de manera sistemática en los centros, se presentan los datos referidos a los cinco hospitales de la provincia de Cádiz.

En el apartado de discusión, se pone de manifiesto que el modelo de la EFQM es un marco de trabajo oportuno y válido ya que las experiencias nacionales e internacionales de su utilización en el sector sanitario así lo avalan. La concordancia, de todas las propuestas revisadas y citadas en esta discusión, con nuestro modelo de indicadores para medir la calidad, nos hace pensar que presentamos una herramienta válida, factible y operativa. Además, la inclusión de indicadores de liderazgo, de planificación estratégica, gestión de procesos, satisfacción de profesionales e impacto en la sociedad representa una propuesta novedosa que aporta nuevos enfoques a la hora de transitar por el camino de la mejora de la calidad en los hospitales.

Por último, tras el apartado de bibliografía, se presentan diferentes anexos que hacen referencia a cuadros resumen de la estructura de los principales modelos de evaluación o acreditación tanto nacional como internacional.

En encuadernación separada, se presenta el compendio de indicadores para medir la calidad asistencial en hospitales.



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los programas de acreditación de instituciones sanitarias, tuvieron internacionalmente su origen en la necesidad constatada por los propios profesionales sanitarios de establecer mecanismos efectivos de garantía ante la sociedad acerca de niveles mínimos de calidad en la atención sanitaria prestada, a través del desarrollo de actividades que permitiesen verificar el cumplimiento de una serie de requisitos previamente establecidos.

De esta forma, primero en EEUU y Canadá, posteriormente en Australia y mucho después en Europa, nacieron diferentes programas de acreditación de centros sanitarios impulsados por organizaciones profesionales y científicas, que a lo largo de las últimas décadas han llevado a cabo actuaciones tanto en hospitales como en centros ambulatorios, psiquiátricos, etc.

Es de destacar, que las razones que llevaron inicialmente a la primera formulación histórica sobre criterios de acreditación de hospitales¹ fue la de regular la práctica en un sector que como el sanitario, estaba en proceso de expansión y necesitaba mecanismos que garantizaran altos niveles de calidad en la atención a los pacientes.

Pronto lo que fue en origen una preocupación de las organizaciones profesionales por la calidad y el rigor, experimentó un proceso de rápido crecimiento que hizo posible su consolidación como una actividad sólida y prestigiosa dentro del sector sanitario americano. La acreditación de Hospitales proviene de los EEUU donde se acredita hospitales desde 1919. En 1951 se creó una institución destinada a la Acreditación de hospitales, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, cuyo nombre ha sido cambiado hace algunos años por el de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations² (JCAHO)³, para demostrar su evolución, que ha ido desde la acreditación de hospitales a la acreditación de todo tipo de centros sanitarios.

¹ Minimum Standard for Hospital, Colegio Americano de Cirujanos, EEUU. 1917

² Estándares de Acreditación de hospitales. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. 1997.

³ Comisión conjunta para la acreditación de organizaciones sanitarias

Naturalmente, en un sistema sanitario de corte liberal basado en el funcionamiento del libre mercado como es el caso del sector sanitario en EEUU, la acreditación⁴ de las instituciones sanitarias ha jugado en la práctica un papel de mecanismo de garantía de calidad ante los clientes de características idénticas al que la acreditación desempeña en el ámbito de las empresas de producción de bienes y de servicios. El esquema de funcionamiento en este caso es sencillo y de fácil comprensión: un hospital acreditado por la Joint Commission goza del reconocimiento social y del prestigio que dicha condición otorga en el seno de la sociedad norteamericana a la institución sanitaria que posee tal distinción, lo cual se traduce en un incremento de la demanda social hacia ese hospital, que genera en definitiva un aumento en el volumen de ingresos económicos del mismo, lo cual a su vez hace factible que dicho hospital, entendido como una empresa de servicios, pueda contratar mejores profesionales y contar con mejores recursos en infraestructura y tecnología, lo que en cierta medida cierra el círculo facilitando un mejor nivel de acreditación al ofrecer mejores niveles de calidad asistencial.

Merece la pena señalar aquí, que con independencia de la buena aceptación social de los programas de acreditación por las razones anteriormente apuntadas, en cuanto a los profesionales se refiere, la acreditación representa un excelente medio de ordenación del ejercicio profesional incluso de indudable interés a nivel corporativo ante posibles demandas judiciales de responsabilidad profesional, aspecto éste de enorme importancia y repercusión social y económica en la sociedad norteamericana.

Por las razones apuntadas que señalan vertientes éticas, profesionales, de garantía de calidad y de interés social, las actividades de acreditación de instituciones sanitarias se han consolidado en modelos sanitarios como los de EEUU⁵, Canadá⁶ e Inglaterra^{7, 8}, dando lugar a una dilatada experiencia de varias décadas en el desarrollo de este tipo de programas.

⁴ La Acreditación se define como:"el proceso por el cual un centro sanitario se somete con carácter voluntario a un procedimiento de verificación externo, en orden a evaluar su grado de cumplimiento de criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente, que a la vista de los resultados obtenidos emitirá finalmente el dictamen correspondiente". Carrasco A, González E. Manual práctico de acreditación de hospitales. Médica europea. 1993.

⁵ <http://www.jointcommission.org/>. Visitada el 4 de abril de 2006

⁶ Canadian Council on Health Services accreditation (CCHSA). Standards for Acute Care Organizations: A client-centered approach, 1995.

⁷ www.kingsfund.org.uk Visitada el 4 de abril de 2006.

⁸ www.hqs.org.uk .Visitada el 8 de abril de 2006.

Sin embargo, en el continente europeo la acreditación sanitaria tal y como a lo largo de este texto se define ha llegado con enorme retraso, sin menoscabo de la implantación de programas locales y actividades puntuales de garantía de calidad en los centros sanitarios, aspectos sobre los que sí existe amplia experiencia en varios países de nuestro entorno. Es por tanto, todavía pronto para efectuar una valoración rigurosa y válida sobre la experiencia en Europa de dichos Programas y habrá que esperar más tiempo para enjuiciar con suficiente perspectiva el papel de la acreditación en los distintos modelos sanitarios del continente europeo.

Centrándonos en nuestro país, sabemos que el modelo sanitario español actual tiene su origen en el sistema sanitario que en la década de los cuarenta se configura como dispositivo asistencial sanitario de lo que después sería el sistema de la Seguridad Social en España⁹. Dicho modelo, basado en la hegemonía de la asistencia sanitaria vinculada al sistema de Seguridad Social, progresivamente va ampliando su porcentaje de cobertura hasta alcanzar la práctica universalización durante el periodo 1990-91. Con carácter meramente simbólico desde el punto de vista de la cobertura poblacional, han coexistido con la red sanitaria de la Seguridad Social diversas redes asistenciales vinculadas a las Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos, Universidades, Sanidad Militar, etc., que parcialmente se han ido integrando en la red pública de la Seguridad Social gestionada por el Instituto Nacional de la Salud.

Por otro lado, en desarrollo de las previsiones Constitucionales y de la Ley General de Sanidad¹⁰, se han configurado en cada una de las diecisiete Comunidades Autónomas los denominados Servicios Regionales de Salud, que gestionan la totalidad de la atención sanitaria pública prestada a su población, situación que en 1993 se daba únicamente en las Comunidades de Cataluña, Andalucía, País Vasco, Galicia, Región Valenciana y Navarra.

Con independencia del sector público, hegemónico en el modelo sanitario español, existe un dispositivo asistencial no público, de carácter benéfico en unos casos (Cruz Roja, órdenes Religiosas) y lucrativo en otros (Sanidad privada), pero que en su

⁹ Mompert M, Duran M. Sistemas Sanitarios: conceptos y tipos. En: Administración y gestión. Ediciones DAE. Madrid. 2001

¹⁰ <http://www.igsap.map.es>. Visitada el 10 de Abril de 2006.

conjunto y en términos de porcentaje del *input* de sanidad vendida sólo alcanza el 20 % sobre el total.

Llegados a este punto cabe preguntarse: ¿cuál puede ser el papel de un sistema de acreditación sanitaria en un modelo sanitario eminentemente público como el español?

Para responder a esta pregunta, creemos necesario analizar diferentes aspectos.

En primer lugar, el papel de la acreditación sanitaria como mecanismo de garantía de calidad ante la sociedad civil es totalmente válido tanto para modelos de libre mercado, como para modelos públicos. Incluso, si cabe, en un modelo público debería ser mayor la exigencia social de contar con procedimientos efectivos de control externo de calidad en forma de programas de acreditación de centros sanitarios. Por tanto, se hace necesario poner en marcha un sistema estatal de acreditación de centros sanitarios que ofrezca a la sociedad una garantía precisa en cuanto a unos requisitos mínimos de calidad.

En segundo lugar, hemos señalado cómo en un modelo liberal como el norteamericano, la acreditación representa un papel estimulador de la competencia y de la mejora continuada de la calidad, y cómo el prestigio que para un hospital representa ser acreditado acrecienta sus posibilidades de expandirse en cantidad y calidad de sus recursos humanos y materiales. Ciertamente, esto no es factible en el marco de un modelo público en los mismos términos que en uno de libre mercado, pero ello no impide que la acreditación sanitaria pueda ser un instrumento dinamizador del sector sanitario en un sistema público. Para ello, sería preciso poner en juego procedimientos útiles que logran una implicación activa del personal de un centro sanitario en aras de conseguir un dictamen positivo de acreditación. Los ejemplos posibles pueden ser muy diversos, desde primas salariales para todos los trabajadores del hospital pasando por ayudas financieras a proyectos de investigación, créditos para la promoción profesional o permisos especiales para su formación.

En tercer lugar, se ha descrito el proceso espontáneo originario de las actividades de acreditación en EEUU, Canadá e Inglaterra, canalizado fundamentalmente por las propias organizaciones profesionales. En el caso de España, podrían ser varias las opciones, pero una que nos parece adecuada sería la propuesta e impulso inicial desde

el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que fijaría de forma consensuada los criterios y requerimientos para la acreditación, y la posterior articulación práctica a través de una organización independiente semejante a la Joint Commission de EEUU con participación mixta de la Administración Pública, colegios profesionales, sociedades científicas y asociaciones de usuarios.

Finalmente, pensamos que la puesta en marcha de un sistema estatal de acreditación de hospitales en España representaría, sin lugar a dudas, un procedimiento muy efectivo para la mejora de la calidad asistencia ofrecida a la población, razón suficientemente importante por sí sola como para justificar su implantación y desarrollo¹¹.

La Ley General de Sanidad¹² y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹³ recogen como una de las características fundamentales del Sistema Español de Salud, "la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados". Igualmente, la Unión Europea¹⁴ recomienda a todos los estados miembros el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad en los servicios de salud que recoge, entre otros aspectos, que los sistemas de calidad deberán ser objeto de control público bajo la forma de una evaluación objetiva realizada por organismos independientes.

La Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud¹⁵ incluye en sus recomendaciones la necesidad de impulsar la mejora continua de la calidad de la asistencia a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios consensuado en el seno del Consejo Interterritorial.

El desarrollo experimentado por nuestro sistema sanitario, las reformas introducidas (Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud), y los retos que se plantean actualmente como la mayor

¹¹ www.msc.es/. Visitada el 8 de Abril de 2006.

¹² Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de sanidad. BOE 29/04/1986.

¹³ Ley 16/2003 de 28 de Mayo, cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003

¹⁴ Recomendación del Consejo de Ministros Europeos de 30 de Septiembre de 1997

¹⁵ Aprobación por el Pleno del Congreso de los Diputados el 18 de diciembre de 1997

autonomía de gestión, facturación entre Comunidades y competencia entre los centros sanitarios, así como el mayor protagonismo de los profesionales, hacen de la acreditación una herramienta imprescindible.

La implantación de un sistema de evaluación externa, como se recoge en el recién publicado Plan de Calidad de 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁶ puede jugar un papel importante como elemento de información en la toma de decisiones, tanto de las Administraciones Sanitarias como de los profesionales y usuarios de los servicios.

Ya hay algunas experiencias en España de centros sanitarios y servicios que han alcanzado la certificación por el modelo de la *International Standards Organization*¹⁷ basado en las denominadas Normas ISO 9000¹⁸ y hospitales que están en el proceso de acreditación por la *Joint Commission* o por el Modelo Europeo de la Calidad (EFQM)¹⁹.

En Andalucía, la reciente creación de la Agencia de Calidad Sanitaria²⁰ dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha articulado diferentes modelos de acreditación para centros y unidades clínicas que han impulsado y abanderado este tipo de procesos en España.

El programa de acreditación que se plantea para los Servicios Sanitarios de Andalucía ofrece un modelo orientado a la excelencia en la gestión, basado en los principios de Gestión de la Calidad Total, que permite llevar a cabo un ejercicio de autoevaluación y de evaluación externa en cualquier organización sanitaria.

Después de lo expuesto en este preámbulo, recordamos que el objetivo fundamental de esta tesis es el desarrollo de un modelo de evaluación de la calidad en la prestación de servicios sanitarios. El modelo de calidad sobre el que vamos a desarrollar nuestro discurso, esta basado en las experiencias adquiridas de todos los procedimientos de

¹⁶ <http://www.msc.es/>. En esta página se puede descargar a texto completo el Plan de Calidad de 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo Español. Visitada Abril 2005.

¹⁷ <http://www.iso.org>

¹⁸ <http://www.jointcommission.org/>. Visitada el 4 de abril de 2006.

¹⁹ <http://www.efqm.org>. Visitada el 21 de agosto de 2004.

²⁰ <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>. En esta fuente se dispone a texto completo de los programas de Acreditación de centros y unidades clínicas para los hospitales del Servicio Andaluz de Salud.

acreditación descritos anteriormente, tomando como estructura del mismo, la propuesta por el Modelo EFQM de Excelencia^{21, 22, 23}. Este modelo que será ampliamente analizado y discutido en el apartado de marco teórico, ha sido adaptado al sector salud²⁴ por el equipo de investigación en el que trabajamos, con objeto de facilitar su aplicación al ámbito sanitario.

Como consecuencia de nuestra participación en diferentes proyectos de investigación^{25, 26, 27, 28} relacionados con modelos de acreditación sanitario, decidimos continuar nuestras investigaciones en esta línea, presentando una tesis cuyas hipótesis y objetivos son los siguientes:

HIPÓTESIS FORMULADAS

1. Es posible construir operativamente una batería de indicadores relevantes y válidos para evaluar la calidad de los servicios prestados en centros hospitalarios.
2. La estructura de criterios que propone el modelo europeo de excelencia organizacional es una herramienta viable para analizar la calidad de los procesos asistenciales en el medio hospitalario y representa una correcta forma de organizar los estándares de calidad que deben cumplir los hospitales.

²¹ Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. EFQM. 2003.

²² <http://www.efqm.org/>. Visitada Abril 2005.

²³ <http://www.clubexcelencia.org/>. Visitada Abril 2005.

²⁴ Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira J, Palacios F, Ignacio E, et al. Autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el modelo de excelencia EFQM. MSD, 2001. Este libro ha sido editado en el contexto del Proyecto FIS 98/214.

²⁵ Programa de Acreditación de Centros. Manual de estándares. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Junta de Andalucía. 2002

²⁶ Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira J, Palacios F, Ignacio E, et al: Op. Cit., en nota 5

²⁷ Ignacio E, Rodríguez MJ, López A, Martínez M, Cruzado MD, Ramos G, et al Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. 2000. Este libro ha sido editado en el contexto del Proyecto FIS 99/1037.

²⁸ Ignacio E. Rodríguez MJ. Estándares de Calidad para la Acreditación de los Estudios de Enfermería. Universidad de Cádiz. UCUA. 2005.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Diseñar una herramienta para la evaluación de la calidad total en los servicios hospitalarios

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar una revisión crítica bibliográfica de los diferentes modelos de evaluación de la calidad diseñados para el sector sanitario.
2. Construir los indicadores que compondrán el modelo y confeccionar y priorizar los estándares más relevantes para la evaluación de la actividad de los centros hospitalarios, que constituyan los elementos fundamentales de la herramienta a elaborar.
3. Estudiar la viabilidad del instrumento diseñado tomando como base la estructura de evaluación que propone el modelo europeo de excelencia organizacional.
4. Validar y comprobar la fiabilidad de la herramienta diseñada.
5. Proponer el modelo elaborado a la comunidad científica como instrumento sistemático para medir patrones generales de calidad en los hospitales.



**ANÁLISIS DE LOS
PRINIPALES MODELOS DE
CALIDAD Y ACREDITACIÓN
SANITARIA**

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN SANITARIA

1. MODELO EFQM

Las siglas EFQM constituyen el acrónimo en inglés de la *Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management)*²⁹ que es una "organización sin ánimo de lucro creada en 1988 por 14 importantes empresas europeas"^{30, 31}. La razón de ser de esta organización, es ser la "fuerza de excelencia en las organizaciones europeas de manera sostenida". Su visión, sería conseguir "un mundo en que las organizaciones europeas sobresalgan por su excelencia". En España la EFQM está representada oficialmente por el Club Excelencia en la Gestión³², una organización sin ánimo de lucro creada en 1991 por 21 empresas españolas.

En 1991, con financiación de la Unión Europea, la EFQM creó un modelo de evaluación de la calidad destinado a facilitar la introducción de la Gestión de la Calidad Total en las empresas europeas. Desde 1999 dicho Modelo se conoce como "Modelo EFQM de Excelencia 2000". Es importante señalar que se trata de un modelo de evaluación, más concretamente de autoevaluación, y no de un modelo de acreditación externa. También hay que señalar que desde 1992 la EFQM convoca, junto con la Comisión Europea y la Organización Europea para la Calidad (EOQ), el Premio Europeo a la Calidad, que sí implica una auditoría externa. Desde 1996 al Premio pueden presentarse organizaciones del sector público, y desde 1997 las Pequeñas y Medianas empresas.

La idea central del modelo EFQM se sintetiza de la siguiente manera: "La satisfacción de los clientes y empleados, se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y estrategia de la organización a través de una adecuada utilización de los recursos humanos, y el resto de los recursos con una perfecta gestión de los procesos más importantes de la organización con objeto de conseguir unos resultados excelentes".

²⁹ <http://www.efqm.org>. Visitada el 21 de agosto de 2004.

³⁰ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid. 1999.

³¹ Naylor G. Using the Business Excellence Model to develop a strategy for a health care organization. International Journal of Health Care Quality Assurance 1999. 37-44

Este modelo se ha aplicado preferentemente en empresas e industrias. Desde los últimos años de la década de los noventa ha empezado a utilizarse en nuestro país en el sector sanitario^{33, 34, 35, 36, 37, 38}. Es por tanto, un modelo importado al mundo de la salud, a diferencia del modelo de la JCAHO³⁹, que se generó en el propio medio sanitario.

El modelo consta de 9 criterios de evaluación: 5 criterios "agentes facilitadores" y 4 criterios de "resultados".

Cada uno de estos criterios consta a su vez de varios subcriterios, hasta sumar un total de 32 subcriterios.

Los criterios "agentes facilitadores" tratan de medir en qué grado una organización se orienta según los principios de la Calidad Total. Los criterios "resultados" miden cómo dicha orientación repercute en lo que la organización consigue.

Los criterios "agentes facilitadores" son: Liderazgo, Personas, Política y Estrategia, Alianzas y Recursos, y Procesos. Los criterios "resultados" son los Resultados en las Personas, en los Clientes, en la Sociedad y los Resultados Clave.

El modelo entrelaza todos los criterios afirmando que "los Resultados excelentes con respecto al Rendimiento de la organización, a los Clientes, las Personas y la Sociedad se logran mediante el Liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas, los Recursos y los Procesos".

³² <http://www.clubexcelencia.org/>. Visitada Abril 2005.

³³ Mira JJ, et al. La aplicación del modelo europeo de gestión para la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 92-97.

³⁴ Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J et al. Self-assessment of all the health centres of a public service through the European Model of Total Quality Management. Inter. J Health Care Quality Assurance 1999; 12:54-58.

³⁵ Lorenzo S, ed. Modelo Europeo de Excelencia (EFQM) (Monográfico). Rev Calidad Asistencial 2000; 15.

³⁶ Oteo LA, Silva D, Garrido J, Pereira J. Desarrollo de los criterios del modelo europeo de gestión de calidad en hospitales públicos. Gestión Hospitalaria 2000; 11:127-143.

³⁷ Moracho O et al. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 322-329.

³⁸ Maderuelo Fernández JA. Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. Medi Fam 2002; 12:631-640.

³⁹ <http://www.jointcommission.org/>. Visitada el 4 de abril de 2006.

El proceso de autoevaluación de la organización permite identificar los puntos fuertes que deben potenciarse y las áreas de mejora.

Cada uno de los criterios y subcriterios tiene un peso específico dentro de un sistema de puntuación, cuyo máximo alcanzable es 1000 puntos, 500 para el conjunto de los criterios agentes, y otros 500 para los criterios de resultados. La asignación de puntos dentro del proceso de autoevaluación se hace siguiendo el esquema o Matriz de Puntuación REDER, que analiza sucesivamente en cada criterio y subcriterio, los Resultados, el Enfoque, el Despliegue y la Evaluación y Revisión.

Aquellas empresas que ganan el Premio Europeo raramente se encuentran por encima de los 700 puntos⁴⁰. En nuestro país, en el ámbito sanitario, sólo han conseguido puntuaciones por encima de los 400 puntos dos hospitales, el hospital de Zumárraga y el Hospital Comarcal del Bidasoa, ambos del País Vasco⁴¹.

En el año 2000, se hizo pública en nuestro país una adaptación del Modelo EFQM de Excelencia para la evaluación de Centros Sanitarios que, como ya hemos dicho, es la que se utilizará fundamentalmente en este trabajo⁴². En ella se mantienen los 9 criterios (Figura 1), reduciendo el número de subcriterios a 23.

⁴⁰ Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el Modelo de Excelencia de la EFQM. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 330-338.

⁴¹ Memoria Q Oro. Servicio Vasco de Salud. Organización Central. Agosto. 2003.

⁴² Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J. Autoevaluación de Centros Sanitarios. Madrid: MSD, 2000.



Figura 1: Adaptación del Modelo EFQM de Excelencia 2000 al sector sanitario.

CRITERIO 1. - LIDERAZGO

Definición

Cómo los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta.

Consideraciones fundamentales para el Sector Público

Se debe diferenciar el papel de los líderes políticos del de los líderes que gestionan las organizaciones del Sector Público.

Autoevaluación y mejora deben centrarse en el papel de dicha Dirección y su relación con el estamento político. El Modelo EFQM no busca evaluar la "calidad" de las medidas políticas tomadas, sino el nivel de la excelencia de la gestión que se lleva a cabo dentro de la organización.

Es fundamental equilibrar los objetivos políticos y el apoyo de objetivos orientados hacia el cliente. Los líderes que gestionan estas organizaciones deben demostrar que conocen claramente a sus distintos clientes y sus necesidades específicas, y que son capaces de equilibrarlos con los aspectos políticos, demostrando de este modo un compromiso claro con los clientes, los empleados y también con los políticos.

CRITERIO 2.- POLÍTICA Y ESTRATEGIA

Definición

Cómo implanta la Organización a través de todo su Departamento su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes.

Consideraciones fundamentales para el sector público

- La política y estrategia considerará la cultura interna, la estructura y las operaciones a corto y largo plazo teniendo en cuenta las prioridades, el rumbo que sigue la organización y las necesidades de clientes, comunidad y políticos.
- La política y estrategia debe reflejar los principios de gestión de calidad total de la organización y el modo de alcanzar sus objetivos a través de estos principios. Las organizaciones deben establecer y describir su política y estrategia, incluidos sus procesos y planes, y mostrar cómo se adecuan, como un todo coherente, a sus circunstancias particulares.

CRITERIO 3.- GESTIÓN DE PERSONAL

Definición

Cómo gestiona, desarrolla y utiliza la Organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto en el ámbito individual, como de equipo y de la organización en su conjunto; Como planifica estas actividades en apoyo de su política, estrategia y eficaz funcionamiento de sus procesos.

Consideraciones fundamentales para el Sector Público

El personal de la organización esta integrado por todos los empleados y las demás personas que directamente o indirectamente ofrecen un servicio a los clientes. El término "personal" incluye a todos los grupos de empleados y voluntarios, algunos de los cuales quizás requieran de ayuda particular para alcanzar su pleno potencial en el trabajo.

El hecho de que en muchas organizaciones del Sector Publico existan restricciones impuesta a la gestión del personal por el gobierno local o central, implica que sólo pueden operar dentro de unos límites definidos. Las organizaciones deben presentar las restricciones que se les ha impuesto y exponer como trabajan dentro de dichos limites para obtener un rendimiento óptimo de sus trabajadores.

Cuando resulte oportuno, deben también explicar como buscan ampliar su visión de la gestión del personal en beneficio de éste y de la organización.

CRITERIO 4.- ALIANZAS Y RECURSOS

Definición

Como planifica y gestiona la Organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Consideraciones fundamentales para el sector público

Las organizaciones del Sector Público serán a menudo objeto de limitaciones, presiones y regulaciones legislativas de obligado cumplimiento que dificultaran la gestión de sus recursos económicos y financieros en mayor medida que el sector privado. La habilidad de las organizaciones del Sector Publico para generar recursos económicos suplementarios puede verse limitado al igual que su libertad para asignar, o reasignar, sus recursos económicos a los servicios que desean prestar.

Las organizaciones deben describir todos las restricciones impuestas sobre el uso de sus recursos económicos y financieros y también subrayar todas las restricciones que puedan afectar a la utilización de otros recursos contemplado en este criterio. Las organizaciones pueden tener un control limitado sobre la obtención de sus recursos, por lo que la evaluación no debe medir si los recursos o las asignaciones son los

adecuados sino como, dentro de los límites establecidos, se gestionan sus recursos en apoyo de su política y estrategia.

Como se puede conseguir la eficacia en la utilización de los recursos que maneja el Hospital.

CRITERIO 5.- PROCESOS

Definición

Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés

Consideraciones para el sector público

En el sector público, los procesos críticos guardan relación con la prestación de los servicios clave y los procesos de apoyo esenciales para el funcionamiento de la organización. Una de las clave para identificar, evaluar y mejorar los procesos estriba en conocer su contribución y efectividad en lo que respecta a la misión de la organización

CRITERIO 6.- RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Definición

Qué logros está alcanzando la organización con sus clientes externos.

Consideraciones fundamentales para el sector público

Los clientes externos son los destinatarios o los beneficiarios de la actividad, productos o servicios de las organizaciones del sector público.

CRITERIO 7.- RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Definición

Qué logros está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran.

Consideraciones fundamentales para el Sector Público

El personal de la organización esta integrado por todos los empleados y las demás personas que directa o indirectamente ofrecen un servicio a los clientes.

Se incluyen aquí todos los grupos de empleados y voluntarios, algunos de los cuales quizás requieran de una ayuda particular para alcanzar su pleno potencial en el trabajo. Este criterio debe abordar la satisfacción de todas las personas que formen parte de la organización y debe vincularse al criterio 3, Gestión del Personal.

La libertad de la organización en esta área se ve a menudo limitada por restricciones externas. Por tanto, las organizaciones deben exponer de manera clara cuáles son estas limitaciones y qué esfuerzos realizan para influir sobre ellas. Por consiguiente, las mediciones deben centrarse en las áreas donde la organización goza de libertad.

CRITERIO 8.- RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Definición

Qué logros está alcanzando la Organización en la sociedad, en el ámbito local, nacional o internacional (según resulte pertinente)

Consideraciones para el sector público

Muchas organizaciones del sector público inciden en la sociedad debido a la naturaleza misma de sus responsabilidades primarias o de sus obligaciones estatutarias. Los resultados de esta actividades básicas se representan en los criterios 6, satisfacción del cliente, y 9, resultados de la organización

Este criterio medirá el impacto de la organización en la sociedad en los temas que no se contemplan ni en sus responsabilidades primarias ni en sus obligaciones estatutarias.

CRITERIO 9.- RESULTADOS CLAVE

Definición

Qué logros está alcanzando la Organización con relación al rendimiento planificado.

Consideraciones fundamentales para el Sector Público

En Resultados clave, la organización sitúa aquello que considera como logros importantes y medibles para el éxito de la organización a corto y largo plazo. Los Resultados clave son las mediciones realizadas de la efectividad y eficiencia en la prestación de servicios o en la entrega de productos, y en el logro de objetivos y metas, incluidos los objetivos específicos de carácter político. Estas medidas serán tanto de tipo económico como no financiero, vinculándose muchas de ellas a la Política y Estrategia (criterio 2) y a los Procesos críticos (criterio 5).

En el anexo 1, se presenta un cuadro resumen del modelo EFQM descrito anteriormente, de sus principios y de cómo se avanza hacia la excelencia. En el anexo 1 bis, se presenta el modelo EFQM adaptado al sector salud por el grupo de investigación al que pertenecemos⁴³.

2. EL MODELO DE ACREDITACIÓN DE LA JCIA / JCAHO

La *Joint Comisión International Accreditation* (JCIA) fue creada en 1994 por la JCAHO y la *Quality Healthcare Resources Inc*, una empresa filial de la JCAHO cuyo nombre en estos momentos es *Joint Commission Resources Inc*.

La JCAHO y la JCIA son organizaciones independientes, no gubernamentales y sin ánimo de lucro. En la actualidad la JCAHO acredita a más de 17.000 organizaciones, centros o servicios sanitarios estadounidenses del campo hospitalario, atención primaria, salud mental, atención domiciliaria, centros de larga estancia, redes de

⁴³ Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J. Autoevaluación de Centros Sanitarios. Madrid: MSD, 2000

asistencia sanitaria, etc. En España la JCAHO está representada por la Fundación Avedis Donabedian (FAD)⁴⁴.

La misión de la JCIA es ofrecer servicios de formación, consultoría y acreditación a los clientes internacionales de la JCAHO. En España tienen la acreditación por la JCIA instituciones como el Hospital General de Cataluña (Barcelona; 1998-2002) el Instituto Oftalmológico de Alicante (1999-2002), y la Empresa Pública Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga, 1999-2002).

En el año 2000 la JCIA hizo públicos los primeros *Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales*, que son la base para la acreditación de centros fuera de EEUU. En España actualmente disponemos de la versión en castellano del Manual de 2000, en edición de la FAD⁴⁵.

El objetivo de este programa es estimular la demostración de una mejora continua y sostenida de las organizaciones mediante la aplicación de indicadores y estándares de consenso internacionales.

Los estándares internacionales fueron desarrollados por un equipo de 16 miembros (médicos, enfermeras, gestores y juristas) procedentes de todos los continentes, con la colaboración de la *ISQUA*^{46, 47}.

Los estándares se organizan en torno a funciones importantes de la organización, agrupadas en dos grandes bloques: funciones centradas en el paciente, y funciones orientadas a facilitar una organización, segura, eficaz y bien gestionada. Tabla 1.

Cada uno de los estándares define las estructuras y los procesos que ha de tener desarrollados una institución para poder ofrecer una buena calidad asistencial. Un estándar puede diversificarse en varios subestándares, que a su vez pueden tener ramificaciones, con lo que el conjunto normativo tiene una forma arborescente. El enunciado de cada estándar o subestándar va acompañado de una explicación amplia

⁴⁴ www.fadq.org/. Visitada el 10 de Abril de 2006

⁴⁵ JCIA-FAD. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Barcelona: Viena Serveis, 2001.

⁴⁶ Internacional Society for Quality in Health Care

⁴⁷ <http://www.isqua.org.au/>. Visitada el 26 de Abril de 2006.

del *propósito* del mismo que permite su comprensión y de los *elementos de medición* de su cumplimiento. La filosofía de fondo es la mejora continua de la calidad, y no tanto la gestión de la calidad total.

El proceso de acreditación comienza cuando una organización o centro sanitario lo solicitan formalmente. Para ser elegible para la evaluación tiene que cumplir tres requisitos: prestar asistencia sanitaria en el país de forma autorizada, asumir la responsabilidad de la mejora de la calidad y tener unos servicios sanitarios evaluables mediante los estándares JCIA. Si es así se acepta la solicitud y se establece el calendario de visitas de los evaluadores de la JCAHO/JCIA, que *in situ* valoran el grado de cumplimiento de los estándares mediante la observación, entrevistas y análisis de documentación. Se trata, pues, de una evaluación totalmente externa. Los evaluadores elaboran un informe que valora el Comité de Acreditación de JCIA/JCAHO, que es quien decide si se otorga la acreditación. El certificado de acreditación tiene una duración de 3 años. Todo el proceso cuesta una tarifa económica que se fija, en función de diversos factores, antes de comenzar la evaluación.

La JCAHO tiene una política de confidencialidad que prohíbe revelar cualquier información de la organización recogida durante el proceso de acreditación. La única información que se hace pública es si la organización está o no acreditada. La organización acreditada puede entregar más información a quien desee. Si distribuye información inexacta, la JCAHO se reserva el derecho de clarificar públicamente una información que, en situaciones normales, sería confidencial.

Tabla 1. Estructura del manual de estándares de acreditación de hospitales 2000 de la JCIA

- Estándares centrados en los pacientes
- Accesibilidad y continuidad de la atención
 - Derechos del paciente y su familia
 - Evaluación del paciente
 - Atención al paciente
 - Educación del paciente y su familia
- Estándares de gestión de la Organización Sanitaria
- Gestión y mejora de la calidad
 - Prevención y Control de la infección
 - Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección
 - Gestión y Seguridad de las Instalaciones
 - Formación y cualificaciones del personal
 - Gestión de la información

3. EL MODELO DE ACREDITACIÓN/CERTIFICACIÓN MEDIANTE LAS NORMAS UNE-EN-ISO 9000:2000

El Organismo Internacional de Normalización (ISO) es una organización no gubernamental de carácter mundial que federa a entidades normalizadoras de 140 países. Su misión es promover el desarrollo de la normalización en todo el mundo, con el objeto de facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios, y el desarrollo de la cooperación entre los países en los ámbitos científico, tecnológico, intelectual y económico⁴⁸. ISO no es una entidad certificadora o acreditadora, sino normalizadora; el fruto primero y principal de su actividad es la elaboración consensuada de normas que, una vez aprobadas, se consideran Normas Internacionales, las Normas ISO.

El entorno en el cual 25 países gestaron y crearon la ISO en 1946/1947 fue el industrial. Su misión era estandarizar y normalizar los procesos industriales en orden a facilitar la recuperación económica internacional tras la II Guerra Mundial. El antecedente inmediato de la ISO había sido la *International Federation of National Standardizing Associations* (ISA) creada en 1926, cuyas actividades, centradas en la ingeniería mecánica, cesaron con la guerra.

En 1987 la Comisión Europea creó el Comité Europeo de Normalización (CEN), encargado de convertir la normativa ISO en Norma Europea (EN-ISO), que luego cada país miembro deberá a su vez refrendar mediante su propio organismo nacional de normalización⁴⁹. En España, la organización acreditada oficialmente desde 1986 por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), para la normalización y certificación mediante normas EN-ISO es AENOR⁵⁰.

AENOR es una entidad privada española con sede social en Madrid, siete centros más en el resto de España y uno en Méjico. Tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad y competitividad de las empresas, productos y servicios, así como proteger el medioambiente y, con ello, el bienestar de la sociedad en su conjunto. AENOR es organismo de normalización con competencia en todos los sectores industriales y de

⁴⁸ ISO. What is ISO? <http://www.iso.org> . Visitado el 31 de agosto de 2005.

⁴⁹ Los países miembros de CEN son Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suecia y Suiza.

⁵⁰ <http://www.aenor.es> . Visitado el 31 de agosto de 2005

servicios (eléctrico, no eléctrico y telecomunicaciones) y es miembro de pleno derecho y participa activamente en los foros internacionales (ISO/IEC), europeos (CEN/CENELEC) y americanos (COPANT). En su actividad de normalización traspone las normas EN-ISO en normas españolas UNE-EN-ISO⁵¹, que son las que emplea para certificar. El proceso de certificación se realiza mediante evaluación externa de la empresa u organización por los evaluadores de AENOR. El certificado de registro de conformidad emitido por AENOR tiene una duración de tres años, aunque es reevaluado de forma parcial cada año.

Las normas del amplio catálogo ISO⁵² suelen ser específicas para productos industriales muy concretos. Sin embargo hay dos familias o series de normas, las ISO 9000 y las ISO 14000, que tienen un carácter más general y que pueden aplicarse a entornos muy variados, como por ejemplo empresas de servicios. Ambas evalúan sistemas de gestión, no productos. Las normas ISO 9000 se refieren a la gestión de la calidad, y las ISO 14000 a la gestión medioambiental.

Para el entorno sanitario y para la perspectiva que nos ocupa, las más interesantes son las normas ISO 9000, cuya nomenclatura aparece en la tabla 2.

Tabla 2. Nomenclatura de las Normas ISO

Norma Internacional	ISO
Norma Europea	EN – ISO
Norma Española	UNE-EN-ISO

El precursor inmediato de la serie ISO 9000 fue la norma BS 5750 sobre *Sistemas de Aseguramiento de la Calidad*, promulgada en 1979 bajo los auspicios del Gobierno Thatcher por el *British Standard Institute*, que ISO asumió y transcribió casi literalmente. A su vez, la norma británica se basaba en una serie de normas del Departamento británico de Defensa (DEF 0521, 24 y 299).

⁵¹ UNE significa Una Norma Española

⁵² En lo sucesivo hablaremos, sin más de “normas ISO” para evitar la expresión más farragosa de “normas UNE-EN-ISO”, aun a sabiendas de que ésta es la verdadera denominación en nuestro país.

El Comité de Normalización de ISO promulgó la serie ISO 9000 como normas internacionales en 1987, y desde entonces han sufrido dos revisiones, una en 1994 y otra en 2000.

Hasta el año 2000, la serie ISO 9000:1994 contenía tres normas básicas (ISO 9001, ISO 9002 e ISO 9003), que son las que se usaban para la obtención de los certificados de registro concedidos por las organizaciones acreditadas para ello, y una norma auxiliar (ISO 9004)⁵³. La versión de 2000 ha reducido la serie 9000 a un par de normas, ISO 9001⁵⁴ e ISO 9004⁵⁵, y a una norma complementaria, la ISO 9000⁵⁶, sobre los fundamentos y vocabulario del sistema de gestión de la calidad.

La versión 2000 de la norma ISO 9001 supone la revisión y refundición de las anteriores normas 9001, 9002 y 9003. En su aplicación directa se excluyen aquellos requisitos que, por el tipo de empresa, no sean pertinentes, consideraciones que eran las que tenían en cuenta las antiguas 9002 y 9003. La norma ISO 9001:2000 es la que actualmente se emplea para la certificación. Supone un cambio importante de filosofía con respecto a las anteriores versiones, que todavía tenían un excesivo resabio industrial, y se basaban en asegurar la calidad. La nueva norma se coloca claramente en la línea de la Mejora Continua de la Calidad y de la moderna teoría de las organizaciones al optar por la gestión por procesos y el ciclo de mejora, y al situar al cliente en el centro del sistema de calidad.

Por su parte la norma ISO 9004:2000, más detallada, se plantea cómo satisfacer los requisitos mínimos de la norma 9001 y avanzar además hacia un sistema de gestión de la calidad que supere la Mejora Continua y se abra a la Gestión de la Calidad Total y a

⁵³ La ISO 9001 constituía el modelo para asegurar la calidad en empresas que realizaban la producción, diseño, desarrollo, producción, venta o instalación y servicio posventa de los productos o servicios; ISO 9002 para empresas que no participaban en el diseño y desarrollo de su producto o servicio; ISO 9003, para empresas que vendían productos o servicios que no diseñaban ni fabricaban, pero que estaban sometidos a inspección y ensayos finales; ISO 9004 definía los elementos de gestión de la calidad y los elementos de del sistema de calidad. Además hay que señalar como complementarias la ISO 8402 que contenía el vocabulario para la gestión y aseguramiento de la calidad; ISO 10013 que contenía las directrices para el desarrollo de los manuales de calidad, y la serie ISO 10011 sobre realización de auditorías.

⁵⁴ Norma española UNE-EN-ISO 9001:2000. Sistemas de gestión de la calidad: requisitos. Madrid: AENOR, 2001.

⁵⁵ Norma española UNE-EN-ISO 9004:2000. Sistemas de gestión de la calidad: directrices para la mejora del desempeño. Madrid: AENOR, 2001.

⁵⁶ Norma española UNE-EN-ISO 9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario. Madrid: AENOR, 2001.

la Excelencia. Para ello los enunciados de la norma se encuentran enumerados en la Tabla 3.

La aplicación de la serie ISO 9000 en el sector sanitario de nuestro país comenzó hacia 1996⁵⁷. Se hizo fundamentalmente en procesos altamente sistematizados y donde la tecnología tenía un papel importante, lo que les hacía muy apropiados para ser evaluadas mediante estas normas industriales. El ejemplo paradigmático fueron las aplicaciones en los procesos de los Laboratorios de Análisis Clínicos. De ahí que la norma más utilizada fuera la ISO 9002:1994⁵⁸. Poco a poco fueron apareciendo aplicaciones a otro tipo de servicios, aunque siempre con un perfil de sistematización y automatización similar al de los Laboratorios⁵⁹. Por eso, con el objeto de poder ampliar la aplicación de las nuevas normas ISO 9000:2000 a los sistemas sanitarios, ISO creó un taller de trabajo formado por 20 países y patrocinado por la Asociación Canadiense de Normalización, que publicó un informe con sus resultados en Septiembre de 2001 (*IWA 1, International Workshop Agreement*). AENOR adaptó dicho informe a la realidad española y lo publicó en Enero de 2002 con el título "UNE 66924 IN Sistemas de gestión de la calidad: directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias"⁶⁰. Dicho informe contiene propuestas para la adaptación directa de la norma ISO 9004:2000 a las organizaciones sanitarias españolas, y subsiguientemente de la norma ISO 9001:2000, que es la que seguirá siendo utilizada para la certificación.

En el anexo 2 se adjunta un cuadro resumen con los principios de gestión del modelo de las normas ISO 9000:2000.

⁵⁷ Tejedor F. El Modelo ISO 9000 en el Sector Sanitario. En: Pérez JJ, Silió F. Evaluación externa y acreditación de Servicios Sanitarios. Serie Documentos Técnicos nº 17. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001. (Edición electrónica en formato CD).

⁵⁸ En 2003 ha sido aprobada una norma específica para laboratorios clínicos, la ISO 15189:2003. Dado que todavía tiene que pasar por las adaptaciones necesarias para convertirse en norma española, y que por tanto antes de aplicarse a laboratorios en nuestro país, todavía pasen varios años, no la analizaremos aquí.

⁵⁹ Véase por ejemplo, Llodrá V, Morey MA, Perelló X, Vaquer X, Ricci C. Calidad: acreditación de un servicio de farmacia según las normas ISO 9002. Experiencia en la Fundación Hospital de Manacor. Revista de Administración Sanitaria 2001; 19:481-500

⁶⁰ Informe UNE 66924 IN. Sistema de gestión de la calidad: directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias. Madrid: AENOR, 2002

Tabla 3. Estructura general de la norma UNE-EN-ISO 9001:2000

- 0. INTRODUCCIÓN.**
- 1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.**
- 2. REFERENCIAS NORMATIVAS.**
- 3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.**
- 4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.**
 - 4.1. Requisitos generales.
 - 4.2. Requisitos de la documentación.
- 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.**
 - 5.1. Compromiso de la dirección.
 - 5.2. Enfoque al cliente.
 - 5.3. Política de la calidad.
 - 5.4. Planificación.
 - 5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación.
 - 5.6. Revisión por la dirección.
- 6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS.**
 - 6.1. Provisión de recursos.
 - 6.2. Recursos humanos.
 - 6.3. Infraestructura.
 - 6.4. Ambiente de trabajo.
- 7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO.**
 - 7.1. Planificación de la realización del producto.
 - 7.2. Procesos relacionados con el cliente.
 - 7.3. Diseño y desarrollo.
 - 7.4. Compras.
 - 7.5. Producción y prestación del servicio.
 - 7.6. Control de los dispositivos de seguimiento y de medición.
- 8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.**
 - 8.1. Medición, análisis y mejora.
 - 8.2. Seguimiento y medición.
 - 8.3. Control del producto no conforme.
 - 8.4. Análisis de datos.
 - 8.5. Mejora.

4. EL MODELO DE ACREDITACIÓN DEL *CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION (CCHSA)*.

No existe en nuestro país ninguna organización o centro sanitario acreditado mediante el modelo canadiense. Sin embargo, Canadá es un país importante históricamente, en muchos campos del saber, pero especialmente en el mundo sanitario y también en el de la bioética, donde ha sido un país puente entre Europa y Estados Unidos. Canadá ha encabezado el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Naciones Unidas durante seis años (1994-1999)⁶¹, siendo sin embargo el número diez en orden de riqueza. Posee un sistema sanitario mayoritariamente público, con cobertura universal⁶².

Canadá ha estado vinculado al desarrollo de los sistemas de acreditación sanitaria desde sus mismos inicios a principios de siglo. Cuando en 1917-1918 el *American College of Surgeons* pone en marcha el primer manual de acreditación muchos médicos cirujanos canadienses pertenecían por entonces a dicha organización norteamericana. Por ello no es de extrañar que, cuando en 1952 se creó la JCAHO, una de las cinco organizaciones que la fundaron, fuera canadiense: la *Canadian Medical Association*. Sin embargo, ya desde 1953, cuatro organizaciones sanitarias canadienses (*Canadian Hospital Association*, *Canadian Medical Association*, *Royal College of Physicians and Surgeons*, y la *Association des médecins de langue française du Canada*) iniciaron la búsqueda de un sistema de acreditación propio e independiente del norteamericano. Dicho sistema llegó en 1958 con la creación del *Canadian Council on Hospital Accreditation* –actualmente CCHSA-, como una organización bilingüe, no gubernamental y sin ánimo de lucro, responsable de la acreditación voluntaria de los hospitales canadienses. Desde entonces y hasta la actualidad, el CCHSA ha ido ampliando su actividad acreditadora a todas las áreas importantes de la asistencia sanitaria –Atención Primaria, Salud Mental, Rehabilitación, Atención domiciliaria, etc-, dejando de ser un programa de acreditación exclusivamente hospitalario. También ha desarrollado programas de acreditación de los servicios sanitarios de las poblaciones indígenas (“*First Nations*” e *Inuit*). Además, otras organizaciones sanitarias relevantes, como el *College of Family Physicians of Canada*, o el *Canadian College of Health Service Executives*, han ido entrando progresivamente a formar parte de su Comité

⁶¹ Canadá. Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 27 de marzo de 2000. www.americas.health.sector-reform.org/spanish/canpres.pdf. Visitada el 15 de Marzo de 2005.

⁶² www.hc-sc.gc.ca/english/. Visitada el 15 de Marzo de 2005.

Director, aumentando con ello la representatividad y el prestigio de esta organización acreditadora en el mundo sanitario canadiense.

El modelo de acreditación sufrió cambios muy importantes durante la década de los noventa. En 1991 se organizó en torno al análisis de la estructura y el proceso, y comenzó a incluir el análisis de resultados⁶³. En 1995 se incorporó la mejora continua de la calidad y comenzó el desarrollo de indicadores⁶⁴. Y entre 1997 y 2001 se acometió un proceso de revisión general del modelo de acreditación. Se trata del Proyecto AIM (*Achieving Improved Measurement*), que ha procurado volver más preciso y fiable todo el programa de acreditación. En 2000 se inauguró la división internacional del CCHSA, y finalmente en 2002 el CCHSA y su Programa AIM de Acreditación fueron evaluados a su vez con los estándares de la ISQua. Actualmente más de 1800 organizaciones o centros sanitarios han sido acreditados por el CCHSA:

El Programa AIM de Acreditación parte de 4 principios básicos de Mejora Continua de la Calidad que ya estaban en su anterior programa de acreditación:

- La organización tiene que identificar claramente la población a la que presta servicio y sus necesidades de salud.
- La organización tiene que evaluar sus procesos y sus resultados.
- La evaluación de la organización tiene que efectuarse mediante equipos de trabajo de todos los niveles de la organización.
- Se necesita un liderazgo fuerte que promueva la mejora continua de la calidad mediante una determinada visión de la misma y una planificación adecuada.

Pero ahora, además, el Programa introduce otras tres líneas de trabajo:

- Las cuatro dimensiones de la calidad como eje del programa.

⁶³ Conseil Canadien d'agrément des établissements de santé. Hôpitaux de soins de courte durée. Ottawa, 1990.

⁶⁴ Canadian Council on Health Services accreditation (CCHSA). Standards for Acute Care Organizations: A client-centered approach, 1995.

- La orientación de los servicios hacia la perspectiva poblacional y la salud pública, y no sólo hacia la perspectiva individual,
- El desarrollo de indicadores fiables.

De estos tres conceptos el que resulta sin duda más atractivo y novedoso es el segundo⁶⁵: el requerimiento de que los servicios y centros sanitarios que deseen la acreditación hayan de orientar su actividad no sólo en perspectiva individual, sino también en perspectiva poblacional y de mejora de los determinantes de la salud⁶⁶, y por tanto, en perspectiva preventiva y sociosanitaria. Esto obliga a las organizaciones que deseen la acreditación a buscar, necesariamente, la colaboración y coordinación con el resto de las organizaciones sanitarias, sociales y políticas que trabajen con y para la misma población, en orden a mejorar la salud comunitaria de manera continua y continuada.

Finalmente, respecto al trabajo mediante indicadores, el CCHSA, siguiendo la estela de la JCAHO, ha desarrollado un completo sistema de indicadores.

El Programa AIM es voluntario y exige un desembolso económico. Se realiza en varias fases⁶⁷. Una primera fase es preparatoria e implica la recolección de datos y el conocimiento del procedimiento de acreditación⁶⁸. A continuación se realiza la segunda fase, que consiste en una autoevaluación de la organización mediante grupos de trabajo con participación de usuarios y miembros de la comunidad⁶⁹. En la tercera fase, un auditor acreditado por el CCHSA evalúa la organización y redacta un informe⁷⁰. El CCHSA decide si se otorga la acreditación y entrega un informe de recomendaciones.

En la cuarta fase la organización utiliza el informe para iniciar ciclos de mejora continua de la calidad y mantener su acreditación. Cada ciclo evaluativo de acreditación y reacreditación dura 3 años.

⁶⁵ Novedoso por su planteamiento explícito, que por otra parte entronca perfectamente con la sólida tradición higienista, salubrista y planificadora de la sanidad canadiense.

⁶⁶ El Manual cita, como ejemplos de *determinantes de la salud*: los ingresos económicos, la red de apoyo social, el nivel de educación, el empleo, el domicilio o el medio ambiente físico.

⁶⁷ AIM Accreditation Program (Part 1): Get the Facts. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.

⁶⁸ AIM Accreditation Program (Part 2): Get Ready. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.

⁶⁹ AIM Accreditation Program (Part 3): Do the Self-Assessment. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.

⁷⁰ AIM Accreditation Program (Part 4): Plan and Have the Survey. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.

El Manual de Acreditación contiene los “estándares de excelencia”, que son establecidos por el CCHSA mediante un proceso abierto y participativo. Los estándares se definen como “objetivos o metas que deberían alcanzarse”. Dentro de cada estándar se definen “criterios”, que son “las actividades que deben hacerse para alcanzar los estándares”. El Manual se estructura en dos partes. En la primera se tienen en cuenta 4 grupos de estándares o “secciones” que deben ser evaluadas obligatoriamente en todas las organizaciones que deseen acreditarse. Estas secciones son:

- Liderazgo y Alianzas o asociados (*Leadership and Partnerships*) (14 estándares).
- Medio Ambiente (*Environment*) (8 estándares).
- Recursos Humanos (*Human Resources*) (11 estándares).
- Gestión de la Información (*Information Management*) (9 estándares).

En la segunda parte del manual se encuentran las secciones que incluyen los estándares específicos de cada uno de los tipos de organización sanitaria que acredita el CCHSA. En el Manual de 2000 estas secciones son las siguientes:

1. Atención sanitaria institucionalizada en procesos agudos (*Acute Care*) (17 estándares).
2. Daño Cerebral (*Acquired Brain Injury*) (17 estándares).
3. Atención ambulatoria (*Ambulatory Care*) (17 estándares).
4. Servicios Oncológicos (*Cancer Care*) (17 estándares).
5. Servicios de Salud Comunitaria (*Community Health Services*) (19 estándares).
6. Cuidados Intensivos (*Critical Care*) (17 estándares).
7. Servicios de atención a las adicciones de las comunidades indígenas (*First Nations and Inuit Addictions Services*) (16 estándares).
8. Servicios de Salud Comunitaria de las comunidades indígenas (*First Nations and Inuit Community Health Services*) (19 estándares).
9. Servicios de Atención Domiciliaria (*Home Care*) (17 estándares).
10. Atención sanitaria institucionalizada en procesos de larga duración (*Long Term Care*) (17 estándares).

11. Atención Materno Infantil (*Maternal/Child*) (17 estándares).
12. Salud Mental (*Mental Health*) (17 estándares).
13. Rehabilitación (*Rehabilitation*) (17 estándares).

Más recientemente se han preparado o se están ultimando las secciones para la acreditación de:

- Servicios de Reproducción Asistida (*Artificial Reproductive Technology*).
- Servicios de salud de las Fuerzas Armadas Canadienses (*Canadian Forces Health Services*).

Todas las secciones del Manual, tanto las 4 generales como las 14 específicas tienen una estructura similar, pues los estándares se agrupan en subsecciones estrechamente relacionadas con las dimensiones de la calidad. La estructura y los estándares de las secciones específicas son muy similares entre sí, aunque adaptadas a cada servicio; quizás las secciones más diferentes son las que abordan los servicios de las comunidades indígenas.

Un cuadro resumen con las dimensiones de la calidad del modelo se adjunta en el anexo 3.

5. **MODELO DE ACREDITACIÓN DEL HEALTH QUALITY SERVICE**

La *King's Fund* fue creada en 1897 como una fundación cuyo fin era sustentar económicamente a los hospitales de beneficencia de Londres⁷¹. Hasta 1948, fecha en la que se crea el servicio público de salud británico (NIH, *National Institute of Health*), la fundación se dedicó al desarrollo equitativo de los servicios de salud en el área de Londres, o la creación de servicios de emergencia en la ciudad. Entre 1948 y finales de los noventa experimentó una expansión espectacular, tanto por la ampliación de su radio de acción a todo el Reino Unido, como por la amplitud de los temas de los que se ocupó: impulso de la buena práctica clínica, desarrollo de la calidad, auditoría de hospitales y desarrollo de sistemas de acreditación, investigación sobre gestión y economía de la salud, etc. A partir de 1997 la *King's Fund* procedió a independizar las secciones con proyección más exterior, con el objeto de reorientar su actividad de nuevo hacia el área metropolitana londinense, y volver, pues a sus orígenes.

Una de las organizaciones que se independizó en el 2000 fue el *Health Quality Service* (HQS), que hasta 1998 se conocía como la *Kings Fund Organisational Audit*. (KFOA), y había sido establecida en 1990 para desarrollar el programa de acreditación hospitalaria de la *Kings Fund*⁷². Poco antes de su independencia de la *Kings Fund*, el HQS había recibido de la Administración británica la autorización para realizar certificación ISO, de tal forma que actualmente es una entidad que puede acreditar simultáneamente por una doble vía: mediante certificación ISO y mediante su propio programa. En el mismo 2000, el HQS fue acreditado por la ISQua. Actualmente trabaja con la EFQM para conseguir que los estándares de acreditación HQS se adapten también al marco del Modelo EFQM de Excelencia.

El Manual de acreditación, que ya está en su 4ª edición (2002) tiene una estructura compleja. Consta de 52 normas (que denomina *Standard*), agrupadas en 4 áreas: Gobierno corporativo y clínico, gestión operativa, el recorrido del paciente y sus derechos, y normas específicas de servicios. Cada norma se subdivide a su vez en una serie de "criterios" y "subcriterios". Un esquema del modelo se presenta en la Tabla 4.

⁷¹ www.kingsfund.org.uk. Visitada el 4 de abril de 2006.

⁷² www.hqs.org.uk. Visitada el 8 de abril de 2006.

Los criterios se clasifican en criterios A y B. Los criterios A son de obligado cumplimiento porque se relacionan con requisitos legales y de seguridad. Los criterios B se refieren a las prácticas buenas o excelentes. Además, se señalan aquellos criterios que responden a exigencias ISO.

El proceso de acreditación puede realizarse para servicios hospitalarios, centros de atención primaria, de salud mental, hospitales completos, etc. Además el proceso puede implicar grados diferentes: desde la simple asesoría hasta el proceso completo de obtención de la acreditación HQS o, además, la certificación ISO.

El proceso de acreditación comienza con una solicitud al HQS que se acompaña de un cuestionario estandarizado de autoevaluación. Basándose en ese cuestionario, el HQS prepara una propuesta que será la base de un contrato de trabajo, que obviamente exige un desembolso económico.

El centro sanitario debe nombrar entonces un responsable del proyecto y un equipo de proyecto, que son adecuadamente formados. El HQS por su parte nombra un supervisor o responsable dentro de su organización para monitorizar todo el proceso. Se realiza un proceso de autoevaluación en profundidad según los estándares del manual de acreditación. A continuación se redacta un programa de acción para la mejora continua. Cuando la organización cree que ha cumplido todos los requisitos del manual y ha ejecutado el programa de mejora, un equipo evaluador de profesionales sanitarios, formado y acreditado por el HQS, visita el centro y realiza una auditoría. A partir del informe de dicho equipo auditor, el HQS otorga o no la acreditación. El proceso completa dura aproximadamente una media de 12 meses. Posteriormente a la acreditación se realiza una monitorización continua por el HQS.

Tabla 4. Estructura del manual del HQS

SECCIÓN 1: GOBIERNO CLÍNICO Y CORPORATIVO.

Norma 1: Liderazgo organizacional y de servicios.

Norma 2: Gobierno corporativo.

Norma 3: Gobierno Clínico.

Norma 4: Utilización de servicios por médicos especialistas externos

Norma 5: Mejora de la calidad.

Norma 6: Gestión del riesgo.

Norma 7: Recursos humanos.

Norma 8: Salud Laboral.

Norma 9: Experiencia de los profesionales.

Norma 10: Marketing y comunicaciones.

Norma 11: Gestión financiera.

Norma 12: Gestión de compras y servicios.

Norma 13: Gestión de la información y la tecnología.

Norma 14: Gestión de instalaciones y edificios.

SECCIÓN 2: GESTIÓN OPERATIVA.

Norma 15: Objetivos y planificación por servicio.

Norma 16: Gestión y dotación de personal.

Norma 17: Desarrollo y formación del personal.

Norma 18: Desarrollo de servicios clínicos.

Norma 19: Entorno medioambiental del servicio.

Norma 20: Mejora de la calidad de servicios.

SECCION 3a: LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE.

Norma 21: Los derechos del paciente.

Norma 22: Las necesidades individuales del paciente.

Norma 23: Asociación o alianzas con los pacientes.

SECCION 3b: EL RECORRIDO DEL PACIENTE.

Norma 24: Derivaciones, acceso e ingreso.

Norma 25: Tratamiento y cuidados.

Norma 26: Alta y fin de asistencia al servicio.

Norma 27: Contenido de la historia clínica.

SECCION 4: NORMA ESPECÍFICAS DE SERVICIOS.

Norma 28: Servicio de urgencias y accidentes.

Norma 29: Atención ambulatoria de agudos.

Norma 30: Servicio de comidas /alimentación (catering).

Norma 31: Servicio de pediatría.

Norma 32: Servicio de diagnóstico por la imagen.

Norma 33: Servicio de archivo de historias clínicas.

Norma 34: Servicio de vigilancia.

Norma 35: Servicio de lavandería.

Norma 36: Servicio de trastornos del aprendizaje.

Norma 37: Servicios de maternidad.

Norma 38: Servicio de Física médica e ingeniería biomédica.

Norma 39: Servicio médico.

Norma 40: Servicio de enfermería.

Norma 41: Servicio de quirófanos y anestesia.

Norma 42: Servicios ambulatorios.

Norma 43: Servicio de patología.

Norma 44: Servicio de farmacia.

Norma 45: Servicio de transporte.

Norma 46: Servicio de radioterapia.

Norma 47: Servicio de cuidados especiales.

Norma 48: Cuidados paliativos.

Norma 49: Departamento de esterilización.

Norma 50: Servicio de telecomunicaciones.

Norma 51: Servicio de voluntariado.

