

Plan de Calidad

NUEVAS
ESTRATEGIAS
PARA LA SANIDAD
ANDALUZA



Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales

Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales

GUÍA de diseño y mejora continua de
procesos asistenciales : calidad por sistema.
— [Sevilla] : Consejería de Salud, [2001]

181 p. ; 27 cm

ISBN 84-8486-024-8

1. Calidad de la atención de salud.
2. Control de calidad. 3. Sistema de salud-Organización y administración.
4. Andalucía. I. Andalucía. Consejería de Salud
W 84

GUÍA DE DISEÑO Y MEJORA CONTINUA DE PROCESOS ASISTENCIALES

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-3236-2001

ISBN: 84-8486-024-8

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Mailing Andalucía

Presentación

Es una gran satisfacción poder presentarles esta Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales, con la que queremos poner en manos de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía una herramienta útil para el desarrollo de una de las estrategias centrales del Plan de Calidad de la Consejería de Salud: la de impulsar un modelo de gestión por procesos asistenciales en todas las organizaciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma.

El desarrollo de un modelo de gestión por procesos en Andalucía constituye un importante proyecto que pretende el reanálisis de los flujos de trabajo que tienen lugar en la atención sanitaria, teniendo en cuenta la multiplicidad de escenarios, la participación de diferentes colectivos profesionales y el carácter secuencial de las actuaciones, con el fin de abordar los procesos asistenciales de forma integral. Desde esta perspectiva, la continuidad asistencial, la adecuada coordinación entre niveles asistenciales, así como la orientación hacia los resultados se erigen en dimensiones claves del concepto de calidad que deseamos impulsar.

La Guía obedece, pues, al interés por dotar a los profesionales de un instrumento práctico que les permita analizar su realidad asistencial de manera homogénea, en orden a promover la incorporación de mejoras en el desarrollo de los diferentes procesos asistenciales en los que participan. El fin último: ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas de los destinatarios de los mismos, es decir, de los ciudadanos y de los propios profesionales que los realizan.

Queremos expresar que esta Guía es, sobre todo, fruto del esfuerzo de un amplio grupo de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que han simultaneado la tarea de diseño de la misma, a la vez que han trabajado en el análisis de los primeros procesos asistenciales incorporados al Mapa de Procesos del SSPA. Esta labor paralela ha permitido ir más allá de una visión meramente teórica del modelo de gestión por procesos, y ha supuesto un avance hacia una orientación más práctica y adaptada a la realidad de nuestros servicios sanitarios.

Esperamos que este trabajo sea un soporte adecuado para el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos y una herramienta útil que estimule y extienda la cultura de la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios de Andalucía.

Francisco Vallejo Serrano
Consejero de Salud de la Junta de Andalucía

Índice

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| I. INTRODUCCIÓN. CALIDAD ASISTENCIAL Y GESTIÓN POR PROCESOS. ESTRATEGIAS PARA LA SANIDAD ANDALUZA..... | 9 |
| II. DESCRIPCIÓN Y DISEÑO DE PROCESOS ASISTENCIALES EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA | 13 |
| 1. Introducción | 13 |
| 2. Identificación de los procesos clave | 15 |
| 3. Descripción y diseño de los procesos asistenciales. Bases metodológicas | 18 |
| III. PROPUESTAS PARA INCORPORAR LA MEJOR EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE EN EL DISEÑO DE PROCESOS ASISTENCIALES | 69 |
| 1. Conceptos básicos..... | 69 |
| 2. Formulación de preguntas relevantes para obtener evidencias..... | 71 |
| 3. Recursos disponibles para localizar las mejores evidencias..... | 72 |
| IV. IMPLANTACIÓN DE LOS PROCESOS EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA..... | 75 |
| 1. Características de la organización | 75 |
| 2. Claves estratégicas..... | 76 |
| 3. Metodología de implantación..... | 78 |
| 4. Estrategia general de implantación de los procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía | 80 |
| V. CONTROL Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES..... | 83 |
| 1. Fases del seguimiento de los procesos | 83 |
| 1.1. Control del proceso | 84 |
| 1.2. Mejora continua..... | 84 |
| 2. Mecanismos para la evaluación y seguimiento de los procesos | 89 |
| 2.1. Ciclos de Mejora | 89 |
| 2.2. Benchmarking | 93 |
| 2.3. Auditorías de calidad | 94 |
| Bibliografía | 97 |
| Anexos..... | 101 |
| Anexo 1. Glosario de términos | 101 |
| Anexo 2. Fuentes seleccionadas de información sobre efectividad clínica..... | 107 |
| Anexo 3. Informes generales de expectativas..... | 111 |
| Anexo 4. Ejemplo de Introducción a los procesos..... | 119 |
| Anexo 5. Ejemplos resumidos de Guías de Práctica Clínica | 121 |
| Anexo 6. Ejemplo de Informes Específicos | 127 |
| Anexo 7. Ejemplo de Plan de Implantación | 133 |
| Anexo 8. Resumen del diseño del proceso Diabetes | 137 |
| Anexo 9. Equipos de trabajo | |

I

Introducción. Calidad asistencial y gestión por procesos. Estrategias para la sanidad andaluza

Desde hace varias décadas, los servicios sanitarios se han preocupado por optimizar sus resultados y aproximarse a las necesidades de los pacientes y usuarios del sistema, así como a las de las personas que desarrollan su labor profesional prestando servicios de salud. Las estrategias de gestión centradas en la Calidad Total¹ han supuesto un paradigma al que aproximarse desde diferentes perspectivas, en función del marco socio-político (en el entorno andaluz centrado en el derecho a la salud, y los principios de universalidad y equidad), del financiador y del proveedor de los servicios.

La gestión de la Calidad Total se sustenta en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales, y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que se realizan. En la anterior década, este abordaje comenzó a resultar insuficiente en una sociedad en continuo movimiento, donde las exigencias de los usuarios y sus necesidades están en permanente cambio. Así, estas líneas de acción necesitan complementarse con una visión ágil e innovadora que consiga la fidelización del cliente, pues éste no sólo espera calidad en los productos o servicios sino también que éstos se adapten permanentemente a sus necesidades.

En el ámbito sanitario, la correcta integración tanto del conocimiento como de la organización de la asistencia centrada en el paciente no siempre es una realidad. De hecho, es posible que ocurra lo contrario, ya que en un contexto de este tipo (necesidades cambiantes, rápidos avances tecnológicos y constantes aportaciones a la base de conocimientos científicos), sin una gestión adecuada de los diferentes elementos que lo conforman, la práctica clínica puede encontrar una variabilidad por encima de lo razonablemente esperable, puede alejarse con facilidad de los intereses de los pacientes, y puede olvidar también el papel de los profesionales en la gestión de los problemas de salud.

La gestión por procesos se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total en un entorno de las características mencionadas. Es decir, procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el proceso asistencial en sí mismo. En este sentido, supone el cambio de la organización basado en la implicación de las personas para mejorar los resultados de la misma; un cambio que trata de construir una nueva realidad, no de destruir la anterior.

¹ TQM (Total Quality Management).

La gestión por procesos se centra, pues, en una serie de elementos fundamentales, como son:

- enfoque centrado en el usuario,
- implicación de los profesionales,
- sustento en la mejor práctica clínica a través de Guías de Práctica y desarrollo de vías clínicas,
- desarrollo de un sistema de información integrado.

La gestión por procesos que se plantea desde Andalucía incluye además un elemento de sustancial importancia, **la continuidad de la atención**, dirigida a procurar una entrega de servicios única y coordinada.

Así, la **gestión integral de procesos** se basa en la visión del proceso como el devenir del paciente a través del sistema sanitario y en su deseo de conseguir una **atención y respuesta única** a sus necesidades y problemas de salud. Como contexto, el punto de partida es de un sistema sanitario que no favorece al paciente y que, con frecuencia, le traslada la organización de sus servicios, fragmentando y dividiendo la asistencia como si cada actuación sobre el mismo usuario correspondiera a un paciente diferente.

De esta forma, la Consejería de Salud, a través del Plan Marco de Calidad y Eficiencia, propone el abordaje integral de los procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, una gestión integral que se basa en los principios básicos antes citados y que, a continuación, se explican más detalladamente:

- **Centrar las actuaciones en el usuario**, teniendo en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas, y midiendo su grado de satisfacción.

Por ello, el paso previo al diseño de un proceso debe ser el conocimiento y la comprensión de las necesidades y expectativas de quienes van a utilizar los servicios. Esto supone que el usuario introduce en la definición y medición de la calidad aspectos nuevos que trascienden los meramente técnicos o científicos. La calidad, así entendida, implica y mide también un conjunto de relaciones: las que se producen entre profesionales, usuarios y empresa.

Esta perspectiva proporciona, pues, una forma de enfocar el proceso de atención que favorece un cambio cultural en la organización, dirigido a no olvidar en ningún momento cuál es el verdadero centro de las actividades: el paciente.

- **Implicar a los profesionales en la gestión del proceso** del que forman parte, convirtiéndolos en los motores del cambio y en los protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones, la gestión de los recursos, la organización de las actividades que componen el proceso, los procedimientos adecuados en cada momento y la mejor entrega de servicios. Integra por tanto la **gestión clínica**, y pretende aportar una visión dinámica de la contribución de los profesionales a la gestión.

Por otro lado, pone especial énfasis y, en cierta medida, obliga a construir el proceso sobre el trabajo en equipo, aunando personas de diferentes disciplinas, que desarrollan su actividad en diferentes espacios, en aras de lograr un proceso de atención coherente e integrado.

- **Práctica clínica adecuada**, que aporta al proceso las recomendaciones clínicas necesarias en forma de guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados que sustenten cada una de las actuaciones, y que incorporen las innovaciones necesarias establecidas durante el rediseño del proceso.
- **Sistema de información integrado**, que proporcione el conocimiento necesario sobre qué actividades se realizan, para quién, en qué momento, cuál es la efectividad de estas actuaciones y su coste. Es decir, un sistema de información que permita evaluar las intervenciones para la mejora continua.

- Por último, **la continuidad de la asistencia**, como objetivo fundamental. Se trata no sólo de mejorar el qué y cómo se realizan las actuaciones, sino también el cuándo, parámetro que se relaciona directamente con la efectividad y eficiencia de las mismas. Así, el objetivo se centra en romper las interfases, rellenar los espacios en blanco, y en eliminar las actuaciones que no aportan valor añadido al proceso de atención.

La Consejería de Salud ya ha iniciado este camino, construyendo paulatinamente un modelo de gestión integral de procesos, en unos casos desde la aparición de síntomas y signos de enfermedad aguda o crónica (proceso Accidente Cerebro-Vascular, Dolor Torácico, Cataratas ...) y, en otros, desde el diagnóstico precoz (proceso Cáncer de Mama, Cáncer de Cérvix..). No obstante, tiene el objetivo de ir ampliando progresivamente este modelo hacia una visión global: desde el abordaje de factores de riesgo hasta la rehabilitación y cuidados de prevención terciaria.

En esta publicación se presentan de forma ordenada todos los pasos necesarios para desarrollar un sistema de **gestión integral de los procesos asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía**, que son:

- Elaborar el mapa de procesos y priorizar los procesos considerados clave (capítulo II.2).
- Diseñar la forma más adecuada para abordar cada uno de los procesos asistenciales (capítulo II.3), incorporando en ellos la mejor evidencia científica disponible (capítulo III).
- Implantar los procesos en la organización (capítulo IV).
- Evaluar los procesos y elaborar el Plan de Mejora Continua (capítulo V)

II

Descripción y diseño de procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía

1. INTRODUCCIÓN

Un proceso se puede definir de varias formas:

- Secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada (JM Costa i Estany)
- Sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido.
- Organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñadas para generar un resultado específico (EFQM- European Foundation for Quality Management).
- Concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio (A. Arcelay).



Figura 1. Secuencia de actividades de un proceso.

En todas estas definiciones el concepto subyacente es el mismo:

Un conjunto de actividades destinadas a generar valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente



Figura 2. Definición de proceso. Tomado de Costa y asociados.

Por ello, en el marco de la organización sanitaria pública, un **proceso asistencial** es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc).

Y la **gestión por procesos** implica 'reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales'.

En este sentido, un proceso asistencial debe tener una **misión** claramente definible (qué, para qué y para quién), unas **fronteras** delimitadas con entradas y salidas concretas, secuencias de **etapas** claramente integrales y debe poder **medirse** (cantidad, calidad, coste).

Pero no todos los procesos que se llevan a cabo en las organizaciones tienen las mismas características, motivo por el que se pueden clasificar, en función del impacto más o menos directo sobre el usuario final, de la siguiente forma:

- **Procesos estratégicos:** adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios. En definitiva, guían a la organización para incrementar la calidad en los servicios que presta a sus clientes. Están orientados a las actividades estratégicas de la empresa: desarrollo profesional, marketing, ...
- **Procesos operativos:** aquéllos que están en contacto directo con el usuario. Engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido y tienen mayor impacto sobre la satisfacción del usuario. Todos los procesos clínico-asistenciales se pueden considerar incluidos en esta categoría.
- **Procesos de soporte:** generan los recursos que precisan los demás procesos.

| PROCESOS ESTRATÉGICOS O DE GESTIÓN | PROCESOS OPERATIVOS O CLAVE | PROCESOS DE APOYO O SOPORTE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| NECESARIOS PARA EL MANTENIMIENTO Y PROGRESO DE LA ORGANIZACIÓN: | GUARDAN RELACIÓN DIRECTA CON LOS CLIENTES. TIENEN IMPACTO SOBRE SU SATISFACCIÓN: | APOYAN A LOS PROCESOS OPERATIVOS PARA QUE SE CUMPLAN: |
| Plan Estratégico. Encuestas de satisfacción. Planes de Calidad. Plan Investigación. Autoevaluación ... | Proceso clínico-asistencial. | Gestión pacientes. Almacén. Hostelería, Mantenimiento. Farmacia.... |

Figura 3. Tipos de procesos. Tomado de Xavier Badía.

Para la representación esquemática de los procesos se utiliza con frecuencia la **metodología IDEF** (Integration Definition for Function Modelling), pues ésta permite:

- Definir y dibujar **cómo un proceso se relaciona** y está integrado con el resto de procesos de la organización.
- Representar **gráficamente cada proceso por separado**, en forma de caja que recibe **tres tipos de entradas** y que, tras aportar valor añadido, emite una **salida**.

Las **entradas del proceso** son: por la izquierda, solicitud o requerimiento del servicio; por la parte inferior, los recursos consumidos (materia prima, servicios externos, información, ...); y, por la parte superior, los factores que condicionan la forma en que se presta el servicio (denominados por algunos autores 'guías') y que incluyen protocolos, necesidades del usuario, presupuestos, **La salida del proceso** es el servicio facilitado al usuario.

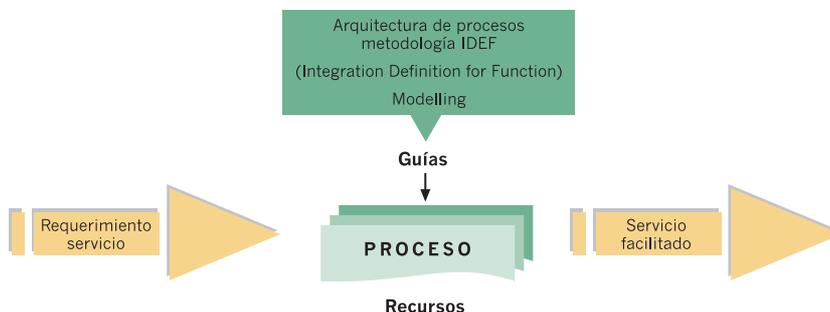


Figura 4. Descripción de un proceso según metodología IDEF.

Este método de representación básico propuesto por la metodología IDEF ha servido de base para el modelo desarrollado en Andalucía, si bien se ha adaptado y modificado según las necesidades de la gestión por procesos en esta Comunidad Autónoma, y se ha buscado la mayor simplicidad y claridad posibles.

Así, según las líneas marcadas en el Plan de Calidad, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se apuesta por la implantación de una estrategia de **gestión integral de procesos asistenciales**. Por ello, se describe a continuación qué procesos operativos o clave se han seleccionado para proceder a su reanálisis y, en el siguiente punto de este capítulo, se expone la metodología adoptada para el diseño de los procesos asistenciales.

Ésta es fundamentalmente una metodología de consenso entre los profesionales que intervienen directamente en las actividades asistenciales propias de cada proceso. De ahí que todas las etapas estén sustentadas en el trabajo en equipo, al considerar que son los propios profesionales quienes mejor conocen los procesos y sus posibilidades de mejora.

La propuesta metodológica que se realiza en los siguientes apartados es muy sintética. Se ha optado por no realizar una descripción muy detallada de las bases metodológicas en las distintas etapas de diseño de los procesos, y sí por incidir más en la presentación de numerosos ejemplos, basados en algunas partes del trabajo global que distintos grupos de profesionales andaluces están llevando a cabo en la actualidad, y que servirán para ilustrar y clarificar las ideas expuestas.

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS CLAVE

La gestión por procesos exige en primer lugar una estrategia de identificación de los procesos que en la organización se consideran prioritarios (procesos 'operativos' o 'claves'), y, a continuación, una ordenación según su importancia, el impacto que pueda tener su rediseño sobre los usuarios, el interés por su mejora continua, etc.

En el caso del Sistema Sanitario de Andalucía, la identificación y priorización se ha realizado mediante la constitución de un grupo de expertos, que ha analizado las fuentes de información disponibles de la Consejería de Salud:

- Distribución de las altas por GRDs más frecuentes.
- Datos de Lista de Espera Quirúrgica del año 2000.
- Estadísticas de Mortalidad Evitable.
- Datos de CMBD del año 1999.

y otras fuentes documentales:

- Producto en Atención Primaria. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud.
- Estudio DRECA.
- Informe SESPAS 2000 (Salud Pública y Administración Sanitaria).
- Plan Andaluz de Salud 1999. Consejería de Salud.
- Proyecto de análisis y desarrollo de un sistema de información sanitaria en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tras el análisis y debate sobre dichas fuentes, se han priorizado los procesos operativos-claves mediante los siguientes pasos:

1. Adaptación de una parrilla de priorización según criterios específicos
2. Definición, mediante consenso entre el grupo de expertos y la Consejería de Salud, de los criterios específicos seleccionados:
 - Alta prevalencia.
 - Lista de espera.
 - Impacto social.
 - Coste elevado.
 - Casuística más frecuente.
 - Aportación de valor añadido a los usuarios.
 - Factibilidad para abordar el proceso.
3. Reanálisis del resultado de la priorización anterior y consulta a cargos directivos de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

Con esta información, y a partir del listado inicial de los procesos priorizados (unos 70 en total), la Consejería de Salud estableció cuáles serían los 20 primeros a abordar en el año 2001 (Mapa 1). Finalizado el período de descripción y diseño de éstos (seis meses aproximadamente), se han seleccionado otros 21 que ocuparán el segundo período (Mapa 2). Así, a lo largo del año 2001 se habrán analizado y diseñado en total 41 procesos asistenciales, que, en conjunto, suponen más de un 90% de las patologías que se tratan en los centros sanitarios andaluces.

Además, se están abordando también otros procesos, ya sea relacionados directamente con áreas de salud pública de especial relevancia (tuberculosis, brucelosis, factores de riesgo cardiovascular, ...) o con otros aspectos de interés debido a su novedad o a la necesidad de valorar su factibilidad (tratamiento del dolor con acupuntura).

La tarea de análisis y diseño de todos estos procesos se está realizando a través de otros tantos grupos de trabajo multidisciplinares, constituidos, como ya se ha citado, por profesionales sanitarios directamente implicados en el desarrollo de tareas asistenciales.

Para realizar el trabajo de diseño de procesos, el responsable-coordinador de cada grupo ha asistido a un taller sobre gestión por procesos, y todos los demás miembros han recibido documentación diversa sobre aspectos metodológicos, así como un guión, homogéneo para todos los grupos, de las distintas sesiones de trabajo que hay que desarrollar. Además, cada una de las personas del grupo central de expertos han asesorado en diversas etapas a los correspondientes grupos, y han participado junto con ellos en la revisión final de los trabajos.

La metodología que se está utilizando es la que se propone en el capítulo siguiente, y los resultados de cada grupo de trabajo, una vez diseñados los procesos y consensuada su implantación, se expondrán a todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Mapa de Procesos 1:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| • Ataque Cerebro Vascular | • Diabetes |
| • Atención al enfermo pluripatológico | • Demencias |
| • Cáncer de Cérvix y útero | • Embarazo, Parto y Puerperio |
| • Cáncer de Mama | • Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica |
| • Catarata | • Fractura de Cadera |
| • Cefaleas | • Hiperplasia Prostática benigna/Cáncer de Próstata |
| • Colecistitis, coledocistitis | • Insuficiencia Cardíaca |
| • Cuidados paliativos | • Patología Osteoarticular Crónica |
| • Dolor Torácico | • Síndrome de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones |
| • Dolor Abdominal | • VIH/SIDA |
-

Mapa de Procesos 2:

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------------|
| • Amigdalectomía/Adenoidectomía | • Hepatitis vírica |
| • Anemias | • Hernias abdominales |
| • Arritmias | • Insuficiencia venosa crónica |
| • Asma del adulto | • Otitis |
| • Asma infantil | • Politraumatizados |
| • Cáncer Colorrectal | • Prótesis articulares |
| • Cáncer de piel | • Síndrome febril de larga duración |
| • Disfonía | • Síndrome febril en el niño |
| • Disfunción tiroidea | • Trastornos de la conducta alimentaria |
| • Dispepsia | • Trasplante hepático |
| • Hemorragias uterinas anormales | |
-

Otros Procesos en desarrollo

- Brucelosis
 - Tuberculosis
 - Tratamiento del dolor con Acupuntura
-

3. DESCRIPCIÓN Y DISEÑO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES. BASES METODOLÓGICAS

La metodología de descripción y diseño de procesos asistenciales presenta como objetivo fundamental:

Establecer un modelo teórico al que se ha de ajustar el desarrollo de cada proceso asistencial integrado, en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Para ello, es imprescindible tener en cuenta las siguientes premisas básicas que deben estar presentes durante toda la fase de diseño del proceso asistencial, el cual ha de:

- Centrarse en el ciudadano, es decir, incorporar las expectativas de los usuarios.
- Garantizar la continuidad asistencial.
- Incluir sólo aquellas actividades que sí aportan valor añadido.
- Procurar la participación de todos los profesionales, asegurando su implicación y satisfacción.
- Ser flexible, para adaptarse a nuevos requerimientos e incorporar mejoras.

Con estas bases, la propuesta metodológica que se plantea comienza por delimitar el área de actuación asistencial, definir los destinatarios del proceso y explorar sus expectativas, diseñar los flujos y las actividades que conformarán el proceso, así como los distintos elementos que intervienen en el mismo, representarlo gráficamente, y aportar un conjunto pertinente de indicadores.

| | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| | 1. Definición funcional del proceso |
| 1. Definición global del proceso | 2. Límites del proceso: entrada, marginal y final |
| | 3. Responsable del proceso |
| 2. Destinatarios y objetivos del proceso | 1. Destinatarios y expectativas del proceso |
| | 2. Objetivos y flujos de salida. Características de calidad |
| 3. Componentes del proceso | 1. Elementos que intervienen y recursos del proceso |
| | 2. Actividades del proceso. Características de calidad |
| 4. Representación gráfica del proceso | Diagrama de flujos del proceso |
| 5. Indicadores | Estructura de indicadores del proceso |

1. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO

Es la primera etapa en la descripción del proceso. Por ello, es imprescindible una formulación adecuada que facilite su correcto desarrollo posterior. No se pretende realizar una definición estándar, sino centrar el proceso a través de una fase previa de discusión en la que los grupos de trabajo constituidos al efecto² :

- Caractericen el problema de salud, patología o síndrome, según el proceso natural del mismo, analizando las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Definan la tipología o categorías de pacientes aludidos o implicados en la descripción del proceso.
- Expongan la visión que tienen los distintos profesionales desde su nivel asistencial.
- Identifiquen de forma sencilla los principales problemas que condicionan su correcto manejo.
- Propongan un escenario común al que referirse a lo largo de la descripción del proceso.

1.1. Definición funcional

Se trata de definir de forma clara y práctica el proceso a través de sus funciones.

1.2. Límites del proceso

El proceso ha de ser continuo y fluido, con actividades y responsabilidades perfectamente definidas y concatenadas. Debe resultar sencillo identificar la entrada y la salida de la cadena asistencial, para establecer los límites del proceso. En definitiva, se trata de delimitar dónde empieza y dónde termina la secuencia de actividades relacionadas con el proceso.

