

La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación constituye una herramienta autónoma para evaluar, controlar y mejorar las actividades de promoción de la salud en los hospitales. Para ello propone unos estándares e indicadores agrupados en cinco ámbitos relacionados con la política de gestión, la evaluación de pacientes, la información facilitada a los pacientes e intervenciones, la promoción de la salud de un lugar de trabajo saludable y la continuidad y cooperación asistencial.

Esta publicación es de interés para los profesionales de la salud, directivos de hospitales y agencias de calidad.

La implantación de la promoción de la salud en los hospitales

La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación

La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación

EDICIÓN A CARGO DE:

Oliver Groene,
Responsable técnico, Calidad de los sistemas
y servicios sanitarios

TRADUCCIÓN AL CASTELLANO:

Dolors Juvinyà,
Catedrática. Departamento de Enfermería,
Universidad de Girona
Neus Brugada y Carme Bertran
Profesoras del Departamento de Enfermería, Universidad de Girona

COORDINACIÓN Y GESTIÓN:

Área de Promoción de la Salud
Subdirección General de Promoción de la Salud
y Epidemiología
Dirección General de Salud Pública

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18.- 20. 28014 - Madrid

NIPO papel: 351-07-007-6
NIPO en línea: 351-07-006-0
Depósito legal: M. 37.779-2007
Preimpresión: Infortex, S. L.
Impresión y encuadernación: Closas-Orcoyen, S. L.
Polígono Igarsa. Paracuellos de Jarama (Madrid)

La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Índice

Resumen	IX
Agradecimientos	XI
Lista de figuras y tablas	XIII
Prólogo a la edición española	XV
I. Introducción	1
II. Preguntas frecuentes	5
III. Información previa y metodología	9
III.1 El papel de los hospitales en la promoción de la salud	9
III.2 Conceptualización de la promoción de la salud	10
III.3 Evaluación interna y externa de la calidad	12
III.4 Estándares de promoción	14
III.5 Indicadores de la promoción de la salud	19
III.6 Uso complementario de los estándares y indicadores	24
IV. Ejecución del proyecto	27
IV.1 Atribución de responsabilidades	27
IV.2 Recogida de datos	28
IV.3 Interpretación de resultados	30
IV.4 Desarrollo de un plan de mejora de la calidad	31
V. Formularios de autoevaluación	33
Estándar 1: Política de gestión	35
Estándar 2: Evaluación de pacientes	40
Estándar 3: Información facilitada a los pacientes e intervención	44
Estándar 4: Promoción de un lugar de trabajo saludable	48
Estándar 5: Continuidad y cooperación	53
VI. Hojas descriptivas de los indicadores	59
VII. Glosario	87

Resumen

La promoción de la salud es una parte integral del proceso de la atención sanitaria y está íntimamente relacionada con aspectos clínicos, educativos, de comportamiento y de organización. Por ello, las actividades de promoción de la salud deben formar parte de las iniciativas de mejora de la calidad, con el fin de garantizar el uso de los enfoques más adecuados y un control continuado en vistas a optimizar los resultados.

Dado que la mayor parte de las herramientas habituales de gestión de la calidad no aborda explícitamente dichas actividades de promoción de la salud, hemos decidido publicar este *Manual sobre la implantación de la promoción de la salud en los hospitales*. Esta obra pretende dotar a los directores y profesionales sanitarios de las herramientas para:

- evaluar las actividades de promoción de la salud en los hospitales;
- reforzar la capacidad de las instituciones de atención sanitaria para mejorar las actividades de promoción de la salud;
- presentar recomendaciones para introducir mejoras en las actividades de promoción de la salud en los hospitales;
- implicar a todos los profesionales y al paciente en la mejora de la calidad de la atención;
- fortalecer la coordinación de la atención sanitaria con otros proveedores del mismo ámbito;
- mejorar la salud y la seguridad del personal y de los pacientes.

Queremos alentar a todos los hospitales, a las agencias de calidad y, sobre todo, a los miembros de Red Internacional de Hospitales Promotores de Salud a utilizar esta herramienta para evaluar y mejorar la calidad de las actividades de promoción de la salud en la atención sanitaria que prestan.

Agradecimientos

La elaboración de este documento ha sido posible gracias a la colaboración de muchas personas. En primer lugar, merecen nuestro más sincero agradecimiento todos los que han apoyado este proyecto y han contribuido a definir su planteamiento, tanto los grupos de trabajo de la Red Internacional de Hospitales Promotores de Salud como los asesores externos.

Asimismo, queremos agradecer especialmente el esfuerzo realizado por los coordinadores nacionales, que han llevado a cabo la prueba piloto de esta herramienta, y por los profesionales de los hospitales, que han dedicado una parte de su valioso tiempo a evaluar el cumplimiento de los estándares y a recoger datos sobre los indicadores de promoción de la salud.

Por último, no podemos dejar de agradecer a los doctores Svend Juul Jorgensen por creer en este proyecto, Mila García-Barbero por su apoyo en todo momento y Kiki Lomberts por su inestimable opinión sobre el documento final.

Lista de figuras y tablas

Figura 1:	Estrategias para la promoción de la salud	11
Figura 2:	Perspectiva clínica, de los pacientes y de la dirección	16
Figura 3:	Los tres niveles de la estructura de los estándares para la promoción de la salud	18
Figura 4:	Ciclo PDCA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar)	31
Tabla 1:	Presentación general de los indicadores para la promoción de la salud	23
Tabla 2:	Hoja descriptiva sobre conocimiento de la política entre el personal	61
Tabla 3:	Hoja descriptiva sobre conocimiento de pacientes (y familiares)	63
Tabla 4:	Hoja descriptiva sobre porcentaje de presupuesto destinado a la promoción de la salud	65
Tabla 5:	Hoja descriptiva sobre pacientes en los que se evalúan factores de riesgo genéricos	67
Tabla 6:	Hoja descriptiva sobre pacientes en los que se evalúan factores de riesgo específicos	68
Tabla 7:	Hoja descriptiva sobre satisfacción de pacientes	69
Tabla 8:	Hoja descriptiva sobre la formación de los pacientes en autogestión	70
Tabla 9:	Hoja descriptiva sobre información a los pacientes acerca de los factores de riesgo	71
Tabla 10:	Hoja descriptiva sobre la puntuación relativa a la información facilitada a los pacientes y las intervenciones	72
Tabla 11:	Hoja descriptiva sobre empleados fumadores	73
Tabla 12:	Hoja descriptiva sobre cesación tabáquica	74
Tabla 13:	Hoja descriptiva sobre la opinión del personal	75
Tabla 14:	Hoja descriptiva sobre el absentismo de corta duración	76
Tabla 15:	Hoja descriptiva sobre las lesiones relacionadas con el trabajo	78

Tabla 16:	Hoja descriptiva sobre la evaluación de desgaste profesional	80
Tabla 17:	Hoja descriptiva sobre informes de alta	82
Tabla 18:	Hoja descriptiva sobre tasa de reingresos	84
Tabla 19:	Hoja descriptiva sobre preparación de altas	86

Prólogo a la edición española

Este documento es el resultado de un largo proceso de creación de la Red de Hospitales Promotores de Salud y de apoyo a los hospitales que creyeron en la idea y contribuyeron a desarrollarla. Su gran ventaja es que está basado en las necesidades hospitalarias, y permite un análisis individual de la propia actividad facilitando el *benchmarking* entre hospitales.

El movimiento de los Hospitales Promotores de Salud creado en 1992 por la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud comenzó como una estrategia de mejora de la atención de los pacientes, el personal y el entorno, dentro de los sistemas de mejora de la calidad total, utilizando un parámetro nuevo para los hospitales como era la Promoción de la Salud. El nombre Hospitales Promotores de Salud, no parecía encajar con la tarea fundamental de los hospitales, de índole fundamentalmente curativa, no obstante, la idea era utilizar el gran potencial de los mismos para abarcar los problemas de salud desde una perspectiva integral.

Inicialmente la Red de Hospitales Promotores de Salud sirvió para evidenciar aquellas actividades que ya se estaban llevando a cabo, concienciar a los hospitales de sus posibilidades en este campo, intercambiar experiencias e introducir nuevas acciones. Las tres grandes áreas en las que se encuadraban las acciones de promoción de la salud eran los pacientes y familiares, el personal del hospital y el medio ambiente. Las actividades concretas variaban desde la mejora de la oferta de comida en la cafetería o en el catering a los pacientes, a cursos de formación para profesionales en el manejo de material de riesgo o posturales, cursos a pacientes y familiares con discapacidades o que habían sufrido un proceso patológico agudo o como organizar los vertidos hospitalarios.

La red pasó por tres etapas estratégicas:

La primera trataba de sensibilizar a los hospitales de su potencial en el campo de la salud y no solo de la enfermedad, o desde la enfermedad a la salud, y de dar visibilidad a aquellas actividades que ya se estaban llevando a cabo; la segunda crear redes nacionales o regionales en las que existían unas bases políticas y de gestión y unas necesidades comunes y la tercera crear un sistema que permitiera medir las actividades y apoyara la financiación para asegurar la continuidad.

La red europea que comenzó con 20 hospitales cuenta en el momento actual con casi 800 hospitales constituidos en 27 redes nacionales o regionales. Este documento se encuadra dentro de la última etapa e intenta cubrir una necesidad expresada por los propios hospitales. Es el resultado de un largo proceso de pilotaje de estándares e indicadores llevado a cabo por los propios hospitales voluntariamente, y una amplia consulta entre los representantes de los hospitales y expertos tanto en procesos de calidad como de promoción de la salud. Algunos países están buscando formulas para introducir estos parámetros en sus sistemas

nacionales de evaluación y acreditación hospitalaria y muchos hospitales lo han incorporado a sus programas de calidad. Es simplemente un instrumento de apoyo para aquellos hospitales que deseen evaluar las actividades que realizan en un campo que hasta no hace mucho parecía ajeno a la actividad hospitalaria.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha decidido publicar la edición española de este documento con el objetivo de avanzar en la constitución de una Red Nacional de Hospitales Promotores de la Salud que pueda incorporarse a esta Red Internacional.

La asociación y la construcción de alianzas es una de las estrategias que se proponen para avanzar en la promoción de la salud en este nuevo siglo (Carta de Bangkok).

En promoción de la salud, el trabajo en red se ha convertido en una orientación prioritaria. Potenciar las redes de promoción de la salud en los diferentes entornos y poblaciones y también por áreas temáticas es un camino que posibilita ganar salud con la población. Los hospitales son entornos muy significativos para las personas, el proceso de curación de las enfermedades en los mismos puede realizarse de tal manera que puedan también constituirse en un referente de lo saludable y un apoyo al proceso poblacional de crear salud.

Prof. Milagros García Barbero*

* Milagros García Barbero es en la actualidad Vicerrectora para Relaciones Institucionales e Internacionales de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante) y coordinó, la Red Internacional de Hospitales Promotores de la Salud desde 1.992 hasta el año 2007 desde la Organización Mundial de la Salud

I. Introducción

El papel de la promoción de la salud en los hospitales está cambiando. Actualmente ya no se limita a ofrecer a los pacientes información complementaria relacionada con el estilo de vida una vez finalizados los procedimientos clínicos. La promoción de la salud se está convirtiendo en parte integral del proceso de la atención sanitaria y está íntimamente relacionada con aspectos clínicos, educativos, de comportamiento y de organización¹. Para mejorar la calidad de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas y de larga duración, las actividades de promoción de la salud en los hospitales deben integrarse mejor en la organización de los sistemas sanitarios. Una vez ampliado el alcance de las actividades de promoción de la salud, surgen varias preguntas en relación con la evaluación de la calidad y la mejora de dichas acciones.

Entre las herramientas más importantes de las que disponemos para mejorar la calidad en la atención sanitaria, como las guías aprobadas por profesionales, los estándares y los indicadores de rendimiento, hay pocas que se centren en los aspectos vinculados a la promoción de la salud. Por este motivo hemos desarrollado una herramienta de autoevaluación para la promoción de la salud en los hospitales, herramienta que abarca los temas siguientes: la política de gestión de los hospitales, la evaluación de los pacientes respecto a los factores de riesgo y a las necesidades sanitarias, la información y la participación de los pacientes en la promoción de la salud, la promoción de un lugar de trabajo saludable y la continuidad y la colaboración del hospital con otros proveedores de atención sanitaria, social e informal².

Este documento constituye una herramienta autónoma para evaluar, controlar y mejorar las actividades de promoción de la salud en los hospitales. Se basa en dos enfoques complementarios en relación con la evaluación de la calidad: **los estándares**, que expresan afirmaciones avaladas profesionalmente sobre las estructuras o los procesos de la atención sanitaria que deberían aplicarse, y **los indicadores**, que ofrecen procesos y resultados para la atención sanitaria y que actúan como una herramienta cuantitativa que permite evaluar las variaciones en el rendimiento con el paso del tiempo o entre distintas instituciones. De forma más detallada, este documento debe facilitar:

- Evaluación de las actividades de promoción de la salud en los hospitales;

¹ Groene, O., y García-Barbero, M. (ed.): *Health promotion in hospitals. Evidence and quality management*. Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005 <http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>

² Organización Mundial de la Salud. *Standards for Health Promotion in Hospitals*, Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2003, <http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf>

- Desarrollo de la capacidad de las instituciones de atención sanitaria para mejorar las actividades de promoción de la salud;
- Formulación de recomendaciones para mejorar las actividades de promoción de la salud en los hospitales;
- Implicación de todos los profesionales y todos los pacientes en aras de mejorar las actividades de promoción de la salud;
- Mejora de la coordinación de la atención con otros proveedores;
- Mejora de la salud y la seguridad del personal y de los pacientes;
- Ayuda a la modernización y al cambio de la práctica de la asistencia sanitaria y la prestación de servicios para que sean más eficientes y efectivos.

En el apartado siguiente del documento se incluyen las preguntas más frecuentes, y las respuestas a las mismas, en relación con el diseño y la aplicación de esta herramienta (Apartado 2). A continuación se describe la información previa y la metodología aplicada en el desarrollo de esta herramienta (Apartado 3). En el documento también se abordan cuestiones prácticas sobre la implantación del proyecto: cómo llevar a cabo la autoevaluación, cómo identificar las fuentes de datos, interpretar los resultados y trasladarlos al plan de mejora de la calidad (Apartado 4). Como complemento de la recogida de datos, en los apartados 5 y 6 se incluyen una serie de formularios de evaluación que pueden utilizarse para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares (Apartado 5) y una serie de hojas descriptivas para evaluar los indicadores de las actividades de promoción de la salud (Apartado 6). En el último apartado encontramos un glosario de términos sobre la calidad y diferentes aspectos de la promoción de la salud (Apartado 7).

La promoción de la salud abarca un amplio abanico de acciones, intervenciones, métodos y enfoques, algunos de ellos tan extensos que no se han podido recoger en el presente documento. Se tomó la decisión de que en esta herramienta de autoevaluación sólo se tratarían los temas que los profesionales que trabajan con pacientes, que son quienes cuentan con las mayores pruebas de su cumplimiento, pudieran reconocer con mayor facilidad. Por consiguiente, algunas actividades de promoción de la salud que se incluyeron en documentos anteriores de la Red de Hospitales Promotores de Salud no quedan totalmente reflejadas^{3, 4}. En la publicación *Eighteen Core Strategies for Health Promotion in Hospitals*⁵ se expone un marco exhaustivo que sirve de guía para la aplicación estratégica de la

³ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1986, <http://www.who.int/hpr/NPH/docs>

⁴ Recomendaciones de Viena sobre hospitales promotores de salud. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa, 1997 (http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1)

⁵ Pelikan, J.; Dietscher, C.; Krajic, K., y Nowak, P., *Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals*. En: Groene, O., y García-Barbero, M. (ed.): *Health promotion in hospitals*.

promoción de la salud en los hospitales y para un futuro desarrollo de los estándares de promoción de la salud. Algunas de los estándares (como la evaluación de pacientes o la información y la intervención para los pacientes) están estrechamente relacionadas con aspectos de la seguridad de los pacientes⁶; sin embargo, este documento aporta herramientas adicionales con un enfoque más amplio para empoderar a los pacientes y al personal y para complementar las actividades en materia de calidad y seguridad existentes.

Este documento se ha redactado para los hospitales y las agencias de calidad interesados en mejorar la promoción de la salud. Animamos a los organismos que trabajan en el ámbito de la mejora de la calidad a que estudien e incorporen a sus sistemas actuales los estándares y los indicadores para la promoción de la salud en los hospitales.

Evidence and quality management. Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005 <http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, pp 48 a 67

⁶ *Forward Programme 2005*. *World Alliance for Patient Safety*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004. http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

II. Preguntas frecuentes

P1 ¿Los miembros de la Red de Hospitales Promotores de Salud (HPH) de la OMS están obligados a realizar el proceso de autoevaluación?

No. En esta fase, el proceso de autoevaluación es voluntario. La herramienta sirve como ayuda al personal de los hospitales para identificar las áreas en las que pueden mejorar su rendimiento.

P2 ¿Qué ventajas aporta a mi hospital la realización de esta autoevaluación?

Los hospitales pueden llevar a cabo esta autoevaluación para mejorar la atención al paciente, la calidad de vida de los pacientes y la salud del personal. Esta herramienta de autoevaluación ayuda a identificar las carencias en cuanto a la calidad de los servicios de promoción de la salud y sirve como soporte al desarrollo de un plan de actuación.

P3 ¿Cómo encaja dentro de las demás iniciativas en materia de calidad?

El proceso de determinación de los estándares forma parte integral de la mejora continua de la calidad. Los estándares para la promoción de la salud que aparecen en este manual están pensados para complementar los estándares en materia de calidad actuales y no se centran exclusivamente en la promoción de la salud. Se han añadido una serie de indicadores complementarios para evaluar cuantitativamente el rendimiento con el paso del tiempo. Recomendamos encarecidamente relacionar los resultados de la autoevaluación de los estándares en materia de promoción de la salud con las estrategias de calidad que esté utilizando el hospital.

P4 ¿En qué medida contribuye a la seguridad del paciente?

La información, la formación y la comunicación en la atención sanitaria son los elementos clave para garantizar la seguridad de los pacientes. Afecta tanto al personal como a los pacientes y aumenta su grado de conciencia, motivación y respuesta. Los pacientes informados, por ejemplo, pueden desempeñar un papel muy importante al identificar los riesgos y proponer soluciones durante su estancia hospitalaria y después de su alta. Un personal informado contribuirá a desarrollar y mantener un lugar de trabajo sano y seguro.

P5 ¿Qué es un estándar?

En este documento, los estándares describen el grado de cumplimiento necesario. En él se definen cinco estándares, y cada uno de ellos trata una dimensión concreta de la promoción de la salud. Cada estándar se divide en subestándares, que a su vez se dividen en una serie de elementos medibles.

