

Guía para la Preparación de la Memoria por Especialidades

Muy importante

No sabemos como va a ser la memoria, por lo que hemos recogido todos los posibles apartados o ítems que podrían incluirse y hemos desarrollado esta guía para que sirva de ayuda en su preparación.

Creemos que esta guía sirve para preparar memorias por especialidad.

Esta guía no es una plantilla: no todos los apartados tienen que estar en todas la memorias ni en todas las especialidades. Pretende ser un catálogo de ideas que abarque todas las posibilidades que hemos podido encontrar; por lo tanto podría ampliarse en el futuro.

Los ejemplos sólo buscan clarificar el punto donde aparecen pero no deben ser tomados como la opción ideal. Si algún punto no es adaptable a una especialidad concreta, o se hace ambiguo o complejo, más vale obviarlo que incorporarlo de manera forzada o artificial (la memoria debe adaptarse sobre todo a la realidad de la especialidad y no al revés). Para una misma especialidad hay muchas posibles memorias con estructuras y contenidos diferentes que son igualmente válidas.

Al preparar la memoria recordad que somos médicos especialistas y no abogados, gestores ni jefes. Los aspectos técnicos a los que se hacen referencia en este guión son para tenerlos en cuenta y describirlos brevemente en la memoria pero no para desarrollarlos como si fuéramos expertos. La mayoría de los puntos que hay que desarrollar en la memoria son fáciles pues forman parte de nuestro trabajo diario y solamente hay que desarrollarlos estructuradamente y de forma clara y sencilla.

0.- ÍNDICE

Si el tribunal solicita una redacción global de memoria, ésta debería siempre comenzar con un índice lo más claro posible, ubicado en hoja independiente. Debe evidenciar la estructura y extensión de lo que se va a exponer. Puede que el índice juegue un papel más importante en la valoración de lo que se piensa ya que facilitaría la lectura por parte del evaluador.

1.- Definición de la Especialidad

Es fácil preparar este apartado de forma casi completa a partir de la información contenida en el programa oficial de la especialidad. Los programas, en general, suelen poderse obtener en algunas páginas web de Sociedades Científicas y, con seguridad, en las secretarías de docencia de los centros y en el Ministerio de Sanidad. Dado que la memoria está pensada para ser un documento del especialista y no del puesto concreto, el programa es una herramienta fundamental, que es preciso tener a mano.

1.1.- Introducción a la Especialidad.

1.1.1.- Definición general de la especialidad. Nombre oficial. Ámbito de trabajo. Duración de la formación. Equivalencias con otras titulaciones internacionales.

1.1.2.- Desarrollo Histórico. Nacimiento (como especialidad moderna). Hitos importantes. Situación actual. Nº promedio de plazas convocadas. Nº de centros acreditados para docencia de la Especialidad.

1.2.- Áreas de Formación

1.2.1.- Titulación. Licenciatura y Título de especialista (Ejem. El especialista tiene que estar en posesión del título expedido por..... y obtenido mediante)

1.2.2.- Áreas de Conocimiento Primarias. Tal como quedan expresadas en el programa de la especialidad, y de forma sintética y muy estructurada.

1.2.3.- Formación teórica de interés para el desarrollo de la especialidad en áreas complementarias: Epidemiología, Estadística, Gestión clínica, Calidad Asistencial, "Medicina basada en la evidencia", etc.

1.3.- Describir las habilidades mínimas que es preciso adquirir durante el periodo de formación.

1.3.1.- Habilidades Primarias de la especialidad. Habilidades técnicas propias de la especialidad: técnicas quirúrgicas, técnicas de laboratorio, manejo de aparataje, técnicas de reanimación, coordinación de grupos, etc...

1.3.2.- Habilidades técnicas o prácticas complementarias en otras áreas asociadas: Informática, Idiomas, etc...

1.4.- Áreas de innovación y formación continuada. Líneas futuras de expansión de la especialidad, nuevas oportunidades de técnicas diagnósticas o terapéuticas. Áreas de formación estratégicas para mantener la competencia profesional. Patologías emergentes en el ámbito de la especialidad. (¿Qué innovaciones en tu especialidad concreta están en desarrollo o acaban de implantarse en los centros más avanzados y van a cambiar la cara de la especialidad?: Ejem: las técnicas de diagnóstico de tumores mediante marcadores genéticos detectados en sangre periférica revolucionarán varias especialidades).