Límite de entrada. En general, la entrada en el proceso puede producirse en cualquiera de los niveles de atención sanitaria (urgencias, primaria o especializada). En algunos procesos es más frecuente y lógica la entrada a través de algún nivel específico, mientras que en otros casos, al no existir un nivel de entrada “típico”, será conveniente caracterizar y describir las actuaciones del proceso según las diferentes vías de entrada.

Límites marginales. Están constituidos por aquellas actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

Límite final. Igual que con el límite de entrada, la salida del proceso puede producirse en cualquiera de los niveles asistenciales. En los procesos crónicos es muy frecuente que no se pueda identificar límite final, pues los pacientes necesitan recibir asistencia sanitaria durante toda su vida. En los procesos agudos sí se suele producir resolución y finalización del proceso.

1.3. Responsable del proceso

Persona o unidad cuya actividad está relacionada directamente con el desarrollo del proceso: es el responsable de la gestión sistemática del proceso y de la mejora continua del mismo.

El responsable de un proceso debe cumplir unos requisitos básicos:

- **Saber:** conocer en profundidad el proceso que va a liderar; disponer de conocimientos en metodología de calidad, gestión de procesos, gestión en las organizaciones sanitarias.

² Ver anexo 4 con ejemplo de introducción a un proceso.

- **Poder:** capacidad para la toma de decisiones y para facultar al personal ('empowerment') en la toma de decisiones sobre la gestión y mejora del proceso, en función del grado de responsabilidad delegada a cada uno. En este sentido, es importante la capacidad de liderazgo del Responsable.
- **Querer:** asumir voluntariamente la responsabilidad de la gestión del proceso.

Las funciones del Responsable del proceso se resumen en:

- Asegurar que el proceso se desarrolla como está diseñado.
- Buscar la participación y el compromiso de todas las personas que intervienen en el desarrollo del mismo.
- Garantizar el control y la mejora continua del proceso.
- Asegurar que el producto final satisface las necesidades del destinatario.
- Adaptarlo a las necesidades cambiantes de los usuarios, tecnología, etc.

El Responsable del proceso se debe definir siempre en el *nivel local*, cuando se vaya a realizar la implantación del proceso. Por tanto, debe ser una o varias persona/s concreta/s del área o equipo asistencial.

Tabla 1. Definición global del proceso

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definición funcional |
| Definición del proceso a través de sus funciones. |
| Límite de entrada |
| Momento de entrada del paciente en el proceso. |
| Límite final |
| Momento de salida del paciente del proceso. |
| Límites marginales |
| Actividades que no se van a abordar aunque pertenecen al proceso asistencial. |
| Observaciones |
| Aspectos de interés por su dificultad, implicaciones para la continuidad de la asistencia del proceso, etc. |

A continuación se presenta, a modo de ejemplo, la definición global de varios de los procesos ya diseñados. En uno de ellos se incluyen también las categorías diagnósticas a las que se refiere el proceso.

Ejemplo 1. Proceso Cefalea. Definición global

Definición funcional. Proceso por el cual ante un paciente con cefalea se realiza la anamnesis y examen físico, se diagnostica y se programa su tratamiento y seguimiento, estableciendo en cada caso la participación del Médico de Familia, Neurólogo u otro especialista que se precise para la correcta atención del paciente.

Límite de entrada. Demanda de atención por cefalea independientemente del dispositivo asistencial donde ésta se manifiesta (Consulta de C.S, Urgencias C.S, Hospital...). Se considera idónea la entrada a la cadena asistencial por Atención Primaria.

Límite final. Cuando, previo diagnóstico de su cefalea, se facilita al paciente el conocimiento de su problema de salud, se programa el tratamiento necesario y el seguimiento que corresponde a los distintos profesionales implicados, y se posibilita el acceso a neurología y/o a pruebas diagnósticas cuando los síntomas del paciente así lo precisen para su diagnóstico y tratamiento.

Límites marginales. Aunque el proceso debe garantizar el diagnóstico de cefalea primaria o secundaria, en caso de darse esta última, no se abordará el manejo de cada uno de los diferentes tipos de cefaleas secundarias.

Ejemplo 2. Proceso Cáncer de mama. Definición global

Definición funcional. Conjunto de actividades destinadas a la confirmación diagnóstica y tratamiento integral (quirúrgico, médico y apoyo) del cáncer de mama en pacientes procedentes de cualquier nivel asistencial: Atención Primaria, Especializada (Centros Periféricos de Especialidades, Hospitalización, Consultas Externas, Urgencias) o Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, que presentan signos/síntomas clínicos o hallazgos encontrados a través de una prueba diagnóstica con técnica de imagen sospechosos de malignidad.

Límite de entrada. Pacientes con síntomas/signos clínicos o hallazgos encontrados a través de una prueba diagnóstica con técnica de imagen sospechosos de malignidad.

Se consideran síntomas/signos clínicos de sospecha: nódulo palpable, secreción patológica (unilateral, unipórica y espontánea), cambios del complejo areola-pezones (inversión, retracción, ulceración, engrosamiento, edema, inflamación) y mastalgia no cíclica.

Se consideran hallazgos de sospecha en prueba diagnóstica con técnica de imagen todas aquellas lesiones palpables y no palpables con características encuadrables dentro de las categorías 3 (probablemente benigna), 4 y 5 (sospecha intermedia y alta) del sistema BI-RADS del Colegio Americano de Radiología.

Límite final. Si el diagnóstico es cáncer: Seguimiento o Proceso de Cuidados Paliativos

Si el diagnóstico es distinto de cáncer de mama: Subproceso 'Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama' (si está en la franja de edad 50-65 años).

Seguimiento especial: antecedentes familiares de cáncer de mama, hiperplasia epitelial intraductal con atipia y sin atipia.

Límites marginales. Cáncer de mama masculino.

Tumores no epiteliales de la mama (linfoma, sarcoma, melanoma).

Tumores metastásicos en la mama.

Ejemplo 3. Proceso VIH/SIDA. Definición global

Definición funcional:

Proceso que, tras la identificación de una situación o práctica de riesgo, conduce a:

- La programación de medidas preventivas de la infección por el VIH y el diagnóstico de la posible infección.
- Realización de prevención y actividades educativas y de consejo post-prueba.
- Programación de actividades de seguimiento ambulatorio del infectado por el VIH, adultos o niños, entre los distintos niveles asistenciales: Atención Primaria / Prisiones / Atención Especializada, para la valoración inicial, planificación de cuidados, tratamiento de la infección por el VIH, y profilaxis y tratamiento de las infecciones asociadas.
- Programación de actividades de seguimiento de la mujer embarazada infectada por el VIH: seguimiento del embarazo, atención al parto, y atención y seguimiento del recién nacido.
- Programación de actividades en régimen de hospitalización convencional/hospitalización de día, que incluya los criterios de ingreso, de cuidados y de alta en estos dispositivos.
- Actividades de coordinación con organizaciones de apoyo social: servicios sociales, ONGs,... para la planificación de medidas de soporte individual y social de las personas afectadas.

Límite de entrada

Situación de infección por el VIH o práctica de riesgo de infección detectadas en Centros de Atención Primaria, Centros de Atención Especializada, Centros de E.T.S., centros de drogodependencia, prisiones, Centros de Hemodonaciones y otros centros.

Tales situaciones o prácticas serían: uso de droga por vía parenteral, prácticas sexuales no protegidas homo- o heterosexuales (parejas sexuales estables de pacientes infectados, prostitución o relaciones esporádicas), hijos de madres infectadas, receptores de sangre y hemoderivados (en España antes de 1987), accidentes biológicos y sospecha clínica de infección o complicación asociada con el VIH, o por deseo expreso del paciente.

Límite final

- Paciente que ha dejado de estar en situación o práctica de riesgo y en el que se ha descartado infección por el VIH, tras el seguimiento indicado en cada circunstancia.
- Fallecimiento del paciente por cualquier causa.

Límites marginales

- Quimioprofilaxis post-exposición sexual de riesgo.
- Punción accidental no laboral.
- Reproducción en parejas serodiscordantes.
- No se ha considerado como límite final a los pacientes que rehúsan el seguimiento de su proceso o a aquéllos en los que éste es irregular o esporádico.

Ejemplo 4. Proceso Ansiedad, Depresión. Definición global

Definición funcional

Atención a los personas que demanden asistencia por síntomas de ansiedad y/o depresión (estén o no diagnosticados de enfermedad psíquica o física) o síntomas somáticos que no se expliquen por enfermedad orgánica. La asistencia estará basada en los principios de buena práctica utilizando la evidencia científica disponible, usará los recursos del sistema con máxima eficiencia, evitará tanto la biologización de los problemas psíquicos como la psiquiatrización o psicologización del sufrimiento mental, y generará autonomía y satisfacción en usuarios y profesionales.

Límite de entrada

El momento de entrada del paciente en el sistema será la solicitud de asistencia del propio paciente o sus familiares, tanto por vía normal como urgente, a través de Centros de Salud y Servicios de Urgencias generales o específicos de Salud Mental.

Límite final

La salida del paciente de la cadena asistencial del proceso se realizará cuando desaparezcan los síntomas, cuando la mejoría permita la realización de las actividades de su vida cotidiana de forma satisfactoria, y/o cuando se transfiera a otras estructuras sociales de contención o dispositivos asistenciales no sanitarios. En estas dos últimas situaciones se entiende que no son necesarias las actividades de contención de los servicios de salud. Se considera la posibilidad de pacientes que precisen tratamientos de larga duración y el apoyo simultáneo de otras estructuras e instituciones no sanitarias

Límites marginales

No se abordarán las actividades de los servicios sanitarios relacionadas con el tratamiento de la adicción a sustancias, psicosis, trastornos de la alimentación o con la prevención primaria en situaciones y grupos de riesgo (duelo, crisis vitales, cuidadores, enfermedades crónicas, grupos sociales marginales, etc.) ni las actividades de promoción de la salud mental que se derivan del trabajo con otras estructuras e instituciones sociales. También se excluyen estos trastornos cuando ocurran en niños (<14 años) y cuando requieran hospitalización. Se hizo mención especial a la ansiedad iatrógena que genera el tratamiento en algunas instituciones sanitarias, especialmente los grandes hospitales, y de los síntomas personales que puede provocar en los profesionales el tratamiento del sufrimiento mental.

Observaciones

Se analizó cuidadosamente los riesgos que implica para el sistema llevar a los ciudadanos el “mensaje” de que los servicios de salud se hacen cargo (diagnostican, tratan, curan, cuidan e incluso previenen) de problemas que en una sociedad sana se resuelven en ámbitos no sanitarios. Comunicar esta información generaría iatrogenia y provocaría un aumento excesivo de la demanda que el sistema no tiene capacidad de absorber, con el consecuente deterioro de la calidad que esto conllevaría.

Definición operativa de las categorías de pacientes incluidas en el proceso

Se decidió utilizar una aproximación bidimensional primando la tipología psicosocial de la demanda en Atención Primaria (clasificación basada en Tizón 1992 y la CIAP-2) y su posterior transformación cuando fuera oportuno en los diagnósticos psicopatológicos definidos en la CIE-10.

Tipología de pacientes (demandas) en Atención Primaria de salud

1. Pacientes que se descompensan por un evento vital estresante.
2. Pacientes con quejas somatoformes.

3. Duelos no resueltos.
4. Pacientes de la 3ª edad, que acuden por descompensaciones psicopatológicas atribuibles a la vivencia del proceso de envejecimiento, en general con enfermedades orgánicas crónicas y situación psicosocial compleja (angustia familiar).
5. Sensación o sentimientos depresivos (soledad, preocupaciones, insatisfacción, tristeza).
6. Sensación de ansiedad, tensión o nerviosismo.
7. Miedo a padecer enfermedades.

Categorías diagnósticas psicopatológicas incluidas en el proceso Ansiedad, Depresión, somatizaciones (CIE-10)

1. Episodios depresivos (F32)
2. Distimias (F34.1)
3. Trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobia social) (F40)
4. Trastornos de pánico (F41.0)
5. Trastornos de ansiedad generalizada (F41.1)
6. Reacción a estrés agudo (F43.0)
7. Trastornos de adaptación (F43.2)
8. Trastornos somatomorfos (F45)

(Han sido excluidos el trastorno depresivo recurrente, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno mixto ansioso-depresivo y el trastorno de estrés postraumático porque, aun siendo entidades clínicas bien diferenciadas, desde el punto de vista del proceso de atención y de circulación de los pacientes en el sistema de servicios, no aportan nada a la comprensión del problema global).

2. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS DEL PROCESO

2.1. Destinatarios del proceso

Es imprescindible tener claramente definidos los destinatarios de los servicios que se prestan, con el fin de adecuar al máximo posible las actividades a sus necesidades y expectativas.

Los destinatarios son las personas o estructuras organizativas sobre los que la salida del proceso tiene impacto y, por tanto, quienes van a exigir que todo haya funcionado correctamente y que el proceso haya aportado valor añadido. Pueden ser los pacientes, familiares, profesionales de otros servicios o de otro nivel asistencial, otras organizaciones, ...

Expectativas de los destinatarios

Son las creencias de cómo debe ser el producto o servicio que van a recibir. En definitiva, lo que cada uno espera de los elementos que forman parte del proceso. Afecta a la mayoría de las actividades que lo integran y dependen de cada destinatario, por lo que pueden ser muy diversas.

La valoración de las necesidades, expectativas y satisfacción de los usuarios es un aspecto clave en la gestión de procesos, pues permite obtener la información necesaria para adaptar los mismos a las demandas de los usuarios en un proceso continuo de mejora.

La razón última del proceso es satisfacer las necesidades y expectativas de sus destinatarios. Este objetivo es el que debe guiar todas las actividades que se realicen.

La experiencia en la descripción de los procesos realizada hasta el momento ha permitido conocer muchas de las expectativas generales de los usuarios y profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a través de la organización de grupos focales con usuarios, encuestas de opinión, revisión de estudios anteriores, etc. Por ello, se adjunta, en el Anexo 3, una descripción de dichas expectativas generales, para ayudar a los grupos de trabajo a organizar los procesos contando con la opinión de los usuarios.

Esto implica, pues, mantener y potenciar el indiscutible valor que tiene la incorporación de expectativas en el diseño de los procesos, ya que, una vez conocidas las expectativas generales, permite a los grupos centrarse en la exploración y el conocimiento de **expectativas específicas** en relación con aspectos **muy concretos** del desarrollo del proceso (por ejemplo, si se pretende incluir un procedimiento nuevo o modificar algún aspecto primordial de su desarrollo). En este sentido, y en aquellos procesos que se crea necesario, se considera muy adecuada la realización de grupos focales con pacientes, planteados específicamente para el conocimiento de los aspectos concretos antes señalados.

La forma de obtención y representación de las expectativas puede ser diferente según el destinatario y el área o dimensión de la atención a la que se refieren. En caso de que sean muchas (suele ocurrir en el destinatario principal) resulta útil agruparlas según área de atención. Es importante también, para el diseño del proceso, analizar las expectativas de los profesionales de distintos niveles asistenciales, pero referidas al propio desarrollo del proceso, y no a sus expectativas generales en cuanto a situación laboral, formación, etc., que competen a otra faceta del ámbito sanitario.

En los ejemplos que se presentan a continuación se puede ver un resumen de las expectativas del proceso de Embarazo y Parto, en el que están señaladas en negrita las que podrían considerarse específicas de dicho proceso. También se presentan algunas obtenidas específicamente para el proceso Diabetes.

Tabla 2. Destinatarios y expectativas del proceso

| Destinatarios: | Expectativas: |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| personas o estructuras organizativas a las que va dirigido el proceso | lo que esperan los destinatarios del proceso ³ |
| Paciente (Destinatario 1) | |
| Familiares (Destinatario 2) | |
| Facultativos de otros niveles asistenciales (Destinatario 3) | |
| Destinatario... | |

Ejemplo 5. Proceso Embarazo, Parto y Puerperio. Destinatarios y expectativas (clasificadas por áreas)

GESTANTE

Accesibilidad

- Que el seguimiento del embarazo normal se efectúe en un lugar cercano a la población, que evite tener que realizar desplazamientos excesivos.
- Que se cumplan los horarios de las citas.
- Que haya flexibilidad en el horario de las consultas (consultas por las tardes).

Comunicación

- Que se utilice un lenguaje sencillo.
- Que me informen detalladamente del proceso (de cualquier cosa, por sencilla que sea).
- Que me informen cuando surja algún problema.
- Que se destine mayor tiempo a las consultas.
- Que se me escuche.
- **Que pueda elegir la postura del parto.**
- **Que me faciliten el primer contacto con mi hijo.**
- **Que el niño pueda estar siempre conmigo.**

Cortesía

- Conocer el nombre y titulación del profesional que me atiende.
- Que haya buen trato y cercano.
- Que me traten como si fuera un servicio de pago.

3) Se pueden clasificar según las dimensiones del modelo SERVQUAL de satisfacción con la atención sanitaria:
Accesibilidad.- Facilidad para el contacto con los servicios, accesibilidad física y telefónica, tiempos de espera, horarios...
Comunicación.- Comprensión del lenguaje, escucha, pedir opinión, hacerles partícipes de los cuidados...
Cortesía.- Amabilidad, consideración.
Competencia.- Conocimiento y habilidades del personal para realizar el servicio; coordinación interna
Capacidad de respuesta.- Capacidad de responder a tiempo, adaptación flexible a las demandas.
Tangibilidad.- Entorno; percepción sobre los recursos de que se dispone: si éstos son adecuados y suficientes.

Competencia

- Que se realicen todos los controles en las fechas indicadas y con cita previa.
- Que los profesionales sean los adecuados.
- Que haya libre elección de profesionales.
- Que se destine mayor tiempo a las consultas.
- **Que se me realicen más ecografías.**
- Que en vacaciones el seguimiento sea igual que durante el resto del año.
- **Posibilidad de anestesia durante el parto.**
- Atención adecuada al recién nacido.
- **Que identifiquen de forma fiable y segura al recién nacido.**
- Que los profesionales que me atienden tengan suficiente experiencia.
- Que no me tengan que repetir pruebas innecesarias.

Capacidad de respuesta

- Que se dé respuesta a las quejas que se realicen.
- Que en caso de urgencia se dé una respuesta rápida.

Tangibilidad

- Que no esté masificado el hospital.
- Que el mobiliario del hospital sea cómodo y esté en buen estado: camas que puedan regularse en altura, **sillón cómodo para amamantar...**
- **Que el niño esté accesible desde la cama.**
- Habitaciones individuales con baño. En caso de que no sea posible, que existan separadores para tener intimidad.
- Que se cuide la calidad de la comida y la limpieza.

PAREJA Y FAMILIARES

- Que pueda acompañar a la gestante durante todo el embarazo, parto y puerperio.
- Que no haya obstáculos laborales para que la pareja se implique en todo el proceso.
- Información sobre la evolución del proceso de forma continua.
- **Que la información de la cartilla sea legible y más explícita.**
- Que se muestren sensibles a mis dudas y miedos.
- **Que pueda cuidar al niño cuando está en el hospital.**
- Que nos brinden buen trato.
- Que nos atiendan profesionales cualificados.

Ejemplo 6. Proceso Diabetes. Destinatarios y expectativas (clasificadas por áreas)

PACIENTES Y FAMILIARES

Tangibilidad

- Que no haya restricciones de material para realizarse los controles (que los inspectores y los médicos de cabecera hablen entre sí y que no sea incoherente lo que prescriben unos y lo que autorizan otros).
- Material moderno y de última generación gratuito.
- Existencia de cartillas de largo tratamiento.

Accesibilidad

- Acceso preferente en citas médicas por enfermedades comunes, y para obtención de medicación y material para el control.
- Atención en el mismo día y “carnet de diabético”.
- Teléfono 24 horas para resolver dudas.
- Coordinación de la cita de pruebas complementaria y de consulta médica.
- Posibilidad de obtener una cita con el endocrino en el momento en el que el paciente lo necesite.

Capacidad de respuesta

- Que los especialistas dediquen más tiempo al paciente.
- Endocrinos en las urgencias.
- Consultas para oftalmólogos y podólogos más frecuentes y fáciles.

Cortesía

- Que no se le presta más atención al ordenador que al paciente.
- Mejor trato en urgencias.

Comprensión

- Más empatía en los especialistas: que se pongan en el lugar de los pacientes.
- Mayor comprensión hacia los niños y los jóvenes que no siguen a veces los consejos. Que esto no les distancie de ellos.
- Adaptar los consejos y recomendaciones a los estilos de vida de cada paciente.

Comunicación

- Más información sobre avances y nuevos tratamientos para la enfermedad.
- Que los profesionales informen sin prisas, con trato agradable y cercano, sin comentarios inoportunos, que les permitan (y les pregunten) hablar y preguntar sobre sentimientos y miedos.
- Que no regañen.
- Que se interesen por los aspectos psicológicos de la enfermedad.
- Que les hablen de las “terribles consecuencias” que puede tener la Diabetes.
- Que cuiden la forma de dar la noticia del diagnóstico al paciente.

Competencia

- Médicos y pediatras con conocimientos suficientes para saber qué hacer en las situaciones problemáticas.
- Que los médicos de cabecera y los endocrinos se comuniquen entre ellos.
- Apoyo y atención psicológica.
- Que los profesionales que les atienden en urgencias no sean residentes sino endocrinos.
- Que los historiales de los pacientes estén informatizados. Que los médicos reconozcan la experiencia y conocimiento adquiridos por los pacientes y/o cuidadores/as familiares.

2.2. Objetivos y Flujos de salida. Características de calidad

Una vez definidas las necesidades y expectativas de los destinatarios, es necesario determinar cuáles son los servicios tangibles que se entregarán a los usuarios, los cuales se traducirán en actividades concretas a desarrollar en el transcurso del proceso. Así, los objetivos y flujos de salida se pueden considerar como la **adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades y expectativas del usuario**.

Estos flujos de salida (atención sanitaria, educación para la salud, ...) pueden ser diferentes según los distintos destinatarios del proceso. Cada uno de ellos debe tener unas **características de calidad**, cuyo cumplimiento garantizará que se satisfacen las expectativas de los usuarios y destinatarios del proceso. Por ello estas características de calidad deben plantearse en función de las expectativas específicas que los usuarios hayan manifestado en el apartado anterior.

Para conseguir que esta parte del diseño del proceso sea de la máxima utilidad, y no se convierta en una relación de cuestiones obvias y reiterativas, es necesario que los Flujos de Salida y las **características de calidad sean cuestiones concretas y operativas**, adaptadas a las necesidades y expectativas de los usuarios, específicas del proceso y que se puedan traducir en actividades definidas. De este modo, se conseguirá que las características de calidad reflejen aspectos inherentes al proceso, del máximo interés y con la mayor posibilidad de operativizarse.

Tabla 3. Objetivos y flujos de salida. Características de calidad

| Destinatario | Objetivos y Flujos de salida: | Características de calidad: |
|--------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Servicios concretos que se entregan a los destinatarios del proceso | Especificaciones o cualidades que deben cumplir los servicios para satisfacer las necesidades y expectativas de los destinatarios. |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Los **objetivos del proceso** de atención sanitaria se equiparan a los flujos de salida en el sentido de que son servicios concretos que se entregan al usuario y que se definen sobre la base de sus necesidades y expectativas.

**Ejemplo 7. Proceso Insuficiencia Cardíaca (IC).
Flujos de salida y características de calidad específicas**

| Flujos de salida | Características de calidad (específicas del proceso) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Destinatario: Paciente:</i> | |
| Atención sanitaria extrahospitalaria (Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria o Especializada) | <ul style="list-style-type: none"> - Realización del diagnóstico provisional de IC en Atención Primaria < 10 días. - Implantación de consulta de alta resolución (incluyendo confirmación ecocardiográfica) con demora < 7 días. - Establecimiento de programa de citas y periodicidad para un tiempo no inferior a un año, sujeto a modificaciones según evolución: diagnóstico de presunción, confirmación, procedimientos diagnósticos, controles, etc. |
| Atención sanitaria hospitalaria | <ul style="list-style-type: none"> - Establecer criterios conjuntos para ingreso entre AP y AE. - Establecer criterios óptimos para el alta y pautas de seguimiento domiciliario. |
| Educación sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> - Información estandarizada, tras el diagnóstico, de las características del proceso, pronóstico, tratamiento correcto, hábitos recomendables, y plan de cuidados en general. |
| Comunicación y trato | <ul style="list-style-type: none"> - Información puntual tras asistencia urgente, hospitalización, prueba, ..., de los cambios producidos, en lenguaje claro e inteligible. |
| <i>Destinatario: Familiares y paciente</i> | |
| Educación sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> - Existencia y aplicación de un programa de adiestramiento en cuidados/atención para familiares de pacientes con IC. |
| Seguimiento asistencial | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de programas de contacto/consulta telefónica, para seguimiento de pacientes; activación del circuito de alarma en urgencias. - Programas de evaluación y control de medicación en pacientes con incumplimiento sistemático cuando el familiar no pueda suplir tal función. |
| <i>Destinatario: Facultativos/Personal de otros niveles asistenciales</i> | |
| Comunicación y coordinación entre profesionales de distintos niveles | <ul style="list-style-type: none"> - Plan de comunicación externa y protocolos de seguimiento de IC entre los diferentes niveles asistenciales, adaptados a las características del medio. - Prescripción de oxigenoterapia domiciliaria y controles periódicos por parte del profesional adecuado y a tiempo real. - Utilización de Guía de “alertas, interacciones” en pacientes pluripatológicos, con riesgo anestésico, etc. |

3. COMPONENTES DEL PROCESO

3.1. Personas que intervienen y recursos del proceso

Son los profesionales, unidades o recursos que contribuyen al desarrollo del proceso, realizando o permitiendo alguna actividad. Se pueden agrupar en función de las actividades que realizan y por categorías.