P6 ¿Cómo se mide el grado de cumplimiento de los estándares?

El cumplimiento de los estándares se mide como una suma de los elementos medibles que se cumplen y los subestándares. Los elementos medibles se evalúan en tres categorías: cumplimiento total, parcial o inexistente.

P7 ¿Cómo se interpreta el grado de cumplimiento de los estándares?

El grado de cumplimiento de los estándares determina áreas en las que la práctica de la promoción de la salud es adecuada y que puede usar como ejemplo en cualquier punto de su hospital. El incumplimiento indica el ámbito en los que existe un margen de mejora.

P8 ¿Qué son los indicadores?

Mientras que los estándares distinguen el grado necesario de cumplimiento entre parcial, completo o no aplicable, a los efectos de este documento entendemos que los indicadores son herramientas cuantitativas que tratan el proceso y los resultados de la calidad. Normalmente se describen como numerador y denominador.

P9 ¿En qué medida se relacionan los estándares y los indicadores?

Los indicadores que aparecen en este documento no se utilizan para evaluar el cumplimiento de los cinco estándares, sino que tratan cuestiones complementarias que deberían tenerse en cuenta en el control, la evaluación y la mejora del área de promoción de la salud evaluada. Los indicadores son expresiones numéricas que se utilizan para identificar las áreas de mejora.

P10 ¿Cómo medimos los indicadores?

Para que una mejora continua de la calidad se vea reflejada, los indicadores deben medirse varias veces a lo largo del tiempo. El presente manual determina, para cada indicador, su justificación, la descripción del numerador y del denominador, la fuente de datos y los niveles.

P11 ¿Cómo podemos elaborar un plan de actuación?

El plan de actuación debe desarrollarse a partir de la evaluación de los estándares, los indicadores y los comentarios y las observaciones incorporadas durante el proceso de autoevaluación. El plan de actuación también debe tratar las carencias principales identificadas durante la evaluación y reflejar las prioridades de la institución.

P12 ¿Qué ocurrirá con nuestro plan de actuación?

Para garantizar que el plan de actuación se aplica y controla correctamente, debe presentarse a la dirección e incluirse en el sistema de gestión de la calidad del hospital.

P13 ¿Se utilizará esta herramienta para realizar un *benchmarking* con otros hospitales?

De momento, la herramienta sólo se utilizará con fines de autoevaluación. La OMS y los coordinadores de la red HPH están estudiando el uso de la herramienta para realizar benchmarking en un futuro.

P14 ¿Obtendremos un certificado?

No, la OMS no emitirá ningún certificado. La autoevaluación, la mejora continua de la calidad y el desarrollo de los planes de actuación no se valorarán con una nota de “aprobado” o “suspense”. Cada hospital es un mundo y por ello tendrán que desarrollar una serie de planes de actuación concretos. Sin embargo, la Red Internacional de Hospitales Promotores de Salud puede decidir, en un futuro, si aplica un sistema para recompensar el grado de cumplimiento de los estándares y los indicadores que se presentan en este documento.

III. Información previa y metodología

III.1. El papel de los hospitales en la promoción de la salud

A principios de los años noventa, la OMS puso en marcha una iniciativa internacional para alentar a los hospitales a participar en la promoción de la salud. Los hospitales que forman parte de la Red Internacional de Hospitales Promotores de Salud tienen como objetivo prestar servicios médicos y de enfermería de gran calidad incorporando a su identidad corporativa y su práctica diaria actividades de promoción de la salud para los pacientes, el personal y la comunidad ⁷.

Existe una gran motivación dentro de la salud pública para ofrecer estrategias de promoción de la salud en el sector de la atención sanitaria ⁸. Los hospitales consumen entre el 40 y el 70% del presupuesto nacional en sanidad y habitualmente emplean entre el 1 y el 3% de la población activa ⁹. Los hospitales, en tanto que centros de trabajo, se caracterizan por diferentes factores de riesgo de tipo físico, químico, biológico y psicosocial. Paradójicamente, en los hospitales (instituciones que pretenden solucionar los problemas de salud), el reconocimiento de los factores que ponen en peligro la salud de su personal recibe poca atención, a pesar de lo evidente de la estrecha relación entre la salud del personal, la productividad y la atención al paciente ¹⁰.

Además, los hospitales pueden propiciar efectos de largo alcance, ya que influyen en el comportamiento de los pacientes y sus familiares, que son los más predispuestos a aceptar los consejos en materia de salud en situaciones de enfermedad-curación ¹¹. Dado el creciente aumento de las enfermedades crónicas en

⁷ *Health Promotion Glossary*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (<http://www.who.int/hpr/nph/docs>)

⁸ Tonnesen, H.; Fugleholm, A. M., y Jorgensen, S. J., *Evidence for health promotion in Hospitals*. En: Groene, O., y García-Barbero, M. (ed.): *Health promotion in hospitals. Evidence and quality management*. Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005 <http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, pp 22 a 47

⁹ Mckee, M., y Healy, J. (ed.). *Hospitals in a changing Europe*. Oxford: Open University Press, 2001.

¹⁰ Aiken, L. H.; Clarke, S. P.; Sloane, D. M.; Sochalski, J., y Silber, J. H. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. JAMA. 2002 Oct 23-30; 288 (16): 1987-93.

¹¹ Ogden, J., *Health Psychology: A Textbook*. Oxford: Open University Press, 1996.

Europa y en el resto del mundo, y el poco seguimiento de los tratamientos, la formación terapéutica se está convirtiendo en un aspecto de una importancia capital¹². Muchos de los tratamientos hospitalarios no pretenden curar, sino que tratan de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para mantener la calidad de vida, los pacientes y sus familiares deben haber recibido una formación y deben estar más preparados para el momento del alta. Aunque la responsabilidad básica del hospital en relación con la atención al paciente termina al firmar el alta, es importante señalar que desde un punto de vista del sistema sanitario, deberían poder evitarse gran parte de los reingresos o las complicaciones si se preparara mejor a los pacientes y si los siguientes proveedores de atención sanitaria y social tuvieran una implicación mayor.

Los hospitales consumen una amplia gama de productos y producen grandes cantidades de residuos y sustancias peligrosas. La aplicación de estrategias de promoción de la salud puede ayudar a reducir la contaminación del medio ambiente y fomentar la compra de productos no contaminantes y fabricados en la zona.

Finalmente, en tanto que centros de investigación y centros docentes, los hospitales producen, acumulan y transfieren gran cantidad de conocimientos que pueden incidir notablemente en las estructuras sanitarias locales y orientar la práctica profesional en otros lugares.

III.2. Conceptualización de la promoción de la salud

El término promoción de la salud se puede confundir a menudo con términos como prevención de la enfermedad, educación para la salud o empoderamiento¹³. El alcance de la prevención de la enfermedad aparece definido en el Glosario de Promoción de la Salud como “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. En la misma fuente se define que la educación para la salud “comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”. El empo-

¹² *Adherence to Long-Term Therapies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 http://www.who.int/ncd/chronic_care/a_project

¹³ Para obtener la definición completa y más referencias, consulte el Glosario, en el Apartado 7.

deramiento y la promoción de la salud se refieren a un concepto más amplio puesto en relieve en la Carta de Ottawa como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”¹⁴.

En la práctica, estos términos se utilizan de forma complementaria o intercambiable, y las medidas para su implantación pueden solaparse, a pesar de que existen grandes diferencias conceptuales en relación con el centro de atención y el impacto de las actividades de promoción de la salud (Figura 1):

Figura 1: Estrategias para la promoción de la salud¹⁵



Mientras que el enfoque médico se centra en los factores de riesgo fisiológicos (como la presión arterial alta o el grado de inmunización), el enfoque sobre el comportamiento se centra en los factores del estilo de vida (como por ejemplo el tabaquismo o la falta de ejercicio físico); el enfoque socioambiental se centra en las condiciones de vida generales (como el paro, el bajo nivel educativo o la pobreza). Por tanto, la promoción de la salud incluye, a los enfoques médicos orientados a curar a las personas, aunque va mucho más allá. A pesar de que somos conscientes de la existencia de diferentes escuelas teóricas en el origen de estos términos, este manual sólo se refiere a las actividades de promoción de la salud, entendiendo por dichas actividades aquellas medidas concretas, como evaluar a pacientes y facilitar información específica para ayudar a reconocer los síntomas de una enfermedad, así como acciones complejas como ayudar al paciente a desempeñar un papel activo en la gestión de su enfermedad. En este manual no se incluyen las acciones como el cribado y la inmunización, para los que existen otros criterios de calidad.

Somos conscientes de que los estándares que aquí se presentan no abarcan por completo el amplio abanico de acciones asociadas con la Red Internacional de

¹⁴ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1986.

¹⁵ Bensberg, M., *What are health promoting emergency departments?* Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.

Hospitales Promotores de Salud de la OMS. Los estándares relacionados con la mejora de la salud de la comunidad y los aspectos ambientales de los hospitales se abordarán más adelante. Asimismo, los estándares del presente documento no pretenden cubrir el extenso campo de la calidad en la asistencia sanitaria. La calidad de la asistencia sanitaria, definida como “el grado por el cual los servicios sanitarios a personas y comunidades aumentan la probabilidad de conseguir los resultados sanitarios deseados y están acorde con nuestro conocimiento profesional”¹⁶, puede dividirse en diferentes dimensiones, como asistencia sanitaria, grado de concentración en el paciente, orientación del personal, gobernanza eficiente o eficacia. Los estándares y los indicadores que se describen en el presente documento sólo abarcan la dimensión de la promoción de la salud de la calidad de la asistencia sanitaria. En la herramienta de evaluación del rendimiento para la mejora de la calidad en los hospitales (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* o PATH)¹⁷, se presenta una perspectiva multidimensional de la evaluación de la calidad.

III.3. Evaluación interna y externa de la calidad

Los enfoques sobre la evaluación de la calidad pueden agruparse, a grandes rasgos, bajo las categorías de evaluación interna y evaluación externa. La evaluación interna se refiere a la evaluación que se basa en la opinión o la autoevaluación institucional realizada a partir de los estándares. La evaluación externa se refiere a una auditoría o una certificación externa¹⁸. Los estándares o los indicadores de rendimiento se pueden utilizar para llevar a cabo una evaluación interna y realizar un control continuo a lo largo del tiempo o para llevar a cabo una evaluación externa y realizar análisis comparativos del rendimiento (como por ejemplo el *benchmarking*). La autoevaluación y la certificación son las formas más frecuentes de evaluación interna y externa, respectivamente.

- La **autoevaluación** es un proceso usado por las instituciones sanitarias para evaluar con precisión su grado de rendimiento en relación con los

¹⁶ Glosario, *European Observatory on Health Systems and Policies*. <http://www.observatory.dk>

¹⁷ Herramienta para la evaluación del funcionamiento para la mejora de la calidad (PATH). Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa http://www.euro.who.int/hosmgt/Publications/20041208_1

¹⁸ Shaw, C. D., *External quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project*. International journal for quality in health care 3(2000), pp 169-175

estándares establecidos con la intención de llevar a cabo acciones para la mejora continua. La autoevaluación puede cubrir todas las actividades del hospital o puede centrarse en aspectos concretos, como por ejemplo la promoción de la salud. Permite al personal identificar aspectos considerados como buenas prácticas y otros en los que deben mejorar. El personal del hospital puede priorizar y planificar las acciones necesarias o bien aplicar las buenas prácticas en otros departamentos del hospital.

- La **certificación** normalmente también parte de la autoevaluación, pero va seguida de un proceso de evaluación paritaria externa. La evaluación externa normalmente concluye con una evaluación global de la calidad del hospital, con la identificación de las áreas en las que hay que mejorar y, dado que se ha alcanzado el nivel de funcionamiento óptimo, con una declaración formal del hospital al que se ha concedido la certificación. En muchos países, la certificación acarrea importantes consecuencias en términos jurídicos, financieros y de marketing.

La experiencia demuestra que la autoevaluación contribuye a cumplir los objetivos de garantía de calidad en muchos aspectos. Se trata de un método barato para realizar cambios en el comportamiento personal así como para mejorar el cumplimiento de los estándares; además, permite determinar claramente las áreas en las que hay que mejorar, fomenta la implicación de los participantes y permite mejorar la comunicación entre los supervisores y el personal ¹⁹.

Una cuestión a tener en cuenta en relación con la autoevaluación es si las personas que se autoevalúan lo hacen con precisión. Con la experiencia en los procesos de autoevaluación se ha demostrado que los hospitales que cumplen con los requisitos normalmente son más críticos que los que no lo hacen. Los hospitales que adoptan una cultura de mejora continua de la calidad se preocupan más por su potencial de mejora que las instituciones que no se caracterizan por esta mentalidad ²⁰. Por ejemplo, un estudio sobre la autoevaluación ha revelado que en el contexto de los errores en la medicación y en la calidad del trabajo en equipo, los equipos con mejor rendimiento registraron más errores que los equipos con un rendimiento más discreto. Para profundizar un poco más en el tema, se entrevistó a los líderes de cada equipo y se descubrió que los líderes más autoritarios correspondían a los equipos con menor rendimiento y que presentaron menos errores,

¹⁹ Bose, S.; E. Oliveras y W. N. Edson. 2001. *How can self-assessment improve the quality of healthcare?* Operations Research Issue Paper 2(4). Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE. UU. (USAID) por el proyecto Quality Assurance (QA), Bethesda, MD y JHPIE-GO Corporation, Baltimore, MD.

²⁰ Edmondson, A. C., *Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error*. Journal of Applied Behavioural Sciences, 1996. 32, pp. 5-28.

un dato que tal vez no sea tan extraño. Los procesos de autoevaluación, por lo tanto, son susceptibles de interpretarse de forma diferente, y dichas interpretaciones deben tenerse en cuenta en la valoración de los resultados.

Con el proceso de autoevaluación hay que aprender dos lecciones distintas: para mejorar la calidad es necesario disponer de información sobre el rendimiento y de una cultura de superación. Sin los datos sobre el rendimiento, medidos a través de estándares o indicadores, no se puede recomendar ninguna dirección a seguir en materia de mejora de la calidad. Y sin una cultura de participación y apoyo, incluso si se dispone de datos sobre la calidad de la asistencia, no se puede poner en marcha ninguna propuesta de mejora. Desgraciadamente, a menudo se recopilan muchos datos que finalmente no resultan de utilidad ni se utilizan para acciones de mejora de la calidad. En ese caso, la recopilación de datos provoca pérdidas de tiempo y recursos para otras acciones, lo que termina perjudicando la calidad de la asistencia.

La estrategia de autoevaluación consiste en animar y educar, en ayudar a las instituciones de asistencia sanitaria a desarrollar sus procesos de mejora continua de la calidad. La OMS no pretende utilizar los estándares y los indicadores para evaluar, certificar o puntuar formalmente a todos los hospitales que forman parte de la red de Hospitales Promotores de Salud, sino que tiene como objetivo principal desarrollar estándares que sirvan como herramienta para ayudar a los hospitales a evaluar y mejorar las actividades de promoción de la calidad. Sin embargo, recomendamos encarecidamente a los hospitales, especialmente los que forman parte de la red de Hospitales Promotores de Salud, que utilicen la herramienta de autoevaluación. Dado que los estándares se consideran de dominio público, animamos a todos los organismos de calidad y certificadores a que incluyan en sus normas actuales los estándares de promoción de la salud en los hospitales.

III.4. Estándares de la promoción de la salud

En muchos países, los organismos de certificación de la calidad han desarrollado normas de calidad de la asistencia hospitalaria. Algunas de las agencias más importantes son: en Australia, el Australian Council on Healthcare standards (ACHS); en Canadá, el Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA); en Francia, la Haute Autorité de Santé (HAS); en el Reino Unido, los Health Quality Services (HQS); y en Estados Unidos de América, la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)²¹. Además

²¹ *Quality and accreditation in health care services. A global review.* ISQuQ y OMS. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, EIO/OSD/2003 http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf

de estas normas, la Organización Internacional para la Normalización y la división internacional del JCAHO, la Joint Commission Internacional (JCI), también han desarrollado normas internacionales. Mientras estas agencias trabajan en pos del cumplimiento de una serie de normas, otros organismos de calidad, como la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad se basan en el principio de buscar la excelencia ²².

Un informe sobre las normas elaborado por las principales agencias de certificación ha demostrado que en las normas se prestaba poca atención a las actividades de promoción de la salud ²³. Los estándares de promoción de la salud de la OMS se desarrollaron como complemento a las normas de certificación nacidas de la filosofía general de mejora continua de la calidad en las instituciones. De forma general:

- A pesar de que las unidades médicas centrales utilizan con frecuencia las normas (por ejemplo en laboratorios, radiología, endoscopia, ambulancias, quirófanos), no cuentan con la aceptación general de todos los profesionales sanitarios, debido a la ausencia de pautas de orientación para el paciente y de resultados clínicos.
- Los modelos basados en la excelencia normalmente parten de la base de estándares de las instituciones y cuando se aplican a la atención sanitaria carecen de normas en lo que respecta a los procesos de atención a los pacientes. A la luz de la clara orientación hacia el personal y hacia los clientes que en algunos modelos dejan entrever, los estándares de promoción de la salud de la OMS podrían considerarse como un complemento necesario.
- Las normas de certificación se han aplicado a hospitales de muchos países y abordan, en parte, algunos aspectos de la educación del paciente, a pesar de que no cuentan con pautas de orientación en relación con la salud del personal. Los estándares de la OMS pueden complementar este enfoque con un mayor énfasis en el papel de los pacientes en la gestión de enfermedades crónicas y en la mejora de la salud del personal.

²² Möller, J., *The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care*. International journal for quality in health care 2001, 13, 1, pp. 45 a 49.

