

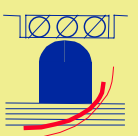
**PLAN DE CALIDAD
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y SALUD MENTAL
EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA**

2004-2007

Glosario de Términos, Abreviaturas y Bibliografía



Osakidetza
Servicio vasco de salud



Agradecimiento

Acción formulada oralmente y/o por escrito, dirigida a expresar gratitud sobre cualquier aspecto relacionado con la organización y atención sanitaria.

Alta Hospitalaria

Paciente que, estando previamente ingresado, desocupa la cama que tenía asignada en el centro. Los motivos de alta hospitalaria pueden ser:

- . Alta médica
- . Alta voluntaria
- . Éxitus
- . Traslado a otro centro
- . Fuga

Aseguramiento de la Calidad

Conjunto de actividades planificadas y sistemáticas, necesario para dar confianza de que un producto ó servicio va a satisfacer los requerimientos establecidos.

Surgió en los años 50, con el término de "Quality Assurance", que se traduce como garantía o aseguramiento de la calidad.

Las normas de serie ISO 9000 se consolidaron en la década de los años 90 como el principal referente a nivel mundial en el ámbito de la garantía de la calidad.

Su última versión, que fue publicada en Diciembre de 2000, amplió sus contenidos y han pasado a denominarse actualmente normas de Gestión de la Calidad

Auditoria

Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la implantación de un sistema y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los requisitos especificados.

Autoevaluación

Es un examen global, sistemático y regular de las formas de hacer las cosas y de los resultados de una organización como la nuestra (HP y SME de Álava), comparados con el modelo de excelencia.

Los objetivos fundamentales del proceso de Autoevaluación son, por tanto, reflexionar en equipo sobre las actividades y resultados del HP y SME de Álava, de cada Unidad del Hospital de cada CSM ó EI, enfrentándolo a un modelo de excelencia y elaborando a continuación planes para la mejora continua de la misma.

La Autoevaluación ofrece una imagen del estado de lo evaluado "en un momento preciso" que suele expresarse en puntos fuertes, áreas de mejora y en una puntuación final que cuantifica esta situación.

Las áreas de mejora pueden exigir una toma de decisión estratégica, o bien "arreglos rápidos" específicos.

No disponemos de los recursos para plantearnos todas las áreas de mejora simultáneamente, y además no sería realista intentarlo, y es por ello que se deben priorizar las áreas de mejora vitales.

Así, una vez terminada la autoevaluación, hay que proceder a las siguientes fases sin las cuales el proceso carece de sentido:

- . La priorización de las áreas de mejora
- . El despliegue de planes de acción para intervenir en las áreas escogidas

Después de establecer prioridades, lo que garantiza mejor su aplicación es su inclusión en el proceso de planificación del HP y SME de Álava, es decir, en el Plan Estratégico 2004-2007 y en el Plan de Calidad 2004-2007 que hemos elaborado para los próximos 4 años, que tienen su exponente y mecanismo de aplicación anual en el Plan de Gestión Anual.

" En ocasiones puede ser tan importante, o incluso más, reforzar y consolidar los puntos fuertes que actuar sobre las áreas de mejora "

Bioética

Es la ética aplicada a las ciencias de la vida y la Ética Asistencial es la parte de la Bioética que se preocupa del ámbito clínico.

Ha surgido por 3 aspectos fundamentales:

- 1º.- Por el progreso de la tecnología médica, ya que la medicina ha avanzado más en los últimos 25 años que en los 25 siglos anteriores
- 2º.- Por los cambios ocurridos en la sociedad, ya que existen nuevas actitudes y valores ante la vida, derechos humanos, etc.
- 3º.- Y porque se ha producido una profunda transformación de la relación médico-paciente, pasando de un modelo paternalista a uno autonomista

Los principios fundamentales que sustentan la bioética son 4:

- 1º.- No maleficencia
- 2º.- Beneficiencia
- 3º.- Justicia
- 4º.- Autonomía

Calidad Total

Es el compendio de las "mejores prácticas" en el ámbito de la gestión de las organizaciones.

La Calidad Total está en continua evolución y sus principios se van modificando y matizando con el paso del tiempo, y en la actualidad, a 1 de Junio de 2004, los principios básicos de la Calidad Total son 8, que constituyen uno de los pilares básicos del sistema de gestión de la calidad del HP y SME de Álava:

- 1º.- Orientación hacia los resultados
- 2º.- Orientación al cliente
- 3º.- Liderazgo y constancia en los objetivos
- 4º.- Gestión por procesos y hechos
- 5º.- Desarrollo e implicación de las personas
- 6º.- Aprendizaje, Innovación y Mejora Continua
- 7º.- Desarrollo de alianzas
- 8º.- Responsabilidad Social

Estos 8 principios los explicaremos más detalladamente al hablar del Modelo de la E.F.Q.M., que es el Modelo de Gestión de la Calidad Total que vamos a utilizar nosotros en el HP y SME de Álava.

Circulo de Calidad

Es un pequeño grupo compuesto por personas voluntarias, que resuelve los problemas de los niveles más operativos de la organización. Todos sus componentes pertenecen a la misma área de trabajo y habitualmente es el propio quien determina el problema a resolver

Cliente

Organización o persona que recibe el resultado de un proceso.

Clientes Externos son los receptores o beneficiarios de la actividad y/o servicio que ofrece la Unidad. Estos incluyen los pacientes, familiares y allegados.

Clientes Internos: Nos referimos a los trabajadores

Caso psiquiátrico

Se refiere a todas aquellas personas que están enfermas, con independencia de que hayan demandado o no atención sanitaria

Competencia

Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.

Conocimiento

Se puede definir como la síntesis de información que llega a la Unidad a través de las diferentes fuentes (trabajadores, estructura, clientes...), incluidas las experiencias acumulables. Es la información que posee valor para la Unidad. Hay que señalar que, hoy en día, el capital intelectual de cualquier empresa comienza a considerarse como parte del capital de la misma.

Consentimiento Informado

Consiste en 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 diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometidos a esos procedimientos.

La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada, debiendo la colaboración ser conseguida sin coerción, y no debiendo el médico sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente.

Los elementos del C.I. son 4:

Voluntariedad: (No persuasión, no coacción, no manipulación)

Comprensibilidad: (Un documento correcto en su contenido, pero difícil en su comprensión es inadecuado, de la misma forma que un documento fácil de entender pero escaso o no veraz en su contenido es ética y jurídicamente inaceptable).

Competencia: La competencia es la capacidad del paciente para tomar decisiones, expresar y defender su escala de valores porque comprende la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego, y el curso de acción posible

Validez y autenticidad:

Existen excepciones al C.I. como son:

- En caso de grave peligro para la salud pública
- Situación de urgencia
- Incompetencia
- Imperativo legal
- Rechazo de la información por el paciente
- Privilegio terapéutico

En general, el documento tiene dos partes:

- Una 1ª de información (cantidad / calidad que sea clara y legible, evitando tecnicismos)
- Una 2ª de firmas (del paciente, del médico, tutores legales o familiares). Identificación del paciente , hospital y servicio

Los ámbitos que debería abarcar la información son:

- . Descripción, prodecimiento, objetivo
- . Riesgos, molestias y efectos ssecundarios posibles
- . Beneficio a corto, medio y largo plazo
- . Alternativas con sus riesgos
- . Efectos previsibles de la no realización
- . Disposición del médico para ampliar información
- . Comunicación al paciente de su libertad para revocar dicho consentimiento

Además de libre, para que el Consentimiento sea aceptable tiene que ser informado, lo que equivale a que sea emitido tras un proceso de evaluación de una determinada cantidad de información relativa a la decisión a tomar; y se debe tomar por lo que es: un medio de apoyo para transmitir información, y la evidencia de que este proceso se ha realizado.

La obtención del Consentimiento Informado del paciente no es sólo una obligación legal, que impone la Ley de autonomía del paciente de Noviembre de 2002, sino un acto clínico más, bien se considere incluido en la lex artis, bien se conciba como deber integrado en la obligación general de medios, como parece ser el pensamiento del Tribunal Supremo.

Aunque los tribunales han utilizado para las pruebas del consentimiento, no solo el documento de C.I., sino el conjunto de la prueba practicada, corresponde siempre al médico probar la existencia del mismo. La prueba de un consentimiento informado válido contribuye, sin lugar a dudas, a la obtención de una sentencia absolutoria, siendo el documento la mayor garantía de solvencia probatoria.

