



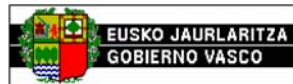
**PLAN DE CALIDAD
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y SALUD MENTAL
EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA
2004-2007**

Objetivo Específico 1.5.:

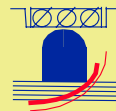
Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias



Osakidetza
Servicio vasco de salud



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD



1º OBJETIVO GENERAL: MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO

7 Objetivos específicos:

- 1.1. Mejora de la eficiencia y efectividad de las prestaciones sanitarias
- 1.2. Mejora de la continuidad en la atención
- 1.3. Mejora de la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias
- 1.4. Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria
- 1.5. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias
- 1.6. Mejora del trato y de las condiciones hosteleras
- 1.7. Mejora de la información

Objetivo Específico 1.5.:

Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias

1.5. MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LAS PRESTACIONES SANITARIAS

1.5.1.1. % de pacientes de la lista de espera con una demora, en la cita para consultas externas en un CSM, superior a 30 días

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de pacientes con una demora > 30 días x 100

Denominador: Nº de pacientes en lista de espera para consultas externas en un CSM

Observaciones: Los pacientes en Lista de espera para consultas externas en un CSM son aquellos que están en espera para ser vistos en consulta a último día del periodo de estudio.

LISTA DE ESPERA : Es el registro de los pacientes que están en espera para ser vistos en una consulta en cada uno de los CSM de la red de Alava.

Se considerará Lista de Espera no atribuible al HP y SME de Alava aquella que la generan voluntariamente los pacientes, es decir, cuando ellos prefieren esperar, bien a un facultativo en concreto, o por otros motivos (vacaciones, curso escolar, viajes, etc.) , aunque sea con una demora superior, y aunque se les ofrezca una cita en una fecha con menor demora, y por lo tanto en un futuro cuando dispongamos de una citación electrónica e informatizada serán excluidos del cómputo de pacientes en Lista de Espera de cara a calcular la demora.

Objetivo: 0% en los próximos cuatro años

1.5.1.2. Demora media de las Consultas Externas con prioridad Urgente hasta el primer contacto con el facultativo

1.5.1.3. Demora media de las Consultas Externas con prioridad Preferente hasta el primer contacto con el facultativo

1.5.1.4. Demora media de las Consultas Externas con prioridad Ordinaria hasta el primer contacto con el facultativo

Objetivo demora media consultas prioridad urgente: < 1 día

Objetivo demora media consultas prioridad preferente: < 7 días

Objetivo demora media consultas prioridad ordinaria: < 30 días

Es importante que reflejemos algunos conceptos básicos a tener en cuenta cuando hablemos de Listas de Espera y de Demoras:

A.-FECHAS A TENER EN CUENTA

En el futuro, la aplicación informática que se instale en el HP y SME de Alava contemplará 3 fechas:

Fecha de registro: Es la fecha en la cual se pide la consulta.

Fecha solicitada: Es la fecha a partir de la cual se desea la cita.

En el caso de las primeras suele ser a petición del paciente, y en el de las sucesivas a propuesta del facultativo.

Si no existe fecha solicitada, por defecto automáticamente el Programa registra la fecha de registro.

Fecha de cita: Es la fecha para la cual el paciente es citado realmente.

B. TIPOS DE DEMORA

DEMORA MÍNIMA: *Es el nº mínimo de días que espera una/un paciente, desde que desea una cita, hasta que se asigna una cita para una/un facultativo de atención especializada.*

Se refiere al primer día en que hay cita disponible para cualquiera de las/os facultativos de ese CSM.

Informaticamente, corresponderá a LA FECHA DE CITA MÁX CERCANA a la fecha en la cual se pide la consulta, y que el ordenador ofrecerá la cita de forma automática, sobre la base de una programación ordinaria de la agenda de cualquiera de los médicos del CSM, excluyendo los huecos generados por programación extraordinaria, descitaciones y forzado de agendas, que pueden artefactar la demora real.