- **Responsable** del proceso.
- **Personas o unidades que realizan actividades:** Realizan una actividad concreta dentro del proceso (tabla 4), que estará definida y situada cronológicamente en el diagrama del proceso junto con sus características de calidad.
- **Recursos materiales y humanos:** Elementos de entrada al proceso. Están determinados por las necesidades del proceso para la consecución de sus objetivos. Deberán estar definidos los recursos principales del proceso, así como sus requisitos de calidad (tabla 5), pudiendo agruparse en:
 - Fungibles
 - Inventariables (mobiliario y equipamiento)
 - Personal
- **Unidades de soporte:** Son aquellas unidades responsables de los *procesos de soporte*. Ofrecen al proceso operativo las entradas o recursos necesarios para la consecución de sus objetivos.

Cada uno de estos **procesos de soporte** se constituyen con una estructura similar al resto de los procesos (responsable, destinatarios, entradas, etc), y su objetivo será dotar de recursos, y apoyo logístico o administrativo a los procesos operativos. Por tanto, se comportan como proveedores del proceso operativo y aparecerán como tales en los diagramas que definen a aquéllos.

Las entradas que suministran las Unidades de soporte o apoyo se especificarán en el proceso operativo, junto a la unidad proveedora que la ofrece (tabla 6).

3.2. Actividades del proceso. Características de calidad

Se describirán las actividades concretas que deben realizarse en cada proceso o subproceso, así como sus características de calidad (Tabla 4). Para ello, es necesario incorporar la búsqueda y valoración de **evidencia científica sobre normas de asistencia**, seleccionando los parámetros más relevantes⁴.

En aquellos aspectos en los que no se dispone de evidencias, o éstas no son suficientemente concluyentes, la descripción de las actividades y sus características de calidad se basará en consensos, recomendaciones de expertos, etc, aunque siempre es conveniente comenzar con una valoración rigurosa de las normas de asistencia para responder a cuestiones como las siguientes:

- ¿Existen evidencias de que la intervención utilizada es efectiva?
- ¿Están estas normas relacionadas con la aceptabilidad y la seguridad?
- ¿Existe información clara sobre el método utilizado para elaborar las normas?

En definitiva, las actuaciones en cada proceso deben estar justificadas sobre la base de la evidencia científica disponible y en función de su efectividad y eficiencia demostradas⁵. Estas actuaciones pueden traducirse en guías de práctica clínica, planes de cuidados estandarizados o vías críticas, que permiten definir las actividades y sus características de calidad.

⁴ Ver Capítulo III sobre incorporación de la evidencia científica en los procesos.

⁵ Si se considera conveniente, se pueden acompañar informes específicos sobre aspectos esenciales del proceso, en los que se incorporará la evidencia científica según el nivel de disponibilidad. Ver anexo 6.

En las tablas siguientes se exponen, de forma general, las plantillas apropiadas para la descripción de los componentes del proceso y de las actividades que se van a realizar durante su desarrollo. También se presentan varios ejemplos, resumidos y con formatos diferentes, de algunos procesos o subprocesos que ya se están diseñando y describiendo.

La diferencia fundamental entre los distintos formatos (ver ejemplos 9 y 12) es que, junto con la relación de actividades y profesionales, se puede especificar también el cuándo y dónde se efectúa cada actividad. En este sentido, si se va a proceder al diseño de un proceso a nivel general para todo el Sistema Sanitario, quizás no sea necesario especificar con detalle los componentes temporal y espacial. Sin embargo, sí resulta de utilidad cuando se va a trasladar ese diseño general a un centro o área asistencial concreta así como para realizar la representación gráfica del proceso de forma secuencial.

Por otra parte hay que señalar que la incorporación de la evidencia científica y las normas de buena práctica para las actividades del proceso puede incluirse en las propias tablas que lo describen (ejemplo 9), como anexo a dichas tablas (ejemplo 12) o como anexo al propio documento del proceso (ver Anexos 5 y 8, en los que se presenta información resumida de alguna de las guías de práctica, recomendaciones de actuación, etc. que deben acompañar a los procesos). Una clasificación muy útil sobre la forma de presentar la evidencia disponible puede verse en la introducción del anexo 8.

Tabla 4. Componentes del proceso: Profesionales y actividades

| Profesionales que intervienen | Actividades | Criterios de calidad: especificaciones o cualidades que deben cumplir las actividades del proceso |
|--------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

En esta relación de profesionales y actividades es necesario definir con detalle y precisión los requisitos de calidad de estas últimas, por lo cual resulta imprescindible describir en cada proceso los siguientes apartados:

- Indicaciones diagnósticas, terapéuticas y/o quirúrgicas.
- Criterios de derivación, hospitalización, etc.
- Tiempos de demora diagnóstica, quirúrgica o terapéutica en relación a estándares aceptados según criterios científicos.
- Recomendaciones terapéuticas basadas en la mejor evidencia disponible, con la indicación del grado de evidencia, en caso necesario.

Tabla 5. Componentes del proceso: Recursos

| Recursos: Elementos fijos de la organización que se emplean para poder desarrollar las actividades del proceso | Características generales de los recursos / requisitos: Se especificarán sólo cuando sea necesario para la definición general del proceso |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personal | |
| Aparataje | |
| Instrumental | |
| Material Fungible | |
| ... | |

Las características y requisitos de los recursos pueden ayudar a analizar cuáles serían las necesidades para desarrollar el modelo ideal del proceso y, de esta forma, valorar la diferencia entre el modelo teórico y la realidad actual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Tabla 6. Componentes del proceso: Unidades de soporte

| Unidades de soporte: Unidades que ofrecen al proceso operativo las entradas o recursos necesarios para la cumplimentación de sus objetivos | Entradas |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Servicio de Laboratorio | |
| Servicio de Radiodiagnóstico | |
| Servicio de Almacén | |
| ... | |

Ejemplo 9. Proceso Hiperplasia benigna/Cáncer de próstata⁶. Componentes del proceso: profesionales, actividades y criterios de calidad

| <i>Profesionales que intervienen</i> | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Actividades | Criterios de calidad |
| <i>Unidad de Atención al Usuario de AP</i> | |
| 1º. Gestionar cita Médico de AP. | 1.1. Unidad de Atención al Usuario “accesible” : Atención personalizada, amable, correcta. 1.2. No demora de más de 2 días hábiles desde la petición de cita hasta la primera consulta en AP. 1.3. Registro de datos sin errores administrativos. |
| <i>Médico de AP</i> | |
| 2º. Valoración médica: 1ª Consulta. | 2.1. Ante sospecha de HBP o CAP, la Historia Clínica realizada incluirá en todos los casos : a.- Anamnesis, b.- IPSS, c.- Exploración (incluyendo siempre el Tacto Rectal). 2.2. Ante sospecha de HBP o CAP en la primera consulta realizada por el Médico de Familia se solicitará en todos los casos : a.- un Sedimento urinario; b.- un PSA, si procede. 2.3. En el formato que rellena el Médico de Familia deben especificarse, de manera bien legible, las pruebas solicitadas así como la identificación del médico solicitante. |
| <i>Unidad de Atención al Usuario de AP</i> | |
| 3º. a. Gestión de cita pruebas complementarias; b. Gestión de la 2ª visita a su médico de AP | 3.1. La cita para la consulta de Enfermería de “Extracciones” (Extracción de sangre para PSA si procede, y obtención de la muestra de orina), nunca se demorará más de 3 días hábiles desde la primera consulta de AP o de su solicitud. 3.2. La cita para la 2ª visita a su Médico de Familia nunca se dará más tarde de 10 días hábiles desde la 1ª visita de su Médico de Familia, o de su solicitud. 3.3. La cita para la 2ª visita a su Médico de Familia nunca se dará antes de 5 días hábiles, contados a partir de la consulta de enfermería donde se obtienen las muestras (para que en esta 2ª visita puedan ser valorados los resultados de las pruebas solicitadas). |
| <i>Consulta de enfermería: “Extracciones”</i> | |
| 4º. a. Extracción de Sangre para PSA; b. Obtención de la muestra de orina; | 4.1. Las muestras de sangre serán obtenidas siempre “in situ” por un profesional de enfermería. 4.2. Las muestras de orina siempre deberán recepcionarse en esta consulta. 4.3. El profesional de enfermería identificará las muestras correctamente. 4.4. Existirá un registro diario de todos los pacientes atendidos en esta consulta, así como de la muestra mandada al Laboratorio. |
| <i>Médico de AP</i> | |
| 7º. Valoración médica: 2ª Consulta: a. Valoración de los resultados analíticos (sedimento orina y PSA, si procede). b. Valoración del IPSS. | 7.1. El Médico de Familia deberá hacer una correcta identificación de los pacientes que no cumplen los criterios para seguir en el proceso. 7.2. El Médico de Familia deberá hacer una correcta identificación de los pacientes que, por cumplir los criterios, para seguir el proceso, deben ser remitidos a la consulta del Urólogo. |

⁶ Como ya se ha mencionado, los ejemplos que se exponen (en este caso, proceso de Hiperplasia de próstata), constituyen sólo una parte del trabajo total realizado por el grupo correspondiente. De ahí que en este ejemplo no aparezcan todos los pasos del proceso sino sólo aquéllos considerados pertinentes para ilustrar este apartado.

- 7.3. El Médico de Familia rellenará de forma legible el formato de solicitud de consulta al Urólogo, marcando con claridad que el paciente sigue el proceso de HBP y/o CAP.
- 7.4. En el caso de que el Médico de Familia derive al paciente para valoración urológica, emitirá siempre un Informe Clínico que llegará al Urólogo, en el cual se describa la Historia Clínica del paciente hasta la fecha, reflejando en todos los casos el resultado del IPSS, de una exploración física (recomendable Tacto Rectal), del sedimento urinario, y del PSA, si procede.

Consulta de Flujoimetría

9º. Flujoimetría al paciente que tenga ese día 1ª consulta con Urólogo.

- 9.1. La Flujoimetría se realizará por personal de enfermería.
- 9.2. La Flujoimetría siempre se realizará el mismo día en que el paciente tenga la 1ª cita con el Urólogo y antes de la misma.

Urólogo

10º. Valoración por Urólogo: 1ª Consulta.

- 10.1. Historia Clínica completa, con exploración física del paciente e informe del Tacto Rectal (imprescindible)
- 10.2. Dejar constancia de, al menos, un resumen del Informe que remite el Médico de Familia, siendo obligado el registro del resultado del IPSS y de las pruebas complementarias realizadas hasta la fecha (sobre todo sedimento urinario y PSA, si procede).
- 10.3. Si en la primera valoración urológica **se llega a un diagnóstico y se prescribe un tratamiento médico** el punto 10º se continúa con el 11º y 12º
- 10.4. Si en la primera valoración urológica **no se llega a un diagnóstico o bien hay que medir la próstata en caso de HBP con indicación quirúrgica**, se podrán realizar las siguientes Pruebas Complementarias: (en este caso el punto 10º se continúa con el 13º y 14º).
 - a. *Ecografía Urológica Integral* en el caso de síntomas o signos asociados: dolor, hematuria, infecciones de repetición o creatinina elevada.
 - b. *Ecografía transrectal*: solo si HBP con indicación quirúrgica, para medir próstata y decidir tipo de tratamiento quirúrgico.
 - c. *Estudio Presión - Flujo* si existe discordancia clínico - flujoimétrica.
 - d. *Analítica de sangre* que incluya Hemograma y Bioquímica (con estudio de función renal y hepática), si procede.
 - e. *Biopsia Transrectal de Próstata Eco-dirigida* si:
 - PSA total >10
 - PSA total: entre 3 y 10 con PSA libre <20%
 - Tacto Rectal anómalo.

15º. Valoración urológica: 2ª consulta.

- 15.1. Si con la valoración de la Historia Clínica y los Informes de las pruebas complementarias, el Urólogo llega al diagnóstico de HBP y decide poner tratamiento médico, (seguiremos los puntos 10.4, 11º y 12º).
- 15.2. Si con la valoración de la Historia Clínica y los Informes de las pruebas complementarias, el Urólogo llega al diagnóstico de HBP y decide realizar tratamiento quirúrgico: (seguiremos los puntos 16º, 17º y 18.1)
 - a. Se incluirá al paciente en lista de espera quirúrgica ese mismo día.
 - b. Se solicitará estudio preoperatorio si precisa.
 - c. Se conectará con el Proceso de estudio preoperatorio por Anestesia.
- 15.3. Si con la valoración de la Historia Clínica y los Informes de las pruebas complementarias, el Urólogo llega al diagnóstico de CAP (biopsia +), solicitará un estudio de extensión si cumple alguno de estos puntos:
 - a. Biopsia de vesículas seminales positiva,
 - b. Clínica de dolor óseo ,
 - c. PSA>10,
 - d. Gleason>7

. . . etc.

y pedirá una gamma - grafía ósea y una Rx. PA y lateral de tórax. (seguiremos los puntos 18.2).

Ejemplo 10. Proceso Fractura de Cadera
Subproceso tratamiento quirúrgico: Profilaxis antibiótica
Componentes del subproceso: Descripción general de actividades

| (I). ACTIVIDADES | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Actividad | Proveedor | Situación temporal | Ubicación | Método |
| Profilaxis antibiótica quirúrgica. Inyección intravenosa de antibióticos | Médico anesthesiólogo prescripción previa del médico COT | Inducción anestésica (1) | Sala operatoria | Inyección intravenosa de 2 g de cefalosporina de 1ª generación a pacientes no alérgicos durante 12 h (2) Profilaxis quirúrgica. |
| Inyección intravenosa de antibióticos a pacientes alérgicos a cefalosporina | Médico anesthesiólogo prescripción previa del médico COT | Inducción anestésica (1) | Sala operatoria | Inyección intravenosa de 600 mg de vancomicina a pacientes alérgicos a cefalosporina (*) durante 12 h (2) |
| Profilaxis quirúrgica en diabéticos. Inyección intravenosa de antibióticos | Médico anesthesiólogo prescripción previa del médico COT | Inducción anestésica (1) | Sala operatoria | Sumar 500 mg de metronidazol a la inyección intravenosa de 2 g de cefalosporina de 1ª generación (*) |

(1) Classen y cols.

(2) (Nivel de evidencia tipo A)

(*) Aunque no existen evidencias publicadas al respecto, parece aconsejable instaurar este protocolo en el caso de alérgicos a cefalosporinas para evitar alergias y en el de diabéticos para hacer frente a anaerobios.

Existe evidencia científica tipo A de la necesidad de administrar antibióticos antiestafilococo aureus durante 12 h en las fracturas de cuello de fémur tratadas quirúrgicamente sin distinción del método de tratamiento (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Elderly People with Fractured Hip. A National Clinical Guideline recommended for use in Scotland. 1997.*

Con respecto a las artroplastias, el mejor estudio es el que compara 25 ensayos clínicos aleatorizados en artroplastias, aunque no necesariamente en ancianos (*Glenny AM, Song F: Antimicrobial prophylaxis in total hip replacement: a systematic review. Health Technol Assess 1999, 3(21): 1-57*): De este estudio se concluyó que la incidencia de infecciones de herida quirúrgica fue del 1%, siendo el estafilococo aureus y el epidermidis los microorganismos más frecuentemente aislados. El uso de antimicrobianos demostró ser efectivo de forma estadísticamente significativa. El régimen de profilaxis no fue concluyente, así como tampoco la eficacia comparativa, sobre todo debido a la baja incidencia de infecciones con baja muestra de casos. (...)

Ejemplo 11. Proceso Fractura de Cadera
Subproceso tratamiento quirúrgico: Profilaxis antibiótica
Componentes del subproceso: Recursos / Unidades de soporte

| (II). RECURSOS | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recursos | Características generales de los recursos Criterios de calidad |
| Papelería | Revistas médicas (soporte papel o informático) Actas de Comisiones Concurso de suministro de medicamentos Historia Clínica. Hoja de Evolución Orden Médica Informes de Comisión de Infecciones Informes de indicadores del Sistema de Información |
| Equipamiento | Armario de almacenado Carro de transporte |
| Material fungible | Viales medicamentosos Suero de mantenimiento (vg. glucosalino) Jeringas Agujas Gasas estériles Desinfectantes |
| Personal | Farmacéutico Miembros de la Comisión de Compras Celador Médico COT DUE Anestesiólogo |
| (III) UNIDADES DE SOPORTE | |
| Unidades de soporte | Entradas |
| Biblioteca | Revistas médicas (soporte papel o informático) |
| Comisión de Farmacia | Actas |
| Comisión de Infecciones | Actas |
| Comisión de Historias Clínicas | Actas |
| Unidad de Documentación Clínica | Historias Clínicas Informes periódicos |
| Unidad de Evaluación | Informes periódicos (Sistema de Información) |
| Dirección Económica | Concurso de suministro de medicamentos Informes periódicos de consumos. Cuenta de resultados |

Ejemplo 12. Proceso Fractura de Cadera
Subproceso tratamiento quirúrgico: Profilaxis antitrombótica
Componentes del subproceso: Descripción general de actividades

| (I). ACTIVIDADES | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Actividad | Proveedor | Situación temporal | Ubicación | Método |
| Profilaxis antitrombótica. Inyección subcutánea de heparina de bajo peso molecular (HBPM) | DUE Propio paciente Cuidador Anestesiólogo Médico COT | Desde el ingreso hasta un mes o inicio de la deambulaci3n. | Área de Urgencia Sala de Encame Domicilio | Inyecci3n subcutánea de HBPM a dosis elevada de profilaxis seg3n el preparado (1) |
| (1) Nivel de Evidencia tipo A | | | | |
| <p>Los pacientes con fractura de cadera tienen un alto riesgo de complicaciones tromboemb3licas tras el tratamiento quirúrgico. El embolismo pulmonar es la cuarta causa de muerte en pacientes con fractura de cadera, y alcanza el 14% de los casos. Un análisis multivariante sobre predictores de muerte tras fractura de cadera ha puesto de manifiesto la relevante reducci3n del riesgo de muerte tras la instauraci3n de profilaxis farmacológica antitromb3tica en este grupo de pacientes.</p> <p>Existen evidencias científicas tipo A que recomiendan, por su perfil de coste-efectividad, la profilaxis antitromb3tica primaria en pacientes con factores de riesgo, entre los que destacan todos los pacientes que sufren fractura de cadera, a menudo ancianos que van a precisar cirugía mayor ortopédica y que van a permanecer encamados tras la operaci3n un tiempo indeterminado. El riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) aumenta si el ingreso hospitalario se demora más de 48 horas tras una fractura de cadera. Por otra parte, el riesgo de embolismo pulmonar (EP) se reduce si la intervenci3n quirúrgica tiene lugar en las primeras 24 horas tras la fractura.</p> <p>MÉTODO DE PROFILAXIS: Se dispone actualmente de evidencias de tipo A que avalan el empleo de medidas de compresi3n gradual elástica como método eficaz para disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda, y que son más eficaces cuando se asocian a otro método profiláctico. <i>(Amarigiri SV, Lees TA. Elastic compression stockings for prevention of deep vein thrombosis (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software).</i> Aunque se han estudiado diferentes tipos de fármacos, ninguno está universalmente aceptado, principalmente debido al riesgo de sangrado. Un meta-análisis ha postulado la Aspirina como un método efectivo de profilaxis postoperatoria de TVP; sin embargo, comparada con otros tipos de profilaxis, parece ser relativamente menos efectiva en cuanto a la reducci3n del riesgo relativo del suceso tromboemb3lico. Actualmente, existen suficientes evidencias de nivel A para recomendar como profilaxis de elecci3n las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) o los anticoagulantes orales a dosis ajustadas. La administraci3n de uno u otro fármaco debe comenzar preoperatoriamente, si se va a demorar la intervenci3n, o inmediatamente, tras la cirugía. <i>(Clagett GP, Anderson FA, Geerts W, et al. Prevention of venous thromboembolism. Fifth ACCP Consensus Conference on Antithrombotic Therapy. Chest 1998; 114: 531S-560S.)</i></p> <p>(...)</p> | | | | |

Ejemplo 13. Proceso Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Componentes del proceso: Recursos

| Recursos | Características generales de los recursos / requisitos: |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aparataje específico | |
| Atención Primaria | Espirómetro |
| Hospitalización | Pulsioxímetro. Equipos de ventilación no invasiva (CPAP, BiPAP y otros respiradores). Caudalímetros. Equipo de aspiración. Equipos de aerosolterapia eléctricos o no impulsados por oxígeno. Gasómetro. Equipo de medición no invasiva de CO ₂ . |
| Consultas Externas | Equipo de exploración funcional respiratoria. Pulsioxímetro. |
| SCCU | Monitores con saturación de oxígeno (fijo y portátil). Equipos de ventilación invasiva y no invasiva (CPAP, BiPAP y otros respiradores). Caudalímetros. Equipo de aspiración. Equipos de aerosolterapia eléctricos o no impulsados por oxígeno. Equipo de medición no invasiva de CO ₂ . |
| 061 | Monitores con saturación de oxígeno (fijo y portátil). Equipos de ventilación invasiva y no invasiva (CPAP, BiPAP y otros respiradores). Caudalímetros. Equipo de aspiración. Equipos de aerosolterapia. |
| DCCU | Pulsioxímetro. Caudalímetros. Equipo de aspiración. Equipos de aerosolterapia. Oxigenoterapia. |
| Material fungible específico | |
| Atención Primaria | Boquillas para espirometría, dispositivos de inhalación con placebo. Sondas de aspiración, sistemas de administración de oxígeno, aerosolterapia y de ventilación no invasiva. Cámaras de nebulización y dispositivos de inhalación. Cánulas de traqueotomía. Jeringas de gasometría. Sensores de pulsioximetría. |
| Hospitalización | |
| Consultas Externas | |
| SCCU | Sondas de aspiración, sistemas de administración de oxígeno, aerosolterapia y de ventilación no invasiva e invasiva. Cámaras de nebulización y dispositivos de inhalación. Cánulas de traqueotomía. Jeringas de gasometría. Sensores de pulsioximetría. |
| 061 | Sondas de aspiración, sistemas de administración de oxígeno, aerosolterapia y de ventilación no invasiva e invasiva. Cámaras de nebulización y dispositivos de inhalación. Cánulas de traqueotomía. Sensores de pulsioximetría. |
| DCCU | Dispositivos de inhalación con placebo, sistemas de administración de oxígeno, aerosolterapia, sensores de pulsioxímetros. |
| Personal . . . | Cada nivel asistencial deberá tener establecido el perfil profesional necesario, contemplando en el mismo las competencias (habilidades, conocimientos y actitudes) necesarias para el ejercicio profesional |

4. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO

Consiste en la representación esquemática, paso a paso, de los detalles de un proceso. Incluye las entradas al proceso (inputs) y sus salidas (outputs), así como el conjunto de actividades y tareas en el desarrollo del mismo.

Sirve para:

- Visualizar globalmente el proceso, los niveles de actuación asistencial (Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias o Emergencias), los profesionales implicados (médicos, enfermeras, personal no sanitario) y los recursos necesarios para obtener el resultado esperado.
- Identificar rápidamente funciones, responsabilidades y competencias de los participantes.
- Ligar las vías críticas con las organizativas, es decir, el 'qué' y el 'cómo', en relación con las tareas a realizar.
- Identificar puntos donde se puede medir la efectividad y eficiencia del proceso.

Pasos a seguir en la representación de los procesos integrados

El diseño de procesos integrados, altamente complejos y que implican a varias instituciones dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, obliga a abordar la representación gráfica del proceso en diferentes niveles, desde lo más global hasta el detalle, paso a paso.