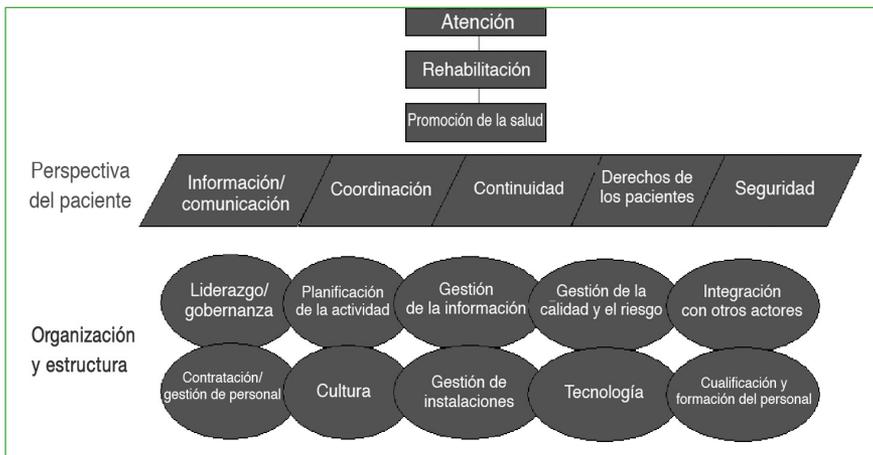
²³ *Developing standards for Health Promotion in Hospitals*. Background paper for the 1st Workshop on standards for Health Promotion in Hospitals. OMS, Oficina Regional para Europa, 2002. 5038045/5

Contenido de los estándares

Los estándares tienen en cuenta el potencial de la salud de las personas y hacen hincapié en la importancia de su aplicación a partir de la información, la motivación, el asesoramiento, la formación y otras actividades con la intención de que sean conscientes de su potencial. Puesto que la información, la educación y el asesoramiento sólo se traducen en un cambio perceptible del comportamiento si se basan en las normas y las culturas existentes, las intervenciones para la promoción de la salud en las instituciones deben abordar estos factores subyacentes. Aplicando la filosofía de la red de Hospitales Promotores de Salud (HPH), los estándares no sólo tratan los problemas de la atención al paciente, sino también la salud del personal, la relación del hospital con la comunidad y el progreso de la institución. El contenido de los estándares se definió a partir de la filosofía de la red HPH, los resultados contrastados de las actividades de promoción en los hospitales y las pruebas de la implantación de la gestión de la calidad en las instituciones. Estos estándares afectan a todos los sectores de las instituciones de atención sanitaria directa o indirectamente implicados en la atención de pacientes, como por ejemplo los hospitales públicos y privados o las unidades de rehabilitación, pero también pueden aplicarse a los hospitales psiquiátricos o infantiles.

Los estándares constituyen un reflejo de los objetivos de calidad de la institución hospitalaria en relación con tres perspectivas distintas: la perspectiva clínica, la perspectiva de los pacientes y la perspectiva de la dirección o la institución (Figura 2):

Figura 2: Perspectiva clínica, de los pacientes y de la dirección



Proceso de desarrollo

A raíz de la sugerencia de un grupo de trabajo de la Red Danesa de Hospitales Promotores de Salud, se constituyó un grupo de expertos de la OMS con el objetivo de desarrollar estándares sobre la promoción de la salud. Los cinco estándares describen los principios y las acciones que deberían formar parte del plan de atención de todo hospital ²⁴. Dichos estándares se han concebido de acuerdo con los requisitos internacionales del programa ALPHA, lo que incluye un análisis crítico de la bibliografía existente, la presentación de unos estándares, la revisión de los estándares, el esbozo de los estándares preliminares, la realización de pruebas piloto, el desarrollo de los estándares “finales”, su aplicación, así como la revisión continua y la adaptación a los cambios que se consideren necesarios a partir de los casos prácticos y su aplicación a la atención sanitaria ²⁵.

El análisis de la bibliografía puso de manifiesto que los estándares actuales sólo abordan de forma tangencial la cuestión de la promoción de la salud en los hospitales. Tras llegar a un acuerdo sobre los cinco ámbitos que deben regular los estándares, se desarrolló un conjunto de subestándares con el objetivo de trabajar el contenido normativo de los estándares de una forma más operativa. Los subestándares se basan en la mejor evidencia disponible en cuanto a iniciativas de promoción de la salud. Asimismo, se separaron los elementos medibles con el fin de mejorar la validez y la fiabilidad del procedimiento de evaluación. Estos elementos deben documentarse con evidencias específicas en la evaluación (por ejemplo, si el subestándar relativo a “identificación de las responsabilidades para la evaluación y la aplicación de la promoción de la salud” es valorada como positiva, esta decisión debe documentarse con un informe que especifique dichas responsabilidades). Con la incorporación de elementos medibles y de evidencias, se persigue reducir la imparcialidad que las personas pueden introducir en el procedimiento de evaluación.

Los elementos medibles pueden evaluarse como “sí, parcialmente o no”, aunque la importancia de complementar esta valoración con información cualitativa se refleja con la inclusión del cuadro de texto que aparece debajo de todos los elementos. Estos cuadros permiten documentar la evidencia y, por ejemplo, explicar por qué se ha dado la evaluación de “parcialmente” o “no” a un elemento medible o añadir la información que se considere relevante para desarrollar el plan de mejora de la calidad. Mientras las evaluaciones externas suelen superarse al alcanzar un determinado nivel, en el caso de la mejora de calidad interna se con-

²⁴ *Developing standards for Health Promotion in Hospitals*. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2003 <http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>

²⁵ *International Standards for Health Care Accreditation Bodies*. International Society for Quality in Health Care <http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQualAPPinciplesV2.pdf>

sidera más importante descubrir de qué forma puede seguir mejorándose la calidad. La información cualitativa que recogen los cuadros de texto contribuye a este objetivo.

Los estándares, subestándares y los elementos medibles se sometieron a una prueba piloto en 36 hospitales de 9 países europeos²⁶. El objetivo principal de esta prueba piloto era determinar si eran considerados relevantes y aplicables por los profesionales sanitarios de diferentes tipos de hospitales de Europa. Además, se evaluó el cumplimiento de los estándares en ese momento para identificar su posible impacto. Al mismo tiempo, se remitieron los estándares a diferentes agencias de acreditación y otras organizaciones que trabajan en la mejora de la calidad en la atención sanitaria para obtener sus impresiones y sugerencias.

Introducción a los estándares

Los estándares tienen tres niveles (Figura 3):

Figura 3: Los tres niveles de la estructura de los estándares para la promoción de la salud en los hospitales



²⁶ Groene, O.; Jorgensen, S. J.; Fugleholm, A. M.; Moeller, L., y García-Barbero, M., *Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries*. En: International Journal for Quality Assurance in Health Care 18 (4), 2005, 300-307, www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm

1. En el **nivel uno**, encontramos el **estándar**. Los cinco estándares abordan las cuestiones siguientes: la política de gestión, la evaluación de los pacientes, la información y la intervención, así como la promoción de la salud en el lugar de trabajo y la continuidad y la cooperación.
2. En el **nivel dos** hallamos los **subestándares**. Esta categoría intermedia se ha dispuesto con el objetivo de poder trabajar el estándar de una forma más operativa y desglosarla en sus principales componentes. En total, hay 24 subestándares, y el número de subestándares por estándar puede oscilar entre 4 y 6.
3. El **nivel tres** lo ocupan los **elementos medibles**. Estos elementos simplemente detallan los aspectos necesarios para dar cumplimiento al estándar. Con la especificación de los elementos medibles, se persigue arrojar luz sobre los estándares y ayudar a las organizaciones a facilitar formación sobre las mismas al personal, así como a prepararse para la inspección de acreditación. Dichos elementos son los principios del estándar que se analizarán, tras lo cual se decidirá si respetan el estándar o no, o bien si lo hacen sólo de forma parcial. En total, hay 40 elementos medibles, y el número de dichos elementos por estándar puede oscilar entre 6 y 10.

III.5. Indicadores de la promoción de la salud

Con el objetivo de complementar los estándares e introducir una herramienta de análisis cuantitativo para evaluar la evolución positiva, se han desarrollado unos indicadores de rendimiento. Dichos indicadores pretenden ofrecer información sobre los resultados que pueden esperarse si se aplican las estructuras y los procesos recomendados en la formulación de los estándares. A diferencia de los estándares, los indicadores aportan una base *cuantitativa* para llevar a cabo la evaluación, el seguimiento y la mejora de la atención, a la vez que constituyen una herramienta útil para los profesionales de la salud y los gestores en vistas a establecer objetivos y analizar la evolución de las actividades diseñadas para mejorar la calidad.

Definición y características de los indicadores

Los indicadores pueden ser útiles para fines muy dispares, como por ejemplo, para documentar la calidad de la atención, realizar comparaciones entre diferentes centros durante un período de tiempo determinado, introducir ajustes y fijar prioridades, promover la transparencia, la regulación y la acreditación, alentar la

mejora de la calidad y facilitar la elección de los proveedores por parte de los pacientes²⁷. Así pues, los indicadores pueden utilizarse para propósitos internos y externos. Los propósitos internos están relacionados con las diferentes funciones de gestión del hospital como centro de prestación de servicios sanitarios, como el seguimiento, la evaluación y la mejora de dichas funciones en una estrategia a largo o corto plazo. Los propósitos externos tienen que ver con la obligación de rendir cuentas de los grupos de interés, como el organismo responsable de la financiación (ya sea la aseguradora o el estado), los pacientes y clientes y el público en general.

Los indicadores se centran básicamente en el proceso y los resultados de la atención, aunque también pueden abordar cuestiones estructurales (proporción de especialistas en relación con otros médicos). Dichos indicadores pueden presentarse de las formas siguientes: como un coeficiente (número de sucesos en una población determinada con un denominador comparable), proporción (porcentaje de sucesos en una población determinada), ratio (relación entre dos proporciones), valor medio (la puntuación de un estudio) o un número absoluto. Asimismo, los indicadores pueden poner de manifiesto sucesos centinela, esto es, fenómenos que son siempre indeseables, en cuyo caso se pondría en marcha una investigación exhaustiva. Un claro ejemplo de suceso centinela es la cirugía en un lado erróneo. Estos sucesos pueden ser genéricos (p. ej., la proporción de casos no previstos que requieren una nueva intervención) o específicos (p. ej., la proporción de pacientes con infarto de miocardio que reciben betabloqueantes en el plazo de menos de 24 horas tras el ingreso).

En el marco de esta herramienta de autoevaluación diseñada para la promoción de la salud en los hospitales, los indicadores aportan un análisis cuantitativo que permite estudiar la evolución de los procesos clave y de los resultados de los indicadores seleccionados durante un período de tiempo concreto. Dichos indicadores están concebidos para gestionar la mejora de la calidad continuada de forma interna y, en principio, no deben servir como base para adoptar decisiones de rendición de cuentas. Sin embargo, en el futuro pueden utilizarse como referencia para evaluar actividades de promoción de la salud, siempre que hayan sido consideradas correctas desde el punto de vista científico y apropiado para la evaluación y la mejora de dichas actividades.

²⁷ Mainz, J., *Defining and classifying clinical indicators for quality improvement*. International Journal for Quality in Health Care 15, 6, 523, pp. 45 a 49.

Cómo interpretar el rendimiento a partir de los indicadores

Un indicador permite obtener información sobre una cuestión concreta, mientras que un conjunto de indicadores puede arrojar luz sobre un fenómeno complejo que no resulta fácil de definir, como por ejemplo, la calidad de la atención. La validez de este planteamiento viene dada por la sólida relación entre el elemento medible y el concepto que hay detrás de dicho elemento. Los indicadores son únicamente mediciones y, en ningún caso, deben interpretarse como valoraciones. No sería apropiado utilizar un solo indicador para evaluar el funcionamiento de un hospital, pero en cambio sí podríamos hacerlo con una serie de indicadores que apuntaran en la misma dirección. Asimismo, deben tenerse en cuenta otros datos, como puntos de referencia o variables explicativas, antes de extraer una valoración a partir de un indicador. Por ejemplo, si queremos evaluar si una estancia hospitalaria media de 10 días en caso de ictus puede considerarse positiva o negativa, tendremos que estudiar los siguientes factores: la estancia hospitalaria media del país, la disponibilidad de camas de rehabilitación, la gravedad de los pacientes que sufren ictus en el centro hospitalario, el estado de salud de los pacientes al dar el alta, el apoyo proporcionado por el hospital u organizado por el mismo tras regresar a casa, etc.

Uso de los indicadores en *benchmarking*

Los indicadores pueden utilizarse para comparar el funcionamiento de distintos hospitales. Es importante prestar una atención especial a la hora de diseñar los indicadores, obtener definiciones claras (numerador y denominador) y ajustar los factores que pueden impedir una comparación correcta. Por ejemplo, no sería apropiado comparar los índices de mortalidad sin ajustar los resultados por edad, gravedad y comorbidades. Sin embargo, aun realizando un exhaustivo ajuste de los posibles riesgos mediante el uso de técnicas estadísticas con múltiples variables, pueden quedar variaciones residuales no recogidas que reduzcan la validez de la comparación.

En este punto, es necesario distinguir entre las comparaciones simples y el concepto de *benchmarking*. Utilizamos el término *comparación* en un sentido amplio cuando ponemos en relación diferentes mediciones, mientras que restringimos el uso de *benchmarking* a la situación en que comparamos el resultado de las evaluaciones de unas instituciones con los de otras y analizamos los procesos tomando como referencia los de otros centros que han alcanzado el grado de excelencia, como mecanismo para mejorar. Así pues, el *benchmarking* implica comparar, identificar la excelencia y, por último, estudiar los factores que han llevado a una institución a dicho nivel en un ámbito determinado en comparación con otros centros.

Desarrollo de indicadores para la promoción de la salud

Para este proyecto, se revisaron los marcos de evaluación del rendimiento que se utilizan normalmente para identificar los indicadores relacionados con la promoción de la salud y se constató que sólo una pequeña parte era relevante para este cometido, puesto que la mayoría de los 300 indicadores analizados se centraban en el estudio de la efectividad clínica²⁸. Por consiguiente, se decidió desarrollar una serie de indicadores con el objetivo de complementar la herramienta de autoevaluación para la promoción de la salud en los hospitales mediante un grupo de trabajo y con métodos consensuados. Con este propósito, se celebraron dos reuniones internacionales, en las que participaron expertos en el desarrollo de indicadores, la mejora de la calidad, la certificación y la promoción de la salud²⁹.

Cabe apuntar que es posible que los indicadores diseñados para el ámbito de la promoción de la salud no sean tan impecables desde el punto de vista científico como otros que llevan mucho tiempo utilizándose en práctica clínica. En este sentido, no hay que olvidar que las actividades de promoción de la salud son todavía un campo muy nuevo en la disciplina de la atención sanitaria, por lo que indudablemente crecerá con nuevas aportaciones. En lo que se refiere a la recogida de datos, muchos de los indicadores exigirán un doble esfuerzo, puesto que la mayor parte de la información no puede obtenerse a través de los sistemas de información habituales. Sin embargo, esta dinámica también ofrece la oportunidad de recabar información más detallada, que a su vez permitirá realizar mejores ajustes para las comparaciones o facilitar la delimitación de prioridades en cada institución.

Los indicadores que se presentan a continuación están pensados para complementar los cinco estándares que forman parte de la herramienta de autoevaluación para la promoción de la salud en los hospitales (Tabla 1).

Estos indicadores se presentan de forma más detallada en el apartado 7. Para cada indicador, se ha preparado una hoja descriptiva donde se tratan los siguientes aspectos: ámbito, nombre, justificación y descripción, numerador, denominador, fuentes de datos, clasificación por niveles y notas.

²⁸ Champagne, F., y Guisset, A. L., *A review of the indicators currently used in performance evaluation systems. Background paper*. Copenhagen, OMS, Oficina Regional para Europa, 5038066/9, 2003.

²⁹ Standards for health promotion: development of indicators for a self-assessment tool. Oficina Regional de la OMS para Europa, 2003 <http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf>

Tabla 1: Presentación general de los indicadores para la promoción de la salud

Estándar/ámbito	Indicador
<i>Política de gestión</i>	<p>% del personal que conoce la política de promoción de la salud.</p> <p>% de pacientes que conocen los estándares de promoción de la salud.</p> <p>% del presupuesto destinado a actividades de promoción de la salud entre el personal.</p>
<i>Evaluación de pacientes</i>	<p>% de pacientes en los que se evalúan factores de riesgo genéricos.</p> <p>% de pacientes en los que se evalúan factores de riesgo específicos de enfermedades de acuerdo con los estándares.</p> <p>Puntuación obtenida en el estudio de satisfacción de los pacientes con el procedimiento de evaluación.</p>
<i>Información facilitada a los pacientes e intervenciones</i>	<p>% de pacientes que han recibido información sobre medidas concretas para controlar por sí mismos su estado.</p> <p>% de pacientes que han recibido información sobre las opciones de modificación de factores de riesgo y de tratamiento de la enfermedad posibles para su estado.</p> <p>Puntuación obtenida en el estudio de la opinión que tienen los pacientes sobre los procedimientos de información e intervención.</p>
<i>Promoción de un lugar de trabajo saludable</i>	<p>% de absentismo de corta duración.</p> <p>% de lesiones relacionadas con el trabajo.</p> <p>% de empleados fumadores.</p> <p>Puntuación del estudio sobre la valoración que los empleados hacen de las condiciones de trabajo.</p> <p>% de personal que participa en las actividades de promoción de la salud que se llevan a cabo periódicamente en el hospital.</p> <p>Tasa de rotación.</p>
<i>Continuidad y cooperación</i>	<p>% de informes de alta enviados al médico generalista o la clínica de procedencia en el plazo de dos semanas o entregados al paciente junto con el alta.</p> <p>Tasa de reingreso en el caso de problemas que requieran atención ambulatoria en el plazo de 5 días.</p> <p>Número de pautas desarrolladas o revisadas con la colaboración de usuarios y proveedores de atención médica externos.</p> <p>Puntuación en el estudio sobre la preparación de altas de pacientes.</p>

III.6. Uso complementario de los estándares y los indicadores

Los estándares se centran básicamente en la estructura y el proceso, mientras que los indicadores se ciñen al proceso y los resultados. Estos últimos presentan propiedades métricas diferentes y funcionan con un numerador y un denominador. En cambio, los estándares deben contar con una definición clara detrás, pero no siempre pueden expresarse de forma numérica. La relación entre los estándares y los indicadores es complementaria; se sustentan en filosofías distintas, pero combinadas pueden contribuir de forma positiva a las actividades para la mejora de la calidad en los hospitales.

Uso de estándares e indicadores para evaluar la calidad

Las evaluaciones basadas en estándares analizan básicamente si existen las estructuras, los sistemas y los procesos adecuados para lograr resultados positivos de forma sistemática. En este tipo de evaluaciones se da por sentado que si se cumplen los estándares, el centro cuenta con todos los elementos necesarios para maximizar las posibilidades de obtener buenos resultados para los pacientes, el personal y el público en general. Los estándares miden los esfuerzos realizados para fomentar la calidad. El tipo de preguntas que surgen al evaluar el cumplimiento de los estándares son: ¿Está la institución haciendo **lo correcto**? y ¿Está haciendo **lo correcto** de forma sistemática? No obstante, esta evaluación no aporta información sobre el funcionamiento real del centro.

En cambio, las evaluaciones que se basan en indicadores estudian las cosas que se han hecho realmente y cómo han funcionado. Aunque el análisis del rendimiento puede constituir un proceso o una característica estructural, idealmente este análisis se centra en los resultados, tales como los resultados de salud, el estado de salud, la satisfacción de los pacientes y el uso de recursos vinculado a la atención sanitaria. El uso de las mediciones del rendimiento se encuentra limitado por la dificultad que conlleva recoger y analizar datos complejos que deben ajustarse teniendo en cuenta posibles factores de confusión. Los indicadores aislados son complicados de interpretar y es básicamente al analizar unos determinados indicadores conjuntamente cuando podemos hallar posibilidades de mejora de la calidad.