Norma 52: Servicios de salud mental.

APENDICE 1: "Cheklist" corporativa.

APENDICE 2: Referencias.

APENDICE 3: Glosario.

6. PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA. CONSEJERÍA DE SALUD

La Consejería de Salud^{73, 74} de la Junta de Andalucía entiende que la gestión de la calidad en las diferentes organizaciones sanitarias debe basarse en los siguientes principios:

- Orientación hacia el ciudadano: Toda la organización debe trabajar en la búsqueda de la satisfacción del paciente, intentando que el valor percibido en los diferentes servicios supere su nivel de expectativa.
- Gestión por procesos: La tradicional gestión por funciones o departamentos, se debe reconducir y completar con la gestión por procesos, con objeto de adaptarse a las necesidades de los pacientes y mejorar la competitividad. La gestión de los procesos debe basarse en información y datos fiables.
- Orientación hacia los resultados: Los resultados económicos y asistenciales deben ser positivos y concordantes con el conocimiento científico y el estado actual de la ciencia.
- Liderazgo y constancia en la consecución de objetivos: Los líderes de la organización deben inspirar en ella claridad y unidad en la puesta en marcha de objetivos de mejora y actuar como agentes facilitadores para guiar a la organización y a los profesionales hacia la excelencia.
- Desarrollo e implicación con las personas: Es fundamental el pleno desarrollo del potencial de los profesionales y su implicación en los objetivos de mejora, debe establecer por tanto, mecanismos de comunicación y participación que favorezca la confianza y la asunción de responsabilidades.
- Aprendizaje, innovación y mejora continua: Debe implantarse en todas las actividades de la organización una metodología de trabajo basada en cuatro fases: Planificar, Ejecutar, Evaluar y Revisar. Con la aplicación de actividades de PDCA los resultados de la organización se verán mejorados de forma sustancial.
- Desarrollo de alianzas: La Organización debe establecer con sus proveedores vínculos basados en la confianza mutua con objeto de conseguir mejoras añadidas para los receptores de los diferentes servicios.

⁷³ Caminando hacia la excelencia. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

⁷⁴ <http://www.juntadeandalucia.es/salud>. Visitada el 10 de Abril de 2006.

- Responsabilidad en la Sociedad: La Organización y el conjunto de profesionales que la integran deben comportarse con arreglo al código ético, esforzándose por superar las normas y requisitos legales y participando en iniciativas sociales que se desarrollen en su área de influencia.

Sobre esta base de la mejora continua, el enfoque multidimensional de calidad abarca facetas diferentes pero interrelacionadas de la atención sanitaria: reducir la variabilidad de la práctica clínica, satisfacer las necesidades de los clientes, mejorar permanentemente, y cambiar la cultura de toda la organización para conseguir el nivel óptimo de calidad con los recursos disponibles.

Así, el Plan Marco de Calidad y Eficiencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) pretende garantizar una oferta sanitaria de calidad mediante la puesta en marcha de una estrategia de Gestión por Procesos Asistenciales⁷⁵, que, a través del reanálisis de los flujos de trabajo de los profesionales, y el estudio y conocimiento de las expectativas de los usuarios, se garantice la satisfacción de pacientes y ciudadanos.

La consecución de este objetivo descansa sobre algunas premisas concretas, entre las que se cuentan motivar a los profesionales, garantizar la continuidad en la asistencia, la privacidad, el confort y la intimidad de los pacientes, disponer de tecnología punta, eliminar la burocracia y las esperas innecesarias, y ser eficientes en la toma de decisiones.

Un factor adicional a estas líneas de trabajo, que se han venido desarrollando durante el último año, es la incorporación de un Programa de Acreditación que, considerado en sí mismo una herramienta de mejora continua, se propone como el elemento que garantiza, desde el exterior y con la necesaria independencia, que el proceso de atención sanitaria se realiza de acuerdo a patrones establecidos y con niveles de calidad óptimos.

Acreditarse, pues, significa un reconocimiento expreso y público de que la institución o el servicio, cuenta con los requisitos necesarios para prestar una asistencia determinada y que ésta reúne unos requisitos preestablecidos de calidad.

⁷⁵ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/>. Visitada el 5 de Abril de 2006.

Al ser una herramienta y no un fin en sí mismo, la Acreditación debe favorecer e impulsar procesos de evaluación y mejora dentro del Sistema Sanitario de Andalucía, ayudando a los profesionales a analizar los distintos procesos, servicios o centros con el objeto de identificar aquellos elementos susceptibles de ser mejorados. Así, ha de trasladar a la organización y a sus profesionales cuáles son los aspectos que deben ser cuidados, si se desea hablar en términos de calidad asistencial, y de que forma ésta puede ser cuantificada, conocida y mejorada.

En este sentido, el programa de acreditación⁷⁶ que se plantea para los Servicios Sanitarios de Andalucía ofrece un modelo orientado a la excelencia en la gestión, basado en los principios de Gestión de la Calidad Total, que permite llevar a cabo un ejercicio de autoevaluación y de evaluación externa en cualquier organización relacionada, en este caso, con el sector sanitario.

Por otra parte, cabe destacar, que el modelo de Acreditación para los Servicios Sanitarios de Andalucía ha de garantizar que las directrices de calidad desarrolladas por la Consejería de Salud, son verdaderamente impulsadas y adoptadas en las Organizaciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma.

De la misma forma, al plantearse el grado de influencia o el papel que debe cumplir un programa acreditador, es necesario tener en cuenta el contexto político, social y económico en el que se encuentra inmerso el programa o las organizaciones sanitarias que pretenden acreditarse. En el caso que nos ocupa, es preciso recordar que el modelo de acreditación va a actuar en un entorno de carácter público y que los poderes públicos tienen la responsabilidad de garantizar la calidad de los servicios que prestan.

Igualmente, es imprescindible recordar que el contexto social y las prioridades que desde la Consejería de Salud se marcan, obligan a buscar una respuesta diferenciada centrada en el ciudadano, creando cauces que fomenten su participación real en los procesos de decisión del sistema sanitario y abogando por una mayor transparencia que le permita obtener información más fiable. Este planteamiento debe quedar

⁷⁶ <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>. Visitada el 5 de Abril de 2006.

claramente reflejado en el modelo de acreditación, que ha de incorporar dimensiones de calidad percibida, así como criterios orientados a resultados.

Como último apunte, se reseña que la Acreditación de servicios sanitarios no puede ser un elemento excluyente, sino una secuencia lógica de acontecimientos enfocados, como ya se ha dicho anteriormente, a la mejora continua y a la búsqueda constante de mejora de conocimientos y actitudes. Por lo tanto, la acreditación no debe entenderse como el fin de un camino, sino como la oportunidad de establecer sendas nuevas y alternativas para mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias. Es pues, un proceso dinámico y continuo, de múltiples funcionalidades, y es también un compromiso firme adquirido por las organizaciones para garantizar un nivel de calidad previamente establecido en la prestación de sus servicios.

En definitiva, el modelo de Acreditación para la red sanitaria andaluza debe constituir una herramienta metodológica útil que permita comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, y que pueda brindar, a la luz de evaluaciones externas, un reconocimiento público y expreso a aquellas instituciones y profesionales que lo cumplan y demuestren.

Misión y Objetivos del Programa de Acreditación

I. Definición

Se considerará el Programa de Acreditación como un proceso de evaluación, por agentes externos, del nivel de cumplimiento de los estándares, requisitos y/o especificaciones que garantizan una mejora continua de la calidad.

II. Misión

Garantizar y mejorar la calidad asistencial en el Sistema Sanitario de Andalucía, mediante un proceso de evaluación externa de los centros o servicios sanitarios, que permita verificar el nivel de calidad que ofrecen a los usuarios, identificando al mismo tiempo oportunidades que faciliten su mejora continua.

III. Objetivos

Este proceso de Acreditación debe aportar valor añadido al financiador, proveedor y usuario, en forma de:

- Garantizar un nivel óptimo de calidad.
- Impulsar un enfoque de calidad integral o, lo que es lo mismo, un enfoque al ciudadano como eje central del sistema y como receptor final de los beneficios que genere el Sistema Sanitario en Andalucía.
- Impulsar el desarrollo de estructuras informales de calidad en todas las organizaciones de provisión de servicios, que sirvan de soporte a las actividades de mejora continua y a la consolidación de una cultura de calidad en los centros asistenciales.
- Disminuir la variabilidad en la asistencia.
- Promover la continuidad asistencial, favoreciendo el desarrollo de líneas de trabajo que faciliten un enfoque de gestión integral del proceso asistencial
- Mejorar la satisfacción de todos los implicados.
- Permitir la comparación de resultados.
- Servir de herramienta para la gestión del área, centro, servicio o proceso, facilitando la toma de decisiones.
- Generar una relación directa con las decisiones estratégicas del Sistema Sanitario de Andalucía.

En definitiva, el programa de acreditación debe ser útil no sólo para constatar el nivel de cada centro asistencial con respecto a un estándar, sino, sobre todo y mucho más importante, para inducir o estimular tendencias de mejoras coherentes y orientadas a los objetivos estratégicos del Plan de Calidad y el Plan de Salud.

Estructura del Programa de Acreditación

I. Alcance de la acreditación

La Acreditación ha de ser de aplicación en las organizaciones de salud entendiendo éstas en su más amplio sentido, por lo que el alcance abarca no solo a las estructuras (centros, departamentos o servicios) y equipamientos, sino también a las competencias profesionales, y actividades de los propios procesos asistenciales, de tal forma que la Acreditación permita introducir en los contratos programa, conciertos y convenios de la Consejería de Salud con los diferentes proveedores públicos y/o privados, criterios de calidad desde una visión multidimensional que contemple elementos de continuidad de la atención, satisfacción del ciudadano, eficiencia y evidencia científica de la toma de decisiones, etc.

II. Principios generales. Características

La naturaleza del modelo de acreditación que se propone tiene unas características que definen perfectamente su contenido y que son las siguientes:

- Su implantación en el Sistema Sanitario de Andalucía como un proceso de mejora continúa de la calidad.
- Existe un conjunto de estándares que constituyen un modelo frente al cual la organización participante es evaluada en términos de conformidad o no con respecto a los mismos.
- El análisis del grado de conformidad frente a los estándares debe ser realizado por evaluadores independientes de la organización examinada.
- Los resultados de la evaluación deberán plasmarse de manera formal en un documento que, con respecto a una escala gradual, determine si la organización supera o no las exigencias establecidas para lograr un dictamen positivo de acreditación y cuáles serían sus de mejora a corto y medio plazo.

La estructura general del modelo de acreditación de la Agencia de calidad sanitaria de Andalucía se presenta en la tabla 5.

Tabla 5. Estructura del manual de acreditación de la agencia de calidad sanitaria de Andalucía

El ciudadano, centro del sistema sanitario

1. Usuarios, derechos, satisfacción e implicación
2. Accesibilidad y continuidad de cuidados
3. Documentación Clínica

Organización de la actividad centrada en el paciente

4. Gestión de procesos asistenciales
5. Actividad de promoción y programas de salud
6. Dirección

Profesionales

7. Profesionales, desarrollo profesional y formación

Estructura

8. Estructura, equipamiento y proveedores
9. Sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones
10. Sistema de Calidad

Resultados

11. Resultados clave de la organización

Por último y a modo de resumen en el anexo 4, se presenta un cuadro comparativo de los principales modelos de calidad y en el anexo 5, un cuadro resumen con los modelos que utilizan las diferentes comunidades autónomas que componen el estado español.



MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

Para la consecución de los objetivos del trabajo, en primer lugar, se efectuó un análisis de la literatura científica y un estudio pormenorizado de experiencias de evaluación realizadas siguiendo las directrices del modelo EFQM^{77, 78}.

Una vez concluida la fase anterior, se realizó un estudio basado en técnicas de investigación cualitativa mediante la participación de diferentes profesionales, gestores y pacientes, buscando consenso sobre los indicadores más representativos de la calidad hospitalaria, tomando como base los 9 elementos del modelo EFQM.

Se constituyeron 18 grupos de trabajo, formados fundamentalmente por profesionales, exceptuando los criterios que hacen referencia a satisfacción de pacientes, cuyos componentes eran exclusivamente usuarios o familiares. Cada grupo asumió la responsabilidad de adaptar uno de los criterios, a las condiciones y características del sistema sanitario. De esta forma, tuvimos la posibilidad de triangular la información, ya que dos grupos abordaron el mismo criterio.

Las técnicas de investigación utilizada fueron de tipo cualitativo, concretamente se utilizaron la técnica de grupo nominal, "Brainstorming" o "tormentas de ideas" y grupo de discusión⁷⁹. Estos abordajes se utilizaron para proponer los elementos que permitirían evaluar cada uno de los nueve elementos o criterios que componen el modelo EFQM (liderazgo, política y estrategia, gestión de personal, recursos y alianzas, procesos, resultados para los clientes, resultados para los profesionales, resultados en la sociedad y resultados claves de la organización) en el sector sanitario. Se recurrió también a las nuevas tecnologías habilitando listas de distribución de correo electrónico entre los profesionales que posibilitarán la extensión de los grupos de consenso a participantes distantes geográficamente.

⁷⁷ Modelo europeo de gestión de calidad total para pymes. Documento de solicitud del Premio Europeo de la Calidad. Club Gestión de Calidad, Madrid 1997.

⁷⁸ Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Ignacio E, Mira JJ, Palacio F, Vitaller J. An adaptation of the EFQM model to the Spanish health care setting. 16 th International Conference on Quality in Health Care. Melbourne, Australia, Octubre 1999.

⁷⁹ Planes A. Métodos de detección de problemas. En: Marquet R. Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud. Monografías clínicas en atención Primaria. Doyma. Barcelona. 1993.

Las técnicas de investigación cualitativas se orientan hacia el descubrimiento de fenómenos mediante su explicación y comprensión. Precisamente la generación de ideas, en nuestro caso concreto la generación de indicadores de calidad, fue la aproximación metodológica correcta para cubrir la primera parte del trabajo.

Al tratarse, en su primera fase, de un estudio cualitativo, los sujetos participantes no fueron elegidos al azar, sino basándonos en criterios consensuados, seleccionando profesionales de reconocido prestigio y experiencia dilatada y pacientes con ganas de colaborar y aportar. En realidad, la elección de los participantes, fue uno de los elementos claves, ya que la validez interna, es decir, la credibilidad y la externa, su aplicabilidad, recaen en las personas que participen y cómo sean coordinadas por el investigador. Los criterios para elegir a los profesionales participantes de los grupos se explicitan en la tabla 6 y para la selección de usuarios o familiares se presentan en la tabla 7.

Tabla 6. Criterios de selección de los profesionales participantes

1. Profesionales con más de 3 años de experiencia laboral.
2. Profesionales de reconocido prestigio en sus ámbitos de trabajo, ya sean clínicos o de gestión.
3. Profesionales motivados con aspectos relacionados con la mejora de la calidad.
4. Profesionales que participen de manera voluntaria.

Tabla 7. Criterios de selección de los usuarios o familiares participantes

1. Usuarios o familiares con nivel cultural medio o medio/alto.
2. Usuarios o familiares que estuvieron ingresados más de tres días.
3. Usuarios o familiares con predisposición a la participación.
4. Usuarios o familiares que participen de manera voluntaria.

Cada grupo estaba formado por un número de participantes que oscilaba entre 6-8 personas. En el caso de pacientes o familiares se seleccionaron aleatoriamente entre las personas que cumplían los criterios anteriormente expuestos, y en el caso de los profesionales, además de cumplir los criterios de inclusión, hubo una segmentación para que existiera presencia en todos los grupos de directivos, médicos clínicos, médicos con cargos en la organización, enfermeros/as con responsabilidad gestora y enfermeros/as asistenciales.

En esta fase, el tamaño de la muestra, como es lógico, no se determinó en función de significación estadística, sino basándonos en criterios de saturación de la información obtenida, es decir, a la calidad y suficiencia de los parámetros que se fueron obteniendo. Por lo tanto, el tamaño de la muestra de participantes fue conveniente al objeto de estudio y suficiente para recoger la información necesaria.

En total, para la formación de los 18 grupos participaron un total de 112 profesionales de la salud y 15 pacientes.

La priorización de indicadores⁸⁰ en cada uno de los nueve criterios del modelo se basó en:

1. Indicadores que puedan ser aplicados en amplias áreas de la organización.

⁸⁰ Saturno P. Qué, cómo y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 437-443

2. Indicadores importantes desde el punto de vista clínico o de gestión por su magnitud, impacto, severidad, importancia que tiene para el paciente, etc.
3. Indicadores factibles de medir y de los que se dispongan fuente de información o fuese sencilla la recopilación de los datos.
4. Indicadores que hagan referencia a procesos clínicos y/o resultados.

Cada dos grupos participantes, atendiendo a los criterios anteriormente citados, facilitaba un listado de propuestas de indicadores para un mismo criterio del modelo. Esta información era triangulada, discutida y depurada con objeto de confeccionar un solo listado de indicadores para cada uno de los nueve criterios del modelo. Seguidamente, este listado de indicadores era votado de 0-10 puntos en función de la escala que se cita en la tabla 8.

Tabla 8. Escala de puntuación para la priorización de indicadores

1. 0 puntos aplicable a pocas áreas de la organización 10 puntos a la totalidad de áreas
2. 0 puntos indicadores poco importantes 10 puntos indicadores muy importantes (por su magnitud, morbilidad, severidad, costo, importancia para el paciente, etc.)
3. 0 puntos indicadores difíciles de medir 10 indicadores fáciles de medir
4. Mayor puntuación para los indicadores que hagan referencia a procesos o resultados.

El resultado de esta primera fase de nuestro estudio fue el diseño de una herramienta que constó de 53 indicadores, que fueron aquellos cuya media de puntuación igualaba o superaba 7 puntos. El listado de indicadores cuyas puntuaciones medias se situaron más cercano al punto de corte (entre 6 y 7 puntos de media) y que por lo tanto, no fueron incluidos en el modelo se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Relación de indicadores excluidos del modelo con puntuación media entre 6 y 7

1. Error en la identificación del paciente
2. Caídas de los pacientes
3. Cuerpos extraños tras operatoria
4. Adecuación en la indicación quirúrgica, pruebas diagnósticas
5. Estandarización de cuidados de enfermería
6. Calidad en las urgencias
7. Calidad de vida
8. Complicaciones por especialidad
9. Correlación anatomoclínica

Los indicadores incluidos se distribuyeron según los criterios del modelo EFQM de la siguiente forma:

1. Liderazgo: 3 indicadores
 - Conocimiento por parte de los profesionales de los objetivos del centro y del servicio donde trabajan. (LI 01)
 - Opinión sobre el grado de implicación de directivos y mandos intermedios. (LI 02)
 - Reconocimiento de la labor de los profesionales por parte de los directivos y mandos intermedios del centro. (LI 03)
2. Política y estrategia: 3 indicadores
 - Planificación estratégica. (PO 01)
 - Revisión y evaluación de la planificación estratégica. (PO 02)
 - Memoria anual de actividades. (PO 03)
3. Personas: 5 indicadores

- Adecuación del personal al puesto de trabajo. (P 01)
 - Planificación del personal. (P 02)
 - Movilidad de los profesionales. (P 03)
 - Formación continuada. (P 04)
 - Evaluación del desempeño profesional. (P 05)
4. Alianzas y Recursos: 3 indicadores
- Existencia de inventarios de materiales y productos. (AR 01)
 - Gestión de residuos. (AR 02)
 - Coste efectividad. (AR 03)
5. Procesos: 3 indicadores
- Proceso de planificación estratégica. (PR 01)
 - Procesos asistenciales clave. (PR 02)
 - Procesos de apoyo. (PR 03)
6. Satisfacción de pacientes: 5 indicadores
- Trato y empatía con los pacientes y familiares. (SP 01)
 - Información a los pacientes y/o familiares sobre el proceso. (SP 02)
 - Confort y calidad hostelera. (SP 03)
 - Reclamaciones y quejas de pacientes y/o familiares. (SP 04)
 - Conocimiento y cumplimiento de los derechos de los pacientes. (SP 05)
7. Satisfacción de profesionales: 3 indicadores
- Absentismos de los profesionales. (SPR 01)
 - Accidentes laborales de los profesionales. (SPR 02)
 - Profesionales satisfechos. (SPR 03)
8. Resultados en la sociedad. 2 indicadores
- Profesionales que participan en actos sociales, educativos y asociativos. (RS 01)
 - Ciudadanos satisfechos con la imagen del hospital. (RS 02)
9. Resultados clave: 26 indicadores

Accesibilidad (6 indicadores)

- Estancia media por GDR. (RC 01 Accesibilidad)
- Estancia media prequirúrgica. (RC 02 Accesibilidad)
- Tiempo de espera en Consulta Externa Hospitalaria. (RC 03 Accesibilidad)
- Tiempo de espera medio para cita en Consulta Externa Hospitalaria. (RC 04 Accesibilidad)
- Tiempo de espera medio Quirúrgicos. (RC 05 Accesibilidad)
- Intervenciones canceladas. (RC 06 Accesibilidad)

Morbilidad (4 indicadores)

- Partos por cesáreas. (RC 07 Morbilidad)
- Infecciones nosocomiales. (RC 08 Morbilidad)
- Errores en transfusiones sanguíneas. (RC 09 Morbilidad)
- Pacientes con dolor. (RC 10 Morbilidad)

Gestión (3 indicadores)

- Consentimiento informado. (RC 11 Gestión)
- Calidad de la Historia Clínica del paciente. (RC 12 Gestión)
- Reingreso hospitalario. (RC 13 Gestión)

Cuidados de enfermería (4 indicadores)

- Úlceras por presión. (RC 14 Cuidados de enfermería)
- Flebitis postcateterización. (RC 15 Cuidados de enfermería)
- Errores en la administración de medicamentos. (RC 16 Cuidados de enfermería)
- Supervisión de medicamentos. (RC 17 Cuidados de enfermería)

Mortalidad (6 indicadores)

- Necropsias. (RC 18 Mortalidad)
- Mortalidad hospitalaria. (RC 19 Mortalidad)
- Letalidad por GDR. (RC 20 Mortalidad)
- Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable hospitalaria. (RC 21 Mortalidad)
- Mortalidad por accidente anestésico. (RC 22 Mortalidad)

- Mortalidad materna. (RC 23 Mortalidad)

Gestión económica (3 indicadores)

- Desviación del presupuesto económico del centro. (RCE 24 Gestión económica)
- Desviación del presupuesto del Centro por capítulo (Personal, recursos materiales). (RCE 25 Gestión económica)
- Coste por unidad de producción hospitalaria. (RCE 26 Gestión económica)

Para cada uno de estos 53 indicadores del modelo se confeccionó un registro que permitiera diseñar correctamente el indicador y que hiciera referencia a los siguientes aspectos:

1. Código del indicador
2. Indicador
3. Criterio al que se asocia
4. Definición y significado del indicador
5. Cálculo y ecuación
6. Fuentes y evidencias
7. Estándar
8. Naturaleza estadística

Con respecto a la naturaleza estadística de los indicadores construido 36 indicadores son proporciones, 9 son variables dicotómicas (si/no), 3 frecuencias, 3 medias y 2 incidencias como frecuencia acumulada (proporción).

A continuación, con objeto de aclarar la diferente naturaleza estadística de los indicadores, definiremos los conceptos de frecuencia, razón, proporción, prevalencia, incidencia. Para ello nos basamos en lo descrito por Almenara J. en el capítulo sobre El estudio demográfico de la morbilidad⁸¹.

⁸¹ Almenara J. Capítulo 29. El estudio demográfico de la morbilidad. Fuentes. Medidas de frecuencia de una enfermedad. Documento sin publicar.2002

Frecuencia absoluta

Número de casos de la enfermedad o suceso. Parece obvio que cuando se utilice un número como medida de frecuencia en Demografía se intente dar la mayor cantidad de información de su procedencia. Es conveniente que aclaremos la procedencia estadística del dato, la fuente y su exhaustividad, le damos una dimensión temporal y espacial y apuntamos un perfil demográfico.

Razón

La medida estadística más general en los estudios de morbilidad, que utiliza la referencia de un número a otro es la razón, definida en un sentido amplio como:

Cuando en una razón se divide la probabilidad de que ocurra un suceso entre la probabilidad de que no ocurra, a la razón se le llama odds. Término de difícil traducción al castellano y que habitualmente aparece en la literatura con esa denominación anglosajona. Y que expresa el número de sujetos en los que ocurre un suceso por cada uno en que el suceso no ocurre.

“El resultado de dividir una cantidad por otra. Numerador y denominador son dos valores bien definidos y distintos”

$$R = \frac{a}{b}$$

Proporción

En la proporción el quebrado que relaciona los dos números que dividimos se puede definir como:

“El cociente entre dos frecuencias absolutas, donde el numerador está incluido en el denominador”

$$P = \frac{a}{a + b}$$

Nótese que tanto la odds como la proporción indican frecuencia de un fenómeno usando escalas diferentes y por lo tanto con rangos distintos. Una proporción tendrá un rango de 0 (no enferma nadie) a 1 (enferma toda la población) y en la odds oscilará entre 0 (no enferma nadie) a infinito que expresa que el 100% enfermó (1/0). Para pasar de una escala a otra, es decir para pasar de odds a proporción (P) o viceversa podemos usar la siguiente equivalencia:

$$Odds = P / (1 - P)$$

$$P = Odds / (1 + Odds)$$

Prevalencia (Prevalence, Prevalence proportion)

Una medida importante en morbilidad es la prevalencia, de la que pueden distinguirse en principio dos tipos: la prevalencia puntual y la prevalencia de período, las cuales pasamos a definir a continuación.

Prevalencia puntual

Se define como la proporción de casos existentes (anteriores y nuevos) en una población en un único punto en el tiempo. Representa a los individuos que están enfermos en ese momento determinado.

$$P = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos existentes en una población definida en un momento o punto de tiempo}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas en la población definida en el momento } (t)}$$

Si suponemos que la prevalencia fue obtenida mediante un muestreo aleatorio, que es el caso de todos los indicadores de este tipo, podemos calcular el intervalo de confianza correspondiente. Dado que la prevalencia es una proporción, el intervalo de confianza (IC) vendrá dado para un nivel de confianza del 95% por:

$$IC(95\%) \text{ de } \pi \in P \pm 1,96 \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$$

Donde π representa la prevalencia poblacional, P la prevalencia calculada para la muestra y n el tamaño de muestra.

Algunas características de la definición de prevalencia que hemos dado, son:

- La prevalencia es una proporción, que no será necesariamente un porcentaje ya que puede multiplicarse por un valor base diferente de 100 (1000, 10000, ...)
- Sus valores oscilan entre 0 y 1.
- Refleja acertadamente la magnitud de una enfermedad o suceso. Es útil para la gestión sanitaria.
- Depende de la frecuencia de aparición de casos nuevos y de la duración media de la enfermedad.
- Es de poca utilidad en estudios etiológicos.
- No se debe acotar en un período de tiempo, pero sí referenciar a una fecha determinada.

Incidencia

Constituye la otra gran forma de medir estadísticamente la frecuencia de una enfermedad o suceso⁸², cuantificando en esencia el número de casos nuevos de enfermedad que se desarrollan en una población a riesgo durante un periodo de tiempo especificado.

Dos son las medidas o métodos que permiten la medición de la incidencia: el riesgo o incidencia acumulada y la tasa de incidencia.

Riesgo o incidencia acumulada (Risk, incidence proportion, cumulative incidence).

Podemos hablar de una incidencia acumulada absoluta cuando nos referimos sólo al número de casos nuevos de una enfermedad o suceso ocurrido entre dos fechas. Aunque lo habitual será obtener una medida de incidencia relativa que se define como la proporción de personas de una población inicialmente libres de enfermedad o suceso que desarrollan la patología dentro de un intervalo de tiempo.

$$R = \frac{\text{Nº de casos nuevos de enfermedad en una población definida en un intervalo de tiempo}}{\text{Nº de personas sin la enfermedad al inicio}}$$

Tasa de Incidencia (incidence rate)

La segunda de las medidas que estiman la incidencia de una enfermedad es la tasa de incidencia o densidad de incidencia.

La idea de tasa está ligada al cambio de un fenómeno, o mejor a la rapidez de cambio de dicho fenómeno. Las tasas incorporan el concepto de tiempo y su cálculo lleva implícita la velocidad de cambio de una situación a otra.

⁸² Tapia, JA. (1994) "Incidencia: concepto, terminología y análisis dimensional". *Medicina Clínica*, 103:140-142.

La idea de tasa describe, generalmente, un cambio asociado a un fenómeno. Con mayor precisión una tasa es una medida instantánea de cambio por unidad de tiempo. La idea se expresa desde un punto de vista matemático como:

$$\frac{\text{cambio en } y}{\text{cambio en tiempo}} = \frac{\delta y}{\delta t}.$$

Donde y es una función del tiempo, $y(t)$, el término δy representa la diferencia de y con respecto a dos tiempos diferentes, $\delta y = y(t + \delta t) - y(t)$. Hablamos de tasa instantánea cuando el intervalo de tiempo es muy pequeño, o formalmente, cuando δt se aproxima a 0. Por lo tanto podemos definir una tasa como la derivada de la función $y(t)$ con respecto a t . Sólo podremos calcular el valor exacto de una tasa cuando conozcamos la forma de la función $y(t)$.

También podemos dar una definición de tasa si dy / dt es medido con relación al valor $y(t)$, de forma que:

$$\text{Tasa} = \frac{dy / dt}{y(t)}$$

Es decir, hemos creado una medida del cambio de y con relación a la magnitud de y en un tiempo específico t .

Esta tasa relativa tiene una gran cantidad de aplicaciones en numerosos campos (eje. Química y Economía) y es particularmente importante a la hora de describir la mortalidad y la morbilidad en poblaciones humanas. Por ejemplo, una tasa de 10 casos de enfermedad por mes es más interesante expresarla como una función del tamaño de la población, son diferente 10 casos por mes en una población de 1000 personas que para una población de 100000 sujetos.

Construyendo una tasa relativa al tamaño de la población para un tiempo específico, producimos un valor numérico que puede reflejarnos el riesgo a padecer una enfermedad o a morir, propósito central de las medidas de frecuencia de una enfermedad.

Una tasa de mortalidad o de morbilidad debe ser siempre definida en términos de unidades del tiempo. El tiempo es intrínseco a su cálculo y debe ser considerado parte de su definición.

La tasa de incidencia absoluta se puede definir como la relación entre el número casos ocurridos y el tiempo de observación. Y una tasa de incidencia relativa como el número de casos ocurridos / Σ (Número de individuos observados) \times (tiempo de observación).

En el primer caso medimos el número de casos por unidad de tiempo, el denominador es el tiempo de observación. En el segundo caso el denominador es la cantidad de observación, y nos mide el número de casos por individuo de una población y por unidad de tiempo observado.

Por lo tanto una buena definición del concepto de tasa de incidencia de una enfermedad o suceso vendrá dada por una medida de incidencia relativa que estime un parámetro que nos mida en una población determinada y en un tiempo dado la aparición de nuevos casos de la enfermedad. Al ser este parámetro una medida de incidencia, toma en cuenta el número de individuos nuevos que enferman en el período de estudio, es decir el número de comienzos de enfermedad en la población objeto de seguimiento dividido por la suma de los periodos de tiempo de observación de todos los individuos de esa población:

$$DI = \frac{\text{Nº de casos nuevos de enfermedad en una población definida en un intervalo de tiempo}}{\text{Suma de periodos de tiempo a riesgo}}$$

Podemos estimar por lo tanto la tasa de incidencia (DI) según la expresión siguiente:

$$DI = I / \Sigma \Delta t_i$$

Siendo el numerador el número de casos nuevos de enfermedad y el denominador se refiere a la suma de períodos de tiempo durante el cual cada una de las personas se encuentra libre de la enfermedad durante su permanencia en la población objeto del estudio, es un tiempo de riesgo. Por lo tanto la tasa de incidencia es un cociente que al tener una frecuencia en el numerador y una medida de tiempo en el denominador, es del tipo personas-tiempo⁶⁶. Ya que la dimensionalidad de la tasa es casos-tiempo, no puede ser una proporción, oscilando su rango numérico de cero a infinito. Queda claro entonces que la tasa de incidencia no nos mide la proporción de sujetos enfermos.

En la literatura científica se observa un cierto abuso del termino tasa, que de manera incorrecta se intercambia con el concepto de proporción, como si fueran sinónimos. Muchos autores han intentado despejar dudas sobre el tema sin mucho éxito, sobresaliendo entre todos el trabajo de Elandt-Johnson⁸³. Este escaso éxito es debido fundamentalmente a la razón apuntada, apoderándose luego el uso de la nomenclatura de determinadas medidas sobre todo demográficas que sin ser tasas en sentido formal, pasan a denominarse como tales en textos, anuarios estadísticos, etc., siendo luego el cambio de denominación muy difícil.

La necesidad de incorporar esta medida en los estudios de morbilidad viene dada fundamentalmente por la imprescindible incorporación del tiempo en el cálculo de la frecuencia de una enfermedad, ya que la evolución de la misma en una población, lo que algunos autores llaman fuerza de morbilidad⁸⁴, es función del tiempo y hasta el momento no habíamos dado una medida estadística que tuviera en cuenta el mismo.

El diseño completo del modelo propuesto para medir la calidad en los centros hospitalarios se adjunta a la tesis encuadrada en separata: "*Compendio de indicadores para medir la Calidad Asistencial en los Hospitales*". Una vez consensuado todos los indicadores a medir en los 9 criterios del modelo adaptado al sector salud, este fue pilotado en 5 hospitales público de la red sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Trabajamos con muestras aleatorias obtenidas de diferentes bases documentales y de trabajos de campo realizado por el propio investigador. Para cada uno de los indicadores se calcularon los intervalos de confianza correspondientes para niveles de confianza del 95 % utilizando para ellos la formulas anteriormente descritas.

Todos los datos de los indicadores obtenidos, ya sean de fuentes documentales publicadas o a través de estudios de campo realizado específicamente para esta tesis, hacen referencia al periodo enero-diciembre de 2005.

⁸³ Elandt-Johnson RC. Definition of Rates: Some remarks on their use and misuse. Am. J. Epidemiol. 1975; 102:276-271.

⁸⁴ Selvin, S. (1996). Statistical Analysis of Epidemiologic Data. New York, Oxford University Press. pp. 4-7.

El objetivo final del trabajo fue determinar diferencias por hospitales en cuanto a los indicadores de calidad que se dan en ellos y comprobar con ello la validez del modelo. Para ello hemos utilizado técnicas de análisis multivariante, concretamente, el Análisis de Componentes Principales (ACP)^{85, 86}.

El Análisis de Componentes Principales (ACP), es quizás la técnica de análisis multivariante más antigua. Su introducción se debe como tantas veces en estadística a Pearson (1901), pero su verdadero desarrollo y aplicabilidad se la debemos a Hotelling (1933). Como ha ocurrido con otras muchas técnicas multivariantes, sus aplicaciones prácticas no se manifestaron hasta que no se desarrollaron los medios informáticos necesarios.

La idea central del ACP es conseguir la simplificación de un conjunto de datos, generalmente cuantitativos, procedente de un número grande de variables interrelacionadas. Este objetivo se alcanza obteniendo, a partir de combinaciones lineales de las variables originalmente medidas por el investigador, un nuevo conjunto de igual número de variables, incorreladas, llamadas Componentes Principales (CP), donde permanece la variabilidad presente en los datos originales y ordenadas decrecientemente por su varianza, permitiéndonos explicar el fenómeno de estudio con las primeras CP.

Con ello conseguimos, desde un punto de vista práctico los siguientes objetivos⁸⁷ :

- Sintetizar la información procedente de un volumen importante de datos, recogidos en una investigación particular, que permita analizar de forma más clara las posibles interrelaciones de los fenómenos en estudio.
- Crear índices o indicadores nuevos, representados por los CP una vez interpretados.

⁸⁵ Almenara J, González JL, García C, y Peña P. ¿Qué es el análisis de componentes principales? Sección Notas de Metodología y Estadística. JANO. Educación Médica Continuada en Atención Primaria. 1998; 55:18-24.

⁸⁶ Almenara J, García C, González JL y Abellán JM. Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales. Construction of hospital management indices using principal component analysis. Salud Pública de México. 2002; 44: 533-540.

⁸⁷ González López-Valcárcel, B. Análisis Multivariante. Aplicación al ámbito sanitario. Barcelona: SE Editores, S.A. 1991.

- Utilizar la técnica como paso previo a otras.

Es necesario revisar de manera muy resumida los aspectos teóricos del ACP:

Supongamos que X es un vector de p variables aleatorias, en nuestro trabajo las medidas de incidencia obtenidas, definidas en una población donde nos planteamos el objetivo anterior.

Supongamos también que el vector X se mide en n individuos, en nuestra tesis los diferentes indicadores, teniendo una matriz de datos habitual con n filas que representan a los individuos en los que hemos medido las variables que representan las p columnas. Buscamos combinaciones lineales del tipo:

$$Y_K = a_{K1} X_1 + \dots + a_{Kp} X_p$$

Donde a_{k1}, \dots, a_{kp} son constantes numéricas de forma que las nuevas variables Y_k tengan varianza máxima en orden decreciente y sean incorreladas entre si. Los CP Y_k se obtienen diagonalizando la matriz de covarianzas S o la de correlaciones R de las variables originales, de forma que las constantes a_{k1}, \dots, a_{kp} se obtienen con las coordenadas de los autovectores asociados a los autovalores de S o R , ordenados de forma decreciente, que representan las varianzas de las CP.

Es decir tras aplicar el ACP se crean unas nuevas variables Y_k . En ellas cada individuo tendrá una puntuación al sustituir los valores obtenidos en las mediciones iniciales.

Como hemos visto, el ACP parte de una matriz de individuos por variables, $n \times p$, donde las variables son cuantitativas, y obtiene un nuevo conjunto de p variables, donde la variabilidad se ha redistribuido de forma que la q primeras CP ($q < p$) pueden explicar un alto porcentaje de la variabilidad total. Es decir, el fenómeno en estudio puede simplificarse, no siendo estudiado con las p variables originales sino con un número menor q , de CP. Todo ello posibilitará los objetivos descritos con anterioridad:

sintetizar la información original, crear nuevos indicadores o utilizar la técnica como paso previo de otras.

Por último, con objeto de sistematizar la recogida de información se diseñó un registro en el paquete informático SPSS⁸⁸. Todo ello fue analizado y representado gráficamente utilizando el mismo paquete informático. Finalmente, disponemos de una información gráfica y de fácil utilización que pone de manifiesto los diferentes niveles de calidad encontrados en los hospitales estudiados.

⁸⁸ Software SPSS con licencia de la Universidad de Cádiz.



RESULTADOS

RESULTADOS

Con objeto de pilotar la herramienta realizamos dos tipos de actuaciones. En primer lugar hemos llevado a cabo una revisión en el conjunto de hospitales andaluces para obtener los datos relativos a los indicadores incluidos en nuestro modelo. Con esta iniciativa hemos comprobado que si bien la información disponible era abundante, esta no daba respuesta a mucho de los indicadores que componen la herramienta diseñada para medir la calidad de los centros hospitalarios objeto de esta tesis. Concretamente, hemos identificados los datos de nueve de los indicadores del modelo propuesto para los treinta y un hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Aunque existían datos referidos a diferentes años hemos seleccionados los del 2005 que son los últimos publicados.

En segundo lugar, y en consonancia con lo anteriormente comentado, decidimos obtener la información de todos los indicadores del modelo en los cinco hospitales de la provincia de Cádiz, aunque tal como expondremos mas adelante algunos de ellos no fueron posibles.

A) RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD INCLUIDOS EN EL MODELO PARA EL CONJUNTO DE HOSPITALES ANDALUCES⁸⁹

El indicador SP-01 informa del correcto trato personal, y se mide de manera sistemática mediante encuestas de opinión en la totalidad de los hospitales referenciados.

La media andaluza de pacientes/familiares que se siente satisfechos o muy satisfechos con el trato recibido es de 90.49 % y el estándar del indicador fue fijado en el 90%.

⁸⁹ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Visitada el 25 de Mayo de 2006.

De los 31 hospitales revisados, 11 centros superan el estándar de calidad fijado para este indicador (90%). En ellos, el límite inferior del intervalo de confianza del 95% es superior al referido estándar.

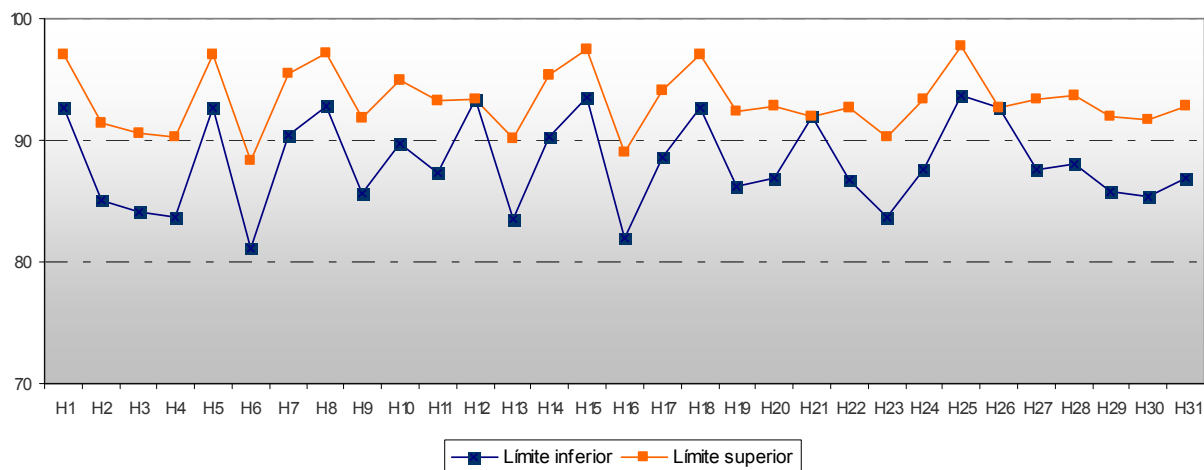
Existen 19 hospitales cuyos intervalos de confianza no discriminan totalmente si alcanzan los niveles adecuados, ya que el límite inferior del intervalo es inferior del intervalo es menor al 90%.

Existen dos hospitales H6 y H16 que cuyos datos de cumplimiento son 81.16-88.24 y 82.04-88.96 respectivamente, no superando en ningún caso los niveles del 90% exigido.

De cualquiera de las formas, del conjunto de los datos se desprende que en todos los casos el nivel de cumplimiento de este indicador es superior al 80%. Estos datos para los 31 hospitales andaluces son mostrados en la Tabla 10 y en el Gráfico 1.

Tabla 10. SP-01 Trato y empatía con los pacientes y familiares			
Estándar 90 %			
HOSPITALES	Satisfechos o muy satisfechos	HOSPITALES	Satisfechos o muy satisfechos
H1	92.61-96.99	H17	88.53-94.07
H2	85.14-91.46	H18	92.61-96.99
H3	84.03-90.57	H19	86.26-92.34
H4	83.70-90.30	H20	86.94-92.86
H5	92.61-96.99	H21	92.00
H6	81.16-88.24	H22	86.72-92.68
H7	90.49-95.51	H23	83.70-90.30
H8	92.86-97.14	H24	87.62-93.38
H9	85.70-91.90	H25	93.71-97.69
H10	89.68-94.92	H26	92.70
H11	87.39-93.21	H27	87.62-93.38
H12	93.31	H28	87.96-93.64
H13	83.47-90.13	H29	85.81-91.99
H14	90.26-95.34	H30	85.37-91.63
H15	93.47-97.53	H31	86.91-92.79
H16	82.04-88.96		

Grafico 1: Trato y empatía con los pacientes y familiares
% de pacientes familiares satisfechos o muy satisfechos



El indicador SP-02 que evalúa si los pacientes y/o familiares reciben información sobre su proceso, al igual que el anterior, se mide de manera sistemática mediante encuestas de opinión en la totalidad de los hospitales referenciados.

La media andaluza de pacientes/familiares que refieren información correcta es de 87.66% y el estándar del indicador fue fijado en el 90%.

De los 31 hospitales revisados, sólo el H5 supera el estándar de calidad, ya que su intervalo estadístico es del 90.02-95.78%.

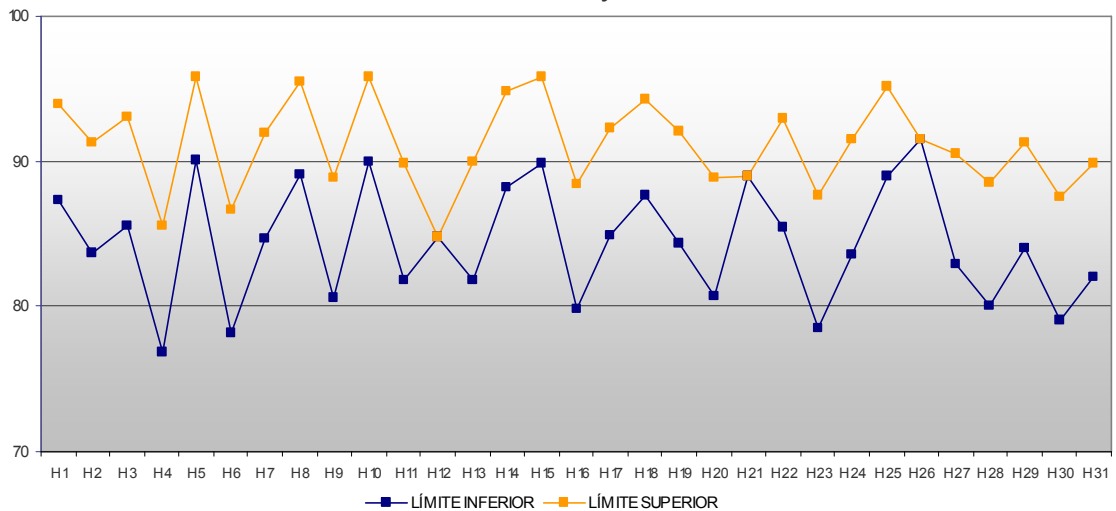
Los hospitales H4, H6, H9, H11, H12, H16, H20, H21, H23, H28, H30 y H31 no cumplen en ningún caso el nivel de calidad marcado para este indicador.

El hospital que menor nivel de cumplimiento del indicador de información a pacientes y familiares es el H4, cuyo intervalo oscila entre 76.87-85.53 %.

Estos datos para los 31 hospitales andaluces son mostrados en la Tabla 11 y en el Gráfico 2.

Tabla 11. SP-02 Información a los pacientes y/o familiares			
Estándar 90 %			
HOSPITALES	Satisfechos o muy satisfechos	HOSPITALES	Satisfechos o muy satisfechos
H1	87.29-93.91	H17	84.93-92.27
H2	83.71-91.29	H18	87.70-94.30
H3	85.54-93.06	H19	84.30-92.10
H4	76.87-85.53	H20	80.70-88.90
H5	90.02-95.78	H21	89.00
H6	78.14-86.66	H22	85.43-92.97
H7	84.65-91.95	H23	78.50-87.70
H8	89.13-95.47	H24	83.52-91.48
H9	80.54-88.86	H25	89.00-95.20
H10	89.96-95.84	H26	91.50
H11	81.77-89.83	H27	82.85-90.55
H12	84.80	H28	80.07-88.53
H13	81.80-90.00	H29	83.96-91.24
H14	88.23-94.77	H30	79.02-87.58
H15	89.82-95.78	H31	81.97-89.83
H16	79.77-88.43		

Gráfico 2: Satisfacción con la información a pacientes y/o familiares
% de satisfechos o muy satisfechos



El indicador SP-03 relativo al confort y calidad hostelera es igualmente un indicador medido en todos los hospitales estudiados.

La media andaluza de pacientes/familiares que refieren confort y calidad de hostelería es de 63.90% y el estándar del indicador fue fijado en el 90%.

De los 31 hospitales revisados, sólo el H12, H21 y H25 supera el estándar de calidad, ya que su nivel de cumplimiento es del 90.40%, 90% y 91.90-96.50% respectivamente.

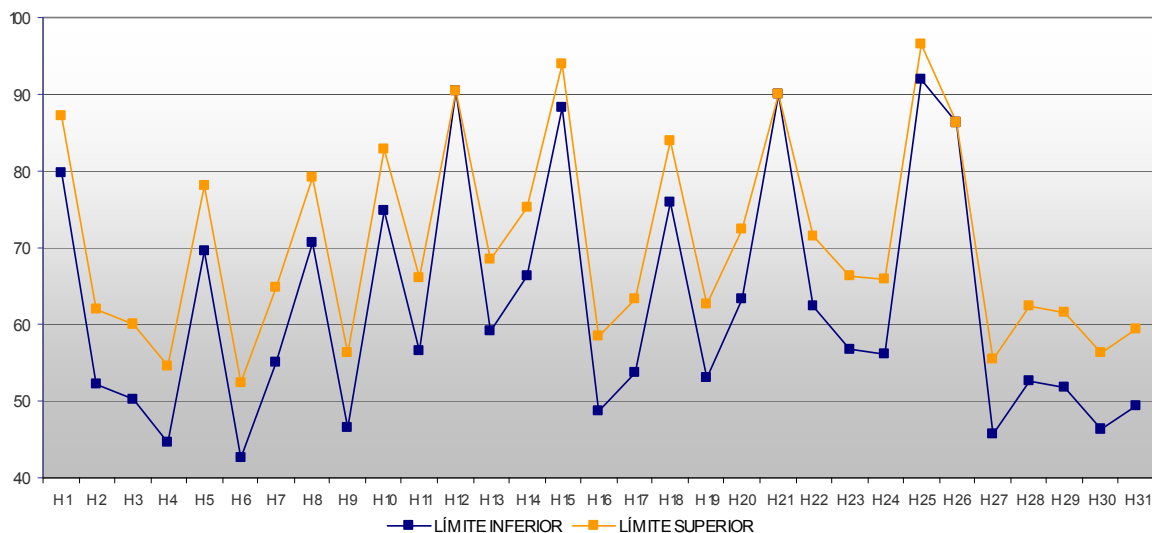
Los restantes centros, hasta un total de 28 hospitales no cumplen en ningún caso el nivel de calidad marcado para este indicador.

Destaca por el escaso nivel de cumplimiento el H6 (42.60-52.40 5%), el H4 (44.67-54.53%) y el H21 (45.68-55.52%). De cualquiera de las formas, como puede observarse en la Tabla 12 existen muchos centros sanitarios con niveles bajos referidos a este indicador. Estos datos son representados en la tabla 12 y el gráfico 3.

Tabla 12. SP-03 Confort y calidad hotelera			
Estándar 90 %			
HOSPITALES	Satisfechos o muy satisfechos	HOSPITALES	Satisfechos o muy satisfechos
H1	79.85-87.15	H17	53.65-63.35
H2	52.13-61.87	H18	75.97-83. 83
H3	50.30-60.10	H19	52.95-62.65
H4	44.67-54.53	H20	63.30—72.50
H5	69.48-78.12	H21	90.00
H6	42.60-52.40	H22	62.39-71.61
H7	55.05-64.75	H23	56.82-66.38
H8	70.63-79.17	H24	56.18-65.82
H9	46.49-56.31	H25	91.90-96.50
H10	74.89-82.91	H26	86.40
H11	56.62-66.18	H27	45.68-55.52
H12	90.40	H28	52.65-62.35

H13	59.07-68.53	H29	51.69-61.51
H14	66.23-75.17	H30	46.40-56.20
H15	88.18-93.82	H31	49.45-59.25
H16	48.67-58.53		

Grafico 3: Confort y calidad hotelera
% de pacientes y/o familiares satisfechos o muy satisfechos



El indicador RC-01 o estancia media por GDR es igualmente un indicador medido en todos los hospitales estudiados. Los datos disponibles hacen referencia a la estancia media general ajustado por la complejidad de los procesos del centro hospitalario.

Al tratarse de un indicador ajustado por complejidad el estándar de referencia andaluz varía para cada centro dependiendo de la complejidad de los procesos que atiende. Oscila entre 5.67-8.63 días.

El hospital con mayor estancia media en días de hospitalización es H4 con una estancia media de 9.82-10.29 días, el H29 9.31-9.93 y el H17 con una estimación que oscila entre 9.18-9.76.

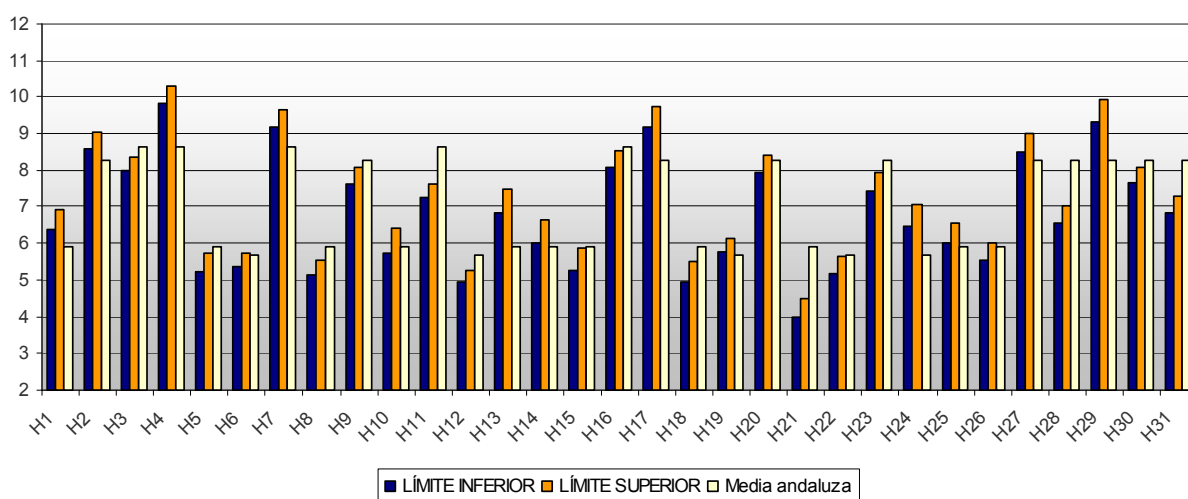
Los hospitales con estancias más bajas son el H21 con un intervalo de 3.98-4.48 días y el H12 con 4.93-5.25 días.

Se observan estancias inadecuadas si lo comparamos con su nivel de complejidad en los hospitales H1, H2, H3, H7, H13, H17, H19, H24, H25, H27 y H29.

Los datos de los 31 hospitales se muestran en la tabla 13 y en el gráfico 4.

Tabla 13. RC-01 Indicador de estancia media ajustada por complejidad					
HOSPITALES	Estancia media	Media Andaluza	HOSPITALES	Estancia media	Media Andaluza
H1	6.39-6.92	5.94	H17	9.18-9.76	8.27
H2	8.58-9.06	8.27	H18	4.95-5.52	5.94
H3	7.99-8.34	8.63	H19	5.77-6.14	5.67
H4	9.82-10.29	8.63	H20	7.94-8.39	8.27
H5	5.21-5.71	5.94	H21	3.98-4.48	5.94
H6	5.35-5.75	5.67	H22	5.18-5.65	5.67
H7	9.17-9.64	8.63	H23	7.42-7.95	8.27
H8	5.12-5.57	5.94	H24	6.48-7.05	5.67
H9	7.63-8.09	8.27	H25	6.02-6.54	5.94
H10	5.72-6.43	5.94	H26	5.57-6.03	5.94
H11	7.24-7.63	8.63	H27	8.51-9.00	8.27
H12	4.93-5.25	5.67	H28	6.54-7.03	8.27
H13	6.86-7.47	5.94	H29	9.31-9.93	8.27
H14	6.00-6.64	5.94	H30	7.67-8.07	8.27
H15	5.26-5.85	5.94	H31	6.84-7.29	8.27
H16	8.10-8.55	8.63			

Grafico 4: Estancia media ajustada por complejidad



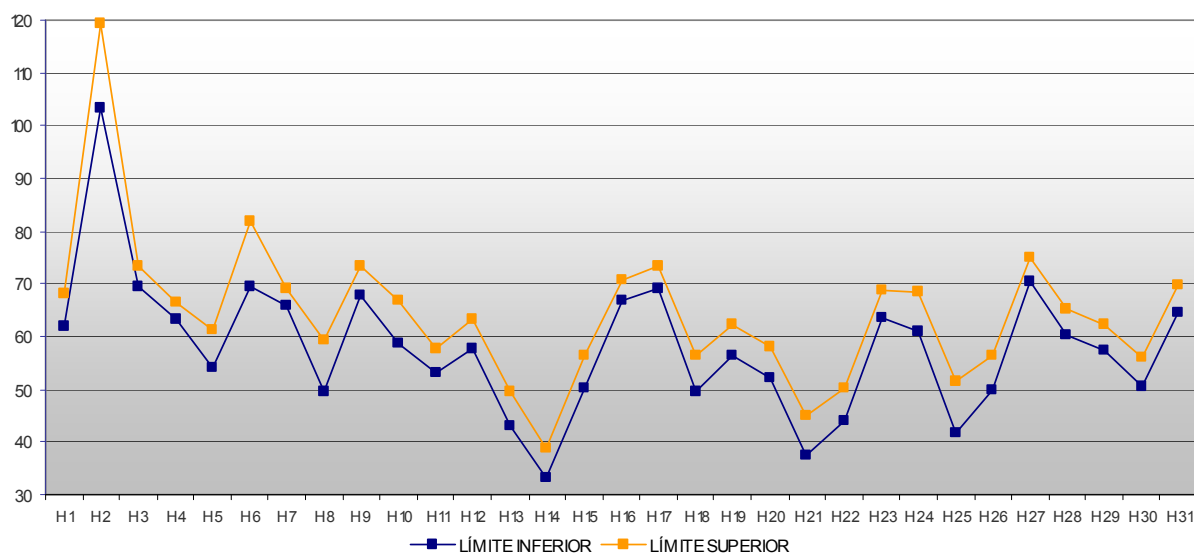
El indicador RC-05 que mide el tiempo medio de espera para cirugía alcanza un valor medio de 65.88 días en Andalucía y el estándar del indicador fue fijado en el 60 días

De los 31 hospitales revisados, sólo el H8, H13, H14, H22, H25 y H26 presentan esperas quirúrgicas por debajo de 60 días. Los restantes centros, es decir 26 no garantizan esperas por debajo de este nivel.

Todos los datos referidos a los tiempos de espera se muestran en la Tabla 14 y se representan en el gráfico 5.

Tabla 14. RC-05 Tiempo de espera medio quirúrgico			
Estándar 60 días			
HOSPITALES	Tiempo de espera medio en días	HOSPITALES	Tiempo de espera medio en días
H1	62.00-68.01	H17	69.07-73.36
H2	103.46-119.26	H18	49.72-56.36
H3	69.31-73.45	H19	56.40-62.38
H4	63.38-66.39	H20	52.32-58.06
H5	54.16-61.34	H21	37.62-44.88
H6	69.41-81.92	H22	44.08-50.12
H7	65.79-69.16	H23	63.67-68.72
H8	49.71-59.28	H24	61.00-68.48
H9	67.85-73.35	H25	41.87-51.53
H10	58.85-66.70	H26	50.04-56.34
H11	53.16-57.74	H27	70.54-74.96
H12	57.57-63.22	H28	60.22-65.09
H13	43.13-49.53	H29	57.51-62.15
H14	33.16-38.83	H30	50.58-56.04
H15	50.25-56.52	H31	64.71-69.79
H16	66.82-70.82		

Grafico 5: Tiempo de espera trato quirúrgico
tiempo de espera medio en días



El indicador RC-06 que mide el porcentaje de Intervenciones programadas canceladas, se monitoriza de manera sistemática en todos los hospitales de la red andaluza.

La media andaluza está fijada en un 6.30% de intervenciones canceladas y el estándar del indicador fue fijado en 5%.