2.- Definición de la Actividad profesional del Especialista

Este apartado debe considerarse como una "Cartera de Servicios" del especialista y por tanto recoger el catálogo teórico de Servicios y Actividades que tendría que ser capaz de prestar el poseedor de un determinado título de especialista en su puesto, independientemente de que en la práctica sólo pueda realizar un subconjunto de ellas. No hay por qué ser exhaustivo, sino mantenerse en un nivel de agrupación de grandes patologías o acciones a realizar, especificando a un nivel inferior aquellas técnicas que por su relevancia o carácter innovador se deban mencionar. Cada especialidad tendrá que desglosar su actividad en algunos de los siguientes Servicios o Actividades (Por supuesto, no todas se aplican a todas las especialidades). Cuando lo redactéis dadle un enfoque dirigido a la atención del paciente más que un enfoque técnico:

2.1.- Actividad asistencial. De cada área de servicio se puede especificar un pequeño resumen de actividades o patologías más frecuentes, así como horario aproximado y porcentaje de dedicación (si procede) dentro de la actividad de, por ejemplo, una semana laborable normal.

- 2.1.1. - Asistencia en planta de hospitalización.
- 2.1.2. - Asistencia en consultas (Hospital o Área de Salud)
- 2.1.3. - Asistencia en interconsultas.
- 2.1.3. - Actividad en Quirófano.
- 2.1.4. - Asistencia Urgente. Guardias.
- 2.1.5. - Realización de técnicas diagnósticas especiales.
- 2.1.6. - Realización de técnicas terapéuticas especiales.
- 2.1.7. - Atención Continuada.
- 2.1.8. - Atención Domiciliaria.
- 2.1.9. - Otras actividades misceláneas como: participación en actividades de planificación o gestión del servicio, desarrollo de documentos de consentimiento informado, participación en la evaluación de la actividad del servicio o sus iniciativas de calidad, etc.

2.2.- Actividad docente

- 2.2.1. - Sesiones de Servicio.
- 2.2.2. - Participación en formación pregraduada. (Asignatura/ Curso).
- 2.2.3. - Participación en formación postgraduada. Docencia MIR y cursos de Doctorado.
- 2.2.4. - Participación en la formación continuada del centro.
- 2.2.5. - Participación en la formación de otros profesionales no facultativos. (Ej. Enfermería).

2.3.- Actividad investigadora

- 2.3.1. - Describir y justificar las líneas de investigación que son prioritarias en el área asistencial de la especialidad a la que opta.
- 2.3.2. - Describir los mecanismos, instituciones intra y extrahospitalarias y formas o fuentes de financiación que serían necesarias para garantizar el desarrollo de las líneas de investigación en la especialidad a la que opta. (Becas y premios, Organismos y Fundaciones, Comisiones, etc).
- 2.3.3. - Describir los Foros nacionales e internacionales y Congresos de prestigio de interés estratégico para la promoción de la actividad investigadora en el área de la especialidad que se trate. (Ejem: en la especialidad los Congresos más prestigiosos son el Congreso Nacional de..... convocado por la Sociedad..... y con periodicidado el Congreso Internacionalidem)

2.4.- Participación institucional: describir y justificar cuáles son los aspectos de participación supraservicio que el candidato a la especialidad a la que opta debe ofrecer a la institución en la que se integrase.

2.4.1. - Desarrollo y mantenimiento del Sistema de Información del Hospital.

2.4.2. - Sesiones hospitalarias.

2.4.3. - Comisiones o grupos de trabajo hospitalarios o en colaboración con el área de Atención primaria. Incluir las Comisiones clínicas en donde la participación del especialista de que se trate puede tener un papel estratégico. Las Comisiones Clínicas que deberían funcionar de forma obligatoria (reguladas por Real Decreto) en todos los centros hospitalarios del antiguo INSALUD son: Comisión de infecciones y política antibiótica, Comisión de historias clínicas, Comisión de tejidos, Comisión de mortalidad, Comisión de Farmacia, Comisión de tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos, Comisión de investigación, docencia y formación continuada, Comisión de docencia, Comisión de ética de la investigación clínica, Comité de seguridad y salud. Otras Comisiones clínicas habituales son: Comisión de Atención al paciente, Comisión de Biblioteca, Comisión de Catástrofes, Comisión de Ética Asistencial, Comisión de Hemoterapia y Hemotransfusión, Comisión de Nutrición, Comisión de Transplantes, Comisión de Tromboembolias, Comisión de Tumores.

2.4.4. - Proyectos de coordinación primaria-especializada. Mencionar la actividad sin desarrollar la metodología.

