

Evaluación y estrategias de mejora

7



## 7.1. ASPECTOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN

La gestión y el control de la calidad asistencial es uno de los objetivos básicos del modelo de asistencia a la Salud Mental Infanto-Juvenil. Es responsabilidad del Servicio Canario de la Salud la gestión y el control de la calidad asistencial, así como garantizar que los equipos, a través de los profesionales que lo integran, apoyen y participen en los distintos niveles de evaluación.

Se trata de conocer el proceso de la actividad asistencial para racionalizar recursos, identificar necesidades y conocer los objetivos conseguidos, tanto en función de los costos como de los efectos reales de las prestaciones en la comunidad. Es un medio para mejorar la asistencia que no puede concebirse aislada, sino ligada al proceso de planificación. En definitiva, se trata de mejorar la calidad de vida de los pacientes y usuarios.

## 7.2. REQUISITOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- **Evaluación de la estructura**  
Está en relación a la accesibilidad, a los recursos materiales, humanos y organizativos cuyos indicadores serían, entre otros, el número de profesionales necesarios en el programa, la calidad de los sistemas de registro, el tiempo medio de espera de los pacientes, los protocolos, las historias clínicas, las infraestructuras o dispositivos, y la coordinación inter e intraservicios, e interinstitucional.
- **Evaluación de las actividades**  
Está en relación con la medición de la **cobertura** (porcentaje de individuos de la población infanto-juvenil del Área de Salud que han entrado en contacto con el programa: pacientes nuevos o de reinicio), el **cumplimiento** (número de pacientes que permanecen en el programa) y la **satisfacción** (es el resultado de la relación entre el paciente y los profesionales del equipo que lo atiende).
- **Evaluación de los resultados de la asistencia**  
Está en relación a la actividad asistencial, y se realiza mediante una serie de indicadores estadísticos y estándares asistenciales cuantificables de tipo epidemiológico y administrativo, que darían cuenta de la **eficacia** (objetivos conseguidos por el programa en condiciones ideales), de la **eficiencia** (objetivos conseguidos en función de los costos) y de la **efectividad** (los resultados reales en la comunidad).

### 7.3. INDICADORES DE EVALUACIÓN

#### 7.3.1. Indicadores cuantitativos

- *Indicadores de actividad*

Son aquellos que miden la cantidad de intervenciones de todo tipo que llevan a cabo los dispositivos que dispensan la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil a una población determinada geográficamente. Su interés está a un nivel comparativo con otros dispositivos de áreas similares.

Los más utilizados son:

- N° total de pacientes vistos por unidad de tiempo (generalmente 1 mes) que se desglosa en: n° pacientes nuevos, n° revisiones.
- N° total de contactos (revisiones) que estos pacientes generan.
- N° de pacientes por diagnóstico, registro de morbilidad psiquiátrica en la zona.
- N° de altas por causas de alta.
- N° de personas ingresadas por trastorno mental.
- N° de interconsultas.
- N° de visitas domiciliarias.
- N° de actividades de educación para la Salud Mental.
- N° de intervenciones en la comunidad.

- *Definición de indicadores*

- **Incidencia:**  $n^{\circ}$  de pacientes nuevos \* 1000/ $n^{\circ}$  de habitantes.
- **Prevalencia:**  $n^{\circ}$  de pacientes atendidos \* 1000/ $n^{\circ}$  de habitantes.
- **Frecuentación:**  $n^{\circ}$  de consultas ambulatorias \* 1000/ $n^{\circ}$  de habitantes.
- **Consultas/paciente año:**  $n^{\circ}$  de consultas ambulatorias/ $n^{\circ}$  de pacientes atendidos.
- **Índice de consultas:**  $n^{\circ}$  de consultas sucesivas/ $n^{\circ}$  de primeras consultas.
- **Estancia media:**  $n^{\circ}$  de estancias/ $n^{\circ}$  de ingresos.
- **Relación ingreso/reingreso:**  $n^{\circ}$  de ingresos nuevos/ $n^{\circ}$  total de ingresos.
- **Índice de rotación:**  $n^{\circ}$  de ingresos/ $n^{\circ}$  de camas o plazas.
- **Porcentaje de ocupación:**  $n^{\circ}$  de estancias \* 100/ $n^{\circ}$  de camas o plazas \*  $n^{\circ}$  de días del período.

INDICADORES BÁSICOS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL		
ACTIVIDAD HOSPITALARIA	Hospitalización breve	Incidencia Prevalencia Frecuentación Consultas / paciente año Índice de consultas
	Hospital de día	Camas / 1000 hab. N° de ingresos / 1000 hab. Estancia media Ingreso / reingreso  Plazas / 1000 hab. N° Ingresos / 1000 hab. Duración media del ingreso (días) Índice de Rotación Porcentaje de ocupación
ACTIVIDAD AMBULATORIA		

- **Indicadores de Funcionamiento**

Son aquellos que miden el tipo de intervenciones y, sobre todo, la forma en que éstas se producen. Ofrecen información valiosa de la dinámica del servicio y su capacidad de dar respuesta a las demandas de la población que atiende.

Los más importantes son:

- Tiempo en lista de espera antes del primer contacto.
- N° de abandonos expresados por diagnóstico.
- N° de citas preferentes por diagnóstico.
- N° de retornos por diagnóstico.
- N° de pacientes con contactos ininterrumpidos durante períodos de tiempo mayores de 6 meses, de 1 año y de 5 años.