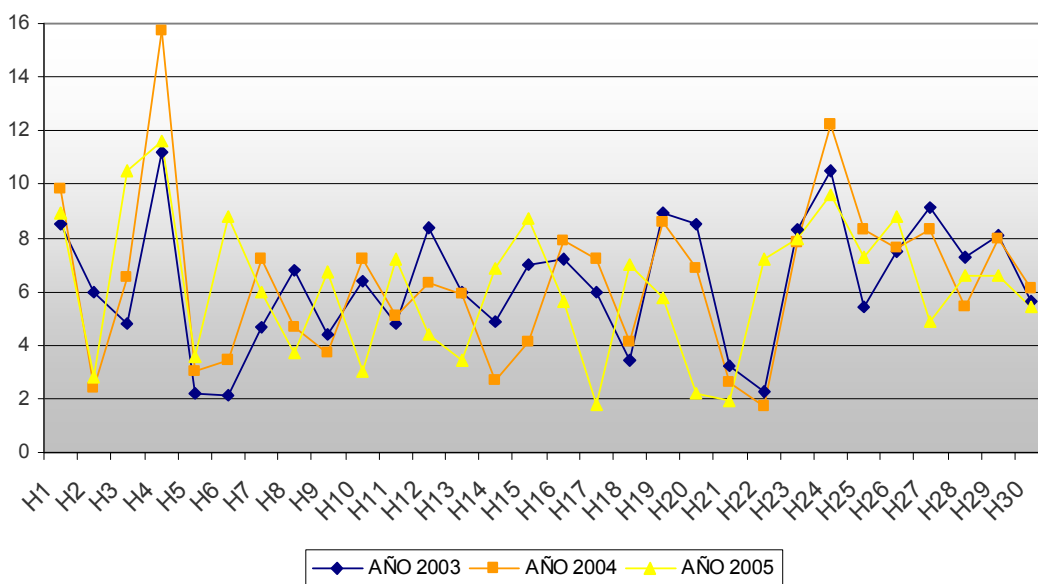
El hospital que menor tasa de suspensión quirúrgica tienes es el H6 con 2.1 % y el H5 con el 2.2%.

Los hospitales H3 (4.8%), H7 (4.7%), H9 (4.4%), H11 (4.8%), H18 (3.4%), H21 (3.2%) y H22 (2.3%) son centros sanitarios que alcanzan cifras de cancelaciones por debajo del estándar del 5% fijado.

El resto de centros sanitarios como muestra la Tabla 15 supera el 5% de operaciones programadas canceladas. Estos datos son representados en el gráfico 6.

Tabla 15. RC- 06 Intervenciones programadas suspendidas. 2005			
Estándar 5 %			
HOSPITALES	% Intervenciones canceladas	HOSPITALES	% Intervenciones canceladas
H1	8.5	H17	6.0
H2	6.0	H18	3.4
H3	4.8	H19	8,9
H4	11.2	H20	8.5
H5	2.2	H21	3.2
H6	2.1	H22	2.3
H7	4.7	H23	8.3
H8	6.8	H24	10.5
H9	4.4	H25	5.4
H10	6.4	H26	7.5
H11	4.8	H27	9.1
H12	8,4	H28	7.3
H13	6.0	H29	8.1
H14	4.9	H30	5.6
H15	7.0	H31	6.1
H16	7.2		

Gráfico 6: Intervenciones programadas suspendidas
%de operaciones canceladas



El indicador RC-07 hace referencia al número de partos por cesárea y también se mide de manera sistemática en la totalidad de los hospitales.

La media andaluza de partos por cesáreas fue de 19.25% y el estándar del indicador fue fijado en un 17%.

De los 31 hospitales revisados, sólo los que a continuación se citan tienen porcentajes de cesáreas por debajo del estándar, a saber: H2 (10.9%), H6 (10.8%), H8 (16.6%), H19 (16.7%), H28 (16.8%) y H29 (14.5%).

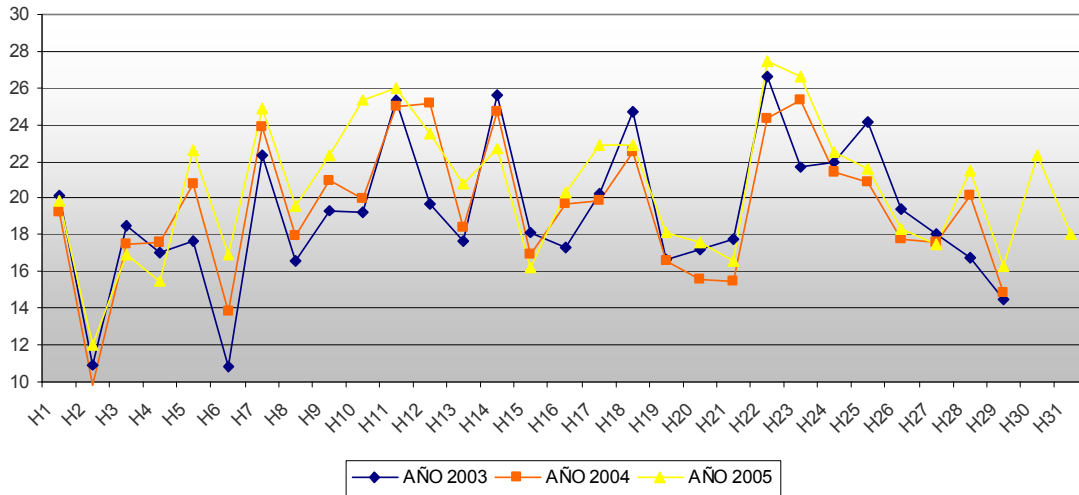
El resto de centros sanitarios supera el nivel del 17% de tasa de partos por cesáreas, destacando el H11, H14 y H22 por encima del 25 %.

Estos datos para los 31 hospitales andaluces son mostrados en la Tabla 16 y en el Gráfico 7 para los años 2003 al 2005.

Tabla 16. RC-07 Partos por cesáreas. 2005			
Estándar 17 %			
HOSPITALES	% Partos por cesáreas	HOSPITALES	% Partos por cesáreas
H1	20.1	H17	20.2
H2	10.9	H18	24.7
H3	18.5	H19	16.7
H4	17.7	H20	17.2
H5	17.7	H21	17.8
H6	10.8	H22	26.6
H7	22.3	H23	21.7
H8	16.6	H24	22.0
H9	19.3	H25	24.2
H10	19.2	H26	19.4
H11	25.3	H27	18.0
H12	19.7	H28	16.8
H13	17.7	H29	14.5

H14	25.6	H30	22.3
H15	18.1	H31	18.0
H16	17.3		

Grafico 7: % Partos por cesáreas



El indicador RC-13 Pacientes que reingresan urgentes por el mismo motivo de su última alta, se monitoriza de manera sistemática en todos los hospitales de la red andaluza.

El porcentaje medio andaluz obtenido fue del 4.28% y el estándar del indicador fue fijado en 2 %.

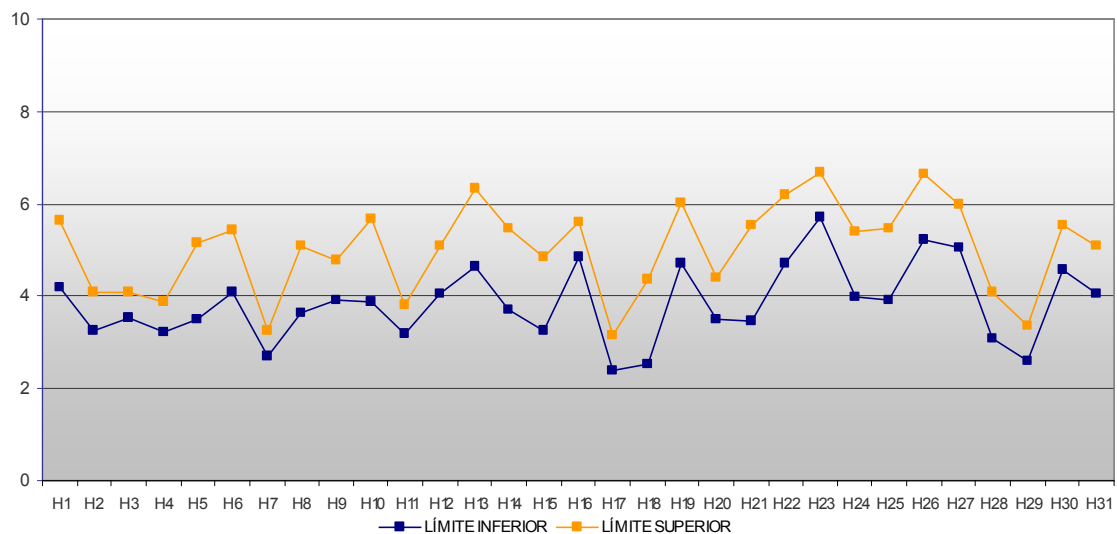
Ningún hospital de los estudiados tiene tasas de reingreso por debajo del 2%. Los reingresos oscilan entre 2.29 y 6.66%.

Los hospitales que menos reingresos presentaron fueron el H7 con 2.70-3.25 % y el H 17 con 2.39-3.14 %.

Los datos de reingresos se muestran en la tabla 17 y gráfico 8.

Tabla 17. RC-13 Reingresos por la misma categoría diagnóstica			
Estándar 2 %			
HOSPITALES	% reingresos	HOSPITALES	% reingresos
H1	4.20-5.63	H17	2.39-3.14
H2	3.26-4.10	H18	2.51-4.36
H3	3.54-4.09	H19	4.71-6.03
H4	3.21-3.87	H20	3.48-4.38
H5	3.50-5.17	H21	3.46-5.53
H6	4.09-5.43	H22	4.71-6.20
H7	2.70-3.25	H23	5.72-6.67
H8	3.65-5.10	H24	3.98-5.40
H9	3.90-4.79	H25	3.91-5.46
H10	3.86-5.66	H26	5.23-6.66
H11	3.18-3.81	H27	5.05-5.99
H12	4.04-5.09	H28	3.08-4.08
H13	4.63-6.32	H29	2.61-3.36
H14	3.71-5.46	H30	4.56-5.55
H15	3.25-4.83	H31	4.04-5.07
H16	4.86-5.62		

Grafico 8: Reingresos por la misma categoría diagnóstica
% de reingresos



El indicador RCE-26 Coste por Unidad de producción hospitalaria, como indicador global de costes es monitorizado en todos los hospitales de la red andaluza.

La media andaluza de coste por unidad de producción es de 3129.45 euros y no se dispone de información para colocar un estándar del indicador adecuado. La información disponible solo indica si la desviación media del coste es mayor o menor a la media andaluza.

Tabla 18. RCE-26 Coste por unidad de producción hospitalaria (euros)			
Estándar < 3500 euros			
HOSPITALES	Coste por unidad de producción	HOSPITALES	Coste por unidad de producción
H1	Menor	H17	Menor
H2	Menor	H18	NA
H3	Mayor	H19	Mayor
H4	Menor	H20	Menor
H5	Menor	H21	NA
H6	Menor	H22	Menor
H7	Menor	H23	NA
H8	Menor	H24	Menor
H9	Menor	H25	Menor
H10	Mayor	H26	NA
H11	Menor	H27	Menor
H12	NA	H28	Menor
H13	Menor	H29	Menor
H14	Mayor	H30	Menor
H15	Mayor	H31	Mayor
H16	Mayor		

B) RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD INCLUIDOS EN EL MODELO PARA LOS CINCO HOSPITALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ⁹⁰

CRITERIO 1. INDICADORES DE LIDERAZGO

Los indicadores de liderazgo relacionados con: el conocimiento de los profesionales de los objetivos del hospital y de sus servicios (LI-01); la referencia a la capacidad de trabajo, preparación y rendimiento de sus líderes (LI 02); y si perciben el reconocimiento a su labor (LI-03), han sido evaluados en una muestra aleatoria de 50 profesionales en cada uno de los 5 hospitales. El estándar de cumplimiento fijado para estos tres indicadores ha sido del 70%.

De los resultados obtenidos se observa que LI-01 no se cumple en niveles adecuados en los hospitales B, C, D y E, ya que los intervalos de confianza no alcanzan el nivel del 70%. Tan solo en el hospital A existe alguna probabilidad de cumplimiento, ya que el intervalo comprende los valores de 48-5-75.5%.

La frecuencia absoluta de LI-01 en los datos de la muestra oscila entre 24 cumplimientos de 50 casos (48%) en el hospital D, hasta los 31 cumplimiento (62%) del hospital A.

El cumplimiento del indicador LI-02 oscila desde 52% del hospital E hasta el 62% del hospital D. Por los datos obtenidos al calcular el intervalo de confianza para niveles de confianza del 95 % el hospital A, B y E no alcanzan el estándar y los hospitales C y D el intervalo no es capaz de discriminar si se cumple o no el nivel establecido.

El indicador LI-03 cuyo cumplimiento oscila entre el 12% y el 16%, no se cumple en ninguno de los hospitales estudiados.

Todos los datos referidos a los indicadores LI-01, LI-02 y LI-03 se muestran en la tabla 19.

⁹⁰ Datos recogidos para el presente trabajo

Tabla 19. Resultados de los indicadores de liderazgo									
	LI-01 n=50			LI-02 n=50			LI-03 n=50		
	Estándar 70 %			Estándar 70 %			Estándar 70 %		
	Fr.	%*	IC**	Fr.	%	IC*	Fr.	%	IC*
HOSPITAL A	31	62	48.5-75.5	28	56	42.2-69.8	7	14	4.4-23.6
HOSPITAL B	26	52	38.2-65.8	27	54	40.2-67.8	8	16	5.8-26.2
HOSPITAL C	28	56	42.2-69.8	29	58	44.3-71.7	6	12	3.0-21.0
HOSPITAL D	24	48	34.2-61.8	31	62	48.5-75.5	7	14	4.0-23.6
HOSPITAL E	29	38	24.2-51.5	26	52	38.2-65.8	9	18	9.4-28.6

* % de cumplimiento del indicador

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95 %

Los estadísticos descriptivos para las frecuencias absolutas de los 5 hospitales se aprecian en la tabla 20.

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de los indicadores de liderazgo			
	LI01	LI02	LI03
Media	27.60	28.20	7.40
Mediana	28.00	28.00	7.00
Moda	24.00	26.00	7.00
Desv. típ.	2.70	1.92	1.14
Varianza	7.30	3.70	1.30
Rango	7.00	5.00	3.00
Mínimo	24.00	26.00	6.00
Máximo	31.00	31.00	9.00

CRITERIO 2. INDICADORES DE POLÍTICA Y ESTRATEGIA

El conocimiento por parte de los profesionales de la planificación estratégica del centro (PO-01) ha sido evaluado en una muestra aleatoria de 50 profesionales en cada uno de los cinco hospitales. Los indicadores de evaluación y revisión de la planificación estratégica (PO-02) y la existencia de memoria anual en el centro han sido evaluados

constatando su cumplimiento o no en los hospitales objeto de estudio. El estándar de cumplimiento fijado para PO-01 fue del 70% y para PO-02 y PO-03 del 100% (al ser los indicadores dos variables dicotómicas el resultado era su cumplimiento 100% o su no cumplimiento el 0%).

De los resultados obtenidos en el indicador PO-01 se observa que la frecuencia de cumplimiento oscila entre el 20% del hospital D y el 30% del hospital C. El hospital C

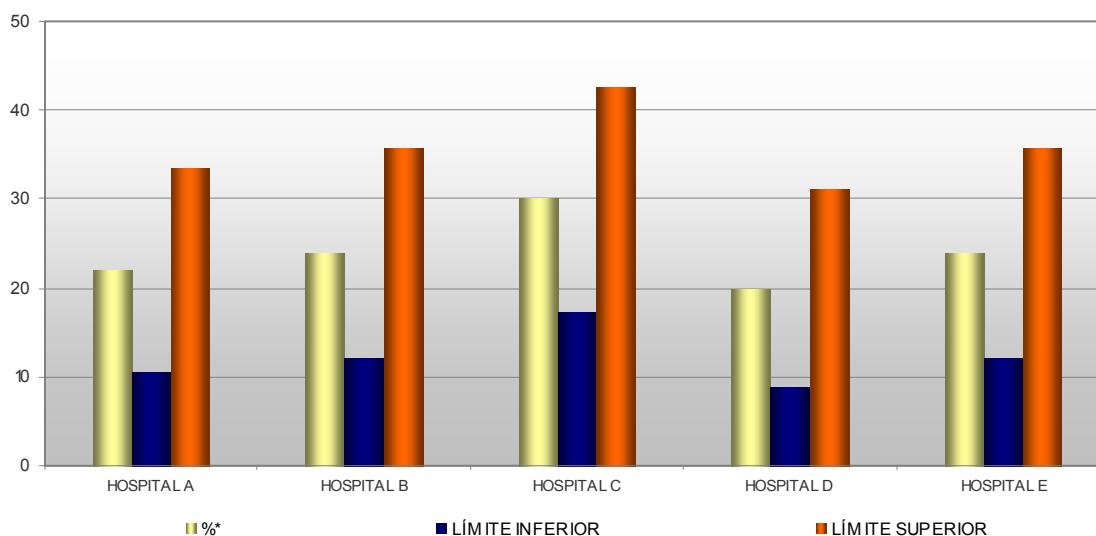
Tabla 21. PO-01 Conocimiento de los profesionales de la planificación estratégica del centro Estándar 70 %			
PO 01 n=50			
	Fr.	%*	IC**
HOSPITAL A	7	22	10.5-33.5
HOSPITAL B	8	24	12.2-35.8
HOSPITAL C	6	30	17.3-42.7
HOSPITAL D	7	20	8.9-31.1
HOSPITAL E	9	24	12.2-35.8

es el que mejor nivel de cumplimentación presentó de todos los hospitales, situándose en un 30%. A la luz de estos resultados, resulta obvio que ninguno de los cinco hospitales cumple con el estándar de cumplimiento del 70%. Los datos referidos a este indicador se pueden observar en la tabla 21 y en el gráfico 9.

* % de cumplimiento del indicador

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95 %

Gráfico 9: Conocimiento de los profesionales de la planificación estratégica del centro



El indicador PO-02 y PO-03 se cumplen al 100% en los cinco hospitales por lo tanto cumplen con el estándar establecido.

CRITERIO 3. INDICADORES DE PERSONAS

La evaluación de la cualificación de los profesionales para el puesto de trabajo que ocupan (P-01) y la evaluación del desempeño (P-05) han sido, de nuevo, evaluados en una muestra aleatoria de 50 profesionales en cada uno de los cinco hospitales. El indicador sobre la disposición de métodos para promoción, traslados y movilidad del personal ha sido evaluado (P-02) constatando su existencia o no. El indicador sobre los profesionales que realizan petición de cambios de servicios (P-03) y los profesionales que disponen de programas de formación continuada (P-04) han sido facilitados por las direcciones de los diferentes hospitales. Los estándares de cumplimiento fijados fueron para P-01 del 70%, para P-02 del 100%, para P-03 del 5%, para P-04 del 75% y para P-05 del 5%.

Se pone de manifiesto que todos los centros cumplen con los estándares de los indicadores P-01, P-02, P-03 y P-04.

El indicador P-05 obtiene su mejor resultado superando el estándar en el hospital C. El resto de centros sanitarios aún teniendo valores altos de cumplimiento no podemos asegurar el cumplimiento del estándar.

Los datos referidos al conjunto de indicadores de personas para los cinco hospitales se muestran en la Tabla 22.

Tabla 22 Resultados de los indicadores de personas										
	P-01 n=50		P-02 n=50		P-03**	P-04 n=50		P-05 n=50		
	Estándar		Estándar		Estándar	Estándar		Estándar		
	70 %		100 %		5 %	75 %		90 %		
	Fr.	%*	Fr.	%*	%*	Fr.	%*	Fr.	%*	IC***
HOSPITAL A	50	100	SI	100	5	SI	100	45	90	81.7-98.3
HOSPITAL B	50	100	SI	100	7	SI	100	42	84	73.8-94.2

HOSPITAL C	50	100	SI	100	6	SI	100	48	96	91.6-100
HOSPITAL D	50	100	SI	100	6	SI	100	46	82	84.5-99.5
HOSPITAL E	50	100	SI	100	5	SI	100	45	90	81.7-98.3

* % de cumplimiento del indicador

** Datos referidos al conjunto de la población

*** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95%

CRITERIO 4. INDICADORES DE ALIANZAS Y RECURSOS

Los resultados de los tres indicadores de alianzas y recursos, relacionados con la existencia de inventarios actualizados de material y recurso (AR-01); Plan de almacenamiento y eliminación de residuos (AR-02); y estudios de coste efectividad de materiales y productos (AR-03) fueron facilitados por los centros sanitarios. Al tratarse de indicadores de variables dicotómicas, es decir, se cumple o no, el estándar de los tres indicadores fue fijado en el 100%.

Los indicadores AR-01 y AR-02 se cumplen en los cinco hospitales al 100%. Sin embargo, el relacionado con coste-efectividad (AR-03) no se cumple en ninguno de los centros estudiados.

CRITERIO 5. INDICADORES DE PROCESOS

Los resultados de los tres indicadores de procesos relacionados con la existencia de una planificación estratégica acorde con la misión, visión y objetivos (PR-01), diseño y puesta en marcha de los procesos asistenciales (PR-02) y diseño y puesta en marcha de los procesos de apoyo (PR-03) fueron facilitados por los centros sanitarios y contrastado mediante trabajo de campo. El estándar para los tres indicadores de proceso fue fijado en 100%.

El indicador PR-01 se cumple en los cinco hospitales. Sin embargo, los indicadores PR-02 y PR-03 no se cumplen en ninguno de los centros estudiados.

CRITERIO 6. INDICADORES DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES

Los resultados de los cinco indicadores de satisfacción de pacientes han sido evaluados en una muestra aleatoria de 50 pacientes ingresados en cada uno de los cinco hospitales incluidos en el estudio.

Los estándares de los indicadores sobre trato correcto (SP-01), información oportuna (SP-02), confort en las instalaciones (SP-03) y cumplimiento de derechos de los pacientes (SP-04) fueron fijados en el 90%. El indicador SP-04 relacionado con quejas y reclamaciones incluye dos índices, la tasa de quejas presentadas cuyo estándar es del 5 % y la contestación de éstas antes de los quince días cuyo estándar es del 90 %.

El cumplimiento del indicador SP-01 relacionado con el trato a los pacientes oscila entre 73.8% y el 98.3%. El indicador SP-02 relacionado con la correcta información que reciben los pacientes obtiene el valor más bajo en el hospital C y el más alto con 95.6% en el hospital A.

El indicador SP-03 relacionado con el confort de las instalaciones es el que obtiene la valoración más baja de todos los indicadores de satisfacción, obteniéndose valores que oscilan entre los 34.2% del hospital D y el 73.6% del hospital A.

El indicador SP-04 relacionado con las quejas y reclamaciones obtiene en su primer índice, es decir tasa de quejas que oscila desde el 2% del hospital A hasta el 5% del hospital C. En lo que respecta al segundo índice, relacionado con el tiempo de respuestas de estas reclamaciones, es el que obtiene valores más elevados de todos los indicadores de satisfacción, oscilando los valores desde el 100 % hasta el 87%.

Todos los datos relacionados con los resultados de los cinco indicadores de satisfacción del paciente se muestran en la tabla 23.

Tabla 23 Resultados de los indicadores de satisfacción de pacientes

H	SP-01 n=50			SP-02 n=50			SP-03 n=50			SP-04 n=50			SP-05 n=50		
	Estándar 90 %			Estándar 90 %			Estándar 90 %			Estándar 90 %			Estándar 90 %		
	Fr.	%*	IC**	Fr.	%	IC	Fr.	%	IC	Fr.	%	IC	Fr.	%	IC
A	45	90	81.7-98.3	43	86	76.4-95.6	30	60	46.4-73.6	49	98	94.1-100	38	76	64.2-87.8
B	44	88	79-97	42	84	71.8-94.2	26	52	48.2-65.8	47	94	87.4-100	36	72	59.6-84.4
C	43	86	76.4-95.6	41	82	71.4-92.6	27	54	40.2-67.8	46	92	84.5-99.5	32	64	50.7-77.3
D	44	88	79-97	42	84	71.8-94.2	24	48	34.2-61.8	48	96	91.6-100	41	82	71.4-92.6
E	42	84	73.8-94.2	40	80	68.9-91.1	26	52	48.2-65.8	48	96	91.6-100	40	80	68.9-91.1

* % de cumplimiento del indicador

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95%

CRITERIO 7. INDICADORES DE SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES

Los resultados de los indicadores SPR-01 relacionado con el absentismo y el SPR-02 con los accidentes laborales fueron facilitados por la dirección del centro en el primer caso y por el servicio de medicina preventiva en el segundo. El tercer indicador relacionado con la satisfacción de los profesionales fue evaluado en una muestra de 50 profesionales seleccionados al azar entre los diferentes colectivos profesionales en cada uno de los cinco hospitales incluidos en el estudio.

La tasa de absentismo (SPR-01) para el conjunto de profesionales es del 10 % para el hospital A, 12 % para el B, 15% para el C, 17% para el D y del 15% para el hospital E. Como puede apreciarse es muy superior al valor determinado en el estándar que corresponde al 5%.

La tasa de accidentes declarados (SPR-02) por todos los motivos y situaciones es del 2% para el hospital A, 3% para el B, 4% para el C, 3% para el D y del 4% para el hospital E. El estándar es del 5% y por lo tanto ninguno de los centro supera estos niveles.

El último indicador relacionado con el clima laboral, es decir la satisfacción que expresan los profesionales con su actividad asistencial y puesto de trabajo los datos oscilan entre el 40% de profesionales satisfechos del hospital C, 35% del hospital B, 31% del E, 30% del A y el 28% del hospital D cuyos profesionales son los que valoran más negativamente este indicador. El estándar de este indicador fue fijado en 85%.

CRITERIO 8. INDICADORES DE RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Los indicadores relacionados con los profesionales que participan en actos sociales, educativos y asociativos (RS-01), y ciudadanos satisfechos con la imagen del hospital RS-02 fueron evaluados en una muestra aleatoria de 50 profesionales de diferentes colectivos en el caso del primero de ellos y de 50 ciudadanos para el segundo. Los resultados se muestran en la Tabla 24 y en los gráficos 10 y 11.

Tabla 24 Resultados de los indicadores de resultados en la sociedad						
H	RS-01 n=50 Estándar 65 %			RS-02 n=50 Estándar 80 %		
	Fr.	%*	IC**	Fr.	%*	IC**
A	30	60	46.4-73.6	43	86	76.4-95.6
B	26	52	48.2-65.8	42	84	71.8-94.2
C	27	54	40.2-67.8	41	82	71.4-92.6
D	24	48	34.2-61.8	42	84	71.8-94.2
E	26	52	48.2-65.8	40	80	68.9-91.1

* % de cumplimiento del indicador

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95%

Gráfico 10
RS 01: Profes. Particip. en actos sociales, educativos y asociativos

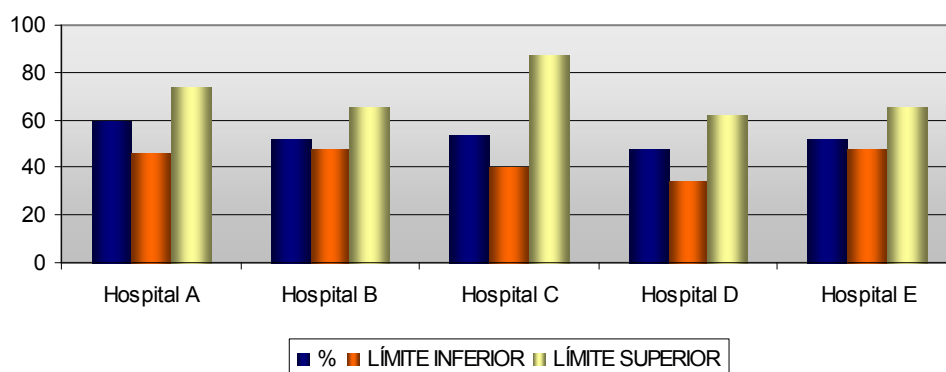
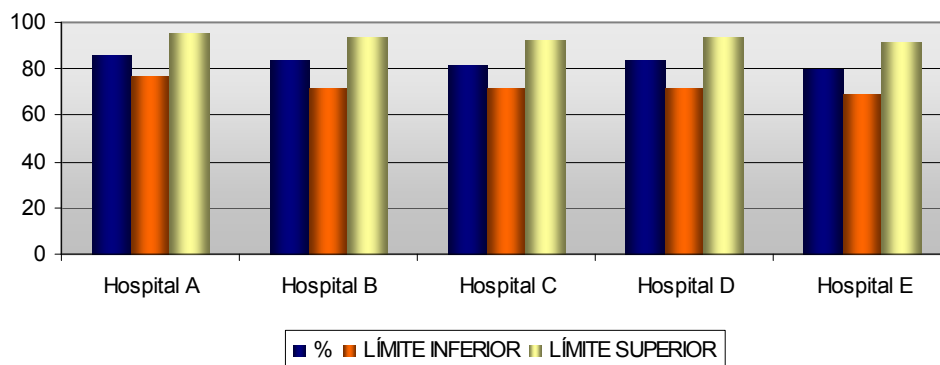


Gráfico 11
RS 02: Ciudadanos satisfechos con la imagen del hospital



CRITERIO 9. INDICADORES DE RESULTADOS CLAVE

Los resultados de los indicadores clave se agrupan según la dimensión de la calidad a la que hace referencia.

Indicadores clave de accesibilidad

El indicador RC-01 relacionado con la estancia media oscila entre 6.54-7.03 días del hospital B y los 9.31-9.93 del Hospital A. La media andaluza de estancia ajustada por complejidad se sitúa en 8.27 días. Los hospitales B, C, D y E presentan estancias por debajo de la media andaluza y el hospital A presenta estancias superiores.

	Días de estancias**	Media andaluza
HA	9.31-9.93	8.27
HB	6.54-7.03	8.27
HC	7.67-8.07	8.27
H D y E	6.84-7.29	8.27

Los datos de estancias de los cinco hospitales estudiados⁹¹ se muestran en la Tabla 25.

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95%

⁹¹ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Visitada el 25 de Mayo de 2006.

Tabla 26 RC 02 Estancia prequirúrgica Estándar 5 %			
RC-02 n=50			
H	Fr.	%*	IC**
A	5	10	1.7-18.3
B	6	12	3.0-21.0
C	7	14	4.4-23.6
D	8	16	5.8-26.2
E	7	14	4.4-23.6

El indicador RC-02 relacionado con la estancia prequirúrgica ha sido obtenido de una muestra aleatoria de 50 pacientes quirúrgicos en los cinco hospitales objeto de estudio. El estándar fue fijado hasta un máximo del 5%. Los resultados para los diferentes centros se presentan en la tabla 26.

* % pacientes que están ingresados más de un día para ser intervenido

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95 %

El indicador RC-03 relacionado con tiempos de esperas superiores a 30 minutos en consultas externas ha sido obtenido de una muestra de 50 pacientes citados en las consultas de los diferentes hospitales. El estándar fue fijado hasta un máximo del 10%.

Tabla 27 RC 03 Tiempos de esperas Consultas Externas > 30 minutos Estándar 10 %			
RC-03 n=50			
H	Fr.	%*	IC**
A	18	36	22.7-49.3
B	20	40	26.4-53.6
C	23	46	32.2-59.8-
D	18	36	22.7-49.3
E	11	22	10.5-23.5

Los datos en los diferentes hospitales oscilan entre el 10.5-23.5 de pacientes que esperan más de 30 minutos para ser atendidos en el hospital E, hasta el 32.2-59.8 del hospital B.

En todos los casos como puede apreciarse en la tabla 27 el estándar de tiempos de espera se incumple.

* % pacientes que esperan más de 30 minutos desde que son citados hasta que son atendidos.

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95%

Del indicador RC-04 relacionado con los días que transcurre desde que un paciente solicita cita en consulta externa hasta que es atendido, no hemos podido obtener datos, ya que no está publicado en ninguna de las fuentes consultas del servicio de salud y no ha sido factible, dado su complejidad, pilotarlo en ningún centro sanitario.

El indicador RC-05 relacionado con el tiempo medio de espera quirúrgica para los cinco hospitales de la provincia ha sido obtenido de la página Web de Consejería de Salud de la Junta de Andalucía⁹². La media andaluza del indicador se encuentra en 65.88 y el estándar fijado fue de 60 días.

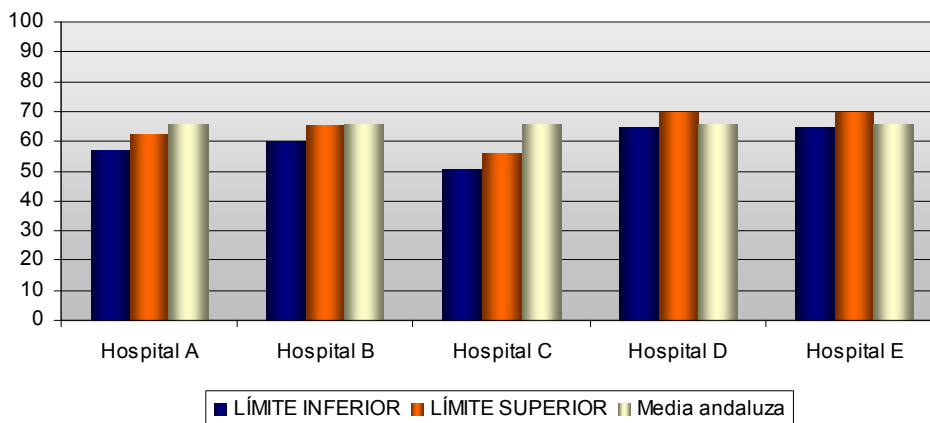
El hospital C es el que presenta mejores datos, oscilando la estancia entre 50.58-56.04 días. El hospital A presenta una estancia de 57.51-62.15 con lo que se encuentra inferior a la media andaluza, aunque no estamos seguro del cumplimiento del estándar. Los hospitales C, D y E presentan datos muy superior a la media andaluza y a los estándares establecidos.

Los resultados de este indicador para los cinco hospitales se presentan en la tabla 28 y en el gráfico 12.

Tabla 28 RC 05 Tiempos de espera quirúrgica		
Estándar 60 días		
	Tiempo en día de espera quirúrgica**	Media andaluza
HA	57.51-62.15	65.88
HB	60.22-65.09	65.88
HC	50.58-56.04	65.88
H D y E	64.71-69.79	65.88

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95 %

Gráfico 12: Tiempos de espera quirúrgica (tiempo en días)



⁹² <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Visitada el 25 de Mayo de 2006.

El indicador RC-06 relacionado con la cancelación de intervenciones programadas aun cuando no está publicado en la Web institucional de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, nos ha sido facilitado por el Servicio Andaluz de Salud. El % medio en Andalucía es de 6.30% y el estándar fue fijado en el 5%.

El hospital con menor cancelaciones es el hospital D con una tasa del 5.6%, seguido del E con 6.1%. El hospital con mayor índice de cancelaciones es el hospital A con 9.1%. Ninguno de los hospitales estudiados cumple con el estándar establecido. Los datos de este indicador se presentan en la tabla 29.

Tabla 29 RC 06 Intervenciones programadas canceladas	
Estándar 5 %	
	%
HA	9,1
HB	7,3
HC	8,1
HD	5,6
HE	6.1

El indicador RC-07 relacionado con los partos por cesáreas aun cuando no está publicado en la Web institucional de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, nos ha sido facilitado por el Servicio Andaluz de Salud. (Datos de 2005). El % medio en Andalucía es de 19.25% y el estándar fue fijado menor del 17%.

Tabla 30 RC 07 Partos por cesáreas	
Estándar 17 %	
	%
HA	18
HB	16,8
HC	14,5
HD	22,3
HE	18

El hospital con menor % de partos por cesáreas es el hospital C con 14.5%. El hospital con mayor % de partos por cesáreas es el hospital D con 22.3%. Los hospitales B y D cumplen con el estándar establecido. Los datos para los cinco hospitales se muestran en la tabla 30.

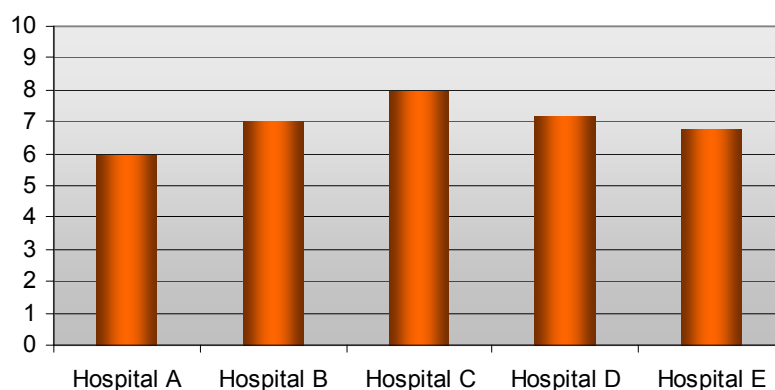
Indicadores clave de morbilidad

El indicador RC-08 relacionado con la tasa de infecciones nosocomial se ha obtenido directamente por datos facilitados por el Servicio Andaluz. Los resultados obtenidos para los cinco hospitales se muestran en la tabla 31. El estándar fijado para un índice general, independientemente del área de hospitalización y del tipo de infección, de acuerdo con el proyecto EPINE es del 7%.

De los resultados obtenido se observa que la frecuencia de infección nosocomial en el hospital A es del 6%, la más baja de las encontradas, le sigue el hospital E con el 6.8%, hospital B con el 7%, hospital D con el 7.2% y finalmente el hospital C presenta una tasa del 8%.

Tabla 31 RC 08 Pacientes con infecciones nosocomiales Estándar 7 %	
	%
HA	6
HB	7
HC	8
HD	7.2
HE	6.8

Grafico 13: Pacentes con infecciones nosocomiales



El indicador RC-09 que hace referencia a errores transfusionales se ha pilotado en una muestra de 50 pacientes transfundidos de cada uno de los cinco hospitales. El estándar del indicador es del 0%. No se ha detectado ningún caso de error transfusional en ninguno de los centros estudiados por lo que el cumplimiento del indicador es correcto en todos los casos.

El indicador RC-10 relacionado con pacientes con dolor durante su hospitalización, como en casos anteriores, fue pilotado en 50 pacientes. En este caso, con objeto de buscar un mayor interés en los datos del indicador, los pacientes estudiados debían ser quirúrgicos o pacientes crónicos, ya que es en estos casos donde el dolor puede presentar mayor problemas en los pacientes. El estándar fijado para este indicador es < 2%.

Tabla 32 RC 10 Pacientes con dolor			
Estándar 2 %			
	RC 10 n=50		
	Fr.	%*	IC**
HOSPITAL A	12	24	12.2-35.8
HOSPITAL B	14	28	15.6-40.4
HOSPITAL C	15	30	17.3-42.7
HOSPITAL D	16	32	19.1-44.9
HOSPITAL E	15	30	17.3-42.7

Los resultados oscilan del 12.2-35.8% de pacientes que refieren dolor en el hospital A que es el que mejor valor muestra, hasta el 19.1-44.9% de pacientes del hospital D que es el dato más negativo de los encontrados.

En ningún caso, como puede verse en la tabla 32, los centros sanitarios cumplen el estándar establecido, obteniéndose unos resultados totalmente alejado del nivel óptimo.

* % de cumplimiento del indicador

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95%

Indicadores clave de gestión

El indicador RC-11 relacionado con pacientes que firman el consentimiento informado antes de una intervención que así lo requiera, fue pilotado en 50 pacientes quirúrgicos, con lo cual nos asegurábamos que todos debían tener el documento de consentimiento informado debidamente firmado en su historial clínico. Los datos para los cinco hospitales se presentan en la tabla 33.

Tabla 33 RC 11 Pacientes que firman el consentimiento informado			
Estándar 100 %			
	R C 11 n=50		
	Fr.	%*	IC**
HOSPITAL A	49	98	94.1-100
HOSPITAL B	48	96	90.6-100
HOSPITAL C	47	94	87.4-100
HOSPITAL D	47	94	87.4-100
HOSPITAL E	47	94	87.4-100

* % de cumplimiento del indicador

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95%

El indicador RC-12 relacionado con la calidad de las historias clínicas de los pacientes, fue estudiado seleccionando 50 historiales al azar en cada uno de los cinco hospitales. El estándar del indicador fue fijado el 90%. Los datos obtenidos se presentan en la tabla 34 y gráfico 14.

La tasa de cumplimiento de los criterios de calidad de las historias clínicas oscila entre el 56 % (42.2-69.8%) del hospital B que presenta los resultados más bajo, hasta el 84 % de cumplimiento (73.8-94.2%) del hospital C que obtiene los mejores resultados.

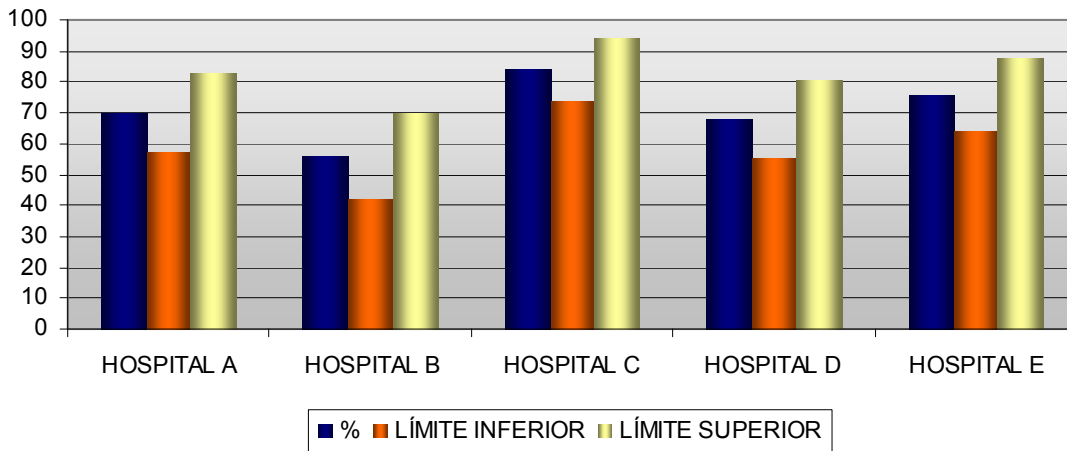
Sólo el hospital C puede que cumpla el estándar establecido, el resto de hospitales, no cumplen el estándar establecido.

Tabla 34 RC 12 Calidad Historias Clínicas			
Estándar 90 %			
	R C 12 n=50		
	Fr.	%*	IC**
HOSPITAL A	35	70	57.3-82.7
HOSPITAL B	28	56	42.2-69.8
HOSPITAL C	42	84	73.8-94.2
HOSPITAL D	34	68	55.1-80.9
HOSPITAL E	38	76	64.2-87.8

* % de cumplimiento del indicador

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95%

Gráfico 14: Cumplimiento de criterios de Calidad en Historias Clínicas



El indicador RC-13 relacionado con pacientes que reingresan por la misma categoría diagnóstica por la que fueron dados de alta, fue obtenido de los datos públicos por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El % medio de reingresos en Andalucía es del 4.28% y el estándar fijado es del 2%. Los resultados obtenidos fueron los que se presentan en la tabla 35.

Tabla 35 RC 13 Reingresos misma categoría diagnóstica Estándar 2 %	
	R C-13*
HOSPITAL A	2.61-3.36
HOSPITAL B	3.08-4.08
HOSPITAL C	4.56-5.55
HOSPITALES D y E	4.04-5.07

* Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95 %

Indicadores clave de cuidados de enfermería

El indicador RC-14 relacionado con los pacientes que desarrollan lesiones por presión, al igual, que todos los pilotados por el propio investigador, fue realizado en los cinco hospitales a una muestra aleatoria de 50 pacientes encamados de las diferentes áreas de hospitalización. El estándar fue fijado en < 5%.

Tabla 36 RC 14 Pacientes con lesiones por presión Estándar 5 %			
R C 14 n=50			
	Fr.	%*	IC**
HOSPITAL A	4	8	0.5-15.5
HOSPITAL B	5	10	1.7-18.3
HOSPITAL C	8	16	5.8-26.2
HOSPITAL D	7	14	4.4-23.6
HOSPITAL E	7	14	4.4-23.6

* % de cumplimiento del indicador

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95%

La tasa de pacientes que desarrollan lesiones por presión es del 8% (0.5-15.5) del hospital A, 10% (1.7-18.3) en el hospital B, 14 % en los hospitales D y E (4.4-23.6) y del 16% (5.8-26.2) en el hospital C. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 36.

El indicador RC-15 que hace referencia a los pacientes que desarrollan flebitis postcateterización, fue pilotado en los cinco hospitales a una muestra aleatoria de 50 pacientes con terapias intravenosas en las diferentes áreas de hospitalización. El estándar fue fijado en < 15%.

Tabla 37 RC 14 Pacientes con flebitis postcateterización Estándar 5 %			
R C 15 n=50			
	Fr.	%*	IC**
HOSPITAL A	4	8	0.5-15.5
HOSPITAL B	3	6	0.4-12.6
HOSPITAL C	3	6	0.4-12.6
HOSPITAL D	4	8	15.5-0.5
HOSPITAL E	6	12	3-19

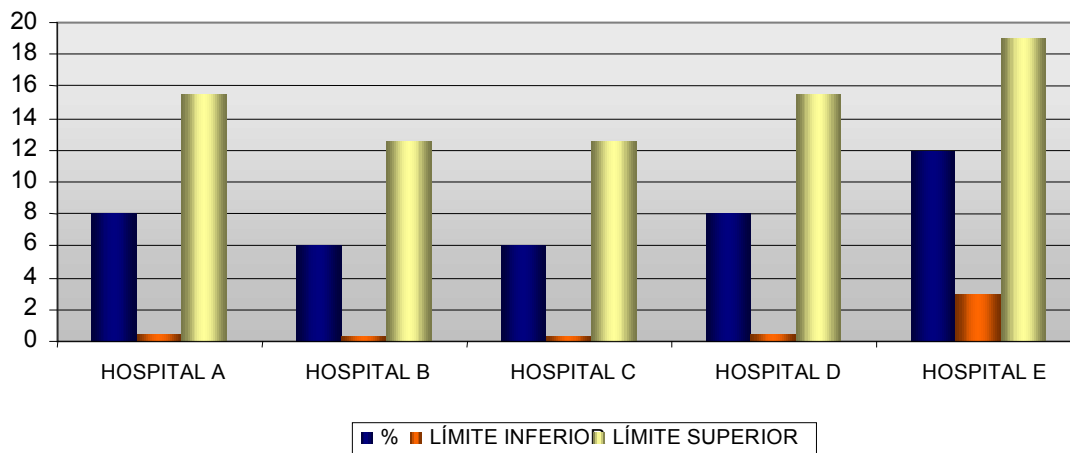
* % de cumplimiento del indicador

** Intervalos de confianzas calculados para niveles de confianza del 95%

La tasa de pacientes que desarrollan flebitis es del 6% (0.4-12.6) en los hospitales B y C, del 8% (0.5-15.5) en los hospitales A y D, y del 12% (3-19).

Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 37 y gráfico 15.

Gráfico 15: Pacientes con flebitis postcateterización



El indicador RC-16 referidos a errores en la administración de medicamentos fue pilotado en los cinco hospitales en una muestra aleatoria de 50 historiales clínicos. El estándar fue fijado en 5%.

En la revisión de las mismas no se observó ninguna anotación en los registros que hiciera referencia a errores de este tipo. Por lo tanto, la tasa encontrada para este indicador en los cinco hospitales fue del 0%.

El indicador RC-17 referidos a supervisión de medicamentos que deben ser monitorizados en sangre fue pilotado en los cinco hospitales en una muestra aleatoria de 50 historias clínicas de pacientes de cuidados intensivos. El estándar fue fijado en 100%.

En la revisión de las mismas, sólo se observó un caso, en el hospital B en los que la monitorización no estaba registrada. En el resto de casos, el cumplimiento fue del 100%.

Indicadores clave de mortalidad

Los indicadores de mortalidad incluidos en el modelo son RC-18 que hacen referencia a las necropsias cuyo estándar es del 5%, RC-19 mortalidad hospitalaria, RC-20 letalidad por GDR, RC-21 mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable

cuyo estándar es del 5 %, RC-22 mortalidad por accidente anestésico cuyo estándar es de 1/10.000 y RC-23 mortalidad maternal cuyo estándar es del 0 %, hasta el momento de escribir los resultados, no hemos sido autorizado a investigarlos en los centros sanitarios ni hemos obtenido respuesta a la petición de estos datos en nuestro servicio de salud. Los datos están disponibles en el CMBD de los diferentes hospitales y por lo tanto es una información recogida y conocida en los ámbitos internos de gestión hospitalario pero el conocimiento de los mismo para ser discutidos en la tesis nos ha resultado imposible.

Indicadores clave de gestión económica

Los indicadores RC-24 sobre desviación de presupuesto asignado, RC-25 desviación de presupuestos por capítulos, al tratarse de indicadores de variables dicotómicas, cumplimiento o no, el estándar fijado fue del 100%.

Estos dos indicadores se cumplen al 100% en los cinco hospitales estudiados.

Finalmente, el indicador RC-26 relacionado con el coste por unidad de producción cuya media andaluza es de 3.129,45 euros y el estándar < 3500 euros, fue obtenido en los cinco hospitales andaluces de los datos disponibles en la página Web de la Consejería de Salud⁹³. Los mismos, se presentan en la tabla 38.

Tabla 38 RC 26 Coste por unidad de producción		
Estándar < 3500 euros		
	Desviación de la media andaluza	Media andaluza
HA	Menor	3.129.45
HB	Menor	3129.45
HC	Menor	3129.45
H D y E	Mayor	3129.45

Una vez concluido el análisis descriptivo del conjunto de indicadores del modelo, se realizó una correlación entre indicadores con objeto de comprobar el comportamiento

⁹³ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Visitada el 25 de Mayo de 2006.

de unos con respecto a otros. Para ello se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. En la tabla 39 se presentan las correlaciones que resultaron más significativas tanto positivas como negativas.

Tabla 39 Correlación entre indicadores con significación estadística			
INDICADORES		Correlación	p
SP 05 Derecho de los pacientes	PO 01 Conocimiento de la planificación	- 0.896	p< 0.05
SPR 03 Profesionales satisfechos	PO 01 Conocimiento de la planificación	0.954	p< 0.05
SP 01 Trato a pacientes	P 05 Evaluación del desempeño profesional	1.000	p< 0.05
SPR 03: Profesionales satisfechos	SP 04 Reclamaciones y quejas	-0.893	p< 0.05
RS 02 Satisfacción con la imagen del hospital	SP 02 Información a los pacientes	1.000	p< 0.05
RC 10 Pacientes con dolor	SP 03 Confort, calidad hostelera	- 0.910	p< 0.05

A continuación se llevó a cabo un análisis de componentes principales para buscar indicadores multivariantes que pudieran explicar un cierto modelo subyacente en las relaciones de los mismos. Tras ello, se seleccionaron dos componentes principales que en conjunto explican el 70% de la variabilidad: 38.25 % el primer componente y 31.7% el segundo de los componentes. En la tabla 40 se muestran los datos de los componentes relacionados con los indicadores incluidos en el modelo.

Tabla 40 Correlación entre los indicadores incluidos en el modelo y las componentes seleccionadas		
Indicador	Primera componente	Segunda componente
LI 1	-0.771	0.461
LI2	0.106	-0.108
LI3	0.172	-0.548
PO01	0.296	0.944
P03	0.104	0.127

P05	0.062	0.844
SP01	0.062	0.844
SP02	-0.849	-0.169
SP03	-0.781	0.424
SP04	-0.513	-0.703
SP05	0.048	-0.961
SPR01	0.912	-0.178
SPR02	0.900	0.359
SPR03	0.187	0.927
RS01	-0.781	0.424
RS02	-0.849	-0.169
RC02	0.894	-0.224
RC03	-0.224	0.621
RC07	0.068	-0.913
RC10	0.934	-0.164
RC11	-0.991	-0.025
RC12	0.417	0.545
RC14	0.924	0.268
RC15	0.313	-0.497

De la tabla anterior se observa que la primera componente tiene las más altas correlaciones con indicadores relacionados con la estancia prequirúrgica (RC02 0.894), pacientes que refieren dolor durante su hospitalización (RC10 0.924) y pacientes que desarrollan lesiones por presión (RC14 0.924). Se oponen a este componente el indicador relacionado con la información del paciente (SP 02 -0.849), satisfacción del ciudadano con la imagen del hospital (RS 02 -0.849) y Calidad hostelera y confort (SP03 -0.781).

La segunda componente tiene las más altas correlaciones con indicadores relacionados con profesionales satisfechos (SPR 03 0.927), profesionales que conocen la planificación estratégica (PO 01 0.944), evaluación positiva del desempeño profesional (P 05 0.844) y trato empático a los pacientes (SP 01 0.844). Se oponen a este

componte, el indicador de reclamaciones (SP 04 -0.703) y el cumplimiento de derechos con los pacientes (SP 05 -0.961).

Es lógico pensar, que la primera componente está relacionada con calidad técnica percibida y la segunda con actitud y aptitud de los profesionales.

Finalmente, se ordenaron los cinco hospitales de la provincia de Cádiz, según las puntuaciones obtenidas en cada uno de las dos componentes. Los datos se presentan en las tablas 41 y 42.

Tabla 41 Orden obtenidos por los hospitales según puntuación en la primera componente: Calidad técnica percibida	
Hospital	Primera componente
H5	0.86201
H3	0.56497
H4	0.53341
H1	-1.58503
H2	-.37537

Tabla 42 Orden obtenidos por los hospitales según puntuación en la segunda componente: Actitud y aptitud de los profesionales	
Hospital	Segunda componente
H3	1,60509
H1	-.02829
H2	-.03412
H4	-1.11176
H5	-.43092



DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

En consonancia con las hipótesis y objetivos formulados en el presente trabajo, la discusión la vamos a realizar en dos partes bien diferenciadas, en primer lugar abordaremos lo relacionado con la validez, factibilidad y utilidad del modelo confeccionado para evaluar la calidad de los servicios prestados en centros hospitalarios y en segundo lugar nos ocuparemos de la discusión de los resultados obtenidos al pilotar los 53 indicadores del modelo en diferentes centros sanitarios.

Validez, factibilidad y utilidad del modelo propuesto para evaluar la calidad de los servicios prestados en centros hospitalarios

La elaboración de una herramienta de las características de la que presentamos para medir la calidad en los hospitales, requiere en primer lugar experiencia y conocimiento exhaustivo de los principales modelos de evaluación de la calidad sanitarios y no sanitarios publicados en la literatura científica. Este aspecto ha sido ampliamente abordado, en el apartado análisis de los principales modelos de calidad, de la presente tesis.

El modelo seleccionado como base para la construcción de nuestra herramienta ha sido el modelo Europeo para la gestión de la Calidad Total (European Foundation for Quality Management)^{94, 95}. También, es denominado modelo EFQM de excelencia y es sin duda, uno de los de mayor calado internacional.

La elección de este marco de trabajo para el desarrollo de nuestra herramienta se basa en diferentes premisas.

En primer lugar, el prestigio de la Fundación Europea para la gestión de la calidad total, está fuera de cualquier consideración. El modelo es utilizado en Europa por miles

⁹⁴ <http://www.efqm.org>. Visitada el 21 de agosto de 2006

⁹⁵ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid. 1999.

de empresas⁹⁶, las cuales revisan la calidad de sus sistemas de gestión basándose en las recomendaciones y estándares del modelo EFQM.

En segundo lugar, la estructura del modelo de la EFQM es un marco de trabajo no prescriptivo, que ofrece recomendaciones sobre la base de 9 criterios: Liderazgo, Personas, Política y Estrategia, Alianzas y Recursos, Procesos, Resultados en las Personas, Resultados en los Clientes, Resultados en la Sociedad y Resultados Clave.

En tercer lugar, el modelo de la EFQM ha sido recomendado y utilizado como instrumento de evaluación desde 1999, por la mayoría de las Administraciones Públicas de este país, existiendo incluso adaptaciones específicas para su uso⁹⁷.

En cuarto lugar y centrándonos en el ámbito sanitario, el modelo de la EFQM ha sido adaptado al sector salud⁹⁸ por el equipo de investigación en el que participamos. Fruto de esta experiencia, se ha logrado traducir el lenguaje empresarial que el modelo utiliza, a un lenguaje más propicio para el sector sanitario.

En este contexto, hemos publicado un manual de autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el modelo de excelencia de la EFQM⁹⁹. Esta publicación, contempla un conjunto de estándares e indicadores sanitarios que hacen posible su aplicación tanto en hospitales como en centros de atención primaria.

El modelo EFQM adaptado por nuestro equipo de investigación ha sido utilizado con éxito en diferentes centros sanitarios de nuestro país¹⁰⁰. En el artículo antes referenciado, los autores ponen de manifiesto en sus conclusiones que el modelo adaptado es más fácil de utilizar que el modelo original ya que dispone de un lenguaje más próximo a la clínica, aunque a pesar de ello lo siguen considerado complejo.

⁹⁶ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

⁹⁷ Guía de autoevaluación para la Administración Pública. Modelo europeo de gestión de calidad. Ministerio de Administraciones Públicas. Madrid. 1999.

⁹⁸ Proyecto Financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 98/214)

⁹⁹ Autoevaluación de centros sanitarios. MSD. Madrid. 2001.

¹⁰⁰ Palacio F, Pascual I, Daniel J. Modelo europeo de excelencia. Aplicación en primaria de un modelo adaptado: resultados. Rev Calidad Asistencial 2002; 17: 87-92.

En la actualidad, independiente de su dificultad, el modelo de la EFQM, ya sea en su versión original o en su versión adaptada, está siendo utilizado de manera sistemática por numerosas instituciones sanitarias. Entre ellas, cabe destacar, las experiencias publicadas por el Servicio Vasco de Salud, que lo utiliza como base de la política de calidad en todos sus centros sanitarios^{101, 102, 103, 104, 105}.

En el resto del país, tal como hemos citado anteriormente, la utilización de este marco de trabajo, como modelo de evaluación de la calidad, es una realidad contrastada si se analiza la literatura científica^{106, 107, 108, 109}.

Con objeto de revisar la utilización y el calado de los diferentes modelos acudimos a la fuente del RECA¹¹⁰ (Anexo 6). De la mencionada referencia, se pone de manifiesto que existen innumerables experiencias de aplicación de certificados ISO (Hospital de Coslada, Empresa Pública de emergencia Sanitaria, Hospital costal de Sol Hospital Comarcal de Bidasoa, etc.), modelo EFQM (Hospital de Zumárraga, Comarcal de Bidasoa, centros sanitarios de la comunidad de Madrid, etc.) y en menor medida acreditaciones de centros por el modelo JCAHO (empresa pública hospital Costa del Sol, Centro de atención primaria de Salou, etc.).

¹⁰¹ Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial 2002; 17:64-66.

¹⁰² Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El procesote evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el modelo de la EFQM. Rev Calidad asistencial 2001; 16: 330-338.

¹⁰³ Moracho O, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruiz-Álvarez E y Salgado MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el modelo de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. Rev Calidad asistencial 2001; 16: 322-329.

¹⁰⁴ Moracho O. Gestión por procesos en el hospital de Zumárraga y modelo europeo de excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 142-150.

¹⁰⁵ Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE. De la gestión de la calidad hacia la excelencias en la gestión a través del modelo de autoevaluación de la EFQM en una red pública de centros sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 117-183.

¹⁰⁶ Garrido J, Silva MD, Oteo LA. Estudio descriptivo del nivel de desarrollo de los criterios agentes del modelo europeo para la gestión de calidad total en hospitales de la comunidad de Madrid. Rev de Calidad Asistencial 1998; 13: 144-151.

¹⁰⁷ Ramón C, Ricci C. Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el modelo Europeo de gestión de calidad total. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 151-154

¹⁰⁸ Ardevol M, Canals M, Gómez A y Llor C. El modelo EFQM como instrumento de difusión de la cultura de la calidad total en el ámbito sanitario de Atención Primaria. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 161-163.

¹⁰⁹ Jiménez J, Molina P, Grandal J, Simón J, Ruiz U, Sevilla R, Amado C, Facio A y García P. El modelo Europeo de gestión de la calidad total como sistema de gestión hospitalario; experiencia y resultados tras dos años de implantación en un hospital público. Rev Calidad Asistencial 200;15, 164-171.

¹¹⁰ Registro Español de Calidad Asistencial. Revista Española de Calidad Asistencial. 2006

Por último, y en el contexto de investigaciones propias, hemos seguido desarrollando instrumentos y experiencias que ponen de manifiesto la utilidad y la validez del modelo de la EFQM en el sector sanitario y dentro de él en el campo de la enfermería^{111, 112, 113}.

Donald Berwick¹¹⁴, considerado como uno de los autores más importante en el campo de la calidad sanitaria, ya lo publicó en 1999 en *New England*, "el modelo europeo constituye una potente herramienta para la mejora".