Pero no por lo anteriormente dicho debemos dejar de recalcar que los documentos escritos no deben ser realizados con intención "defensiva", sino con coherencia ética y jurídica, y es por ello que de forma continua debe hacerse una profunda reflexión sobre el propio quehacer profesional.

Consulta Asistencial

Consulta realizada por diferentes profesionales, que implican actividades realizadas directamente con el paciente y/o su entorno cercano. Abarcan las actividades recogidas en el RCP como:

- Evaluación diagnóstica
- Seguimiento
- Entrevista Familiar
- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia de grupo
- Terapia de Familia
- Intervención en crisis

Consulta de Enfermería

Se refiere a aquella consulta realizada exclusivamente por personal de enfermería, tras haber sido derivada por un facultativo y que ha sido programada previamente.

Consulta Sucesiva

Se refiere a aquella consulta en la que un/a paciente recibe asistencia en régimen ambulatorio por una misma entidad patológica en la misma especialidad o subespecialidad, y que no queda incluida en el concepto de primera consulta.

Control de la Calidad

Es el conjunto de técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas para verificar los requisitos relativos a la calidad del producto o servicio.

Surgió en los años 30, con el término de "Quality Control", que se traduce como control de la calidad, y se trataba de que los departamentos de control de calidad de las empresas se encargaban de verificar el producto que producían los operarios.

Criterio

Elemento predeterminado que define apropiadamente una actividad en términos operativos. Se dividen en 2 categorías: implícitos y explícitos, realizados por grupos de expertos previo a la evaluación.

Demanda psiquiátrica explícita o expresada

Petición expresa de ayuda que formula el afectado o su familia al sistema de salud, a causa de una alteración psicopatológica.

Demanda psiquiátrica implícita

Petición expresa de ayuda por un problema sanitario, siendo la patología psiquiátrica infravalorada, desconocida o inconsciente para el enfermo o su familia.

Demora Máxima

Se refiere a la primera cita disponible más lejana de los médicos de una especialidad/subespecialidad.

Demora Media

Es el número de días que por término medio espera el conjunto de pacientes, desde la fecha solicitada hasta la fecha de cita.

Demora Mínima

Es el número mínimo de días que espera una/un paciente, desde que desea una cita, hasta que se asigna una cita para un/a facultativo de Atención Especializada.

* Todos los aspectos relativos a las demoras, tanto actuales, como la forma en que se calcularán en un futuro se explican en las páginas 70, 71, 72 y 73.

Diagrama de Flujo

Es una representación gráfica que muestra todos los pasos de un proceso, utilizando una simbología específica para representar el tipo de oración realizada. Se utiliza para identificar la trayectoria actual e ideal que sigue un producto o servicio con el fin de identificar desviaciones.

Documento

Información y su medio de transporte. Ejemplo: Registro, especificación, procedimiento, documento, plano, informe, norma. El medio de soporte puede ser papel, disco magnético, óptico o electrónico, fotografía o muestra patrón o una combinación de éstos.

Donabedian, Avedis

Médico canadiense que elaboró la teoría conocida como la Definición Operacional de Calidad, que diferencia:

Estructura: Referido a los recursos humanos, financieros y físicos

Proceso: Referido a actividades diagnósticas, terapéuticas, preventivas o rehabilitadoras

Resultado: Referido a los efectos de las actividades a nivel individual y colectivo

Efectividad (Ver factores que determinan la calidad de la asistencia)

Eficacia (Ver factores que determinan la calidad de la asistencia)

Eficiencia (Ver factores que determinan la calidad de la asistencia)

E.F.Q.M.

Son las iniciales de la European Foundation for Quality Management, que es la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad.

Fue fundada en 1.988 por 14 importantes empresas de Europa, reconociendo el potencial para la obtención de una ventaja competitiva en Europa a través de la aplicación de la Calidad Total, contando en la actualidad con más de 1.000 miembros, procedentes de la mayoría de los países de Europa y de todos los sectores empresariales y organizaciones no lucrativas.

En 1991 desarrolló el Modelo EFQM de Calidad Total, y en 1.999 adoptó el término Excelencia, nombre vigente en la actualidad.

El Modelo EFQM de Excelencia se basa en la siguiente premisa:

“ Los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa, se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la Política y la Estrategia, que se hará a través de las personas de la organización, las alianzas y Recursos y los Procesos ”.

Expresado gráficamente, este principio responde al siguiente esquema:



El Modelo y los porcentajes se han obtenido por consenso a partir de amplias consultas y se revisan anualmente por la EFQM como parte de su proceso de mejora continua.

Y una de las decisiones estratégicas que ha adoptado la Dirección General de Osakidetza ha sido la de adoptar como Modelo de Gestión de la Calidad Total para aplicar en todas las Organizaciones de Servicios éste, el de la E.F.Q.M.

Aunque cada organización es única, este modelo ofrece un marco genérico de criterios (9 en total, 5 de Agentes y 4 de Resultados), que pueden aplicarse ampliamente a cualquier organización o componente de una organización.

A su vez cada criterio tiene subcriterios, hasta un total de 32 entre los 9 criterios.

AGENTES FACILITADORES DEL MODELO EFQM:

Criterio 1: Liderazgo
Criterio 2: Política y Estrategia
Criterio 3: Personas
Criterio 4: Alianzas y Recursos
Criterio 5: Procesos

RESULTADOS EN EL MODELO EFQM:

Criterio 6: Resultados en los clientes
Criterio 7: Resultados en las personas
Criterio 8: Resultados en la sociedad
Criterio 9: Resultados clave

Criterio 1: Liderazgo

Hace referencia al comportamiento de todos los líderes para guiar la organización hacia la Calidad Total – Excelencia.

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, y en periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización y pueden reorientarla.

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

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

Subcriterio 1 c.- Interacción de los líderes con clientes, aliados y representantes de la sociedad

Subcriterio 1 d.- Refuerzo de una cultura de excelencia entre las personas de la organización

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

" Hemos analizado en las varias decenas de empresas que configuran nuestro grupo, cuál es el factor principal en el proceso de mejora continua y sin duda alguna es el Liderazgo ".

Olor Svanholm. Vicepresidente de ABB y Presidente de Volvo

" Procura ser accesible día y noche, y que esté abierto no solo el portal de tu casa, sino también el de tu rostro y tu expresión, es decir, las puertas del alma ".

Quinto Tulio Cicerón

" De Mao Tse-Tung se dice: Su verdadero talento consistía en atender las emociones de los demás. Hacer consciente lo que subyace inconsciente entre los seguidores ".

" No hay cosa más ardua de manejar, ni que se lleve a cabo con más peligro, ni cuyo acierto sea más dudoso, que obrar como jefe para dictar estatutos nuevos, pues tiene por enemigos activísimos a cuantos sacaron provecho de los estatutos antiguos y aún los que puedan sacarlo de los recién establecidos suelen defenderlos con tibieza suma; tibieza que dimana en parte de la escasa confianza que los hombres ponen en las innovaciones, por buenas que parezcan, hasta que no hayan pasado por el matiz de una experiencia sólida ".

El Príncipe. Nicolás de Maquiavelo

Criterio 2: Política y Estrategia

Hace referencia a la implantación de la misión y visión de la organización, desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés. La organización desarrolla y despliega políticas, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

Subcriterio 2 a.- Necesidades y Expectativas actuales y futuras de los grupos de interés

Subcriterio 2 b.- Información de los indicadores de rendimiento, investigación, aprendizaje y actividades externas

Subcriterio 2 c.- Desarrollo, revisión y actualización de la Política y Estrategia

Subcriterio 2 d.- Comunicación y despliegue de la Política y Estrategia mediante un esquema de procesos clave

" Si no decides tu futuro, alguien lo hará por tí ".

" Predecir es muy difícil, y sobre todo el futuro ".

Niels Bóhr. Físico

FABULA DE LA RANA Y LA CAZUELA

***" Cayó una rana dentro de una cazuela hirviendo
y del susto saltó, huyendo.
Otra cazuela de agua fría la atrajo
Y al meterse en ella fue un relajo.
No se dio cuenta que estaba calentándose
y se durmió en el agua tibia, cociéndose"***

Criterio 3: Personas

Se refiere a la gestión y desarrollo del potencial de las personas que integran la organización. Las organizaciones excelentes se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas; para motivarlas e incrementar el compromiso con la organización, logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

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

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

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

Subcriterio 3 d.- Diálogo entre las personas y la organización

" Comunicar implica escuchar, al menos la mitad del tiempo ".