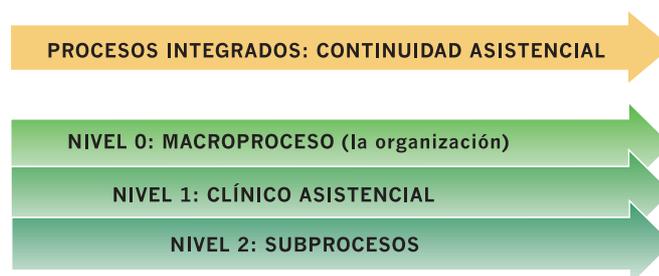


Figura 5. Niveles de arquitectura en la representación de procesos.

No es necesario para la representación de un proceso utilizar todos los niveles. Su uso dependerá fundamentalmente de dos factores:

- El tipo de proceso concreto de que se trate.
- La dinámica y experiencia previa del equipo de profesionales que lo acomete.

En todos los casos es imprescindible que, para cada nivel, el equipo marque el grado de detalle o especificación al que quiere llegar en el proceso. Una vez acordado este punto, deberá mantenerse en todo el desarrollo del nivel de mapeado de procesos en el que se encuentre.

Es importante asumir desde el primer momento que en este modelo de diseño se trabaja con procesos integrados que implican a diferentes organizaciones y, por tanto, con un considerable nivel de dificultad, lo cual obligará a decidir en cada momento cuál es el instrumento de representación gráfica más adecuado.

Con la base de la metodología IDEF, se expone a continuación una propuesta propia de mapeado de los procesos por niveles, y se presentan varios ejemplos del trabajo realizado por los grupos de diseño de procesos.

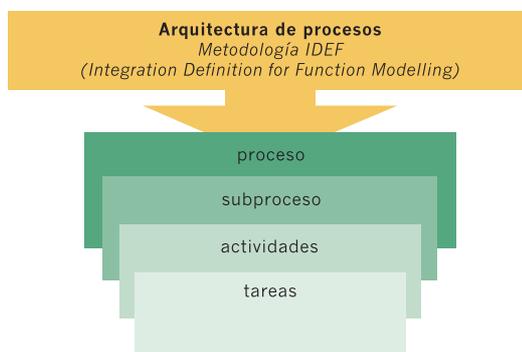


Figura 6. Arquitectura de procesos mediante metodología IDEF.

Se han establecido cinco niveles de representación gráfica, desde el 0 hasta el 4, pasando progresivamente de una visión global de los procesos (nivel 0) hasta las tareas específicas a realizar en un proceso concreto (nivel 4). Para los niveles 0, 1 y 2, se ha seguido de forma simplificada la estructura de representación gráfica por niveles que propone **la metodología IDEF**. El nivel 3 permite representar gráficamente las actividades y tareas a través de **diagramas de flujo**. Por último, el nivel 4 plantea el esquema de desarrollo de una **vía crítica**.

ARQUITECTURA NIVEL 0

Se trata de una representación global, ya definida, de los procesos que desarrolla la organización en su conjunto. Sería, por tanto, una representación única para todos los procesos integrados dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía: un esquema global del proceso de atención sanitaria a través de los diferentes proveedores de servicios que la integran (figura 7). Por consiguiente, para la representación gráfica de procesos asistenciales partimos del nivel 1.

ARQUITECTURA NIVEL 1. Representación del proceso integral en su conjunto

Este nivel corresponde a la representación gráfica de un proceso de atención concreto, por ejemplo la Diabetes, el Cáncer de Mama, la Fractura de Cadera, la Catarata, Al tratarse de procesos integrados, consistiría en la representación global del proceso en su flujo por los diferentes proveedores de la organización y, por tanto, figurarán los distintos niveles asistenciales implicados en la atención.

Visto desde la perspectiva del proceso asistencial concreto, se podría considerar como el Nivel 0 de mapeado para ese proceso.

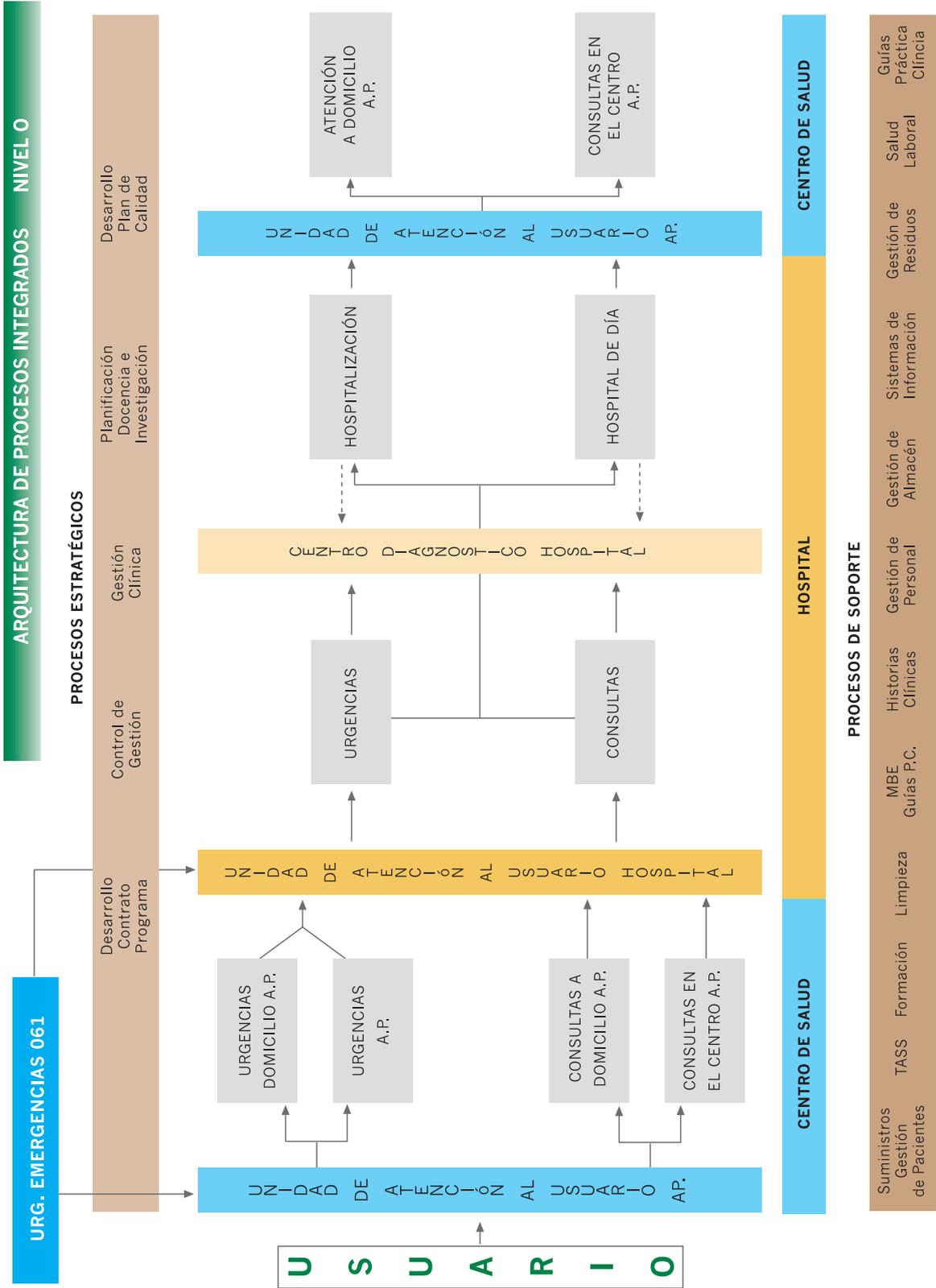


Figura 7. SSQA. Arquitectura Nivel 0.

Para la representación gráfica de un proceso, el nivel 1 supone una visión global de las diferentes actividades que desarrolla el mismo en los distintos escenarios donde se propone su realización. Tiene especial importancia ya que **consigue visualizar la amplitud real del proceso** desde la entrada del paciente (urgencias hospitalarias, AP, domicilio), los diferentes proveedores que intervienen (consultas en Atención Primaria, Consultas Externas hospitalarias, cirugía ambulatoria....) y las diferentes salidas en función de la resolución de las necesidades de los usuarios (alta médica, seguimiento continuado en el nivel primario, hospital,.....).

Esta posibilidad de representación gráfica del proceso de forma global hace recomendable que este nivel 1 se dibuje de manera provisional en las primeras sesiones de trabajo de grupo, para que la descripción de entradas y salidas del proceso, así como su definición funcional, se visualicen claramente y estén, a su vez, en consonancia con la representación gráfica de las actividades del proceso.

El esquema del nivel 1 presenta tres bloques de representación:

- En la parte superior, y de forma longitudinal, se definen **los procesos estratégicos**: procesos necesarios para el mantenimiento y progreso de la organización: Plan Estratégico, Plan de Calidad, Plan de Formación...
- En la parte central, se representa el **proceso operativo** en sí mismo, es decir, las diferentes actividades de forma global y los diversos escenarios donde se desarrolla el proceso de atención que repercute directamente sobre el usuario. En los distintos ejemplos se representan aquí las actividades globales de la atención al Embarazo, Parto y Puerperio, el proceso de Cataratas,
- En la parte inferior, se hallan los **procesos de soporte**, los que apoyan los procesos operativos para que éstos se cumplan. En ellos están representados los servicios de mantenimiento, limpieza, archivo, y, entre otros, los procesos de apoyo al diagnóstico. Estos últimos, en muchas ocasiones, tienen tanta entidad en el desarrollo de actividades del proceso que se representan dentro del proceso operativo en lugar de entre los de soporte.

ARQUITECTURA NIVEL 2. Representación de los subprocesos

Una vez diseñado el esquema gráfico del conjunto de actividades que componen el proceso (Nivel 1), el segundo paso consiste en profundizar un poco más en estos grupos de actividades. Se trata de responder a la pregunta ¿qué hacemos? pero más detalladamente que en el nivel 1.

Este nivel necesita generalmente de varios esquemas gráficos que representan los diferentes subprocesos en los que se puede descomponer el proceso integrado que se está representando. La amplitud y características de estos subprocesos no mantienen una regla definida, sino que dependen de las peculiaridades propias de cada proceso.

Se trataría en todo caso de representar las actividades con algo más de detalle y, a la vez, de forma sencilla para facilitar la comprensión del proceso. Es decir, debe profundizar en las actividades pero sin que ello suponga aumentar la complejidad de los esquemas y su densidad.

La forma de representación del nivel 2 consiste, como norma general, en la presentación de una caja que recoge todas las actividades del subproceso. Esta gran caja expresa los procesos operativos para lograr ese subproceso. Por tanto, en su interior, contiene de forma ligada las actividades directamente relacionadas con los servicios facilitados a los usuarios. En los laterales de la caja se representa mediante flechas:

- **Las entradas de los usuarios** al subproceso (paciente desde AP, reingresos.): dependiendo del subproceso de que se trate las entradas serán diferentes y más de una.

- **Las salidas del subproceso.** Pueden ser igualmente una o varias salidas (ingreso en hospitalización, derivación a Consultas Externas, exitus, finalización del proceso,...).

En la parte superior e inferior del proceso también pueden representarse otros aspectos que deben tenerse en cuenta y que facilitan la comprensión del mismo:

- **Guías.** Se sitúan en la parte superior. En el lenguaje IDEF se le denominan también controles. Se trata de representar para el subproceso concreto los “controles” que están marcando nuestra conducta a la hora de definir las actividades. Es decir, recomendaciones específicas, aspectos concretos contenidos en guías de práctica, normativa legal, etc. que sustentan nuestro proceder.
- **Recursos.** También denominados mecanismos. Son los medios necesarios para poder realizar las actividades del subproceso. Expresan los procesos de soporte mencionados en el nivel 1, pero de una forma concreta y dirigidos exclusivamente a las necesidades del subproceso que se está representando.

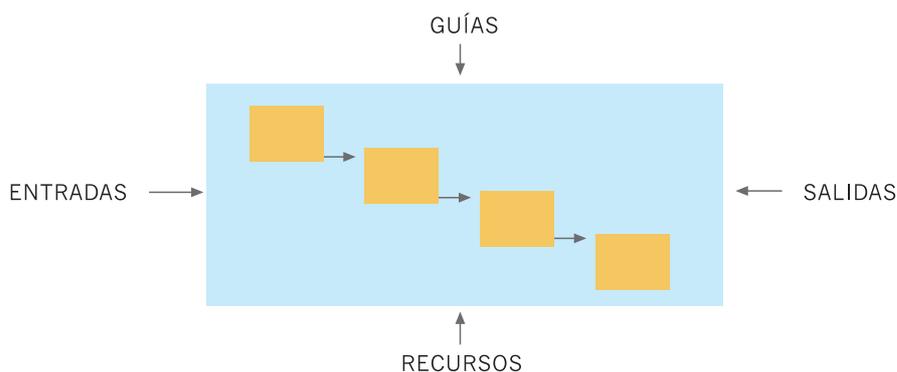


Figura 8. Representación esquemática arquitectura nivel 2.

ARQUITECTURA NIVEL 3

Es un modelo de representación gráfica práctico en el que se desglosan las actividades de un proceso, a la vez que se muestra la persona que desarrolla la actividad. Es ya una representación gráfica a través del **diagrama de flujos**, y puede detallarse más mostrando, en la parte superior, los tiempos de ejecución o el lugar en el que se realiza la actividad o se entrega el servicio.

Cada una de las casillas de este diagrama puede contener, a su vez, otro esquema de flujograma lineal, y así sucesivamente hasta el último nivel de detalle al que se quiera llegar.

La ventaja de la representación gráfica del proceso integrado es que permite combinar las vías organizativas (flujo de paciente, citas, tiempos de ejecución, identificación de cuellos de botella, forma y momento de la entrega de servicios) con las vías clínicas.

El uso de los programas informáticos permite acoplar a cada paso de la representación del flujograma “llamadas o ayudas” que aclaren los procedimientos y que informen sobre la evidencia que respalda el diseño del proceso.

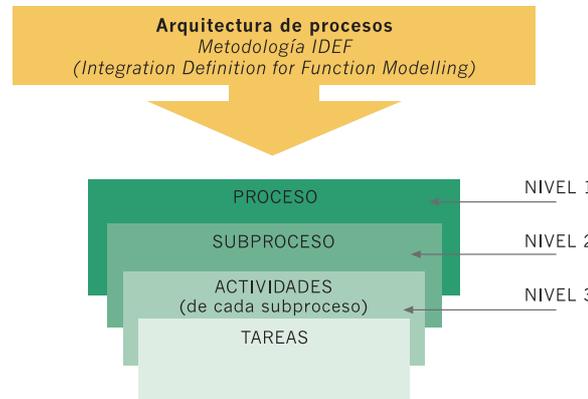


Figura 9. Arquitectura de procesos mediante metodología IDEF.

Representación gráfica del diagrama de flujos en el nivel 3

Suele servirse de los siguientes iconos, aunque puede utilizarse indistintamente cualquier tipo de medio gráfico que ayude a la interpretación del diagrama.

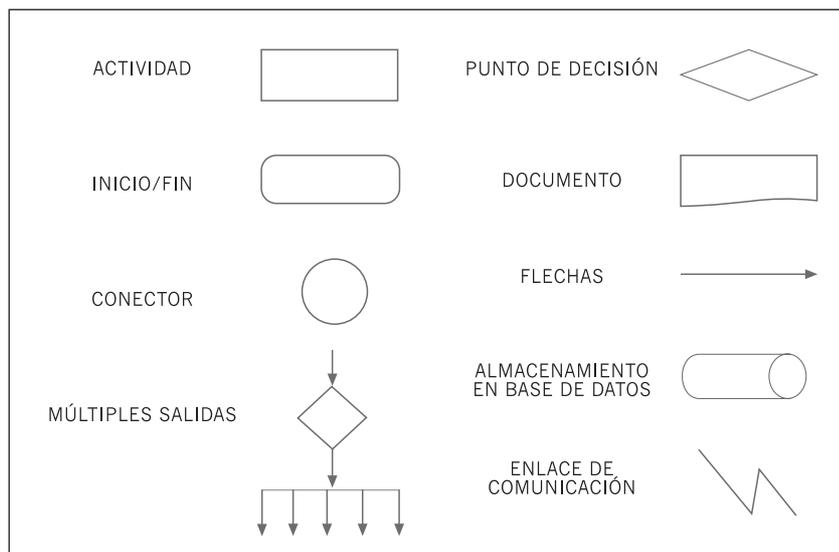


Figura 10. Iconos para representación de diagrama de flujos.

ARQUITECTURA NIVEL 4

Es la representación operativa de la vía organizativa relacionada con la secuencia temporal en el abordaje del paciente. En este punto, el equipo de trabajo determinaría, según el proceso previamente definido, la entrega de servicios: la información y el tipo de gestiones que los distintos profesionales en cada nivel de atención proporcionarían al paciente en los diversos momentos previstos en su atención.

Este esquema propuesto de mapeado de procesos por niveles representa un modelo teórico de apoyo que tendrá que ser adaptado a las necesidades de cada proceso y al medio en el que se realiza su diseño.

A medida que nos acercamos a la entrega de servicios, el nivel de desarrollo deberá tender a la concreción y al detalle. Un esquema global sobre la gestión del proceso para toda la organización llegará, posiblemente, hasta una aproximación general en el Nivel 3.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

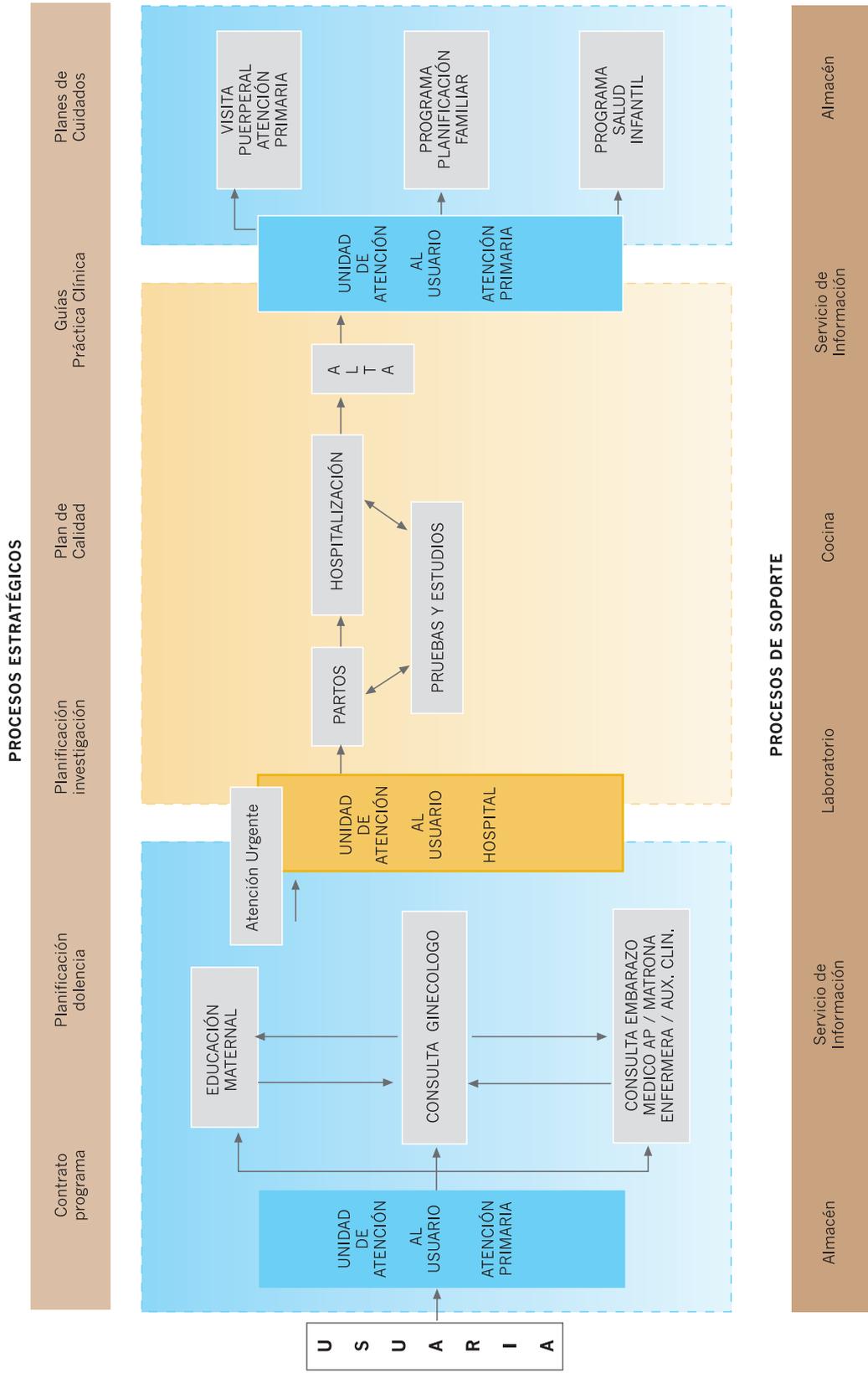


Figura 11. Proceso Embarazo, Parto, Puerperio. Arquitectura Nivel 1

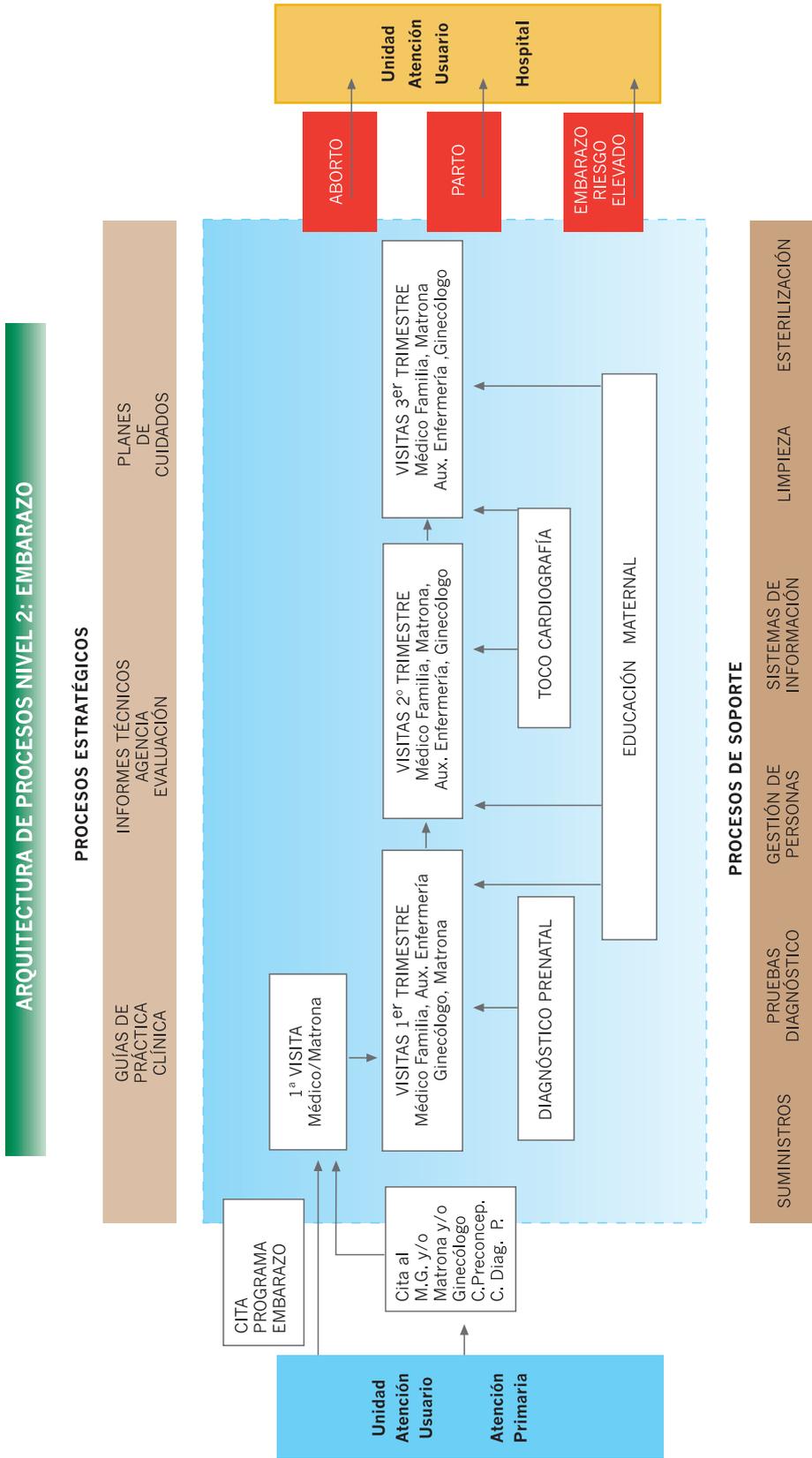


Figura 12. Proceso Embarazo, Parto, Puerperio. Arquitectura Nivel 2.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: PARTO Y PUERPERIO

