



I PLAN MARCO DE CALIDAD

SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EXTREMEÑO





I PLAN MARCO DE CALIDAD

SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EXTREMEÑO

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Consumo

Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias

I PLAN MARCO DE CALIDAD

MAYO DE 2006

DEPÓSITO LEGAL: BA-376-06

I.S.B.N.: 84-95872-69-2

IMPRIME: IMPRENTA RAYEGO, S.L. - MÉRIDA

FOTO PORTADA: Francisca María Vizcaíno Jaén

FOTOGRAFÍAS INTERIORES: Juan José García Pelayo Hirschfeld



presentación



Nos hallamos ante un sistema sanitario que, continuando con los principios de universalidad y equidad en la cobertura sanitaria establecida hace dos décadas por la Ley General de Sanidad, ha sabido perpetuar la ambición por conseguir la mejora continua de la calidad de los servicios prestados en todos los ámbitos de la organización. Pero, lejos de posturas triunfalistas, en el seno de la Comunidad Autónoma de Extremadura somos conscientes de que ha llegado el momento de pasar de una gestión implícita de la calidad, a un modelo de gestión explícita de la misma, donde, teniendo en cuenta la situación actual, se apueste por conseguir una evolución hacia la satisfacción plena del usuario con la atención sanitaria recibida.

Tomando a nuestros ciudadanos como el centro del Sistema Sanitario, y persiguiendo el cumplimiento de sus expectativas, el actual Plan de Salud de Extremadura prevé en su contexto, entre otras estrategias, el desarrollo del presente documento, el I Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Como no puede ser de otra manera, en la búsqueda de la mejora de la calidad, están involucrados todos los ciudadanos, teniendo en cuenta, no sólo principios como el de corresponsabilidad de los usuarios del sistema, sino la implicación de los profesionales en un modelo de gestión que se transforma de acuerdo a los cambios en la sociedad, en un modelo participativo, abierto a la evaluación continua, y a las sugerencias realizadas desde cualquier ámbito.

Alcanzar la máxima humanización del sistema sanitario, manteniendo la capacidad de renovación científica y tecnológica, y considerando en todo momento las opiniones y sugerencias de los sectores implicados, es uno de los objetivos principales de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, utilizando para ello instrumentos tales como el presente Plan de Calidad, que me complace en presentar.



Índice

	pág.
1. Autores del I Plan Marco de Calidad	9
a. Comité de Coordinación y Redacción.	
b. Grupos de trabajo.	
2. Introducción	15
3. Ámbito y vigencia	23
4. Pilar estratégico de Calidad de la Atención Sanitaria	27
5. Pilar estratégico de Calidad Relacional	39
6. Pilar estratégico de Autorización y Acreditación de los Centros, Servicios Sanitarios y Establecimientos Sanitarios	55
7. Pilar estratégico de Evaluación Sanitaria	71
8. Pilar estratégico de Investigación y Formación	85
9. Pilar estratégico de Sistemas de Información	99
10. Pilar estratégico de Desarrollo Profesional	119
11. Pilar estratégico de Gestión y Financiación	133
12. Evaluación y Seguimiento del I Plan Marco de Calidad	149
13. Índice de Abreviaturas	151
14. Glosario de Términos y Nomenclatura de Calidad	155
15. Colaboradores	179

Autores del I Plan Marco de Calidad

COMITÉ DE COORDINACIÓN Y REDACCIÓN

José María Vergeles Blanca
José Miguel Fernández Mastro
Francisca María Vizcaíno Jaén
María Isabel Enciso Arjona
Juan María Benegas Capote
Gregorio Montes Salas
José Manuel Pajuelo Morán
Julio Vázquez Mateos
Jesús Gómez Encinas
Guadalupe Fernández García-Hierro
María José Sánchez Pablos
Laura García Prado

GRUPOS DE TRABAJO

Pilar Estratégico de Calidad de la Atención Sanitaria

MODERADOR: Agustín Pijierro Amador

- Juan Ignacio Rayo Madrid
- Javier Rocafort Gil
- Estefanía Molina Alen
- Teresa Garlitos Zorro
- Pedro Suero Villa
- Vicente Alonso Núñez
- Antonio Barrera Martín Meras
- Marcelino Jesús Montero Plaza
- José Luis Sánchez Chorro

Pilar Estratégico de Calidad Relacional

MODERADORA: Gloria González Conde

- Isabel Galán Castaño
- José Antonio Sánchez García
- Juan Antonio Arias Gil
- José Guiberteau Corbacho
- Teresa Turégano Trujillo
- Roberto Serrano Reyes
- M^a Mar Murillo Torres
- Julio Trigo Guisado
- Aurelio Álamos Carrión

Pilar Estratégico de Autorización y Acreditación de los Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios.

MODERADORA: M^a Isabel Enciso Arjona

- Guadalupe Fernández García-Hierro
- Antonia M^a Vas Falcón
- Francisco Daniel Fernández Tardío
- María José Higuero García de Guadiana
- Vicente Rodero Ortiz
- José María Barberá Gracia
- Laureano Marín Lencero
- Antonio Jiménez Matas

Pilar Estratégico de Evaluación Sanitaria

MODERADOR: Juan María Benegas Capote

- María Jesús Grau Ferrando
- Ángel Paredes Menea
- Fermín Alonso Núñez
- Adela Bravo Ocaña
- Juan Carlos Bureo Dacal
- Antonio Puerto Barrios
- Tomás Zarallo Barbosa
- Miguel Simón Expósito
- Amparo Gómez Espárrago
- Jorge Romero Requena

Pilar Estratégico de Investigación y Formación

MODERADOR: Gregorio Montes Salas

- Juan José Cubero Gómez
- Francisco Javier Cascallana Álvarez
- Remigio Cordero Torres
- Camino Mateos Villayandre
- María Ángeles Casado Medina
- João Meireles Ribeiro
- Fausto Sánchez Montero
- Miguel Álvarez Bayo
- Ana María García Cumbreño
- Encarnación Risco Santiago
- Carmen Gómez González
- Laura García Prado

Pilar Estratégico de Sistemas de Información

MODERADOR: Francisco Luis Cáceres Ruiz

- Antonio Gallego Torres
- Aurora Venegas Martín
- Marta Moreno González
- Mara Álvarez Díaz
- Jesús Gómez Encinas
- Enrique Ortega Lucas
- Luis Lozano Mera
- Belén Beneítez Moralejo
- Brígida González Fuentes
- Javier Curiel Portalatín

Pilar Estratégico de Desarrollo Profesional

MODERADOR: Víctor Manuel García Vega.

- Rafael Rodríguez Benítez Cano.
- José María Pérez Ruiz
- M^a José Baz Alonso
- Clara Robles Díaz
- Juan José Domínguez Garrido
- Manuel Galindo Prieto
- Emiliano Rodríguez Sánchez
- Adolfo Arias Senso
- Antonio Jesús Morquero

Pilar Estratégico de Gestión y Financiación

MODERADOR: Francisco Javier Rubio Blanco

- José Luis López Ramos
- Severo Suero Villa
- Isabel Tovar García
- Julio Rodrigo Lobato
- Manuela Balas Pedrero
- Ángel Franco Rubio
- Federico Delgado Mateos



Introducción

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura establece como objetivo de primer orden en su política sanitaria la necesidad de promover un cambio en la cultura de gestión, que esté orientado hacia la calidad total, de tal forma que situando como objetivo principal la satisfacción plena del ciudadano con la atención sanitaria recibida, extiende la responsabilidad en la mejora continua de la calidad a cada miembro de la organización sanitaria, constituyendo un verdadero cambio cultural y de participación.

Para alcanzar un aumento en las cotas de calidad, esta política debe estar basada, tanto en los requerimientos y necesidades de la sociedad, como en los parámetros necesarios para el desarrollo profesional, de manera que, situando al paciente como centro del sistema, involucre a los profesionales en la mejora progresiva de la calidad ofertada en el mismo, convirtiéndolos en los verdaderos protagonistas del cambio.

En el contexto de la planificación estratégica de las políticas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura se creó el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, concebido como la hoja de ruta que recoge las grandes estrategias y actuaciones, tanto del Sistema Sanitario Público de Extremadura (en adelante SSPE), como de un importante número de instituciones y agentes sociales relacionados con la promoción y el mantenimiento de la salud de la población extremeña.



Entre sus estrategias, el Plan de Salud establece la elaboración y el desarrollo de Planes Marco centrados en intervenciones intersectoriales, donde se requiere el concurso de varios departamentos para hacer más efectivas y eficientes las respuestas e intervenciones relacionadas con: la atención sociosanitaria, la calidad del sistema sanitario público, la educación para la salud o la salud laboral.

De esta forma, a través de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, nace el presente **I Plan Marco de Calidad**, con el que se dota el Sistema Sanitario Público extremeño, como instrumento para la mejora continua de la calidad en todos los ámbitos, análogamente a la filosofía del Modelo de Calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios (en adelante CSES), conforme al Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura. El Plan Marco de Calidad discurrirá coherente y complementariamente a la aplicación del Modelo de Calidad de CSES.

Del mismo modo, y como no podría ser de otra manera, el Plan Marco de Calidad se articula, además de con el mencionado Plan de Salud de Extremadura, con otros Planes vigentes en nuestra Comunidad, en relación a la sanidad, como el Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2005- 2008, y los Planes Integrales, tanto en el marco común del Sistema Nacional de Salud (de enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud mental, drogodependencias y otras conductas adictivas), como en el meramente autonómico (Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura, etc.).

El Decreto 80/2003 por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo, en su artículo 4.k), asigna la función de la elaboración y seguimiento del Plan Marco de Calidad a la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.

Para alcanzar una visión integral en el Plan Marco de Calidad, se ha estructurado el mismo en ocho Pilares Estratégicos, que abarcan todos los aspectos de la organización que mayor repercusión tendrán en un futuro próximo en la mejora de la calidad de los servicios que se prestan, y por lo tanto en la satisfacción de los usuarios del sistema. Los pilares en los que se fundamenta el presente Plan Marco de Calidad son los siguientes:



Calidad de la Atención Sanitaria.

Para conseguir la mejora de la calidad en la atención sanitaria, en primer lugar se deben dirigir los esfuerzos hacia la identificación y seguimiento de los procesos de atención sanitaria más relevantes, a través de la Cartera de Servicios regulada mediante la Orden de 17 de marzo de 2004, por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la Cartera de Servicios del SSPE. En segundo lugar, y de gran importancia, estos esfuerzos deben dirigirse hacia otros aspectos como la adecuada gestión del conocimiento, gestión de recursos humanos y económicos, gestión de riesgos, desarrollo profesional, impulso a las estructuras de calidad, participación real y efectiva de profesionales y ciudadanos en los aspectos fundamentales de la organización que les afectan, e impregnación de la cultura de la calidad en todos los estamentos de la organización, siendo imprescindible la implicación de directivos y gestores como primer paso para la gestión del cambio.

Calidad Relacional.

Este pilar se fundamenta en que una atención de calidad debe estar basada en los principios de corresponsabilidad y ejercicio de los derechos y deberes por parte de los ciudadanos, con una participación real de los mismos en la prevención y mantenimiento de su estado de salud, en el marco de la legislación vigente en materia de derechos y deberes de los pacientes y manejo de la información clínica que se deriva de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente. Así mismo, esta atención debe favorecer la accesibilidad de los ciudadanos al Sistema Sanitario Público de Extremadura, y establecer las herramientas necesarias para la obtención de información acerca de la satisfacción de los ciudadanos con la atención sanitaria recibida.

En línea con los objetivos de este pilar, el Plan de Salud de Extremadura establece la elaboración y desarrollo del «Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura».



Autorización y Acreditación de los CSES.

En el camino hacia la mejora de la calidad, todos los CSES deben estar autorizados como primer paso, regulado por el Decreto 37/2004, de 5 de abril, sobre autorización administrativa de centros, establecimientos y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Una vez obtenida la autorización, y tras la realización de un ejercicio de auto-evaluación según los estándares de calidad establecidos en el Modelo de Calidad de CSES de nuestra Comunidad Autónoma, de inspiración en el modelo de excelencia de la EFQM (European Foundation for Quality Management), el CSES puede optar a la acreditación de calidad sanitaria, que se estructura en tres grados: avanzada, óptima y excelente.

Pero más allá del reconocimiento externo, el verdadero espíritu del Modelo de Calidad es el de avanzar en la mejora de la calidad a través del análisis de situación de cada CSES, realizado por un equipo de profesionales implicados en las tareas de auto-evaluación, y que culminará con la elaboración de un informe de resultados, incluyendo la redacción de un plan de acciones de mejora.

Evaluación Sanitaria.

En este pilar se incluyen tanto la evaluación interna como externa de los CSES, debiendo promocionarse ambas mediante estrategias tales como la creación de la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias del Sistema Sanitario Público de Extremadura, el desarrollo de labores formativas sobre evaluación, y estrategias de difusión entre los profesionales y equipos directivos.

En la mejora continua de la calidad juega un papel fundamental la evaluación externa y periódica de la calidad y la seguridad de los centros y servicios sanitarios, recogida en la Ley de cohesión y calidad del SNS.



Investigación y Formación.

Para garantizar el compromiso del Sistema Sanitario Público Extremeño con la realización de una investigación de calidad se debe facilitar la creación de estructuras adecuadas y fomentar la cultura de investigación, en línea con las necesidades reales de salud de nuestra región, facilitando asimismo la difusión de los resultados obtenidos como consecuencia de dicha investigación.

En el concepto de formación se incluyen, tanto la docencia de grado, como postgraduada y formación continuada de los profesionales, que deben orientarse a la mejora de la calidad del SNS según la Ley de cohesión y calidad del SNS, y que deben ser favorecidas por la estructura asistencial del SSPE según la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

En la elaboración de directrices en materia de formación e investigación en el ámbito de la política sanitaria, se deben articular las estructuras generadoras y las de transferencia de conocimiento, con aquellas de gestión y asesoramiento.

Sistemas de Información.

En las organizaciones sanitarias en las que existe un elevado volumen de información, que no debe suponer en ningún caso un incremento de la carga de trabajo para los profesionales, deben ponerse a disposición de los mismos los más modernos sistemas de información, con el fin último de conseguir la máxima eficiencia en la gestión, una atención de calidad y la gestión adecuada del conocimiento.

Así, en la Comunidad Autónoma de Extremadura, se crean elementos clave en la integración de la información, como la Tarjeta Sanitaria Individual (documento identificador único, con información sobre acceso a prestaciones, y sobre derechos en el SNS o SRS), el Proyecto Civitas (solución de gestión poblacional y de recursos sanitarios), el Proyecto Orellana (sistema de información geográfico de salud), el Proyecto Jara (sistema de información integral e integrado que da respuesta a las necesidades de gestión de recursos y atención sanitaria y socio-sanitaria), la Historia Clínica Única, el



Proyecto Cornalvo (integra los sistemas de información de los laboratorios), el Proyecto Zurbarán (digitalización y transmisión de imágenes radiológicas), y una serie de bases de datos que, a través de un motor de integración podrán ser compartidas entre diferentes organizaciones, profesionales y gestores, así como tendrán acceso a la información que les sea de aplicación los ciudadanos de nuestro ámbito de referencia, de manera que se produzca un enriquecimiento progresivo de la información que se les oferta, garantizando en todo momento el carácter de confidencialidad de los datos que así lo requieran.

Desarrollo Profesional.

En el seno del sistema sanitario, los recursos que más valor crean son los que se refieren al capital humano, en sus diferentes categorías, y con sus distintas funciones, de manera que para obtener la máxima satisfacción de los usuarios, se debe tener especial cuidado en aspectos como el mantenimiento del valor científico- técnico de la calidad que se presta, y por lo tanto, se debe garantizar el más alto nivel de desarrollo profesional, que a su vez será la base del reconocimiento de la labor desempeñada por todos y cada uno de los profesionales del sistema.

El desarrollo profesional, en consonancia con las necesidades de la organización sanitaria, es considerado un elemento fundamental en la modernización del Sistema Nacional de Salud, a través de la gestión adecuada del conocimiento en Ciencias de la Salud. Este desarrollo será individualizado en función de las preferencias de los profesionales, lo que se entiende como un elemento motivador en sí mismo.

Entre los elementos clave de desarrollo profesional, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece la Formación Continuada, la Carrera Profesional (sistema de reconocimiento a ese desarrollo profesional) y la Evaluación de las competencias.



Gestión y Financiación.

Por último, aunque no menos importante, un sistema de calidad debe estar fundamentado en una adecuada gestión de todos los procesos presentes en la organización, a través de unos recursos que inevitablemente son limitados, y que sin embargo, mediante un correcto ejercicio de gestión y financiación pueden resultar en un alto rendimiento.

El aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles debe asentarse en estrategias encaminadas a asegurar un entorno profesional efectivo y eficiente, que aúne elementos tan necesarios como la gestión presupuestaria, la articulación de procesos de atención sanitaria con un alto nivel de desarrollo tecnológico e innovación y la mejora continua de la calidad de los servicios prestados.

Una vez ocurrido el traspaso de las competencias de la asistencia sanitaria gestionada por el INSALUD a la Comunidad Autónoma de Extremadura a través del RD. 1477/ 2001, de 27 de diciembre, y la creación del Servicio Extremeño de Salud (Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura) como organismo autónomo con la responsabilidad de la administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios, los objetivos del Plan Marco de Calidad en este campo discurren paralelamente a las recomendaciones efectuadas por el grupo de expertos del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comisión de Política Fiscal y Financiera, respetando la normativa básica estatal y en coordinación con el resto del Sistema Nacional de Salud.

Todos y cada uno de los pilares del presente Plan Marco de Calidad aúnan estrategias ya en marcha por el sistema, a la vez que apuntan objetivos y acciones de carácter novedoso, y entendidas como imprescindibles por la Junta de Extremadura para ofertar un Modelo de Calidad a nuestros ciudadanos factible y efectivo.

Con el fin de delimitar las competencias en el ejercicio de tareas del Plan, se han asignado las entidades responsables para cada objetivo. Para la monitorización del desarrollo de estas acciones se establece una serie de indicadores y un cronograma, que discrimina el establecimiento de las



acciones indicadas en: corto plazo (menos de seis meses), medio plazo (entre seis meses y cuatro años), y largo plazo (a partir de cuatro años desde la publicación del presente Plan Marco de Calidad).

Con el objeto de garantizar el desarrollo de los trabajos necesarios para la redacción de dicho plan, se constituyó un Comité de Coordinación y Redacción del mismo, requiriendo además la participación tanto de profesionales del sistema, como de sectores con legítimo interés como Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, sectores de sanidad de Organizaciones Sindicales o Asociaciones del ámbito de la Sanidad y Consumo.

Así, se celebró en Mérida la Jornada Técnica del Plan Marco de Calidad, específica de análisis interno, con la participación de 80 profesionales, en la que desarrollaron trabajos bajo la fórmula de Grupos Nominales.

De todas las conclusiones finales de cada grupo y participaciones en el debate realizado al término de la jornada, se elaboró un documento base para la continuación de los trabajos de elaboración del Plan Marco de Calidad, y fundamentalmente de los Grupos de Trabajo que se establecieron al efecto por el Comité de Coordinación y Redacción del PlaN.

El resultado de este trabajo es el documento actual del I Plan Marco de Calidad, creado con el objetivo de ir más allá de sentar las bases de la calidad de la atención sanitaria y no sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma.

El presente Plan es una continuidad de los esfuerzos realizados en los últimos años para poner a disposición de nuestros ciudadanos unos servicios sanitarios adaptados a la realidad de nuestro entorno, y a las necesidades y expectativas de los usuarios, dentro de una sociedad cada vez más informada y con mayores y más sofisticadas exigencias.



Ámbito y Vigencia

- El ámbito que abarca el I Plan Marco de Calidad es:

SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA (SSPE).

- Se establece una vigencia de 4 años a partir de su publicación por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, en coherencia con otros elementos planificadores de nuestra Sanidad, y entendiendo este plazo como aceptable para poner en marcha las acciones recogidas en el mismo.





Pilar Estratégico de Calidad de la Atención Sanitaria

Líneas Estratégicas

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura establece como objetivo de primer orden en su política sanitaria, la necesidad de promover un cambio en la cultura de gestión que esté orientado hacia la calidad total en todos los ámbitos, y desde luego en el de la atención sanitaria que se presta al ciudadano. La introducción de este cambio en la cultura de gestión, basada en la calidad, implica una reforma sustancial en la cultura laboral y de participación.

Un alto grado de calidad de la atención sanitaria debe incluir: una estrategia coherente encaminada a estimular y desarrollar la excelencia profesional; una gestión del conocimiento eficiente y disponible al alcance de todos los trabajadores del sistema, con el objetivo último de disminuir la variabilidad en la práctica sanitaria mediante la medicina basada en la evidencia; el desarrollo de la legislación vigente en materia de derechos y deberes de los pacientes y manejo de la información clínica que se deriva de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente; una planificación adecuada a los compromisos adquiridos en la Ley 1/2005, de 24 de junio de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada; y la articulación de políticas efectivas de gestión de riesgos en la actividad sanitaria.