De toda esta discusión, se desprende que el modelo de la EFQM es un marco de trabajo oportuno y válido ya que las experiencias nacionales e internacionales de su utilización en el sector sanitario así lo avalan. De cualquiera de las formas, la literatura científica anteriormente citada pone de manifiesto las dificultades y complejidades que su utilización presenta.

El modelo original tiene una estructura compleja, dividida en nueve criterios, cinco de ellos facilitadores (Liderazgo, Personas, Política y Estrategia, Alianzas y Recursos y Procesos), y cuatro criterios de resultados (Resultados en las Personas, Resultados en los Clientes, Resultados en la Sociedad y Resultados Clave).

Los cinco criterios facilitadores se subdividen en 24 subcriterios facilitadores y los cuatro de resultados en ocho subcriterios. Finalmente, todos ellos presentan más de doscientas orientaciones y ejemplos de cómo abordar cada uno de estos subcriterios.

Esta complejidad, referida por diferentes autores es la que nos ha llevado a plantear una herramienta, que si bien conserva la estructura de criterios del modelo, se confecciona sobre la base de 53 indicadores de calidad hospitalaria.

¹¹¹ Ignacio E. Proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria. proy. 99/1031.

¹¹² Ignacio E, Cornejo MJ, López A, Martínez M, Cruzado MD, et al. Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. 2000.

¹¹³ Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J y Velasco V. Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 184-191.

¹¹⁴ Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in Health care. *N Engl J Med* 1989; 320: 53-53.

Estos indicadores que componen el modelo de calidad que proponemos, fueron contruidos utilizando una adaptación propia del formato estructurado que para la construcción de indicadores ha desarrollado la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations¹¹⁵. El artículo antes referenciado, explica que la elaboración de los indicadores clínicos, es uno de los aspectos fundamentales para que las mediciones se realicen con validez y fiabilidad. Sólo si se utiliza un formato estructurado se tendrá garantía de que el indicador queda construido de manera correcta y que éste, valora convenientemente el suceso que monitoriza. De acuerdo con estas recomendaciones y tal como explicamos en el apartado de método, se construyeron los indicadores de calidad atendiendo a la siguiente estructura¹¹⁶: Código del indicador, enunciado del indicador, criterio al que se asocia, definición y significado del indicador, cálculo y ecuación, fuentes y evidencias, estándar y naturaleza estadística.

A estas alturas de la discusión, cabe preguntarse ¿por qué estos cincuenta y tres indicadores y no otros?

En primer lugar, realizamos una revisión bibliográfica relacionada con las recomendaciones e indicaciones publicadas sobre los aspectos que deben ser monitorizados en los centros sanitarios y por otro lado, también revisamos los programas de calidad basados en conjuntos de indicadores de calidad hospitalaria.

Entre ellos, destaca la aportación realizada por Saturno¹¹⁷. En este artículo, se pone de manifiesto que los requisitos para la selección de indicadores deben ser que éstos hagan referencia a procesos clínicos y/o resultados de salud, medidos en áreas relevantes, definidos con precisión y referidos a sucesos claramente identificables, con procedimientos de ajustes para facilitar la comparación, que pongan de manifiesto aspectos relacionados con el funcionamiento de las instituciones y que se cuente con la participación de profesionales y pacientes. Es de destacar, que el conjunto de la

¹¹⁵ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control de calidad asistencial*, 1991;6:65-74.

¹¹⁶ Adaptación propia del formato de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control de calidad asistencial*, 1991; 6:65-74.

¹¹⁷ Saturno P. Qué, cómo y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 437-443

herramienta con los cincuenta y tres indicadores que presentamos cumple la totalidad de las recomendaciones anteriormente citada.

Igualmente, la ISQA¹¹⁸ publica el proceso que se debe seguir para la construcción de buenos indicadores. Esto hace referencia, a que se debe valorar la evidencia científica que justifique la importancia del indicador, valorar la facilidad de medición y la frecuencia, establecer estándares y diseñar un formato para la medición, pilotar los indicadores y simular su aplicación en los centros sanitarios. Todas estas recomendaciones han sido atendidas para la construcción del modelo que presentamos.

Los indicadores de calidad deben tener en cuenta los siguientes atributos¹¹⁹: estar orientados a la mejora de la salud, definidos y especificados con precisión, fiables, válidos, interpretables, ajustados o estratificados, que se hayan evaluados los recursos y los esfuerzos necesarios para la recolección de los datos, que sean útiles en el proceso de acreditación, que puedan ser controlados por el proveedor y que exista disponibilidad pública de los datos para su uso. Los indicadores de nuestro modelo, la mayoría están orientados a la mejora de la salud o al menos a evitar su deterioro, todos son fiables y válidos, son factibles, y están orientados claramente a procedimientos de acreditación hospitalaria. Por el contrario, aunque la mayoría de los indicadores del modelo son de fácil medición y públicos, hemos encontrado ciertos problemas con el conjunto de indicadores de mortalidad. Esta problemática ha sido abordada ampliamente en el segundo apartado de nuestra discusión en el que hacemos referencia al pilotaje de los cincuenta y tres indicadores del modelo.

Existen consideraciones técnicas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de trabajar con indicadores, ya que éstas afectan a su consistencia y claridad. Las mismas, han sido publicadas por la JCHAO¹²⁰ y hacen referencia a que el enunciado del indicador debe ser plural, que los indicadores son sucesos y que por lo tanto su enunciado no debe reflejar la palabra porcentaje, tasa, etc., los términos que se definen deben

¹¹⁸ The Internacional Society for Quality in Heatht Care. Budapest. 1998.

¹¹⁹ Atributes of core performance measures and associated evaluations criteria. En: Saturno P. Qué, cómo y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 437-443

¹²⁰ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial 1991; 6: 65-74.

hacerse en el mismo orden en el que fueron enunciados, el numerador y el denominador debe expresarse en consonancia con el enunciado, la expresión del numerador debe extraerse directamente del mismo mientras que el denominador puede diferir y que el fundamento o significado debe ir dirigido a explicar lo que el indicador debe valorar. En relación con todas estas recomendaciones, no observamos discrepancias ni incumplimiento alguno en la herramienta diseñada.

Una vez atendidas y justificadas todas las consideraciones técnicas oportunas necesarias para trabajar con este tipo de herramientas, intentaremos responder a la pregunta antes mencionada ¿Por qué se incluyen estos indicadores y no otros?

Para ello hemos revisado los indicadores de seguimiento definidos por algunos sistemas hospitalarios internacionales como son los de Maryland (Quality Indicator Project)^{121, 122}, el Australian Council¹²³ y los de la Asociación de hospitales de Michigan¹²⁴

En relación con el primero de ellos, en el artículo publicado por Kazandjian^{125, 126}, se observa que los indicadores utilizados para los hospitales Americanos, Asia y Europa hacen referencia a la mortalidad intrahospitalaria total, mortalidad perioperatoria, frecuencia de cesáreas, reingresos no programados, retornos no programados a la unidad de cuidados intensivos, reintervenciones quirúrgicas y reingresos no programados. A excepción de los retornos de unidades generales a unidades de intensivo, la concordancia entre el modelo propuesto en el Quality Indicator Project y el modelo que presentamos en la presente tesis es total.

En relación con el Australian Council y los de la Asociación de hospitales de Michigan la propuesta de indicadores hace referencia a: tasa de cesáreas, tasa de mortalidad perinatal, por infarto agudo de miocardio, mortalidad global, estancia media,

¹²¹ International Quality Indicator Project. Disponible en: <http://www.internationalqip.com/>. Visitada el 20 de Junio de 2006.

¹²² Kazandjian VA, Matthes N, Wicker K. Are performance indicators generic? The international experience of the Quality Indicator Project®. J Eval Clin Pract 2003; 9:265-76.

¹²³ <http://www.achs.org.au/>. Visitada el 20 de Junio de 2006.

¹²⁴ <http://www.hqs.org.uk/>. Visitada el 20 de Junio de 2006.

¹²⁵ Kazandjian, Vahé A. y Vallejo, Paula. La evaluación local de la calidad mediante instrumentos de medida genéricos. Gac Sanit 2004;18:225-234

¹²⁶ Kazandjian VA, Matthes N, Wicker K. Are performance indicators generic? The international experience of the Quality Indicator Project®. J Eval Clin Pract 2003; 9:265-76.

infecciones respiratorias, reacciones adversas, frecuencia de cateterización con complicaciones, frecuencia de complicaciones hemorrágicas tras intervenciones, laceración accidental durante intervención quirúrgica y frecuencia de dehiscencia en sutura. A grandes rasgo, se puede observar que la concordancia de nuestro modelo con esta propuesta es alta, aunque si bien es cierto que existen indicadores específicos que no han sido contemplados, como son el caso de frecuencia de complicaciones hemorrágicas tras intervenciones, laceración accidental durante intervención quirúrgica y frecuencia de dehiscencia en sutura.

En el año 2000 la JCAHO hizo públicos los primeros *Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales*¹²⁷, que son la base para la acreditación de centros fuera de EEUU. Al igual que en los casos anteriores, la mayoría de los indicadores que hacen referencia a la asistencia de los pacientes son coincidentes con nuestra propuesta.

Centrando nuestra discusión en sistemas de monitorización que se apliquen a hospitales Españoles hemos revisado entre otros, el popular y mediáticamente conocido Programa Top 20¹²⁸.

El Top 20, tiene como objetivo aportar una metodología de evaluación sobre el funcionamiento hospitalario, simple, comprensivo y basada en datos objetivos de seis indicadores de calidad. Estos indicadores, que se utilizan como base para la clasificación de la calidad de los hospitales, hacen referencia a la mortalidad ajustada por riesgo, complicaciones por riesgo, estancia media ajustada por casuística y severidad, índice de ocupación, tasa de sustitución, razón de atención ambulatoria y coste por unidad de producción ajustada. Este grupo de indicadores que ha sido criticado en la literatura científica^{129, 130} no por la propuesta de indicadores ni por la idea de comparar resultados hospitalarios sino por el hecho de clasificar a los hospitales en mejores o peores sin una base metodológica lo suficientemente sólida, sin tener detrás una clara estrategia de mejora de la calidad y sin ofrecer la suficiente

¹²⁷ Joint Commission International Accreditation. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2000.

¹²⁸ <http://www.iasist.com>. Visitada en Junio de 2006.

¹²⁹ García-Ellores L, Illa, C, Arias A, Casas M. Los Top 20: objetivos, ventajas y limitaciones del método. Rev Calidas Asistencial 2001; 16: 107-116

¹³⁰ Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión Rev Calidad asistencial 2004; 19:361-362

información para juzgar la bondad del propio sistema de clasificación. En palabras de Peiró (2004): "Este sistema tiene la virtud de abrir un camino cuyas claves serán la selección de indicadores de alto valor predictivo sobre la calidad, poco dramáticos y poco susceptibles de malas interpretaciones, con rigor técnico y acompañándolos de las explicaciones y precauciones necesarias para aquellos gestores o profesionales que tengan que usarlos".

Otros estudios recientes publicados en revistas españolas¹³¹, ponen de manifiesto que indicadores de calidad de las historias clínicas, calidad de la información, reingresos, estancias medias, indicadores de gastos, mortalidad, infecciones nosocomiales, lesiones por presión y suspensiones de intervenciones quirúrgica transmiten a los servicios y gestores la información que necesitan para la gestión clínica y constituyen un instrumento útil para la mejora de la calidad asistencial.

La concordancia de todas las propuestas revisadas y citadas en esta discusión con nuestro modelo de indicadores para medir la calidad, nos hace pensar que presentamos una herramienta válida, factible y operativa. Además, la inclusión de indicadores de liderazgo, de planificación estratégica, gestión de procesos, satisfacción de profesionales e impacto en la sociedad representa una propuesta novedosa que aporta nuevos enfoques a la hora de transitar por el camino de la mejora de la calidad en los hospitales.

De cualquiera de las formas, conocemos las limitaciones de este tipo de herramientas. Los indicadores no están exentos de problemas. Detectan errores pero éstos no necesariamente indican que los mismos sean debido a déficit de calidad. Además, si no son construidos con precisión, cuentan con importantes limitaciones metodológicas¹³², (relacionadas con los sistemas de clasificación de enfermedades, en la incorporación de datos, en los ajustes de riesgos y en la propia presentación de resultados) que los hacen, en algunos casos, difíciles de interpretar y en demasiados casos fáciles de malinterpretar.

¹³¹ Sainz A, Martínez JM, García F, Alonso M, Núñez A. Elaboración de un cuadro de mandos para la gestión clínica en un hospital

¹³² Saturno P. La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. Rev Calidad Asistencial 2004; 19:407-15

Según Peiró¹³³ (2004) "no se trata de desmontar los indicadores de funcionamiento, ya que estos son un instrumento importante". Necesitamos, por tanto, una apuesta más decidida por la calidad, los indicadores deben situarse en el lugar donde se presta la asistencia, donde se produce el contacto con los pacientes, donde se realizan los procesos y flujos de trabajo, en definitiva donde se obtienen los resultados de salud.

Muchos de los errores metodológicos que hemos analizados anteriormente, se resolverían si fuesen los profesionales apoyados por los equipos directivos, los que se implicaran en la mejora de los sistemas de información, los que consensuaran cuáles son los indicadores importantes para sus servicios, analizaran la información del indicador, sus sesgos, la utilidad y las oportunidades de mejora. En definitiva, incorporaran esta metodología de trabajo a su quehacer clínico habitual.

¹³³ Peiró S. Los indicadores deben bajar a las trincheras. Rev Calidad asistencial 2004; 19:361-362

Discusión sobre el pilotaje de los 53 indicadores del modelo en diferentes centros sanitarios.

Una vez debatido sobre validez, factibilidad, y utilidad del modelo propuesto para evaluar la calidad de los servicios prestados en centros hospitalarios, vamos a centrar nuestra discusión sobre los resultados obtenidos para los diferentes indicadores que componen la herramienta.

El ámbito de aplicación de nuestro trabajo de campo fue la totalidad de los hospitales andaluces, para los indicadores que coincidían exactamente con el cuadro de mando de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía¹³⁴ o para los cinco hospitales de la provincia de Cádiz, para los indicadores que no se disponían de datos, bien porque el indicador no se medía o porque los resultados no eran públicos. En este último caso, tras la solicitud de los permisos correspondientes, el trabajo de campo se realizó solicitando la información pertinente a los equipos directivos o muestreando la fuente de datos correspondiente que nos permitiera obtener los resultados de los diferentes indicadores.

Como preámbulo de esta discusión podemos decir que con carácter general, los indicadores sobre trato (SP-01), información (SP-02), confort y calidad hotelera (SP-03), estancia media (RC-01), tiempo de espera medio quirúrgico (RC-05), intervenciones programadas suspendidas (RC-06), reingresos (RC-13), coste por unidad de producción hospitalaria (RCE-26), están disponibles y son de acceso público para el conjunto de hospitales andaluces¹³⁵.

El indicador de partos por cesáreas (RC-07) para el conjunto de hospitales no es un dato publicado pero nos fue facilitado por los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. El resto de los indicadores que componen el modelo fueron obtenidos por el investigador basándose en los equipos directivos de los centros o mediante estudios de campo.

¹³⁴ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Visitada el 25 de Mayo de 2006

¹³⁵ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Visitada el 25 de Junio de 2006

Igualmente, y aunque será discutido ampliamente más adelante, los indicadores de resultados clave que hacen referencia a la mortalidad, mortalidad hospitalaria, tasa de letalidad por GDR, mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable hospitalaria, mortalidad por accidente anestésico y mortalidad materna no ha sido posible obtener los datos, a pesar de ser solicitado por escrito a los servicios centrales del Servicio Andaluz de Salud y a los hospitales de la zona. Ignoramos las causas, aunque es presumible pensar que al tratarse de datos de mucho impacto público, no consideren oportuno que esta información trascienda más allá de su propia gestión interna. De cualquiera de las formas y esto es lo importante, esos datos están disponibles para el conjunto de hospitales, pertenecen al CMBD y pueden ser utilizados de manera sencilla para la gestión y la mejora de la calidad de los mismos.

Por lo tanto, y a excepción de lo comentado en el punto anterior, no hemos tenido problemas a la hora de aplicar nuestra herramienta. Por lo tanto, los indicadores propuestos son de fácil aplicación y los resultados de los mismos pueden ser obtenidos sin grandes dificultades. Bien es verdad, que más de la mitad de los indicadores propuestos, no se miden sistemáticamente en los centros sanitarios andaluces.

A continuación, comenzaremos a discutir los resultados de los diferentes indicadores de calidad. Para ello seguiremos el mismo orden con el que fue confeccionada la herramienta y que coincide con el orden de los nueve criterios del modelo de la EFQM^{136, 137, 138}, es decir, comenzaremos con los indicadores de liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos, y finalizaremos con los de satisfacción de pacientes, profesionales, en la sociedad y clave.

CRITERIO 1. Indicadores de Liderazgo

Los líderes son las personas que coordinan y equilibran los intereses de todos aquellos que tienen interés legítimo en la organización. Los líderes, según la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (2003), son los equipos de dirección, resto de directivos o

¹³⁶ <http://www.efqm.org>. Visitada el 21 de agosto de 2006

¹³⁷ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid. 1999.

¹³⁸ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

mandos intermedios de la organización y quienes dirigen equipos o cumplen una función de liderazgo.

Entre los indicadores seleccionados para comprobar como los líderes impulsan la organización hacia la excelencia, destacamos el hecho que el indicador LI-01 relacionado con el conocimiento de los profesionales de los objetivos del hospital y de los servicios clínicos donde realizan su trabajo, no se cumple en niveles adecuados en ninguno de los centros sanitarios. Una proporción importante de profesionales manifiestan no conocer cuales son los objetivos de trabajo que deben cumplir y por tanto, difícilmente, pueden estar orientado acerca de lo que la organización espera de él. En palabras de Ayuso¹³⁹ "el líder debe crear un ambiente positivo donde el grupo conozca la misión y los objetivos y tenga depositada la confianza en el logro de las metas, ya que las características propias del líder puede generar un ambiente de competitividad en donde no exista comunicación y se genere desconfianza". Para Conger¹⁴⁰ un líder debe ser persuasivo para lograr que los profesionales a su cargo colaboren en los objetivos propuestos por la organización. Difícilmente, los líderes obtendrán los mejores resultados si los profesionales no son informados, convencidos y tenidos en cuenta a la hora de fijar objetivos.

En este mismo sentido, el indicador LI-03 referido a como los profesionales perciben el reconocimiento de los líderes a su labor, se pone de manifiesto, que más de las tres cuartas partes de los profesionales preguntados en todos los centros sanitarios refieren no sentirse reconocidos. El estándar para este indicador fue fijado en un cumplimiento mínimo del 70% y como puede apreciarse por los resultados, incluso en los casos más favorables los cumplimientos son inferiores al 30%.

Estudios publicados en la literatura científica^{141,142} relacionados con la información de los profesionales y el reconocimiento son concordantes con los datos que hemos obtenidos en nuestro estudio. En el primero de ellos, se pone de manifiesto que el

¹³⁹ Ayuso D. Habilidades directivas. En: La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Díaz de Santos. 2006

¹⁴⁰ Conger JA. The necessary art of persuasión. Harvard Bussines Review 1998; 7: 84-95.

¹⁴¹ Plaza G. Motivación y política de incentivos para médicos dedicados a la atención hospitalaria del sistema nacional de salud: opinión de un grupo de experto. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:739-744

¹⁴² Ignacio E, Córdoba JM. Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos andaluces. Todo hospital 1991; 141: 7-12

60% de los expertos consultados consideran el pago por objetivos conseguido como la mejor forma de remuneración y que una política de premios y reconocimientos podría ser lo adecuado para el 76% de los expertos que intervinieron en el estudio. Con respecto a las relaciones con los jefes, los profesionales otorgan, en las publicaciones antes referenciadas, puntuaciones inferiores a tres en una escala de cero a cinco.

El indicador LI-02, relacionado con como los profesionales refieren la capacidad de trabajo, preparación y rendimiento de sus líderes, aún observándose niveles inferiores al estándar fijado, es el indicador que mayor cumplimiento obtiene de todos los relacionados con el liderazgo. Según Ayuso¹⁴³ el líder debe poseer buenos conocimientos en su disciplina, capacidad para motivar, ser inspirador de confianza, saber comunicar y capacidad para la toma de decisiones.

Los estudios realizados en nuestro país relacionado con estos indicadores,¹⁴⁴ refieren que el estilo de dirección debería dirigirse a aumentar la delegación, promover la comunicación con los diferentes estamentos y aumentar el reconocimiento y la autonomía de los profesionales.

Para finalizar la discusión sobre el criterio de liderazgo, y haciendo referencia al modelo original de la EFQM¹⁴⁵, las organizaciones excelentes deben contar con líderes que establecen y comunican una dirección clara. Todos los líderes, sea cual sea su nivel jerárquico, deben motivar y estimular de manera continua a sus colaboradores y servir de modelo de referencia para los demás en cuanto a comportamiento y reconocimiento.

CRITERIO 2.- Indicadores de Política y estrategia

El indicador PO-01 relacionado con el conocimiento de los profesionales de la planificación estratégica del centro, en sintonía con los resultados del LI-01 relacionado con el conocimiento de los objetivos no se cumple en proporciones adecuadas en

¹⁴³ Ayuso D. Habilidades directivas. En: La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Díaz de Santos. 2006

¹⁴⁴ Carrasco G. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 649-650

¹⁴⁵ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

ninguno de los cinco hospitales estudiados. El desconocimiento por parte de los profesionales pone en evidencia el gran distanciamiento que se observa entre la gestión y planificación más propia de los directivos y el día a día asistencial en el que se centran los profesionales. Por lo tanto, el problema no radica en que no existe planificación estratégica, sino que esta no es conocida por los profesionales.

La planificación estratégica, según Finkler y Ward¹⁴⁶ es fundamental para el proceso de gestión de la organización. Con este proceso lo que se pretende es anticiparse a los futuros problemas, planteando soluciones.

Monge¹⁴⁷ realizó una revisión de la planificación estratégica en hospitales Americanos, a la pregunta si se realizaba planificación estratégica en los hospitales americanos, la respuesta fue positiva en un 26% de ellos. El resto se limita a la confección de presupuestos económicos sobre propuestas de gastos. Según el propio autor, esto representa un grave error, ya que el presupuesto debe ser la culminación de todo el proceso estratégico.

Cuando hablamos de planificación estratégica estamos haciendo referencia al estudio de la viabilidad y solvencia del hospital, eficiencia de los servicios, calidad del servicio, análisis del mercado potencial y estrategias de marketing que incluiría no solo la publicidad de la instituciones sobre sus objetivos, cartera de servicio, personal con el que cuenta, etc.

A nivel directivo, se observa un cumplimiento total del indicador PO-02 relacionado con la evaluación y revisión de la planificación estratégica. La dinámica de trabajo generada por la mayoría de los servicios de salud¹⁴⁸, basada en el establecimiento de contratos programas hace que este documento estratégico sea utilizado y revisado como instrumento de trabajo cotidiano de los directivos de los centros hospitalarios. En la fuente citada anteriormente, se pone de manifiesto las principales líneas de actuación para el periodo 2005-2008 que la Consejería de Salud contempla para la

¹⁴⁶ Finkler SA, Ward DM. Cost accounting for Health care organizations (second editions). Ed. Aspen Publisher, Inc. Gaithersburg. 1999. Maryland. USA.

¹⁴⁷ Monge P. Planificación estratégica en los hospitales de EEUU. Boletín económico de ICE nº 2742. 2002

¹⁴⁸ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp>. Visita en junio de 2006

planificación estratégica de todos los hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Éstas hacen referencia, entre otras, al compromiso con las necesidades y expectativas del ciudadano, la extensión de la gestión por proceso y de la gestión clínica, la integración de los niveles asistenciales, y la orientación a resultados de salud.

Con respecto al indicador PO-03 sobre la existencia de memoria anual en los centros hospitalarios evaluados se constata su cumplimiento al 100%.

La presentación de los datos de actividad anuales de nuestros centros sanitarios supone en la actualidad una práctica habitual^{149, 150, 151} donde la organización presenta el balance de los logros conseguidos gracias al esfuerzo en la tarea diaria y, también, de los retos que debemos marcarnos en el futuro.

CRITERIO 3.- Indicadores de Personas

Según el modelo de la EFQM¹⁵² las organizaciones excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

Los resultados de los indicadores de personas relacionados con la cualificación de los profesionales para el puesto de trabajo que ocupan (P-01), disposición de métodos para promoción, traslados y movilidad del personal (P-02), profesionales que realizan petición de cambios de servicios (P-03), profesionales que disponen de programas de formación continuada (P-04) y la evaluación del desempeño (P-05) presentan en general un alto cumplimiento en todos los hospitales.

¹⁴⁹ <http://www.hrc.es/info/memoria2004>. Visita en junio de 2006

¹⁵⁰ <http://www.hulp.es/html/hospital/Memoria>. . Visita en junio de 2006

¹⁵¹ http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/mem_actividad/. Visita en junio de 2006

¹⁵² European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

De los resultados obtenidos se pone de manifiesto que todos los centros superan los estándares fijados para los indicadores P-01, P-02, P-03 y P-04. El indicador P-05 obtiene sus mejores resultados y supera el estándar en el hospital C, en el resto de centros sanitarios aún teniendo valores altos de cumplimiento no podemos discriminar el cumplimiento del estándar.

Todos estos indicadores facilitan el conocimiento de la cualificación y la formación de los profesionales para el desempeño de sus puestos de trabajo. Según los estudios consultados realizados por Saturno¹⁵³ y Pardell¹⁵⁴, la participación de los profesionales en actividades de formación es espectacularmente alta. Un avance significativo en el tema de programas de formación continuada, ha sido la reciente regulación de sistemas homogéneos de acreditación de la formación continuada en nuestro país¹⁵⁵, a través de la comisión nacional y de las comisiones autonómicas acreditadoras de la formación continuada para profesionales sanitarios.

De cualquiera de las formas es cierto que todos los centros sanitarios disponen de programas de formación continuada en un tanto por ciento muy alto, pero tal como expone Sanz¹⁵⁶ no existen estudios definitivos que pongan de manifiesto las necesidades reales de formación y su efectividad.

CRITERIO 4.- Indicadores de Alianzas y recursos

Según la EFQM¹⁵⁷ las organizaciones excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.

¹⁵³ Saturno PJ. Training for quality management: report on nation Wide distance learning initiative for physicians in Spain. *Inte J Qual Health Care* 1999; 11: 67-71.

¹⁵⁴ Pardell H, Ramos A, Saltos E. Los médicos y la formación médica continuada. Resultados de una encuesta realizada en Cataluña. *An Med Interna* 2000; 12: 168-174.

¹⁵⁵ Castejón M. Sistema de acreditación de formación continuada de profesiones sanitarias en España. *Med. Clin.* 2004; 123: 224-229

¹⁵⁶ Sanz J. Formación continuada: encrucijada difícil. *Med Clin (Barc)* 1998; 11: 496-498.

¹⁵⁷ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

Los indicadores AR-01 y AR-02 relacionado con la existencia de inventarios de materiales y productos y gestión de residuos no presentan ningún problema en los hospitales pilotados y todos cuentan con catálogos e inventarios de los materiales que utilizan y la gestión de residuos está regulada por normativa interna.

Sin embargo, y en relación con el indicador AR-03, no es una práctica habitual la realización de estudios de coste-efectividad en ninguno de los centros estudiados.

Del informe SESPA realizado por Ribas y Portella¹⁵⁸, destacamos la importancia de disponer de una gestión coste-efectiva en los servicios sanitarios ya que esto implicaría que los recursos económicos de que dispone el sistema nacional de salud, que son muy limitados, sirvan para producir el máximo resultado posible en términos de salud.

No hay duda, haciendo referencia al estudio anteriormente citado, que la sanidad española ha mejorado en relación a su coste efectividad, pero tampoco hay ninguna duda de que el camino andado, aunque largo y en la dirección acertada, dista mucho de llegar a su fin. Para que un sistema sanitario de un país se gestione de forma coste-efectiva es necesario asegurar aspectos esenciales. Entre ello cabe destacar la optimización del catálogo de prestaciones, la práctica médica, la gestión (macro, meso y micro) y la distribución de los recursos económicos.

CRITERIO 5.- Indicadores de Procesos

Según la EFQM¹⁵⁹ las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

La gestión de procesos¹⁶⁰, como uno de los elementos nucleares de la estrategia de gestión de la Calidad Total, constituye un instrumento para visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de nuestras organizaciones. En el entorno sanitario, el término proceso puede constituirse en el aglutinador de numerosos conceptos como:

¹⁵⁸ [http: www.sespa.es/informe 2000](http://www.sespa.es/informe_2000). Visitada en agosto de 2006

¹⁵⁹ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

¹⁶⁰ Arcelay A. Gestión de procesos. Rev Calidad Asistencial 1999; 14:245-6.

protocolos, guías de práctica clínica, vías clínicas, vías críticas, cuidados estandarizados, circuitos asistenciales, diagramas matriciales, mapas de procesos, etc. En opinión de Arcelay, estaríamos hablando de propiciar la gestión eficiente de los flujos de trabajo para satisfacer las necesidades fundamentales y las expectativas de nuestros clientes; y este escenario constituye una exigencia profesional, social e incluso ética.

Un proceso se puede definir como un conjunto estructurado y completo de actividades que se desarrollan en una organización, con el objetivo de conseguir un resultado para un cliente (interno o externo) que satisfaga plenamente sus requerimientos. Un conjunto estructurado de actividades supone que, entre las entradas suministradas por un proveedor, mediante actividades intermedias se obtienen unas salidas o productos para un cliente. Entendemos por proceso, por tanto, el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido.

Un proceso se visualiza normalmente en forma de diagrama o esquema, que describe en forma gráfica el modo en que las personas desempeñan su trabajo. Estos diagramas o esquemas pueden aplicarse a cualquier secuencia de actividades que se repita y que pueda medirse, independientemente de la longitud de su ciclo o de su complejidad, aunque para que sea realmente útil debe permitir cierta sencillez y flexibilidad.

El objetivo de la asistencia sanitaria¹⁶¹ es proveer a los pacientes, en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible, de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud. Sin embargo, la práctica clínica implica la toma de decisiones y realización de prácticas no exentas de variabilidad. Para reducir esta variabilidad innecesaria, los clínicos se han preocupado por una mejor gestión de los procesos asistenciales lo que ha dado lugar a la denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE). En el artículo antes referenciado, se analizan las relaciones entre las

¹⁶¹ Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de Calidad Total y Medicina Basada en la Evidencia. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:460-463.

técnicas de gestión de la Calidad Total de reciente aplicación en el contexto sanitario y la MBE.

Los tres indicadores de procesos relacionados con la existencia de una planificación estratégica acorde con la misión, visión y objetivos (PR-01), diseño y puesta en marcha de los procesos asistenciales (PR-02) y diseño y puesta en marcha de los procesos de apoyo (PR-03) presentan resultados antagónicos. El primero de ellos es un indicador que se cumple de manera sistemática, el indicador de procesos asistenciales sólo se cumple en algunos procesos clave y el último de los indicadores no se cumple en ninguno de los centros pilotados.

Para que se considere que verdaderamente se trabaja en gestión por proceso, es necesario que sea:

Entendido.

Se considera entendido un proceso cuando todas las personas involucradas en él conocen lo siguiente:

- Cuál es el propósito del mismo, a través de la definición de la misión.
- Las fronteras del proceso, mediante las entradas y salidas.
- Quiénes son los clientes y proveedores.
- Quién es el propietario.
- Qué rendimiento está obteniendo.

Documentado.

La documentación de un proceso puede incluir:

- Los subprocesos y diagrama de flujo de los mismos.
- Nombre del propietario.
- Medidas de rendimiento de los diferentes subprocesos y fases del proceso.

Medido.

- El proceso debe ser medido de manera que se conozca su nivel de rendimiento, con respecto a las expectativas de sus clientes, de manera que se pueda actuar en su mejora.

- Debe ser un indicador claro que monitorice la calidad del proceso. Lo ideal sería una sola medida, aunque esto no suele ser posible.
- Las medidas de un proceso han de ser clasificadas en "internas del proceso", que estarán relacionadas con la eficiencia, y medidas "externas del proceso", que estarán relacionadas con la eficacia del proceso.

Si entendemos que trabajar por proceso incluye todo los aspectos antes mencionados, tenemos que reafirmarnos en el incumplimiento, al menos con carácter sistemático, de este tipo de indicadores.

CRITERIO 6.- Indicadores de Satisfacción de pacientes

Según la EFQM¹⁶² las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes.

En general, sea cual fuere el modelo de gestión que se adopte en las empresas sanitarias, es indudable que una de sus características básicas pasará por la orientación hacia el cliente, elemento común a todos los modelos de calidad total en la actualidad^{163, 164}.

Los estándares de acreditación de la Joint Commission¹⁶⁵, el modelo iberoamericano de calidad¹⁶⁶, las normas ISO 9000:2000¹⁶⁷ o el modelo EFQM¹⁶⁸ son similares a la hora de abordar la satisfacción del cliente. Todos ellos hacen referencia a la importancia de satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y todos destacan que el trato, confort, información y respeto a sus derechos son aspectos o dimensiones básicas para desencadenar la satisfacción.

¹⁶² European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

¹⁶³ Goldberg MC. A new imperative for listening to patients. JONA 1994;24: 11-22

¹⁶⁴ Mira JJ. La gestión de la calidad orientada hacia el cliente. En: Aranaz J, Vitaller J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Valencia: IVESP. Generalita Valenciana. 1999.

¹⁶⁵ Joint Comiso. Estándares de acreditación de hospitales. Barcelona: E FAD. 1997

¹⁶⁶ <http://www.fundibeq.org>. Visitada en junio de 2006.

¹⁶⁷ AENOR. ISO 9000. guía y comentarios. 3ª ed. Madrid: AENOR. 2001

¹⁶⁸ European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels. 2000. disponible en <http://www.efqm.org>. Visitada en junio de 2006.

Del análisis de los resultados obtenidos en todos los hospitales andaluces, en relación a como perciben los pacientes y familiares el trato que reciben (SP-01) se observa que la gran mayoría de ellos refiere un trato correcto y empático por parte de los profesionales que le atienden. También es cierto, que este tipo indicador lleva asociado un estándar de cumplimiento del 90 % y que existen algunos hospitales, que si bien están cercanos al mismo, no llegan a cubrirlo en su totalidad.

Las conclusiones del estudio publicado por Mira¹⁶⁹ ponen de manifiesto que las experiencias positivas de los pacientes en relación con el trato y la empatía son los aspectos más valorados por pacientes y familiares y que por lo tanto representa uno de los predictores de satisfacción más importante.

Estudios de calidad percibida realizados en hospitales de otras comunidades autónomas¹⁷⁰ ponen de manifiesto resultados óptimos en relación con el trato dado a los pacientes, destacando o reconociendo a los enfermeros/as como los más valorados, seguidos de médicos y auxiliares de enfermería. Igualmente, los datos referidos a los hospitales andaluces, están en consonancia con los encontrados en otros estudios publicados^{171, 172}.

En relación con el indicador referido a como los paciente y/o familiares perciben la información sobre su proceso, en todos los hospitales andaluces más de las tres cuartas partes de los pacientes encuestados refieren niveles de satisfacción con este aspecto. De cualquiera de las formas, sólo un hospital supera claramente el estándar establecido para este indicador y doce hospitales no lo alcanzan.

El Instituto Picker¹⁷³ lideró, hace dos años, un estudio en ocho países de la Unión Europea para dibujar el perfil del futuro paciente. Los resultados de este estudio,

¹⁶⁹ Mira JJ, Rodríguez J, Peset R, Ibarra J, Pérez-Jover V, Palazón I y LLorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calidad Asistencial 2002;17:273-83

¹⁷⁰ Carrión MI. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudo, medidas a través de encuestas. Rev Calidad asistencial 2003; 18:39-45

¹⁷¹ Santiñá M, Prat A, González M, Trilla A, Asenjo MA. Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario. Rev Calidad Asistencial 2002;17:218-223

¹⁷² Mira JJ, Aranaz J, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Ignacio E. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. Rev Gac San 2000;14: 291-293

¹⁷³ Coulter A, Magee H. The european patient of the future. Mc Graw Hill Educations. Open University Press. 2003

ponen en evidencia que los ciudadanos europeos esperan un cambio en la forma de relacionarse con el sistema sanitario de sus respectivos países y con sus profesionales. Desean participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud y, para ello, requieren mayor información.

Otra cuestión básica que influye decididamente en la calidad son los estilos de práctica de los profesionales. Dentro de estos estilos se sabe que aquel que es más participativo, que promueve al paciente para que pregunte, para que manifieste sus dudas o temores, capacitará al paciente para afrontar su proceso y conocer mejor su enfermedad¹⁷⁴.

La información que suministran los indicadores de trato y de información es sumamente importante, ya que tener estos aspectos cubiertos en los pacientes, está íntimamente relacionado, con un mejor cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas por parte de los mismos¹⁷⁵.

Estudios publicados en la literatura española¹⁷⁶ destacan que los pacientes priorizan y valoran de manera significativa, que los profesionales les hablen claro y que les informen con palabras que entiendan.

Con respecto a como los pacientes y familiares perciben el confort y la calidad hostelera (SP-03) debemos concluir que de los más de treinta hospitales revisados, el estándar de calidad sólo se cumple en tres de ellos, los cuales coinciden con ser hospitales de nueva construcción y de infraestructuras de restauración igualmente cuidadas.

Estos resultados pueden tener su explicación en que la mayoría de los centros hospitalarios de la comunidad andaluza tienen una media de más de 25 años de construcción y que por lo tanto, muchas de sus infraestructuras están obsoletas y no responden a las necesidades actuales de la población. Esta problemática sólo tendrá

¹⁷⁴ Siminoff LA, Ravdin S, Colabianchi N, Sturm CsS. Doctor-patient communications patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health expectations* 2000;3:26-36

¹⁷⁵ Dimatteo MR. Physicians characteristics influence patines adherente to medical treatment: results from the medical outcomes study. *Health Psychol* 1999;12:93-102.

¹⁷⁶ Mira JJ, Rodríguez J, Peset R, Ibarra J, Pérez-Jover V, Palazón I y LLorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:273-83

solución con la construcción paulatina de nuevos centros que sean concebidos con criterios de accesibilidad, horizontalidad, confort e infraestructuras hoteleras acordes con las características y volumen de pacientes atendidos.

Si comparamos los datos de los hospitales andaluces, con otros publicados en diferentes comunidades autónomas, podemos comprobar como estas deficiencias estructurales son comunes a muchos hospitales de la red de nacional. En el estudio realizado por Monteagudo¹⁷⁷ se puso de manifiesto que la mayor frecuencia de comentarios negativos por parte de los pacientes fueron referidos en un 23 % a deficiencias de las habitaciones.

En nuestro trabajo hemos observado que el indicador SP-04 relacionado con las quejas presentadas es bajo, oscilando entre el 2% del hospital A y el 5 % del hospital C.

Los datos que a priori pueden considerarse como muy positivos debemos analizarlo con cierta cautela. Esta fuente de información de la insatisfacción se puede considerar como un "tesoro escondido".

Es un hecho bien conocido que las reclamaciones siguen la regla descrita gráficamente como "fenómeno iceberg", en el que la parte visible no representa mas que una pequeña porción del total. Algunos autores llegan a afirmar que solamente reclaman el 4 % del total de los insatisfechos^{178, 179}.

Los motivos por los cuales los pacientes y las familias presentan pocas reclamaciones podrían estar ocasionados por la escasa tendencia de estos a exponer por escrito el problema, las dificultades estructurales para hacerlo, la desconfianza de que el procedimiento vaya a servir para algo e incluso en algunos casos, el temor a las represalias¹⁸⁰.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, las quejas y reclamaciones detectadas en los centros sanitarios estudiados están en consonancia con las descritas en la

¹⁷⁷ Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. Rev Calidad Asistencial 2003; 18:263-271

¹⁷⁸ Horovitz J. La calidad del servicio. A la conquista del cliente. Madrid: Mc Graw-Hill, 1991.

¹⁷⁹ Detrie P. Como ganar clientes. Guía práctica de la calidad total. Madrid: Paraninfo, 1994.

¹⁸⁰ Corbacho MS, García-Mata JR, Blecua MJ. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:29-34.

literatura científica. González¹⁸¹ en un estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario de Barcelona, puso de manifiesto una tasa de 1.54 por cada mil actos asistenciales en el año 2001.

Uno de los estudios revisados en relación a los principales motivos de quejas y reclamaciones¹⁸² pone de manifiesto que la lista de espera (53.8 %), pases de visita (22.3%), problemas médicos (14.2%), extravíos de historias clínicas (22.6%), son los mas frecuentes.

Otros estudios realizados entre los usuarios del hospital "Dr. Peset" de Valencia¹⁸³ relatan que las reclamaciones fueron motivadas en un 29 % por la lista de espera, un 26% por las demoras en los servicios y un 10% por el trato recibido.

En lo que respecta al segundo índice, relacionado con el tiempo de respuestas de las reclamaciones, no se observa ninguna problemática, contestándose la mayoría de ellas antes de quince días que es el tiempo máximo que la normativa exige.

La revisión de otros estudios confirma que estos datos son similares a los de otros servicios de salud. Concretamente, el porcentaje de reclamaciones resueltas en menos de 30 días en toda la red sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud¹⁸⁴ es de 85.6 % en 2001 y del 86.7 % en el 2002.

Por último, en este apartado de discusión referido a la satisfacción del paciente, vamos a referirnos al indicador SP-05 relacionado a como los pacientes perciben que se respetan sus derechos.

En general, observamos por los resultados que el porcentaje de pacientes que ven respetados sus derechos, supera en todos los casos el 50% situándose en un abanico de valores entre el 50.7 y el 91.1. Recordemos que el nivel adecuado de este indicador fue fijado en el 90%.

¹⁸¹ González M, Prat A, Matiz MC, Careño JN y Adell C. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:700-704.

¹⁸² Corbacho MS, García-Mata JR, Bleuca MJ. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:29-34.

¹⁸³ Bautista D, Tenías JM, Pérez B, Sabater A, Zanón V. Análisis de las reclamaciones de los usuarios en el hospital "Dr. Peset" de Valencia. Rev Calidad Asistencial 1996; 11: 108-112.

¹⁸⁴ González RM, Arrué B, Pérez MJ, Sánchez E. La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calidad Asistencial 2003; 18:591-597

La Ley General de Sanidad¹⁸⁵ (1986) y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario Español¹⁸⁶ tienen entre otras finalidades la regulación de todos los derechos de los pacientes.

Entre el articulado de las leyes citadas anteriormente se regulan que los pacientes tienen derechos al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, a la confidencialidad, a ser advertidos si van a ser incluidos en proyectos de investigación, a la información en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, a que se le asigne un médico, a que se le extienda certificado acreditativo de su salud, a negarse al tratamiento en ciertos supuestos, a participar en las actividades sanitarias, a que quede constancia por escrito de su proceso y recibir un Informe de Alta, a utilizar las vías de reclamaciones y sugerencias.

Las encuestas de satisfacción que viene desarrollando el Servicio Andaluz de Salud¹⁸⁷ para el conjunto de hospitales públicos andaluces y cuyos resultados están disponibles para 2004 y 2005, incluyen un bloque específico para el área de partos que está muy relacionado con los derechos de las pacientes que van a dar a luz en los hospitales. Es una novedad, que no hemos constatado en ningún otro estudio de satisfacción de estas dimensiones, que se pregunte aspectos como ¿Conoce si tiene derecho a estar acompañada durante el parto?, ¿Conoce si tiene derecho a la anestesia epidural?, ¿Conoce si su hijo/a tiene derecho a la cartilla de salud?, ¿Conoce si tiene derecho a recibir un informe de alta?

En general, y haciendo referencia a los resultados obtenidos en lo relacionado al proceso del parto, en los cinco hospitales de la provincia de Cádiz, podemos decir que las pacientes en una proporción del 88-100% indicaron un nivel de conocimiento

¹⁸⁵ Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de sanidad. BOE 29/04/1986.

¹⁸⁶ Ley 16/2003 de 28 de Mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003

¹⁸⁷ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Visitada el 25 de Julio de 2006

adecuado y niveles de satisfacción altos. Sin embargo, la valoración sobre el derecho a la epidural y sobre todo al acompañamiento en el parto son bastantes mejorables.

CRITERIO 7.- Indicadores de Satisfacción de profesionales

Según la EFQM¹⁸⁸ las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a las personas que las integran.

El absentismo se define como la ausencia al trabajo durante una jornada laboral completa del trabajador que se suponía iba a asistir, independientemente de la causa por la que se produzca. La tasa de absentismo (SPR-01) para el conjunto de profesionales oscila en nuestros resultados entre el 10 y el 17%.

En España, estudios realizados en hospitales¹⁸⁹ mostraron un promedio de bajas por trabajador año que oscila entre 2 y 8 %. Siguiendo la duración de la baja una distribución de tipo logarítmica con una moda de 1-2 días, y una mediana de 8-9 días.

La mayoría de las bajas se deben a enfermedades comunes, de un 10 a un 15% lo son por maternidad, un 10% a accidentes laborales y muy pocas son debidas a enfermedades profesionales.

El % de accidentes declarados (SPR-02) por todos los motivos y situaciones oscila en nuestros resultados entre el 2 y el 4%.

La NIOSH¹⁹⁰ estima que en los hospitales, el accidente más común es el pinchazo por la manipulación de agujas y catéteres, con un promedio de 30 accidentes por pinchazos con agujas por cada 100 camas y por año. El grupo de profesionales de enfermería es el más afectado.

Durante el año 2000 el Servicio de Salud Ocupacional -NIOSH-, citado anteriormente, registró 308 accidentes laborales. Este resultado se incrementó respecto a 1999,

¹⁸⁸ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

¹⁸⁹ <http://www.geocities.com/institutostyma/publicaciones/almenara1.doc>. Visitada en julio de 2006.

¹⁹⁰ <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/pubs-sp.html>. Visitada en julio de 2006.

principalmente por la búsqueda activa en cada servicio. Según tipo de accidente, los pinchazos fueron los más frecuentes con un 43%, y en segundo lugar las caídas de los profesionales con el 26%.

El clima organizacional comprende el grupo de características que definen a una organización y que las distingue de otras, son de permanencia relativa en el tiempo e influyen en la conducta de las personas de dicha organización. Entre las distintas acepciones de este concepto, la que ha demostrado mayor utilidad es la que utiliza como elemento fundamental las percepciones que el trabajador tiene de las estructuras y los procesos que se producen en un medio laboral¹⁹¹. La importancia de este enfoque reside en que el comportamiento de un trabajador no es una resultante de los factores organizacionales, sino que depende en buena medida de las actividades, las interacciones y otra serie de experiencias que cada miembro tenga con la empresa. Nadie duda, en la actualidad, de la importancia que tienen las personas en cualquier institución, ya sea pública o privada, para el logro y la consecución de sus objetivos. Disponer de personas motivadas y satisfechas con su trabajo y con la organización aumenta claramente su rendimiento y la calidad del servicio que prestan¹⁹². El clima organizacional o laboral es clave para el éxito de una empresa porque condiciona las actitudes y el comportamiento de sus trabajadores. Por ello, establecer mecanismos de medición periódica del clima organizacional y de diseño de acciones de mejora para corregir los aspectos que muestren peores resultados debe ser una práctica obligada para cualquier equipo de gestión¹⁹³.

El último estudio publicado relacionado con la satisfacción laboral en hospitales del país vasco, a partir del modelo de la EFQM¹⁹⁴, ha utilizado dos preguntas para establecer la valoración global de la satisfacción. La primera de ellas, cuantifica la satisfacción general en una escala de 1 a 10, y la segunda valora la calidad del servicio que los trabajadores consideran que se da al usuario en una escala que va desde muy

¹⁹¹ Gonçalves AP. Focalizando en el cliente (citado 3 Mar 2004). Disponible en: www.calidad.org/articulos/jan98/1jan98.htm

¹⁹² Salcedo JA. Control y evaluación de recursos humanos. En: Lázaro de Mercado P, Marín León I, editores. Motivación saludable: los recursos humanos en el sector de la salud. Santander: UIMP; 1998. p. 283-92.

¹⁹³ Carrasco G, Solsona F, Lledó R, Pallarés A, Humet C. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. Rev Calidad Asistencial 1999;14:649-50.

¹⁹⁴ Robles M, Dierssen T, Martínez E. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Gac Sanit. 2005; 19 (2):127-134.

satisfactoria a muy insatisfactoria. Respecto a la cuantificación de la satisfacción, se obtuvo una puntuación media de 5,95 (dx +/- 2), situándose el percentil 75 de la distribución en 7 puntos. Al analizar este aspecto por grupos profesionales, la mejor valoración la realizaron los facultativos y el personal administrativo, aumentando casi un punto la media global. Por el contrario, el personal de enfermería y los celadores son los colectivos que peor puntúan su satisfacción general en relación con su trabajo. Con relación a la valoración de la asistencia que se da a los usuarios, el 74,8% la valoraron como satisfactoria o muy satisfactoria. De nuevo en esta valoración se observan diferencias significativas al estratificar por grupo profesional oscilando la proporción de encuestados que consideran la calidad del servicio como satisfactoria/muy satisfactoria entre el 93,6% de los facultativos y el 56,7% de los celadores.

En nuestro estudio, el grado de satisfacción expresado por los profesionales con el ejercicio de su actividad profesional y adecuación de su puesto de trabajo informa que existe una proporción importante de profesionales que no está satisfecho con estos aspectos. Esta valoración negativa que puede influir en la calidad de los servicios, coincide con los estudios anteriormente citados y debería ser objeto de un análisis profundo por parte de los directivos de los centros sanitarios.

CRITERIO 8.- Indicadores de Resultados en la sociedad

Según la EFQM¹⁹⁵ las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a la sociedad.

Los dos indicadores estudiados ponen de manifiesto que los profesionales participan de manera sistemática en actos sociales y educativos y que los ciudadanos en una proporción importante están satisfechos con la imagen del hospital. A la pregunta sobre si volverían a ingresar en caso necesario o recomendarían el centro a otros ciudadanos la mayoría de las personas encuestadas en hospitales andaluces¹⁹⁶ contestan afirmativamente.

¹⁹⁵ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

¹⁹⁶ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Visitada el 25 de Agosto de 2006.

Independientemente de estos estudios de opinión, existen publicaciones recientes¹⁹⁷ donde se analizan ciertas señales de alarma en relación con la percepción de calidad en la sanidad pública.

Los datos publicados por el CIS¹⁹⁸ que hacen referencia al tipo de centro público o privado, al que acudiría el ciudadano en caso de enfermedad: mientras en 1995, un 85 % de los españoles no dudaba en ser atendido en un centro público, en años sucesivos este porcentaje baja al 65 % en el 2003 y al 60 % en 2004. Los datos del 2006 confirman la tendencia ya que el 43 % de los ciudadanos, sobre todo los más jóvenes y con mayor poder adquisitivo, prefieren ser atendido en un centro privado.

CRITERIO 9.- Indicadores de Resultados clave

Según la EFQM¹⁹⁹ las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a los elementos clave de su política y estrategia. En nuestro caso los indicadores clave de resultado se han agrupado en indicadores de accesibilidad, morbilidad, gestión, cuidados de enfermería, mortalidad y gestión económica.

Accesibilidad (6 indicadores)

Los indicadores de estancia media por GDR (RC-01), estancia media prequirúrgica (RC-02), tiempo de espera en Consulta Externa Hospitalaria (RC-03), tiempo de espera medio para cita en Consulta Externa Hospitalaria (RC-04), tiempo de espera medio Quirúrgicos (RC-05) y el de intervenciones cancelada (RC-06) son herramientas cuyo análisis podría mejorar el rendimiento del centro sanitario y su eficiencia.

La reducción de la estancia hospitalaria constituye una de las principales acciones que han sido desarrolladas para controlar el incremento del gasto sanitario en las últimas décadas. De los resultados de la estancia media ajustada por complejidad podemos observar que en todos los hospitales existen rangos que superan la media de estancia

¹⁹⁷ Aguilera L. Señal de alarma en la sanidad pública. El País. Noviembre. 2006.

¹⁹⁸ http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2620_2639/2623/e262301.html

¹⁹⁹ European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.

establecida para su índice de complejidad²⁰⁰. De cualquiera de las formas, nosotros hemos dispuesto de resultados de estancias globales ajustados por la complejidad del proceso pero pensamos que el indicador de estancia media por proceso es un valor que permitiría analizar los problemas de estancias inadecuadas de manera más precisa.

La estancia media prequirúrgica es otro indicador importante que nos orienta sobre aspectos organizativos que rodean a la calidad de la atención de los pacientes quirúrgicos. Los resultados que hemos encontrados avalan la tesis de que existen innumerables oportunidades de mejora relacionadas con la adecuación de las estancias prequirúrgicas. Es lógico afirmar, que estancias prequirúrgicas superiores a 24 horas inducen a pensar en problemas organizativos.

El tiempo de espera medio quirúrgico es otro indicador que permite conocer la capacidad de acceso que tienen los pacientes quirúrgicos a los centros sanitarios. El estándar fijado en los hospitales andaluces es de una espera máxima de 60 días. En general, la mayoría de los hospitales cumplen con el estándar o están muy próximos a él pero siguen existiendo problemas de accesibilidad en la respuesta quirúrgica en algunos centros sanitarios.

Con respecto a las intervenciones canceladas, llama la atención que existe un porcentaje nada despreciable de intervenciones programadas que son canceladas, del orden del 5 al 10%. Hemos observado que este indicador aumenta en hospitales de gran tamaño y mayor complejidad. En estudios revisados,²⁰¹ se pone de manifiesto que en el 38.09 % de las ocasiones las causas de suspensión eran previsibles. Las causas que mayores suspensiones provocan son anestésicas con un 47.6% sobre el total, seguidas de las cardiovasculares con un 38.09 % y las organizativas con el 9.52%.

Con respecto a los tiempos de esperas una vez citados los pacientes en consulta externa, la mayoría de los usuarios preguntados, sufren tiempos superiores a los 30 minutos. Este tema merecería un estudio más profundo, ya que se podría poner de manifiesto que la organización de las consultas externas en cuanto a segmentación de

²⁰⁰ <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Visitada el 25 de Agosto de 2006.

²⁰¹ Baxarias P, Rojas E, Melero A. audit.: Intervenciones suspendidas. Rev Cal Asistencial 1996; 11: 118-121.

citas es una necesidad imperiosa en los hospitales. Las esperas que en muchos casos superan varias horas no sólo producen insatisfacción y mala imagen del centro sino que ocasiona un importante daño productivo por la pérdida en horas de trabajo de los usuarios.

Del indicador RC-04 relacionado con los días que transcurre desde que un paciente solicita cita en consulta externa hasta que es atendido, no hemos podido obtener datos, ya que no está publicado en ninguna de las fuentes consultadas del servicio de salud y no ha sido factible, pilotarlo en ningún centro sanitario.

Morbilidad (4 indicadores)

- Partos por cesáreas

El aumento del número de partos por cesárea es un fenómeno generalizado y constante en todos los países desarrollados en las últimas décadas. Tampoco España se ha librado de esta tendencia. El hecho no sería relevante de no ser porque una parte importante de estas cesáreas no están justificadas médicamente y se realizan más por conveniencia de la clínica o el médico que atiende el embarazo que por un riesgo real en el desarrollo del parto por vía vaginal. Según Wolfgang Kunzel²⁰² hasta 1990 el aumento en el número de cesáreas ha propiciado una disminución paralela de la mortalidad perinatal. Pero a partir de esta fecha, la tasa de cesáreas ha seguido incrementándose, sin que se haya registrado una disminución en la mortalidad del neonato.

Como puede apreciarse de nuestros resultados, en la mayoría de los centros andaluces la tasa de cesáreas supera el 17% de, existiendo centros, que incluso pasan del 20%. La media andaluza de partos por cesáreas es de 19.25 % y el estándar del indicador fue fijado en el 17%.

Nos vamos a detener en este aspecto, por la polémica e importancia del tema. La Organización Mundial de la Salud²⁰³ considera injustificado que terminen en cesáreas

²⁰² Experto alemán en cesáreas que recientemente participó en Barcelona en un simposio internacional sobre fertilidad. 2004.

²⁰³ <http://www.who.int/es/>. Visitada en Agosto de 2006

más de un 15% de los embarazos. En España, hemos pasado del 9,7% en 1984 al 18,2% en 1998. En 2001 la tasa fue del 23%, uno de los índices más bajos de toda Europa.

De todas formas, afirma Cubero, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia²⁰⁴, que la tasa de cesáreas no es un buen indicador de la calidad sanitaria, ya que no explica el motivo por el que se decidió intervenir quirúrgicamente en el parto. Por eso, cuando se dice que se hacen demasiadas cesáreas, hay que precisar en qué centro y sobre qué población. En mujeres jóvenes sin ningún factor de riesgo y con un bebé absolutamente normal, una tasa superior al 10% es hacer demasiadas cesáreas. En cambio, en mujeres diabéticas, hipertensas o con alteraciones en el crecimiento del bebé, un índice por debajo del 40% es una temeridad.

El % señalado por la OMS²⁰⁵ se refiere a mujeres con un embarazo normal. Y por ello, Cabero sostiene que el 23% de cesáreas en el conjunto de la población española no constituye ningún exceso.

Los especialistas insisten en que no se puede establecer globalmente si el sistema sanitario de un país realiza o no demasiadas cesáreas. Habría que ir hospital por hospital viendo qué tanto por ciento de los partos que realizan terminan en una cesárea y si, por las características de la población a la que atienden, tal índice de intervenciones está justificado.

De cualquiera de las formas, resulta llamativa la gran diferencia entre el uso que hacen de esta técnica quirúrgica las clínicas privadas y los hospitales públicos. Las primeras, realizan entre un 30% y un 35% más de cesáreas que los centros públicos.

Pero, tal vez lo más alarmante sea que las clínicas privadas realizan un 25% más de cesárea que los hospitales públicos en mujeres que presentan un cuadro clínico normal y en las que, en consecuencia, la aplicación de la intervención quirúrgica debería ser muy restringida.

²⁰⁴ <http://www.sego.es/>. Visitada en Agosto de 2006.

²⁰⁵ <http://www.who.int/es/> Visitada en Septiembre de 2006.

Además, la tasa de cesáreas crece a un ritmo mayor en los centros privados que en los públicos. En los primeros, la tasa en 1988 era del 14,3% y en 1998 llegaba al 23,3%; es decir, que la tasa de cesáreas ha aumentado a razón de un 1% anual. En cambio, en los centros públicos, mientras que en 1988 el índice de cesáreas llegaba al 11,9%, en 1998 era del 17,4%, lo que supone un incremento de medio punto por año²⁰⁶.

Los especialistas tienen dificultades para explicar las causas de este incremento en el número de embarazos que terminan en cesárea. Multitud de factores influyen en este fenómeno, y muchos de ellos permanecen ocultos porque forman parte de la decisión particular que cada médico toma en el quirófano. Un motivo fundamental para este incremento es el cambio de escenario que se ha producido en los últimos 15 años. Por un lado, el impacto de la fecundación asistida hace cada vez mayor el número de embarazos gemelares. Por otro lado, el aumento de la edad en que las mujeres se quedan embarazadas. En estos momentos la edad media del primer embarazo se sitúa en 30,7 años. De hecho, el 30% de las mujeres que esperan un hijo por primera vez ya tienen más de 35 años. Y al aumentar la edad de la madre, crece también la probabilidad de que sufra ciertas patologías que hacen más probable que acabe siendo necesaria la intervención por cesárea.

Pero ante esta explicación, otros especialistas se preguntan si realmente es tan grande la diferencia entre la edad de las mujeres que acuden a los centros privados y la de las que son atendidas en un hospital público como para explicar la disparidad en el porcentaje de cesáreas de unos y otros. Los estudios realizados indican que hay otros factores: a igualdad de edad y factores de riesgo, una embarazada tiene un 36% más de probabilidades de parir por cesárea en un centro privado.

La cesárea es una intervención quirúrgica que implica ciertos riesgos importantes para la salud de las madres y de sus bebés. La infección, la hemorragia posterior a la intervención, la lesión de tejidos vecinos y el riesgo propio de la anestesia son algunas de las posibles complicaciones. De hecho, la mortalidad materna en los casos en los que se realiza una cesárea es 10 veces superior a la de los partos por vía vaginal. Y a pesar de ello la tasa de cesáreas en determinados centros es anormalmente elevada.