DEMORA MEDIA: *Es el nº de días que por término medio esperan el conjunto de los pacientes desde la fecha solicitada, hasta la fecha de cita.*

Para el cálculo informático de la Demora Media se tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha de cita y la fecha solicitada, de todos los pacientes que se encuentran en lista de espera el día que realicemos el estudio o día del "corte", que habitualmente se realizará el último día de cada mes.

Será la suma total de esos días de demora, de todas las citas procesadas, dividido entre el nº total de citas.

Si la fecha de cita ofertada no es aceptada por la/el paciente, y prefiere esperar, bien por esperar a un médico determinado, o por otros motivos, se introducirá como fecha solicitada la fecha de cita con el consultor elegido, ya que como comentábamos con anterioridad, esta lista de espera no debe ser atribuida al HP y SME de Álava, ya que es voluntaria por parte del paciente.

Ejemplo práctico: Si hoy es 7 de Abril, y mañana es Jueves Santo, 8 de Abril, y una persona quiere irse de vacaciones de Semana Santa ó San Prudencio, y no quiere ser vista hasta Mayo, la primera cita disponible sería a partir del 3 de Mayo Lunes.

Si se le da para el 5 de Mayo miércoles, la demora realmente será de 2 días y no de 2 días + los 23 días de Abril que van desde el 7 al 30 de Abril.

DEMORA MÁXIMA: *Se refiere a la primera cita disponible más lejana de los facultativos del CSM.*

Informáticamente es la fecha de cita más lejana que el ordenador ofrece de forma manual sobre la base de una programación ordinaria de la agenda de cualquiera de los facultativos del CSM, expresamente solicitado.

Hace referencia a cuando el paciente u otro facultativo remitente prefieren libremente esperar al facultativo para el que se desea la cita, aunque sea con una demora superior a la que se le puede ofrecer con otro facultativo.

En resumen, y para los tres indicadores de demora:

La **demora mínima** se refiere a la cita más cercana en una especialidad o subespecialidad, desde que se desea la cita, hasta que se puede asignar una cita.

La **demora media** se refiere a la media de todas las diferencias entre la fecha de cita y la fecha solicitada.

La **demora máxima** se refiere al primer hueco disponible más lejano existente dentro de una determinada especialidad o subespecialidad.

Estos indicadores de demoras serán aplicables en un futuro a las Primeras Consultas (ordinarias y preferentes), y a las Consultas Sucesivas, **pero solamente cuando se obtengan de forma automática sin ningún esfuerzo suplementario para nadie.**

C. N° de PACIENTES EN LISTA DE ESPERA POR GRUPOS DE DEMORA: Se refiere al n° de pacientes citados desde la fecha "del corte", - que es una fecha determinada -, en adelante, hasta la fecha de cita.

Se distribuirán en los siguientes grupos:

- **1 – 14 días**
- **15 – 30 días**
- **> 1 mes** (este dato es el que se cogerá para obtener el indicador 1.5.1.1.)

D. GRADO DE PRIORIDAD ASISTENCIAL

En función del grado de prioridad asistencial se distinguirán 3 tipos de primeras consultas:

A.- Urgente: Aquella cuyo médico remitente considera que dadas las características del proceso, debe ser atendida **en el mismo día, o transcurrido un tiempo que no sobrepase las 24 horas.**

B.- Preferente: Aquella cuyo médico remitente considera que dadas las características del proceso, es demorable relativamente, y debe ser atendida con una demora máxima de **1 semana.**

C.- Ordinaria: Aquella cuyo médico remitente considera que es demorable y puede ser atendida en el plazo establecido en **los objetivos, que en ningún caso superará los 30 días.**

1.5.1.5. Demora media de las consultas externas para una Consulta de Acogida

Fuente de Información: Sistema de Información

Observaciones: Se calcula de la misma forma que el resto de consultas, pero haciendo referencia exclusivamente a las Consultas de Acogida, que son aquellas que son realizadas por las Enfermeras Especialistas en Psiquiatría, cuya función es similar a la del "triaje" en los servicios de Urgencias, y es la de realizar una primera valoración del paciente en un tiempo inferior a los 5 días.