OBJETIVOS GENERALES

- I. Promover el liderazgo y las bases estructurales de la calidad**
- II. Garantizar la continuidad de la atención sanitaria y disminuir su variabilidad**
- III. Facilitar la participación real y efectiva de profesionales y ciudadanos**

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
I. Promover el liderazgo y las bases estructurales de la calidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar la implicación y formación necesarias, en las políticas de calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo, de gestores y mandos intermedios. 2. Efectuar el desarrollo orgánico y funcional de las estructuras de calidad necesarias para el éxito de las estrategias adoptadas.
II. Garantizar la continuidad de la atención sanitaria y disminuir su variabilidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir los procesos a través de la Cartera de Servicios del SSPE. 2. Identificar y realizar el seguimiento de los procesos de atención sanitaria más relevantes. 3. Disminuir la variabilidad en la atención sanitaria mediante la medicina basada en la evidencia.
III. Facilitar la participación real y efectiva de profesionales y ciudadanos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar las funciones propias de los órganos de participación en el Área de Salud y creación de los mismos en el ámbito de los centros sanitarios. 2. Desarrollar las funciones propias de los órganos de participación y asesoramiento técnico de la Consejería de Sanidad y Consumo.



OBJETIVOS Y ACCIONES

I. Promover el liderazgo y las bases estructurales de la calidad

Objetivo I.1- Asegurar la implicación y formación necesarias, en las políticas de calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo, de gestores y mandos intermedios.

Acciones concretas

- Establecer las acciones formativas y de difusión necesarias, en materia de estrategias de calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo, que aseguren el conocimiento y comprensión de las mismas entre los directivos y gestores del Servicio Extremeño de Salud.
- Asegurar la implicación efectiva de directivos y gestores en los compromisos asumidos por la Consejería de Sanidad y Consumo en políticas de calidad.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia, Direcciones Generales y Secretaría General del SES.
- Gerencia y equipos directivos de Áreas de Salud.

Indicadores

- Número de sesiones formativas, en materia de estrategias de calidad, en servicios centrales del SES, así como en Áreas de Salud.
- Compromisos contractuales derivados de las estrategias de calidad, asumidos expresamente en contratos y pactos de gestión.

Cronograma

- Corto plazo



Objetivo I.2- Efectuar el desarrollo orgánico y funcional de las estructuras de calidad necesarias para el éxito de las estrategias adoptadas.

Acciones concretas

- Desarrollo normativo de las estructuras de calidad del SES, tanto a nivel central como periférico.
- Impulso al desarrollo funcional efectivo de las estructuras de calidad en centros sanitarios.
- Desarrollo progresivo de las actividades inherentes a la estructura de calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Responsables

- Dirección Gerencia del SES.
- Gerencia y Equipos Directivos de Áreas de Salud.
- Consejería de Sanidad y Consumo.
- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.

Indicadores

- Publicación de normativa que recoja estructuras de calidad en el SES.
- Compromisos contractuales en materia de desarrollo funcional de estructuras de calidad en centros sanitarios.
- Memoria anual de la estructura de calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Cronograma

- Medio plazo.



II. Garantizar la continuidad de la atención sanitaria y disminuir su variabilidad

Objetivo II.1- Definir los procesos a través de la Cartera de Servicios del SSPE.

Acciones concretas

- Desarrollo de los trabajos necesarios para la publicación de la Cartera de Servicios del SSPE.
- Definición de los procesos de atención sanitaria derivados de la Cartera de Servicios del SSPE.

Responsables

- Comisión Técnica de Cartera de Servicios.
- Consejo Científico-Asesor del SSPE.
- Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias.
- Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Normativa de Cartera de Servicios del SSPE.
- Identificación y publicación de los procesos de atención sanitaria derivados de la Cartera de Servicios del SSPE.

Cronograma

- Medio plazo.



Objetivo II.2- Identificar y realizar el seguimiento de los procesos de atención sanitaria más relevantes.

Acciones concretas

- Priorizar los procesos de atención sanitaria de mayor relevancia para el Servicio Extremeño de Salud.
- Establecer los indicadores de seguimiento adecuados a los procesos seleccionados.

Responsables

- Comisión Técnica de Cartera de Servicios.
- Consejo Científico- Asesor del SSPE.
- Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias.
- Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Publicación de los procesos de atención sanitaria en el SES una vez priorizados.
- Publicación de los indicadores de seguimiento de procesos que sean aprobados.

Cronograma

- Medio plazo.



Objetivo II.3- Disminuir la variabilidad en la atención sanitaria mediante la medicina basada en la evidencia.

Acciones concretas

- Implantación de la Cartera de Servicios del SSPE y de los procesos de atención sanitaria derivados.
- Realización de acciones de soporte como la implantación de protocolos, vías clínicas o guías de práctica clínica, validados por la Dirección.
- Colaboración y aplicación de estrategias derivadas del Proyecto GuíaSalud.

Responsables

- Comisión Técnica de Cartera de Servicios.
- Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias.
- Consejo Científico-Asesor del SSPE.
- Dirección Gerencia del SES.
- Gerencias de Área de Salud.

Indicadores

- Análisis e informes anuales de indicadores de procesos de atención sanitaria derivados de la Cartera de Servicios del SSPE.
- Medidas adoptadas en la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias.
- Medidas adoptadas en el Consejo Científico-Asesor del SSPE.
- Número de protocolos, vías y guías de práctica clínica implantadas, por Áreas de Salud.
- Actividades relacionadas con el Proyecto GuíaSalud.

Cronograma

- Medio plazo.



III. Facilitar la participación real y efectiva de profesionales y ciudadanos

Objetivo III.1- Desarrollar las funciones propias de los órganos de participación en el Área de Salud y creación de los mismos en el ámbito de los centros sanitarios.

Acciones concretas

- Implicación de la Gerencia de Área de Salud en el Consejo de Salud de Área.
- Creación de los órganos de participación en el ámbito de los centros sanitarios.

Responsables

- Gerencias de Área de Salud.
- Dirección Gerencia del SES.
- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Medidas adoptadas en los Consejos de Salud de Área.
- Publicación de norma que regule los órganos de participación en el ámbito de los centros sanitarios.

Cronograma

- Medio plazo.



Objetivo III.2- Desarrollar las funciones propias de los órganos de participación y asesoramiento técnico de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Acciones concretas

- Implicación en las acciones derivadas del Consejo Extremeño de Salud.
- Implicación en las acciones derivadas de la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias.
- Implicación en las acciones derivadas del Consejo Científico-Asesor del SSPE.
- Implicación en las acciones derivadas de la Comisión Regional del Plan de Salud de Extremadura.
- Implicación en las acciones derivadas de otras Comisiones Permanentes y Consejos Asesores, tales como el Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura, Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura, etc.
- Participación en las estrategias derivadas del Modelo de Calidad de CSES en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Compromiso con la estrategia legislativa de la Consejería de Sanidad y Consumo (libre elección, segunda opinión, información sanitaria y autonomía del paciente, tiempos máximos de respuesta, etc).

Responsables

- Consejería de Sanidad y Consumo.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Medidas adoptadas en el Consejo Extremeño de Salud.
- Medidas adoptadas en la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias.
- Medidas adoptadas en el Consejo Científico-Asesor del SSPE.
- Medidas adoptadas en la Comisión Regional del Plan de Salud de Extremadura.



- Medidas adoptadas en el Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura, Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura, etc.
- Medidas adoptadas en relación al Modelo de Calidad de CSES en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Medidas adoptadas en relación a la estrategia legislativa de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Cronograma

- Medio plazo.





Pilar Estratégico de Calidad Relacional

Líneas Estratégicas

La calidad relacional y la atención al usuario deben fundamentarse en principios de corresponsabilidad y ejercicio de derechos y deberes, por lo que el SSPE está determinado a ofrecer un marco de relaciones y estructuras que hagan posible la participación real de los ciudadanos en la prevención y mantenimiento de su estado de salud, permitiendo un clima de relaciones basadas en el respeto y la información al usuario, y el principio de autonomía del paciente en las decisiones relacionadas con la atención sanitaria que reciben; todo ello en virtud de la legislación estatal y autonómica en materia de información sanitaria y autonomía del paciente.

Este marco relacional estará condicionado por elementos de planificación, organización y práctica diaria, y establecerá medidas específicas que atiendan a cada ciudadano según sus necesidades y expectativas, haciendo posible el ejercicio efectivo de sus derechos y deberes y el ejercicio de su autonomía como personas, contribuyendo a una participación responsable en la gestión y utilización de recursos en la atención sanitaria pública.



Estas medidas, que irán enmarcadas en las estrategias del «Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura», harán posible la adaptación de la atención sanitaria a los ciudadanos, considerados como individuos singulares, promoviendo el establecimiento de relaciones personales de respeto y fomentando mecanismos de participación y decisión responsables.

Los procedimientos administrativos que permiten y facilitan la gestión de las prestaciones del sistema, deben diseñarse como elementos de apoyo a la consecución de niveles óptimos de eficacia y eficiencia, mediante una adaptación consecuente entre los recursos y las necesidades de los destinatarios de los mismos.

OBJETIVOS GENERALES

- I. Favorecer la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario**
- II. Mejorar la atención a los usuarios respecto al trato personal y el cuidado de los entornos sanitarios**
- III. Ofrecer información y asegurar el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios respecto al sistema sanitario**
- IV. Incrementar la participación de los ciudadanos y conocer su opinión como herramientas de mejora**



OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
I. Favorecer la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario	<ol style="list-style-type: none">1. Mejorar la accesibilidad a los recursos sanitarios.2. Optimizar la gestión administrativa y de procesos de atención en relación al usuario.
II. Mejorar la atención a los usuarios respecto al trato personal y el cuidado de los entornos sanitarios	<ol style="list-style-type: none">1. Promover un estilo de relación personal con los usuarios basado en el respeto, la tolerancia y la colaboración.2. Señalizar convenientemente los centros sanitarios y asegurar la identificación de los profesionales que tienen contacto con los usuarios.3. Incorporar medidas de mejora de la habitabilidad, y funcionalidad de los espacios y equipamientos.
III. Ofrecer información y asegurar el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios respecto al sistema sanitario	<ol style="list-style-type: none">1. Asegurar mecanismos de información sobre el sistema sanitario, recursos y utilización de los mismos por parte de los usuarios.2. Asegurar las condiciones necesarias para preservar la intimidad en todas las situaciones de atención sanitaria y administrativa de los usuarios.3. Difundir los derechos y deberes de los ciudadanos respecto al sistema sanitario.
IV. Incrementar la participación de los ciudadanos y conocer su opinión como herramientas de mejora	<ol style="list-style-type: none">1. Fomentar la participación ciudadana en la gestión de los recursos sanitarios.2. Conocer la satisfacción de los usuarios respecto a diferentes recursos asistenciales.3. Gestionar de manera eficiente los procedimientos de reclamaciones establecidos.



OBJETIVOS Y ACCIONES

I. Favorecer la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario

Objetivo I.1.- Mejorar la accesibilidad a los recursos sanitarios.

Acciones Concretas

- Identificación y comunicación a los organismos competentes acerca de las necesidades y carencias detectadas en los accesos a los centros sanitarios, coordinando mejoras en la accesibilidad.
- Identificación de barreras arquitectónicas y de equipamiento.
- Editar manuales de construcción, reforma y equipamiento de centros sanitarios adaptados.
- Establecer planes para la consecución de entornos adaptados.

Responsables

- Gerencias de Área de Salud.
- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Existencia o no de responsables de las acciones enumeradas.
- Existencia o no de planes concretos de mejora en las materias indicadas en las acciones concretas.

Cronograma

- Largo plazo



Objetivo 1.2.- Optimizar la gestión administrativa y de procesos de atención en relación al usuario.

Acciones Concretas

- Creación en las Áreas de Salud de Unidades de Gestión de Prestaciones y Ayuda al Ciudadano.
- Revisar los procedimientos administrativos y de gestión de pacientes para hacerlos resolutivos y accesibles.
- Diseñar e implantar protocolos específicos de acceso al sistema para usuarios con necesidades especiales.
- Medidas telemáticas para la obtención de citas.

Responsable

- Gerencias de Área de Salud.
- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Existencia, en Áreas de Salud, de Unidades de Gestión de Prestaciones y Ayuda al Ciudadano.
- Número de protocolos administrativos revisados en relación a la gestión de usuarios.
- Medidas telemáticas implantadas.
- Número de protocolos adoptados para el acceso de usuarios con necesidades especiales.

Cronograma

- Medio plazo.



II. Mejorar la atención a los usuarios respecto al trato personal y el cuidado de los entornos sanitarios

Objetivo II.1.- Promover un estilo de relación personal con los usuarios basado en el respeto, la tolerancia y la colaboración.

Acciones Concretas

- Ofrecer cursos y talleres de formación sobre habilidades de comunicación, dirigidos a profesionales con atención directa a usuarios, tanto en la etapa formativa de grado, como de postgrado y formación continuada. Incluir en los cursos que se programan desde la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud módulos específicos sobre escucha activa y comunicación.
- Hacer un seguimiento de las reclamaciones y sugerencias en lo referente a trato personal percibido como incorrecto, e implementar medidas de mejora específicas.

Responsable

- Comisión Paritaria Uex – SES.
- Gerencias de Área de Salud.
- Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.
- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Número de talleres y cursos de formación planificados.
- Medidas adoptadas tras el análisis de reclamaciones y sugerencias.

Cronograma

- Corto plazo.



Objetivo II.2.- Señalizar convenientemente los centros sanitarios y asegurar la identificación de los profesionales que tienen contacto con los usuarios.

Acciones Concretas

- Aplicar lo determinado en el Manual de Identidad Corporativa del Servicio Extremeño de Salud en todos los centros dependientes del mismo.
- Designar responsables de la supervisión y actualización de los elementos de señalización externa e interna de los centros.
- Identificación de todos los profesionales mediante los sistemas que se establezcan para el conjunto de los centros del SSPE.

Responsables

- Gerencias de Área de Salud.

Indicadores

- Existencia o no de responsables de señalización.
- Porcentaje de profesionales adecuadamente identificados.
- Medidas adoptadas en relación a la identidad corporativa del SES.

Cronograma

- Corto plazo.



Objetivo II.3.- Incorporar medidas de mejora de la habitabilidad, y de la funcionalidad de los espacios y equipamientos.

Acciones Concretas

- Establecer criterios generales respecto a habitabilidad y equipamiento de espacios destinados a los pacientes para asegurar la funcionalidad.
- Designar responsables de la supervisión y control de condiciones de confortabilidad en los centros.
- Revisar y adecuar a las necesidades de los usuarios, las actuaciones, horarios y normas establecidas en los aspectos no sanitarios de atención al paciente.

Responsables

- Gerencias de Área de Salud.
- Dirección Gerencia del SES.
- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Existencia de criterios de habitabilidad y equipamiento de espacios.
- Existencia o no de responsables de confortabilidad.
- Actuaciones adoptadas en relación a las necesidades de los usuarios.

Cronograma

- Corto plazo



III. Ofrecer información y asegurar el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios respecto al sistema sanitario

Objetivo III.1.- Asegurar mecanismos de información sobre el sistema sanitario, recursos y utilización de los mismos por parte de los usuarios.

Acciones Concretas

- Establecer pautas y normas para la elaboración de materiales informativos dirigidos a usuarios y pacientes, adaptados a sus necesidades.
- Diseñar mecanismos, instrumentos y soportes informativos, identificando contenido, destinatarios y responsables de su difusión.
- Adaptar los documentos que se entregan a pacientes y familiares, conforme a las pautas de elaboración de materiales.

Responsables

- Gerencias de Área de Salud.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Existencia o no de normas para la elaboración de materiales informativos.
- Número de documentos elaborados en virtud de dichas normas.

Cronograma

- Corto plazo



Objetivo III.2.- Asegurar las condiciones necesarias para preservar la intimidad en todas las situaciones de atención sanitaria y administrativa de los usuarios.

Acciones Concretas

- Incorporar en los protocolos de atención sanitaria medidas que garanticen la intimidad de pacientes y familiares.
- Modificar los procedimientos que no garanticen una atención personal en condiciones de intimidad.

Responsables

- Gerencias de Área de Salud.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Número de protocolos adoptados.

Cronograma

- Medio plazo.

Objetivo III.3.- Difundir los derechos y deberes de los ciudadanos respecto al Sistema Sanitario.

Acciones Concretas

- Dar a conocer a los usuarios la carta de derechos y deberes mediante información adaptada a las diferentes situaciones y necesidades.



- Revisar y mejorar en su caso, los procedimientos y trámites establecidos para asegurar el ejercicio de sus derechos por parte de los usuarios.
- Elaborar contenidos informativos respecto a derechos y deberes.
- Ofrecer dichos contenidos a las instituciones responsables de educación para su difusión.

Responsables

- Gerencias de Área de Salud.
- Dirección Gerencia del SES.
- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Existencia o no de la carta de derechos y deberes.
- Número de procedimientos adoptados para asegurar el ejercicio de los derechos y deberes.
- Número de actividades educativas implantadas en esta materia.

Cronograma

- Medio plazo.

IV. Incrementar la participación de los ciudadanos y conocer su opinión como herramientas de mejora

Objetivo IV.1.- Fomentar la participación ciudadana en la gestión de los recursos sanitarios.

Acciones Concretas

- Impulsar el funcionamiento de los órganos de participación establecidos, promoviendo con claridad su cometido y funcionalidad.



- Contactar periódicamente con las asociaciones de enfermos y familiares de enfermos para establecer medidas de mejora de la atención y acciones conjuntas.
- Organizar foros de debate y grupos focales con medios de comunicación, organizaciones sociales y ciudadanas, instituciones, etc., para procurar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y la utilización de los recursos sanitarios.

Responsables

- Consejería de Sanidad y Consumo.
- Consejo Extremeño de Salud.
- Consejo de Salud de Área.
- Consejo de Salud de Zona.
- FUNDESALUD. Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.
- Defensor de los Usuarios del SSPE.

Indicadores

- Número de reuniones de los agentes responsables y número de medidas adoptadas en orden a fomentar la participación.
- Número de reuniones con asociaciones de familiares y enfermos, y medidas adoptadas.
- Número de jornadas y foros en materia de participación ciudadana.

Cronograma

- Medio plazo.



Objetivo IV.2.- Conocer la satisfacción de los usuarios respecto a diferentes recursos asistenciales.

Acciones concretas

- Realización de encuestas y otros métodos, debidamente fundamentados y validados, para conocer la satisfacción de los usuarios con la atención sanitaria y no sanitaria recibida.
- Analizar la información obtenida y adoptar estrategias de mejora mediante acciones concretas, asignación de responsables y establecimiento de cronogramas de implantación de las mismas.

Responsables

- Gerencias de Área de Salud.
- Dirección Gerencia del SES.
- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Existencia o no de encuestas u otros métodos para obtener información acerca de la satisfacción de los usuarios.
- Número de planes de mejora implantados tras el análisis de la información.

Cronograma

- Medio plazo.



Objetivo IV.3.- Gestionar de manera eficiente los procedimientos de reclamaciones establecidos.

Acciones concretas

- Adaptar la gestión de reclamaciones y sugerencias a la normativa legal vigente.
- Establecer medidas de evaluación y control de los procedimientos establecidos.
- Establecer planes de mejora en base a las carencias detectadas en los procedimientos.

Responsables

- Gerencias de Área de Salud.
- Dirección Gerencia del SES.
- Consejería de Sanidad y Consumo.
- Defensor de los Usuarios del SSPE.

Indicadores

- Número de medidas de evaluación y control adoptadas.
- Número de planes de mejora establecidos.

Cronograma

- Medio plazo.





Pilar Estratégico de Autorización y Acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios

Líneas estratégicas

Las políticas sanitarias, tanto en el sector público como privado, deben tender de forma progresiva y continuada hacia una mejora de la calidad de la atención al ciudadano, tanto en su condición de enfermo como sin ella. Para ello, la Consejería de Sanidad y Consumo dispone de una serie de herramientas que ofrecen la posibilidad de cumplir con esta exigencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura. La primera de ellas es la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, regulada según el Decreto autonómico 37/2004, de 5 de abril, sobre autorización administrativa de centros, establecimientos y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura, así como por el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

No obstante, la Consejería de Sanidad y Consumo entiende que debe ir más allá, proponiendo un Modelo de Calidad para centros, servicios y establecimientos sanitarios, a través del Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.



Este Modelo, aplicable tanto a CSES públicos como privados, está constituido por una serie de estándares de calidad de amplio consenso técnico y social, que se organizan entorno a funciones importantes, directamente relacionadas con la mejora continua de las organizaciones, y que deben ser referencia en la actividad de los CSES. A su vez, estos estándares se agrupan en 10 categorías o criterios y 24 subcategorías. Seis de los criterios citados corresponden a las categorías estratégicas (aquello que la organización hace y persigue), mientras que los cuatro restantes se refieren a las categorías de resultados (lo que la organización logra). Ambos grupos de categorías se encuentran relacionados de forma bidireccional, ya que las segundas son consecuencia del cumplimiento de las primeras, y estas a su vez se retroalimentan con la información de retorno procedente de las categorías de resultados.

En el proceso de mejora de la calidad, el Modelo propone dos herramientas: la auto-evaluación (con la detección de puntos fuertes y áreas de mejora, así como la elaboración de un plan de acciones al respecto), y la acreditación de la calidad según el cumplimiento de los estándares establecidos.

En la definición de la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo se atribuye a la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias «*la competencia en acreditación y homologación de centros, servicios y establecimientos sanitarios*».