Según la tipología de Donabedian, la calidad puede evaluarse a través de la estructura, el proceso y los resultados. Aunque en último término los resultados son lo más importante, desde la perspectiva de la mejora de la calidad es funda-

mental estudiar la relación entre la estructura, el proceso y los resultados. La combinación de estándares e indicadores complementarios permite abordar la relación entre estos tres elementos. El incumplimiento de los estándares puede indicar que deben modificarse las estructuras o los procesos para maximizar las posibilidades de obtener resultados positivos. Por ejemplo, en el caso de recabar información sobre resultados negativos como sucesos centinela resulta imprescindible realizar un seguimiento adecuado, pero una vez se han producido, es demasiado tarde para cambiar nada.

Uso de estándares e indicadores en la herramienta de autoevaluación

En la herramienta de autoevaluación de la OMS, los estándares sólo se evalúan a través de elementos medibles. Los indicadores de promoción de la salud están pensados para completar la evaluación del cumplimiento de dichos estándares de forma continuada. Cada hospital puede decidir para qué indicador complementario va a recoger datos, aunque debe elegir al menos uno de cada ámbito. Asimismo, la herramienta incorpora un apartado destinado a los indicadores adicionales que pueden utilizarse si se consideran importantes en un marco local concreto o si están disponibles. En el caso de que el hospital tome la decisión de introducir indicadores adicionales, debe emplear el mismo procedimiento para describirlos que el utilizado para los indicadores que se presentan en este manual.

Los indicadores que forman parte del procedimiento de autoevaluación están concebidos como un punto de partida para seguir desarrollando nuevas propuestas de mejora de la calidad en vistas al desarrollo del plan de actuación para la mejora de la calidad. Este punto de partida será muy útil a la hora de repetir los análisis del funcionamiento en diferentes momentos.

IV. Ejecución del proyecto

IV.1. Atribución de responsabilidades

Es importante recordar que la promoción de la salud no puede delegarse a un cargo o a una función específica del hospital, porque es responsabilidad de todos los que están en el centro, por lo que todos los pacientes y empleados pueden contribuir de alguna forma. Las actividades de promoción de la salud deben evaluarse con estándares e indicadores, como sucede con las demás iniciativas de fomento de la calidad clínica. En este contexto, pueden considerarse como actuaciones que aportan valor añadido a las ya existentes. Asimismo, la autoevaluación de las actividades de promoción de salud debe integrarse en el sistema de gestión de la calidad que utilice el hospital.

No podemos olvidar hacer hincapié en que todo el personal debe estar comprometido con el éxito del proyecto. El compromiso puede variar en función del interés y la motivación, pero el apoyo al proyecto en todo el hospital y la implicación son dos piezas clave para llegar a buen puerto. Para llevar a cabo el proyecto, debe crearse un equipo con unas funciones y responsabilidades claramente definidas:

Participantes:

- **Dirección del hospital:** es básico para el éxito del proyecto contar con el compromiso del director general, del órgano de dirección y de los jefes de unidad del hospital con el fin de garantizar la ejecución del plan de actuación y de proporcionar los recursos necesarios para llevar a cabo este cometido.
- **Director del proyecto:** es también fundamental nombrar a un director del proyecto en el hospital, que será el responsable de dirigir el proceso y de ofrecer formación a otros empleados sobre el funcionamiento de la autoevaluación. Idealmente, esta persona debe tener a su cargo otras iniciativas relacionadas con la calidad en el hospital, puesto que el proyecto debe gestionarse como cualquier otra actividad de este ámbito.
- **Responsables de los distintos ámbitos de promoción de la salud:** el director del proyecto puede juzgar necesario designar a un responsable para uno de los cinco ámbitos de la promoción de la salud (aunque estos responsables pueden hacerse cargo de más de un estándar). Los responsables designados se encargarán de evaluar el nivel de cumplimiento del estándar y los subestándares. Asimismo, deberán recabar las evidencias que justifiquen sus respuestas. Entre sus funciones también se incluye la

recogida de datos para los indicadores de promoción de la salud, en colaboración con el resto de miembros del comité de seguimiento.

- **Comité de seguimiento multidisciplinar:** El director del proyecto debe crear un comité de seguimiento multidisciplinar que represente al personal de todos los niveles. El comité de seguimiento se reunirá de forma periódica para analizar cómo evoluciona la autoevaluación, generar ideas interdisciplinarias y promover una mayor implicación en el proyecto. Todos los hospitales tendrán que especificar qué miembros forman parte del comité en función de su organización. No obstante, se recomienda que los siguientes empleados participen en el comité de seguimiento interdisciplinar:
 - un/a enfermero/a jefe que también puede ser responsable de la auditoría clínica o de calidad;
 - un médico y un médico residente;
 - un jefe de unidad;
 - un representante de recursos humanos o de personal
 - un profesional de una especialidad auxiliar vinculada a la medicina (por ejemplo, fisioterapia, terapia ocupacional), un trabajador de servicios médicos generales de asistencia (por ejemplo, radiología) y un empleado de los servicios generales no clínicos.

IV.2. Recogida de datos

Es necesario contar con la implicación de empleados de distintos niveles del hospital para la recogida de datos y para colaborar en el plan de actuación conjunto diseñado con el fin de garantizar el cumplimiento del estándar. Es importante destacar que es poco efectivo que una persona realice la autoevaluación sin colaborar con los empleados pertinentes, puesto que reducirá su implicación y, por consiguiente, su compromiso en el proceso de aprendizaje.

A efectos de la evaluación de los estándares y los indicadores, los hospitales pueden recurrir a tres grandes fuentes de datos: el sistema de información habitual, métodos basados en estudios y procedimientos de auditoría. Además, la información también puede proceder de colaboradores externos, como Compañías de Seguros, que pueden tener datos sobre los hábitos de salud o la tasa de absentismo laboral.

- Los **sistemas de información habituales** pueden almacenar información para ciertos estándares e indicadores de promoción de la salud; resultan especialmente útiles los sistemas informatizados con los historiales de los pacientes, que permiten recuperar información para evaluar determinadas

necesidades o programar actividades. Las bases de datos de administración pueden proporcionar datos sobre los indicadores de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Siempre que sea posible contar con estas fuentes, es recomendable utilizarlas para la autoevaluación, puesto que de esta de forma se reduce el trabajo que conlleva esta fase del proyecto. De todas formas, hay que tener presente que a menudo el tipo de información que se encuentra en dichas bases de datos no es suficientemente específica para evaluar cuestiones relacionadas con la promoción de la salud. Además, en ocasiones la flexibilidad para adaptarla a objetivos concretos es bastante limitada.

- Los **estudios** son necesarios para numerosos indicadores de promoción de la salud. El objetivo de análisis puede ser la experiencia de los pacientes, pero también la opinión del personal. Como los estudios deben basarse en métodos válidos y fiables (que pueden requerir muchos recursos), su uso debe restringirse al máximo. Otra opción es valorar la posibilidad de introducir los aspectos necesarios para la evaluación de los estándares y los indicadores en las encuestas para pacientes y personal que utiliza normalmente la institución.
- La **auditoría** de los historiales clínicos es imprescindible para valorar el cumplimiento de algunos de los estándares que analizan la evaluación del paciente, la información y la intervención. Más adelante, se presenta de forma detallada el procedimiento de auditoría.

Estándares

Los estándares relativos al nivel de gestión y los que afecten al conjunto del hospital (política de gestión, fomento de un lugar de trabajo saludable, continuidad y cooperación) deben ser evaluadas por la dirección del hospital o el comité de calidad, si existe. En lo que respecta a los estándares sobre actividades clínicas (evaluación del paciente, información e intervención), deben ser analizadas en el ámbito de las unidades clínicas. Se recomienda seleccionar 50 historiales al azar de entre los pacientes que han ingresado a la unidad en los últimos tres meses y que han recibido el alta para su evaluación. El comité de auditoría debe estar formado por un grupo multidisciplinar de profesionales familiarizados con el sistema de documentación de la unidad. El término *historial del paciente* comprende toda la documentación (informe médico, informe de enfermería, indicaciones de terapeutas y dietistas, etc.) que debe tenerse en cuenta a la hora de analizar el cumplimiento de los estándares por parte del hospital.

Indicadores

Los indicadores deben constar en la herramienta de autoevaluación. Sin embargo, el proceso de recogida de datos para crearlos debe llevarse a cabo por separado. Cada hospital puede decidir qué indicador elige, aunque debe utilizar al menos un indicador para complementar cada uno de los cinco estándares.

Los indicadores deben introducirse en la herramienta de autoevaluación en vistas a desarrollar un plan de actuación basado en la evaluación del cumplimiento de los estándares y en el nivel de rendimiento que ponen de manifiesto los indicadores. Es imprescindible repetir las mediciones de los indicadores cada cierto tiempo para reflejar los posibles cambios. Se recomienda recabar información sobre los indicadores cada seis meses.

IV.3. Interpretación de resultados

Toda medida de calidad implica resumir la información disponible acerca de la atención sanitaria recibida por el paciente y expresar los resultados en forma de coeficiente, ratio, frecuencia, distribución o puntuación para tener una idea de los resultados medios.

Las mediciones a menudo constan de un número y una unidad de medida con el número que proporciona la magnitud y la unidad que indica el contexto para la interpretación del número. Resulta complicado interpretar el resultado de una medición de calidad como negativo o positivo, salvo que se disponga de un estándar con que compararla. Existen diferentes tipos de comparaciones: comparaciones externas con proveedores similares en un período concreto, comparaciones externas con proveedores similares a lo largo de un período de tiempo, comparaciones internas a lo largo de un período de tiempo (comparando puntuaciones antes y después de las iniciativas para mejorar la calidad) y estándar preceptivas (por ejemplo, objetivos fijados por el plan regional de sanidad).

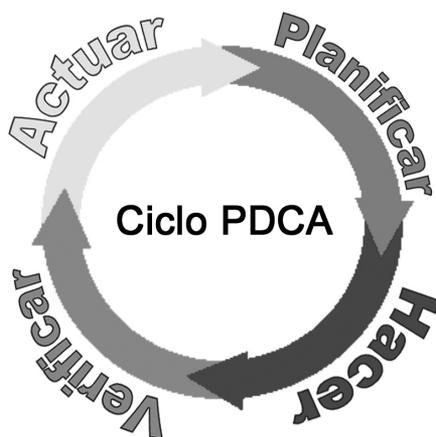
En algunos campos de los tratamientos y los servicios de atención sanitaria, existen estándares consolidados. En estos casos, es posible determinar si existe un problema de calidad o no. Cuando no existan estándares en materia de atención, puede resultar interesante comparar los resultados con los objetivos fijados por la institución que realiza la medición o con los objetivos nacionales, por ejemplo. Se recomienda comentar los resultados de la autoevaluación no sólo en el mismo hospital, sino también con otros hospitales que han realizado una autoevaluación de las actividades de promoción de la salud.

IV.4. Desarrollo de un plan de mejora de la calidad

Para la ejecución de este proyecto, se recomienda utilizar el ciclo PDCA (*plan-do-check-act* o planificar-hacer-verificar-actuar). Este ciclo fue ideado por Walter Shewhart en los años treinta y, posteriormente, sería adoptado por W. Edwards Deming. El modelo PDCA proporciona un marco para mejorar procesos o sistemas. Puede utilizarse como punto de referencia para todo el proyecto o para desarrollar proyectos específicos una vez que se han identificado las áreas que requieren mejoras.

El ciclo PDCA está concebido como un modelo dinámico (Figura 4): el fin de una fase del ciclo conduce al inicio de la siguiente. Siguiendo el principio de mejora continua de la calidad, el proceso siempre puede volver a analizarse, así como ponerse en marcha una nueva prueba.

Figura 4: Ciclo PDCA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar)



- **Planificar:** hace referencia a la planificación de una actividad, proyecto o procedimiento para lograr ciertas mejoras. Esta fase requiere un análisis de los aspectos que se pretenden mejorar, la identificación de las áreas que ofrecen posibilidades de mejora y la determinación de las iniciativas que podrían maximizar los esfuerzos invertidos.
- **Hacer:** esta fase comprende la aplicación de los cambios o la ejecución de una prueba (preferiblemente a pequeña escala) y el despliegue de los cambios previstos en la etapa de planificación.

- **Verificar:** en esta fase se revisan los resultados y se analizan los aspectos positivos y negativos. Este paso es fundamental dentro del ciclo PDCA. Tras aplicar los cambios durante un período de tiempo corto, es necesario evaluar cómo funciona. ¿Los cambios introducidos son realmente efectivos para la mejora que se persigue? Para ello, hay que contar con una serie de parámetros que nos permitirán determinar el nivel de mejora.
- **Actuar:** en este punto, se adopta el cambio, se abandona o se vuelve al principio del ciclo.

En los formularios de autoevaluación, todos los apartados de la herramienta cuentan con un cuadro de texto donde deben documentarse las iniciativas de mejora de la calidad, identificadas con la evaluación de los estándares y los indicadores, y también especificarse las responsabilidades de dicha actuación. Asimismo, hay que incluir el calendario de la actuación y los resultados previstos. En el último apartado de la herramienta de autoevaluación, encontramos otro cuadro de texto para dejar constancia de las actividades generales de mejora de la calidad y las acciones relacionadas con estándar específicas.

Es responsabilidad del director del proyecto, en colaboración con el comité de seguimiento multidisciplinar, proporcionar la información más precisa posible y, al mismo tiempo, adoptar una postura realista sobre las actuaciones de mejora de la calidad factibles con el objetivo de recibir el máximo apoyo de los responsables del centro a la hora de llevar a cabo la propuesta. Una vez terminada la autoevaluación, el comité de seguimiento tendrá todas las herramientas necesarias para determinar las áreas que funcionan correctamente y las que necesitan mejoras, esto es, que no cumplen los estándares o subestándares. Para incidir sobre estas carencias, puede desarrollar un plan de actuación. Es importante que dichas actuaciones tengan en cuenta los objetivos o prioridades locales y nacionales, así como los recursos de que dispone el hospital. Asimismo, este plan debe integrarse en el sistema de gestión del centro, para que se ocupe de su seguimiento.

Tras identificar las áreas susceptibles de mejora y después de planificar y llevar a cabo las actividades correspondientes, será necesario realizar sucesivas autoevaluaciones para seguir el ciclo de mejora de la calidad. Al completar un ciclo PDCA, se abre otro proyecto nuevo y cada vez un poco más complejo para seguir optimizando los servicios.

V. Formularios de autoevaluación

Responsabilidades derivadas de la autoevaluación

En este apartado se presentan las responsabilidades derivadas de la autoevaluación.

Una persona debe asumir la responsabilidad general (director del proyecto). Las demás responsabilidades pueden repartirse en función de los diferentes estándares, según la estructura del hospital y los recursos humanos disponibles (por ejemplo, la responsabilidad de la evaluación de los estándares 1 y 5 puede recaer en un miembro más veterano del consejo de administración, mientras que la responsabilidad de la evaluación de otros estándares puede asignarse a un miembro de los servicios clínicos). Cada miembro debe firmar un contrato que certifique su compromiso con la recogida o la supervisión de la recogida de datos.

El plan de acción debe debatirse y planificarse en el seno del comité de seguimiento.

El director del proyecto debe aprobar el plan de acción y propiciar su implantación.

El plan de acción deberá presentarse a la dirección.

Director del proyecto

(Asume la responsabilidad de supervisar el proceso global de autoevaluación y los resultados derivados del mismo)

Nombre

Función

Fecha / /

Firma

Miembros del comité de seguimiento

Nombre Departamento Cargo / Profesión /

Función Disciplina

Director del proyecto para el estándar 1: Política de gestión

Nombre

Función

Fecha //
Firma

Director del proyecto para el estándar 2: Evaluación de pacientes

Nombre
Función
Fecha //
Firma

Director del proyecto para el estándar 3: Información para los pacientes e intervenciones

Nombre
Función
Fecha //
Firma

Director del proyecto para el estándar 4: Promoción de un lugar de trabajo saludable

Nombre
Función
Fecha //
Firma

Director del proyecto para el estándar 5: Continuidad y cooperación

Nombre
Función
Fecha //
Firma

Estándar 1: Política de gestión

La institución cuenta con una política formal en materia de promoción de la salud. La política se aplica en el marco del sistema global de mejora de la calidad de la institución, sistema pensado para mejorar los resultados de la promoción de la salud. Dicha política va dirigida a pacientes, familiares y personal.

Objetivo

Describir el marco de las actividades de la institución en lo relativo a la promoción de la salud como parte del sistema de gestión de calidad de la institución.

Subestándares

1.1. La institución identifica las responsabilidades en materia de promoción de la salud.

1.1.1. La misión y los objetivos fijados por el hospital incluyen la promoción de la salud [Evidencia: calendario de actuación].

Sí Parcialmente No

Observaciones

1.1.2. Los registros del órgano de dirección certifican que en el último año ha existido la voluntad de participar en el proyecto de hospitales promotores de salud de la OMS [Evidencia: fecha de la decisión o pago de la cuota anual, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

1.1.3. Los planes que actualmente aplica el hospital en materia de calidad y gestión incluyen la promoción de la salud (PS) para pacientes, personal y la comunidad [Evidencia: la promoción de la salud aparece explícitamente en el plan de actuación, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

1.1.4. El hospital asigna personal y funciones a la coordinación de la PS [Evidencia: personal designado para la coordinación de la PS, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

1.2. La institución destina recursos a la implantación de la promoción de la salud.

1.2.1. Existe un presupuesto identificable para servicios y materiales relacionados con la PS.

[Evidencia: presupuesto o recursos humanos, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

1.2.2. Los departamentos clínicos tienen a su alcance procedimientos operativos, como pautas de práctica clínica o vías que incorporen acciones de PS [Evidencia: pautas para comprobaciones, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

1.2.3. Es posible identificar las estructuras e instalaciones específicas necesarias para la promoción de la salud (en términos de recursos, espacio y equipos, por ejemplo) [Evidencia: disponibilidad de equipos para levantar pacientes, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

1.3.1. Los datos se recogen habitualmente en intervenciones de promoción de la salud y el personal puede consultarlos para su evaluación [Evidencia: disponibilidad contrastada en estudios de personal].

Sí Parcialmente No

Observaciones

1.3.2. Existe un programa en vigor para evaluar la calidad de las actividades de promoción de la salud [Evidencia: existencia de un calendario para los estudios].

Sí

Parcialmente

No

Observaciones

Estándar 1: Política de gestión-Indicadores complementarios

_____ % de personal que conoce la política de promoción de la salud

_____ % de pacientes (y sus familiares) que conocen los estándares de promoción de la salud

_____ % del presupuesto dedicado a actividades de promoción de la salud entre el personal

Indicadores adicionales

(indicadores que pueden tenerse en cuenta para aplicar el plan de actuación a escala local)

Estándar 2: Evaluación de pacientes

La institución garantiza que los profesionales sanitarios, en colaboración con los pacientes, evalúan sistemáticamente las necesidades en materia de actividades de promoción de la salud.

