

DEPARTAMENTO DE PODOLOGÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA



RAMÓN MAHILLO DURÁN
TESIS DOCTORAL



**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS
CLÍNICAS EN EL ÁREA CLÍNICA DE PODOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

Directores: Prof. Dr. D. Guillermo Lafuente Sotillos
Prof. Dr. D. José Ramos Galván

Sevilla, Julio 2011

Departamento de Podología
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad de Sevilla



**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS
HISTORIAS CLÍNICAS EN EL ÁREA CLÍNICA DE
PODOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

Ramón Mahillo Durán

TESIS DOCTORAL

Directores: Prof. Dr. D. Guillermo Lafuente Sotillos

Prof. Dr. D. José Ramos Galván

Sevilla, julio 2011.



Departamento de Podología

**“Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el Área Clínica de
Podología de la Universidad de Sevilla”**

Tesis presentada para aspirar al grado de doctor por D. Ramón Mahillo Durán, dirigida por los Doctores, Prof. D. Guillermo Lafuente Sotillos y Prof. D. José Ramos Galván.

Sevilla, a trece de junio de dos mil once.

El doctorando,

D. Ramón Mahillo Durán

Los Directores,

Prof. Dr. D. Guillermo Lafuente Sotillos.

Prof. Dr. D. José Ramos Galván.



Departamento de Podología
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad de Sevilla

El Prof. Dr. D. GUILLERMO LAFUENTE SOTILLOS y el Prof. Dr. D. JOSÉ RAMOS GALVÁN, Profesores Titulares de Universidad adscritos al Departamento de Podología de la Universidad de Sevilla,

HACEN CONSTAR:

Que D. Ramón Mahillo Durán ha realizado, bajo su dirección y coordinación, este Trabajo Original de Investigación titulado: **“Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla”**, para optar al grado de Doctor por la Universidad de Sevilla, y que dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para ser sometido a lectura y discusión ante el Tribunal.

Sevilla, a trece de junio de dos mil once.

Los Directores,

Prof. Dr. D. Guillermo Lafuente Sotillos.

Prof. Dr. D. José Ramos Galván.



PAPIRO DE EDWIN SMITH (Siglo XVII a. C.): Contiene relatos patográficos y es considerado precursor de las actuales Historias Clínicas.

DEDICATORIA

A Elsa y Rodrigo por la comprensión, cariño, sacrificio y facilitarme todo para la realización de este trabajo, disculpando “mis ausencias”.

A mis padres por su dedicación a nuestra familia, y por mostrarme con su ejemplo, el sentido de valores como responsabilidad, trabajo, educación y respeto.

AGRADECIMIENTOS

A mis directores: el Dr. Guillermo Lafuente Sotillos y el Dr. José Ramos Galván, por su ayuda, sus enseñanzas, sus palabras de ánimo, su confianza y la acertada dirección de este trabajo. Especialmente a D. José Ramos, precursor y artífice de la elección del mismo.

Al Dr. Pedro Munuera por sus aportaciones y sugerencias claves en metodología, en informática y por estar siempre cerca. Al Dr. Gabriel Domínguez por su ayuda y esfuerzo por facilitar el desarrollo del acceso al doctorado tras la realización del Máster Oficial.

Al Dr. Juan Polo, por sus importantes indicaciones y consejos.

A Javier Quesada, que con su acertada y considerable colaboración en varias partes de este trabajo, me ha facilitado la realización del mismo.

A Carmen Vázquez y María Reina, por su apoyo en las primeras evaluaciones. A Gemma Melero y Álvaro Carmona, por la ayuda con el trabajo de campo y los resultados.

A José María Bascarán, por su contribución en la edición final y encuadernación.

Al todo el Personal Laboral del Área Clínica de Podología, por su trabajo diario y su paciencia para conmigo.



Foto cedida por Dr. Lafuente G.

*“Hemos concedido a las profesiones de la salud acceso a los sitios
más secretos y sensibles de nosotros mismos,
y les hemos confiado asuntos que conciernen a nuestro
bienestar, felicidad y supervivencia.*

*El objetivo de la evaluación de la calidad es determinar
con qué grado de éxito se ha conseguido esto;
con el propósito de que cualquier alejamiento
pueda ser detectado tempranamente y corregido”.*

(Donabedian A. 1978).

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS
CLÍNICAS EN EL ÁREA CLÍNICA DE PODOLOGÍA DE
LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.	11
1.1. JUSTIFICACIÓN.	15
1.2. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA.	15
1.3. ESTUDIOS PREVIOS.	16
2. MARCO TEÓRICO.	19
2.1. CALIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL.	21
2.1.1. Evolución histórica.	24
2.1.2. Calidad Asistencial en España.	30
2.1.3. Calidad Asistencial en Andalucía.	34
2.1.4. Calidad en Podología.	36
2.1.5. Área Clínica de Podología y Calidad.	42
2.1.6. Calidad Asistencial. Métodos.	46
2.1.6.1. Instrumentos para la medición.	49
2.2. INFORMACIÓN CLÍNICA Y DE SALUD.	51
2.2.1. Fuentes de Información.	52
2.2.2. Sistemas de Codificación de la Información Clínica.	55
2.3. LA HISTORIA CLÍNICA.	60
2.3.1. La Historia Clínica en la actualidad.	64
2.3.2. La Historia Clínica en Podología.	66
2.3.3. Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas.	68
2.4. FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL ELEMENTO EVALUADOR.	72
3. OBJETIVOS.	77
4. MATERIAL Y MÉTODO.	81
4.1. TIPO DE ESTUDIO.	83
4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.	84

4.3.	MUESTRA.	85
4.4.	RECOGIDA DE DATOS Y VARIABLES.	86
4.4.1.	Estudio de la Fiabilidad.	87
4.4.2.	Clasificación de las Historias Clínicas.	87
4.5.	FICHA DE CRITERIOS Y ASPECTOS A VALORAR. ELEMENTO EVALUADOR.	88
4.6.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	96
4.7.	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.	97
5.	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.	99
6.	RESULTADOS.	105
6.1.	ESTUDIO DE FIABILIDAD.	107
6.2.	DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA Y OTROS CRITERIOS VALORADOS.	107
6.2.1.	Edad.	108
6.2.2.	Sexo.	109
6.2.3.	Lugar de procedencia.	110
6.2.4.	Entidad financiadora.	111
6.2.5.	Motivos de consulta.	112
6.2.6.	Diagnósticos.	114
6.3.	CLASIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.	118
6.3.1.	Calidad de las Historias Clínicas.	119
6.3.2.	Clasificación de la Historia Clínica por bloques.	120
6.3.2.1.	Porcentajes por bloques de criterios.	121
6.3.3.	Valoración individual de las Historias Clínicas.	122
6.4.	RESULTADOS POR CRITERIOS.	123
6.4.1.	Valoración por criterio.	123
6.4.2.	Resultados por criterios.	124

6.5.	COMPARATIVA ENTRE MUESTRAS. TESIS/TRABAJO FIN DE MÁSTER.	126
7.	DISCUSIÓN.	127
7.1.	INTRODUCCIÓN.	129
7.2.	MODELO DE EVALUACIÓN.	131
7.3.	TAMAÑO DE LA MUESTRA.	132
7.4.	FICHA DE CRITERIOS.	132
7.5.	FIABILIDAD Y VALIDEZ.	134
7.6.	CLASIFICACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	135
7.7.	CONTEXTO.	136
7.8.	NUESTRO TRABAJO.	138
7.8.1.	Valoración general.	139
7.8.2.	Valoración por bloques de criterios.	142
7.8.3.	Valoración por criterios.	143
7.8.4.	Valoración sobre los diagnósticos.	158
7.9.	ESQUEMA RESUMEN DE MOTIVOS.	161
7.10.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.	161
7.11.	UTILIDAD Y APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS.	164
7.11.1.	Informatización de la Historia Clínica en el Área clínica de Podología.	164
8.	RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.	167
8.1.	INMEDIATAS.	169
8.2.	A MEDIO PLAZO.	170
8.3.	A LARGO PLAZO.	172
9.	CONCLUSIONES.	173
10.	RESUMEN.	177
11.	BIBLIOGRAFÍA.	181

12. ANEXOS.	217
I. Carta a Profesores.	219
II. Indicadores claves. Inventario.	223
III. Informe auditoria GISA.	225
IV. II Plan de Mejora ACP 2011.	227
V. Plan Estratégico ACP.	233
VI. CMBD. Conjunto Mínimo Básico de Datos.	241
VII. Ficha de Recogida de Datos.	243
VIII. Compromiso Investigadores.	245
IX. Glosario de Términos. Definiciones.	249
X. Autorización Investigación.	251
XI. Autorización Comité Ético.	253
XII. Tabla. Kappa interobservador.	255
XIII. Tabla. Kappa intraobservador.	257
XIV. Tabla. Porcentajes por bloques de criterios.	259
XV. Tabla. Valoración Individual de las Historias Clínicas.	261
XVI. Tabla. Frecuencias y porcentajes por criterio.	263
XVII. Tabla. Valoración individual por criterios.	269
XVIII. Tabla. Estadísticos por criterios.	271
XIX. Informatización ACP.	273
XX. Índice Abreviaturas.	275

ÍNDICE DE FIGURAS.

FIGURA	LEYENDA	
1.	Esquema-resumen. Evolución histórica del concepto de calidad.	30
2.	Esquema-resumen. Criterios EFQM y porcentaje de ponderación.	43
3.	Cuadro-resumen. “Fuentes de información” más utilizadas.	54
4.	Cálculo de tamaño muestral.	86
5.	Clasificación de las HC.	118
6.	Diagrama causa-efecto. Evaluación de los procesos. Registro inadecuado de las HC en el ACP.	161

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

GRÁFICO	LEYENDA	
1.	Histórico de consultas atendidas en el ACP por año.	14
2.	Evolución histórica: Número de HC nuevas por año.	83
3.	Distribución porcentual de la muestra por intervalos de edad.	108
4.	Distribución porcentual de la muestra por sexos.	109
5.	Distribución por localidad de procedencia.	110
6.	Entidad financiadora de la asistencia.	111
7.	Motivos de consulta.	113
8.	Proporción Diagnósticos hallados.	114
9.	Distribución por subgrupos de Diagnósticos cumplimentados.	117
10.	Clasificación general de las HC, según porcentajes.	119
11.	Valoración de las HC, por bloques de criterios.	120
12.	Porcentaje por bloques de criterios.	121
13.	Porcentajes por bloques de criterios. Presentes/ausentes.	121
14.	Valoración individual de los criterios.	124
15.	Representación individual de porcentajes de criterios positivos.	125

ÍNDICE DE TABLAS.

1. Clasificación de las categorías de los estudios de calidad.	48
2. Valoración del coeficiente Kappa.	74
3. Tabla de criterios, numerados y abreviados.	90
4. Motivos de consulta.	112
5. Frecuencia Diagnósticos.	114
6. Diagnósticos.	115
7. Criterios.	118
8. Porcentajes de clasificación por bloques.	120
9. y 9. bis Pruebas de chi cuadrado.	126
Anexo XII Kappa interobservador.	255
Anexo XIII Kappa intraobservador.	257
Anexo XIV Porcentajes por bloques de criterios.	259
Anexo XV Valoración individual de las Historias Clínicas.	261
Anexo XVI Frecuencia y porcentaje por criterio.	263
Anexo XVII Valoración individual por criterios.	269
Anexo XVIII Estadísticos por criterios.	271

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Como integrantes del equipo de gestión y dirección del Área Clínica de Podología, debemos procurar y proporcionar las herramientas adecuadas para la labor de los profesionales que desarrollan su trabajo en nuestro centro. Con este interés, y con el objetivo de mejorar nuestros procesos, planteamos este trabajo de investigación.

Desde su creación en el año 1990, como Clínica Podológica Universitaria, de la Universidad de Sevilla, y su posterior cambio de denominación y adscripción (resolución Rectoral en el año 2002), pasando a llamarse Área Clínica de Podología (también ACP), en el desarrollo del proceso de docencia práctica perteneciente a la Titulación en Podología, se ha realizado y se sigue realizando, una actividad clínica asistencial que ha generado una basta riqueza de información sobre aspectos de salud general y más específicamente podológica, recogida en el Archivo de Historias Clínicas, derivadas de la atención a los pacientes en el ACP desde sus comienzos.

Esta función asistencial ha ido creciendo progresivamente desde el comienzo de la actividad, superando las 14.000 visitas/consultas en el año 2010, mientras en el año 2008 el número total de consultas fueron 12.348. Exponemos en el gráfico 1, la evolución del incremento de consultas experimentado, según los datos que disponemos.

La información recogida en las Historias Clínicas (también HC) ha constituido (y constituye actualmente), además de un elemento clave e indispensable para la prestación de la asistencia podológica de los pacientes, un elemento fundamental en la formación de varias generaciones de profesionales de la Podología egresados de la Universidad de Sevilla, así como de los profesionales que pasan por esta Facultad en las distintas actividades formativas que ésta desarrolla, una “fuente” de conocimientos, datos y experiencias de valiosa aportación (además) para la investigación que se ha venido desarrollando y se desarrolla en el ámbito de la Podología.

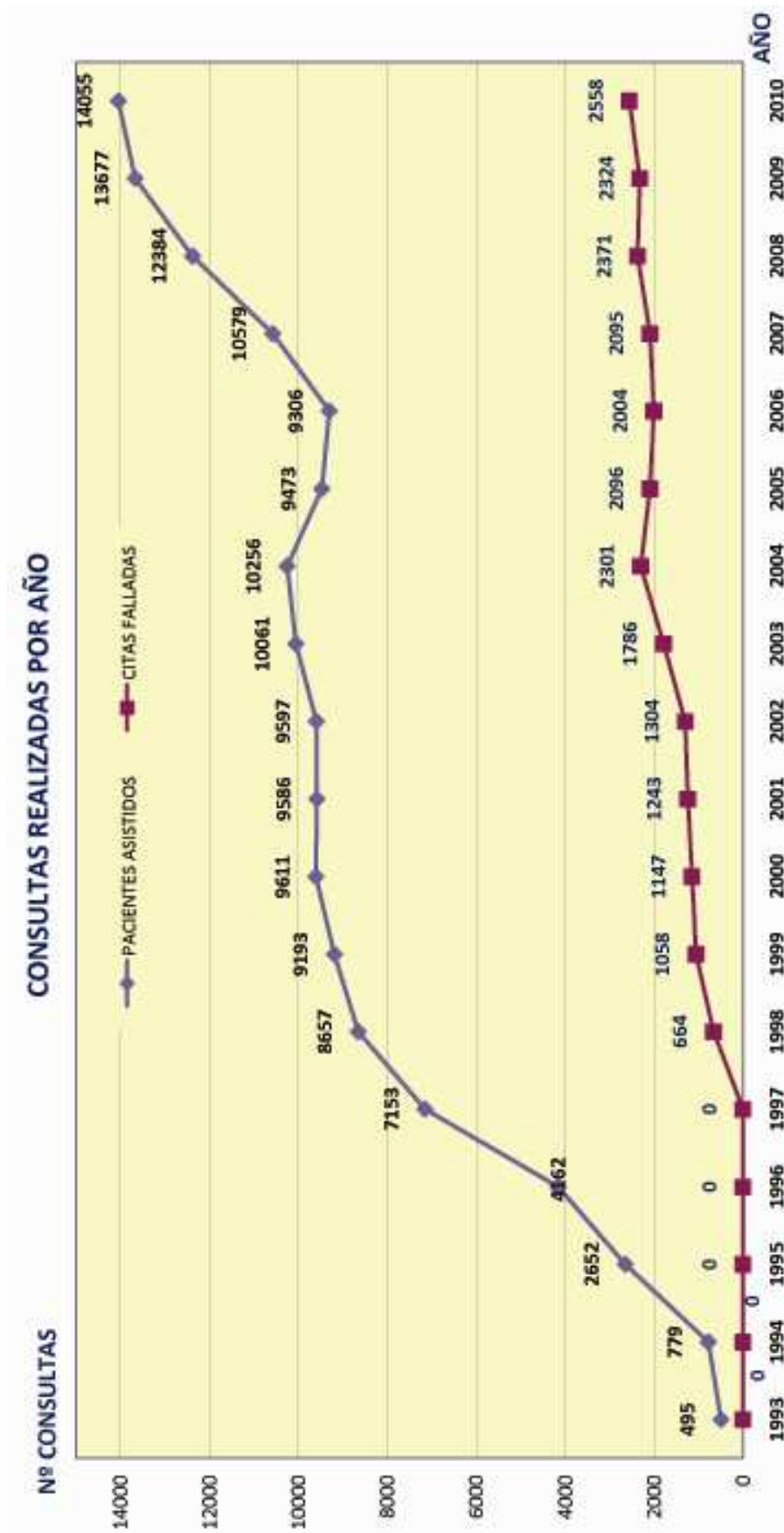


Gráfico 1. Histórico de consultas atendidas en el ACP por año. Fuente: Memoria de Actividades del ACP 2010 (ACP, 2011).

1.1. JUSTIFICACIÓN

En ocasiones, se ha puesto de manifiesto por los profesionales implicados en la asistencia, en la docencia y en la investigación así como por los alumnos y demás usuarios (personal de administración) en general de esta información, la presencia de deficiencias en la cumplimentación de las mismas que dificultan la lectura, interpretación y el uso de las HC en cualquiera de sus variadas funciones. Conscientes de ello planteamos la revisión y análisis de las mismas, con el objetivo de valorar, medir y en definitiva evaluar ciertos aspectos de la calidad de estas.

Pretendemos, además, relacionar esta investigación con la línea de mejora continua emprendida para elevar la calidad de los servicios, exigida por la Universidad de Sevilla y apoyada desde los ámbitos de dirección y gestión de la Titulación de Podología y del ACP, de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (Decreto 329/2010, de 13 de julio de 2010, que autoriza la implantación de enseñanzas de Grado, Máster y Doctorado y estructura de los centros que la imparten. BOJA, nº 139, de 16 de julio de 2010) (anterior Escuela de Ciencias de la Salud, también EUCCS) y de la Universidad de Sevilla como institución responsable. Procurando recoger los siguientes aspectos: la formación de alumnos y profesionales; los procesos de investigación; los procedimientos de gestión-administración y por último y no menos importante la calidad de la asistencia clínica y los aspectos derivados de ella entorno a propuestas concretas de mejora planteadas conforme a los resultados obtenidos en la evaluación de las Historias Clínicas del Área Clínica de Podología.

1.2. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

El formato de HC en el ACP ha experimentado varias modificaciones a lo largo de sus años de existencia, adaptándose a las necesidades asistenciales, docentes y legales a medida que los usuarios de la misma (docentes, alumnos, investigadores, personal de administración) así lo han sugerido, intentando siempre combinar los requisitos legales y propiamente clínicos con el valor didáctico propio buscado para facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje.

No obstante, y siendo el valor docente una característica que ha primado, en ocasiones, en el trasfondo y desarrollo tanto de los distintos formatos de HC como en el funcionamiento del propio archivo clínico, somos conscientes de las dificultades que esto entraña y de los inconvenientes que esta prioridad docente ha podido originar en determinadas ocasiones, en detrimento de otros aspectos igualmente importantes dentro de las distintas funciones que debe cubrir la HC.

Con esta intención lo ponemos en conocimiento de los docentes e investigadores del Departamento de Podología, principales generadores y consultores de la información y documentación del archivo clínico mediante carta informativa ([ANEXO I: Carta a profesores](#)) en la que pretendemos valorar sus opiniones y aportaciones, pues somos conscientes de la importancia de la implicación en los cambios estructurales de los distintos actores responsables además como educadores, en el desarrollo de las habilidades de alumno para elaborar correctamente las HC, incrementada además esta responsabilidad por el hecho conocido de que el tipo de registro usado y muchos de los hábitos de trabajo adoptados durante su formación son copiados en muchas ocasiones para su posterior utilización durante su futuro ejercicio profesional (Martín, 2004).

1.3. ESTUDIOS PREVIOS

Tenemos antecedentes de un estudio similar en 1997, cuando se realiza un trabajo de investigación, llevado a cabo en la entonces (CPU) Clínica Podológica Universitaria, actualmente ACP, por varios investigadores podólogos profesores (Ramos et al, 1998), dentro de un proyecto de investigación de Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Podología, de la Universidad de Sevilla, y planteado desde la asignatura de Podología Preventiva. Se trata de un estudio observacional descriptivo realizado en las HC archivadas en la CPU (Clínica Podológica Universitaria), hasta el mes de mayo de 1997. Se seleccionaron, al azar, el 10% de las 6110 historias que componían hasta entonces el archivo.

Entre los objetivos estaba el de “evaluar el grado de cumplimentación de los distintos apartados de las historias clínicas”. Ya en la introducción los investigadores plantean: “todos conocemos los problemas de cumplimentación y falta de fiabilidad de los datos en muchos de los registros contenidos en las actuales historias clínicas”. Para continuar diciendo que “por muchos que sean los conocimientos podológicos que se posean, resultarán inútiles, si no se es capaz de obtener una información precisa y sucinta sobre el paciente y su enfermedad. La información debe además quedar registrada conjuntamente con la terapia aplicada.” Posteriormente afirman que “El tratamiento aislado de los síntomas puede ser útil para solucionar una demanda puntual, pero la realización de una buena anamnesis supone la mitad del diagnóstico, que se verá confirmado con la exploración física y las investigaciones posteriores.” Argumentan en su trabajo que: “La obtención de la historia clínica exige mucha práctica y depende en gran medida de la relación podólogo-paciente. Se deberá procurar el aprendizaje con una práctica reiterada de los apartados más complejos para poder llegar a dominar la técnica de la entrevista y de los registros clínicos. Durante la formación de pregrado, se deberá fomentar este tipo de aprendizaje dentro de las asignaturas actualmente diseñadas para este fin” (Ramos et al, 1998).

En la discusión de su trabajo manifestaron “evidenciamos la necesidad de mejorar la metodología de los registros y en la cumplimentación de los apartados de las HC utilizadas, justificándose sobradamente la necesidad de una modificación, actividad que ya ha sido emprendida durante el presente curso”. Para concluir “Las historias clínicas deben cumplimentarse adecuadamente. Son indispensables para la seguridad del paciente y del profesional, además de ser una obligación legal.” (Ramos et al, 1998).

Transcurridos más de doce años desde la realización y posterior publicación de los resultados de este trabajo anterior, nos preguntamos:

- ¿Han mejorado los registros de las Historias Clínicas en el ACP? ¿Ha mejorado la información clínica?
- ¿Podemos evaluar la calidad actual de las Historias Clínicas y de la información contenida en ellas? ¿Es aceptable o mejorable, en las distintas finalidades y funciones de la Historia Clínica?

- Una vez evaluada la calidad, diagnosticados problemas y detectadas carencias ¿podemos actuar proponiendo mejoras que nos ayuden a aumentar la calidad global de las Historias Clínicas y de la información que estas contienen?

2. MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CALIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL

La calidad es un término polisémico que supone acepciones diferentes, tanto en el tiempo como en función de quien lo utilice y además en modo alguno es absoluto, ya que implica el necesario juicio de valor individual y colectivo y, por tanto, es algo relativo.

La Real Academia Española (RAE, 2001) define calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. Entendida así, calidad de la asistencia sanitaria es aquella propiedad o conjunto de propiedades, inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios de su misma especie. La calidad asistencial estará presente en mayor o menor medida en nuestra práctica clínica (Aranaz, 2009).

Nace de trasladar al mundo sanitario el control de calidad industrial de probada eficacia para la mejora de sus productos (Laffel et al, 1989).

En el sector industrial, la calidad ha sido entendida como la “aptitud para el uso”, la “adecuación a la norma” o bien como la “capacidad para que un producto consiga el objetivo deseado al menor coste posible”. La adaptación de estos conceptos al sector de la atención sanitaria plantea según Oteo (Oteo et al, 2006), diversos interrogantes como:

- ¿Conocemos el producto final de un servicio sanitario?, cual sería: ¿la curación del enfermo?, ¿la mejoría de los síntomas?, ¿la satisfacción del usuario?
- ¿Sabemos quién debe definir el objetivo deseado?: ¿los usuarios-pacientes?, ¿los profesionales sanitarios?, ¿los gerentes y directivos?
- ¿Cómo y cuál es el menor coste posible?, ¿Coste económico, social, laboral?

“Actualmente, dentro del ámbito sanitario, nadie puede dudar que la medición de la calidad en sus diferentes dimensiones es un pilar importante que fundamenta y

renueva el conocimiento, sirviendo igualmente como la base para la mejora y actualización del aprendizaje de los profesionales” (Ruiz, 2001).

Según Donabedian, uno de los profesionales más reconocidos en este campo, se define la atención de calidad como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes” (Donabedian, 1980).

Luft y Hunt definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención sanitaria incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos” (Luft et al, 1986).

Para el Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea “La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos” (CPHUE, 1997).

Según la Oficina Regional de la OMS, “la calidad de la atención sanitaria consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (OMS, 1985).

De la cual se derivaría por tanto que: “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite”. (OMS, 1989)

En la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre normas para el mejoramiento continuo de la atención médica (AMM, 1997), recoge que “el objetivo de la revisión de la calidad de la atención médica es el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se entregan a los pacientes y población y de la manera y

medios para producir estos servicios”. “La obligación de mejorar continuamente la capacidad profesional y de evaluar los medios utilizados, está incluido en los códigos de ética de los médicos. Los médicos y establecimientos de atención sanitaria tienen la obligación moral de esforzarse por obtener un mejoramiento continuo de los servicios”. “Se debe estimular la participación de todos en auditorías clínicas y en iniciativas de revisión de la calidad”. “Los profesionales de la salud deben tener posibilidades adecuadas de mantener y aumentar sus conocimientos y experiencia. Deben crear sistemas de calidad para uso propio y asegurar que se sigan las instrucciones recogidas en esos sistemas.” “Todo médico debe evaluar continuamente la calidad de su trabajo y su capacidad a través de métodos de autoevaluación”. “En la revisión se debe respetar los principios éticos de atención médica generalmente aprobados y los códigos nacionales de ética médica”.

El estudio de la calidad en la asistencia sanitaria supone en la línea de esta argumentación abordajes diversos dado que entraña, tradicionalmente, significados distintos para: pacientes, profesionales, gestores y la administración.

Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica, su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta.

También los pacientes aportan una perspectiva individual, al plantear como atributos de una asistencia de calidad adecuada, la comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios.

Los gestores evalúan y valoran en qué medida influye la utilización de recursos de modo eficiente en la mejora de la calidad de la prestación (Phelps, 1976) (Vuori, 1980) (Donabedian et al, 1982). En este sentido es importante diferenciar, el concepto de “gestión de la calidad” del de “gestión del gasto sanitario” (Barrientos et al, 1993) (Ortún et al, 2006) (Curtis, 2006).

Mientras tanto, la administración y las organizaciones sanitarias son más proclives a la perspectiva comunitaria, exigiendo en la prestación de los cuidados un

adecuado rendimiento técnico, que sea satisfactorio para los pacientes-usuarios y que su consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la comunidad (Aranaz, 2009).

En resumen, Soto (Soto, 2007) recoge las distintas perspectivas y confiere a la calidad asistencial los siguientes objetivos: mejorar las prácticas sanitarias, lograr que el usuario esté satisfecho con la atención recibida, asegurar que los cuidados sean accesibles y continuos, usar intervenciones apropiadas a las necesidades de los pacientes, e intentar obtener el máximo beneficio para la salud empleando el mínimo de recursos disponibles.

2.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

La evaluación sistemática de la calidad de la atención no es algo nuevo. La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es antigua y consustancial a la práctica clínica.

Hammurabi, en el año 2000 a.C. promulgaba en Babilonia el código que regulaba la atención médica y en el que incluía las multas que estos debían de pagar por los malos resultados de sus cuidados.

Hacia el 2000 a.C., en Egipto, se encuentran algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica. En las culturas orientales, como la de China, encontramos documentos que datan del año 1000 a.C. donde se presenta, exhaustivamente desarrollado, el estado del arte de la medicina en aquella época y se regulan las competencias de los profesionales. El tratado de Hipócrates de Cos, 500 años a.C., recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos, que aún hoy siguen vigentes (Oteo et al, 2006).

El tratado de Galeno (en el año 200), es un gran tratado donde se estandariza el conocimiento médico de la época. Y en 1600 publicó Vesalio su obra, en el campo de la anatomía humana.

Los trabajos mencionados más arriba estaban básicamente dirigidos a normalizar el proceso de la práctica clínica. Los primeros trabajos de evaluación sistemática de la atención sanitaria comienzan a ser realizados por epidemiólogos y,

entre ellos, cabe mencionar el *Tratado sobre Política Aritmética* que en el siglo XVII escribía sir W. Petty, uno de los padres de la epidemiología moderna (Oteo et al, 2006). En éste se comparan los hospitales de la ciudad de Londres con los de París, y llega a afirmaciones tales como que “los hospitales de Londres son... mejores que los de París, pues en los mejores hospitales de París fallecen dos de cada quince pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen dos de cada dieciséis...”.

John Graunt (AMS, 1921) (Ruíz, 2001), publicó en 1662 *Natural and Political Observations upon the Bills and Mortality*, destacando la alta mortalidad infantil más acusada en las ciudades que en el área rural.

Willian Farr y Florence Nightingale (Humpheys, 1885) a finales del siglo XIX realizaron un análisis estadístico de enfermedades y muertes en el ejército, logrando muchos resultados positivos en salud pública, tanto entre combatientes como entre los pobres de las ciudades; en 1855, analizando la mortalidad de los soldados procedentes de la Guerra de Crimea, y que fallecían tras amputárseles una pierna, observó que los que habían sido intervenidos en los grandes hospitales tenían mayor probabilidad de morir que los que habían sido operados en los hospitales pequeños a causa de la infección intrahospitalaria, más frecuente en los grandes centros.

El siglo XX, se inicia con la evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria y abre el periodo en el que diferentes modelos y estrategias en los programas de evaluación de la atención sanitaria conviven y van sucediéndose a lo largo de tiempo.

Ernest Codman (Codman, 1914) (Ruíz, 2001) comenzó a registrar resultados de los tratamientos desde 1900, formulando en 1910 la propuesta de que cada hospital debería realizar el seguimiento de sus pacientes para valorar los resultados y analizar las causas para prevenir los problemas. En este mismo año Abraham Flexner analiza la educación médica y los datos del informe estimularon la introducción de mejoras en los servicios hospitalarios (Lembcke, 1967).

En 1912, (Oteo et al, 2006) la deficiente situación que presentaban los hospitales en los Estados Unidos a principios de siglo (falta de servicios centrales, mala organización, etc.) llevó a la recién surgida asociación de cirujanos, American College

of Surgeons (ACS), a retomar la iniciativa de Codman, cirujano del Massachussets General Hospital, que perdió su puesto de trabajo por intentar que en la atención de todos los pacientes se exigiera el cumplimiento de una serie de estándares mínimos. Esta serie de estándares mínimos asumidos por la ACS consistían en cinco reglas que dieron lugar al llamado “Programa de estandarización de los hospitales”. Estos incluían los requisitos considerados como mínimos para prestar una asistencia de calidad y se concretaban en: cualificación del personal, calidad de la documentación clínica, uso de la documentación clínica, tratamiento que recibía el enfermo, revisión de la asistencia por colegas (*peer review*). El proceso así establecido duró en el tiempo lo que duró su lenta implantación. La complejidad que fue tomando lo hizo demasiado costoso como para ser sostenido únicamente por el American College of Surgeons.

A comienzos de los años 50, (Oteo et al, 2006) el American College of Surgeons crea una plataforma organizativa junto con el American College of Physicians, la American Hospital Association, la American Medical Association y la Canadá Medical Association, constituyendo la conocida y cada vez más activa Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH). Años más tarde, la Canadian Medical Association se separa para crear, junto con otras asociaciones canadienses, el Canadá Council on Hospital Accreditation, difundiendo la acreditación de hospitales en Canadá. La Joint Commision on Accreditation of Hospitals, al exigir unos estándares a los hospitales, explicita qué centros tienen capacidad para hacerlo bien. En la actualidad la JCAHO (Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations) considera en su proceso de acreditación, además de la estructura, la gestión de los recursos humanos, la orientación al paciente y la mejora de los procesos (JCAHO, 1997).

En 1966, (Oteo et al, 2006) un hito en la historia del control de calidad surge con Avedis Donabedian, quien formuló la conocida estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en la estructura, el proceso y los resultados.

En 1972, (Oteo et al, 2006) surge en Estados Unidos la Professional Standards Review Organization (PSRO) con el objetivo de revisar la calidad de la asistencia que prestaban los hospitales concertados con los programas Medicare y Medicaid.

En 1973, J. Wennberg inicia sus primeros trabajos sobre las variaciones de la práctica clínica entre diferentes áreas geográficas de Estados Unidos (Oteo et al, 2006).

Aparece la Australian Council on Hospital Standards en 1974 como una asociación de carácter gubernamental con el fin de realizar la acreditación de sus hospitales. Hoy es responsable de la publicación internacional Australian Quality Review (AQR) (Oteo et al, 2006).

J. Williamson en 1978 publica *Assessing and Improving Health Care Outcomes: The Health Accounting Approach to Quality Assurance*, un importante trabajo sobre la evaluación y mejora de los resultados de los servicios sanitarios (Oteo et al, 2006).

En 1979. Se crea en Holanda la CBO, organización para la asesoría de hospitales en temas de calidad y educación. Con fines no lucrativos, y aunque de ámbito preferentemente nacional, tiene también difusión internacional, como lo refleja el que se encargue de publicar la *European Newsletter on Quality Assurance* (Oteo et al, 2006).

En 1980 el objetivo 31 de «Salud para todos en el año 2000» para la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud: *“De aquí a 1990, todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias”*. *“Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia, continua y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos”*. Al enunciar este problema y plantear las posibles soluciones, la OMS hace énfasis en que la evaluación de la calidad de los cuidados no debe únicamente limitarse al nivel de desarrollo técnico o de experiencia, sino que se trata de una responsabilidad que incumbe a todos los trabajadores: investigadores, profesionales de la sanidad, autoridades y beneficiarios (OMS, 1988).

P. Ellwood, en 1988, (Oteo et al, 2006) propone el desarrollo de un programa nacional para Estados Unidos basado en orientar los resultados de la asistencia sanitaria (*outcomes management*) hacia el diseño de estándares y guías de práctica clínica (Grimshaw et al, 1993).

En 1989, D. Berwick propugna el *Continuous Quality Improvement* (CQI) como un modelo de mejora de la asistencia sanitaria, extrapolado del modelo industrial, válido para los servicios sanitarios (Oteo et al, 2006).

La Joint Commission impulsa, en 1990 con la llamada agenda para el cambio, la incorporación de los modelos de CQI y la necesidad de orientar los programas de evaluación hacia la evaluación de resultados y a implicar a todos los profesionales en los proyectos de mejora (JCAHO, 1997).

Hasta los sistemas de acreditación de instituciones sanitarias basadas inicialmente en la adecuación de la estructura de los centros (JCAH, 1971) las auditorías clínicas (JCAH, 1974) tanto médicas como de enfermería, en las que se mide principalmente la calidad del plan asistencial, hemos llegado a evaluaciones obtenidas tras aplicación de sistemas de agrupación de pacientes (GRD, PMC, APACHE, ASA, etc.) (Ahicart, 1998) o las referidas a registros regionales o nacionales, como es el caso del registro nacional de trasplantes.

Al comienzo de los años 50 detrás del audit (revisión de la práctica clínica) no hay una finalidad punitiva, sino la aspiración de aprender para prevenir el error (Suñol et al, 1986) (Sanazaro, 1987).

Los trabajos de análisis de los resultados que comienzan en los años setenta (Kurylo, 1976) (Wennberg et al, 1973) que alcanzan su zénit en la década de los ochenta (Gertman et al, 1981) (Brook et al, 1986) y un poco más tarde en nuestro país, persiguen asegurar un buen resultado (Peiró, 1997) (Lázaro, 1994) (Marqués et al, 1998).

En la actualidad la evolución ha llevado al concepto de Mejora Continua (Berwick, 1989) (Imai, 1995), que no se preocupa por conocer quien ha podido cometer el error, sino de averiguar qué procesos necesitan mejorar. Todo ello derivado de un enfoque de tipo gerencial de los sistemas de prestación de salud en el mundo, que surge ante las exigencias de la globalización y de un mercado competitivo que busca mayor productividad y calidad (Mendoza et al, 2008).

Otros hitos importantes son:

- La adaptación de las normas ISO (International Organization for Standardization) (ISO, 2011), de uso frecuente en la certificación de calidades y

procedimientos en la industria y los servicios, adaptada a los sanitarios (ISO 9000- 9001) (Marta, 2003). Actualmente se encuentra en vigor el ISO 9001: 2008, que hace especial énfasis en el control del cumplimiento de los requisitos legales aplicables al servicio que ofrece la organización certificada (Lorenzo et al, 2010). Especifica los requisitos de un sistema de gestión de la calidad. Está basada en 8 principios de gestión de la calidad, entre los que destacan la orientación al cliente, el enfoque a procesos y la mejora continua. Es una herramienta de gestión que se centra en lograr la satisfacción de los clientes con los servicios que reciben, a través de un control eficaz de los procesos y de la búsqueda sistemática de oportunidades de mejora.

- En Europa, surge en el año 1989 el Modelo Europeo de Excelencia, fue desarrollado por la EFQM (European Foundation for Quality Management) (EFQM, 2011). Se trata de una herramienta que al recopilar los aspectos fundamentales de las buenas prácticas de gestión y permitir su medición en las organizaciones puede ayudarles a determinar su situación en el camino de la excelencia, representando una ayuda para comprender y enmarcar sus carencias (Fernández-León et al, 2000).

El Modelo Europeo no impone actuar de una determinada manera para alcanzar la excelencia, sino que propone una serie de aspectos sobre los que se debe actuar para conseguir mejorar la gestión de las organizaciones. En este sentido podemos decir que no es prescriptivo, pues no nos da la receta, sino los ingredientes y el resultado que es previsible obtener. Los enfoques recogidos deben permitir a la organización que consiga alcanzar un elevado grado de calidad en sus resultados (Fernández-León et al, 2000).

El modelo se actualiza periódicamente a medida que la investigación va mostrando los buenos resultados de diversas prácticas tras ser evaluadas en varias organizaciones. Ha sido concebido como un modelo que permite la autoevaluación y el seguimiento evolutivo de la mejora de la gestión (Fernández-León et al, 2000).

La evolución y cambios de modelos relacionados con la calidad en sanidad, a lo largo de la historia los exponemos resumidos en la siguiente figura (Figura 1).



Figura 1. Esquema-Resumen. Evolución histórica del concepto de calidad. Fuente: elaboración propia.

2.1.2. CALIDAD ASISTENCIAL EN ESPAÑA

En España, la preocupación por la mejora de la calidad sanitaria empieza en los hospitales a comienzos de los ochenta a iniciativa de los profesionales y los gestores sanitarios de los mismos.

Comenzaron fundamentalmente en el transcurso de los trabajos desarrollados por las comisiones clínicas que venían funcionando tradicionalmente dentro del modelo marcado por las disposiciones legales recogidas en las distintas administraciones, tanto centrales como autonómicas (Delgado et al, 1991).

Entre los temas abordados en los inicios estaban: la documentación clínica, problemas de organización y coordinación entre los distintos servicios, complicaciones del diagnóstico y del tratamiento, infecciones nosocomiales,... creando y desarrollando los conocidos como protocolos asistenciales (Martín, 2004).

Los primeros programas de calidad de los servicios aparecen a finales de los ochenta coincidiendo con la aparición del Reglamento General de estructura,

organización y funcionamiento de los hospitales de la Seguridad Social (RD. 521/1987) (Suñol et al, 1986) (Delgado et al, 1991).

Posteriormente en 1991 el Parlamento Español mediante un informe elaborado por la Comisión de Evaluación y Análisis del Sistema Nacional de Salud, recomienda una serie de cambios en la gestión sanitaria dirigidos al aumento de la calidad (MSC, 1991).

Hasta finales de los ochenta y principios de los noventa no se realizan las primeras actividades relacionadas con la calidad de los servicios sanitarios en los Centros de Salud y servicios sanitarios extra hospitalarios. Hay que destacar además la complejidad de aplicación y adaptación de la metodología existente al estar esta diseñada principalmente para el medio hospitalario (Marquet et al, 1991). En los años posteriores, y como consecuencia de la aplicación de la metodología van apareciendo estudios y evaluaciones sobre aspectos concretos de esta (Suñol, 1986) (Buitrago et al, 1989) (Buitrago et al, 1990) (Buitrago et al, 1991).

A partir del planteamiento del desarrollo de una política de calidad total en los servicios sanitarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo como empresa suministradora de servicios de salud, y con la aparición en 1986 de la Ley General de Sanidad, se estructura un Plan de Calidad Total, que determina cómo garantizar la calidad de los servicios de salud y las actividades y acciones a realizar para homologarnos con el resto de países europeos (INSALUD, 1988).

Asimismo, se establecen progresivamente sistemas de comparación entre centros mediante los resultados de diversos indicadores basados en aspectos clínicos, de eficiencia o consumo de recursos y de calidad percibida por el paciente. Un ejemplo conocido es el Plan de Calidad del INSALUD, que anualmente remite a los hospitales de su red los resultados de sus indicadores y la clasificación que ocupan, o el reciente «Top 20», (García-Eroles et al, 2001) que después de establecer el *ranking* de los “mejores” 20 centros hospitalarios del país levantó cierta polémica en nuestro ámbito sanitario (Peiró, 2001).

Posteriormente la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, “establece acciones de coordinación y cooperación de las

Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”. “Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema”. Aunque el objetivo de la calidad preside buena parte del articulado de manera específica en su capítulo VI, artículo 59, habla de: “ACCIONES EN MATERIA DE CALIDAD. Infraestructura de la calidad.

1. La mejora de la calidad en el sistema sanitario debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas.
2. La infraestructura para la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud estará constituida por los elementos siguientes:
 - a) Normas de calidad y seguridad, que contendrán los requerimientos que deben guiar los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura.
 - b) Indicadores, que son elementos estadísticos que permitirán comparar la calidad de diversos centros y servicios sanitarios de forma homologada, ajustada al riesgo y fiable.
 - c) Guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial, que son descripciones de los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
 - d) El registro de buenas prácticas, que recogerá la información sobre aquellas prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor a la actual.
 - e) El registro de acontecimientos adversos, que recogerá la información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente.

Esta infraestructura estará a disposición tanto del Ministerio de Sanidad y Consumo como de las Comunidades Autónomas (Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE, nº 128, de 29 de mayo de 2003).

En su artículo 60, habla de la creación de la Agencia de la Calidad del Sistema Nacional de Salud, “órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo al que corresponderá la elaboración y el mantenimiento de los elementos de la infraestructura de la calidad”, y la encargada entre otras funciones de la confección y seguimiento del “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud” (ACSNS, 2006) (ACSNS, 2010).

Se crean también, en esta ley otras, entidades relacionadas con la calidad como la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS, 2011), Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS, 2011), la Sociedad Española de Calidad Asistencial... y otras, como la Fundación Avedis Donabedian (fundada en 1989, como entidad no gubernamental dedicada exclusivamente a la promoción de la calidad asistencial en España) que surgen posteriormente (Suñol et al, 2004), y que de uno u otro modo tendrán entre sus objetivos afianzar la mejora de los servicios sanitarios y trabajar para la obtención de un mejor nivel de salud de la población.

Esta Ley también establece en “el artículo 27.3 que mediante Real Decreto se determinarán, con carácter básico, las garantías mínimas de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios”.

Cada comunidad autónoma, además de desarrollar leyes propias, ha adoptado sus propios modelos de calidad. Los más habituales: el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) (EFQM, 2011) sobre gestión y evaluación de servicios sanitarios (p. ej. País Vasco, Madrid), el JCAHO (Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations) (JCAHO, 2011) y el ISO (International Organization for Standardization) (ISO, 2011). También se producen combinaciones de estos: EFQM, ISO, JCAHO (p. ej. en Cataluña). Todos los sistemas anteriores tienen en común que se crearon para la mejora de los resultados de las organizaciones, impulsan

la mejora continuada a través de la aplicación del ciclo PDCA (plan, do, check, action), están relacionados con la calidad, requieren el compromiso de la dirección, están orientados al cliente y sometidos a evaluaciones externas (Davins, 2007).

Incluso se han desarrollado modelos propios como en el caso de Andalucía con la Agencia de de Calidad Sanitaria, o Galicia, dónde existe un libro de normas para la acreditación sanitaria estratificada por servicios (Kazandjian et al, 2004).

2.1.3. CALIDAD ASISTENCIAL EN ANDALUCÍA

Como anteriormente hemos explicado, con la transferencia a nivel nacional de competencias en materias de sanidad a las comunidades autónomas, son éstas las que regulan y matizan las recomendaciones y normativas nacionales e internacionales en la mayoría de los casos. Los aspectos fundamentales que garantizan la adecuación y mejora de los Servicios Sanitarios son recogidos en las distintas normativas autonómicas como ejemplo el caso del Decreto 69/2008 (Decreto 69/2008, donde se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios. BOJA, nº 52 de 14 de marzo 2008).

En el se referencia “el artículo 55.1 del Estatuto de Autonomía de Andalucía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del estatuto de Autonomía para Andalucía. BOE, nº 68, de 20 de marzo de 2007) establece que corresponde a la comunidad Autónoma Andaluza la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros y establecimientos sanitarios”. Asimismo en el 55.2 “se determina que le corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias en todos los niveles y para toda la población”.

Anteriormente se crea la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (Decreto 318/1996, donde se crea la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. BOJA, nº 77, de 6 de julio de 1996) para después designar a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, como entidad certificadora del Sistema de Acreditación para el

Sistema Sanitario Público de Andalucía (Resolución de 25 de julio de 2003, por la que se designa a la Fundación Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía como entidad certificadora del Sistema de Acreditación, para el Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA, nº 153, de 11 de Agosto de 2003).

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es una fundación pública adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía cuya finalidad es el impulso y la promoción del Modelo Andaluz de Calidad un “elemento nuclear que facilitará las estrategias de mejora de los centros y situará al Sistema Sanitario Público Andaluz como un sistema que busca la excelencia en la prestación de los servicios”.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, ha puesto en marcha programas de acreditación de centros y unidades sanitarias, de competencias profesionales, de formación continuada y de páginas web, buscando siempre la excelencia en la atención sanitaria y favoreciendo una cultura de la mejora continua en el Sistema Sanitario Andaluz, es también una organización generadora de conocimiento sobre calidad; conocimiento que parte del trabajo de investigación de los profesionales de la Agencia y también de los propios procesos de evaluación, que se convierten en una valiosa fuente de información para recopilar buenas prácticas y espacios de mejora comunes.

Asimismo, la Agencia de Calidad Sanitaria ha impulsado la creación del Observatorio de Seguridad del Paciente, instrumento para el desarrollo de la cultura de la seguridad de los pacientes dentro del Sistema y que pone a disposición de profesionales y ciudadanos información sobre experiencias locales, nacionales e internacionales en el ámbito de la seguridad.

Entre sus objetivos están (ACSA, 2009):

- ✓ Desarrollar el Modelo de Calidad de la Consejería de Salud en todos los centros y organizaciones sanitarias de Andalucía.
- ✓ Fomentar la cultura de calidad y seguridad en el Sistema Sanitario Andaluz.
- ✓ Promover actuaciones que permitan la generación de conocimiento sobre calidad y la difusión e intercambio del mismo dentro del Sistema Sanitario.
- ✓ Incrementar la confianza de los ciudadanos hacia el Sistema Sanitario Andaluz.

- ✓ Impulsar la mejora continua dentro del Sistema Sanitario Andaluz identificando espacios de mejora.

Paralelamente existen otras entidades y organismos comprometidos con la calidad asistencial, como la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), sociedad científica con una clara preocupación por la mejora de la asistencia desde la perspectiva profesional. Su misión es la promoción y difusión de la cultura de mejora de la calidad asistencial en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria y abarca un amplio espectro de profesionales sanitarios: médicos clínicos, epidemiólogos, gestores, investigadores, enfermeras de todos los campos sanitarios, economistas, etc. y en general, todos los profesionales de la salud (SADECA, 2011).

Mencionamos en este sentido que, en la actualidad se encuentra vigente el “III Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2010-2014)”, precedido por el I (2000-2004) y II (2004-2010), que marca ambiciosas metas en tres escenarios de actuación distintos: el de la ciudadanía, el de los profesionales y el de la propia organización sanitaria, con el fin de progresar en la prestación y mejora de los servicios sanitarios (SAS, 2011).

2.1.4. CALIDAD EN PODOLOGÍA

En el campo de la Podología, en España, los trabajos en el ámbito de la Calidad asistencial, están aún por desarrollar aunque son varios documentos (normativas, estatutos, protocolos-guías y otros) de distintos organismos (Colegios Profesionales, sociedades científicas, y otros) que recogen “las buenas intenciones” que en este sentido tiene el colectivo profesional.

El Código Deontológico de la Podología, publicado el año 2004, por el Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos (CGCOP) recoge en el punto 6 de los Principios Generales lo siguiente, “El Podólogo no solamente debe cuidar de la salud del pie de las personas, sino que deberá cuidar su formación en los progresos técnicos y científicos que afecten a su especialidad, al objeto de ofrecer una buena calidad asistencial de acuerdo con el estado de la ciencia”. Advierte de que el profesional “se abstendrá de prometer a los pacientes o sus representantes legales, curaciones

carentes de base científica” así como que “deberá solicitar las pruebas diagnósticas que de acuerdo con los protocolos sean las habituales en dichas patologías, absteniéndose de aquellas que sean innecesarias”. Más adelante, continúa: “El Podólogo tiene la obligación de poner sus conocimientos profesionales dirigidos a intentar la curación del paciente, o bien procurarle mayor calidad de vida o prevenirle de riesgos inmediatos o futuros”, “tiene la obligación del reciclaje continuo de sus conocimientos profesionales, como único medio de prestar una asistencia de calidad, de acuerdo con el estado de la ciencia, por ello deberá formarse en los avances científicos y técnicos en relación con su especialidad.” Se reconoce también la obligación del Colegio profesional de “procurar a los colegiados los conocimientos científicos y prácticos, de acuerdo con los avances de la ciencia médica, programando cuantos cursos, conferencias y seminarios sean necesarios” (CGCOP, 2004) (CPPA, 2000).

En los Estatutos del Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía (CPPA), se reconoce entre los fines y funciones del colegio el de “Organizar cursos de carácter formativo y de perfeccionamiento profesional...”, “velar por que la actividad profesional se adecue a las necesidades e intereses de la sociedad”, “fomentar y estimular la investigación entre sus colegiados” (CPPA, 2008).

Somos conscientes del interés del colectivo profesional en temas de **calidad** y las distintas organizaciones colegiales, sociedades científicas y asociaciones profesionales, trabajan en la actualidad en este sentido articulando grupos de trabajo, comisiones, etc. que vehiculan las actividades que se realizan para el avance del colectivo.

Coincidimos en la idea de que “es imprescindible que nosotros controlemos nuestra profesión desde el rigor y la honestidad creando controles de calidad, tanto de nuestras propias instituciones como de nuestros profesionales; que sean fiables para las autoridades sanitarias correspondientes” (COPCV, 2009).

En esta línea recientemente ha tenido lugar la publicación, por parte de la Comisión de formación del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, de las Guías prácticas de: “Protocolos quirúrgicos en podología” (CGCOP, 2009) de “Exploración biomecánica” (CGCOP, 2010) y de “Pie diabético” (CGCOP, 2011) que pretenden de modo consensuado recoger las directrices generales, recomendaciones y sugerencias, de

acuerdo con el estado de la ciencia en la actualidad, para orientar al profesional en el desarrollo de su labor diaria en estos campos (cirugía podológica, biomecánica y pie diabético) de la profesión, así como la publicación de la “Guía Farmacológica” (Gómez et al, 2010), tras la autorización de la prescripción farmacológica por el podólogo (Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de garantía y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. BOE, nº 315, de 31 de diciembre 2009). Estos protocolos son los primeros, de carácter corporativo, publicados por la profesión en España centrados en aspectos generales del trabajo diario, y se van aproximando a los más específicos e interesados en patologías concretas, desarrollados por podiatras integrados en grupos de trabajo con otros profesionales de la salud, que actualmente, se publican, en Estados Unidos (Bristow et al, 2010) (Sumpio et al, 2010) (Williams et al, 2011).