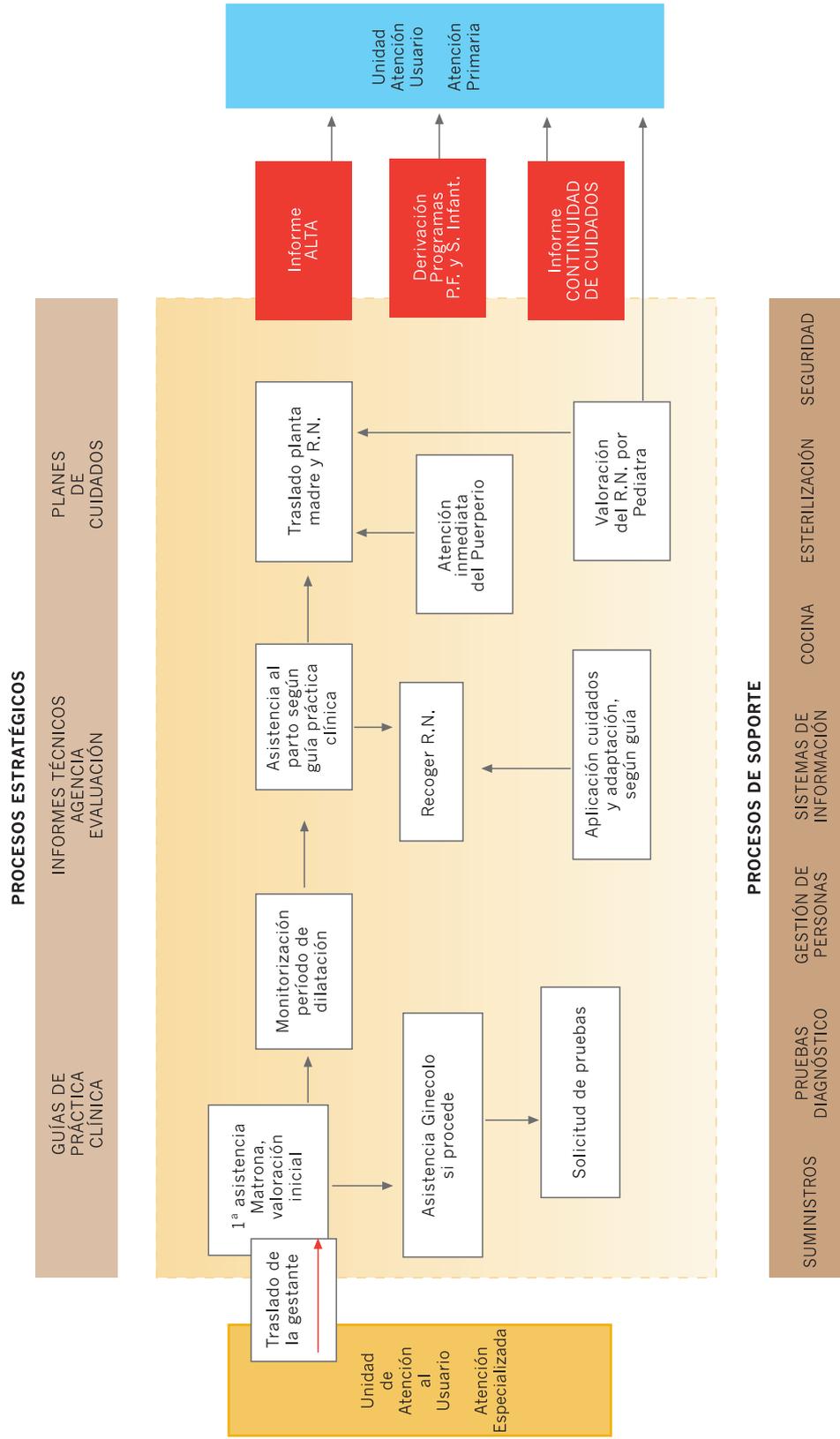


Figura 13. Proceso Embarazo, Parto, Puerperio. Arquitectura Nivel 2.

Para seguir con el ejemplo se representan a continuación (Nivel 3) tres actividades concretas del subproceso de Atención al Embarazo: tres visitas de seguimiento. El resto del proceso podría tener una representación similar para cada una de las actividades, lo cual permite analizar con detalle los distintos pasos del proceso y los diversos elementos que intervienen en cada uno de ellos. También se presenta un ejemplo muy básico del NIVEL 4 de representación de este proceso, en el que es imprescindible recordar que estas vías organizativas sólo son posibles de diseñar y representar para el nivel local.

Por otra parte, junto con el ejemplo del embarazo se exponen otros de procesos integrados, como son: el de Ataque Cerebro Vascular, Cataratas y Dolor Torácico. En este último caso, dada la complejidad de los subprocesos en los que se divide el proceso, se ofrece únicamente la representación gráfica de tercer nivel de una de las posibles vías de entrada en el circuito asistencial.

Por último, en el Anexo 8, se ofrece la descripción completa de uno de los subprocesos de la Diabetes Mellitus tipo I, que permite obtener una visión global del mismo, incluidos los distintos niveles de representación.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

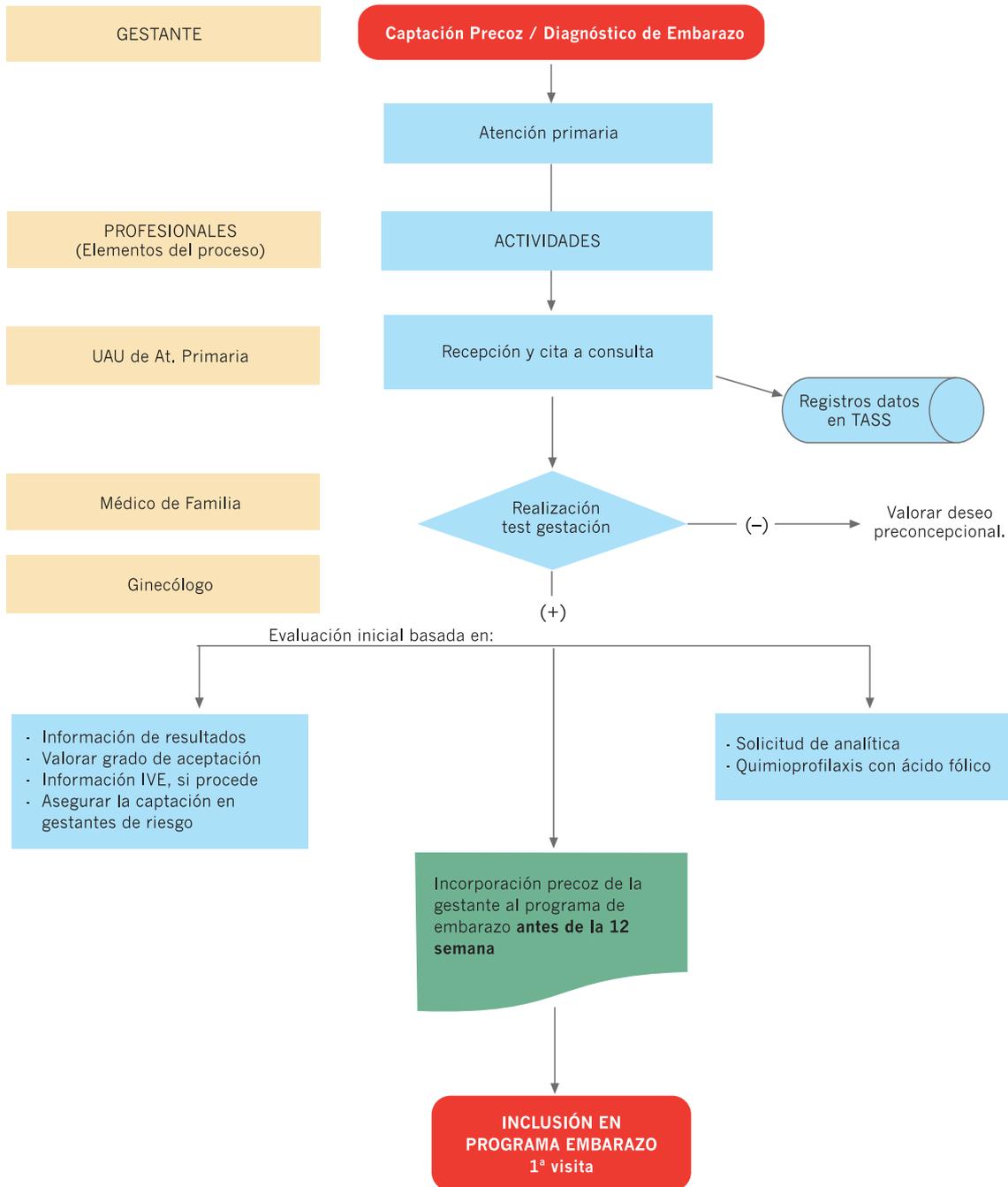


Figura 14. Proceso Embarazo, Parto, Puerperio. Arquitectura Nivel 3.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

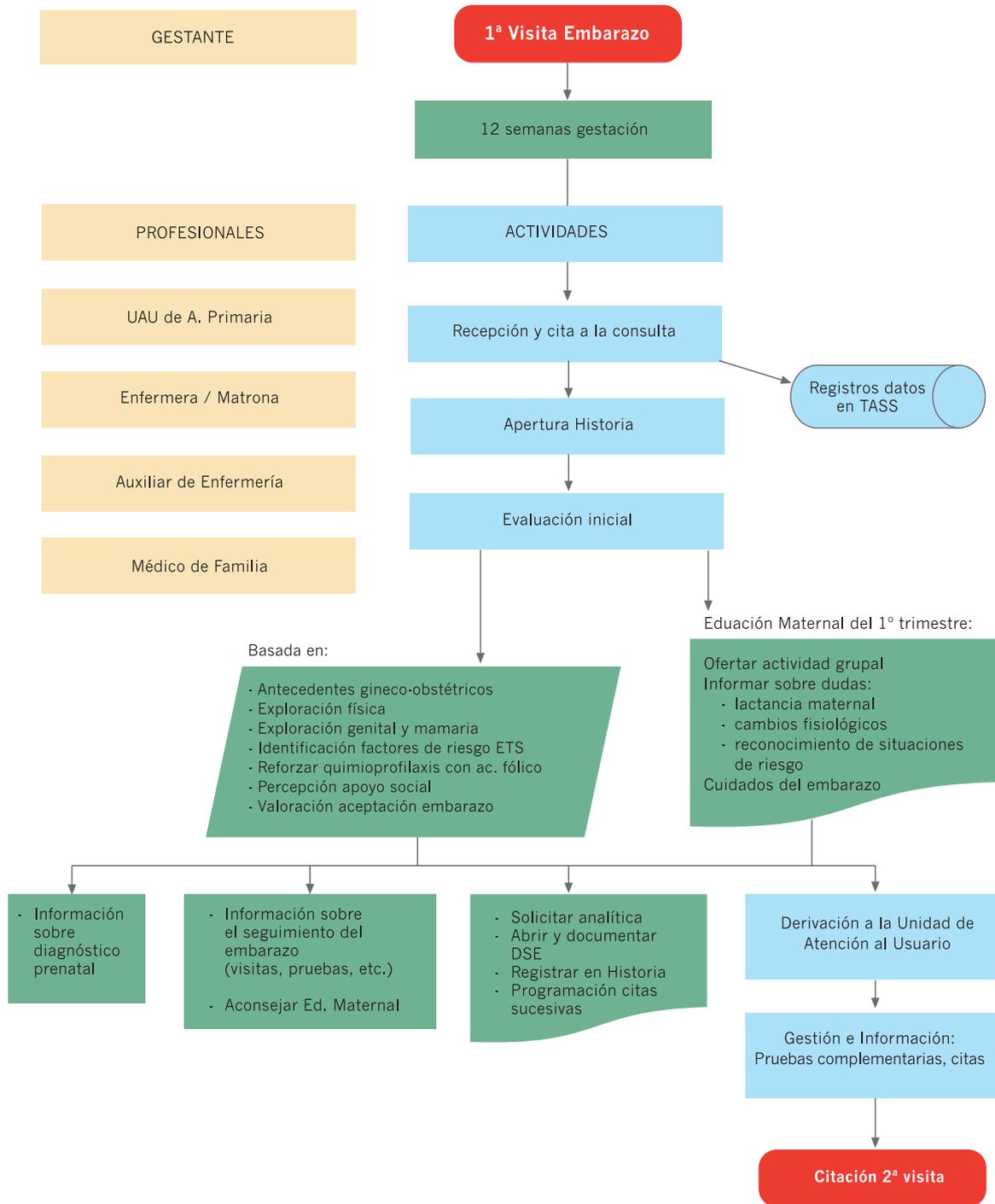


Figura 15. Proceso Embarazo, Parto, Puerperio. Arquitectura Nivel 3.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

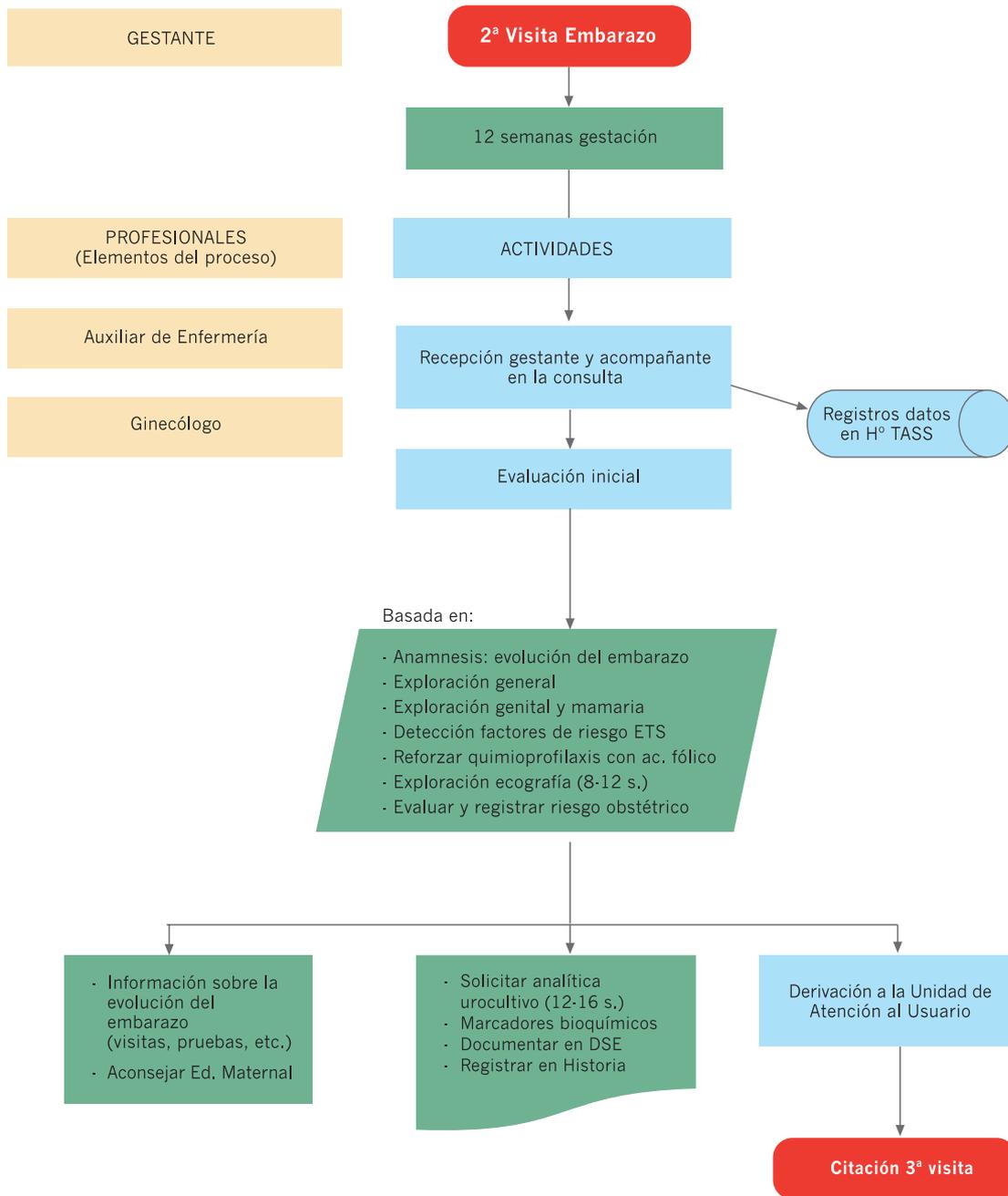


Figura 16. Proceso Embarazo, Parto, Puerperio. Arquitectura Nivel 3.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 4. PROCESO EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Vía Clínica Organizativa.

| Actividad | Día 1 ^a consulta | Seguimiento Embarazo | Día Ingreso | del PARTO | Trabajo Puerperio Precoz | Atención Recién Nacido | Atención Alta Hospitalaria | Puerperio domiciliario | Atención Indicadores de Calidad |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------|--------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| Información a la gestante y familiares | | | | | | | | | |
| Documentación y registros | | | | | | | | | |
| Hostelería | | | | | | | | | |
| Tratamientos y cuidados | | | | | | | | | |
| Pruebas complementarias | | | | | | | | | |
| Trámites administrativos | | | | | | | | | |

Figura 17. Proceso Embarazo, Parto, Puerperio. Arquitectura Nivel 4. (Esquema básico adaptado H. Ramón y Cajal).

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1 ATAQUE CEREBROVASCULAR

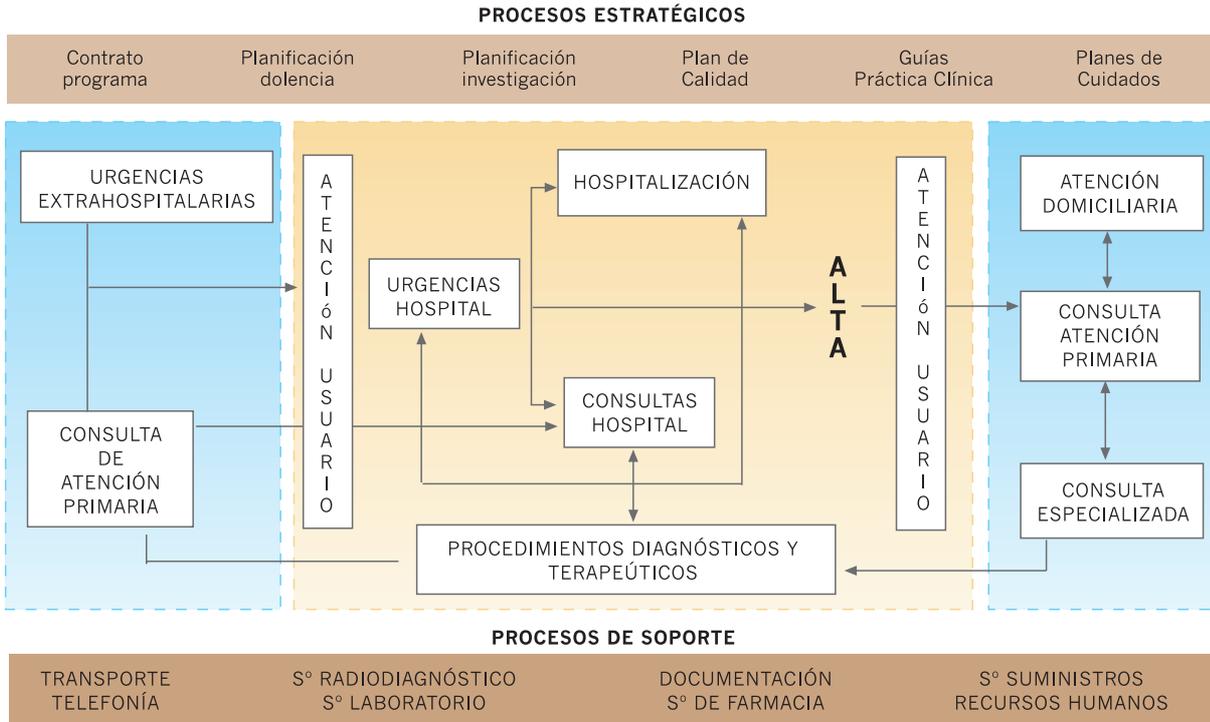


Figura 18. Proceso Ataque Cerebrovascular. Arquitectura Nivel 1.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO ACV.: ATENCIÓN EN URGENCIAS



Figura 19. Proceso Ataque Cerebrovascular: Atención en Urgencias. Arquitectura Nivel 2.

**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3.
PROCESO ACV. ATENCIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**

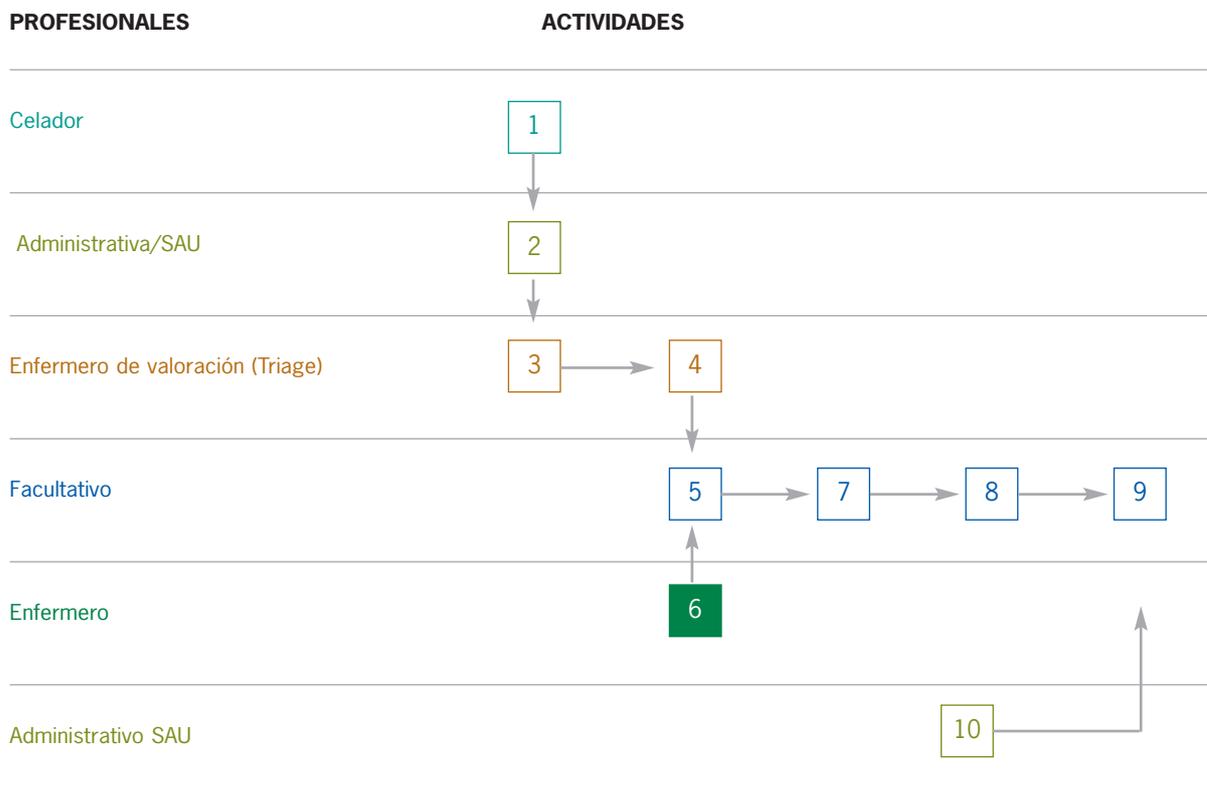


Figura. 20. Proceso Ataque Cerebrovascular: Atención en Urgencias. Arquitectura Nivel 3.