2.4.5. - Participación en grupos de interés comunitario, participación ciudadana, ONG, etc. (Ejemplo: Sociedades de afectados de Fibrosis Quística....)

2.5.- Coordinación entre distintos niveles asistenciales, distintas especialidades y servicios centrales. Forma parte de la actividad profesional del especialista. Además tiene otras implicaciones: la simple existencia de coordinación mejora la calidad y la atención a los pacientes y en muchos casos hasta disminuye el gasto; por otro lado, muchos problemas asistenciales se deben simplemente a la falta de coordinación. La redacción de este apartado puede variar considerablemente en función de la especialidad. Posibles ejemplos de iniciativas válidas de coordinación podrían ser:

2.5.1. - Entre especialidades o con servicios centrales: Elaboración de protocolos conjuntos de derivación, interconsulta o adecuación de pruebas diagnósticas. Elaboración de documentos de consentimiento informado conjunto. Planificación de sesiones clínicas conjuntas. Determinación de los niveles mínimos de información clínica sobre el paciente que deben de estar presentes en el documento de derivación, al indicar una interconsulta o una prueba complementaria. Establecimiento de un circuito de información (como va y viene la información y resultados entre los servicios implicados. Ejem: servicio clínico-servicio central), sistema de prioridades (preferente, urgente, rutinario) y tiempos de respuesta (ejem: lograr compromisos de adecuación de la indicación para conseguir mejores tiempo de respuesta entre peticiones).

2.5.2. - Entre niveles asistenciales (primaria-especializada). Afecta prácticamente a todas las especialidades. Las iniciativas de coordinación se pueden plantear como problema-solución. A continuación, y a modo de reflexión inspiradora de ideas, se expone un pequeño esquema con algunos ejemplos de posibles problemas de coordinación entre niveles asistenciales y sus posibles soluciones. Hay muchas opciones válidas a la hora de preparar este apartado y dependerá de cada especialidad y de la visión particular de cada uno. Se puede desarrollar uno solo de los aspectos o enumerar y describir brevemente los problemas y/o mejoras para la coordinación más frecuentes.

2.5.2.1 Sugerencias de problemas para la coordinación

- Problemas de continuidad: Una limitada comunicación entre especializada y primaria, tras el alta hospitalaria puede llevar a que no se cumplan protocolos de seguimiento crónicos o tratamiento ambulatorio. Cuando ocurre al contrario, la derivación de pacientes hacia especializada puede no ir acompañada de la información suficiente que permita al especialista valorar adecuadamente el caso.
- Calidad científico-técnica: Los criterios que debe cumplir el paciente para la derivación de patologías o el acceso a pruebas diagnósticas complementarias, debería ser pactado a priori entre ambos niveles.
- Accesibilidad: Los servicios de especializada que están disponibles desde atención primaria y viceversa deberían estar explícitamente recogidos en una cartera de servicios.
- Equidad: Las diferentes situaciones posibles de relación entre especialidades, centros de atención primaria, e incluso facultativos, provoca que la atención que

reciben nuestros pacientes pueda no ser equitativa, produciéndose diferencias en la capacidad de acceso a especializada entre pacientes con la mismas características.

- **Eficiencia:** La utilización inadecuada de pruebas complementarias o tratamientos, repercute en un incremento de los costes, que además pueden ser injustamente imputados, según el caso, tanto a primaria como a especializada.

2.5.2.2. - Posibles soluciones para la coordinación

- Creación de un modelo informatizado de informe de alta que incluya ítems específicos de recomendaciones al alta, pauta de tratamiento ambulatorio, recomendaciones para el médico de atención primaria y pauta de seguimiento recomendada.
- Reuniones personales entre especialistas y los médicos de atención primaria para la revisión conjunta de la evidencia existente y fijar criterios de derivación, indicación de pruebas o pautas de tratamiento ambulatorio.
- Establecer circuitos prácticos de consulta o tránsito de información. Utilización de nuevas tecnologías para compensar los problemas de accesibilidad, como por ejemplo, e-mail, videoconferencia, etc...)
- Realizar las recomendaciones de tratamiento al alta mediante la indicación de principios activos en lugar de preparados comerciales, para permitir que el médico de atención primaria escoja la opción más adecuada en costes.