Opinamos que, al igual que ocurre en otros colectivos profesionales con características similares en cuanto a condiciones laborales y desarrollo de la actividad influyen diversas causas en que se haya producido cierto “retraso” en estos aspectos, en relación con otras profesiones sanitarias. Estamos de acuerdo en el análisis que en este sentido y sobre la situación en el ámbito de la Odontología, en España, justifican la inexistencia de este tipo de trabajos por los siguientes factores: (Piqueras et al, 1991)

- Sistemas incompletos y poco fiables de información y recogida de datos en las consultas, que dificultan la obtención de información para realizar estudios.
- Altos niveles de aislamiento profesional, dispersión y falta de comunicación en la mayor parte del colectivo profesional lo que dificulta el desarrollo de espíritu crítico, más fácil de conseguir cuando se trabaja en equipo.
- Poca o nula formación que sobre este tema tienen la mayoría de los profesionales que pueden llegar a interpretar el desarrollo de este tipo de controles o evaluaciones sobre la calidad como una medida represiva y provocar el rechazo.

Nos atrevemos a añadir como un factor más en este sentido:

- El menor desarrollo (histórico) del nivel funcional y competencial de la Profesión en relación a otros profesionales sanitarios, que ha dificultado desarrollar habilidades investigadoras metodológicamente aceptadas.

Sin embargo, modificaciones normativas, como el reconocimiento de la prescripción farmacológica para los podólogos (Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de garantía y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. BOE, nº 315, de 31 dic.2009) (RD. 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE nº 17, de 20 de enero de 2011) y circunstancias tan notables como la nueva organización de la formación universitaria que reconoce a la Podología como Título de Grado con un nuevo plan de estudios (Resolución de 20 de diciembre de 2010, de la Universidad de Sevilla, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Podología, BOE, nº 17, de 20 de enero de 2011), vaticinan un futuro halagüeño, que a buen seguro incidirá en la proliferación y aumento de investigaciones y trabajos, que supongan un desarrollo mayor de la profesión.

En la bibliografía revisada, solo hemos encontrado una evaluación, la publicada en el *British Journal of Therapy and Rehabilitation* (Calam et al, 1996) (Bradshaw et al, 1999) que incide sobre aspectos similares metodológicamente y en objetivos, a los propuestos en nuestro trabajo. En ella realizan una evaluación (audit) en el Yorkshire Regional Health, sobre la presencia o no del registro, de una lista de 34 items, considerados prioritarios por una comisión de profesionales (Yorkshire Regional podiatry staff) que configurarían los componentes esenciales de una buena práctica profesional, y serían los realizados por los podiatras (“chiropody notes-records”) durante la prestación asistencial siguiendo las directrices de la “Society of Chiropodist and Podiatrists” (SCP, 1991)(SCP, 1993). Concluyen, que tras comunicar a los profesionales las deficiencias encontradas e implementar acciones para mejorarlas se debe instaurar la realización de reevaluaciones periódicas como modo de contribuir a mejorar la práctica profesional y asistencial. No aportan los resultados numéricos de la auditoría por lo que no podremos establecer comparativas con los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

Sin embargo, si existen y hemos consultado, estudios e investigaciones en podología y en podiatría (podiatry), aunque no tan numerosos como en otras especialidades o profesiones sanitarias, que de modo más o menos directo, valoran ciertos aspectos de la calidad del servicio asistencial que prestan los profesionales, podólogos o podiatras, centrados fundamentalmente en la efectividad de tratamientos, procedimientos y técnicas realizados habitualmente, y elaborados tras

revisiones y estudios retrospectivos de los registros recogidos en las Historias Clínicas o/y otra documentación clínica.

En revistas y publicaciones internacionales (anglosajonas la mayoría) es donde más abundantes ejemplos hemos encontrado, consecuencia, esencialmente, del mayor nivel competencial y la incorporación más temprana a la investigación. Mencionamos algunos a continuación, en distintas “disciplinas o especialidades” dentro de la podiatría:

- ✓ **Cirugía** (Bennett et al, 2001)(Amiot et al, 2003)(Andreassi et al, 2004)(Farley-Sakevich et al, 2005)(Shath et al, 2005),
- ✓ **Ortopodología** (Branthwaite et al, 2004) (Burns et al, 2006) (Lott et al, 2007)(Hawke et al, 2008)(Slami et al, 2009),
- ✓ **Biomecánica** (Curran et al, 2006),
- ✓ **Terapia física** (Radford et al, 2006)(Stratten et al, 2009) (Cozarelli et al, 2010),
- ✓ **Podología general** (Young et al, 2005) (Ferrari et al, 2009)(Crawford et al, 2010)(Cotchett et al, 2010),
- ✓ **Preventiva** (Sun et al, 2009) (Larely et al, 2010)
- ✓ **Comunitaria** (Johnson et al, 2005)(Barret et al, 2009)
- ✓ **Pie diabético** (Frykberg et al, 2007) (Senneville et al, 2008) (Driver et al, 2010).

Sin embargo, también algunos autores han manifestado la necesidad de realizar aún más estudios que justifiquen y eleven el nivel de evidencia científica sobre algunos tratamientos y procedimientos realizados en la actualidad por los podiatras (Porthouse et al, 2004) (Hawke et al, 2009).

En España, además de los trabajos citados anteriormente del Prof. Ramos y colaboradores, hemos encontrado en la bibliografía consultada pocos trabajos en el ámbito de la Podología relacionados con la calidad asistencial que hayan seguido criterios metodológicos aceptables.

Al igual que en otros países están interesados principalmente en aspectos técnicos o procedimentales, algunos utilizan revisiones retrospectivas de las Historias

Clínicas o parte de estas (Martínez et al, 2008). Estudios epidemiológicos, basados y que han utilizado como fuente básica de información, los registros clínicos (Touceda et al, 2010) (Ramos et al, 2010).

De otra índole son: por ejemplo, el de Mejías y colaboradores, titulado *“Nivel de conocimiento sobre la figura del podólogo”* donde estudia entre otros en nivel de satisfacción con la atención podológica recibida, en una muestra de 275 individuos de la ciudad de Sevilla a través de una encuesta telefónica sobre un cuestionario (Mejías et al, 1998) al estilo de otros (Morales et al, 2007); o el de Uroz V *“Diferencias Baropodométricas y en la calidad de vida entre 30 pies sanos y 60 pies afectados de Hallux Abductus Valgus”* (Uroz et al, 2010) realizado valorando mediante una encuesta de satisfacción, validada por la AOFAS (American Orthopedic of Foot and Ankle Society), la calidad de vida en los pacientes con Hallux Abductus Valgus.

Paralelamente al desarrollo de los estudios de doctorado por podólogos, principalmente, en la Universidad de Sevilla se han realizado trabajos de investigación que abordan con rigurosidad metodológica, ciertos aspectos de la calidad de la prestación de los servicios por el podólogo en el proceso asistencial, a través de revisiones retrospectivas del historial clínico, como ejemplo la tesis de Salcini (2006), *“Estudio de la tasa de recidiva de la Técnica Fenol-Alcohol Modificada para el tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis”*, estudio retrospectivo sobre 531 pacientes, intervenidos de onicocriptosis entre los años 1992-2004.

En el año 2007, Juárez (2007), en el desarrollo de su tesis doctoral *“Gratuidad versus equidad en la asistencia de pacientes en podología”* progresa en el estudio de ciertos aspectos de la calidad asistencial en podología, y destaca en sus conclusiones finales como recomendación y sugerencia: la conveniencia de la puesta en marcha de investigaciones sobre la calidad en Podología. En este interesante trabajo, llevado a cabo en el Área Clínica de Podología, de la Universidad de Sevilla, estudia entre otros aspectos la manera en que influye en la satisfacción y valoración del tratamiento podológico recibido por el paciente, el modo de financiación que este tiene (gratuidad, copago, pago íntegro del mismo).

Ramos en su tesis (Ramos, 2007) tras la realización de pruebas de cribado o screening desarrollados en centros de educación infantil y primaria en Sevilla capital,

comprueba como el diagnóstico precoz permite identificar la prevalencia de anomalías podológicas en los escolares, lo que a su vez permite corregir problemas de salud podológica mediante intervenciones clínicas y/o Programas de Educación para la Salud.

2.1.5. AREA CLÍNICA DE PODOLOGÍA Y CALIDAD

Además de los trabajos citados anteriormente, algunos de ellos desarrollados, parte o en su totalidad, en el ámbito asistencial y organizativo del Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla, podemos añadir en este sentido las actividades que vienen desarrollándose, y que comenzaron con el PCASUS (Plan de Calidad de la Administración y Servicios de la Universidad de Sevilla) y que actualmente siguen con la implantación del modelo de gestión por procesos y un sistema de evaluación según el modelo EFQM.

Este modelo de gestión, que hemos descrito brevemente con anterioridad (ver “Evolución Histórica”) ha sido adoptado para su implantación en gran número de administraciones, organismos y entidades públicas y privadas que tienen entre sus competencias y funciones la prestación de servicios a los ciudadanos de distinta naturaleza. En este sentido, ha sido el escogido por la Universidad de Sevilla, para su implantación progresiva en los distintos servicios y unidades que la componen.

Está basado en nueve criterios, cinco de ellos son “Agentes Facilitadores” (tratan sobre lo que la organización hace) y cuatro son “Resultados” (consecuencia de los agentes facilitadores) (Figura 2). La premisa fundamental es “Los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, que se hará realidad a través de las personas de la organización, las alianzas y recursos y los Procesos” (Osakidetza/Orain, 2011).



Figura 2. Esquema resumen. Criterios EFQM y porcentaje de ponderación. (Fuente: Osakidetza/Orain, 2011).

En el esquema aparecen los nueve “criterios” en los que se fundamenta el modelo y el porcentaje en que cada uno de ellos interviene en la puntuación final de la organización (Osakidetza/Orain, 2011).

La **mejora continua** que implica el modelo EFQM, para el progreso de los resultados y de los agentes facilitadores que lo soportan (Román et al, 2009), supone cuatro pasos que toda organización necesita realizar:

1. Determinar los Resultados que se quieren lograr según su política y estrategia.
2. Enfocar adecuadamente los objetivos y los planes.
3. Desplegarlos de manera sistemática para asegurar su implantación.
4. Evaluar y revisar las actividades en función de los resultados alcanzados.

El Área Clínica de Podología, participa de este proceso de implantación escalonada del modelo EFQM, constituyendo una unidad funcional (UN 053) (Universidad de Sevilla, 2009). Se desarrolla, en esta línea, un trabajo constante y gradual, liderado por la Dirección de Recursos Humanos de la Universidad de Sevilla y guiado por la Unidad Técnica de la Calidad, dentro del cual, queremos destacar los siguientes hitos:

- Constitución de un grupo de mejora (formado con miembros de todos los grupos de interés), e incluido oficialmente, con posterioridad, en el organigrama de la unidad como grupo de apoyo a la Dirección del ACP para la toma de decisiones relacionadas con la calidad y mejora de los servicios.
- Definición, publicación y revisiones (varias) de: Misión, Visión y Valores de la Unidad, pendientes de asignación de indicadores de cumplimiento.
- Elaboración y revisión del “Mapa de Procesos de la Unidad” (ACP, 2009). Definición de todos los procesos (estratégicos, claves y de apoyo) con fichas, flujogramas y gráficos (ACP, 2010). Asignación de indicadores a todos los procesos, medición e implantación en ICASUS (Sistema para la creación y medición de Indicadores Calidad de la Universidad de Sevilla). Adjuntamos como ejemplo en anexos, los indicadores diseñados para los procesos claves de nuestra Unidad. (Anexo II. Indicadores claves. Inventario).
- Publicación en mayo del 2010 de la versión 2.2 del Manual de Procesos (ACP, 2011).
- Publicación anual de la Memoria de actividades de nuestra unidad (ACP, 2011).
- Realización del “Pacto por objetivos” de la Unidad (aprobado en enero 2011).
- Publicación anual y entrega a alumnos, colaboradores clínicos, becarios, profesores y otros usuarios del “Manual de Funcionamiento del ACP” (ACP, 2008).
- Confección del Programa de Protección Radiológica y Programa de Garantía de Calidad de la Instalación, y aprobación en julio del 2010, en cumplimiento de la normativa vigente sobre instalaciones de radiodiagnóstico podológico (R.D. 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico. BOE, nº 173, de 18 de julio de 2009). Disponible para consulta en el ACP.
- Autoevaluación de la Unidad según modelo EFQM (realizado mediante herramienta perfil V4.0 adaptado a las Universidades) en diciembre del 2009. Posterior evaluación externa realizada por GISA SL (ANEXO III. Informe auditoría GISA) con la obtención de 156 puntos EFQM (Universidad de Sevilla, 2010).

- Realización del II Plan de Mejora de la Unidad (ACP, 2011) en Enero 2011. Aprobado por la Comisión Asesora del ACP en reunión del 08/03/2011. Como continuación del I Plan de Mejora y recogidas las recomendaciones del informe de evaluación EFQM, realizado por la empresa GISA (Anexo IV. II Plan de Mejora ACP 2011).
- Elaboración del II Plan Estratégico (Anexo V. Plan Estratégico ACP) en base al primero adaptándolo al informe de evaluación externa EFQM realizado en febrero del 2010.
- Elaboración de la Carta de Servicios de la Unidad (validada y pendiente de publicación por la Dirección de Recursos Humanos y la Junta de Andalucía).
- Implantación de un plan de satisfacción de usuarios donde se incluyen: cronograma de encuestas, grupos de interés a los que se realizan, procedimiento de realización (telemático-papel, lugar, periodo,...) Cuestionario, acciones de mejora según resultados, indicadores de acciones de mejora, y demás) (Universidad de Sevilla, 2010)

Consideramos acertado e interesante, basándonos en las líneas de trabajo establecidas y anteriormente esbozadas, la realización de todos aquellos proyectos e investigaciones que puedan contribuir al mejor conocimiento del funcionamiento interno de la unidad y a establecer mecanismos que puedan implementar las actividades de mejora continua que actualmente vienen abordando las distintas facetas y procesos (docencia, asistencial, investigación, ...) llevados a cabo en el ACP, y dentro de los cuales queremos incluir este estudio.

En este sentido queremos destacar también, el trabajo Fin de Máster Oficial “Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud” de Coheña (Coheña, 2010), y titulado “*Evaluación de la percepción de la calidad asistencial en el Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla durante el año 2.010*” cuyo objetivo principal es medir la calidad de la asistencia percibida por los usuarios del Área Clínica Podológica, y realizado mediante el diseño, validación y recogida de datos a través de un cuestionario adaptado para la aplicación en el contexto específico de nuestro centro, con semejanzas de ítems del Servqual (Parasuraman et al, 1988)(Parasuraman et al, 1991) y del

Servperf (Cronin et al, 1992) (Ramos et al, 2001), aplicado a una muestra de 97 usuarios, y que valora las siguientes dimensiones: accesibilidad, cortesía, comunicación, capacidad de respuesta, seguridad y tangibilidad. Supone el abordaje desde una faceta distinta para el conocimiento de nuestra organización y sus resultados en los clientes, aportando importante información que nos permite planificar objetivos de mejora basados en la evaluación de resultados objetivos.

2.1.6. CALIDAD ASISTENCIAL. MÉTODOS

Como citamos en la evolución histórica hecha con anterioridad, una de las aportaciones más determinantes al estudio de la calidad asistencial la realiza Donabedian (Donabedian, 1966), que recoge el carácter multifactorial e identifica una serie de componentes para facilitar su análisis (Aranaz, 1994):

- a) **Técnico:** como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta, los avances científicos y la capacitación de los profesionales que prestan la asistencia, que implica la realización de todos los procedimientos con destreza.
- b) **Interpersonal:** expresa la importancia, consensuada tradicionalmente, de la relación paciente-profesional de la salud.
- c) **Entorno:** expresión de la relevancia que tiene para la asistencia dónde se desarrolla esta, es decir el “marco” dónde se realiza.

La evaluación de la calidad asistencial comprende cuatro fases: identificar, cuantificar, valorar y comparar.

Healy facilita la tarea de la evaluación de la calidad definiéndola como “la comparación de una situación previamente determinada como deseable, con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia” (Healy, 1988).

De este modo nos facilita la medición de algo tan cualitativo y que nos podría llevar a emitir juicios de valor, fácilmente subjetivos.

La sistematización del análisis de calidad se debe fundamentalmente a Donabedian quien formuló la más conocida clasificación de métodos de análisis de la calidad de la asistencia (Donabedian, 1966 y 1978):

- 1) **Evaluación de la estructura:** análisis de las características del marco en que se prestan los servicios, los medios materiales y sociales empleados así como el estado de los recursos para prestarlos. Implica la evaluación de los recursos materiales (instalaciones, equipos, presupuestos), los recursos humanos (número, aptitudes y cualificación del personal) y aspectos institucionales o gerenciales (organización de los profesionales sanitarios y métodos para su evaluación). Al evaluar la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que favorecen u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios (Donabedian, 1978).
- 2) **Evaluación del proceso:** análisis de la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente y de los métodos para realizarla. Es la evaluación del proceso asistencial en si mismo y tiene una influencia directa sobre los resultados, aunque es un proceso complejo porque la interacción del paciente con el equipo de salud además de la tecnología que se utilice, juegan un papel relevante (Donabedian, 1978). Se asume que los datos relacionados con la evaluación del proceso son más sensibles como indicadores de calidad que los relacionados con los resultados, ya que un resultado adverso no siempre se produce cuando existen errores en el proceso (Martín et al, 2008).
- 3) **Evaluación de los resultados:** análisis del nivel de éxito o beneficio alcanzado básicamente en el estado de salud del paciente atribuibles a dicha atención, incluyendo los cambios en los conocimientos relacionados con la salud y en las actitudes y comportamientos, que supongan en conjunto una mejora en la calidad de vida del paciente (Donabedian, 1978). Es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. Ofrece la posibilidad de valorar la eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas asistenciales empleadas, tanto de las tecnologías como de los propios equipos asistenciales.

Desde el punto de vista práctico, no es posible trabajar eficazmente por la calidad con todas las dimensiones, de todas ellas la calidad científico-técnica o competencia profesional, la satisfacción y la accesibilidad son con las que de manera habitual se trabaja y a partir de las cuales se exploran otras dimensiones (Dívar, 2009).

Donabedian, propone tras una revisión de los métodos específicos de evaluación existentes, los medios y fuentes de información utilizados, la siguiente clasificación por categorías de los estudios de calidad (Tabla 1) (Donabedian, 1978).

CLASIFICACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE LOS ESTUDIOS DE CALIDAD

- I Estudios principalmente de la estructura.**
- II Estudios principalmente del proceso.**
 - A. Observación directa del paciente.
 - B. Estudios basados en el registro médico.
 - 1. La presencia o ausencia de determinados elementos fundamentales de la atención.
 - 2. Justificación de la cirugía y otros procedimientos de importancia.
 - 3. Auditorías que utilizan criterios explícitos.
 - 4. Auditorías que utilizan criterios implícitos.
- III Estudios principalmente del resultado.**
 - A. Morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad en comunidades y poblaciones.
 - B. Medidas más refinadas de morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad.
 - 1. Sucesos adversos susceptibles de prevención.
 - 2. Progresión de enfermedades susceptibles de prevención.
 - 3. Resultados de diagnóstico específico.
 - 4. Mortalidad y morbilidad postoperatorias.
 - C. Atribución de responsabilidades en situaciones diversas.
 - 1. Con especificación previa de los resultados esperados.
 - 2. Sin especificación previa de los resultados esperados.
- IV Estudios que combinan proceso y resultado para demostrar los efectos adversos del sistema.**
 - A. “Trayectorias”.
 - B. “Rastreadores” (“tracers”).
- V Evaluación de las estrategias.**
 - A. Mapa de criterios.
 - B. Prueba de las estrategias.
 - 1. Con modelos.
 - 2. Con pruebas clínicas.

Tabla 1. Clasificación de las categorías de los estudios de calidad.

Fuente: “*The quality of medical care*” de Donabedian A. (Donabedian, 1978).

Versión española supervisada por Fundación Avedis Donabedian y Revista de Calidad Asistencial.

2.1.6.1. INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN

Para realizar las evaluaciones inevitablemente debemos recurrir a indicadores que nos ayudarán a objetivar lo subjetivo. Utilizar indicadores supone previamente elaborar criterios de calidad, que podemos definir como aquellas condiciones deseables o indeseables que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria (Aranaz, 1994).

La selección de **criterios e indicadores** debe ser una tarea exenta de improvisación. Serán adecuados aquellos criterios que hayan sido aceptados por los profesionales, que están basados en evidencias científicas, que son realistas y sencillos en su formulación (Angaran, 1991) (Nazdan, 1991) (Antoñanzas et al, 1997).

Como instrumentos de medición, los criterios deben ser (Jiménez, 2004):

- **Válidos:** capaces de medir aquello que han para lo que han sido diseñados.
- **Fiables:** no deben variar los resultados, si medimos varias veces lo mismo, por encima, de los límites de fiabilidad que hayamos marcado.
- **Sensibles:** si aquello que hemos medido varía, el criterio debe ser capaz de detectar dicha variación.

Los criterios pueden ser clasificados en (Oteo et al, 2006):

- **Explícitos:** si se formulan previamente a realizar la medición. Son más fiables y válidos y los más utilizados.
- **Implícitos:** Si los planteamos una vez recogido el hecho y nos planteamos que es lo que hubiéramos hecho en una situación similar y valoramos dicha actuación.
- **Específicos:** si estudian un aspecto parcial de la asistencia. Más adecuados y útiles para evaluaciones de proceso.
- **Generales:** Si evalúan aspectos más amplios del proceso asistencial. Adecuados para evaluación de resultados.

Además los criterios deben ser (Oteo et al, 2006): **simples** (detallados y precisos), **aceptados** (basados en un acuerdo general para que sean aceptados por todos), **adaptables** a los recursos disponibles (profesionales, muestra a evaluar) y a las fuentes de información empleadas, **actualizados** y de **carácter universal**.

El desarrollo de un Programa de Mejora de la Calidad en un servicio clínico es un proceso lento y supone, necesariamente, un cambio en la forma de hacer las cosas, en el que se han de involucrar todos los profesionales impulsando el espíritu de equipo y compartiendo metas comunes. Debe tener como norte la orientación al paciente y fundamentarse en (Aranaz, 1994):

- **Calidad Científico-técnica:** hace referencia a la asistencia que recibe el paciente conforme a la Lex Artis. Representa el punto de vista profesional y se establece basándose en evidencias científicas. Sus evaluadores serán, pues, los avances técnicos y el juicio profesional.
- **Calidad Funcional o Interactiva:** se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial (cómo se produce la interacción paciente-profesional). Los evaluadores serán los pacientes-usuarios y su familia.
- **Calidad Corporativa:** se corresponde con la imagen que los pacientes, los profesionales y la población general tienen del servicio. Sus evaluadores serán el cliente interno y externo.

La científico-técnica, es de las tres la más habitual para los profesionales pues estamos habituados a la elaboración de protocolos, guías clínicas, discutir aspectos de la práctica clínica en sesiones y comisiones clínicas, etc. Aunque su desarrollo exige la elaboración de criterios e indicadores específicos siguiendo el acuerdo y las recomendaciones como anteriormente hemos explicado.

En resumen:

- La valoración de la calidad asistencial constituye un complejo proceso que, además de su interés, requiere una valoración de la estructura del centro donde se realiza la asistencia, el “proceso” de la atención al enfermo y los resultados obtenidos (Donabedian, 1988) (Suñol et al, 1986).

- “Los beneficios de la aplicación de un sistema de gestión de calidad incluyen, entre otros, detectar las necesidades que puede cubrir el servicio con el fin de lograr la satisfacción del paciente, sus familiares o el personal sanitario del resto de los servicios del hospital o servicio sanitario, mejorar las comunicaciones dentro y fuera del servicio, conseguir una mayor comprensión de los procesos de la organización y el control del riesgo, delimitar las responsabilidades de forma clara a todo el personal, llevar a cabo una mejor utilización del tiempo y los recursos y, por último, mejorar, si cabe, la motivación del personal (Lorenzo et al, 2010). Por tanto, el esfuerzo de implementar sistemas de análisis de la calidad redundará en beneficio de todos los actores del sistema sanitario, ciudadanos, profesionales, gestores y financiadores” (Carrasco et al, 2006).

2.2. INFORMACIÓN CLÍNICA Y DE SALUD

Información clínica se denomina a los datos, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o aumentar los conocimientos sobre el estado de salud de una persona: la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Información sanitaria es aquella generada con motivo de la atención sanitaria recibida en: atención primaria, especializada o socio-sanitaria.

Los distintos niveles asistenciales que atienden a un ciudadano proporcionan información sobre su estado de salud.

El concepto de información clínica, por lo tanto, agrupa o incluye tanto la información sanitaria como la de estado de salud (SEIS, 2003).

Los sistemas de información surgen fundamentalmente como herramienta para control del presupuesto sanitario ante la mayor demanda de salud por parte de la población, crecimiento de las organizaciones sanitarias, el impacto de las nuevas tecnologías o la superespecialización del proceso asistencial (Román et al, 2009).

2.2.1. FUENTES DE INFORMACIÓN

La información relativa al estado de salud de un ciudadano, se genera en la “relación” con el profesional sanitario, si queda debidamente documentada.

Los sistemas de información sanitaria tienen como finalidad proporcionar datos que faciliten el conocimiento sobre la salud de las poblaciones y el funcionamiento de los sistemas sanitarios y constituyen un elemento clave para la comunicación de todos sus integrantes, ya sean éstos ciudadanos, pacientes, profesionales sanitarios, investigadores o políticos. Contar con datos comparables y normalizados redundante en una mayor exactitud, eficiencia, fiabilidad de la información sanitaria a nivel local, regional, nacional e internacional (MSC, 2006).

De las distintas fuentes de información existentes en la actualidad, las más utilizadas (resumen en [Figura 3](#)), para valorar la calidad asistencial son (Ruíz, 2001) (Yetano et al, 2007):

- **Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)** (MSC, 1995): es una base de datos con información de los pacientes del área de hospitalización que, por ley, todos los hospitales públicos o privados deben recoger en formato electrónico normalizado y enviarlos periódicamente al departamento de sanidad de cada comunidad autónoma (Yetano et al, 2007). Es un registro de cada uno de los pacientes ingresados en una cama de hospitalización y que pasa al menos una noche en el hospital, que contiene una serie de datos administrativos y clínicos que resume la información del episodio de hospitalización ([Anexo VI. CMBD](#)). No recoge información de consultas externas, urgencias, hospital de día,... La ley obliga a que la recogida de estos datos clínicos se haga conforme a la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Flores et al, 2004) (MSC, 2006) (Garbin et al, 2009).
- **Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)**: Es un sistema de clasificación de pacientes ampliamente difundido en los hospitales españoles, y en otros países de nuestro entorno (Yetano et al, 2007). Sirve para clasificar cada episodio de hospitalización en un grupo homogéneo en cuanto a consumo de recursos, facilitando las labores de gestión y financiación hospitalaria. Igualmente no se

utilizan para áreas de asistencia ambulatoria. La información que necesita el sistema GRD está contenida en el CMBD.

- **Estadísticas de admisión y archivos.** Información recogida y generada por los servicios administrativos del centro sanitario
- **La observación directa o participante:** muy utilizada por la American Hospital Association (AHA), especialmente para valorar los procesos de enfermería, es un método costoso y que requiere mucho tiempo (Donabedian, 1978). Puede alterar la conducta observada, aunque sus defensores afirman que pronto se olvida la presencia del observador y el individuo comienza a seguir su rutina habitual. Muy útil para valorar las relaciones profesional/paciente y otras actividades del proceso asistencial.
- **Las encuestas de opinión y satisfacción del paciente-usuario:** frecuentemente utilizadas en las evaluaciones que estudian fundamentalmente “la calidad” desde el punto de vista del paciente/usuario (Laxton, 1995) (Irving et al, 2008), introducen el concepto de percepción, lo que supone considerar que el cliente es el único que puede determinar si un servicio es o no de calidad (Varo, 1994) y que la satisfacción expresada por el paciente es uno de los resultados que se derivan de la atención sanitaria y que también es un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados sanitarios que se prestan (Mira et al, 2000). Es un método muy utilizado en la actualidad y una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud (Gutierrez, 2003), debe considerarse como un medida más del resultado de las intervenciones de los profesionales (Mira et al, 2001). Según algunos autores (Caminnal, 2001) es también, un factor asociado a la utilización de los servicios y a la conducta del paciente, llegando incluso a relacionar la satisfacción de la atención con la adherencia al tratamiento (Mira et al, 2000).
- **La Historia Clínica:** que sigue siendo una de las fuentes de información más utilizada por el profesional sanitario y se puede someter con mayor facilidad al juicio crítico de varias personas (Donabedian, 1978) (Renau et al, 2001).

Dentro de la evaluación del “proceso”, la HC constituye un documento esencial y, aunque en si misma no supone una garantía de calidad en la atención prestada, puede inferirse una relación estrecha entre ésta y la calidad de la historia clínica (Rosenfeld, 1974) (San Martín, 1979) (Martín et al, 1989) (Díaz et al, 1995).

La medida de los niveles de cumplimentación de las HC, como instrumento de control de calidad del proceso asistencial, constituye y ha constituido un elemento objetivo, muy empleado en los servicios clínicos hospitalarios (Viana et al, 1993) (Guix, 1991) (Ordoño et al, 1993) (Soler et al, 1993). Aunque sabemos que el acto médico se basa en establecer una relación médico-paciente adecuada, hoy en día la HC se ha convertido en una necesidad para el buen funcionamiento del sistema sanitario, no solo desde el punto de vista de la asistencia y como medio de comunicación completa entre profesionales, sino como instrumento básico en el control de calidad de dicha asistencia, desde el punto de vista jurídico-ético, como documento de confidencialidad y de intimidad (García et al, 2000).



Figura 3. Cuadro-resumen. “Fuentes de información” más utilizadas. Fuente: elaboración propia.

2.2.2. SISTEMAS DE CODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA

Con anterioridad hemos comentado y descrito brevemente, los sistemas y fuentes de información clínica más utilizados, que deben proporcionar y permitir medios para describir, evaluar y planificar de modo adecuado las actividades que se realizan (Orueta et al, 2006) además de agrupar y estructurar la información para mejor rendimiento y aprovechamiento, desde el punto de vista económico (para facturar un acto), epidemiológico y estadístico (para tener datos sobre incidencia y prevalencia de patologías), soporte para la investigación, asistencial, y por supuesto en el contexto de la HC electrónica, que forma parte de los sistemas de ayuda en la toma de decisiones (Warren et al, 1998)(Campbell et al, 1999)(Peden, 2000). Esta característica explica la coexistencia de infinidad de sistemas y diccionarios terminológicos en uso, y la variedad de clasificaciones existentes - clasificar es empezar a comprender - así como los esfuerzos por establecer una clasificación homologada internacionalmente que permita la normalización de toda esa información (IIS, 2010).

Se entiende por normalización la formulación de especificaciones aceptadas (definiciones, normas, unidades y reglas) que establezcan un lenguaje común como base para la interpretación y el intercambio de información entre distintas partes (IIS, 2010).

Desde hace años, esta preocupación ha ocasionado la aparición de instrumentos, sistemas de codificación y normalización tanto del lenguaje como de la práctica profesional, de distinta: “granularidad”, “orientación” y desarrollo metodológico. La “granularidad” se refiere al nivel de detalle con que están descritos los diagnósticos. Los sistemas de poca granularidad tienen solo algunos diagnósticos representados y el resto están agrupados en “bolsas de gato” como “Otras enfermedades del aparato locomotor” (López et al, 2004). La “orientación” es la temática a la que se dirige el sistema. Hay sistemas específicos para enfermería, atención primaria, odontología, y otras especialidades.

Algunos de los más representativos y/o utilizados los describimos brevemente a continuación.

- La **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)**, es una clasificación sistemática de enfermedades acordada entre las instituciones y autoridades sanitarias, con una filosofía taxonómica ecléctica, debido a las diferencias acerca de la clasificación de enfermedades existentes entre los países que la usan (Iruretagoyena, 2011). Es el inventario principal donde se recogen todos los posibles diagnósticos y su uso es universal, como expone el Instituto de Información Sanitaria (IIS). Se codifican en ella más de mil rúbricas y es el sistema más importante de codificación y clasificación que permite las comparaciones internacionales y la monitorización de los problemas de salud en todos los ámbitos de actuación asistenciales (IIS, 2010).

Tiene sus inicios en 1853, en el Congreso Internacional de Estadística donde se creó una "nomenclatura uniforme de causas de defunción aplicable a todos los países" que dio lugar a la "Clasificación Internacional de Enfermedades", instrumento que viene siendo utilizado como referencia para informar sobre la mortalidad y la morbilidad universalmente, y gracias al cual se han obtenido datos muy importantes sobre la salud de las poblaciones a lo largo de décadas. Desde 1946, en su 6ª revisión, esta clasificación pasó a ser responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud (IIS, 2010).

En la actualidad están vigentes y coexisten la CIE-9-MC y la CIE-10. "La Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 9ª, Modificación Clínica (ICD-9-CM)", se basa en la versión oficial de la 9ª Revisión de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) de la Organización Mundial de la Salud. La CIE-9 está diseñada para clasificar los datos sobre morbilidad y mortalidad recogidos con fines estadísticos y para la clasificación de las historias clínicas por enfermedad y operaciones, con objeto de facilitar el almacenamiento y recuperación de dichos datos (IIS, 2010).

Esta clasificación se lleva utilizando en España desde hace ya dos décadas para la codificación clínica de los procesos atendidos en los hospitales. Lo que ha permitido la normalización del registro de altas - CMBD del Sistema Nacional de Salud, de forma que en el momento actual disponemos de unas bases de datos del CMBD consistentes y estables, siendo la principal fuente de

datos sobre morbilidad atendida en España. Además, esta información es la base para la mayoría de sistemas de clasificación de pacientes (Grupos Relacionados por el Diagnóstico - GRD), lo que permite a su vez, acercarnos a la medición de la producción hospitalaria. Por último, el uso del CMBD se ha acuñado como fuente para la obtención de importantes indicadores relacionados con la calidad asistencial y seguridad del paciente (IIS, 2010)

La CIE-10, entró en vigor en 1993, en España en 1999 (Ruiz et al, 2002) generando el cambio más importante desde la sexta revisión al aumentar el número de códigos (más de 14000, alta granularidad), de categorías (grupos anatómicos o clínicos) y de capítulos (grandes grupos de causas o circunstancias del fallecimiento). Implanta la codificación alfanumérica. Varía, agrupa y elimina reglas de selección y modificación de la causa de muerte. Enumera las enfermedades originadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Da una mayor y mejor información en neoplasias (tumores). A la vez que actualiza la definición de mortalidad y otros aspectos clave (Cirera et al, 2006). Posibilita la adaptación del sistema para otras especialidades médicas (oncología, oftalmología, estomatología, psiquiatría, neurología, ortopedia, neurología, endocrinología, medicina general) que por sus características precisan la incorporación de subclasificaciones y/o una mayor diferenciación propia de la especialidad (Rodríguez et al, 2000)(Vázquez et al, 2001).

- La **Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP- International Classification of Primary Care)** permite la recogida y análisis de tres importantes componentes de la consulta médico-paciente: la razón de consulta, el problema atendido y el proceso de atención. Diseñada para describir y registrar la actividad realizada en Atención Primaria de forma global (WONCA, 1999). El Comité Internacional de Clasificación de la WONCA (Organización Mundial de los Médicos Generales/de familia) desarrolló la primera versión en 1987, se tradujo al español en 1990 y en la actualidad está traducida a más de 20 idiomas. Sus más de 800 códigos (baja granularidad), repartidos en 17 capítulos, describen los motivos más frecuentes de consulta, enfermedades crónicas, infectocontagiosas, y demás, con un análisis sencillo y

rápido (López et al, 2004). En la actualidad está vigente la CIAP-2, en español desde 1999, que incluye entre otras una correspondencia con la CIE-10, para utilizar esta en el supuesto de precisar una mayor especificidad (Juncosa et al, 2011).

- Sistemas de clasificación de **Diagnósticos NANDA, de resultados NOC y de intervenciones NIC**, son la aportación a la normalización realizada desde la Enfermería y englobada dentro del Proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (MSPS, 2011).

La taxonomía **NANDA** clasifica de forma sistemática los juicios clínicos enfermeros o diagnósticos según unas reglas y procedimientos que permite promover la investigación, el desarrollo teórico y desarrollar la documentación informatizada de los cuidados. Contempla 155 diagnósticos estructurados en 13 dominios, clases y conceptos diagnósticos y los factores relacionados (ISICS – Consejo General de Enfermería, 2011).

La Clasificación de Resultados de Enfermería **NOC**, incluye resultados enfermeros estandarizados para medir los cambios en la evolución del paciente y determinar los efectos de las intervenciones a lo largo del tiempo y en los diversos ámbitos asistenciales (ISICS – Consejo General de Enfermería, 2011).

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería **NIC**, utiliza un lenguaje normalizado para describir tratamientos que realizan los profesionales de enfermería, de una forma completa y exhaustiva en los distintos campos de su práctica profesional. Es de gran utilidad para la documentación clínica y la integración entre sistemas de comunicación de cuidados (ISICS – Consejo General de Enfermería, 2011).

- **SNOMED-CT** (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms) (MSPSI, 2011) es la terminología clínica integral, multilingüe y codificada de mayor amplitud, precisión e importancia desarrollada en el mundo. Nace de la fusión entre Snomed RT (Snomed Reference Terminology), creada por el College of American Pathologists (CAP) y el Clinical Terms Version 3 (CTV3), desarrollada por la National Health Service (NHS) del Reino Unido. Esta fusión ha permitido

la combinación de los términos en los ámbitos de las ciencias básicas, la bioquímica y las especialidades médicas de Snomed RT con los contenidos de la atención primaria del CTV3, dando lugar a una terminología de referencia que permite a los profesionales de la salud de todo el mundo representar la información clínica de forma precisa y clara, en formato multilingüe. Actualmente, esta terminología es mantenida y distribuida por la International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO).

Es la terminología clínica de referencia seleccionada para la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud español (HCDSNS), lo que supone un primer paso hacia la interoperabilidad semántica de la HCDSNS. Propone un vocabulario normalizado, que permite la representación del contenido de los documentos clínicos para su interpretación automática e inequívoca entre sistemas distintos de forma precisa y en diferentes idiomas, facilitando el acceso a la información relevante para la toma de decisiones clínicas. Debe permitir, en un entorno de movilidad como en el que nos encontramos, que los profesionales puedan interpretar el contenido de los datos de salud de un ciudadano independientemente de su lugar de origen y de la lengua en la que sus datos se encuentren (MSPSI, 2011).

La terminología está constituida por conceptos, estructurados en jerarquías, términos y relaciones entre conceptos. Contiene más de 310.000 conceptos activos organizados por jerarquías y con definiciones basadas en la lógica formal. Además, contiene más de 728.000 descripciones activas, lo que confiere mayor flexibilidad para la expresión de los conceptos clínicos, y más de 947.000 relaciones definitorias que permiten que la recuperación y análisis de datos sea coherente (MSPSI, 2011).

Se han explorado además otros sistemas de codificación y normalización diagnóstica y terminológica, como los propuestos por la CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas) y la International Nomenclature Diseases de la OMS (Heymann, 2005).

2.3. LA HISTORIA CLÍNICA

Múltiples son las definiciones de distintos autores, entidades y organismos han dado de la HC, nosotros hemos recogido la dada por la Ley Española 41/2002 (Ley 41/2002, sobre autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, nº274, de 15 noviembre de 2002), que la define en el artículo 3 como: “La Historia Clínica es el 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”.

En el artículo 14 recoge que debe reflejar además aquellas circunstancias sociales que puedan tener relación con la valoración inicial de la situación del paciente, con el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación. Incluirá además la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos.

La HC es pues, según el artículo 14, testimonio y reflejo de la relación entre el profesional sanitario y el paciente y buscará la máxima integración posible de la documentación clínica de éste, al menos, en el ámbito de cada centro.

La HC debe ser (Del Olmo, 2008):

- ✓ Única: una sola historia por persona y centro
- ✓ Integrada y Centralizada: engloba todos los documentos generados en el proceso asistencial, al menos en cada institución
- ✓ Acumulativa: se incorpora la información de los nuevos episodios en un solo dossier
- ✓ Secuencial: los datos de los episodios se ponen en orden
- ✓ Normalizada: utiliza soportes y documentación (registros, formatos) previamente aprobados, con un contenido mínimo obligatorio
- ✓ Ordenada: la documentación se ordena en un orden previamente establecido
- ✓ Auténtica: la información es contrastablemente veraz y los cambios controlables

- ✓ Identificada: por la asociación unívoca entre el nombre y el número de historia clínica
- ✓ Conservable: puede archivarse y custodiarse
- ✓ Recuperable: puede reproducir la información en el futuro.

Es un instrumento utilizado desde los albores de la humanidad ya que pueden considerarse como "prehistorias clínicas" los relatos papiro-gráficos contenidos en el papiro Edwin Smith, o las lápidas votivas con el nombre y la dolencia que produjo el fallecimiento del paciente, descubiertas en el templo de Epidauro (Alonso, 2005).

Los primeros relatos con información clínica se deben a los "médicos" hipocráticos del siglo V a.C., quienes sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia profesional ante la enfermedad individual de sus pacientes; algo que, de hecho, les servía de herramienta fundamental, tanto para el tratamiento a otros pacientes con signos y síntomas similares como para enseñar a sus aprendices (Alonso, 2005).

Como en el resto de especialidades y en nuestro entorno el modelo de HC más utilizado es el propuesto por Weed (López-Picazo et al, 2002) y orientado a los problemas, donde la información se estructura a través de unos datos esenciales y una lista de problemas activa, con los problemas identificados a partir de estos y de las visitas de seguimientos.

La HC consta de nueve episodios o partes fundamentales:

1. Anamnesis:

- ✓ Anamnesis próxima: información que surge de la entrevista con el paciente; en principio, es un medio para su identificación. Se encuentra estructurada sobre la base de dos aspectos, que pueden considerarse esenciales: identificar al paciente y el problema principal o motivo de la consulta (enfermedad actual).
- ✓ Anamnesis remota: Información, tanto sobre los antecedentes personales del paciente como la relacionada con los familiares en el acontecer de salud.

2. Examen físico: Información resultante del examen y observación física del paciente.
3. Impresiones diagnósticas: registra uno o varios diagnósticos de sospecha, realizados a partir de los hallazgos recogidos en el examen físico, sustentados por la anamnesis. Comprende los nombres de las enfermedades sistémicas y orales.
4. Exámenes complementarios: Información sobre los resultados de las pruebas, biopsias, imagen-grafía, análisis de laboratorio, entre otras cosas, que el facultativo solicita para confirmar un diagnóstico de presunción.
5. Diagnósticos definitivos: Información sobre las enfermedades o afecciones que presenta el paciente.
6. Plan (tratamiento): se consignan todas las etapas del tratamiento. Se realiza en forma ordenada y lógica. Se debe contemplar el tratamiento ideal y el tratamiento real para que el paciente escoja según sus condiciones el plan que más se adecue a sus necesidades y capacidades.
7. Pronóstico: Indica la probabilidad de éxito o fracaso del tratamiento que se realizará.
8. Evolución: Registra paso a paso cada uno de los procedimientos y tratamientos, aplicados y sus posibles complicaciones, la medicación ordenada, los materiales utilizados, la técnica anestésica utilizada, el estado en que se recibe el paciente y cómo evoluciona.
9. Epicrisis: es el resumen de los aspectos más relevantes de la atención que se ha brindado al paciente. Se debe anotar. Identificación, motivo de consulta, historia de la enfermedad actual y aspectos más sobresalientes de la evolución de la enfermedad. Se utiliza para realizar inter-consultas o remitir al paciente.

Para cumplir estas funciones debe aglutinar una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental, legibilidad,...que se hayan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto (Orden de 6 de septiembre de 1984, del Ministerio de Sanidad y Consumo, *por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta*. BOE, nº 221, de 14 de septiembre de 1984) (Decreto 56/1988, 25 de

abril, Consell de la Generalitat Valenciana, *por el que se aprueba la obligatoriedad de la Historia Clínica*. DOGV, nº817, 4 de mayo 1988) (INSALUD. 1993) (Decreto 45/1998, de 17 de marzo, del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, *por el que establece el contenido y regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias*. BOPV, nº 1998067, de 8 de abril de 1998) (Ley 3/2001 de 28 de mayo, *reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes (Galicia)*. BOE, nº 158, de 3 de julio de 2001) (Ley foral 11/2002 *sobre los derechos del paciente a las Voluntades Anticipadas, a la información y a la documentación clínica*. BOE, nº 129, de 30 de mayo de 2002) (Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, *de Derechos y Obligaciones en Materia de Información Clínica del Paciente de la Comunidad Valenciana*. DOGV, nº 4430, de 31 de enero de 2003) (COVSEDOC, 2004)(RD 1093/2010, de 3 de septiembre, *por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud*. BOE, nº 225, de 16 de septiembre de 2010).

Como ejemplo, el artículo 3 del Derecho Valenciano 56/1988 , con relación a la forma de las HC dice que: “deberán ser normalizadas en su estructura física y lógica con el fin de facilitar su uso por el personal sanitario y permitir la obtención de información con fines administrativos, estadísticos y de evaluación de calidad, escrita a máquina o con letra claramente legible, evitando la utilización de símbolos o abreviaturas, y toda anotación deberá ser fechada y firmada de forma que permita la identificación del personal sanitario que la realice.”

Son documentos comunes en los centros asistenciales, los reglamentos o normas que regulan el uso, contenido, acceso,... de la HC en cada centro (HVPP, 2002) (Garrote et al, 2002) (Comisión de Historias Clínicas. Hospital de Basurto, 2003)(Hospital General de Castellón, 2008)(Hospital de Cruces, 2009).

Corresponde a cada uno de los componentes del equipo asistencial que atienda al paciente en cada momento la responsabilidad de la correcta ejecución de las normas de confección de las Historias, ajustándolas a las directrices marcadas por el centro. (HVPP, 2002) (Garrote et al, 2002) (Comisión de Historias Clínicas. Hospital de Basurto, 2003)(Hospital General de Castellón, 2008)(Hospital de Cruces, 2009)(HVNG, 2009).

La HC además de ser un documento fundamental para la asistencia, con implicaciones legales derivadas, desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad, gestión de recursos (OMS, 1980) (HVPP, 2002) (Garrote et al, 2002) (Comisión de Historias Clínicas. Hospital de Basurto, 2003)(Hospital General de Castellón, 2008)(Hospital de Cruces, 2009)(HVNG, 2009).

2.3.1. LA HISTORIA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD

La informática aplicada a las ciencias de la salud tuvo su origen en la Federación Internacional para Procesamiento de la Información, desde donde se creó un grupo de trabajo a nivel mundial especializado en informática “the international medical informatics association” (Elviro, 2008).

Desde su aparición, la informática ha ido introduciéndose en las Ciencias de la Salud, primero como herramienta administrativa, para a mediados de los sesenta del siglo pasado aparecer los primeros antecedentes de historia clínica informatizada, y en Atención Primaria a principios de los ochenta (García et al, 2008).

En España, a finales de los ochenta, se introduce la informatización de la HC como herramienta administrativa para gestión de agendas y obtención de datos para los gestores. Es a finales de los noventa cuando comienza a introducirse la HC informatizada, surgiendo con las transferencias autonómicas de competencias sanitarias, la coexistencia de varios modelos (García et al, 2008).

El proceso de informatización es continuo y está sometido a cambios rápidos por lo que es difícil describir con precisión la situación en la actualidad. En diciembre de 2007, en Atención Primaria, estaban informatizados el 80% de los centros de salud, con el 98% realizado en la comunidades más avanzadas y un 30% la más atrasadas (García et al, 2008) y según el Ministerio de Sanidad y Política Social en la actualidad se acerca a la totalidad en Atención Primaria y próxima a esta en los de atención especializada y de emergencias (RD 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE, nº225, de 16 de septiembre de 2010).

La falta de interoperabilidad y comunicación entre los sistemas instalados es el mayor de los problemas encontrados, a pesar de las distintas iniciativas y la importancia de las inversiones realizadas para superarlo. En el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, se incluye el proyecto de historia clínica digital con el objetivo de garantizar que ciudadanos y profesionales sanitarios tengan acceso a la información clínica relevante que precisen en cualquier momento y lugar del Sistema Nacional de Salud (MSPS, 2011).

Dentro de este concepto de informatización, se engloban e intercambian a veces otros como el de tecnologías de la información (TI) o tecnologías de la información y comunicaciones (TIC), así como distintas acepciones para la historia clínica electrónica y/o la información clínica del usuario (Carter, 2001): e-medical records, e-health records, e-patient records, todos ellos conceptos utilizados en la actualidad y en los que se incluyen entre otros: la historia clínica electrónica, ayudas para la toma de decisiones, entradas de órdenes informatizadas, informática para pacientes, telemedicina, redes de intercambio de datos, sistemas de gestión y otros (García et al, 2008).

El interés de la comunidad científica internacional en la Historia Clínica Electrónica es significativo como lo demuestran las numerosas publicaciones en revistas científicas de gran impacto (“British Medical Journal”, “Lancet”, “Annals of Internal Medicine”) (Moorman et al, 2003)(Moorman et al, 2009). No sin controversia, son muchas las ventajas que se le atribuyen en relación a la de papel (González et al, 2007) (García et al, 2008) (Elviro, 2008) (Häyrinen et al, 2008) (Páez et al, 2009):

- ✓ Evita duplicidades y errores
- ✓ Mejora la introducción de datos, y la recuperación de los mismos es más ágil y rápida
- ✓ Facilidad para generar informes, alertas, recordatorios, ayudas
- ✓ Suministra el soporte para la toma de decisiones y mejora la prevención de efectos adversos ligados a la práctica clínica (Aranaz et al, 2006)
- ✓ Optimiza la gestión administrativa
- ✓ Facilita la fármaco-vigilancia (Koppel et al, 2005) y evita errores en la prescripción, que se producen hasta en un 44%, según algunos autores (Rubin et al, 2003).
- ✓ Agiliza la evaluación de la calidad asistencial
- ✓ Proporciona ayuda inestimable para la docencia y la investigación (Neubauer et al, 2001)

Existen situaciones intermedias entre la historia clínica tradicional, en papel, y el máximo grado de informatización, donde la información se encuentra totalmente

estructurada y codificada de modo que sea procesable y recuperable con la máxima rapidez y especificidad (Woegemann, 1996).

El primer escalón alcanzaría la informatización de los datos, almacenada en los distintos sistemas (radiología, laboratorio, informes clínicos) solo para visualización de los mismos por parte del profesional. Es un recurso puramente asistencial, con una interfaz sencilla, tiempos de respuesta cortos, presentación flexible de listas de diagnósticos, notas de evolución y resultados de pruebas (Crespo et al, 2002).

Las herramientas de ayuda para la toma de decisiones representan un sistema intermedio y pueden servir como puente para sistemas más complejos, en los que el acceso a los datos de la población asistida está orientada a la investigación clínica, epidemiología y gestión administrativa (González et al, 2007).

En cualquier caso, es preciso establecer el proyecto, con una solución tecnológica, que tenga en cuenta los diversos usos, e intentar conciliar los intereses y el consenso de todos los usuarios de la historia clínica (Margan, 2001), unido a una organización dispuesta al cambio, profesionales clínicos que lo lideren, fomento de las relaciones personales, entornos ricos en conocimiento y uso apropiado de las tecnologías (Gervás, 2008).

2.3.2. LA HISTORIA CLÍNICA EN PODOLOGÍA

En el ámbito de la Podología, y según Becerro de Bengoa (Becerro de Bengoa et al, 2003) se ha experimentado una mayor competencia profesional desde la implantación del Título Oficial en Podología con validez oficial en todo el territorio nacional, tanto de forma cuantitativa, referida al aumento de actos podológicos, como cualitativa, utilizando procedimientos cada vez mas perfeccionados y eficaces, todo ello, ha significado que en el tratamiento del paciente, en cualesquiera de sus ámbitos, ya sea quirúrgico o conservador, así como en el diagnóstico previo en las afecciones y deformidades del pie, deba de hacerse constar en la HC como herramienta de trabajo fundamental para los profesionales facultados en el tratamiento de las afecciones y deformidades del pie, a efectos de interpretación clínica o con fines científicos o jurídicos.