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

La historia de los 3 canteros es un buen ejemplo para mostrar la implicación de las personas:

**" A tres canteros se les preguntó: ¿ Qué estáis haciendo ?:
El primero dijo: Estoy picando piedra.
El segundo dijo: Estoy esculpiendo una cruz para una estatua
El tercero dijo: Estamos construyendo una catedral "**

Criterio 4: Alianzas y Recursos

Se refiere a la planificación y gestión de las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Se establece un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.

Subcriterio 4 a.- Gestión de las alianzas externas

" La unión hace la fuerza "

Subcriterio 4 b.- Gestión de los recursos económicos y financieros

Subcriterio 4 c.- Gestión de los edificios, equipos y materiales

Subcriterio 4 d.- Gestión de la información y del conocimiento

" Si alguien carece de información, no se le pueden exigir responsabilidades, pero si a alguien se le proporciona información, no podrá evitar asumirla"

Lord Kevin

Criterio 5: Procesos

Se refiere a al diseño, gestión y mejora de los procesos de la organización para satisfacer plenamente a los clientes y grupos de interés; generando cada vez mayor valor para ellos.

Subcriterio 5 a.- Diseño y Gestión sistemática de los procesos

Subcriterio 5 b.- Introducción de mejoras en los procesos mediante la innovación

Subcriterio 5 c.- Diseño y desarrollo de Iso productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes

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

Subcriterio 5 e.- Gestión y mejora de las relaciones con los clientes

" Una organización será tan eficaz como lo sean sus procesos "

" La "gestión de procesos" es la herramienta de calidad por excelencia para mejorar continuamente lo que hacemos"

Jon Darpón Sierra. Director de Asistencia Sanitaria de Osakidetza

" Despilfarro es todo lo que no sea la cantidad mínima de equipo, materiales, piezas, espacio y tiempo del trabajador que resulten absolutamente esenciales para añadir valor al producto"

Fujio Cho - Toyota

Antes de hablar de los resultados, recordamos algunas cosas que han dicho algunas personas en relación a la importancia de la medición:

“ Solamente se puede mejorar, eficazmente y en el tiempo, aquello que se mide ”

“ Lo que se mide y comunica a tiempo, solo por el hecho de medir, mejora ”

Criterio 6: Resultados en los clientes

Hace referencia a la medición exhaustiva, por parte de la organización, de los resultados con respecto a los clientes.

Subcriterio 6 a.- Medidas de Percepción

Subcriterio 6 b.- Indicadores de Rendimiento

Criterio 7: Resultados en las personas

Se refiere a la medición exhaustiva, por parte de la organización, de los resultados respecto a las personas que la integran

Subcriterio 7a.- Medidas de Percepción

Subcriterio 7 b.- Indicadores de Rendimiento

Criterio 8: Resultados en la sociedad

Se refiere a la medición exhaustiva, por parte de la organización, de los resultados respecto a la sociedad.

Subcriterio 8a.- Medidas de Percepción

Subcriterio 8 b.- Indicadores de Rendimiento

Criterio 9: Resultados clave

Se refiere a la medición exhaustiva, por parte de la organización, de los resultados con respecto a los elementos clave de su política y estrategia

Subcriterio 9 a.- Resultados Clave del Rendimiento de la Organización

Subcriterio 9 b.- Indicadores Clave del Rendimiento de la Organización

Empowerment

Ayudar a los empleados a tomar la responsabilidad de sus actividades de forma que pongan interés personal en mejorar los resultados de la organización. Supone al mismo tiempo una delegación de poder.

Enfermedad mental

La manera más operativa de referirse a la enfermedad mental es de una manera general, como todo trastorno mental susceptible de ser diagnosticado según categorías diagnósticas internacionales consensuadas con los sistemas CIE 10 de la OMS y Diagnostic Schedule Manual de la American Psychiatrist Associaton.

Se trata de entidades clínicas nada homogéneas, entre las que hay trastornos mentales de gravedad considerable, substrato biológico demostrable e impacto social, y otro tipo de comportamientos y emociones más o menos desadaptados o que producen malestar en quien los padece, cuyo substrato biológico es dudoso o inexistente, y que dependen de factores cognitivos, emocionales y relacionales.

Estancia

Unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo.

Estándar

Valor preestablecido que expresa cuando un criterio está dentro de los límites de una calidad aceptable. Se expresa normalmente en porcentaje

E- Osabide



Es la combinación de software, infraestructuras y organización necesaria para desarrollar los objetivos estratégicos en la actividad sanitaria.

El objetivo específico es integrar la información clínica y de gestión en todos los ámbitos de la organización, orientándola hacia la mejora de la atención y servicio al cliente.

Lo que se pretende es disponer de la información apropiada en el momento preciso, estando adecuadamente estructurada y soportada.

La garantía de la confidencialidad está adecuada a la legislación vigente, y se basa en cuatro ideas clave en la seguridad:

Autenticación: Se construye teniendo la capacidad de implementación tecnológica que soportan los sistemas de autenticación basados en contraseñas, certificados, tarjetas inteligentes y firma digital.

Autorización: Existirá una identificación única del usuario, basada en código identificativo y clave, con expiración de claves por tiempo, diccionario de palabras reservadas para su uso como claves, imposibilidad de reutilizar claves anteriores; así como gestión dinámica de autorizaciones basadas en perfiles y expiración de la sesión activa por inactividad.

Auditoría: Habrá un sistema de gestión de registro de actividad independiente de la lógica del aplicativo, que implementará el registro de las operaciones realizadas: ¿ Quién ? ¿ Cuándo ? ¿ Qué acción ? ¿ Qué información ?, permitiendo definir el nivel de registro y estableciendo los mecanismos de registro

Confidencialidad: El uso de la información clínica tendrá en cuenta el lugar de trabajo, la categoría profesional, la tipología de datos, y permitirá visualizar/ver; generar/escribir; corregir/modificar; eliminar/borrar; autenticar/firmar; reproducir/copiar y extraer masivamente información.

Entre otras, las funcionalidades de E-Osabide serán:

- 1ª.- Bases de datos única
- 2ª.- Recursos y agendas centralizados de acceso universal

- 3ª.- Historia Clínica única detallada de acceso universal
- 4ª.- Protocolización de formularios: analítica, radiología, tareas programadas, planes de cuidados de enfermería
- 5ª.- Prescripciones agudas y crónicas
- 6ª.- Generación de Its y partes de confirmación
- 7ª.- Declaración de Edos y RAMs
- 8ª.- Protocolización de planes de actividades programadas
- 9ª.- Protocolización de planes de cuidado
- 10ª.- Sistemas de consultas on line
- 11ª.- Integración con laboratorio

Factores Críticos de Éxito

Son las condiciones que deben darse para que pueda alcanzarse el objetivo estratégico que se busca.

(* Se recogen de forma explícita y detallada en el Plan Estratégico del HP y SME de Álava).

Factores que determinan la calidad de la asistencia al paciente

Entre otros, los más destacables son:

Accesibilidad: La facilidad con la que un paciente puede obtener la asistencia que necesita

Oportunidad: El grado en el que se proporciona la asistencia al paciente cuando lo necesita

Conveniencia: El grado en que la asistencia recibida concuerda con las necesidades del paciente

Efectividad: Es el grado en que la asistencia se proporciona del modo correcto según los conocimientos actuales.

Eficacia: Es el grado con que un servicio tiene la posibilidad de cubrir la necesidad para la que se usa, cuando es aplicada esa posibilidad en lo que podríamos denominar condiciones ideales o de laboratorio.

No tiene en cuenta ni los conocimientos actuales, eso lo mide la efectividad, ni el coste óptimo, para eso está la eficiencia.

Eficiencia: Es el grado en que la asistencia recibida tiene el efecto deseado con el mínimo esfuerzo, gasto o despilfarro posible, es decir, al coste óptimo.

Continuidad: El grado en el que la asistencia que necesita el paciente es coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones, y con relación al tiempo.

Intimidad: El grado en el que el paciente tiene el derecho a decidir la distribución y entrega de datos relativos a su enfermedad, incluyendo toda la información contenida en la Historia Clínica

Confidencialidad: La información sobre un paciente no puede exponerse a terceras personas sin el consentimiento del paciente.

Participación: El grado de implicación del paciente o sus familiares en el proceso de toma de decisiones sobre asuntos relativos a su salud.

Seguridad del entorno: Ausencia de cualquier riesgo o peligro en el entorno de la asistencia al paciente.