Objetivo

Optimizar el tratamiento de los pacientes, mejorar el diagnóstico y fomentar la salud y el bienestar de los pacientes.

Subestándares

2.1. La institución dispone de procedimientos para que todos los pacientes puedan valorar sus propias necesidades en el ámbito de actividades de promoción de la salud

2.1.1. Existen pautas acerca de cómo identificar el tabaquismo, el consumo de alcohol, el estado nutricional y el estado psicológico, social y económico [Evidencia: comprobación de disponibilidad de estas pautas].

Sí Parcialmente No

Observaciones

2.1.2. Las pautas y los procedimientos se han revisado en el último año [Evidencia: comprobación de la fecha y la persona responsable de revisar las pautas, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

2.1.3. Se aplican pautas sobre cómo identificar las necesidades de promoción de la salud para grupos de pacientes (por ejemplo, pacientes asmáticos, diabéticos, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, cirugía, rehabilitación, etc.) [Evidencia: grupos de pacientes que reciben un tratamiento específico en el departamento clínico, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

2.2. La valoración de la necesidad de promoción de la salud de un paciente se realiza en el primer contacto con el hospital. Este procedimiento se revisa y modifica cuando resulta necesario según los cambios en el estado clínico del paciente o a petición del mismo.

2.2.1. La evaluación está documentada en el historial del paciente en el momento del ingreso [Evidencia: evaluación contrastada en la auditoría realizada a los historiales de los pacientes, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

2.2.2. Existen pautas y procedimientos para volver a valorar las necesidades en el momento de recibir el alta o al final de una intervención concreta [Evidencia: disponibilidad de estas pautas, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

2.3. La evaluación de las necesidades del paciente recoge la información facilitada por terceros y garantiza el respeto a su entorno social y cultural.

2.3.1. El historial del paciente recoge información del médico de procedencia o de otras fuentes relevantes [Evidencia: presencia de dicha información en los historiales de todos los pacientes derivados por un médico].

Sí Parcialmente No

Observaciones

2.3.2. El historial del paciente recoge el entorno social y cultural del mismo según cada caso [Evidencia: religión que exige una dieta concreta u otras atenciones específicas o bien condiciones sociales que puedan indicar que el paciente se halla en situación de riesgo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

Estándar 2: Evaluación de pacientes-Indicadores complementarios

_____ % de pacientes en los que se evalúan factores de riesgo genéricos.

_____ % de pacientes en los que se evalúan factores de riesgo específicos de enfermedades concretas en función de las pautas.

_____ puntuación obtenida en el estudio de la satisfacción de los pacientes con el procedimiento de valoración

Indicadores adicionales

(indicadores que pueden tenerse en cuenta para aplicar el plan de actuación a escala local)

Estándar 3: Información facilitada a los pacientes e intervenciones

La institución facilita a los pacientes información sobre factores importantes en relación con su enfermedad o cuadro médico, y las intervenciones de promoción de la salud están especificadas en todos los trayectos de los pacientes.

Objetivo

Garantizar que el paciente esté informado de las actividades planificadas, buscar su colaboración activa en estas actividades y facilitar la integración de todas las actividades de promoción de la salud en todos los trayectos de los pacientes.

Subestándares

3.1. A partir de la evaluación de necesidades de promoción de la salud, el paciente recibe información acerca de los factores que afectan a su salud y con su colaboración se establece un plan de actividades relevantes en materia de promoción de la salud

3.1.1. La información facilitada al paciente figura en el historial del paciente [Evidencia: revisión aleatoria de historiales de entre todos los pacientes, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

3.1.2. Documentación y evaluación de las actividades de promoción de la salud en los archivos [Evidencia: auditoría de los historiales de pacientes, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

3.1.3. Se lleva a cabo la evaluación de la satisfacción de los pacientes con la información que reciben, y se incorporan sus resultados al sistema de gestión de la calidad [Evidencia: diferentes métodos de evaluación, como el estudio, las entrevistas a grupos determinados o los cuestionarios, por ejemplo. Calendario].

Sí Parcialmente No

Observaciones

3.2. La institución garantiza que todos los pacientes, personal y visitantes tengan acceso a información general acerca de los factores que inciden en la salud.

3.2.1. La institución pone información general sobre la salud al alcance de los interesados [Evidencia: disponibilidad de información impresa o electrónica o punto de información especial, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

3.2.2. La institución pone al alcance de los interesados información detallada sobre enfermedades de riesgo o alto riesgo [Evidencia: disponibilidad de información impresa o electrónica o punto de información especial, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

3.2.3. La institución pone al alcance de los interesados información sobre organizaciones de pacientes [Evidencia: el centro proporciona una dirección de contacto, por ejemplo].

Sí **Parcialmente** **No**

Observaciones

Estándar 3: Información facilitada a los pacientes e intervenciones-Indicadores

_____ % de pacientes informados acerca de medidas concretas para controlar por sí mismos su problema médico.

_____ % de pacientes informados acerca de las opciones de modificación de los factores de riesgo y de tratamiento de la enfermedad posibles para su estado.

_____ puntuación obtenida en el estudio de la opinión que los pacientes tienen de los procedimientos de información e intervención.

Indicadores adicionales

(indicadores que pueden tenerse en cuenta para aplicar el plan de actuación a escala local)

Estándar 4: Promoción de un lugar de trabajo saludable

La dirección fija las condiciones para que el hospital se convierta en un lugar de trabajo saludable.

Objetivo

Fomentar el desarrollo de un lugar de trabajo saludable y seguro y respaldar las actividades de promoción de la salud del personal.

Subestándares

4.1. La institución vela por el desarrollo y el establecimiento de un lugar de trabajo saludable y seguro.

4.1.1. Las condiciones de trabajo se ajustan a las normas y los indicadores nacionales o regionales [Evidencia: reconocimiento de las normativas nacionales e internacionales (UE)].

Sí Parcialmente No

Observaciones

4.1.2. El personal cumple todos los requisitos en materia de salud y seguridad y todos los riesgos propios del lugar de trabajo están identificados [Evidencia: verificación de datos sobre lesiones laborales, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

4.2. La institución vela por el desarrollo y el establecimiento de una estrategia integral de recursos humanos que incluya la formación y el desarrollo de las competencias del personal en materia de promoción de la salud.

4.2.1. El personal que se incorpora a la institución recibe una formación inicial que aborda la política de promoción de la salud del hospital [Evidencia: entrevistas con los nuevos empleados, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

4.2.2. El personal de todos los departamentos conoce el contenido de la política de promoción de la salud de la institución [Evidencia: evaluación anual del rendimiento o participación del personal en el programa de PS].

Sí Parcialmente No

Observaciones

4.2.3. Existe un sistema de evaluación del rendimiento y del desarrollo profesional continuado que comprende la promoción de la salud [Evidencia: sistema contrastado mediante la consulta de los registros del personal o entrevistas].

Sí Parcialmente No

Observaciones

4.2.4. Las prácticas de trabajo (procedimientos y pautas) se desarrollan en el seno de equipos multidisciplinares [Evidencia: consultar los procedimientos, contrastar las prácticas con el personal, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

4.2.5. El personal está implicado en los procesos de elaboración, revisión y modificación de las políticas [Evidencia: contrastar la situación con el personal o consultar las actas de los grupos de trabajo para saber si han participado representantes del personal].

Sí Parcialmente No

Observaciones

4.3. La institución garantiza la existencia de procedimientos para fomentar entre el personal el conocimiento de los problemas sanitarios.

4.3.1. Existen políticas para mantener informado al personal en materia de problemas sanitarios [Evidencia: verificación de la existencia de políticas sobre tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas y actividad física].

Sí Parcialmente No

Observaciones

4.3.2. Se ofrecen programas de cese tabáquico [Evidencia: existencia de dichos programas].

Sí Parcialmente No

Observaciones

4.3.3. Anualmente se llevan a cabo estudios sobre el personal que incluyen una valoración del comportamiento individual, del nivel de conocimiento de los servicios y políticas de asistencia y del uso de los talleres [Evidencia: verificación del cuestionario utilizado y de los resultados del estudio].

Sí Parcialmente No

Observaciones

Estándar 4: Promoción de un lugar de trabajo saludable-Indicadores complementarios

_____ % de absentismo de corta duración

_____ % de lesiones relacionadas con el trabajo

_____ % de empleados fumadores

_____ Puntuación del estudio de la opinión que los empleados tienen de las condiciones de trabajo

_____ Tasa de permanencia

_____ Tasa de rotación

Indicadores adicionales

(indicadores que pueden tenerse en cuenta para aplicar el plan de actuación a escala local)

Estándar 5: Continuidad y cooperación

La institución cuenta con un sistema de colaboración continuada con otros proveedores de atención sanitaria, así como con otros centros y sectores.

Objetivo

Garantizar el trabajo conjunto con los proveedores oportunos e iniciar relaciones de colaboración para optimizar la integración de las actividades de promoción de la salud en los trayectos de los pacientes.

Subestándares

5.1. La institución garantiza que los servicios de promoción de la salud sean coherentes con las disposiciones y los planes regionales de política sanitaria en vigor.

5.1.1. El consejo de administración tiene en cuenta el plan regional de política sanitaria [Evidencia: las regulaciones y disposiciones aparecen mencionadas y comentadas en las actas de las reuniones del consejo de administración].

Sí Parcialmente No

Observaciones

5.1.2. El consejo de administración puede facilitar una lista de los proveedores sanitarios y de asistencia social que colaboran con el hospital [Evidencia: comprobación de la lista más actualizada].

Sí Parcialmente No

Observaciones

5.1.3. La colaboración intrasectorial e intersectorial con terceros se basa en la aplicación del plan regional de política sanitaria [Evidencia: comprobación de la coherencia, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

5.1.4. Existe constancia escrita de un plan para la colaboración con terceros en vistas a mejorar la continuidad de la atención a los pacientes [Evidencia: criterios de ingreso, plan de altas, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

5.2. La institución vela por la disponibilidad y la implantación de actividades y procedimientos de promoción de la salud en las consultas externas y tras las altas de los pacientes.

5.2.1. Los pacientes (y, si procede, sus familias) reciben indicaciones sencillas para realizar un seguimiento en las consultas externas, la derivación o el alta [Evidencia: evaluación de pacientes incluida en los estudios sobre los pacientes, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

5.2.2. Existe un procedimiento establecido para intercambiar información entre instituciones en lo que respecta a los datos relevantes sobre los pacientes [Evidencia: comprobar la existencia de este procedimiento, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

5.2.3. La institución receptora obtiene puntualmente de la institución de procedencia un resumen por escrito del estado médico y las necesidades de atención del paciente, así como de las intervenciones realizadas [Evidencia: comprobación de la existencia de una copia de este resumen, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

5.2.4. Si corresponde, aparece documentado en el historial del paciente un plan de rehabilitación que describa las funciones de la institución y de los terceros colaboradores [Evidencia: revisión de historiales, por ejemplo].

Sí Parcialmente No

Observaciones

Estándar 5: Continuidad y cooperación-Indicadores complementarios

_____ % de informes de alta enviados al médico generalista o al centro de procedencia en el plazo de dos semanas o entregados al paciente junto con el alta

_____ Tasa de reingreso en el caso de problemas que requieran atención ambulatoria en el plazo de 5 días

_____ Número de pautas desarrolladas o revisadas con la colaboración de usuarios y proveedores de atención médica externos

_____ Puntuación en el estudio de preparación de altas de pacientes

Indicadores adicionales

(indicadores que pueden tenerse en cuenta para aplicar el plan de actuación a escala local)

Plan de actuación global (pueden añadirse más páginas para completar el informe si es necesario)

Acciones generales

Acciones vinculadas a la evaluación de estándares e indicadores concretos

VI. Hojas descriptivas de los indicadores

Para cada indicador propuesto se ha elaborado una hoja descriptiva³⁰. Las hojas descriptivas contienen una definición de trabajo, los motivos y la justificación de su uso (carga de trabajo, importancia, preeminencia, posibilidades de mejora), las fuentes de los datos y los niveles, la validez y unas pautas para su interpretación.

Cabe señalar que algunos de los indicadores propuestos no pueden describirse como indicadores clínicos en el sentido de lo que establecen los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y los criterios expresos de inclusión y exclusión, sino que se basan fundamentalmente en estudios o procedimientos de auditoría. La validez y fiabilidad de algunos indicadores todavía es reducida en comparación con la solidez de los indicadores clínicos más contrastados, ya que los indicadores de las actividades de promoción de la salud en los hospitales todavía se encuentran, en gran medida, en fase de desarrollo. Las hojas descriptivas de las páginas que siguen deben actualizarse periódicamente para recoger las nuevas evidencias y evaluaciones que certifiquen la validez de los indicadores propuestos. Es posible consultar en línea un amplio resumen de indicadores clínicos y otros indicadores relacionados con la calidad de la atención sanitaria³¹.

Apartado 1: Justificación y descripción

Este apartado pretende aportar una breve justificación de los motivos por los que se recomienda el uso del indicador. Es imprescindible determinar con claridad lo que teóricamente debe medir el indicador, sus puntos fuertes y sus límites. Resulta también de gran utilidad que los usuarios comprendan por qué es importante recopilar datos sobre el indicador, para animarles así a aceptarlo, superar con éxito el duro trabajo de recogida de los datos y garantizar la calidad de los mismos.

³⁰ Algunos de los indicadores seleccionados se ajustan a los seleccionados en el proyecto PATH (siglas de *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*, evaluación del rendimiento para la mejora de la calidad en los hospitales). Hemos utilizado la misma definición para dichos indicadores. Si desea más información sobre el proyecto PATH, consulte www.euro.who.int/ihb.

³¹ National Quality Measures Clearinghouse (EE. UU.) www.qualitymeasures.ahrq.gov.

Apartado 2: Definición de trabajo

El objetivo de este apartado es compartir un marco de trabajo común. Las definiciones de trabajo responden a la voluntad de contribuir a uniformizar la recogida de datos tanto en los diferentes niveles del hospital como entre los diferentes hospitales y países. Si para realizar comparaciones se requieren indicadores, las definiciones de trabajo (y los datos que vehiculan) deben tener necesariamente un buen nivel de estandarización.

Apartado 3: Fuente de los datos y niveles

En este apartado ofrecemos información sobre aspectos relacionados con la recogida de datos. Dado que no figura entre los objetivos principales de este proyecto realizar un análisis comparativo entre instituciones, las definiciones claras y los procedimientos homogéneos para la recogida de datos son importantes sólo a efectos de mejorar la fiabilidad y la validez de los indicadores en el análisis longitudinal. Para determinados indicadores, facilitamos información sobre los datos que hay que recoger, dónde pueden encontrarse, quién se encarga de recogerlos y cuáles son los mecanismos de control de la calidad de dichos datos.

Apartado 4: Pautas de interpretación

El último apartado ofrece información sobre cómo utilizar los resultados que se desprenden de los indicadores. El objetivo de este proyecto es fomentar la reflexión acerca de las prácticas actuales y dar pie a actividades de mejora de la calidad basadas en los resultados de la autoevaluación. En este sentido, los indicadores no deben considerarse simplemente como un reflejo de un buen o un mal funcionamiento, ni tampoco deben interpretarse de forma aislada.

Tabla 2: Hoja descriptiva sobre el conocimiento de la política entre el personal

Ámbito	Política de gestión
Indicador 1	% del personal que conoce la política de promoción de la salud
Justificación y descripción	<p>El objetivo principal del estándar correspondiente es que la dirección desarrolle una política de promoción de la salud orientada a empleados, pacientes y familiares. Los componentes clave de este proceso son la definición de responsabilidades, el desarrollo de competencias y la identificación de infraestructuras.</p> <p>Dado que el objetivo no es valorar directamente el cumplimiento de los estándares y los subestándares, sino más bien su implantación homogénea, podría considerarse que el conocimiento que el personal acredita de la política y sus contenidos refleja el rendimiento de una forma indirecta y reflexiva, pero altamente representativa. Aunque el personal que conoce la política no la encuentre satisfactoria, la medida contribuye a todas luces a certificar la democracia y la transparencia de los procesos de trabajo.</p>
Numerador	Número de empleados capaces de mencionar los principales componentes de la política de promoción de la salud.
Denominador	Todo el personal.
Fuente de los datos	Métodos de auditoría o estudio. Numerosos hospitales llevan a cabo de forma regular estudios sobre la salud y la satisfacción del personal, por lo que podrían incluirse en estos análisis apartados pensados para evaluar el conocimiento que tiene sobre la política de promoción de la salud aplicada por la dirección. Otra alternativa aceptable para obtener datos acerca de este indicador sería un estudio diseñado para la ocasión y basado en una muestra representativa.
Niveles	Por departamentos y por grupos profesionales.
Notas/interpretación	Este indicador no se ha validado de una forma sistemática. Sin embargo, existen indicadores similares que valoran el conocimiento que tiene el personal acerca de los principios rectores de la institución, indicadores que han

Tabla 2: (Continuación)

	<p>demostrado su eficacia ³², además de una extensa bibliografía en el campo de la gestión de instituciones que describe el impacto de la implicación del personal sobre la efectividad de la institución ³³. Un buen conocimiento de la política de gestión entre el personal refleja una buena comunicación de estos dos estamentos, lo que constituye un aspecto importante que puede contribuir a generar adhesiones a las decisiones tomadas por la dirección, potenciar una identidad compartida y afianzar los procesos de aprendizaje en la institución.</p>
	<p>Sin embargo, el conocimiento no garantiza por sí solo que el personal aplique las medidas de promoción de la salud, especialmente si no dispone de los recursos necesarios para cumplir con la política. El indicador, por tanto, resulta útil para determinar cómo se transmiten las políticas de la dirección al personal, aunque no evalúa los resultados reales en materia de promoción de la salud. Tras aplicar inicialmente el ciclo PDCA (<i>Plan-do-check-act</i> o Planificar-hacer-verificar-actuar), las medidas posteriores pueden ayudar a consolidar el conocimiento del personal sobre aspectos concretos de la política, así como a valorar las posibilidades y los recursos de los que disponen para su implantación.</p>

³² Roberts, K. H., *Managing high reliability organizations*. Calif Manage Rev 1990, 32: 101-113.

³³ Dierkes, M., Antal, A. B.; Child, J., y Nonaka, I., *Handbook of organizational learning and knowledge*. Open University Press, 2001.