La actividad se registrará y considerará como otro consultor aparte en el cual se engloba la actividad de enfermería.

Objetivo: < 7 días en el 2004 y hasta el año 2007

1.5.1.6. Espera media de los pacientes atendidos durante el periodo de estudio

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Es la suma del nº días que han tenido que esperar los pacientes atendidos en un periodo de tiempo realmente, desde la fecha solicitada hasta que se ha producido la consulta de forma real por el facultativo.

Denominador: Nº total de pacientes atendidos durante el periodo de estudio

Observaciones:

La diferencia entre la demora y la espera radica en lo siguiente:

La **demora** hace referencia al tiempo que potencialmente han de esperar desde la fecha solicitada hasta que se les asigna la fecha de cita. Pero lógicamente puede haber cancelaciones por diferentes motivos que pueden motivar retrasos o adelantos de la cita

La **espera** hace referencia al tiempo real que han esperado los pacientes atendidos, de forma que si a alguien se le ha retrasado la cita por cualquier causa, la espera es el tiempo real en que ha tardado en ser atendido o visto.

La demora nos responde a la pregunta: ¿ Cuánto tiempo van a esperar los pacientes ?

La espera nos responde a la pregunta: ¿ Cuánto tiempo han esperado realmente los pacientes ?

Para el cálculo informático de la Espera Media se tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha de consulta real y la fecha solicitada, de todos los pacientes que han sido atendidos en el periodo en el que realicemos el estudio.

Lógicamente podremos saber la espera media, tanto para las Consultas Urgentes, como Preferentes u Ordinarias, como para el global de las consultas, ó solo para las Urgentes o Preferentes, o la combinación que queramos.

Objetivo espera media: Siempre al menos igual a la demora media, porque ello implicaría que aunque hubiese cancelaciones, se compensarían los atrasos de citas con los adelantos de citas, y habría una correcta gestión de las inasistencias, ocupando los huecos que quedarían libres con las inasistencias comunicadas por los pacientes.

1.5.1.7. Tiempo de Absorción

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de pacientes registrados en Lista de Espera

Denominador: TAM (Tasa Anual Media acumulada de actividad)

Observaciones: Se refiera al tiempo que tardaría en absorberse la Lista de Espera al ritmo de trabajo de un periodo anterior definido

Para evitar artefactar la realidad no debe tenerse en cuenta la actividad del mes anterior, por las épocas vacacionales y la estacionalidad, sino la TAM (Tasa Anual Media) que hace referencia a la actividad anual media acumulada, tomando como referencia de forma habitual los 12 últimos meses de actividad

Objetivo : < Siempre a los rangos de demora establecidos

1.5.2.1. y 1.5.2.2. ¿ Se ha elaborado e implantado un sistema para que los pacientes comuniquen su inasistencia a Consultas en los CSM ó EI por vía telefónica, fax ó e-mail, optimizando así la gestión de esos huecos en la agenda ?:

Fuente de Información: Memoria Anual

Observaciones: Lo que se pretende es establecer un sistema de forma que cuando a un paciente se le da una cita en su Centro de Salud de Atención Primaria en el caso de una primera visita, o en su CSM si es una sucesiva, tenga la información necesaria para en caso de que no vaya a acudir a la consulta en el CSM pueda avisar siempre, bien por teléfono, fax o por correo electrónico.

De esta forma se puede optimizar la gestión de esos huecos, bien para dar cita a otro paciente, o si es muy anterior a la hora de la cita, poder hacer un mejor uso del tiempo de todos los profesionales implicados.