1. Recepción del paciente.
2. Identificación del paciente.
3. Valoración del paciente.
4. Priorización de pacientes (Observación o Consultas de Urgencias).
5. Exploración diagnóstica y pruebas complementarias.
6. Cuidados de enfermería.
7. Valoración y decisión de derivación (Continuidad Atención en Consulta, Observación, Cuidados intermedios, Hospitalización, Alta, según pauta).
8. Información a paciente y familiar.
9. Elaboración de informe para facultativo receptor.
10. Gestión de cita para consultas (Atención Primaria o Especialista) o ingreso hospitalario.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1. PROCESO CATARATAS

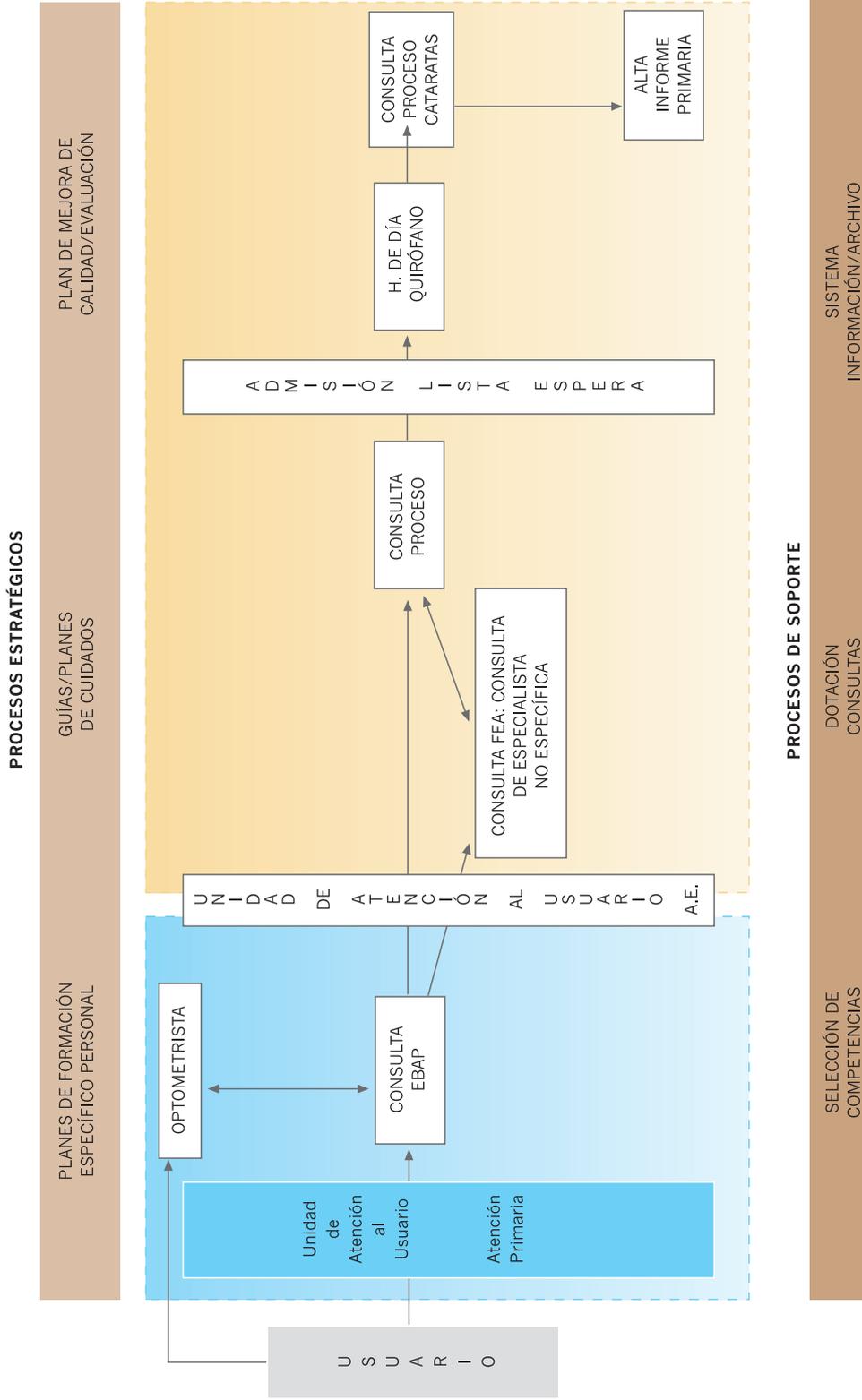


Figura 21. Proceso Cataratas. Arquitectura Nivel 1.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO CATARATAS. Atención Postquirúrgico

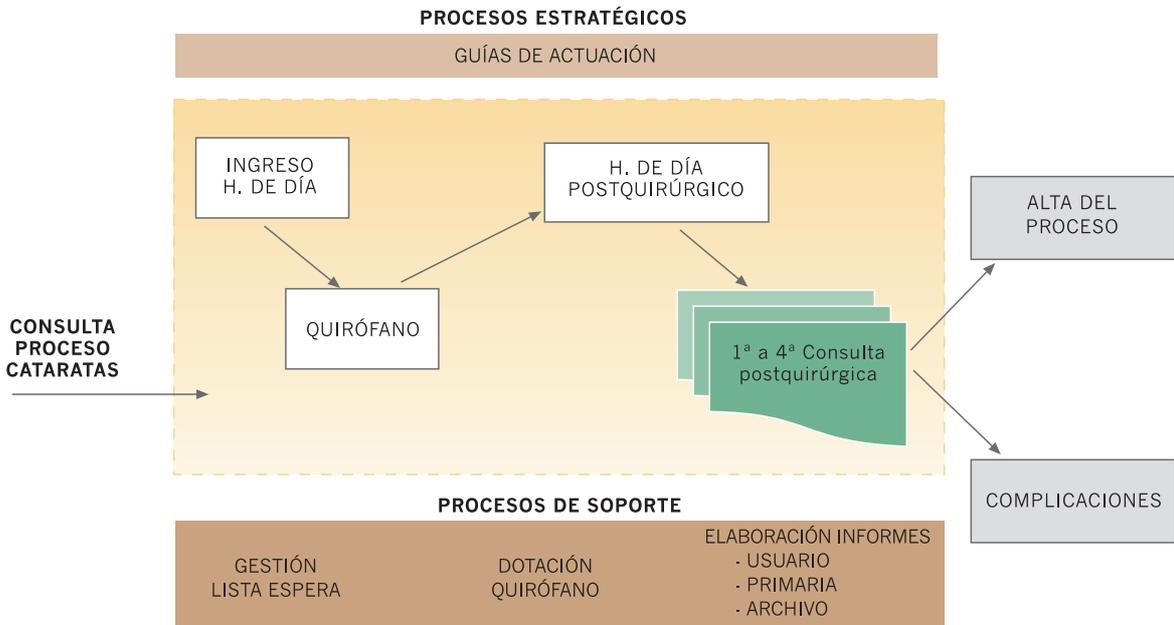


Figura 22. Proceso Cataratas. Arquitectura Nivel 2.

5. INDICADORES DE PROCESOS ASISTENCIALES

El último paso necesario en la fase de diseño de los procesos asistenciales es la elaboración de un sistema de indicadores que facilite la evaluación y control del proceso.

En este sentido, la **evaluación de la calidad de los procesos** es la comparación entre situaciones previamente definidas como deseables (estándares) y la realidad, analizando las discrepancias y aportando sugerencias para evitarlas. Para realizar este trabajo comparativo es necesario disponer de patrones de referencia:

- **Criterio o norma:** regla a la que se debe ajustar la atención sanitaria para ser considerada de calidad; permite especificar las condiciones deseables o no deseables que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria. **Es lo que se debe hacer (criterios de calidad de los procesos).**
- **Estándar:** grado de cumplimiento exigible a un criterio; se fija antes de realizar la evaluación. Es una **medida subjetiva sobre el nivel de actuación que podría conseguirse.**
- **Indicador:** instrumento de medida utilizado para monitorizar los aspectos más importantes de las diferentes áreas y actividades del sistema sanitario; se expresa generalmente en forma de proporción. Es una **valoración objetiva de lo que se está haciendo.**

Características y requisitos de los indicadores

El conjunto de indicadores que conforman un sistema de evaluación de procesos debe estar enfocado a dimensiones concretas de la calidad de la atención sanitaria: accesibilidad, satisfacción de los pacientes, continuidad de cuidados, resultados en salud, ...

Además, deben cumplir una serie de requisitos básicos, entre los que cabe destacar:

- **Relevancia:** que valoren aspectos de la asistencia considerados fundamentales en los procesos diseñados.
- **Basados en evidencias científicas** actualizadas en relación con el problema evaluado.
- Estar **priorizados** de acuerdo a la fuerza de la evidencia y a la **influencia en el resultado.**
- **Agilidad:** el sistema ha de permitir la transmisión rápida de la información.
- **Flexibilidad:** para adaptarse a distintos niveles de agregación de la información según el nivel de usuario.
- **Fiabilidad:** grado de reproductibilidad de los resultados cuando el indicador es utilizado por observadores diferentes; la existencia de un sustrato informático o documental, que haga al sistema auditable, refuerza la fiabilidad.
- **Integración** con sistemas de información existentes (CMBD, Sistema de Información de Listas de Espera, registros de cáncer, bases demográficas,...).
- **Comparabilidad:** posibilidad de establecer comparaciones entre centros que permitan el “benchmarking”.

Así mismo, igual que se plantea en cualquier sistema de información, son necesarias la adecuada retroalimentación a los profesionales implicados, una presentación atractiva de los resultados, y la delimitación de las competencias y responsabilidades de los distintos profesionales en la declaración, transmisión, agregación y difusión de la información.

Es importante reseñar, en relación con los primeros requisitos, que las evidencias disponibles de investigación son limitadas y que, para algunas intervenciones o situaciones clínicas, puede que no sea posible obtenerlas.

Según Naylor, “el compromiso para ejercer una medicina basada en la evidencia no puede excluir la utilización razonable del juicio clínico...”. Por ello, los métodos para la selección de los criterios / indicadores deben combinar las mejores evidencias disponibles con la opinión o juicio de expertos que, ante la falta de evidencias, pueden juzgar razonable la utilización de un criterio / indicador.

En este sentido, se pueden considerar tres grupos de criterios / indicadores:

1. Criterios que **deben** incluirse: en función de la existencia de una evidencia de investigación sólida y de su influencia en el resultado; son criterios con prioridad mayor.
2. Criterios que **pueden** incluirse: criterios con alguna evidencia de investigación que justifica su inclusión o que, a juicio de los expertos, es razonable incluirlos cuando no hay evidencia disponible.
3. Criterios que **no deben** incluirse: criterios que no parecen medidas importantes del proceso o aquéllos sobre los que no se puede actuar (porque no son susceptibles de ser modificados); por otra parte, es conveniente huir de aspectos polémicos o que todavía están en discusión.

Construcción de los indicadores

La elaboración de cada indicador requiere la definición precisa de todos sus términos:

1. **Denominación:** descripción resumida de la actividad asistencial o suceso que valora.
2. **Definición de términos:** explicación detallada de los componentes de la definición y su proceso de cálculo; debe permitir que cualquier persona que aplique el indicador recoja y valore los mismos conceptos.
3. **Tipo de indicador:** asignación del indicador según sea de estructura, de proceso o de resultado, basado en sucesos centinelas o en índices.
4. **Fundamento:** explicación de por qué es útil el indicador para valorar el proceso o resultado.
5. **Población del indicador:** descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión en el numerador y denominador.
6. **Datos a recoger y fuentes:** traducción de los términos utilizados en el indicador a los elementos específicos de datos e identificación de las fuentes de los datos.
7. Reseña de **estándares disponibles** que permitan establecer valores de referencia.
8. **Periodicidad y demora:** definir el grado de agrupación temporal (mensual, trimestral...) y el plazo de disposición de los resultados tras el cierre del período.

Ejemplo básico de plantilla de indicadores

| INDICADOR | ALGORITMO | ESTÁNDAR | FUENTE INFORMACIÓN | PERIODICIDAD |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|--------------|
| Est. media | $\text{N}^\circ \text{ est} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ altas}$ | <7 días | Explotación GRD | Mensual |
| Mortalidad | $\text{N}^\circ \text{ éxitos} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ pacientes intervenidos}$ | <5% | Explotación GRD | Mensual |
| % Reintervención | $\text{N}^\circ \text{ pac reinterv} < 30 \text{ días} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ pac interven.}$ | 0% | Explotación GRD | Mensual |

Clasificación de los indicadores

• Según el tipo de información que suministran:

- Indicador centinela: mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable.
- Indicador basado en índices: mide un suceso de la asistencia que requiere posterior valoración sólo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa en el tiempo, excede umbrales predeterminados o evidencia diferencias significativas al compararse con otros servicios o instituciones.
- Indicador trazador: puede servir de patrón para evaluar la atención que se brinda en el sistema de salud y refleja de forma fiable la globalidad de la asistencia; ha de referirse a una situación frecuente, en la que las deficiencias en la asistencia sean evitables, y en la que se pueda lograr el máximo beneficio al corregirlas.

• Según la fase de la atención sanitaria:

- Indicadores de estructura.
- Indicadores de proceso.
- Indicadores de resultado.

Indicadores de proceso e indicadores de resultados

Es importante conocer el impacto en la salud de las intervenciones sanitarias. La calidad de los servicios sanitarios precisa de un grado de excelencia que sólo es alcanzable si se propician los recursos e instrumentos orientados a la medición de los resultados finales (mortalidad, morbilidad, calidad de vida, satisfacción,...) y a la identificación de áreas susceptibles de mejora en el proceso asistencial.

Criterios /indicadores de proceso

La evaluación del proceso es una medida complementaria a la evaluación de resultados que nos acerca a la identificación de posibles medidas correctoras.

En ocasiones, si no es posible medir resultados, la evaluación del proceso queda como la única posibilidad de medición de indicadores de la asistencia.

Están acotados a las propias fases y actividades del proceso, haciendo referencia a los puntos críticos, que suelen corresponder a las relaciones con otros departamentos.

Informan sobre:

- Tiempos de ejecución de los procesos (tiempos de respuesta, demoras, días de ingreso, estancias preoperatorias,...).
- Calidad científico-técnica (adherencia a guías, protocolos, procedimientos,...)
- Producción de servicios.

Criterios /indicadores de resultados

En el terreno sanitario, los resultados son los efectos que se pueden atribuir a una actividad o intervención, o a su ausencia, sobre un estado de salud previo. No debemos olvidar que los resultados son el objetivo de los profesionales sanitarios y el principal interés de los pacientes.

Se pueden considerar dos ámbitos de medición de resultados de la actuación sanitaria: el individual y el poblacional.

Los resultados en el ámbito del paciente pueden ser:

- Resultados **clínicos**: evalúan el funcionamiento de una determinada intervención o tratamiento, usando un indicador clínico como medida de resultado: signos y síntomas, determinaciones de laboratorio, eventos clínicos como consecuencia de la enfermedad o el tratamiento, efectos adversos, mortalidad, ...
- Resultados **centrados en el paciente**: se refieren a la calidad de vida (función física, mental, social, laboral), satisfacción (accesibilidad a los servicios, calidad de los servicios, información recibida, ...), preferencias de los pacientes, cumplimiento terapéutico, ...
- Resultados **económicos**: se refieren a la utilización de recursos sanitarios y el coste de esos servicios, o a la relación entre impacto económico y efectividad (estudios de coste efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio).

Los resultados en grupos de pacientes o poblaciones son de particular interés para los decisores sanitarios, y se basan en información sobre morbilidad, mortalidad, incidencia y prevalencia de la enfermedad, junto con la productividad social y económica.

Conviene recordar que la creciente participación de los pacientes en la toma de decisión hace necesaria la utilización de una gran diversidad de variables de resultados, especialmente las que son más relevantes para el propio paciente, como la calidad de vida y la satisfacción con la atención, no limitándose exclusivamente a las variables biológicas y parámetros clínicos empleados habitualmente en los estudios de eficacia.

Monitorización de indicadores

Es la **medición sistemática y planificada** de los indicadores de calidad, con el objetivo de identificar situaciones problemáticas sobre las que hubiera que intervenir.

Los dos componentes básicos de la monitorización son:

- La identificación, selección o construcción de los indicadores que hay que medir.
- La definición de un plan de monitorización, incluyendo como mínimo la periodicidad de las mediciones y el método con el que se van a realizar.

Para monitorizar un conjunto de indicadores, se precisa una recogida estandarizada de los datos, sobre la base de definiciones comunes, datos centralizados, análisis comparativos, feedback de los resultados y mecanismos que aseguren la fiabilidad y exactitud de los mismos.

A continuación se presentan algunos ejemplos de construcción de indicadores específicos para algunos procesos (SIDA, Cáncer de Mama, ...), así como un conjunto global de indicadores seleccionados para la evaluación de un proceso asistencial concreto.

Ejemplo 14. Tasa de participación (Cáncer de mama)

| | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descripción | Proporción de mujeres exploradas respecto a población elegible. |
| Numerador | <p>Número de mujeres exploradas</p> <ol style="list-style-type: none"> Mujeres a las que se le realiza el estudio mamográfico de cribado (test de screening). Número de mujeres que aportan una mamografía realizada como máximo 6 meses antes de la cita, que cumpla los criterios metodológicos del Programa en cuanto a proyecciones, que ha sido interpretada y ha seguido el mismo proceso que las que se realizan en la propia unidad. |
| Denominador | <p>Población elegible</p> <p>Mujeres a las que se ha ofrecido en el periodo evaluado la realización de la exploración de cribado. Es la población diana menos la que debe ser incluida o excluida por criterios de cribado.</p> <p>Población diana: Mujeres susceptibles de ser incluidas en programa de cribado según los criterios de edad y residencia.</p> <p>Criterios de inclusión: Mujeres que no aparecían en la base de datos y deben incluirse por criterios de cribado (edad y residencia).</p> <p>Criterios de exclusión de la población elegible: Cáncer de mama previo o mastectomía bilateral.</p> |
| Cálculo | $\frac{\text{Nº de mujeres exploradas}}{\text{Población elegible}} \times 100$ |
| Observaciones: | <p>Se considera la población diana a la actualizada al final del periodo de evaluación.</p> <p>Se excluyen, tanto de la población diana como de la elegible, en cualquier momento, las censadas ya no residentes, los fallos de identificación de edad o sexo, las duplicidades de datos y los fallecimientos.</p> <p>Se calculará el % de mujeres que acude por cada una de las modalidades de cita respecto al total de exploradas.</p> <p>Se calculará el % de mujeres que aportan mamografía reciente respecto al total de las exploradas.</p> |

Ejemplo 15. Demora de primera visita en Atención Especializada (SIDA)

| | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definición de términos | <p>– Tiempo transcurrido desde la solicitud de consulta a Atención Especializada hasta que se produce la cita.</p> <p>Cálculo:</p> $\frac{\sum \text{ de días de demora}}{\text{nº total de citas solicitadas}}$ <p>– Indicador: < 30 días.</p> |
| Tipo de Indicador | De proceso, basado en índices. |
| Fundamento | Criterio de accesibilidad a la Atención Especializada del proceso VIH. |
| Población del indicador | Numerador: sumatorio de días de demora desde la solicitud de la cita hasta que se produce. Denominador: número de pacientes con infección por el VIH confirmada derivados a Atención Especializada en un año. |
| Datos a recoger y fuentes | Datos a recoger: días de demora y total de primeras visitas solicitadas a Atención Especializada. Fuente: cuadro de mandos de Consultas Externas especializada. |
| Estándares disponibles | > 80% menos de 30 días de demora. |
| Periodicidad y demora | Periodicidad: anual. Demora: 3 meses. |

Ejemplo 16. Relación de indicadores. Proceso Colelitiasis

| INDICADOR | CRITERIO DE CALIDAD |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Demora en consulta de Atención Primaria | Menor de 24 horas. |
| Demora en consulta de Atención Especializada | Menor de 15 días. |
| Tiempo de espera en Urgencias | Inferior a 30 minutos. |
| Demora en la realización de Ecografía | Para exploraciones urgentes, inferior a 12 horas, salvo que haya criterios de gravedad u otro condicionamiento que requiera realización más inmediata a criterio del médico responsable,... y para no urgentes, inferior a 15 días. |
| Demora quirúrgica | Colecistitis aguda: < 72 horas desde su contacto con el hospital y colelitiasis < 120 días, desde su inclusión en lista de espera. |
| Consulta de Acto Único Porcentaje de pacientes vistos el mismo día en consulta de cirugía y consulta de anestesia con preoperatorio hecho | 50%. |
| Morbilidad global: Infección de herida quirúrgica | Cirugía electiva < 2% Cirugía de urgencias < 15% |
| Lesiones iatrógenas de la VBP Litiasis residual | < 0.5%. < 1%. |
| Ingresos por complicaciones derivadas de la colelitiasis ya en lista de espera: Nº de colelitiasis ingresadas complicadas/ Nºcolelitiasis.diagnosticadas x 100 | Tendente a ser 0. |
| % de reintervenciones | < 1%. |
| % de reingresos | < 1%. |
| Índice de cirugía laparoscópica Nº colelap / Nº de intervenciones totales x 100. | Cirugía electiva 50-60%. Cirugía de urgencias .. 40%. |
| Índice de conversiones en colecistectomías laparoscópicas programada y de urgencias | Cirugía electiva (colelitiasis) < 5-10%. Cirugía urgente (colecistitis aguda) < 15-25%. |
| Mortalidad global: | 0,2. |
| Índice de desprogramación: Nº intervenciones desprogramadas / Nº total de intervenciones programadas x 100 | < 3% |
| Eficiencia de petición de ecografía: Pacientes con colelitiasis / pacientes explorados x 100. | 50%. |
| Informes de alta: Nº informes de alta en el día / Nº de altas totales x 100. | 100% |
| Consentimientos informados: Nº de consentimientos informados / Nº de intervenciones x 100. | 100% |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estancia preoperatoria | < 0,5 días |
| Estancia media: | Colel no comp. op sin complicaciones 3 días. Colel comp. sin complicaciones 7 días. |
| Reclamaciones Nº de reclamaciones / Nº intervenciones x 100. | < 1% |
| Cooperación entre niveles: Informes de alta remitidos a Atención Primaria / Nº total de altas x 100. | 100% |
| Grado de satisfacción Encuestas de satisfacción periódicas | |

III

Propuestas para incorporar la mejor evidencia científica disponible en el diseño de procesos asistenciales

1. CONCEPTOS BÁSICOS

La **efectividad clínica** está relacionada con la **práctica** (clínica), y se refiere a hacer sólo las cosas que deben hacerse (aplicar las intervenciones de efectividad comprobada) y no las que no deben hacerse (uso innecesario o uso de intervenciones no efectivas o intervenciones efectivas en casos en que no corresponde):

- Hacer correctamente las cosas que deben hacerse, en el momento oportuno y en los pacientes indicados (uso adecuado de intervenciones, con normas de calidad y a tiempo).
- Obtener el máximo rendimiento de los recursos disponibles.
- No perder nunca de vista que el fin último es obtener más salud.

El concepto de **efectividad de una intervención concreta** es, por definición, relativo. Si una nueva intervención para el tratamiento de una enfermedad es o no efectiva sólo puede responderse por comparación con no hacer nada o con el resultado de otra intervención que ya existía antes. Por otra parte, la mayor o menor efectividad se mide en términos de salud (supervivencia, calidad de vida, mejora de síntomas, reducción de una lesión, efectos adversos, etc.). Si se aplican en la práctica clínica las intervenciones que han demostrado ser más efectivas en pacientes similares (aplicación de la evidencia científica), y en la forma y tiempo adecuados, se estará en el camino de la efectividad clínica; es decir, se estará en disposición de lograr los beneficios esperados, que siempre han de ser mayores que los efectos adversos derivados de dichas intervenciones.

Aunque a veces los términos se utilicen indistintamente, en general se entiende que el concepto de efectividad de una intervención hace referencia a los resultados de la atención en condiciones reales, a diferencia del de **eficacia**, que se refiere a los resultados en condiciones “ideales” o de experimentación. En la mayoría de las ocasiones (y en el mejor de los casos), los nuevos tratamientos se difunden tras estudiar su eficacia, pero cuando aún se conoce poco sobre su efectividad. Esto significa que un tratamiento que resultó mejor que el tratamiento convencional en un ensayo clínico aleatorio (eficacia) puede ser, con posterioridad, menos efectivo en la realidad por motivos diversos: la aplicación del tratamiento requiere habilidades especiales de los profesionales o formas organizativas específicas, la adherencia es difícil para los pacientes, el tratamiento pierde su efecto después de un tiempo, aparecen efectos adversos raros pero graves, se proporciona el tratamiento a pacientes con características distintas a los incluidos en los estudios realizados, etc.

La **eficiencia** –al igual que la eficacia y la efectividad- es también un concepto relativo. En éste no sólo se comparan los resultados en términos de salud entre dos o más intervenciones, sino que se incluye también el factor coste. Dado que los recursos no son ilimitados, debe valorarse lo que una intervención cuesta más que otra en dinero y si compensa asumir el mayor coste en relación a lo que se gana en salud. Lógicamente, entre opciones que aporten la misma efectividad, debe siempre elegirse la alternativa menos costosa. Los estudios sobre eficiencia o de evaluación económica pueden comparar las opciones en términos de coste-efectividad (coste por unidad de salud: ej. coste por muerte evitada), coste-utilidad (coste por utilidad desde el punto de vista del paciente: ej. coste de un año de vida ajustado por calidad de vida), y coste-beneficio (en esta alternativa, la salud también se mide en unidades monetarias).

Para determinar estos parámetros en el conjunto de intervenciones de un proceso asistencial, hay que utilizar la revisión sistemática de la evidencia científica y valorar su aplicación en un contexto concreto.