²⁰⁶ Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III

Los motivos por los que un médico decide realizar una cesárea son muy variados. En algunos casos, la medicina defensiva, el miedo a una denuncia, puede influir, ya que ante cualquier complicación, es más fácil justificar por qué se hizo una cesárea que por qué no se hizo. Pero otras veces, la cesárea obedece al deseo de planificar el parto y adaptarlo al horario del médico en lugar de esperar a que la dilatación siga su curso y concluya en un parto natural.

- Infecciones nosocomiales

Según la OMS²⁰⁷ la infección nosocomial es cualquier enfermedad infecciosa que afecta al paciente como consecuencia de su ingreso. Estas infecciones siguen siendo un problema relevante en los hospitales españoles, a pesar de los buenos niveles de control conseguidos y de la elevada concienciación del personal sanitario. Esto se debe a múltiples factores como la mayor frecuencia de pacientes con alta susceptibilidad a las infecciones, el aumento en la complejidad de las intervenciones realizadas y en la realización de procedimientos invasivos, y la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos.

Las infecciones nosocomiales constituyen actualmente una causa importante de morbilidad y mortalidad en nuestros centros hospitalarios. Se estima que del 5 al 15% de los pacientes que ingresan en un hospital adquieren una infección nosocomial²⁰⁸. Los resultados obtenidos por nosotros en el pilotaje del indicador coinciden con los datos referenciados anteriormente.

Este indicador dada su importancia es medido de manera sistemática en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud y está incluido como indicador de calidad de todos los sistemas de acreditación referenciados en este documento de tesis. El desarrollo de infecciones nosocomiales incide en la mortalidad, la cual es variable dependiendo del tipo de infección, pero puede ser superior al 25% en casos de bacteriemias o neumonías. Además, una infección nosocomial requiere una media de 5-10 días de hospitalización adicional, lo que supone un aumento considerable de los costes.

²⁰⁷ <http://www.who.int/es/>. Visitada en Agosto de 2006.

²⁰⁸ Proyecto EPINE. <http://mpsp.org/mpsp/epine/menu.htm>. Visitada en Agosto de 2006.

- Errores en transfusiones sanguíneas

Los errores transfusionales son altamente peligrosos, aconsejándose ser muy cuidadosos en los pasos que preceden a toda transfusión. Pese a ello, la literatura²⁰⁹ ha puesto de manifiesto errores en la identificación del paciente, de la muestra e incluso de las peticiones.

En el pilotaje del indicador no se detectó ningún caso relacionado con errores transfusionales. De cualquiera de las formas y una vez revisada la literatura científica, este indicador se da en mayor o menor proporción en los centros hospitalarios y es lógico pensar, que sólo debido a las limitaciones muestrales de nuestro estudio, es por lo que no se han detectado casos.

- Pacientes con dolor

El dolor es un fenómeno inherente a la condición humana y su manejo tiene raíces históricas profundas dentro del campo de la medicina y casi se podría decir que la ha acompañado desde sus mismos orígenes.

Hoy día se han estudiado y se conocen, las consecuencias negativas tanto para el paciente como para los servicios de salud que se derivan de una inadecuada atención del dolor. Sin embargo, nos encontramos con falta de conocimientos en su manejo, y una falta de motivación para su tratamiento por parte de un número considerable de profesionales. Del manejo inadecuado del dolor se derivan problemas como: Dolor patológico de larga duración (dolor crónico); trastornos en el funcionamiento de los sistemas cardíaco, respiratorio, digestivo, inmunológico y endocrino.

No se puede olvidar que al controlar el dolor agudo se obtienen múltiples beneficios: mejoría de la función pulmonar postoperatoria, disminución de la estancia hospitalaria, disminución de la mortalidad, atenuación de la respuesta al estrés, mejor respuesta metabólica al trauma, mantenimiento de la inmunocompetencia, movilización temprana

²⁰⁹ Martínez M, Fallas A, Contreras P. Reacciones transfusionales en el Hospital Nacional de Niños, entre abril de 1992 y abril de 1993. *Rev méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica)*, 1997;.32:17-25.

del paciente, con la consecuente disminución de la incidencia de complicaciones tromboembólicas, mayor economía del tratamiento global, etc.

Los datos que ofrece el indicador de dolor ponen de manifiesto que una cantidad considerable de pacientes, sufren dolor evitable durante su hospitalización. Estudios realizados por Cardona²¹⁰ ponen de manifiesto que aunque a todos los pacientes se les administró analgesia, más de la mitad (69.3%) sintieron dolor en el postoperatorio, esto demuestra que en muchos casos las terapias usadas no fueron exitosas en prevenir la aparición y en control del dolor. De estos resultados, surge el interrogante de por qué no son usados fármacos más eficaces como los del grupo de los opiáceos.

Un punto significativo es la uniformidad existente en la elección del analgésico, así lo corrobora el amplio uso de la Dipirona tanto en monoterapia como en terapias combinadas; lo anterior pone en manifiesto que no se tiene en cuenta la magnitud y características de la intervención quirúrgica y tampoco las particularidades de cada paciente lo que añade un factor más para explicar la ineficacia de las terapias. Estos comentarios son avalados en el estudio que sobre esos aspectos realiza Medina²¹¹.

Gestión (3 indicadores)

- Consentimiento informado

El indicador (RC-11) relacionado con la firma del consentimiento informado alcanza valores elevados en los cinco hospitales estudiados.

De cualquiera de las formas, este indicador debería ir más allá del procedimiento rutinario de entrega de un documento, más o menos afortunado, que contiene información sobre la intervención, y que es firmado por el paciente.

²¹⁰ Elkin F. Cardona Duquei Martha Lucía Castaño Gaviriaii, Aida Mairred Builes Gutiérrezii, Gustavo Andrés Castro Torresii. Manejo del dolor posquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. Rev Col Anest 2003; 31:111.

²¹¹ Valoración Enfermera del Dolor Postoperatorio. Revista Metas de Enfermería 2000; 3:10– 16

El Consentimiento informado²¹² debe entenderse como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación profesional de la salud-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de que el profesional le haya informado sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que conlleva, así como de sus posibles alternativas. Por lo tanto, en palabras de Sainz²¹³ "el Consentimiento informado no es más que el soporte documental de este proceso y trata de garantizar que la información más relevante ha sido, ofrecida por el profesional y asimilada y recibida por el paciente".

Desde un punto de vista legal, el consentimiento informado es el exponente fundamental del principio de autonomía del paciente²¹⁴. La información debe servir para que el paciente pueda tomar una decisión con pleno conocimiento de causa. Para ello, este debe descansar sobre una información comprensible, lo cual significa que esta debe acomodarse al entorno cultural de la persona.

La información, constituye un proceso de relación y por lo tanto, un proceso verbal previo, hablado, en el cual se produzca una continua interacción e intercambio de información entre el sanitario y el paciente. Es quizás en este sentido en el que se debería interpretar el término información completa y continuada que recoge la Ley General de Sanidad²¹⁵.

Además, este indicador podría explorar la calidad o los contenidos, del documento que se entrega al paciente para su firma. Según Sánchez²¹⁶ un formulario de consentimiento informado debe respetar, al menos, los siguientes criterios de información: naturaleza de la intervención (en qué consiste, qué se va a hacer), objetivo de la intervención (para qué se hace), beneficios de la intervención (qué mejoría espera obtenerse), riesgos, molestias y efectos secundarios (incluidos los de la no intervención), alternativas posibles, explicaciones del motivo que ha llevado al

²¹² García C, Cózar V, Almenara J. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 459-469

²¹³ Sainz A, Quintana O, Sánchez J. La información médica: El consentimiento informado. Fundamentos éticos y legales. Rev Calidad asistencial 1994; 2:68-71

²¹⁴ García C, Almenara J. Nuevos escenarios para el Sistema Nacional de Salud: transferencias y novedades legislativas. Med Clin (Barc) 2004; 123:61-65

²¹⁵ Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de sanidad. BOE 29/04/1986.

²¹⁶ Sánchez J. El Consentimiento informado ante el derecho: una nueva cultura. Rev Calidad Asistencial 1999; 14:138-144.

sanitario a elegir una u otra y posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee.

Más específicamente, en relación a la información sobre los riesgos, los formularios de consentimiento informado deberían contener: consecuencias seguras de la intervención, riesgos típicos, riesgos personalizados, contraindicaciones y disponibilidad explícita a ampliar la información si el paciente lo desea.

El estudio publicado por Pañella²¹⁷ pone de manifiesto las altas tasas de documentos de consentimientos informados encontrados en el hospital de Granollers. Destacando el 74.45% en procedimientos de cirugía y el 81.05 % de anestesia, datos muy en sintonía con los obtenidos en nuestras experiencias pilotos, pero es de destacar, y así se pone de manifiesto en el mismo estudio, que cuando se le pregunta al paciente si conoce la intervención que se le va a realizar o el tipo de anestesia la tasa decae hasta el 60 %. Esto pone en evidencia, el diálogo de sordo que en algunas ocasiones se establece entre el profesional y el paciente.

Cuando se pregunta por separado, al paciente y al profesional sobre la información diagnóstica que se ha dado, es llamativo comprobar que el 80% de los médicos creen que sus pacientes conocen su diagnóstico y sólo el 30% de los pacientes reconocen que sus médicos les han informado de este aspecto²¹⁸.

Otros estudios publicados en el área de Insalud²¹⁹ ponen de manifiesto que este indicador se cumplimenta de un 78% a un 89 %, estudios que vuelven a ser concordantes con nuestros resultados. Pero como hemos puesto de manifiesto en esta discusión, este indicador debería ir mucho mas allá si su objetivo es el de informar correctamente al paciente y disponer de un documento firmado que así lo acredite.

²¹⁷ Pañeda D, Padros J. El consentimiento informado en la medicina hospitalaria: del consenso conceptual a las dificultades de su práctica. Opiniones de los facultativos. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 110-113.

²¹⁸ Mingote C, Denia F, Alonso C, Palomo T. Psicoprofalaxis quirúrgica: estrategias de intervención para la prevención y reducción del estrés de los pacientes quirúrgicos. Cir Esp 1999; 62:306-315.

²¹⁹ Sáinz A, Martínez B, Octavi Q. Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultados de una encuesta telefónica realizada en 5 hospitales del Insalud. Rev Calidad Asistencial 1997; 12: 100-106

- Calidad de la Historia Clínica del paciente

El ejercicio de la medicina y de las profesiones sanitarias, tanto en la medicina institucionalizada como en la privada, está basada en la relación de los profesionales con los pacientes, de la que se derivan derechos y deberes recíprocos. El profesional sanitario para prestar una buena y adecuada asistencia tiene que respetar los derechos del paciente o cumplir con todos sus deberes, lo cual resulta muchas veces difícil dada nuestra realidad asistencial.

Dentro del contexto medicolegal y deontológico del ejercicio de las profesiones sanitarias, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de asistencia, deber de informar, etc., convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales sanitarios y/o a las instituciones públicas.

Todo lo anteriormente expuesto nos indica la gran importancia de la historia clínica desde varios puntos de vista: asistencial, ético, medicolegal. Todos los aspectos que rodean y afectan a la historia clínica no pueden ser obviados por el profesional sanitario.

La historia clínica se encuentra afectada por algunas normas jurídicas dispersas, pero no existe una norma de ámbito nacional con rango de ley que unifique y aporte las soluciones más adecuadas a todos los problemas legales que plantea, tales como: custodia, propiedad, acceso, etc.

La historia clínica puede definirse²²⁰ desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento medicolegal donde queda registrada toda la relación del personal

²²⁰ Jiménez D. La historia clínica: aspectos éticos y legales (Associació de Bioètica i Dret) 27/06/00. <http://www.ub.es/fildt/edc17.htm>. Visitada en Agosto de 2006.

sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda.

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos de la historia clínica:

a.- Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

b.- Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente. Su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

c.- Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.

d.- Médico-legal:

- Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado
- Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales
- Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes: Ley General de Sanidad, Ordenación de prestaciones sanitarias, Derechos de los Usuarios, Código Deontológico Médico, Normas Internacionales.

- Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento medicolegal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias, la historia clínica es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.
- Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.
- Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes medicolegales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc.

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

- Mala praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal
- Defecto de gestión de los servicios clínicos
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración
- Riesgo medicolegal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica.

Entre las características que debe cumplir una historia clínica están²²¹:

1.- Confidencialidad

²²¹ Criado M T, Seoane J. Aspectos medicolegales de la historia clínica, Madrid, 1999.

El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen de remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia.

El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe de una persona.

El problema medicolegal más importante que se plantea es el quebrantamiento de la intimidad y confidencialidad del paciente y los problemas vinculados a su acceso, favorecidos por el tratamiento informatizado de los datos.

2.- Seguridad

Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

3.- Disponibilidad

Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

4.- Única

La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria, siendo uno de los principios reflejados en el artículo 61 de la Ley General de Sanidad.

5.- Legible

Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

Los requisitos que debe cumplir la historia clínica son²²²:

1.- Veracidad

La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

2.- Exacta

3.- Rigor técnico de los registros

Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.

4.- Coetaneidad de registros

La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.

5.- Completa

Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases medicolegales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

²²² Aulló M; Pelayo S. Responsabilidad legal profesional: la historia clínica. Madrid, 1997.

6.- Identificación del profesional

Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.

Todo lo discutido anteriormente son aspectos que podrían ser estudiados cuando el indicador de calidad de historia clínica no muestra índices de cumplimientos adecuados. En nuestro caso, el indicador sobre calidad de la historia clínica del paciente se definió en nuestro modelo como aquellos historiales que evidenciaran la correcta cumplimentación de los siguientes registros: Anamnesis y exploración física, evolución, órdenes médicas, hojas de interconsultas, informe de exploraciones complementarias, gráficas clínicas, evolución y planificación de cuidados de enfermería, informe de alta y cualquier otro documento que el proceso asistencial requiera (Ej. Consentimiento Informado, informe de anestesia, informe de quirófano o parto, informe de anatomía patológica, etc.). Además, todos debían contener los datos de identificación del paciente, estar actualizados, con escritura legible y firmados por el profesional responsable.

En nuestro estudio se pone de manifiesto que existe una proporción considerable de historias clínicas que no cumplen con todos los criterios expuestos anteriormente y que las mismas, como documento básico para la asistencia del paciente, formación e investigación debería ser un objetivo de mejora prioritario para los profesionales de la salud.

- Reingreso hospitalario

Por los resultados obtenidos en los hospitales Andaluces del indicador RC-13 relacionado con pacientes que reingresan por la misma categoría diagnóstica sabemos que este oscila entre el 2-6%. Este dato es general, es decir, conocemos los reingresos pero no se dispone de la información de reingreso por las diferentes categorías diagnósticas. Es quizás, este segundo ajuste del indicador el que capacite a gestores y profesionales de una fuente de información importante para mejorar la gestión de los diferentes procesos.

Si revisamos la literatura científica²²³, es el indicador de reingreso ajustado por categoría diagnóstica o proceso el que permite y facilita la toma de decisiones. Un estudio reciente²²⁴ publica los datos de reingresos para los procesos de infarto de miocardio, hemorragia intracraneal no traumática y colecistectomía en los once hospitales del Servicio Vasco de Salud. Para el primero de ellos, es decir infarto agudo de miocardio, los datos de reingreso oscilan entre el 8,6% para el hospital con menos reingresos y 18.2% para el hospital que presenta mayores reingresos. Con respecto a la hemorragia intracraneal los datos oscilan entre el 3.7% y el 15.4%. Por último, el proceso de colecistectomía el hospital con menos reingresos figura en el 3.6% y el que más 6.5%. El artículo pone de manifiesto, la gran variabilidad de porcentajes de reingresos que existen en los once hospitales analizados y destaca la importancia de este indicador con instrumento para la mejora de la calidad asistencial

Cuidados de enfermería (4 indicadores)

El indicador RC-14 relacionado con los pacientes que desarrollan lesiones por presión fue pilotado en los diferentes hospitales en áreas donde este tipo de sucesos puede darse con mayor probabilidad, es decir, áreas quirúrgicas, de medicina interna y de intensivos. Los resultados obtenidos muestran una proporción importante de pacientes que desarrollan lesiones por presión, oscilando en nuestro estudio entre un 8 y un 16 %. Es de destacar, que aunque en el pilotaje del indicador se ha calculado una tasa genérica, sería conveniente el cálculo de dos subtasas que hagan referencia a pacientes con riesgos y a pacientes sin riesgos. Los estándares serían del 15 y del 5% respectivamente.

²²³ García C, Almenara J, García JJ. Tasas de reingresos en un hospital comarcal. Rev Esp Salud Pública 1988; 72: 103-110

²²⁴ Yetano J, López G, Guajardo J, Barriola MT, García M, Ladrón JM. Trescientos indicadores de calidad hospitalarios automáticos a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos. Rev Calidad Asistencial 2006; 21:207-12

Cuando se revisa la literatura científica, se pone de manifiesto que las lesiones por presión representan un problema importante en todos los sistemas sanitarios ya que ocasiona graves consecuencias socioeconómicas, aumentan las estancias hospitalarias, ocasionan mayor consumo de recurso y fundamentalmente, dan una imagen de mala calidad de las instituciones que presentan altos índices²²⁵.

La incidencia aproximada de las lesiones por presión en pacientes hospitalizados en centros sanitarios españoles se cifra en un 8 % de media²²⁶, lo que concuerda con los datos de prevalencia más bajo de los encontrados en los cinco hospitales estudiados.

El indicador RC-15 que hace referencia a los pacientes que desarrollan flebitis postcateterización se da con una frecuencia que oscila entre el 6 y el 12%, siendo el estándar fijado en < 15%. Si bien es cierto, que los datos de este indicador demuestran tendencias aceptables, también es cierto que es un indicador que puede mejorar si se actúa sobre el. Algunos estudios revisados^{227,228} demuestran que un adiestramiento correcto del personal de enfermería relacionado con las técnicas de inserción del catéter, vigilancia, asepsia y unificación de criterios mejoran considerablemente las tasas de flebitis postcateterización.

Son muchos los factores que contribuyen a la aparición de flebitis destacando la elección del catéter, el lugar de la inserción, cuidados y mantenimiento, sistemas de fijación, manejo de los equipos de infusión, etc. El correcto abordaje de estos aspectos y la utilización de escalas de clasificación de flebitis²²⁹ podrían ser los aspectos más importantes a tener en cuenta si hablamos de reducir las tasas de este indicador en los pacientes sometidos a terapias intravenosas.

²²⁵ González JM, Blanco JM, Ayuso E, Recuero E, Cantero M, Sainz E, Peláez R. Epidemiología de las úlceras por presión en un hospital de agudos. Rev Calidad Asistencial. 2003; 18 (3):173-177

²²⁶ Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias. Institutos de Salud Carlos III. Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y vasculares. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001

²²⁷ Thomas S. Terapia intravenosa. Nursing 1997; 15(3):40-43

²²⁸ Martínez JA. Cánulas intravenosas: complicaciones derivadas de su utilización y análisis de factores predisponentes. Med Clin 1994;103:89-93

²²⁹ Intravenous Nurses Society. Standard of practice. J. Intraten Nur 1988;21:535

Los datos del indicador RC-16 referidos a errores en la administración de medicamentos, tal como exponemos en el apartado de resultados, no ofrecen ningún tipo de incidencia.

Desde nuestro punto de vista, estos datos pueden que no reflejen la realidad de la situación sino más bien que el indicador no es medido de manera sistemática y que no se cuenta con registros adecuados para anotar posibles problemáticas en ninguno de los hospitales estudiados. Igualmente, al tratarse sólo de un estudio sobre una pequeña muestra, probablemente esto haya limitado las posibilidades de descubrir diferentes errores que de una u otra forma pueden ser cometidos en el manejo de fármacos.

Basta con revisar la literatura científica para observar la cantidad de trabajos publicados donde se pone de manifiesto que se comenten en torno al 10 % de errores relacionados con la medicación del paciente. La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria²³⁰ dispone de una publicación a texto completo on-line²³¹ titulada "Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento", que corroboran nuestra afirmación.

El análisis de los errores de medicación puede ayudar a los profesionales de la salud y a los gestores a identificar los medicamentos o categorías de medicamentos con los que resulta fácil cometer errores, y a introducir mejoras para impedir que ocurran o para hacer que su número disminuya.

Un interesante estudio de Ruth²³², presenta los tipos de errores más frecuentes, los factores coadyuvantes y las causas que lo ocasionaron. Tabla 43.

²³⁰ <http://www.sefh.es/>. Visitada en Julio de 2006.

²³¹ <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual2.php?id=34>. Visitada en Julio 2006.

²³² Ruth M. Kleinpell, Nursing Spectrum 2001; 2: 39

Tabla 43 Tipos de errores de medicación

Tipos	Factores coadyuvantes	Causas
Dosis extra	Distracciones	Déficit de resultados
Dosis/cantidad Inadecuada	Aumento de la carga De trabajo	Falta de seguimiento del Procedimiento/protocolo
Error por omisión	Personal Inexperimentado	Déficit de conocimientos
Error en la receta	Cambio de turno	Documentación imprecisa o Falta de documentación
Medicamento no Autorizado	Personal de agencia O temporero	Comunicación confusa
Administración Errónea	No hay farmacia Abierta las 24 horas	Trascripción imprecisa o No hecha
Técnica	Personal insuficiente	Entrada informática
Forma de Dosificación errónea	Situación de urgencia	Sistema de distribución de Los medicamentos
Preparado medicamentoso Erróneo	Cobertura cruzada	Sistema inadecuado de salvaguardias
Equivocación en el paciente	Situación del código	Escritura ilegible o poco clara
Ruta errónea	Falta de acceso Al paciente	
Momento inadecuado	Información	

Los resultados que obtenemos en nuestro estudio sobre la supervisión de medicamentos que requieren monitorización en sangre (RC-17) ha sido totalmente correcta, aunque bien es cierto, que estos datos se han recogido fundamentalmente de pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos, donde el seguimiento de los mismos es totalmente exhaustivo.

Mortalidad (6 indicadores)

Los indicadores de mortalidad incluidos en el modelo son RC-18 que hace referencia a la tasa de necropsias cuyo estándar es del 5%, RC-19 mortalidad hospitalaria, RC-20 letalidad por GDR, RC-21 mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, RC-22 mortalidad por accidente anestésico y RC-23 mortalidad maternal, tal como exponemos en el apartado de resultados, no hemos sido autorizado a investigarlos en los centros sanitarios ni hemos obtenido respuesta a la petición de estos datos en nuestro servicio de salud. Algunos de esos datos están disponibles y registrados en el CMBD de los diferentes hospitales y por lo tanto es una información conocida en los ámbitos internos de gestión hospitalario pero el conocimiento de los mismo para ser discutidos en la tesis nos ha resultado imposible.

De cualquier forma intentaremos discutir algunos aspectos fundamentales que con carácter general presentan los indicadores de mortalidad.

La mortalidad es un indicador ampliamente estudiado en la literatura científica y del cual se pueden extraer información valiosa para el proceso de mejora de la calidad en los centros hospitalarios. No obstante, la tasa de mortalidad hospitalaria global o por servicio es una tasa bruta, por lo que presenta, si no se tienen en cuenta factores como la edad, diagnóstico, gravedad, etc., serias limitaciones²³³.

Estudios recientes publicados sobre la mortalidad hospitalaria en los once hospitales del Servicio Vasco de Salud²³⁴, ponen de manifiesto la enorme variabilidad que existe sobre los datos de mortalidad incluso cuando hace referencia al mismo proceso clínico.

La mortalidad por infarto agudo de miocardio oscila entre el 5.7% en el hospital vasco que más bajo índice presenta, pasando por valores superiores en otros hospitales hasta llegar al 27.7% de mortalidad por infarto en el centro que mayor índice presenta. Esta misma variabilidad se observa en el estudio anteriormente citado para procesos como la hemorragia intracraneal no traumática y la colecistectomía.

²³³ Daley J. Mortalidad y otros datos de resultados. En: Longo DR, Bohr D, edit. Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica. Barcelona: SG editores, 1994:51-85

²³⁴ Yetano J, López G, Guajardo J, Barriola MT, García M, Ladrón JM. Trescientos indicadores de calidad hospitalarios automáticos a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos. Rev Calidad Asistencial 2006; 21:207-12

Otros estudios publicados por Peiró²³⁵, ponen de manifiesto altos índices de variabilidad en la mortalidad observada y esperada en los hospitales de la comunidad valenciana, incluso realizando ajustes por edad, sexo y comorbilidad. La mortalidad por infarto agudo de miocardio en la comunidad antes mencionada, oscila desde el 6.52 % del hospital que presenta un índice más bajo hasta el 20.96 del centro que tiene datos más elevado.

Otro indicador importante que ha sido incluido en nuestro modelo es la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable hospitalaria (MIPSE). Estudios realizados en la comunidad andaluza sobre mortalidad evitable²³⁶ ponen de manifiesto que éste se podría utilizar para mejorar la calidad desde una doble perspectiva: por un lado, la ocurrencia de estas muertes justificaría el inicio de una investigación para esclarecer por qué se ha producido y por otro lado la comparación de los índices de mortalidad evitable serviría para identificar áreas hospitalarias donde igual se preste asistencia con algunos déficit.

No obstante, la inclusión en el concepto de mortalidad evitable de enfermedades donde la actuación de la atención primaria juega un papel fundamental, ha planteado la necesidad de buscar un indicador más específico, definiéndose la MIPSE hospitalaria²³⁷ como aquellas muertes en las que su diagnóstico principal era una de las siguientes enfermedades: apendicitis aguda, colecistitis y colelitiasis, hernia abdominal o complicaciones del embarazo, parto y puerperio, en edades comprendidas entre los 5 y 65 años.

Estudios publicados por García y Almenara²³⁸ ponen de manifiesto que la tasa bruta de mortalidad por todas las causas entre edades de 5 y 65 años fue de 3.20%. La tasa específica de mortalidad encontrada en los hospitales de la provincia fue del 0.02 por

²³⁵ Peiró S, Librero J, Ordañana R. Perfiles de mortalidad hospitalaria.: ¿Una herramienta útil para la identificación de problemas potenciales de calidad. Rev Calidad Asistencial 1997;12:179-187.

²³⁶ Benavides FG, Alen M, Lain JM. Mortalidad evitable ocurrida en hospitales andaluces, 1982-1985. Med Clin 1991;96:324-7

²³⁷ De Juan S, Fernández C. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable en el hospital universitario San Carlos. Gac Sanit 1995; 9:28-33

²³⁸ García C, Almenara J, Mérida JF, García JJ, Ramos MA. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable hospitalaria en la provincia de Cádiz. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 169-172.

cada 100 altas para las causas MIPSE y de 3.59 por cada 100 altas para las causas no MIPSE. Estos datos son similares a otros estudios realizados en nuestro medio, aunque es llamativo la desigual distribución de los MIPSE en los diferentes hospitales. Este aspecto es una limitación más a este tipo de indicadores, sobre todo si se trabaja en áreas geográficas pequeñas donde el suceso se da con relativa baja frecuencia.

Tal como se señala en el artículo anteriormente reseñado, una limitación importante al estudiar la mortalidad hospitalaria a partir del CMBDH deriva de la precisión de esta fuente de información ya que si no está suficientemente garantizada podría llevar a error en la toma de decisiones. Además, de los problemas de exhaustividad, también se ha cuestionado el estudio de la mortalidad hospitalaria a través del CMBDH al no incluir este todos los predictores relevantes de la misma.

Como conclusión, a toda esta discusión relacionada con la mortalidad, pensamos que este tipo de indicadores son de suma importancia, que deben ser medidos y estudiados pero que sus resultados no dependen sólo de la calidad de la prestación sino también de las características de los pacientes, o dicho de otra forma de la probabilidad previa o riesgo que tenían los pacientes de obtener un resultado concreto. El supuesto que subyace bajo esta aproximación, y por lo tanto donde se encuentra el espacio para una toma de decisión inteligente, es que si los pacientes tratados fueran iguales, los resultados también deberían ser iguales y las posibles diferencias se deberían más allá de las esperables por el azar, a problemas de calidad. Por lo tanto, este tipo de indicador debe ser comparado si existen previamente sistemas de ajustes de riesgo. Una segunda limitación del empleo exclusivo del indicador de mortalidad intrahospitalaria es que este está influido por la estancia media. Ya que a mayor estancia en pacientes de riesgo es lógico pensar que el indicador de mortalidad será más elevado que en aquellos hospitales cuyas estancias sean más cortas.

Así mismo, el indicador de necropsia o autopsia es un magnífico índice que refleja la correlación entre el diagnóstico clínico previo y el diagnóstico definitivo a través del estudio autóptico. Este indicador ha sido incluido por la Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) como uno de los criterios de calidad para la acreditación de los hospitales americanos.

Cabot y Cols, en el Massachussets General Hospital²³⁹ revisaron 3000 autopsias que pusieron de manifiesto que el 80% de los casos en los que se había hecho el diagnóstico de pericarditis en la autopsia no se había sospechado durante la vida del enfermo. Esto mismo ocurrió en un 67% en los casos de bronconeumonía, 61% de endocarditis bacteriana y el 61% de los casos de cirrosis hepáticas.

Según el Colegio Americano de Patólogos, y como punto de partida, los siguientes criterios podrían ser útiles para la realización de la autopsia:

- Muertes en las que la autopsia pueda ayudar a explicar las complicaciones médicas existentes.
- Todas las muertes en las que la causa de muerte o el diagnóstico principal (padecimiento fundamental) no sea conocido con razonable seguridad.
- Casos en los que la autopsia pueda aportar a la familia o al público en general datos importantes.
- Muertes no esperadas o inexplicables tras procedimientos diagnósticos o terapéuticos, médicos o quirúrgicos.
- Muertes de pacientes que han participado en protocolos hospitalarios.
- Muertes aparentemente naturales no esperadas o inexplicables, no sujetas a la jurisdicción forense.
- Muertes por infecciones de alto riesgo y enfermedades contagiosas.
- Todas las muertes obstétricas.
- Todas las muertes perinatales y pediátricas.
- Muertes por enfermedad ambiental u ocupacional.
- Muertes de donantes de órganos en los que se sospeche alguna enfermedad que pueda repercutir en el receptor.
- Muertes ocurridas en las primeras 24 horas del ingreso en el hospital y/o en aquellas que pudieran estar influidas por su estancia hospitalaria.

El descenso de la petición y realización de autopsias durante las tres últimas décadas es muy evidente en la mayor parte de países. En un artículo publicado hace tiempo²⁴⁰, se señala un porcentaje del 24% de autopsias en el hospital clínico de Barcelona y, en

²³⁹ Cabot RC. Diagnostic pitfall identified during a study of three thousand autopsies. JAMA. 1912; 9: 2295-98

otra publicación más reciente de esos mismos autores y centro²⁴¹, donde se analiza la evolución durante 10 años de la Comisión de Mortalidad, se muestra cómo en dicho período de tiempo descendió del 15-20% hasta el 10% que tienen en la actualidad.

Comparar cifras globales en diferentes países es muy difícil. En EEUU, hasta 1995 había un registro oficial de autopsias, que, para 1994, era del 6%, pero dejó de publicarse por problemas económicos y no hemos encontrado otras referencias nacionales. En una serie de trabajos del *College of American Pathologists*²⁴², se analizaron 418 hospitales, con una tasa promedio del 8,3%, cifra que ascendía al 15% en los hospitales universitarios y disminuía al 7% en los no docentes.

En España no hay cifras globales oficiales, aunque ya en la encuesta realizada en 1995 por la SEAP²⁴³ para el Libro Blanco se señalaba que el 10,3% de los hospitales no hacían autopsias, y en los restantes 89,6% se efectuaban en cifras menores al 5 %.

Gestión económica (3 indicadores)

Los indicadores de desviación del presupuesto económico del centro y desviación del presupuesto del Centro por capítulo (Personal, recursos materiales) parecen que se cumplen en su totalidad, esto puede ser debido a que se tratan de partidas cerradas y centros públicos cuya legislación no permite la desviación de capítulos sin previa autorización. Los costes por paciente medio en centros sanitarios andaluces pueden cifrarse de media en 3.129,45 €.

Con respecto a la correlación entre los diferentes indicadores, se pone de manifiesto la alta correlación positiva entre los indicadores de satisfacción de profesionales y los conocimientos de estos con la planificación estratégica. Igualmente, la imagen del usuario sobre el hospital está relacionada con la información que los pacientes y

²⁴⁰ Bombí JA, Solé M, Cortés M, et al. Análisis clinicopatológico de una serie de 4.222 autopsias clínicas. *Med Clin (Barc.)* 1987; 89: 315-20.

²⁴¹ Bombí JA, Ramírez J, Solé M, et al. Clinical and autopsy correlation evaluated in a university hospital in Spain (1991-2000). *Pathology Res Pract* 2003; 199: 9-14.

²⁴² Baker PB, Zarbo RJ, Howanitz PJ. Quality assurance of autopsy fact sheet reporting, final autopsy report turnaround time, and autopsy rates. *Arch Pathol Lab Med* 1996; 120: 1003-8.

²⁴³ <http://www.seap.es/>. Visitada en Agosto de 2006.

familiares reciben. Estas correlaciones positivas coinciden con los estudios que han sido revisados y citados cuando se ha realizado la discusión de estos indicadores^{244,245}.

Por el contrario, existe una correlación negativa significativa entre los derechos de los pacientes y la planificación estratégica, entre la satisfacción profesional y las reclamaciones y entre los pacientes que refieren dolor y el confort y la calidad hostelera. Igualmente, estas afirmaciones estarían avaladas por los estudios manejados en la discusión de estos indicadores²⁴⁶.

En relación al análisis de componentes principales, se observa que la primera componente se configura principalmente con indicadores de resultados clave fácilmente percibidos como son las estancias prequirúrgica, el dolor y las lesiones por presión. La segunda componente se explica fundamentalmente por indicadores relacionados con la satisfacción de los profesionales y con su preparación. Tal como quedó dicho en el apartado de resultados entre las dos se explica más del 70% de la variabilidad del modelo.

Por último, a la hora de clasificar la calidad de los hospitales en su conjunto en base a estas dos componentes, se aprecia que hospitales pequeños y de menor complejidad obtienen puntuaciones más altas en la componente de calidad técnica percibida.

Por el contrario, se observa que en hospitales grandes, de gran complejidad y tecnología la actitud y aptitud de los profesionales es mejor valorada.

²⁴⁴ Carrasco G, Solsona F, Lledó R, Pallarés A, Humet C. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:649-50.

²⁴⁵ Robles M, Dierssen T, Martínez E. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit.* 2005; 19:127-134.

²⁴⁶ Valoración Enfermera del Dolor Postoperatorio. *Revista Metas de Enfermería* 2000; 3:10-16



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

GENERALES

1. La estructura de nueve criterios, base del modelo original de la EFQM, es un marco de trabajo oportuno y válido para abordar estrategias de calidad en los centros sanitarios ya que sobre ellos se pueden agrupar todos los elementos relacionados con la gestión de la calidad en una organización. La priorización de diferentes indicadores de calidad en torno a los nueve elementos del modelo representa una forma válida y sencilla de abordar las principales áreas a tener en cuenta para mejorar la calidad en los centros sanitarios.
2. La confección del modelo que proponemos, basado en la experiencia y conocimiento de gestores, pacientes y profesionales es una excelente forma de identificar aspectos claves en la calidad de los centros y sirve para implicar a los profesionales en este tipo de abordajes.
3. La utilización de un formato estructurado para la elaboración de los indicadores que componen el modelo es uno de los aspectos fundamentales para que las mediciones se realicen con validez y fiabilidad. Todos los indicadores propuestos están orientados a la mejora, son fácilmente interpretables, pueden ser medidos sin grandes recursos y no necesitan excesivos esfuerzos para la recolección de los datos.
4. La propuesta de indicadores clave, es decir, la mortalidad intrahospitalaria, frecuencia de cesáreas, reingresos no programados, reintervenciones quirúrgicas, reingresos, estancia media, infecciones nosocomiales, etc., concuerdan con la propuesta de indicadores de calidad que para los hospitales realizan las agencias de calidad más prestigiosas del mundo.
5. Los indicadores de calidad del modelo, sobre todos los relacionados con la calidad de las historias clínicas, calidad de la información, reingresos, estancias medias, indicadores de gastos, mortalidad, infecciones nosocomiales, lesiones por presión y suspensiones de intervenciones quirúrgica, transmiten a los

servicios y gestores la información que necesitan para la gestión clínica y deben constituirse como un instrumento útil para la mejora de la calidad asistencial.

6. La inclusión de indicadores de liderazgo, de planificación estratégica, recursos, gestión de procesos, satisfacción de profesionales e impacto en la sociedad representan una propuesta novedosa que aporta nuevos enfoques a la hora de transitar por el camino de la mejora de la calidad en los hospitales.
7. En general, podemos afirmar, que no hemos tenido problemas a la hora de aplicar nuestra herramienta. Por lo tanto, los indicadores propuestos son de fácil utilización y los resultados de los mismos pueden ser obtenidos sin grandes dificultades. Resaltar, que más de la mitad de los indicadores propuestos, no se miden sistemáticamente en los centros sanitarios de este país.

ESPECÍFICAS

1. Los resultados de los indicadores de liderazgo ponen de manifiesto cierto déficit en los estilos de dirección y supervisión ya que estos deberían dirigirse a aumentar la delegación, promover la comunicación con los diferentes estamentos y aumentar el reconocimiento y la autonomía de los profesionales.
2. Los profesionales, en general, no conocen la planificación estratégica del centro. Este desconocimiento pone en evidencia el gran distanciamiento que se observa entre la gestión y planificación más propia de los directivos y la labor asistencial del día a día en el que se centran los profesionales.
3. La presentación de los datos de actividad de los centros sanitarios, en forma de memoria anual, supone en la actualidad una práctica habitual donde la organización presenta el balance de los logros conseguidos gracias al esfuerzo en la tarea diaria y, también, de los retos que debemos marcarnos en el futuro.
4. Los datos obtenidos en los indicadores de personas relacionados con la cualificación de los profesionales para el puesto de trabajo que ocupan, disposición de métodos para promoción, traslados y movilidad del personal, profesionales que realizan petición de cambios de servicios, profesionales que disponen de programas de formación continuada y la evaluación del desempeño presentan en general un alto cumplimiento.
5. Los resultados obtenidos en los indicadores relacionados con la existencia de inventarios de materiales, productos y gestión de residuos no presentan ningún problema en los hospitales estudiados. Por el contrario, se observa un déficit importante de estudios coste-efectividad en las dinámicas de compras de tecnologías, materiales o fármacos, siendo una práctica poco habitual en los centros analizados.
6. Los resultados de los indicadores de gestión por procesos ponen de manifiesto que esta metodología de trabajo es incipiente en los hospitales, fundamentalmente la gestión en el diseño de procesos estratégicos y de apoyo.

7. Los pacientes, en general, refieren un trato correcto y empático por parte de los profesionales que le atienden y perciben una correcta información sobre su proceso. Aunque, estos aspectos deberían ser estudiados más a fondo y de manera más específica. Desde nuestra experiencia, observamos que tanto el trato, como la empatía y la información no es una característica que destaque en nuestro Sistema de Salud.
8. Al medir como perciben los pacientes y familiares el confort y la calidad hoteleras, destacamos que una proporción importante de pacientes y familiares muestran su descontento. Estos resultados pueden tener su explicación en la antigüedad y deterioro que van adquiriendo nuestros hospitales.
9. Los pacientes y familiares presentan pocas quejas, pero debemos tener cierta cautela con la interpretación de los datos de este indicador. Es un hecho bien conocido que las reclamaciones siguen la regla descrita gráficamente como fenómeno "iceberg", en el que la parte visible no representa mas que una pequeña porción del total.
10. Se detecta cierto desconocimiento en el derecho de la paciente a la anestesia epidural y sobre todo a la posibilidad de estar acompañada en el parto. En bastantes hospitales andaluces, los niveles de satisfacción con respecto a estos dos ítems son bastantes mejorables.
11. En general, los hospitales no miden de manera sistemática, aspectos relacionados con el clima organizacional y la satisfacción de los empleados.
12. Los resultados de los indicadores de impacto en la sociedad ponen de manifiesto que los profesionales participan de manera sistemática en actos sociales y educativos y que los ciudadanos en una proporción importante están satisfechos con la imagen del hospital.
13. Los indicadores de estancia media por GDR, estancia media prequirúrgica, tiempo de espera en Consulta Externa Hospitalaria, tiempo de espera medio para cita en Consulta Externa Hospitalaria, tiempo de espera medio Quirúrgicos e intervenciones canceladas muestran innumerables oportunidades de mejora.

- Una revisión profunda de este grupo de indicadores podría reducir las estancias evitables, los tiempos de espera, mejorar la accesibilidad al sistema, hacerlo más eficiente y mejorar la imagen en términos de satisfacción de pacientes y usuarios.
14. La elevada tasa de cesárea que se observa en los centros sanitarios no está justificada médicamente. Este indicador requiere estudios más específicos que muestren en el motivo por el que se decidió intervenir quirúrgicamente en el parto.
 15. Las infecciones nosocomiales constituyen actualmente una causa importante de morbilidad y mortalidad en nuestros centros hospitalarios al adquirirlas un importante número de pacientes ingresados. Estas infecciones siguen siendo un problema relevante en los hospitales, a pesar de los buenos niveles de control conseguidos y de la elevada concienciación del personal sanitario.
 16. Un elevado porcentaje de pacientes quirúrgicos sufren dolor evitable durante su hospitalización lo que pone de manifiesto que en muchos casos las terapias usadas no fueron exitosas en prevenir su aparición y en su control.
 17. Los pacientes en general, firman el consentimiento informado en las pruebas o intervenciones donde es requerido legalmente. Pero es necesario hacer un esfuerzo en explorar los contenidos del documento, la información que se suministra y el grado de entendimiento que el paciente adquiere.
 18. La calidad de las historias clínicas debe ser mejorada ya que representa el soporte asistencial y es la base de cualquier decisión clínica sobre el paciente.
 19. Los reingresos deberían ser estudiados fundamentalmente ajustado por categoría diagnóstica o proceso. Esta información podría ser valiosa para mejorar los flujos de trabajos y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
 20. El desarrollo de lesiones por presión representa un problema importante ocasionando graves consecuencias, ya que aumentan las estancias

hospitalarias, ocasionan mayor consumo de recursos y fundamentalmente, dan una imagen de mala calidad de las instituciones que presentan altos índices.

21. La incidencia de flebitis postcateterización se podría mejorar considerablemente, incorporando medidas como un adiestramiento correcto del personal de enfermería relacionado con las técnicas de inserción del catéter, vigilancia, asepsia y unificación de criterios.
22. En nuestro estudio no se detectaron errores en la administración de medicamentos, aunque es sabido que existen altos porcentajes de pacientes que sufren errores en el proceso del medicamento. El análisis de los errores de medicación puede ayudar a los profesionales de la salud y a los gestores a identificar los medicamentos o categorías de medicamentos con los que resulta fácil cometer errores, y a introducir mejoras para impedir que ocurran, o al menos, para reducirlo.
23. Los indicadores de resultados clave que hacen referencia a la mortalidad, mortalidad hospitalaria, tasa de letalidad por GDR, mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable hospitalaria, mortalidad por accidente anestésico y mortalidad materna no han sido posible obtener los datos. De cualquier forma, esos datos están disponibles para el conjunto de hospitales, pertenecen al CMBD y deberían ser utilizados de manera exhaustiva para la gestión y la mejora de la calidad de los mismos.
24. Los indicadores de desviación del presupuesto económico del centro y desviación del presupuesto del Centro por capítulo (Personal, recursos materiales) parecen que se cumplen en su totalidad, al tratarse de centros públicos con capítulos cerrados no ofrecen demasiado valor. De cualquiera de las formas, la investigación en costes por proceso podría ser una variante a este tipo de indicadores que permitiría comparar la eficiencia de los diferentes centros sanitarios.
25. Se pone de manifiesto la alta correlación positiva entre los indicadores de satisfacción de profesionales y los conocimientos de estos de la planificación estratégica.

26. La imagen del usuario sobre el hospital está relacionada con la información que los pacientes y familiares reciben.

27. En relación con el desarrollo de índices complejos se observa que la primera componente (calidad técnica percibida) se configura principalmente con indicadores de resultados clave fácilmente percibidos por usuarios y profesionales. La segunda componente (actitud y aptitud de los profesionales) se explica fundamentalmente por indicadores relacionados con la satisfacción de los profesionales y con su preparación. Los hospitales pequeños y de menor complejidad obtienen puntuaciones más altas en la componente de calidad técnica percibida. Por el contrario, se observa que en hospitales grandes, de gran complejidad y alta tecnología la actitud y aptitud de los profesionales es mejor valorada.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. AENOR. ISO 9000. guía y comentarios. 3ª ed. Madrid: AENOR. 2001
2. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias. Institutos de Salud Carlos III. Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y vasculares. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001
3. AIM Accreditation Program (Part 1): Get the Facts. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.
4. AIM Accreditation Program (Part 2): Get Ready. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.
5. AIM Accreditation Program (Part 3): Do the Self-Assessment. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.
6. AIM Accreditation Program (Part 4): Plan and Have the Survey. Ottawa-Ontario (Canada): CCHSA, 2000.
7. Aguilera L. Señal de alarma en la sanidad pública. El País. Noviembre. 2006.
8. Almenara, J. Estudio demográfico de la morbilidad. Medidas de frecuencia de una enfermedad. Documento inédito, Cádiz. 2002.
9. Almenara, J. Salinas, H. García, C. González, J.L. Peralta JL. Lagares, C. "Índices multivariantes de gestión para el Hospital Clínico de la Universidad de Chile". Revista de Administración Sanitaria siglo XXI 2006; 4:155-167.
10. Almenara J, González JL, García C y Peña P.: ¿Qué es el análisis de componentes principales? Sección Notas de Metodología y Estadística. JANO. Educación Médica Continuada en Atención Primaria 1998; 55:18-24.
11. Almenara J, García C, González JL y Abellán MJ. Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales. Construction of hospital management indices using principal component analysis. Salud Pública de México 2002; 44: 533-540.
12. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J y Velasco V. Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 184-191.
13. Arcelay A, Sánchez E, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J et al. Self-assessment of all the health centres of a public service through the European Model of Total Quality Management. Inter. J Health Care Quality Assurance 1999; 12:54-58.
14. Arcelay A. Gestión de procesos. Rev Calidad Asistencial 1999; 14:245-6.

15. Ardevol M, Canals M, Gómez A y Llor C. El modelo EFQM como instrumento de difusión de la cultura de la calidad total en el ámbito sanitario de Atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 161-163.
16. Attributes of core performance measures and associated evaluations criteria. En: Saturno P. Qué, cómo y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 437-443
17. Aulló Chaves M; Pelayo Pardos S. Responsabilidad legal profesional: la historia clínica. Madrid, 1997.
18. Autoevaluación de centros sanitarios. MSD. Madrid. 2001
19. Ayuso D. Habilidades directivas. En: La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Díaz de Santos. 2006
20. Baker PB, Zarbo RJ, Howanitz PJ. Quality assurance of autopsy fact sheet reporting, final autopsy report turnaround time, and autopsy rates. *Arch Pathol Lab Med* 1996; 120: 1003-8.
21. Bautista D, Tenías JM, Pérez B, Sabater A, Zanón V. Análisis de las reclamaciones de los usuarios en el hospital "Dr. Peset" de Valencia. *Rev Calidad Asistencial* 1996; 11: 108-112.
22. Baxarias P, Rojas E, Melero A. audit.: Intervenciones suspendidas. *Rev Cal Asistencial* 1996; 11: 118-121.
23. Benavides FG, Alen M, Lain JM. Mortalidad evitable ocurrida en hospitales andaluces, 1982-1985. *Med Clin* 1991;96:324-7
24. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in Health care. *N Engl J Med* 1989; 320: 53-53.
25. Bombí JA, Ramírez J, Solé M, et al. Clinical and autopsy correlation evaluated in a university hospital in Spain (1991-2000). *Pathology Res Pract* 2003; 199: 9-14.
26. Bombí JA, Solé M, Cortés M, et al. Análisis clinicopatológico de una serie de 4.222 autopsias clínicas. *Med Clin (Barc.)* 1987; 89: 315-20.
27. Cabot RC. Diagnostic pitfall identified during a study of three thousand autopsies. *JAMA* 1912; 9: 2295-98
28. Caminando hacia la excelencia. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
29. Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 27 de marzo de 2000. www.americas.health.sector-reform.org/spanish/canpres.pdf. Visitada el 15 de Marzo de 2005.

30. Canadian Council on Health Services accreditation (CCHSA). Standards for Acute Care Organizations: A client-centered approach, 1995.
31. Carrasco A, González E. Manual práctico de acreditación de hospitales. Médica europea. 1993.
32. Carrasco G, Solsona F, Lledó R, Pallarés A, Humet C. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. Rev Calidad Asistencial 1999;14:649-50.
33. Carrasco G. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 649-650
34. Carrión MI. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudo, medidas a través de encuestas. Rev Calidad asistencial 2003; 18:39-45
35. Castejón M. Sistema de acreditación de formación continuada de profesiones sanitarias en España. Med. Clin. 2004; 123: 224-229
36. Conger JA. The necessary art of persuasion. Harvard Bussines Review 1998; 7;3: 84-95.
37. Conseil Canadien d`agrément des établissements de santé. Hôpitaux de soins de courte durée. Ottawa, 1990.
38. Corbacho MS, García-Mata JR, Blecua MJ. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:29-34.
39. Corbacho MS, García-Mata JR, Blecua MJ. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:29-34.
40. Coulter A, Magee H. The european patient of the future. Mc Graw Hill Educations. Open University Press. 2003
41. Criado M^a T; Seoane J. Aspectos medicolegales de la historia clínica, Madrid, 1999.
42. Daley J. Mortalidad y otros datos de resultados. En: Longo DR, Bohr D, edit. Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica. Barcelona: SG editores, 1994:51-85
43. De Juan S, Fernández C. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable en el hospital universitario San Carlos. Gac Sanit 1995; 9:28-33
44. Detrie P. Como ganar clientes. Guía práctica de la calidad total. Madrid: Paraninfo, 1994.

45. Dimatteo MR. Physicians characteristics influence patines adherente to medical treatment: results from the medical outcomes study. *Health Psychol* 1999;12:93-102.
46. ELANDT-JOHNSON R.C. (1975) "Definition of Rates: Some remarks on their use and misuse". *Am. J. Epidemiol.* 102:276-271.
47. Elkin F. Cardona Duquei Martha Lucía Castaño Gaviraii, Aida Maired Builes Gutiérrezii, Gustavo Andrés Castro Torresii. Manejo del dolor posquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. *Rev Col Anest* 2003; 31:111.
48. Estándares de Acreditación de hospitales. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. 1997.
49. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid. 1999.
50. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.
51. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. Versión para grandes empresas y unidades de negocio u operativas. 2003.
52. European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels. 2000. disponible en <http://www.efqm.org>. Visitada en junio de 2006
53. Finkler SA, Ward DM. Cost accounting for Health care organizations (second editions). Ed. Aspen Publisher, Inc. Gaithersburg. 1999. Maryland. USA.
54. García C, Almenara J. Nuevos escenarios para el Sistema Nacional de Salud: transferencias y novedades legislativas. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:61-65
55. García C, Cózar V, Almenara J. *Rev Esp Salud Pública.* 2004; 78: 459-469
56. García C, Almenara J, García JJ. Tasas de reingresos en un hospital comarcal. *Rev Esp Salud Pública* 1988; 72: 103-110
57. García C, Almenara J. Mérida JF, García JJ, Ramos MA. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable hospitalaria en la provincia de Cádiz. *Rev Cal Asistencial* 2001; 16: 169-172.
58. García-Elores L, Illa, C, Arias A, Casas M. Los Top 20: objetivos, ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 107-116
59. Garrido J, Silva MD, Oteo LA. Estudio descriptivo del nivel de desarrollo de los criterios agentes del modelo europeo para la gestión de calidad total en

- hospitales de la comunidad de Madrid. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 144-151.
60. Goldberg MC. A new imperative for listening to patients. JONA. 1994;24: 11-22
61. Gonçalves AP. Focalizando en el cliente (citado 3 Mar 2004). Disponible en: www.calidad.org/articles/jan98/1jan98.htm
62. González B. Análisis Multivariante. Aplicación al ámbito sanitario. Barcelona: SE Editores, S.A. 1991.
63. González JM, Blanco JM, Ayuso E, Recuero E, Cantero M, Sainz E, Peláez R. Epidemiología de las úlceras por presión en un hospital de agudos. Rev Calidad Asistencial 2003; 18 (3):173-177
64. González M. Prat A, Matiz MC, Careño JN y Adell C. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:700-704.
65. González RM, Arrué B, Pérez MJ, Sánchez E. La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calidad Asistencial 2003; 18:591-597
66. Guía de autoevaluación para la Administración Pública. Modelo Europeo de gestión de calidad. Ministerio de Administraciones Públicas. Madrid. 1999.
67. Horovitz J. La calidad del servicio. A la conquista del cliente. Madrid: Mc Graw-Hill, 1991.
68. http://www.sespa.es/informe_2000. Visitada en agosto de 2006
69. <http://www.achs.org.au/>. Visitada el 20 de Junio de 2006
70. <http://www.aenor.es> . Visitado el 31 de agosto de 2005
71. <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/pubs-sp.html>. Visitada en julio de 2006
72. <http://www.clubcalidad.es>. Visitada el 27 de agosto de 2004
73. <http://www.clubexcelencia.org/>. Visitada Abril 2005
74. <http://www.clubexcelencia.org/>. Visitada Abril 2005
75. <http://www.cis.es/cis/opencms/>. Visitada Octubre 2006
76. <http://www.efqm.org>. Visitada el 21 de agosto de 2005
77. <http://www.fundibeq.org>. Visitada en junio de 2006
78. <http://www.geocities.com/institutostyma/publicaciones/almenara1.doc>. Visitada en julio de 2006
79. <http://www.hqs.org.uk/>. Visitada el 20 de Junio de 2006
80. <http://www.hrc.es/info/memoria2004>. Visita en junio de 2006
81. <http://www.hulp.es/html/hospital/Memoria>. . Visita en junio de 2006
82. <http://www.iasist.com>. Visitada en Junio de 2006

83. <http://www.igsap.map.es>. Visitada el 10 de Abril de 2006
84. <http://www.iso.org>. Visitada el 10 de Abril de 2006
85. <http://www.isqua.org.au/>. Visitada el 26 de Abril de 2006
86. <http://www.jointcommission.org/>. Visitada el 4 de abril de 2006
87. <http://www.jointcommission.org/>. Visitada el 4 de abril de 2006
88. <http://www.jointcommission.org/>. Visitada el 4 de abril de 2006
89. <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>. Visitada el 5 de Abril de 2006
90. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>. Visitada el 25 de Agosto de 2006
91. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/mem_actividad/. Visita en junio de 2006
92. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp>. Visita en junio de 2006
93. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/>. Visitada el 5 de Abril de 2006
94. <http://www.msc.es/>. Visitada Junio 2006.
95. <http://www.seap.es/>. Visitada en Agosto de 2006
96. <http://www.sefh.es/>. Visitada en Julio de 2006
97. <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual2.php?id=34>. Visitada en Julio 2006
98. <http://www.sego.es/>. Visitada en Agosto de 2006
99. <http://www.who.int/es/> Visitada en Agosto de 2006
100. <http://www.who.int/es/>. Visitada en Agosto de 2006
101. <http://www.who.int/es/>. Visitada en Agosto de 2006
102. Ignacio E, Córdoba JM. Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos andaluces. *Todo hospital* 1991; 141: 7-12
103. Ignacio E, Cornejo MJ, López A, Martínez M, Cruzado MD, et al. Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. 2000.
104. Ignacio E, Rodríguez MJ, López A, Martínez M, Cruzado MD, Ramos G, et al Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. 2000.
105. Ignacio E. Rodríguez MJ. Estándares de Calidad para la Acreditación de los Estudios de Enfermería. Universidad de Cádiz. UCUA. 2005.

106. Informe UNE 66924 IN. Sistema de gestión de la calidad: directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias. Madrid: AENOR, 2002
107. International Quality Indicator Project. Disponible en: <http://www.internationalqip.com/>. Visitada el 20 de Junio de 2006.
108. Intravenous Nurses Society. Standard of practice. J. Intraten Nur 1988;21:535
109. ISO. What is ISO? <http://www.iso.org> . Visitado el 31 de agosto de 2005.
110. JCIA – FAD. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Barcelona: Viena Serveis, 2001.
111. Jiménez D. La historia clínica: aspectos éticos y legales (Associació de Bioètica i Dret) 27/06/00. <http://www.ub.es/fildt/edc17.htm>. Visitada en Agosto de 2006.
112. Jiménez J, Molina P, Grandal J, Simón J, Ruiz U, Sevilla R, Amado C, Facio A y García P. El modelo Europeo de gestión de la calidad total como sistema de gestión hospitalario; experiencia y resultados tras dos años de implantación en un hospital público. Rev Calidad Asistencial 2005;15, 164-171.
113. Jiménez R E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30:100-105.
114. Joint Commission International Accreditation. Estándares de acreditación de hospitales. Barcelona: E FAD. 1997.
115. Joint Commission International Accreditation. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2000.
116. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial, 1991; 6:65-74.
117. Jolliffe, IT. : Principal Component Analysis. Second Edition. Springer-Verlag. New York, 2002.
118. Kazandjian VA, Matthes N, Wicker K. Are performance indicators generic? The international experience of the Quality Indicator Project®. J Eval Clin Pract 2003;9:265-76.
119. Kazandjian, Vahé A. y Vallejo, Paula. La evaluación local de la calidad mediante instrumentos de medida genéricos. Gac Sanit 2004;18: 225-234.
120. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de sanidad. BOE 29/04/1986.
121. Ley 16/2003 de 28 de Mayo, cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003
122. Llodrá Ortolá V, Morey Riera MA, Perelló Roselló X, Vaquer Sunyer X, Ricci Voltas C. Calidad: acreditación de un servicio de farmacia según las normas ISO 9002.

- Experiencia en la Fundación Hospital de Manacor. *Revista de Administración Sanitaria* 2001; 19:481-500
123. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J. Autoevaluación de Centros Sanitarios. Madrid: MSD, 2000.
124. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Ignacio E, Mira JJ, Palacio F, Vitaller J. An adaptation of the EFQM model to the Spanish health care setting. 16 th International Conference on Quality in Health Care. Melbourne, Australia, Octubre 1999.
125. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira J, Palacios F, Ignacio E, et al. Autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el modelo de excelencia EFQM. MSD, 2001.
126. Lorenzo S, ed. Modelo Europeo de Excelencia (EFQM) (Monográfico). *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15.
127. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de Calidad Total y Medicina Basada en la Evidencia. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:460-463.
128. Maderuelo Fernández JA. Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. *Medi Fam* 2002; 12:631-640.
129. Martínez JA. Cánulas intravenosas: complicaciones derivadas de su utilización y análisis de factores predisponentes. *Med Clin* 1994;103:89-93
130. MARTINEZ, Martina, FALLAS, Ana Virginia, CONTRERAS, Patricia *et al.* Reacciones transfusionales en el Hospital Nacional de Niños, entre abril de 1992 y abril de 1993. *Rev méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica)*, 1997; 32: 17-25.
131. Memoria Q Oro. Servicio Vasco de Salud. Organización Central. Agosto. 2003.
132. Mingote C, Denia F, Alonso C, Palomo T. Psicoprofilaxis quirúrgica: estrategias de intervención para la prevención y reducción del estrés de los pacientes quirúrgicos. *Cir Esp* 1999; 62:306-315.
133. Minimum Standard for Hospital, Colegio Americano de Cirujanos, EEUU, 1917
134. Mira JJ, Aranaz J, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Ignacio E. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Rev Gac San* 2000;14: 291-293
135. Mira JJ, et al. La aplicación del modelo europeo de gestión para la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 92-97.
136. Mira JJ, Rodríguez J, Peset R, Ibarra J, Pérez-Jover V, Palazón I y LLorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:273-83

137. Mira JJ. La gestión de la calidad orientada hacia el cliente. En: Aranaz J, Vitaller J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Valencia: IVESP. Generalita Valenciana. 1999
138. Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de Calidad. EFQM. 2003.
139. Modelo europeo de gestión de calidad total para pymes. Documento de solicitud del Premio Europeo de la Calidad. Club Gestión de Calidad, Madrid 1997.
140. Mompart M, Duran M. Sistemas Sanitarios: conceptos y tipos. En: Administración y gestión. Ediciones DAE. Madrid. 2001
141. Monge P. Planificación estratégica en los hospitales de EEUU. Boletín económico de ICE nº 2742. 2002
142. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. Rev Calidad Asistencial 2003; 18:263-271
143. Moracho O et al. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 322-329.
144. Moracho O, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruiz-Álvarez E y Salgado MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el modelo de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. Rev Calidad asistencial 2001; 16: 322-329.
145. Moracho O. Gestión por procesos en el hospital de Zumárraga y modelo europeo de excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 142-150.
146. Naylor G. Using the Business Excellence Model to develop a strategy for a health care organization. International Journal of Health Care Quality Assurance 1999; 5: 37-44
147. Norma española UNE-EN-ISO 9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario. Madrid: AENOR, 2001.
148. Norma española UNE-EN-ISO 9004:2000. Sistemas de gestión de la calidad: directrices para la mejora del desempeño. Madrid: AENOR, 2001.
149. Oteo Ochoa LA, Silva Sánchez D, Garrido Casas J, Pereira Candel J. Desarrollo de los criterios del modelo europeo de gestión de calidad en hospitales públicos. Gestión Hospitalaria 2000; 11:127-143.
150. Palacio F, Pascual I, Daniel J. Modelo europeo de excelencia. Aplicación en primaria de un modelo adaptado: resultados. Rev Calidad Asistencial 2002; 17: 87-92.