Apoyo del entorno de la asistencia: El grado de disponibilidad de espacios, equipos y medicaciones para las necesidades del paciente.

Gestión de la Calidad

Actuaciones coordinadas e interrelacionadas para desarrollar e implantar lo relativo a la calidad, generalmente incluye el establecimiento de la política de calidad y los objetivos de la calidad, la planificación de la calidad, la promoción de la calidad, la medida de la calidad, y las actividades dirigidas a intentar conseguir la mejora continua de la calidad.

Gestión por Procesos (Ver Procesos)

Es una metodología que permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de la Unidad. Aporta herramientas necesarias para diseñar cada 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.

Goldberg y Huxley

Establecieron la distribución de la morbilidad psiquiátrica en la comunidad , partiendo de la conceptualización de cinco "niveles de asistencia" escalonados de localización de enfermo psiquiátricos, estableciendo también "filtros" que es preciso superar para ir ascendiendo en la utilización de crecientes niveles de especialización en la asistencia psiquiátrica:

- 1º nivel:** Representa la comunidad y la morbilidad psiquiátrica en ella existente, y hace referencia a la decisión de buscar ayuda
- 2º nivel:** Hace referencia a los pacientes que establecen contacto con el médico general o con los servicios de atención primaria, independientemente de si éste detecta enfermedad psiquiátrica o no
- 3º nivel:** Integrado por aquellos pacientes que, tras acudir a su médico o a un "servicio de primer contacto", son identificados como enfermos psiquiátricos
- 4º nivel:** Corresponde a los pacientes que se encuentran en contacto con los servicios ambulatorios de salud mental
- 5º nivel:** Representado por los pacientes que ingresan en unidades de internamiento psiquiátrico

Los 4 filtros que separan estos niveles, tienen que ver con la conducta de enfermedad en el caso de pasar el primer filtro, con la detección del trastorno por el médico de atención primaria en el segundo filtro, con la derivación al psiquiatra desde atención primaria en el tercer filtro, y con la admisión en camas psiquiátricas en el cuarto filtro.

Grupos de Interés

Personas físicas o jurídicas internas (empleados, directivos, etc.) o externas (paciente/familia, financiadores, proveedores, asociaciones científicas, asociaciones de consumidores y usuarios, etc.) a la Unidad y que pueden influir en la misma de una u otra manera, dependiendo de sus expectativas.

Guías de Práctica Clínica

Conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objeto de guiar a los profesionales y pacientes en el proceso de la toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, en circunstancias sanitarias concretas.

Historia Clínica

Es el conjunto de documentos que contiene toda la información de la situación y evolución clínica de un paciente, relativa al estado de salud o enfermedad. Tiene varios usos, pero el fundamental es el uso asistencial su funcionamiento en cuanto a acceso, transporte y devolución está regulado en el Reglamento de Uso de la Historia Clínica del HP y SME de Álava, aprobado recientemente por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco – Mayo de 2004 -, tras la propuesta elaborada por la Directora Médica

Consideraciones de interés:

A efectos prácticos, es importante distinguir entre el derecho a la información y el derecho de acceso a la documentación de la historia.

A.- Derecho a la información:

- . El paciente tiene derecho a toda la información disponible sobre su salud relativa al diagnóstico, pronóstico, pruebas y alternativas con sus riesgos y consecuencias.
- . También serán informadas las personas vinculadas al enfermo, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita
- . Como norma general, la información se dará verbalmente
- . Es el médico responsable del paciente el que garantiza éste derecho

A.- Derecho al acceso a la documentación de la historia clínica:

- . El paciente, o persona autorizada por escrito por el mismo, tiene derecho al acceso a los documentos de su historia clínica (a obtener copia de los mismos), excepto a los documentos con información de terceros o con observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas de los profesionales sanitarios. También tienen derecho al acceso a la historia clínica los profesionales sanitarios del centro implicados en la asistencia al paciente.
- . Salvo excepciones que se especifiquen, no tienen derecho al acceso a la documentación de la historia clínica las personas vinculadas al enfermo, por razones familiares o de hecho, si no están autorizadas por escrito por el mismo.
- . El acceso a la historia por parte de personal relacionado con la gestión del centro, inspectores sanitarios, investigadores, médicos ajenos al centro, aseguradoras, jueces y otros necesita un procedimiento específico.
- . El acceso a los documentos de la historia básicamente se realizará mediante copias de la documentación y sólo en casos excepcionales se facilitará la historia original.
- . Es la Dirección Médica la responsable de garantizar este derecho

Incidencia

Nº de casos nuevos aparecidos en una población durante un periodo de tiempo determinado

Indicador

Diccionario de la Real Academia Española: Que indica o sirve para indicar
Diccionario María Moliner: Se aplica a lo que indica o sirve para indicar
Diccionario Grijalbo: Se dice de todo aquello que indica o sirve para indicar

Indicador Clínico: Es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de importantes actividades de la asistencia al paciente y de los servicios de apoyo (*Definición dada por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*)

Un indicador no es una medida directa de la calidad. Es más bien una visualización o señal que identifica o llama la atención sobre los puntos de actuación específica dentro de una organización de asistencia sanitaria que deberían ser objeto de una revisión más intensa.

La valoración de las distintas áreas a través de los indicadores, proporciona la base para juzgar y orientar la mejora de la calidad de la asistencia prestada por una Organización Sanitaria.

El uso de indicadores capacita a los profesionales y organizaciones para controlar y valorar lo que ocurre a los pacientes como consecuencia del funcionamiento de los profesionales, otro personal y/o sistemas organizativos para satisfacer las necesidades del paciente.

Un indicador expresa la información como un suceso, o un ratio (ó índice) de sucesos dentro de un universo definido.

Cuando se usa un índice, el numerador es el nº de pacientes a los que ocurre un suceso del indicador, mientras el denominador es el número de pacientes (o sea el universo) que tienen la condición o procedimiento que está valorando el indicador:

$$\frac{\text{Nº de Pacientes a los que ocurre un suceso específico}}{\text{Nº de pacientes que tienen una condición o procedimiento específico}}$$

Los indicadores pueden ser:

- A.- De registro de suceso " Centinela"
- B.- Los basados en Índices

Se diferencian por la gravedad del suceso y el grado en que puede ser evitado

A.- De registro de suceso " Centinela": Mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable

La frecuencia de incidencia de estos sucesos en el tiempo es normalmente muy baja, siendo sin embargo la gravedad suficiente para el paciente, la familia del paciente, el personal sanitario implicado, y la organización sanitaria donde se ha dispensado la asistencia para que deba realizarse una investigación completa (revisión del caso) en cada una de las incidencias.

Ejemplo: Nº de pacientes que fallecen en la sala de espera de un hospital antes de recibir atención médica por primera vez

B.- Indicador basado en índices: Mide un suceso de la asistencia al paciente que requiere posterior valoración, solo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa dentro de una institución a lo largo del tiempo, excede umbrales predeterminados, o evidencia diferencias significativas cuando se compara con instituciones similares.

Ejemplo: Índice Sucesivas/Primeras

Nos referimos a una variable que recogida de forma rutinaria, nos permite describir y conocer una situación, compararla con otras y, analizarla evolutivamente en el transcurso del tiempo.

Los indicadores ideales deberán ser validos, medir realmente lo que dicen medir; ser objetivos, dar el mismo resultado realizándolos personas distintas en condiciones análogas; ser sensibles, es decir, tener la capacidad de captar los cambios ocurridos; y ser específicos, reflejar sólo los cambios ocurridos en la situación de que se trate.

A la hora de identificar o definir los indicadores puede utilizarse el sentido común, la creatividad y/o la experiencia.

Atributos necesarios de los Indicadores:

Validez: El grado en que el indicador consigue su objetivo: la identificación de situaciones en las que la calidad de la asistencia y los servicios deberían mejorarse

Validez aparente: El grado en que el indicador es inteligible: realiza la medida y tiene sentido según las relaciones hipotéticas del usuario informado

Sensibilidad: El grado en que el indicador es capaz de identificar todos los casos de asistencia en los que existen problemas reales de calidad de la asistencia.

Responde a la pregunta: Si un individuo tiene una enfermedad o factor de riesgo, ¿ Qué probabilidad existe de que el resultado de la medida que se le aplica sea positivo?

En otras palabras, la probabilidad de que una medida clasifique correctamente a un individuo en expuesto ó enfermo

Especificidad: El grado en que el indicador es capaz de identificar solo aquellos casos en que existen problemas reales de la calidad de la asistencia.