Tipos de estudios que permiten obtener información sobre efectividad clínica

Las opiniones de expertos pueden ser muy útiles para saber de primera mano cuáles son los problemas e incertidumbres que plantea el manejo de determinadas patologías y hacer recomendaciones flexibles cuando no hay evidencia científica sobre un tema.

Pero si existen estudios de calidad sobre la efectividad relativa de diversas opciones de diagnóstico, tratamiento o prevención, en una condición clínica determinada, no debe tenerse en cuenta el “olfato clínico” de los médicos sino dichos estudios.

- En el caso de **tratamientos y medidas preventivas**, los **ensayos clínicos aleatorios** bien diseñados y realizados, y con un número de pacientes amplio y suficiente, son el estándar de oro para conocer la eficacia de distintos cursos de acción.
- También son estudios muy válidos los **meta-análisis** llevados a cabo de manera adecuada (estudios que combinan los datos de muchos ensayos clínicos aleatorios). Si un tratamiento es más eficaz que otro, o que un placebo, en uno o varios ensayos clínicos, es muy posible, aunque esto no pueda asegurarse, que también sea más efectivo cuando se utilice en la práctica cotidiana.
- La situación ideal es poder disponer, para comparar las alternativas, de ensayos clínicos aleatorios y algún estudio observacional realizado posteriormente en la práctica clínica cotidiana y/o de ensayos en fase IV (tras la comercialización de la tecnología). Desafortunadamente, en pocas ocasiones puede disponerse de todo este bagaje de evidencia científica; pero, como norma básica, no se debería recomendar el uso de una tecnología cuya eficacia no haya sido probada al menos mediante algún ensayo clínico aleatorio de buena calidad.
- Los estudios observacionales (cohortes, y casos y controles) tras ensayos aleatorios, y los ensayos en fase IV, son especialmente importantes para conocer los efectos de los tratamientos a largo plazo, los efectos raros que sólo se manifestarán cuando se trate a un gran número de pacientes, y los efectos de los tratamientos aplicados a pacientes con distintas características que las que tenían los incluidos en los ensayos clínicos (generalmente restrictivos en sus criterios de inclusión).

En el caso de **pruebas diagnósticas**, el tipo de estudio más idóneo es distinto según la finalidad que se persiga (detección, confirmación, diagnóstico diferencial, ...). La mayor parte de las investigaciones que se publican sobre pruebas diagnósticas corresponden a estudios transversales que determinan la exactitud de una prueba nueva en comparación con otra que es el estándar de oro, si bien también pueden realizarse estudios de cohortes, de casos y controles, y ensayos con asignación aleatoria. A veces, el estándar de oro de comparación es la aparición o no de un determinado resultado (complicación, evolución de la enfermedad...) en el tiempo. Dado que pueden utilizarse distintos tipos de estudio, lo importante al evaluar la efectividad de pruebas diag-

nósticas es verificar que se cumplen unos estándares de calidad de los estudios. Idealmente, deberían cumplirse los que siguen:

- Se especifican las características de la población estudiada.
- Se presentan los índices de exactitud (sensibilidad, especificidad, etc.) por subgrupos de población, según características demográficas o clínicas.
- Se realiza la prueba diagnóstica de verificación (estándar de oro) a todos los pacientes, y no sólo a los positivos o negativos en la prueba que se evalúa.
- Se evalúa la segunda prueba sin conocer los resultados de la primera.
- Se presentan los límites de confianza de los índices de exactitud.
- Se informa de los resultados indeterminados (que no son claramente positivos o negativos).
- Se realiza un análisis de la fiabilidad (reproducibilidad de resultados de la prueba).
- Se analizan los costes y resultados en términos de salud de las alternativas diagnósticas. Cabe resaltar que casi ningún estudio cumple este último criterio.

2. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS RELEVANTES PARA OBTENER EVIDENCIAS

En la descripción y diseño de un proceso integrado se definen las actividades que se deben realizar y sus Características de Calidad. Entre el conjunto de decisiones en las que se van a establecer **estándares asistenciales**, deben identificarse las áreas que presentan mayor incertidumbre e impacto sobre los resultados en la salud de los pacientes al final del proceso.

Un paso muy importante en la **obtención de las mejores evidencias científicas** para decidir sobre los estándares es formular de forma concreta y operativa las preguntas que se quiere contestar. Para un problema de salud pueden existir interrogantes muy diversos y un esquema lógico para su resolución debe comenzar por identificar los diferentes elementos del problema y, dentro de éstos, los aspectos controvertidos existentes en cada una de las áreas. Una vez identificadas estas áreas, se especificarán, ya de forma más precisa, las preguntas a resolver.

Un ejemplo de pregunta general que podría surgir sería ¿qué pacientes con dolor torácico deben ser derivados para la realización de una coronariografía urgente, programada, o requieren previamente de otro tipo de pruebas diagnósticas no invasivas?. Otro ejemplo de pregunta genérica sería, ¿es efectivo el cribado de síndrome de Down en embarazadas de bajo riesgo?.

Posteriormente, los aspectos controvertidos identificados deben someterse a un **refinamiento progresivo** hasta transformarlos en preguntas claramente definidas y formuladas operativamente, pues **se trata de lograr una identificación precisa de qué es lo que se quiere aclarar, de manera que sea útil para “interrogar” de forma efectiva las bases de datos correspondientes y sintetizar la investigación científica en la que apoyar las respuestas.**

La mayoría de las preguntas de interés para el diseño de procesos integrales podrían encuadrarse en alguna de las áreas siguientes:

1. **Frecuencia** de un problema de salud o condición clínica.
2. **Diagnóstico diferencial** (frecuencia relativa de las diferentes condiciones –“causas”- que pueden explicar una demanda asistencial o un determinado problema de salud).

3. **Historia natural / Pronóstico** (frecuencia de los diferentes eventos asociados a la progresión de la condición clínica).
4. **Factores de riesgo – “etiología”- o reacciones adversas.**
5. **Diagnóstico o Cribaje.**
6. **Prevención o Tratamiento.**
7. **Aspectos económicos.**

Una pregunta bien formulada consta, al menos, de 3 **componentes**:

1. **Tipo de pacientes /población.**
2. **Tipo de intervención** (exposición, intervención, test diagnóstico...), y la **comparación** con la que se contrasta, si procede.
3. **Tipo de resultados:** con qué medidas o variables evaluaremos su efectividad.

Así mismo, las preguntas han de guardar un equilibrio adecuado con respecto a su amplitud – precisión⁵

Por ejemplo, la pregunta:

¿Cuál es el efecto del cribado de cáncer en la población general?
es demasiado amplia.

Pero, por otra parte, la pregunta:

¿Cuál es la reducción de la mortalidad por cáncer colorrectal atribuible al cribado anual mediante el test de sangre oculta en heces, seguido de sigmoidoscopia, en mujeres de entre 40 y 50 años de edad?
podría ser demasiado precisa.

Ni una ni otra resultan útiles.

Sin embargo, la formulación:

¿Cuál es la reducción de la mortalidad por cáncer colorrectal atribuible al cribado mediante el test de sangre oculta en heces en adultos?
puede ser más adecuada para decidir si debe recomendarse el procedimiento.

3. RECURSOS DISPONIBLES PARA LOCALIZAR LAS MEJORES EVIDENCIAS

La mayoría de la información relevante sobre efectividad clínica se encuentra publicada en cuatro tipos básicos de documentos:

1. Estudios originales (ensayos clínicos, estudios de cohortes, de casos y controles, transversales, etc).
2. Revisiones Sistemáticas e Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
3. Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia.
4. Sinopsis de los anteriores documentos, filtrados de acuerdo a su relevancia clínica y su validez.

⁵ How to review the evidence: systematic identification and review of the scientific literature. Handbook series on preparing clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council. Canberra, 2000 (disponible en <http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/synopses/cp65syn.htm>)

Las **Revisiones Sistemáticas** (RS) son el resultado de aplicar una metodología formal y explícita para localizar, seleccionar, analizar y sintetizar los resultados de las investigaciones sobre una determinada cuestión. Responden a la necesidad de contar con *síntesis no sesgadas de toda la evidencia relevante sobre un tema*. La realización de una revisión sistemática es un ejercicio científico del cual, como tal, se espera que tenga el mismo rigor que cualquier investigación; ello los diferencia de las revisiones narrativas tradicionales.

Los **Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias** (IETS) utilizan como base central las RS, pero incorporan otros elementos vinculados a decisiones específicas, aplicables a un sistema sanitario concreto, como análisis de necesidades, utilización y variabilidad de servicios, y evaluaciones económicas.

Las **Guías de Práctica Clínica** se definen como “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones acerca de la atención más adecuada en circunstancias clínicas concretas”⁶. La probabilidad de que una recomendación sea válida aumenta en la medida en que:

- El método utilizado para identificar la evidencia haya sido una Revisión Sistemática.
- La formulación de la recomendación la haya efectuado un grupo constituido por representantes de todas las disciplinas implicadas (incluyendo representantes de los pacientes), y mediante un método formal de consenso (RAND, INH, etc.).
- Las recomendaciones estén explícitamente vinculadas a la evidencia que las sustenta (gradación explícita de la evidencia y de la recomendación).

En estas circunstancias se habla de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia (GPCBE).

Estas guías tienen la ventaja, con respecto a las Revisiones Sistemáticas, de que ofrecen orientaciones concretas, directamente aplicables, sobre las actuaciones clínicas que se juzgan apropiadas una vez considerada la evidencia, los valores, los costes y las circunstancias específicas de los servicios donde se han de aplicar. No obstante, conviene subrayar que es el médico clínico el que ha de decidir, junto con cada paciente concreto, sobre la idoneidad de aplicar una recomendación dada en cada caso particular.

Las **Sinopsis de Documentos Filtrados** (SDF), también llamados Temas Evaluados Críticamente (TECs), son resúmenes breves estructurados de los diferentes tipos de documentos ya mencionados (estudios originales, RS, IETS, GPCBE), que previamente han sido sometidos a un doble filtro: la importancia clínica de los resultados que comunican y la credibilidad de los mismos (validez de la metodología utilizada para alcanzar dichos resultados).

De acuerdo con todo lo anterior, la estrategia general que parece más eficiente **para la localización de las mejores evidencias** disponibles es la siguiente:

1. Localizar una Guía de Práctica Clínica válida y actualizada.
2. Si la búsqueda anterior resulta infructuosa, localizar una Revisión Sistemática o un Informe de Evaluación válido y actualizado, y proceder a formular la recomendación correspondiente. En caso de haber encontrado una Revisión Sistemática o un Informe de Evaluación válida/o pero no actualizada/o, bastará con proceder a su actualización.
3. Si también el paso anterior resulta vano, habrá que realizar una Revisión Sistemática *de novo* a partir de los estudios originales.

⁶ Field MJ, Lohr KN. (Institute of Medicine). Guidelines for clinical practice. From development to use. National Academy Press, Washington, 1992.

Tanto la realización de una Revisión Sistemática como la actualización de una previa, es una tarea que exige recursos (incluido el tiempo necesario) y habilidades para las que la mayoría de los profesionales sanitarios no han sido suficientemente entrenados. Por ello, la alternativa es formular recomendaciones sobre la base del consenso, sin consideración explícita y sistemática de la evidencia. Esta práctica ha demostrado, en reiteradas ocasiones, dar lugar a recomendaciones de dudosa o nula efectividad y al retraso injustificado en la recomendación de intervenciones de efectividad demostrada.

En el Anexo 2 se detalla una lista de las fuentes de información sobre efectividad clínica de calidad general contrastada. También se hace referencia a algunos de los instrumentos de evaluación crítica disponibles. Para los interesados, se incluyen referencias y enlaces seleccionados sobre otros aspectos metodológicos de la *Atención Sanitaria Basada en la Evidencia* y la *Mejora de la Efectividad de la Práctica Clínica*.

A continuación se presenta, en forma de algoritmo, la estrategia recomendada para localizar e incorporar las mejores evidencias sobre efectividad clínica en la descripción de los procesos asistenciales.

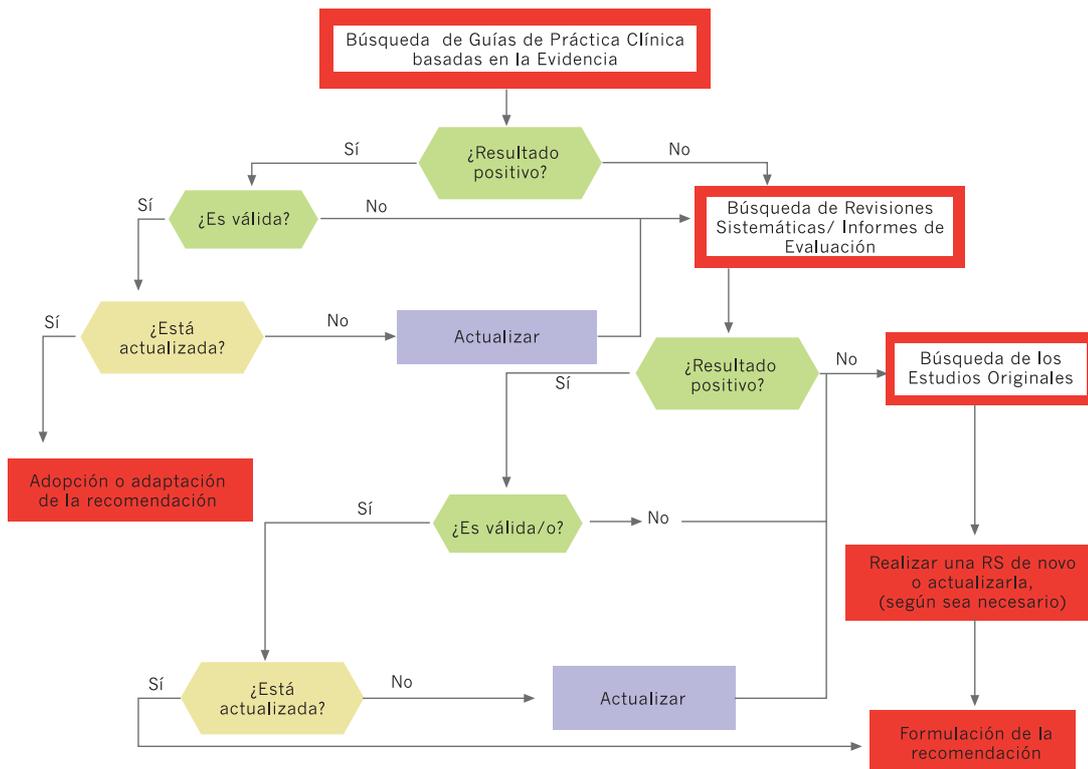


Figura 24. Estrategia recomendada para localizar e incorporar las mejores evidencias sobre efectividad clínica en la descripción de los procesos asistenciales.

IV

Implantación de los procesos en la organización sanitaria

1. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN

La fase de implantación es la más compleja de cualquier proyecto, especialmente cuando se trata de introducir cambios o rediseñar procesos en organizaciones. Es la fase que determinará el éxito o el fracaso del proyecto. Por eso, es esencial que se adopte una estrategia de implantación adecuada al tipo de organización y a la magnitud del cambio que se pretende.

Además, hay que contar con que el Sistema Sanitario Público está formado por un conjunto de instituciones con peculiaridades específicas, incluso con formas diferentes de abordar los procesos, con distintos grados de coordinación entre niveles, con dotación de infraestructuras y tecnológica diversa. De ahí que el programa de implantación ha de adaptarse a cada institución, a cada proceso y a las características específicas de la organización.

En este sentido, es importante destacar que el proyecto a abordar está centrado en un entorno y unas circunstancias muy complejas:

- Las instituciones sanitarias mantienen estructuras organizativas complicadas, todavía muy jerarquizadas y burocratizadas. Esta estructura vertical choca con la filosofía de la gestión por procesos, que requiere organigramas planos y estructuras horizontales. Por eso, enfocar las instituciones a procesos supone cambios organizativos profundos para reorientar el trabajo individual hacia equipos multidisciplinares, y los servicios clásicos hacia unidades funcionales integradas por profesionales de diferentes disciplinas y especialidades.
- La gestión llevada a cabo en los centros sanitarios todavía tiene un enfoque en el que predomina la proyección interior (hacia dentro de la organización) sobre la exterior (hacia el mercado y el cliente).
- La organización departamental de las instituciones sanitarias está muy arraigada y centralizada. Esto dificulta la reorganización en unidades funcionales multidisciplinares o unidades de proceso, que necesitan, para ser eficaces, una gran autonomía de gestión y una dilución de las barreras interdepartamentales.
- La superespecialización de tareas que existe entre los profesionales sanitarios dificulta el cambio hacia el trabajo en equipos multidisciplinares de alta resolución.
- En las instituciones sanitarias el liderazgo está basado más en el inmovilismo y las cualidades administrativas que en la adaptación al cambio y en el liderazgo activo.

- Los sistemas de información están más enfocados a la medición de resultados basados en la productividad que en la satisfacción del cliente y la calidad de los servicios. Esto dificulta la obtención de indicadores básicos para el control de la fase de implantación, que midan el impacto del cambio sobre la organización y sobre el cliente.
- La continuidad asistencial entre los niveles primario y especializado todavía no está resuelta. Para el enfoque global de continuum asistencial que se pretende, se requiere una estrecha coordinación entre ambos niveles asistenciales que no se va a generar exclusivamente con la orientación a procesos, sino que precisa de otros elementos integradores adicionales.

Todas estas características han de tenerse en cuenta en la fase de implantación, para acompañar los planes operativos de los cambios culturales, estructurales y organizativos necesarios para el éxito del proyecto.

2. CLAVES ESTRATÉGICAS

Dado que intervienen múltiples factores en la implantación de los procesos, es necesario dar un enfoque global a esta fase, a través de una serie de actuaciones que se pueden agrupar bajo los siguientes epígrafes:

Estrategias culturales

Los aspectos culturales son especialmente importantes para involucrar a toda la organización en el proceso de cambio. Es fundamental comprender que hace falta el esfuerzo, la colaboración y el compromiso de todos y cada uno de los miembros de la organización para garantizar el éxito del proyecto. Estas condiciones no se producen de manera “natural” ni espontánea sino que hay que propiciarlas con actuaciones dirigidas.

Pero también es necesario tener presente la relación al contrario, es decir, cómo influirán las peculiaridades culturales ya existentes de la organización en la fase de implantación. Conocer con profundidad esta “cultura” de partida ayuda a determinar dónde hay que poner el acento para que cada institución se adapte, con mayor facilidad y rapidez, al cambio pretendido.

Las actuaciones básicas en el ámbito cultural son:

- Identificar los nuevos valores asociados al cambio e introducir los dispositivos oportunos para **crear la cultura operativa específica** que exige el proyecto. También es importante mantener y reforzar aquellos valores anteriores que influirán de manera positiva para realizar el cambio.
- **Personalizar el cambio**, de manera que cada persona implicada (sea usuario o profesional) conozca las ventajas y dificultades (derivadas de la nueva situación) que se producirán en su asistencia o en su trabajo. Es muy útil para todos conocer de antemano los problemas que surgirán, la duración prevista de la fase de adaptación, y cómo puede cada uno ayudar a superar las dificultades y mantener las ventajas. Así mismo, es conveniente establecer acciones dirigidas a **vencer la resistencia** al cambio de las personas.
- Asegurar la efectividad de los agentes del cambio mediante un **liderazgo adecuado** y un fuerte compromiso de los líderes con el cambio.
- **Garantizar la coherencia** entre lo que se dice en el plan y lo que se aplica en la realidad cotidiana. La coherencia es percibida por las personas y supone un estímulo para los agentes implicados en un proyecto, pues da sentido a su trabajo. Esto es especialmente cierto si la organización ya ha vivido con anterioridad proyectos de cambio que han frustrado las expectativas de los participantes.

Estrategias organizacionales

En este ámbito, lo más importante es conseguir que las particularidades de la organización no bloqueen el cambio. Para ello, es necesario adaptar la organización al proyecto (y no al revés). Las actuaciones básicas para implantar el cambio son:

- Adaptar la estructura organizativa a las características que exigen los cambios que se pretenden. Por ejemplo, en una organización burocratizada y jerarquizada probablemente fracase un proyecto que exija una ágil gestión mediante equipos operativos de alta resolución, si no va acompañado de medidas adecuadas de flexibilización de la estructura organizativa y de dotación de autonomía de gestión a los equipos.
- El tamaño de la organización suele ser proporcional a la facilidad para la implantación de cambios. Cuanto más pequeña es una entidad, más sencillo resultará incorporar reformas o abordar nuevos proyectos. En las grandes organizaciones, suele ser necesario descentralizar la gestión al máximo para facilitar la introducción de cambios.
- La magnitud del cambio es un factor decisivo. Es mucho más compleja la aplicación de cambios profundos o drásticos que la de mejoras puntuales y concretas. Por eso es fundamental que las estrategias para la implantación se ajusten a la dimensión del cambio pretendido.
- La motivación de las personas que necesariamente van a tener que implicarse es muy importante. En este sentido, es muy útil identificar y tratar de neutralizar los elementos que han hecho fracasar experiencias anteriores de reformas y cambios. También es conveniente no inducir falsas expectativas en las personas que tendrán que involucrarse directamente.
- Identificar las barreras (de poder establecido) que eventualmente pueden frenar el cambio. Algunos proyectos pueden exigir reformas estructurales o funcionales que modifiquen parcelas de poder (jerárquico o fáctico), en ocasiones muy arraigadas en la organización. Es recomendable identificar estas barreras y adoptar las medidas necesarias para neutralizar la “cultura discrepante con el cambio” inducida por los desequilibrios en la balanza de “poder tradicional”.

Estrategias operativas

Las estrategias operativas tienen que simultanearse con los cambios culturales y organizacionales mencionados en los apartados anteriores para que la implantación sea un éxito. Lo más importante es obtener la **participación** de todos los implicados en el cambio. Las actuaciones básicas en el nivel operativo son:

- Al rediseñar los procesos clave es imprescindible simplificarlos al máximo, eliminando todas aquellas tareas que no aporten valor, pero sin destruir nada valioso.
- Elaborar un plan operativo detallado, donde se refleje claramente la reorganización del trabajo mediante flujos de tareas y responsabilidades perfectamente definidas, y se expongan las medidas específicas para el periodo en que coexistan los dos sistemas de trabajo (tradicional y nuevo).
- Definir una estructura organizativa adecuada al plan operativo.
- Establecer una estructura de comunicación y coordinación eficaz.
- Elaborar un cronograma de implantación, adecuando los recursos disponibles a las expectativas de cambio.
- Aportar todos los recursos necesarios para garantizar el éxito de la implantación.
- Adaptar los sistemas de información. En este sentido, es muy importante sustituir los indicadores clásicos por aquéllos que exige el cambio, así como añadir indicadores de impacto para controlar cómo se desarrolla la fase de implantación.

3. METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN⁷

El programa de implantación debe cumplir el objetivo de materializar el cambio que se pretende con éxito. Dada la heterogeneidad, tanto de las instituciones como de los procesos asistenciales definidos, no se puede abordar la implantación desde un enfoque general, sino que ha de definirse un programa de implantación para cada proceso en cada institución. Dicho programa estará integrado por un Plan Operativo, un Plan de Gestión, un Plan de Comunicación y un Cronograma.

PLAN OPERATIVO

El Plan Operativo parte de la arquitectura nivel 3 y 4 de cada proceso asistencial, en la que estarán definidas las tareas realizadas por cada profesional y las entregas de servicios, de manera secuencial. Cada proceso exige un Plan Operativo que abarque los siguientes contenidos:

Análisis de valor

Cada tarea definida en la arquitectura 3 y 4 de cada proceso debe ser sometida a un análisis de valor, con el fin de simplificar al máximo los procedimientos, y eliminar en lo posible todo aquello que no aporte valor.

Definición personalizada de actividades

Cada profesional ha de conocer perfectamente sus responsabilidades (clínicas y administrativas), individuales y compartidas, en cada momento asistencial del nuevo proceso. Para ello, se elaborará un catálogo de actividades y se distribuirá a cada profesional implicado, en el que se definirán sus responsabilidades directas y compartidas, así como las tareas delegadas. Es fundamental que en el mismo se defina la finalidad que se pretende con cada actividad, en términos de orientación al cliente (externo/interno), para dar sentido al trabajo de cada profesional.

Coordinación de procesos de soporte

Las Unidades de Soporte tienen que adaptarse a las nuevas necesidades de los procesos que estén en marcha. Así, se elaborará la programación de actividades de soporte en función de las exigencias de los nuevos procesos.

Coordinación de procesos interrelacionados

Algunos procesos asistenciales están entrelazados con otros, dentro y/o fuera de la propia institución. Para este tipo de procesos, se definirá la coordinación clínico-administrativa para el nivel intra o inter institucional.