151. Pañeda D, Padros J. El consentimiento informado en la medicina hospitalaria: del consenso conceptual a las dificultades de su práctica. Opiniones de los facultativos. Rev Calidad Asistencial. 1999; 14: 110-113.
152. Pardell H, Ramos A, Saltos E. Los médicos y la formación médica continuada. Resultados de una encuesta realizada en Cataluña. An Med Interna 2000; 12: 168-174.
153. Peiró S, Librero J, Ordañana R. Perfiles de mortalidad hospitalaria.: ¿Una herramienta útil para la identificación de problemas potenciales de calidad? Rev Calidad Asistencial 1997; 12:179-187.
154. Peiró S. Los indicadores deben bajar a las trincheras. Rev Calidad asistencial 2004; 19:361-362
155. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. Rev Calidad asistencial 2004; 19:361-362
156. Planes A. Métodos de detección de problemas. En Marquet R. Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud. Monografías clínicas en atención Primaria. Doyma. Barcelona. 1993.
157. Plaza G. Motivación y política de incentivos para médicos dedicados a la atención hospitalaria del sistema nacional de salud: opinión de un grupo de experto. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:739-744
158. Programa de Acreditación de Centros. Manual de estándares. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Junta de Andalucía. 2002
159. Proyecto EPINE. <http://mpsp.org/mpsp/epine/menu.htm>. Visitada en Agosto de 2006.
160. Proyecto Financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 98/214)
161. Ramón C, Ricci C. Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el modelo Europeo de gestión de calidad total. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 151-154
162. Registro RECAS. Revista de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Septiembre. 2005.
163. Robles M, Dierssen T, Martínez E. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Gac Sanit 2005; 19:127-134.
164. Ruth M. Kleinpell, Nursing Spectrum, Febrero 2001; 2: 39

165. Sáinz A, Martínez B, Octavi Q. Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultados de una encuesta telefónica realizada en 5 hospitales del Insalud. *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12: 100-106
166. Sainz A, Martínez JM, García F, Alonso M, Núñez A. Elaboración de un cuadro de mandos para la gestión clínica en un hospital. *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12: 115-120
167. Sáinz A, Quintana O, Sánchez J. La información médica: El consentimiento informado. *Fundamentos éticos y legales. Rev Calidad asistencial* 1994; 2:68-71
168. Salcedo JA. Control y evaluación de recursos humanos. En: Lázaro de Mercado P, Marín León I, editores. *Motivación saludable: los recursos humanos en el sector de la salud*. Santander: UIMP; 1998. p. 283-92.
169. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE. De la gestión de la calidad hacia la excelencias en la gestión a través del modelo de autoevaluación de la EFQM en una red pública de centros sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2000; 15: 117-183.
170. Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:64-66.
171. Sánchez J. El Consentimiento informado ante el derecho: una nueva cultura. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:138-144.
172. Santiñá M, Prat A, González M, Trilla A, Asenjo MA. Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:218-223
173. Sanz J. Formación continuada: encrucijada difícil. *Med Clin (Barc)* 1998; 11: 496-498.
174. Saturno P. La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19:407-15
175. Saturno P. Qué, cómo y cuando monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13: 437-443
176. Saturno PJ. Training for quality management: report on nation Wide distance learning initiative for physicians in Spain. *Inte J Qual Health Care* 1999; 11: 67-71.
177. Selvin, S. *Statistical Analysis of Epidemiologic Data*. 1996. New York, Oxford University Press. pp. 4-7.

178. Siminoff LA, Ravdin S, Colabianchi N, Sturm CsS. Doctor-patient communications patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health expectations* 2000;3:26-36
179. Software SPSS con licencia de la Universidad de Cádiz.
180. Tapia, JA. (1994) "Incidencia: concepto, terminología y análisis dimensional". *Med Clin*, 103:140-142.
181. Tejedor Pachón F. El Modelo ISO 9000 en el Sector Sanitario. En: Pérez Lázaro JJ, Silió Villamil F. Evaluación externa y acreditación de Servicios Sanitarios. Serie Documentos Técnicos nº 17. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001. (Edición electrónica en formato CD).
182. The International Society for Quality in Health Care. Budapest. 1998.
183. Thomas S. Terapia intravenosa. *Nursing* 1997; 15:40-43
184. Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el Modelo de Excelencia de la EFQM. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 330-338.
185. Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El procesote evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el modelo de la EFQM. *Rev Calidad asistencial* 2001; 16: 330-338.
186. Valoración Enfermera del Dolor Postoperatorio. *Revista Metas de Enfermería*. 2000; 3:10-16
187. www.fadq.org/. Visitada el 10 de Abril de 2006
188. www.hc-sc.gc.ca/english/. Visitada el 15 de Marzo de 2005.
189. www.hqs.org.uk (Visitada el 8 de abril de 2006)
190. www.hqs.org.uk .Visitada el 8 de abril de 2006
191. www.kingsfund.org.uk (Visitada el 4 de abril de 2006)
192. www.kingsfund.org.uk Visitada el 4 de abril de 2006.
193. www.msc.es/. Visitada el 8 de Abril de 2006.
194. Yetano J, López G, Guajardo J, Barriola MT, García M, Ladrón JM. Trescientos indicadores de calidad hospitalarios automáticos a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos. *Rev Calidad Asistencial* 2006; 21:207-12.

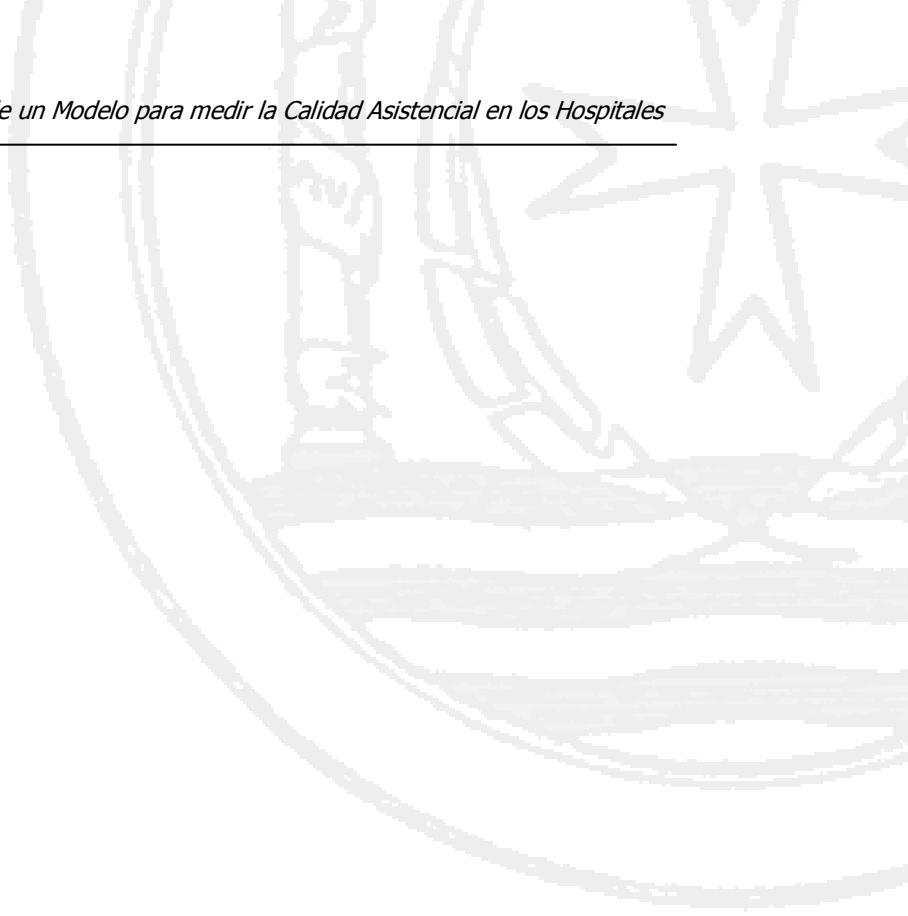


ANEXOS

ANEXO 1

CUADRO RESUMEN

EFQM

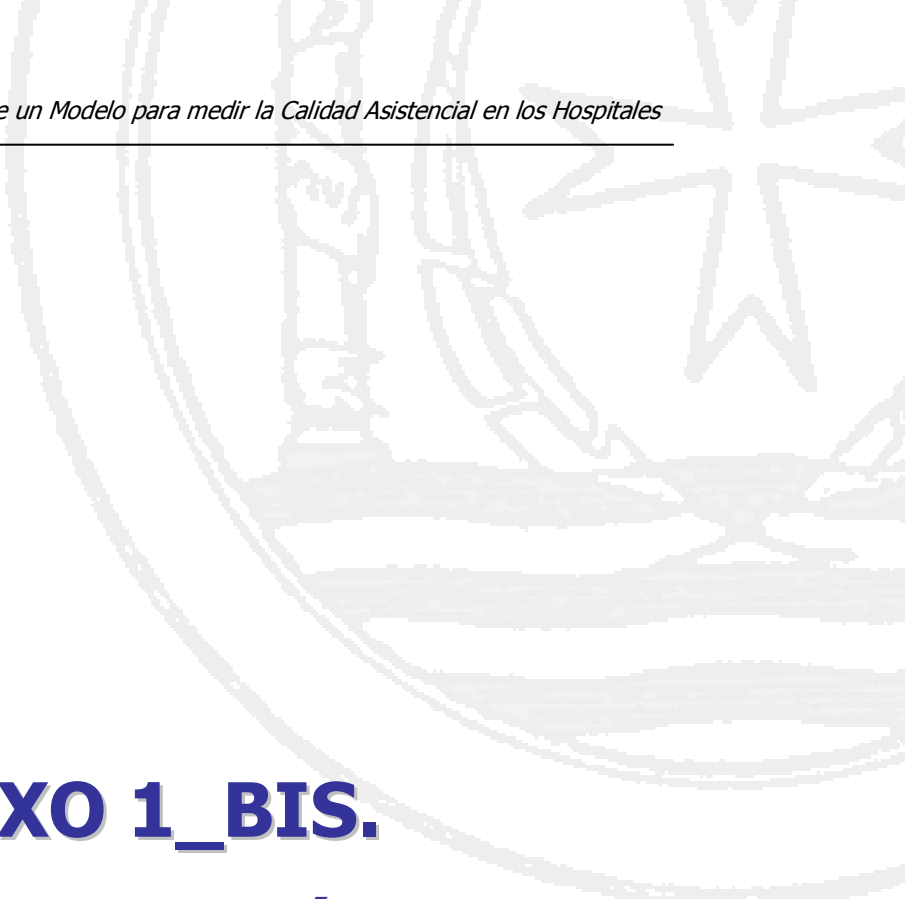


ANEXO 1_CUADRO RESUMEN EFQM

EFQM – EXCELENCIA COMO CALIDAD TOTAL		EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA TOTAL		
CONCEPTO	CONTENIDO	INICIO	EN MARCHA	MADUREZ
1	Orientación hacia los resultados La excelencia depende del equilibrio y la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés relevantes para la organización	Se identifican todos los grupos de interés relevantes	Se evalúan las necesidades de los grupos de interés de manera sistemática y estructurada	Existen mecanismos transparentes para equilibrar las expectativas de los grupos de interés
2	Orientación al cliente El cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio, así como de la fidelidad al cliente. El mejor modo de fidelizar al cliente es orientarse hacia sus necesidades tanto actuales como futuras	Se evalúa la satisfacción del cliente	Se ponen en relación los objetivos, necesidades y expectativas del cliente. Se investigan cuestiones de fidelización	Se entienden, miden y se actúa sobre los impulsores empresariales de las necesidades de satisfacción del cliente y cuestiones de fidelización
3	Liderazgo y coherencia en los objetivos El comportamiento de los líderes de una organización facilita la claridad, así como un entorno que permite a la organización y a las personas alcanzar la excelencia	Se definen Visión y Misión	Se alinean las políticas, las personas y los procesos. Existe un "modelo" de liderazgo	Existen valores compartidos y modelos éticos en todos los niveles de la organización
4	Gestión por procesos y hechos Las organizaciones son más efectivas cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable y relevante de todos sus grupos de interés	Se definen los procesos para alcanzar los resultados deseados	Se utilizan datos e información comparativos para establecer objetivos ambiciosos	Se entiende y utiliza plenamente la capacidad de los procesos para impulsar mejoras en el rendimiento
5	Desarrollo e implicación de las personas El potencial de cada persona aflora mejor porque existen valores compartidos y una cultura de confianza y asunción de responsabilidades que fomentan la implicación de todos	Las personas aceptan la propiedad y responsabilidad para resolver problemas	Las personas son innovadoras y creativas a la hora de impulsar los objetivos de la organización	Se faculta a las personas para actuar y compartir abiertamente conocimientos y experiencias
6	Aprendizaje, innovación y mejora continua Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura de aprendizaje, innovación y mejora continua	Se identifica y actúa sobre las oportunidades de mejora	La mejora continua es un objetivo aceptado por todos los individuos	Se extienden e integran las innovaciones y mejoras de éxito
7	Desarrollo de Alianzas La organización es más efectiva cuando establece con sus partners unas relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y en la integración	Existe un proceso de selección y gestión de proveedores	Se reconocen las mejoras y los logros de los proveedores y se han identificado los partners externos clave	La organización y sus partners clave son interdependientes. Los planes y las políticas se desarrollan en común
8	Responsabilidad Social El mejor modo de servir a los intereses de la organización y a las personas que la integran es adoptar un enfoque ético	Se comprenden y se cumplen los requisitos legales y normativos	Existe una implicación activa en la "sociedad"	Las expectativas de la sociedad se miden y se actúa sobre ellas

Anexo 1: La Excelencia como Calidad Total y los pasos del camino hacia la Excelencia, según EFQM¹

¹ Modificado de European Foundation for Quality Management. Ocho fundamentos de la Excelencia: Conceptos fundamentales y sus beneficios. <http://www.efqm.org>



**ANEXO 1_BIS.
AUTOEVALUACIÓN DE
CENTROS SANITARIOS
UTILIZANDO COMO
REFERENCIA EL MODELO DE
EXCELENCIA DE LA EFQM**

**ANEXO 1 BIS. AUTOEVALUACIÓN DE CENTROS SANITARIOS UTILIZANDO
COMO REFERENCIA EL MODELO DE EXCELENCIA DE LA EFQM**

Equipo de redacción:

Arcelay Salazar, Andoni
Bacigalupe Artacho, Mayte
Ignacio García, Emilio
Lorenzo Martínez, Susana
Mira Solves, José J.
Palacio Lapuente, Fernando
Vitaller Burillo, Julián

Este manual es el resultado final del Proyecto de Investigación financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS: 98/0214)

CRITERIO 1. LIDERAZGO

Definición: Como los directivos y mandos intermedios desarrollan y facilitan la consecución de la misión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, implicándose personalmente para conseguir que el sistema de gestión de la organización se desarrolle e implante.

Consideraciones clave para el Sector Público

- La autoevaluación debe centrarse en el papel de los directivos y mandos intermedios, dentro del marco definido por las directrices de la Administración Pública. El modelo no persigue la evaluación de la calidad de las orientaciones políticas sino evaluar la eficacia y la eficiencia en la gestión del centro.
- Un elemento clave es el compromiso visible de los líderes y mandos en la definición y apoyo de metas orientadas al cliente, alineadas con los objetivos de la Administración. Es necesario que los líderes muestren un claro entendimiento de quiénes son sus diferentes clientes, cuáles son sus requerimientos, a veces discrepantes, y cómo éstos deben ser compaginados demostrando un claro compromiso tanto con los empleados y los clientes como con la Administración Pública.

Nota de apoyo:

Directivos y mandos intermedios (Líder) es todo aquel que tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro de la organización (equipo directivo, jefe de área, departamento, servicio, instituto, unidad o sección, y mandos en general, tanto asistenciales como no asistenciales).

Misión: Se define como la finalidad o razón de ser de la organización. No es tanto *¿cuál es nuestra actividad o función?* sino *¿por qué existe nuestra actividad o función?*, *¿qué propósito justifica la existencia continuada de nuestra organización?*

Visión: Se entiende como la declaración que describe el tipo de organización deseada con vistas al futuro (por ejemplo: "conseguimos la plena satisfacción de los clientes

anticipándonos a sus necesidades y sobrepasando sus expectativas”, “la comunidad está orgullosa de nuestra presencia y la sociedad valora nuestra contribución”).

Valores: Aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas de la organización y lo que se espera de ellas. Son, por tanto, la base de toda la gestión de la organización (por ejemplo: confianza, ayuda, sinceridad, innovación tecnológica, liderazgo, orientación al cliente, rentabilidad, etc.)

CRITERIO 1: LIDERAZGO

SUBCRITERIO 1a : Los directivos y mandos intermedios desarrollan la misión y valores de su centro/unidad, actúan de acuerdo con ellos, y se implican personalmente en garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de su organización

En este subcriterio se puede incluir qué hacen los directivos y mandos para:

- Desarrollar la misión, visión y valores, actuando como modelo de referencia con su ejemplo y asegurar que se implanta un proceso de desarrollo, despliegue y actualización de la estrategia
- Implicarse activa y personalmente en actividades de mejora, estableciendo prioridades y traduciendo las propuestas en realidades.
- Estimular y apoyar la asunción de responsabilidades (“*empowerment*”) de los trabajadores y la creatividad e innovación.
- Asegurar que se desarrolla e implanta un sistema de gestión de procesos
- Asegurar que se desarrolla e implanta un proceso para medir, revisar y mejorar los resultados clave.

NOTAS DE APOYO

- La Gestión de procesos es una metodología que permite organizar, visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de una organización. Aporta las herramientas necesarias para diseñar los procesos de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.), garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio.
- Despliegue es el grado de implantación de una actividad en la organización. Puede ser vertical, a través de todos los niveles de la organización, y horizontal, para todas

las áreas y actividades.

- El término inglés "empowerment" hace referencia a cómo se faculta al personal, para asumir responsabilidades y tomar decisiones en su área, ofreciéndoles la formación necesaria en su caso.
- Conviene recordar que a través de este subcriterio una organización comprometida con la mejora continua, debe ser capaz de comprobar como las propuestas de mejora se llevan a la práctica.

CRITERIO 1: LIDERAZGO

SUBCRITERIO 1b. Los directivos y mandos intermedios de la organización se implican personalmente con clientes, partners y representantes de la sociedad en actividades de mejora conjunta.

Las áreas a evaluar deben explorar como los directivos y mandos intermedios establecen alianzas y consiguen que tanto los profesionales del centro como ellos mismos se involucren en actividades de mejora conjunta con:

- Clientes: pacientes, familiares, departamentos de sanidad, compradores de servicios, consumidores, ciudadanos y asociaciones de usuarios, etc.
- Proveedores: de farmacia, material sanitario, tecnología, voluntariado, etc.
- Otras organizaciones externas: asociaciones profesionales y científicas, colegios, otros centros sanitarios y servicios, representantes de la sociedad, etc.

NOTAS DE APOYO

- Entendemos por "partners" aquellos individuos o grupos con los que el centro u organización tiene establecido algún tipo de alianza (ejemplo: proveedores, otras instituciones, etc.).
- Hay que insistir en que lo que valora este subcriterio es la implicación personal en estas actividades de directivos y líderes.
- Las actividades conjuntas mencionadas en este subcriterio deben estar orientadas a satisfacer, comprender y dar respuesta a las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés de la organización, entendiendo como tal a todos aquellos que tienen interés en sus actividades y logros (clientes, "partners", personal,

administración pública, propietarios, etc.).

- Este subcriterio también hace referencia al reconocimiento a individuos o equipos de los grupos de interés por su contribución a los resultados de la organización.
- De igual forma, se debe resaltar si los miembros de la organización participan en asociaciones profesionales, conferencias, etc. para difundir la cultura de la calidad total y excelencia.
- Por último es importante a si la organización participa en actividades encaminadas a la mejora del medio ambiente y al desarrollo de la sociedad.

CRITERIO 1: LIDERAZGO

SUBCRITERIO 1c. Los líderes de la organización motivan, apoyan y reconocen a las personas que trabajan en ella.

En este subcriterio se puede incluir qué hacen los líderes para:

- Comunicar personalmente la misión, valorar objetivos, resultados de la organización a las personas que lo integran.
- Ser accesibles, escuchar y responder activamente a las personas que desarrollan su trabajo en el centro/servicio/unidad.
- Estimular y apoyar a las personas de la organización para hacer realidad sus planes, objetivos y metas, aportando formación y destinando los recursos necesarios (económicos, tiempo, apoyo metodológico, etc.).
- Reconocer oportuna y adecuadamente a las personas y equipos que se esfuerzan en mejorar, en todos los niveles de la organización.

NOTAS DE APOYO

Conviene recordar que en función del oportuno y adecuado reconocimiento al trabajo de las personas se consigue lo mejor de cada una de ellas.

CRITERIO 2: ESTRATEGIA

Definición: Cómo implanta la organización su misión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos y procesos relevantes.

Consideraciones clave para el sector público

- **La estrategia considerará la cultura interna, la estructura y las actividades a corto y largo plazo teniendo en cuenta las prioridades, el rumbo que sigue la organización y las necesidades de todos los grupos de interés, incluyendo aquí las directrices establecidas por la Administración Pública.**
- **La estrategia debe reflejar los principios de gestión de calidad total de la organización y el modo de alcanzar sus objetivos a través de estos principios. Las organizaciones deben definir su estrategia, incluidos sus planes y procesos, mostrando cómo se adecuan, como un todo coherente, desde las directrices que establecen los planes de salud y los planes estratégicos de los organismos a los que pertenecen a sus circunstancias particulares.**

Los principios de calidad total que deben ser considerados son:

- orientación al cliente
- orientación hacia resultados
- liderazgo y constancia en objetivos
- gestión por procesos y hechos
- desarrollo e implicación de las personas
- aprendizaje, innovación y mejora continua
- desarrollo de alianzas
- responsabilidad social

Nota de apoyo:

Antes de dar inicio real al funcionamiento de una empresa, o cuando se decide reorientar la que ya existía, es conveniente establecer un *plan estratégico*. Se utiliza

para dar la orientación de la organización en un periodo de tiempo, de forma que suele estar formado por un conjunto de decisiones de gestión que se centran en lo que hará la empresa para alcanzar el éxito y la forma en que lo hará. Sirve asimismo, para establecer un marco que sirva de guía, para evaluar las acciones y los logros de la organización, tanto en el ámbito interno como externo.

CRITERIO 2: ESTRATEGIA

SUBCRITERIO 2a. La estrategia se fundamenta en información relevante sobre: expectativas actuales y futuras de los grupos de usuarios/clientes, así como trabajador del centro, medidas de rendimiento, investigación, aprendizaje y creatividad de la organización comparándose con las mejores.

En este subcriterio se podría incluir qué hace el centro/servicio/unidad para conocer y prever:

- Las características sociodemográficas y las necesidades de salud de la población de su área de influencia, y las oportunidades actuales y futuras.
- Las expectativas, opiniones y sugerencias de los usuarios/clientes, profesionales y grupos de interés.
- Los avances científicos y tecnológicos del sector sanitario, incluidas las actividades de la competencia y el impacto de las nuevas tecnologías.
- Los indicadores económicos y de rendimiento.
- Los indicadores de otras organizaciones consideradas como las mejores.
- La normativa y la legislación en temas medioambientales y sociales.

NOTAS DE APOYO

- El término grupos de interés (en inglés "stakeholders") hace referencia a las personas físicas o jurídicas, internas (empleados, accionistas, directores, etc.) o externas (financiadores, proveedores, asociaciones científicas, corporaciones locales, ONGs, asociaciones de consumidores y usuarios, grupos de presión, etc.) a la organización empresarial, que pueden influir en la misma de una u otra manera,

dependiendo de sus expectativas.

- En la gestión empresarial “tener en cuenta a los grupos de interés” supone elaborar información válida para todos ellos, que recoja sus diferentes intereses. En la práctica presenta dificultades porque cada grupo puede tener necesidades y expectativas diferentes en relación con las actividades y logros de las organizaciones sanitarias, por lo que a veces es difícil encontrar un punto de equilibrio en el que converjan los diferentes grupos. Sin embargo han de realizar un esfuerzo por tener presentes a todos.
- El centro debería utilizar los informes elaborados por las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, la información suministrada por la mejor evidencia científica clínica disponible (MBE), informes adecuadamente documentados, etc. en la toma de decisiones.

CRITERIO 2: ESTRATEGIA

SUBCRITERIO 2b. Desarrollo, revisión y actualización de la estrategia

Las áreas a abordar podrían incluir cómo el centro/servicio/unidad:

- Desarrolla la estrategia de manera coherente con la misión, los valores, las necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés, alineándola con la de su organización, y la del Servicio de Salud.
- Elabora el plan estratégico a partir de información relevante, con carácter participativo y con un adecuado nivel de comunicación e integración de su personal.
- Desarrolla escenarios alternativos e identifica factores críticos de éxito.
- Evalúa y revisa la relevancia y efectividad de su estrategia periódicamente.

NOTAS DE APOYO

- La misión y los valores deben de aparecer de forma explícita en el plan estratégico, así como ser conocidas y compartidas por todos los profesionales, pacientes y por la comunidad.
- La estrategia de la organización deberá estar orientada hacia los resultados para sus clientes, liderando e implicando a los profesionales que la integran, y fomentando la mejora continua.

- Los principios de la gestión de calidad total son: orientación al cliente, orientación hacia resultados, liderazgo y constancia en objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continua, desarrollo de alianzas y responsabilidad social
- En síntesis, este subcriterio se refiere a la elaboración y redacción del plan estratégico, contando con información relevante sobre las expectativas de los diferentes grupos de interés y teniendo en cuenta el corto y el largo plazo.

CRITERIO 2: ESTRATEGIA

SUBCRITERIO 2c: Despliegue de la estrategia mediante un esquema de procesos clave y comunicación e implantación de la misma.

Las áreas a abordar podrían incluir cómo el centro/servicio/unidad:

- Elabora un "mapa de procesos" que permita identificar los procesos clave (los que mayor impacto presentan sobre los resultados y los clientes) y asignación de los responsables en cada proceso.
- Asigna claramente los responsables de los procesos.
- Despliega la estrategia, materializándola en objetivos y acciones concretas.
- Desarrolla un plan de comunicación de la estrategia para todos los niveles de la organización y evalúa su efectividad.
- Evalúa y mejora de forma periódica la efectividad del esquema de procesos clave de la organización.

NOTAS DE APOYO

- En este subcriterio se debe evaluar el despliegue del pacto de objetivos con servicios y unidades y con sus profesionales, teniendo en cuenta el plan de gestión anual que cada año concreta objetivos y acciones.
- El mapa de procesos de la organización es una representación de las actividades que se desarrollan en la misma y de las interrelaciones entre éstas y con el exterior, en

función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas/servicios (output) de la organización. Descendiendo en el nivel de análisis, se llega a los diagramas o esquemas de los procesos, que visualizan el modo en que las personas desempeñan su trabajo para conseguir los objetivos propuestos. Estos esquemas incluyen las tareas y actividades a realizar, de forma secuencial, con un principio y un final, dependiendo del ámbito de cada proceso.

- Para seleccionar sus procesos clave, la organización debe tener en cuenta sus prioridades estratégicas. En general los procesos clave suelen ser los que tienen en un momento dado un mayor impacto sobre la satisfacción de los clientes y los resultados de la organización. La responsabilidad de su gestión recae en general directamente sobre el equipo directivo.
- Para que las personas participen en la gestión de los procesos, deben conocer los objetivos a alcanzar y las acciones a realizar. Así mismo ha de poder asignarse la responsabilidad del cumplimiento de la misión del proceso a una persona, a la que se suele denominar "responsable del proceso".

CRITERIO 3: RECURSOS HUMANOS

Definición: **Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a escala individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.**

Consideraciones clave para el Sector Público:

El hecho de que muchos centros del Sector Público cuenten con restricciones que provienen de la Administración, ya sea central, local o ambas, en la gestión del personal, conlleva que estas organizaciones puedan únicamente operar dentro de unos límites predefinidos. Cuando sea apropiado, deben mostrar cómo tratan de lograr la ampliación de sus atribuciones en beneficio de la organización y de sus miembros.

Nota de apoyo:

Como **recursos humanos de la organización** se entiende a todos los trabajadores que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes (tanto de la propia empresa como de otras subcontratadas). La organización debe conseguir que todos ellos puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas. La organización debe conseguir que las personas quieran actuar, sepan cómo hacerlo y tengan autorización para ello (concepto de "*empowerment*").

El **conocimiento** es la información que posee valor para la organización. El capital intelectual de una empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma.

CRITERIO 3: RECURSOS HUMANOS

SUBCRITERIO 3a: Cómo el centro/servicio/unidad planifica los recursos humanos, gestiona su adecuación a las necesidades y los mejora

Las áreas a abordar *podrían* incluir *cómo* el centro/servicio/unidad desarrolla:

- un método para la planificación del personal, coherente con la estrategia,
- un sistema para llevar a cabo la selección (contratación) del personal, con criterios de transparencia y equidad (este método viene marcado por la normativa existente),
- un método establecido de promoción, traslados y movilidad del personal
- se revisa la efectividad de ese método basándose en la satisfacción del personal y en la evaluación del desempeño

NOTAS DE APOYO

- Este subcriterio analiza la existencia o no de una sistemática (planificada, con un responsable claro, de forma periódica, etc.) de planificación de plantillas y la coherencia de la misma con el plan estratégico.
- Se aborda el mecanismo de selección (con las limitaciones que imponen en el ámbito público las ofertas públicas de empleo y las normativas de contratación de personal interino y eventual)
- Otros mecanismos importantes para mejorar la adecuación y la satisfacción del personal son los traslados/movilidad del personal y la promoción
- La efectividad de la planificación de plantillas se revisará con relación a como influye sobre los dos aspectos esenciales de cualquier medida de gestión de los recursos humanos: la satisfacción de los trabajadores (mediante encuestas u otros métodos bien diseñados, validados y realizados periódicamente) y el desempeño o rendimiento en el trabajo. Así mismo, deberá comprobarse como se introducen mejoras en la gestión del personal y se corrigen las desviaciones.
- Las empresas deben garantizar la imparcialidad y la legalidad en todo lo relacionado con el empleo.

CRITERIO 3: RECURSOS HUMANOS

SUBCRITERIO 3b: Como el centro/servicio/unidad desarrolla y mantiene el conocimiento y la capacidad de su personal, y promueve la implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas, facultándolas para ello.

Las áreas a abordar **podrían** incluir **cómo** el centro/servicio/unidad tiene:

- un plan de formación y desarrollo profesional que permite garantizar el mantenimiento y mejora de la competencia técnica a través de la formación y mejora de la capacitación profesional.
- un método establecido para evaluar el desempeño del personal.
- una sistemática establecida de delegación y transferencia de autonomía a los profesionales facultándoles para la toma de decisiones y la consecución de resultados.
- utiliza metodologías organizativas innovadoras para mejorar la forma de trabajar y fomentar el trabajo en equipo

NOTAS DE APOYO

- Este subcriterio trata de analizar aspectos de la gestión de recursos humanos que inciden, de forma complementaria con los sistemas mencionados en el subcriterio 3a, en adecuar las competencias y habilidades del personal con las necesidades de los puestos de trabajo, servicios o unidades.
- El plan de formación y desarrollo profesional debe estar desarrollado, de tal forma que solucione las carencias individuales, capacitando a las personas para desarrollar mejor su trabajo.
- Se debe resaltar la importancia instrumental que para hacer efectiva la adecuación, tienen la evaluación del desempeño (nos informará sobre si existe una verdadera adecuación, medida a través de indicadores de resultado).
- La delegación o transferencia de autonomía a los profesionales, capacitándoles y facultándoles para que la ejerzan adecuadamente, constituye el concepto anglosajón de "empowerment".

CRITERIO 3: RECURSOS HUMANOS

SUBCRITERIO 3c: Existencia de una comunicación entre las personas y la organización, así como de un sistema de reconocimiento y atención a éstas

Las áreas a abordar **podrían** incluir **cómo** el centro/servicio/unidad tiene:

- un sistema planificado para definir las necesidades de comunicación al personal, así como los métodos de comunicación ascendente, descendente y lateral. Se revisa periódicamente la efectividad de este sistema y se mejora/actualiza
- una sistemática para acceder y compartir las mejores prácticas y el conocimiento dentro de la organización
- un sistema de reconocimiento planificado para apoyar la implicación del personal, el cual se revisa y mejora
- fomenta la concienciación e implicación del personal en temas de higiene, seguridad y medio ambiente
- establece sistemas de beneficios sociales (pensiones, ayudas, etc.) y otros beneficios para los empleados (por ejemplo transporte, flexibilidad horaria, actividades culturales, etc.)

NOTAS DE APOYO

- Aunque alguno de los aspectos evaluados en el subcriterio 3b inciden también de forma notoria en la satisfacción del empleado (promoción, delegación o búsqueda de su implicación a través de la transferencia de autonomía), el subcriterio 3c aborda aquellos aspectos que de forma más clara influyen en la satisfacción de los empleados.
- En este sentido, se incluyen los métodos de reconocimiento, la implicación del personal en actividades de mejora, así como la filosofía y metodología de comunicación con los trabajadores. Otras medidas incluidas en el subcriterio como los beneficios para los empleados inciden también positivamente en la satisfacción de éstos.
- No debe olvidarse que los responsables deben establecer canales de comunicación con el personal que trabaja con ellos.

CRITERIO 4: RECURSOS Y ALIANZAS

***Definición:* Cómo planifica y gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.**

Consideraciones clave para el sector público

Las organizaciones que pertenecen a la Administración Pública suelen estar sujetas a mayores restricciones y legislación que las organizaciones del sector privado, a las que se deben adecuar al gestionar sus recursos. Así mismo hay que tener en cuenta que la capacidad de las organizaciones de la Administración Pública para generar recursos adicionales puede estar limitada como puede estarlo también su libertad para asignar o reasignar sus fondos a aquellos servicios que desea proporcionar. Dentro del grado de autonomía de decisión de cada organización, debe evaluarse cómo se gestionan los recursos para servir de apoyo a la estrategia de la misma.

CRITERIO 4: RECURSOS Y ALIANZAS

SUBCRITERIO 4a: Gestión de las alianzas externas y de los recursos económicos y financieros.

Las áreas a abordar podrían incluir cómo el centro/servicio/unidad:

- identifica "parteners" clave y oportunidades de establecer alianzas estratégicas, asegurando que la cultura de la organización con la que establece alianza es compatible
- desarrolla estrategias comunes con los "parteners" para maximizar su valor añadido, colaborando en la formación y en la mejora de los procesos, apoyando el desarrollo mutuo
- gestiona los recursos económicos y financieros en apoyo de la estrategia
- evalúa sus inversiones en función de su efectividad
- gestiona los riesgos de los recursos económicos y financieros

NOTAS DE APOYO

- Pueden ser considerados como “parteners” los siguientes: hospitales del entorno, socios, hospitales de media y larga estancia, universidad, colaboraciones en docencia, investigación y formación, proveedores, suministradores de servicios, clientes, etc...
- En las estrategias con los parteners se pueden tener en cuenta los siguientes aspectos:
- Estrategias con proveedores: a) de bienes: las adquisiciones se hacen con el objetivo de conseguir una permanencia de gamas de productos en el tiempo, a precios adecuados para ambas partes, de forma que los desarrollos de nuevos productos sean rápidamente estudiados en el centro; b) suministradores de servicios: la contratación se lleva a cabo bajo criterios de integración organizativa, de forma que todos los empleados estén actuando bajo el paraguas de la misión del centro.
- Estrategias con clientes: la estrategia es incorporar las necesidades de los clientes a la cadena de valor del centro.
- Estrategias con otras entidades sanitarias: se pueden consensuar la oferta y la demanda de servicios, tanto en cantidad como en requisitos de calidad
- En resumen, las estrategias se elaboran bajo criterios de beneficio mutuo, en los que las propias relaciones entre las organizaciones generan valores sinérgicos positivos.

CRITERIO 4: RECURSOS Y ALIANZAS

SUBCRITERIO 4b: Gestión de los edificios, instalaciones, equipos y materiales

Las áreas a abordar podrían incluir cómo el centro/servicio/unidad:

- optimiza los inventarios de material
- racionaliza sus consumos
- gestiona y optimiza la utilización de sus activos (quirófanos, instalaciones, aparataje, etc.)
- gestiona el mantenimiento preventivo y el uso de activos para mejorar el rendimiento total de su ciclo de vida
- gestiona la seguridad de sus activos
- tiene un plan de gestión de residuos y conserva los recursos globales no renovables
- reduce cualquier impacto global adverso de sus productos y servicios en su comunidad y empleados (incluida higiene y seguridad) y desarrollo del plan de prevención de riesgos laborales

NOTAS DE APOYO

- La optimización del uso de activos es un área fundamental en este subcriterio. El sistema establecido deberá contar con indicadores adecuados para monitorizar su utilización, por ejemplo, indicadores de rendimiento de quirófanos, instalaciones, etc.
- La gestión de residuos, el impacto medioambiental y la higiene y seguridad en el trabajo, deberán estar adaptados a la normativa existente de ámbito local, autonómico y estatal, en su caso.
- Se ha de tener en cuenta el desarrollo en la organización de la normativa de prevención de riesgos laborales: elaboración del mapa de riesgos, etc.
- Otro aspecto a contemplar es el aspecto cuidado de las instalaciones.

CRITERIO 4: RECURSOS Y ALIANZAS

SUBCRITERIO 4c: Gestión de la tecnología y de los sistemas de información, conocimiento y de la propiedad intelectual

Las áreas a abordar podrían incluir cómo el centro/servicio/unidad:

- identifica, evalúa su coste-efectividad e introduce las tecnologías alternativas y emergentes a la luz de la estrategia y de su impacto en los usuarios/clientes
- gestiona la información y el conocimiento para apoyar la estrategia, capacitando a su personal para su utilización
- cada estamento del personal tiene acceso a la información necesaria para que la gestión y la actividad estén basadas en información real
- garantiza la adecuada cumplimentación y gestión de la historia clínica
- garantiza, revisa y mejora la validez, integridad y seguridad del sistema de información
- facilita el acceso a información de fuentes externas (bases de datos de información y documentales, encuestas de satisfacción, etc.) para la toma de decisiones
- potencia y protege la propiedad intelectual, creando un clima de innovación en la organización y aprovechando el conocimiento del personal

NOTAS DE APOYO

- El sistema de información de las organizaciones de asistencia sanitaria constituye uno de los puntos críticos a evaluar. Hemos de cerciorarnos de que el centro tiene información real, la utiliza, la difunde a los usuarios, la usa para compararse con centros similares y la protege.
- *Gestión del conocimiento:* algunos expertos consideran el conocimiento como el principal recurso productivo en la nueva economía. Se puede definir como la síntesis de información que nos llega a través de las diferentes fuentes, incluidas las experiencias acumulables. El conocimiento es pues la información que posee valor para la organización. El capital intelectual de una empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma.
- Las fuentes de capital intelectual están en:
 - El trabajador, en función del valor potencial que pueda tener para la empresa su conocimiento

- La estructura, que permite que ese conocimiento sea recogido y comunicado a toda la organización
- El cliente, que con el tiempo ha ido cobrando cada vez más importancia.

CRITERIO 5: PROCESOS

Definición: Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos para apoyar su estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés

Se entiende por *Proceso* toda secuencia de actividades que añaden valor a un producto o varias entradas para producir una salida deseada. En cualquier organización, existe una red de procesos que precisan gestionarse y mejorarse. Entre los procesos están aquellos que son críticos o claves para el éxito estratégico de la organización y la obtención de sus resultados. Estos procesos, que deben ser identificados, normalmente traspasan los límites funcionales y departamentales y requieren especial atención. Se suele establecer un *propietario* del proceso, con responsabilidad sobre el mismo, que se ocupe de su gestión y mejora, coordinando a las partes implicadas.

Nota de apoyo:

Una de las clasificaciones más extendidas para la gestión de procesos es la siguiente:

Procesos operativos: los que guardan relación directa con los clientes, por lo que tienen un gran impacto sobre la satisfacción de éstos, por ejemplo:

- proceso asistencial sanitario (atención en hospitalización médica y quirúrgica, atención en urgencias, atención ambulatoria, etc.)

Además hay otra serie de procesos que se pueden clasificar en las categorías de:

Procesos de gestión o estratégicos: los que guían a la organización hacia la obtención de alta calidad en los servicios que presta a sus clientes, por ejemplo:

- elaboración y desarrollo del plan estratégico
- investigación sobre las necesidades de los clientes tanto internos como externos y evaluación de su nivel de satisfacción
- desarrollo y evaluación del personal
- marketing
- benchmarking
- autoevaluación del centro, según el Modelo EFQM

- *Procesos de soporte o apoyo*: aquellos procesos que interrelacionan con los procesos operativos, para conseguir mejorar sus objetivos, por ejemplo:
 - gestión de pacientes (admisión, listas de espera, programación quirúrgica, traslados, etc.)
 - mantenimiento
 - hostelería
 - gestión económico-financiera
- La *gestión de procesos* es una metodología que permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de una organización. Aporta las herramientas necesarias para diseñar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (facultativos, enfermería, personal no asistencial, etc.), garantizando eficiencia, efectividad y calidad del servicio.
- La valoración de las necesidades, expectativas y satisfacción de los usuarios es un aspecto clave en la gestión de procesos para medir, por un lado, el éxito del servicio, y, por otro, permite obtener la información necesaria para adaptar los procesos a las demandas de los clientes (nuevas especificaciones) en un proceso continuo de mejora.
- La existencia de un mapa de procesos de la organización se evalúa en el subcriterio 2c.

CRITERIO 5: PROCESOS

SUBCRITERIO 5a: Diseño y gestión sistemática de los procesos, basándose en las necesidades y expectativas de los clientes

Las áreas a abordar podrían incluir cómo el centro/servicio/unidad:

- utiliza una metodología adecuada y participativa para definir y estabilizar sus procesos (reducir su variabilidad)
- resuelve los problemas de coordinación entre servicio/unidades, con clientes externos y con proveedores, para facilitar la gestión efectiva de los procesos, respondiendo a criterios de continuidad asistencial
- comprueba la estabilidad de los procesos en relación con los indicadores de eficiencia y satisfacción del cliente
- aplica a la gestión de procesos sistemas estandarizados en aquellos ámbitos en que estos sistemas se adecuen al sector sanitario, por ejemplo, normativa ISO 9000, sistemas de gestión medioambientales, o gestión de riesgos laborales, etc.

NOTAS DE APOYO

- Siguiendo las directrices de una de las metodologías más utilizadas para gestionar procesos, un proceso debería incluir la definición de los siguientes aspectos:
 - Responsable del proceso
 - Límites del proceso
 - Expectativas de los clientes del proceso
 - Secuencia de actividades (Flujograma)
 - Características de calidad de las actividades del proceso
 - Indicadores para evaluar el proceso (de eficiencia y satisfacción del cliente) y establecer objetivos de rendimiento
- La persona responsable o encargada del proceso (propietario) es la figura clave en la toma de decisiones, la que habla en nombre del proceso en la organización.
- Los límites del proceso son el primer y el último paso del proceso.
- Un paso importante consiste en utilizar encuestas de clientes y otro tipo de información para determinar necesidades y expectativas actuales y futuras de los clientes, así como la percepción de los servicios recibidos
- Se deben definir una serie de indicadores para evaluar el proceso, que contemplen diferentes aspectos del mismo: desde la satisfacción de los clientes a la calidad y la cantidad de lo producido, el tiempo desde la entrada hasta la salida y el coste invertido en añadir valor.
- Se trata de conseguir un sistema que permita gestionar los procesos de forma automatizada, obteniendo la información necesaria a través del propio sistema de información, siempre que sea posible. Hay que intentar evitar un simple cuadro de indicadores estático, valorando interrelaciones entre los distintos participantes. Se debe evaluar el cumplimiento de los indicadores de rendimiento de los procesos, ya que no se trata de escribir los diferentes protocolos de actuación, sino de cumplirlos.
- Este subcriterio aborda también sistemas de gestión de procesos normalizados como el ISO, sistemas de gestión medioambiental o de gestión de riesgos laborales. Se entiende por normalización la organización o puesta en orden de aquello que no lo estaba. Un proceso una vez normalizado puede ser: homologado –aprobado- por un organismo con facultad para ello, o certificado, lo que supone emitir un documento que atestigüe que se ajusta a unas normas determinadas. De acuerdo al tipo de empresa, sus necesidades y sus relaciones con clientes y proveedores, se crea un sistema de calidad, un método de trabajo, una estructura de la organización, por la cual se asegura que se cumplen los requisitos especificados. Las normas ISO

detallan los elementos a tener en cuenta para implantar un sistema de calidad.

CRITERIO 5: PROCESOS

SUBCRITERIO 5b: Como el centro/servicio/unidad introduce las mejoras necesarias en los procesos a través de la creatividad y capacidad de innovación del personal, para que satisfagan a los clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor

Las áreas a abordar podrían incluir cómo el centro/servicio/unidad:

- identifica y establece prioridades para los cambios y oportunidades de mejora de los procesos, utilizando información de los resultados, de las percepciones de los clientes y las actividades de aprendizaje.
- facilita la utilización de metodología para mejorar los procesos que pueden ser:
 - Continua o proactiva: herramientas clásicas (Pareto, Delphi, diagrama causa-efecto, etc.)
 - Drástica o reactiva: rediseño o reingeniería
- estimula el talento creativo e innovador de sus empleados y otros grupos de interés para mejorar los procesos
- realiza cambios estructurales y/o organizativos, para mejorar los procesos o utilizar nuevos diseños
- valora la oportunidad e implanta las mejoras, las comunica, y forma al personal sanitario si es preciso
- revisa los cambios y comprueba su efectividad
- diseña y desarrolla nuevos servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes

NOTAS DE APOYO

- La sistematización de los procesos da una idea aproximada de cómo hace su trabajo la organización. La mejora de los procesos es una actividad continua. No se debe caer en el error de intentar hacerlo todo a la vez, es mejor trabajar a un ritmo razonable a lo largo de un periodo de tiempo que intentar mejorarlo todo de golpe

CRITERIO 5: PROCESOS

SUBCRITERIO 5c: Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

Las áreas a abordar **podrían** incluir **cómo** el centro/servicio/unidad:

- presta un servicio de atención a sus clientes acorde con sus necesidades, esforzándose por mantener la creatividad e innovación en sus relaciones con los clientes
- tiene un método para averiguar las necesidades y expectativas de los clientes (quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones)
- utiliza encuestas y otras formas de recogida de datos periódica de forma sistemática
- sigue periódicamente la evolución de indicadores relacionados con los clientes como demoras, listas de espera, reingresos no programados, cancelaciones de citas, etc.
- se implica de forma proactiva para debatir y abordar sus preocupaciones, necesidades y expectativas

NOTAS DE APOYO

- Los centros sanitarios cuentan habitualmente con Unidades de Atención al Cliente, cuyo cometido está en relación con las exigencias de este subcriterio. Estas Unidades tienen por objeto el conocimiento de las dificultades que se plantean durante la asistencia de pacientes y familiares en los centros, y tratan de corregirlas o cuando menos paliarlas, para alcanzar un mayor grado de satisfacción y bienestar de los usuarios demandantes de la prestación sanitaria. Otro de sus objetivos es disminuir las barreras administrativas en el acceso a la asistencia.
- Las funciones básicas de la unidad son: 1) garantizar la información del usuario, 2) gestionar, tramitar y canalizar los requerimientos de los usuarios; 3) realizar estudios de satisfacción; 4) recoger y contestar quejas, reclamaciones y sugerencias; 5) desarrollar labores de divulgación sanitaria
- Entre los objetivos de estas Unidades se encuentra, por lo tanto, la gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones. Se entiende por quejas aquellas expresiones de insatisfacción del usuario en las que no se solicita nada en concreto. La reclamación tiene por el contrario una solicitud añadida a una expresión de malestar. Puede ser escrita o verbal. Cada centro debe cumplir la legislación correspondiente a su institución en lo relativo a gestión de reclamaciones.
- En este subcriterio se debe valorar el sistema de gestión de las quejas y

reclamaciones, la existencia de comisiones o grupos de mejora de la atención al cliente, el contenido de las reclamaciones y las actuaciones realizadas.

- Las Unidades de Atención al Cliente deben gestionar también las encuestas u otros métodos estructurados como grupos focales para la obtención de la opinión de los pacientes. En este subcriterio se valorará también su metodología (validación, tasa de respuesta, etc.), la periodicidad con la que se realizan y si se han puesto en marcha planes de mejora relacionados con los resultados de las encuestas.

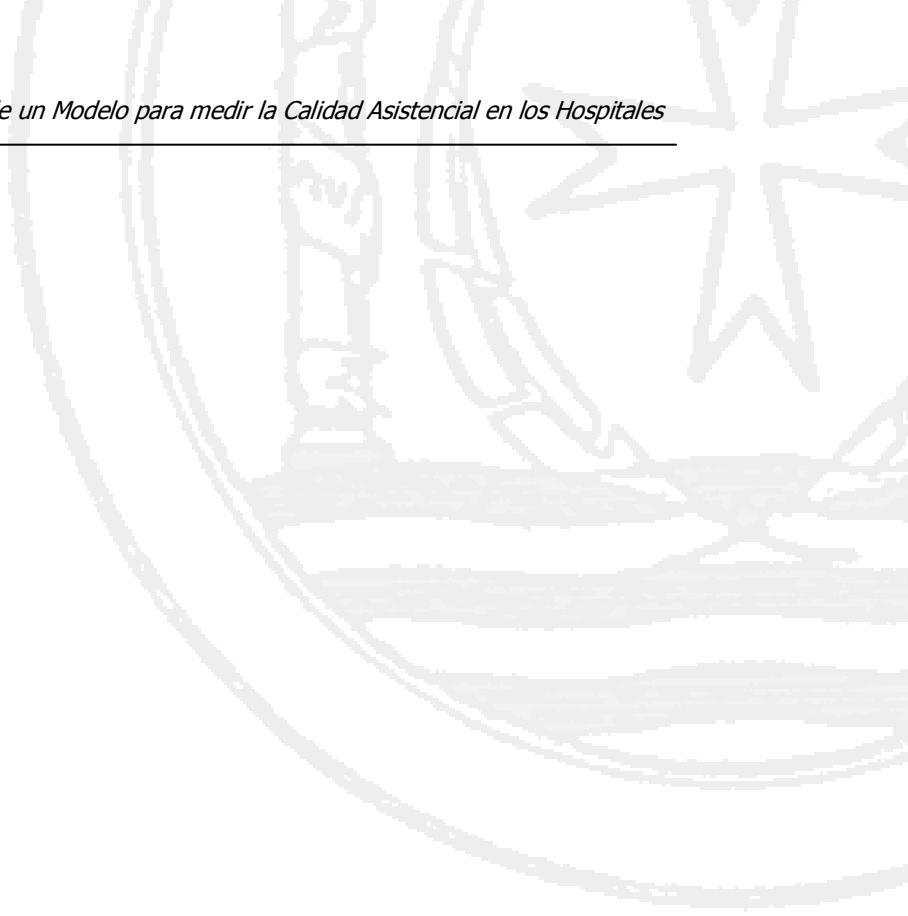
CRITERIO 6: SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Definición: Qué logros está alcanzando la organización en relación con la satisfacción de sus clientes externos.

- Los *clientes externos* son los receptores o beneficiarios de la actividad, productos o servicios de los centros sanitarios (Atención Primaria, Especializada y Hospitales). Estos incluyen, por ejemplo, pacientes, familiares y allegados, y ciudadanos.
- Cuando el proceso de autoevaluación hace referencia a servicios, que tienen otros destinatarios además de los clientes externos de la organización (caso de los servicios generales o centrales de un centro), deberán ser considerados aquellos (en ocasiones trabajadores u otros profesionales del centro o de la organización sanitaria) como clientes al enfocar este criterio. Un ejemplo concreto es el médico de atención primaria que hace las funciones de cliente externo para la atención especializada, o el médico internista que recibe informes del Servicio de Radiodiagnóstico.

Notas de apoyo

- La autoevaluación debe demostrar en este criterio el éxito que tiene la organización para satisfacer las expectativas y necesidades de sus clientes externos.
- La organización debe buscar la satisfacción de sus clientes, entendida ésta como una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud. Se produce por la comparación entre las expectativas sobre el servicio que se cree que recibirá y la percepción de los cuidados que realmente se reciben.
- Se debe medir la percepción de los diferentes colectivos de clientes de la organización (subcriterio 6a) a través de información recogida directamente del cliente mediante encuestas, equipos de trabajo conjuntos, etc.
- Se debe completar esta información con otras medidas complementarias adicionales del rendimiento en relación con los clientes (subcriterio 6b). Asimismo, se debe considerar cómo la organización ha identificado cuáles son los aspectos más significativos para sus clientes.
- Las medidas sobre satisfacción del cliente deben estar basadas en áreas identificadas como importantes por los clientes y grupos de clientes, teniendo en cuenta aquellos aspectos que la organización puede mejorar dentro de su cometido específico.



CRITERIO 6: SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

SUBCRITERIO 6a. Medidas directas de la percepción del cliente externo

Estas medidas directas de las percepciones del cliente (extraídas por ejemplo de encuestas, grupos focales, etc.) referentes a los servicios y atención que le ofrece el sistema sanitario (Hospital, Atención Primaria) en relación a sus expectativas.

Las medidas pueden hacer referencia a:

- accesibilidad al sistema sanitario (médico de cabecera, urgencias, especialistas,...)
- equidad
- trato personal, cortesía
- calidad técnica (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación)
- hostelería y confort
- tiempo de respuesta en la prestación de servicios
- continuidad de cuidados
- presencia e identificación del personal
- información
- documentación: claridad y sencillez
- resolución del problema (resultados)
- fiabilidad
- seguridad

CRITERIO 6: SATISFACCIÓN DEL CIENTE

SUBCRITERIO 6b: Medidas indirectas relacionadas con la percepción del cliente externo

Las áreas a abordar deben incluir las medidas indirectas relacionadas con la percepción del cliente externo, utilizadas por el centro/servicio/unidad para supervisar, entender, predecir y mejorar su satisfacción y fidelidad.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

- Gestión de Reclamaciones, Quejas, Sugerencias, Felicitaciones
- Cobertura en medios de comunicación
- Medidas de gestión del servicio de atención al cliente: tiempos de respuesta, resultados...
- Plan de Acogida en el Centro
- Información para pacientes y/o familiares
- Fidelidad (cambio de médico, hospital, etc.), altas voluntarias, demoras y listas de espera, Cancelaciones de citas.

CRITERIO 7: SATISFACCIÓN DEL PERSONAL

Definición: Qué logros está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran

- Como *personal de la organización* se entiende a todos los empleados y las demás personas que ofrecen directa o indirectamente, un servicio a los clientes. Entre estas personas incluimos a todos los grupos de empleados y voluntarios entre los cuales algunos pueden necesitar alguna ayuda particular para que puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas.
- En este criterio, la autoevaluación debe demostrar el éxito de la organización en satisfacer las necesidades y expectativas de las personas que la integran. Las mediciones se deben realizar sobre aquellos aspectos considerados como importantes por las personas, teniendo en cuenta las restricciones externas existentes para el sector público en cuanto a la gestión del personal
- Este criterio mide el grado en el que el trabajo del personal del centro/servicio/unidad cumple sus expectativas y le aporta experiencias positivas

Notas de apoyo

- Para medir la percepción (Subcriterio 7a) se utilizarán grupos focales, encuestas, grupos de discusión, etc.
- El Subcriterio 7b se refiere a indicadores relacionados con el rendimiento y la percepción del personal.
- El criterio 7 tiene una relación estrecha con el criterio 3, de modo que los sistemas contemplados en este criterio de "RECURSOS HUMANOS", deben tener una consecuencia en el criterio de "SATISFACCIÓN DEL PERSONAL".

CRITERIO 7: SATISFACCIÓN DEL PERSONAL

SUBCRITERIO 7a: Medidas directas relacionadas con la satisfacción de los profesionales

Estas medidas se refieren a la percepción que el centro/servicio/unidad tiene de las personas que la integran, y se obtienen, por ejemplo, de encuestas, grupos focales, entrevistas y evaluaciones de rendimiento estructuradas.

Las medidas pueden hacer referencia a:

Motivación:

- reconocimiento
- promoción (en este tema, como en otros muchos, existen limitaciones en el sector público)
- formación y desarrollo
- oportunidad de aprender y lograr objetivos
- igualdad de oportunidades
- delegación y asunción de responsabilidades
- establecimiento de objetivos y evaluación del desempeño

Satisfacción:

- condiciones económicas
- condiciones de empleo
- gestión de la empresa
- política e impacto medioambiental del centro
- instalaciones y servicios
- condiciones de seguridad e higiene
- papel del centro en la comunidad y sociedad
- entorno del trabajo (tecnología y medios disponibles)
- relaciones entre personas del mismo nivel laboral

CRITERIO 7: SATISFACCIÓN DEL PERSONAL

SUBCRITERIO 7b: Medidas indirectas relacionadas con la satisfacción de los profesionales

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar la satisfacción de las personas que la integran, así como anticipar sus percepciones.

Estas medidas pueden hacer referencia a:

Motivación e implicación:

- trabajo en equipo
- reconocimiento individual y en equipo
- implicación en equipos de mejora
- índice de respuesta a encuestas entre empleados
- monotonía en el trabajo

Satisfacción:

- absentismo
- análisis de bajas por enfermedad/patología
- accidentes
- huelgas
- demandas, quejas, sugerencias propias o a través de sindicatos,...
- tendencias en la selección del personal

Servicios que el centro proporciona a sus empleados:

- boletines informativos del centro o periódicos internos
- periódicos internos
- incentivos o reconocimientos
- conocimiento del organigrama funcional
- eficacia del departamento de personal
- comunicación efectiva
- rapidez de respuesta a las preguntas planteadas
- evaluación de la formación
- entrevistas personales
- actividades de ocio

CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Definición: Qué logros está alcanzando la organización en la sociedad, en el ámbito local, nacional e internacional (según resulte pertinente).

Consideraciones clave para el sector público

Las organizaciones sanitarias tienen un impacto sobre la sociedad por la propia naturaleza de sus responsabilidades primarias. Los resultados de estas actividades básicas se presentan en los criterios: "Resultados en los clientes" y "Resultados clave".

Este criterio mide el impacto de la organización en la sociedad en aquellos temas que no están relacionados ni con sus responsabilidades, ni con sus obligaciones normativas.

CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Subcriterio 8a. Medidas de percepción

Se refieren a la percepción de la organización por parte de la sociedad, y se obtienen de encuestas, informes, reuniones públicas, representantes sociales y autoridades gubernativas, etc.