En el contexto planificador citado anteriormente, la autorización y acreditación de CSES deben formar parte del Plan Marco de Calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo como pilar con entidad propia, y definirse a nivel operativo en un Modelo de Calidad de los CSES de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

OBJETIVOS GENERALES

- I. Introducir la cultura de la calidad en todos los estamentos de los centros, servicios y establecimientos sanitarios**
- II. Complementar la autorización con la acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios hacia una mejora continua de la calidad**
- III. Implementar y dar reconocimiento al Modelo de Calidad de CSES**



OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
I. Introducir la cultura de la calidad en todos los estamentos de los centros, servicios y establecimientos sanitarios	<ol style="list-style-type: none">1. Adoptar el Modelo de Calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios como fórmula de gestión que establece una línea de mejora continua de la calidad.2. Cambiar la cultura de la organización con fórmulas que lleven a la mejora continua de la calidad.3. Implicar a los profesionales como motor del cambio hacia la mejora continua de la calidad.4. Informar al ciudadano de los esfuerzos realizados por el centro, servicio o establecimiento sanitario en la mejora continua de la calidad.
II. Complementar la autorización con la acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios hacia una mejora continua de la calidad	<ol style="list-style-type: none">1. Coordinar los Sistemas de Información integrando información de autorización y acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.2. Integrar de forma armónica y progresiva la autorización, autoevaluación y acreditación sanitaria en los niveles de gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios3. Desarrollar programas específicos de acreditación para servicios y establecimientos sanitarios.
III. Implementar y dar reconocimiento al Modelo de Calidad de CSES	<ol style="list-style-type: none">1. Llevar a cabo un Plan de Implementación del Modelo de Calidad.2. Llevar a cabo un Plan de Difusión del Modelo de Calidad.3. Llevar a cabo un Plan de Formación en el Modelo de Calidad.4. Llevar a cabo un Procedimiento de acreditación. Plan de Auditoría.



OBJETIVOS Y ACCIONES

I. Introducir la cultura de la calidad en todos los estamentos de los centros, servicios y establecimientos sanitarios

Objetivo I.1.- Adoptar el Modelo de Calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios como fórmula de gestión que establece una línea de mejora continua de la calidad.

Acciones Concretas

- Gestionar a los niveles de macro, meso y microgestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, de acuerdo al Modelo de Calidad de CSES de la Comunidad Autónoma de Extremadura, introduciendo el mismo como una herramienta de mejora continua de la calidad como garantía de la eficacia, eficiencia y seguridad en las actuaciones de la organización, adaptándose a la realidad de cada nivel sanitario.

Responsable

- Dirección Gerencia del SES.
- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Gerencias de Área de Salud.

Indicadores

- Publicación del Decreto.
- Difusión del Modelo de Calidad.

Cronograma

- Corto plazo.



Objetivo I.2.- Cambiar la cultura de la organización con fórmulas que lleven a la mejora continua de la calidad.

Acciones Concretas

- Facilitar cuantas herramientas permitan el cambio de cultura en la gestión a gestores, profesionales y ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Establecer los dispositivos necesarios para la evaluación continuada de la calidad, mediante sistemas de indicadores adecuados para la monitorización, así como la realización de auditorias de calidad.
- Promover instrumentos de gestión que permitan reconocer este cambio de cultura en la organización.

Responsable

- Dirección Gerencia del SES.
- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Gerencias de Área de Salud.

Indicadores

- Publicación del Manual para la Autoevaluación y Manual del Equipo Auditor, que servirán de herramientas para la evaluación interna y externa de la calidad de los CSES.
- Puesta a disposición de la normativa vigente en materia de acreditación.
- Puesta a disposición de gestores y profesionales de una asesoría y herramientas informáticas, que permitan la autoevaluación y la acreditación posterior del centro, servicio o establecimiento sanitario.
- Publicación de una página web que permita la gestión del conocimiento en este sentido.
- Publicación de los programas específicos de acreditación sanitaria.

Cronograma

- Corto- medio plazo.



Objetivo I.3.- Implicar a los profesionales como motor del cambio hacia la mejora continua de la calidad.

Acciones Concretas

- Facilitar cuantas herramientas permitan el cambio de cultura en la gestión, para que los profesionales apuesten de forma decidida hacia la mejora continua de la calidad.
- Informar, y hacer accesible la formación necesaria a los profesionales implicados en la mejora continua de la calidad.
- Reconocer, a través de las herramientas de gestión, el esfuerzo de estos profesionales en el trabajo continuado hacia la calidad de la atención a los ciudadanos.

Responsable

- Dirección Gerencia del SES.
- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Gerencias de Área de Salud.

Indicadores

- Publicación del Manual para la Autoevaluación de la calidad de los CSES.
- Actividades informativas y formativas sobre la normativa vigente en acreditación de CSES.
- Existencia de asesoría y herramientas informáticas que faciliten la autoevaluación, y optar tras un plan de mejora a la acreditación del centro, servicio o establecimiento sanitario.
- Publicación de los programas específicos de acreditación.
- Publicación de una página web que permita la gestión del conocimiento en este sentido.

Cronograma

- Corto - medio plazo.



Objetivo I.4.- Informar al ciudadano de los esfuerzos realizados por el centro, servicio o establecimiento sanitario en la mejora continua de la calidad.

Acciones Concretas

- Informar al ciudadano de las ventajas que supone este trabajo en la mejora continua de la calidad de la atención.
- Facilitar la información y publicitar el esfuerzo de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en esta mejora continua de la calidad, a través de diferentes canales de información.

Responsable

- Dirección Gerencia del SES.
- Consejería de Sanidad y Consumo.
- Gerencias de Área de Salud.

Indicadores

- Publicación de material informativo en diferentes canales, para que los ciudadanos conozcan los esfuerzos de los CSES en la mejora continua de la calidad.
- Publicación de material informativo sobre el Modelo de Calidad implantado.
- Publicación en la página web de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, de los CSES que están trabajando en la acreditación.
- Publicación de una página web que permita la gestión del conocimiento en este sentido.

Cronograma

- Corto plazo.



II. Complementar la autorización con la acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios hacia una mejora continua de la calidad

Objetivo II.1.- Coordinar los Sistemas de Información integrando información de autorización y acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Acciones Concretas

- Crear el Registro de Centros, Establecidos y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura (RECESS)
- Integrar dentro del Proyecto «Civitas», en el módulo de Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios, información sobre la acreditación de los mismos.
- Proporcionar, a través de diversos canales, toda la información a este respecto, a gestores, profesionales y ciudadanos.

Responsable

- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Creación del Registro de Centros, Establecimientos y Servicios de la Comunidad Autónoma de Extremadura (RECESS).
- Inclusión de la información sobre acreditación en el Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura (RECESS).

Cronograma

- Corto plazo.



Objetivo II.2.- Integrar de forma armónica y progresiva la autorización, autoevaluación y acreditación sanitaria en los niveles de gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Acciones Concretas

- Regular el procedimiento de autorización de los CSES como primer paso en la mejora de la calidad sanitaria.
- Introducir de forma gradual el Modelo de Calidad, mediante la formación en las distintas Áreas de Salud, de los profesionales que van a llevar a cabo la Autoevaluación.
- Constitución del Comité de Acreditación de Calidad Sanitaria (encargado del seguimiento del proceso de acreditación de CSES).
- Alcanzar en los CSES de nuestro ámbito de referencia los tres grados de acreditación sanitaria progresivos (Avanzada, Óptima y Excelente), en función del cumplimiento de los estándares establecidos en el Modelo de Calidad.

Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Asociaciones Sindicales.

Indicadores

- Publicación del Decreto de autorización.
- Publicación del Decreto de acreditación.
- Publicación del Manual de Estándares y del Manual para la Autoevaluación de CSES.
- Número de CSES que han conseguido cada grado de acreditación sanitaria.

Cronograma

- Corto- medio plazo.



Objetivo II.3.- Desarrollar programas específicos de acreditación para servicios y establecimientos sanitarios.

Acciones Concretas

- Regular el procedimiento de acreditación general de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, como primer paso en la mejora de la calidad sanitaria.
- Introducir gradualmente el Modelo de Calidad mediante la acreditación de centros en general, y desarrollar de forma progresiva, en coherencia con las recomendaciones científicamente aceptadas, los criterios específicos de acreditación, de forma coordinada con la autorización.
- Implicar al Consejo Científico Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura y al Consejo Extremeño de Salud como órganos asesores en esta materia.

Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Asociaciones sindicales..

Indicadores

- Publicación del Decreto de acreditación.
- Publicación del Manual de Estándares y del Manual para la Autoevaluación de CSES.
- Publicaciones de Órdenes con programas de acreditación específicos.

Cronograma

- Medio plazo.



III. Implementar y dar reconocimiento al Modelo de Calidad de CSES

Objetivo III.1.- Llevar a cabo un Plan de Implementación del Modelo de Calidad.

Acciones Concretas

- Elaborar un documento de «Recomendaciones generales para la implementación del Modelo de Calidad en el sector público».
- Analizar los factores que pueden interferir en la implementación del Modelo.
- Diseño de cronograma legal y operativo.
- Adecuar los objetivos del Contrato de Gestión y Pactos de Gestión a las distintas categorías del Modelo de Calidad.
- Informar a los CSES privados que deseen concertar con el SES y pertenecer al Sistema Sanitario Público de Extremadura, acerca de las exigencias de la Ley de Salud de Extremadura.
- Facilitar la adhesión al Modelo de Calidad de los centros, servicios y establecimientos privados, aunque no deseen la concertación con el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Responsable

- Consejería de Sanidad y Consumo.
- Gerencias de Área de Salud.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Documento de Implementación del Modelo de Calidad.
- Coherencia de los objetivos de los Contratos de Gestión y Pactos de Gestión con las categorías del Modelo de Calidad.

Cronograma

- Medio plazo.



Objetivo III.2.- Llevar a cabo un Plan de Difusión del Modelo de Calidad.

Acciones Concretas

- Editar el Manual de Estándares del Modelo.
- Establecer un Cronograma de Presentaciones en distintos foros.
- Proponer una Jornada de Debate de Presentación del Modelo de Calidad de CSES de la Comunidad Autónoma de Extremadura a otras Comunidades Autónomas.
- Presentar el Modelo de Calidad a los directivos de los CSES de la red pública y privada.
- Presentar el Modelo a Asociaciones Sindicales, Sociedades Científicas...
- Difundir el Modelo de Calidad en prensa.

Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.

Indicadores

- Publicación y presentación del Manual de Estándares.
- Jornadas realizadas en las Áreas de Salud.
- Jornada de Debate de Presentación del Modelo de Calidad de CSES de la CAE a otras Comunidades Autónomas.
- Presentaciones del Modelo a Asociaciones Sindicales, Sociedades Científicas...
- Artículos de prensa.

Cronograma:

- Corto plazo.



Objetivo III.3.- Llevar a cabo un Plan de Formación en el Modelo de Calidad.

Acciones Concretas

- Redactar el Plan de Formación sobre el Modelo de Calidad.
- Elaborar un plan formativo específico sobre metodología para la autoevaluación.
- Realizar Talleres formativos sobre el manejo de la herramienta informática de apoyo al procedimiento de autoevaluación y auditoría de CSES.
- Desarrollar el Plan Formativo, tanto presencial como en formato on-line, para el personal de los CSES, con el objetivo de proporcionar conocimientos, habilidades y actitudes para la autoevaluación.
- Desarrollar un plan formativo específico para auditores del Modelo de Calidad.

Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.

Indicadores

- Existencia del Plan de Formación sobre el Modelo de Calidad.
- Existencia de programa formativo específico sobre metodología para la autoevaluación.
- Número de talleres realizados sobre la herramienta Informática de apoyo a las tareas propias del Modelo.
- Número de cursos presenciales realizados sobre el Modelo de Calidad.
- Número de cursos realizados al respecto en formato on- line.

Cronograma

- Corto plazo.



Objetivo III.4.- Llevar a cabo un Procedimiento de acreditación. Plan de Auditoría.

Acciones Concretas

- Establecer un modelo de solicitud de acreditación.
- Tramitación de la solicitud de acreditación.
- Planificación de la auditoría.
- Proceso de auditoría – Informe Final.
- Resolución de acreditación.
- Control periódico de los requisitos para el mantenimiento o renovación de la acreditación de CSES.

Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.

Indicadores

- Número de solicitudes de acreditación tramitadas.
- Número de Informes de auditoría.
- Número de resoluciones de acreditación.
- Número de placas de acreditación expuestas en lugar visible en los CSES.

Cronograma

- Medio plazo.





Pilar Estratégico de Evaluación Sanitaria

Líneas estratégicas

En el ámbito del Estado, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, determina en su artículo 62 que: «El Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas fomentarán la evaluación externa y periódica de la calidad y la seguridad de los centros y servicios sanitarios». En este sentido, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura establece claramente la necesidad de una evaluación constante en los artículos 3, 5, 40 y 46, entre otros.

A efectos de garantizar el cumplimiento de estos preceptos legales, se publicó la Orden de 12 de febrero de 2004, por la que se crea y regula la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE), como órgano colegiado de carácter consultivo, de participación y de coordinación técnica, para la evaluación y mejora continua en la atención sanitaria del SSPE.

Dicha Comisión estará adscrita a la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias, en virtud del Decreto 80/2003, de 15 de Julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo, donde corresponde a dicha Dirección General: «la evaluación de los servicios sanitarios y socio sanitarios y de la calidad de las prestaciones sanitarias».



OBJETIVOS GENERALES

- I. Promoción de la cultura de evaluación**
- II. Desarrollo de procedimientos de evaluación interna del proveedor de servicios**
- III. Establecimiento de elementos fundamentales para el desarrollo de la autoevaluación de CSES**
- IV. Establecimiento de elementos fundamentales para el desarrollo de procedimientos de evaluación externa**
- V. Evaluación de Cartera de Servicios**
- VI. Utilización de reclamaciones y sugerencias como elementos puntuales de la evaluación interna y externa**
- VII. Utilización de mecanismos de evaluación previos a la introducción de nuevas tecnologías y prestaciones en el SSPE**

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
I. Promoción de la cultura de evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la evaluación sanitaria (interna y externa). 2. Establecer mecanismos de información y comparación con el resto de Comunidades Autónomas.
II. Desarrollo de procedimientos de evaluación interna del proveedor de servicios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de procedimientos de evaluación interna del SES.



OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
III. Establecimiento de elementos fundamentales para el desarrollo de la autoevaluación de CSES	1. Establecimiento de sistemas de autoevaluación como proceso interno, así como paso previo para la acreditación de centros y servicios de atención a la salud.
IV. Establecimiento de elementos fundamentales para el desarrollo de procedimientos de evaluación externa	1. Desarrollo de procedimientos de evaluación externa por la Consejería de Sanidad y Consumo.
V. Evaluación de Cartera de Servicios	1. Evaluación y verificación de Cartera de Servicios: AP/AE/sociosanitarios.
VI. Utilización de reclamaciones y sugerencias como elementos puntuales de evaluación interna y externa	1. Explotación de la información derivada de las reclamaciones y sugerencias.
VII. Utilización de mecanismos de evaluación previos a la introducción de nuevas tecnologías y prestaciones en el SSPE	1. Evaluación de tecnologías: investigación de las consecuencias técnicas, sociales, económicas, éticas y legales derivadas del uso de la tecnología, previamente a la implantación de las mismas.



OBJETIVOS Y ACCIONES:

I. Promoción de la cultura de evaluación

Objetivo I.1.- Promoción de la evaluación sanitaria (interna y externa)

Acciones Concretas

- Desarrollo de la Orden de 12 de febrero de 2004, por la que se crea la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitaria del SSPE .
- Cursos/Talleres formativos en evaluación sanitaria (ES), específicos, o dentro del programa de otros más amplios.
- Jornadas de «Buenas Prácticas» en la ES (en el marco de reuniones sobre buenas prácticas en materia de calidad asistencial y mejora continua, tanto de profesionales como de equipos directivos).
- Grupos de trabajo sobre ES.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Sociedades científicas.

Indicadores

- Informes de la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias, respecto a la evaluación sanitaria.
- Documentos sobre ES.
- Cursos/Talleres realizados.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



Objetivo I.2.- Establecer mecanismos de información y comparación con el resto de Comunidades Autónomas.

Acciones Concretas

- Desarrollo de la Orden de 14 de enero de 2004, por la que se crea la Comisión Asesora para la definición del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
- Desarrollo de la Orden de 4 de marzo de 2005, por la que se regula el CMBD para alta hospitalaria y cirugía mayor ambulatoria y la Unidad Técnica de referencia CIE-9 MC en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Participación en foros relacionados con la información y su comparación con otras Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del SNS, entre otros.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Comisión Asesora para la definición del CMBD.

Indicadores

- Informes elaborados por la Comisión Asesora para el CMBD.
- Publicación de las variables de CMBD para la Comunidad Autónoma.
- Informes de la Unidad Técnica de referencia CIE-9 MC.
- Elaboración de manuales de instrucciones y normas complementarias del CMBD.
- Foros en los que se participa en materia de información, y número de reuniones de cada uno de ellos.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



II. Desarrollo de procedimientos de evaluación interna del proveedor de servicios

Objetivo II.1. - Desarrollo de procedimientos de evaluación interna del SES.

Acciones Concretas

- Inclusión de estrategias de evaluación interna en el desarrollo del Plan Estratégico del SES.
- Inclusión de la evaluación interna en los Contratos de Gestión.
- Constitución de Grupos de Trabajo para el desarrollo de herramientas de evaluación interna.

Responsable

- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Estrategias de evaluación interna incluidas en el Plan Estratégico del SES.
- Informes de evaluación específicos sobre Contratos de Gestión.
- Encuestas de satisfacción de usuarios.
- Encuestas de satisfacción de profesionales .
- Medidas de evaluación interna no incluidas en los apartados anteriores.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



III. Establecimiento de elementos fundamentales para el desarrollo de la autoevaluación de CSES

Objetivo III.1. - Establecimiento de sistemas de autoevaluación como proceso interno, así como paso previo para la acreditación de centros y servicios de atención a la salud.

Acciones Concretas

- Aplicación del Manual para la Autoevaluación de CSES en la CAE.
- Desarrollo de la aplicación informática del Modelo, disponible a través de la página web designada al efecto.
- Realización del Pilotaje de autoevaluación en CSES del entorno de la CAE.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Gerencias de Áreas de Salud.

Indicadores

- Actividades realizadas en aplicación del Manual para la Autoevaluación de CSES.
- Existencia de la aplicación informática del Modelo en la página web designada al efecto.
- Realización del Pilotaje de autoevaluación.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



IV. Establecimiento de elementos fundamentales para el desarrollo de procedimientos de evaluación externa

Objetivo IV.1. - Desarrollo de procedimientos de evaluación externa por la Consejería de Sanidad y Consumo.

Acciones Concretas

- Desarrollo de los Planes Anuales de la Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones.
- Elaboración de informes de evaluación externa del SES.
- Elaboración de informes de evaluación e inspección sobre centros sanitarios privados.
- Elaboración de informes de evaluación sobre Plan de Salud de Extremadura, Plan Estratégico del SES, Contrato Programa, Contratos de Gestión, etc.
- Desarrollar estrategias de planificación que aseguren la puesta en marcha de las medidas correctoras de cara a la mejora continua de la calidad de la organización.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Cumplimiento del Plan Anual de la Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones.
- Informes de evaluación elaborados.
- Establecimiento de conclusiones y propuestas al Consejo de Dirección del SES a través de la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



V. Evaluación de Cartera de Servicios

Objetivo V.1.- Evaluación y verificación de Cartera de Servicios: AP/AE/Sociosanitarios.

Acciones Concretas

- Desarrollo de la Orden de 17 de marzo de 2004, por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la Cartera de Servicios del SSPE.
- Crear grupos de trabajo que definan y desarrollen propuestas de evaluación de Cartera.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Sociedades Científicas.

Indicadores

- Publicación de la Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud.
- Definición de la metodología de evaluación de Cartera (AP/AE/Socio-sanitario).

Cronograma

- Medio plazo.



VI. Utilización de reclamaciones y sugerencias como elementos puntuales de la evaluación interna y externa

Objetivo VI.1.- Explotación de la información derivada de las reclamaciones y sugerencias.

Acciones Concretas

- Desarrollo de la Orden de 26 de noviembre de 2003, por la que se regula la tramitación de reclamaciones y sugerencias relativas a la actividad sanitaria, dirigidas por los usuarios del SSPE al SES.
- Aplicar mecanismos de evaluación externa e interna de las reclamaciones y sugerencias.
- Desarrollo de procedimientos en materia de gestión de reclamaciones y sugerencias, entre el SES y el Defensor de los Usuarios del SSPE.

Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Defensor de los Usuarios del SSPE

Indicadores

- Existencia de informes de evaluación sobre reclamaciones y sugerencias.
- Existencia de procedimiento formal entre el SES y el Defensor de los Usuarios del SSPE.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



VII. Utilización de mecanismos de evaluación previos a la introducción de nuevas tecnologías y prestaciones en el SSPE

Objetivo VII.1.- Evaluación de tecnologías: investigación de las consecuencias técnicas, sociales, económicas, éticas y legales derivadas del uso de la tecnología, previamente a la implantación de las mismas.