La idea es elaborar un sistema que permita cumplir el objetivo señalado, y que incluirá, desde una hoja en color y bilingüe en la que se informe al 100% de los pacientes de cómo y adonde deben dirigirse para comunicar su inasistencia en caso de que no puedan acudir, y cual es la causa de dicha inasistencia, para si procede, darle otra cita otro día distinto; hasta información y campañas de sensibilización como formar de concienciar a la población de que además de los legítimos derechos que le asisten, tienen obligaciones, como la de informar al Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de que no van a acudir a la cita.

Objetivo: Elaborarlo e implantarlo en el 2005

1.5.2.3 % de Inasistencias Totales

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de inasistencias totales x 100

Denominador: Nº total de consultas citadas

Observaciones: Se considera inasistencia cuando el paciente no acude a la cita que tenía previamente asignada.

Objetivo: < 10% en el 2005, <8% en el 2006, <6 % en el 2007

1.5.2.4 % de Inasistencias Comunicadas

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de inasistencias que han sido comunicadas x 100

Denominador: Nº total de inasistencias

Objetivo: 25% en el 2005, 50% en el 2006, 75 % en el 2007

1.5.2.5 % de Inasistencias no Comunicadas

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de inasistencias que no han sido comunicadas x 100

Denominador: Nº total de inasistencias

* **Observaciones:** En los 3 indicadores de Inasistencias se podrán Primeras y Sucesivas, por la importancia que tiene en el seguimiento de la patología de los pacientes, aunque los 3 indicadores anteriores hacen referencia al total de inasistencias, es decir, a la suma de las Inasistencias a Primeras y a Sucesivas.

Objetivo: 75% en el 2005, 50% en el 2006, 25 % en el 2007

1.5.3.1. % de Inasistencias Totales, comunicadas y no comunicadas al SRC por Unidad hospitalaria de origen y viceversa

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de inasistencias totales, comunicadas y no comunicadas entre el SRC y las Unidades y Viceversa x 100

Denominador: Nº total de citas y nº de inasistencias según proceda

* **Observaciones:** Lo que se pretende es mejorar la comunicación entre el SRC y las unidades para que se conozca cuando un paciente no va a acudir a sesiones de rehabilitación parcial, de cara a optimizar esos huecos y esos tiempos.

Objetivo: 100 % de inasistencias comunicadas en 2007

1.5.4.1. % de cancelaciones totales

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de consultas canceladas totales x 100

Denominador: Nº total de consultas citadas

Objetivo: <10% en el 2005, <8% en el 2006 y <6% en el 2007

1.5.3.1. % de cancelaciones ajustadas

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de consultas canceladas ajustadas x 100

Denominador: Nº total de consultas citadas

Observaciones: Se habla de que una cancelación está ajustada cuando está incluido en la tabla de inasistencias y cancelaciones con los números: 8,9,18,22 y 23

Objetivo: 70% en el 2005, 75% en el 2006 y 80% en el 2007

1.5.3.2. % de cancelaciones no ajustadas

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de consultas canceladas no ajustadas x 100

Denominador: Nº total de consultas citadas

Observaciones: En los 3 indicadores se podrán diferenciar Primeras y Sucesivas, por la importancia que tiene, tanto en el seguimiento de la patología de los pacientes en el caso de las sucesivas, como en aspectos de demora para una Primera Consulta, aunque los 3 indicadores anteriores hacen referencia al total de cancelaciones, es decir, a la suma de las Cancelaciones par a Primeras y para Sucesivas.

* En el futuro, cuando exista una cancelación o una inasistencia, al registrar la causa, se le asignará uno de los números recogidos en la Tabla de Inasistencias y Cancelaciones que se puede apreciar al final de éste objetivo 1.5., para así conocer cuales son las causas y poder saber las cancelaciones ajustadas y las que no lo son.