Tabla 3: Hoja descriptiva sobre el conocimiento de la política entre los pacientes (y familiares)

Ámbito	Política de gestión
Indicador 2	% de pacientes (y sus familiares) que conocen los estándares de promoción de la salud
Justificación y descripción	<p>De forma similar al punto anterior, los pacientes deben tener conocimiento de la política de promoción de la salud para poder sacarle el máximo provecho. Los pacientes que reciben información acerca de la política tienen más posibilidades de interesarse por su estado médico, por los cambios en el ritmo de vida y por otras instituciones, asociaciones o grupos de apoyo. Por tanto, de todo ello se desprende que cuanto mayor sea el empoderamiento del paciente, más probabilidades tendrá de solicitar información adicional que le ayude a comprender mejor su situación, el proceso de atención sanitaria y las implicaciones en relación con el seguimiento.</p> <p>Existen pruebas contrastadas que demuestran que los pacientes con un mayor empoderamiento obtienen mejores resultados médicos ³⁴. Asimismo, esta información debe estar al alcance de los familiares, aunque en este caso la tarea de recogida de datos puede resultar más laboriosa, ya que no existen registros sistemáticos de los familiares que visitan el hospital.</p>
Numerador	Número de pacientes que conocen la política de promoción de la salud.
Denominador	Todos los pacientes.
Fuente de los datos	Métodos de estudio. En muchos países, los hospitales remiten encuestas de satisfacción tras conceder el alta, para conocer las opiniones y las valoraciones de los pacientes en lo relativo a la asistencia recibida. Estos estudios pueden incluir un apartado sobre el conocimiento que los pacientes tienen de la política de promoción de la salud. También es posible recurrir a las entrevistas realizadas en el momento del alta para valorar a partir de una muestra representativa de pacientes su nivel de conocimiento de la política.

³⁴ McKee, M. En: *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. Informe para la Comisión Europea a cargo de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Bruselas, 2000.

Tabla 3: (Continuación)

Niveles	En el hospital: por departamento. En los pacientes: por edad, sexo y nivel de formación.
Notas/interpretación	Este indicador no se ha validado de una forma sistemática. Sin embargo, diferentes estudios muestran una relación clara entre el empoderamiento y la salud. Este indicador resulta útil para saber cómo se comunican los profesionales sanitarios con el paciente y si son capaces de transmitir las actuaciones del hospital en materia de promoción de la salud. Tras aplicar inicialmente el ciclo PDCA, las medidas posteriores pueden ayudar a consolidar el conocimiento de los pacientes en lo relativo a intervenciones concretas de promoción de la salud que han recibido o que consideran importantes. Esta información puede contribuir a dar pie a otras actividades de promoción de la salud.

Tabla 4: Hoja descriptiva sobre el porcentaje del presupuesto destinado a la promoción de la salud

Ámbito	Política de gestión
Indicador 3	% del presupuesto destinado a actividades de promoción de la salud entre el personal
Justificación y descripción	<p>Este indicador valora los recursos financieros directos que se destinan a formación, infraestructuras y encuentros relacionados con la promoción de la salud. Disponemos de pocos datos acerca del alcance de las actividades de promoción de la salud en los hospitales. Un estudio realizado a partir de una muestra de más de 1.400 empresas en siete países europeos indica que “las actividades que podrían relacionarse con el ámbito de la promoción de la salud (por ejemplo, políticas sobre tabaquismo o alcoholismo) tienen una presencia más bien escasa” ³⁵.</p> <p>Las actividades de promoción de la salud pueden agruparse en las áreas siguientes: 1) cribado sanitario, 2) promoción de hábitos saludables, 3) intervenciones institucionales, 4) seguridad y entorno físico, 5) bienestar social. Ilustraciones: programas de cesación tabáquica en el lugar de trabajo, servicio de asesoramiento para casos de estrés, centro de cuidado infantil, vacunas contra la gripe, control de dependencia del alcohol, etc.</p> <p>El margen de libertad en la asignación de los fondos dentro de los hospitales varía enormemente en función del país, de la condición de centro público o privado y del presupuesto total disponible. Asimismo, depende también de las políticas y las leyes nacionales en materia de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Un posible efecto negativo es que los hospitales se evalúen únicamente a partir del presupuesto destinado a actividades de promoción de la salud y no de la cantidad y la calidad de dichas actividades, y es que puede que determinados centros fijen un presupuesto sin tener la certeza de que resultará útil o bien sin llegar a utilizarlo nunca.</p>

³⁵ Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (EFILWC), *Workplace Health Promotion in Europe – Programme summary*, 1997. Edición a cargo de: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo. 40 págs.

Tabla 4: (Continuación)

Numerador	Presupuesto destinado a actividades de promoción de la salud para el personal
Denominador	Número medio de empleados en nómina durante el período (alternativa: número medio de empleados a tiempo completo).
Fuente de los datos	Datos financieros.
Niveles	En función del área de promoción de la salud (véanse las definiciones anteriores).
Notas/interpretación	Este indicador no se ha evaluado de una forma sistemática. No existen pruebas que confirmen que fijar un presupuesto para la promoción de la salud tenga un efecto positivo sobre el alcance y la calidad de las actividades relacionadas con la salud. Sin embargo, aunque las actividades no arrojen los resultados previstos, su realización refleja la preocupación por la salud del personal y, por extensión, por facilitarles unas pautas de trabajo.

Tabla 5: Hoja descriptiva sobre pacientes en los que se evalúan factores de riesgo genéricos

Ámbito	Evaluación de pacientes
Indicador 4	% de pacientes en los que se evalúan factores de riesgo genéricos
Justificación y descripción	El indicador valora si se han evaluado en los pacientes factores de riesgo genéricos. Estos factores desempeñan un importante papel en el desarrollo de muchas enfermedades, aunque a menudo no se evalúan o no figuran en los informes médicos o de enfermería. El objetivo de este indicador es propiciar una evaluación sistemática de todos los pacientes con factores de riesgo genéricos y documentarlos para que otros profesionales sanitarios, aparte de los que realizan la evaluación, puedan tenerlos a su disposición.
Numerador	Número total de pacientes con evidencias en sus informes de haber sido evaluados por factores de riesgo, como el tabaco, nutrición, alcohol, etc.
Denominador	Número de pacientes (en una muestra aleatoria).
Fuente de los datos	Auditoría clínica de informes médicos o de enfermería (muestra).
Niveles	Niveles en función de edades.
Notas/interpretación	—

Tabla 6: Hoja descriptiva sobre pacientes en los que se evalúan factores de riesgos específicos

Ámbito	Evaluación de pacientes
Indicador 5	% de pacientes en los que se evalúan factores de riesgo específicos de enfermedades de acuerdo con las pautas
Justificación y descripción	<p>El indicador analiza si se han evaluado en los pacientes factores de riesgo con arreglo a las pautas. Gran parte de los ingresos hospitalarios con cuadros crónicos pueden relacionarse con unos pocos factores de riesgo que tienen mucho que ver con el desarrollo del cuadro clínico, como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición y la falta de actividad física.</p> <p>Los hospitales a menudo ofrecen asistencia para mejorar los síntomas del cuadro crónico pero no atacan los factores de riesgo subyacentes. Aunque no es necesariamente responsabilidad del hospital ofrecer programas intensivos de cesación tabáquica, por ejemplo, sí deberían a) facilitar al paciente información sobre dónde obtener dichos servicios y b) comunicar al médico de atención primaria la presencia de factores de riesgo y su relación con el cuadro por el cual se ha ingresado al paciente.</p>
Numerador	Número total de pacientes con evidencias en sus historias de haber sido evaluados por factores de riesgo según las pautas, como tabaco, nutrición, alcohol, etc.
Denominador	Número de pacientes (en una muestra aleatoria).
Fuente de los datos	Auditoría clínica de informes médicos o de enfermería (muestra).
Niveles	Niveles en función de edades.
Notas/interpretación	La diferencia con el indicador número 4 reside en el énfasis sobre enfermedades concretas y el uso de pautas en el proceso de evaluación. La justificación es que para determinados cuadros específicos existen factores de riesgo concretos que van más allá de los genéricos, como el tabaquismo o la falta de actividad física.

Tabla 7: Hoja descriptiva sobre la satisfacción de los pacientes

Ámbito	Evaluación de pacientes
Indicador 6	Puntuación obtenida en el estudio de la satisfacción de los pacientes con el procedimiento de evaluación
Justificación y descripción	Los cuestionarios de satisfacción de los pacientes constituyen una herramienta ampliamente aceptada para valorar la calidad global de la asistencia desde la óptica del paciente. La evaluación a menudo se lleva a cabo en el momento del alta o en un plazo de tiempo breve (unas dos semanas) tras el alta. Los cuestionarios de satisfacción de los pacientes son una herramienta útil para valorar la calidad global de la asistencia. Aunque los pacientes posiblemente no puedan valorar los aspectos técnicos de la intervención por la que han sido ingresados, sí están en la mejor situación para evaluar la vertiente de la asistencia, extremadamente importante para los pacientes, como por ejemplo el respeto de la privacidad, la continuidad de la asistencia, la confidencialidad o la sensación de que se satisfacen todas sus necesidades, también las emocionales. Los cuestionarios de satisfacción de los pacientes constituyen la principal herramienta para evaluar los aspectos de la asistencia que persiguen impulsar los proyectos de promoción de la salud en los hospitales.
Numerador	Puntuación basada en el estudio (por ejemplo, la satisfacción de los pacientes con la asistencia depende del uso de la herramienta de valoración. Los hospitales pueden establecer por su cuenta un listón y fijarse así el objetivo que deseen).
Denominador	Todos los pacientes.
Fuente de los datos	Estudio.
Niveles	Por departamentos del hospital y por la edad, el sexo y el nivel de formación de los pacientes.
Notas	A menudo los hospitales recurren a estudios elaborados internamente, que pueden resultar algo parciales a la hora de evaluar la satisfacción o la opinión de los pacientes, aunque existen diferentes recursos de estudio en línea en diferentes idiomas. Recomendamos encarecidamente utilizar una herramienta de evaluación normalizada que se haya sometido a una evaluación psicométrica de gran alcance. Algunos ejemplos son los cuestionarios Picker, ServQual o Consumer Health Plan Assessment (todos ellos en inglés).

Tabla 8: Hoja descriptiva sobre la formación de los pacientes en autogestión

Ámbito	Información facilitada a los pacientes y las intervenciones
Indicador 7	% de pacientes que han recibido información sobre medidas concretas para autogestionar su enfermedad
Justificación y descripción	<p>Una gran parte de la asistencia va dirigida a pacientes con cuadros crónicos. Sin embargo, la estancia hospitalaria es sólo un pequeño elemento dentro de la cadena de asistencia que necesitan los pacientes crónicos. Otros componentes no menos importantes se obtienen fuera del hospital, en el ámbito ambulatorio, o bien quedan bajo el control del propio paciente y sus familiares. De hecho, el empoderamiento del paciente para adoptar un papel más activo en su propia asistencia constituye un importante avance para mejorar la calidad de la asistencia y reducir los gastos del sistema sanitario.</p> <p>Para lograr una mayor implicación de los pacientes en el proceso de asistencia, es fundamental ofrecerles antes más información sobre su estado y sobre las posibles medidas que podrían servir para mejorar su situación. Se ha demostrado que unos pacientes mejor informados presentan menos posibilidad de sufrir complicaciones y reingresos y, por tanto, contribuyen tanto a su propia calidad de vida como a la limitación de los costes ^{36, 37}.</p>
Numerador	Pacientes capaces de mencionar medidas para autogestionar su enfermedad.
Denominador	Todos los pacientes (muestra).
Fuente de los datos	Estudio y entrevistas.
Niveles	Departamentos, edad y sexo.
Notas	El método de estudio debe especificar la principal medida de autogestión que el paciente tiene que ser capaz de mencionar.

³⁶ Tattersall, R. L., *The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century*. Clin Med 2002, 2(3), 227-9.

³⁷ Lorig, K., y otros. *Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial*. Medical Care 1999, 37(1), 5-14.

Tabla 9: Hoja descriptiva sobre Información a los pacientes acerca de los factores de riesgo

Ámbito	Información facilitada a los pacientes y las intervenciones
Indicador 8	% de pacientes que han recibido información sobre las opciones de modificación de factores de riesgo y de tratamiento de la enfermedad posibles para su estado
Justificación y descripción	Véase el indicador número 7. La diferencia reside en el énfasis sobre enfermedades específicas.
Numerador	Pacientes capaces de mencionar medidas para autogestionar su enfermedad.
Denominador	Los pacientes a los que se diagnostique un cuadro específico (por ejemplo, ictus, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, infarto de miocardio y diabetes mellitus).
Fuente de los datos	Estudio y entrevistas.
Niveles	Departamentos, edad, sexo y enfermedad.
Notas	El estudio debe especificar los principales aspectos de las opciones de modificación de factores de riesgo y de tratamiento de la enfermedad para cada cuadro que el paciente sea capaz de mencionar. El indicador es muy similar al número 7, y los datos de ambos pueden recogerse a la vez, tras una clasificación por niveles según cada cuadro.

Tabla 10: Hoja descriptiva sobre la puntuación relativa a la información facilitada a los pacientes y las intervenciones

Ámbito	Información facilitada a los pacientes y las intervenciones
Indicador 9	Puntuación obtenida en el estudio de la opinión que tienen los pacientes sobre los procedimientos de información e intervención
Justificación y descripción	Véase el indicador número 6. Los cuestionarios sobre la opinión que tienen los pacientes de la asistencia recibida constituyen una herramienta ampliamente aceptada para evaluar la calidad global de la asistencia desde la óptica del paciente. Además del indicador número 6, que evalúa la calidad global de la asistencia, este indicador valora la opinión sobre el proceso de información y las intervenciones o, en otras palabras, si el médico ha facilitado al paciente información acerca de la enfermedad de una forma comprensible.
Numerador	Puntuación basada en el estudio (por ejemplo, la satisfacción de los pacientes con la asistencia depende del uso de la herramienta de valoración. Los hospitales pueden establecer por su cuenta un listón y fijarse así el objetivo que deseen).
Denominador	Todos los pacientes.
Fuente de los datos	Estudio.
Niveles	Por departamentos del hospital y por la edad, el sexo y el nivel de formación de los pacientes.
Notas	A menudo los hospitales recurren a estudios planificados internamente, que pueden resultar algo parciales en la evaluación de la satisfacción o la opinión de los pacientes, aunque existen diferentes recursos de estudio en línea en diferentes idiomas. Recomendamos encarecidamente utilizar una herramienta de evaluación normalizada que se haya sometido a una evaluación psicométrica de gran alcance. Algunos ejemplos son los cuestionarios Picker ³⁸ , ServQual ³⁹ o Consumer Health Plan Assessment ⁴⁰ (todos ellos en inglés).

³⁸ Jenkinson, C.; Coulter, A., y Bruster, S., *The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries*. International Journal for Quality in Health Care, 2002, 14: 353-358.

³⁹ Buttle, F., *SERVQUAL: review, critique, research agenda*. European Journal of Marketing 1996, 30 (1), 8-32.

⁴⁰ Hibbard, J. H.; Slovik, P., y Jewett, J. J., *Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research*. The Milbank Quarterly 1997, 75(3), 395-414.

Tabla 11: Hoja descriptiva sobre empleados fumadores

Ámbito	Promoción de un lugar de trabajo saludable
Indicador 12	% de empleados fumadores
Justificación y descripción	<p>Los hospitales promotores de salud se han comprometido a implantar un entorno libre de humo, por lo que la proporción de empleados fumadores constituye un indicador que refleja el éxito global de la aplicación de las prácticas de promoción de la salud en los hospitales.</p> <p>Fumar tiene efectos claramente perjudiciales para la salud. Pese a todo, un gran número de profesionales sanitarios continúa fumando ^{41, 42}. El comportamiento de los empleados fumadores también tiene efectos sobre la respuesta de los pacientes a los consejos en cuanto a estilo de vida: los pacientes ingresados en un hospital debido a un cuadro relacionado con su adicción al tabaco normalmente responden mejor a los consejos sobre estilo de vida. Sin embargo, si reciben estos consejos de un profesional fumador, el éxito de las iniciativas de reducción del tabaquismo entre los pacientes puede verse limitado.</p>
Numerador	Número de empleados fumadores.
Denominador	Todo el personal.
Fuente de los datos	Estudio
Niveles	Por departamentos, disciplina, edad y sexo.
Notas/interpretación	La Red Europea de Hospitales sin Humo ⁴³ ha desarrollado un sistema de estudio que incluye 13 preguntas estándar que permiten comparar las diferencias entre hospitales de diferentes países europeos.

⁴¹ Fichtenberg, C. M., y Glantz, S. A., *Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review*. BMJ 2002, 325, 188.

⁴² Moller, A. M.; Villebro, N.; Pedersen, T., y Tonnesen, H., *Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial*. Lancet 2002, 359, 114-117.

⁴³ Red Europea de Hospitales sin Humo, <http://ensh.free.fr>

Tabla 12: Hoja descriptiva sobre cesación tabáquica

Ámbito	Promoción de un lugar de trabajo saludable
Indicador 12	Cesación tabáquica: % de empleados fumadores o que acaban de dejar de fumar que han recibido ayuda
Justificación y descripción	Fumar tiene una importante incidencia sobre los índices de mortalidad, a consecuencia de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo. La cesación tabáquica reduce el riesgo de muerte precoz, y gran parte de los fumadores se muestran interesados en dejar de fumar del todo. Esta medida pretende evaluar si los fumadores y los que acaban de dejar de fumar visitados por un médico de una institución de atención durante el año analizado han recibido ayuda para dejar de fumar. Se ha demostrado que el asesoramiento clínico para dejar de fumar mejora los índices de cesación en un 30 % ⁴⁴ .
	Este indicador evalúa el porcentaje de empleados mayores de 18 años fumadores o acababan de dejar de fumar, con una presencia continuada durante el año de la evaluación, que se sometieron a la observación de un profesional de una institución de atención dirigida durante el año analizado y recibieron ayuda para dejar de fumar.
Numerador	Número de individuos del denominador que respondan al estudio e indiquen que han recibido ayuda para dejar de fumar por parte de un profesional de una institución de atención dirigida durante el año evaluado.
Denominador	Número de individuos que han respondido al estudio indicando que son fumadores o acaban de dejar de fumar y que han sido visitados por un profesional de una institución de atención dirigida durante el año evaluado.
Fuente de los datos	Datos administrativos y estudios de pacientes y calidad (AHRQ).
Niveles	Clasificados por departamentos, profesión, sexo y edad.
Notas/interpretación	Este indicador forma parte de los indicadores estándar del sistema HEDIS. Si desea información más detallada sobre las medidas propuestas por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad estadounidense (<i>National Committee on Quality Assurance</i> o NCQA), consulte <i>HEDIS Volume 2: Technical Specifications</i> , disponible en inglés en el sitio web del NCQA, www.ncqa.org .