Acciones Concretas

- Implicación de la Comisión de Evaluación y Calidad, y del Consejo Científico Asesor del SSPE, en evaluación de tecnologías.
- Definir circuitos de evaluación de tecnologías que incluyan a Comisión Técnica de cartera de servicios, Comités de Investigación, Comités de Bioética y Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Comisión de Evaluación y Calidad del SSPE.
- Consejo Científico Asesor del SSPE.
- Comités de Bioética.
- Comités de Investigación.
- Comisión Técnica de Cartera de Servicios del SES.

Indicadores

- Informes sobre el impacto producido por el desarrollo de nuevas tecnologías, fundamentalmente las tecnologías de la información.
- Informes sobre la evolución de las demandas de los ciudadanos (aspecto social).



- Informes sobre los cambios en las técnicas diagnósticas y terapéuticas.
- Definición de mecanismos de evaluación previos a la implantación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico en nuestra comunidad.

Cronograma

- Largo plazo.





Pilar Estratégico de Investigación y Formación

Líneas estratégicas

En el ámbito del estado, la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, determina en su artículo 34, que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del SNS. Asimismo establece, en el artículo 44, los principios que deben regir la investigación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura establece, en su artículo 43, que la estructura asistencial del Sistema Sanitario Público de Extremadura debe reunir los requisitos que permitan su utilización para la docencia pregraduada y postgraduada. De igual manera, todos sus centros, servicios y establecimientos deben estar en disposición de favorecer la investigación. Por otro lado, el artículo 44 indica que la Junta de Extremadura velará para que la formación de los profesionales de la salud se adecue a las necesidades del SSPE y que los programas de formación de los centros universitarios, o con función universitaria, deberán ser objeto de coordinación entre la Universidad y las Administraciones Públicas de Extremadura, de acuerdo con sus respectivas competencias. Asimismo, determina que la estructura



asistencial del Sistema Sanitario Público de Extremadura deberá ser utilizada para la formación continuada de los trabajadores sanitarios.

Por su parte, el Decreto 80/2003, de 15 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo, indica que corresponden a la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias las competencias en la elaboración de las directrices de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma en materia de formación de los profesionales del SSPE y en la planificación, coordinación y acreditación de la formación continuada. Asimismo asigna a esta misma Dirección General competencias en el diseño y evaluación de las políticas de investigación sanitaria, sin perjuicio de la superior coordinación de la Consejería de Infraestructuras y Desarrollo Tecnológico de la Junta de Extremadura.

OBJETIVOS GENERALES

- I. Garantizar el compromiso del Sistema Sanitario Público de Extremadura de una investigación en y para la calidad**
- II. Garantizar el compromiso del Sistema Sanitario Público de Extremadura en la formación para la adquisición, actualización y mejora de las competencias de todos sus trabajadores**



OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
I. Garantizar el compromiso del Sistema Sanitario Público de Extremadura de una investigación en y para la calidad	<ol style="list-style-type: none">1. Facilitar la creación y dotación de estructuras destinadas a la investigación.2. Fomentar una cultura de investigación dentro del SSPE.3. Establecer las líneas de investigación propias del SSPE, considerando las establecidas por instancias regionales, nacionales e internacionales.4. Facilitar la difusión, diseminación y aplicación de los resultados de la investigación.
II. Garantizar el compromiso del Sistema Sanitario Público de Extremadura en la formación para la adquisición, actualización y mejora de las competencias de todos sus trabajadores	<ol style="list-style-type: none">1. Garantizar la adquisición, actualización y mejora de las competencias de los trabajadores del SSPE.2. Propiciar la participación de profesionales del SSPE en actividades docentes como elemento motivador y de desarrollo profesional.3. Adecuar los contenidos de la formación a las necesidades de la sociedad, de los profesionales y del SSPE.4. Coordinar las actividades y recursos de formación de todas las entidades proveedoras de formación en Ciencias de la Salud.



OBJETIVOS Y ACCIONES

I. Garantizar el compromiso del Sistema Sanitario Público de Extremadura de una investigación en y para la calidad

Objetivo I.1.- Facilitar la creación y dotación de estructuras destinadas a la investigación.

Acciones Concretas

- Favorecer la conexión entre centros de I+DT+I (investigación, desarrollo tecnológico e innovación) para la creación de redes cooperativas y para compartir profesionales de apoyo.
- Estimular la participación de la iniciativa privada a través de marcos jurídicos y de financiación adecuados.
- Establecer acuerdos con las Sociedades Científicas para el desarrollo de I+DT+I.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección General de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación.
- Sociedades Científicas.
- Universidad de Extremadura y otras universidades con implantación en la CAE.

Indicadores

- Número de redes de investigación cooperativa. Número de nodos en redes nacionales.
- Desarrollo de FUNDESALUD.
- Número de acuerdos con Sociedades Científicas para el desarrollo de I+DT+I.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



Objetivo I.2.- Fomentar una cultura de investigación dentro del SSPE.

Acciones Concretas

- Establecer objetivos de I+DT+I dentro de los Contratos de Gestión del SES con las diferentes Áreas de salud.
- Incentivar la participación de los profesionales en actividades de I+DT+I.
- Contemplar, dentro de los planes de formación, aspectos relacionados con la metodología y la gestión de I+DT+I y facilitar el acceso a las fuentes de conocimiento.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.

Indicadores

- Existencia de objetivos de I+DT+I en los Contratos de Gestión del SES con las Áreas de Salud.
- Presencia de indicadores de I+DT+I entre los criterios para la carrera profesional.
- Número de actividades formativas relacionadas con la I+DT+I.
- Existencia de biblioteca virtual.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



Objetivo I.3.- Establecer las líneas de investigación propias del SSPE, considerando las establecidas por instancias regionales, nacionales e internacionales.

Acciones Concretas

- Realizar un análisis de situación de la I+DT+I en salud en el marco del SSPE.
- Establecer acuerdos con la Universidad y otros centros de I+DT+I.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.
- Dirección General de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación.

Indicadores

- Número de acuerdos establecidos con la Universidad y otros centros de I+DT+I.
- Análisis de situación de I+DT+I en el marco del SSPE.
- Número de proyectos y financiación obtenida en las convocatorias de proyectos de investigación regionales, nacionales e internacionales.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



Objetivo I.4.- Facilitar la difusión, diseminación y aplicación de los resultados de la investigación.

Acciones Concretas

- Favorecer encuentros, foros, publicaciones,... que faciliten el intercambio de experiencias en I+DT+I.
- Desarrollar un sistema de evaluación integral de las actividades de I+DT+I.

Responsables

- Consejería de Sanidad y Consumo.
- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- FUNDESALUD.
- Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.

Indicadores

- Número de actividades financiadas, patrocinadas, o en las que colabora la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Extremeño de Salud.
- Número de actividades científicas con reconocimiento de interés sanitario.
- Existencia de un sistema de evaluación de actividades de I+DT+I.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



II. Garantizar el compromiso del Sistema Sanitario Público de Extremadura en la formación para la adquisición, actualización y mejora de las competencias de todos sus trabajadores

Objetivo II.1.- Garantizar la adquisición, actualización y mejora de las competencias de los trabajadores del SSPE

Acciones Concretas

- Establecer el mapa de competencias de los diferentes perfiles profesionales.
- Facilitar el acceso de los trabajadores a las actividades de formación.
- Desarrollo de las estructuras de formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Definición de las competencias de los diferentes profesionales que integran el SSPE.
- Número de profesionales que participan como discentes en actividades formativas, propias y externas.
- Desarrollo de la plataforma de e-Learning.
- Convocatoria de ayudas para actividades de formación externa.
- Publicación de la Orden de la Comisión de Formación Especializada en Ciencias de la Salud.

Cronograma

- Medio y largo plazo.



Objetivo II.2.- Propiciar la participación de profesionales del SSPE en actividades docentes como elemento motivador y de desarrollo profesional.

Acciones Concretas

- Desarrollo de sistemas de acreditación para actividades formativas, centros y unidades.
- Modificación de la Orden de la Comisión de Formación Continuada en Ciencias de la Salud.
- Introducir objetivos de formación y docencia en los Contratos de Gestión del SES con las diferentes Áreas de Salud.
- Incluir indicadores de formación y docencia entre los criterios para la carrera profesional.
- Facilitar el acceso de los profesionales del SSPE a las fuentes de conocimiento.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.
- FUNDESALUD.

Indicadores

- Existencia de sistemas de acreditación para actividades formativas, centros y unidades.
- Existencia de la modificación de la Orden de la Comisión de Formación Continuada en Ciencias de la Salud.
- Existencia de objetivos de formación y docencia en los Contratos de Gestión del SES con las Áreas de Salud.
- Presencia de indicadores de formación y docencia entre los criterios para la carrera profesional.
- Número de profesionales que participan como docentes en actividades formativas, propias y externas.
- Desarrollo de la biblioteca virtual.

Cronograma

- Corto y medio plazo.



Objetivo II.3.- Adecuar los contenidos de la formación a las necesidades de la sociedad, de los profesionales y del SSPE.

Acciones Concretas

- Desarrollo de un Plan de Formación Continuada con participación de todas las unidades del SES y de la Consejería de Sanidad y Consumo.
- Definición de las estructuras de formación continuada en las diferentes Áreas de Salud.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.

Indicadores

- Estudio de necesidades formativas de los profesionales del SSPE.
- Elaboración periódica de planes de formación.
- Desarrollo efectivo, en el área de formación e investigación, del Decreto 189/2004, de 14 de diciembre.

Cronograma

- Medio y largo plazo.



Objetivo II.4.- Coordinar las actividades y recursos de formación de todas las entidades proveedoras de formación en Ciencias de la Salud.

Acciones Concretas

- Establecer colaboraciones con entidades públicas y privadas en materia de formación, y de forma singular con la Universidad de Extremadura.
- Estimular la participación de la iniciativa privada en temas de formación a través de marcos jurídicos y de financiación adecuados.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.
- FUNDESALUD.

Indicadores

- Desarrollo del Concierto con la Universidad de Extremadura.
- Acuerdos con entidades de provisión de actividades formativas.
- Desarrollo de FUNDESALUD.

Cronograma

- Corto, medio y largo plazo.





Pilar Estratégico de Sistemas de Información Sanitaria

Líneas estratégicas

En las organizaciones sanitarias existe un elevado volumen de información, tanto de carácter administrativo, como de los procesos directamente relacionados con la atención al paciente. Por ello, se hace necesario disponer de un sistema de información integral e integrado, que de respuesta a las necesidades de Gestión, Atención Sanitaria y Sociosanitaria.

Pero el sistema sanitario precisa, además, disponer de los canales de información y comunicación necesarios en su relación con otras empresas del sector, grupos de interés, administraciones públicas, etc., de manera que otra de las líneas estratégicas de este pilar sería la de posibilitar la interacción del Sistema de Información con otras organizaciones.

En una sociedad como la actual, en la que los sistemas de información y comunicación están al alcance de los ciudadanos, y en la que cada vez se demanda con mayor interés la información acerca de los procesos y procedimientos que afectan a los pacientes, es importante proporcionar los canales de contacto adecuados de los ciudadanos con la organización.



OBJETIVOS GENERALES

- I. Determinar las necesidades de información de la organización**
- II. Proporcionar al Sistema Sanitario Público de Extremadura los instrumentos que permitan conocer las necesidades de salud de la población para su gestión adecuada**
- III. Proporcionar al SSPE las herramientas necesarias para generar, adquirir, mantener y transmitir cualquier información sanitaria**
- IV. Proporcionar al SSPE las herramientas que permitan conocer los procesos de soporte**
- V. Implicar a los profesionales del Sistema Sanitario Público Extremeño en los Sistemas de Información**
- VI. Incorporar criterios de calidad a los Sistemas de Información**
- VII. Posibilitar la integración entre Sistemas de Información de distintas Organizaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura**
- VIII. Adscripción a estándares de Sistemas de Información Sanitaria reconocidos internacionalmente**
- IX. Mejorar la accesibilidad de los usuarios al Sistema Sanitario Público de Extremadura**



OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
I. Determinar las necesidades de información de la organización	1. Establecer un adecuada coordinación entre las distintas unidades de la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Extremeño de Salud.
II. Proporcionar al Sistema Sanitario Público de Extremadura los instrumentos que permitan conocer las necesidades de salud de la población para su gestión adecuada	1. Crear el Sistema de Información Poblacional de Extremadura. 2. Crear Sistemas de Información de Salud Específicos. 3. Crear Sistemas de Información Geográficos. 4. Crear Sistemas de Información de centros, establecimientos y servicios sanitarios y sociosanitarios. 5. Crear Sistemas de Análisis de la Información.
III. Proporcionar al Sistema Sanitario Público de Extremadura las herramientas necesarias para generar, adquirir, mantener y transmitir cualquier información sanitaria	1. Crear la Historia de Salud Única.
IV. Proporcionar al Sistema Sanitario Público de Extremadura las herramientas que permitan conocer los procesos de soporte	1. Crear los Sistemas de Información de los Procesos de Soporte.



OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
V. Implicar a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura en los Sistemas de Información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar formación en Sistemas de Información. 2. Fomentar el desarrollo y uso de herramientas de gestión del conocimiento.
VI. Incorporar criterios de calidad a los Sistemas de Información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar la calidad mediante sistemas de acreditación. 2. Garantizar la confidencialidad de los datos sanitarios.
VII. Posibilitar la integración entre Sistemas de Información de distintas Organizaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuar los Sistemas de Información para poder interoperar con la Consejería de Bienestar Social.
VIII. Realizar la adscripción a estándares de Sistemas de Información Sanitaria reconocidos internacionalmente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar en grupos de trabajo de estándares.
IX. Mejorar la accesibilidad de los usuarios al Sistema Sanitario Público de Extremadura.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la información que reciben los usuarios del SSPE. 2. Simplificar trámites administrativos con el SSPE. 3. Posibilitar un flujo clínico-administrativo único que simplifique las tareas burocráticas de los usuarios en su contacto con el SSPE.



OBJETIVOS Y ACCIONES

I. Determinar las necesidades de información de la organización

Objetivo I.1.- Establecer una adecuada coordinación entre las distintas unidades de la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Extremeño de Salud.

Acciones Concretas

- Unificación de los Sistemas de Información.
- Participación de los profesionales en grupos de diseño y desarrollo de SI.

Responsables

- Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud.
- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Existencia de una única Unidad de Sistemas de Información.
- Comités en los que participan profesionales del SSPE.

Cronograma

- Medio plazo.



II. Proporcionar al Sistema Sanitario Público de Extremadura los instrumentos que permitan conocer las necesidades de salud de la población para su gestión adecuada

Objetivo II.1. - Crear el Sistema de Información Poblacional de Extremadura.

Acciones Concretas

- Desarrollo e implantación del *Proyecto «Civitas»*, por el que se explotará la base de datos de gestión de recursos sanitarios y de usuarios del SSPE, entendiendo como usuarios a los titulares de los derechos y deberes a que hace referencia el artículo 10 de la Ley 10/ 2001, de 28 de junio de Salud de Extremadura.

Responsables

- Secretaría General de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Número de centros con implantación del Sistema de Información Poblacional de Extremadura.
- Número de módulos implantados del Sistema de Información Poblacional de Extremadura.

Cronograma

- Corto plazo.

Objetivo II.2. - Crear Sistemas de Información de Salud Específicos.

Acciones Concretas

- Desarrollo e implantación de un sistema integral de Vigilancia de la Salud Pública que incluya de forma regular el análisis, la evaluación de resultados y la comunicación de la información generada por el sistema de información a los niveles operativos.



- Desarrollo e implantación de los Sistemas de información específicos de los diferentes problemas de Salud.
- Desarrollo e implantación de los Sistemas de información en el ámbito de la Seguridad alimentaria y Salud medio-ambiental, que permitan la prevención y control de riesgos para la salud en estas materias.

Responsables

- Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria.
- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Implantación de un sistema integral de Vigilancia de la Salud Pública.
- Nº de Sistemas de Información específicos implantados de forma operativa en la CAE.

Cronograma

- Largo plazo.

Objetivo II.3. - Crear Sistemas de Información Geográficos.

Acciones Concretas

- Desarrollo e implantación del *Proyecto «Orellana»*, por el que se crea un Sistema de Información Geográfico de Salud.

Responsable

- Secretaría General de la Consejería de Sanidad y Consumo.



Indicadores

- Implantación o no.

Cronograma

- Largo plazo.

Objetivo II.4. - Crear Sistemas de Información de centros establecimientos y servicios sanitarios y sociosanitarios.

Acciones Concretas

- Desarrollo e implantación de los Sistemas de Información en el ámbito de la Administración Sanitaria, que permitan el control sanitario de centros, establecimientos y servicios sanitarios.

Responsables

- Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.
- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Implantación o no del Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura (RECESS).

Cronograma

- Corto plazo.



Objetivo II.5. - Crear Sistemas de Análisis de la Información.

Acciones Concretas

- Diseño y construcción de un repositorio y sistema de análisis de datos de salud, capaz de integrar la información generada en todos los ámbitos de la actividad sanitaria.

Responsable

- Secretaría General de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Implantación o no.

Cronograma

- Largo plazo.

III. Proporcionar al Sistema Sanitario Público de Extremadura las herramientas necesarias para generar, adquirir, mantener y transmitir cualquier información sanitaria

Objetivo III.1. - Crear la Historia de Salud Única.

Acciones Concretas

- Diseño e implantación de un nuevo sistema de información de atención sanitaria para todo el SSPE.
- Desarrollo e implantación del *Proyecto «Zurbarán»*, por el que se digitalizan e intercomunican todos los servicios de radiología de la Comunidad, con acceso a las imágenes generadas desde cualquier punto de la Intranet del SES.



- Desarrollo e implantación del *Proyecto «Cornalvo»*, por el que se integran todos los Sistemas de Información de los Laboratorios, con un repositorio centralizado, con acceso desde cualquier punto de la Intranet del SES.

Responsable

- Dirección Gerencia del SES.
- Gerencias de Área del SES.

Indicadores

- Implantación o no de un nuevo Sistema de Información de atención sanitaria para todo el SSPE.
- Número de Áreas de Salud con implantación del Proyecto «Zurbarán».
- Número de Áreas de Salud con implantación del Proyecto «Cornalvo».

Cronograma

- Medio plazo.

IV. Proporcionar al Sistema Sanitario Público de Extremadura las herramientas que permitan conocer los procesos de soporte

Objetivo IV.1. - Crear los Sistemas de Información de los Procesos de Soporte.

Acciones Concretas

- Diseño e implantación del nuevo sistema de gestión de recursos económicos del SES.
- Diseño e implantación del nuevo sistema de gestión de recursos humanos del SES.

Responsable

- Dirección Gerencia del SES.



Indicadores

- Implantación o no.

Cronograma

- Corto plazo.

V. Implicar a los profesionales del Sistema Sanitario de Extremadura en los Sistemas de Información

Objetivo V.1. – Realizar formación en Sistemas de Información.

Acciones Concretas

- Planes de formación específicos en Sistemas de Información para los profesionales.
- Creación de nuevos instrumentos de formación.

Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Existencia o no de Planes de formación específicos en Sistemas de Información.
- Número de cursos de formación específicos en Sistemas de Información realizados.
- Existencia de nuevas herramientas de formación.

Cronograma

- Corto- Medio plazo.



Objetivo V.2. - Fomentar el desarrollo y uso de herramientas de gestión del conocimiento.

Acciones Concretas

- Diseño e implantación de herramientas de gestión del conocimiento.
- Creación de Comités Científico-Técnicos que den soporte a las herramientas de gestión del conocimiento.

Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Existencia o no de herramientas de gestión del conocimiento.
- Comités Científico-Técnicos creados.

Cronograma

- Medio plazo.

VI. Incorporar criterios de calidad a los Sistemas de Información

Objetivo VI.1. - Controlar la calidad mediante sistemas de acreditación.

Acciones Concretas

- Definición de protocolos para la acreditación del Sistema de Información.



Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.

Indicadores

- Protocolos definidos.
- Número de Sistemas de Información acreditados.

Cronograma

- Largo plazo.

Objetivo VI.2. Garantizar la confidencialidad de los datos sanitarios.

Acciones Concretas

- Arbitrar los mecanismos para la seguridad y confidencialidad de los datos.

Responsable

- Secretaría General de la Consejería de Sanidad y Consumo.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Existencia de Reglamentos de medidas de seguridad de la información.

Cronograma

- Medio plazo.



VII. Posibilitar la integración entre Sistemas de Información de distintas Organizaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura

Objetivo VII.1. – Adecuar los Sistemas de Información para poder interoperar con la Consejería de Bienestar Social.

Acciones Concretas

- Establecer un documento marco de Sistemas de Información SocioSanitarios entre la Consejería de Sanidad y Consumo y la de Bienestar Social de la Junta de Extremadura.

Responsable

- Consejería de Sanidad y Consumo.
- Consejería de Bienestar Social.

Indicadores

- Existencia o no de un documento marco de Sistemas de Información SocioSanitarios entre la Consejería de Sanidad y Consumo y la de Bienestar Social de la Junta de Extremadura.

Cronograma

- Largo plazo.



VIII. Realizar la adscripción a estándares de Sistemas de Información sanitaria reconocidos internacionalmente

Objetivo VIII.1.- Participar en grupos de trabajo de estándares.

Acciones Concretas

- Participación en el grupo IHE España.
- Participación en el grupo HL7 España.
- Participación en grupos del Comité Técnico para Informática Médica (TC251) del CEN (Comité Europeo de Normalización).