El Código Deontológico de la Podología, hace referencia en varios de sus apartados a la HC en el ámbito de la profesión. Destacamos el aspecto de “obligación de abrir una Historia Clínica para cada paciente”. La necesidad de “reglamentar en su consulta” el acceso a la misma “al objeto de garantizar el derecho del paciente a su intimidad”. “Siendo la HC un documento de propiedad compartida entre el paciente y la entidad titular del Centro o Establecimiento sanitario” y el “podólogo titular, Entidad o Centro los responsables en cada caso de su custodia” (CGCOP, 2004).

Para el Prof. Ramos y colaboradores en su artículo sobre la HC en Podología (Ramos et al, 1997), “la HC ha de entenderse como un instrumento que registra una información suficiente, precisa y adecuada para:

- El conocimiento del proceso de salud-enfermedad del individuo.
- La evaluación de las actividades desarrolladas.
- La planificación y organización de futuras actuaciones, individuales o dirigidas a la comunidad.
- Facilitar la investigación y la docencia.

La obtención de una Historia Clínica debe preceder siempre a la exploración, al diagnóstico y al tratamiento “(Ramos et al, 1997).

Deben ser claramente legibles y evitar la utilización de símbolos y abreviaturas. Cualquier información incorporada en la Historia Clínica deberá ser fechada y firmada de forma que identifique al personal que la realiza (en los centros en que trabaje más de un podólogo), y cuya propiedad ostenta la entidad titular del centro o establecimiento sanitario, quien además es responsable de su custodia y de adoptar todas las medidas oportunas para garantizar la confidencialidad de los datos o información contenida en las mismas (Molina, 2007).

En resumen, como en el resto de profesiones sanitarias, la Historia Clínica podológica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia (Hayward et al, 1994) independientemente del formato o tecnología que utilice para ello.

Sin embargo, la HC lejos de ser un producto individual, es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de la misma intervienen diferentes y diversos profesionales, que tendrán la responsabilidad cada uno de hacer las anotaciones y cumplimentarla, en los aspectos de la asistencia en que cada uno intervenga, aunque con los criterios de unidad e integración, en cada institución asistencial, al menos (Molina, 2007). Los registros de esta documentación, derivada de la atención al paciente, en ocasiones se realizan en circunstancias poco favorables y que dificultan la adecuada cumplimentación. Todo ello da lugar a que la documentación presente en la historia clínica no sea la adecuada o no se halle todo lo completa, como sería deseable (Renau et al, 2001).

Para garantizar que la HC sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y tratamiento, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y por fin, proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar la calidad de la HC (Renau et al, 2001).

2.3.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

La realización de la Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas se puede hacer con dos enfoques prácticos fundamentalmente distintos, que implican resultados y planteamientos diferentes:

1. Evaluar la “calidad” de las HC con el fin de detectar las deficiencias y dar un tiempo determinado y pactado con el autor de la misma para corregir y/o subsanar los errores detectados. Este planteamiento es habitual en EE.UU. dentro de los denominados risk management programs (Hayward et al, 1994).
2. El segundo planteamiento va encaminado a informar a los autores de las historias tras la revisión y evaluación de la “calidad”, de los errores, pero con el objetivo de que conozcan los déficits y se adopten medidas de corrección en la futura elaboración de las historias (Rodríguez et al, 1994). Este tipo de planteamiento es el más frecuente en nuestro entorno.

En este contexto la **evaluación de la calidad** consiste en valorar el grado en que la HC cumple una serie de requisitos previamente establecidos y acordados, este análisis puede ser realizado desde el punto de vista cuantitativo y desde el cualitativo (Renau et al, 2001).

- La **revisión cuantitativa** medirá entonces la presencia o no de los diferentes documentos que componen la HC, la cumplimentación de los mismos, su ordenación lógica, entre otros aspectos. Es por tanto una evaluación objetiva donde se precisa personal instruido para tal fin, y con unos criterios explícitos perfectamente delimitados.

Comprende los siguientes aspectos (Renau et al, 2001):

1. Correcta identificación del paciente en todos sus documentos.
 2. Presencia de todos los documentos necesarios y el grado de cumplimentación.
 3. Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas.
 4. Normalización de documentos.
 5. Ordenación de la historia.
 6. Práctica o uso de anotaciones correctas.
- La **revisión cualitativa**, supone mayor subjetividad ya que analiza el contenido informativo de la historia. Con distintos niveles y complejidad. Un primer nivel dónde se evalúa la coherencia y consistencia de la información registrada en la HC y un nivel más complejo propio de la auditoría basada en evidencias en la cual se consideran criterios de lo que “se debe”, “es recomendable” o “se puede” hacer, en el que la unidad de análisis es el paciente en un período de tiempo (Ortega-Benito, 2000). Solo puede ser realizada por personal facultativo en el tema, es decir por personal clínico.

Según el momento elegido para su revisión se define como:

- **evaluación retrospectiva**, es decir tras finalizar la asistencia o
- **evaluación concurrente**, la que se realizaría mientras el paciente es atendido.

La evaluación concurrente tiene sentido en centros hospitalarios mientras el paciente permanece ingresado y es realizado por personal de enfermería fundamentalmente, aunque supone el requerimiento de personal específicamente dedicado a tal asunto, presenta la ventaja probada de que mejora el porcentaje de historias completas.

Sin embargo en centros donde la atención es ambulatoria tiene más sentido la realización de una evaluación retrospectiva en el seno del archivo de historias clínicas o de comisiones específicas para este asunto, presentaría la ventaja de poder analizar la historia completa, pero se produce demora en la corrección de los errores, si se decide que esta se realice (Renau et al, 2001).

El ámbito o cobertura del análisis puede determinar que esta revisión se realice:

- A determinados documentos (considerados más importantes, trascendentes u objeto del análisis)
- Revisión de todos los documentos de la Historia Clínica
- Muestreos seleccionados de documentos

Atendiendo a la periodicidad de las revisiones estas pueden ser:

- **Estudios puntuales**, cuando no es posible o muy costosa la realización de una evaluación sistemática, se realizan estudios de calidad, siendo procesos de evaluación con objetivos muy definidos y delimitados en el tiempo (Sañudo et al, 1999).
- **Estudios monitorizados**, dónde la revisión de historias se transforma en vigilancia sistemática y continuada de determinados parámetros establecidos a priori. Por tanto consiste en la revisión permanente de determinados indicadores para los que se establecen niveles óptimos y donde se vigila permanentemente su cumplimiento (Sánchez et al, 1987).

Evaluar la calidad de la documentación de las historias, o de algunas parte de ellas, con el objetivo de detectar las deficiencias y proponer y establecer medidas correctoras y líneas de mejora, es como hemos comentado anteriormente el

procedimiento más común en nuestro entorno y en otros, con denominaciones tales como: valoración de la calidad de la historia clínica (Alonso et al, 1996) (Galobart et al, 1996) o estudios de la calidad formal de la historia clínica (Rodríguez et al, 1994) (Antolín et al, 1997), evaluación de los registros de Enfermería o de valoración clínica (Méndez et al, 2001) (Ramiro et al, 2003)(Guerrero, 2004)(Perpiñá, 2005) (Currell et al, 2008), o de cuidados, auditorías de expedientes o de HC (Martín, 2004), y otras denominaciones similares.

Han sido, desde hace años y son en la actualidad en distintas sociedades y países, evaluaciones utilizadas en diversos ámbitos sanitarios (hospitales, clínicas, centros de salud, consultas y otros servicios sanitarios) públicos y privados. Llevadas a cabo dentro del perfil competencial de diferentes profesiones y por distintos profesionales sanitarios (médicos, odonto/estomatología, enfermería, y otros profesionales), utilizando variados recursos (historias clínicas en papel, informatizadas/electrónicas, o mixtas) (Friedman et al, 1972)(Gill et al, 1983)(Oberbrecking, 1993)(Rasmusson et al, 1994)(Helminen et al, 1998)(Herrero et al, 1998)(Fernández et al, 2003)(Dorado et al, 2003)(Shayah et al, 2007)(Currell et al, 2008) (Arnold et al, 2009)(Some et al, 2010)(Hutchinson et al, 2010)(Miller et al, 2010)(Callen et al, 2010)(Kiragga et al, 2011).

El estudio de la calidad de llenado de las HC es una forma de auditoría médica (Llanos et al, 2006) y reconocida la influencia de esta como instrumento para la mejora de los estándares de atención (Fraser et al, 1998) y tener una función educativa para los profesionales de la salud (Shaw, 1980) (Batstone, 1990) (Bowling et al, 1997). La evaluación debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad (Bhopal et al, 1991) y, sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos, debe mejorar la práctica profesional y promover el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educativas (Grimshaw et al, 1995) (Davis et al, 1995).

La participación en la evaluación es probablemente la manera más efectiva que permite a médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de atención que brindan a sus pacientes (Kelman, 1980) (Davis et al, 1995).

Existen Comisiones con nombres como: “de Documentación médica”, “de información y estadística” o denominaciones similares; habitualmente en los centros asistenciales, principalmente en medios hospitalarios, encargadas de orientar y regular

la normativa (HVPP, 2002) (Garrote et al, 2002)(Comisión de Historias Clínicas, 2003) (Hospital de Cruces, 2006)(Hospital General de Castellón, 2008) y establecer además los criterios para la evaluación de la calidad de los documentos básicos de las HC. Elaborando protocolos de evaluación, ítems a evaluar, indicadores a estudiar y metodología a aplicar (HVNG, 2009).

2.4. FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL ELEMENTO EVALUADOR

El elemento evaluador que hemos elaborado para aplicar al estudio de cada una de las Historias Clínicas y medir la calidad de estas, lo denominamos “Ficha de Criterios y aspectos a valorar”. Está formada por 28 criterios explícitos y específicos individuales (Variables cualitativas dicotómicas), cada uno de ellos valora una pregunta con dos posibles respuestas: “Si” o “No”. Estas características las hemos valorado y considerado como adecuadas para la realización de este tipo de evaluación tras consultar diversos autores (Martín, 2004) (Oteo et al, 2006).

La calidad de un instrumento de medida depende básicamente de dos propiedades: su **fiabilidad** (reliability) y su **validez** (validity) (Latour et al, 1997) (Hernández et al, 2006).

El problema de la calidad de la medición en clínica es más complejo, según Latour (Latour et al, 1997) por:

- Las condiciones en las que se realiza la medición no suelen ser perfectamente controlables (variabilidad fisiológica, falta de colaboración,...)
- El proceso de medición puede verse muy influenciado por la subjetividad del observador.
- No existir, con frecuencia, un patrón de referencia aceptable para comprobar la exactitud de la medición.

En cualquier estudio de investigación una cuestión clave es la **fiabilidad** de los procedimientos de medida empleados (López de Ullibarri et al, 1999). Es el grado en que un instrumento mide con precisión, sin error. Indica la condición del instrumento de ser

fiable, es decir, de ser capaz de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y constantes, en condiciones similares de medición, o lo que es igual que sea capaz de generar resultados constantes en sucesivas aplicaciones en los mismos sujetos y en situaciones similares (Fernández, 2000). En ámbitos clínicos se usa habitualmente como sinónimo de repetitividad, reproductibilidad o concordancia (Latour et al, 1997).

Una fuente importante de error de medida es la variabilidad entre observadores (**sesgo interobservadores**) y otra la variabilidad entre las mediciones realizadas por un mismo observador (**sesgo intraobservador**) en varios momentos. Para estudiar hasta qué punto los observadores coinciden en su medición es aconsejable realizar estudios de la **concordancia** en las mediciones.

La medición y cuantificación de la concordancia en **variables continuas** se puede analizar con (Latour et al, 1997): el coeficiente de correlación (r de Pearson), coeficiente de correlación intraclass, método de Bland-Altman,...

Para las **variables discretas** se utiliza habitualmente: la concordancia simple (también índice de acuerdo observado), índice Kappa, índice Fleiss (Latour et al, 1997).

La **concordancia simple** es la forma más sencilla de expresar la concordancia cuando la variable es categórica (SI/NO) a través de una proporción de observaciones concordantes. El problema es que parte de esa concordancia puede ser debida al azar (Latour et al, 1997) (Nyvad et al, 1999).

El **Índice Kappa** cuantifica el grado de concordancia esperable teniendo en cuenta el azar (Losada et al, 2000), a partir del producto de los marginales de la tabla de contingencia. El valor de Kappa será igual a 1, si hay total acuerdo, y habrá más concordancia cuanto más se acerque. Al contrario cuanto más cerca del 0 esté mayor será el desacuerdo (Cerdeira et al, 2008).

Se aceptan los grados propuestos por Landis y Koch (Landis et al, 1977) y que exponemos en una tabla a continuación (Tabla 2).

K (Valor)	INTERPRETACIÓN
0,00	POBRE
0,01-0,20	LEVE
0,21-0,40	ACEPTABLE
0,41-0,60	MODERADA
0,61-0,80	CONSIDERABLE
0,81-1,00	CASI PERFECTA

Tabla 2. Valoración del coeficiente Kappa. Fuente: (Landis et al, 1977).

Se puede calcular también (Latour et al, 1997):

- ✓ **Kappa específico:** cuando queremos conocer la concordancia para una categoría específica.
- ✓ **Kappa ponderado:** cuando unas formas de discordancia son más graves que otras, teniendo en cuenta según el acuerdo aproximado a la importancia de cada categoría.

El término **validez** se refiere a si el procedimiento está midiendo realmente el fenómeno que queremos medir, y expresa la relación entre la medida y lo que queremos medir, así como con lo que no queremos medir. Exige comprobar los resultados con el verdadero valor que se trata de medir, para ello debemos disponer de otro instrumento (patrón de oro o gold standar) que permita saber ese verdadero valor (Latour et al, 1997). Clásicamente en la validez se han estudiado las llamadas “tres C”: Contenido, Criterio y Constructo.

La **validez del contenido** (content validity): define hasta qué punto la selección de ítems cubre las diferentes áreas o dominios que se quieren medir. Tiene limitación temporal ya que a medida que se mejoran los conocimientos el instrumento necesita irse adaptando o incluso ser sustituido dependiendo lo brusco que sea el cambio planteado. Relacionada está la validez aparente (face validity) que examina si cada

ítem incluido en el instrumento está claramente relacionado con el rasgo que deseamos medir. Ambas se determinan subjetivamente por parte de expertos (Latour et al, 1997).

Validez de criterio: Examina la correlación entre el índice nuevo (generado por el elemento a validar) y una prueba de referencia. Si los dos están midiendo lo mismo los resultados deben ser similares (Hernández et al, 2006). Relaciona, por lo general, la puntuación de cada medición, con un “gold standar o patrón de oro” que tenga garantías de medir lo que deseamos medir (Granado de la Orden et al, 2007), son criterios de buena práctica y que aportan mayor validez.

Validez del constructo: Un constructo es una mini-teoría, que explica y da coherencia a unos datos, y refleja la teoría o fenómeno del concepto que mide. Se evalúa poniendo a prueba el elemento a validar con el diseño de pequeños experimentos (Latour et al, 1997):

- ✓ como la evaluación por grupos extremos: se aplica el instrumento a validar a pacientes a los que se les supone (por expertos) que poseen niveles (extremos) máximos y mínimos, del rasgo que deseamos medir.
- ✓ Validez convergente/discriminante: si el índice es válido debe relacionarse con otros índices que miden la misma variable y comportarse de modo parecido.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

1. Conocer, evaluar y cuantificar la calidad de las Historias Clínicas del Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla.
 - 1.1. Porcentaje global de cumplimentación.
 - 1.2. Porcentaje de cumplimentación de cada criterio.
2. Organizar los Diagnósticos reflejados en las Historias Clínicas revisadas y comprobar/analizar cuántos de los obtenidos se pueden codificar según el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades).
3. Analizar los motivos de las carencias detectadas.
4. Diseñar un CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) estándar aplicable a servicios asistenciales de podología.
5. Aportar información que permita diseñar y proponer estrategias de mejora que nos permitan elevar el nivel de calidad de distintos aspectos de nuestra labor profesional.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo (Argimon et al, 2007), sobre la calidad de las Historias Clínicas pertenecientes a pacientes vistos por primera vez durante el año 2008 (1845 pacientes) (Gráfico 2), en el Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla.

Se muestra, la evolución de historias clínicas nuevas, es decir número de nuevos pacientes atendidos cada año, según datos de que disponemos en el siguiente gráfico.

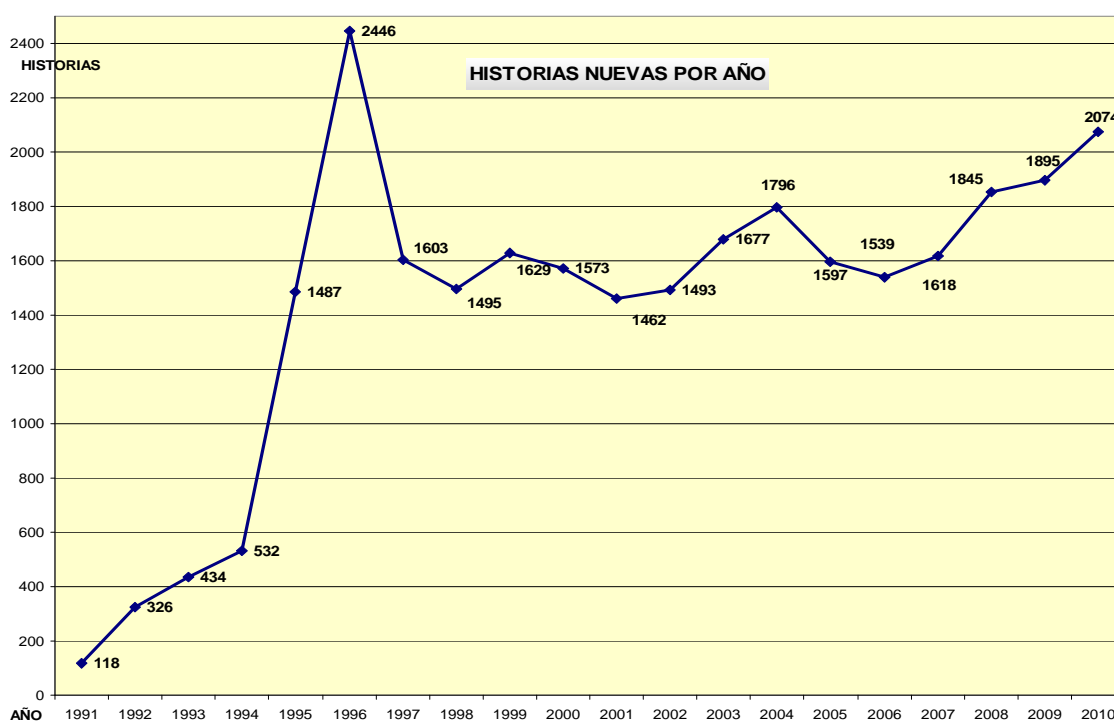


Gráfico 2. Evolución histórica: Número de HC nuevas por año. Fuente: Memoria Actividades ACP 2010 (ACP, 2011).

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La Investigación es llevada a cabo en el Área Clínica de Podología de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

Para ello se examinan 28 “aspectos o criterios” seleccionados de las Historias Clínicas Podológicas existentes en la sección de “Documentación Clínica” del ACP, dónde se desarrollan la **mayoría** de las prácticas clínicas de los alumnos de la titulación de Podología de la Universidad de Sevilla.

Las historias evaluadas pertenecen a los pacientes que acuden por primera vez al ACP, durante el año 2008 y que son recibidos dentro de las actividades asistenciales desarrolladas por las asignaturas de: Clínica Podológica Integrada (CPI) y Quiropodología, fundamentalmente, así como por podólogos y podólogos-becarios, que realizan funciones asistenciales y de apoyo a la Docencia e Investigación.

Dichos pacientes son atendidos, en su mayoría por alumnos, con la supervisión de los profesores, y/o por profesionales podólogos dentro de los procesos de docencia práctica, asistencial y de investigación, desarrollados en el ACP durante el año 2008, y comprende los cursos 2007-08 y 2008-09 hasta la duración del período de realización de la investigación, dichas HC permanecen “activas”.

Al no encontrar referencias de trabajos similares realizados en el ámbito de la Podología con los que establecer comparativas, salvo el citado del Prof. Ramos y colaboradores y el realizado en el Yorkshire Regional Health (Calam et al, 1996), los 28 criterios propuestos y elaborados para tal evaluación, han sido realizados basándonos en los trabajos anteriormente citados y en las propuestas hechas por distintos autores en otros campos de Ciencias de la Salud, en los CMBD existentes en Andalucía y adaptándolos a la práctica clínica habitual en Podología, junto con las recomendaciones y normativa que sobre Historias Clínicas de Podología hay publicadas.

Se promovieron, con docentes del ACP pertenecientes a distintas áreas de conocimiento podológico y con dilatada experiencia profesional dentro del ámbito de la Podología, reuniones para conocer, consensuar y aprobar los criterios básicos a

examinar, adaptando y fusionando algunos de los ítems recogidos en el modelo de HC existente y que ha sido previamente aprobado; con los conocidos y utilizados en este tipo de evaluaciones en otras disciplinas (Calam et al, 1996)(De Miguel et al, 1997) (Ramos et al, 1997) (Tejedor, 1999) (MSC, 2000) (CCA de la SEAIC, 2001) (Becerro de Bengoa et al, 2003) (Martín, 2004) (Llanos LF et al, 2006) (HUVR, 2009) (HVNG, 2009).

De este modo seguimos las recomendaciones de autores, como Marquet, sobre la conveniencia de que participen en la definición de objetivos y criterios a evaluar, profesionales que presten asistencia y sean usuarios de la misma, de modo que puedan posteriormente sentirse más implicados, y no rechazar los resultados de la misma (Marquet et al, 1988).

4.3. MUESTRA

El programa de gestión de citas (fichero de pacientes) del Área Clínica proporciona el número total de pacientes nuevos vistos en el año 2008 (población total = 1845), así como los números de las HC, con los que realizamos una lista de las unidades de muestreo numeradas (Argimon et al, 2007). Como mostrábamos en gráfico 2.

Si bien hay autores que han sugerido que es suficiente la revisión de lo que denominan micro muestras (30-40 historias) (Alastrué et al, 1996) (Flores et al, 2004) nosotros consideramos como más adecuado, coincidiendo con otros (Mira JJ et al, 1997) (Renau et al, 2001) (Reyes et al, 2001) (Llanos et al, 2006) realizar la revisión calculando el tamaño de la muestra adecuado.

Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado el programa CTM 1.1©GLAXO WELLCOME, para la estimación de una proporción en una población finita de 1845 historias clínicas. Suponiendo que al menos el 50% de las historias clínicas revisadas tengan una calidad aceptable, y con una precisión de $\pm 2,5\%$ para un nivel de confianza del 95 % (Pedrera et al, 2005) (García et al, 2000) (Renau et al, 2001) (Reyes et al, 2001), el tamaño muestral necesario es de 318 historias (Figura 4).

Datos	
±Epsilon %	5
p1% (Estimación inicial)	50
Nivel de confianza	0.9500
N(Tamaño de la población origen)	1845

Valores Intermedios	
Desviación Típica Poblacional	50.0000
K (Factor de Confianza)	1.9600

Resultado	
n (Sujetos necesarios)	318

Ejemplo Previo Imprimir Finalizar Ayuda

Figura 4. Cálculo tamaño muestral. Fuente: Programa CTM 1.1©GLAXO WELLCOME.

En previsión de posibles pérdidas de casos se ha incluido una muestra final en nuestro trabajo de 330 historias clínicas. Si bien, primero se realizó la revisión de 40 HC, para el desarrollo de nuestro Trabajo Fin de Máster oficial “Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud, de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

A continuación, se seleccionaron tantos números aleatorios como elementos debían tener las muestras, tanto para la muestra de 40 pacientes (Trabajo Fin de Máster) como para la completa (Tesis), con la ayuda de ordenador y realizando un muestreo aleatorio simple (Argimon et al, 2007) con el Programa SPSS para Windows.

4.4. RECOGIDA DE DATOS Y VARIABLES

La recogida de datos secundarios de registro previo, (Argimon et al, 2007) se realiza en el Área Clínica de Podología, por tres investigadores formados previamente al inicio de la extracción de la información. Se efectúan sesiones de entrenamiento y calibración anteriores (reuniones) para clarificar y unificar criterios, familiarización con

el elemento evaluador y hacer las modificaciones pertinentes sobre el mismo de modo que la fiabilidad de la evaluación, entre evaluadores y la concordancia de resultados sea la máxima (Reyes et al, 2001).

4.4.1. ESTUDIO DE LA FIABILIDAD

Para valorar la **fiabilidad** del elemento evaluador elaborado (ficha de criterios) se realiza el siguiente diseño:

- **Concordancia intraobservador:** Medimos la fiabilidad temporal con un test-retest. Para ello, se practican tres mediciones por un mismo observador, dejando más de 15 días de intervalo entre cada medición y comprobando el nivel de coincidencia o concordancia, entre los resultados obtenidos (Martín, 2004) (Martín, 2004) (Argimon et al, 2007) (Cairols et al, 2007).
- La **concordancia interobservador:** se comprueba realizando una evaluación de 10 HC: por tres observadores distintos, evidenciando que se presentan resultados homogéneos entre las evaluaciones (Martín, 2004) (Argimon et al, 2007) (Martín, 2004) (Cairols et al, 2007). La reproductibilidad de la extracción fue medida y confirmada con el coeficiente de correlación interclase (Reyes, 2000).

Los resultados obtenidos en estas evaluaciones se introducen en una tabla de Excel, y posteriormente se calcula índice o coeficiente Kappa, para cada una de las tablas intra e interobservador. Obteniendo un coeficiente general y uno específico de aquellos aspectos a los que es posible calcularlo.

4.4.2. CLASIFICACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

En los enunciados de las preguntas se han incorporado elementos suficientes, a nuestro juicio, para ayudar a cualquier evaluador a discriminar si el criterio individual evaluado, aparece o no, en la HC.

Una vez aplicado el elemento evaluador a cada una de las HC obtenemos: un porcentaje de cumplimentación de cada criterio, uno segmentado por grupo y uno

general, determinado por el número de criterios positivos (SI), y negativos (NO) presentes en la muestra de población estudiada.

Clasificamos posteriormente las HC según los porcentajes de cumplimentación obtenidos en (Cuchí, 2004):

1. **Muy buenas:** Cuando el porcentaje de respuestas positivas sea superior al 90%.
2. **Buenas:** Cuando las respuestas positivas estén entre el 75,1-90%.
3. **Mejorables:** Si el porcentaje de respuestas positivas está entre el 50,1-75%.
4. **Malas:** Si las respuestas positivas no superan el 50%.

Consideramos adecuados aquellos criterios o HC que contienen PRESENTES O POSITIVOS (contestados SI), más del 75% sobre los posibles, siendo clasificados como buenos o muy buenos. En aquellos criterios considerados condicionales (todos los agrupados en el bloque 4 y el 5C), se contabilizan las respuestas SI/NO, para hallar el porcentaje, dependiendo de la justificación de la existencia obligatoria o no de esta.

Los resultados obtenidos serán introducidos y tratados para su estudio con el programa SPSS para Windows.

4.5. FICHA DE CRITERIOS Y ASPECTOS A VALORAR. ELEMENTO EVALUADOR

1. DATOS DEMOGRÁFICOS Y DE FILIACIÓN.

1A. Datos de filiación. Nombre completo. Dirección. Nº teléfono.

1B. Fecha de nacimiento.

1C. Sexo.

1D. Fecha 1ª consulta.

1E. Entidad financiadora.

2. DATOS DE SALUD.

2A. Motivo de consulta del paciente.

2B. Profesión, actividad-física.

2C. Antecedentes generales.

2D. Alergias.

2E. Antecedentes Podológicos.

2F. Podólogo/responsable identificado.

3. HISTORIA CLÍNICA PODOLÓGICA.

3A. Motivo de consulta. Síntomas y signos.

3B. Exploración básica.

3C. Diagnóstico principal.

3D. Diagnósticos secundarios. Problemas podológicos.

3E. Tratamiento.

3F. Fecha actuación.

3G. Podólogo/responsable identificado.

4. HISTORIA CLÍNICA PODOLÓGICA. CONDICIONALES.

4A. Tratamiento farmacológico detallado.

4B. Constancia ayudas diagnósticas.

4C. Derivaciones.

4D. Si existe Rx. ¿qué calidad tiene?

4E. Si existe Rx. ¿están correctamente identificada, especificada?

4F. Hojas evolución: Identificación paciente/profesional/fecha.

4G. Hojas de evolución. Anotación detallada.

5. ASPECTO FORMAL DE LA HISTORIA.

5A. Tachaduras, enmiendas, correcciones.

5B. Orden información.

5C. Correcta identificación del paciente en todos los documentos. *Condicional.*

Los resumimos en la siguiente tabla (Tabla 3), con las abreviaturas con las que han sido introducidos en las tablas de datos y resultados. La ficha de recogida de datos la presentamos en anexos (ANEXO VII. Ficha de Recogida de Datos).

Recordamos que todos los del Bloque 4 y el 5C, son considerados condicionales, es decir, no tienen obligatoriamente que aparecer contestados como SI/NO, pueden quedar sin contestar.

Variable	Nombre abreviado	SI/NO	Variable	Nombre abreviado	SI/NO
1A	FILIA		3D	DX.SEC.	
1B	F. NAC.		3E	TTO	
1C	SEX		3F	F.ACTUAC.	
1D	1ª CONS.		3G	POD.ACTUAC.	
1E	ENTID.		4A	TTO.FARM.	
2A	MOT.CONSPAC		4B	AYUD.DX	
2B	PROF.ACTIV		4C	DRVDO.	
2C	ANTEC.GRAL		4D	RX.CAL.	
2D	ALERG.		4E	RX.IDENT.	
2E	ANTEC.POD		4F	EVOL. IDENT	
2F	PODOLG.		4G	EVOL. DETAL.	
3A	SINTOM.		5A	TACH.	
3B	EXPL.BÁSIC.		5B	ORDEN.	
3C	DX.PPAL.		5C	IDENT.DOC	

Tabla 3. Tabla de criterios, numerados y abreviados. Fuente: Elaboración propia.

1A. ¿Existen los datos de filiación del individuo?

SI, están: el nombre y apellidos, dirección y nº de teléfono.

NO, falta uno o más de los datos.

1B. ¿Existe constancia de la fecha de nacimiento del paciente?

SI, está registrada la fecha.

NO, falta la fecha.

1C. ¿Existe constancia escrita del sexo del paciente?

SI, está.

NO, no.

1D. ¿Existe constancia escrita de la fecha de la primera consulta/visita, recogida por servicio administrativo?

SI, está la fecha.

NO, no está.

1E. ¿Existe constancia de la Entidad/Organismo que financia la asistencia?

SI, está la entidad/organismo.

NO, no consta.

2A. ¿Existe constancia del motivo principal de consulta del paciente?

SI, está.

NO, no consta.

2B. ¿Están registrada la profesión y/o actividad habitual del individuo?

SI, consta la profesión y/o trabajo, la actividad física del paciente, si practica algún deporte de modo habitual,...

NO, falta alguno de estos aspectos.

2C. ¿Existen datos suficientes sobre antecedentes generales de salud del paciente?

SI, existen datos positivos o negativos sobre el estado general de salud del paciente: si padece alguna enfermedad (cardíaca, diabetes, problemas

vasculares,...), toma algún fármaco (antiagregantes, anticoagulantes,...), tiene antecedentes quirúrgicos, si toma drogas, si requiere tratamiento psicológico, embarazado actual,...

NO, no consta ningún antecedente de salud, ni constancia negativa al respecto.

2D. ¿Hay constancia escrita de la posible existencia de alergias del paciente?

SI, existen datos positivos o negativos de posibles sustancias alérgicas para el paciente (fármacos, alimentos,...)

NO, no hay constancia.

2E. ¿Existen referencias o resumen escrito de algún problema anterior de salud podológica?

SI, existe información positiva o negativa de antecedentes podológicos anteriores tratados o no, referencias o resúmenes de tratamientos,...

NO, no existe constancia alguna.

2F. ¿Está recogida la identidad del podólogo/propietario de la entrevista de salud?

SI, consta el profesor/alumno y/o podólogo que ha realizado o supervisado la recogida de los datos de salud.

NO, no consta ningún profesor, ni podólogo autorizado como autor supervisor y/o supervisor de la entrevista de salud.

3A. ¿Está reflejada con claridad, la localización/es y/o descripción/es del/los problema/as y/o lesión/es que motiva/n la consulta?

SI, están reflejadas localización/es y descripción/es del/los problema/s y/o lesión/es que motivan la consulta.

NO, no está clara esta información.

3B. ¿Existen datos suficientes sobre el estado de salud de los pies del paciente?

SI, existen datos positivos o negativos que reflejan el estado de salud podológica actual, del paciente.

NO, no existen datos al respecto.

3C. ¿Está escrito el diagnóstico principal del paciente?

SI, está.

NO, no consta.

3D. ¿Están registrados otros diagnósticos presentes o problemas secundarios de salud podológica?

SI, están recogidos otros problemas y/o diagnósticos presentes.

NO, no están recogidos.

3E. ¿Están reflejados claramente el/los tratamiento/s realizado/s, y/o planes de tratamiento a seguir?

SI, están claramente especificados y/o recogidos.

NO, no existe constancia alguna de los mismos.

3F. ¿Está escrita la fecha de actuación?

SI, está escrita.

NO, falta la fecha.

3G. ¿Está registrado el podólogo/propietario de la actuación?

SI, está registrado.

NO, falta esta información.

4A. Si se ha recomendado tratamiento farmacológico, ¿están recogidos y especificados suficientemente: fármaco y pautas de administración?

SI, está/n anotado/s nombre/s del/los fármaco/s y pautas de administración.

NO, hay evidencias escritas de la recomendación de fármacos, pero faltan datos o la información es imprecisa.

4B. Hay constancia de la utilización de ayudas para el diagnóstico ¿están recogidas, y/o archivadas, o descritas y especificadas, detalladas, identificadas,...?

SI, están descritas y/o recogidas de tal modo que pueden ser recuperadas y/o reproducidas, para ser consultadas y/o revisadas.

NO, falta esta información de tal modo que no es posible recuperar y/o reproducir la ayuda diagnóstica.

- 4C.** Si se ha/n realizado derivación/es y/o interconsulta/s a otro/s profesional/es de la salud ¿está/n especificado/s el/los detalle/s que la ha/n motivado, y a quien/es va/n dirigida/s?

SI, está/n especificado/s los detalles de la interconsulta y/o derivación, así como a quien/es va/n dirigida/s, existiendo documento/s y respuestas que recoge/n estos aspectos.

NO, faltan algunos de los aspectos anteriores.

- 4D.** Si existen estudios radiográficos, ¿tienen calidad adecuada para ayudar en el Diagnóstico?

SI, la calidad de la imagen obtenida permite ayudar al diagnóstico.

NO, la imagen no ayuda al diagnóstico pues presenta alguno de los siguientes problemas:

- manchas y/o rayas,
- contraste y/o densidad inadecuados,
- superposición y/o distorsión de imágenes,
- imagen borrosa o doble,
- imágenes cortadas,
- imagen demasiado clara u oscura.

- 4E.** Si existen estudios radiográficos ¿están correctamente identificados, fechados y detallados (pie derecho, pie izquierdo)?

SI, consta nombre, nº historia, fecha realización, y diferenciación pie derecho-izquierdo.

NO, falta alguno de los datos anteriores.

- 4F.** Cuando existen Hojas de Evolución, Revisiones,... ¿están perfectamente fechadas e identificadas?

SI, consta: nombre paciente, nº historia, fecha y podólogo propietario del acto.

NO, falta alguno de los detalles anteriores.

4G. Cuando existen Hojas de Evolución, Revisiones,... ¿están detalladas y especificadas las actuaciones realizadas y la evolución del problema?

SI, están especificadas las actuaciones realizadas, así como el/los procedimiento/s y recurso/s fundamental/es utilizado/s para ello.

NO, están escritos los aspectos anteriores.

5A. ¿No existen tachaduras, correcciones o enmiendas en la HC que dificultan la lectura y/o interpretación clara de lo anotado?

SI, la lectura y/o interpretación de lo anotado no está dificultada por la existencia de tachaduras, enmiendas o correcciones.

NO, existen correcciones, tachaduras o enmiendas que dificultan la clara lectura y/o interpretación de lo anotado.

5B. La HC, sus anotaciones y los documentos que la componen, tienen orden cronológico.

SI, las anotaciones, revisiones y documentos que componen la HC siguen un orden cronológico coherente que no dificulta su lectura y/o interpretación.

NO, no existe orden en anotaciones, documentos,...lo que dificulta su normal lectura y/o interpretación.

5C. Cuando existen varios documentos. ¿Están todos los documentos de la HC correctamente identificados?

SI, en todos los documentos consta al menos, el nº historia o el nombre.

NO, existe algún documento sin el nombre o el nº de historia.

Simultáneamente recogemos los datos cualitativos, existentes en la Historias Clínicas referentes a los siguientes aspectos:

- ❖ **“Fecha de nacimiento”** y **“sexo”**, con intención de conformar el estudio etario y por sexos de la muestra.
- ❖ **“Población de procedencia”** y **“entidad financiadora”** de la asistencia, que nos aporta información de la distribución geográfica y perfil socioeconómico de los usuarios.
- ❖ **“Motivo de consulta”** expresado por el paciente, o traslación del manifestado por él, que permite conocer las principales causas de consulta en nuestro centro.
- ❖ **“Diagnóstico principal”**, que proporcionará la información para el desarrollo del objetivo planteado (objetivo 2), y aportará cuáles son las patologías encontradas en la muestra estudiada. Agrupar y contrastar con los diagnósticos recogidos en el CIE-9MC codificando los existentes, posterior conversión en CIE 10, mediante convertidor avanzado.

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados obtenidos son introducidos y tratados para su estudio con el programa SPSS para Windows.

- El estudio de la fiabilidad se realiza con el cálculo de índice Kappa, para comprobar concordancia inter e intraobservador. Ante la imposibilidad de realizar el índice Kappa en SPSS, para más de dos observadores, obtenemos macro para trabajar con Excel, en la siguiente dirección web que nos permite su cálculo: <http://www.ccit.bcm.tmc.edu/jking/homepage/>
- Descriptivo de la muestra de las variables edad, sexo, localidad, entidad, motivos de consulta y diagnóstico principal.
- Tablas de frecuencias, porcentajes y estadísticos, para valoración de la HC, bloques de criterios y criterios individualmente.

- Gráficos de distribución y frecuencias de las distintas variables y campos estudiados.
- Comparativa entre muestras: Tesis (330 casos)/Trabajo Fin de Máster (40 casos), para valorar si existen diferencias estadísticamente significativas en resultados obtenidos según tamaño muestral estudiado. Se realiza Chi cuadrado con la corrección de Montecarlo, para compensar los resultados en aquellos grupos que hayan quedado muy pequeños.

4.7. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

La evaluación se realiza en el ACP de la Universidad de Sevilla, valorando las HC del Archivo. Utilizamos para ello los siguientes recursos.

1. Humanos:

- 3 investigadores podólogos previamente entrenados para utilizar el elemento evaluador (incluido el investigador principal), para realización del trabajo de campo.
- Experto en análisis estadístico para valoración e interpretación de los datos.
- Técnico especialista para manejo programa gestión de citas del ACP.

2. Materiales:

- Historias clínicas seleccionadas por muestreo (330).
- Programa de gestión de citas del ACP.
- Office 2007 y ordenadores para su manejo.
- Material diverso de oficina, papelería e informática.
- Programa SPSS, para Windows.
- CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª. Revisión Modificación Clínica). 9ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

- Convertidor avanzado CIE-9/CIE-10, ICD Translator de ASHO (Asesoramiento Servicios Hospitalarios).
Disponible en: <http://www.asho.net/ICD/Translator.php>

5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La normativa nacional española vigente respecto a la información y documentación clínica está recogida fundamentalmente en:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Y las distintas normativas autonómicas elaboradas con posterioridad y que recogen y detallan distintos aspectos de las anteriores leyes así como de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y del Convenio del Consejo de Europa sobre los derechos del hombre y la biomedicina, suscrito el 4 de abril de 1997.

En ellas se recoge claramente que:

- “El acceso a la HC con fines judiciales, epidemiológicos, de Salud Pública, de investigación o docencia, obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos”.
- “El acceso a los datos y documentos de la HC queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso”.
- “El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la HC relacionados con sus propias funciones”.
- “El personal debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación, planificación, tiene acceso a las HC en cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia administración sanitaria”.

- “El personal que accede a los datos de la HC en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto”.* *Ley 14/1986, Ley Orgánica 15/1999, Ley 41/2002.*

Al ser los anteriores puntos normativa de obligada aplicación, queda garantizado en todo momento, no podría ser de otro modo, por el equipo investigador el cumplimiento de cada uno de los aspectos anteriormente detallados por las siguientes consideraciones:

- El investigador principal desarrolla este trabajo en parte en el desempeño de su perfil funcional al pertenecer al equipo directivo del ACP, sumado además a su condición de ser el “responsable del área de calidad” de la misma.
- El manejo de los datos se establece en base al número de HC, que está asociado a los datos concretos del paciente, pero solo tiene acceso el personal autorizado para tales fines y legalmente dado de alta para ello como exige la Ley de Protección de Datos, para ficheros de alta seguridad (Archivos de datos de salud), preservándose de este modo, la separación de los datos de carácter clínico-asistencial de los de identificación personal.
- Las personas participantes en esta investigación acceden exclusivamente a los datos requeridos para el desarrollo de esta investigación.
- La evaluación de las HC será realizada por personal autorizado, cualificado (Titulados en Podología) y formado específicamente para ello, conocedores todos ellos de la vigente normativa, y que han asumido su estricto cumplimiento ([Anexo VIII. Compromiso Investigadores](#)).
- El formato actual de HC existente informa específicamente al paciente sobre estos aspectos y es requisito previo para la asistencia en el ACP, la aceptación y firma por su parte de las condiciones referentes en este sentido, como es exigido por la actual normativa de aplicación.

Pensamos que el cumplimiento de los requisitos anteriormente expuestos, de la normativa aplicable de obligado cumplimiento y el diseño de la investigación recoge sobradamente los principios éticos y legales exigibles en cualquier investigación biomédica, contemplados fundamentalmente en el Convenio de Oviedo ([Consejo de](#)

Europa, 1997) y la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964). Asegurando que los participantes (pacientes) en este estudio están protegidos, y que la investigación es llevada de manera que sirve a las necesidades de esos participantes así como a la sociedad en su conjunto (Weijer et al, 1997).

Para mejor comprensión de los aspectos legales se añade anexo con algunas definiciones que aparecen en la Ley 41/2002 (Anexo IX. Glosario de términos. Definiciones).

No obstante y visto lo anteriormente expuesto, también se recibieron respuestas positivas a las solicitudes de investigación realizadas por parte de los directores y del investigador principal, para la realización de este trabajo de investigación y que fueron dirigidas a: la Dirección del ACP (Anexo X. Autorización Investigación) y al Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla (Anexo XI. Autorización Comité Ético).

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1. ESTUDIO DE FIABILIDAD

Los índices Kappa obtenidos son:

- Para la **fiabilidad interobservador: K= 0,83** (media de kappas específicos). El valor de Kappa específico (por criterio) más bajo obtenido es de K= 0,46, para el criterio 2D. El más alto K= 1, obtenido en varios criterios ([Anexo XII. Tabla Kappa interobservador](#)).
- Para la **fiabilidad intraobservador: K= 0,88** (media de kappas específicos). El valor más bajo obtenido ha sido de K= 0,38, para el criterio 5B. El más alto K= 1, obtenido en varios criterios. ([Anexo XIII. Tabla Kappa intraobservador](#)).

En ambos índices, el inter e intraobservador hablarían pues de una concordancia “casi perfecta” (entre 0,81-1) según la valoración de Landis y Koch, para el índice Kappa ([Landis et al, 1997](#)).

6.2. DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA Y OTROS CRITERIOS VALORADOS

En nuestro estudio se han analizado las Historias Clínicas de 330 pacientes (N=330) seleccionadas por el programa SPSS 15.0, de la muestra de 1845 pacientes.

6.2.1. Edad

Se realiza la recogida de las fechas de nacimiento en aquellas HC que la aportan (280 individuos), para hacer estudio de distribución etaria. Se ha establecido para ello, la edad, que presentan en el momento de apertura de la Historia Clínica para cada paciente, es decir en el momento de la fecha de la 1ª visita, aspecto recogido en la totalidad de la muestra.

La **edad media** es de **58,00 años**, y la desviación típica 22,64, el paciente de menor edad tiene 3 meses y el de mayor edad 86,8 años.

Para realizar la distribución de la edad por intervalos utilizamos los propuestos por el Ministerio de Sanidad para la población general (MSPS, 2009). Con los resultados que presentamos en el siguiente gráfico (Gráfico 3).

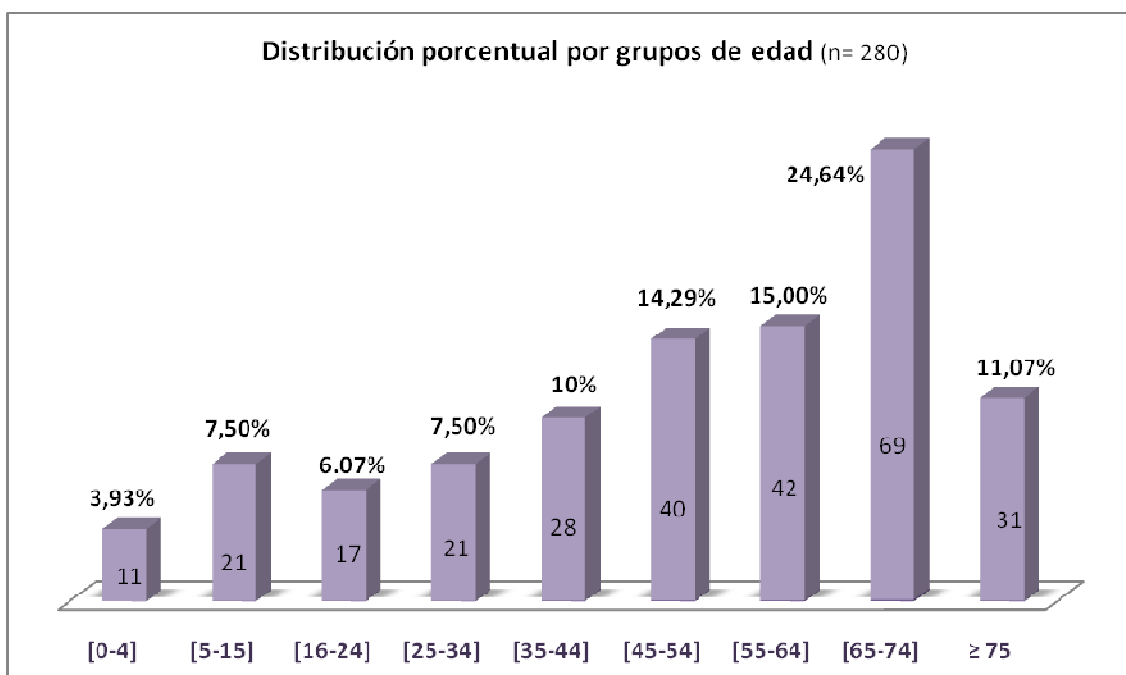


Gráfico 3. Distribución porcentual de la muestra por intervalos de edad.

6.2.2. Sexo

En cuanto a la distribución por sexos, en la muestra tenemos 206 mujeres y 122 hombres, deducidos por el nombre; y 2 casos perdidos/no registrados (desconocemos a qué grupo adjudicarlo). Los porcentajes son los siguientes (Gráfico 4):

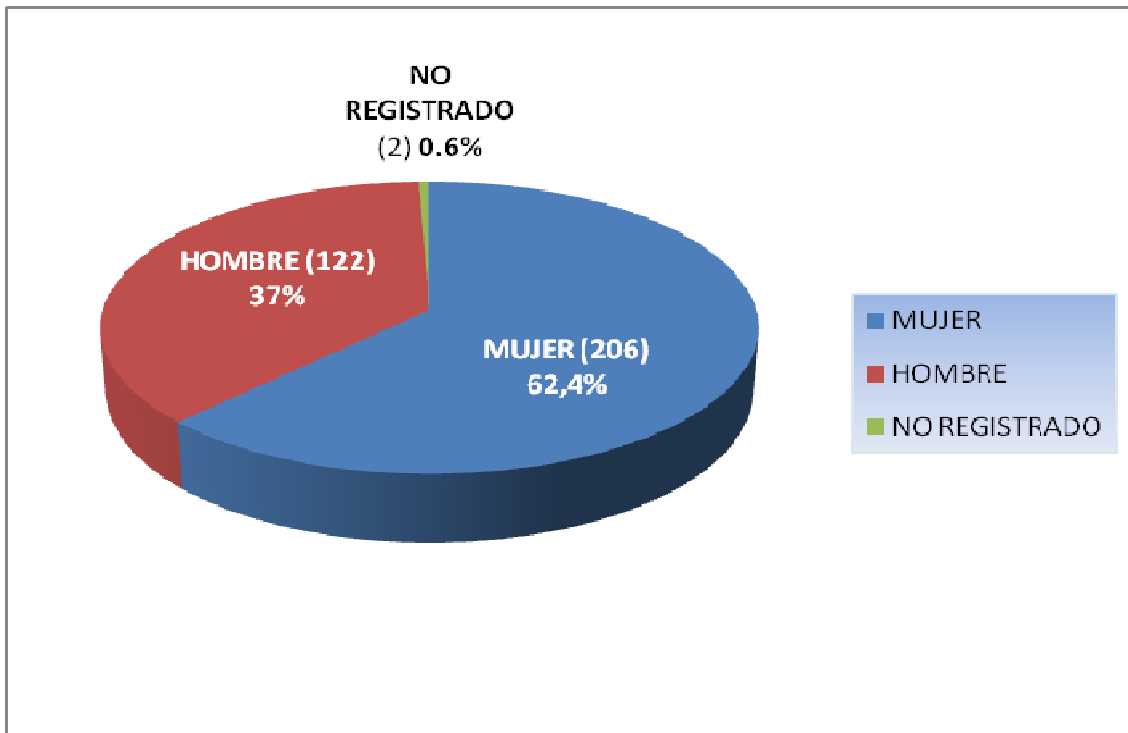


Gráfico 4. Distribución porcentual de la muestra por sexos.

6.2.3. Lugar de procedencia

Las personas atendidas en nuestro centro proceden mayoritariamente de Sevilla capital (70%), seguida de poblaciones de la provincia, exponemos en gráfico a continuación, los porcentajes y entre paréntesis número de casos de cada uno (Gráfico 5).

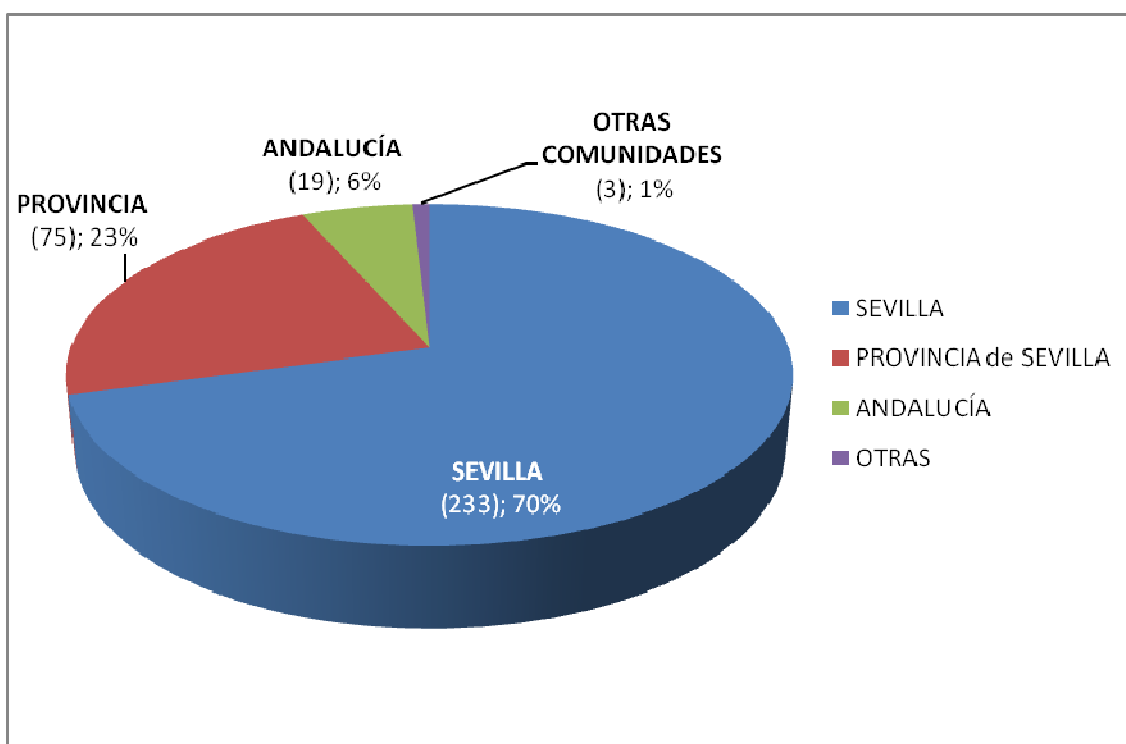


Gráfico 5. Distribución por localidad de procedencia.