Objetivo: 30% en el 2005, 25% en el 2006 y 20% en el 2007

TABLA DE INASISTENCIAS Y CANCELACIONES

1. Inasistencia comunicada con solicitud de nueva cita
2. Inasistencia comunicada sin solicitud de nueva cita
3. Inasistencia no comunicada
4. Cancelación por asistencia a Cursos y Congresos (Incluye Seminarios, Conferencias, etc.) y por autorización para la realización de estudios de perfeccionamiento profesional.
5. Cancelación por reorganización de la consulta: cambio horarios agenda
6. Cancelación por vacaciones
7. Cancelación por salida de guardia
- 8. Cancelación por acudir a consultas, tratamientos y exploraciones de tipo médico**
- 9. Cancelación por licencias varias**
10. Cancelación por ejercicio de funciones de representación sindical o de personal
11. Cancelación por permiso por asuntos propios
12. Cancelación por convocatoria de reunión en el propio hospital/ambulatorio, en algún otro centro de la red de Osakidetza o en la Organización Central
13. Cancelación por falta Historia Clínica
14. Cancelación por falta de pruebas complementarias o los informes correspondientes (Rx, Analítica, etc.)
15. Cancelación por falta de Consentimiento Informado
16. Cancelación por falta de preparación adecuada del paciente
17. Cancelación por imposibilidad técnica de realizar la prueba/exploración.
- 18. Cancelación por adelantamiento de la cita**
19. Cancelación por falta de tiempo en las consultas
20. Cancelación por ausencia de local
21. Cancelación por error en los trámites administrativos
- 22. Cancelación por cambio de médico que pasa la consulta**
- 23. Cancelación por fallecimiento del paciente**
24. Cancelación por otras causas (Por autorización de colaboración con ONG (Organizaciones no Gubernamentales), por impartir docencia en la UPV/EHU, por orden de la Dirección del centro, conflicto colectivo, etc.)

Objetivo: 30% en el 2005, 25% en el 2006 y 20% en el 2007

1.5.5.1. Demora media en los pacientes hospitalizados para recibir un TEC

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Suma del nº de días que esperan los pacientes desde la fecha solicitada para que se les dé un TEC en el Hospital "Santiago Apóstol" hasta el día que lo reciben

Denominador: Nº total de pacientes que reciben un TEC estando hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico

Observaciones: Los TEC, ó Terapia Electro Convulsiva, se realizan en la URPA (Unidad de Reanimación Postanestésica) del Hospital "Santiago Apóstol", y la demora suele deberse más a la sobrecarga de trabajo de los psiquiatras del Hospital "Santiago Apóstol", que a la disponibilidad de anestesista y hueco en la URPA del Hospital, ya que los TEC se dan en la franja entre las 8,15 horas y 9,30 horas de la mañana, antes de que empiecen los primeros pacientes operados a ser derivados a dicha URPA.

Es por ello, que en el Plan Estratégico del HP y SME de Alava 2004-2007, se recoge en la acción 3.1.1.1. el reciclaje y formación continuada en la técnica del TEC en al menos el 50% de los psiquiatras del Hospital Psiquiátrico.

Objetivo: 7 días en los próximos 4 años

1.5.6.1. % de llamadas telefónicas que son respondidas antes del 8º tono

Fuente de Información: Encuesta

Numerador: Nº de llamadas telefónicas que son respondidas antes del 8º tono

Denominador: Nº total de llamadas telefónicas realizadas

Objetivo: 80% en los próximos cuatro años

1.5.6.2. % de llamadas telefónicas en las que se identifica el centro al que se llama

Fuente de Información: Encuesta

Numerador: Nº de llamadas telefónicas que son respondidas antes del 8º tono

Denominador: Nº total de llamadas telefónicas realizadas

Objetivo: 80% en los próximos cuatro años

1.5.6.3. % de centros con información telefónica en contestador automático fuera del horario habitual de funcionamiento

Fuente de Información: Memoria Anual

Numerador: Nº de centros con información telefónica con contestador automático fuera del horario habitual de funcionamiento