Responsable

- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Participación o no en grupos de trabajo de estándares.

Cronograma

- Corto plazo.



IX. Mejorar la accesibilidad de los usuarios al Sistema Sanitario Público de Extremadura

Objetivo IX.1.- Mejorar la información que reciben los usuarios del SSPE.

Acciones Concretas

- Desarrollo del «Portal de Salud de Extremadura», accesible desde Internet.

Responsable

- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Implantación o no.

Cronograma

- Corto plazo.

Objetivo IX.2. - Simplificar trámites administrativos con el SSPE.

Acciones Concretas

- Hacer accesible la realización de trámites administrativos por parte de los ciudadanos a través de Internet («Portal de Salud de Extremadura»).

Responsable

- Secretaría General de la Consejería de Sanidad y Consumo.



Indicadores

- Tener accesible a través del «Portal de Salud de Extremadura», una vía de acceso a trámites administrativos con el SSPE.

Cronograma

- Largo plazo.

Objetivo IX.3.- Posibilitar un flujo clínico-administrativo único que simplifique las tareas burocráticas de los usuarios en su contacto con el SSPE.

Acciones Concretas

- Diseño e implantación de un nuevo Sistema de Información de atención sanitaria para todo el SSPE.

Responsable

- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Implantación o no.

Cronograma

- Medio plazo.





Pilar Estratégico de Desarrollo Profesional

Líneas estratégicas

En el ámbito del Estado, la Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios mínimos del desarrollo profesional, entendido este como un elemento fundamental en la modernización del Sistema Nacional de Salud a través del progreso individual del profesional en el ámbito de sus competencias, alcanzando un reconocimiento mediante un sistema de Carrera Profesional.

Entre los elementos clave de desarrollo profesional se encuentran la Formación Continuada, la Carrera Profesional y la Evaluación de las competencias.

Para el desarrollo de los elementos citados en el párrafo anterior se hace necesaria la existencia de unas directrices mínimas del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que permitan un desarrollo homologable a nivel de todas las Comunidades Autónomas. Por otro lado, en la Comunidad Autónoma de Extremadura entendemos este desarrollo al amparo de lo establecido en la normativa básica estatal, donde a través de la gestión adecuada del conocimiento en Ciencias de



la Salud, se permite un desarrollo profesional en consonancia con las necesidades de la organización sanitaria, pero con la libertad necesaria para que este desarrollo sea individualizado en función de las preferencias de los profesionales, siendo este un elemento motivador en sí mismo.

La Carrera Profesional es el sistema que debe permitir el reconocimiento de los méritos de los profesionales del SSPE a lo largo de su vida laboral. El establecimiento de un Servicio Autónomo de Salud basado en Áreas de salud donde se produce la integración de procesos de atención, la orientación de la Cartera de Servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura y la transformación de los Sistemas de Información a través del Proyecto «Jara», permitirá que se delimiten con mayor capacidad las competencias de cada puesto, tercer elemento clave en el desarrollo profesional.

La planificación del desarrollo profesional debe entonces conjugar de forma adecuada la gestión del conocimiento en Ciencias de la Salud, el establecimiento de los procesos con el apoyo del sistema de información sanitario y el desarrollo de la Carrera Profesional como sistema de reconocimiento.

OBJETIVOS GENERALES

- I. Orientar las políticas de información, formación e investigación de profesionales del SSPPE hacia la gestión del conocimiento en Ciencias de la Salud**
- II. Establecer los grandes grupos de competencias profesionales en el ámbito de las Ciencias de la Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura**
- III. Implantar un modelo de desarrollo profesional para el SSPE, que incluya los mínimos establecidos por el Consejo Interterritorial del SNS, y sea congruente con las herramientas de planificación política y estratégica sanitaria de la CAE**



OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
I. Orientar las políticas de información, formación e investigación de profesionales del SSPE hacia la gestión del conocimiento en Ciencias de la Salud	<ol style="list-style-type: none">1. Detectar y priorizar las necesidades formativas en Ciencias de la Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.2. Orientar, a través de la metodología más adecuada, la información, formación e investigación clínica y traslacional hacia la cobertura de las necesidades de conocimientos y la transferencia de los resultados al SSPE.
II. Establecer los grandes grupos de competencias profesionales en el ámbito de las Ciencias de la Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura	<ol style="list-style-type: none">1. Establecer los procesos de atención a través de la Cartera de Servicios del SSPE, en las áreas de formación, docencia e investigación incluidas dentro de las competencias profesionales.2. Detectar las necesidades de la organización sanitaria para la mejora continua de la calidad de la atención a los ciudadanos.3. Elaborar un mapa de grandes áreas de competencias que permita orientar a los profesionales en su desarrollo profesional, con la definición de los puestos de trabajo a través del estudio de los Recursos Humanos necesarios y la adaptación de estos a las necesidades cambiantes del SSPE.
III. Implantar un modelo de desarrollo profesional para el SSPE, que incluya los mínimos establecidos por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y sea congruente con las herramientas de planificación política y estratégica sanitaria de la CAE	<ol style="list-style-type: none">1. Implantar un Plan de Gestión del Conocimiento en Ciencias de la Salud.2. Establecer mecanismos de evaluación de competencias, fomentando la autoevaluación de las mismas.3. Establecer un sistema de reconocimiento como Carrera Profesional homologable en el Sistema Nacional de Salud, adaptado a la realidad de la Comunidad Autónoma de Extremadura.



OBJETIVOS Y ACCIONES

I. Orientar las políticas de información, formación e investigación de profesionales del SSPE hacia la gestión del conocimiento en Ciencias de la Salud

Objetivo I.1.- Detectar y priorizar las necesidades formativas en Ciencias de la Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Acciones Concretas

- Detectar a través de la metodología adecuada, las necesidades de formación en el ámbito de las Ciencias de la Salud, basándose en el análisis de necesidades de salud de la población, preferencia de los ciudadanos como centro de las políticas sanitarias, y las necesidades de formación sentidas y no sentidas por los profesionales.

Responsables

- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

- Utilización de los elementos de planificación política y estratégica sanitaria para elaborar los planes de desarrollo profesional, incorporando las necesidades de salud de la población a estos planes.
- Utilización de las encuestas de satisfacción de los ciudadanos para elaborar los planes de desarrollo profesional, incorporando las preferencias de los ciudadanos a estos planes.
- Existencia de encuestas sobre necesidades de formación sentidas por los profesionales en el campo de las Ciencias de la Salud.
- Existencia de técnicas que permitan detectar las necesidades formativas no sentidas por los profesionales en el campo de las Ciencias de la Salud.



Cronograma

- Medio plazo.

Objetivo I.2- Orientar, a través de la metodología más adecuada, la información, formación e investigación clínica y traslacional hacia la cobertura de las necesidades de conocimientos y la transferencia de los resultados al SSPE.

Acciones Concretas

- Favorecer el acceso de los profesionales a la información y documentación en Ciencias de la Salud.
- Establecer planes anuales de formación en Ciencias de la Salud, en consonancia con lo establecido en otro de los pilares estratégicos de este Plan Marco, y con las necesidades detectadas a través de las acciones reflejadas en el objetivo I.1 de este pilar.
- Fomentar la investigación clínica, con especial incidencia en la traslacional, en consonancia con el VI Programa Marco Europeo, el Plan Nacional de Investigación y el III Plan Regional de Investigación de Extremadura.
- Desarrollar herramientas de formación, información, y alianzas con empresas, que permitan la transferencia del conocimiento al SSPE.

Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- FUNDESALUD.

Indicadores

- Existencia de una biblioteca virtual accesible a los profesionales del SSPE.
- Existencia de Planes de Formación en Ciencias de la Salud, que contemplen las actividades correspondientes a las necesidades de formación de los profesionales, a través de diferentes



metodologías.

- Financiación de proyectos de investigación y servicios de apoyo a la investigación clínica en las diferentes Áreas de salud.
- Existencia de convenios de colaboración con la Universidad de Extremadura para promover la investigación traslacional.
- Existencia de convenios con empresas y con el SSPE, a través de FundeSalud, para la transferencia de los resultados de investigación.

Cronograma:

- Medio plazo.

II. Establecer los grandes grupos de competencias profesionales en el ámbito de las Ciencias de la Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura

Objetivo II.1.- Establecer los procesos de atención a través de la Cartera de Servicios del SSPE, en las áreas de formación, docencia e investigación incluidas dentro de las competencias profesionales.

Acciones Concretas

- Establecer la Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud con arreglo a la Orden de 17 de marzo de 2004, por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la Cartera de Servicios del SSPE, delimitando las competencias por profesionales y niveles de atención.
- Determinación de indicadores de competencias y méritos de formación y docencia en cualquiera de las etapas del proceso formativo.
- Determinar indicadores de competencias y méritos en la investigación en Ciencias de la Salud, que orienten al profesional hacia la excelencia en esta materia.



Responsables

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.
- Consejo Científico Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- Comisión Técnica de Cartera de Servicios del SES.
- Comisión de Evaluación y Calidad del SSPE.
- Colegios Profesionales, Sociedades Científicas...

Indicadores

- Existencia de un Plan de Gestión del Conocimiento en Ciencias de la Salud que contemple y desarrolle todos estos elementos.
- Incorporación de las diferentes competencias identificadas en los sucesivos planes de información, formación e investigación de los profesionales sanitarios.

Cronograma

- Medio plazo.

Objetivo II.2.- Detectar las necesidades de la organización sanitaria para la mejora continua de la calidad de la atención a los ciudadanos.

Acciones Concretas

Las acciones a llevar a cabo con respecto a este objetivo deben estar en consonancia con el Modelo de Calidad de CSES, así como con los estudios realizados sobre reclamaciones y sugerencias. Dichas acciones consistirán en la detección de necesidades de la organización sanitaria para la mejora continua de:



- La calidad de la atención sanitaria y sociosanitaria.
- La calidad relacional con el ciudadano y los profesionales.
- La seguridad en las actuaciones llevadas a cabo.
- La gestión.

Responsables

- Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicadores

Incorporación de los siguientes ítems en todos los elementos de desarrollo profesional (acceso a la información, Planes de Formación y acciones de Investigación clínica):

- Gestión de riesgos sanitarios.
- Gestión de las organizaciones sanitarias y la gestión clínica como línea estratégica de formación.
- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica.

Cronograma

- Medio plazo.

Objetivo II.3.- Elaborar un mapa de grandes áreas de competencias que permita orientar a los profesionales en su desarrollo profesional, con la definición de los puestos de trabajo a través del estudio de los Recursos Humanos necesarios y la adaptación de estos a las necesidades cambiantes del SSPE.

Acciones Concretas

- Establecer un mapa de grandes áreas de competencias, que oriente a los profesionales del SSPE hacia la excelencia en su desarrollo profesional. Este mapa contendrá al menos competencias referidas a:
 - La atención al ciudadano.
 - La Investigación, Desarrollo e Innovación.



- Compromiso con la organización, inspirado en el Modelo de Calidad de CSES, y en la definición de puestos de trabajo a través del estudio de los Recursos Humanos necesarios y la adaptación de estos a las necesidades cambiantes del SSPE.
- Competencias científico-técnicas: Formación y Docencia.

Responsable

- Consejería de Sanidad y Consumo.
- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias. Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.
- Fundesalud.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicador

- Incorporación de las competencias de los diferentes puestos de trabajo a todos los elementos de desarrollo profesional (acceso a la información, Planes de Formación y realización de la Investigación Clínica).

Cronograma

- Largo plazo.

III. Implantar un modelo de desarrollo profesional para el SSPE, que incluya los mínimos establecidos por el Consejo Interterritorial del SNS, y sea congruente con las herramientas de planificación política y estratégica sanitaria de la CAE

Objetivo III.1.- Implantar un Plan de Gestión del Conocimiento en Ciencias de la Salud.

Acciones Concretas

- Establecer un Plan de Gestión del Conocimiento en Ciencias de la Salud.
- Implantación progresiva de dicho Plan.



Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.

Indicadores

- Existencia del Plan de Gestión del Conocimiento en Ciencias de la Salud.
- Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión del Conocimiento en Ciencias de la Salud.

Cronograma

- Medio plazo.

Objetivo III.2.- Establecer mecanismos de evaluación de competencias, fomentando la autoevaluación de las mismas.

Acciones Concretas

- Mediante diferentes metodologías, establecer sistemas de evaluación de competencias, basados en el mapa elaborado siguiendo los criterios establecidos.
- Implantar el sistema de evaluación de competencias, con preferencia de sistemas adaptados a la dispersión geográfica de la CAE, en consonancia con el autoservicio del profesional del Proyecto «Jara».

Responsable

- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Dirección Gerencia del SES.



Indicadores

- Existencia de criterios claros, homogéneos y homologables con el Sistema Nacional de Salud, para la autoevaluación de los profesionales, de manera que les permita conocer en cada momento dónde necesitan mejorar en el contexto de su desarrollo profesional.
- Existencia de una herramienta de autoevaluación dentro de los sistemas de información sanitaria de la Comunidad Autónoma, en el módulo de recursos humanos del Proyecto «Jara».
- Evaluación por parte de la Autoridad Sanitaria competente en la materia, de la realización del proceso de autoevaluación por parte de los profesionales.

Cronograma

- Medio plazo.

Objetivo III.3.- Establecer un sistema de reconocimiento como Carrera Profesional homologable en el Sistema Nacional de Salud, adaptado a la realidad de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Acciones Concretas

- Promover el cambio cultural organizacional hacia el desarrollo profesional.
- Estimular la utilización del mapa de competencias profesionales, diseñado para la orientación en el desarrollo profesional.
- Favorecer la autoevaluación de las competencias por parte de los profesionales.
- Basándose en el mapa de competencias, diseñar un modelo de Carrera Profesional como sistema de reconocimiento al desarrollo profesional, con los siguientes elementos clave:
 - El sistema de reconocimiento debe permitir el reconocimiento de los profesionales de los grupos A y B pertenecientes al SSPE, independientemente de las posibilidades que tenga su puesto de trabajo.
 - El sistema de reconocimiento estará basado en niveles, con los incentivos establecidos en cada uno de ellos.



- El sistema de reconocimiento debe permitir el desarrollo profesional en base a un compromiso con su organización, y desde el punto de vista individual.
- Para el acceso a los diferentes niveles, el profesional dispondrá de herramientas que le permitan la autoevaluación, estando sujeta esta a que en cualquier momento el Comité regional de Carrera Profesional que se establezca compruebe los resultados.

Responsables

- Consejería de Sanidad y Consumo.
- Dirección Gerencia del SES.
- Colegios Profesionales, Sociedades Científicas.

Indicadores

- Existencia del modelo de Carrera Profesional como reconocimiento del desarrollo profesional, aplicable a los grupos de profesionales recogidos en la normativa básica estatal.
- Existencia de los mecanismos de autoevaluación para acceder al reconocimiento de forma voluntaria por parte de los profesionales.
- Existencia de mecanismos de comprobación de la autoevaluación que el Comité de Carrera Profesional considere oportunos.

Cronograma

- Medio plazo.





Pilar Estratégico de Gestión y Financiación

Líneas estratégicas

El traspaso de competencias en materia sanitaria a la Comunidad Autónoma de Extremadura, mediante la publicación del R. D. 1477/2001, de 27 de diciembre, y la creación del Servicio Extremeño de Salud por la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, confieren a la Comunidad Autónoma, por un lado las competencias sanitarias y por otro la creación de un Organismo Autónomo al que se le encomienda el ejercicio de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios.

En este sentido, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura y el propio Servicio Extremeño de Salud, deben garantizar la eficiencia y la sostenibilidad del sistema, mediante una adecuada financiación, de acuerdo con la normativa básica estatal existente y en coordinación con el resto del Sistema Nacional de Salud. Así mismo, se deben articular mecanismos que permitan avanzar e innovar en la gestión de costes, en la mejora continua de la calidad y en la introducción de sistemas de gestión que garanticen el sostenimiento y desarrollo del Sistema Sanitario Extremeño.



Por otra parte, la Ley 6/1997, de 14 de abril, y la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, permiten utilizar formas de gestión diferentes a las tradicionales. Este contexto nos permitirá modificar los actuales modelos de gestión de determinados servicios no asistenciales, con importante repercusión en la mejora de la calidad percibida por los usuarios y profesionales del Sistema Sanitario de Extremadura.

Recientemente se han realizado análisis por un grupo de expertos del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comisión de Política Fiscal y Financiera, con una serie de recomendaciones en la mejora de la gestión, a las cuales este Plan Marco de Calidad se acoge, recogiendo entre sus objetivos aquellos que redundan en una apuesta decidida por estas medidas recomendadas.

OBJETIVOS GENERALES

- I. Mejorar los mecanismos de gestión económico-financiera, que incluye medidas de financiación adecuadas y de contención del gasto sanitario**
- II. Definir un modelo de financiación entre los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo y del Servicio Extremeño de Salud, y las Áreas de Salud**
- III. Desarrollar la Gestión de costes por procesos de atención**
- IV. Definir criterios de calidad en la gestión económico-financiera**
- V. Mejora de forma continua la calidad en la gestión**



OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
I. Mejorar los mecanismos de gestión económico-financiera, que incluye medidas de financiación adecuadas y de contención del gasto sanitario	<ol style="list-style-type: none">1. Adecuar la financiación a la oferta de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, en consonancia con la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.2. Realizar medidas de contención del gasto sanitario, con el desarrollo sostenible del Sistema Sanitario.
II. Definir un modelo de financiación entre los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo y del Servicio Extremeño de Salud, y las Áreas de Salud	<ol style="list-style-type: none">1. Establecer Contratos Programa entre los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo y del Servicio Extremeño de Salud, en base a las necesidades de la población y las herramientas de planificación de la política sanitaria.2. Establecer criterios de calidad en los Contratos de Gestión entre los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud y las Gerencias de Área de Salud.3. Establecer criterios de calidad en los Pactos de Gestión entre las Gerencias de Área de Salud y los centros, servicios y establecimientos sanitarios radicados en su área de influencia.
III. Desarrollar la Gestión de costes por procesos de atención	<ol style="list-style-type: none">1. Potenciar la gestión a través del análisis de costes por procesos de atención que genera la Contabilidad Analítica.2. Diseñar los Sistemas de Información para posibilitar el análisis de costes por procesos.
IV. Definir criterios de calidad en la gestión económico-financiera	<ol style="list-style-type: none">1. Establecer criterios de calidad en la gestión económico-financiera, mediante fórmulas de gestión flexibles.
V. Mejorar de forma continua la Calidad en la gestión	<ol style="list-style-type: none">1. Establecer los criterios de mejora continua de calidad para la gestión económico-financiera.2. Definir los cuadros de mandos que permitan una gestión sanitaria eficiente.



OBJETIVOS Y ACCIONES

I. Mejorar los mecanismos de gestión económico-financiera, que incluye medidas de financiación adecuadas y de contención del gasto sanitario

Objetivo I.1.- Adecuar la financiación a la oferta de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, en consonancia con la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Acciones Concretas

- Calcular los recursos precisos para cada Área de Salud, en función de la Cartera de Servicios aprobada por la Consejería de Sanidad y Consumo y el propio Servicio Extremeño de Salud, para garantizar la equidad y accesibilidad de los ciudadanos al Sistema Sanitario Público, en igualdad de condiciones y sin discriminación en función del lugar de residencia.
- Basar la financiación de cada Área de Salud en criterios de calidad de la actividad prestada, según estándares de calidad preestablecidos.
- Ajustar a su vez la Cartera de Servicios a la financiación, manteniendo la equidad, accesibilidad, eficiencia y eficacia.
- Definición de un sistema para la evaluación de la Cartera de Servicios, que garantice que el inicio de nuevas actividades y la ampliación de prestaciones garantizan la equidad en el sistema, la sostenibilidad financiera de los centros y la adecuada distribución de los recursos.

Responsables

- Dirección General de Atención Sanitaria del SES.
- Dirección General de Atención Sociosanitaria del SES.
- Dirección General de Presupuestos y Tesorería del SES.



Indicadores

- Adecuación presupuestaria a la actividad anual pactada en los Contratos de Gestión.
- Resultados de los análisis de ejecución presupuestaria anuales.

Cronograma

- Largo plazo.

Objetivo I.2.- Realizar medidas de contención del gasto sanitario, con el desarrollo sostenible del Sistema Sanitario.

Acciones Concretas

- Desarrollar medidas encaminadas a mantener el gasto sanitario, garantizando que el incremento del gasto anual sea acorde con el crecimiento de los presupuestos generales de gasto corriente de la Junta de Extremadura, de la Consejería de Sanidad y Consumo y del Servicio Extremeño de Salud. Las medidas se dirigirán a la optimización de los recursos humanos existentes y del consumo de bienes, aplicando criterios de economía de escala en la contratación de suministros y servicios.

Responsables

- Dirección Gerencia del S.E.S.
- Dirección General de Presupuestos y Tesorería.
- Gerencias de las Áreas de Salud.



Indicadores

- Cumplimiento de los presupuestos pactados en los Contratos de Gestión.
- Incrementos en los gastos corrientes acordes con el crecimiento de la actividad.
- Nivel de adecuación presupuestaria de cada Área de Salud.

Cronograma

- Largo plazo.

II. Definir un modelo de financiación entre los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo y del Servicio Extremeño de Salud, y las Áreas de Salud

Objetivo II.1.- Establecer Contratos Programa entre los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo y del Servicio Extremeño de Salud, en base a las necesidades de la población y las herramientas de planificación de la política sanitaria.