Las medidas que hacen referencia a la percepción de la organización por parte de la sociedad pueden estructurarse en:

- actividades como miembro de la sociedad:
 - difusión de información relevante para la comunidad (docencia, publicaciones, ponencias, comunicaciones, etc.)
 - relaciones con autoridades locales, regionales, centrales (consejos de salud, asociaciones de participación ciudadana, ayuntamientos, debates, etc.)
 - política de igualdad de oportunidades
 - participación en publicaciones locales
 - participación en actos universitarios si se trata de centro universitario
 - participación en foros de educación
 - convocatoria de premios de literatura, prensa fotografía, actividades culturales, etc.

- ayuda humanitaria y ONGs
- incidencia en la economía local y regional (Empleo directo e indirecto, etc).
- participación en la formación de profesionales (técnicos, diplomados, especialistas –residentes-, etc)
- se recogen y ubican dentro del recinto sanitario asociaciones como la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer, Alcer, etc.
- implicaciones en la comunidad:
 - educación y formación (universidad, formación profesional, etc.)
 - voluntariado y actividades filantrópicas
 - financiación de actividades educativas, salud y bienestar
- actividades para disminuir el impacto medioambiental:
 - seguridad
 - contaminación medioambiental
 - medidas para reducir consumo de agua
 - recomendaciones sobre lencería

CRITERIO 8: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Subcriterio 8b: Indicadores de rendimiento

Son medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar las percepciones de la sociedad

Puede incluir los elementos enumerados en el subcriterio anterior y además los referentes a:

- cobertura en medios de comunicación
- sede social de asociaciones de pacientes
- bibliotecas relacionadas con la universidad o centros sociales
- actividad docente en colegios, institutos, etc.
- programas de actividades educativas saludables
- relaciones con las autoridades en cuestiones como: certificaciones, pagos y permisos, licencias, planificación, etc.
- felicitaciones y premios recibidos.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

Definición: Qué logros está alcanzando la organización con relación al rendimiento planificado

- Los Resultados en este criterio están relacionados con aquello que la organización ha determinado como logros esenciales y que pueden medirse para su éxito tanto a corto plazo como para lograr su estrategia a largo plazo. Los Resultados de la organización son medidas de la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios y la consecución de metas y objetivos, incluyendo aquellos que son señalados desde la Administración Pública.
- Estas medidas son tanto financieras como no financieras (resultados de salud). Muchas de ellas estarán directamente relacionadas con la estrategia y con los procesos clave
- También pueden incluirse, si procede, a aquellos proveedores y “*parteners*” que tienen una importancia clave en los resultados anteriormente citados y con los cuales se debe mantener una relación de estrecha colaboración.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

HOSPITALES

SUBCRITERIO 9a: Indicadores económicos

Estas medidas son los resultados clave planificados por la organización que hacen referencia a los aspectos económicos de la misma.

Las áreas a abordar podrían incluir información sobre:

- 1) Cuenta de resultados (Pérdidas y Ganancias): Desviaciones respecto al presupuesto inicial
- 2) Coste por proceso (Sistema de Clasificación de Pacientes): Desviaciones respecto a la media, previsiones, etc.
- 3) Coste por punto de intensidad relativa: Desviaciones respecto a previsiones, media y

<p>resultados de hospitales similares</p> <p>Coste de procesos singularizados (Desviaciones)</p> <p>4) Coste (Desviaciones)</p> <ul style="list-style-type: none">- Consultas- Urgencias no ingresadas- Hospital de Día <p>5) Gastos de funcionamiento (Desviaciones)</p> <ul style="list-style-type: none">- Farmacia- Material sanitario <p>6) Gastos de Personal (Desviaciones)</p> <p>7) Coste de las bolsas de ineficiencia (Costes de no-calidad)</p> <ul style="list-style-type: none">- % de estancias evitables- % de reingresos- % de reintervenciones- Prescripción inadecuada de medios diagnósticos y terapéuticos <p>8) Costes estructurales (% sobre el total del presupuesto)</p> <p>9) Facturación a terceros (Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)</p>

NOTAS DE APOYO

- Los indicadores reseñados son orientativos. Cada centro/servicio/unidad añadirá aquellos que sean especialmente relevantes.
- En esta versión se ha optado por incluir en este subcriterio resultados exclusivamente económicos. Dependiendo de los objetivos de la organización, podrían considerarse también en este subcriterio resultados no económicos, que en esta versión se han contemplado en el subcriterio 9b.
- Los indicadores se compararán con los objetivos y las previsiones establecidas para los mismos y con las medias y resultados individualizados del grupo de centros de similares características dependiendo del ámbito estatal o regional que se considere.
- Por procesos singularizados se entienden aquellos priorizados en cada ámbito por su importancia, prevalencia, coste, repercusiones para el paciente, etc.
- Los costes estructurales son aquellos ocasionados por servicios generales, factores de especial complejidad (quemados), convenios especiales, plantillas de elevada edad, etc., que pueden caracterizar de forma específica a algunos centros.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

ATENCIÓN PRIMARIA -

SUBCRITERIO 9a: Indicadores económicos

Estas medidas son los resultados clave planificados por la organización que hacen referencia a los aspectos económicos de la misma.

Las áreas a abordar podrían incluir información respecto a:

- 1) Cuenta de resultados
- 2) Coste real asistencial /TISp (Tarjeta individual sanitaria ponderada) (Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- 3) Coste por derivaciones al nivel especializado (Derivaciones)
- 4) Coste real asistencial / consulta (Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- 5) Coste laboratorio /TISp (Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- 6) Coste radiología /TISp (Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- 7) Coste total de farmacia /TISp (Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- 8) Coste medio por envase (Farmacia) (Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- 9) Coste VINES-UTB/Total gasto
- 10) Coste VINES-UTB/TISp
- 11) Ingresos: Facturación a terceros/TISp (Desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- 12) Costes de no-calidad: Urgencias inadecuadamente derivadas al ámbito hospitalario
- 13) Costes por traslados (Ambulancias, etc.)
- 14) Costes de personal (Sustituciones, etc.)

NOTAS DE APOYO

- Los indicadores reseñados son orientativos. Añadir aquellos que cada área, comarca o unidad de atención primaria, considere relevantes.
- En esta versión se ha optado por incluir en este subcriterio resultados exclusivamente económicos. Dependiendo de los objetivos de la organización, podrían considerarse también en este subcriterio resultados no económicos, que en esta versión se han contemplado en el subcriterio 9b.
- En casi todos ellos se tendrán en cuenta las desviaciones existentes en relación con las previsiones, la media y los resultados de los centros de características similares, según el área/comarca o nivel asistencial que se considere.
- En muchos de los indicadores reseñados el denominador lo constituye la TIS (Tarjeta Individual Sanitaria) ponderada, es decir, ajustada por edad y sexo.
- El término VINES o UTB se refiere a los fármacos considerados de eficacia dudosa

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

HOSPITALES -

SUBCRITERIO 9b: Indicadores asistenciales.

Son las medidas operativas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma.

Las áreas a abordar **podrían** incluir los siguientes indicadores:

Indicadores Intermedios

De utilización de recursos

- Estancia Media
- Tasa de adecuación en la indicación (Quirúrgica, Pruebas Complementarias, etc.)
- Reingresos
- Adecuación de estancias
- Rendimiento de quirófanos
- % Intervenciones canceladas
- Índice sucesivas / primeras consultas
- Procesos ambulatorizados (Consultas, Hospital de Día Médico, Quirúrgico, Oncológico, etc.)

De proceso

- Demora (Lista de espera Quirúrgica, Consulta, Pruebas Complementarias, etc.)
- Estandarización de Cuidados de enfermería
- Protocolos / Guías de práctica clínica
- Continuidad de Cuidados entre atención primaria y especializada
- Información al usuario (Documentos de Consentimiento Informado, Protocolos de Información, en áreas críticas, etc.)
- Codificación
- Evaluación de la calidad de la Historia Clínica del informe de alta, etc.
- % de Cesáreas
- % de Necropsias

Indicadores Finales

Resultados en el estado de salud

- Calidad de vida (ejemplo: a través de escalas del tipo de la SF-36, QWB, etc.)
- Mortalidad
- Infecciones

- Complicaciones (por especialidades y/o procesos)
- Correlación anatomo-clínica
- Úlceras por presión
- Tasa de accidentes

NOTAS DE APOYO

- Los indicadores reseñados son de carácter general y orientativos. Cada centro/servicio/unidad, dependiendo de sus peculiaridades aportará aquellos que constituyan sus resultados o logros más significativos, siempre de forma consecuente con sus objetivos,
- Se incide sobre todo en resultados intermedios de gestión o eficiencia porque son los que tradicionalmente se utilizan en el ámbito de trabajo sanitario.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

ATENCION PRIMARIA

SUBCRITERIO 9b: Indicadores asistenciales.

Son las medidas operativas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar los probables resultados clave del rendimiento de la misma.

Las áreas a abordar podrían incluir indicadores relativos a:

Area o Unidad de Atención al Cliente (AAC)

- % de cartillas de largo tratamiento tramitadas
- % de Incapacidad transitoria (I.T.) tramitadas
- Gestión de citación a especialidades desde el AAC (porcentaje)
- % de reclamaciones presentadas y resueltas en los plazos establecidos
- Gestión de visitas

Derivaciones al nivel especializado y a pruebas complementarias

- Derivaciones/1000 TISp por especialidad
- % de Derivaciones realizadas respecto a las pactadas por especialidad
- Pruebas complementarias solicitadas / 1000 TISp (incluye laboratorio, radiología, endoscopias, TAC, RMN, ecografías, etc., dependiendo de los centros, áreas y comarcas)

Consulta de enfermería

- % de primeras visitas espontáneas / Total primeras
- % de primeras visitas derivadas / Total primeras Consulta
- % de consultas sucesivas / Total visitas
- Primeras visitas a terminales / Total visitas
- Primeras visitas a crónicos / Total visita Domicilio
- % de visitas con plan de cuidados
- Continuidad de cuidados - Nº y desviación respecto a media

Oferta preferente(según contrato-programa)

- Hipertensión
- Hipercolesterolemia
- Cáncer
- SIDA
- Salud Mental
- Diabetes, etc.

Procesos organizativos

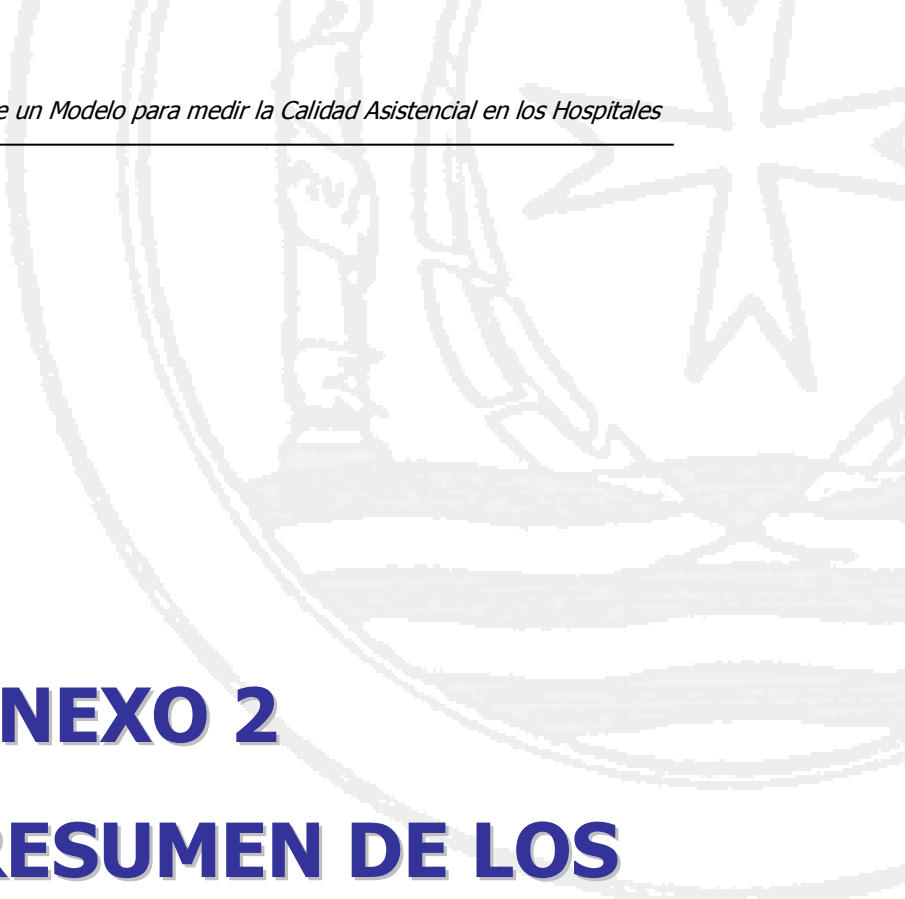
- Agenda de Calidad
- % de jerarquización. Desviación respecto a las medias e indicadores de centros de características similares
- Minutos / visita (desviaciones)

Documentación clínica: - % de Historias que cumplen criterios de calidad

Prescripción farmacéutica: - % de adhesión a genéricos

NOTAS DE APOYO

- Estos indicadores se aportan con carácter orientativo. Cada comarca, área o unidad de atención primaria debe aportar aquellos indicadores que por su relevancia constituyan sus resultados o logros más significativos.
- La oferta preferente constituye todo el capítulo de actividades preventivas que desarrolla cada centro. Su medición conlleva la necesidad de establecer a priori los indicadores y la metodología de evaluación a través de la cual se determinará el nivel alcanzado en los diferentes programas.
- La agenda de calidad constituye el conjunto de criterios de buena práctica en la organización de la oferta del tiempo asistencial a los pacientes.



ANEXO 2

CUADRO RESUMEN DE LOS

PRINCIPIOS DE GESTIÓN DEL

MODELO DE LAS NORMAS ISO

9000:2000

ANEXO 2_CUADRO RESUMEN CON LOS PRINCIPIOS DE GESTIÓN DEL MODELO DE LAS NORMAS ISO 9000:2000

PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		UNE-EN-ISO 9004:2000
1	Enfoque al cliente.	Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
2	Liderazgo.	Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
3	Participación del personal.	El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
4	Enfoque basado en procesos.	Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5	Enfoque de sistema para la gestión.	Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
6	Mejora continua.	La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
7	Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.	Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
8	Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.	Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Anexo 2: Los principios de gestión de la calidad según la norma UNE-EN-ISO 9004:2000.

ANEXO 3

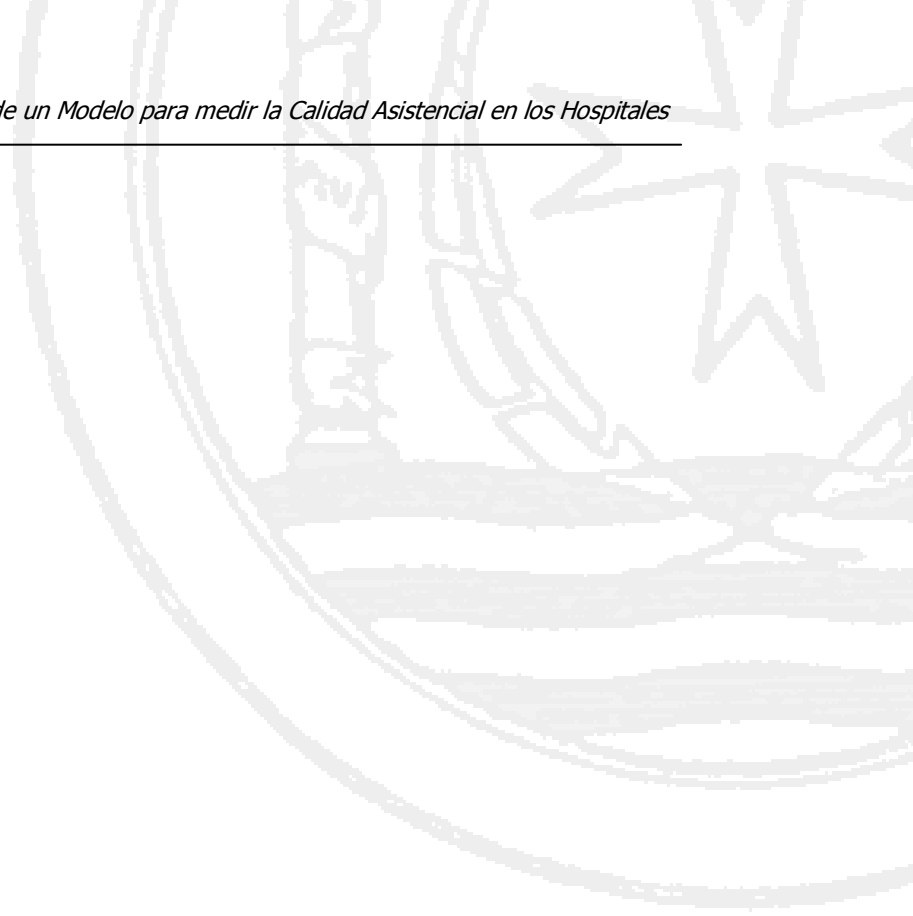
CUADRO RESUMEN DE LAS

DIMENSIONES DE CALIDAD

DEL CANADIAN COUNCIL ON

HEALTH SERVICES

ACCREDITATION (2000)



ANEXO 3 _CUADRO RESUMEN DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DEL CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION (2000)

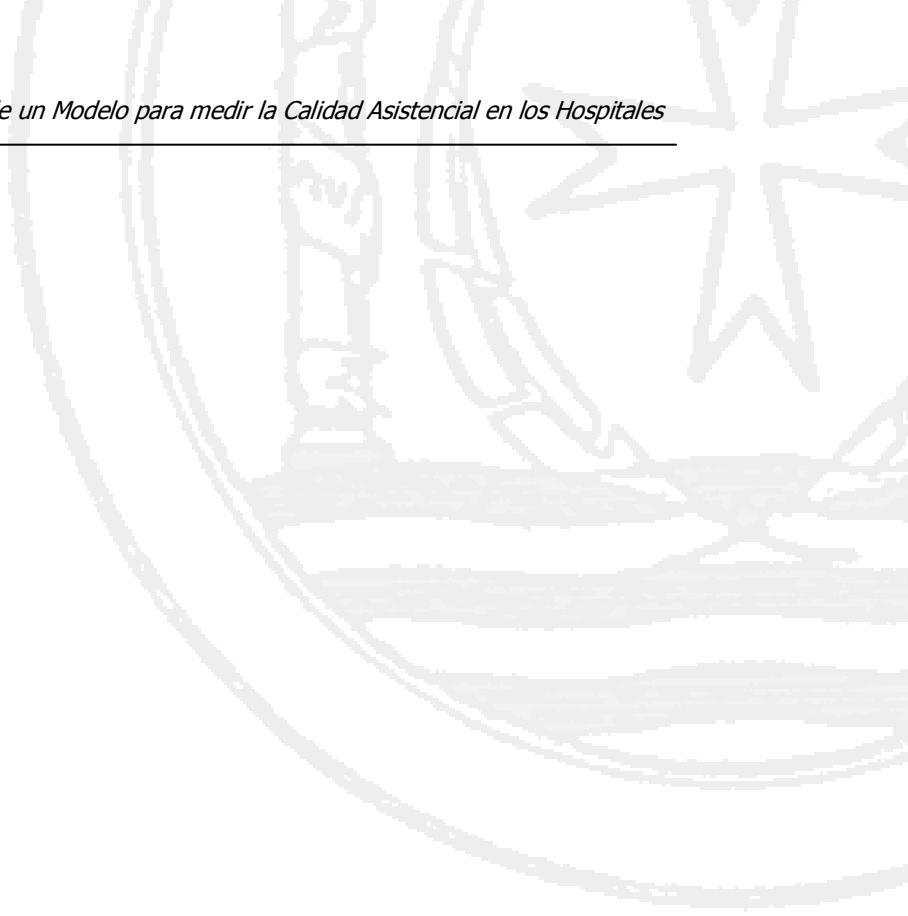
DIMENSIONES DE LA CALIDAD - CCHSA 2000	
<p>1. Responsabilidad La organización es capaz de anticipar y responder a los cambios en las expectativas y necesidades de sus clientes, su población o el medio ambiente.</p>	<p>Disponibilidad Se dispone de los servicios y recursos necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes y de la población.</p>
	<p>Accesibilidad Los clientes o la población obtienen los servicios en el lugar y forma más apropiada.</p>
	<p>Adecuación temporal Los servicios se prestan el tiempo necesario para satisfacer adecuadamente las necesidades.</p>
	<p>Continuidad La prestación de servicios se realiza de manera uniforme a lo largo del tiempo.</p>
	<p>Equidad Se toman decisiones y se prestan servicios siguiendo un criterio de justicia.</p>
<p>2. Competencia del sistema La organización proporciona servicios de la mejor manera posible según el actual estado del conocimiento y obtiene los beneficios para sus clientes y población mediante un uso coste – efectivo de los recursos.</p>	<p>Pertinencia Los servicios prestados se corresponden adecuadamente con las necesidades de los individuos o comunidades, se ajustan a los objetivos de la organización, se basan en pruebas suficientes sobre sus beneficios y se ajustan a los estándares establecidos.</p>
	<p>Competencia profesional Los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales son los adecuados para el servicio que prestan.</p>
	<p>Efectividad Los servicios prestados obtienen resultados óptimos.</p>
	<p>Seguridad Los riesgos potenciales o los daños imprevistos son evitados o minimizados.</p>
	<p>Legitimidad Los servicios o actividades se ajustan a los principios éticos, valores, convenios, leyes y demás marcos reguladores.</p>
	<p>Eficiencia Para conseguir resultados óptimos se utilizan adecuadamente los recursos, con un gasto mínimo.</p>
	<p>Alineamiento del sistema La misión, visión, valores y objetivos del sistema son claros, bien integrados, coordinados y adecuadamente comprendidos tanto interna como externamente. Esto se refleja en los planes organizacionales, los sistemas de delegación y los procesos de decisión.</p>

<p>3. El cliente y la comunidad como centro La organización trata de fortalecer sus vínculos con sus clientes y comunidades de referencia. La organización lleva a cabo esto estimulando su participación y la colaboración en sus actividades.</p>	<p>Comunicación abierta</p>	<p>Se intercambia información con el cliente, su familia y/o la comunidad de una manera comprensible, continuada, consistente y útil.</p>
	<p>Confidencialidad</p>	<p>Se protege adecuadamente la información que debe mantenerse en privado.</p>
	<p>Participación y colaboración</p>	<p>El cliente y/o la comunidad participan activamente en la toma de decisiones en condiciones de simetría con los demás actores, así como en la planificación, prestación y evaluación de los servicios sanitarios.</p>
	<p>Respeto y cuidado</p>	<p>La cortesía, el respeto, la consideración, y la sensibilidad se incorporan a todas las interacciones entre la organización y los clientes y/o la comunidad.</p>
<p>4. La vida laboral La organización proporciona una atmósfera de trabajo orientada a la búsqueda de la excelencia, la participación total, el crecimiento personal, profesional y organizacional, la salud, el bienestar y la satisfacción.</p>	<p>Responsabilización de la organización en el desarrollo de la comunidad</p>	<p>La organización apoya y refuerza el desarrollo de la comunidad, y contribuye a su salud integral.</p>
	<p>Comunicación abierta</p>	<p>La organización propicia un clima de apertura, libertad de expresión e información compartida.</p>
	<p>Claridad de roles</p>	<p>Los trabajadores tienen claramente definidos sus objetivos y sus tareas, y estos se alinean con los de su equipo y de la organización en general.</p>
	<p>Participación en la toma de decisiones</p>	<p>Se potencia la expresión de las opiniones de los trabajadores, y estas se tienen en cuenta en el proceso de toma de decisiones.</p>
	<p>Aprendizaje del entorno</p>	<p>Se potencia la creatividad, la innovación y la iniciativa de los trabajadores. Se les proporciona la formación y entrenamiento necesarios para alcanzar los objetivos de la organización, así como su propio desarrollo personal y profesional.</p>
<p>Bienestar</p>	<p>La organización proporciona un medio ambiente de trabajo continuamente saludable y seguro, reconoce la contribución a ello de los trabajadores y vincula sus opiniones a la puesta en marcha de actividades de mejora.</p>	

Anexo 3. Dimensiones de la Calidad del Canadian Council on Health Services Accreditation (2000)¹

¹ AIM Accreditation Program. The AIM Concepts. Ottawa – Ontario (Canadá): CCHSA, 2000

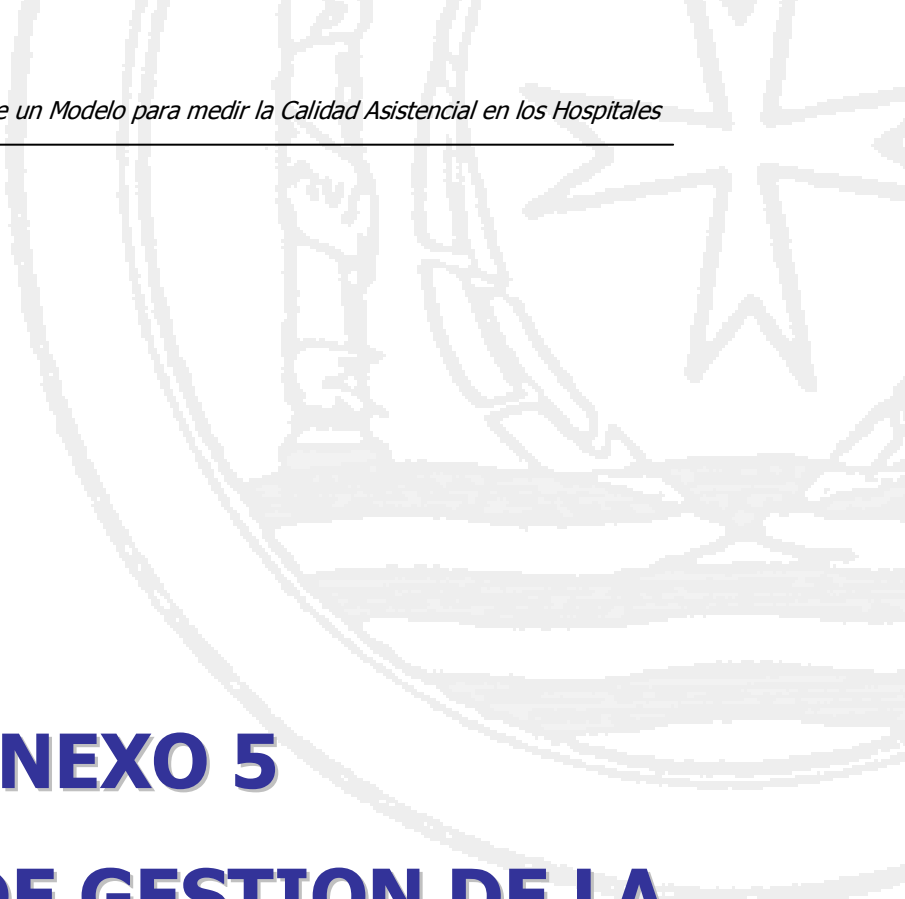
ANEXO 4
RESUMEN DEL ANÁLISIS DE
LOS PRINCIPALES MODELOS
DE
EVALUACIÓN/ACREDITACIÓN



ANEXO 4_UN RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE EVALUACIÓN / ACREDITACIÓN¹

Modelos de calidad	EFQM	JCIA / JCHO	ISO	CCHSA
	<p>Se trata de un modelo de evaluación de la calidad, más en concreto de autoevaluación en primera instancia y de evaluación externa posterior. Consta de 9 criterios de evaluación: 5 criterios facilitadores y 4 criterios de resultados.</p> <p><u>Agentes facilitadores:</u> Liderazgo, Personas, Política y Estrategia, Alianzas y Recursos, procesos.</p> <p><u>Criterios Resultados:</u> Resultados en las Personas, en los Clientes, en la Sociedad y resultados Clave.</p> <p>Cada subcriterio lleva asociado un número variable de áreas a abordar</p>	<p>Se trata de un modelo de acreditación mediante evaluación externa. Consiste en una enunciación de indicadores y estándares de consenso internacionales. Hay dos grandes bloques:</p> <p>a) Estándares centrados en los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad y continuidad en la atención. • Derechos del paciente y su familia. • Evaluación del paciente • Atención al paciente. • Educación del paciente y su familia. <p>b) Estándares de gestión de la Organización Sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión y mejora de la calidad. • Prevención y Control de la Infección. • Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección. • Gestión y Seguridad de las instalaciones. • Formación y cualificaciones del personal. • Gestión de la información. 	<p>Se trata de un modelo de certificación mediante evaluación externa. Hay dos series de normas las ISO 9001 y ISO 9004 y una norma complementaria (ISO 900) sobre fundamentos y vocabulario del sistema de gestión de la calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> o La ISO 9001:2000 es la que se emplea para la certificación y sus áreas principales son: <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Gestión de la Calidad • Responsabilidad de la Dirección • Gestión de los Recursos • Realización del producto • Medición, análisis y mejora o La ISO 9004:2000 se plantea cómo satisfacer los requisitos mínimos de la norma 9001:2000 	<p>Se trata de un modelo de acreditación mediante evaluación externa. Consiste en una enunciación de estándares. Dentro de cada estándar se definen las actividades a realizar para alcanzarlos.</p> <p>Hay cuatro grupos de estándares o secciones que deben ser evaluadas obligatoriamente en todas las organizaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo o Alianzas o asociaciones. • Medio Ambiente • Recursos Humanos • Gestión de la información. <p>Luego hay secciones que incluyen estándares específicos para cada uno de los tipos de organización sanitaria (Procesos Agudos, Rehabilitación, etc...)</p>

¹ Adaptado de Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias. en los modelos de calidad. propuestas de mejora para su desarrollo en España. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Madrid. Mayo. 2003



ANEXO 5

MODELOS DE GESTION DE LA

CALIDAD DE LAS

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

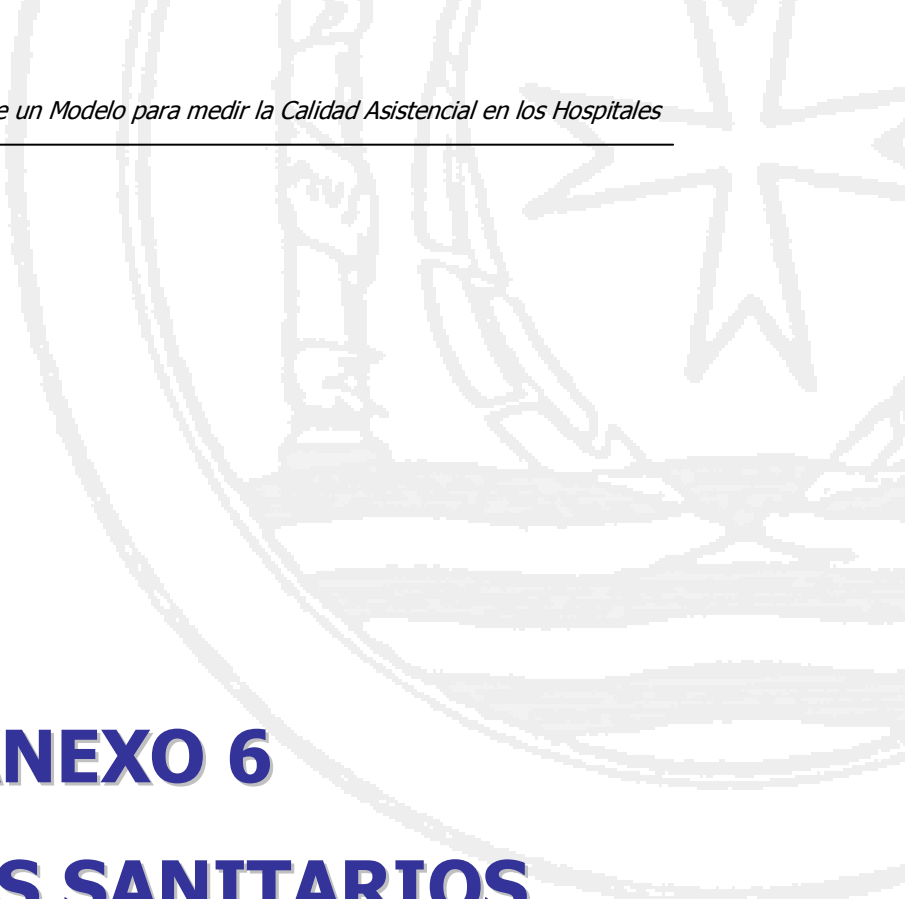
DE ESPAÑA

ANEXO 5_MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA²⁴⁷

Comunidad Autónoma	Modelo
Andalucía	Gestión por Procesos Asistenciales Integrados. Modelo Integral de Gestión por Competencias. Modelo de Acreditación de Andalucía (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía)
Aragón	Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el SALUD. EFQM. Autoevaluación Objetivos de calidad en el Contrato de Gestión. Estándares de la Joint Commission Internacional Accreditation (JCI)
Asturias	Modelo propio, basado en el EFQM y aspectos del IOM (Institute of Medicine), integrando el Plan de Salud.
Baleares	Plan Marco de Calidad. No hay modelo establecido. Autonomía hospitalaria. Gestión de procesos avanzada en algunos hospitales.
Canarias	Objetivos e indicadores por servicio. Gestión de procesos (vías clínicas).
Cantabria	Autoevaluación EFQM en todos los hospitales y Atención Primaria. Fusión de objetivos e indicadores de calidad con los de actividad (desaparece el Anexo de Calidad del Contrato de Gestión).
Castilla La Mancha	Plan de calidad del INSALUD actualizado, integrando niveles asistenciales. Adaptación parcial al modelo EFQM. Diversas iniciativas.
Castilla y León	EFQM como modelo de la Administración Regional. SACYL: experiencias puntuales de autoevaluación según modelo EFQM. Guía de Autoevaluación en Atención Primaria. Líneas de actuación en mejora de la calidad. Futura Agencia de Acreditación Sanitaria
Cataluña	Amplia experiencia previa en acreditación, aunque siempre interna. Nuevo sistema de Acreditación que combina /EFQM/JACHO/ King's Fund/ISO, más externo.
Extremadura	Gerencia única de Área. Plan Marco de Calidad. Continuidad autorización-acreditación. Contemplará aspectos de acreditación y gestión de procesos siguiendo el modelo andaluz, aunque también incluirá experiencias EFQM.
Galicia	Iniciativas puntuales variadas. Certificaciones ISO. Evaluación y proyectos de mejora desde la Consejería de Sanidad, siguiendo el modelo EFQM.
Madrid	EFQM. Formación de los equipos directivos. Autoevaluación de Hospitales y

²⁴⁷ **Fuente:** Plan de Calidad del SESCAM. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. Área de Atención al Usuario y Calidad Asistencial. Diciembre 2004

	Áreas de Atención Primaria.
Murcia	Experiencia EMCA. Plan de Calidad del INSALUD. Objetivos por servicios en Atención Especializada.
Navarra	Objetivos de calidad dentro del contrato programa de Atención Especializada, inspirado en un modelo parecido al EFQM (MAPPA-Horizonte). Programa interno de gestión de la calidad en Atención Primaria. Gestión de procesos clínicos relevantes.
La Rioja	Unidad de Calidad Rioja Salud. Modelo EFQM y gestión de procesos en las fundaciones (Calahorra). Plan de Calidad mixto, en el hospital San Millán-San Pedro.
C. Valenciana	Modelo EFQM. (Autoevaluación/evaluación externa/acreditación). Creación de un organismo acreditador.
País Vasco	Amplia experiencia con el modelo EFQM. Autoevaluación, evaluación externa, premios. Plan de Calidad.



ANEXO 6
CENTROS SANITARIOS
ESPAÑOLES
CERTIFICADOS/ACREDITADOS
EN ISO, JCAHO Y EFQM

ANEXO 6_CENTROS SANITARIOS ESPAÑOLES CERTIFICADOS/ACREDITADOS EN ISO, JCAHO Y EFQM

➤ CERTIFICACIÓN ISO

ORGANIZACIÓN	ALCANCE	NORMA	INICIO	REVISIÓN
HOSPITAL DE COSLADA ASEPEYO Coslada	Servicios de Gestión y atención sanitaria de Traumatología, cirugía ortopédica y rehabilitación y la gestión de los servicios de apoyo	14001:1996	11/2003	11/2006
CENTRO MÉDICO VIRGEN DEL ALCÁZAR Murcia	Asistencia médica y hospitalización	9001:2000	9/2003	9/2006
CLÍNICA INTERMUTUAL DE EUSKADI Bilbao	Asistencia sanitaria hospitalaria médico quirúrgica y rehabilitadora	9001:4/200	4/2000	3/2007
CLÍNICA MONCLOA Madrid	Áreas y unidades asistenciales: Hospitalización, UCI, Urgencias, Farmacia, Laboratorio, Radiología, Quirúrgica, Cocina, Unidad de día, Electrofisiología, Hemodinámica, Rehabilitación. Áreas y unidades no asistenciales: Logística, Almacén, Mantenimiento, Admisión, Atención al Paciente, Administración, Lencería, Personal	9001:2000	1/2003	1/2006
	Gestión medioambiental	14001:1996	3/2002	3/2005(*)
COMPLEJO ASISTENCIAL BENITO MENNI-HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS Madrid	Hospital Psiquiátrico de media y larga estancia. Residencia asistida personas mayores. Residencia discapacitados psíquicos. Mini residencia enfermos mentales crónicos. Centro estancias diurnas personas mayores. Centro Salud Mental Distrito Aranjuez	9001:200	12/2003	12/2006
COMPLEJO ASISTENCIAL HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS Málaga	Asistencia Psiquiátrico-sanitaria y Socio sanitaria, incluyendo Unidad de agudos, Unidad de media y larga estancia Unidad de Psicogeriatría, Residencia de mayores. Residencia de psicodeficientes y Unidad de estancias diurnas	9002:1994	7/2003	7/2006
COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE-	Servicio de Lavandería, farmacia hospitalaria y análisis clínicos	9001:2000	3/2003	2/2006

PROFESOR NOVOA SANTOS El Ferrol				
CORPORACIÓN FISOGESTIÓN Centro de Recuperación Funcional y Fisioterapia Barcelona	Servicio de Rehabilitación física ambulatoria	9001:2000	10/2002	10/2005
Fisioterapia S.A. Barcelona	Proceso asistencial del servicio de Rehabilitación domiciliaria	9001:2000	7/2002	7/2005(*)
Fisiogirona S.A. Girona	Proceso asistencial del servicio de Rehabilitación domiciliaria	9001:2000	12/2003	12/2006
Kinesiterapia S.A. L´Hospitalet de Llobregat	Proceso asistencial del servicio de Rehabilitación domiciliaria	9001:2000	12/2003	12/2006
Serveis Ilerdenses de Rehabilitació Lleida	Proceso asistencial del servicio de Rehabilitación domiciliaria	9001:2000	12/2003	12/2006
Instituto Logopédico de Barcelona Barcelona	Proceso asistencial del servicio de Rehabilitación logopédica	9001:2000	10/2002	10/2005
COORDINACIÓN DE TRANSPLANTES – UNIDAD DE RECURSOS Y SERVICIOS COMUNES – HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA Barcelona	La Coordinación del proceso de donación de órganos y tejidos obtenidos para transplante y/o finalidades científicas. Desarrollo de nuevos proyectos de investigación. Acogida y formación de profesionales en el funcionamiento del modelo de coordinación de transplantes – Transplant Services Foundation	9001:2000	3/2002	3/2005(*)
EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS Málaga	Coordinación y Asistencia Primaria a las Urgencias y Emergencias Sanitarias. 061. Gestión del Transporte Sanitario. Alerta Sanitaria. Dispositivos de riesgo sanitario previsibles. Transporte secundario de enfermos críticos. Asistencia a Emergencias Colectivas y catástrofes	9001:2000	7/1997	5/2006
	Gestión medioambiental	14001:1996	5/2003	5/2006
EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL COSTA DEL SOL Marbella	Gestión de la lavandería	9001:2000	12/2003	12/2006
	Gestión medioambiental	14001:1996	5/2003	5/2006
GRUPO FRESENIUS MEDICAL CARE Madrid ASHDO S.A CENTRO DE DIALISIS	Servicio de Hemodiálisis	9001:2000	11/2004	11/2007

CIA ANDALUZA DE MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA S.A. CILU S.A. HEMOGAN S.A INSTITUTO DE CIENCIAS NEUROLICAS S.A INSTITUT NEFROLOGIC S.L NEFROCLUB CARTAGO S.L. SOCODI CLUB S.L.				
KIDNEY S.L. NATIONAL MEDICAL CARE OF SPAIN S.A	Servicio de Hemodiálisis	9001:2000	1/2005	1/2008
AMEX S.A CETIRSA PHERMODIALISIS SEVEIS D'AJUT	Servicio de Hemodiálisis	9001:2000	12/2002	12/2005
CENTRO DE DIALISIS BURGALÉS S.A HEMODIAL S.L PECHROL S.A. REUS MEDICAL S.L.	Servicio de Hemodiálisis	9001:2000	10/2003	10/2006
GRUPO SANITARIO IBERICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA S.L. CLÍNICA RECOLETAS Albacete Alcalá de Henares Ciudad Real	Gestión de consultas externas para las especialidades de análisis clínicos, ginecología y obstetricia, traumatología y ortopedia, dermatología, oftalmología, gastroenterología, endocrinología, cardiología, medicina general, cirugía vascular, neumología y psiquiatría La prestación de asistencia sanitaria médica en las especialidades de urgencias, medicina rehabilitadora y fisioterapia, cirugía ambulatoria, cuidados de hospitalización, pruebas de diagnóstico por imagen mediante tomografía axial computerizada, resonancia magnética nuclear, ortopantografía, mamografía, ecografía radiología convencional, así como los servicios e soporte asociados: mantenimiento, cocinas, farmacia y gestión de la lavandería	9001:2000	12/2003	12/2006
CLÍNICA VIRGEN DE GUADALUPE Cáceres	El diseño y la prestación de servicios asistenciales en las áreas de consultas externas, hemodinámica, cirugía, reanimación urgencias, hospitalización y radiodiagnóstico(radiología convencional, mamografía y ecografía), la gestión de la realización de análisis clínicos, así como los servicios no asistenciales de soporte asociados	9001:2000	1/2004	1/2007

HOSPITAL DE SANTA JUSTA Villanueva de la Serena	El diseño y la prestación de servicios asistenciales en las áreas de consultas externas, cirugía, urgencias y hospitalización, radiodiagnóstico, la gestión de la realización de análisis clínicos y farmacia, así como los servicios no asistenciales de soporte asociados	9001:2000	12/2003	12/2006
CLÍNICA RECOLETAS Toledo	Pruebas diagnósticas por imagen mediante resonancia magnética nuclear y densitometría, La gestión de consultas externas en las especialidades de medicina general, pediatría, ginecología y obstetricia, alergología y neurología	9001:2000	12/2003	12/2006
HOSPITAL COMARCAL DE BIDASOA Hondarribia	Consulta de Preanestesia, Cirugía Mayor y Menor ambulatoria practicada en los quirófanos pertenecientes a la Unidad de Cirugía sin ingreso. Servicio de Radiología Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos. Servicio de Laboratorio de Anatomía Patológica. Admisión y Archivo de Historias Clínicas.	9001:2000	7/2002	7/2005(*)
	Gestión integral de los procesos externalizados (servicio de restauración, gestión intracentro de residuos, servicio de mantenimiento y servicio de limpieza)	9001:2000	11/2003	11/2006
HOSPITAL DE ZUMÁRRAGA Zumárraga	Admisión de consultas, Admisión de Urgencias, Anatomía Patológica, Aprovisionamiento (Compras y Almacén), Asistencia Social, Atención al Paciente y Usuario, Biblioteca, Cocina, Esterilización, Gestión de Pagos, Lavado de ropa y lencería, Mantenimiento Correctivo, Radiología y Salud Laboral	9001:2000	9/2003	9/2006
	Gestión, transporte y almacenamiento final de los residuos	9001:2000	4/2004	4/2007
	Prestación de asistencia especializada	14001:1996	4/2004	4/2007
HOSPITAL GENERAL DE VIC Vic	Servicio de Anatomía Patológica, para la realización de histologías, Citologías y Autopsias. Laboratorio Clínico para la realización de determinaciones de Bioquímica, Microbiología y Hematológica, a partir de especímenes procedentes del cuerpo humano	9001:2000	6/2002	6/2005(*)
HOSPITAL MONTE NARANCO	Gestión de los servicios de:	9001:2000	9/2003	9/2006

Oviedo	Admisión, Facturación, Suministro interno de material sanitario, Limpieza, Lencería, Cocina y Mantenimiento. Servicio de Informática, Archivos y Documentación clínica, Servicio de información. Cuidados de enfermería. Anestesiología. Laboratorios de Microbiología y Laboratorio de Hematología			
--------	--	--	--	--

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN SAGESSA Reus	Procesos de extracción y Laboratorio general de análisis clínicos, microbiológicos y de urgencia que se efectúan en especímenes procedentes del cuerpo humano. Análíticas para la realización de transfusión de hemoderivados. Transfusión y autotransfusión de hemoderivados (hematíes y plasma) que se efectúen en especímenes procedentes del cuerpo humano. Desarrollo de proyectos de Investigación Biomédica. Anatomía patológica.	9001:2000	6/2004	6/2007
	Unidades de radioterapia, radiología y área de oncología	9001:2000	2/2002	2/2005(*)
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES Granada	La prestación de los servicios de elaboración y distribución de comidas en los hospitales general y materno infantil. Gestión de los procesos de compras, inversiones, contratación, gestión de proveedores, gestión de necesidades y peticiones, gestión de clientes internos y facturación. Gestión del almacén de productos excepto farmacia. Gestión de anticipos y de caja fija. Gestión del registro general de documentos. Gestión del mantenimiento de equipos electromédicos para los hospitales general y materno-infantil	9001:2000	3/2004	2/2007
	La prestación de los servicios médicos-hospitalarios. Actividades asistenciales y actividades no asistenciales	14001:1996	1/2003	1/2006
INSITUT CATALÀ D'ONCOLOGÍA (ICO) L'Hospitalet de Llobregat	Tratamiento de radioterapia para pacientes oncológicos	9001:2000	1/2004	1/2007
	Dosimetría línica, radioterapia externa, control de calidad a equipos y fuentes de radiación, equipos de radioterapia y radiodiagnóstico, gestión de disimetrías personales para la protección radiológica	9001:2000	1/2004	1/2007
LAB2 ANÁLISIS Barcelona	Prestación de servicios de ámbito sanitario y a la emisión de informes, con los datos obtenidos de los análisis clínicos, realizados en especímenes procedentes del cuerpo humano	9001:2000	9/2003	9/2006
MUTUAL CYCLOPS Barcelona	Prestación de asistencia ambulatoria, hospitalaria y readaptación profesional a través de la prestación de los servicios de urgencias, consultas externas, hospitalización, cirugía en sus diferentes	9001:2000	7/2002	7/2005

	ámbitos, rehabilitación psicología y funcional, farmacia y radiología			
<p>OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD</p> <p>Subdirección Atención Primaria y Comunitaria</p> <p>Unidades de Atención Primaria</p> <p>SANTURTZI-MAMARIGA, RENTERIA-BERAUN, SAN MARTIN, OLAGUIBEL, CRUCES-LA PAZ, ABANTO-MUSKIZ-GALLARTA, TORREKUA, ASTRABUDUA, ALGORTA-BIDEZAL, REKALDEBERRI, IBARRA, AIALA, ONDARRETA, SANTUTXU-SOLOKOETXE, PORTUGALETE-REPELEGA, HABANA, ARRASATE, SAN IGNACIO, ERANDIO, BALMASEDA, ZARAMAGA, CASCO VIEJO BILBAO, TRAPAGA, ZALLA, EGIA, GORLIZ-PLENTZIA, TXORIHERRI, ARANBIZKARRA I, ARANBIZKARRA II, SANSOMENDI, BASURTO-ALTAMIRA, LA MERCED, DESIERTO, SOPUPE, ZUAZO, AMARA CENTRO, IRUN CENTRO, BEASAIN, LAZKAO, ABADIÑO, MARKINA, ONDARROA, AREETA</p>	Servicios de recepción, información y gestión administrativa (Gestión de agendas sanitarias, tramitación de recetas de medicación prolongada, partes de incapacidad temporal y archivo de historias clínicas)	9001:2000	7/2004	7/2007
<p>SAN ADRIAN, ZUMAIA-ZESTOAGETARIA, BILLABONA-ANOETA, LEIOA, LAKUABIZCARRA, CASCO VIEJO VITORIA, SANTUTXU-EL KARMELO, PARTE VIEJA, DONOSTIA, OÑATI, KAREAGA-SAN MIGUEL, LANDAKO-IURRETA, MONTAÑA ALAVESA</p>	Servicios de recepción, información y gestión administrativa (Gestión de agendas sanitarias, tramitación de recetas de medicación prolongada, partes de incapacidad temporal y archivo de historias clínicas). La prestación de asistencia sanitaria de atención primaria en las áreas de medicina de familia, pediatría y enfermería	9001:2000	7/2004	7/2007
<p>OSATEK, S.A.</p> <p>Galdakao, Bilbao, las Arenas (Vizcaya)</p> <p>San Sebastián (Guipuzcoa)</p> <p>Vitoria-Gasteiz (Alava)</p>	Asistencia Sanitaria mediante diagnóstico por la imagen	9001:2000	6/2002	6/2005(*)

<p>SANITAS S.A. SEGUROS Madrid</p>	<p>Red asistencial</p>	<p>9001:2000</p>	<p>12/2002</p>	<p>12/2005</p>
<p>SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS 061 DE MADRID Madrid</p>	<p>El diseño y la prestación de servicios de coordinación de urgencias y emergencias sanitarias. La atención y la asistencia a las urgencias y emergencias sanitarias. La formación y la docencia en urgencias y emergencias</p>	<p>9001:2000</p>	<p>12/2004</p>	<p>12/2007</p>
<p>TRANSPLAN SERVICES FOUNDATION Barcelona</p>	<p>Coordinación del proceso de donación de órganos y tejidos obtenidos para trasplante y/o finalidades científicas. Extracción, procesamiento y preservación de tejido cardiovascular, tejido del aparato locomotor congelado y liofilizado / desmineralizado, tejido ocular y tejido cutáneo, la distribución para trasplante y/o investigación de los tejidos procesados y desarrollo de nuevos proyectos de investigación. Acogida y formación de profesionales en el funcionamiento del modelo de coordinación de trasplantes – Transplant Services Foundation</p>	<p>9001:2000</p>	<p>3/2002</p>	<p>3/2005(*)</p>
<p>USP CLINICA SAGRADO CORAZÓN Sevilla</p>	<p>Servicios de Recepción. Asistencia de Urgencia. Área Quirúrgica. Unidad de cuidados intensivos. Consultas externas. Farmacia Hospitalaria. Análisis Clínicos, Diagnostico por la imagen: resonancia nuclear magnética y tomografía axial computerizada</p> <p>Medicina vascular, Hemodinámica, eco cardiografía, Electrofisiología y Radiología Intervencionista</p>	<p>9001:2000</p>	<p>8/2003</p>	<p>8/2006</p>

➤ **JOINT COMMISSION OF ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS - JCAHO**

ORGANIZACIÓN	ALCANCE	AGENCIA EVALUADORA	EMISIÓN	RENOVACIÓN
ÁREA BÁSICA DE SALUD VANDELLÓS-L'HOSPITALET DE L'INFANT SAGESSA Vandellós-L'Hospitalet de l'Infant	Toda la organización	FAD-JCAHO	2002	2005
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALOU ICS Salou	Toda la organización	FAD-JCAHO	2004	2007
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA	Toda la organización	FAD-JCAHO	2004	2007
EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL COSTA DEL SOL Marbella	Toda la organización	FAD-JCAHO	2002	2005
GRUPO SANITARIO IBERICA DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA, S.L. HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA San Cugat	Toda la organización	FAD-JCAHO	2002	2005

EUROPEAN FOUNDATION QUALITY MANAGEMENT – EFQM

ORGANIZACIÓN	ALCANCE	AGENCIA EVALUADORA	EMISIÓN	RENOVACIÓN
CLÍNICA MONCLOA Madrid	Toda la organización	SGS ICS Ibérica	12/2003	>400 puntos
HOSPITAL COMARCAL DEL BIDASOA Hondarriba	Toda la organización	Euskalit	11/2002	>500 puntos
HOSPITAL DE ZUMÁRRAGA Zumárraga	Toda la organización	Euskalit	10/2003	>500 puntos
OSATEK, S.A. Galdakao, Bilbao, las Arenas (Vizcaya) San Sebastián (Guipuzcoa) Vitoria-Gasteiz (Alava)	Toda la organización	Euskalit	10/2003	>400 puntos



Universidad
de Cádiz



COMPENDIO DE INDICADORES PARA MEDIR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN HOSPITALES

TESIS DOCTORAL

VALIDACIÓN DE UN MODELO PARA MEDIR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS HOSPITALES

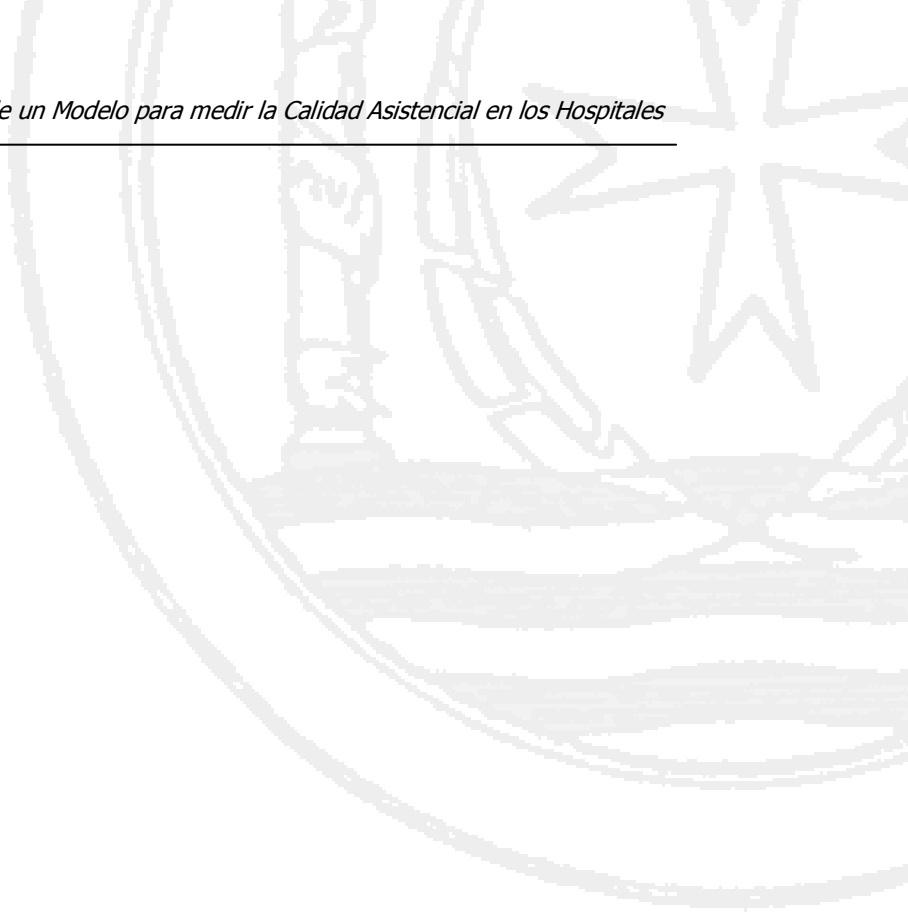
AUTOR: Emilio Ignacio García

DIRECTORES:

Dr. José Almenara Barrios

Dr. Manuel Galán Vallejo

Cádiz, Enero 2007



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	LI – 01

INDICADOR	Conocimiento por parte de los profesionales de los objetivos del centro y del servicio donde trabajan
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: LIDERAZGO	Actividades desarrolladas por la Dirección y demás mandos intermedios encaminadas a facilitar y potenciar el trabajo de los profesionales con objeto de cumplir los objetivos de la organización y mejorar sus resultados.
--	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

Informa sobre el nivel de conocimiento que tienen los profesionales a cerca de las metas del centro y de los objetivos concretos del servicio donde trabajan.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

Número de profesionales que conocen los objetivos del hospital y los concretos de su servicio (P_1)

Número total de profesionales encuestados o entrevistados (n_p)

$$LI_{01} = \frac{P_1}{n_p}$$

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Respuesta de una muestra representativa de profesionales.

ESTÁNDAR

- 70 %

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	LI – 02

INDICADOR	Opinión sobre el grado de implicación de directivos y mandos intermedios
------------------	--

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: LIDERAZGO	Actividades desarrolladas por la Dirección y demás mandos intermedios encaminadas a facilitar y potenciar el trabajo de los profesionales con objeto de cumplir los objetivos de la organización y mejorar sus resultados.
--	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Informa sobre el nivel de compromiso, rendimiento, profesionalidad y conocimientos de los líderes

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Número de profesionales que refieren de sus líderes gran capacidad de trabajo, preparación, rendimiento y que son ejemplos a seguir (P_2)</i></p> <p style="text-align: center;">Número total de profesionales encuestados o entrevistados (n_p)</p> $LI_{02} = \frac{P_2}{n_p}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Respuesta de una muestra representativa de profesionales.

ESTÁNDAR
- 70 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	LI – 03

INDICADOR	Reconocimiento de la labor de los profesionales por parte de los directivos y mandos intermedios del centro
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: LIDERAZGO	Actividades desarrolladas por la Dirección y demás mandos intermedios encaminadas a facilitar y potenciar el trabajo de los profesionales con objeto de cumplir los objetivos de la organización y mejorar sus resultados.
--	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Informa sobre como los líderes reconocen las contribuciones y los logros de los profesionales

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p>Número de profesionales que refieren reconocimientos oportunos a su labor (P_3)</p> <p>Número total de profesionales encuestados o entrevistados (n_p)</p> $LI_{03} = \frac{P_3}{n_p}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta de una muestra representativa de profesionales. - Existencia de informes y cartas de reconocimiento.

ESTÁNDAR
- 70 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	PO – 01

INDICADOR	Planificación estratégica
------------------	---------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: POLÍTICA Y ESTRATEGIA	Cómo implanta el centro sanitario su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyadas por planes, objetivos, metas y procesos relevantes.
--	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

La gestión del centro sanitario debe estar basada en una planificación a corto, medio y largo plazo, cimentada en un análisis previo de la situación, con la misión, visión y los objetivos a alcanzar, cronogramas de actuación, etc. Esta planificación se explicitara en un documento basado en información relevante, centrado en las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés, que contemple escenarios alternativos e identifique factores críticos de éxito. Por último, este documento debe ser conocidos y compartido por los profesionales del centro.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

Profesionales que conocen la planificación estratégica del centro (P_4)*

Total de profesionales encuestados (n_p)

$$PO_{01} = \frac{P_4}{n_p}$$

* Estratificar por categoría profesional

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Constatación física del documento de planificación estratégica (Plan estratégico del centro).
- Respuesta de una muestra representativa de profesionales.

ESTÁNDAR

- 70 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	PO – 02

INDICADOR	Revisión y evaluación de la planificación estratégica
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: POLÍTICA Y ESTRATEGIA	Cómo implanta el centro sanitario su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyadas por planes, objetivos, metas y procesos relevantes.
--	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Los objetivos, metas y acciones contempladas en la planificación estratégica deben ser evaluadas y revisadas periódicamente

DETERMINACIÓN
<i>Evaluación y revisión de la planificación estratégica</i>

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Constatación física de las evaluaciones y revisiones del Plan Estratégico con carácter anual.

ESTÁNDAR
- 100 %.

VARIABLE CATEGÓRICA
Si/No

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	PO – 03

INDICADOR	Memoria anual de actividades
------------------	------------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: POLÍTICA Y ESTRATEGIA	Cómo implanta el centro sanitario su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyadas por planes, objetivos, metas y procesos relevantes.
--	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Memoria del centro donde se refleja los resultados de su actividad.

DETERMINACIÓN
<i>Memoria anual de actividades</i>

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Constatación física de la memoria de al menos los tres últimos años.

ESTÁNDAR
- 100 %.