Responde a la pregunta: Si un individuo no tiene una enfermedad o factor de riesgo, ¿ Qué probabilidad existe de que el resultado de la medida que se le aplica sea negativo?

En otras palabras, la probabilidad de que una medida clasifique correctamente a un individuo en no expuesto ó no enfermo

Características de los Indicadores Eficaces

Útiles: Que para la toma de decisiones.

Simples: El indicador se calcula de forma inmediata, con pocas operaciones matemáticas y de manera que quien los maneja los entienda y comprenda.

Específicos: La concreción incrementa la utilidad del indicador.

Medibles: Que se pueda expresar con un número y una unidad de medida. Debe ser comparable para que su evolución se pueda verificar.

Representativos: Reflejan lo que se quiere medir lo más fielmente posible.

Independientes: No debe existir correlación entre ellos.

Positivos: La descripción de qué debe ocurrir es más fuerte y genera más entusiasmo que una descripción de qué no debe ocurrir.

Rentables: El beneficio que se obtenga de la explotación del indicador compense el esfuerzo de obtenerlo, analizarlo y extraer conclusiones.

Orientados a resultados: Los objetivos y sus indicadores, deben dirigirse hacia metas alcanzables, no hacia los pasos necesarios para llegar a ellas.

Limitados en número: Demasiados indicadores pueden llevar a una dispersión del esfuerzo y a resultados confusos.

Fiabiles: Los datos proporcionados deben ser objetivos, precisos y exactos, y dicha fiabilidad de la medición de los indicadores debe ser analizada periódicamente.

Con posibilidad de evaluarse en el tiempo: Debe posibilitar su estudio comparativo a lo largo del tiempo con el fin de comprobar tendencias del pasado.

En resumen, un indicador se define como una variable, dato, criterio o información que, recogida de forma rutinaria, nos permite conocer y describir una situación, compararla con otras y, analizarla evolutivamente en el transcurso del tiempo. Los indicadores ideales son válidos (miden realmente lo que dicen medir), objetivos (dan el mismo resultado siempre), sensibles (captan los cambios producidos) y específicos (reflejan sólo los cambios ocurridos en la situación de que se trate).

Infraestructura

Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

Ingreso

Paciente que proviene de admisión o de otros servicios o unidades hospitalarias, y que da lugar a la ocupación de una cama disponible, tanto nuevos como reingresos.

Líder

Todo aquel que tiene a su cargo personas de la Unidad (equipo directivo, jefe de servicio, supervisora, responsables de procesos o subprocesos, etc.). El papel de líder puede resumirse en tres funciones: Impulsor (el proceso de cambio de una unidad empieza por el equipo directivo), Comprometido (demostrar un comportamiento adecuado con el ejemplo personal) y Facilitador (el líder debe dotar de medios y reducir las barreras).

Lista de Espera

Es el registro de los pacientes que están en espera para ser vistos en una consulta en cada uno de los centros de la red de Osakidetza.

Los aspectos más relevantes de la Lista de espera se recogen en las páginas 70, 71 y 72.

Mapa de Procesos (Ver procesos)

Representación gráfica del funcionamiento básico de la Organización para el cumplimiento/desarrollo de su misión y visión. Debe incluir:

- Procesos relevantes para entender el funcionamiento de la empresa (no es necesario que contenga todos los procesos de la organización)
- Representación de las interrelaciones entre dichos procesos, que muestren las influencias principales entre ellos

Metodologías y Herramientas de Mejora

Existen numerosas metodologías y herramientas que nos van a permitir mejorar las formas de gestionar y obtener mejores resultados, así como avanzar en la estrategia de gestión de la Calidad Total.

Algunas son específicas y aplicables sólo en ciertos tipos de organizaciones, y otras son "universales".

Asimismo podemos decir que, en general, su puesta en práctica potencia o refuerza algunos de los 9 criterios del Modelo EFQM de Excelencia, si bien también suelen impactar o incidir en menor medida sobre el resto.

Sin ánimo de ser exhaustivos, presentamos algunas de las numerosas metodologías existentes, y en qué forma su aplicación refuerza uno o varios de los criterios del modelo, y en el Anexo II se puede ver un resumen de la definición y utilidad de otras de ellas:

NORMA ISO 9001:2000

La nueva norma ISO 9001 del año 2000 sustituye a las 3 anteriores normas certificables (ISO 9001, 9002 y 9003) y su denominación es de "Gestión de la Calidad", lo que supone un avance sobre el anterior concepto " Aseguramiento de la Calidad".

Incide principalmente en el criterio de Procesos (5) y en el de Resultados en los Clientes (6), del Modelo EFQM de Excelencia.

*** La nueva serie de normas ISO 9000:2000 consta de 3 documentos:**

- ISO 9000:2000. Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario
- ISO 9001:2000. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos.
- ISO 9004:2000. Sistema de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño

La nueva versión introduce modificaciones relevantes respecto a las del año 1994, que ha modernizado y mejorado de forma notable la utilidad de las mismas.

Una organización que desee implantar un sistema de gestión de la calidad basado en la Norma ISO 9001:2000, puede solicitar a una entidad independiente que audite dicho sistema y "certifique" el cumplimiento de los requisitos. Un certificado ISO refleja que los requisitos de los clientes han sido tomados en cuenta, que se han llevado a cabo acciones para cumplir los mismos y, se ha medido la eficacia del proceso para alcanzar dichos objetivos con lo que se ha conseguido la satisfacción de los clientes.

Sin embargo la ISO 9001:2000 ignora indicadores críticos tales como resultados de eficiencia, resultados en la sociedad, factores de motivación, apoyo y reconocimiento a los trabajadores, y tampoco tiene en cuenta las necesidades y expectativas de otros grupos de interés diferentes de los clientes.

NORMA ISO 14001:1996

La aplicación de un sistema de Gestión Medioambiental siguiendo las directrices contenidas en ésta norma, permite desarrollar productos menos lesivos con el medio ambiente y mejorar la gestión de sus recursos, reduciendo el consumo de materias primas, agua y energía, aprovechando y minimizando los residuos.

Incide principalmente en el criterio de Alianzas y Recursos (4) y en el impacto social o Resultados en la Sociedad (8), del Modelo EFQM de Excelencia.

5S

Es una metodología básica, en el sentido de que debe ser la base sobre la cual se puede seguidamente ir introduciendo otras más complejas.

Debe su nombre a las iniciales de 5 palabras japonesas:

SEIRI: ORGANIZACIÓN, separar lo servible de lo inservible

Consiste en identificar y separar los materiales necesarios de los innecesarios y en desprenderse de éstos últimos.

El propósito es "tener solo lo servible, en la cantidad correcta".

SEITON: ORDEN, situar cada cosa en su sitio

Consiste en establecer el modo en que deben ubicarse e identificarse los materiales y necesarios, de manera que sea fácil y rápido encontrarlos, utilizarlos y reponerlos.

El propósito es tener "un sitio para cada cosa y cada cosa en su sitio".

SEISO: LIMPIEZA, suprimir la suciedad

Consiste en identificar y eliminar las fuentes de suciedad, asegurando que todos los medios se encuentran siempre en perfecto estado operativo.

El propósito es "conseguir un ambiente y entorno de trabajo agradable".

SEIKETSU: CONTROL VISUAL, señalar

Consiste en distinguir fácilmente una situación normal de otra normal, mediante normas sencillas y visibles para todos.

El propósito es "descubrir funcionamientos defectuosos a simple vista".

SHITSUKE: DISCIPLINA Y HABITO, seguir mejorando

Consiste en trabajar permanentemente de acuerdo con las normas establecidas.

El propósito es "conservar y mantener buenas costumbres".

Las CINCO FASES componen un todo integrado, una fase no es nada sin las otras, y se abordan de forma sucesiva, una tras otra, posibilitando una visión global de mejora en el entorno de trabajo. Todas éstas fases se desarrollan dentro de 3 etapas: operativa, normalización, y mantener y mejorar.

Incide principalmente, en los criterios Personas (3), Alianzas y Recursos(4), Resultados en las Personas (7) y en Resultados Clave (9).

MEJORA CONTINUA

Pretende desarrollar un proceso de mejora que aborde de una forma sistemática y fiable la identificación, la organización y la solución a dichos problemas. Para llevarlo a cabo, se utiliza una estructura organizada permanente de equipos de trabajo.