Acciones Concretas

- Consolidar el modelo de financiación de las Áreas de Salud, confiriéndole un carácter de estabilidad a largo plazo, que garantice la prestación de servicios en niveles adecuados.
- Establecer presupuestos prospectivos en base a:
 - Actividad y resultados.
 - Población protegida.
 - Evaluación de la calidad.
 - Definición de variables correctoras.
- Establecer Contratos Programa entre la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Extremeño de Salud, y Contratos de Gestión entre éste y las diferentes Áreas de Salud, acordes con las políticas de planificación sanitaria y las necesidades de la población.



Responsables

- Dirección Gerencia del SES.
- Gerencias de las Áreas de Salud.

Indicadores

- Desarrollo de un sistema de financiación de las Áreas de Salud.
- Firma de los Contratos Programa en los que se regule la financiación y la actividad a desarrollar, así como el sistema de evaluación de cada objetivo.
- Desarrollo y firma de un Contrato Programa Marco entre la Consejería de Sanidad y Consumo y el SES en el que se consolide el sistema de financiación de este organismo.

Cronograma

- Medio plazo.

Objetivo II.2.- Establecer criterios de calidad en los Contratos de Gestión entre los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud y las Gerencias de Área de Salud.

Acciones Concretas

- Establecer de forma sistemática criterios de calidad en los Contratos de Gestión, acordes con los contenidos en el presente Plan Marco de Calidad, el Plan de Salud de Extremadura y el Plan Estratégico del SES.
- Establecer en los Contratos de Gestión objetivos para el cumplimiento de los estándares establecidos en el Modelo de Calidad de CSES de la CAE, con objeto de cumplir la normativa autonómica y estatal en cuanto a acreditación, y conseguir determinadas acreditaciones de servicios y centros a lo largo de la vigencia de cada Contrato de Gestión. Los objetivos



de calidad estarán dirigidos y agrupados en cada una de las 10 categorías y 24 subcategorías establecidas en el Modelo de Calidad.

- Establecer sistemas de auditoria y controles de calidad, que permitan evaluar durante la vigencia del Contrato de Gestión el nivel de consecución de los objetivos marcados.
- Establecer indicadores evaluables con respecto a:
 - Estándares de calidad asistencial a través de la codificación de altas.
 - Estándares del Modelo de Calidad de CSES en la CAE.
 - Mejorar los procedimientos de accesibilidad de los ciudadanos al SSPE.
 - Mejoras de los niveles mínimos de contratación administrativa.
 - Estándares de ejecución presupuestaria.
 - Control de la demora en el pago a proveedores.
 - Adecuación y revisión de los procedimientos administrativos.
 - Mejoras de los objetivos de cobros a terceros.
- Desarrollar protocolos de procesos administrativos que estandaricen las tramitaciones en el marco general del SES, homogeneizando los procesos, definiendo sistemas de información que nos permitan disminuir la carga burocrática, y realizando un seguimiento adecuado de cada procedimiento iniciado en el ámbito de gestión (recursos humanos, contratación administrativa y gestión económica).
- Planificar controles de calidad a través de planes de auditoria que nos permitan evaluar el grado de consecución de los objetivos sobre calidad asistencial y calidad en los procesos administrativos, a través de empresas externas o de la creación de grupos propios de expertos.
- Iniciar un plan de acreditación de calidad en servicios no asistenciales (suministros, almacenes, hostelería, etc).

Responsables

- Dirección Gerencia del SES.
- Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias.
- Direcciones Generales del SES.



Indicadores

- Existencia de objetivos de calidad en los Contratos de Gestión, acordes con el presente Plan de Calidad, así como con el Plan de Salud de Extremadura y con el Plan Estratégico del SES.
- Existencia de objetivos de calidad en el Contrato de Gestión, para el cumplimiento de los estándares del Modelo de Calidad de CSES de la CAE.
- Elaboración del Plan de Auditoría de Calidad.
- Resultados de los indicadores de evaluación.
- Número de protocolos de procedimiento instaurados.
- Número de servicios no asistenciales acreditados.

Cronograma

- Largo plazo.

Objetivo II.3.- Establecer criterios de calidad en los Pactos de Gestión entre las Gerencias de Área de Salud y los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios radicados en su área de influencia.

Acciones Concretas

- Establecer en los Pactos de Gestión que se celebren entre las Gerencias de las Áreas y sus correspondientes Centros y Servicios, objetivos acordes con los objetivos estratégicos de calidad que los Servicios Centrales del SES pacten con las propias Gerencias de las Áreas de Salud.
- Establecer en los Pactos de Gestión objetivos para alcanzar los estándares establecidos en el Modelo de Calidad de CSES de la CAE, con objeto de cumplir la normativa autonómica y estatal en cuanto a acreditación, y conseguir determinadas acreditaciones de servicios y centros a lo largo de la vigencia de cada Contrato de Gestión. Los objetivos de calidad



estarán dirigidos y agrupados en cada una de las 10 categorías y 24 subcategorías establecidas en el Modelo de Calidad.

- Teniendo presente la posición y condiciones iniciales de cada centro y servicio, se establecerán objetivos y plazos a éstos para la consecución de los diferentes grados de acreditación: Avanzado, Óptimo y Excelente.

Responsables

- Direcciones Generales del SES.
- Gerencias de Áreas de Salud. Directivos de Áreas de Salud.
- Responsables de servicios asistenciales y no asistenciales.

Indicadores

- Definición de los objetivos en los Contratos de Gestión.
- Grado de consecución de los objetivos pactados.

Cronograma

- Largo plazo.

III. Desarrollar la Gestión de costes por procesos de atención

Objetivo III.1.- Potenciar la gestión a través del análisis de costes por procesos de atención que genera la Contabilidad Analítica.

Acciones Concretas

- Desarrollo de Unidades de Gestión Clínica.· Efectuar estudios de viabilidad para la toma de decisiones.



- Involucrar a los profesionales sanitarios en la gestión y optimización de recursos, desarrollando herramientas de motivación e incentivación adecuadas.
- Desarrollar un sistema de información de retorno sobre indicadores de gestión, dirigido a los profesionales.
- Realizar actuaciones específicas sobre control del gasto en servicios de alto coste.
- Potenciar y desarrollar el sistema de imputación de costes en las Áreas de Salud a nivel de Atención Primaria y Especializada, contando en los Contratos de Gestión con un peso específico adecuado, a efectos de financiación y resultados.

Responsables

- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.
- Dirección General de Presupuestos y Tesorería del SES.

Indicadores

- Nivel de desarrollo de la implantación de Unidades de Gestión Clínica.
- Implantación del sistema de información.
- Grado de implantación del sistema de gestión de costes.

Cronograma

- Medio plazo.

Objetivo III.2.- Diseñar los Sistemas de Información que posibiliten el análisis de costes por procesos.

Acciones Concretas

- Desarrollar, a través del Proyecto «Jara», un sistema de información que permita difundir a cada servicio sanitario y no sanitario, los datos sobre imputación de costes, con repercusión en la consecución de los objetivos de calidad establecidos.



- Establecer un sistema de información sobre evaluación de la eficiencia y eficacia de cada centro y servicio, sobre los procesos en que interviene.

Responsables

- Responsables del Proyecto «Jara».
- Dirección General de Presupuestos y Tesorería del SES.
- Dirección General de Atención Sanitaria del SES.
- Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del SES.

Indicadores

- Nivel de desarrollo e implantación del sistema de información.

Cronograma

- Medio plazo.

IV. Definir criterios de calidad en la gestión económico-financiera

Objetivo IV.1.- Establecer criterios de calidad en la gestión económico-financiera mediante fórmulas de gestión flexibles.

Acciones Concretas

- Creación de un grupo de trabajo para el estudio de los servicios no sanitarios susceptibles de ser subcontratados con empresas cualificadas del sector a nivel local y regional, que garantice el cumplimiento de unos estándares mínimos de calidad para la prestación de los servicios. Sería necesario establecer la viabilidad económica de los servicios a largo plazo.



Responsables

- Dirección Gerencia del SES.
- Secretaría General del SES.
- Dirección General de Presupuestos y Tesorería del SES.

Indicadores

- Creación del grupo de trabajo.
- En el plazo previsto, realización de los estudios sobre posibles líneas de actuación sobre servicios no sanitarios.
- Que el grupo de expertos haya elaborado, en el plazo previsto, los documentos de apoyo necesarios para la toma de decisiones acerca de los nuevos modelos de gestión planteados.

Cronograma

- Medio plazo.

V. Mejorar de forma continua la Calidad en la gestión

Objetivo V.1.- Establecer los criterios de mejora continua de calidad para la gestión económico-financiera.

Acciones Concretas

- Se establecerán guías de gestión de contratación administrativa del organismo, encaminadas a garantizar la unificación de criterios en la interpretación de la normativa sobre contratación administrativa y en los procesos de contratación, compras y logística.
- Se promoverá en las Áreas Sanitarias la acreditación de calidad de los procesos administrativos y de servicios generales.



- Se establecerá un sistema de información y auditoría interna para el seguimiento de la imputación presupuestaria de gastos en los capítulos I (gastos de personal), II (gastos en bienes corrientes y servicios) y VI (inversiones), con objeto de garantizar la correcta imputación de cada gasto y el cumplimiento de la normativa contable, garantizándose la calidad en la ejecución presupuestaria de los diferentes centros de gasto.
- Establecer en los Contratos de Gestión criterios evaluables que mejoren la calidad y la relación del SES con los receptores de transferencias económicas, desde proveedores de suministros y servicios, hasta receptores de reintegros de prestaciones

Responsables

- Secretaría General del SES.
- Dirección General de Presupuestos y Tesorería del SES.

Indicadores

- Elaboración de las guías de gestión de contratación administrativa.
- Número de acciones formativas desarrolladas para la implantación de la guía de gestión.
- Nivel de desarrollo y puesta en marcha del sistema de información y de acciones de auditoría.

Cronograma

- Medio plazo.



Objetivo V.2.- Definir los cuadros de mandos que permitan una gestión sanitaria eficiente.

Acciones Concretas

- Se definirán y establecerán cuadros de mandos económico-financieros que permitan el seguimiento real de la ejecución presupuestaria de cada uno de los Centros de Gastos del SES. El cuadro de mando mensual generará un sistema de información económico-financiera que ayude a la toma de decisiones en gastos de personal (Capítulo I), gastos en bienes corrientes y servicios (Capítulo II) e inversiones (Capítulo VI). Se utilizará como herramienta de gestión para salvaguardar los presupuestos generales del organismo y conseguir una ejecución presupuestaria eficiente.
- Se definirá un cuadro de mandos de costes por procesos, que permita evaluar la calidad, eficiencia y eficacia de cada Área de Salud, permitiendo la comparación entre costes y actividad asistencial, tanto en el ámbito de atención primaria como especializada.

Responsables

- Dirección General de Presupuestos y Tesorería del SES.

Indicadores

- Puesta en marcha generalizada del cuadro de mandos.

Cronograma

- Medio plazo.



Evaluación y Seguimiento del I Plan Marco de Calidad

La evaluación del grado de consecución de los objetivos marcados en el presente Plan Marco de Calidad del SSPE, y el seguimiento continuado de los mismos durante el período de vigencia del Plan, constituye una excelente oportunidad de mejora para el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Según el Decreto 80/2003, de 15 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo, en su artículo 4.g, la evaluación de las políticas de calidad en los organismos y entidades dependientes de la Consejería de Sanidad y Consumo, así como de los centros asistenciales concertados con la misma, es responsabilidad de la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Consumo, la cual será por tanto, el órgano directivo encargado de la evaluación y seguimiento del Plan Marco de Calidad.

La evaluación y seguimiento del actual Plan Marco de Calidad serán realizados en coherencia con la política de la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Consumo sobre el fomento de la práctica de la autoevaluación, tanto en el seno de los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud, como de las diferentes Gerencias de Área de Salud, así como en los propios servicios que se prestan a los ciudadanos, lo que a su vez facilitará el



cumplimiento de este Plan de Calidad. Para ello se realizará una primera aproximación, con la correspondiente detección de áreas de mejora, al mismo tiempo que se facilitarán las herramientas necesarias a los implicados en autoevaluación, con el fin de facilitarles dicho proceso.

A su vez, los objetivos marcados en el presente Plan de Calidad se incluirán dentro de los nuevos Planes anuales de Inspección, además del análisis del cumplimiento del Modelo de Calidad de CSES con el que se ha dotado la Comunidad Autónoma de Extremadura para conseguir sus objetivos en la mejora de la calidad de la atención que se presta al ciudadano.

El seguimiento de los objetivos relacionados en este documento se realizará al final de cada año, mediante *check list*, y los resultados del mismo serán comunicados a la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias del Sistema Sanitario Público, como Órgano de carácter consultivo, creado por Orden del 12 de febrero de 2004, y que tiene entre sus funciones la de asesorar a los órganos de la Consejería de Sanidad y Consumo y al organismo autónomo del SES, en materia de política de calidad sanitaria, impulsando para ello estudios, informes y medidas encaminadas a optimizar estrategias en materia de evaluación.

Una vez finalizado el periodo de vigencia del Plan Marco de Calidad se elaborará una Memoria final de evaluación del mismo, donde se incluirán los resultados conseguidos para los diferentes objetivos propuestos, en base a los indicadores definidos en cada uno de ellos.



Índice de Abreviaturas

AP: Atención Primaria.

CAE: Comunidad Autónoma de Extremadura.

CEN: Comité Europeo de Normalización.

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.

CSES: Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

EFQM: Anagrama de European Foundation for Quality Management. La Fundación Europea para la gestión de la calidad fue creada en 1988 por un grupo de 14 organizaciones líderes en Europa. Misión: reforzar la posición de las empresas de Europa Occidental en el mercado mundial basándose para ello en la mejora continua de las empresas según los principios de la Calidad Total. Revisa aspectos como el liderazgo y la dirección, las personas, la política y la estrategia, los recursos y alianzas, los procesos y los resultados relativos a clientes, a personas, a la sociedad y los



globales. Una de las grandes ventajas de la definición del modelo europeo de excelencia es su utilización como referencia para una Auto-evaluación, proceso en virtud del cual una empresa se compara con los criterios del modelo para establecer su situación actual y definir objetivos de mejora.

ES: Evaluación Sanitaria.

Grupo HL7 España: HL7 es una organización internacional, iniciada en los Estados Unidos en 1987, que pretende promover el desarrollo y evolución del estándar HL7 (*Health Level Seven*) para el formato de datos e intercambio de información entre diferentes Sistemas de Información de Salud. En España está representada por el Grupo HL7 España.

Grupo IHE España: IHE significa Integrating the Healthcare Enterprise (Integrando la Empresa Sanitaria). Es una iniciativa para mejorar la integración de los sistemas de información sanitarios, eliminando las barreras de acceso a la información de los pacientes, mejorando la calidad y el coste de los servicios sanitarios. España participa en esta iniciativa mediante el Grupo IHE España.

I+DT+I: Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación.

PDCA (CICLO DE MEJORA CONTINUA): Es un modelo metodológico del campo de la gestión de la calidad, también llamado rueda de la mejora de la calidad. Pretende contribuir al aumento de la calidad mediante una mejora continua determinada por cuatro pasos, que fundamentalmente, son los que favorecen tal cambio. PDCA = plan, do, check, act que se refieren, respectivamente, a la planificación de lo que se desea realizar, la implantación de lo planeado, la verificación de que lo planificado actúa como deseábamos y actuación sobre los resultados de la acción anterior para dirigirla adecuadamente a los objetivos previstos en la primera fase, corrigiendo los errores que puedan surgir.

PSE: Plan de Salud de Extremadura 2005-2008



RECESS: Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios.

RRHH: Recursos Humanos.

SES: Servicio Extremeño de Salud.

SI: Sistemas de Información.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SSPE: Sistema Sanitario Público Extremeño.

TC 251 del CEN: El CEN es el Comité Europeo de Normalización, formado por diferentes asociaciones nacionales (AENOR - Asociación Española de Normalización y Certificación- en el caso de España). Para su funcionamiento se estructura en diferentes Comités Técnicos (Technical Committee o TC). El TC 251 está orientado a las comunicaciones y transferencia de mensajes en el Área de salud.

TQM: Total Quality Management (Gestión de la Calidad Total).

Uex: Universidad de Extremadura.



Glosario de Términos y Nomenclatura de Calidad

Accesibilidad: Facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos, culturales y emocionales. Es la posibilidad de que un consumidor obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesita, en suficiente cantidad.

Acción correctora: Acción llevada a cabo para eliminar las causas de una no conformidad con las normas técnicas o legales, de un defecto y, sobre todo, para impedir su repetición.

Acción preventiva: Acción llevada a cabo para prevenir las causas de una no conformidad potencial o una desviación indeseada y para conseguir, sobre todo, su no ocurrencia.

Acreditación: Reconocimiento formal de cumplimiento de criterios de calidad establecidos externamente.

Acreditación profesional: Necesidad de ratificar periódicamente las competencias de los profesionales para desempeñar sus funciones. Si no las tienen, la organización pondrá los mecanismos necesarios para desarrollarlas, estableciendo un programa de formación individualizado, adecuado a su necesidad.

Actividad: Es el desarrollo de la tarea planificada de los profesionales, en cada uno de los procesos y con todos los medios que intervienen.



Adecuación: Es la medida en que la atención sanitaria se corresponde con las necesidades del paciente. Adecuado como sinónimo de correcto, conveniente o necesario para la patología concreta que es atendida. Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población.

Alianzas: Relaciones de trabajo entre dos o más partes que crean un valor añadido para el cliente. Entre los partners de una alianza podemos encontrar a proveedores, distribuidores, etc. Nota: No siempre se reconoce al proveedor como un partner formal.

Análisis modal de fallos y efectos (AMFE): Metodología analítica integral utilizada en el campo de la calidad para la identificación, numeración, clasificación y aplicación de acciones correctivas para cada posible error. Estudia los fallos potenciales del producto o diseño con la intención de listar su efecto negativo potencial.

Aprendizaje: Recogida, análisis y comprensión de información capaz de producir mejoras o cambios. Ejemplos de actividades de aprendizaje de las organizaciones son las actividades de benchmarking, las evaluaciones y / o auditorías internas y externas, y la elaboración de mejores prácticas. Ejemplos de aprendizaje individual son la formación y la cualificación del personal.

Aptitud de un profesional: Es la capacidad y disposición de una persona para desempeñar una actividad profesional. Es determinante para la motivación y el rendimiento del vendedor, así como para la satisfacción de los clientes/ usuarios en empresas de bienes duraderos o de servicios.

Árbol de decisión: Metodología utilizada para facilitar procesos de toma de decisión. Se representa en forma de diagrama que muestra, de forma secuencial, las relaciones entre acciones alternativas y acontecimientos posibles asociados a las mismas. Sus elementos básicos son el nudo de alternativas de acción y el nudo de acontecimientos posibles.

El nudo de alternativas representa los cursos de acción que el decidor puede controlar y escoger. Se representa mediante un cuadrado del que surgen líneas como ramas que serán las alternativas. El nudo de acontecimientos representa los hechos que pueden ocurrir como consecuencia de una decisión y sobre los que el decidor no tiene control. Se representa mediante un círculo en el cual las ramas son las consecuencias posibles.

Aseguramiento de la calidad: Se refiere a la acción de dar seguridad o confianza en que la empresa cumplirá los requisitos de calidad pactados. Es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas



en un sistema de gestión de calidad, que tratan de proporcionar la confianza en que la empresa cumplirá los requisitos necesarios de calidad.

Asesoramiento: Actividad profesional consistente en aconsejar y prestar asistencia técnica sobre todo tipo de materias. Suele ser necesario para las empresas que desean implantar un nuevo tipo de gestión de calidad, siguiendo las normas internacionales ISO o cualquier otro tipo de normativa.

Atención sanitaria integral: Acciones encaminadas a la mejora del estado de salud de los ciudadanos, que incluyen actividades de promoción y prevención, asistencia, rehabilitación e incorporación social.

Auditoria de calidad: Revisión de los procedimientos establecidos y diseñados por una determinada organización, y del grado de cumplimiento de los estándares de calidad. Es sistemático porque debe seguir una secuencia ordenada en etapas; extenso porque debe incluir a todos los factores que influyen en la gestión de la calidad; independiente porque debe garantizar la objetividad, y periódico porque debe programarse con regularidad para conseguir maximizar sus beneficios.

Autoevaluación de calidad: Examen sistemático, extenso, y periódico de la gestión de una empresa, que lleva a cabo ella misma, con el fin de comprobar si cumple con los requisitos de gestión de calidad, referidos tanto a actividades como a resultados. Es el sistema que suele utilizarse para optar al Premio EFQM, o en sistemas de acreditación basados en dicho Modelo de Excelencia.

Base de datos: Conjunto de ficheros de datos almacenados en un soporte informático. Pueden clasificarse, según el contenido de su información en: bases referenciales bibliográficas o de directorios y bases de fuentes textuales, numéricas, de imágenes o mixtas. Otra clasificación posible podría basarse en la cobertura temática que posean (Ortega, 1993), de forma que existieran bases multidisciplinares y bases monográficas.

Base de datos de usuario: Es el repositorio de datos, la tabla que almacena los datos de los ciudadanos.