3.- Niveles de Responsabilidad del facultativo especialista

Este apartado, a pesar de lo que pudiera parecer, es uno de los más sencillos de elaborar. La redacción de este punto no difiere en modo alguno entre los especialistas de atención especializada y, muy ligeramente con los de Atención primaria. Afortunadamente este tema, a diferencia de la mayoría de los otros, ha sido muy bien tratado en varios textos que han surgido para la preparación de la memoria. Aunque la estructura de memoria que proponen no es muy adecuada, el tema de responsabilidad puede encontrarse prácticamente desarrollado en el material facilitado por el Colegio de Médicos de Madrid o en el libro de la editorial MAD: "Guía para la elaboración de la Memoria y la Realización de la Entrevista. No olvidar que en ambos casos el tratamiento que recibe el tema es demasiado extenso, a pesar de que, tal vez, éste sea el apartado de menor importancia relativa en la memoria. Creemos que su desarrollo para la preparación de la memoria no debería extenderse más allá de una página. Los apartados fundamentales pueden ser:

3.1.- Responsabilidad estatutaria. En tanto en cuanto el facultativo está obligado al cumplimiento de un Estatuto jurídico de la Seguridad Social, y a otras disposiciones de diferentes instancias.

3.2.- Responsabilidad por la práctica asistencial. La derivada directamente de la actividad asistencial y sus consecuencias inmediatas. Responsabilidad Civil, Patrimonial (póliza del seguro) y Penal.

3.3.- Responsabilidad Ética.

4.- Estructura del Servicio

En este apartado se deben recoger los aspectos de la estructura, dotación y organización ideal de un servicio de la especialidad que se trate. No se debe entrar en el detalle de las dimensiones de la estructura (cantidad de personal, nº de camas, etc), sino en la división funcional teórica:

4.1.- Recursos humanos: Tipo de personal con el que debe contar un servicio de la especialidad (jefe, especialistas, enfermera, auxiliar administrativo, celadores.....)

4.2.- Estructura física: describir los espacios mínimos imprescindibles con que debe contar un Servicio de la especialidad. Por ejemplo: Área de hospitalización, Salas de curas, Quirófanos, Consultas, Despachos, Laboratorios, Salas de tratamiento ambulatorio, Habitaciones especiales de aislamiento, Zonas de críticos, Salas de Rehabilitación, etc.

4.3.- Dotación técnica y de aparataje: Instrumental, sistema informático, etc.

4.4.- Estructura organizativa teórica y directiva teórica con que podría contar un Servicio de la especialidad:

- Describir una posible división funcional en secciones; con descripción si procede (Ejem:

- Cardiología: Patología coronaria, valvular, arritmias, ecocardiografía...).
- Describir una posible dotación de otros profesionales no facultativos y tareas asignadas (Ejem: Psicólogos en Oncología o Rehabilitación).
- Describir una posible estructura directiva (Jefe de Servicio, Jefe de Sección, Coordinadores específicos) y metodología de coordinación (Ejem: Comisiones intraservicio en los que estén representados todos los profesionales y todos los estamentos del servicio con un periodicidad... en los que se traten problemas específicos: material, división y programación de tareas, pacto de objetivos, transmisión de estrategias procedentes de dirección, protocolos...).

5.- Gestión clínica y de la calidad del Servicio

5.1.- La Historia Clínica (HC) es una herramienta fundamental de calidad y de gestión, además de ser una fuente de datos imprescindible para la asistencia. Por otro lado, la HC tiene un valor de cobertura legal tanto del médico como del paciente, puesto que es el principal registro de la asistencia prestada y referencia obligada ante cualquier demanda sobre la praxis médica. La información contenida en la HC es una pieza clave de los sistemas de información de los centros y, como tal, susceptible de ser tratada de forma informatizada. El desarrollo de modelos específicos de HC adaptados a cada especialidad es un requisito para la estandarización de la información. Desarrollar en un pequeño apartado aspectos distintivos del formato de HC de su especialidad, deteniéndose especialmente en aquellos elementos de información de especial importancia para su tratamiento informático, con el fin de obtener en un futuro información útil para la gestión clínica del servicio. También es importante poner los medios para garantizar la confidencialidad de la información contenida en la HC y en los soportes informáticos.

5.2.- Describir los procesos clave de la especialidad, dando prioridad a aquellos en los que por su volumen, coste, o resultados críticos, sería de mayor interés y utilidad la protocolización y evaluación de forma continuada en la especialidad de que se trate. Estos procesos pueden escogerse, por ejemplo, basándose en su frecuencia, su gravedad, su coste, o por su gran potencial de mejora. (Ejem: Atención del niño sano en Pediatría Primaria, Bronquiolitis en niños con cardiopatía congénita en Pediatría especializada, Infección VIH en Medicina Interna, Cirugía Mayor Ambulatoria en los Servicios Quirúrgicos.)