6.2.4. Entidad financiadora

Relativo a la financiación o entidad financiadora de la asistencia en los casos valorados, obtenemos la siguiente distribución (Gráfico 6):

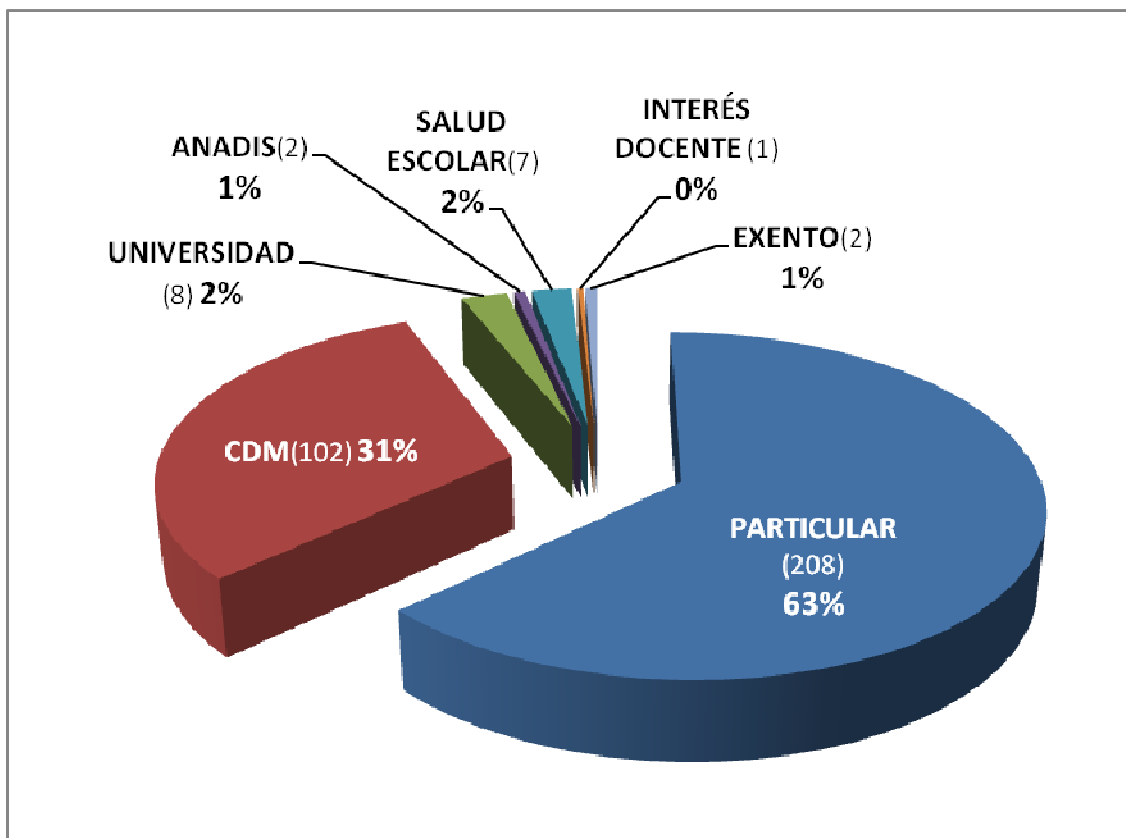


Gráfico 6. Entidad financiadora de la asistencia.

ANADIS: Asociación de niños y adolescentes diabéticos de Sevilla. CDM: Centros de Día de Mayores (Convenio con la Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía). UNIVERSIDAD: Pertenecientes a la Comunidad Universitaria (PDI, PAS, alumnos). SALUD ESCOLAR: Pertenecientes al Programa de Podología Preventiva, Salud Escolar. INTERÉS DOCENTE: Presentan alguna patología o alteración podológica con "interés especial" para los docentes/alumnos. EXENTO: El ACP reconoce exención en el pago de las tarifas por motivo justificado.

6.2.5. Motivos de consulta

Los motivos de consulta, manifestados por los pacientes o interpretados de los expresados por ellos, se han agrupado y clasificado para mejor y más fácil comprensión, y son expuestos en la siguiente tabla (Tabla 4).

DOLOR	Localizado/s en zona/s o punto/s del/los pie/s	72
	Generalizado/s del pie/s	21
	Otra/s región/es anatómica/s (rodilla/s, cadera/s, espalda,...)	11
CALLOSIDADES/HIPERQUERATOSIS		33
ONICOPATÍAS	Uña/s clavada/s	30
	Otras (engrosadas, despegadas,...)	6
CUIDADOS HIGIÉNICOS		61
ESTUDIO/EXPLORACIÓN/REVISIÓN		19
PAPILOMA/S		10
ÚLCERA/S		4
ALTERACIONES DE LA MARCHA		10
DEFORMIDAD/ES	Pies en general	2
	Localizado	7
OTRAS	Esguince	1
	Neuroma de Morton	1
	Fascitis	1
	Derivación Podología Preventiva	2
	“Roce en dedos”	1
	Lesión dérmica en dorso	1
	Pies planos	3
	Espolón	1
	Hongos en pie	1
	Tendinitis	1
	“Se le despellejan los pies”	1

Tabla 4. Motivos de consulta.

Aparecen divididos en subgrupos algunos conceptos con intención de aclarar la información aportada. Los números que aparecen hacen referencia al número de casos de cada grupo o subgrupo.

El gráfico mostrado a continuación recoge los porcentajes de presentación de los motivos de consulta principales, respecto al total (n=301) de motivos de consulta recogidos (Gráfico 7).

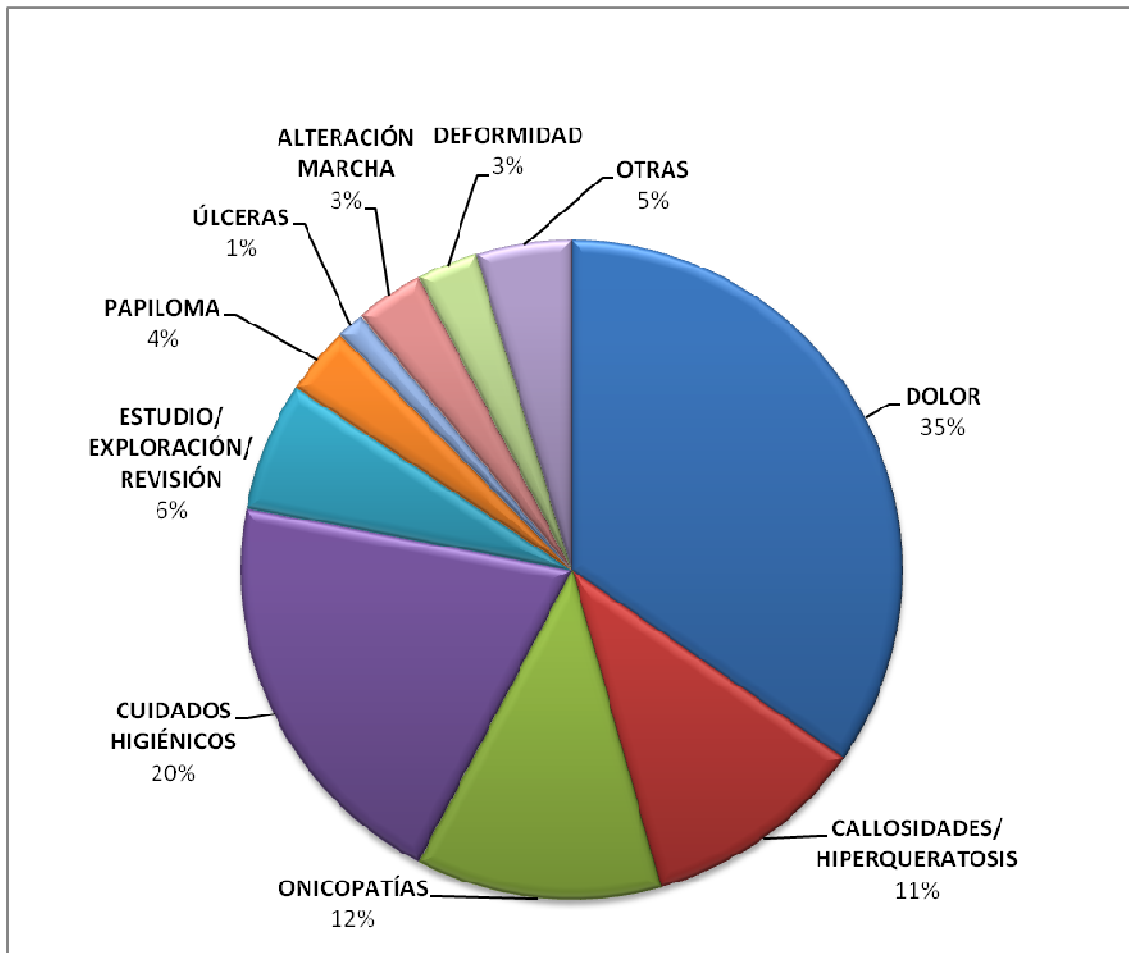


Gráfico 7. Motivos de consulta.

6.2.6. Diagnósticos

En la valoración de los diagnósticos según los objetivos planteados en nuestro trabajo, hemos encontrado el siguiente resultado (Tabla 5).

	FRECUENCIA
DIAGNÓSTICOS	134
PROPUESTAS	80
SIN CLASIFICAR	23

Tabla 5. Frecuencia Diagnósticos.

Diagnósticos = Diagnóstico compatible con uno en la codificación CIE 9 MC/CIE 10, *Propuestas* = Diagnóstico que precisa de una propuesta de subclasificación, especificación o modificación que lo haga compatible con la codificación CIE, *Sin/Clasificar* = Diagnóstico que no podemos clasificar o estimamos no corresponde verdaderamente a un diagnóstico.

En nuestro trabajo hemos encontrado que el 56% de los diagnósticos registrados son compatibles, tal y como han sido cumplimentados con los sistemas de codificación propuestos (CIE 9 MC, CIE 10), el 34% precisarían propuestas de subclasificación, especificación o modificación que los haga compatibles con la codificación CIE, y el resto, un 10% no ha podido ser clasificado (Gráfico 8).

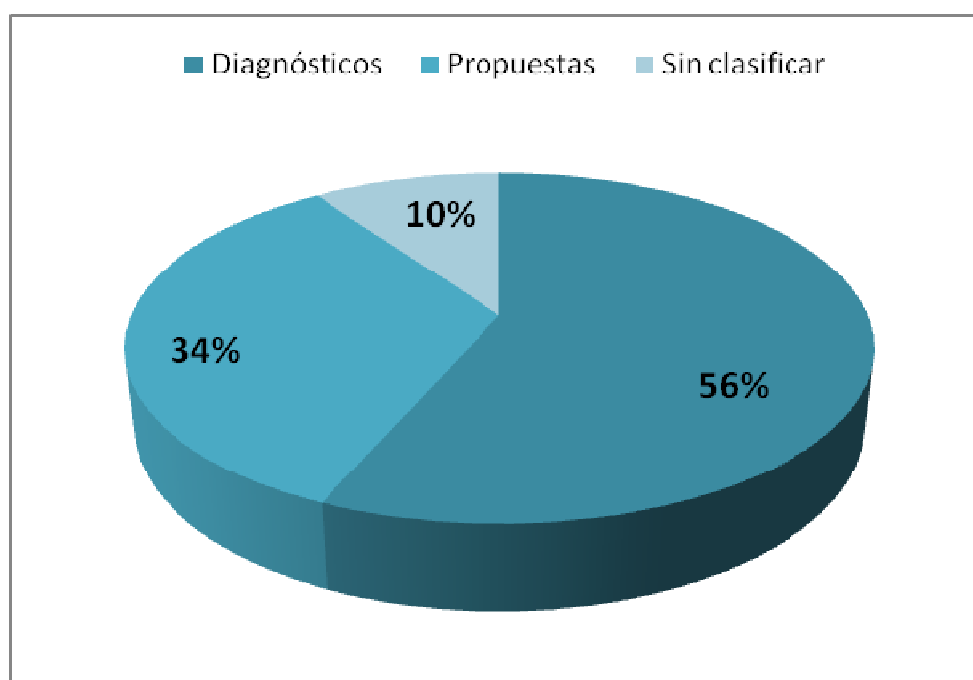


Gráfico 8. Proporción diagnósticos hallados.

Para el estudio de los diagnósticos se ha procedido a recopilar los mismos literalmente según han sido registrados en la Historias Clínicas, posteriormente se han agrupado e incorporado en las tablas que presentamos a continuación, resumidas para mejor comprensión (Tabla 6).

DIAGNÓSTICO EN LA HC	CLASIF/FREC	CÓDIGO CIE 9-MC. PROPUESTAS PARA SU INCLUSIÓN.	CÓDIGO CIE-10
5º METATARSIANO CORTO	S/C 2		
ANTEPIE ADDUCTUS	P 2	Modificar antepie por metatarso. Proponer adductus.	
ANTEPIE ADDUCTUS+RETROPIE VALGO	P 1	Idem anterior. Más valgo de retropie.	
ANTEPIÉ SUPINADO	P 1	Modificar antepie por metatarso. Agrupar en metatarso varo, 754.53 .	
ANTEPIE VARO	P 2	Modificar antepie por metatarso. 754.53 (Metatarso varo)	Q66.2
ARTRITIS	D 1	714 (monoartritis) o 716.6.7 (monoartritis no especificada)	M13.179 monoartritis no clasificada inespecífica de tobillo y/o pie
ARTROSIS	D 1	715 (osteoartrosis)	M15.0
BURSITIS	D 3	726.90	M77.9
CAPSULITIS	D 4	726.90	M77.9
CONDROMA SUGUNGUEAL	P 1	Proponer a partir del 215.3	Proponer a partir D16.20
DEDO MARTILLO	D 1	735.4	M20.40
DEDOS EN GARRA	D 5	735.5	M20.5X9
ELONGACIÓN MÚSCULO PEDIO	S/C 1		
ENTESITIS	D 2	726.8 (entesopatías periféricas, proponer las mas frecuentes)	M77.8
ESCAFOIDES ACCESORIO	P 1	Proponer para huesos supernumerarios	
ESGUINCE TOBILLO	D 1	845.00	S93.409A
EXÓSTOSIS SUBUNGUEAL	D 1	213.7/215.3	D16.30/D16.20
FASCITIS	D 5	728.71	M72.2
FASCITIS+PIE VALGO	D 1	728.71+754.60	M72.2/Q66.4
HALLUX VARUS	D 1	735.1	M20.30
HALLUX EXTENSUS	S/C 1		
HALLUX LIMITUS	P 2	Proponer como subdiagnóstico del 735.2 (H. rigidus)	Proponer a partir del M20.20
HAV	D 16	727.1 (juanete) o 735.0 . Deform. adquiridas dedo gordo:valgo	M20.10
HELOMA 5º DEDO	P 3	Agrupar en el 700 . Proponer subclasificaciones por localización.	Agrupar en el L84
HELOMA INTERDIGITAL	P 4	Agrupar en el 700 . Proponer subclasificaciones por localización.	Agrupar en el L84
HELOMA PLANTAR	P 2	Agrupar en el 700 . Proponer subclasificaciones por localización.	Agrupar en el L84
HELOMAS DEDOS	P 3	Agrupar en el 700 . Proponer subclasificaciones por localización.	Agrupar en el L84
HIPERQUERATOSIS PLANTAR	P 6	Agrupar en el 700 . Proponer subclasificaciones por localización.	Agrupar en el L84
INSUFICIENCIA 1º RADIO	S/C 2		
IPK	P 1	Proponer a partir del 700	Proponer a partir del L84
MARCHA EN ROTACIÓN INTERNA	P 1	Proponer para marchas rotadoras (retro/anteversión femoral)	
METATARSALGIA	S/C 2		
NEUROMA DE MORTON	D 1	355.6	G57.60
ONICOCRIPTOSIS	D 24	703.0 (uña encarnada)Proponer subclasificaciones clínicas	L60.0

(continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

ONICODISTROFIA	P	7	Proponer subdiagnósticos a partir de 703.8 (Enf uñas especificadas)	L60.3
ONICOMICOSIS	D	10	110.1	B35.1
OSTEONECROSIS ARTICULAR	D	1	732 (General)	M92.60/M92.70
PAPILOMA	P	7	Proponer su inclusión en patología dermatológica	
PIE CAVO	D	14	736.73 Proponer subdiagnósticos relacionando antepie/retropie	M21.6X9
PIE CAVO VALGO	P	15	Proponer a partir del 736.73	M21.6X9
PIE CAVO VARO	D	7	736.75	M21.6X9
PIE EQUINO	D	3	736.72	M21.6X9
PIE PLANO	D	4	734 o (pie plano congénito 755.6)	M21.40/Q66.5
PIE PLANO VALGO	P	15	Proponer a partir del 734 o a partir del 754.60	M21.40/Q66.5/Q66.4
PIE PLANO VARO	S/C	1		
PIE VALGO	D	18	754.60 Proponer subclasificaciones (relacionando retropie/antepie)	Q66.5/Q66.4
PIE VALGO HIPERLAXO	D	3	754.60+728.4 (Suma de 2 diagnósticos)	Q66.44+M24.20
PIE VALGO+MARCHA EN PARALELO	D	1	754.60+ (Proponer subdiagnósticos para marcha)	Q66.4+R26.9
PIE VARO	D	4	754.50	Q66.0
PIE ZAMBO INTERMEDIO	P	1	Modificar diagnóstico: pasar a 754.51 (pie equino varo)	Q66.0
QUELOIDE	D	1	701.4	L91.0
SOBRECARGA METATARSIANOS	S/C	12		
TENDINITIS	D	1	726.9 bursitis o tendinitis aquilea	M77.9
TENDINOSIS	S/C	1		
ÚLCERA NEUROPÁTICA	P	4	Proponer subclasificación a partir del 707 (úlceras crónicas piel)	
UÑAS PSORIÁSICAS	P	1	Proponer a partir del 696 (psoriasis)	L40.54 PSORIASIS
XEROSIS	S/C	1		
		237		

Tabla 6. Diagnósticos.

Esta tabla presenta:

- En la **1ª columna** los diagnósticos recogidos y agrupados, como aparecen en las Historias Clínicas.
- La **2ª columna** indica la frecuencia de presentación de los mismos y la clasificación dada por nosotros (**D**= Diagnóstico compatible con uno en la codificación CIE 9 MC/CIE 10, **P**= Diagnóstico que precisa de una propuesta de subclasificación, especificación o modificación que lo haga compatible con la codificación CIE, **S/C**= Diagnóstico que no podemos clasificar o estimamos no corresponde verdaderamente a un diagnóstico).
- La **3ª columna** presenta la codificación según el CIE 9 MC, y/o resumida la propuesta para adaptación a este sistema de codificación.
- La **4ª columna** muestra la correspondencia en la codificación CIE 10, obtenida mediante Convertidor avanzado CIE-9/CIE-10, ICD Translator de ASHO (Asesoramiento Servicios Hospitalarios). Disponible en: <http://www.asho.net/ICD/Translator.php>

En el siguiente diagrama de sectores representamos los diagnósticos recogidos, agrupados, siguiendo la clasificación en capítulos que realizan los sistemas de codificación CIE 9-MC y CIE 10, en sus listas tabulares de enfermedades (Gráfico 9).

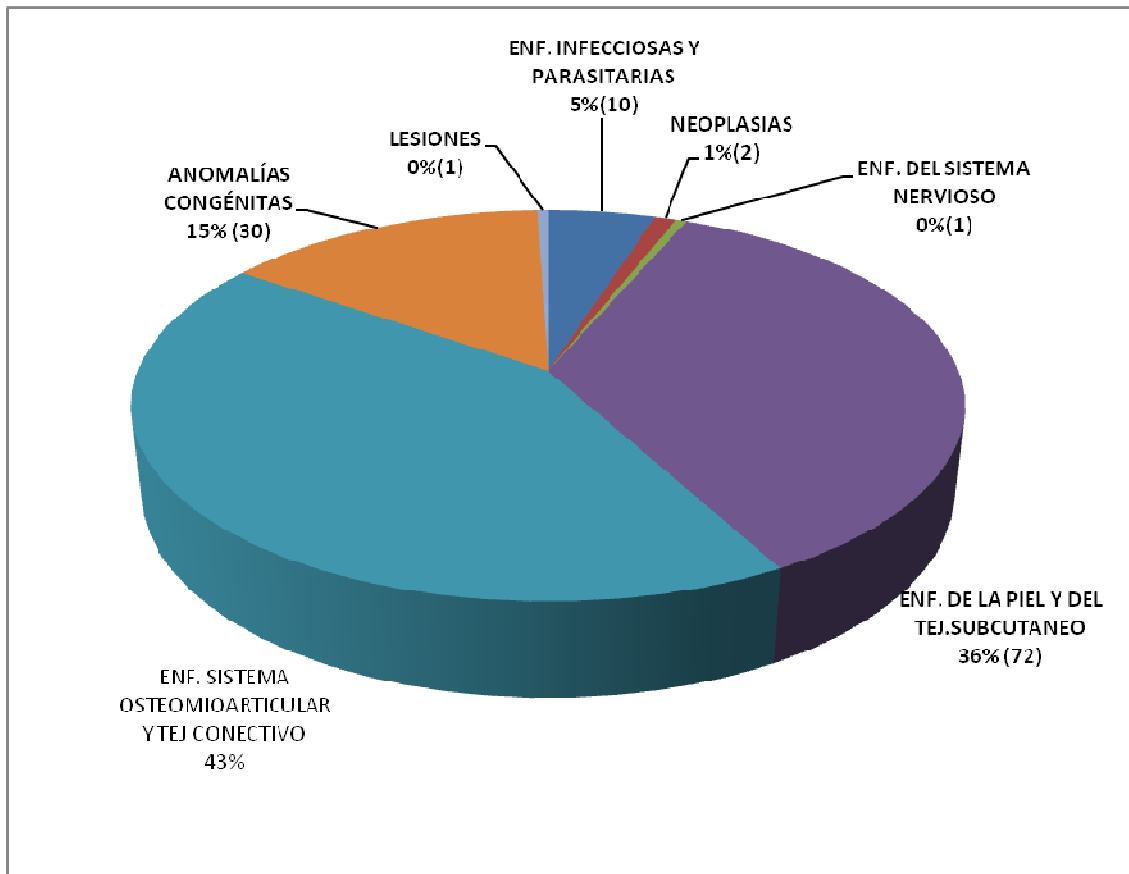


Gráfico 9. Distribución por subgrupos de Diagnósticos cumplimentados.

6.3. CLASIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Para facilitar la interpretación de los resultados adjuntamos, la clasificación de las HC propuesta y que las divide en 4 categorías, según porcentajes de respuestas positivas o cumplimentadas (Figura 5):

Muy buenas	Cuando el porcentaje de respuestas positivas sea superior al 90%.
Buenas	Cuando las respuestas positivas estén entre el 75,1-90%.
Mejorables	Si el porcentaje de respuestas positivas está entre el 50,1-75%.
Mala	Si las respuestas positivas no superan el 50%.

Figura 5. Clasificación de las HC.

Igualmente se adjunta tabla (Tabla 7) recordatoria con denominación y numeración de los criterios.

Variable	Nombre abreviado	Variable	Nombre abreviado
1A	FILIA	3D	DX.SEC.
1B	F. NAC.	3E	TTO
1C	SEX	3F	F.ACTUAC.
1D	1ª CONS.	3G	POD.ACTUAC.
1E	ENTID.	4A	TTO.FARM.
2A	MOT.CONS.PAC	4B	AYUD.DX
2B	PROF.ACTIV	4C	DRVDO.
2C	ANTEC.GRAL	4D	RX.CAL.
2D	ALERG.	4E	RX.IDENT.
2E	ANTEC.POD	4F	EVOL. IDENT
2F	PODOLG.	4G	EVOL. DETAL.
3A	SINTOM.	5A	TACH.
3B	EXPL.BÁSIC.	5B	ORDEN.
3C	DX.PPAL.	5C	IDENT.DOC

El **Bloque1**, lo conforman los criterios correspondientes a Datos de filiación y demográficos: 1A, 1B, 1C, 1D, 1E.

El **Bloque 2**, son Datos de Salud, compuestos por los criterios: 2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 2F.

El **Bloque 3**, Historia Clínica Podológica, criterios: 3A, 3B, 3C, 3D, 3E, 3F, 3G.

El **Bloque 4**, Historia Clínica Podológica. Condicional, criterios: 4A, 4B, 4C, 4D, 4E, 4F, 4G.

El **Bloque 5**, Aspecto formal de la Historia, criterios: 5A, 5B, 5C.

Tabla 7. Criterios.

6.3.1. Calidad de las Historias Clínicas

Una vez evaluadas y contabilizados en cada HC, los items o criterios presentes (contestados como SI) con respecto al número de items contestados, las clasificamos y obtenemos los resultados que resumimos, en cuanto a porcentajes (Gráfico 10):

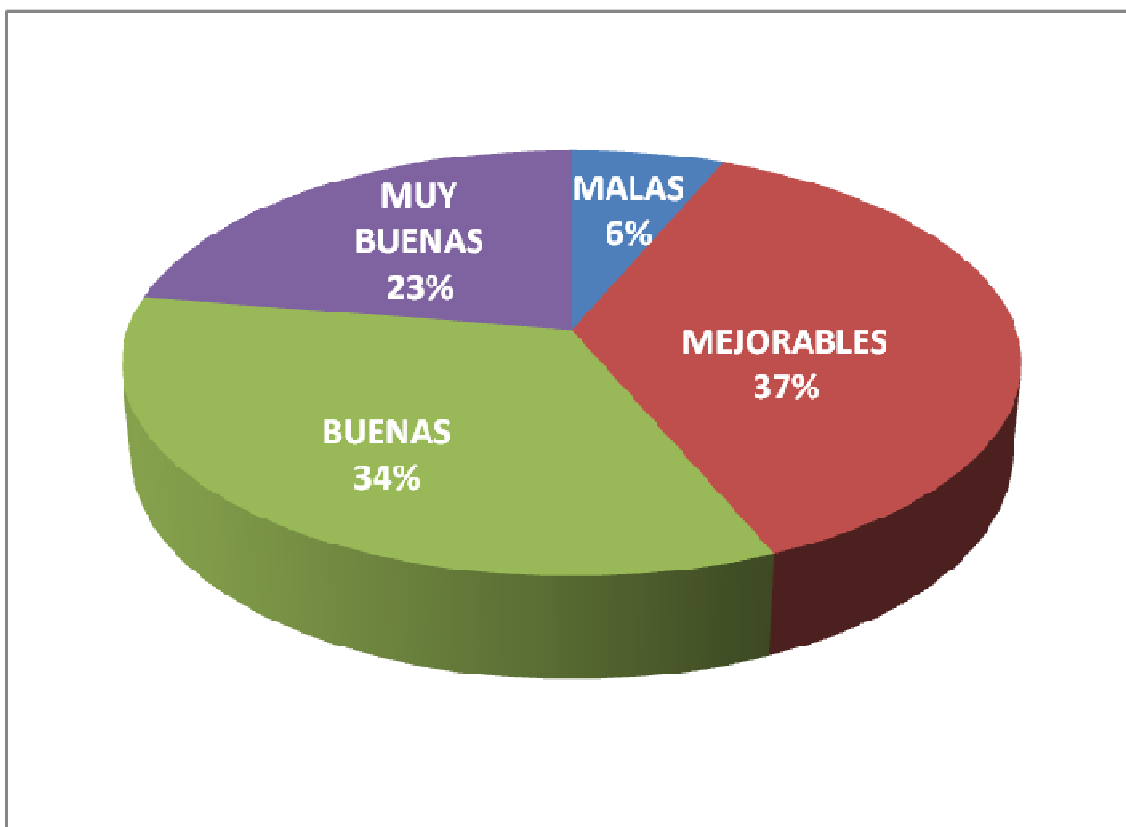


Gráfico 10: Clasificación general de las HC, según porcentajes.

Malas: 6% de las HC, tienen menos del 50% de criterios presentes, sobre los posibles.

Mejorables: 37% de las HC, tienen entre un 50,1-75% de criterios presentes, sobre los posibles.

Buenas: 34% de las HC, tienen entre un 75,1%-90% de criterios presentes, sobre los posibles.

Muy buenas: 23% de las HC, tienen más de un 90% de criterios positivos, sobre los posibles.

6.3.2. Clasificación de la Historia Clínica, por bloques

En cuanto a la clasificación por bloques de criterios resumimos los porcentajes en la siguiente tabla (Tabla 8):

	bloque 1	bloque 2	bloque 3	bloque 4	bloque 5
MUY BUENA	80.00%	16.66%	0.00%	0.00%	0.00%
BUENA	20.00%	49.48%	14.28%	28.56%	66.66%
MEJORABLE	0.00%	33.32%	71.42%	42.84%	33.33%
MALA	0.00%	0.00%	14.28%	28.56%	0,00%

Tabla 8. Porcentajes de clasificación por bloques.

La clasificación de los bloques de criterios, con la clasificación dependiendo del porcentaje de criterios presentes se representa en el siguiente gráfico (Gráfico 11):

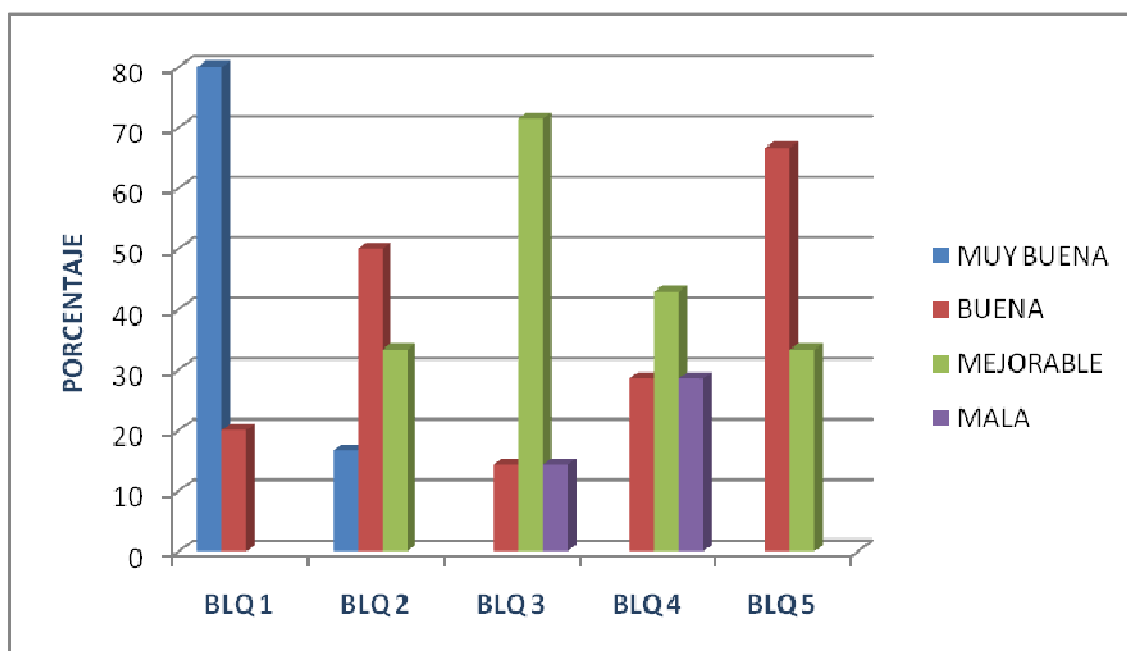


Gráfico 11. Valoración de las HC, por bloques de criterios.

6.3.2.1. Porcentajes por bloques de criterios

En el siguiente gráfico presentamos los porcentajes por bloques de criterios, en el que reflejamos los criterios ausentes (contestados “NO”), presentes (contestados “SI”), perdidos (no recogidos por ser condicionales + datos perdidos) (Gráfico 12). Para consultar (Anexo XIV. Tabla. Porcentajes por bloques de criterios).

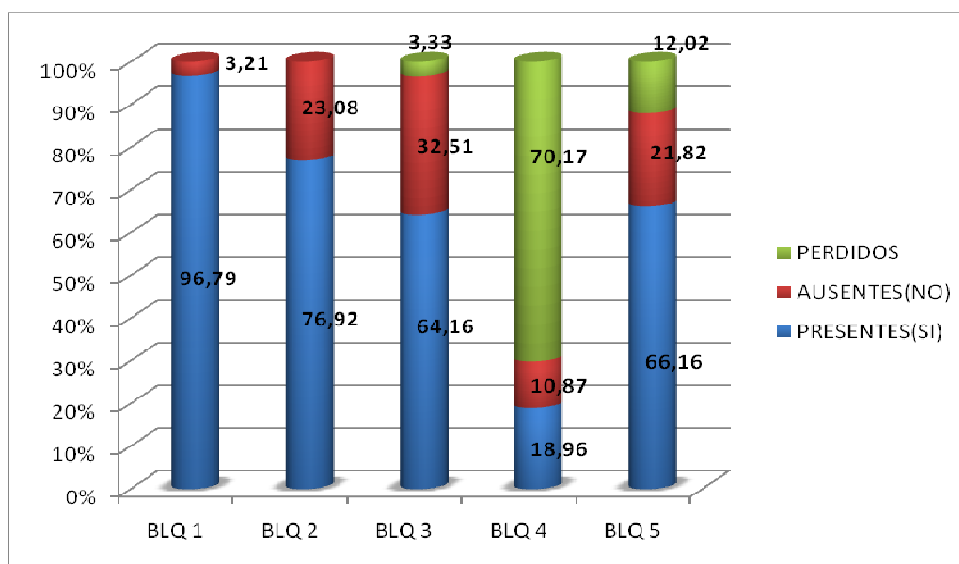


Gráfico 12. Porcentaje por bloques de criterios.

Valorando solo los criterios que presentan datos cumplimentados con respecto a los que no los presentan, la distribución es la siguiente (Gráfico 13).

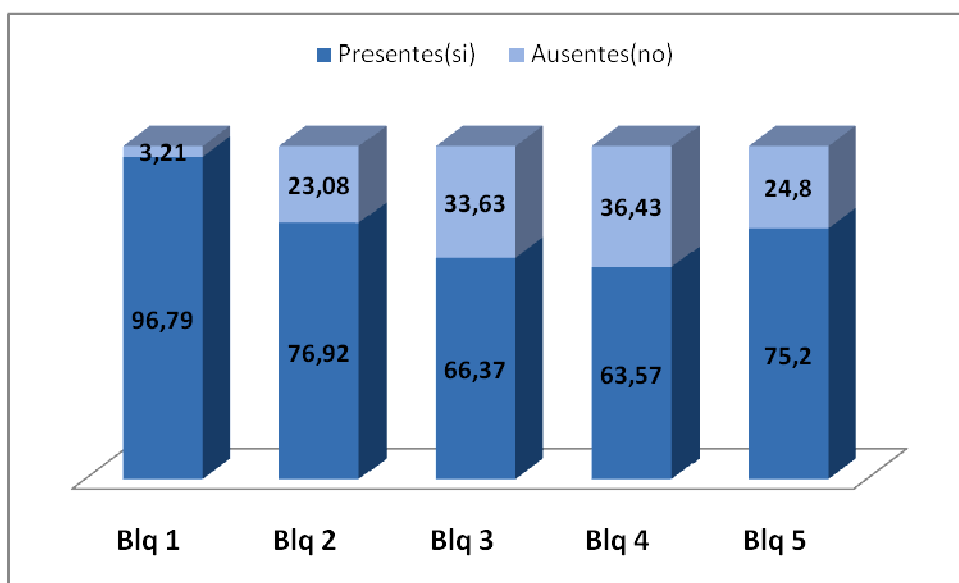


Gráfico 13. Porcentajes por bloques de criterios. Presentes/ausentes.

6.3.3. Valoración individual de las Historias Clínicas

- ✓ Las HC tienen un valor medio de cumplimentación de 76,59%, con una desviación típica de 16,03 para los criterios valorados.
- ✓ La media de criterios ausentes por HC, contestados como “NO”, es de 5,24, con una desviación típica de 3,53. La HC que más criterios “NO” presenta tiene 16, la que menos 0.
- ✓ La media de criterios presentes por HC, contestados como “SI”, es de 17,26, con una desviación típica de 3,97. La HC que más criterios “SI” tiene, presenta 25, la que menos 4.
- ✓ La media de criterios “no valorados”, por HC, por ser condicionales es de 5,51 y la desviación típica 7,49.
- ✓ Hay 18 HC, consideradas las mejores, al poseer el 100% de criterios posibles contestados “SI”. Varias de ellas en concreto presentan 24, contestados “SI” de 24 posibles, el resto (4) son condicionales.
- ✓ La peor HC tiene 21,05% de criterios contestados “SI”, solo tiene 4 de los 19 posibles, el resto (9) son condicionales.

Posteriormente se expone estudio individual (por ítem o criterio) de frecuencias y porcentajes positivos con respecto a criterios contestados.

Representamos los porcentajes resumidos en el siguiente Diagrama de Barras (Gráfico 15). Se puede consultar más información en anexos. (Anexo XV. Tabla. Valoración Individual de las Historias Clínicas) (Anexo XVI. Tabla. Frecuencia y porcentajes por criterio).

6.4. RESULTADOS POR CRITERIOS

6.4.1. Valoración por criterio

- ✓ Los criterios tienen un porcentaje medio de cumplimentación de 74,82% y una desviación típica 16,16. El criterio que menor porcentaje de cumplimentación presenta es el 4C, y tiene un 38,46%, los que más el 1A y el 1E, con el 100% cumplimentado.
- ✓ La media de criterios ausentes, es decir no cumplimentados es de 25,18%, con una desviación típica de 16,16.
- ✓ Los criterios muestran una media de 203,39 criterios presentes o cumplimentados (respondidos "SI"), y una desviación típica de 97,66. El criterio, que menos presentes o cumplimentados, muestra tiene 23, y el que más 330, es decir todas las HC lo presentan.
- ✓ Los criterios ausentes tienen una media de 61,71 y una desviación típica de 46,32. El criterio que más "NO" tiene, presenta 174, y que menos, 0.
- ✓ Los criterios perdidos (suma de condicionales) tienen una media de 64,89 y una desviación típica de 105,59. El criterio que menos perdidos presenta tiene 0 y el que más 300.
- ✓ De los 28 criterios, hay 14 (50%) que tiene un porcentaje de cumplimentación considerado como bueno o muy bueno, el resto, es decir otros 14 (50%) sin embargo, presentan una cumplimentación mejorable o mala. Representamos porcentajes exactos en gráfico (Gráfico 14).

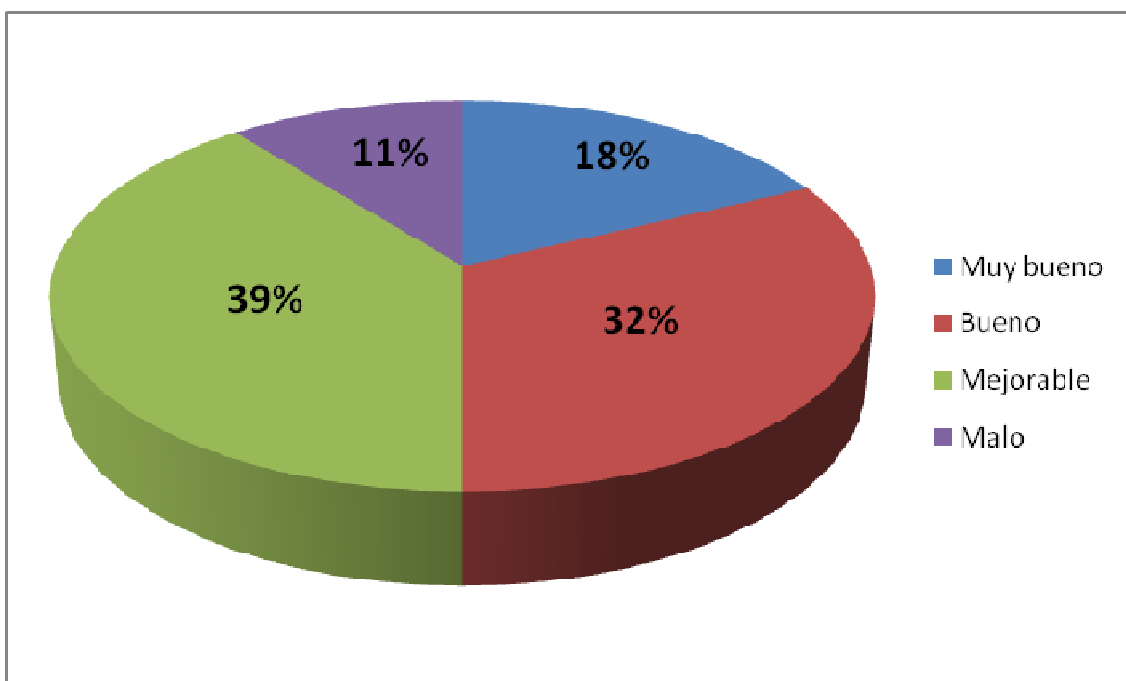


Gráfico 14. Valoración individual de los criterios.

El 18% de los criterios pueden ser considerados como muy buenos, 32% buenos, 39% mejorables y 11% malos.

Se pueden consultar los detalles en Anexos (Anexo XVII. Tabla. Valoración individual por criterios).

6.4.2. Resultados por criterios

Aportamos para más detalle estadísticos en anexos (Anexo XVIII. Estadísticos por criterio).

PORCENTAJE CUMPLIMENTACIÓN CRITERIOS

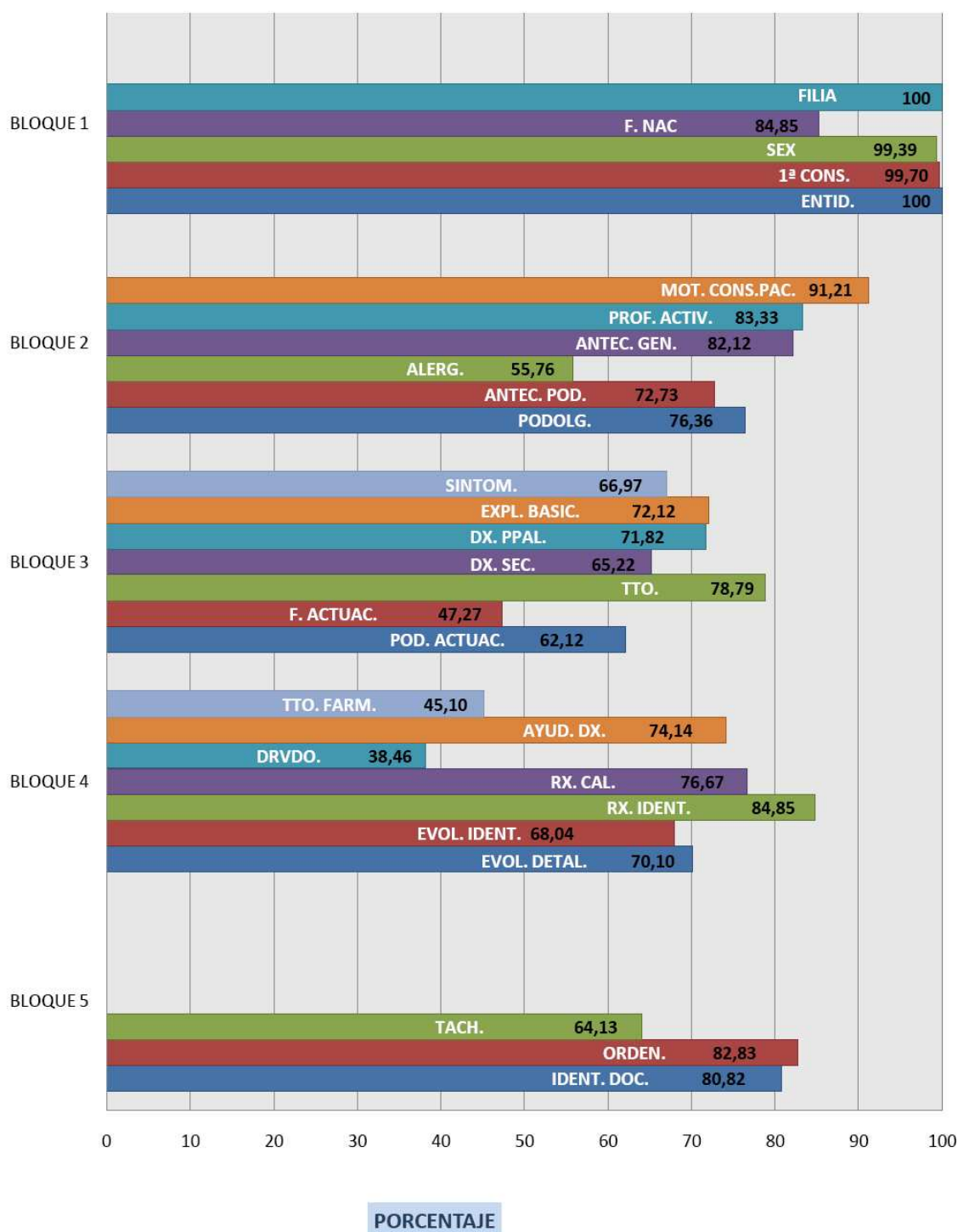


Gráfico 15. Representación individual de porcentajes de criterios positivos.

Aparece el nombre de cada criterio y porcentaje de "SI" (criterios presentes) sobre los posibles, agrupados por bloques.

6.5. COMPARATIVA ENTRE MUESTRAS. TESIS/TRABAJO FIN DE MÁSTER

Para valoración de las diferencias en los resultados obtenidos con las dos muestras: Tesis (con 330 casos) y Trabajo Fin de Máster (con 40 casos), realizamos prueba de Chi-cuadrado, con la corrección de Montecarlo (para compensar los resultados en aquellos grupos que hayan quedado muy reducidos).

Esta prueba nos muestra la existencia de diferencias estadísticamente significativas. Presentamos a continuación, resumen con los resultados más representativos para nuestra valoración, obtenidos en las tablas de contingencia de ambas muestras.

CRITERIO	1A	1B	1C	1D	1E	2A	2B	2C	2D	2E	2F	3A	3B	3C
Sig. exacta (bilateral)	-	,488	,291	1,000	-	,246	,270	1,000	,007	,852	,80	,079	,358	,460

Tabla 9. Pruebas de chi cuadrado.

CRITERIO continuación	3D	3E	3F	3G	4A	4B	4C	4D	4E	4F	4G	5A	5B	5C
Sig. exacta (bilateral)	,360	,227	,406	,607	,004	,605	1,000	,583	1,000	,592	1,000	,380	,360	,122

Tabla 9. bis.

*Los criterios 1A y 1E, no presentan resultados (–) al ser ambos constantes y no poder realizárseles ningún estadístico.

**Los criterios 2D y 4A obtienen resultados estadísticamente significativos al ser menores a 0,05, aparecen ambos marcados en amarillo.

7. DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

7.1. INTRODUCCIÓN

Es la primera vez que se realiza una evaluación de estas características en nuestro entorno asistencial y, por tanto, resulta difícil la comparación con otros datos. La importancia de la misma radica precisamente en ser una evaluación de la práctica de cada día y con notables implicaciones, entendemos en diversos ámbitos (asistencial, docente, investigador y de gestión-administración).

Los resultados obtenidos no son, en sí mismos, ni buenos ni malos y no deben llevar a actitudes de autocomplacencia o derrotismo (CCA de la SEAIC, 2001). Las medidas de mejora en este aspecto corresponden a cada uno de los componentes del equipo de trabajo del ACP (profesores, PAS, gestores, alumnos, becarios, colaboradores clínicos) y ser lideradas desde la dirección de la misma. La idea final es mejorar y que se note. Hemos demostrado ser capaces de realizar una evaluación de nuestra praxis que, ciertamente, resulta novedosa en el entorno asistencial podológico de nuestro país (y de muchos otros).

La investigación planteada evalúa la calidad científico-técnica de aspectos del proceso asistencial en el ACP. Para nosotros es la opción más razonable para valorar el proceso, al tener la metodología a aplicar:

- ✓ criterios claros,
- ✓ fácil intervención para cambiar los procedimientos de actuación e incidir positivamente sobre los resultados de modo más asequible, (Buitrago, 1990)
- ✓ menos costosa que realizándola a otros niveles, (Otero et al, 1989)
- ✓ la interrelación existente entre procesos y resultados (Donabedian, 1984) (Donabedian, 1989).

Hemos tenido en cuenta la opinión de algunos autores que manifiestan el inconveniente que podría surgir si los profesionales aplican su tiempo y esfuerzos a la realización de HC, técnicamente muy correctas, para contentar a los evaluadores; en

vez de pasar este tiempo tratando y escuchando a sus pacientes, con el consiguiente y más que probable deterioro de la calidad asistencial (Palmer, 1989).

Otro motivo de crítica a este tipo de evaluación, es el hecho de que al valorar la presencia o no de los distintos criterios, se asocia la falta de estos, al hecho de que no se haya preguntado, recogido, explorado o estudiado dicho aspecto, circunstancia que puede no ajustarse a la realidad, pues a veces, no todos los parámetros que se efectúan se recogen de forma sistemática como indican algunos autores (Nieto-Hernández et al, 1994).

De manera habitual los profesionales de la salud tendemos a asociar la calidad del servicio que prestamos con la calidad técnica del mismo obviando otros aspectos, que como hemos explicado anteriormente, tienen su sentido e importancia desde los puntos de vista del paciente, usuario, gestor,... En esta ocasión y ciñéndonos a la calidad científico-técnica, objeto de nuestra valoración debemos atender a todos los factores que influyen en el resultado de la asistencia, es decir: evaluación del estado de salud del paciente, diagnóstico proporcionado por la evaluación realizada, plan de tratamiento, tratamiento realizado y finalmente resultados obtenidos como propone Martín MP (Martín, 2004).

Cualquier sistema de evaluación que no tome en consideración todas las fases del proceso asistencial puede equivocarse al juzgar el nivel global de la calidad (Jerge et al, 1986).

Como hemos explicado con anterioridad, la HC es un elemento fundamental en el proceso asistencial debido a su importancia como herramienta diagnóstica. Las probabilidades de tomar decisiones clínicas correctas dependen, entre otras cosas, de la disponibilidad de información clínica necesaria, por lo que el grado y la calidad de la cumplimentación de las HC son indicadores de calidad asistencial (Cairols, 2007). La baja calidad de las HC es un hecho constatado en diversas disciplinas y escenarios médicos, reconociéndose la dificultad de su evaluación, la ausencia de estándares de calidad y la necesidad de mejorar su información (López et al, 2000) (Weyer et al, 2005).

7.2. MODELO DE EVALUACIÓN

Los tipos de evaluaciones existentes nos han planteado dudas sobre el modelo a escoger, hemos optado por realizar una evaluación cuantitativa por considerarla más objetiva, con criterios explícitos más fáciles de delimitar, valorar y cuantificar su cumplimentación (Renau et al, 2001) y porque parece más razonable evaluar primero la existencia o no de los datos antes que la calidad de los mismos, que sería objetivo de fases más avanzadas (Llanos et al, 2006).

Según varios autores sería exigencia previa la presencia de HC adecuadas y correctamente cumplimentadas para poder proceder a evaluar la asistencia a través de ellas (Hands et al, 1984) (Oberbrecking, 1993). Coincidimos, en nuestro objeto de estudio, con el planteamiento hecho por Martín (Martín, 2004), en la Clínica de Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, al hacer una revisión sobre la adecuación cuantitativa de la documentación acumulada en los expedientes dentales realizados por los alumnos en el desarrollo de algunas de las prácticas asistenciales.