Benchmark: Indicador considerado como «el mejor» del sector o del mundo; referencia a un estándar de medición para establecer comparaciones; indicador reconocido como estándar de excelencia para un determinado proceso.

Benchmarking: Técnica de gestión empresarial, cuya creación se debe a la empresa Rank Xerox, mediante la cual la organización compara sus niveles de eficiencia con estándares externos y ciertas prácticas internas



propias para emular, o en su caso corregir los posibles desfases existentes y, mediante planes de actuación y de mejora continua, identificar oportunidades de innovación, realizar cambios efectivos en el negocio, lograr posiciones de liderazgo, alcanzar niveles de excelencia y conseguir los resultados de rentabilidad deseados (Arbide, 1933); (Gable, Fairhurst y Dickinson, 1933). Se diferencia del análisis de la competencia en que esta última sólo se interesa por los resultados conseguidos por la competencia, mientras que el benchmarking busca conocer cómo se consiguen tales resultados.

Biblioteca virtual: Biblioteca sin paredes dentro del marco cooperativo global. Acceso para todos sin importar ubicación física. Disponibilidad de todos los recursos de información accesibles en línea.

Buenas / Mejores prácticas: Práctica de trabajo documentada, comprobada y libre de errores, que excede las prácticas operativas actuales conocidas de un determinado entorno de trabajo.

Calidad: Es la adecuación al uso (Juran, 1950), o el conjunto de características de una entidad que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas de los clientes / usuarios, o la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

Calidad científico-técnica: Capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes para abordar los problemas de salud, es decir, para producir salud y satisfacción en los usuarios. Nivel de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles actualmente.

Calidad de producto: Cumplimiento de las especificaciones previas a la producción de un bien tangible. Puede ser calidad objetiva si cumple las especificaciones técnicas, y puede medirse y verificarse. O ser calidad percibida si el consumidor, de modo subjetivo, lo valora como positivo. De cualquier modo, la evaluación de la calidad del producto debe tener en cuenta el punto de vista del consumidor.

Calidad de servicio: Véase Evaluación de la calidad de servicio. Cumplimiento de las especificaciones previas acerca de la prestación del servicio y su valoración por parte de los usuarios. Debemos orientar la organización de tal modo que se igualen o sobrepasen las expectativas que el cliente tiene respecto al servicio que le vamos a proporcionar. La opinión de los usuarios es el modo básico de medir la calidad de servicio, en concreto, se utilizan escalas que miden la discrepancia entre expectativas de los clientes y percepción del resultado. De ellas, la más clásica es la escala SERVQUAL de Parasunaman, Zeithaml y Berry (1998) donde



se consideran como factores importantes del servicio aspectos como la fiabilidad, rapidez, competencia, accesibilidad, cortesía, comunicación, credibilidad, seguridad, tangibilidad del servicio, personalización y conocimiento del cliente.

Calidad objetiva: Es la calidad técnica de un producto (Zethaml, 1998) o su superioridad mensurable y verificable.

Calidad percibida: Es la apreciación del consumidor sobre la excelencia o superioridad global de un producto o servicio.

Calidad total: Véase Gestión de la calidad total. Concepto de gestión empresarial que sitúa como objetivo principal de la misma la calidad de su producción / servicio y la satisfacción de sus clientes / usuarios. Es de aplicación a toda la organización, es decir, se extiende la responsabilidad de la calidad a cada miembro de la misma, constituyendo un cambio en la cultura de la empresa, debiendo considerarse como primer objetivo «hacer las cosas bien a la primera» (cero defectos) y contribuir a la mejora continua de la calidad.

Cartera de Servicios: Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).

Categoría: Es un criterio, que corresponde con el enunciado de aquello que se exige o espera de los CSES, y cuya satisfacción se asocia a una atención sanitaria de calidad.

Centro sanitario: Es el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.

Centro de investigación: Estructura organizativa que tiene como objetivo la investigación monográfica en una patología o problema de salud determinado definido de una manera amplia. O unidades de investigación formadas por la suma de varios grupos de investigación coordinados de un Centro determinado no monográfico, con el objetivo dirigido a la investigación monográfica en una patología o problema de salud definido de una manera amplia.



Centros de excelencia investigadora: Centros de excelente producción científica, con repercusión nacional e internacional, con impacto social de su investigación, y que centran su trabajo sobre temas prioritarios para Extremadura.

Certificación de calidad: Certificar es asegurar, garantizar o avalar como completamente cierta una cosa a alguien. Es el testimonio del ajuste a determinadas especificaciones técnicas y / o normas por parte de la organización, con la expedición de un acta en la que se da fe documental de dichos requisitos. Es un acto voluntario realizado por motivos diversos, no por obligación administrativa, y puede ser emitida por el propio fabricante o por un organismo independiente (por ejemplo normativa ISO).

Checklist: Es una lista de control en la que se enumeran todos los aspectos que serán verificados o comprobados en cada una de las fases previstas en un plan, con el fin de tenerlos todos presentes.

Ciclo de mejora continua (PDCA): Es un modelo metodológico del campo de la gestión de la calidad, también llamado rueda de la mejora de la calidad. Pretende contribuir al aumento de la calidad mediante una mejora continua determinada por cuatro pasos, que fundamentalmente, son los que favorecen tal cambio. PDCA = plan, do, check, act que se refieren, respectivamente, a la planificación de lo que se desea realizar, la implantación de lo planeado, la verificación de que lo planificado actúa como deseábamos y actuación sobre los resultados de la acción anterior para dirigirla adecuadamente a los objetivos previstos en la primera fase, corrigiendo los errores que puedan surgir.

Círculo de calidad: Técnica estratégica utilizada para la mejora de la calidad mediante la cual se intenta detectar posibles mejoras o fallos y sus causas. Su desarrollo precisa de la participación de un grupo de 8-10 personas voluntarias que, de un modo informal, estudian procesos y actividades de su organización.

Cliente: Denominación utilizada para designar a la persona física o jurídica que compra un producto o recibe un servicio, bien sea para su consumo, para incorporarlo a un proceso productivo, revenderlo, etc. Puede ser sinónimo de usuario, comprador, consumidor.

Cliente interno: Es aquel que recibe el producto o servicio solicitado y que, al mismo tiempo, es trabajador de la empresa u organización que se lo facilita. Este término procede del llamado marketing interno que es la oferta de actividades que la organización hace a sus trabajadores para que desarrollen sus necesidades profesionales de modo efectivo.



Colaboración Cochrane: Iniciativa sanitaria y científica cuyo objetivo principal es revisar, mantener y diseminar revisiones sistemáticas y actualizadas de estudios (en su mayoría ensayos clínicos) sobre los efectos de la asistencia clínica, para contribuir al impulso de una medicina basada en la evidencia.

Competencias: Características de conocimientos, habilidades y actitudes que las personas tienen, desarrollan y ponen de manifiesto en diversas situaciones reales de trabajo, para el adecuado desempeño de las funciones y responsabilidades que tiene su puesto.

Competencias profesionales: Conductas y acciones que nos llevan a conseguir los resultados deseados y que buscan la excelencia. Comprenden el conjunto de conocimientos, experiencia técnica, habilidades y actitudes de todos y cada uno de los profesionales que participan en cada proceso asistencial.

Comprador: Véase Cliente.

Comunicación interna: Entornos físicos y virtuales de interrelación, orientados a la transmisión de información, sugerencias de mejora, espacios de aprendizaje compartido, foros de debate, etc. Objetivo de una verdadera gestión del conocimiento.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Conocimiento: En la jerarquía datos- información- conocimiento, los datos son los hechos en sí, la información son los datos dentro de un contexto y con una perspectiva, y el conocimiento es la información más las orientaciones que permiten establecer acciones y ejecutarlas.

Consejo de Consumidores y Usuarios: Es el máximo órgano de representación y consulta del ámbito nacional de los consumidores / usuarios ante la Administración del Estado y organismos de carácter estatal. Se ocupa de todas las consultas que requieran las disposiciones que puedan elaborarse y afecten a los consumidores. Su creación está recogida en la Ley General para la Defensa de los consumidores y Usuarios, artículo 22.5 de 18 de julio de 1984 y supone un avance en la protección de los intereses de los consumidores.

Consentimiento informado: La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).



Consumidor: Véase Cliente.

Continuidad asistencial: Una visión compartida y continua del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo y que actúan en tiempos distintos, con el objetivo común de aumentar la accesibilidad del ciudadano al sistema.

Contrato de Gestión: Documento suscrito entre las Gerencias de Área y los Servicios Centrales del SES, donde se especifican los servicios a prestar, los requisitos que éstos deben cumplir y la prestación que se recibirá a cambio. Es de cumplimiento exigible.

Contrato Programa: Documento suscrito entre la Consejería de Sanidad y Consumo y los Servicios Centrales del SES, donde se reflejan los objetivos institucionales. Es de cumplimiento exigible.

Control de calidad: Es la metodología que incluye las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas para comprobar los requisitos de calidad. Consiste en determinar si la calidad de la producción se corresponde con la calidad del diseño. Es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre la diferencia. Tradicionalmente se asocia con la supervisión de los procesos y la inspección de los productos finales. Implica un enfoque de calidad centrado en el producto y no en el cliente, concepción que se rechaza actualmente.

Criterios de calidad: Instrumentos de medida utilizados en las evaluaciones de calidad, en los que especifican las condiciones deseables más relevantes que debe cumplir un determinado aspecto de la atención, para que pueda ser considerada de calidad.

Cultura: El conjunto de comportamientos, principios éticos y valores que los miembros de la organización transmiten, practican y respaldan.

Diagrama de árbol: Herramienta gráfica que identifica todas las partes de un proceso para alcanzar un objetivo final. Se utiliza para identificar todas las tareas necesarias para implantar una solución.

Diagrama de causa-efecto: También llamado diagrama de espina de pescado, diagrama de Ishikawa o diagrama de las cuatro M's. Herramienta de análisis para la mejora en la toma de decisiones de calidad. Representación gráfica de la relación entre causas y efectos de una decisión. Es útil para ayudar a identificar las causas de un problema pues incluye en la representación las cuatro M's del proceso (Máquinas, Mano de



obra, Materiales y Método) que pueden dar lugar a un fallo en la producción o servucción (es decir, el proceso del servicio).

Diagrama de espina de pescado: Ver diagrama causa-efecto.

Diagrama de flechas: Representación gráfica que muestra los caminos paralelos que pueden seguirse para realizar una actividad, y cuyo fin es determinar cuál es el tiempo mínimo para desarrollar un proyecto, representando las actividades que se pueden realizar simultáneamente.

Diagrama de flujo: Representación gráfica de las etapas de un proceso (material, información, servicio o combinación de las tres) en secuencias. Se utiliza en gran parte de las fases del proceso de mejora continua con definición de proyectos, diagnósticos, diseño, implementación y mantenimiento de las mejoras.

Diagrama de Gantt: Es un procedimiento gráfico de programación de proyectos que representa una lista de actividades en un periodo de tiempo. Representa el tiempo dedicado a cada actividad mediante una barra horizontal, donde cada extremo se corresponde con el principio o fin de la actividad, y la duración total se mide con una línea de flechas situada en la parte inferior del diagrama.

Diagrama de Pareto: También llamado diagrama 80-20 o diagrama ABC. Herramienta que nos indica que unas pocas causas son responsables de generar la mayor parte de la mala calidad; en concreto, se dice que un 20% de las causas generan un 80% de los problemas. Está basado en el Principio de Pareto de los «Pocos Vitales» y fue introducido en el control de calidad por Juran (1974). Su representación es un diagrama de barras que, ordenándolas de mayor a menor, discrimina los problemas fundamentales de la calidad de un producto o servicio.

Dirección: Función de la organización que consiste en fijar objetivos, establecer planes y ordenar, coordinar y controlar las actividades de la organización para conseguir dichos objetivos. Además, debe ser el engranaje que facilite la unión y motivación de todos los trabajadores y su adhesión a la cultura y metas organizacionales.

Dirección participativa por objetivos: Herramienta de gestión que permite establecer y evaluar los objetivos de los profesionales de la organización.

Dirección por objetivos: Es un posible método de dirección de empresas en que se asignan los objetivos a los responsables de los programas. Estos responsables tienen capacidad para la toma de decisión permanente y trabajan para conseguir llegar al nivel deseado.



Documento digital: Documento en soporte informatizado, que permite su transmisión a través de las redes de datos y su publicación informática.

Efectividad: Resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones habituales, por la generalidad del sistema, en la organización real, con los medios disponibles.

Eficacia: Resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones ideales o de laboratorio.

Eficiencia: Implica realizar algo con el menor coste, tiempo y esfuerzo posible. En general, significa hacer las cosas bien aunque los hechos no sean el objetivo que se intentaba establecer. Según Doyle (1994) la eficiencia refleja productividad, se preocupa de reducir costes, fundamentalmente.

Empleados: Conjunto de personas que trabajan para una organización, con una relación contractual directa con la misma.

Empowerment: Capacitación para la plena participación en la toma de decisiones: proceso de acceso a los recursos y desarrollo de las capacidades personales, para poder participar activamente en mejorar los resultados de la organización.

Empresa privada: Unidad económica perteneciente en su mayor parte, a personas físicas o jurídicas privadas, cuyo fin último es obtener un beneficio mediante la producción, distribución y prestación de servicios / productos.

Empresa pública: Unidad económica perteneciente en su mayor parte a la Administración pública, cuyo fin suele ser el servicio público, no el beneficio económico, y que suele operar en sectores básicos (sanidad, empleo, comunicación...).

Entorno laboral seguro y saludable: Aquel que cumple los criterios de seguridad e higiene necesarios para garantizar la salud e integridad de los trabajadores en el medio donde se desarrolla su actividad, así como los conocimientos que han de poseer los mismos para trabajar con seguridad– higiene–ergonomía, control y evaluación de riesgos laborales, medidas de prevención, etc.

Equipo directivo: Todo aquel que tiene a su cargo personal o un puesto de responsabilidad dentro del CSES.



Estándar: Grado de cumplimiento exigible a un criterio, y se define como el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad alcanzado. Puesto que determina el nivel mínimo que comprometería la calidad, también puede entenderse como el conjunto de maniobras diagnósticas y terapéuticas indicadas en cada situación. Norma del modelo de acreditación. Los estándares se agrupan en subcriterios.

Estándares de calidad: Grado de cumplimiento exigible a un criterio, fijado antes de realizar la evaluación.

Estrategia: Es la acción específica desarrollada para conseguir un objetivo propuesto. Es el modo en que una organización implanta su misión y visión, basándose en las necesidades de los grupos de interés más importantes y con el apoyo de las políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes. Según Shapiro (1985), hay muchas posibles estrategias para alcanzar un mismo objetivo, y la misma estrategia no siempre da los mismos resultados.

Estrategia corporativa: Estrategia o acción específica que la organización realiza para anticiparse y responder a los cambios del mercado, la competencia y el entorno. El desarrollo de una gestión de calidad está considerado como la mejor estrategia corporativa actualmente.

Estrategia digital: Desarrollo previsto en el Sistema Sanitario Extremeño en el tratamiento de información, imágenes o sonidos, en soportes informáticos.

Estructura de la organización: Disposición ordenada de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.

Evaluación: Fase del proceso de toma de decisiones en la cual se analizan las posibles alternativas. Estimación del valor de las cosas. Examen sistemático de la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos especificados.

Evaluación del desempeño profesional: Proceso sistemático y periódico que evalúa ciertas conductas observables que influyen en el rendimiento de los empleados en su trabajo. Con este sistema se pretende captar aquellas competencias susceptibles de mejora, y se acuerdan las actuaciones oportunas para llegar al nivel deseado en las mismas (desarrollo y optimización, compromisos de mejora, etc.).

Evidencia: Se refiere a la información presentada, la cual debe hacer referencia al enfoque, despliegue, evaluación y revisión del subcriterio que se está evaluando.



Evidencia objetiva: Información cuya veracidad puede demostrarse, basada en hechos obtenidos mediante observación, medida, ensayo u otros medios.

Excelencia: Conjunto de principios e ideales en que se basa el Modelo EFQM de Excelencia. Modo sobresaliente de gestionar la organización y obtener resultados mediante la aplicación de los ocho conceptos fundamentales de la Excelencia: orientación hacia los resultados; orientación al cliente; liderazgo y coherencia; gestión por procesos y hechos; desarrollo e implicación de las personas; proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora; desarrollo de alianzas; y responsabilidad social de la organización.

Expectativas: Anticipación o creencia acerca de un producto o servicio que se va a recibir, basada en experiencias previas y estímulos presentes.

Experiencia del cliente / usuario: Es el resultado del aprendizaje que, a la vez, influye sobre él. Si la experiencia es satisfactoria, se provoca una reducción del tiempo utilizado en buscar alternativas y evaluar la información sobre las preferencias de marcas y organizaciones.

Fidelización del cliente: Véase Lealtad del cliente. Son las acciones encaminadas a asegurar la relación continuada con el cliente / usuario, de forma que se aleje de la competencia.

Financiado: Agente económico y social que paga la prestación de los servicios de salud. En los sistemas públicos de salud el único financiador o casi único es el Estado (Central / Autónomo).

Financiación: Transacción económica pública (y privada). Moneda de dos caras: la aplicación y el origen de los fondos utilizados.

Formación: Se refiere a la formación necesaria, tanto para desarrollar aquellas competencias de las que las personas pueden carecer y que son necesarias para cada proceso asistencial, como para establecer líneas de desarrollo profesional y empleabilidad con visión de futuro.

Fundación: Entidad sin ánimo de lucro que se sostiene mediante donaciones y subvenciones, públicas o privadas, con fines benéficos, educativos o culturales.

Fundesalud: Es una Fundación de carácter público para la Formación y la Investigación de los profesionales de la Salud Extremeña.



Gantt, diagrama de: Véase Diagrama de Gantt.

Garantía: Una de las dimensiones de la calidad del servicio y del producto. Es la promesa temporal de la organización de que su producto / servicio servirá o se adecuará a lo que el cliente / usuario demanda. Para las organizaciones de servicios la garantía presenta ciertas dificultades, porque los servicios se consumen a la vez que se van creando y su evaluación es totalmente subjetiva. La garantía de calidad es sinónimo de aseguramiento de la calidad y comprende el conjunto de acciones planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un bien o servicio va a cumplir los requisitos de calidad exigidos. Incluye el conjunto de actividades realizadas por la empresa, dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del consumidor.

Gestión: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

Gestión adecuada y eficiente de los RRHH: Establecimiento de las necesidades organizativas y funcionales óptimas para cada proceso asistencial, respondiendo a los principios de máxima calidad y eficiencia.

Gestión de la calidad: Acciones encaminadas a determinar la capacidad de la organización para satisfacer las necesidades del cliente / usuario. Para ello es fundamental tener en cuenta la opinión de los usuarios, pues son ellos los que, en último caso, deciden si la calidad es buena o mala. Contribuir a que los clientes perciban calidad en el servicio o producto será complicado, y lo que se propone con la gestión de la calidad es desarrollar programas de calidad que se orienten al cliente, ajustándose a las propias características de la empresa y su cultura organizacional. Según Elorriaga (1990, 1993), estos programas tendrán éxito si se logra la participación de todo el personal a todos los niveles, si se realizan periódicamente, se establecen mecanismos de control de calidad y se les da continuidad elaborando programas con objetivos cada vez más ambiciosos. Es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad. Comprende tres procesos: planificación, organización y control.

Gestión de la calidad total (TQM): La concepción actual de la gestión de la calidad se basa en los siguientes principios: orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y constancia en los objetivos, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continua, desarrollo de alianzas y responsabilidad social.

Gestión del conocimiento: La Gestión del Conocimiento envuelve la identificación y análisis del conocimiento, tanto disponible como el requerido, la planeación y control de acciones para desarrollar activos de conocimiento, con el fin de alcanzar los objetivos organizacionales (Ann Macintosh).



Gestión por procesos: Sistema de gestión enmarcado en los principios de «calidad total», que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.

Grupo de investigación: Agrupación de varios investigadores que actúan de forma coordinada bajo la dirección de un jefe de grupo con objetivos de investigación alrededor de temáticas muy concretas y específicas.

Grupo de mejora: Grupo de trabajo compuesto por miembros del equipo asistencial y / o ciudadanos directamente involucrados en un proceso, habitualmente ayudados por asesores externos, que tienen por objeto analizar el proceso y recomendar medidas para mejorarlo.

Grupo de mejora de la calidad: Técnica utilizada en el ámbito de la calidad para resolver problemas ya existentes. Se trata de una reunión de seis a ocho personas, que pueden ser de cualquier nivel de la organización (directivos, profesionales, técnicos...) y que trabajando en equipo tratan de resolver un problema normalmente relacionado con la consecución de los objetivos de la organización. Esta técnica tiene un gran parecido con los círculos de calidad, en realidad lo que las hace diferentes es el nivel de informalidad y voluntariedad de la formación de los grupos que participarán en los círculos de calidad.

Grupos de interés: Todos aquellos que tienen interés en una organización, sus actividades y sus logros. Entre ellos se puede incluir a clientes, partners, empleados, accionistas, propietarios, la Administración y Legisladores.

Grupos focales: También llamados Grupos de discusión. Korman define un grupo focal como: «una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación». El punto característico que distingue a los grupos focales de otras técnicas similares es la participación dirigida y consciente, y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos entre los participantes.