5.3.- Describir las *herramientas de monitorización* de la actividad clínica en la especialidad a la que se opta. En relación con el punto anterior y de forma general, escoger las herramientas que permitan conocer, evaluar y gestionar la práctica clínica en esos procesos clave:

5.3.1.- Indicadores clave de estructura, proceso y resultado: Indicadores clínicos específicos de la especialidad y con referencia en la literatura. Deben medir aspectos importantes (fundamentalmente de calidad técnica) de los procesos diagnósticos y terapéuticos, tanto de bondad de proceso como de efectividad de resultado. Pueden ser globales o específicos para un grupo de pacientes o un proceso. Pueden cubrir áreas asistenciales distintas, como la hospitalización, urgencia, consultas, quirófanos, laboratorios, procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Siempre que sea posible añadir estándares sacados de la experiencia o de la literatura (valores de referencia).

5.3.2.- EscORES clínicos: Ejem. IPSS, Apache, Apgar, NNIS, etc. Sistemas de puntuación estandarizados y documentados que sirven para medir y estratificar la situación clínica de los pacientes, con el fin de obtener resultados comparables con otros centros.

5.3.3.- Análisis del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos). El CMBD es la base de datos que se deriva de la codificación y tratamiento informático de la información recogida en el informe de alta. Es, a su vez, la fuente primaria de información que utilizan los sistemas de *Case-mix* (ver más abajo). Un buen informe de alta debe recoger toda la complejidad de diagnósticos y procedimientos del paciente. Si el informe de alta recoge la verdadera complejidad, mejorará la calidad del CMBD y el Case-Mix, y como consecuencia la financiación del centro. El CMBD es por tanto muy dependiente de la calidad de la información que ofrezca el informe de alta. Por tanto, para la memoria, en este punto conviene describir criterios de calidad específicos del informe de alta de la especialidad, con los ítems más relevantes y peculiaridades que sea preciso reseñar. El objetivo del informe de alta es en primer lugar la información y la continuidad de la asistencia, pero como segundo objetivo debe garantizar la calidad del CMBD. Para ello el informe de alta debe recoger todos los diagnósticos y

procedimientos (procedimientos diagnósticos, terapéuticos o intervenciones quirúrgicas) que se le han realizado al paciente).

5.3.4.- Sistemas de *Case-Mix* (igual que el anterior solo para especialidades que atiendan pacientes y den altas). Son sistemas de clasificación de procesos asistenciales o de pacientes, con el fin de estandarizar la actividad y hacerla comparable entre centros. También sirven para la asignación de los costes por proceso, al agrupar bajo un mismo epígrafe casos de similar complejidad. El más conocido en atención especializada es el sistema de GRD, aunque existen otros como los PMC. En el ámbito de Atención primaria también hay herramientas de este tipo como los AVG y APG. En este apartado es conveniente mencionar los 5 o 10 GRDs (o sistema equivalente) más frecuentes de la especialidad (En caso de que no sean conocidos de antemano, consultar en la página web del INSALUD, o mejor en el servicio de codificación del hospital). La lista completa de GRDs se encuentra en el apéndice del libro de la editorial MAD pero están sin clasificar por especialidades.

5.3.5.- Describir como se realiza la evaluación económica de la actividad asistencial vuestra especialidad. En la Web del INSALUD está disponible un libro electrónico del GECLIF (Gestión clínico financiera) con una interesante introducción a este tema. Además cuenta con algunos apartados de definiciones que también pueden ser de interés. En cualquier caso hay que advertir que al margen de estos puntos, el libro es muy especializado y en ningún caso es preciso utilizarlo o estudiarlo para la preparación de la memoria, digamos que sirve como consulta para aclarar el significado y utilidad de algunas de estas herramientas. Se puede encontrar en la siguiente dirección: <http://www.msc.es/insalud/docpub/internet/geclif/geclif.htm> (Ocupa 12 MB y tarda bastante de tiempo en cargarse)