⁴⁴ National Quality Measures Clearinghouse (EE. UU.), <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>

Tabla 13: Hoja descriptiva sobre la opinión del personal

Ámbito	Promoción de un lugar de trabajo saludable
Indicador 13	Puntuación del estudio sobre la valoración que el personal hace de las condiciones de trabajo
Justificación y descripción	Existen diferentes instrumentos para valorar las opiniones del personal acerca de las condiciones de trabajo. Los resultados del cuestionario sobre el cometido del trabajo (evaluación de las exigencias psicológicas, margen de maniobra en la toma de decisiones laborales y asistencia social en el trabajo) tienen relación con las bajas por enfermedad tanto con justificante médico como sin él entre los profesionales de enfermería ⁴⁵ . Este indicador tiene una estrecha relación con el indicador número 10 (la satisfacción tiene una relación inversamente proporcional al absentismo).
Numerador	Puntuación obtenida a partir del estudio (por ejemplo, la satisfacción de los pacientes con las condiciones de trabajo depende del uso de la herramienta de valoración. Los hospitales pueden establecer por su cuenta un listón y fijarse así el objetivo que deseen).
Denominador	Todo el personal.
Fuente de los datos	Estudio.
Niveles	Por departamentos del hospital y por la edad, el sexo y el nivel de formación de los pacientes.
Notas	La elección del estudio depende del hospital, que puede optar, por ejemplo, por el cuestionario de cometidos laborales de Katasek ⁴⁶ . También es posible encontrar información a partir de estudios de la salud de los empleados realizados en el pasado. Sin embargo, recomendamos utilizar sólo estudios o preguntas de validez y fiabilidad contrastada tras someterse a una evaluación psicométrica.

⁴⁵ Bourbonnais R., y Mondor M., *Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Québec*. American Journal of Industrial Medicine 2001;39:194-202.

⁴⁶ Karasek, R.; Brisson, C.; Kawakami, N., y otros, *The job content questionnaire: an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics*. J Occup Health Psychol, 1998, 3(4), 322-5.

Tabla 14: Hoja descriptiva sobre el absentismo de corta duración

Ámbito	Promoción de un lugar de trabajo saludable
Indicador 10	% de absentismo de corta duración
Justificación y descripción	<p>El absentismo representa un importante lastre para el funcionamiento del hospital: costes para compensar la pérdida de horas de trabajo, aumento de la carga de trabajo de los demás empleados, pérdida de productividad, merma de la calidad en caso de no encontrarse sustitutos para empleados altamente cualificados que prestan servicios fundamentales, etc. El absentismo de corta duración todavía resulta más molesto, ya que es imprevisible y deja menos margen de tiempo para reajustar los horarios o adoptar medidas para sustituir al trabajador ausente. Sin embargo, el absentismo también presenta una vertiente positiva: el absentismo de corta duración puede constituir una estrategia temporal eficaz para gestionar situaciones de tensión. Trabajar bajo los efectos de una enfermedad: el número de empleados que van a trabajar pese a estar enfermos no cesa de aumentar en los países de la antigua Unión Soviética, principalmente debido al miedo de ser despedidos o por motivaciones económicas (pérdida de ingresos)⁴⁷. En Europa, la tasa de absentismo (lo que incluye la incapacidad laboral temporal y permanente) oscila entre el 3,5 % de Dinamarca y el 8 % de Portugal⁴⁸. Existen diferentes actuaciones que permitirían reducir el absentismo en el ámbito hospitalario: programas de asistencia para el personal, programas de formación y consecución de objetivos, cambios en las políticas para concienciar mejor al personal de las consecuencias del absentismo, cambios de planificación como la flexibilización de los horarios y juegos o sistemas de puntos. Los factores contextuales que permiten prevenir en cierta medida el absentismo, como la permisividad de la institución, problemas de reparto de funciones, salario y características del trabajo están, en parte, bajo el control del hospital⁴⁹.</p>

⁴⁷ Arford C. W., *Failing health systems: Failing health workers in Eastern Europe. Report on the Basic Security Survey for the International Labour Office and Public Services International Affiliate in the Health Sector in Central and Eastern Europe*. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra (Suiza). 2001. Disponible en www.ilo.org/ses (en inglés)

⁴⁸ Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo-Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 1997.

⁴⁹ Dalton, D. R., y William, D. T., *Turnover, transfer, absenteeism: an independent perspective*. Journal of Management, 1993.

Tabla 14: (Continuación)

Numerador	Número de días de baja con justificante médico o sin él de siete días consecutivos o menos (absentismo de corta duración) o más de 30 días (absentismo de larga duración), sin contar las vacaciones, entre personal de enfermería y auxiliares.
Denominador	Cifra total de enfermeros y auxiliares de enfermería a tiempo completo* y número de días laborables anuales según contrato para un trabajador a tiempo completo (por ejemplo, 250 días).
Fuente de los datos	Sistemas de información habituales del hospital o de cada departamento o datos de las empresas de seguros médicos.
Niveles	Recogida de datos por edad, sexo y cualificación profesional (enfermero/a o auxiliar).
Notas/interpretación	Este indicador se evalúa sólo en el caso de los profesionales y auxiliares de enfermería. No incluye al personal administrativo y de asistencia, y tampoco a los médicos. El absentismo de larga duración y las bajas por maternidad, lo que incluye las bajas preventivas, quedan excluidos. Sin embargo, sí se incluyen las bajas por enfermedad durante el embarazo.

Tabla 15: Hoja descriptiva sobre las lesiones relacionadas con el trabajo

Ámbito	Promoción de un lugar de trabajo saludable
Indicador 11	% de lesiones relacionadas con el trabajo
Justificación y descripción	<p>El personal de un hospital está expuesto a importantes riesgos sanitarios, como el VIH y otros virus de transmisión sanguínea (como las hepatitis B o C). El riesgo de transmisión del virus de la hepatitis C como consecuencia de una lesión producida por una jeringuilla se sitúa entre el 1,8% y el 3%. El tratamiento antiviral precoz de las infecciones por virus de hepatitis C aguda muestra unos elevados índices de éxito. Las lesiones tienen mucho que ver con la ansiedad y el malestar⁵⁰ del personal y los costes directos del seguimiento médico provocado por la exposición al riesgo. Si analizamos la bibliografía relacionada, observamos que la media de lesiones graves por cada 10.000 empleados del campo sanitario provocadas por un patógeno de transmisión sanguínea es del 4%, y los cirujanos se sitúan como los más afectados⁵¹. Sólo un 35% de los médicos cumplen con las precauciones universales, y su incumplimiento se asocia con un riesgo considerablemente elevado de exposición mucocutánea y percutánea, sobre todo en especialidades no quirúrgicas. Nota: la comparación de los índices resulta difícil debido a los diferentes métodos y definiciones. La Oficina de contabilidad pública estadounidense (<i>General Accounting Office</i> o GAO) estima que el 75% de lesiones causadas por jeringuillas podrían haberse prevenido eliminando un uso innecesario (25%), utilizando jeringuillas con prestaciones de seguridad (29%) o bien con prácticas más seguras (21%). Las lesiones están muy relacionadas con las características del entorno de trabajo (presiones de tiempo). En Laiken y otros (1997), se asocia el trabajo en hospitales con modelos de prácticas de enfermería profesionales y la adopción de precauciones para evitar el contacto sanguíneo con una reducción de las lesiones entre los profesionales de enfermería.</p>

⁵⁰ Fisman, D. N.; Mittelman, M. A.; Sorock, G. S., y Harris, A. D., *Willingness to pay to avoid sharp-related injuries: a study in injured health care workers*. *AJIC: American Journal of Infection Control* 2002; 30(5): 283-287.

⁵¹ Trim, J. C., y Elliott, T. S., *A review of sharps injuries and preventive strategies*. *Journal of Hospital Infection* 2003; 53(4): 237-242.

Tabla 15: (Continuación)

Numerador	Número de lesiones percutáneas en un año (incluidas las lesiones con jeringuillas y objetos punzantes).
Denominador	Número medio de personal a tiempo completo expuesto (médicos, enfermeras, flebotomistas).
Fuente de los datos	Estudio entre el personal sobre lesiones notificadas. Datos adicionales: reclamaciones de seguros, registro específico de recursos humanos.
Niveles	Por profesión, área de atención (UCI, salas de operaciones, urgencias, cirugía, departamento médico), hora del día (o días laborables en comparación con fines de semana) y experiencia laboral.
Notas	El indicador podría servir para evaluar todas las lesiones relacionadas con el trabajo y posteriormente realizar una clasificación por tipo de lesión.

Tabla 16: Hoja descriptiva sobre la evaluación del desgaste profesional

Ámbito	Promoción de un lugar de trabajo saludable
Indicador 14	Puntuación sobre el desgaste profesional
Justificación y descripción	<p>El desgaste profesional es una respuesta física, mental y emocional en un nivel constante y elevado de estrés. En la mayoría de casos tiene que ver con el trabajo. El desgaste profesional a menudo se traduce en una fatiga física y mental y puede manifestarse en sensaciones de desesperación, impotencia y fracaso. Esta situación nace en ocasiones de las exigencias excesivas impuestas internamente (como por ejemplo tener muchas expectativas depositadas en uno mismo) o bien externamente (por la familia, el trabajo o la sociedad) y a menudo se asocia a circunstancias laborales en que una persona se siente sobrecargada de trabajo, infravalorada, confundida en cuanto a expectativas y prioridades, asignada a tareas que no se ajustan al salario, insegura por miedo al despido y/o saturada por las responsabilidades domésticas y laborales ⁵². Mientras que el estrés es un trastorno asociado a las prisas, el desgaste profesional tiene que ver más con el agotamiento: se trata de conceptos muy diferentes. El desgaste profesional no se reduce simplemente a un exceso de estrés, sino que constituye una reacción humana compleja al estrés y tiene que ver con la sensación de que no disponemos de suficientes recursos internos para gestionar el trabajo y las situaciones que tenemos ante nosotros. ⁵³</p> <p>Los motivos del desgaste profesional son, entre otros: cambios en la institución, exigencias del trabajo, el supervisor o el sector laboral, cambios en los intereses o los valores asociados al trabajo, infrautilización de competencias y capacidades, sensación de estar atrapado en una situación que ofrece escaso reconocimiento y pocas recompensas al trabajo bien hecho, asignación de más trabajo del que el trabajador puede gestionar, imposibilidad</p>

⁵² Cordes, C., y Dougherty, T. W., *A review and integration of research on job burnout*. *Academy of Management Review*, 18 (4), 1993, 621-656.

⁵³ Collins, M. A., *The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses*. *J Nurs Staff Dev* 1996, 12(2), 81-5.

Tabla 16: (Continuación)

	de controlar el trabajo asignado o las condiciones de trabajo u obligación de enfrentarse a tareas por encima de las capacidades propias. Las consecuencias del desgaste profesional en el personal pueden ser enfermedades psicosomáticas (problemas psicológicos o emocionales que se manifiestan físicamente), problemas digestivos, dolores de cabeza, aumento de la tensión, ataques al corazón, bruxismo y fatiga. Una mejor organización del hospital, los entornos de trabajo y los estilos de gestión pueden contribuir a reducir el desgaste del personal ⁵⁴ .
Numerador	— Puntuación sobre desgaste profesional —
Denominador	— Puntuación sobre desgaste profesional —
Fuente de los datos	Estudio.
Niveles	Por departamentos, sexo, edad y grupo profesional.
Notas/interpretación	En los diferentes estudios sobre el tema, un aspecto controvertido tiene que ver con la relación entre la dureza de las condiciones y el desgaste o la insatisfacción laboral. En la comparación de los diferentes departamentos (medicina interna, oncología), debe controlarse la dureza o, por lo menos, deben valorarse los efectos de los diferentes grupos de pacientes y condiciones de trabajo.

⁵⁴ Schulz, R.; Greenley, J. R., y Brown, R., *Organization, management, and client effects on staff burnout*. J Health Soc Behav 1995, 36(4), 333-45.

Tabla 17: Hoja descriptiva sobre informes del alta

Ámbito	Continuidad y cooperación
Indicador 19	% de informes de alta enviados al médico generalista o centro de procedencia en el plazo de dos semanas o entregados al paciente junto con el alta
Justificación y descripción	<p>Indicador de la continuidad de la asistencia. Los pacientes crónicos requieren una atención de seguimiento continuada, pero en muchos contextos no hay suficiente comunicación entre los proveedores sanitarios y los responsables de asuntos sociales. Ofrecer la asistencia de forma fragmentada retrasa, por una parte, la detección de las complicaciones como consecuencia de evaluaciones irregulares o incompletas, o de un seguimiento inadecuado. Asimismo, se traduce en errores en el control de la enfermedad por parte del propio paciente o factores de riesgo derivados de la pasividad o la ignorancia del paciente, como consecuencia de haber recibido una mala evaluación, formación, motivación o comunicación. Destaca también la reducción de la calidad de la asistencia provocada por la ausencia de intervenciones eficaces o bien a consecuencia de intervenciones ineficaces. Finalmente, otro resultado es la no detección o la gestión incorrecta del malestar psicosocial generado.</p> <p>Aunque el indicador no cubre todo el alcance de la continuidad de la asistencia⁵⁵, la carga de trabajo de la recogida de datos no es excesiva y refleja un componente importante de la continuidad de la asistencia: el flujo de información entre proveedores de atención secundaria y primaria.</p> <p>El indicador debe clasificarse según los cuadros: la importancia de los informes de alta varía en función del cuadro por el que se ingresa a cada paciente. Otros estudios pueden dilucidar si el informe de alta contiene información sobre resultados de laboratorio generados en el hospital y necesarios para la atención de seguimiento facilitada por el médico de atención primaria.</p>

⁵⁵ Para conocer mejor las medidas de continuidad de la asistencia, consulte: Groene, O., *Approaches towards measuring the integration and continuity in the provision of health care services*. En: Kyriopoulos, J. (ed.), *Health systems in the world: From evidence to policy*. Papazisis: Atenas, 2005.

Tabla 17: (Continuación)

	<p>El indicador debe clasificarse según los cuadros: la importancia de los informes de alta varía en función del cuadro por el que se ingresa a cada paciente. Otros estudios pueden dilucidar si el informe de alta contiene información sobre resultados de laboratorio generados en el hospital y necesarios para la atención de seguimiento facilitada por el médico de atención primaria.</p>
Numerador	<p>Informes de alta enviados al médico generalista o entregados al paciente en el plazo de dos semanas después de recibir el alta.</p>
Denominador	<p>Todos los informes de alta.</p>
Fuente de datos	<p>Auditoría administrativa o estudio.</p>
Niveles	<p>Por departamento o por profesional.</p>
Notas/interpretación	<p>En función de si los datos están disponibles en el sistema de información habitual, este indicador puede generar una importante carga de trabajo en lo relativo a la recogida de datos. En algunos países, puede que la información sobre el alta no se envíe directamente al proveedor de la asistencia sino que se entregue al paciente en el momento del alta. Aunque facilitar puntualmente la información del alta es importante, este indicador no valora su exactitud o si el grado de comprensión por parte del receptor. Posteriores procesos de mejora de la calidad pueden incluir la evaluación de estos aspectos.</p>

Tabla 18: Hoja descriptiva sobre tasa de reingresos

Ámbito	Continuidad y cooperación
Indicador 20	Tasa de reingresos en el caso de problemas que requieran atención ambulatoria en el plazo de 5 días
Justificación y descripción	<p>Los reingresos reflejan el efecto de la asistencia prestada por el hospital sobre el estado del paciente tras recibir éste el alta⁵⁶. La idea de fondo es que alguna acción que los proveedores hicieron u omitieron durante la estancia anterior se ha traducido en la necesidad de una nueva hospitalización. Esta situación puede ser debida a una atención de una calidad inferior al nivel óptimo durante la hospitalización, a una mala preparación del alta o a un seguimiento inadecuado. Para considerarse como reingreso, deben satisfacerse cuatro condiciones: 1) deben darse determinados diagnósticos o procedimientos, 2) ingreso de urgencia posterior (no optativo), 3) el tiempo entre el alta tras el episodio inicial y el ingreso para la hospitalización siguiente debe situarse dentro de un período concreto y 4) el episodio inicial no finalizó con el rechazo del paciente a recibir asesoramiento médico (ni su fallecimiento). Otros posibles criterios de exclusión: los pacientes que ya reciben atención continuada en un centro de atención primaria, quimioterapia o radioterapia, que están ingresados en una residencia o tienen previsto hacerlo o que han sido ingresados sólo para someterse a un procedimiento. El asma y la diabetes son dos situaciones que requieren atención ambulatoria. En las situaciones que requieren atención ambulatoria, las pruebas demuestran que podrían evitarse los ingresos, por lo menos parcialmente, mejorando la atención en las consultas externas. Se estima que entre un 9% y un 48% de los reingresos podrían prevenirse mejorando la información facilitada a los pacientes, la evaluación previa al alta y la atención domiciliaria⁵⁷. El radio de acción del hospital es limitado, ya que los reingresos tras una estancia hospitalaria a menudo indican la progresión de una enfermedad y no unos malos resultados</p>

⁵⁶ Westert, G. P.; Lagoe, R. J.; Keskimäki, I.; Leyland, A., y Murphy, M., *An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA*. Health Policy 2002; 61: 262-278.

⁵⁷ Benbassat, J., y Taragin, M., *Hospital readmissions as a measure of quality of health care*. Archives of Internal Medicine 2000; 160: 1074-1081.

Tabla 18: (Continuación)

	de la asistencia prestada. Centrando la acción sobre los reingresos precoces e imponiendo unos plazos de reingreso más estrictos, se limitará el efecto de la progresión natural de la enfermedad y también la atención posterior al alta.
Numerador	Número total de pacientes ingresados a través del servicio de urgencias tras el alta (con un período de seguimiento fijo) en el mismo hospital y con un diagnóstico de reingreso relacionado con la atención inicial.
Denominador	Número total de pacientes ingresados por enfermedades de un trazador seleccionado (por ejemplo, asma, diabetes, neumonía o bypass coronario).
Fuente de datos	Sistemas de información habituales e historiales clínicos del hospital. Reclamaciones de reembolso al organismo responsable de las compras.
Niveles	Ajustados en función de edad, sexo y gravedad. Puesto que la intención del plan piloto no es facilitar el establecimiento de puntos de referencia entre hospitales, en esta fase no se requieren más ajustes.
Notas	Excepción: quedan excluidos los pacientes fallecidos durante la hospitalización o dados de alta en otro hospital de curas intensivas.