Grupos nominales: A los individuos se les presenta un problema y cada uno llega a una solución de manera independiente, luego las sugerencias se intercambian y se discuten. Después todos escogen por medio de voto secreto, las mejores ideas. Es, en esencia, similar a la Lluvia de Ideas y a la Técnica *Delphi*, pero mucho más estructurada. Es también conveniente cuando se necesita la solución de problemas especializados que requieren algún grado de investigación. El grupo nominal está formado por 10 a 15



personas, participando cada una de ellas y llegando a un consenso tras la generación, presentación y discusión de las ideas.

Guías de práctica clínica: Documentos que contienen las pautas de actuación esenciales ante un problema clínico concreto, avaladas por evidencias científicas, expertos o por consensos profesionales.

Historia clínica: Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Homologación: Es la aprobación oficial de un producto, proceso o servicio, realizado por un organismo que tiene tal facultad por disposición reglamentaria. La homologación implica el sometimiento obligatorio de un cliente o de la Administración al dictamen de un organismo en relación con las reglamentaciones o leyes de obligado cumplimiento.

Indicador: Es una medida objetiva de un parámetro, que nos da información necesaria sobre un proceso o producto. Son muy utilizados en el control de la calidad como forma de tener conocimiento de los procesos, y así poder mantenerlos dentro de los límites establecidos para el logro de la calidad.

Indicadores de proceso: Indicadores que hacen referencia al rendimiento de un proceso. Medición del funcionamiento (eficacia y / o eficiencia) de alguna actividad o aspecto interno del proceso que es crítico para el resultado final del mismo.

Indicadores de resultado: Medición del funcionamiento (eficacia y/o eficiencia) del proceso. Miden lo que pasa (o no) después de haber realizado una actividad (proceso).

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

Innovación: Traducción práctica de ideas en nuevos productos, servicios, procesos, sistemas e interacciones sociales.

Inspección: Examen impuesto desde el exterior de la organización, que aporta una información sobre el estado de la misma en el cumplimiento de unos requisitos previos.



Intangibilidad: Es una de las características diferenciales del servicio con respecto a los productos o bienes tangibles. Se refiere al hecho de que un servicio normalmente no puede ser percibido por los sentidos y es difícil de definir. Las dificultades asociadas a esta característica son: a) su propiedad no se puede transferir, b) es imposible una protección por patentes, c) su promoción es más difícil, d) es difícil lograr una diferenciación adecuada con lo ofrecido por la competencia, e) no se puede almacenar, y f) el precio es difícil de fijar.

Lealtad del cliente: Véase Fidelización del cliente. Se refiere a la fuerza o intensidad con que el cliente / usuario establece un vínculo positivo con la organización, de forma que se reduzca el tiempo y la indecisión en el momento de la toma de decisión acerca de la elección entre organizaciones del mismo sector. El camino para llegar a ella pasa por la vivencia de experiencias satisfactorias de relación con tal empresa.

Lluvia de ideas: Llamada también Tormenta de ideas o «Brainstorming». Es un proceso grupal en el que cada uno de los individuos aporta ideas enfocadas hacia la identificación y / o solución de un problema.

Líder (directivos y mandos intermedios): Todo aquél que tiene a su cargo personal, o un puesto de responsabilidad dentro de la organización (equipo directivo, jefe de área, departamento, servicio, instituto, unidad o sección, y mandos en general, tanto asistenciales como no asistenciales).

Manual de calidad: Es el documento utilizado en la descripción e implantación del sistema de calidad. En él se establecen las políticas, sistemas y prácticas de calidad de una empresa.

Mapa de procesos: Representación gráfica de las actividades que se desarrollan en una organización, así como de las interrelaciones entre éstas y con el exterior, en función de la misión, objetivos, entradas (input) y salidas/ servicios (output) de la organización. Descendiendo en el nivel de análisis, se llega a los diagramas o esquemas de los procesos, que visualizan el modo en que las personas desempeñan su trabajo para conseguir los objetivos propuestos. Estos esquemas incluyen las tareas y actividades a realizar, de forma secuencial, con un principio y un final, dependiendo del ámbito de cada proceso.

Mejora continua: Es una de las cuestiones implícitas en la filosofía básica de la Calidad Total. Se refiere a la planificación de actividades que supongan un adelanto con respecto a la consecución de una mayor satisfacción del cliente/ usuario, tanto interno como externo.



Mejora de la calidad: Supone la creación organizada de un cambio ventajoso. No es solo eliminar los picos esporádicos de mala calidad, objetivo del control, sino un proceso planificado de búsqueda del perfeccionamiento.

Mercado interno: Mercado integrado por el personal de la organización, al cual se dirigen las acciones del marketing interno. No confundir con el concepto de mercado interior, que se refiere al situado dentro del territorio nacional.

Misión de la empresa: Es la finalidad fundamental que justifica la existencia de la empresa. Establece las razones de ser de la empresa, su definición, el producto o servicio que vende y el mercado al que sirve. Según Kotler (1988), la misión se configura según cinco cuestiones: su historia, las preferencias actuales, los factores del entorno, los recursos de la organización y las ventajas competitivas que posea.

Modelo de incentivación y motivación de profesionales: Modelo vinculado a resultados en calidad de los procesos asistenciales. Introduce incentivos económicos y no económicos, tales como: tiempo de dedicación, formación, desarrollo profesional, promoción y polivalencia, investigación, etc.

Debe ser integrador, con elementos diferenciadores interniveles, facilitadores de la continuidad asistencial, y que diferencie la aportación individual y de equipo, en términos de valor añadido al resultado final, con el reconocimiento individual del trabajo, dedicación y aportación de valor de cada uno de los profesionales.

No conformidad: Se refiere al no cumplimiento del requisito especificado.

Nodo de investigación: Centro o grupo de investigación con líneas y objetivos de investigación comunes a los de otros centros o grupos integrados en una misma red de investigación, creada con el objeto de promover la complementariedad de actuaciones, compartiendo objetivos y recursos (BOE 3 de abril de 2002).

Norma: Regla o estándar establecido por un grupo, cuyos miembros aceptan y deben cumplir.

Normalización: Es la actividad que aporta soluciones para aplicaciones repetitivas que se desarrollan, principalmente, en el ámbito de la ciencia, la tecnología y la economía, con el fin de conseguir una ordenación óptima de un determinado contexto.



Objetivo: Algo ambicionado o pretendido.

Organización: Es la compañía, sociedad civil o mercantil, firma, empresa o institución, de carácter público o privado, jurídicamente constituida, que tiene su propia estructura funcional y administrativa. Se dedican a la compra de bienes y servicios para incorporarlos al proceso de producción, consumirlos o revenderlos. Pueden ser de cinco tipos: a) empresas y cooperativas agrícolas, ganaderas o pesqueras, b) industrias, c) revendedores, d) administraciones públicas y empresas y e) otras instituciones de servicios.

Paciente: Organización (persona, familia, grupo, vecindad, sociedad, población objetivo) que recibe atención sanitaria.

Pacto de gestión: Documento escrito entre los CSES y las Gerencias de Área, o entre los CSES y sus respectivas Unidades de Servicio, donde se especifican los servicios a prestar y los requisitos que éstos deben cumplir. Es de cumplimiento exigible.

Parte interesada: Persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización.

Participación: Las opiniones de los ciudadanos en la toma de decisiones en temas relacionados con su salud; y de los profesionales en temas que afecten a la organización.

Percepción: Conocimiento o idea que los ciudadanos tienen del CSES y de los servicios que éste presta, independientemente de si han recibido o no atención sanitaria previa.

Personal: El conjunto de empleados y demás personas que ofrecen, directa o indirectamente, un servicio a los clientes. Véase «Personas».

Personas: La totalidad de los individuos empleados en la organización, incluidos los contratados a tiempo completo o parcial, los temporales y los sujetos a contratos específicos.

Plan de Calidad: Es un documento que establece las prácticas específicas, las normas, las técnicas, los recursos y la secuencia de actividades para un producto o servicio, de forma que se favorezca o facilite la mejora de la calidad.

Plan de formación: Se refiere al compromiso y esfuerzo por parte de la organización, para facilitar la formación necesaria para conseguir el aprendizaje constante y la capacidad de innovación por parte de los



profesionales. Ayuda a la mejora de las competencias que se definan para cada profesional, en función de los procesos asistenciales en los que participe. Esto significa que cada profesional va a participar en un «menú de opciones» de formación personalizado, que le va a permitir reforzar aquellos aspectos claves en su perfil de competencias.

Plan estratégico: Plan que se utiliza para dar la orientación de la organización en un periodo de tiempo, de forma que suele estar formado por un conjunto de decisiones de gestión que se centran en lo que hará la empresa para alcanzar el éxito y la forma en que lo hará.

Planificación: Es el proceso de establecer los objetivos y de diseñar las estrategias para tratar de alcanzarlos. Es posible hacer planificación a corto plazo, lo que recibe el nombre de planificación táctica u operativa, mientras que la planificación a largo plazo es denominada planificación estratégica.

Política de la organización: Es el plan de actuación que debe seguirse para la evaluación y decisión respecto a una situación determinada o los posibles fallos o problemas que surjan, de modo que se facilite el alcance de los objetivos previstos.

Política de la calidad: Comprende un conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad, expresados formalmente por la Dirección; son pues, los principios generales que guían la actuación de una organización. Forma parte de la política general de la empresa, aprobada por los órganos directivos y está constituida por el conjunto de proyectos referidos a la calidad.

Portal «Salud Extremadura»: Página web (<http://www.saludextremadura.com>), de acceso a contenidos sobre la sanidad en la CAE, para ciudadanos, profesionales, empresas y organizaciones.

Procedimiento: Se refiere a una determinada forma de ejecutar una actividad. En el caso de la gestión de la calidad todos los procedimientos deben estar documentados, de forma que se señale lo que debe llevarse a cabo, quién lo realizará, cuándo, dónde, cómo, con qué materiales, equipos y documentos, y cómo se registrará y controlará.

Proceso: Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas y consecutivas con un fin determinado. Es la secuencia ordenada y repetitiva de acciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada o «input», para obtener una salida o «output».



Proceso asistencial: Conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.).

Procesos clave: Se consideran procesos clave aquellos que son pasos limitantes o están en el centro de las tomas de decisiones para la mejora de la calidad de la atención a los ciudadanos, dentro de una visión multidimensional que contempla elementos de continuidad de la atención, satisfacción del ciudadano, eficiencia y evidencia científica de las decisiones clínicas. Son los más importantes para la competitividad de la organización. Tienen un alto impacto en los resultados de ésta por incidir en la satisfacción de los clientes, en los resultados empresariales, y en la satisfacción de los empleados.

Procesos de soporte: Apoyan a los procesos operativos para que cumplan su misión.

Procesos estratégicos: Son aquellos que adecuan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios, sirviendo de guía para la mejora de la calidad de los servicios prestados.

Procesos operativos: Son aquellos que están en relación directa con el cliente.

Producto: Es cualquier bien material, servicio o idea que posea un valor para el consumidor / usuario y satisfaga sus necesidades.

Producto tangible: Según Kotler (1988), es el producto que resulta de añadir a los beneficios básicos los aspectos formales, como la calidad, marca, envase y diseño. Será aquel bien que pueda ser percibido por los sentidos.

Profesional: se refiere a toda persona que trabaja en la organización.

Protocolo: Acto o serie de actos y operaciones con que se hace una cosa. Método. Sistemática de trabajo.

Protocolo asistencial: Conjunto de normas de actuación clínica de obligado cumplimiento en situaciones o circunstancias clínicas concretas.

Protocolos de práctica clínica: Descripción exhaustiva y pormenorizada de los pasos y actuaciones clínicas que deben realizarse ante un determinado problema de salud, de acuerdo a la guía de práctica clínica correspondiente.



Proveedor: Véase Suministrador.

Proyecto GuíaSalud: El proyecto GuíaSalud es una iniciativa de coordinación y cooperación entre las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el contexto de un Sistema Nacional de Salud descentralizado, con el objetivo de desarrollar y poner a disposición de todos los profesionales sanitarios instrumentos de información, registro, selección, implantación y actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

Queja: Manifestación verbal de la disconformidad con algo o alguien.

Reclamación: Facultad pública que puede ser ejercida por cualquier usuario, independientemente de su consideración como interesado, ante cualquier actuación que perciba como irregular o anómala, en el funcionamiento de los servicios sanitarios, del Sistema Sanitario Público de Extremadura, o ante cualquier tipo de lesión de los derechos otorgados por la normativa vigente en sus centros, establecimientos y servicios sanitarios (Decreto 4/2003, de 14 de enero, por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura).

Recursos: Elementos de la organización utilizados en el desarrollo de las actividades de los procesos.

Recursos económicos y financieros: Fondos a corto plazo necesarios para el funcionamiento diario de la organización, así como inversiones de capital, procedente de distintas fuentes, necesarias para la financiación a largo plazo de la organización.

Rendimiento: Medida de lo alcanzado por una persona, equipo, organización o proceso.

Responsabilidad: Es el deber de ejecutar las operaciones o acciones sobre las que se tiene competencia o autoridad. Es una dimensión de la calidad de servicio que supone la demostración de que la organización puede llevar a cabo lo que se asegura, y se ocupa de los problemas de los usuarios.

Resultados clave: Representan los logros que se están alcanzando en relación a los objetivos clave de la organización sanitaria planificados y a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

Satisfacción del consumidor/usuario: La satisfacción del usuario es un objetivo prioritario de las empresas de todo tipo pero, sobre todo, de las de servicios, pues no poseen un producto tangible y su objetivo es



producir un servicio, que únicamente se podrá valorar en función de su aceptación por parte del usuario. La satisfacción está relacionada positivamente con la calidad percibida, pero también con la discrepancia entre las expectativas de los usuarios y su valoración de la ejecución real.

Seguridad: Es una dimensión de la calidad de servicio o producto. Supone la ausencia de peligro, riesgo o duda en la adquisición del bien / servicio y su utilización.

Servicio sanitario: Unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.

Servucción: Voz que se refiere al sistema de producción o creación del servicio.

Sistema: Es el conjunto ordenado de elementos que componen una totalidad de nivel superior a las partes que lo integran, y que cumple unas determinadas funciones. Las características que definen un sistema son: globalidad, que implica la repercusión en todo el sistema de cualquier estímulo que afecte a una parte; homeostasis, que hace referencia al equilibrio dinámico o autorregulación del propio sistema y finalidad, que hace referencia a los objetivos a los que está orientado todo sistema.

Sistema de gestión: Esquema general de procesos y procedimientos que se emplea para garantizar que la organización realiza todas las actividades necesarias para alcanzar sus objetivos.

Sociedad: Todos aquellos a quienes afecta la organización, o que se creen afectados por ella, a excepción de las personas que trabajan en dicha organización, sus clientes y partners.

Suministrador / proveedor: Persona u organización que proporciona los recursos necesarios para que la empresa pueda producir bienes o servicios. Cubren las necesidades de las empresas, por lo que deben cumplir unos mínimos requisitos de calidad.

Tangibilidad: Característica de los productos que les hace perceptibles por medio de los sentidos. Por su naturaleza, los bienes son tangibles y los servicios son intangibles pues, en muchos casos van acompañados por características que impiden su clara definición.

Técnica Delphi: Es una técnica relativamente simple para llegar a un consenso grupal. Se lleva a cabo con un grupo de personas que reciben información de un problema, analizándolo cada una por separado y



emitiendo un informe con sus sugerencias. Posteriormente, un facilitador resume las sugerencias en un solo documento, presentándolo al grupo para su discusión y aprobación por consenso.

Tecnologías sanitarias: Los avances tecnológicos aplicados a la mejora del Sistema Sanitario Extremeño en la práctica clínica, y la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos en el ejercicio diario.

Telemedicina: Transmisión de imágenes, de actuaciones o intervenciones médicas o quirúrgicas reales, mediante la tecnología de videoconferencia (en tiempo real) o a través de ordenador (en tiempo real, o no).

Transparencia: Característica de una organización abierta a la sociedad y al ciudadano, que informa, es creíble, y en la que se puede confiar.

Usuario: Toda persona con domicilio habitual o eventual en Extremadura o, que no teniéndolo, utilice los servicios sanitarios del SSE.

Validación/verificación: Se refiere a la comprobación objetiva del cumplimiento de unos requisitos previamente especificados.

Valores: Aquellos elementos que conforman la conducta básica de las personas del CSES y lo que se espera de ellas.

Variabilidad: Grado de estabilidad, versus variación, de un proceso, en lo que se refiere a las prestaciones y a la predictibilidad de su evolución.

Vía clínica: Planes asistenciales que definen y ordenan secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible.

Visión: Declaración que describe el tipo de organización deseada con vistas al futuro, es decir, define lo que la organización quiere llegar a ser.



Colaboradores

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

1. Sociedad de Alergología e Inmunología Clínica de Extremadura. Badajoz.
2. Sociedad Extremeña de Cirugía. Cáceres.
3. Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria. Badajoz.
4. Sociedad Extremeña de Nefrología. Cáceres.
5. Sociedad Independiente de Neurología Extremeña. SINEX. Colegio Oficial de Médicos de Badajoz.
6. Sociedad Oncológica Extremeña. Badajoz.
7. Sociedad de Patología Digestiva de Extremadura. Badajoz.
8. Sociedad Extremeña de Cardiología. Badajoz.
9. Sociedad Extremeña de Endocrinología y Nutrición. SEDEN. Badajoz.
10. Sociedad Médico Extremeña de Admisión y Documentación. SMEXAD. Badajoz.
11. Sociedad Extremeña de Neumología. Mérida.
12. Sociedad Extremeña de Neurología. Cáceres.



13. Sociedad Extremeña de Otorrinolaringología Colegio Oficial de Médicos. Badajoz.
14. Sociedad Extremeña de Rehabilitación y Medicina Física Colegio Oficial de Médicos. Badajoz.
15. Sociedad Extremeña de Traumatología. Badajoz.
16. Sociedad Extremeña de Medicina General. Zafra.
17. Sociedad Extremeña de Medicina Nuclear. Badajoz.
18. Sociedad Extremeña de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias Cáceres.
19. Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura. SEFYCEX. Badajoz.
20. Sociedad Extremeña de Oftalmología. Badajoz.
21. Sociedad Oftalmología de Andalucía y Extremadura. Badajoz.
22. Sociedad Extremeña de Medicina Interna. Badajoz.
23. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias en Extremadura .SEMES. Badajoz.
24. Sociedad Extremeña de Inmunología. Badajoz.
25. Sociedad de Aparato Digestivo de Extremadura. SADEX. Badajoz.
26. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. SEMERGEN. Badajoz.
27. Sociedad de Cuidados Paliativos de Extremadura. Badajoz.
28. Sociedad Extremeña de Geriatria y Gerontología. Cáceres.
29. Sociedad Clínica de Extremadura. Cáceres.
30. Sociedad Extremeña del Aparato Respiratorio. Badajoz.
31. Sociedad de Urología de la Comunidad Extremeña. Badajoz.
32. Sociedad Extremeña de Cancerología. Badajoz.
33. Sociedad de Medicina del Trabajo. Badajoz.
34. Sociedad de Ginecología Extremeña. Mérida.
35. Sociedad de Microbiología Clínica Extremeña. Badajoz.
36. Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. Badajoz.



COLEGIOS PROFESIONALES

1. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Cáceres y Badajoz.
2. Colegio Oficial de Farmacéuticos. Cáceres y Badajoz.
3. Colegio Oficial de Podólogos de Extremadura. Badajoz.
4. Colegio Oficial de Psicólogos de Extremadura. Mérida.
5. Colegio Oficial de Veterinarios. Cáceres y Badajoz.
6. Colegio Oficial de Enfermería. Cáceres y Badajoz.
7. Colegio Oficial de Médicos de Cáceres y de Badajoz.
8. Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Extremadura. Mérida.
9. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos. Cáceres.

ASOCIACIONES PROFESIONALES

1. Asociación Española Fisioterapeuta. Badajoz.
2. Asociación Profesional Extremeña de Terapeutas Ocupacionales. Mérida.
3. Asociación de Médicos Especialistas en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Llerena.
4. Asociación de Radiólogos de la Región Centro, Delegación de Extremadura (ACR) - Colegio Oficial de Médicos de Badajoz.
5. Asociación de Reumatología Extremeña. Badajoz.
6. Asociación Extremeña de Neuropsiquetría. Badajoz.
7. Asociación Extremeña de Medicina del Deporte. Cáceres.
8. Asociación Ginecológica Extremeña. Mérida.
9. Asociación Profesional de Matronas Extremeñas .APMEX. Cáceres.
10. Asociación Extremeña de Informática Sanitaria .AEXISA. Badajoz.
11. Asociación Extremeña de Planificación Familiar y Sexualidad. Mérida.
12. Asociación de Higienistas Dentales de Extremadura. Badajoz.



13. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Badajoz.
14. Asociación amigos de la Medicina de Extremadura. Badajoz.

ASOCIACIONES SINDICALES

1. SATSE. Sindicato de Enfermería. Badajoz.
2. CSI-CSIF. Mérida.
3. SIMEX. Sindicato Médico de Extremadura. Cáceres.
4. CCOO. Comisiones Obreras. Mérida.
5. UGT. Unión General de Trabajadores. Mérida.
6. SAE. Sindicato de Auxiliares de Enfermería. Cáceres.
7. SIVEX. Sindicato Independiente de Veterinarios de Extremadura Plasencia.