Denominador: Nº total de centros existentes

Objetivo: 100% en los próximos cuatro años

1.5.7.1. % de Centros que ha elaborado el Protocolo de cambio de Centro de Salud Mental

Fuente de Información: Memoria Anual

Numerador: Nº de centros que han elaborado el Protocolo de cambio de Centro de Salud Mental

Denominador: Nº total de centros existentes

Objetivo: 100% en los próximos cuatro años

1.5.7.2. % de pacientes que han solicitado cambio de Centro de Salud Mental por no estar satisfechos con la atención recibida

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de pacientes que han solicitado cambio de Centro de Salud Mental por no estar satisfechos con la atención recibida

Denominador: Nº total de pacientes atendidos

Observaciones: Se excluyen lógicamente los cambios por cambio de domicilio

Objetivo: Al desconocer la situación de base, no es razonable establecer un objetivo.

1.5.7.3. % de Centros que ha elaborado el Protocolo de cambio de facultativo

Fuente de Información: Memoria Anual

Numerador: Nº de centros que han elaborado el Protocolo de cambio de facultativo

Denominador: Nº total de centros existentes en los que hay más de 1 facultativo

Objetivo : 100% en los próximos cuatro años

1.5.7.4. % de pacientes que han solicitado cambio de facultativo por no estar satisfechos con la atención recibida

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de pacientes que han solicitado cambio de facultativo por no estar satisfechos con la atención recibida

Denominador: Nº total de pacientes atendidos

Observaciones: Se excluyen lógicamente los cambios por cambio de domicilio

Objetivo : Al desconocer la situación de base, no es razonable establecer un objetivo

1.5.8.1. % de centros que han implantado el circuito de 2ª opinión

Fuente de Información: Memoria Anual

Numerador: Nº de centros que han implantado el circuito de 2ª opinión

Denominador: Nº total de centros existentes en los que es procedente implantar el circuito de 2ª opinión

Objetivo : 100% en el 2004

1.5.8.2. % de pacientes que han solicitado una 2ª Opinión

Fuente de Información: Sistema de Información

Numerador: Nº de pacientes que han solicitado una 2ª Opinión

Denominador: Nº total de pacientes atendidos

Objetivo : Al desconocer la situación de base, no es razonable establecer un objetivo

1.5.9.1. ¿ Se ha creado la Unidad de Atención al Cliente / Paciente y Usuario?

Fuente de Información: Memoria Anual

Observaciones: Se refiere a la creación y puesta en marcha de una Unidad en la que se realicen todos los trámites administrativos relacionados con los pacientes y familiares, así como se centralicen las quejas, reclamaciones, etc.

Objetivo: Crearla en el 2005

1.5.10.1. % de Unidades que han elaborado procedimientos para reducir los trámites a realizar por los pacientes

Fuente de Información: Memoria Anual

Numerador: Nº de Unidades en las que se han elaborado procedimientos para reducir los trámites a realizar por los pacientes

Denominador: Nº total de Unidades / CSM ó EI

Objetivo: 100% en los próximos cuatro años

1.5.10.2. % de Unidades en las que el 100% de los trámites a realizar por los pacientes se realizan en las Unidades de Atención al Cliente

Fuente de Información: Memoria Anual

Numerador: Nº de Unidades en las que el 100% de los trámites se realizan en las Unidades de Atención al Cliente

Denominador: Nº total de Unidades / CSM ó EI

Objetivo: 100% en los próximos cuatro años

1.5.11.1. % de Unidades / CSM con atención en horario de tarde

Fuente de Información: Memoria Anual

Numerador: Nº de Unidades con atención ordinaria en horario de tarde

Denominador: Nº total de Unidades / CSM ó EI

Objetivo: Se abrirá por la tarde sólo si es necesario y en función del resultado del estudio de adecuación de la demanda a realizar, tal y como se establece en la acción 1.3.4.