Sería razonable, una vez conocidos los niveles de cumplimentación existentes en las HC, el realizar una revisión cualitativa de las mismas completando de este modo la evaluación de la calidad de las historias. A partir de esta segunda evaluación podrían realizarse “prospecciones” sobre la calidad de los procedimientos técnicos que se desarrollan en el ACP. Para ello, según nuestro criterio, es estrictamente necesario la existencia de protocolos y guías de actuación de los distintos procedimientos, que sirvieran como referencia o marco comparativo de las distintas actuaciones, situación que no se produce en el ámbito de nuestra profesión, y cuyo cambio puede ser incentivado por la reciente aprobación de los protocolos para biomecánica-ortopodología, cirugía y pie diabético por el Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos (CGCOP, 2009)(CGCOP, 2010) (CGCOP, 2011), suponiendo en esta línea el comienzo alentador de una nueva etapa profesional.

7.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de muestra escogido (330 historias clínicas) se ha obtenido tras aplicación del cálculo de tamaño muestral, sugerido por expertos estadísticos, y como recomiendan algunos autores consultados (Mira et al, 1997) (Renau et al, 2001) (Reyes et al, 2001) (Llanos et al, 2006), para obtener la sensibilidad y el nivel de confianza considerado adecuados, en lugar de aceptar los resultados obtenidos de una muestra más escueta, como proponen otros autores (Alastrué et al, 1996) (Flores et al, 2004) y como hicimos para el trabajo Fin de Máster (40 historias clínicas).

No obstante, hemos introducido en nuestro trabajo la evaluación comparativa de los resultados de ambas muestras, analizados con la prueba de chi cuadrado, para valorar si las diferencias lógicas encontradas entre ambas muestras pueden ser consideradas significativas.

Según los datos obtenidos, hay dos criterios (el 2D y el 4A), para los cuales los resultados de las pruebas de chi cuadrado presentan niveles de significación menores a 0,05. Hecho que justifica y nos reafirma en la elección del tamaño de muestra escogido, según los resultados obtenidos tras la aplicación de la fórmula de cálculo de tamaño muestral para los niveles de confianza y sensibilidad planteados, en una población finita como la nuestra.

Consideramos adecuado, sin embargo, el estudio de micromuestras (40-50 casos) para realizar trabajos donde el objetivo requiera de un análisis metodológicamente menos estricto, y aportar estos al ser menor el tamaño de la muestra a evaluar y analizar, una aplicación más ágil y sencilla y menos costosa.

7.4. FICHA DE CRITERIOS

La elaboración de la Ficha de criterios (elemento evaluador) de nuestra investigación se ha realizado siguiendo normas básicas propuestas entre otros por Palmer (Palmer, 1989):

- Construir criterios simples.
- Limitar el número de criterios. Incluir sólo los esenciales.
- Utilizar aquellos aspectos de la asistencia, que se adecuan a tendencias asistenciales generales.
- Rechazar los elementos peligrosos, ineficaces, superfluos o innecesarios.
- Adaptarlo a los recursos, en este caso a la HC ya existente.

Utilizamos una escala dicotómica, donde se considera PRESENTE O POSITIVO, el contestado como "SI"; y AUSENTE O NEGATIVO el contestado como "NO", en consonancia con otros investigadores que han utilizado este tipo de escalas (Pablo, 2008) (Martín, 2004) (De Miguel et al, 1997) (Carpintero et al, 1997) (Calam et al, 1996) (Schoen, 1989) (Hand et al, 1984) (Gill et al, 1983).

Podríamos haber incorporado una graduación de puntos o incluso valores ponderados atendiendo a estimaciones a priori, de la importancia del criterio (importancia considerada en el proceso de atención a pacientes, riesgo legal que conlleve,...) o ítem con respecto a los demás (Wikman et al, 2009) (Renau et al, 2001) (Tejedor, 1999) (Chasteen et al, 1996) (Friedman, 1972).

Somos conscientes de la importancia desigual del valor de cada criterio, y planteamos que pueda ser tenido en cuenta en futuros trabajos, no obstante en esta ocasión hemos preferido simplificar dicho aspecto.

Entre los criterios estudiados en este tipo de investigaciones es habitual estudiar la legibilidad del documento (Martín, 2004) (García et al, 1997), compartimos la importancia de valorar dicho aspecto, aunque en nuestro estudio decidimos no incorporarlo al introducir elementos de subjetividad para valorarla (cada investigador puede considerar o no legible un documento o parte de este) y ser este un criterio más importante en investigaciones cualitativas de la HC , según nuestra opinión, donde se evalúa la calidad en si de lo cumplimentado.

7.5. FIABILIDAD Y VALIDEZ

Introducir el estudio de los índices kappa para comprobar la concordancia inter e intraobservador, añade fiabilidad y es adecuado según el diseño adoptado en nuestro trabajo y el diseño de la Ficha de criterios (variables discretas), coincidiendo con otros autores que igualmente han analizado este parámetro (Pedrera et al, 2005) (García et al, 2000). Para ello hemos tenido en cuenta, además, la participación de varios investigadores y que la evaluación de más de 330 HC se ha prolongado en el tiempo.

Otros autores, en circunstancias similares, han utilizado el coeficiente de correlación intraclase (Reyes et al, 2001), que sería adecuado al utilizar variables continuas.

También se utiliza con frecuencia el porcentaje de concordancia o índice de acuerdo observado (Cairols et al, 2007) (Martín, 2004), que debe ser según estos autores mayor al 90%. Opinamos que este índice es insuficiente al no cuantificar el grado de concordancia más allá del azar (Latour et al, 1997).

Nos encontramos en la bibliografía consultada, otros muchos autores, la mayoría, que no hacen referencia al método utilizado para salvar esta dificultad. En algunos casos creemos que, motivado por utilizar elementos evaluadores diseñados por entidades, organismos,... probablemente no utilicen ninguno, obviando este aspecto. Consideramos en este sentido que, de ser así, ese diseño restaría valor a sus trabajos.

Los valores Kappa obtenidos en nuestra evaluación, concordancia intraobservador $K= 0,88$ (media de kappas específicos) y concordancia interobservador $K= 0,83$ (media de kappas específicos), son considerados casi perfectos, según la clasificación de Landis y Koch (Landis et al, 1977) y similares a los obtenidos por otros autores (Pedrera et al, 2005) y mejor que los obtenidos por García (García et al, 2000) calificados como moderados (entre 0,41-0,60).

En el trabajo realizado por Martín (Martín, 2004) en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla obtiene niveles de concordancia interobservadores superiores al 90%, no realizando estudios de la concordancia intraobservador.

Analizando los valores de K específicos, obtenidos en nuestro estudio, nos encontramos con algunos valores, que se pueden consultar en Anexos (Anexos XII y XIII. Tablas de concordancia Kappa inter e intraobservador), como:

- ✓ En el estudio intraobservador: el criterio 5B: $K= 0,38$ (aceptable) y el 2D: $K= 0,46$ (moderada).
- ✓ En el interobservador: el 2D: $K= 0,46$ (moderada), el 2B: $K= 0,62$ (considerable), el 3G: $K= 0,72$ (considerable) y el 5ª: $K= 0,71$ (considerable).

El resto de valores calculados tiene concordancia casi perfecta ($> 0,80$) y perfecta ($= 1$).

Hay valores (los condicionales en su mayoría) que ha sido imposible calcularlos con este índice, al no estar la matriz de datos completa y no ser posible técnicamente.

En cuanto a la validez, opinamos que la inexistencia de referencias (patrón de oro), ni de trabajos en el mismo ámbito de asistencia podológica dificulta de manera importante la posibilidad de realizar pruebas de validez comparativas. La metodología utilizada para el diseño del elemento evaluador donde se ha contado con la participación y aportación de un grupo de expertos profesionales, docentes y doctores concedores por tanto de los distintos procesos (asistencial, docente, investigación,...) certifica en este sentido la validez del modelo elegido. Sin embargo, consideramos adecuado la participación y la opinión de expertos de otras clínicas podológicas universitarias, pues esto permitiría conocer la opinión de profesionales que trabajan en otros entornos y con otros modelos de HC.

7.6. CLASIFICACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

La inexistencia de un estándar en Podología, para realizar la clasificación de las HC, nos ha llevado a plantearnos ¿qué porcentaje de cumplimentación consideramos aceptable para cada criterio y para la HC en general? Pregunta que también plantearon otros autores (Marquet et al, 1988) (Schoen, 1989) (Chasteen et al, 1996) (Martín, 2004).

En nuestro trabajo entendemos como razonables, niveles superiores al 75% de cumplimentación los adecuados para considerar la HC o un determinado criterio como bueno. Si bien opinamos que el concepto de calidad y mejora continua, imperante en la actualidad, implica en si mismo un significado dinámico que nos debe llevar siempre a aspirar al progreso hacia el óptimo del 100%. Por otro lado, el hecho de conocer el nivel donde nos encontramos (porcentaje de cumplimentación del criterio) nos permite evaluar también fácilmente las acciones de mejora planteadas, si nuestro nivel fuera muy bajo o queremos implementarlo.

Para la elección del mismo, hemos recurrido a la bibliografía consultada encontrando diversas opiniones al respecto:

- Coincidimos con el 75% propuesto por algunos autores (Martín, 2004) (Cuchí, 2004) (Basterretxea et al, 2001).
- Mientras otros autores proponen el 80% (Amargós et al, 1992) (De Miguel et al, 1997) (Reyes et al, 2001), el 70% (Santiago et al, 1994) (Gerencia Regional de Salud, 2006)(Pablo, 2008), el 65% (López-Picazo et al, 2002).

7.7. CONTEXTO

Para la realización de la discusión sobre los resultados obtenidos en nuestro trabajo se nos plantean diversas dificultades, algunas de las cuales detallamos a continuación:

- No existencia de un conjunto mínimo de datos básicos de salud para la Podología, que pueda servir de referencia cuando nos planteamos los parámetros o criterios a valorar, con los cuales comparar.
- Prácticamente inexistencia de trabajos similares (no hemos encontrado en la revisión bibliográfica realizada) en el ámbito de la asistencia podológica, a excepción del realizado por Ramos y colaboradores (Ramos et al, 1998), y el realizado por Calam en Yorkshire (Calam et al, 1996), sobre el que no podremos discutir al no tener los resultados obtenidos tras la realización del mismo.

- La mayoría de los trabajos existentes y consultados, están realizados dentro de ámbitos asistenciales públicos o privados hospitalarios, con características y peculiaridades poco comparables a nuestro entorno asistencial.
- Los trabajos realizados dentro de la prestación sanitaria en Centros de Salud, tiene algunos elementos comunes con la nuestra (régimen ambulatorio) pero el hecho de ser de carácter fundamentalmente público determina un marco normativo-legislativo que diferencia notablemente las particularidades y dificulta la comparativa en la mayoría de los aspectos
- La asistencia bucodental, guarda ciertas similitudes y características que son comparables con las nuestras (asistencia ambulatoria, de carácter mayoritariamente privado), no obstante el mayor desarrollo técnico, de competencias profesionales, y organizacional de la Odontología es histórico y aunque en la actualidad se van acortando las distancias, no estamos aún en condiciones de establecer comparativas en muchos de los aspectos, entre ellos los de nuestro objeto de estudio.

Debido a todas estas características anteriormente expuestas, para realizar la discusión sobre los resultados de nuestro trabajo nos referiremos fundamentalmente a:

- El trabajo de Ramos y colaboradores (Ramos et al, 1998): realizado en el mismo lugar el ACP, en los años de realización del mismo denominada CPU (Clínica Podológica Universitaria) y con el mismo objeto de estudio (las HC) analizando aquellos criterios y aspectos de su trabajo, que sean comparables, ya que el planteamiento metodológico y algunos objetivos, son distintos. Dicho trabajo lo podemos considerar en cierto modo precursor de este.
- Estudios e investigaciones realizados en distintos ámbitos asistenciales: ambulatorios, centros de salud, hospitales, clínicas; dónde se presenten criterios y valoraciones (cuantitativas) de estos, con planteamientos coincidentes con los nuestros.
- Tesis doctoral de Martín MP (Martín, 2004), trabajo de investigación coincidente con el nuestro en muchos aspectos ya que es también una revisión cuantitativa,

desarrollada en una clínica odontológica, pero universitaria también, con características similares (de financiación, estructura organizativa, misión,...), mismo entorno asistencial (Sevilla, mismo campus universitario). Evalúa 46 criterios, que considera de obligatorio cumplimiento para todas las HC. El planteamiento varía también además, en que tras una primera evaluación, la investigadora a tenor de los datos obtenidos y tras la implantación de una serie de modificaciones para la mejora, reevalúa la población para ver como han influido las modificaciones propuestas en los resultados.

7.8. NUESTRO TRABAJO

En nuestro estudio, en primer lugar destacamos el correcto archivo e identificación de todas las HC revisadas, así como el adecuado estado de conservación de las mismas y la aparición de todas las unidades de muestreo solicitadas, a diferencia de otras investigaciones que han tenido dificultades en este sentido (Carpintero et al, 1997) (García et al, 2000) (Cairols, 2007) al no estar disponibles todas las unidades a evaluar.

El archivado de las HC es realizado por orden consecutivo de número de HC, e identificadas convenientemente con las etiquetas adhesivas personalizadas y con todos los componentes externos elegidos a tal efecto. Existe un dossier único e integrado para cada paciente, dando así estricto cumplimiento de la normativa al respecto (Ley 41/2002) adecuadamente identificado, siendo segura la sistemática de clasificación empleada y estando garantizada su localización, si bien el sistema de clasificación de la documentación puede dar lugar a dificultades en la obtención de los historiales en algunos momentos como manifiesta Tejedor (Tejedor, 1999), circunstancia que nos ha sucedido con algunas HC, que finalmente aparecieron.

Reseñamos en este aspecto la realización de revisiones anuales por el personal auxiliar para corregir en este sentido las posibles deficiencias. Aunque estos aspectos han sido considerados, finalmente no fueron incluidos como objetivos en esta evaluación, por entenderlos más estrictamente relacionados con trabajos y evaluaciones de la calidad del Archivo Clínico, que con este dirigido a evaluar la calidad

de la HC. No obstante, los resaltamos pues entendemos como fundamentales, en cualquier archivo clínico con HC en soporte papel, para facilitar cualquier revisión de este tipo así como el uso de las HC en sus funciones habituales.

La identificación de cada HC y paciente se realiza en base al número de HC que es generado por el programa informático de gestión de citas y fichero de pacientes existente en la clínica y administrado desde Recepción-Gestión de usuarios del ACP. Este número de HC es asignado por el programa al paciente en la primera visita-consulta que realiza a nuestro servicio, generándose entonces una etiqueta autoadhesiva personalizada que contiene **7 parámetros** del mismo (apellidos y nombre, nº de historia, DNI, fecha 1ª visita, dirección, teléfono, entidad financiadora).

Estos datos de filiación y demográficos, la mayor parte de ellos, los hemos recogido como criterios en esta evaluación y el hecho de que estén incluidos en la etiqueta adhesiva explicaría por qué son los que tienen una puntuación tan alta, de cumplimentación positiva coincidiendo (entre otros) con De Miguel (De Miguel et al, 1997). Cada paciente cuando llega por primera vez al ACP es recibido por el servicio de Recepción, cuyo personal solicita los datos contenidos en la etiqueta. Hasta que estos datos no son registrados y los distintos documentos (sobre, carpetas,...) son convenientemente identificados mediante la etiqueta, no se da por concluida la fase de admisión-registro del paciente.

Este proceso está notablemente protocolizado y lo entendemos como un punto fuerte del sistema de gestión de pacientes y citas, vigente en el ACP, similar a las conclusiones extraídas en otros estudios en nuestro país, donde se manifiesta la alta calidad de las variables administrativas y los déficits de las clínicas (Barba et al, 2006). Ocasionalmente, se generan incumplimientos en el mismo, con las previsibles consecuencias negativas para el funcionamiento adecuado de los distintos procesos (asistenciales, docentes, investigadores, de gestión,...).

7.8.1. Valoración general

La **edad** de la muestra del estudio es parecida a la obtenida por Ramos y colaboradores (Ramos et al, 1998) en su publicación "Historias clínicas Podológicas.

Estudio y Valoración” de 1997, desarrollada en el mismo centro en la que el 64,8% de la población tiene una edad entre 60-80 años. En nuestra evaluación, la edad media es de 58,00 años, mayor que los 52,91 años de media obtenida en la muestra de Coheña M (Coheña, 2010); más del 50,71% de nuestros pacientes tienen edades superiores a los 55 años.

Consideramos esta franja etaria como la que más comúnmente requiere de nuestros servicios asistenciales y la más habitual en las consultas de Podología. En los últimos años, el ACP, realiza programas de salud podológica y prevención en colegios de nuestro entorno, con visitas, exploraciones y tratamientos a niños que se realizan en nuestro centro. Este hecho, probablemente en un futuro cercano, puede dar lugar a que disminuya la edad de media de nuestros pacientes. No comparamos este aspecto (la edad) con otras disciplinas de la salud, pues somos conscientes de la distribución distinta y variada por especialidad, profesión, servicios, etc que las hacen incomparables.

En cuanto al **sexo**, Ramos y col. nos hablan de un 69,07% de mujeres y un 30,93% de hombres. Coheña obtiene: 67,01% mujeres, 32,99% hombres. En nuestra muestra también es mayoritaria la presencia de mujeres, 62,4%, respecto a los hombres 37%, característica que también es repetida en el ámbito asistencial general de la profesión. No hemos encontrado referencias sobre el método de recogida del sexo de las muestras, ni sobre la disyuntiva planteada por nuestro trabajo al encontrar dos personas a las que no podemos adjudicar el sexo deducido a partir del nombre. Reiteramos en este criterio el comentario sobre incomparabilidad con otras muestras, realizado en el párrafo anterior, por los mismos motivos.

Planteamos equiparar nuestros **resultados globales**, con los obtenidos por Martín (Martín, 2004) en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla. Al hacerlo, encontramos como diferencia primordial que en su planteamiento inicial no ha tenido en cuenta que determinados criterios no tienen que estar obligatoriamente cumplimentados, según nuestra apreciación. Si a un paciente no se le ha realizado radiografía, opinamos no deben evaluarse los criterios referentes a dicho aspecto. Si un paciente, tras su valoración por el profesional sanitario, no requiere tratamiento

farmacológico opinamos que igualmente no deben evaluarse los criterios referentes a este atributo.

De las 330 HC evaluadas en nuestra investigación, 18 HC, consideradas las mejores, poseen el 100% de criterios posibles contestados "SI". Varias de ellas en concreto presentan 24, contestados "SI" de 24 posibles, el resto de criterios (4) fueron considerados condicionales y no tienen que estar obligatoriamente cumplimentados. La peor HC tiene 21,05% de criterios contestados "SI", solo tiene 4 de los 19 posibles, el resto (15) son condicionales.

Martín en la fase de reevaluación, tras haber realizado las acciones de mejora para implementar la calidad de las HC, logra que la mejor HC, tenga 41 de los 46 criterios, un 89,1% de positivos, y la peor 21 de los 46, un 45,6%. Datos que están lejos de nuestros resultados, opinamos que debido principalmente al planteamiento inicial anteriormente expuesto.

En cuanto a los resultados generales, nuestra media de cumplimentación está en el 76,59%, mientras la de Martín se encuentra en 70,41%. Son resultados similares aunque consideramos mejores los suyos, ya que debemos tener en cuenta el planteamiento de considerar obligatorios sus 46 criterios, y con esta consideración obtiene resultados similares en porcentaje. En nuestro estudio supera levemente el 75% planteado como límite de aceptación de la calidad de la HC.

La notable variación de metodología utilizada, la diferencia en los estándares fijados, así como los distintos entornos y ámbitos asistenciales nos hace difícil comparar los estudios consultados, a nivel global o general de la calidad de la HC. Sin embargo referenciamos algunos, que recogen este parámetro: Carpintero, en el servicio de urgencias de un hospital, obtuvo un 80% (Carpintero et al, 1997), López-Picazo, en atención primaria, un 78,7% en la primera evaluación y un 89,6% en la reevaluación utilizando un estándar de 65% (López-Picazo et al, 2002), Reyes, en un servicio de medicina interna, un 78,5%, estándar 80% (Reyes et al, 2001), De Miguel, en un servicio de urgencias hospitalarias un 72,1%, estándar 80% (De Miguel et al, 1997) y Pablo E, en un servicio de emergencias, un 64% , estándar 70% (Pablo, 2008).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio 76,59% de HC, superan el 75% de cumplimentación de criterios (75% de criterios presentes, contestados “SI”), marcado como mínimo para considerar una historia clínica como buena. Si analizamos el resultado que se presenta en el gráfico 10 “Clasificación de las HC según porcentajes” vemos que hay un 43% de HC calificadas como mejorables o malas y un 57% como buenas o muy buenas pues superan el 75%.

7.8.2. Valoración por bloques de criterios

En el análisis por bloques, gráfico “Clasificación de las HC, por bloques de criterios” podemos comprobar como el aumento de los porcentajes son en parte debidos a la alta cumplimentación correspondiente al bloque 1, donde un 80% son muy buenas, y casi el 20% buenas; lo que haría subir sensiblemente la media total de la muestra. Esto es debido fundamentalmente al hecho, anteriormente comentado, del procedimiento existente en la recepción del ACP encargado de recoger los datos contenidos en el bloque 1, mediante etiqueta autoadhesiva personalizada (De Miguel et al, 1997).

Procedimientos similares son realizados en la mayoría de los centros asistenciales en la actualidad, introducidos a medida que se han incorporado herramientas informáticas que han agilizado ciertos trámites asociados a la prestación asistencial, optimizando notablemente la realización de los mismos y aportando una mejora sensible en los niveles de calidad de los registros e información clínica.

Nuestros resultados en este bloque 1, están en la línea de los que utilizan sistemas similares (Carpintero et al, 1997), y mejorarían los obtenidos por servicios donde no se dispone de este tipo de procedimiento informatizado (Martín, 2004) (García et al, 2000).

En nuestro trabajo, todos los criterios del bloque 1 superan el estándar acordado del 75%.

Si los comparamos con los resultados obtenidos en nuestra clínica por Ramos y colaboradores, en su estudio de 1997, todos los criterios entonces recogidos de este

bloque han mejorado, debido a la informatización del sistema de recogida de los mismos. Realizamos un estudio pormenorizado y comparativo de cada criterio más adelante.

Continuando el análisis por bloques de criterios, observamos que los bloques 2 y 3 presentan resultados más discretos. Atribuimos este hecho a varias circunstancias que son analizadas posteriormente de modo conjunto. Los correspondientes al bloque 4 y 5, son más desiguales y más difícilmente valorables, debido al efecto que produciría la existencia de criterios condicionales, según nuestra opinión.

7.8.3. Valoración por criterios

CRITERIO 1A. Datos de Filiación. Nombre completo. Dirección. Nº de teléfono

Presenta un nivel de cumplimentación del 100%, al pertenecer a la etiqueta adhesiva anteriormente comentada. Sirven los comentarios en este sentido realizados con anterioridad sobre la etiqueta.

Coincide en los porcentajes con el trabajo realizado en un servicio de urgencias por Carpintero (Carpintero et al, 1997) y por De Miguel (De Miguel et al, 1997) y más alto que García: 87,5% (García et al, 2000).

En el trabajo de Ramos en el año 1997, este criterio faltaba en el 3,27 % de la muestra. En el trabajo de Martín, hay un 10% de ausencias, en la reevaluación, y hasta un 20% en la primera evaluación. Resaltamos la importancia de la comparativa con este trabajo al tener ambos, redacción similar y contener los mismos conceptos.

Relativo al lugar de procedencia, Sevilla capital (del 70%) y provincia (23%), aglutinan la gran mayoría de los pacientes de nuestra muestra. Parecidos resultados presentan en sus estudios realizados en nuestro centro Coheña M, quien obtiene 62,9%, Ramos 72,50%, para Sevilla capital y un 30,9% de la provincia Coheña y el 23,24 % Ramos. Opinamos que son coherentes con la realidad de la Podología, donde mayoritariamente los pacientes consultan de modo preferente en su entorno más cercano, y asisten a centros más alejados cuando pretenden resolver problemas y/o patologías que ellos consideran más extraordinarias o especializadas.

CRITERIO 1B. Fecha de nacimiento

Este criterio presenta un cumplimiento del 84,85%, es el que tiene la puntuación más baja del bloque. La recogida de la fecha de nacimiento se realiza por los alumnos/profesores/podólogos en el desarrollo de la actividad asistencial. En el trabajo de Ramos presenta un porcentaje parecido de incumplimiento, cercano al 20%. No aparece este criterio en el estudio de Martín, hecho que consideramos infrecuente, pues entendemos es un parámetro importante para la mayoría de los profesionales de la salud y debe ser recogida en cualquier modelo de HC.

En el trabajo de Reyes (Reyes et al, 2001), este criterio está recogido en el 100% de las HC.

Parece razonable para incrementar su cumplimentación incorporarlo a los datos recogidos en la etiqueta personalizada.

CRITERIO 1C. Sexo

Hemos considerado como presente este criterio en nuestra evaluación al entender como constancia escrita del mismo la deducción (hombre/mujer) que se hace por el nombre del paciente, si bien entendemos que no es adecuada, es una práctica habitual en nuestro entorno. En nuestra opinión, es preferible recoger explícitamente el sexo independientemente de las deducciones que sobre el nombre se puedan realizar por dos motivos fundamentales:

- ✓ La presencia cada vez más numerosas de personas procedentes de países que, por cuestiones lingüísticas y de otra naturaleza, pueden hacer difícil la deducción del sexo a través de su nombre.
- ✓ Por ser más adecuado para codificaciones orientadas a la investigación, gestión, y otras, que utilicen el sexo como variable discriminativa.

En nuestro trabajo, hemos tenido la dificultad anteriormente comentada en el primero de los motivos por no poder deducir el sexo del propietario/a de dos HC, por el nombre. De este modo, en nuestra muestra tenemos este criterio presente en el

99,39% de las HC, siendo el 0,6% restante el correspondiente a estas dos personas clasificadas como “no registrado” en el Gráfico 4.

Ramos y cols. obtienen porcentajes parecidos de hombres/mujeres a los obtenidos por nosotros, y deducimos no tuvieron problemas para asignar a ningún sujeto en su estudio. Los comentarios al respecto de la distribución fueron realizados en la valoración general.

En el trabajo de Reyes (Reyes et al, 2001), este criterio está recogido en el 100% de las HC.

Al igual que en el punto anterior, no hemos encontrado referencias a este criterio en el trabajo realizado por Martín. Consideramos muy importante conocer el sexo del paciente, si bien entendemos que esto será realizado de modo mecánico a través del nombre, como hemos explicado con anterioridad, o bien en la consulta al tener el paciente presente.

Parece razonable para incrementar su cumplimentación incorporarlo también a los datos recogidos en la etiqueta personalizada.

CRITERIO 1D. Fecha de la primera consulta

Obtenemos un 99,70% de cumplimentación. Es un parámetro recogido en la etiqueta generada por el servicio de recepción y valen los comentarios al respecto realizados con anterioridad, si bien no podemos justificar/explicar, la ausencia en una HC de este dato.

Es la fecha en la que se le da de alta en el fichero de pacientes, y se genera la etiqueta personalizada donde constan sus datos demográficos y de filiación. Coincide en los porcentajes de cumplimentación con los obtenidos por Carpintero (Carpintero et al, 1997) y por De Miguel (De Miguel et al, 1997).

CRITERIO 1E. Entidad financiadora

La cumplimentación obtenida en nuestro trabajo es del 100%. Es un parámetro recogido en la etiqueta generada por el servicio de recepción y valen los comentarios

al respecto realizados con anterioridad.

Respecto al estudio de Ramos y cols. se ha producido una notable mejoría ya que presentaba faltas de cumplimentación en este criterio del 32, 24%, en aquella ocasión.

Entendemos este parámetro fundamentalmente encaminado a los procesos de gestión-administración y en la elaboración de estadísticas generales del servicio. Conocer a qué grupos, colectivos,...pertenecen nuestros "clientes" es una información de suma importancia en los ámbitos de calidad, pues hay subyacente en el mismo el concepto de orientación al y hacia el cliente de toda organización encauzada hacia la mejora continua de sus servicios.

Los resultados presentados exponen la pertenencia mayoritaria de la muestra a dos grupos: particular (63%) y Centros de Día de Mayores (CDM: 31%), quedando de modo anecdótico el 6% restante dividido entre otras entidades/organismos. No aparecen reflejados, sin embargo en nuestra muestra, otras entidades, organismos y asociaciones con las que existen convenios/acuerdos de colaboración y que diversifican los colectivos a los que el ACP presta asistencia.

Respecto al trabajo realizado por Ramos y colaboradores hay un cambio sustancial en la distribución por ellos presentada, ya que entonces mostraban la presencia mayoritaria (60,72%) de pacientes pertenecientes al IASS (CDM en nuestra muestra) y una presencia anecdótica de particulares, que constituye sin embargo en nuestro trabajo el grupo principal de usuarios. Esta circunstancia es atribuible fundamentalmente, según nuestra opinión, al incremento del conocimiento por parte de la ciudadanía de la prestación asistencial que realiza nuestro centro y la buena valoración de la misma, que reconoce a nuestra clínica como centro para la prestación de un servicio podológico especializado y de calidad, que fomenta además su labor social con la atención a grupos o colectivos social y/o económicamente desfavorecidos.

No existe cobertura de la prestación asistencial de la Podología es nuestro entorno por los sistemas públicos de salud, de modo general. Si bien algunas comunidades autónomas, han regulado ya esta posibilidad para la atención a determinados colectivos, asociaciones de enfermos y otros grupos de interés. También

se está fomentando en los últimos años, en el ámbito privado, compañías de salud, mutualidades, organismos y asociaciones que ofrecen a sus beneficiarios la asistencia podológica. Aunque lo cierto es que los resultados obtenidos en nuestra muestra, entendemos reflejan de modo aproximado la realidad de nuestra profesión, donde de modo mayoritario la prestación asistencial de la Podología se realiza con la autofinanciación por parte del usuario de la asistencia.

CRITERIO 2A. Motivo de consulta del paciente

Obtenemos un 91,21% de cumplimentación positiva. Consideramos que es un nivel adecuado, aunque mejorable.

En el trabajo de Ramos falta en un 2,33% de los casos, es decir está recogido en un 96,67%, por lo que podemos afirmar que la cumplimentación de este criterio ha empeorado desde entonces. En el trabajo de Martín aumentó de una cumplimentación del 26% en la primera evaluación a un 94,3% en la reevaluación, en De Miguel: 98,1% (De Miguel et al, 1997), ambos obtienen unos niveles de cumplimentación superiores a los nuestros.

Opinamos que este criterio tiene bastante importancia puesto que debe recoger lo que el paciente nos cuenta, incluso con sus palabras y que ocasiona su consulta con nosotros como profesionales. Aún así, posiblemente el diseño del formato de la HC y la falta de información sobre la importancia de recoger ciertos aspectos puedan ser los causantes de este infra registro con respecto a lo encontrado en nuestro mismo centro por Ramos.

Respecto a los motivos de consulta recogidos, los hemos organizado en grupos, como han sido reflejados en los gráficos mostrados en resultados. Las causas principales que motivan la consulta continúan siendo similares a las mostradas por Ramos y colaboradores en su estudio: dolor, 35% en nuestro trabajo, 37,18% en el de Ramos; onicopatías 12%, 10,89% el de Ramos; callosidades/hiperqueratosis 11%, 20,6% en el de Ramos; cuidados higiénicos 20%, Ramos muestra 15,45%. Si bien los resultados no son comparables con exactitud debido al diferente modo de agrupación

realizado, se observa la presencia de semejanza entre los motivos recogidos entre ambas muestras.

Queremos destacar la presencia mayoritaria de los motivos habituales y tradicionalmente recogidos en cualquier consulta o clínica de Podología, para acudir a nuestro centro, aunque valoramos la presencia creciente y diversificada de otros motivos. Opinamos esta circunstancia se produce por la progresiva especialización de nuestra profesión, así como el aumento de la cualificación y calidad del colectivo profesional, unido al desarrollo del nivel formativo, académico y competencial. Sugerimos, sin embargo para la verdadera progresión en esta línea, la necesidad de realizar campañas divulgativas sobre la profesión y sus competencias profesionales, que logren afianzar en la población el concepto del podólogo como “profesional de la salud especialista-experto del pie”.

CRITERIO 2B. Profesión, actividad física

Porcentaje de cumplimentación del 83,33% en nuestro estudio. Presenta un nivel considerado bueno. Aunque este dato es más habitual en HC relacionadas con profesionales de salud laboral y algunas especialidades médicas, estimamos que puede aportar mucha información en nuestra práctica asistencial. Conocemos que, en algunas ocasiones el desempeño de la actividad laboral o de la actividad física que este genera (hábitos de calzado asociados a esta, la práctica de alguna actividad deportiva, hobby,...), puede estar relacionado con el desarrollo de algunas patologías o problemas podológicos puntuales o crónicos. Solicitando este criterio habitualmente se obtiene información valiosa para el desarrollo de nuestra exploración y diagnóstico posterior.

No podemos aportar referencias con las que comparar nuestros resultados.

CRITERIO 2C. Antecedentes generales

Obtenemos en nuestro trabajo un 82,12%, considerado adecuado (> 75%).

Martín con: 94% y un 98% (evaluación, reevaluación respectivamente), (García et al, 2000), López un 84% (López-Picazo et al, 2002) obtienen valores considerablemente más

alto que nosotros. Sin embargo estamos muy por encima del 52,4% de García (García et al, 2000), y el 54,8% que obtiene Carpintero (Carpintero et al, 1997).

Apuntamos en este criterio la conveniencia de realizar acciones encaminadas a mejorar la recogida de este y otros parámetros. Las resumiremos posteriormente en las sugerencias recomendaciones.

CRITERIO 2D. Alergias

Es de los criterios que tiene un nivel de cumplimentación más bajo en la evaluación realizada, un 55,76%.

Martín obtiene un 88% y tras la reevaluación 98,5%. López-Picazo un 90,1%; 69,3% Wikman y Carpintero el 61,8%.

Opinamos que el motivo fundamental para la baja cumplimentación, en nuestro estudio, está en el hecho de no disponer tal criterio de un epígrafe diferenciado en la HC, compartiendo el espacio con el criterio anterior (antecedentes generales). Esto unido al hecho de no disponer de un protocolo, manual o instrucciones claras, sobre el modo de cumplimentarlo, serían los motivos principales de su baja cumplimentación. Somos conscientes de la importancia de recoger este aspecto y sabemos que es una práctica habitual preguntar al paciente sobre el mismo, es por tanto recomendable acordar un procedimiento para que sea convenientemente registrado y cumplimentado.

CRITERIO 2E. Antecedentes podológicos

Cumplimentado en un 72,73% de las HC. Cercano al límite del estándar acordado como adecuado (>75%).

Lo comparamos al que presenta en su trabajo Martín, y que recoge la información sobre los tratamientos bucodentales anteriores, obtiene un: 16% en su primera evaluación, 84,3%, en la reevaluación.

Reforzaríamos la cumplimentación de este criterio con las acciones generales a realizar y que explicaremos más adelante.

CRITERIO 2F. Podólogo, responsable identificado

Este criterio debe recoger el profesional podólogo responsable de realizar la entrevista para realizar la HC. Lo hemos diferenciado del profesional responsable de la atención podológica porque en nuestro centro a veces no coinciden. Como cuando se atiende a un paciente dentro de dos actividades prácticas distintas.

Debe coincidir mayoritariamente con el criterio 3G (Podólogo/responsable identificado), pero hemos comprobado que no siempre coincide. No hemos considerado como positivo aquellos que recogían simplemente el nombre del alumno, sin referencias al responsable de la actividad práctica dentro de la cual el alumno desarrolla la entrevista al paciente.

El nivel de cumplimentación aunque es adecuado (76,36%), consideramos es de los más relevantes e importante su mejora. Por las particularidades de este criterio adaptado a nuestro modo de operar, no puede establecerse comparativa.

CRITERIO 3A. Síntomas y signos

Está cumplimentado en un 66,97%. Lejos del estándar del 75% estimado como adecuado en nuestro trabajo, entendemos también la relevancia de mejorar su cumplimentación. Este criterio recoge si están reflejadas claramente, localización/es y descripción/es del/los problema/s y/o lesión/es que motivan la consulta.

Martín: 10% en la evaluación y 91,4% en la reevaluación. Carpintero obtiene 91,2%. López-Picazo: 90,5%.

Los bajos niveles obtenidos justificarían la realización de acciones específicas para mejorar la cumplimentación. Posiblemente el formato y diseño de la HC de papel utilizado no lo facilite.

CRITERIO 3B. Exploración básica

Presenta un nivel de cumplimentación del 72,12%, aunque no podemos considerarlo como malo si lo comparamos con el obtenido por Martín un 18% en la fase de reevaluación. Martín engloba en un grupo o bloque varios criterios que hacen

referencia a la exploración bucal, entendemos que es dificultoso obtener la cumplimentación de todos ellos y ese sería el motivo fundamental de su baja cumplimentación respecto a la nuestra.

En el trabajo de Carpintero se cumplimenta en un 83,2% y García en un 70,2%.

La inexistencia de un manual de documentación clínica, la falta de capacitación y sensibilización del entrevistador, las carencias del formato de HC y un ambiente inadecuado para la exploración pueden ser motivos que influyen negativamente en el nivel de cumplimentación de este y de otros criterios.

CRITERIO 3C. Diagnóstico Principal

El 71,82% de la HC revisadas cumplen este diagnóstico o lo que es lo mismo en un 28,2% de HC, se desconoce el Diagnóstico principal del paciente. Consideramos especialmente importante la baja cumplimentación de este trascendental criterio.

Martín en su trabajo obtiene un 38% en la reevaluación, bastante más bajo que nosotros. Reyes un 94,7% (Reyes et al, 2001), García: 92,5% (García et al, 2000), Carpintero: 87,1% (Carpintero et al, 1997), De Miguel: 98,1% (De Miguel et al, 1997).

Comparando nuestros resultados con los obtenidos en medios hospitalarios y de servicios asistenciales de la red sanitaria pública, debemos reflexionar sobre la labor que como formadores de futuros profesionales nos adjudica la sociedad y establecer mecanismos de mejora que implementen la calidad de la documentación clínica que generamos.

Además de las actuaciones generales sobre el formato de HC que puedan mejorar este parámetro, queremos aportar sobre este aspecto la conveniencia a nuestro juicio de disponer de unificación de criterios para la realización y denominación de los Diagnósticos. Uno de los objetivos de nuestro estudio es el de recoger los Diagnósticos que con más frecuencia se presentan en nuestro ámbito asistencial, y una de las primeras conclusiones es la dispersión en cuanto a denominación y conceptos existente en nuestro ámbito asistencial.

Este hecho lo hemos comprobado también entre profesionales y profesores pertenecientes a un mismo área, incluso, después de haber recibido igual formación y por los mismos profesionales docentes. Fruto de la evolución experimentada en el transcurso de la realización de este trabajo, posteriormente vamos a valorar cualitativamente este criterio de modo especial.

CRITERIO 3D. Diagnóstico secundario

Presenta un nivel de cumplimentación bajo, 65,22%. Parte de los comentarios realizados en el apartado anterior serían válidos en este. Explicamos la baja cumplimentación en relación al Diagnóstico principal en el hecho de que no existen normativas y/o recomendaciones sobre las situaciones en que habría que cumplimentar este criterio.

CRITERIO 3E. Tratamiento

Los resultados obtenidos en este punto 78,79%, superan brevemente el estándar, aunque hay un preocupante 21,2% de pacientes sobre los que no conocemos el tratamiento realizado. En su trabajo Ramos obtiene un 5,46%.

Martín observa un 48% en la evaluación y un 77,6% en la reevaluación de este criterio.

De Miguel un 91,3%, Carpintero un 46,3%, Reyes un 74,2%, García un 95,3%.

Nuevamente insistimos en la conveniencia de sensibilizar y reforzar a alumnos y profesionales mediante estrategias adecuadas para la consecución de una cumplimentación más alta de los criterios, al menos de los que se consideran más importantes.

En este punto debemos resaltar la conveniencia de disponer de protocolos y/o guías clínicas basadas en la evidencia científica y técnica en nuestra profesión para abordar con garantía el tratamiento de las distintas patologías. Conocemos el esfuerzo que esto supone, pero desde este ámbito formativo, no debemos dejar pasar la ocasión de reclamar a las distintas universidades, a las sociedades científicas y a los

colegios profesionales la constitución de equipos de trabajo para avanzar en este importante objetivo.

CRITERIO 3F. Fecha de actuación

Su cumplimentación está en nuestro trabajo en un 47,27%. Habitualmente debe coincidir en la primera visita con la fecha reseñada en la etiqueta adhesiva (realizada por recepción), pero esta es anotada por el podólogo/profesor o alumno, tras la atención al paciente. Este motivo podría explicar la notable diferencia entre la cumplimentación del criterio con el recogido en la etiqueta.

Nuestro porcentaje está lejos de 92% obtenido por Martín en Odontología. Entendemos que en muchos casos será obviada la anotación de la misma por entender que queda recogida con la etiqueta administrativa. Este criterio tiene mayor valoración en las hojas de evolución cuando el paciente vuelve a consulta por revisión o nuevo tratamiento.

De cualquier modo el sistema de control administrativo nos permitirían acceder fácilmente a este dato en caso de no estar registrado el mismo.

CRITERIO 3G. Podólogo responsable de la actuación

Este parámetro se cumple en un 62,12%, un nivel demasiado bajo para la importancia del mismo. Es el mismo que está recogido en otros estudios como médico responsable y con los que vamos a comparar.

De Miguel en un 80,8%, Carpintero 39,5%, Reyes 97,2%, García 93,1%.

En la discusión que realiza Carpintero sobre la baja cumplimentación en su trabajo, apuntan a la posibilidad de eludir sus responsabilidades al tratarse de un servicio de urgencias hospitalarias.

Nosotros, lejos de este nivel tan bajo, explicamos como hecho más probable la acumulación y concentración en ciertos momentos del trabajo de revisión de la actuación de los alumnos y la desorganización que se produce en la "circulación" de HC, pacientes, alumnos y colaboradores. Se suministró a cada docente un sello, con su

nombre y número de colegiado para agilizar el procedimiento, pero entendemos que habrá que establecer acciones de sensibilización e implementación, para la mejora del mismo. La fórmula de realizar una sesión clínica al final de la sesión práctica comentando en ella cada alumno al docente el caso clínico y lo anotado en la HC, y que ya se está realizando en algunas áreas (Ortopodología I), puede ser de las más adecuadas, aunque no hemos objetivado su efectividad.

CRITERIO 4A. Tratamiento farmacológico detallado

Este criterio sólo se valora, si conocemos y existen indicios de que se le ha recomendado al paciente algún tratamiento farmacológico y este está detallado como recoge el enunciado del criterio.

Tenemos un nivel de cumplimentación de 45,10%.

Martín obtiene un 84% en la evaluación y un 89,7% en la reevaluación. De Miguel 79,4%, y Carpintero 88,6%. Estaríamos pues en los mismos y adecuados niveles.

Hemos observado, que en nuestro centro tenemos numerosos fallos en este parámetro asociado a la recomendación (aún no estaba aprobada la facultad de prescribir) de tratamiento farmacológico oral, ya que en el 19% se produce esta circunstancia asociada. La reciente aprobación de la prescripción farmacológica para el **podólogo** (*Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la ley de 26 de julio, de garantía y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. BOE. nº 315, de 31 de diciembre 2009*) debe hacernos reflexionar de la importancia de la adecuada cumplimentación de este parámetro y las consecuencias negativas para la salud del paciente y legales para el profesional que puede ocasionar su falta, recogidas específicamente en todos los documentos legales al respecto.

CRITERIO 4B. Constancia ayudas diagnósticas

Este criterio deberá estar cumplimentado si existe constancia de la utilización de ayudas para el diagnóstico (banco de marcha informatizado, doppler,...) y presencia detallada y registrada de la misma.

En este criterio tenemos un nivel de cumplimentación del 74,14%.

En el trabajo de Ramos los niveles de cumplimentación eran del 30,1%, para este criterio. Martín obtiene un 24% en la evaluación y un 70,7% en la reevaluación. Carpintero obtiene niveles de 82,4%. De Miguel en un 92,3%.

Consideramos que reforzaríamos la cumplimentación de este criterio, mejorando el diseño del formato de HC, entre otras acciones más generales.

CRITERIO 4C. Derivaciones

Si se han realizado derivaciones a otros profesionales, se considerará positivo si cumple las características recogidas en el enunciado del criterio.

Los niveles de cumplimentación obtenidos son del 38,46% y lo sitúan como el criterio con más bajo nivel. Martín obtiene un 94,8% en su reevaluación.

Este criterio lo hemos comparado con un estudio realizado por Rubio (Rubio et al, 2000), en el que analizaban la calidad de los documentos interconsultas obteniendo porcentajes del 75% para la calidad global del documento.

Estimamos la carencia en nuestro trabajo como importante por tener el porcentaje de cumplimentación tan bajo. Nuevamente el disponer de un manual o guía de documentación con protocolos claros sobre todos los criterios mejoraría y sensibilizaría a los usuarios de la HC.

CRITERIO 4D. Calidad de la Radiografía

Cumplimentación del 76,67%.

Martín en su trabajo obtiene un 72,4% en su reevaluación.

Hemos de comentar en este criterio y en el siguiente sobre estudios radiológicos que la adquisición por parte del ACP de un sistema de digitalización de la imagen para la sala de radiodiagnóstico ha mejorado sensiblemente la calidad de las mismas, en los últimos años. Desconocemos, por no constar en su trabajo de investigación, los sistemas utilizados en Odontología.

Históricamente hemos soportado déficits importantes en la calidad de las radiografías que han sido mejoradas sensiblemente con la utilización de estos menos equipos digitales. Sin embargo tenemos dificultades importantes para el conocimiento y manejo de los mismos por todos los usuarios, circunstancia que ocasiona no pocos problemas débilmente reflejados en este estudio, aunque explicaría algunos de las valoraciones negativas de este criterio.

CRITERIO 4E. RX identificados

Nivel de cumplimentación del 84,85%.

Martín obtiene 75,9% en reevaluación.

En el sistema digitalizado es obligatoria la identificación del paciente, fecha, etc, asociada a la imagen. Valen los comentarios realizados respecto al criterio anterior.

CRITERIO 4F. Identificación del paciente/profesional/fecha, en la Hoja de evolución, si existe

En el 68,04% está correctamente cumplimentada.

En Odontología, Martín maneja de modo conjunto este criterio y el siguiente para los que obtiene un 62% de cumplimentación.

Las revisiones y evoluciones del paciente están recogidas en el mismo documento de papel, en las primeras visitas hasta que este se completa. Se producen mayores errores en la identificación y otros aspectos de este criterio a medida que se van añadiendo documentos.

CRITERIO 4G. Hoja de evolución. Anotación detallada

A pesar de la falta de instrucciones claras sobre la información básica y mínima a cumplimentar en las revisiones sucesivas nos encontramos con un nivel de cumplimentación del 70,10%. Influye positivamente en este caso el hecho de ser pacientes con una poca "antigüedad" como pacientes en nuestro centro, con lo que la

mayoría de ellos no han realizado muchas visitas al mismo. Es en estas situaciones donde hemos observado tradicionalmente se producen más errores en este criterio.

CRITERIO 5A. Tachaduras, enmiendas y correcciones

Nivel de este criterio 64,13%. Martín obtuvo un 58% y en la reevaluación un 82,8%. Entendemos asequible mejorar este criterio realizando unas sencillas recomendaciones al respecto, sobre modo y manera de hacer correcciones, que también deberían estar incluidas en el mencionado manual referente a documentación.

CRITERIO 5B. Orden de la información

Obtenemos un buen 82,83% aunque somos conscientes del obstáculo que supone para la adecuada cumplimentación del mismo el formato de HC existente donde los distintos documentos que componen la HC se van añadiendo sueltos, sin ningún sistema de fijación de los mismos que los mantenga en el orden cronológico adecuado.

Obtenemos este buen porcentaje debido a que como en criterios anteriores, son pocos los documentos que componen aún las HC revisadas en nuestra evaluación lo que facilita se mantengan en correcto estado de ordenación. Para valorar adecuadamente este criterio sería necesario evaluar una muestra de HC pertenecientes a pacientes con un amplio historial clínico en nuestro centro.

CRITERIO 5C. Identificación del paciente en todos los documentos

Presenta niveles de cumplimentación del 80,82%. Este criterio estaría en la línea de los comentarios realizados anteriormente e igualmente sería apropiado para una evaluación más adecuada examinar una muestra de HC con mayor antigüedad en el ACP y que contengan varios documentos.

7.8.4. Valoración sobre los diagnósticos

Pensamos que la orientación de nuestra profesión hacia la consecución y aceptación de un modelo de codificación diagnóstica unificada y reconocida internacionalmente, incrementaría notablemente el prestigio profesional de la Podología, nuestra capacidad para la investigación y el progreso de nuestra profesión. Fruto de esta consideración hemos introducido en nuestro trabajo un objetivo para propiciar el acercamiento y exploración de esta utopía, confrontándola con la realidad diaria. Somos conscientes del conflicto que supone abordar este objetivo por varias circunstancias, sobre las que queremos realizar los siguientes comentarios:

- ✓ Supone la primera dificultad importante, no disponer de protocolos y guías clínicas, como las ya comentadas en el marco teórico, que unifiquen los procedimientos y criterios en la profesión, y que puedan servir de referencia.
- ✓ El desconocimiento por parte de muchos (todos) de los profesionales “autores” de las historias clínicas de nuestra muestra, de los sistemas de codificación habituales y por consiguiente, no disponer previamente de uno de referencia, condiciona de modo fundamental los resultados y la valoración realizada.
- ✓ Los problemas que conllevan el realizar una “codificación secundaria”, como la realizada por nosotros, al ser efectuada sobre los registros cumplimentados por otros profesionales en las HC y que carecen de la información adicional que poseen las “codificaciones primarias” realizadas por el profesional que presta la asistencia. Por el contrario y a nuestro favor, en el método utilizado, está el hecho reconocido por los autores consultados (Renau et al, 2001)(López et al, 2004) de presentar mayor consistencia las codificaciones realizadas por un número reducido de personas, como es nuestro caso donde ha sido realizada por tres persona.
- ✓ El tamaño de la muestra, diseño y realización del trabajo de campo que no está orientado hacia este objetivo secundario, que según nuestro criterio precisaría de otro tipo de diseño de estudio.

En nuestro trabajo, se ha realizado de modo manual (Beinborn, 2000) la codificación según el CIE-9MC, y automática para su conversión en el CIE-10 mediante la utilización del Convertidor avanzado ICD Translator de ASHO (Asesoramiento Servicios Hospitalarios). Disponible en: <http://www.asho.net/ICD/Translator.php>. La codificación manual no está exenta de algunas desventajas (la presencia de algunas inconsistencias es la principal) (Beinborn, 2000) (López et al, 2004), pero es la más habitualmente utilizada.

La elección del sistema de codificación (CIE-9MC y CIE-10) ha sido realizada en base a varios hechos:

- Es el sistema utilizado mayoritariamente por el sistema sanitario público español, para la codificación diagnóstica.
- Opinamos que es el que mejor se adapta por “granularidad” (nivel de detalle con que están descritos los diagnósticos) a nuestra práctica profesional. Al contrario que sucede con otros como el CIAP-2, de menor granularidad.
- No es específico para un colectivo profesional, como sucede por ejemplo con los códigos NANDA utilizados en Enfermería. De hecho existen aplicaciones derivadas del principal, que son específicas para distintas especialidades médicas como ya comentamos en el marco teórico.
- Es más fácilmente aplicable y accesible a nuestro nivel, características y peculiaridades.
- Tenemos un aceptable conocimiento de la metodología aplicable, hecho que no ocurre, por ejemplo, con el sistema SNOMED-CT, del cual no tenemos experiencia.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y otras consideraciones podemos concluir que pensamos una vez realizada esta valoración de las historias clínicas y las conclusiones y sugerencias que de este trabajo hemos extraído, referente a este aspecto, proponemos:

- Realizar actividades formativas específicas para fomentar el conocimiento y uso del CIE, su aplicación y posibilidades, entre los profesores, colaboradores

clínicos, alumnos, becarios, y demás usuarios de la HC. Exportar la experiencia y fomentar su traslado al colectivo profesional.