Es imprescindible establecer una serie de definiciones de las principales variables con las que construimos los indicadores asistenciales, de manera que se unifiquen criterios entre todos los profesionales que trabajan en la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, para que los datos que se recojan puedan ser comparables entre las distintas áreas.

- **Variables principales**

- **1ª Consulta:** Primera vez que una persona es atendida en la Unidad de Salud Mental Comunitaria por un profesional de Salud Mental que incluye el inicio de un proceso de evaluación y la apertura de la Historia Clínica.

- **Revisión:** Todas aquellas visitas sucesivas a la primera, propuestas o generadas por el profesional, programa o proyecto terapéutico establecido en la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Engloba todos los demás contactos que el paciente establece con la unidad.
  
- **Retorno:**  
Se considera como tal:
  - Todo contacto con la unidad cuando haya transcurrido un mínimo de 6 meses desde el contacto anterior.
  - Todo nuevo contacto por una patología distinta.
  - Todo contacto antes de 6 meses del anterior cuando dicho contacto es posterior a una derivación sin seguimiento.

Todo retorno es el inicio de un nuevo episodio (la misma o distinta patología), pero lleva parejo la existencia de una 1ª consulta y una finalización previas.

- **Alta:** Todas las altas realizadas a instancias o asumidas por el terapeuta por distintos motivos :
  - Fin de tratamiento (mejoría o curación).
  - Derivación o traslado.
  - Voluntaria (decidida por el paciente de forma unipersonal).
  - Fallecimiento (indicando la causa).
  - Suicidio.

El alta se registrará siempre en la Historia Clínica junto con la modalidad en que ésta se produce. Se acompañará siempre de informe para el paciente, para médico de Atención Primaria y para la Historia Clínica.

- **Abandono:** Este se produce cuando la salida del centro es a iniciativa del paciente. A diferencia con el alta voluntaria, el paciente no notifica su intención de abandonarlo, tampoco avisa, ni disculpa su ausencia a la cita.  
Es oportuno distinguir dos tipos de abandono:
  - Entre las cinco primeras entrevistas.
  - Después de la quinta entrevista.

Para que se produzca un abandono, se considera que deben transcurrir 6 meses desde el último contacto, de forma que si se implanta un registro sería él mismo el que nos permite conocer los abandonos si incorporamos un ítem al registro que contemple si el paciente acude o no a la consulta.

- **Procedencia o remitente:** Aquí nos referimos a la institución o profesionales que envían al paciente al Equipo de Salud Mental.
  
- **Derivación:**  
Hay dos tipos de derivación:
  - a) Derivación sin seguimiento. Esta se realiza desde las Unidades de Salud Mental a otro dispositivo o institución que el equipo considera que sea más pertinente para responder a la demanda del caso. Un contacto posterior con la Unidad de Salud Mental debe notificarse como retorno.
  - b) Derivación con seguimiento. Son aquellos pacientes que, aunque derivados a otros dispositivos, el equipo mantiene contacto de forma que el equipo participa en los cuidados al paciente durante el período en que es atendido en el dispositivo al que se deriva. La vuelta del paciente al centro deberá notificarse como un contacto más.
  
- **Lista de espera:** Ésta se contempla una vez que el usuario es evaluado y se encuentra en espera de ser asignado a un programa o intervención terapéutica. Se considera:
  - a) Número de usuarios en lista de espera: Es el número de usuarios en espera de ser asignados a tratamiento el último día del período informado (Ej: el primer día de cada mes)
  - b) Número de días en lista de espera: Es el número de días transcurridos del usuario que más tiempo lleva esperando a ser asignado a tratamiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria el último día del período informado (Ej: el primer día de cada mes).Se recomienda que la lista de espera no supere los quince días.
  
- **Profesional responsable:** En el caso de que el paciente siga un proceso terapéutico que implique a varios profesionales, siempre se nombrará a uno de ellos, perteneciente a la Unidad de Salud Mental en la Atención Infanto-Juvenil, como responsable del tratamiento y será éste el que firme el alta del paciente.

### 7.3.2. Indicadores cualitativos

Son aquellos que miden los resultados de un proceso. Es decir, su interés y aplicabilidad se centran más en las actuaciones terapéuticas que en la actividad global de un servicio.

Fundamentalmente serían:

#### 1. Indicadores basados en el análisis de resultados

Miden el grado de cumplimiento de los objetivos que se han establecido previamente a una intervención o programa terapéutico determinado.

## **2. Indicadores de satisfacción**

Miden el grado de aceptación con la atención recibida. Se trata de recoger las apreciaciones subjetivas de los usuarios de los servicios y de sus familiares.

Hay dos tipos de componentes que influyen:

- a) Los que se relacionan con problemas de accesibilidad (geográfica, burocrática, etc.) y disponibilidad (trato recibido, capacidad de generar confianza, etc.).
- b) Los que se relacionan con las expectativas que los usuarios y sus familiares tienen cuando solicitan una intervención terapéutica.

## **3. Indicadores de calidad de vida**

Miden el grado de repercusión que las intervenciones realizadas por el equipo han tenido en todos los ámbitos de la vida del sujeto o la situación global del mismo. Hace referencia a la utilidad subjetiva percibida por el sujeto y su familia de la intervención terapéutica recibida.