Las características esenciales de un equipo son:

- 1.- Tener objetivos de equipo
- 2.- La interdependencia
- 3.- Eficiencia en el desempeño
- 4.- La responsabilidad

Los equipos disponen de una serie de herramientas, de las que hablábamos en la página 20, que pueden utilizar en función de la fase del proceso en que se encuentren.

Por tanto, los equipos de mejora actúan principalmente en el criterio Procesos (5) y Resultados en los Clientes (6).

7H

Se conoce con el nombre de las "7H" o las "siete herramientas clásicas" a siete herramientas que fueron recopiladas en los años 60 por Kaoru Ishikawa y que formaban parte de la formación que recibían en aquellos tiempos los integrantes de los círculos de calidad: Diagrama de Pareto, Diagrama Causa – Efecto, Hojas de Recogida de Datos, Histogramas, Estratificación, Los Gráficos de Control y los Diagramas de Dispersión.

Actúan principalmente en el criterio Procesos (5) y Resultados en los Clientes (6).

* Se describen en los cuadros anexos al final del Glosario.

GESTION DE PROCESOS

Por su importancia se detalla de forma pormenorizada en el término PROCESOS.
Actúa, principalmente en el Criterio (5).

GESTION DEL CONOCIMIENTO

La gestión del conocimiento, además de una metodología, se ha convertido en un principio o elemento clave de gestión, y aparece como tal recogido explícitamente en el Modelo EFQM de Excelencia en sus criterios Personas (3) y Alianzas y Recursos (4).

La gestión del conocimiento conlleva, a menudo dotar a las organizaciones de sistemas informáticos y otros mecanismos que permitan almacenarlo y acceder a él, pero no solo eso, sino sobre todo, cambiar la cultura de las personas para que sean proclives a compartirlo.

QFQ – QUALITY FUNCTION DEPLOYMENT – Despliegue de Función de la Calidad

Proceso estructurado y metódico para obtener la voz del cliente y recogerla en todas las fases del diseño y desarrollo de un producto o servicio.

Se basa en investigar cuales son las necesidades del cliente, en escuchar su voz, saber qué desea éste y posteriormente, traducir éstos a características de calidad de un producto o servicio, es decir, en cómo se pueden satisfacer dichas expectativas.

Esta herramienta incide, principalmente, sobre los criterios de Procesos (5), resultados en los Clientes (6) y resultados Clave (9).

DESPLIEGUE DE OBJETIVOS

bajo esta denominación podemos englobar a diversas metodologías que se han ido desarrollando en los últimos años con el propósito de trasladar hasta el día a día los objetivos estratégicos de la organización como son, por ejemplo, el **Policy Deployment** o Hoshin Kanri y el **Cuadro de Mando Integral** (balanced scorecard).

Donde mayor incidencia tienen son en Política y Estrategia (2), Personas (3) y los criterios de resultados, en especial Resultados en las Personas (7).

REINGENIERIA DE PROCESOS

Su propósito es poner en cuestión todos los procesos de la organización, revisarlos y adecuarlos a las demandas de los clientes llevando a cabo cambios radicales si así se necesitaba.

Incide fundamentalmente sobre los criterios de Procesos (5), resultados en los Clientes (6) y Resultados Clave (9).

BENCHMARKING

Es una palabra inglesa que mucha gente traduce como "emulación", y que consiste en la búsqueda continua y sistemática de las "mejores prácticas" que nos permitirán, aplicándolas de una manera adaptada a nuestra organización, mejorar nuestro nivel de competitividad o ser más competentes, según los casos.

Se trata de compararse y medirse continuamente con las organizaciones líderes de cualquier lugar del mundo para obtener información que ayude a adoptar acciones para mejorar el rendimiento.

Al ser aplicable a cualquier aspecto de la gestión, podemos actuar sobre cualquiera de los 9 criterios del modelo EFQM de Excelencia.

Misión

Declaración que describe el propósito o razón de ser una organización. Puede describir por qué existe una organización o una parte de la misma. Debe responder a :

- Quiénes somos
- Cuál es la razón de ser de nuestra existencia
- Para quién existimos
- Cómo vamos a lograrlo

* Está recogida de forma íntegra en el Plan Estratégico del HP y SME de Álava.

Morbilidad psiquiátrica conspicua

Alteración psicopatológica que resulta evidente a los agentes del sistema de salud, con independencia de que haya sido formulada como demanda explícita o implícita. Depende de la habilidad profesional para identificar a la morbilidad psiquiátrica.

Morbilidad psiquiátrica oculta

Aquella que no se hace evidente a los profesionales y queda oscurecida tras toda suerte de diagnósticos

Necesidades

Son los problemas o trastornos para los cuales existe atención o tratamiento en materia de salud mental. La noción de necesidad es compleja, ya que puede venir determinada por la población (demanda) o por los propios profesionales que con su conocimiento diferencian las necesidades objetivas de las irreales

Personas

Se refiere a todos los trabajadores de la Unidad que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes. La Unidad debe conseguir que todos ellos puedan alcanzar su pleno potencial en la realización de sus tareas.

Política de Calidad

Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por alta dirección.

Principios de la Calidad Total

Dentro de éste marco general, existen 8 principios básicos fundamentales, a los que hacíamos referencia al hablar de los 8 principios básicos de la calidad Total, que constituyen la base del modelo y sobre ellos pivota el análisis de la excelencia de cualquier organización:

1º.- 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 (las personas que trabajan en ellas, los clientes, proveedores y la sociedad en general, así como todos los que tienen intereses económicos en la organización).

2º.- Orientación al cliente:

El cliente es quien al final opina de la calidad del producto y del servicio, así como de la decisión de fidelidad hacia estos productos o servicios. El mejor modo de optimizar la fidelidad y retención del cliente es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.

3º.- Liderazgo y constancia en los objetivos:

El comportamiento de todos los líderes de una organización suscita en ella claridad y unidad en los objetivos, así como un entorno que permite a la organización y las personas que la integran alcanzar la excelencia.

4º.- Gestión por procesos y hechos:

Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a los procesos y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos sus grupos de interés.

5º.- Desarrollo e implicación de las personas:

El potencial de cada una de las personas de la organización aflora mejor si existen valores compartidos y una cultura de confianza y asunción de responsabilidades que fomentan la implicación de todos.

6º.- 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 continuos.

7º.- Desarrollo de alianzas:

La organización trabaja de un modo más efectivo cuando establece con sus colaboradores unas relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y la integración.

8º.- Responsabilidad Social:

El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y las normas de la sociedad en su conjunto.

Éstos 8 principios, y solamente éstos 8 principios, son los que constituyen la base del sistema de gestión de la calidad en el HP y SME de Álava.

Primera Consulta:

Es la consulta en la que una/un paciente recibe por primera vez asistencia en régimen ambulatorio, en una especialidad o subespecialidad y por una entidad patológica determinada.

Primera Consulta Simultanea:

Se define como aquella primera consulta que se da a una/un paciente que ya tiene un episodio abierto en esa especialidad o subespecialidad, pero se le cita por otra patología distinta.

Prevalencia

Nº de casos en una población definida en un periodo de tiempo determinado

Procedimiento

Conjunto de instrucciones que hacen referencia a como se deben realizar una serie de tareas para conseguir un objetivo, designando los responsables de realizarlas.

Procesos

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

La gestión de procesos es un conjunto de actividades que permiten establecer la metodología, las responsabilidades y los recursos necesarios para lograr los objetivos planificados en los procesos de una organización.

La gestión por procesos es una metodología que permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de la Unidad. Aporta herramientas necesarias para diseñar cada 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.

El objetivo de la gestión de procesos es estabilizar y mantener bajo control a éstos, disminuyendo su variabilidad de forma que se consiga que éstos discurran con eficacia y eficiencia.

Las 2 características que definen un proceso son:

- . Repetitividad en el tiempo, la misma tarea se realiza de forma similar en muchas ocasiones
- . Variabilidad que se produce en su ejecución como consecuencia de la intervención de diferentes personas o la misma persona en diferentes circunstancias

En la gestión de procesos se debe enfocar el trabajo hacia la mejora de los mismos, que consiste en una revisión de toda la secuencia de actividades que lo constituyen confrontándolas a las expectativas del cliente, a los recursos obtenidos y al consumo de recursos.

Caso de detectarse oportunidades de mejora con los recursos disponibles se abordará ésta, a través de herramientas sencillas de calidad.