- Desarrollar herramientas informáticas unidas al desarrollo de la HC electrónica, que faciliten/simplifiquen esta tarea.
- Durante un período futuro posibilitar la recogida de más diagnósticos, que completen y conformen el conjunto de “diagnósticos podológicos”. Para una vez realizada esta tarea, crear grupos de trabajo para el fomento de la investigación en este sentido, que puedan formalizar propuestas concretas sobre la codificación de los diagnósticos, incluidas aquellas que contemplen elevar a los organismos pertinentes la creación de un CIE- POD , específico para Podología y Podiatría. Donde al igual que ocurre con la Odontoestomatología y otras especialidades sanitarias, podamos como expertos del pie aportar a la comunidad científica nuestros conocimientos más especializados y detallados sobre la realidad patológica y diagnóstica del pie y sus consecuencias.

En esta primera aproximación que supone este trabajo hemos comprobado que un 56% de diagnósticos cumplimentados en la actualidad en la muestra estudiada, son perfectamente compatibles con los CIE-9 MC y CIE 10. Sin embargo, un 34% deberían experimentar previamente distintas especificaciones, subclasificaciones o modificaciones para poder ser incluidos en alguno de los códigos existentes en la actualidad en estos sistemas internacionales seleccionados, como hemos recogido en las tablas en las se presentan los resultados. Quedando el 10% de los cumplimentados restante sin clasificar o codificar. No podemos realizar comparativas de nuestra valoración con otras en nuestro ámbito, pues no hemos encontrado ninguna similar.

Las propuestas realizadas (y presentadas en las tablas de resultados) no pretenden ser consideradas formalmente pues entendemos que para ello debería efectuarse como hemos comentado con anterioridad, partir de los resultados obtenidos en un estudio específico cuyo objetivo principal sea este. Estimamos fundamental, para ello, la constitución de equipos de trabajo conformados por miembros de distintas entidades/instituciones (universidades, sociedades científicas, colegios profesionales) además del asesoramiento de documentalistas clínicos y/o expertos en codificación diagnóstica.

7.9. ESQUEMA-RESUMEN DE MOTIVOS

Conocidos y evaluados cada uno de los criterios, resumimos los motivos fundamentales, que según nuestra opinión, pueden causar fallos en la cumplimentación de las HC, en el siguiente Diagrama de causa-efecto (Figura 6).

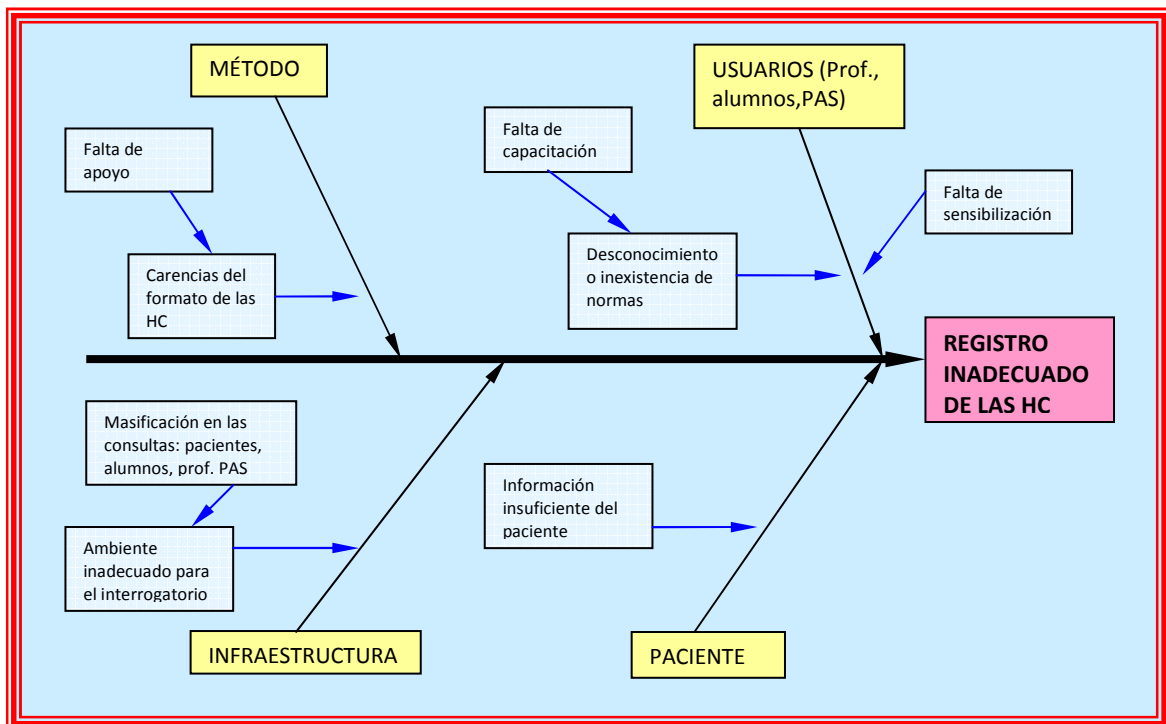


Figura 6. Diagrama causa-efecto. Evaluación de los procesos. Registro inadecuado de las HC, en el ACP.

7.10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. Adaptación del formulario de criterios (FICHA DE CRITERIOS):

La existencia de un formato concreto de HC, aunque consensuado y modificado a lo largo de los años para subsanar las deficiencias detectadas o reforzar aspectos considerados importantes por los distintos docentes implicados en la elaboración y seguimiento de las mismas, conlleva la aceptación y determinación de una estructura

derivada del elemento evaluador (ficha de criterios) para el análisis de la calidad de la HC en el ACP.

Parecería contradictorio, e inadecuado por otro lado, elaborar un elemento de medición-evaluación muy alejado o ignorando el formato de HC existente actualmente en el ACP, puesto que es en este formato en el que se recoge de uno u otro modo los criterios que tenemos intención de valorar en el presente estudio.

No obstante revisados los formatos existentes en otras clínicas universitarias y/o servicios sanitarios de características similares, los criterios elegidos y que constituyen el elemento evaluador son de constante aparición en la mayoría de los formatos de HC consultados por el investigador. Lo que haría asumible el hecho de que sería la información y criterios más comúnmente valorados y estudiados por el colectivo profesional y la mayoría de profesionales de la salud, con independencia de algunos aspectos puntuales y concretos que se pueden añadir o suprimir por ser inherentes a las particularidades y/o intereses de cada una de las especialidades de las Ciencias de la Salud.

A falta de una normativa específica que concrete el conjunto mínimo de datos básicos de salud adaptada a la Podología; como ocurre con otros colectivos profesionales o especialidades, en los que existe amplia experiencia o normativas al respecto.

Concluimos que los criterios revisados en este estudio y que constituyen la ficha evaluadora podrían constituir razonablemente los elementos más comúnmente valorables por la mayoría de los podólogos que ejercen su labor docente, asistencial, investigadora y de gestión-administración en el ACP, servicio dónde se desarrolla la presente investigación.

2. Método de medición:

Hemos escogido un método fundamentado en el registro de criterios considerados por nosotros como básicos para evaluar la información de la HC. Por este procedimiento podemos estudiar la evolución del registro de las HC en el tiempo y proponer un método que sea, al mismo tiempo, válido y fácilmente reproducible en cualquier clínica podológica.

Este procedimiento no mide la calidad de las HC en su conjunto pero sí permite aproximarnos a la realidad y a las dificultades que nos encontramos actualmente con este sistema de registro en la práctica de la atención podológica.

En este estudio se ha trabajado con diferentes tipos de información (sociodemográfica, administrativa, sanitaria, etc.), obtenida a partir de las HC. La extracción de esta información es una actividad compleja de la investigación clínico-epidemiológica y requiere de frecuentes valoraciones subjetivas por parte del/los revisor/es.

En el diseño del cuestionario y la recogida de la información hemos intentado minimizar dicha dificultad y creemos que los resultados aquí descritos podrían ser generalizables a otras HC de diferentes centros de atención podológica de nuestro entorno.

3. Valoración de los datos:

El realizar este tipo de evaluación sobre los aspectos que están presentes o no en la HC, conlleva asociada la consideración de que si un parámetro no está presente se evalúa como no realizado, lo que podría ser un error a juicio de algunos autores, ya que probablemente no todos los parámetros que se realizan se recogen de forma sistemática (Nieto-Hernández et al, 1994).

4. Elección de criterios y Valoración de resultados:

Las dificultades halladas para encontrar modelos que puedan servirnos tanto para planificar los criterios a evaluar, como para comparar los resultados obtenidos de nuestra muestra con otros estudios. La mayoría de los trabajos están realizados en Centros Hospitalarios, Ambulatorios y Centros de Salud, con régimen público de financiación. Entendemos que los más comparables serían las investigaciones realizadas en asistencia bucodental (régimen de asistencia ambulatoria y financiación mayoritariamente privada), aunque somos conscientes de las diferencias significativas existentes históricamente entre ambos colectivos profesionales, a nivel organizacional y competencial, que ha permitido un mayor desarrollo de los odontólogos en comparación con los podólogos.

7.11. UTILIDAD Y APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras realizar este estudio nos permiten tener un conocimiento más exacto del estado actual en cuanto a calidad de la HC y tras analizarlos, favorecen, como es uno de los objetivos, determinar posibles acciones encaminadas a mejorar las deficiencias detectadas y la posibilidad de reforzar los aspectos positivos existentes actualmente y que consideramos añaden valor a la calidad global de la HC.

De este modo podremos contribuir a mejorar las funciones derivadas de la HC: la asistencial, docencia, investigación, legal, evaluación de la calidad, y corregir o eliminar defectos acercándonos continuamente al nivel máximo de excelencia.

La consecuencia debe ser promover los cambios necesarios en los hábitos de trabajo para conseguir las mejoras, sin interferir en la labor de los profesionales, y teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas de modo que puedan sentirse involucrados en el objetivo de mejorar la calidad de la HC e indirectamente el de la asistencia prestada.

7.11.1. Informatización de la Historia Clínica en el Área Clínica de Podología

Como aplicabilidad concreta del trabajo, la fundamental y de más trascendencia, consideramos sería la de aportar información relevante para la INFORMATIZACIÓN de la Historia Clínica en el Área Clínica de Podología.

Pretendemos, y en ello estamos trabajando, realizar una propuesta de informatización de nuestra Historia Clínica, una vez conocidas detallada y profusamente, las carencias fundamentales que posee la actual HC de papel. Proyecto que, entre otros, debe contener elementos suficientes que ayuden a evitar o mejorar las deficiencias detectadas para mejorar la calidad de la HC y de la información clínica en ella recogida.

Esta aspiración ha sido recogida y está alineada, tanto con el Plan Estratégico de la Unidad, Objetivo nº 2.6 ([Anexo IV. Plan estratégico ACP](#)), como en el último Plan de

Mejora del ACP, en el área de mejora 3.1.2, dentro de un propósito más ambicioso que pretende la Implantación de la Informatización global del ACP (Anexo. II Plan de mejora) (ACP, 2011). Este proyecto está aprobado por distintos órganos de gestión del ACP y de la Universidad, con dotación de recursos específicos para su abordaje.

En la actualidad estamos en la fase de diseño de una propuesta realizada por empresa informática especializada, sobre la que se está trabajando. Hasta la fecha hemos implantado la Gestión del Libro de Citas y del Archivo Clínico y estamos próximos a acometer, en la próxima fase la propuesta de HC, en un sistema desarrollado y estructurado en dos capas (Anexo XIX. Informatización ACP):

- Capa cliente: aplicación basada en Visual Basic 6.0.
- Capa servidor: SQL Server 2008.

Está aprobada y prevista para este año (2011), la adquisición de los equipos informáticos necesarios para su instalación en todos los espacios asistenciales y su implementación con el software adecuado.

8. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

8. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Después de analizar los resultados obtenidos en este trabajo, de su valoración y reflexión sobre ellos, realizamos las siguientes recomendaciones y sugerencias que generan acciones y medidas dirigidas a mejorar la calidad de las HC, e indirectamente del servicio prestado.

Las hemos diferenciado según período de posible aplicación en: inmediatas (< 2 meses para su aplicación), a medio plazo (2 meses a 1 año), a largo plazo (> más de un año).

Como consecuencia del intervalo de tiempo transcurrido desde el inicio de este trabajo de investigación y fruto de la maduración y de la dinámica de trabajo habitual en nuestro servicio, en la actualidad algunas de estas recomendaciones y sugerencias están implantadas, otras están en fase de desarrollo y/o implantación.

8.1. INMEDIATAS

1. Incorporar el registro del sexo y la fecha del nacimiento del paciente a los datos anotados por el servicio de recepción y que formen parte también de la etiqueta adhesiva, que tiene unos excelentes niveles de cumplimentación (**implantada**).
2. Mejorar el formato de la HC, resaltando aquellos criterios que se consideren más importantes y cuya cumplimentación tenga niveles insuficientes (**implantada**).
3. Hacer público e informar de los resultados obtenidos en nuestro estudio a los usuarios habituales de la HC (profesores, alumnos, PAS) (**implantada**). Se han realizado comunicaciones, conferencias, publicaciones y poster divulgativos con los resultados de la investigación, en distintos foros.

8.2. A MEDIO PLAZO

1. Realizar actividades (seminarios con alumnos, reuniones con distintos grupos de interés,...) dirigidos a sensibilizar de la importancia de la calidad de la HC, y posibilitar la participación e implicación de todos en el diseño de las estrategias de mejora e implementación (**implantada**).
2. Elaboración de un **Manual de documentación clínica**: A lo largo de la discusión hemos apostado en numerosas ocasiones por la conveniencia para mejorar la cumplimentación de los distintos registros de la existencia en el ACP de un Manual o Guía de Documentación Clínica.

Valoramos como punto débil o debilidad del sistema, la falta de un Manual de documentación clínica adecuado en el ACP, que establezca, ordene y normalice, los aspectos más relevantes de la documentación de carácter clínico existente en nuestra clínica. En la bibliografía consultada hemos encontrado de manera habitual, la existencia en los centros asistenciales de distinto tipo (hospitales, centros de salud, clínicas,...) de: guías, protocolos, manuales, y comisiones,... que regulan, orientan, estudian y evalúan este proceso de generación de información-documentación clínica, en sus servicios.

Esta carencia en el ACP, ha venido siendo sustituida dentro del ámbito docente por algún trabajo al respecto (Ramos et al, 1997) y las distintas asignaturas y/o áreas de conocimiento, que de modo individual han marcado directrices propias para cumplir esta función. Esta situación ha generado, entre otros, una falta de unidad de criterios que en parte puede ser responsable y justificaría algunos de los malos resultados obtenidos en ciertos criterios. Intuíamos este déficit y tras esta revisión, que nos afianza en lo sospechado, entendemos como una medida razonable para mejorar en parte estos, la elaboración de un manual o guía que reúna, recoja y dé respuesta a las necesidades conjuntas de los procesos asistenciales, docentes, de investigación y de gestión-administración, así como a los requerimientos legales.

Realizado el Manual de Documentación Clínica, aprobado por los órganos de gestión del ACP en mayo-junio 2011. Puede consultarse en <http://www.clinicapodologica.us.es/documentos/Manual%20docu%20ACP.pdf>.

(ACP, 2011), (**en fase de implantación**).

3. Consideramos, asimismo, oportuna la creación de un **equipo o comisión de seguimiento** que de manera habitual revise el cumplimiento de las normas establecidas (Foy et al, 2005) y evalúe la situación y realice propuestas de mejora e implementación a la misma, dentro de la política de mejora continua instaurada en el ACP y en la Universidad de Sevilla.

Diversos autores opinan que la evaluación de HC, permitirá mejorar los estándares de la práctica asistencial en la medida que los profesionales usuarios de la misma (en sus distintas funciones: docentes, investigadoras, asistenciales, de gestión,...) entiendan y se convenzan de su valor como herramienta educativa, y como instrumento que permitirá una utilización –con calidad y eficiencia- de los recursos de salud (MacPherson, 1993).

Entenderíamos una auditoría o evaluación participativa como la manera más efectiva para permitir, a los profesionales y equipos multidisciplinares de atención monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes (Kelman, 1980) (Ortega-Benito, 1995) (David, 1995). También, que las auditorías serán mejor aprovechadas en la medida que el sistema de salud (centro, clínica, hospital) cuente con protocolos de manejo de pacientes, elaborados por consenso y aprobados a nivel de cada establecimiento de salud. Estos protocolos de atención serán sostenibles en la medida que no sean normas impuestas desde los niveles superiores, sino sean construidos con y desde los niveles operativos, como anteriormente hemos comentado.

4. Estudiar la posibilidad de establecer sistemas de incentivos para estimular la cumplimentación adecuada, por parte de los usuarios habituales de las HC (Hand et al, 1984).

8.3. A LARGO PLAZO

1. Aplicar los resultados de la evaluación realizada y la experiencia obtenida para proponer el cambio del sistema de registro y archivo utilizado actualmente (papel) por un sistema informatizado que nos permita agilizar y optimizar el uso de la información y documentación de las HC, integrarla en los sistemas de gestión y registro económico-administrativo de modo que se puedan compatibilizar todas las funciones e intereses necesarios para los distintos usuarios de la información (investigación, docencia, asistencia, administración, gestión,...).

El sistema informático integral está en fase de proyecto, con empresa informática especializada y con dotación de recursos para su consecución.

2. Recomendamos además continuar la línea iniciada en la realización de este estudio de recoger, agrupar y organizar, los diagnósticos anotados en las HC, y diseñar herramientas informáticas que faciliten/simplifiquen esta tarea.

De este modo posibilitamos la recogida de más diagnósticos, que completen y conformen el conjunto de “diagnósticos podológicos”. Asimismo vemos conveniente la creación de grupos de trabajo, integrados por sociedades científicas, universidades y colegios profesionales, para el fomento de la investigación en este sentido. Con el objetivo de precisar y formalizar propuestas concretas sobre la codificación de los diagnósticos, incluidas aquellas que contemplen elevar a los organismos pertinentes la creación de un CIE-POD, específico para Podología y Podiatría. Donde al igual que ocurre con la Odontología y otras especialidades sanitarias, podamos como expertos del pie aportar a la comunidad científica nuestros conocimientos más especializados y detallados sobre la realidad patológica y diagnóstica del pie y sus consecuencias.

9. CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

1. La metodología diseñada es aplicable para evaluaciones de calidad cuantitativas de las HC, proporcionando una alta fiabilidad intra e interobservador para la mayoría de los criterios evaluados.
2. Las HC en el ACP tienen un nivel medio de cumplimentación de 76,59% para los criterios valorados.
3. El 57% de las HC tienen una consideración de buenas o muy buenas (>75%), según la clasificación elegida.
4. Los criterios tienen un porcentaje medio de cumplimentación de 74,82%. De los 28 criterios evaluados, 14 superan los estándares considerados adecuados (>75%), es decir el 50% de los criterios tienen la consideración de malos o mejorables.
5. Los criterios mejor valorados son los datos demográficos y de filiación (bloque1), con nivel medio de cumplimentación del 96,78%. La mayoría son registrados por el personal de recepción en formato electrónico.
6. Tienen niveles de cumplimentación considerados inadecuados criterios tan importantes como: sintomatología, diagnóstico, profesional (podólogo) responsable de la actuación, tratamiento farmacológico y otros.
7. El 56% de los diagnósticos registrados son compatibles con los sistemas de codificación (CIE 9 MC, CIE 10), el 34% precisarían propuestas de subclasificación, especificación o modificación que los haga compatibles con la codificación CIE, y el resto, un 10% no ha podido ser clasificado.

8. Destacamos entre las causas que motivan la falta de cumplimentación: carencias en el formato de HC, desconocimiento o inexistencias de normas, falta de sensibilización de los profesionales, ambiente inadecuado para la atención e información insuficiente por parte del paciente.

9. Con la evaluación realizada, hemos establecido los niveles de cumplimentación actual de las HC en el ACP, lo que nos permite diseñar estrategias de mejora, marcar objetivos concretos de superación y monitorización del comportamiento de los mismos, constituyendo de este modo un panel de control al respecto de la calidad en el desarrollo de los procesos científico-técnicos en el ACP.

10. RESUMEN

10. RESUMEN

En el Área Clínica de Podología se realiza la mayoría de la docencia práctica de la Titulación de Podología de la Universidad de Sevilla. Proceso que genera una actividad asistencial que origina gran cantidad de información clínica registrada fundamentalmente en las HC (Historias Clínicas).

La **existencia de deficiencias** que dificultan la lectura, interpretación y uso en cualquiera de sus funciones, nos ha llevado a plantear su revisión y análisis como método ampliamente usado para estudiar la **calidad de la asistencia sanitaria** y valorar el **componente científico-técnico** mediante la **evaluación indirecta del proceso**.

En nuestro trabajo realizamos una **revisión cuantitativa, puntual, retrospectiva** de las HC del ACP, de pacientes atendidos por primera vez a consulta en el año 2008.

Los **objetivos**: evaluar la calidad de las HC, analizar y determinar los motivos de las carencias detectadas, aportar información para diseñar y proponer estrategias de mejora, agrupar y organizar los diagnósticos recopilados y comprobar su posible codificación en un sistema internacional (CIE 9MC-CIE 10).

El elemento evaluador diseñado llamado **“Ficha de Criterios”** contiene **28 criterios explícitos, variables dicotómicas** (respuesta “SI” o “NO”), que recogen los aspectos que consideramos deben cumplimentarse en una HC podológica. Realizamos pilotaje previo comprobando la eficacia y fiabilidad, obteniendo buenos resultados.

Sobre una **población total** de 1845, evaluamos 330 HC, tras cálculo de tamaño muestral y selección de las unidades por **muestreo aleatorio simple**.

Los **resultados** principales resumidos son:

- ✓ Las HC en el ACP tienen un nivel medio de cumplimentación para los criterios valorados del 76,59%. Solo 14 superan los estándares considerados adecuados.
- ✓ El 57% de las HC, tienen una consideración de buenas o muy buenas (>75%).
- ✓ Los criterios mejor valorados son los datos demográficos y de filiación. Criterios importantes como: sintomatología, diagnóstico, tratamiento, profesional (podólogo) responsable, tienen niveles de cumplimentación inadecuados.

- ✓ El 56% de los diagnósticos, podrían ser codificados en el CIE-9 MC o el CIE-10.

Las **recomendaciones y sugerencias** más destacadas tras el análisis son:

- ✓ Mejorar el formato de HC.
- ✓ Informar de los resultados a los usuarios habituales de la HC y realizar actividades fomentando la implicación en las mejoras.
- ✓ Elaborar un **Manual de documentación clínica**, una **comisión de seguimiento** y establecer sistemas para **estimular la cumplimentación** adecuada.
- ✓ Proponer un **sistema de registro informatizado integrado** con los sistemas de gestión.
- ✓ Plantear la creación de grupos de trabajo para el avance en sistemas de codificación diagnóstica aplicados a la Podología.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. **ACP (Área Clínica de Podología).** *Manual de Funcionamiento. Curso 2008-2009.* Sevilla: Escuela Universitaria Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla; 2008.
2. **ACP (Área Clínica de Podología)** [Internet]. *Mapa de Procesos del Área Clínica de Podología.* Sevilla: Área Clínica de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla [actualizado octubre 2009; consultado 17 nov 2010]. Disponible en: http://www.clinicapodologica.us.es/documentos/MAPA_DE_PROCESOS_V1_ACP.pdf.
3. **ACP (Área Clínica de Podología)** [Internet]. *Inventario de Procesos de la Unidad UN-53.* Sevilla: Área Clínica de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla [actualizado marzo 2010; consultado 17 nov 2010]. Disponible en: http://www.clinicapodologica.us.es/documentos/INVENTARIO_PROCESOS_ACP.pdf.
4. **ACP (Área Clínica de Podología)** [Internet]. *Manual de Procesos del ACP.* Sevilla: Área Clínica de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla [actualizado mayo 2010; consultado 15 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.clinicapodologica.us.es/documentos/Manual%20de%20procesos.%20Mayo2010.pdf>.
5. **ACP (Área Clínica de Podología)** [Internet]. *II Plan de Mejora del ACP.* Sevilla: Área Clínica de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla [actualizado marzo 2011; consultado 6 mayo 2011]. Disponible en: <http://www.clinicapodologica.us.es/documentos/PLAN%20DE%20MEJORA%202011.pdf>.
6. **ACP (Área Clínica de Podología)** [Internet]. *Manual de Documentación Clínica.* Sevilla: Área Clínica de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla [actualizado marzo 2011; consultado 3 junio 2011]. Disponible en: <http://www.clinicapodologica.us.es/documentos/Manual%20docu%20ACP.pdf>.
7. **ACP (Área Clínica de Podología)** [Internet]. *Memoria de actividades 2010.* Sevilla: Área Clínica de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla [actualizado marzo 2011; consultado 18 abril

- 2011]. Disponible en: http://www.clinicapodologica.us.es/documentos/MEMORIA_2010.pdf.
8. **ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía)** [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía [actualizado 18 Feb 2009; consultado 2 Sep 2009]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/la_agencia/
 9. **ACSNS (Agencia de la Calidad del Sistema Nacional de Salud)** [Internet]. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [consultado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf>.
 10. **ACSNS (Agencia de la Calidad del Sistema Nacional de Salud)** [Internet]. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010*. Madrid: Agencia de la Calidad del Sistema Nacional de Salud [consultado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>.
 11. **AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios)** [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [consultado 15 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.aemps.es/>
 12. **AETS (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)** [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación [consultado 15 Mar 2011]. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/Agencia_quees.jsp
 13. **Ahicart C.** *Técnicas de medición del Case-mix hospitalario. Los procesos productivos en el hospital y la medición del producto hospitalario*. Hospital 2000. 1998; Suppl 1: 4-22.
 14. **Alastrué JL, Ortega B, Carpio ML, Bosch S.** *¿Cuántas historias clínicas hay que revisar en un centro de salud al realizar una auditoría?* Rev Calid Asist. 1996; 11(2): 54-9.

15. **Alonso JL** [Internet]. *La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones*. Acimed 2005; 13(5) [consultado 2 Sep 2009]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_5_05/aci02505.htm.
16. **Alonso M, García S, Díaz L, García J**. *Valoración de la calidad de las Historias Clínicas*. Gest Hosp (Madrid). 1996; 4: 44-9.
17. **Amargós MV, Ibáñez R**. *Monitorización de la calidad asistencial en un Servicio de Urgencias de primer nivel*. Emergencias. 1992; 4: 234-6.
18. **Amiot R, Coulter T, Nute M**. *Surgical treatment of adult idiopathic cavus foot*. J Bone Joint Surg Am. 2003; 85-A (7): 1400-1.
19. **AMM (Asociación Médica Mundial)** [Internet]. *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. 18ª Asamblea Médica Mundial. Helsinki (Finlandia), Junio 1964 [consultado 10 Sep 2009]. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp
20. **AMM (Asociación Médica Mundial)**. *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre normas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica*. 49ª Asamblea General de la AMM. Hamburgo (Alemania), noviembre 1997: Centro de Documentación de Bioética de la Universidad de Navarra; 2002.
21. **AMS (Anonymous Medical Statistics)**. Lancet. 1921; i: 985-8.
22. **Andreassi A, Grimaldi L, D'Aniello C**. *Segmental phenolization for the treatment of ingrowing toenails: a review of 6 years experience*. J Dermatolog Treat. 2004; 15(3): 179-81.
23. **Angaran DM**. *Selecting, developing and evaluating indicators*. Am J Hosp Pharm. 1991; 48(9): 1931-37.
24. **Antolín MT, González R, Parra T, Ferreras A**. *Propuesta de un método de evaluación de la calidad formal del informe médico de alta hospitalaria*. Todo Hosp. 1997; 136: 67-72.

25. **Antoñanzas A, Magallón R.** *Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores.* En: Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P. *Calidad asistencial en atención primaria.* Madrid: Du Pont Pharma; 1997.
26. **Aranaz JM.** *La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica.* En: Matías-Guiu J, Lainez JM. *Gestión sanitaria y asistencia neurológica.* Barcelona: JR Prous Editores; 1994.
27. **Aranaz JM** [Internet]. *La calidad en los servicios sanitarios una propuesta general para los servicios clínicos* [consultado 2 Sep 2009]. Disponible en: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>
28. **Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, et al.** *La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica.* Gac Sanit. 2006; 20(Supl 1): 41-7.
29. **Argimon JP, Jiménez J.** *Métodos de investigación clínica y epidemiológica.* Madrid: Elsevier España S.A.; 2007: 151-8.
30. **Arnold LB, Usery JB, Finch CK, Wallace JL, Deaton PR, Self TH.** *Inadequate documentation of asthma management in hospitalized adult patients.* South Med J. 2009; 102(5): 510-4.
31. **Barba R, Losa JE, Guijarro C, Zapatero A.** *Fiabilidad del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) en el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica.* Med Clin (Barc). 2006; 127(7): 225-7.
32. **Barret M, Larson A, Carville K, Ellis J.** *Challenges faced in implementation of a telehealth enabled chronic wound care system.* Rural Remote Health. 2009; 9(3): 1154.
33. **Barrientos R, Morales C, Robas A.** *Coste de un Servicio de Cuidados Intensivos.* Med Intensiva. 1993; 17: 40-6.
34. **Barrientos R** [Internet]. *Costes de los Servicios de Medicina Intensiva.* Med Intensiva. 2007; 31(2): 105-106 [consultado 15 Mar 2011]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000200009&lng=es

35. **Basterretxea J, Irusta M, Lazcano I, Gametxogoikoetxea E.** *Programa de garantía de calidad de las historias clínicas.* Semergen. 2001; 27: 237-40.
36. **Batstone GF.** *Educational aspects of medical audit.* BMJ. 1990; 301(6747): 326-8.
37. **Becerro de Bengoa R, Gómez B, Sánchez R, Marín MD, Losa ME.** *Cuestiones relativas a la historia clínica.* Peü. 2003; 23(2): 82-96.
38. **Beirnborn J.** *The automation of coding.* Top Health Inf Manage. 2000; 21(2): 68-73.
39. **Bennett PJ, Patterson C, Dunne MP.** *Health-related quality of life following podiatric surgery.* J Am Podiatric Med Assoc. 2001; 91(4): 164-73.
40. **Berwick DM.** *Continuous improvement as an ideal in health care.* N Eng J Med. 1989; 320: 53-6.
41. **Bhopal RS, Thomson R.** *A form to help learn and teach about assesing medical audit.* BMJ. 1991; 303(6816): 1520-2.
42. **Bowling A.** *Evaluating health services.* En: *Research methods in health: Investigating health and health services.* Buckingham: Open University Press; 1997.
43. **Bradshaw TW, Braid S.** *The practice of recording clinical treatment and audit of the practice-an overview for podiatrists.* Br J Podiatry. 1999; 2(1): 8-12.
44. **Branthwaite HR, Payton CJ, Choklaingam N.** *The effect of simples insoles on three-dimensional foot motion during normal walking.* Clin Biomech (Bristol Avon). 2004; 19(9): 972-7.
45. **Bristow IR, de Berker DA.** *Development of a practical guide for the early recognition for malignant melanoma of the foot and nail unit.* J Foot Ankle Res. 2010; 3: 22.
46. **Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE.** *A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies.* Int J Technol Assess Health Care. 1986; 2(1): 53-63.

47. **Buitrago F, Alcaine F, Bullón B, Vega E, Vegas T, Cabrade J, et al.** *Evaluación de la calidad asistencial prestada a los pacientes diabéticos en tres centros de salud.* Aten Primaria. 1990; 7: 487-91.
48. **Buitrago F, Risco C, Llusar V, Giraldo G, Luna MJ, Luengo L, et al.** *Resultados de exámenes periódicos de salud en población adulta de 15-60 años.* Aten Primaria. 1991; 8: 218-24.
49. **Buitrago F, Vegas T, Poblador MD.** *Evaluación de la calidad asistencial prestada a la población diabética en un centro de salud.* Aten Primaria. 1989; 6: 38-44.
50. **Buitrago F, Vegas T, Poblador MD.** *Reevaluación de la calidad de la atención prestada a los pacientes diabéticos en un centro de salud.* Control Calid Asist. 1990; 5: 49-53.
51. **Burns J, Cosbie J, Ouvrier R, Hunst A.** *Effective orthotic therapy for the painful cavus foot.* J Am Podiatric Med Assoc. 2006; 96(3): 205-11.
52. **Cairols MA, Riera S, Lázaro P, Aguilar MD, García de Yébenes MJ.** *Enfermedad arterial periférica en Cataluña: perfil del paciente y calidad de las historias clínica según las características del Servicio de Cirugía Vascul.* Angiología. 2007; 59(3): 245-61.
53. **Calam M, Speak K.** *Achieving effective patient records: the Yorkshire regional chiropody notes audit tool.* Br J Ther Rehabil. 1996; 3(6): 341-4.
54. **Callen J, McIntosh J, Li J.** *Accuracy of medication documentation in hospital discharge summaries: A retrospective analysis of medication transcription errors in manual and electronics discharge summaries.* Int J Med Inform. 2010; 79(1): 58-64.
55. **Caminal J.** *La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios.* Rev Calid Asist. 2001; 16: 276-9.
56. **Campbell JR, Elking P.** *Human Interfaces: face to face with de problem list.* Proc AMIA Symp. 1999; (1-2): 1204.

57. **Carpintero JM, Ochoa FJ, Acitores JM, Ferrus JA, Fernández JA.** *Grado de cumplimentación de la historia clínica de urgencias como indicadores de la calidad asistencial.* Emergencias. 1997; 9 (1): 26-30.
58. **Carrasco G, Pallarés A, Cabré L.** *Costes de la calidad en Medicina Intensiva. Guía para gestores clínicos.* Med Intensiva. 2006; 30(4): 167-79.
59. **Carter JH.** *What is an electronic medical records?* En: Carter JH, director. *Electronic medical records. A guide for clinicians and administration.* Philadelphia: American College of Physicians; 2001.
60. **CCA de la SEAIC (Comité de Calidad Asistencial de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica).** *Informe sobre el audit 2000 de Informes Clínicos SEAIC. Evaluación del cumplimiento de Estándares Mínimos de los Informes de Asma Bronquial y de Alergia Medicamentosa.* Alergol Inmunol Clín. 2001; 16: 120-5.
61. **Cerda L, Villarroel L.** *Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente Kappa.* Rev Chil Pediatr. 2008; 79(1): 54-8.
62. **CGCOP (Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos).** *Código Deontológico de la Podología.* Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos; 2004.
63. **CGCOP (Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos).** Comisión de Formación. *Guía práctica de protocolos quirúrgicos en Podología.* Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos; 2009.
64. **CGCOP (Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos).** Comisión de Formación. *Guía práctica de protocolos de exploración biomecánica.* Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos; 2010.
65. **CGCOP (Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos).** Comisión de Formación. *Guía de protocolos de Pie diabético.* Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos; 2011.
66. **Chasteen JE, Cameron CA, Phillips SL.** *An audit system for assessing dental record keeping.* J Dent Educ. 1996; 60 (12): 978-86.

67. **Cirera L, Rodriguez M, Madrigal E, carrillo J, Hasiak A, Augusto R, et al. Grupo COMPARA.** *Correspondencia entre CIE-10 y CIE-9 para las listas de causas de muerte del Instituto Nacional de estadística de la región de Murcia.* Rev Esp Salud Pública. 2006; 80(2): 157-75.
68. **Codman EA.** *The product of a hospital.* Surg Gynecol Obstet. 1914; 18: 491-6.
69. **Coheña M.** *Evaluación de la percepción de la calidad asistencial en el Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla durante el año 2010* [Trabajo Fin de Máster “Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud”]. Sevilla: Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla; 2010.
70. **Comisión de Historias Clínicas. Hospital de Basurto** [Internet]. *Reglamento de uso de la Historia Clínica.* Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; Julio 2003 [consultado 2 de Sep 2009]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-hbas0005/es/contenidos/informacion/hbas_ad_comision_normativa/es_hbas/adjuntos/reglamento_uso_historia_clinica.pdf
71. **Consejo de Europa** [Internet]. *Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina.* Oviedo, abril de 1997 [consultado 2 de Sep 2009]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/coeconvencion.html>
72. **COPCV (Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad Valenciana)** [Internet]. *Comisión de Control de Calidad del Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad Valenciana* [consultado 2 Oct 2009]. Disponible en: <http://www.copocv.org/calidad.php>
73. **Cotchett MP, Landorf KB, Munteanu SE.** *Effectiveness of dry needling and injections of myofascial trigger point associated with plantar heel pain: a systematic review.* J Foot Ankle Res. 2010; 3: 18.
74. **COVSEDOC (Comisión de valoración, selección y expurgo de documentación clínica).** *Expurgo y conservación de la documentación clínica.* San Sebastián:

- COVSEDOC. Departamento de sanidad del Gobierno Vasco; 2004.
75. **Cozarelli J, Sollitto RJ, Thapar J, Caponigro J.** *A 12-year long-term retrospective analysis of the use of radiofrequency nerve ablation for the treatment of neurogenic hell pain.* Foot Ankle Spec. 2010; 3(6): 338-46.
 76. **CPHUE (Comité permanente de los hospitales de la Unión Europea).** *La calidad de la atención hospitalaria.* Seminario europeo del programa Hope. Limerick (Irlanda); Junio 1997.
 77. **CPPA (Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía).** *Estatutos del Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía.* Sevilla: CPPA; 2008.
 78. **CPPA (Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía).** *Código Deontológico del Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía.* Sevilla: CPPA; 2000.
 79. **Crawford F, Thomson CE.** Withdrawn. *Interventions for the treating plantar heel pain.* Cochrane Database Syst Rev. 2010; 20(1): CD 000416.
 80. **Crespo P, Maldonado JA, Robles M, Chavarria M.** *Tecnologías de la información al servicio de la historia clínica electrónica.* En: Carnicero Gómez de A, editor. *Informe SEIS. De la historia clínica a la historia de salud electrónica.* Madrid: Sociedad Española de Informática de la Salud; 2002: 147-92.
 81. **Cronin JJ, Taylor SA y col.** *Measuring service quality: a reexamination and extension.* J Marketing. 1992; 56: 55-69.
 82. **Cuchí M.** *La calidad en la Historia Clínica.* En: Tejero M. *Documentación Clínica y Archivo.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 2004.
 83. **Curran SA, Upton D, Learmonth ID.** *Quantifying the quasi-static angle based of gait. A preliminary investigation comparing footprints and a clinical method.* J Am Podiatr Med Assoc. 2006; 96(2); 125-31.
 84. **Currell R, Urquhart C** [Internet]. *Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 2. Oxford: Update Software Ltd. [consultada 30 ene 2011]. Disponible en:

<http://www.update-software.com>.

85. **Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kackmarek R, et al.** *Intensive care unit quality improvement: A "how-to" guide interdisciplinary team.* Crit Care Med. 2006; 34(1): 211-8.
86. **Davins J.** *Comparativa de 3 modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO.* FMC Form Med Contin Aten Prim. 2007; 14(6): 328-32.
87. **Davis DA, Thompsom MA, Oxman AD, Haynes RB.** *A systematic review of the effect of the continuing medical education strategies.* J Am Med Assoc. 1995; 274(9): 700-5.
88. **De Miguel B, Santiago M, Candía B, Blanco A, Muñoz D, Martín MT, Jiménez J, González T, Rodríguez C.** *La Historia Clínica de urgencias. Un parámetro de la calidad de la Asistencia.* Emergencias. 1997; 9(1): 31-4.
89. **Decreto 318/1996, de 2 de julio, donde se crea la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.** BOJA, nº 77, de 6 de julio de 1996.
90. **Decreto 45/1998, de 17 de marzo, del Departamento de Sanidad y Departamento de Cultura del Gobierno Vasco, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias.** BOPV, nº 1998067, de 8 de abril de 1998.
91. **Decreto 56/1988, 25 de abril, Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba la obligatoriedad de la Historia Clínica.** DOGV, nº 817, de 4 de mayo de 1988.
92. **Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.** BOJA, nº 52, de 14 de marzo de 2008.
93. **Decreto 329/2010, de 13 de julio, que autoriza la implantación de enseñanzas de Grado, Máster y Doctorado y estructura de los centros que la imparten.** BOJA, nº 139, de 16 de julio de 2010.

94. **Delgado R, Suñol R.** *Los programas de calidad a nivel de los servicios clínicos.* Todo Hosp. 1991; 80: 25-9.
95. **Del Olmo F** [Internet]. *La Historia Clínica: Aspectos asistenciales.* Inf psiquiatr. 2008; 191 [consultada 9 sep 2009]. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/01_191_03.htm
96. **Díaz RJ, Hidalgo I.** *Plan de gestión e integración de un Servicio de Psiquiatría en un área de salud.* Madrid: Ed. Inresa; 1995.
97. **Dívar JM.** *Planificación sectorial de la calidad asistencial basada en indicadores consensuados: aproximación a la atención ambulatoria a la drogodependencia en Aragón [Tesis].* Zaragoza: Departamento de Anatomía Patológica, Medicina Legal y Forense y Toxicología. Universidad de Zaragoza - Instituto Universitario Avedis Donabedian. Universidad Autónoma de Barcelona; Febrero 2009.
98. **Donabedian A.** *Evaluating the quality of medical care.* Milbank Mem Fund Q. 1966; 44(3): Suppl: 166-206.
99. **Donabedian A.** *The quality of medical care.* Science. 1978; 200: 856-64. En: Rev Calid Asist. 2001; 16: S29-S38.
100. **Donabedian A.** *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.* Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1980.
101. **Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L.** *Quality, cost and health: an integrative model.* Med Care. 1982; 20: 975-92. Rev Calid Asist. 2001; 16: S40-S-52.
102. **Donabedian A.** *Institucional and profesional responsibilities in quality assurance.* Qual Assurr Health Care. 1989; 1(1): 3-11.
103. **Donabedian A.** *La calidad de la atención médica.* México DF: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
104. **Donabedian A.** *The quality of care. How can it be assessed?* J Am Med Assoc. 1988; 260(12): 1743-48.

105. **Dorado I, Vargas A, Terrero M, Mateo O, Castro MA, Cardoso J** [Internet]. *Registros enfermeros en el área quirúrgica de urgencias*. XV Congreso Nacional de la Sociedad española de Enfermería de Urgencias y Emergencias: Innovaciones 2002 en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Madrid: Noviembre 2003 [consultado 9 sep 2009]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com>.
106. **Driver VB, Goodman RA, Fabbi M, Frech MA, Andersen CA**. *The impact of a podiatric lead limb preservation team on disease outcomes and risk prediction in the diabetic lower: extremity. A retrospective cohort study*. J Am Podiatr Med Assoc. 2010; 100(4): 235-241.
107. **EFQM (European Foundation for Quality Management)** [Internet]. *EFQM* [consultado 28 ene 2011]. Disponible en: <http://www.efqm.org/en/>.
108. **Elviro T**. *Mejora de la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada con una Historia Clínica Electrónica compartida* [Tesis]. Zaragoza: Departamento de Medicina. Universidad de Zaragoza; Junio 2008.
109. **Farley-Sakevich T, Grady JF**. *Onychoplasty with carbon dioxide laser matrixectomy for treatment of Ingrown toenails*. J Am Podiatr Med Assoc. 2005; 95(2): 175-9.
110. **Fernández M**. Validación del SERVQUAL como instrumento de medida de la calidad del servicio bancario. Rev Europea de Dirección y Economía de la Empresa. 2000; 9(1): 57-70.
111. **Fernández MA, Gómez J, Gabaldón E, Domingo M, Torres M, Terrés C**. *Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso*. Enferm Clín. 2003; 13(3): 137-44.
112. **Fernández-León A, Berros MA, García M**. *La experiencia del hospital Monte Naranco en la aplicación del modelo de la EFQM*. Rev Calid Asist. 2000; 15(3): 155-60.
113. **Ferrari J, Higgins JP, Prior TD**. Withdrawn: *Interventions for treating hallux valgus (abductovalgus) and bunions*. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (2): CD

000964.

114. **Flores B, Andrés B, Campillo A, Soria V, Candel MF, Miquel J, Aliaga F, Aguayo JL.** *Análisis de la fiabilidad de los informes de alta en un servicio de cirugía general.* Rev Calid Asist. 2004; 19(7): 443-5.
115. **Foy R, Eccles MP, Jamtvedt G, Young J, Grimshaw JM, Baker R.** *What do we know about how to audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review.* BMC Health Serv Res. 2005; 5: 50.
116. **Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK.** *Evidence-based clinical audit: an overview.* En: *Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH eds. Evidence-based audit.* In general practise. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998: 1-15.
117. **Friedman JW.** *A guide for the evaluation of dental care.* UCLA: School of Public Health UCLA; 1972.
118. **Friedman JW, Schoen MH.** *Audit of quality dental care, a pilot study.* J Public Health Dent. 1972; 32(4): 214-24.
119. **Frykberg RG, Williams DV.** *Negative pressures wound therapy and diabetic foot amputations.* J Am Podiatr Med Assoc. 2007; 97(5): 351-9.
120. **Galobart A, Casals A, Suñol L, Sicras A.** *Valoración de la calidad del informe de urgencias en un hospital comarcal.* Rev Calid Asist. 1996; 1183: 113-7.
122. **Garbin AJI, Saliba CA, Martins RJ, Reis R, Graça AC.** *La importancia de la Clasificación Internacional de Enfermedades en los Certificados de Salud.* Cienc Trab. 2009; 11(33): 156-9.
122. **García EI, Torres M, Perea M, Barbado M, Murillo JE, Sánchez MC.** *Cumplimentación de la historia clínica. Concordancia entre dos sistemas de registro en un servicio de urgencias extrahospitalario.* Emergencias. 2000; 12: 308-12.
123. **García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M.** *Los Top 20. 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método.* Rev Calid Asist. 2001; 16: 107-18.
124. **García L, Bravo R, Gervás J, Bonís J.** Mesa XXVIII CONGRESO DE MEDICINA DE

- FAMILIA Y COMUNITARIA. *Influencia de la informatización de la Atención Primaria en el trabajo de los profesionales y en la salud de la población*. Aten Primaria. 2008; 40 (Supl 1): 11-62.
125. **Garrote T, Benito A, España P, Villalpando A** [Internet]. *Reglamento de uso de la Historia Clínica*. Nuevo Hosp. 2002; 7(2): 1-13 [consultado 10 sep 2009]. Disponible en: http://geocities.ws/calidad_zamora/nh200210.pdf
126. **Gerencia Regional de Salud**. *Prescripción y calidad de Historia Clínica en 2006*. Valladolid: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León; 2006.
127. **Gertman PM, Restuccia JD**. *The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospitals care*. Med Care. 1981; 19(8): 855-71.
128. **Gervás J**. *La historia clínica electrónica: muchas promesas y pocos hechos*. Aten primaria. 2008; 40 (Supl 1): 13
129. **Gill JG, Howell RM**. *Records audit: a useful tool in quality assessment for the dental practitioner*. J Nebr Dent Assoc. 1983; 60(2): 12-4.
130. **Gómez S, Gómez S**. *Guía farmacológica de utilización en Podología, 2010*. Barcelona: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos. Nexus Médica Editores SL; 2010.
131. **González E, Pérez F**. *La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía*. Rev Esp Cardiol Supl. 2007; 7(3): 37C-46C.
132. **Granado de la Orden S, Rodríguez C, Olmedo C, García A, Vigil D, Rodríguez P**. *Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en consultas externas de un hospital de Madrid en 2006*. Rev Esp Salud Publica. 2007; 81(6): 637-45.
133. **Grimshaw JM, Russell IT**. *Effect of clinical guidelines on medical practise: a systematic review of rigorous evaluations*. Lancet. 1993; 342(8883): 1317-22.
134. **Grimshaw JM, Freemantle N, Wallace S, Rusell I, Hurwitz B, Watt I, et al**.

- Developing and implementing clinical practise guidelines.* Qual Health Care. 1995; 4(1): 55-64.
135. **Guerrero JJ.** *Los registros de enfermería (la historia del paciente).* Index Enferm. 2004; 13: 44-5.
136. **Guix J.** *Elementos de calidad en el informe de asistencia de urgencias.* Emergencias. 1991; 3 (3): 194-7.
137. **Gutierrez R.** *La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la calidad.* Toledo: SESCAM (Servicio de Salud de Castilla La Mancha); 2003.
138. **Hands JS, Reynolds WE.** *Dental record documentation in selected ambulatory case facilities.* Public Health Rep. 1984; 99(6): 583-90.
139. **Hawke F, Burns J, Landorf KB.** *Evidence-Based Podiatric Medicine. Importance of Systematic Reviews in Clinical Practise.* J Am Podiatr Med Assoc. 2009; 99(3): 260-6.
140. **Hawke F, Burns J, Radford JA, du Toit V.** *Custom-made foot orthosis for the treatment of foot pain.* Cochrane Database Syst Rev. 2008; 16(3): CD 006801.
141. **Häyrinen K, Saranto K, Nykänen P.** *Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature.* Int J Med Inform. 2008; 77(5): 291-304.
142. **Hayward J, Williams S.** *Management of Medical Records Content.* In: Cofer J, editor. *Health Information Management.* Berwyn: Physicians' Record Company; 1994: 223-46.
143. **Healy S.** *Health Care Quality Assurance. Terminology.* Int J Health Care Quality Assurance. 1988; 1: 20-31.
144. **Helminen SE, Vehkalahti M, Murtomaa H, Kekki P, Ketomaki TM.** *Quality evaluation of oral health record-keeping for finnish young adults.* Acta Odontol Scand. 1998; 56(5): 288-92.
145. **Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P.** *Metodología de la Investigación.* 4ª edición. México DF: Mac Graw Hill; 2006.