- Existen algunas especialidades (sobre todo en Servicios Centrales) que disponen ya de sistemas de evaluación económica basados en Unidades Relativas de Valor (URVs). Algunas sociedades científicas, como en el caso de la Soc. de Radiología, tienen establecido y publicado un sistema de URVs. Cuando esto sea así, en este apartado se debería mencionar o discutir brevemente.
- En otras especialidades, los aspectos económicos son muy difíciles de tratar, y lo más que se puede pretender es describir las herramientas que fomentan el ajuste de la asistencia a protocolos de atención correcta en el aspecto científico-técnico y no sobreutilizadores de recursos. El coste de estos prototipos ideales de asistencia puede entonces cuantificarse no sólo monetariamente, sino en consumo explícito de recursos (Por ejemplo: días de estancia, pruebas, exploraciones, medicamentos, material quirúrgico, etc). Estas medidas de consumo de recursos pueden entonces ser utilizadas como estándar de referencia para compararlas con la realidad. Este enfoque se adapta muy bien a la herramienta de las Vías Clínicas, que se tratará en el siguiente apartado. (Ejemplo: en los procesos claves de la especialidad, aquellos priorizados por frecuencia o coste, permitirá sugerir la evaluación económica de la actividad mediante la creación de una vía clínica que cuantifique parámetros que indiquen gasto de forma directa o indirecta, como: días de estancia, pruebas, exploraciones, medicamentos, material quirúrgico, etc).

Comentario: El gecif

5.4.- Describir la gestión de la calidad del Servicio ideal para la especialidad a la que se opta. Este apartado no es un Plan de calidad para el servicio porque eso requeriría entrar en el detalle de la situación de cada puesto y de cada centro concreto, circunstancia que choca con el espíritu de la memoria. Por el contrario, tan sólo puede hacerse un análisis general desde la perspectiva de la especialidad. El demostrar conocimiento o tratar modelos generales de gestión de la calidad, tipo EFQM (modelo europeo de calidad de organización) o de certificación tipo ISO, creemos también que están fuera del alcance de la visión individual de un facultativo, objetivo de la memoria, ya que se están implantando al nivel de organización y no de servicio; en todo caso se pueden nombrar. En general se proponen 5 dimensiones principales de calidad (las ponemos a continuación). Cada una tiene diversas herramientas (ponemos algunos ejemplos). Para preparar la memoria os sugerimos desarrollar al menos una herramienta de cada dimensión, particularizadas para vuestra especialidad (si tenéis dificultad en desarrollar este punto los coordinadores de calidad de vuestro Hospital os pueden ayudar):

5.4.1.- Calidad Científico-técnica: Revisiones bibliográficas, Desarrollo de protocolos o vías clínicas, Auditorias de adecuación de procesos (Conformidad de los procesos con los

protocolos establecidos), Auditoria de Historias Clínicas, Estudios de Efectividad clínica, Estudios de frecuencia de efectos adversos o complicaciones, Circuitos de pruebas diagnósticas (Estudio de las demoras en pruebas diagnósticas), Estudios de concordancia Clínico-anatomopatológica, Estudios de validez de pruebas diagnósticas, Estudios de impacto en calidad de vida, etc. En este apartado también se pueden mencionar las fuentes bibliográficas de evidencia que pueden utilizarse para el desarrollo de estas herramientas (con especial detenimiento en fuentes específicas de la especialidad que se trate).

5.4.2.- Calidad Percibida e Información. La calidad percibida por el paciente está muy relacionada con sus expectativas, y a su vez las expectativas se modulan con una correcta información. La mayor parte de reclamaciones de los pacientes están relacionadas con la interpretación personal que hacen de cualquier evento durante su atención, en un contexto de información insuficiente. Por el contrario, un paciente que recibe un trato personalizado y bien informado de las alternativas que existen y los resultados esperables, estará mejor preparado para valorar positivamente su atención, incluso los aspectos adversos de la misma. En este apartado se pueden incluir diversas iniciativas como: Desarrollo de folletos informativos, desarrollo de los documentos de consentimiento informado, encuestas de satisfacción a los pacientes, etc.

5.4.3.- Eficiencia: Estudios de minimización de costes, Estudios de coste-efectividad, Estudios de coste beneficio, etc. Aunque existe una gran necesidad de ellos, este tipo de estudios son complejos de diseñar y realizar. Los más factibles son los de minimización de costes que buscan la alternativa más barata ante opciones que conducen a un mismo resultado de salud.

5.4.4.- Satisfacción de los profesionales. Encuestas de satisfacción de los profesionales, análisis de sistemas de incentivos profesionales.

5.4.5.- Accesibilidad: Iniciativas de gestión eficiente de la lista de espera, sistema de citación de consultas, horario de atención o información, etc.