Tabla 19: Hoja descriptiva sobre preparación de altas

Ámbito	Continuidad y cooperación
Indicador 22	Puntuación en el estudio sobre la preparación de altas de pacientes
Justificación y descripción	<p>La preparación del alta tiene una especial importancia en el caso de pacientes que padecen enfermedades crónicas y necesitan una atención de seguimiento. Los pacientes deben poder comprender su enfermedad, ser conscientes de los factores de riesgo y los síntomas de remisión, conocer las opciones de tratamiento y los regímenes farmacológicos y también los planes de atención de seguimiento. Muchos pacientes no conocen estos aspectos, y este desconocimiento se refleja en la calidad a largo plazo de la atención e, incluso, en posibles complicaciones, reingresos y una peor calidad de vida.</p> <p>Este indicador constituye una herramienta para valorar si una institución prepara correctamente a sus pacientes para el alta. Existen diferentes recursos desarrollados especialmente para este propósito, y algunos cuestionarios sobre satisfacción y opinión de los pacientes incluyen preguntas sobre la preparación del alta. Recomendamos, siempre que sea posible, utilizar las herramientas existentes o bien aplicar herramientas normalizadas y validadas si no fuera posible. Si se opta por adaptar recursos ya creados, deben incluirse preguntas como por ejemplo: "¿Puede decir la enfermedad por la que ha sido ingresado?", "¿Puede mencionar los síntomas de su enfermedad?", "¿Está seguro de haber entendido cómo debe tomar la medicación?", "¿Sabe a quién dirigirse en el caso de que su estado empeore?"</p>
Numerador	— para este indicador es necesario generar una puntuación a partir de una medida de estudio —
Denominador	— para este indicador es necesario generar una puntuación a partir de una medida de estudio —
Fuente de datos	Estudio
Niveles	Por departamentos y por características de los pacientes (sexo, edad, cuadro).
Notas/interpretación	Los ajustes en función del departamento y las características de los pacientes pueden resultar importantes, ya que la percepción sobre la preparación del alta se ve influenciada por diferentes factores.

VII. Glosario

El glosario que presentamos a continuación comprende los términos más utilizados en este manual, agrupados por los temas siguientes:

- Conceptos generales
- Conceptos relacionados con la calidad
- Grupos de interés
- Procedimientos de evaluación/Recogida de datos
- Conceptos básicos sobre las mediciones
- Interpretación de los resultados
- Actividades de promoción de la salud
- Acciones para la mejora de la calidad

Los términos que recoge este apartado se han extraído de glosarios de referencia publicados por International Society for Quality in Health Care (ISQuA) ⁵⁸, Joint Commission International (JCI) ⁵⁹ y el Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Atención Sanitaria ⁶⁰, entre otras instituciones.

Conceptos generales

Obligación de rendir cuentas

Responsabilidad u obligación de responder de las tareas o actividades asignadas. Dicha responsabilidad no puede delegarse y debe ser transparente.

Riesgo

Posibilidad de sufrir daños, pérdidas o lesiones. Este concepto puede aplicarse a la salud o al bienestar del personal sanitario y de la población en general, a la propiedad, la reputación, el entorno, el funcionamiento organizativo, la estabilidad financiera, la cuota de mercado y otros aspectos fundamentales.

⁵⁸ International Society for Quality in Health Care: <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Links.html>

⁵⁹ Joint Commission International: <http://www.jointcommission.org/>

⁶⁰ Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Atención Sanitaria: <http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage>

Salud

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: un estado de completo bienestar físico, mental y salud, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. En el contexto de la promoción de la salud, no se considera como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida personal, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo mismo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Cultura

Sistema compartido de valores, creencias y conductas.

Ética

Conjunto de normas de conducta moralmente aceptables.

Derechos

Facultad de un individuo para exigir lo que le corresponde desde un punto de vista legítimo, legal y moral. Descripción formal de los servicios que los clientes pueden esperar y requerir de una institución.

Valores

Principios, creencias y preceptos filosóficos que motivan una determinada conducta y que pueden estar relacionados con cuestiones de índole social o ético.

Visión

Descripción de la situación a la que aspira una institución.

Desarrollo de la salud

El desarrollo de la salud es el proceso de mejora continua y progresiva del estado de salud de los individuos y grupos de una población.

Referencia: Sistema de Información sobre Terminología, OMS, Ginebra, 1997.

La Declaración de Yakarta describe la promoción de la salud como una parte esencial del desarrollo de la salud.

Misión

Declaración escrita en la que la institución explica su cometido y su razón de ser. La misión diferencia una institución de otra.

Necesidad

Carencia física, mental, emocional, social o espiritual que debe subsanarse para lograr el bienestar. Las necesidades no son siempre percibidas o manifestadas por las personas afectadas. Es preciso diferenciar entre las necesidades y los deseos expresados por los individuos, que no coinciden forzosamente.

Filosofía

Declaración que refleja los principios e ideales que rigen la gestión de la institución y la prestación de los servicios.

Conceptos relacionados con la calidad

Calidad

Nivel de excelencia. Capacidad de una institución para dar respuesta a las necesidades de sus clientes y superar sus expectativas.

Acceso

Capacidad de los clientes o de los clientes potenciales de obtener los servicios solicitados o disponibles cuando los necesitan y en un plazo de tiempo adecuado.

Idoneidad

Grado de adecuación del servicio a los deseos manifestados por el cliente, así como también a las prácticas consideradas óptimas en cada momento.

Continuidad

Prestación de servicios coordinados dentro de cada programa e institución y en el conjunto de programas e instituciones a lo largo del tiempo.

Idoneidad cultural

Diseño y prestación de servicios que se adecuen a los valores culturales de los clientes que los reciben.

Efectividad

Nivel de adecuación de los servicios, las intervenciones o las actuaciones a las prácticas consideradas óptimas en cada momento para lograr los objetivos y obtener unos buenos resultados.

Eficiencia

Grado de optimización de los recursos para conseguir los resultados deseados con el nivel mínimo de esfuerzo, pérdidas y rectificaciones.

Seguridad

Nivel en el que se evitan o minimizan los riesgos potenciales y los resultados no deseados.

Grupos de interés

Organismo de acreditación

Organización responsable del programa de acreditación y también de conceder dicha acreditación una vez superados los controles.

Clientes

Los pacientes de una institución. Los clientes o el personal de la institución.

Comunidad

Conjunto de personas, familias, grupos y organizaciones que interactúan, cooperan en las mismas actividades, resuelven conjuntamente los problemas y normalmente se hallan en la misma localidad o entorno geográfico.

Comunidad

Grupo específico de personas, que a menudo vive en una zona geográfica definida, comparte la misma cultura, valores y normas y está organizado en una estructura social acorde con el tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha establecido en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten unas necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

Gobernanza

Función que consiste en determinar la orientación de una institución, fijar sus objetivos y desarrollar políticas que permitan la consecución de su misión, así como supervisar el cumplimiento de dichos objetivos y la ejecución de las políticas.

Órgano de dirección

Personas, grupos u organismos que cuentan con la máxima autoridad para determinar la orientación estratégica general de una institución y también su modo de funcionamiento y que están sujetos a la obligación de rendir cuentas. Estos órganos se conocen también con el nombre de junta, consejo, consejo de comisionados, etc.

Profesionales sanitarios

Profesionales del campo de la medicina, la enfermería o ámbitos relacionados que proporcionan tratamientos clínicos y atención a los clientes, están debidamente colegiados cuando procede y se han registrado en el organismo público pertinente o han obtenido el certificado obligatorio del mismo.

Institución

Comprende todos los centros y espacios gestionados por el órgano de dirección o el propietario o propietarios y ante los cuales tienen la obligación de rendir cuentas.

Colaboradores

Las organizaciones con las que trabaja y colabora la institución para poder ofrecer servicios complementarios.

Colaboraciones

Relaciones laborales de carácter formal o informal que se establecen entre instituciones para desarrollar o prestar servicios de forma conjunta o compartida.

Plantilla

El personal de la institución.

Grupos de interés

Personas, organizaciones o grupos que comparten un interés en los servicios.

Procedimientos de evaluación/Recogida de datos

Sistema de control de la documentación

Sistema organizado para controlar la publicación, la modificación y el uso de documentos importantes dentro de una institución, sobre todo en el caso de políticas y procedimientos. Este sistema establece que cada documento debe tener una identificación única e incluir las fechas de publicación y actualización, así como también la autorización. De esta forma, se controla la publicación de documentos en la institución y resulta fácil localizar y obtener copias de todos los documentos.

Acreditación

Proceso de autoevaluación y evaluación paritaria externa empleado por las instituciones de atención sanitaria para analizar de forma precisa su nivel en relación con las normas establecidas y para introducir actuaciones de mejora continua de la calidad.

Evaluación

Proceso que evalúa y determina las características y las necesidades de los clientes, grupos o situaciones para poder ofrecer una respuesta óptima. Los formularios de evaluación constituyen la base de cualquier plan de servicios o actuación.

Auditoría

Análisis y revisión sistemática e independiente cuyo objetivo es determinar si las actividades y resultados reales cumplen con lo convenido.

Competencia

Garantía de que los conocimientos y las habilidades de una persona son los idóneos para el servicio que proporciona y de que su nivel se somete a revisiones periódicas.

Queja

Manifestación de un problema, desacuerdo o insatisfacción con los servicios, que puede expresarse de forma oral o escrita.

Complementario

Servicios o componentes que funcionan bien juntos, que se combinan para ofrecer unos servicios más completos.

Confidencialidad

Restricciones garantizadas sobre el uso y la distribución de información proporcionada por personas o instituciones.

Consentimiento

Conformidad o autorización expresada por un cliente.

Datos

Hechos desordenados que pueden utilizarse para generar información.

Valoración

Análisis que estudia el grado de consecución de los objetivos y los resultados previstos de las instituciones, los servicios, los programas o los clientes.

Evidencia

Datos e información que se utilizan para tomar las decisiones. Las evidencias se obtienen a partir de investigaciones, del aprendizaje experimental, de los datos de los indicadores y de las evaluaciones. Asimismo, constituyen un forma sistemática de analizar las opciones y de adoptar decisiones.

Resultados de salud

Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud.

Resultados de salud intermedios

Resultados de la promoción de la salud

Información

Datos que se organizan, interpretan y utilizan. La información se puede presentar de forma escrita y en audio, vídeo o fotografías.

Sistemas de información

Sistemas que se utilizan para planificar, organizar, analizar y controlar los datos y la información, tanto manuales como informáticos.

Rendimiento

Parámetro que utilizan el responsable y el empleado para evaluar el rendimiento del empleado de forma continuada, establecer objetivos y valorar la evolución hacia estos objetivos.

Cualitativo

Datos e información expresados con descripciones e informes. Se trata de un método que analiza la experiencia de los usuarios a través de la observación y las entrevistas.

Cuantitativo

Datos e información expresados en forma de números y estadísticas. Se trata de un método que investiga los fenómenos con mediciones.

Fiabilidad

Grado de validez de los resultados contrastados con mediciones repetidas realizadas con diferentes mecanismos o realizadas en distintos momentos con el mismo mecanismo, cuando lo analizado no ha variado en el intervalo entre las mediciones.

Investigación

Aportación al acervo de conocimientos existente a través de estudios realizados con el objetivo de descubrir o interpretar determinados hechos.

Validez

Propiedad de una medición que mide únicamente su objeto de análisis.

Resultados

Consecuencias de un servicio.

Evaluación de la calidad

Recogida y análisis planificado y sistemático de los datos sobre un servicio, normalmente centrado en el contenido de dicho servicio, las especificaciones de la prestación y los resultados ofrecidos a los clientes.

Estudio

Evaluación paritaria externa que analiza el funcionamiento de la institución a partir de una serie de estándares establecidos.

Experto

Responsable de una revisión paritaria externa o asesor del rendimiento de la institución a partir de unos estándares establecidos.

Obtención de la licencia

Proceso a través del cual un organismo público concede la autorización para ejercer a una persona o institución del ámbito sanitario o bien a un médico para dedicarse a una profesión.

Evaluación paritaria

Proceso que se utiliza para analizar el funcionamiento de una institución, persona o grupo a partir de las opiniones de instituciones similares o de expertos de la misma profesión, disciplina o posición que los que prestan el servicio.

Registro de personal

Documento que recoge información sobre un empleado, donde figuran datos sobre cuestiones personales como permisos, referencias, evaluaciones del rendimiento, títulos, acreditaciones y condiciones de empleo.

Conceptos básicos sobre las mediciones

Ámbito de actuación

Alcance y tipo de servicios que ofrece la institución y las condiciones o los límites de la cobertura de dichos servicios.

Servicios

Productos que los clientes reciben de la institución o las unidades de dicha institución que proporcionan productos a los clientes.

Nivel óptimo

Nivel deseable y factible de rendimiento con el que se compara el rendimiento real analizado.

Criterios

Pasos específicos que hay que seguir o actividades que deben realizarse para adoptar una decisión o alcanzar el nivel óptimo pertinente.

Procedimientos

Conjunto de instrucciones escritas que explican los pasos homologados y recomendados que hay que seguir para llevar a cabo una actuación o una serie de actuaciones.

Políticas

Declaraciones escritas que se utilizan como pautas de actuación y reflejan la postura y los valores de la institución sobre una cuestión determinada.

Elementos medibles

Los elementos medibles de un estándar son los requisitos que debe cumplir. Dichos elementos serán revisados y puntuados durante el proceso de estudio para la obten-

ción de la acreditación. Asimismo, estos elementos simplemente detallan los aspectos necesarios para dar cumplimiento a la estándar. Todos los elementos quedan recogidos en la estándar o en la declaración de intenciones. Con la especificación de los elementos medibles, se persigue arrojar luz sobre los estándares y ayudar a las organizaciones a dar formación al personal sobre las mismas, así como a prepararse para la inspección de acreditación (JCI International estándares, 2003).

Indicador

Herramienta, parámetro o referencia para evaluar el rendimiento que se utiliza para controlar, valorar y mejorar la calidad de los servicios. Los indicadores analizan la estructura, el proceso y los resultados.

Interpretación de los resultados

Benchmarking

Comparación de los resultados de las evaluaciones de unas instituciones con los resultados de otras intervenciones, programas o instituciones y análisis de los procesos tomando como referencia los de otros centros que han alcanzado el grado de excelencia, utilizada como mecanismo para mejorar.

Mejores prácticas

Enfoque que ha demostrado generar unos resultados mejores, seleccionado mediante un proceso sistemático, y considerado ejemplar o como garantía segura de éxito. Estas prácticas se adaptan en cada caso a las circunstancias específicas de cada institución.

Promoción de la salud

Prevención de la enfermedad

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Referencia: adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos. OMS, Ginebra, 1984.

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

Educación

Formación y actividades de aprendizaje sistemáticas para desarrollar o propiciar cambios en el conocimiento, las actitudes, los valores o las capacidades.

Empoderamiento para la salud

En promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

Facilitación

En promoción de la salud, la facilitación significa actuar en colaboración con individuos o grupos para conseguir su empoderamiento para la salud mediante la movilización de recursos humanos y materiales, con el fin de promover y proteger su salud.

Conducta orientada hacia la salud

Cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin.

Comunicación para la salud

La comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos relacionados con la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los soportes multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo. Referencia: adaptado de *Comunicación, Educación y Participación: Un marco y Guía de Actuación*. OMS (AMPRO/PAHO), Washington, 1996.

Educación para la salud

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

Alfabetización para la salud

La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud.

La alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de

las condiciones personales de vida. De esta manera, la alfabetización para la salud supone algo más que poder leer un folleto y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud. La alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización. Una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud

Hospitales promotores de salud

Un hospital promotor de salud no solamente ofrece servicios integrales médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que abarca los objetivos de la promoción de la salud, desarrolla una estructura y una cultura organizativas de promoción de la salud, incluida la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla, se convierte a sí mismo en un entorno físico que promueve la salud y coopera activamente con su comunidad Referencia: basada en la Declaración de Budapest sobre Hospitales Promotores de Salud. OMS, (EURO), Copenhague, 1991.

Promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS, Ginebra, 1986.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud

Colaboración intersectorial

Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficien-

te o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

Habilidades para la vida

Las habilidades para la vida son capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana.

Estilo de vida (estilos de vida que conducen a la salud)

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Reorientación de los servicios sanitarios

La reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población.

Acciones para la mejora de la calidad

Seguimiento

Procedimientos y actuaciones realizados una vez finalizado un servicio.

Metas

Declaraciones de amplio alcance que delimitan los resultados que una institución se ha fijado y que constituyen una orientación para las decisiones y las acti-

vidades del día a día. Los objetivos contribuyen a consolidar la misión de la institución.

Pautas

Principios que guían u orientan las actuaciones.

Capacidades

Habilidades, recursos, activos y competencias de grupos o personas para gestionar las situaciones y responder a las necesidades que plantean.

Contrato

Acuerdo formal que establece las condiciones de los servicios que se obtienen de otra institución o se facilitan a otra institución. El contrato y los servicios contratados se sitúan bajo el control y la coordinación de la institución y deben ajustarse a los estándares del gobierno y de la institución.

Coordinación

El proceso de trabajar conjuntamente y de forma eficaz y colaborativa con proveedores, instituciones y servicios internos y externos a la institución a efectos de evitar duplicaciones, omisiones o incumplimientos.

Liderazgo

Capacidad de dirigir y gestionar los cambios. Requiere la consolidación de una visión, el desarrollo de estrategias para propiciar los cambios necesarios para aplicar la visión, la implicación del personal y la capacidad de motivarlo y estimularlo a superar los obstáculos.

Gestión

Establecimiento de objetivos o metas para el futuro a través de la planificación y el control del presupuesto, la aplicación de procesos para alcanzar los objetivos y

la asignación de recursos para la ejecución del plan. Consiste en garantizar que los planes se llevan a buen puerto a través de la organización, la gestión del personal, el control y la resolución de los problemas.

Objetivo

Una meta que debe alcanzarse si la institución desea cumplir con sus finalidades. Representa la transposición de los objetivos en realidades específicas y concretas cuyos resultados puedan evaluarse.

Plan operativo

Diseño de estrategias, lo que incluye procesos, acciones y recursos, para alcanzar las metas y los objetivos de la institución.

Actividades de calidad

Actividades pensadas para valorar el funcionamiento, identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios y que incluyen también las actuaciones y el seguimiento.

Control de calidad

Control de los resultados para comprobar si se ajustan a las especificaciones o los requisitos y medidas adoptadas para rectificar los resultados. Garantiza la seguridad, la comunicación de información precisa, la exactitud de los procedimientos y la reproducibilidad.

Mejora de la calidad

Respuesta continuada a los datos derivados de las evaluaciones de la calidad de un servicio a efectos de mejorar los procesos por los que se prestan los servicios a los clientes.

Plan de calidad

Plan de actuación en vigor para cumplir los requisitos de calidad del servicio.

Proyecto de calidad

Plan de mejora de la calidad con un horizonte temporal concreto para un servicio o un ámbito determinado.

Gestión del riesgo

Proceso sistemático para identificar, evaluar y adoptar medidas para impedir o gestionar los riesgos clínicos, administrativos, materiales y de salud y seguridad en el trabajo de la institución.

Plan estratégico

Plan estructurado que establece los objetivos globales de la institución y que pretende posicionar la institución en función de su entorno.