VARIABLE CATEGÓRICA
Si/No

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	P – 01

INDICADOR	Adecuación del personal al puesto de trabajo
------------------	--

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: PERSONAS	Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha el hospital el conocimiento y todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto a nivel individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica éstas actividades en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
La planificación y distribución de los profesionales debe ser coherente con las estrategias y los objetivos a conseguir. Debe basarse en criterios de cargas de trabajo y cualificación profesional y debe estar realizado por un responsable claro de la organización.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p>Número de profesionales cualificados para el puesto de trabajo</p> <p>Total de profesionales revisados</p> $P_{01} = \frac{P_s}{n_p}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Curriculum Vitae - Reunión con los profesionales para comprobar grado de acuerdo con el indicador. - Evidencias de estudios de cargas de trabajo.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - 70 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	P – 02

INDICADOR	Planificación del personal
------------------	----------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: PERSONAS	Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha el hospital el conocimiento y todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto a nivel individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica éstas actividades en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.
---	---

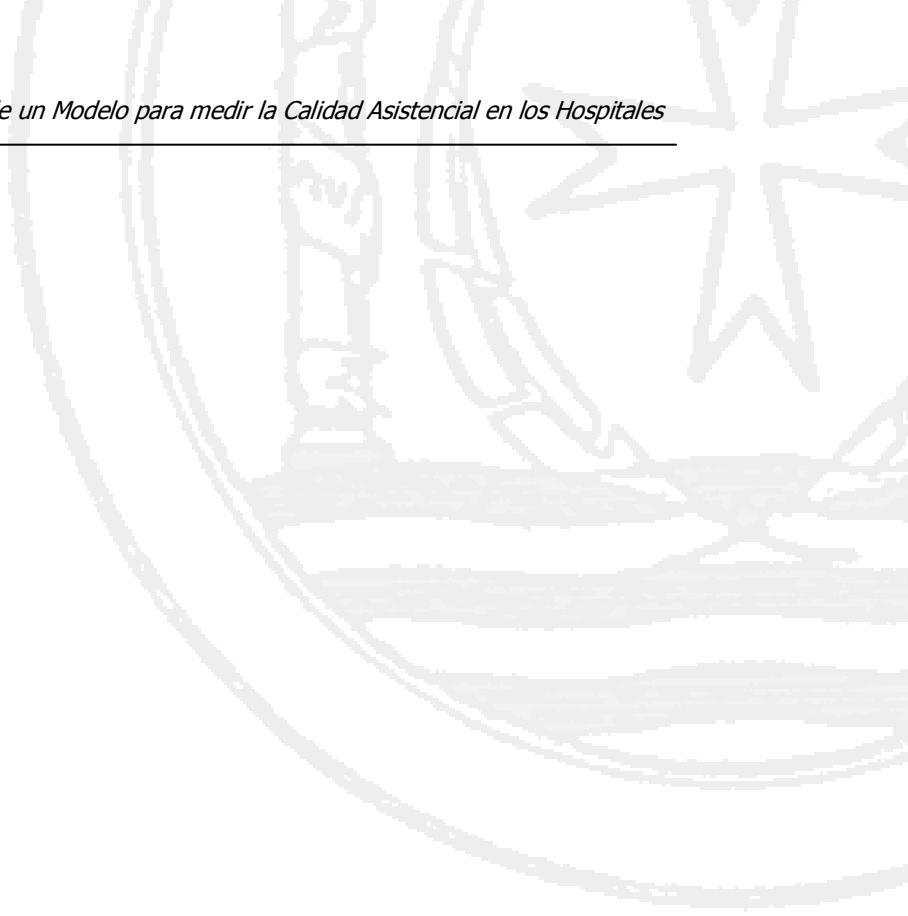
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
La planificación y distribución de los profesionales debe ser coherente con las estrategias y los objetivos a conseguir. Debe basarse en criterios de cargas de trabajo y cualificación profesional y debe estar realizado por un responsable claro de la organización.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
Disponer de un método establecido de promoción, traslado y movilidad del personal

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Documento de regulación. - Evidencia de su aplicación.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - 100 %.

VARIABLE CATEGÓRICA
Si/No



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	P – 03

INDICADOR	Movilidad de los profesionales
------------------	--------------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: PERSONAS	Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha el hospital el conocimiento y todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto a nivel individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica éstas actividades en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
El indicador debe poner de manifiesto el índice de rotación de los profesionales del centro hospitalario. Hace referencia a rotaciones solicitadas por los propios profesionales.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p>Número de profesionales que solicitan cambios de servicio*</p> <p>Total de profesionales</p> $P_{03} = \frac{P_6}{N_p}$ <p>*Estratificar por categoría profesional, servicio y periodos</p>

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Documento oficial de movilidad de los profesionales.

ESTÁNDAR
- < 5 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	P – 04

INDICADOR	Formación continuada
------------------	----------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: PERSONAS	Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha el hospital el conocimiento y todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto a nivel individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica éstas actividades en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Los profesionales disponen de una oferta de actividades formativas que les permite mantener actualizado sus conocimientos.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p>Número de profesionales que disponen de programa de formación continuada*</p> <p style="text-align: center;">Total de profesionales</p> $P_{04} = \frac{P_7}{N_p}$ <p style="text-align: center;">*Estratificar por categoría profesional, servicio y especialidades</p>

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Documento oficial del programa de formación continuada del Centro.

ESTÁNDAR
- > 75 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	P – 05

INDICADOR	Evaluación del desempeño profesional
------------------	--------------------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: PERSONAS	Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha el hospital el conocimiento y todo el potencial de los profesionales que lo componen, tanto a nivel individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica éstas actividades en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
El indicador debe poner de manifiesto como los profesionales realizan su labor asistencial.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p>Número de profesionales evaluados de manera positiva en su desempeño profesional*</p> <p>Total de profesionales</p> $P_{05} = \frac{P_8}{N_p}$ <p>*Ajustar por categoría profesional, servicio</p>

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Resultados de las evaluaciones del desempeño. - Reunión con los directivos y mandos intermedios.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - 90 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	AR – 01

INDICADOR	Existencia de inventarios de materiales y productos
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: ALIANZAS Y RECURSOS	Cómo planifica y gestiona el hospital sus alianzas externas y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.
--	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
El indicador hace referencia a la concordancia existente entre el presupuesto asignado por capítulos y el gasto incurrido

CÁLCULO Y ECUACIÓN
Existencia de inventarios actualizados del material y productos de uso hospitalario

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Documento de regulación. - Evidencia de su aplicación.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - 100 %.

VARIABLE CATEGÓRICA
Si/No

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	AR – 02

INDICADOR	Gestión de residuos
------------------	---------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: ALIANZAS Y RECURSOS	Cómo planifica y gestiona el hospital sus alianzas externas y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.
--	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
El centro dispone de un plan de almacenamiento y eliminación de residuos.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
Plan de almacenamiento y eliminación de residuos

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Documento de regulación. - Evidencia de su aplicación.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - 100 %.

VARIABLE CATEGÓRICA
Si/No

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	AR – 3

INDICADOR	Coste efectividad
------------------	-------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: ALIANZAS Y RECURSOS	Cómo planifica y gestiona el hospital sus alianzas externas y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.
--	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Existen estudios de coste efectividad de los diferentes materiales y productos utilizados en el centro

CÁLCULO Y ECUACIÓN
Estudios de costes-efectividad de materiales y productos

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Documento de regulación. - Evidencia de su aplicación.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - 100 %.

VARIABLE CATEGÓRICA
Si/No

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	PR – 01

INDICADOR	Proceso de planificación estratégica
------------------	--------------------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: PROCESOS	Cómo diseña, gestiona y mejora el hospital sus procesos asistenciales y no asistenciales para apoyar su política y estrategia y para satisfacer a sus pacientes y demás grupos de interés.
---	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Informa sobre el diseño y la puesta en marcha de la planificación estratégica del centro

CÁLCULO Y ECUACIÓN
Planificación estratégica acorde con la misión, visión, valores y objetivos del centro sanitario

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Documento o manual de planificación estratégica.

ESTÁNDAR
- 100 %

VARIABLE CATEGÓRICA
Si/No

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	PR – 02

INDICADOR	Procesos asistenciales clave
------------------	------------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: PROCESOS	Cómo diseña, gestiona y mejora el hospital sus procesos asistenciales y no asistenciales para apoyar su política y estrategia y para satisfacer a sus pacientes y demás grupos de interés.
---	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Informa sobre el diseño y la puesta en marcha de los procesos asistenciales. Entre ellos podrían estar diseñados los procesos asistenciales más prevalentes, como embarazo, partos y puerperio, fractura de cadera, diabetes mellitus, asma bronquial, etc.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
Diseño y puesta en marcha de los procesos asistenciales clave

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Manuales de procesos asistenciales.

ESTÁNDAR
- 100 %

VARIABLE CATEGÓRICA
Si/No

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	PR – 03

INDICADOR	Procesos de apoyo
------------------	-------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: PROCESOS	Cómo diseña, gestiona y mejora el hospital sus procesos asistenciales y no asistenciales para apoyar su política y estrategia y para satisfacer a sus pacientes y demás grupos de interés.
---	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Informa sobre el diseño y la puesta en los procesos de apoyo del centro sanitario. Entre ellos podrían estar diseñados los procesos de compra, sistemas de información, gestión de almacenes, contratación, comunicación, facturación, limpieza, etc.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
Diseño y puesta en marcha de los procesos de apoyo

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Manuales de procesos de apoyo.

ESTÁNDAR
- 100 %

VARIABLE CATEGÓRICA
Si/No

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	SP – 01

INDICADOR	Trato y empatía con los pacientes y familiares
------------------	--

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES	Qué logros está alcanzando el hospital en relación con los pacientes y demás clientes externos.
---	---

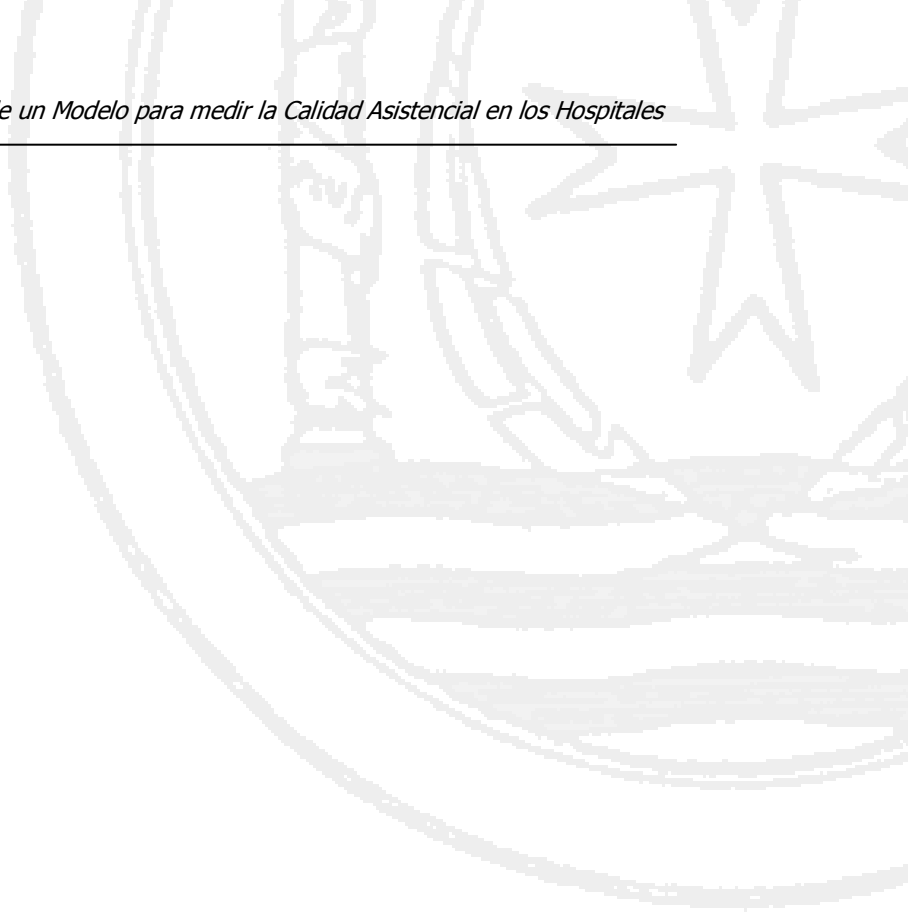
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Debe informar de cómo los profesionales tratan a los pacientes y como estos y sus familiares perciben el proceso de atención.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Pacientes y/o familiares que refieren un trato personal correcto</i></p> <p>Número total de pacientes y/o familiares encuestados o entrevistados</p> $SP_{01} = \frac{V_t}{n_v}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta de una muestra representativa de pacientes y/o familiares al cuestionario diseñado al efecto. - Entrevista con una muestra representativa de pacientes.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - 90 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	SP – 02

INDICADOR	Información a los pacientes y/o familiares sobre el proceso
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES	Qué logros está alcanzando el hospital en relación con los pacientes y demás clientes externos.
---	---

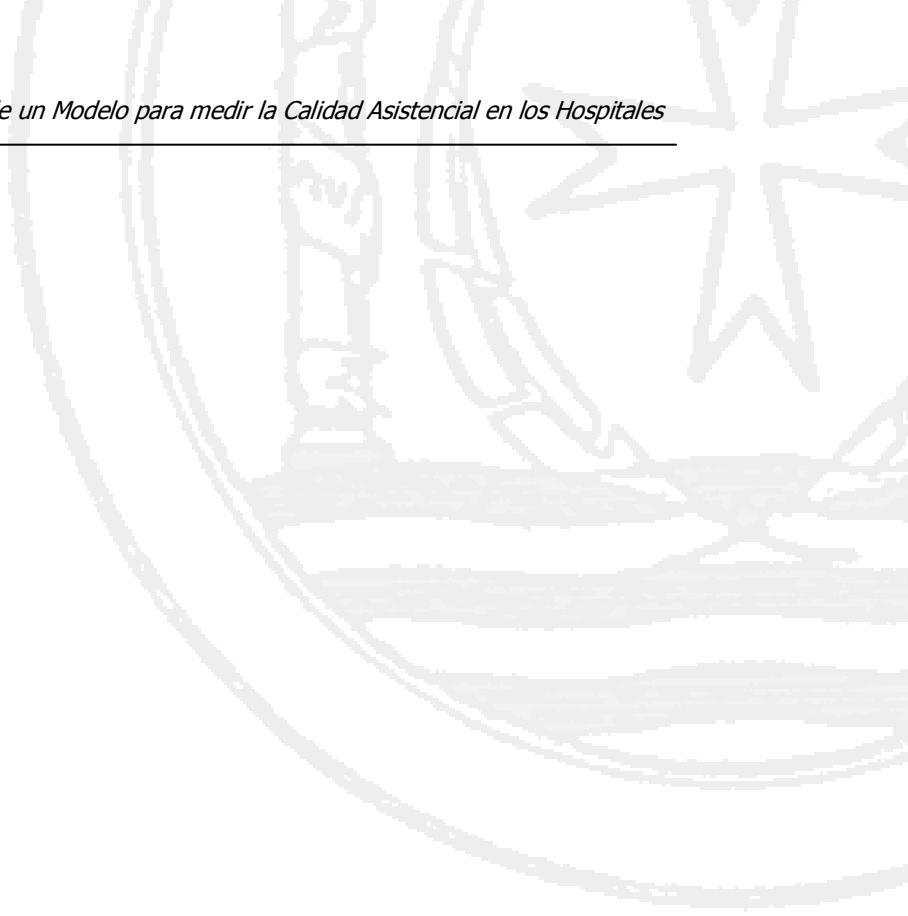
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Debe informar de cómo los profesionales hablan con los pacientes y/o familiares y les transmiten información oportuna sobre el proceso asistencial.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Pacientes y/o familiares que refieren estar informado sobre el proceso</i></p> <p>Número total de pacientes y/o familiares encuestados o entrevistados</p> $SP_{02} = \frac{V_i}{n_v}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta de una muestra representativa de pacientes y/o familiares al cuestionario diseñado al efecto. - Entrevista con los pacientes para comprobar grado de acuerdo con el indicador.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - 90 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	SP – 03

INDICADOR	Confort y calidad hostelera
------------------	-----------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES	Qué logros está alcanzando el hospital en relación con los pacientes y demás clientes externos.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Debe informar de cómo percibe el paciente y/o familia el confort de las instalaciones y la calidad hostelera del centro.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Pacientes y/o familiares que refieren confort en las instalaciones y calidad en las comidas</i></p> <p style="text-align: center;">Número total de pacientes y/o familiares encuestados o entrevistados</p> $SP_{03} = \frac{V_c}{n_v}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta de una muestra representativa de pacientes y/o familiares al cuestionario diseñado al efecto. - Entrevista con los pacientes para comprobar grado de acuerdo con el indicador.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - 90 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	SP – 04

INDICADOR	Reclamaciones y quejas de pacientes y/o familiares
------------------	--

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES	Qué logros está alcanzando el hospital en relación con los pacientes y demás clientes externos.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Debe informar del nivel de quejas y reclamaciones del los pacientes.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Pacientes y/o familiares que presentan quejas y/o reclamaciones*</i></p> <p>Número total de pacientes y/o familiares</p> $SP_{04a} = \frac{V_r}{N_v}$ <p>* Analizar anualmente y estratificar por motivo de la reclamación, servicio y categoría profesional</p> <p><i>Número de Reclamaciones contestadas en un plazo inferior a 15 días</i></p> <p>Total de reclamaciones</p> $SP_{04b} = \frac{R_c}{N_r}$

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Registro de reclamaciones.

ESTÁNDAR

- Primer indicador < 5 %.
- Segundo indicador > 90 %

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	SP – 05

INDICADOR	Conocimiento y cumplimiento de los derechos de los pacientes
------------------	--

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES	Qué logros está alcanzando el hospital en relación con los pacientes y demás clientes externos.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

Pacientes que demuestran tener conocimiento sobre sus derechos y explicitan que son cumplidos por la institución y sus profesionales.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

Pacientes que conocen sus derechos y explicitan su cumplimiento

Número total de pacientes entrevistados

$$SP_{05} = \frac{P_9}{n_p}$$

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Entrevista con un grupo representativo de pacientes ingresados.

ESTÁNDAR

- 90 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	SPR – 01

INDICADOR	Absentismos de los profesionales
------------------	----------------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: SATISFACCIÓN EN LOS PROFESIONALES	Qué logros está alcanzando el hospital en relación con las personas que lo integran.
--	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Conocer el número de profesionales del centro sanitario que no acuden a realizar su labor asistencial. Valores elevados de este indicador podría de manera indirecta poner de manifiesto problemáticas laborales.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº de profesionales que no acuden a su puesto de trabajo*</i></p> <p style="text-align: center;">Total de profesionales</p> <p style="text-align: center;">*Este indicador podría ajustarse por categoría profesional y servicio.</p> $SPR_{01} = \frac{B_t}{N_p}$ <p style="text-align: center;">B_t = nº de nuevas bajas laborales en un tiempo específico (anual)</p> <p style="text-align: center;">N_p = Profesionales censados en ese tiempo</p>

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Registro de incidencia de absentismo laboral.

ESTÁNDAR
- < 5 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Incidencia como frecuencia acumulada. Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	SPR – 02

INDICADOR	Accidentes laborales de los profesionales
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: SATISFACCIÓN EN LOS PROFESIONALES	Qué logros está alcanzando el hospital en relación con las personas que lo integran.
--	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Conocer el número de profesionales que sufren accidentes laborales. Tasas elevadas de este indicador podría de manera indirecta poner de manifiesto problemáticas laborales.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº de profesionales que sufren accidentes laborales*</i></p> <p style="text-align: center;">Total de profesionales</p> <p style="text-align: center;">*Este indicador podría ajustarse por categoría profesional y servicio.</p> $SPR_{02} = \frac{A_t}{N_p}$ <p style="text-align: center;">A_t = Accidentes laborales nuevos en un periodo de tiempo (anual)</p> <p style="text-align: center;">N_p = Profesionales censados en ese tiempo</p>

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Registro de accidentes laborales.

ESTÁNDAR
- < 5 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Incidencia como frecuencia acumulada

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	SPR – 03

INDICADOR	Profesionales satisfechos
------------------	---------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: SATISFACCIÓN EN LOS PROFESIONALES	Qué logros está alcanzando el hospital en relación con las personas que lo integran.
---	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Conocer el clima laboral y el número de profesionales del centro sanitario que está satisfecho con su actividad asistencial.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº de profesionales satisfechos *</i></p> <p style="text-align: center;">Total de profesionales encuestados o entrevistados</p> <p style="text-align: center;">*Este indicador podría ajustarse por categoría profesional y servicio.</p> $SPR_{03} = \frac{S_p}{n_p}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta de una muestra representativa de profesionales al cuestionario para medir la satisfacción laboral. - Entrevista con una muestra representativa de profesionales.

ESTÁNDAR
- 85 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RS – 01

INDICADOR	Profesionales que participan en actos sociales, educativos, y asociativos.
------------------	--

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: SATISFACCIÓN EN LOS PROFESIONALES	Qué logros está alcanzando el hospital en relación con la participación de sus profesionales en la sociedad.
--	--

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Conocer como se implican los profesionales con la sociedad en la difusión de información relevante, mediante conferencias, ayudas a las asociaciones de pacientes, ONGs, etc.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº de profesionales que se implican en la difusión de información relevante</i></p> <p style="text-align: center;">Total de profesionales encuestados o entrevistados</p> $RS_{01} = \frac{P_i}{n_p}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Memoria del centro. - Entrevista con una muestra representativa de profesionales.

ESTÁNDAR
- 65 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RS – 02

INDICADOR	Ciudadanos satisfechos con la imagen del hospital
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: SATISFACCIÓN EN LOS PROFESIONALES	Qué logros está alcanzando el hospital en relación con la percepción del ciudadano.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Conocer como perciben los ciudadanos la imagen del hospital.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº de ciudadanos satisfechos con la imagen del hospital</i></p> <p style="text-align: center;">Total de ciudadanos encuestados o entrevistados</p> $RS_{02} = \frac{C_s}{n_c}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Entrevista con una muestra representativa de ciudadanos.

ESTÁNDAR
- 80%.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 01 (Accesibilidad)

INDICADOR	Estancia media por GDR
------------------	------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Número de días que el paciente está hospitalizado ajustado por patologías o procesos.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p>Sumatorio del nº de días de estancias de los diferentes pacientes del GDR</p> <p>Total de pacientes del GDR</p> $EM_{GDR_i} = \frac{\sum dGDR_i}{N_i GDR}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica. - Informe de alta. - Estadísticas del Centro.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - Inferior o igual a la estancia del GDR estándar

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Media

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 02 (Accesibilidad)

INDICADOR	Estancia media prequirúrgica
------------------	------------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
--	---

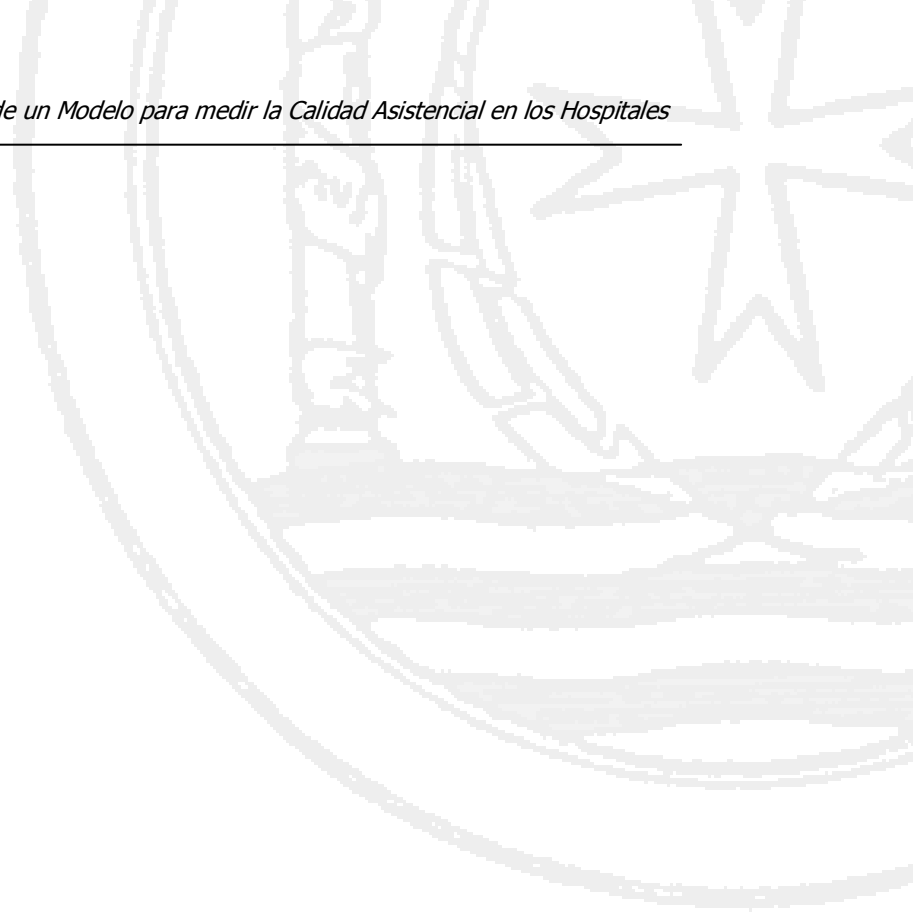
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Número de días que el paciente está hospitalizado antes de ser intervenido quirúrgicamente.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Número de pacientes quirúrgicos con estancias superiores a un día antes de la intervención*</i></p> <p style="text-align: center;">Total de pacientes quirúrgico revisados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sólo pacientes quirúrgicos programados. $RC_{02} = \frac{P_t}{n}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica. - Informe de alta. - Estadísticas del Centro.

ESTÁNDAR
- < 5 %

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 03 (Accesibilidad)

INDICADOR	Tiempo de espera en Consulta Externa Hospitalaria
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

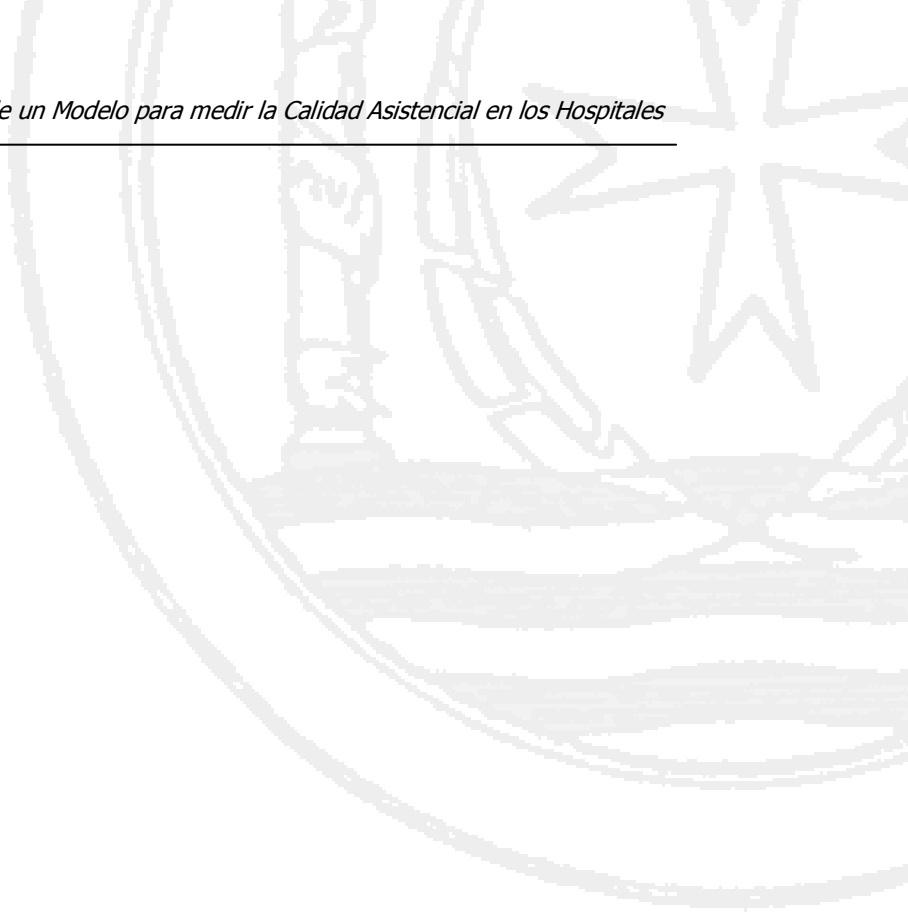
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Tiempo que espera el paciente citado en consulta externa.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº de pacientes que esperan más de 30 minutos desde la hora de la citación hasta la hora de entrada en consulta*</i></p> <p style="text-align: center;">Total de pacientes revisados</p> <p style="text-align: center;">*Ajustar por Especialidad y/o por Consulta.</p> $RC_{03} = \frac{P_{10}}{n_p}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Registro de consultas Externas.

ESTÁNDAR
- < 10 %

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 04 (Accesibilidad)

INDICADOR	Tiempo de espera medio para cita en Consulta Externa Hospitalaria
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

Tiempo que espera el paciente para obtener una cita con el Especialista de Consulta Externa Hospitalaria.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

*Sumatorio del N° de días que transcurre desde la petición de cita hasta que el paciente es visto**

Total de pacientes

$$TE_{CE} = \frac{\sum D_i}{N_p}$$

*Ajustar por Especialidad y por Proceso

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Registro de Consultas Externas.
- Estadísticas Gestoría de Usuario.

ESTÁNDAR

- < 10 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Media

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 05 (Accesibilidad)

INDICADOR	Tiempo de espera medio Quirúrgicos
------------------	------------------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
--	---

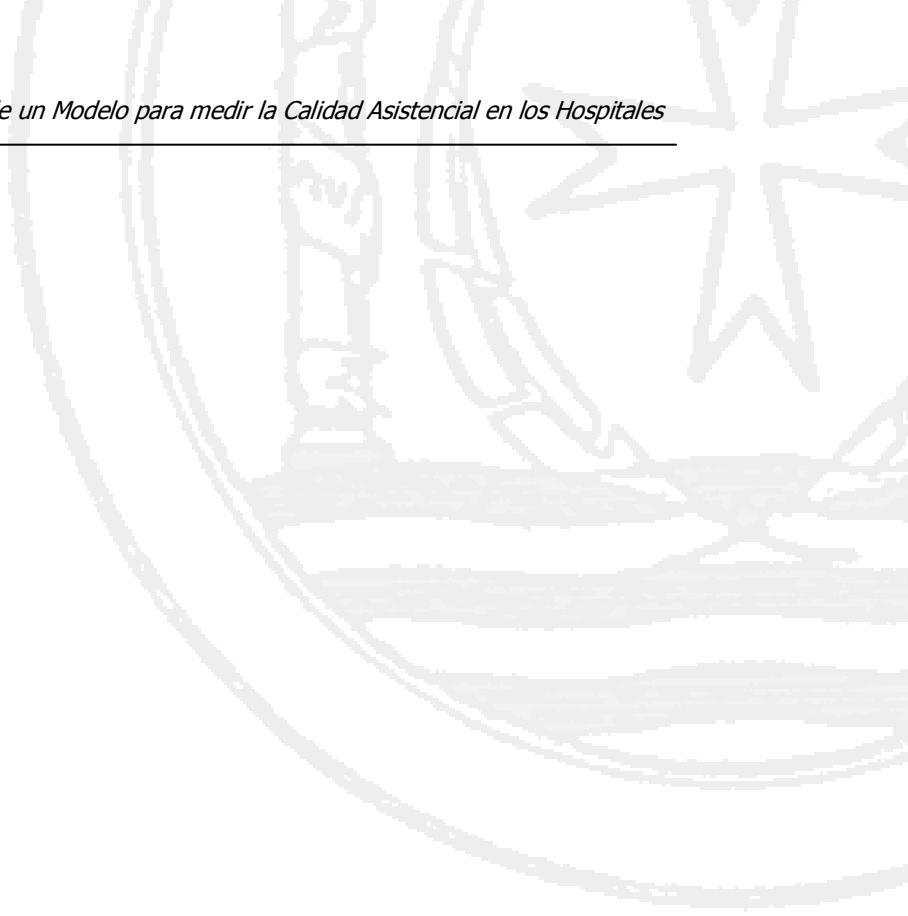
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Tiempo que espera el paciente desde que se solicita la intervención hasta que es intervenido.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Sumatorio del n° de días que transcurre desde que se solicita la intervención hasta la intervención*</i></p> <p style="text-align: center;">Total de pacientes</p> $TE_q = \frac{\sum d_2}{N_p}$ <p style="text-align: center;">*Ajustar por Especialidad y/o por Proceso.</p>

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica. - Estadísticas del Centro.

ESTÁNDAR
- < 60 días

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Media



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 06 (Accesibilidad)

INDICADOR	Intervenciones cancelada
------------------	--------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

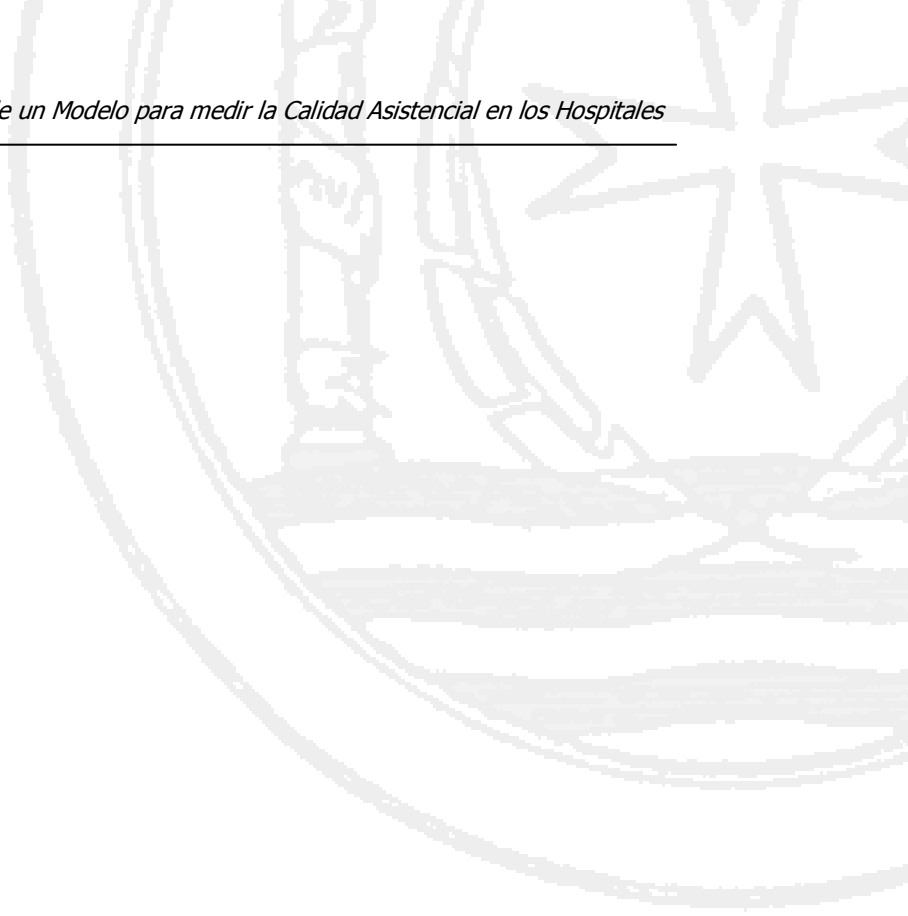
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Intervenciones quirúrgicas programadas que son suspendidas.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Pacientes cuyas intervenciones programadas son suspendidas</i></p> <p>Total de pacientes incluidos en partes de intervención quirúrgica programada</p> $RC_{06} = \frac{P_c}{n_p}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Partes de quirófanos. - Historia Clínica. - Estadísticas del Centro.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - 5 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 07 (Morbilidad)

INDICADOR	Partos por cesáreas
------------------	---------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

La cesárea es un procedimiento de cirugía mayor cuya indicación inadecuada incrementa de manera innecesaria el riesgo del paciente y refleja ineficiencias en la utilización de los recursos.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

Nº total de pacientes sometidas a cesáreas

Total de partos

$$RC_{07} = \frac{P_{cs}}{n_p}$$

FUENTES Y EVIDENCIAS

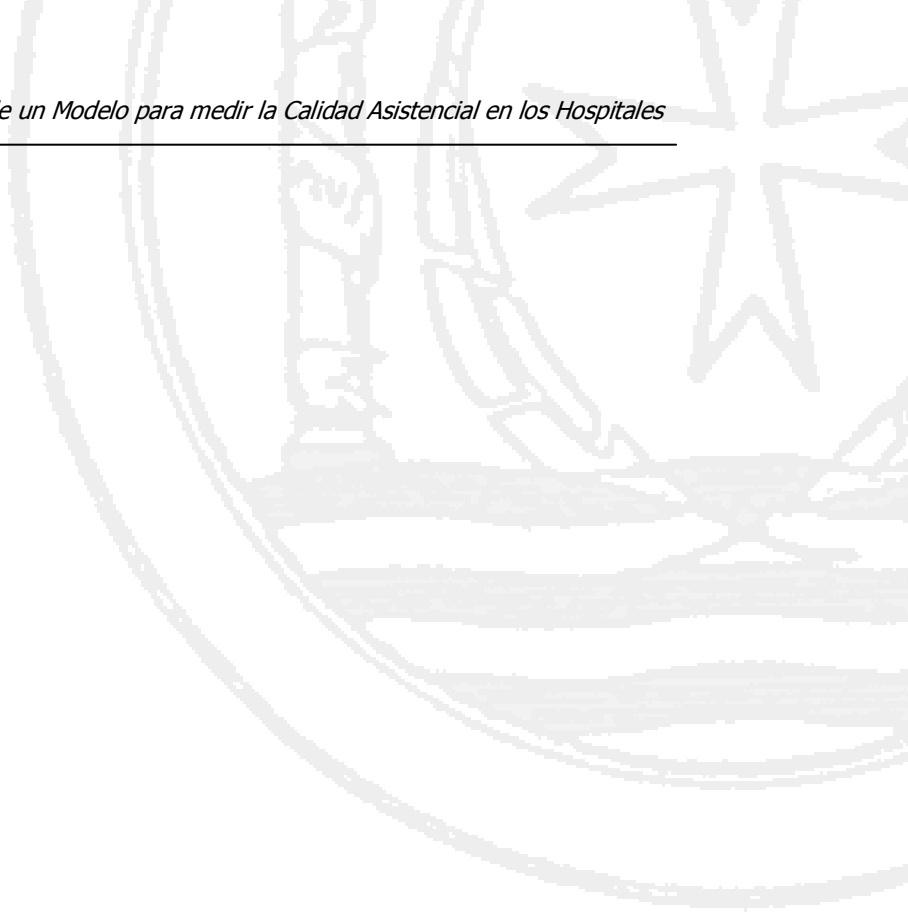
- Historia Clínica.
- Estadísticas del Centro.

ESTÁNDAR

- < 17 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 08 (Morbilidad)

INDICADOR	Infecciones nosocomiales
------------------	--------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

El término infección nosocomial u hospitalaria, incluye todas las infecciones que se presentan en un hospital , excepto los casos en que el paciente ingresa con la infección activa o en periodo de incubación..

CÁLCULO Y ECUACIÓN

*Nº total de pacientes que desarrolla infección nosocomial**

Total de pacientes revisados

$$RC_{08} = \frac{P_i}{n_p}$$

* Ajustar por servicio , tipo y lugar de infección

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Historia Clínica.
- Estadísticas del Centro.
- Registros de Medicina Preventiva.

ESTÁNDAR

- < 7 %

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 09 (Morbilidad)

INDICADOR	Errores en transfusiones sanguíneas
------------------	-------------------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

Se define como aquellos errores derivados en la administración de sangre y/o hemoderivados. Incluye los motivados por errores de catalogación de grupos, tipo de sangre a transfundir, etc.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

*Pacientes que sufren errores transfusionales**

Total de pacientes transfundidos

$$RC_{20} = \frac{P_t}{N_t}$$

* Según la definición y significado del indicador

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Historia Clínica.

ESTÁNDAR

- 0 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 10 (Morbilidad)

INDICADOR	Pacientes con dolor
------------------	---------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

Se define como aquellas pacientes que refieren dolor durante el periodo de hospitalación.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

*Pacientes que refieren dolor**

Total de pacientes revisados

$$RC_{21} = \frac{P_d}{n_p}$$

*Ajustar por tipo de proceso, patologías y servicios

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Historia Clínica.
- Utilización de escalas de dolor.
- Entrevista con una muestra representativa de pacientes.

ESTÁNDAR

- < 2 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 11 (Gestión)

INDICADOR	Consentimiento informado
------------------	--------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

Se define como el consentimiento otorgado de manera voluntaria por un sujeto o por una persona responsable de él, para participar en una investigación, régimen de tratamiento u intervención quirúrgica, tras haber sido informado del propósito, métodos, procedimientos, alternativas, ventajas y riesgos inherentes. Es la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos recomendados para solicitarle su autorización. El deber de obtener el consentimiento informado, en los casos anteriormente descritos, está recogido como derecho en la LGS, excepto en los siguientes casos: riesgo para la salud pública, urgencias y cuando el paciente no está capacitado para tomar decisiones.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

Pacientes que autorizan por escrito la intervención

Total de pacientes revisados que son sometidos a procedimientos que requieren el consentimiento

$$RC_{09} = \frac{P_a}{n_p}$$

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Historia Clínica.

ESTÁNDAR

- 100 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 12 (Gestión)

INDICADOR	Calidad de la Historia Clínica del paciente
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
--	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

La calidad de la H. Clínica viene definida por la correcta cumplimentación de los siguientes registros: Anamnesis y exploración física, evolución, órdenes médicas, hojas de interconsultas, informe de exploraciones complementarias, gráficas clínicas, evolución y planificación de cuidados de enfermería, informe de alta y cualquier otro documento que el proceso asistencial requiera (ej. Consentimiento Informado, informe de anestesia, informe de quirófano o parto, informe de anatomía patológica, etc.)**. Todos los documentos deben contener los datos de identificación del paciente, estar actualizados, con escritura legible y firmados por el profesional responsable.

** Fuente: Artículo 15.2 de la Ley 41 /2002, de 14 de noviembre. Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

*Historias clínicas que cumplan los criterios de calidad**

Total de Historias Clínicas revisadas

$$RC_{19} = \frac{H_c}{n_r}$$

* Según la definición y significado del indicador

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Historia Clínica.

ESTÁNDAR

- 90 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 13 (Gestión)

INDICADOR	Pacientes que reingresan urgentes por la misma categoría diagnóstica
------------------	--

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
--	---

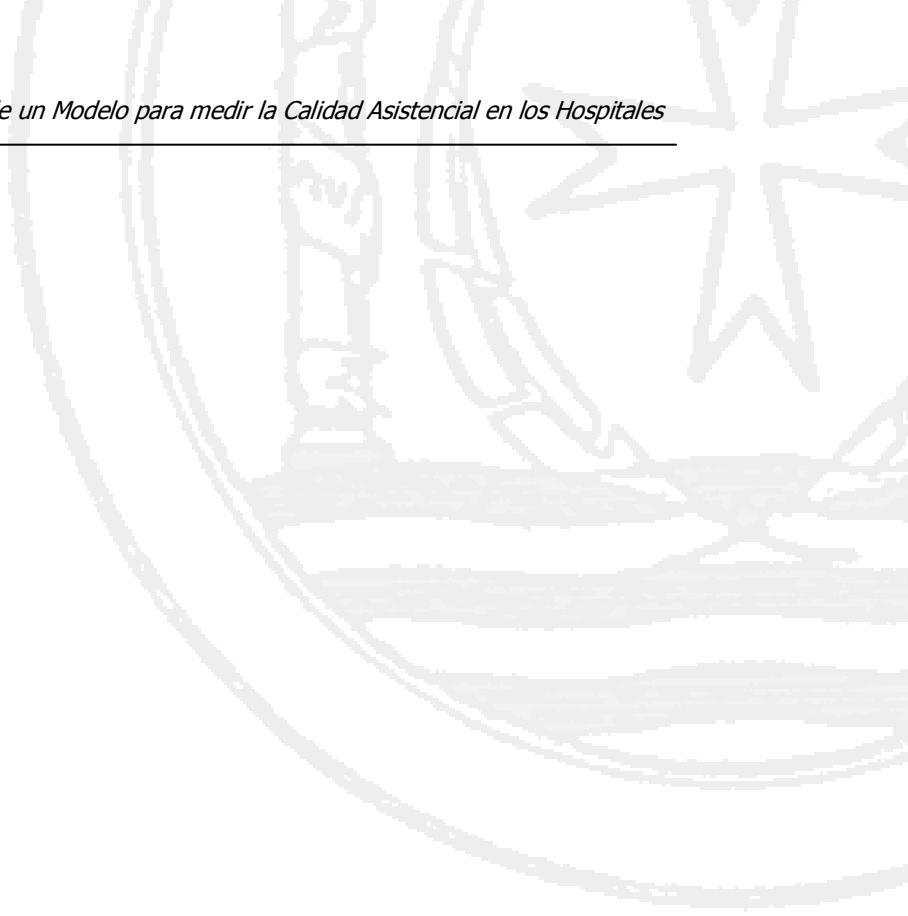
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Pacientes que reingresan de manera urgente por el mismo diagnóstico por el que fue dado de alta.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Pacientes que reingresan con el mismo diagnóstico de su alta</i></p> <p>Total pacientes dados de alta</p> $RC_{19} = \frac{R_d}{n_r}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Historia Clínica, Registros de altas e ingresos.

ESTÁNDAR
- 2 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 14 (Cuidados de enfermería)

INDICADOR	Úlceras por presión
------------------	---------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

Las úlceras por presión se definen como lesiones isquémicas que se producen por hipoxia celular debido a una prolongada presión.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

*Pacientes que desarrollan úlceras por presión**

Total de pacientes hospitalizados estudiados

$$RC_{10} = \frac{P_u}{n_p}$$

*Ajustar por servicio

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Historia Clínica.
- Registros de Enfermería.

ESTÁNDAR

- Pacientes con riesgo < 15 %
- Pacientes sin riesgo < 5 %

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 15 (Cuidados de enfermería)

INDICADOR	Flebitis postcateterización
------------------	-----------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

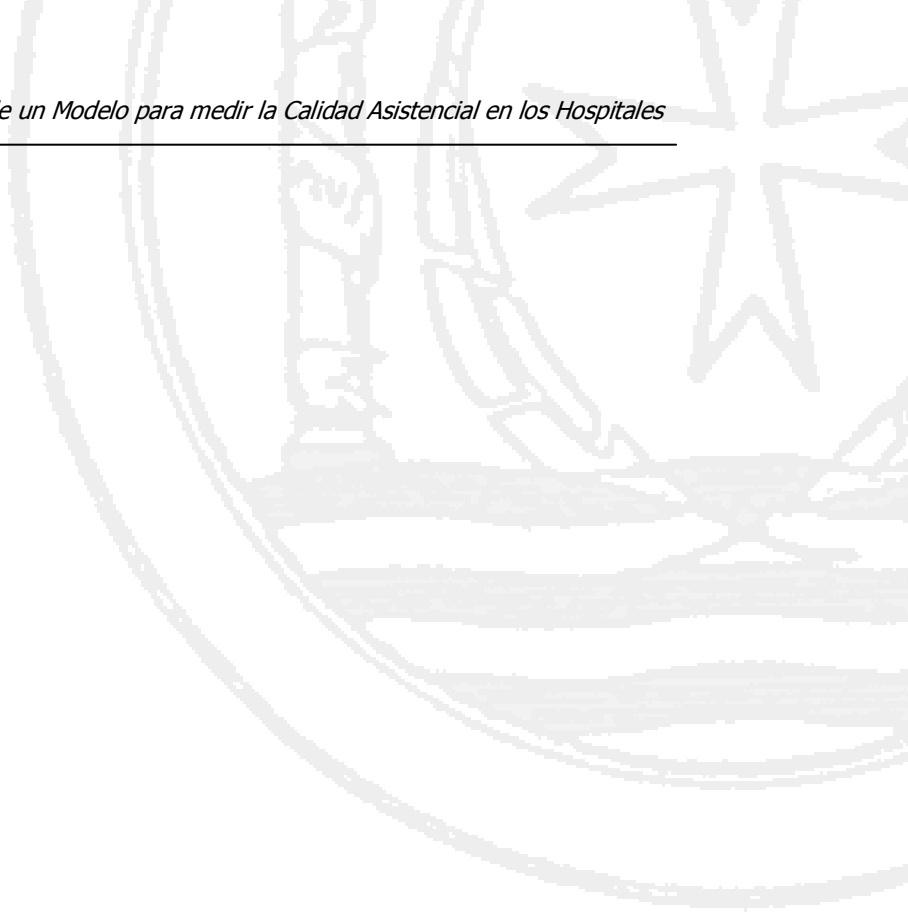
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Las flebitis postcateterización se definen como la inflamación de una vena como consecuencia de la inserción de un catéter o el paso de un agente irritante.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Pacientes que desarrollan flebitis postcateterización*</i></p> <p>Total de pacientes hospitalizados estudiados sometidos a terapias intravenosas</p> $RC_{11} = \frac{P_f}{n_p}$ <p>*Ajustar por servicio</p>

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica. - Registros de Enfermería.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - < 15 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 16 (Cuidados de enfermería)

INDICADOR	Errores en la Administración de medicamentos
------------------	--

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

El error en la administración de medicamento se define como cualquier anomalía que se produzca motivada por administración de otro fármaco, dosis, vía de administración, horarios, tiempos de administración, etc.

CÁLCULO Y ECUACIÓN

*Pacientes que padecen errores en la administración de medicamentos**

Total de pacientes medicados estudiados

$$RC_{12} = \frac{P_e}{n_p}$$

*Ajustar por servicio y tipo de error según la definición y significado del indicador

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Historia Clínica.

ESTÁNDAR

- < 5 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 17 (Cuidados de enfermería)

INDICADOR	Supervisión de medicamentos
------------------	-----------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

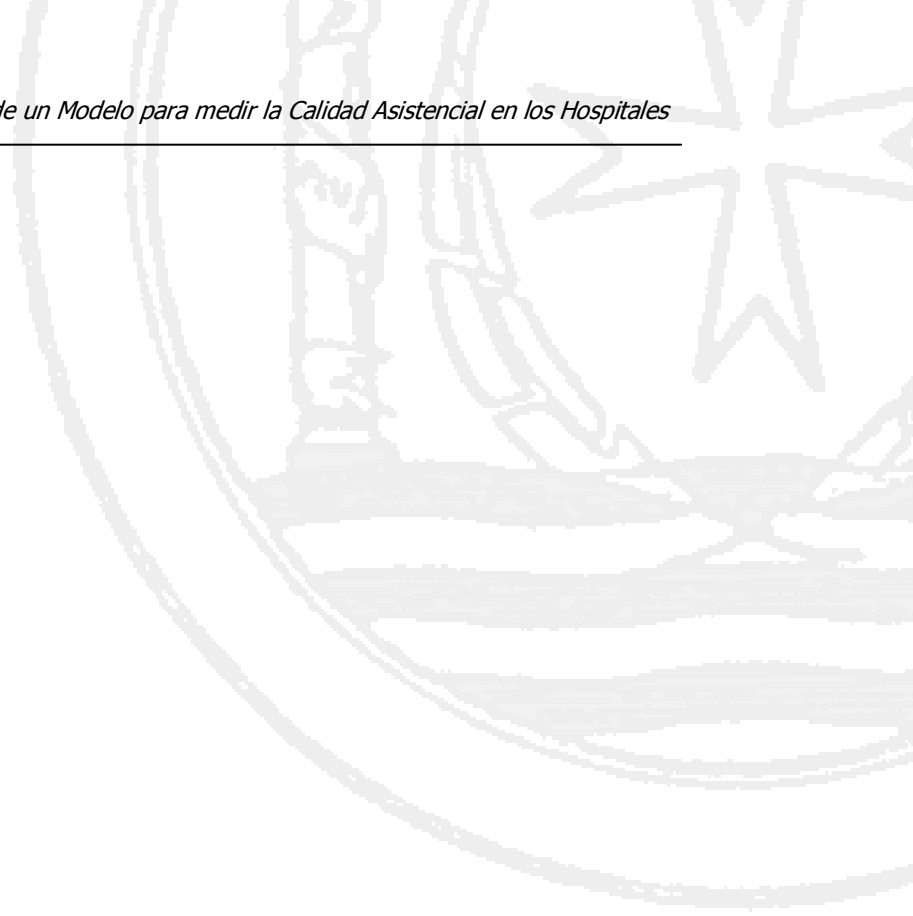
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
El indicador de supervisión de medicamentos hace referencia a fármacos tributarios de monitorización de niveles plasmáticos para la individualización de la dosis, debido a presentar un estrecho margen terapéutico. Estos fármacos a los que se hace referencia son fundamentalmente: digoxinas, teofilinas, fenitoínas, litios.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Pacientes en trat con fármacos tributarios de monitorización sin la medida del nivel de medicamento en sangre*</i></p> <p>Total de pacientes hospitalizados estudiados con prescripción de fármacos tributarios de monitorización</p> $RC_{13} = \frac{P_m}{n_p}$ <p>*Ajustar por servicio y fármaco</p>

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Historia Clínica.

ESTÁNDAR
- 100 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 18 (Mortalidad)

INDICADOR	Necropsias
------------------	------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Examen del cadaver para la comprobación del motivo de la muerte y la concordancia diagnóstica..

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº de Necropsias realizadas</i></p> <p>Total de pacientes fallecidos</p> $RC_{14} = \frac{N_c}{F}$ <p>* Ajustar por servicio y patologías</p>

FUENTES Y EVIDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica. - Estadísticas del Centro.

ESTÁNDAR
<ul style="list-style-type: none"> - > 5 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 19 (Mortalidad)

INDICADOR	Mortalidad hospitalaria
------------------	-------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

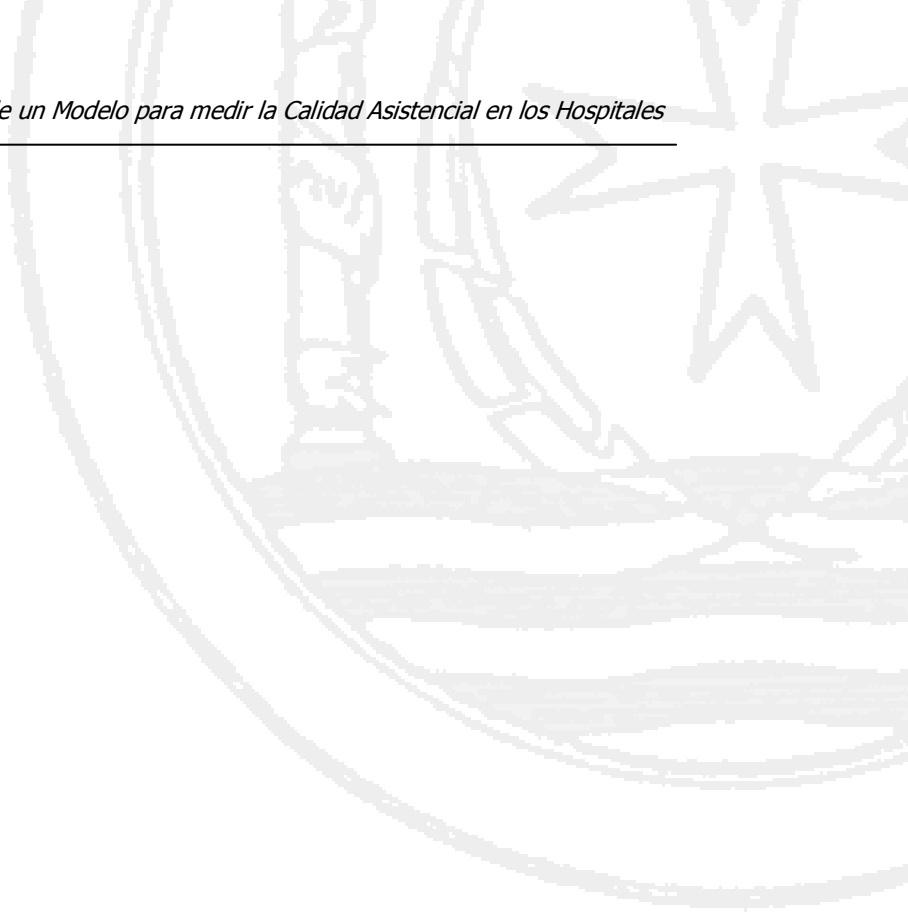
DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Pacientes que fallecen en el centro hospitalario, incluyendo urgencias, zonas quirúrgicas, etc.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº total de pacientes que fallecen en el centro hospitalario*</i></p> <p style="text-align: center;">Total de pacientes hospitalizados</p> $RC_{14} = \frac{E}{NT_{eh}}$ <p style="text-align: center;">* Estratificar por proceso, edad</p>

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Historia Clínica.

ESTÁNDAR
- Específico para cada proceso.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción



	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 20 (Mortalidad)

INDICADOR	Letalidad por GDR
------------------	-------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
--	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Pacientes que fallecen en el centro hospitalario, incluyendo urgencias, zonas quirúrgicas, etc.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº total de pacientes fallecidos en el GDR</i></p> <p style="text-align: center;">Total de episodios de hospitalización en el GDR</p> $RC_{15} = \frac{F_{GDR_i}}{NT_{eh} GDR_i}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Historia Clínica.

ESTÁNDAR
- Específico de cada proceso.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 21 (Mortalidad)

INDICADOR	Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable hospitalaria
------------------	--

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Muertes cuyo diagnóstico principal es apendicitis aguda, colecistitis y colelitiasis, hernia abdominal o complicaciones del embarazo, parto y puerperio, en edades comprendidas entre los 5 y 65 años.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
Número total de personas fallecidas por las causas MIPSE definidas

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Historia Clínica.

ESTÁNDAR
- < 5 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Frecuencia

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 22 (Mortalidad)

INDICADOR	Mortalidad por accidente anestésico
------------------	-------------------------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Se define como pacientes que fallecen como consecuencia del proceso anestésico.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº total de pacientes fallecidos sometidos a anestesia general</i></p> <p>Total de pacientes sometidos a anestesia general</p> $RC_{17} = \frac{F_a}{NT_{ag}}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Historia Clínica.

ESTÁNDAR
- 1/10.000.

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RC – 23 (Mortalidad)

INDICADOR	Mortalidad materna
------------------	--------------------

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: RESULTADOS CLAVE	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
---	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
Se define como aquellas pacientes que fallecen en el centro hospitalario en el plazo de 42 días después del parto.

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Nº total de pacientes maternas que fallecen en el plazo de 42 días después del parto</i></p> <p style="text-align: center;">Total de pacientes maternas</p> $Rc_{18} = \frac{PF_{d42}}{Np}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Historia Clínica.

ESTÁNDAR
- 0 %.

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RCE – 24(Gestión económica)

INDICADOR	Desviación del presupuesto económico del centro
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: ALIANZAS Y RECURSOS	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
--	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
El indicador hace referencia a la concordancia existente entre el presupuesto asignado por capítulos y el gasto incurrido

CÁLCULO Y ECUACIÓN
<p><i>Presupuesto asignado</i></p> <p style="text-align: center;">Gasto producido</p> $RCE_{22} = \frac{P_a}{P_p}$

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Informe económico del centro.

ESTÁNDAR
- 1

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RCE – 25 (Gestión económica)

INDICADOR	Desviación del presupuesto del Centro por capítulo
------------------	--

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: ALIANZAS Y RECURSOS	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
--	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR

El indicador hace referencia a la concordancia existente entre el presupuesto asignado por capítulos y el gasto incurrido

CÁLCULO Y ECUACIÓN

*Presupuesto asignado a Capítulo**

Gasto producido

$$RCE_{23} = \frac{P_{a1}}{P_p}$$

*Ajustado por Capítulo 1 (personal) y Capítulo 2 (Recursos materiales)

FUENTES Y EVIDENCIAS

- Informe económico del centro.

ESTÁNDAR

- 1

NATURALEZA ESTADÍSTICA

Proporción

	Código del Indicador
Catálogo de indicadores	RCE – 26 (Gestión económica)

INDICADOR	Coste por unidad de producción hospitalaria
------------------	---

CRITERIO AL QUE SE ASOCIA: ALIANZAS Y RECURSOS	Qué logros está alcanzando el hospital con relación a su rendimiento, fundamentalmente asistencial.
--	---

DEFINICIÓN Y SIGNIFICADO DEL INDICADOR
El indicador hace referencia al coste por unidad de producción hospitalaria (AGH)

CÁLCULO Y ECUACIÓN
Coste por unidad de producción hospitalaria (AGH)

FUENTES Y EVIDENCIAS
- Informe económico del centro.

ESTÁNDAR
- < 3500 euros

NATURALEZA ESTADÍSTICA
Frecuencia