146. **Herrero T, Cabrero AI, Burgos MR, García M, Fernández AI.** *Control de Calidad en los Registros de Enfermería.* Enferm Intensiva. 1998; 9(1): 10-5.
147. **Heymann DL.** *El control de las enfermedades transmisibles.* 18ª edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
148. **Hospital de Cruces.** *Reglamento de uso de la Historia Clínica, 2009.* Hospital de Cruces. Servicio Vasco de Salud. En Memoria del IV Premio a las Mejores Prácticas Europeas en Materia de Protección de Datos. Madrid: Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid; 2009.
149. **Hospital General Castellón.** *Guía de uso de la historia clínica.* Castellón: Hospital General de Castellón. Agencia Valenciana de Salud; 2008.
150. **Humpheys NA,** ed. *Vital Statistics: a Memorial Volume of Selections from the Reports and Writings of Willian Farr MD, DCL, CB, FRS.* London: Edward Stanford; 1885.
151. **Hutchinson A, Coster JE, Cooper KL, McIntosh A, Walters SJ, Bath PA, et al.** *Comparison of case note review methods for evaluating quality and safety in health care.* Health Technol Assess. 2010; 14(10):iii-iv, ix-x, 1-144.
152. **HUVR (Hospital Universitario Virgen del Rocio)** [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. *CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)* [consultado 4 Sep 2009]. Disponible en: <http://www.huvr.es/>
153. **HVNG (Hospital Virgen de las Nieves de Granada)** [Internet]. Granada: *Reglamento de uso de la Historia Clínica.* Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud; 2008 [Actualizado 13 Ago 2008, consultado 2 Sep 2009]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/medicina_preventiva_y_salud_publica/documentacion_clinica/reglamento.php.
154. **HVPP (Hospital Virgen del Puerto Plasencia)** [Internet]. Plasencia: *Manual de Documentación Clínica.* Servicio Extremeño de Salud; 2002 [consultado 29 Ene 2011]. Disponible en: <http://areasaludplasencia.es/3/35/pdf/87/mandocli.pdf>
155. **IIS (Instituto de Información Sanitaria)** [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad

- del Sistema *Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. eCIE9MC. 7ª edición. 2010* [consultado el 7 Feb 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/ecieMaps-2010/basic_search/cie9mc_basic_search.html
156. **Imai M. KAIZE.** *La clave de la Ventaja Competitiva Japonesa.* 8ª edición. México: CECSA; 1995.
157. **INSALUD.** *Normas técnicas mínimas.* Madrid: Servicio de Documentación y Publicaciones del INSALUD; 1993.
158. **INSALUD.** *Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria. Programa marco. 1ª Fase 1986-90.* Madrid: INSALUD; 1988.
159. **Irving DB, Cook JL, Young MA, Menz HB.** *Impact of chronic plantar heel pain on health quality of life.* J Am Podiatr Med Assoc. 2008; 98(4): 283-9.
160. **ISICS (Instituto Superior de la Investigación para la Calidad Sanitaria) - Consejo General de Enfermería** [Internet]. *Proyecto NIPE-División de Normalización del ISICS* [consultado 20 Feb 2011]. Disponible en: http://www.nipe.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1076600384975&page_name=NIPE%2FPage%2Fplantilla_generica
161. **ISO (International Organization for Standardization)** [Internet]. ISO [consultado 28 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.iso.org/iso/home.htm>.
162. **Iruretagoyena MA** [Internet]. *Clasificación Internacional de Enfermedades para Odontólogos y estomatólogos (CIE-OE).* Buenos Aires: Salud dental para todos [actualizado Ene 2011; consultado 12 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.sdpt.net/hcd/cieoe.htm>
163. **JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals).** *The PEP Primer.* Chicago: JCAH; 1974.
164. **JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals).** *1970 Accreditation Manual for Hospitals.* Chicago: Joint Commission on Accreditation of Hospitals; 1971.
165. **JCAHO (Joint Commision on Accreditation Hospital Organization).** *Estándares*

- de acreditación de hospitales*. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian; 1997.
166. **JCAHO (Joint Commission on Accreditation Hospital Organization)** [Internet]. *JCAHO* [consultado 28 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/>.
167. **Jerge CR, Orlowski RM**. *Control de calidad y expediente dental*. En: Burakoff RP, Demby NA. *Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Control de Calidad*. Madrid: Emalsa, Interamericana; 1986: 507-21.
168. **Jimenez RE**. *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual*. Rev Cuba de Salud Publica. 2004; 30(1): 17-36
169. **Johnson BA, Carmack D, Neary M, Tenuta J, Chen J**. *Operation Iraqi Freedom; The Landstuhl Regional Medical Center experience*. J Foot Ankle Surg. 2005; 44(3): 177-83.
170. **Juárez JM**. *Gratuidad versus equidad en la asistencia de pacientes en podología* [Tesis]. Sevilla: Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla; 2007.
171. **Juncosa S, Gervás J** [Internet]. *Miembros del Comité Internacional de Clasificación WONCA. Presentación CIAP-2*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; May 2005 [consultado 12 Feb 2011]. Disponible en: http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/ciap2E.pdf
172. **Kazandjian VA, Vallejo P**. *La evaluación local de la calidad mediante instrumentos de medida genéricos*. Gac Sanit. 2004; 18(3): 225-34.
173. **Kelman S**. *Improving doctor performance. A study in the use of information and organizational changes*. New York: Human Science Press; 1980: 13-14.
174. **Kiragga AN, Castelnuovo B, Schaefer P, Muwonge T, Easterbrook PJ**. *Quality of data collection in a large HIV observational clinic database in sub-Saharan Africa: implications for clinical research and audit of care*. J Int AIDS Soc. 2011; 14(1): 3.
175. **Koppel R, Metlay JP, Cohen A, Abaluck B, Localio AR, Kimmel SE, et al**. *Role of Computerized Physician Order Entry Systems in Facilitating Medication Errors*. J

- Am Med Assoc. 2005; 293(10): 1197-203.
176. **Kurylo LL.** *Measuring inappropriate utilization.* Hosp Health Serv Adm. 1976; 21(1): 73-89.
177. **Laffel G, Blumenthal D.** *The case for using industrial quality management science in health care organizations.* J Am Med Assoc. 1989; 262(20): 2869-73.
178. **Landis JR, Koch GG.** *The measurement of observer agreement for categorical data.* Biometrics. 1977; 33(1): 159-74.
179. **Larely LA, Hunt NA, Lafontaine J, Baxter CL, Ndip A, Boulton AJ.** *Diabetic foot prevention: a neglected opportunity in high-risk patients.* Diabetes care. 2010; 33(7): 1460-2.
180. **Latour J, Abraira V, Cabello JB, López J.** *Métodos de investigación en cardiología clínica (IV). Las mediciones clínicas en cardiología: validez y errores de medición.* Rev Esp Cardiol. 1997; 50(2): 117-28.
181. **Laxton C.** *Clinical audit of forefoot surgery performed by registered medical practitioners and podiatrists.* J Public Health Med. 1995; 17(3): 311-7.
182. **Lázaro P.** *Evaluación de tecnología médica.* Pap Gest Sanit. Monografía nº II-94. Valencia: M/C/Q Ediciones; 1994.
183. **Lembcke P.** *Evolution of the medical audit.* J Am Med Assoc. 1967; 199(8): 543-50.
184. **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.** BOE, nº 102, de 29 de abril de 1986.
185. **Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes (Galicia).** BOE, nº 158, de 3 de julio de 2001.
186. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.** BOE, nº 274, de 15 noviembre de 2002.
187. **Ley foral 11/2002 sobre los derechos del paciente a las Voluntades Anticipadas, a la información y a la documentación clínica.** BOE, nº 129, de 30 de mayo de

- 2002.
188. **Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos y Obligaciones en Materia de Información Clínica del Paciente de la Comunidad Valenciana.** DOGV, nº 4430, de 31 de enero de 2003.
 189. **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.** BOE, nº 128, de 29 de mayo de 2003.
 190. **Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la ley de 26 de julio, de garantía y uso racional de medicamentos y productos sanitarios.** BOE, nº 315, de 31 de diciembre 2009.
 191. **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.** BOE, nº 298, de 14 de diciembre de 1999.
 192. **Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del estatuto de Autonomía para Andalucía.** BOE, nº 68, de 20 de marzo de 2007.
 193. **Llanos LF, Mayca J, Navarro GC.** Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered.* 2006; 17(4); 220-6.
 194. **López A, Hidalgo JC, Segovia C, Maín A, Corral L, González E, et al.** Control metabólico de la diabetes mellitus en relación con la calidad de las historias clínicas. *Aten Primaria.* 2000; 26: 670-6.
 195. **López A, Montenegro S, García S, Luzia T, Otero C, Tavasci I, et al** [Internet]. *Codificación múltiple de una lista de problemas utilizando la CIAP-2, CIE-10 y SNOMED CT.* 3er Virtual Congress of Medical Informatics - Informedica 2004 [consultado 19 Mar 2011]. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/servicios_attachs/2223.pdf
 196. **López de Ullibarri I, Pita S.** Medidas de concordancia: el índice Kappa. *Cad Aten Primaria.* 1999; 6: 169-171.
 197. **López-Picazo JJ, Agulló RF, Villaescusa M, Cerezo JM.** Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y

- mejora*. Aten Primaria. 2002; 30(2): 92-8.
198. **Lorenzo R, Sánchez M, Santana L, Cobian JL, García C.** *Gestión de la calidad en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001: 2008*. Med Intensiva. 2010; 34(7): 476-82.
199. **Losada JL, Arnau J.** *Fiabilidad entre observadores con datos categóricos mediante el Anova*. Psicothema. 2000; 12(Supl, 2): 335-9.
200. **Lott DJ, Hasting MK, Commean PK.** *Effect of footwear and orthotic devices on stress reduction and soft tissue strain of the neuropathic foot. Clin Biomech (Bristol Avon)*. 2007; 22(3): 352-9.
201. **Luft HS, Hunt SS.** *Evaluating individual hospital quality through outcome statistics*. J Am Med Assoc. 1986; 255(20): 2780-4.
202. **MacPherson D.** *Medical audit: a view from de centre*. En Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. *Medical audit rationale and practicalities*. Cambridge: Cambridge University Press; 1993.
203. **Marques JA, Peiró S, Medrano J, Pérez-Vazquez MT, Aranaz J, Ordiñana R.** *Variabilidad en las tasas de intervenciones de cirugía general por áreas de salud*. Cir Esp. 1998; 63: 453-5.
204. **Marquet R, Davins J, Casa J, Fernández RM.** *Garantía de calidad en un centro de salud: dos años de experiencia*. Aten primaria. 1991; 8: 746-52.
205. **Marquet R, Guarga A.** *Evaluar la asistencia: el audit médico*. Aten Primaria. 1988; 5: 552-8.
206. **Marta J.** *Introducción a la gestión clínica*. Neurología. 2003; 18(4): 3-7.
207. **Martín A, Cano JF.** *Manual de Atención Primaria*. Barcelona: Doyma; 1989.
208. **Martín MC.** *Diseño y validación de cuestionarios*. Matronas Prof. 2004; 5(17): 23-29.
209. **Martín MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al.** Grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Sociedad española de Enfermería Intensiva y Unidades

- Coronarias (SEEIUC) y Fundación Avedis Donabedian (FAD). *Indicadores de calidad en el paciente crítico*. Med Intensiva. 2008; 32(1): 23-32.
210. **Martín MP**. *Control de Calidad en Odontología integrada de adultos. Auditoría de Historias Clínicas* [Tesis]. Sevilla: Departamento de Estomatología. Universidad de Sevilla; Junio 2004.
211. **Martínez A, Expósito A, Sánchez R, Campos MJ, Escamilla E, Gómez B**. *Transposición del tendón aductor a la cápsula de la 1ª AMTF en la técnica de McBride. Estudio retrospectivo sobre 40 casos*. Rev Esp Podol. 2008; 21(4): 138-42.
212. **Margan MW**. *Identifying and understanding clinical care processes*. En: Carter JH, director. *Electronic medical record. A guide for clinicians and administrations*. Philadelphia: American College of Physicians; 2001.
213. **Mejías M, Velásquez L, Córdoba A, Montaña P, Ramos J**. *Nivel de conocimiento sobre la figura del podólogo*. Rev Esp Podol. 1998; 8(2): 47-53.
214. **Méndez A, Morales A, Preciado ML, Ramírez N, Sosa MR, Jiménez MC**. *La trascendencia que tienen los registros de enfermería en expediente clínico*. Rev Mex Enferm Cardiol. 2001; 9(1-4): 11-7.
215. **Mendoza M, Niño R, Pomajuca E, Ricse R**. *Auditoría de historias clínicas y evaluación prestacional cruzada en pacientes post operados en el servicio de cirugía general de un hospital público en Lima*. Rev Soc Med Quir Hosp. Emerg Perez de León. 2008; 39(2): 118-26.
216. **Miller JM, Velanovich V**. *The natural language of the surgeon's clinical note in outcomes assessment: a qualitative analysis of the medical record*. Am J Surg. 2010; 199(6): 817-22.
217. **Mira JJ, Aranaz JM, Lorenzo S, Herrero JF, Buil JA, Vitaller J**. *¡Mira atrás para seguir adelante! XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*. 1997 Octubre 21-24; Reus, España; 1997.
218. **Mira JJ, Aranaz J, Lorenzo S, Rodríguez-Martín J, Moyano S**. *Evolución de la Calidad Percibida por los pacientes en dos hospitales públicos*. Revista

- Psicothema. 2001; 13(4): 581-5.
219. **Mira JJ, Gómez J, Aranaz J, Pérez E.** *Auditoría de historias clínicas: ¿cuál es el tamaño adecuado de la muestra?* *Todo Hosp.* 1997; 140: 58-64.
220. **Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al.** *¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos?: Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales.* *Gac Sanit.* 2000; 14(4): 291-3.
221. **Mira JJ, Rodríguez J, y otros.** *Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida.* *Rev Calid Asist.* 2000; 15: 36-42.
222. **Molina C.** *La Historia Clínica en Podología.* *Salud Pie.* 2007; 41: 14-6.
223. **Moorman PW, Schuemie MJ, Van der Lei J.** *An inventory of publications on electronic medical records revisited.* *Methods Inf Med.* 2009; 48(5): 454-8.
224. **Moorman PW, Van der Lei J.** *An inventory of publications on computer-based medical records: an update.* *Methods Inf Med.* 2003; 42(3): 199-202.
225. **Morales JM, Bonill C, Celdrán M, Morilla JC, Martín FJ, Contreras E, et al.** *Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD.* *Gac Sanit.* 2007; 21(2): 106-13.
226. **MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo).** Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe y recomendaciones.* Madrid: MSC; 1991: 37.
227. **MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo).** Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. *Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.* Madrid: MSC; 2000.
228. **MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo)** [Internet]. Sistema Nacional de Salud 1993. *Explotación de bases del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registros de pacientes.* Madrid: MSC; 1995 [consultado 9 Oct 2009]. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/snomed-ct/home.htm>
229. **MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo).** *CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª. Revisión Modificación Clínica).* 9ª ed. Madrid: Ministerio

- de Sanidad y Consumo; 2006.
230. **MSPS (Ministerio de Sanidad y Política Social)** [Internet]. *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Madrid: MSPS; 2007 [consultado 9 Oct 2009]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/encuestaNacionalSalud2006.pdf>
 231. **MSPS (Ministerio de Sanidad y Política Social)** [Internet]. Proyecto NIPE. *Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería*. Madrid: MSPS [consultado 12 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm>
 232. **MSPS (Ministerio de Sanidad y Política Social)** [Internet]. *Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas*. Madrid: MSPS [consultado el 20 Feb 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf
 233. **MSPSI (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)** [Internet]. *SNOMED-CT*. Madrid: MSPSI [consultado el 19 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/snomed-ct/home.htm>
 234. **Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M**. *Effects of feedback of information on clinical practise: a review*. *BMJ Br Med J*. 1991; 303(6799): 398-402.
 235. **Nazdan DM**. *Development of medication-use indicators by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. *Am J Hosp Pharm*. 1991; 48(9): 1925-30.
 236. **Neubauer AS, Priglinger S, Ehrt O**. *Electronic versus paper-based patient records: a cost-benefit analysis*. *Ophthalmologe*. 2001; 98(11): 1083-8.
 237. **Nieto-Hernández T, Risco C, Bonino F, Muñoz JA, Buitrago F**. *Control de Calidad y Resultados en actividades de prevención y promoción de la salud en consultas de enfermería*. *Rev Sanid Hig Publica*. 1994; 68(2): 289-95.
 238. **Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V**. *Reliability of a New caries Diagnostic*

- System Differentiating between Active and Inactive Caries Lesions. Caries Res.* 1999; 33(4): 252-60.
- 239. Oberbrecking PJ.** *The components of quality dental records.* Dent Econ. 1993; 83(5): 29-30.
- 240. OMS (Organización Mundial de la Salud)** working group. *The principles of the quality assurance.* Qual Azur Health Care. 1989; 1: 79-95
- 241. OMS (Organización Mundial de la salud).** *Guidelines for Medical Record Practice.* Report N°:WHO/HS/NAT.COM/80-370; 1980.
- 242. OMS (Organización Mundial de la Salud).** Regional Office for Europe. *The principles of quality assurance, report on a WHO meeting.* Euroreports and Study Series N°94. Copenhagen (Dinamarca): WHO; 1985.
- 243. OMS (Organización Mundial de la Salud).** Regional Office for Europe. *Políticas de investigación para el programa salud para todos.* European Health for all. Series nº 2. Copenhagen (Dinamarca): WHO; 1988.
- 244. Orden de 6 de septiembre de 1984,** del Ministerio de Sanidad y Consumo, *por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta,* BOE. nº 221, de 14 de septiembre de 1984.
- 245. Ordoño JM, Díez A, Esquisabel R, Medrano MT, Ayesa G, Pereda L, Arroniz M.** *Introducción del control de calidad en un centro de salud: evaluación del registro de la historia del usuario y de los problemas detectados.* Aten Primaria. 1993; 12 (3): 156-9.
- 246. Ortega-Benito JM.** *La auditoría médico-clínica (III): Facetas.* Med Clin (Barc). 1995; 104: 25-8.
- 247. Ortún V, Meneu R.** *Impacto de la economía en la política y la gestión sanitaria .* Rev Esp Salud Publica. 2006; 80(5): 491-504.
- 248. Orueta JF, Urraca J, Berraondo I, Darpón J.** *¿Es factible que los médicos de primarias utilicen CIE-9-MC? Calidad de la codificación de diagnósticos en las historias clínicas informatizadas.* Gac Sanit. 2006; 20(3): 194-201.

249. **Osakidetza/Orain.** Portal de la Sanidad Pública Vasca. Hospital Galdakao-Usansolo [Internet]. *Calidad y Gestión. Modelo EFQM.* [Actualizado 11 de Nov 2010; consultado el 2 Mar 2011]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhgal01/es/contenidos/informacion/hgal_modelo_efqm/es_hgal/hospital_galdakao_que_es.html?R01HPortal=v19&R01HPage=hgal0001&R01HLang=es
250. **Oteo LA, Rodríguez MP, Lázaro P, Peiró S.** *Gestión Clínica: Desarrollos e Instrumentos. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica.* Madrid: Díaz de Santos S.A.; 2006.
251. **Otero A, Saturno PJ.** *Evaluación y control de la calidad en atención primaria.* En Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Manual de atención primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta.* 2ª ed. Barcelona: Doyma; 1989.
252. **Pablo E.** *Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General.* Rev Soc Peru Med Interna. 2008; 21 (2): 51-4.
253. **Páez A, Redondo E, Sáenz J, Fernández L, Marín M, Juárez N, et al.** *Nuevas posibilidades organizativas en la era de la historia clínica electrónica.* Actas Urol Esp. 2009; 33(10): 1046-9.
254. **Palmer RH.** *Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
255. **Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA.** *Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale.* Journal Retailing. 1991; 67(4): 420-50.
256. **Parasuraman A, Zeithaml VA y Berry LL.** *SERVQUAL: a multiple-ítem scale for measuring consumer perceptions of service quality.* Journal Retailing. 1988; 64(1): 12-40.
257. **Peden AH.** *An overview of coding and its relationship to standardized clinical terminology.* Top Health Inf Manage. 2000; 21(2): 1-9.
258. **Pedrerá V, Gil V, Orozco D, Prieto I, Schwart G, Moya MI.** *Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencial en*

- atención primaria. Aten Primaria. 2005; 36(10): 550-7.*
- 259. Peiró S.** *Comparación de resultados en atención de salud.* En Pablo Lázaro e Ignacio Martín. *Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria.* Curso UIMP. Santander: UIMP; 1997.
- 260. Peiró S.** *Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión.* *Rev Calid Asist.* 2001; 16(2): 119-30.
- 261. Perpiñá J.** *Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación.* *Enferm Clin.* 2005; 15(2): 95-102.
- 262. Phelps CE.** *Benefit/cost analysis of quality assurance programs.* In: Egdahl Rh, Gertman PM, (eds). *Quality assurance in health care.* Germantown: Md. Aspen Systems Corporation; 1976.
- 263. Piqueras M, Toranzo I, Lozano V, Toledano M, Calatayud J.** *Control de calidad del proceso asistencial en la práctica odontológica.* *Arch Odontoestomatol.* 1991; 7: 181-6.
- 264. Porthouse J, Torgerson DJ.** *The need for randomized controlled trials in podiatric medical research.* *J Am Podiatr Med Assoc.* 2004; 94(3): 221-8.
- 265. Radford JA, Landorf KB, Buchbinder R, et al.** *Effectiveness of low-Dye taping for the short-term treatment of the plantar heel pain: a randomised trial.* *BMC Musculoskelet Disord.* 2006; 7: 64.
- 266. RAE (Real Academia Española de la Lengua).** *Diccionario de la lengua española.* 22ª ed. Madrid: Espasa-Calpe; 2001.
- 267. Ramiro E, Martínez JA, Abad AL, Ramírez MI, Vila J, Rocamora F** [Internet]. *Evaluación y mejora de los registros de relevo de enfermería de urgencias al ingreso del paciente en la planta de hospitalización.* XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias: Innovaciones 2002 en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Madrid: Noviembre 2003 [consultado 28 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com>.

268. Ramos J, Lafuente G, Mejías M, Fernández JM, Córdoba A. *Historia Clínica podológica*. Salud Pie. 1997; 22: 9-13.
269. Ramos J, Mejías M, Palomo I, Espino EM, González I, Pérez I. *Historias clínicas podológicas. Estudio y valoración*. Rev Esp Podol. 1998; 9(2): 88-92.
270. Ramos J, Martínez-Tur V y Peiró JM. *Calidad de servicio y satisfacción del cliente*. Valencia: Síntesis; 2001.
271. Ramos J. *Detección precoz y confirmación diagnóstica de alteraciones podológicas en población escolar* [Tesis]. Sevilla: Departamento de Podología. Universidad de Sevilla; Julio 2007.
272. Ramos J, Mazoterías R, Melero G. *Epidemiología de las Infecciones en el pie*. Rev Esp Podol. 2010; 21(6): 213-9.
273. Rasmusson L, Rene N, Dahlbom U, Borman H. *Quality evaluation of patient records in Swedish dental care*. Swed Dent J. 1994; 18(6): 233-41.
274. RD. 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. BOE, nº 91, de 16 de abril de 1987.
275. RD. 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE, nº 17, de 19 de enero de 2008.
276. RD. 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico. BOE, nº 173, de 18 de julio de 2009.
277. RD. 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE, nº 225, de 16 de septiembre de 2010.
278. RD. 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE, nº 17, de 20 de enero de 2011.

279. **Renau J, Pérez-Salinas I.** *Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas.* Pap Med. 2001; 10(1): 32-40.
280. **Resolución de 25 de julio de 2003,** de la Dirección general de Organización de Procesos y Formación, *por la que se designa a la Fundación Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía como entidad certificadora del Sistema de Acreditación, para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.* BOJA, nº 153, de 11 de Agosto de 2003.
281. **Resolución de 20 de diciembre de 2010,** de la Universidad de Sevilla, *por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Podología.* BOE, nº 17, de 20 de enero de 2011.
282. **Reyes A, Palma A, Montero G, Rojas García MF, Pérez MJ, Marín I, Lacalle JR.** *La historia clínica en la evaluación de la calidad asistencial de la cardiopatía isquémica: ¿es una fuente de información válida?* Rev Clin Esp. 2001; 201(10): 563-7.
283. **Reyes A.** *La historia clínica como fuente de información en los estudios de calidad asistencial* [Tesis]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2000.
284. **Rodríguez F, Fernández A, Baly A.** *Apreciaciones sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades.* Rev Cuba Hig Epidemiol. 2000; 38(3): 215-9.
285. **Rodríguez JP, Sastre J, Pérez CI, Ibarra JM.** *Diseño de un sistema de evaluación de la calidad formal de la historia clínica.* Todo Hosp. 1994; 109: 49-53.
286. **Román I, Guasp E.** *Evaluación y mejora de la calidad: Sistemas de monitorización. Indicadores de calidad asistencial en el ámbito hospitalario sociosanitario* [Tesina Máster de especialización en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial]. Barcelona: Instituto Universitario Avedis Donabedian-Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.
287. **Rosenfeld LS.** Amer J Public Health. 1957; 47:856. Lyons TF, Payne BC. Medical Care. 1974; 12: 714.
288. **Rubin G, George A, Chinn DJ, Richardson C.** *Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting*

- errors*. Qual Saf Health Care. 2003; 12(6): 443-7.
289. **Rubio V, Rodríguez ML, Sanpedro E, Victores C, Alechiguerra A, Barrio JL.** *Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta*. Aten Primaria. 2000; 26: 681-84.
290. **Ruíz P.** *La medición de la calidad asistencial*. Rev Clin Esp. 2001; 201(10): 561-2.
291. **Ruiz M, Cirera LI, Pérez G, Borrell C, Audica C, Moreno C, et al.** *Comparabilidad entre la novena y décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la codificación de la causa de muerte en España*. Gac Sanit. 2002; 16(6): 526-32.
292. **SADECA (Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial)** [Internet]. SADECA [consultado el 2 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.sadeca.es/>.
293. **Salcini JL.** *Estudio de la tasa de recidiva de la Técnica Fenol-Alcohol Modificada para el tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis* [Tesis]. Sevilla: Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla; 2006.
294. **San Martín H.** *Planificación del hospital III. Funcionamiento y rendimiento del hospital*. Med Postgrad (MIR). 1979; 1: 609-18.
295. **Sanazaro PJ.** *Autoevaluación profesional y calidad de la atención médica*. Control Calid Asist. 1987; 2: 99-104.
296. **Sánchez JM, Vivas D, Salinas F.** *Sistemas de información monitorizado para la detección de problemas en la dirección de centros hospitalarios*. Control Calid Asist. 1987; 2: 23-7.
297. **Santiago M, Candía B, Muñoz D, De Miguel B, Blanco A, González T.** *Evaluación de la calidad de la historia clínica de un Servicio de Urgencias Generales de un Hospital de 2º Nivel*. Emergencias. 1994; 6: 115.
298. **Sañudo S, Canga E.** *La Historia Clínica*. En: López Domínguez O. editor. *Gestión de pacientes en el Hospital. El servicio de Admisión y Documentación Clínica*. Madrid: Olalla; 1999.

299. **SAS (Servicio Andaluz de Salud)** [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. *Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía* [consultado el 02 Feb 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_calidad_2010/plan_calidad_2010.pdf
300. **Schoen MH**. *A quality assessment system: the search for validity*. J Dent Educ. 1989; 53 (11): 658-69.
301. **SCP (Society of Chiropractors and Podiatrists)**. *Standards of practice (editorial)*. J Br Podiatr Med. 1991; 46(9): 161.
302. **SCP (Society of Chiropractors and Podiatrists)**. *Minimum standards in clinical practice (editorial)*. J Br Podiatr Med. 1993; 48(8): 117-8.
303. **SEIS (Sociedad Española de Informática de la Salud)**. *Informes SEIS. De la Historia Clínica a La Historia de Salud Electrónica*. Pamplona: SEIS; 2003.
304. **Senneville E, Lombart A, Beltrand E, Valette M, Legout L, Cazanbiel M, et al**. *Outcome of diabetic foot osteomyelitis treated non-surgically: a retrospective cohort study*. Diabetes Care. 2008; 31(4): 637-42.
305. **Shath N, She J, Whiterman I, Zarugh A**. *A prospective randomized comparison of the Zadik procedure and Chemical ablation in the treatment of ingrown toenails*. Foot Ankle Int. 2005; 26(5): 401-5.
306. **Shaw CI**. *Aspects of audit. 4: Acceptability of audit*. Br Med J. 1980; 280(6229): 1443-6.
307. **Shayah A, Agada FO, Gunasekaran S, Jassar P, England RJ**. *The quality of operative note taking: an audit using the Royal College of Surgeons Guidelines as the gold standard*. Int J Clin Pract. 2007; 61(4): 667-9.
308. **Sim I, Gorman P, Greenes RA, Haynes RB, Kaplan B, Lehmann H, et al**. *Clinical decision support systems for the practice of evidence-based medicine*. J Am Med Inform Assoc. 2001; 8(6): 527-34.
309. **Slami M, Tanaka C, Hinse S, Ambarian M, Allard P**. *Acute effect of orthoses on foot orientation and perceived comfort in individuals with pes cavus during*

- standing*. Foot (Edinb). 2009; 19(1): 1-6.
- 310. Soler JM, Ros A, Solanas JV, Momparler C.** *Estudio de la calidad de los registros de atención continuada en un centro de Atención Primaria*. Aten Primaria. 1993; 12 (4): 241-2.
- 311. Some A, Quattara S, Barro S, Bambara M, Dao B.** *Audit of medical records*. Sante. 2010; 20(3): 167-71.
- 312. Soto J.** *Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud*. An Med Interna (Madr). 2007; 24(11): 517-9.
- 313. Stratton M, McPoil TG, Cornwall MW, Patrick K.** *Use of low-frequency electrical stimulation for the treatment of plantar fasciitis*. J Am Podiatric Med Assoc. 2009; 99(6): 481-8.
- 314. Sumpio BE, Armstrong DG, Lavery LA, Andros G; SVS/APMA writing group.** *The role of interdisciplinary team approach in the management of the diabetic foot: a joint statement from the Society for vascular Surgery and the American Podiatric Medical Association*. J Vasc Surg. 2010; 51(6): 1504-6.
- 315. Sun PC, Jao SH, Lin HD, Chan RC, Chon CL, Wei SH.** *Improving preventive foot care for diabetic patients participating in group education*. J Am Podiatric Med Assoc. 2009; 99(4): 295- 300.
- 316. Suñol R, Delgado R.** *El audit médico: un método para la evaluación de la asistencia*. Control Calid Asist. 1986; 1: 27-30.
- 317. Suñol R.** *Control de calidad*. En: Pardell H. *Manual de Bioestadística*. Barcelona: Masson; 1986.
- 318. Suñol R, Humet C.** *Garantía de Calidad y Acreditación en España*. Informe SESPAS 2004. 2004; 22: 482-94.
- 319. SVS (Server Valenciá de Salut).** *Guía de uso de la historia clínica de atención especializada*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana; 1994.

320. **Tejedor JM.** *Propuesta de criterios para evaluar la calidad de la historia clínico-laboral.* Arch Prev Riesgos Labor. 1999; 2(3): 111-23.
321. **Touceda S, Pérez S, Barreiro D, García M, Vázquez R, López D.** *Incidencia del pie diabético en la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de la Coruña.* Rev Int Cienc Podol. 2010; 4(2): 9-19.
322. **Universidad de Sevilla** [Internet]. Sevilla: Dirección de Recursos Humanos, Universidad de Sevilla [consultado 9 Sep 2009]. Disponible en: <https://www.r2h2.us.es/excelencia/calidad-desarrollo-de-la-unidades/herramientas-calidad-datos>
323. **Universidad de Sevilla** [Internet]. Sevilla: Dirección de Recursos Humanos, Universidad de Sevilla [consultado 13 Ene 2010]. Disponible en: https://www.r2h2.us.es/uploads/calidad/SITUACION%20UNIDADES%20EVALUACION_08_09_09.pdf
324. **Uroz V, Uroz A, Murcia G, Guisado R.** *Diferencias baropodométricas y en la calidad de vida entre 30 pies sanos y 60 pies afectados de Hallux Abductus Valgus.* Rev Esp Podol. 2010; 21 (2): 58-62.
325. **Varo J.** *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios.* Madrid: Díaz de Santos; 1994.
326. **Vázquez JL, Ramos AJ, Herrera S.** *La Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS): una nueva visión.* Pap Med. 2001; 10(4): 185-91.
327. **Viana A, Portillo H, Rodríguez A, Hernández C, Rosa C, De la Morena J.** *Calidad de los informes de alta de Castilla-La Mancha en los Servicios de Medicina Interna (valoración de la información clínica).* An Med Interna(Madr). 1993; 10(6): 280-2.
328. **Vuori H.** Optimal an logical quality: two neglected aspect of the quality of health services. Med care. 1980; 18(10): 975-85.
329. **Warren JJ, Collins C, Sorrentino C, Campbell JR.** *Just in time coding of the problem list in a clinical environment.* Proc AMIA Symp. 1998: 280-4.

330. **Weijer C, Dickens B, Meslin EM.** *Bioethics for clinicians: 10. Research ethics.* Can Med Assoc J. 1997; 156(8): 1153-7.
331. **Wennberg JE, Gittelson AM.** *Small area variations in health care delivery. A population based health information system can guide planning and regulatory decision making.* Science. 1973; 182(4117): 1102-8. doi: 10.1126/science.182.4117.1102
332. **Weyer SM, Konrard N, Esola D, Goodwin M, Stange KC, Flocke SA.** *Features of medical records in community practices and their association with preventive service delivery.* Med Care. 2005; 43(1): 28-33.
333. **Wikman P, Safont P, Merino J, Martínez A, Matarranz M, López E.** *Intervención para la mejora de la calidad de las historias clínicas en un Servicio de Medicina Interna.* Rev Clin Esp. 2009; 209(8): 391-5.
334. **Williams AE, Davies S, Graham A, Dagg A, Longrigg K, Lyons C, Bowen C.** *Guidelines for the management of the foot health problems associated with Rheumatoid Arthritis.* Musculoskeletal Care. 2011; 9(2): 86-92.
335. **Woegemann CP.** *The five levels of the electronic health records.* MD Comput. 1996; 13(3): 199-203.
336. **WONCA. Comité Internacional de Clasificación.** *CIAP-2. Clasificación Internacional de la Atención Primaria.* 2ª Edición. Barcelona: Masson; 1999.
337. **Yetano J, Laraudogoitia E.** *Documentación clínica. Aspectos legales y fuente de información para las bases de datos hospitalarias.* Rev Esp Cardiol Supl. 2007; 7(3): 2C-11C.
338. **Young S, Cohen GE.** *Treatment of verruca plantaris a combination of topical fluorouracil and salicylic acid.* J Am Podiatr Med Assoc. 2005; 95(4): 366-9.

12. ANEXOS

ANEXO I. CARTA A PROFESORES

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL ÁREA CLÍNICA DE PODODOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

Los datos clínicos y personales de los pacientes son fundamentales, como todos conocemos, para la toma de decisiones en salud tanto en aspectos asistenciales, como de investigación, y de gestión económica- administrativa.

En el Área Clínica de Podología el registro básico y fundamental de estos datos lo constituye el Archivo Clínico, dónde mediante las Historias Clínicas, almacenamos la información clínica de cada paciente generada por la actividad asistencial y parte de la actividad docente e investigadora derivada de esta, desde la creación del servicio.

A pesar de su importancia y de la existencia de un formato de historia estandarizado y consensuado por los docentes, observamos y así lo habéis manifestado algunos, con frecuencia: carencias de información, heterogenicidad y dispersión de datos que limita e imposibilita a veces, el análisis adecuado y completo de los mismos.

Esta situación, es consecuencia fundamentalmente de que la cumplimentación constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual se presta en ocasiones, en circunstancias poco favorables. Estos déficit tienen repercusión en aspectos docentes, de investigación, y de gestión entre otros; pero, en el que de modo más importante repercuten directamente, es en el asistencial al que están más íntimamente ligados, comprometiendo la calidad del mismo.

Proponemos en este sentido la evaluación de la calidad de las historias clínicas, entendiéndola como “el grado en que estas reflejan y contienen los criterios básicos y mínimos aceptables para servir como una herramienta fundamental para restaurar en nuestros pacientes el máximo nivel de salud, ”para que sean un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de sus problemas podológicos y tratamiento, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y por fin proporcionar datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y

docencia. Lejos de constituir un elemento punitivo, el objetivo fundamental de esta evaluación es servir de elemento diagnóstico que permita diseñar y proponer estrategias de mejora que nos permitan elevar el nivel de la calidad de distintos aspectos de nuestra labor profesional así como concienciar a todos los usuarios de la Historia Clínica de la importancia de este tema.

SOLICITAMOS TU COLABORACIÓN Y RUEGO CONTESTES ESTAS DOS PREGUNTAS:

1. ¿Cual es tú percepción de la Calidad actual de las Historias Clínicas en el ACP?

Mala

Buena

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Estimas pertinente la realización de la Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas en el Área Clínica de Podología?.

Nada pertinente

Pertinente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ANEXO II. INDICADORES CLAVES. INVENTARIO

NOMBRE	CÓDIGO	PROCESO	TIPO DE PROCESO	MAGNITUD DEL PROCESO	FÓRMULA	FUENTE
OCUPACION DE ESPACIOS	UN53-11CDOC-00	UN53-CDOC-00 (DOCENCIA PRACTICA)	CLAVE	Indicador de utilización de recursos. Mide el nivel de ocupación de los espacios del ACP para la Docencia Práctica.	$(\text{horas de ocupación para docencia} / \text{total horas disponibles}) \times 100 = \%$	Base de datos de Infraestructura
SOLICITUDES DE DOCENCIA	UN53-12CDOC-00	UN53-CDOC-00 (DOCENCIA PRACTICA)	CLAVE	Solicitudes de docencia extraordinarias aceptadas en el ACP	$(\text{número de solicitudes aceptadas} / \text{solicitudes totales}) \times 100 = \%$	Base de datos de Infraestructuras
SATISFACCION DE LOS DOCENTES	UN53-13CDOC-00	UN53-CDOC-00 (DOCENCIA PRACTICA)	CLAVE	Indicador de percepción. Mide el grado de satisfacción de los docentes con los medios para la docencia en el ACP.	media del ítem 7: "Valoración general de las instalaciones y Recursos en el ACP para la realización de las prácticas clínicas"	Base de datos de encuestas. Programa Opina US
ERRORES EN CITACIONES	UN53-11CPRE-00	UN53-CPRE-00 (PREASISTENCIA A PACIENTES)	CLAVE	Mide los errores en la asignación de citas de los pacientes a los distintos servicios.	$(\text{número de consultas mal citadas} / \text{total consultas citadas}) \times 100 = \%$	Base de datos de Gestión de Usuarios.
CITAS FALLADAS	UN53-12CPRE-00	UN53-CPRE-00 (PREASISTENCIA A PACIENTES)	CLAVE	Volumen de asistencia de los pacientes a consultas. Mide las citas falladas	$(\text{número de citas falladas} / \text{total de citas}) \times 100 = \%$	Programa de citas
SATISFACCION DE LOS PACIENTES	UN53-13CPRE-00	UN53-CPRE-00 (PREASISTENCIA A PACIENTES)	CLAVE	Indicador de Percepción. Mide el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida previo a la consulta (ítems 1, ítems 2, ítems 3)	Valor medio de la media de los ítems respectivos en las encuestas de pacientes (ítems 1-2-3)	base de datos de encuestas de pacientes
SOLICITUDES DE PACIENTES CUBIERTAS	UN53-14CPRE-00	UN53-CPRE-00 (PREASISTENCIA A PACIENTES)	CLAVE	Grado de ocupación de las citas según las solicitudes de los profesores/coordinadores.	$(\text{total citas asignadas} / \text{total solicitudes profesores}) \times 100 = \%$	Programa de citas
DISCONFORMIDAD CON EL SERVICIO	UN53-11CAPP-00	UN53-CAPP-00 (ASISTENCIA A PACIENTES)	CLAVE	Indicador de satisfacción. Pacientes insatisfechos con la actuación podológica.	$(\text{número de consultas disconformes} / \text{total de consultas realizadas}) \times 100 = \%$	Base de datos Gestión de Usuarios. Programa de Citas

NOMBRE	CÓDIGO	PROCESO	TIPO DE PROCESO	MAGNITUD DEL PROCESO	FÓRMULA	FUENTE
CONSULTAS ATENDIDAS	UN53-12CAPP-00	UN53-CAPP-00 (ASISTENCIA A PACIENTES)	CLAVE	número de consultas atendidas en el curso (sept. a agosto)	número de consultas atendidas durante el curso	Base de datos de Gestión de Usuarios.
SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ASISTENCIA	UN53-13CAPP-00	UN53-CAPP-00 (ASISTENCIA A PACIENTES)	CLAVE	Indicador de Percepción. Mide el grado de satisfacción con la asistencia podológica de los pacientes. Ítem 5: ¿Cómo considera la atención profesional podológica? Ítems 4: "El tiempo gasta ser atendido por los profesionales de la podología"	Valor medio de la media de los ítems respectivos en las encuestas de pacientes (Ítems4 y 5)	Base de datos de encuestas de pacientes
SATISFACCIÓN GLOBAL DE PACIENTES	IN53-11CPOS-00	UN53-CPOS-00 (POSTASISTENCIA A PACIENTES)	CLAVE	Indicador de Percepción. Mide el grado de satisfacción global de los pacientes. Ítem 10: En su opinión, ¿Qué valoración global merece la Clínica Podológica?	Media del ítem 10 en el cuestionario de satisfacción de pacientes. Valoración global.	Base de datos de encuesta a pacientes
INCIDENCIAS EN LIQUIDACION	IN53-12CPOS-00	UN53-CPOS-00 (POSTASISTENCIA A PACIENTES)	CLAVE	Errores en liquidación económica diaria realizada en gestión de usuarios.	$(\text{número liquidaciones con errores} / \text{total de liquidaciones}) * 100 = \%$	Impreso de Incidencia
VOLUMEN DE INVESTIGACIONES EN DESARROLLO	UN53-11CINV-00	UN53-CINV-00 (INVESTIGACION CLÍNICA)	CLAVE	Mide la cantidad de Investigaciones activas ejecutándose en el semestre	número de Investigaciones activas al semestre	Carpeta de solicitudes: período previsto
SATISFACCIÓN DE INVESTIGADORES	UN53-12CINV-00	UN53-CINV-00 (INVESTIGACION CLÍNICA)	CLAVE	Indicador de Percepción. Grado de satisfacción de los investigadores. Ítem: ¿Valoración general del ACP para la realización de investigaciones clínicas?	Valor medio del ítem: ¿Valoración general del ACP para la realización de investigaciones clínicas?	Base de datos de Encuestas. Programa OPINA
INCIDENCIAS DETECTADAS EN INVESTIGACIÓN	UN53-13CINV-00	UN53-CINV-00 (INVESTIGACION CLÍNICA)	CLAVE	Incidencias y/o quejas habidas durante el desarrollo de la investigación	número de quejas con identificación del investigador	Impreso de queja identificado el firmante

ANEXO III. INFORME AUDITORÍA GISA



Informe Auditoría Ordinaria Tercer Nivel ACPMCS



Cód. Unidad:	UN53	Nombre Unidad:	Área Clínica de Podología
---------------------	------	-----------------------	---------------------------

Proceso de Auditoría para la Unidad	Visita de Comprobación:	25/03/2010
	Cumple requisitos Tercer Nivel:	CUMPLE

CRITERIO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	C
1 Modelo de Gestión (EFQM / ISO)	Si a la Dirección de la Unidad le parece adecuado, podría estar indicado el abordar la obtención de algún reconocimiento externo EFQM (Sello 200+, por ejemplo)	m
2 Manual de Procesos	Se recomienda extender y formalizar a todos los procesos y actividades la elaboración de procedimientos formales.	m
3 Cartas de Servicio	Continuar con el ciclo de mejora asociado a la Carta de Servicios: publicar BOJA, difundir, implantar, hacer el seguimiento, revisar, mejorar, etc.	m
4 Plan de Mejora EFQM	---	-
5 Mejora Procesos Clave y Encuestas Clientes y Clima	En la medida de lo posible, se recomienda el establecimiento de Planes para la consecución de los Objetivos establecidos.	m
6 Plan Estratégico	---	-
7 Gestión por Procesos	En la medida de lo posible, se recomienda el establecimiento de Planes para la consecución de los Objetivos establecidos sobre los Indicadores de Proceso.	m
	Se recomienda avanzar en la gestión de los Procesos de Apoyo.	m

Carácter de las Oportunidades de Mejora: m → menor M → Mayor

ANEXO IV. II PLAN DE MEJORA ACP 2011

II PLAN DE MEJORA
(Periodo de ejecución: Año 2011-2012)

Revisión y actualización del I Plan de mejora de la Unidad (2009-2010)

Periodo de análisis: 4º Trimestre 2010.

Redacción del Plan: Enero 2011

Aprobado por Comisión Asesora en fecha 8 de febrero de 2011 (Acta n. 4/2011)

Pendiente de aprobación por Comisión Asesora del ACP (3^{er} punto del orden del día.

Reunión 8/3/2011)

LINEAS DE MEJORA:

- 1. Incrementar la excelencia de nuestra unidad**
- 2. Atención a las personas internas y externas.**
- 3. Mejorar la utilización de nuestros recursos e instalaciones.**
- 4. Potenciar las alianzas con otras entidades y proyección social de la Podología.**

AREAS DE MEJORA:

- 1. Incrementar la excelencia de nuestra unidad**

COD.	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA EJECUCION	EVALUACION	META A CONSEGUIR
AREA: 1.1 Obtención del sello +200 EFQM					
1.1.1	Creación grupo de trabajo EFQM	Comisión dirección	Marzo 2011	1ª reunión	Creación G.T. EFQM
1.1.2	Realización de Autoevaluación	Grupo de Trabajo	Septiembre 2011	Emisión informe	
1.1.3	Elaboración de informe de autoevaluación y envío a RRHH	Comisión dirección	Noviembre 2011	Oficio de remisión	Solicitud a RRHH de evaluación externa EFQM
1.1.4	Realización de evaluación externa	RRHH	Febrero 2012	Visita/s evaluadores	Informe de evaluación externa
1.1.5	Implantación medidas correctoras EFQM	Comisión dirección	Marzo 2012	1ª medidas	Medidas implantadas
1.1.6	Obtención sello + 200 puntos	Comisión dirección	Mayo 2012		Certificado EFQM

COD.	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA EJECUCION	EVALUACION	META A CONSEGUIR
AREA: 1.2 Elaboración de procedimientos formales en todos los procesos y actividades principales del ACP					
1.2.1	Relación/inventario de los procedimientos actuales vigentes	Encargado de equipo	Abril 2011	Recopilación procedimientos.	Catálogo de procedimientos
1.2.2	Documentar los procedimientos pendientes	TEL de area	Julio 2011	Remisión a Dirección.	Procedimientos realizados
1.2.3	Aprobación e implantación de dichos procedimientos	Comisión dirección	Octubre 2011	Actas de las reuniones	Procedimientos aprobados
1.2.4	Incorporación al Manual de Procesos	Encargado de equipo	Diciembre 2011	Modificación del M.P.	Revisión del Manual de Procesos
1.2.5	Indicadores/Objetivos	Responsable de indicadores	Diciembre 2011	Medición de indicadores.	3 procedimientos /área al trimestre. Nuevos procedimientos.
AREA: 1.3 Carta de Servicio					
1.3.1	Implantación de la carta de Servicio	Grupo de Mejora	Mayo 2011	Acta Grupo Mejora	Aprobación de la C.S. Plan de difusión.
1.3.2	Publicación y difusión de la Carta de Servicio	Comisión Dirección	Junio 2011	Aprobación en Acta del Plan de difusión.	Difusión en los G.I. de la C.S. Remisión a imprenta. Inserción en tabloneros, pag. web
1.3.3	Indicadores de la Carta de Servicio	Subdirector de ACP	Diciembre 2011	Primeras mediciones	Historico de indicadores. Informe de cumplimiento.
1.3.4	Revisión de la Carta de Servicio	Grupo de Mejora	Mayo 2012	Acta Grupo Mejora	Mejora de la Carta de Servicio
AREA: 1.4 Desarrollo Cuadro de Mando Integral					
1.4.1	Revisión Misión-Visión-Valores para completa alineación	Grupo de Mejora	Mayo 2011	Actas Grupo de Mejora	Revisión Misión-visión-Valores
1.4.2	Revisión listados de servicios prestados	Grupo de Mejora Comisión Asesora	Septiembre 2011	Actas G.M. Actas C.A.	Catálogo de Servicios
1.4.3	Revisión Mapa de Procesos	Grupo de Mejora	Diciembre 2011	Actas G.M.	Publicación y difusión del M.P. revisado.
1.4.4	Monitorización del sistema: Indicadores	Comisión Dirección	Mayo 2012	Plan de indicadores	Indicadores monitorizados en ICASUS
1.4.5	Cuadro de Mando	Dirección Técnica ACP	Mayo 2012	Cuadro de Mando	Implantación del Cuadro de Mando

2. Atención a las personas internas y externas.

COD.	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA EJECUCION	EVALUACION	META A CONSEGUIR
AREA: 2.1 Atención a las personas					
2.1.1	Definición de los grupos internos	Comisión Dirección	Abril 2011	Actas C.D.	Grupos internos definidos
2.1.2	Listado de personas por grupos	Encargado Equipo	Junio 2011	Base Datos específica	Todas las personas asignadas a grupos
2.1.3	Asignación de tareas y funciones	Comisión Dirección	Octubre 2011	Actas C.D.	Definidas, documentadas y publicadas las responsabilidades del sistema
2.1.4	Plan de formación propio	Comisión Dirección	Diciembre 2011	Actas C.D.	Plan específico documentado
2.1.5	Procedimiento de reconocimiento	Dirección Técnica ACP	Diciembre 2011	Primeros reconocimientos	Plan de reconocimiento personal documentado.
AREA: 2.2 Identificación de nuestros clientes					
2.2.1	Identificación clara e inequívoca de clientes	Comisión Dirección Comisión Asesora	Junio 2011	Relación publicada.	Inventario de Grupos de interés
2.2.2	Mecanismos de relación con otros GI	Comisión Dirección	Julio 2011	Actas C.D.	Procedimiento de la sistemática de relación
2.2.3	Comunicación con el cliente: sugerencias, reclamaciones, etc.	Subdirector de ÁCP	En proceso	Carpeta de menciones sugerencias reclamaciones	Cumplimiento de los compromisos de la C.Servicios
AREA: 2.3 Evaluación del desempeño					
2.3.1	Definición de Puestos de trabajo	Comisión Dirección	Septiembre 2011	Relación de puestos	Catálogo de puestos de trabajo
2.3.2	Asignación de responsabilidades	Comisión Dirección	Octubre 2011	Actas C.D.	Asimilación de responsabilidades
2.3.3	Plan de formación personalizada	Comisión Dirección	Diciembre 2011		
2.3.4	Pacto por objetivos hasta nivel de personas	Comisión Dirección	Enero 2012	Reuniones con personal ACP	Pacto por objetivos personalizado
2.3.5	Evaluación personal del desempeño	Comisión Dirección	Junio 2012	Informes de desempeño	Personal evaluado
2.3.6	Procedimiento de reconocimiento de las labores de las personas	Dirección Técnica ACP	Diciembre 2012	1os reconocimientos	Plan de reconocimientos documentado
AREA: 2.4 Encuestas y Cuestionarios de satisfacción					
2.4.1	Identificación de Grupos de interés a encuestar	Comisión Dirección	Abril 2011	Actas de C.D.	G. I. identificados para realizar encuesta
2.4.2	Definición de	Responsable	Mayo 2011	Cuestionarios	Formularios de

COD.	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA EJECUCION	EVALUACION	META A CONSEGUIR
	cuestionarios de satisfacción específicos	Calidad		específicos	encuestas por G.I.
2.4.3	Plan anual de encuestas	Responsable Calidad	Junio 2011	Acta C.D.	Plan anual encuestas aprobado.
2.4.5	Ejecución de encuestas	Responsable Calidad	Octubre 2011	Encuestas realizadas	Todos los G.I. identificados en 2.4.1 encuestados.
2.4.6	Protocolización de resultados	Responsable Calidad	Diciembre 2011	Informes de resultados	Todos las encuestas realizadas con informe emitido
2.4.7	Protocolización de mejoras según encuestas	Grupo de Mejora Comisión Dirección	Febrero 2012	Actas. Propuestas de acciones de mejora	Acciones de mejora derivadas de los informes de resultados.