En la bibliografía relacionada con la gestión basada en procesos se distinguen 2 tipos de clasificación de procesos:

1ª Clasificación: En función de su impacto más o menos directo sobre el usuario final

- A.- PROCESOS ESTRATEGICOS
- B.- PROCESOS OPERATIVOS
- C.- PROCESOS DE APOYO

2ª Clasificación: Descrita en la norma ISO 9001:2000

- A.- PROCESOS DE PLANIFICACION
- B.- PROCESOS DE MEDICION, ANALISIS Y MEJORA CONTINUA
- C.- PROCESOS DE REALIZACION DEL PRODUCTO
- D.- PROCESOS DE GESTION DE RECURSOS

La Subdirección de Calidad Asistencial de la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, ha editado una guía de implantación de un sistema de gestión procesos basada en la norma ISO 9001:2000, cuya primera autora es Ana Audicana Uriarte, en la que se cree posible una fusión de las 2 clasificaciones y propone una tercera:

A.- PROCESOS DE PLANIFICACION Y GESTION: Incluirían todos aquellos necesarios para desarrollar y diseñar la estrategia del HP y SME de Álava, como pueden ser la Planificación Estratégica:

- . Elaboración del Plan Estratégico del HP y SME de Álava 2004 – 2007
- . Elaboración del Plan de Calidad del HP y SME de Álava
- . Evaluación de la percepción de los trabajadores

B.- PROCESOS ESPECIFICOS: En la terminología de gestión por procesos corresponderían a los operativos, y son aquellos donde se desarrollan las actividades relacionadas con la asistencia sanitaria, y se distinguen entre ellos 3 grupos:

Procesos asistenciales: Desarrollan las actividades fundamentales de la organización con el fin de cumplir su misión: Consultas, Hospitalización, etc.

Procesos de apoyo técnico: Interaccionan de forma general con cualquiera de los procesos asistenciales: Pruebas complementarias como Laboratorio, etc.

Procesos de apoyo administrativo: gestionan todos los aspectos administrativos necesarios para llevar a cabo el resto de procesos específicos: Admisión y Gestión de Pacientes, Documentación Clínica y Archivo, etc.

C.- PROCESOS DE GESTION DE RECURSOS GENERALES: Son procesos que llevan a cabo actividades de soporte para toda la organización, así como la gestión general de los recursos: Limpieza y Lavandería, Hostelería y Cocina, Mantenimiento de equipos e infraestructuras, Aprovisionamiento y Almacén, Personal, Gestión Económico-Financiera, etc.

Procesos asistenciales: Desarrollan las actividades fundamentales de la organización con el fin de cumplir su misión: Consultas, Hospitalización

* En el anexo III se puede observar el Mapa de Procesos del HP y SME de Álava y los 2 ejemplos de los 2 procesos, la Gestión Farmacoterapéutica y la Gestión Administrativa de Personal, que el pasado día 5 de Mayo de 2004, obtuvieron el certificado ISO 9001:2000.

Proveedores

Las personas (funciones u organización), que proporcionan las entradas al proceso.

Queja

Expresión de disconformidad y/o desacuerdo con respecto al sistema sanitario en su globalidad o el funcionamiento de los servicios y aspectos relacionados con el cuidado y atención de los pacientes, efectuada oralmente. No exige una tramitación posterior.

Reclamación

Queja realizada formalmente por escrito, que demanda una contestación formal por escrito, dentro de los plazos legalmente estipulados.

Reclamaciones Resueltas

Nº de reclamaciones que han sido interpuestas en el mes a estudio y resueltas dentro de los 30 días siguientes a su interposición.

Reclamaciones en Trámites

Nº de reclamaciones que han sido interpuestas en el mes a estudio y aunque no hayan sido resueltas dentro de los 30 días siguientes a su interposición, se hallan en proceso de tramitación.

Reclamaciones Pendientes

Nº de reclamaciones que han sido interpuestas en el mes a estudio y no hayan sido resueltas dentro de los 30 días siguientes a su interposición, ni se hallan en proceso de tramitación.

Reclamaciones No Resueltas Acumuladas

Nº de reclamaciones que, a finales del mes a estudio no han sido resueltas, independientemente de cuando hayan sido interpuestas.

Recursos

Elementos fijos de la organización que se emplean para poder desarrollar las actividades del proceso.

REDER

La Matriz de Puntuación REDER es el método de evaluación utilizado por la EFQM para puntuar cada uno de los 32 subcriterios que forman el modelo.

La palabra **REDER** la forman las iniciales de cinco elementos:

Resultados
Enfoque
Despliegue
Evaluación
Revisión

Que son una adaptación del ciclo PDCA de Walter Sheward.

Este esquema lógico, el REDER, establece lo que una organización necesita realizar:

- 1º.- Determinar los Resultados que quiere lograr como parte del proceso de elaboración de su política y estrategia
- 2º.- Planificar y desarrollar una serie de enfoques sólidamente fundamentados e integrados que la lleven a obtener los resultados requeridos ahora y en el futuro.
- 3º.- Desplegar los enfoques de manera sistemática para asegurar una implantación completa.
- 4º.- Evaluar y revisar los enfoques utilizados basándose en el seguimiento y análisis de los resultados alcanzados y en las actividades continuas de aprendizaje. En función de todo ello, identificar, establecer prioridades, planificar e implantar las mejoras que sean necesarias.

Registro de Casos Psiquiátrico

Fichero longitudinal de pacientes sobre los contactos que establecen con un conjunto definido de servicios psiquiátricos.

Reingresos

Pacientes que vuelven a ingresar en la misma unidad, por el mismo proceso que originó su ingreso anterior, antes de transcurrido 1 mes (30 días) desde la fecha de alta.

Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Requisitos de la Información

Nivel A.: Fiable, Útil y Objetiva

Nivel B.: Uniforme, válida, disponible, sugestiva, pertinente, confidencial, coherente, segura, dinámica, activa, flexible, adecuada, integrada, cualitativa, cuantitativa y oportuna

Satisfacción de las personas

Estado emocional de agrado, derivado de la percepción de una realidad como valiosa, al menos en la medida de lo que se esperaba.

Es decir, la satisfacción es el resultado emocional de una ecuación en la que se relacionan 2 elementos fundamentales:

- . La realidad tal como la percibe el individuo
- . Sus expectativas en relación a la misma

Se hace preciso por ello profundizar en estos 2 conceptos al objeto de abordar con garantías de éxito actuaciones encaminadas a mejorar la satisfacción.

Las expectativas de un individuo se constituyen a partir de:

- Sus necesidades: Es decir, aquello que precisa para dar cobertura a sus exigencias personales
- Su auto-evaluación: La valoración de su propia capacidad de logro, que determina desde una evaluación normalmente subjetiva
- La información recibida en cuanto a las posibilidades reales de desarrollo que existen en la organización

La percepción de la realidad por parte de una persona se configura en base a:

- La realidad propiamente dicha en su dimensión más objetiva
- La visión e la realidad por el individuo, entendida como la medida en la que accede a todos o parte de los elementos y aspectos que la configuran
- La valoración de la realidad, vinculada con la utilización de unos u otros criterios para determinar el valor de un hecho

Sistema de Gestión de la Calidad

Conjunto de actuaciones interrelacionadas y coordinadas entre sí de forma ordenada y clara , llevadas a cabo por responsables definidos, que permiten establecer la metodologías, las responsabilidades y los recursos os recursos con el objetivo de promover la calidad y la mejora continua en todas las actuaciones de la organización.

La documentación del sistema de gestión de la calidad del HP y SME de Álava lo constituye el soporte físico en el que se recoge la descripción del mismo, la información requerida para la ejecución de las actividades y los datos generados durante la realización de las tareas descritas.

La documentación puede que no sea exclusivamente escrita, sino que es perfectamente válido el soporte y las aplicaciones informáticas.

Sugerencia

Iniciativa formulada por escrito, dirigidas a propiciar mejoras en el grado de cumplimiento y observancia de la "Carta de Derechos y Obligaciones", así como en el funcionamiento de los servicios sanitarios y en el cuidado y atención de los enfermos.

Suicidio Intrahospitalario

Autoagresión con resultado final de muerte, que se produce en el interior del recinto hospitalario, en el curso de la evaluación diagnóstica o el tratamiento.

Tiempo de Absorción

Se refiere al tiempo que tardaría en absorberse la Lista de Espera al ritmo de trabajo de un periodo anterior definido.

Trámite

Cuando hace referencia a los siguientes tipos de actuación:

- . Petición formulada oralmente y/o por escrito para efectuar las actuaciones necesarias para llevar a cabo un asunto (por ejemplo: petición de información sobre la Hª Clínica u otros documentos, información socio-sanitaria o de la Organización, derivación a otro centro, cambio de especialista, etc.).
- . Petición de explicaciones para aclarar aspectos de la actividad asistencial, la organización del centro, servicios disponibles, horarios de funcionamiento visitas y otras actividades que contribuyan a facilitar y mejorar la estancia del usuario en el centro.
- . Petición sobre la prestación de recursos que no satisface la red de Osakidetza/Svs, por ejemplo económicos (salario social, etc.), físicos, ayudas (minusvalías...), y socio-sanitarios (ayuda a domicilio...), y que son ofertados por otras instituciones (Bienestar Social).
- . Demanda de apoyo psico-social a unas determinadas situaciones (encubiertas o no), que presupone la intervención de un trabajador social. Dicha demanda será canalizada por el trabajador social, en caso de que lo hubiera, el cual efectuará una valoración y un diagnóstico social del caso, aplicando después el tratamiento social más adecuado posible.

Valores

Descripción de los principios/filosofías que deben preponderar en la organización o cualidades (morales y/o técnicas) que deben ser propiciadas como sustento de la misión y visión de la empresa. Serían los conceptos y expectativas que describen el comportamiento de las personas de la organización y determinan todas sus relaciones (por ejemplo: confianza, apoyos, principios, etc.).

(* Estan recogidos de forma íntegra en el Plan Estratégico del HP y SME de Álava)

Variabilidad

Grado de estabilidad, versus variación, de un proceso en cuanto a las prestaciones a realizar y a la predictibilidad de su evolución.

Visión

Descripción del tipo de organización y de los objetivos de futuro que se desean para la empresa (porque se entiende que dicho funcionamiento garantizará el futuro). Es una declaración en la que se describe cómo desea ser la organización en el futuro.

En el caso nuestro, la visión es que queremos ser una corporación sanitaria excelente orientada al paciente.

(* Está recogida de forma íntegra en el Plan Estratégico del HP y SME de Álava)

Zaineri

Aplicación informática en la que se soportan la planificación y ejecución de los Planes de Cuidados Personalizados, que se realizan con el sistema de trabajo denominado Modelo Referente.

Este tipo de modelo potencia la filosofía del Zaineri, porque comparte con éste objetivos comunes como son:

- a) Facilitar el ejercicio y derecho de toda persona enferma a exigir y obtener la asistencia sanitaria adecuada a su circunstancia personal y única
- b) Fomentar la capacitación profesional y posibilitar la adquisición de una metodología útil para la autoevaluación en el trabajo de enfermería
- c) Ayudar a satisfacer la aspiración de todo profesional sanitario al reconocimiento de su trabajo por parte de la institución, de las familias y de los propios usuarios

* Aunque hemos recogido éstos términos en éste glosario, estamos abiertos a incorporar aquellos otros que creais pueden resultar de interés y utilidad.

ABREVIATURAS

- CEA:** Comité de Ética Asistencial
CI: Consentimiento Informado
CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
CIE-10 - MC: Clasificación Internacional de las Enfermedades. Décima revisión. Modificación Clínica.
CSM: Centro de Salud Mental
CTT: Centro de Tratamiento de Toxicomanías
DD-1: Documento de Derivación utilizado para derivar pacientes entre facultativos
DUE: Diplomado Universitario de Enfermería
EFG: Envases de Fármacos Genéricos
EFQM: European Foundation for Quality Management, cuya traducción es Fundación Europea para la Gestión de la Calidad
EI: Estructuras Intermedias
EIR: Enfermera Interna Residente
EPDP: Ente Público de Derecho Privado
GAP: Gestión Administrativa de Personal
GRD: Relación de Grupos Diagnósticos
H²C²: Historia Clínica
HP: Hospital Psiquiátrico
I+D: Investigación y Desarrollo
IES: Instituto de Educación Secundaria
IFBS: Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava
ISP: Índice Sucesivas / Primeras
LE: Larga Estancia
LOPD: Ley Orgánica de Protección de Datos
MBE: Medicina Basada en la Evidencia
ME: Media Estancia
MIR: Médico Interno Residente
PIR: Psicólogo Interno Residente
RCP: Registro de Casos Psiquiátricos
SME: Salud Mental Extrahospitalaria
SRC: Servicio de Rehabilitación Comunitaria
TEC: Terapia Electro-Convulsiva
TIS: Tarjeta Individual Sanitaria
UPR: Unidad de Psicosis Refractaria
UPV: Universidad del País Vasco
UGS: Unidad de Gestión Sanitaria

BIBLIOGRAFIA

- . Contrato Programa 2004 del Hospital Psiquiátrico de Alava y Salud Mental Extrahospitalaria con la Dirección Territorial de Sanidad en Álava del Departamento de Sanidad
- . Guía de Autoevaluación E.F.Q.M. para Unidades de Gestión. Febrero 2004. Osakidetza/svs
- . Gestión de una nueva alternativa: El Hospital de Día de la Unidad de Psicosis Refractaria. Belén Lizalde Ibáñez. 2003
- . Guía de implantación de un sistema de gestión por procesos basado en la norma ISO 9001:2000
- . Guía de Práctica Clínica (ERGE); Barcelona. 2001
- . Guía para la Gestión de Procesos. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza/Svs. Noviembre de 1999
- . Guía práctica para la elaboración de documentos de información y Consentimiento Informado. Osakidetza/Svs 1998
- . Guía para la autoimplantación de la metodología 5S en organizaciones sanitarias. Osakidetza/Svs Septiembre 2003
- . Homogeneización de Indicadores del Sistema de Información de Atención Especializada. Abril 2002. Dirección de Asistencia sanitaria de Osakidetza/Svs
- . Instrucción 3/2000 de Consultas Externas de Atención Especializada de 14 de Julio de 2.000 del Director General de Osakidetza/Svs
- . Instrucción 1/2001 de Pruebas o Exploraciones Complementarias de 2 de febrero de 2.001 del Director General de Osakidetza/Svs
- . Instrucción 1/2004 de implantación del Plan de Calidad 2003-2007 de 7 de enero de 2004 del Director general de Osakidetza/Svs
- . Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- . Ley 7/2002 de 12 de Diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad
- . Manual de Evaluación y Mejora de la Satisfacción de las Personas en las organizaciones de servicios. Dirección de Recursos Humanos de Osakidetza.
- . Manual de Formación del Instrumento AGREE. Unión Europea. Programa Marco de Biomedicina. Páginas 1 y 2. 2004
- . Medicina Interna en el Hospital Psiquiátrico de Álava. Año 2000. Rafael Hernández Palacios. FEA de Medicina Interna

- . Memoria Q Plata del HP y SME de Álava. 2001
- . Modelo sobre Calidad Total del Gobierno Vasco y Euskalit: Fundación Vasca para la Calidad
- . Plan de Calidad 2003- 2007. Estrategias de Mejora. Osakidetza/Svs
- . Plan de Calidad 2003-2007. Definición de Indicadores. Informe de Progreso
- . Plan de Gestión 2003 del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava
- . Plan de Gestión 2004 del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava
- . Plan de Salud 2002 – 2010. Políticas de Salud para Euskadi. Departamento de Sanidad. Junio 2002
- . Plan Estratégico de Osakidetza/Svs 2003-2007. Noviembre 2003
- . Plan Estratégico de Salud Mental 2004-2008 de Osakidetza/Svs
- . Plan Estratégico del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalario de Álava 2004-2008
- . Plan Integral de Calidad de Salud Mental. Comisión de Calidad de Salud Mental. Junio 1994
- . Procedimiento de acceso a la Documentación Clínica . Comisión de Documentación Clínica de la Dirección de Asistencia Sanitaria. Mayo 2003
- . Programa de Formación Continuada de Osakidetza. Conceptos Básicos de Gestión Sanitaria y Calidad Asistencial. Diciembre de 1997
- . Osasuna Zainduz. Estaregias de Cambio de la Sanidad Pública Vasca. 1993
- . Recomendación del Consejo de Europa de Septiembre de 1997, sobre el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de gestión de la calidad de los servicios de salud, incluida en las recomendaciones aprobadas por el Pleno del Congreso de los Diputados el 18 de diciembre de 1997
- . Reglamento de Uso de la H^a C^a del HP y SME de Álava. Mayo de 2004
- . Revista de Calidad Asistencial 1994; 2:49. Sección Editorial
- . Revista de Calidad Asistencial. Monográfico sobre la situación actual de la calidad asistencial en España. Abril –Mayo 2004