3. Mejorar la utilización de nuestros recursos e instalaciones.

COD.	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA EJECUCION	EVALUACION	META A CONSEGUIR
AREA: 3.1 Implantación de la informatización global del ACP					
3.1.1	Informatización gestión de usuarios	Comisión Dirección	Junio 2011	Implantación del programa en recepción	G.Usuarios informatizada
3.1.2	Informatización historia clínica	Comisión Dirección	Diciembre 2011	Primeras actuaciones podológicas en programa	Historia clínica podológica informatizada
3.1.3	Informatización gestión económica	Comisión Dirección	Octubre 2011	Informes económicos en programa	Gestión económica informatizada
3.1.4	Informatización gestión pedidos-almacén	Comisión Dirección	Febrero 2012	Stock material en programa	Gestión pedidos informatizado.
3.1.5	Indicadores. Evaluación del proyecto	Comisión Dirección	Trimestral	Primeras mediciones	Indicadores en Icasus
AREA: 3.2 Plan de infraestructuras					
3.2.1	Inventario	TEL de infraestructuras	Junio 2011	Base datos diseñada	Inventario informatizado
3.2.2	Protocolización de reparaciones	Encargado de Equipo	Junio 2011	Definición del procedimiento	Procedimiento de reparaciones diseñado
3.2.3	Plan de mantenimiento preventivo	Comisión Dirección	Diciembre 2011	Actas C.D.	Plan de mantenimiento publicado
3.2.4	Plan de infraestructuras	Comisión Dirección	Diciembre 2011	Actas C.D.	Plan de infraestructuras publicado

COD.	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA EJECUCION	EVALUACION	META A CONSEGUIR
AREA: 3.3 Plan de inversiones plurianual					
3.3.1	Definición de necesidades	Comisión Asesora	Mayo 2011	Actas Comisión Asesora	Procedimiento de necesidades
3.3.2	Asignación de partidas presupuestarias	Comisión Asesora	Diciembre 2011	Actas C.A.	Plan de inversiones
3.3.3	Protocolización de compras	Comisión dirección	Diciembre 2011	Actas C.D.	Procedimiento de inversiones
3.3.4	Seguimiento de la inversión	Comisión Dirección	Abril 2012	Actas C.D.	Procedimiento del seguimiento
3.3.5	Evaluación de la inversión	Comisión Dirección	Junio 2012	Actas Comisión Dirección	Indicadores establecidos

4. Potenciar las alianzas con otras entidades y proyección social de la Podología.

COD.	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA EJECUCION	EVALUACION	META A CONSEGUIR
AREA: 4.1 Establecimiento de sinergias con otras clínicas universitarias					
4.1.1	Inventario actualizado de Clínicas Universitarias Podológicas	Comisión dirección	Abril 2011	1ª reunión dirección mayo 2011	Listado actualizado de clínicas, correos electrónicos y teléfonos de contacto.
4.1.2	Inventario actualizado de Responsables Clínicas Podológicas	Comisión dirección	Mayo 2011	1ª reunión dirección junio 2011	Listado actualizado de responsables de clínicas, teléfonos y correos electrónicos
4.1.3	Promover encuentros/reuniones con Clínicas Universitarias Podológicas	Comisión dirección	Julio 2011	1ª reunión dirección Septiembre 2011	Celebración de un encuentro en el año 2011.
4.1.4	Promocionar acuerdo con Servicio Médico SADUS	Comisión dirección	Julio 2011	1ª reunión dirección Septiembre 2011	Elaborar un borrador de convenio/acuerdo de colaboración
AREA: 4.2 Potenciación de la podología en la Sociedad					
4.2.1	Participación en actividades divulgativas y promoción de la salud podológica.	Grupo de trabajo	Diciembre 2011	1ª reunión dirección enero 2012	Realizar al menos 3 actividades en el año 2011
4.2.2	Promoción de acuerdos/convenios con organismos, asociaciones y entidades interesadas sin ánimo de lucro	Comisión dirección	Diciembre 2011	1ª reunión dirección enero 2012	Obtener al menos la firma de un convenio/acuerdo nuevo en el año.
4.2.3	Seguimiento y mejora de los	Comisión dirección	Diciembre 2011	1ª reunión dirección enero	Incorporar en la memoria anual de

COD.	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA EJECUCION	EVALUACION	META A CONSEGUIR
	acuerdos/convenios existentes			2012	actividades, análisis detallado de cada uno de los convenios
4.2.4	Promoción de la Podología entre estudiantes preuniversitarios	Grupo de trabajo	Junio 2011	1ª reunión dirección julio 2011	Evidenciar la colaboración en el salón anual del estudiante
AREA 4.3 Favorecer la atención y colaboración con colectivos desfavorecidos					
4.3.1	Participación activa en actividades solidarias organizadas por la Facultad/Universidad	Grupo de trabajo	Noviembre 2011	1ª reunión dirección diciembre 2011	Participar al menos en una actividad por curso.
4.3.2	Atención podológica a colectivos desfavorecidos	Comisión dirección	Diciembre 2011	1ª reunión dirección diciembre 2011	Establecer procedimiento para atención podológica a personas desfavorecidos

ANEXO V. PLAN ESTRATÉGICO ACP

Esquema de Plan Estratégico:

Línea estratégica nº 0	Implantación de la Gestión por Procesos desplegando un Plan de Mejora derivado de la Evaluación EFQM				
Objetivo nº 0.1	Desarrollar un cuadro de Mando Integral				
Acción	Plazo (corto/medio/largo)	Responsable	Indicador¹	Meta a conseguir	Fecha máxima ejecución
Acción nº 0.1.1: Revisar misión-Visión-Valores para el completo alineamiento del Sistema					
	Corto	Subdirector ACP	Actas del Grupo de Mejora	Revisado M-V-V	Mayo 2010
Acción nº 0.1.2: Revisar listado de servicios prestado y alineamiento con esquema de procesos					
	Medio	Gestora A.C.P.	Catálogo de servicios revisado	Publicación C.S.	Junio 2010
Acción nº 0.1.3: Revisión mapa de procesos e identificación de procesos clave					
	Medio	Grupo de Mejora	Acta del Grupo de mejora	Publicación	Junio 2010
Acción nº 0.1.4: Monitorización sistema Indicadores					
	Medio	Encargado de Equipo	Indicadores implantados en Programa Icasus	100% en ICASUS	Junio 2010
Acción nº 0.1.5: Selección de indicadores clave para el cumplimiento de la visión					
	Medio	Comisión de Dirección	Acta de reunión sobre la definición de indicadores claves	Implantados en ICASUS	Junio 2010
Acción nº 0.1.6: Cuadro de Mando					
	Largo	Dirección Técnica	Cuadro implantado en ICASUS	Implantación en Icasus	Sept. 2010
Acción nº 0.1.7: Definición de objetivos. Planificación de la revisión del Sistema					
	Largo	Grupo de Mejora	Actas de reuniones del G.M.	Objetivos marcados	Dic.2010
Objetivo nº 0.2	Sistemática de Atención al Cliente interno/externo: Identificación inequívoca de los clientes y de los grupos de interés del ACP				
	Plazo (corto/medio/largo)	Responsable	Indicador	Meta a conseguir	Fecha máxima ejecución
Acción nº 0.2.1: Revisión de la Carta de Servicios					
	Corto.	Grupo de Mejora. Responsable de C.S.	Carta de servicios revisada	100% carta publicada	Abril 2010
Acción nº 0.2.2: Identificación clara e inequívoca de los Grupos de Interés (G.I.)					
	Corto	Grupo de Mejora	Publicación de los G.I.	100% identificados	Mayo 2010
Acción nº 0.2.3: Plan de comunicación interna					
	corto	Gestora de Área	Plan de comunicación publicado	Comunicaciones iniciadas	Mayo 2010

¹ Indicador o medio de control del cumplimiento.

Acción nº 0.2.4: Mecanismos de relación con otros G.I.					
	Medio	Comisión dirección	Publicación de la sistemática de relación	Inventario de G.I.	Junio 2010
Acción nº 0.2.5: Procedimiento de medida de la satisfacción del cliente					
	corto	Encargado de Equipo	Protocolización de encuestas.	Encuestas realizadas	Sept. 2010
Acción nº 0.2.6: Comunicación con el cliente: sugerencias, reclamaciones, etc.					
	Corto	Gestora de Área	Protocolización de comunicaciones	Procedimiento publicado	Sept. 2010
Acción nº 0.2.7: Indicadores/Objetivos para el proceso.					
	Medio	Comisión Dirección	Cuadro de indicadores	100% en CASUS	Sept. 2010
Objetivo nº 0.3	Atención a las personas. Fomentar y planificar la comunicación, formación y gestión del conocimiento del personal del ACP				
	Plazo (corto/medio/largo)	Responsable	Indicador	Meta a conseguir	Fecha máxima ejecución
Acción nº 0.3.1: Listado de personas					
	Corto	Gestora de Área	Listado de personas con CV y fichas formativas personales	>90%	Mayo 2010
Acción nº 0.3.2: Asignación de Responsabilidades					
	Medio	Comisión dirección	Definidas y comunicadas las responsabilidades	>90% con acuse de recibo de las comunicaciones	Octubre 2010
Acción nº 0.3.3: Plan de Formación Propio					
	Medio	Comisión Dirección	Plan definido	Plan de formación publicado	Sept. 2010
Acción nº 0.3.4: Procedimiento de reconocimiento de las labores de las personas del ACP					
	Largo	Dirección Técnica	Procedimiento editado	Primeros reconocimientos	Dic. 2010
Acción nº 0.3.5: Indicadores/objetivos para el proceso					
	Largo	Comisión Dirección	Indicadores en ICASUS	Iniciar mediciones en ICASUS	Dic. 2010
Objetivo nº 0.4	Planificar y formalizar el mantenimiento de edificios, instalaciones y equipos, a través de un Plan de Mantenimiento				
	Plazo (corto/medio/largo)	Responsable	Indicador	Meta a conseguir	Fecha máxima ejecución
Acción nº 0.4.1: Inventario de infraestructuras					
	Corto	Encargado de Equipo	Inventario creado en Base de datos	>80% infraestructuras y equipos identificados	Junio 2010
Acción nº 0.4.2: Formalización de reparaciones					
	Corto	Encargado de Equipo	Procedimiento de reparaciones operativo	>90% de reparaciones identificadas y en Base de Datos	Sept. 2010
Acción nº 0.4.3: Planes de infraestructuras					
	Medio	Comisión de Dirección	Plan creado y operativo	>90% de cumplimiento de los requisitos establecidos	Oct. 2010

Acción nº 0.4.4: Indicadores/Objetivos establecidos					
	Largo	Comisión Dirección	Indicadores establecidos	Primeras mediciones en ICASUS	Dic. 2010
Línea estratégica nº 1					
UNA CLÍNICA EXCELENTE PARA APRENDER Y ENSEÑAR					
Objetivo nº 1.1					
Incrementar la satisfacción de los clientes (Alumnos, Becarios y Profesores)					
Acción	Plazo (corto/medio/largo)	Responsable	Indicador ²	Meta a conseguir	Fecha máxima ejecución
Acción nº 1.1.1: Identificar a (alumnos, becarios, profesores,...) vinculados al Área Clínica					
	Corto	Subdirector A.C.P.	% de personas identificadas con tarjeta	>90%	Diciembre 2009
Acción nº 1.1.2: Prestar una atención eficiente al Cliente por parte del PAS					
	Medio	Gestora A.C.P.	Resultados encuestas alumnos – profesores en los ítems respectivos.	Valor >3,5 (1-5)	Abril 2010
Acción nº 1.1.3: Protocolo/Jornadas de Acogida (alumnos, becarios, profesores) en su incorporación					
	Medio	Director Técnico/ Subdirector A.C.P.	Número de jornadas por curso y año.	Una por curso y año.	Octubre 2009
Acción nº 1.1.4: Póster/Organigrama com fotos del personal.					
	Corto	Subdirector del A.C.P. Encargado de Equipo	% de P.A.S. y trabajadores sin incorporar al organigrama	Actualización en plazo inferior a 30 días, desde incorporación	Diciembre 2009
Acción nº 1.1.5: Manual de estilo de la institución					
	Medio	Director Técnico/ Subdirector A.C.P.	% quejas de usuarios sobre el trato recibido sobre el total quejas	< 5% del total de quejas presentadas.	Junio 2010
Objetivo nº 1.2					
Implantar un sistema que incremente la satisfacción laboral del PAS					
Acción	Plazo (corto/medio/largo)	Responsable	Indicador	Meta a conseguir	Fecha máxima ejecución
Acción nº 1.2.1: Realizar acciones formativas específicas para PAS y becarios					
	Corto.	Gestora A.C.P.	Núm. de acciones formativas específicas realizadas para >80% de plantilla	≥ 1 por año	Diciembre 2009
Acción nº 1.2.2: Fomentar las reuniones y trabajo en equipo por Áreas de Trabajo					
	Medio	Subdirector Técnico y Encargado de Equipo	Nº de reuniones al año ó curso académico, con acta	>2	Junio 2010
Acción nº 1.2.3: Fomentar las reuniones PAS/prof. por Áreas					
	Medio	Subdirector Técnico y Encargado de Equipo	Nº de reuniones al año ó curso académico, con acta	≥1	Junio 2010

² Indicador o medio de control del cumplimiento.

Acción nº 1.2.4: Valorar el Clima laboral					
Valorar el Clima laboral	Medio	Encargado de Equipo	Valor medio comparativo con el resto de servicios de la Universidad	>60%	Diciembre 2009
Línea estratégica nº 2	UNA CLÍNICA INNOVADORA, REFERENTE EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN				
Objetivo nº 2.1	Incrementar el apoyo y aportación de medios a la investigación y producción científica				
	Plazo <small>(corto/medio/largo)</small>	Responsable	Indicador	Meta a conseguir	Fecha máxima ejecución
Acción nº 2.1.1: Realizar convocatoria anual de Becarios					
	Corto	Gestora A.C.P.	Nº de Becas convocadas	6	Septiembre 2009
Acción n. 2.1.1-1: Realizar convocatoria anual de Colaboradores Clínicos					
	Corto	Gestora ACP	n. de Plazas convocadas	25	Septiembre 2010
Acción nº 2.1.2: Fomentar la producción científica. Publicaciones y artículos					
	Medio	Subdirector A.C.P.	Número de actividades	≥ 3	Junio 2010
Acción nº 2.1.3: Potenciar la participación del ACP en eventos científicos					
	Medio	Subdirector A.C.P.	Número de actividades	≥ 6	Junio 2010
Objetivo nº 2.2	Una clínica moderna y renovada				
Acción nº 2.2.1: Participar y proveer la implantación de protocolos y procedimientos clínicos					
	Medio	Subdirector A.C.P.	Número de protocolos establecidos	≥1 por cada área	Junio 2010
Acción nº 2.2.2: Realización de reuniones por áreas y servicios con profesores respectivos, PAS y dirección					
	Medio	Subdirector A.C.P.	Número de reuniones con acta	≥1 por cada área	Junio 2010
Objetivo nº 2.3	Asegurar la calidad y la innovación de los medios técnicos				
Acción nº 2.3.1: Adquisición de nuevas tecnologías					
	Medio	Gestora A.C.P.	% del gasto dedicado a inversiones en nuevos aparatos	40% del gasto en inversión.	Diciembre 2010
Acción: 2.3.2: Realizar los cambios estructurales y de gestión para asegurar el mejor servicio					
	Medio	T.E.L. del área de mantenimiento	Número de días fuera de servicio de los aparatos por avería técnica	<8% de días lectivos	Junio 2010
Acción nº 2.3.3: Optimizar los espacios y recursos del Área Clínica					
	Medio	T.E.L.	Número de horas de utilización durante curso lectivo	>80% de las horas totales	Junio 2010
Objetivo nº 2.4	Establecer la página web del Área Clínica				
Acción nº 2.4.1: Elaboración de la página web					
	Medio	Director técnico/Encargado de Equipo	Página web terminada para Diciembre 2009	100% terminada	Diciembre 2009

Acción nº 2.4.2: Mantenimiento de la página web					
	Medio	Encargado de Equipo	Número de actualizaciones	>2 al mes	Septiembre 2010
Acción nº 2.4.3: Implementar acciones dirigidas a los usuarios para que accedan a la información de la clínica y sus servicios a través de la pag. web					
	Medio	Encargado de Equipo	Número de visitas a la página	>100 visitas/año	Junio 2010
Objetivo nº 2.5	Implantar la gestión por procesos para asegurar el mejor servicio				
Acción nº 2.5.1: Redacción de un manual de procesos					
	Medio	Gestora A.C.P.	% Procesos diagramados	100% procesos	Junio 2010
Acción nº 2.5.2: Implementar un sistema de medición de indicadores					
	Medio	Encargado de Equipo	Medición de los indicadores	100% indicadores	Junio 2010
Objetivo nº 2.6	Informatización del archivo clínico				
Acción n. 2.6.1: Estudio de la implantación de la informatización del archivo clínico					
	Medio	Director Técnico	Informe de viabilidad	Informe realizado	Julio 2010
Acción n. 2.6.2: Solicitud de Presupuestos e informes técnicos					
	Medio	Comisión Dirección	Informes Técnicos de proveedores y/o presupuestos	>2	Julio 2010
Objetivo nº 2.7	Establecer sinergias con otras Clínicas Universitarias de Podología				
Acción n. 2.7.1: Inventario de Clínicas Podológicas Universitarias					
	Corto	Subdirector ACP	Listado de clínicas con dirección y responsable	100% Clínicas identificadas	Abril 2010
Acción n. 2.7.2: Toma de contacto con los responsables de las Clínicas					
	Corto	Director Técnico	Comunicación telefónica y/o correo e.	>90% clínicas	Mayo 2010
Acción n. 2.73: Organización de una jornada de Clínicas Podológicas Universitarias					
	Medio	Comisión Asesora	Jornada	Jornada celebrada	Junio 2010
Acción n. 2.74: Plan de Comunicación entre C.P.U.					
	Medio	Comisión Dirección	Plan publicado	Primeras comunicaciones	Sept. 2010
Acción n. 2.75: Indicadores/objetivos para el Proceso					
	Largo	Grupo de Mejora	Indicadores en Icasus	Primeras mediciones	Dic. 2010
Línea estratégica nº 3	UNA CLÍNICA COMPROMETIDA CON LAS ESPECTATIVAS DE LOS PACIENTES				
Objetivo nº 3.1	Satisfacer las necesidades y demandas de los pacientes				
	Plazo (corto/medio/largo)	Responsable	Indicador	Meta a conseguir	Fecha máxima ejecución
Acción nº 3.1.1: Registro y análisis de necesidades/demandas de los pacientes a través de encuestas y sugerencias					
	Medio	Personal de Recepción	Número de necesidades registradas	> 80% de las registradas	Enero 2010

Objetivo nº 3.2	Facilitar la educación para la salud podológica de los pacientes				
Acción nº 3.2.1: Colocar en sala de espera pantalla TV con videos divulgativos e información de nuestros servicios					
	Medio	Director Técnico A.C.P.	Número de horas emitidas	>60% de horario de atención al público	Enero 2010
Acción nº 3.2.2: Proporcionar a los pacientes material divulgativo referido a la promoción de la salud podológica					
	Medio	Subdirector A.C.P.	Cantidad de material proporcionado	≥ 1 nuevo por paciente y año	Enero 2010
Acción nº 3.2.3: Promover actividades de educación para la salud podológica de los pacientes					
	Medio	Director Técnico A.C.P.	Número de actividades	≥ 1 actividad nueva al año.	Enero 2010
Línea estratégica nº4	UNA CLÍNICA COMPROMETIDA CON LA SOCIEDAD				
Objetivo nº 4.1	Dar a conocer los servicios que presta la clínica a la Sociedad				
	Plazo (corto/medio/largo)	Responsable	Indicador	Meta a conseguir	Fecha máxima ejecución
Acción nº 4.1.1.: Elaboración y mantenimiento de contenidos educativos en la pagina web de la A.C.P.					
	Medio	Director Técnico Á.C.P.	% contenido educativo de la página web	> 5% del contenido total	Diciembre 2009
Acción nº 4.1.2: Acuerdo/Convenio con Servicio de Acción Social de la Universidad					
	Medio	Director ACP(con Servicio de Acción Social)	% de consultas atendidas a a través de este acuerdo	≥ 100 visitas/año	Junio 2010
Objetivo nº 4.2	Fomentar la imagen de la clínica a través de su participación en materia de podología en eventos locales, nacionales e internacionales				
Acción nº 4.2.1: Divulgar los servicios de la clínica en los eventos que participe					
	Medio	Subdirector A.C.P.	Cantidad de material proporcionado	≥ 1 por evento y año	Junio 2010
Acción nº 4.2.2: Realizar Jornadas de Salud, Pie y Deporte en colaboración con el S.A.D.U.S de la Universidad de Sevilla					
	Medio	Director Técnico A.C.P.	Número de actividades realizadas	≥ 1 por curso lectivo	Junio 2010
Objetivo nº 4.3	Fomentar los programas para el bienestar social en materia de Podología				
Acción nº 4.3.1: Aumentar la asistencia a colectivos y sociedades benéficas "sin ánimo de lucro"					
	Medio	Director Técnico A.C.P.	Número de consultas realizadas	>3% del total de consultas	Junio 2010
Línea estratégica nº 5	UNA CLÍNICA COMPROMETIDA CON EL MEDIO AMBIENTE				
Objetivo nº 5.1	Promover la sostenibilidad ambiental				

Acción nº 5.1.1: Incrementar la recogida selectiva de residuos					
	Medio	Técnico especialista responsable mantenimiento	Nº de contenedores de residuos específicos	>5% de incremento con respecto al año anterior	Junio 2010
Acción nº 5.1.2: Publicitar en página web nuestras acciones en temas medioambientales					
	Medio	Encargado de equipo	Número de actualizaciones de la página web sobre temas medioambientales	>2 al año	Septiembre 2010
Acción nº 5.1.3: Informar sobre actividades medioambientales en pantalla Tv de sala de espera					
	Medio	Encargado de equipo	Número de horas dedicados a dichas actividades	>5% horas totales de emisión	Septiembre 2010

INDICAR ADEMÁS LOS SIGUIENTES DATOS:

❖ **PERIODO DE VIGENCIA DEL PLAN ESTRATÉGICO**

Al ser el primer plan estratégico desarrollado por la Unidad, el Grupo de Mejora junto con la Comisión Asesora del ACP decidió que no fuera a muy largo plazo. Es por ello, que se implantó en junio del 2009 con finalización prevista a diciembre de 2010.

❖ **GRADO DE AVANCE CONSEGUIDO EN EL PLAN ESTRATÉGICO (EJ.: 20%, 30%, ETC.)**

En el último control realizado el pasado mes de Diciembre de 2009 sobre la implantación del Plan Estratégico se habían cumplido un 26% del Plan. Hay establecido un indicador del proceso de Planificación Estratégica referido al grado de implantación del Plan (dicha medida no contemplaba las modificaciones realizadas al plan, motivadas por la recepción de informe de la Evaluación del modelo EFQM)

❖ **INDICAR SI ES EL PRIMERO, SEGUNDO O TERCER PLAN QUE SE IMPLANTA**

Es el primer plan estratégico desarrollado por la unidad. Remitido a RRHH y publicado a los Grupos de Interés del ACP el 29/06/09, aunque se han realizado cuatro modificaciones importantes:

- La incorporación de la Línea Estratégica 0: como consecuencia de la evaluación EFQM (diciembre 2009) que se ha implementado las Areas de Mejora.
- La incorporación de la figura de Colaboradores Clínicos, creándose una acción estratégica con la convocatoria de plazas para el próximo curso 2010/11:
 - Acción 2.1.1-1: "Realizar convocatoria anual de Colaboradores Clínicos".
- La inclusión de un objetivo para mejorar las relaciones con otras Clínicas Universitarias.
 - Objetivo 2.7: "Establecer sinergias con otras Clínicas Universitarias de Podología".
- Al ser un objetivo estratégico la informatización de la Historia Clínica, se ha incorporado la siguiente acción para dicho objetivo, después de disponer de un informe de viabilidad.
 - Acción n. 2.6.2: Solicitud de Presupuestos e informes técnicos

ANEXO VI. CMBD (CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS)

El C.M.B.D contiene una serie de datos administrativos y clínicos que resume la información del episodio de hospitalización. Son los mismos 14 datos para todas las comunidades autónomas, pero cada una puede añadir los que considere de interés. Los comunes a todas las comunidades autónomas y obligatorios por ley son:

1. Identificación del hospital.
2. Identificación del paciente (solo el nº de H.C.).
3. Fecha de nacimiento.
4. Sexo.
5. Residencia (dirección, municipio, código postal, provincia y país).
6. Régimen de financiación o garante.
7. Fecha de ingreso.
8. Circunstancias del ingreso (urgente o programado).
9. Diagnósticos. El motivo de ingreso o principal y los secundarios o de comorbilidad.
10. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.
11. Otros procedimientos.
12. Fecha de alta.
13. Circunstancia del alta. En este ítem se registra si el paciente fallece en el hospital.
14. Identificación del servicio médico responsable del alta.

ANEXO VII. FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

Variable	Nombre abreviado	SI/NO	Variable	Nombre abreviado	SI/NO
1A	FILIA		3D	DX.SEC.	
1B	F. NAC.		3E	TTO	
1C	SEX		3F	F.ACTUAC.	
1D	1ª CONS.		3G	POD.ACTUAC.	
1E	ENTID.		4A	TTO.FARM.	
2A	MOT.CONS.PAC		4B	AYUD.DX	
2B	PROF.ACTIV		4C	DRVDO.	
2C	ANTEC.GRAL		4D	RX.CAL.	
2D	ALERG.		4E	RX.IDENT.	
2E	ANTEC.POD		4F	EVOL. IDENT	
2F	PODOLG.		4G	EVOL. DETAL.	
3A	SINTOM.		5A	TACH.	
3B	EXPL.BÁSIC.		5B	ORDEN.	
3C	DX.LPPAL.		5C	IDENT. DOC	

ANEXO VIII. COMPROMISO INVESTIGADORES

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL ÁREA CLÍNICA DE PODODOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

Los datos clínicos y personales de los pacientes son fundamentales, como todos conocemos, para la toma de decisiones en salud tanto en aspectos asistenciales, como de investigación, y de gestión económica-administrativa.

En el Área Clínica de Podología el registro básico y fundamental de estos datos lo constituye el Archivo Clínico, dónde mediante las Historias Clínicas, almacenamos la información clínica de cada paciente generada por la actividad asistencial y parte de la actividad docente e investigadora derivada de esta, desde la creación del servicio.

A pesar de su importancia y de la existencia de un formato de historia estandarizado y consensuado por los docentes, observamos y así lo habéis manifestado algunos, con frecuencia: carencias de información, heterogenicidad y dispersión de datos que limita e imposibilita a veces, el análisis adecuado y completo de los mismos.

Esta situación, es consecuencia fundamentalmente de que la cumplimentación constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual se presta en ocasiones, en circunstancias poco favorables. Estos déficit tienen repercusión en aspectos docentes, de investigación, y de gestión entre otros; pero, en el que de modo más importante repercuten directamente, es en el asistencial al que están más íntimamente ligados, comprometiendo la calidad del mismo.

Proponemos en este sentido la evaluación de la calidad de las historias clínicas, entendiéndola como “el grado en que estas reflejan y contienen los criterios básicos y mínimos aceptables para servir como una herramienta fundamental para restaurar en nuestros pacientes el máximo nivel de salud ”, para que sean un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de sus problemas podológicos y tratamiento, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y por fin

proporcionar datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia. Lejos de constituir un elemento punitivo, el objetivo fundamental de esta evaluación es servir de elemento diagnóstico que permita diseñar y proponer estrategias de mejora que nos permitan elevar el nivel de la calidad de distintos aspectos de nuestra labor profesional así como concienciar a todos los usuarios de la Historia Clínica de la importancia de este tema.

La normativa nacional vigente respecto a la información y documentación clínica recogida fundamentalmente en:

- la Ley 41/2002, de 14 nov., básica reguladora de la autonomía del paciente, y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 dic., de Protección de Datos de Carácter Personal.

Y las distintas normativas autonómicas elaboradas con posterioridad y que recogen y detallan distintos aspectos de las anteriores leyes así como de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad., y del Convenio del Consejo de Europa sobre los derechos del hombre y la biomedicina, suscrito el 4 de abril de 1997.

En ellas se recoge claramente que:

- “el acceso a la HC con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o docencia, obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos”.
- “El acceso a los datos y documentos de la HC queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso”.
- “El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la HC relacionados con sus propias funciones”.
- “El personal debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación, planificación, tiene acceso a las HC en cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de

los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia administración sanitaria”.

- “El personal que accede a los datos de la HC en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto”.* *Ley 14/1986, Ley Orgánica 15/1999, Ley 41/2002.*

Queda garantizado en todo momento, por el equipo investigador el cumplimiento de cada uno de los aspectos anteriormente detallados y de la normativa vigente y como componente del mismo así lo declaro y firmo:

Nombre y firma:

En Sevilla, a de de 2009.

ANEXO IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS. DEFINICIONES

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

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Historia clínica: el 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.

Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de este, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

Intervención en el ámbito de la sanidad: toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.

Médico responsable: el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de la salud.

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

Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, sobre la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274. Viernes 15 nov. 2002. Pág. 40127.

ANEXO X**ANEXO . AUTORIZACIÓN INVESTIGACIÓN.**

**ÁREA CLÍNICA DE PODOLOGÍA
E. U. CIENCIAS DE LA SALUD**

C/. Avicena, s/n 41009-SEVILLA Tfno: 954486513 / 954486545 Fax: 954486550/954486546
acp@us.es



Sevilla, 28 de septiembre de 2009.

Estimados compañeros:

En respuesta a su solicitud de autorización, para la realización de la investigación titulada " Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla" , esta dirección les comunica la decisión de autorizar la realización de dicho proyecto.

Dicha autorización se entiende dentro del estricto cumplimiento de las normativas vigentes al respecto. Solicitamos al equipo investigador nos traslade las conclusiones del mismo, a fin de establecer los mecanismos, que incidan positivamente en la mejora de la calidad de la información clínica existente, en el Archivo de Historias Clínicas del Área Clínica de Podología.

Asimismo, ofrecemos nuestro apoyo para la realización del mismo en la medida de nuestras posibilidades y les animamos y felicitamos por la iniciativa.

Atentamente:



Prof. Dr. Pedro V. Munuera Martínez
 Director Técnico del Área Clínica de Podología
 UNIVERSIDAD DE SEVILLA

ANEXO XI. AUTORIZACIÓN COMITÉ ÉTICO



A quien pueda interesar:

El Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla, habiendo examinado el Proyecto "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL ÁREA CLÍNICA DE PODOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA" presentado por D. Ramón Mahillo Durán, emite el siguiente informe,

El proyecto cumple los requisitos exigidos para experimentación en sujetos humanos y en animales, y se ajusta a las normativas vigentes en España y en la Unión Europea.

Sevilla, a 10 de febrero de 2010.

EL PRESIDENTE DEL COMITE,

Fdo.: Prof. Dr. Fernando Rodríguez Fernández.

ANEXO XII. TABLA KAPPA INTEROBSERVADOR

CRITERIO	1B	2A	2B	2C	2D
$\kappa 1$	0,8136646	1	0,62732919	0,8136646	0,46428571
Var	0,80372671	1,99259259	0,80372671	0,80372671	0,24821429
SE	0,89650806	1,41159222	0,89650806	0,89650806	0,49821109
z	0,90759317	0,70841989	0,69974741	0,90759317	0,93190563
p	0,3640932	0,47868455	0,48408506	0,3640932	0,3513853
Upper CI	2,5708204	3,76672075	2,384485	2,5708204	1,44077944
Lower CI	-0,94349121	-1,76672075	-1,12982661	-0,94349121	-0,51220801

continúa

CRITERIO	2E	2F	3A	3B	3C
$\kappa 1$	1	1	0,85645933	0,85	0,86425339
Var	0,95208333	0,60634921	0,25167464	0,5375	0,39547511
SE	0,97574758	0,77868428	0,50167185	0,73314391	0,62886812
z	1,02485522	1,28421753	1,70721027	1,15939038	1,3742999
p	0,30543151	0,19906585	0,08778298	0,2462971	0,1693486
Upper CI	2,91246525	2,52622119	1,83973615	2,28696207	2,09683491
Lower CI	-0,91246525	-0,52622119	-0,12681749	-0,58696207	-0,36832812

continúa

CRITERIO	3E	3F	3G	5A	5B
$\kappa 1$	0,86607143	1	0,72222222	0,71153846	1
Var	0,30848214	0,26805556	0,43472222	1,47211538	0,95208333
SE	0,55541169	0,51774082	0,65933468	1,21330762	0,97574758
z	1,55933238	1,93146834	1,0953803	0,58644523	1,02485522
p	0,11891773	0,05342516	0,27335006	0,55757636	0,30543151
Upper CI	1,95467834	2,01477201	2,0145182	3,0896214	2,91246525
Lower CI	-0,22253548	-0,01477201	-0,57007375	-1,66654448	-0,91246525

El índice Kappa (K_1) no puede ser calculado para todos los criterios:

- a) por ser constantes los valores, o
- b) por no tener número suficiente de datos para su realización.

ANEXO XIII. TABLA KAPPA INTRA OBSERVADOR

CRITERIO	1B	2A	2B	2C	2D
$\kappa 1$	0,85652174	1	1	1	0,46774194
Var	0,54496047	0,96001684	0,441829	0,61395202	0,23570381
SE	0,73821438	0,97980449	0,66470219	0,7835509	0,48549337
z	1,16026152	1,02061178	1,50443313	1,27624127	0,9634363
p	0,24594235	0,30743841	0,13246988	0,20187024	0,33532862
Upper CI	2,30342193	2,9204168	2,3028163	2,53575977	1,41930894
Lower CI	-0,59037845	-0,9204168	-0,3028163	-0,53575977	-0,48382507

continúa

CRITERIO	2E	2F	3A	3B	3C
$\kappa 1$	1	1	0,86363636	1	1
Var	0,61395202	0,441829	0,21590909	0,441829	0,33964646
SE	0,7835509	0,66470219	0,46466019	0,66470219	0,58279196
z	1,27624127	1,50443313	1,85864075	1,50443313	1,71587818
p	0,20187024	0,13246988	0,06307808	0,13246988	0,08618434
Upper CI	2,53575977	2,3028163	1,77437033	2,3028163	2,14227223
Lower CI	-0,53575977	-0,3028163	-0,04709761	-0,3028163	-0,14227223

continúa

CRITERIO	3E	3F	3G	5B
$\kappa 1$	1	1	0,87593985	0,388889
Var	0,2729798	0,22754329	0,36867738	0,613952
SE	0,52247469	0,47701498	0,60718809	0,783551
z	1,91396832	2,09637023	1,44261698	0,496316
p	0,0556242	0,03604936	0,1491284	0,619671
Upper CI	2,02405039	1,93494936	2,0660285	1,924649
Lower CI	-0,02405039	0,06505064	-0,3141488	-1,146871

El índice Kappa ($\kappa 1$) no puede ser calculado para todos los criterios:

- por ser constantes los valores, o
- por no tener número suficiente de datos para su realización.

ANEXO XIV. TABLA. PORCENTAJES POR BLOQUES DE CRITERIOS

BLOQUES	BL 1 (5)	BL 2 (6)	BL 3 (7)	BL 4 (7)	BL 5 (3)
total con datos: de 1 y 0	1650	1980	2233	689	871
sin datos	0	0	77	1621	119
cuentas de 1	1597	1523	1482	438	655
cuentas de 0	53	457	751	251	216
TOTAL EN FUNCION DEL BLOQUE					
porcentajes con datos	100,00%	100,00%	96,67%	29,83%	87,98%
porcentajes de 1 del total 330	96,79%	76,92%	64,16%	18,96%	66,16%
porcentajes de 0 del total 330	3,21%	23,08%	32,51%	10,87%	21,82%
porcentajes sin datos	0,00%	0,00%	3,33%	70,17%	12,02%
control	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
de solo datos:					
porcentajes de 1	96,79%	76,92%	66,37%	63,57%	75,20%
porcentajes de 0	3,21%	23,08%	33,63%	36,43%	24,80%
control	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

ANEXO XV. TABLA. VALORACIÓN INDIVIDUAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

RESULTADOS	Total 0-1	Sumas de1	numde0	totalcomp	%con datos	%de 1	%de 0	%sindatos	%de 1c.dat	% de 0c.dat
media	22,499939	17,26	5,24	28,00	80,34%	61,63%	18,70%	19,66%	76,59%	23,41%
contar	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330
moda	23	19,00	3,00	28,00	82,14%	67,86%	10,71%	17,86%	100,00%	0,00%
des.estandar	2,099709	3,97	3,53	0,00	0,07498961	0,1418919	0,12622398	0,07498961	0,16002687	0,16002687
max	28	25	16	28	100,00%	89,29%	57,14%	39,29%	100,00%	78,95%
mín	17	4	0	28	60,71%	14,29%	0,00%	0,00%	21,05%	0,00%

ANEXO XVI. TABLA. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES POR CRITERIO

1A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	330	100,0	100,0	100,0

1B		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	50	15,2	15,2	15,2
	1	280	84,8	84,8	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

1C		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	,6	,6	,6
	1	328	99,4	99,4	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

1D		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	,3	,3	,3
	1	329	99,7	99,7	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

1E		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	330	100,0	100,0	100,0

2A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	29	8,8	8,8	8,8
	1	301	91,2	91,2	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

2B		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	55	16,7	16,7	16,7
	1	275	83,3	83,3	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

2C		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	59	17,9	17,9	17,9
	1	271	82,1	82,1	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

2D		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	146	44,2	44,2	44,2
	1	184	55,8	55,8	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

2E		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	90	27,3	27,3	27,3
	1	240	72,7	72,7	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

2F		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	78	23,6	23,6	23,6
	1	252	76,4	76,4	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

3A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	109	33,0	33,0	33,0
	1	221	67,0	67,0	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

3B		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	92	27,9	27,9	27,9
	1	238	72,1	72,1	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

3C		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	93	28,2	28,2	28,2
	1	237	71,8	71,8	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

3D		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	88	26,7	34,8	34,8
	1	165	50,0	65,2	100,0
	Total	253	76,7	100,0	
Perdidos	Sistema	77	23,3		
Total		330	100,0		

3E		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	70	21,2	21,2	21,2
	1	260	78,8	78,8	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

3F		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	174	52,7	52,7	52,7
	1	156	47,3	47,3	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

3G		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	125	37,9	37,9	37,9
	1	205	62,1	62,1	100,0
	Total	330	100,0	100,0	

4A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	56	17,0	54,9	54,9
	1	46	13,9	45,1	100,0
	Total	102	30,9	100,0	
Perdidos	Sistema	228	69,1		
Total		330	100,0		

4B		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	15	4,5	25,9	25,9
	1	43	13,0	74,1	100,0
	Total	58	17,6	100,0	
Perdidos	Sistema	272	82,4		
Total		330	100,0		

4C		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	48	14,5	61,5	61,5
	1	30	9,1	38,5	100,0
	Total	78	23,6	100,0	
Perdidos	Sistema	252	76,4		
Total		330	100,0		

4D		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	7	2,1	23,3	23,3
	1	23	7,0	76,7	100,0
	Total	30	9,1	100,0	
Perdidos	Sistema	300	90,9		
Total		330	100,0		

4E		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	5	1,5	15,2	15,2
	1	28	8,5	84,8	100,0
	Total	33	10,0	100,0	
Perdidos	Sistema	297	90,0		
Total		330	100,0		

4F		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	62	18,8	32,0	32,0
	1	132	40,0	68,0	100,0
	Total	194	58,8	100,0	
Perdidos	Sistema	136	41,2		
Total		330	100,0		

4G		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	58	17,6	29,9	29,9
	1	136	41,2	70,1	100,0
	Total	194	58,8	100,0	
Perdidos	Sistema	136	41,2		
Total		330	100,0		

5A		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	118	35,8	35,9	35,9
	1	211	63,9	64,1	100,0
	Total	329	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		330	100,0		

5B		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	51	15,5	17,2	17,2
	1	246	74,5	82,8	100,0
	Total	297	90,0	100,0	
Perdidos	Sistema	33	10,0		
Total		330	100,0		

5C		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	47	14,2	19,2	19,2
	1	198	60,0	80,8	100,0
	Total	245	74,2	100,0	
Perdidos	Sistema	85	25,8		
Total		330	100,0		

ANEXO XVII. TABLA VALORACIÓN INDIVIDUAL POR CRITERIOS

TESIS:	FILIA	F#NAC	SEX	P#CONS	ENTID	MOT#CON	PROF#ACTI	ANTEC#GR	ALERG	ANTEC#PO
total con datos: de 1 y 0	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330
sin datos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cuentas de 1	330	280	328	329	330	301	275	271	184	240
cuentas de 0	0	50	2	1	0	29	55	59	146	90
total: 330										
porcentajes con datos	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
porcentajes de 1 del total 330	100,00%	84,85%	99,39%	99,70%	100,00%	91,21%	83,33%	82,12%	55,76%	72,73%
porcentajes de 0 del total 330	0,00%	15,15%	0,61%	0,30%	0,00%	8,79%	16,67%	17,88%	44,24%	27,27%
porcentajes sin datos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
control	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
de solo datos: fila:333										
porcentajes de 1	100,00%	84,85%	99,39%	99,70%	100,00%	91,21%	83,33%	82,12%	55,76%	72,73%
porcentajes de 0	0,00%	15,15%	0,61%	0,30%	0,00%	8,79%	16,67%	17,88%	44,24%	27,27%
control	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
TESIS:	PODOLOG	SINTOM	EXPL#BASI	DX#PPAL	DX#SEC	TTO	F#ACTUAC	POD#ACTU	TTO#FARM	AYUDA#DX
total con datos: de 1 y 0	330	330	330	330	253	330	330	330	102	58
sin datos	0	0	0	0	77	0	0	0	228	272
cuentas de 1	252	221	238	237	165	260	156	205	46	43
cuentas de 0	78	109	92	93	88	70	174	125	56	15
total: 330										
porcentajes con datos	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	76,67%	100,00%	100,00%	100,00%	30,91%	17,58%
porcentajes de 1 del total 330	76,36%	66,97%	72,12%	71,82%	50,00%	78,79%	47,27%	62,12%	13,94%	13,03%
porcentajes de 0 del total 330	23,64%	33,03%	27,88%	28,18%	26,67%	21,21%	52,73%	37,88%	16,97%	4,55%
porcentajes sin datos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	23,33%	0,00%	0,00%	0,00%	69,09%	82,42%
control	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
de solo datos: fila:333										
porcentajes de 1	76,36%	66,97%	72,12%	71,82%	65,22%	78,79%	47,27%	62,12%	45,10%	74,14%
porcentajes de 0	23,64%	33,03%	27,88%	28,18%	34,78%	21,21%	52,73%	37,88%	54,90%	25,86%
control	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

	DRVDO	RX#CAL	RX#IDENT	EVOL#IDEN	EVOL#DET	TACH	ORDEN	IDENT#DO
TESIS:								
total con datos: de 1 y 0	78	30	33	194	194	329	297	245
sin datos	252	300	297	136	136	1	33	85
cuentas de 1	30	23	28	132	136	211	246	198
cuentas de 0	48	7	5	62	58	118	51	47
total: 330								
porcentajes con datos	23,64%	9,09%	10,00%	58,79%	58,79%	99,70%	90,00%	74,24%
porcentajes de 1 del total 330	9,09%	6,97%	8,48%	40,00%	41,21%	63,94%	74,55%	60,00%
porcentajes de 0 del total 330	14,55%	2,12%	1,52%	18,79%	17,58%	35,76%	15,45%	14,24%
porcentajes sin datos	76,36%	90,91%	90,00%	41,21%	41,21%	0,30%	10,00%	25,76%
control	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
de solo datos: fila:333								
porcentajes de 1	38,46%	76,67%	84,85%	68,04%	70,10%	64,13%	82,83%	80,82%
porcentajes de 0	61,54%	23,33%	15,15%	31,96%	29,90%	35,87%	17,17%	19,18%
control	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

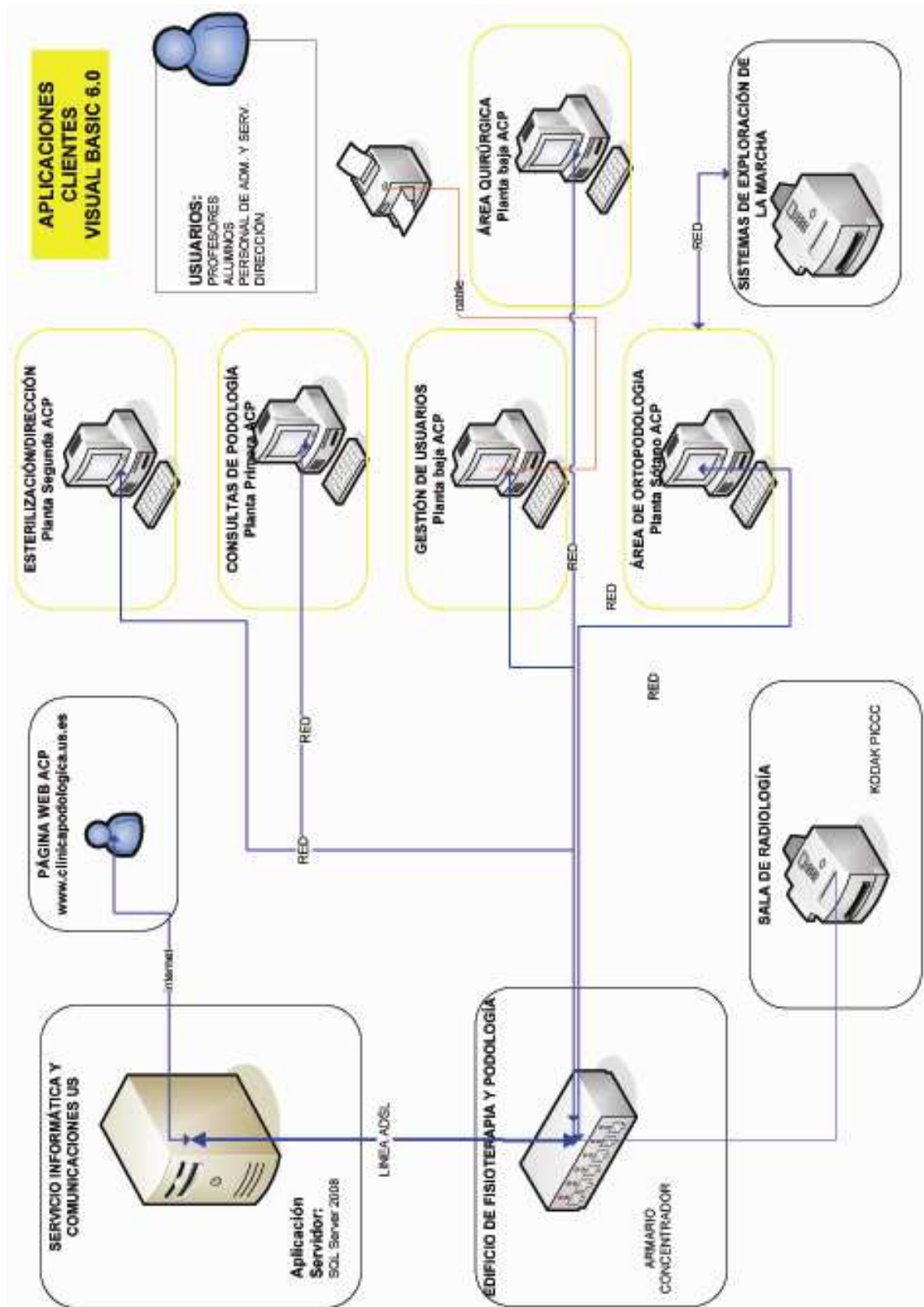
ANEXO XVIII. TABLA. ESTADÍSTICOS POR CRITERIOS

		1A	1B	1C	1D	1E	2A	2B	2C	2D	2E	2F	3A	3B	3C
N	Válidos	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		1,00	,85	,99	1,00	1,00	,91	,83	,82	,56	,73	,76	,67	,72	,72
Mediana		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Moda		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Desv. típ.		,000	,359	,078	,055	,000	,284	,373	,384	,497	,446	,425	,471	,449	,451
Varianza		,000	,129	,006	,003	,000	,080	,139	,147	,247	,199	,181	,222	,202	,203
Error típ. de asimetría		,134	,134	,134	,134	,134	,134	,134	,134	,134	,134	,134	,134	,134	,134
Error típ. de curtosis		,268	,268	,268	,268	,268	,268	,268	,268	,268	,268	,268	,268	,268	,268
Rango		0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mínimo		1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Suma		330	280	328	329	330	301	275	271	184	240	252	221	238	237
Percentiles	25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00	,00
	50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Asimetría		-1,953	-12,786	-18,166		-2,925	-1,797	-1,684	-,233	-1,025	-1,247	-,725	-,991	-,974	
Curtosis		1,824	162,476	330,000		6,593	1,237	,842	-1,958	-,955	-,448	-1,484	-1,024	-1,057	

continúa

		3D	3E	3F	3G	4A	4B	4C	4D	4E	4F	4G	5A	5B	5C
N	Válidos	253	330	330	330	102	58	78	30	33	194	194	329	297	245
	Perdidos	77	0	0	0	228	272	252	300	297	136	136	1	33	85
Media		,65	,79	,47	,62	,45	,74	,38	,77	,85	,68	,70	,64	,83	,81
Mediana		1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Moda		1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Desv. típ.		,477	,409	,500	,486	,500	,442	,490	,430	,364	,468	,459	,480	,378	,395
Varianza		,228	,168	,250	,236	,250	,195	,240	,185	,133	,219	,211	,231	,143	,156
Error típ. de asimetría		,153	,134	,134	,134	,239	,314	,272	,427	,409	,175	,175	,134	,141	,156
Error típ. de curtosis		,305	,268	,268	,268	,474	,618	,538	,833	,798	,347	,347	,268	,282	,310
Rango		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mínimo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Suma		165	260	156	205	46	43	30	23	28	132	136	211	246	198
Percentiles	25	,00	1,00	,00	,00	,00	,00	,00	,75	1,00	,00	,00	,00	1,00	1,00
	50	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Asimetría		-,643	-1,415	,110	-,502	,200	-1,132	,484	-1,328	-2,038	-,780	-,885	-,592	-1,750	-1,575
Curtosis		-1,599	,002	-2,000	-1,759	-2,000	-,746	-1,813	-,257	2,287	-1,406	-1,229	-1,660	1,069	,484

ANEXO XIX. INFORMATIZACIÓN ACP



ANEXO XX. ÍNDICE ABREVIATURAS

ACP	<i>Área Clínica de Podología.</i>
ACS	<i>American College of Surgeons.</i>
ACSA	<i>Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía.</i>
ACSNS	<i>Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.</i>
AEMPS	<i>Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.</i>
AETS	<i>Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.</i>
AHA	<i>American Hospital Association.</i>
AMM	<i>Asociación Médica Mundial.</i>
ANADIS	<i>Asociación de Niños y Adolescentes Diabéticos de Sevilla.</i>
AOFAS	<i>American Orthopedic of Foot and Ankle Society.</i>
APACHE	<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation.</i>
AQR	<i>Australian Quality Review.</i>
ASA	<i>American Standard Association.</i>
BOE	<i>Boletín Oficial del Estado.</i>
BOJA	<i>Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.</i>
CAP	<i>College of American Pathologists.</i>
CBO	<i>National Organization for Quality Assurance in Hospitals.</i>
CCA de la SEAIC	<i>Comité de Calidad Asistencial de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica.</i>
CDM	<i>Centro de Día de Mayores.</i>
CGCOP	<i>Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos.</i>

CIAP	<i>Clasificación Internacional de la Atención Primaria.</i>
CIE	<i>Clasificación Internacional de Enfermedades.</i>
CIOMS	<i>Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas.</i>
CMBD	<i>Conjunto Mínimo Básico de Datos.</i>
COPCV	<i>Colegio Oficial de Podólogos de la Comunidad Valenciana.</i>
COVSEDOC	<i>Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica.</i>
CTV3	<i>Clinical Terms Version 3.</i>
CPHUE	<i>Comité Permanente de Hospitales de la Unión Europea.</i>
CPPA	<i>Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía.</i>
CPU	<i>Clínica Podológica Universitaria.</i>
CQI	<i>Continuous Quality Improvement.</i>
DOGV	<i>Diario Oficial de la Generalitat Valenciana.</i>
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management.</i>
EUCCS	<i>Escuela Universitaria Ciencias de la Salud.</i>
FAD	<i>Fundación Avedis Donabedian.</i>
GRD	<i>Grupos Relacionados por el Diagnóstico.</i>
HC	<i>Historia Clínica.</i>
HCDSNS	<i>Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud.</i>
HUVR	<i>Hospital Universitario Virgen del Rocío.</i>
HVNG	<i>Hospital Virgen de las Nieves de Granada.</i>
HVPP	<i>Hospital Virgen del Puerto de Plasencia.</i>
IASS	<i>Instituto Andaluz de Servicios Sociales.</i>
ICASUS	<i>Indicadores Calidad de la Universidad de Sevilla.</i>

IHTSDO	<i>International Health Terminology Standards Development Organization.</i>
IIS	<i>Instituto de Información Sanitaria.</i>
INSALUD	<i>Instituto Nacional de la Salud.</i>
ISICS	<i>Instituto Superior para la Investigación de la Calidad Sanitaria.</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization.</i>
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospital.</i>
JCAHO	<i>Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations.</i>
MSC	<i>Ministerio de Sanidad y Consumo.</i>
MSPS	<i>Ministerio de Sanidad y Política Social.</i>
MSPSI	<i>Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.</i>
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association.</i>
NHS	<i>National Health Service.</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification.</i>
NIPE	<i>Normalización de la Intervenciones para la Práctica de la Enfermería.</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification.</i>
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud.</i>
PAS	<i>Personal de Administración y Servicios.</i>
PCASUS	<i>Plan de Calidad de la Administración y Servicios de la Universidad de Sevilla.</i>
PDCA	<i>Plan, do, check, action.</i>
PMC	<i>Programas Médicos Comunitarios.</i>
PSRO	<i>Professional Standards Review Organization.</i>
RAE	<i>Real Academia Española.</i>
RD	<i>Real Decreto.</i>

SADECA	<i>Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.</i>
SAS	<i>Servicio Andaluz de Salud.</i>
SCP	<i>Society of Chiropodist and Podiatrists.</i>
SEIS	<i>Sociedad Española de Informática de la Salud.</i>
SEEIUC	<i>Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.</i>
SEMICYUC	<i>Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias.</i>
SNOMED-CT	<i>Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms.</i>
SVS	<i>Servicio Valenciano de Salud.</i>
TI	<i>Tecnologías de la Información.</i>
TIC	<i>Tecnologías de la Información y Comunicaciones.</i>
WONCA	<i>Organización Mundial de los Médicos Generales/de familia. World Family Doctors.</i>