Coexistencia de sistemas

Dado que la implantación de la gestión por procesos se hará de forma progresiva, es necesario articular mecanismos que permitan la coexistencia de los dos sistemas. Estos mecanismos se diseñarán en función de las características peculiares de cada institución.

Definición de recursos necesarios para la implantación

Un cambio organizativo implica nuevas necesidades y una reorganización de los recursos (de tiempo, administrativos, materiales, logísticos, redistribución de espacios,...). Es importante tenerlos bien definidos antes de comenzar la implantación.

⁷ Ver anexo 7 en el que se presenta un ejemplo concreto del plan preliminar de implantación del proceso de Embarazo, Parto y Puerperio en un área sanitaria.

PLAN DE GESTIÓN

Definición de una estructura organizativa

Se trata de ir adaptando la organización a una estructura cada vez más horizontal. En principio, cada proceso tendrá un Responsable, que ejercerá las funciones de **Director del proceso**, con capacidad ejecutiva para tomar decisiones sobre la operativa del mismo.

Después, en función de si es un proceso unifuncional o multifuncional, tendrá una estructura más compleja. Cuando en el proceso exista más de una institución implicada debería designarse un **Comité de dirección del proceso**, formado por un directivo de cada institución implicada (AP, Hospital, Centros de Referencia, etc).

Así mismo, es recomendable la figura de un **Responsable de diseño de procesos** en cada institución, experto en metodología, que realizaría funciones de asesor, evaluador y brindaría apoyo metodológico a la fase de implantación. Puede ser un consultor externo o un miembro de la organización.

Por último, el **Equipo funcional del proceso** estaría formado por todas las personas de las diferentes instituciones que están implicadas en el proceso.

Definición de necesidades de formación

Es necesario identificar las necesidades de formación existentes para la correcta implantación del cambio en cada institución y realizar un plan de formación, lo más personalizado posible, y adecuado a cada una de las instituciones.

Indicadores de impacto

En la fase de puesta en marcha de los procesos, es básico vigilar el impacto que tiene la nueva forma de trabajo sobre la eficiencia, la calidad, la satisfacción de clientes y profesionales, etc. Por eso, es importante definir indicadores de impacto que detecten cómo está influyendo el cambio sobre la organización. De esta forma, se estará en condiciones de aplicar, si es preciso y con la antelación suficiente, las medidas correctoras necesarias.

PLAN DE COMUNICACIÓN

Para transmitir la nueva filosofía y el modo en que va a llevarse a cabo la implantación, es fundamental en esta fase definir un Plan de Comunicación, que sería responsabilidad de la Dirección de cada institución, y que debe contemplar:

- Acciones de comunicación sobre la marcha del proyecto a usuarios y profesionales.
- Acciones de comunicación entre los profesionales implicados en los procesos.
- Acciones de comunicación con los profesionales de servicios no implicados.

La estructura de comunicación depende de los canales, herramientas y recursos disponibles en cada institución, y debe procurarse que sea lo más fluida posible.

CRONOGRAMA

Debe establecerse una serie de criterios de priorización para la implantación y, en virtud de los mismos, realizar un cronograma razonable y realista, que será analizado y justificado por la Dirección de cada institución.

Los criterios de priorización pueden definirse en función de los recursos disponibles para la implantación, del impacto previsto sobre el cliente, del impacto previsto sobre la satisfacción de profesionales, del acuerdo alcanzado con los órganos de planificación, ... Así, sería absurdo implantar un proceso si aún no se dispone de los recursos necesarios para su puesta en marcha. Ante un caso así, sería preferible priorizar otro proceso, por ejemplo, uno que busque mejorar la coordinación entre profesionales implicados.

4. ESTRATEGIA GENERAL DE IMPLANTACIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Una vez diseñados los procesos correspondientes al Mapa de Procesos 2001-2002 del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ver II.2), y con la base estratégica y operativa que se ha comentado en los puntos anteriores para su implantación, se propone a continuación una estrategia general de actuación. Esta estrategia contempla múltiples frentes de abordaje, pero su núcleo se sitúa en torno al grupo de profesionales que han intervenido en el diseño de los procesos.

Las líneas de actuación que habrá que desarrollar serán las siguientes:

- Núcleo de desarrollo. Profesionales implicados.
- Formación Grupos de Mejora.
- Implicación de Directivos.
- Adecuación Sistemas de Información.
- Desarrollo de estructuras informales de calidad en los centros.
- Incorporación a los Contratos Programa.
- Incorporación a los contenidos de las Unidades de Gestión Clínica.
- Estrategia de Formación.

1. NÚCLEO DE DESARROLLO. PROFESIONALES IMPLICADOS

El núcleo de la estrategia de implantación del Mapa de Procesos Asistenciales debe estar constituido por el numeroso grupo de profesionales que han intervenido en la definición de los mismos. Son profesionales motivados y, en este momento, referentes para toda la organización, que poseen el conocimiento de la metodología y de la situación de los procesos; en este sentido, pueden constituir un motor importante para la consolidación de un modelo de gestión por procesos en Andalucía.

Las acciones que deben articularse en esta línea serían las siguientes:

- Consideración de los grupos de procesos como Grupos de Referencia para el nivel autonómico con las siguientes funciones:
 - Actualización anual de los procesos.
 - Revisión e incorporación de evidencia científica actualizada.
 - Revisión y actualización anual de las Normas de Calidad para los procesos.
 - Evaluación de los resultados alcanzados.
 - Propuestas de mejora.

- Responsables de implantación en sus respectivas áreas, con las siguientes actuaciones:
 - Formación de los grupos de mejora en los centros.
 - Adaptación de los procesos al entorno concreto.
 - Evaluación de resultados de procesos en el nivel de área.
 - Propuesta de acciones de mejora a gerentes y directores de distrito de su área de actuación.

2. CREACIÓN DE GRUPOS DE MEJORA

Con independencia de la incorporación de los profesionales indicados en el punto anterior, para la implantación y desarrollo de los procesos asistenciales, en todos los centros sanitarios se deben poner en marcha Grupos de Mejora, que estarían formados por otros profesionales implicados en los procesos, pertenecientes a diferentes niveles asistenciales.

Las funciones de estos grupos serían las siguientes:

- Adaptación de los procesos al nivel de arquitectura local.
- Puesta en marcha de las acciones contenidas en la definición de los procesos.
- Evaluación de resultados.
- Propuestas de acciones de mejora a gerentes y directores de distrito.

3. IMPLICACIÓN DE DIRECTIVOS

Es imprescindible lograr un elevado grado de implicación de los Directivos en la estrategia de desarrollo de los procesos asistenciales; para ello, se plantean diferentes acciones simultáneas:

- Reunión de trabajo por provincias con los gerentes hospitalarios y directores de distritos de Atención Primaria.
- Formación en Gestión por Procesos y Competencias, dirigida a todos los Directivos de la organización.
- Vinculación de los resultados por procesos al sistema de incentivos de los directivos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

4. ADECUACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Con el fin de poder medir las Normas de Calidad que se definen en los procesos asistenciales, los Sistemas de Información deben adaptarse. Para ello, las actividades necesarias son las siguientes:

- Análisis de Normas de Calidad de procesos y capacidad de medirlas con los sistemas de información actuales.
- Propuesta de adaptación de los actuales Sistemas de Información.
- Modificación de los Sistemas de Información.

5. DESARROLLO DE ESTRUCTURAS INFORMALES DE CALIDAD EN LOS CENTROS

Como soporte a la estrategia de implantación de Grupos de Mejora, se hace necesario el impulso en los centros sanitarios de estructuras informales de calidad que puedan apoyar el desarrollo de estos grupos desde el punto de vista metodológico. Estas estructuras deberán tener carácter internivel y pueden ser referentes en el nivel de área, tanto para la gestión del mapa de procesos como para el asesoramiento de los equipos directivos a la hora de impulsar acciones de mejora.

- Constitución de estructuras informales de calidad (Comisiones de Calidad Interniveles) en las distintas áreas asistenciales.

6. INCORPORACIÓN A LOS CONTRATOS PROGRAMA

Las Normas de Calidad y los puntos de Buena Práctica establecidos en el Mapa de Procesos han de ser incorporados a los Contratos Programa que se definan para los centros sanitarios en 2002, de manera nítida y vinculada a objetivos relacionados con incentivos. De igual forma, debe considerarse la implantación de procesos en el conjunto de herramientas de cooperación entre niveles asistenciales (Acuerdos Interniveles, Pactos de Interconsultas, etc.).

- Inclusión de tabla de Normas Básicas de Calidad por proceso al Contrato Programa 2002 con los centros sanitarios.
- Incorporar la estrategia de implantación de procesos a los Acuerdos Interniveles.

7. INCORPORACIÓN A LOS CONTENIDOS DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

Teniendo en cuenta que las Unidades Clínicas suponen un elemento de innovación para el Sistema Sanitario Público de Andalucía, éstas deben incorporarse a la estrategia de gestión por procesos de tal manera que sirvan de punta de lanza para introducir estrategias de innovación dentro del sistema. Por ello, es necesario que el desarrollo de los procesos contenidos en el Mapa se incorpore a los acuerdos de gestión de las Unidades de Gestión Clínica, definiendo objetivos relacionados con las Normas de Calidad y acciones de Buena Práctica, y vinculando los incentivos a los resultados de los procesos. En la misma línea, la incorporación de nuevas Unidades Clínicas deben ir ligadas al desarrollo del Mapa de Procesos, insistiendo en la necesidad de cooperación entre niveles asistenciales.

- Incorporación de los procesos definidos en el Mapa (2001 y 2002) a los acuerdos de gestión de las Unidades de Gestión Clínica previamente autorizadas.
- Definición de criterios para la autorización de nuevas Unidades Clínicas de Gestión.

8. ESTRATEGIA DE FORMACIÓN

La implantación de la gestión por procesos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía debe ser impulsada a través de una estrategia de formación dirigida fundamentalmente a los equipos directivos de los centros sanitarios, así como a los componentes de los Grupos de Mejora que son los que se encargarán, a su vez, de su implantación en los centros.

Es necesario igualmente que los planes de formación continuada de las instituciones sean coherentes con el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos.

- Desarrollo de estrategia de cursos descentralizados a cuadros directivos con implicación en procesos asistenciales.
- Planificación de los planes de formación continuada en los centros sanitarios, introduciendo contenidos de gestión por procesos.

V

Control y Mejora continua de los procesos

Después de diseñar un proceso asistencial, y una vez que se procede a su implantación a nivel local, es imprescindible poner en marcha mecanismos de control y mejora continua que permitan medir su calidad. Estos mecanismos deben utilizarse sistemáticamente para conocer todos los aspectos claves en el desarrollo del proceso asistencial:

- Si su **variabilidad** se mantiene dentro de unos márgenes aceptables.
- Si la **efectividad** del proceso es la deseada, es decir, si los indicadores de resultados o de valoración integral del proceso son satisfactorios.
- Si los **usuarios están satisfechos**: se han eliminado espacios en blanco, tiempos de espera innecesarios, se garantiza la **accesibilidad** a los clientes, ...
- Si se mantienen los niveles de **eficiencia** previstos, y los indicadores demuestran una mejor utilización de los recursos.
- Si se escucha la opinión de los profesionales y las personas que intervienen en el desarrollo del proceso consideran que su trabajo ha mejorado.

1. FASES DEL SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS



Figura 25. Control y mejora de procesos.

1.1. Control del proceso

En el diseño de un proceso asistencial se describen las etapas necesarias para obtener el mejor resultado. Por eso, se considera que un proceso está en **CONTROL** o estabilizado cuando:

- Se conoce su propósito (Misión).
- Están descritos sus pasos (Subprocesos).
- Están identificadas sus entradas y salidas.
- Están identificados sus clientes y proveedores.
- Existe un Responsable.
- Se mide y mejora su efectividad y eficiencia.

Garantizar que el plan propuesto se ejecuta, se controla y se ajusta constituye una **MEJORA DEL PROCESO**

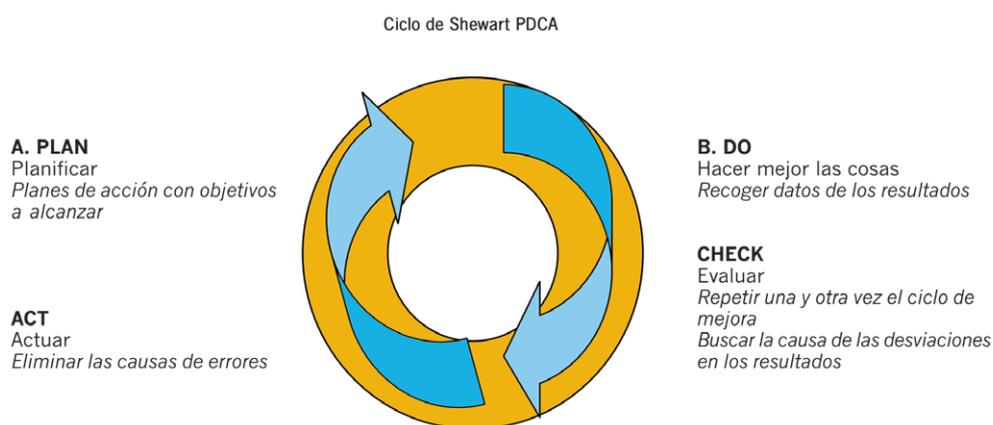


Figura 26. Ciclo de Shewart.

1.2. Mejora continua

La mejora continua del proceso se basa en la evaluación continua, a través de la aplicación del Ciclo de Shewart (Plan, Do, Check, Act), de todos los aspectos que conforman el mismo: su diseño, ejecución, las medidas de control y su ajuste.

A. PLANIFICAR LA MEJORA

Es necesario establecer un **Plan de Mejora** para introducir los cambios necesarios en el proceso previamente diseñado. Este Plan debe contemplar todos los aspectos que permitan conducir el proceso hacia la excelencia y, en este sentido, debe responder a las siguientes preguntas:

¿Quién lleva a cabo la mejora?:

Aspectos relacionados con las personas, como el grado de implicación de los profesionales (objetivos individuales, incentivos, etc.), la capacidad de introducir innovaciones y el grado de autonomía para hacerlas posible.

¿Cómo se lleva a cabo?:

Forma de organizar las estrategias de mejora, es decir, cuestiones tales como quién las lidera, con qué estructura organizativa (comisiones, grupos de trabajo, etc.).

¿Cuándo?:

Si se planifican las actividades de mejora con carácter puntual o están integradas en el trabajo diario, etc.

¿Qué se necesita?:

Recursos de formación, tiempo, personas, recursos materiales, etc.

B. EJECUTAR (do)

Consiste en “hacer mejor las cosas”, asegurando que se miden los resultados en cada paso, desde la entrada hasta el final del proceso (la cantidad y la entrega de servicios, la calidad de los mismos, etc.). Así, hay que medir el tiempo de realización de las tareas previstas y el lugar más idóneo donde éstas se ejecutan, es decir, se debe valorar la **eficiencia** del proceso y su **efectividad**, y no sólo desde el punto de vista de la calidad científica técnica (que siempre tienen en cuenta los proveedores), sino también de la percibida por los usuarios.

Para llevar a cabo estas mediciones, es imprescindible contar con un Sistema de Información Integral en el que se contemplen las diferentes dimensiones de la calidad, se utilicen diferentes métodos para obtener la información, y estén diseñados los indicadores de evaluación precisos (ver tabla x).

Es decir, un sistema de evaluación y seguimiento de calidad de un proceso exige de un sistema de información que lo sustente, y que se constituye como la base fundamental para la valoración de la mejora a largo plazo. Éste ha de tener cobertura integral, con el fin de facilitar tanto la obtención de indicadores globales y poblacionales como las fuentes de datos que permitan la gestión de casos y la trazabilidad de los mismos a lo largo del proceso.

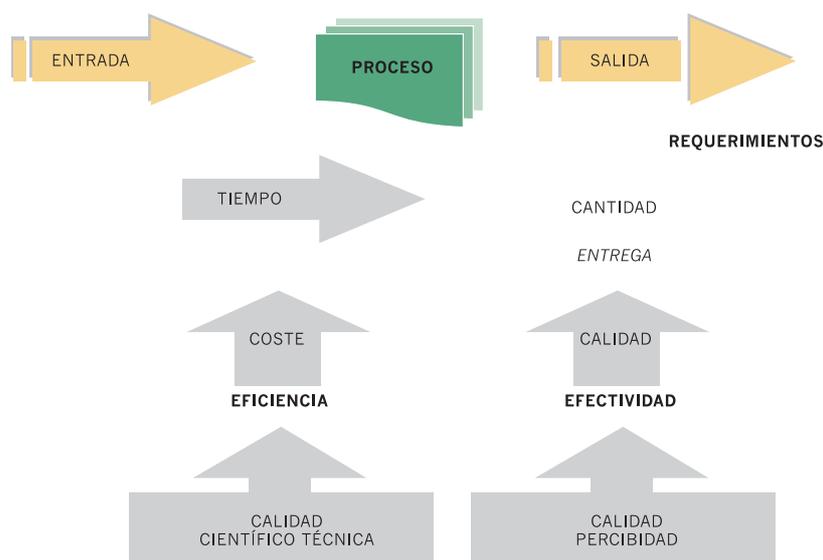


Figura 27. Factores a considerar en la evaluación de los procesos. Elaboración propia

Tabla 7. Sistema de Información Integrado (ejemplo)

| Dimensión | Medición | Método |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Calidad de Proceso Asistencial | Aplicación de guías Indicadores centinela | Indicadores de monitorización (Cuadro de mando) Informes Grupos de Mejora |
| Producción de Servicios | Actividad Consumo de recursos externos | Indicadores de monitorización |
| Usuario | Accesibilidad a los servicios Satisfacción y utilización | Encuestas de satisfacción Evaluación de reclamaciones Auditorías de accesibilidad |
| Impacto en Salud | Morbilidad-Mortalidad Incapacidad Calidad de vida | Tasas, indicadores Cuestionarios Nº de casos |
| Eficiencia | Cuenta de resultados | Seguimiento de presupuesto Indicadores de monitorización |

En esta fase de medición del proceso, y al objeto de contemplar todos los aspectos presentes en el mismo, puede ser de utilidad contestar a una serie de preguntas como las que siguen:

¿Están satisfechos los clientes internos y externos del proceso con la cantidad, calidad y entrega de servicios?

¿Están satisfechos los clientes internos, durante las diferentes etapas del proceso, con las entradas que le proporcionan sus proveedores?

¿Los costes del proceso son adecuados?

¿ Los resultados del proceso son los deseados?

¿Los tiempos de ejecución son los previstos? (puntos críticos)

¿Se ha minimizado la variabilidad del proceso?

¿Cuál es nuestra situación con relación a los demás?

C. EVALUAR (check)

Se trata de buscar continuamente las causas de los errores y desviaciones en los resultados, interrelacionando los flujos de salida del proceso con las expectativas previas de los usuarios, ya que la gestión de procesos, si bien consiste en mejorar las cosas que ya se vienen haciendo, pone especial énfasis en el 'para quién' se hacen y en el 'cómo' se deben hacer.

Para la evaluación de los procesos se pueden plantear múltiples herramientas y mecanismos de actuación, de entre los cuales se aconseja utilizar los que se proponen en el último apartado de este capítulo (ver V.2):

- Repetición del Ciclo de Mejora.
- Realización de Auditorías de Calidad.
- Aplicación de Técnicas de Benchmarking.

D. ACTUAR (act)

Esta fase del Ciclo de Shewart consiste en intervenir en el proceso para solucionar los problemas de calidad, analizando las intervenciones factibles dentro del ámbito concreto de aplicación, y buscando el consenso entre los profesionales que lo lleven a cabo. Para ello, es necesario apoyarse en las fuerzas a favor y gestionar adecuadamente las posibles resistencias a las soluciones previstas. Esto se puede lograr, por ejemplo, mediante la construcción de una matriz DAFO, en la que se visualicen tanto los factores externos al proceso (oportunidades y amenazas) como los internos (debilidades y fortalezas), cuyo conocimiento ayudará a diseñar la estrategia de intervención.

La forma más operativa para actuar en el abordaje de la Mejora de los procesos, y uno de los puntos clave en la gestión de calidad de los mismos, es la constitución de **GRUPOS DE MEJORA**, implicando a las personas que los desarrollan y que, por tanto, los conocen bien.

GRUPOS DE MEJORA

Ofrecen un marco idóneo para que las personas de la organización puedan **cambiar y mejorar las cosas**, aprender y aplicar metodología de calidad, desarrollar la gestión participativa, ...

Se trata de formar grupos de trabajo que actúen como equipo, que lleven a cabo su labor no sólo utilizando el buen juicio sino sobre la base de una metodología, que les permita aprender y experimentar, compartiendo riesgos, conocimientos y la responsabilidad en función de unos resultados previstos.

¿Qué es un Grupo de Mejora?

Un grupo reducido de profesionales que trabajan en una situación mejorable concreta, por un periodo limitado de tiempo, con un objetivo general: analizar los procesos "defectuosos" y rediseñarlos orientándolos hacia el usuario. Es decir, es una potente herramienta para la redefinición de los procesos.

¿Quién lo forma?

Deben estar representados todos los profesionales implicados en cada una de las áreas que se vayan a evaluar y mejorar: personas conocedoras del problema, interesadas y motivadas por la mejora, e implicadas en los posibles cambios, con capacidad de diálogo, tolerancia, respeto y perseverancia, comprometidos con la participación y dinámica de las reuniones.

¿Qué hace el Grupo de Mejora?

Identifica y prioriza los problemas, analiza sus causas, plantea posibles soluciones y propone los cambios necesarios. También debe establecer un mecanismo sencillo de revisión periódica (es decir, implantar el Ciclo de Mejora Continua).

Premisas previas a la formación de los Grupos de Mejora:

- Su misión debe estar de acuerdo con la política y objetivos de calidad de la organización.
- Deben contar con el apoyo explícito de la Dirección o Gerencia de la institución.
- Los componentes del Grupo de Mejora deben tener y/o recibir formación conceptual y metodológica en Mejora Continua de la Calidad.
- Sus objetivos deben estar bien definidos, ser claros y ser concisos.
- Deben definir las fuentes de información que hay que utilizar y el circuito de las mismas.
- Es preciso analizar y gestionar sus necesidades de soporte, asesoramiento, logística, etc.
- Su tamaño recomendable es de 6-10 personas.

2. MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS

2.1. Repetición del Ciclo de Mejora



Figura 28. El Ciclo de Mejora.

Es necesario dotar a los responsables del proceso de las técnicas básicas para evaluar la efectividad y eficiencia de los procesos y buscar permanentemente su mejora.

Para el desarrollo del ciclo de mejora existen diferentes técnicas difundidas en la literatura científica. La mayoría de ellas no son técnicas específicas de gestión de calidad, sino técnicas de consenso, de análisis cualitativo y de entrevista, que pueden ser empleadas indistintamente en cualquier momento del ciclo, si bien algunas son más útiles en fases específicas.

A continuación se describen las diferentes fases del ciclo y las herramientas recomendadas en cada una de ellas:

PRIMERA FASE: Detección y Definición de problemas

- Identificar y listar situaciones mejorables.
- Priorizarlas.
- Asignar responsabilidades y definir equipos de mejora.

Se debe especificar el problema u oportunidad de mejora detectado en términos cuantificables, que permitan distinguir entre el problema en cuestión y otros que presentan síntomas parecidos. Para ello, se debe recoger información adicional que ayude a responder a las siguientes cuestiones:

- Tipo de problema.
- Situación.
- Temporalidad.
- Actividades empleadas en su corrección.
- Impacto sobre la globalidad del proceso.

En función de la gravedad del impacto que el problema está teniendo sobre los usuarios y la organización, el Responsable habrá de plantearse la conveniencia de poner en marcha actividades de contención, que minimicen o anulen a corto plazo el efecto del problema sobre el entorno. Tendrán carácter provisional, ya que, con posterioridad, serán sustituidas por una solución definitiva.

Se deben especificar los objetivos a alcanzar en el proceso de resolución, procurando especialmente no incluir hipótesis causales, culpables ni sugerir soluciones predeterminadas.

Herramientas útiles

Identificación

- Monitorización de Indicadores
- Diagrama de flujos
- Tormenta de ideas
- Grupo Nominal
- Comunicación interna de situaciones mejorables
- Grupo focal
- Estudio de perfiles

Priorización

- Clasificación ordenada y simple
- Comparación de pares
- Parrilla de análisis

Dificultades

- Unificar la visión de los distintos miembros del equipo.
- Limitar la tendencia a obtener respuestas rápidas sobre causas y soluciones, sin completar el ciclo de resolución de problemas.

SEGUNDA FASE. Análisis de las causas raíz del problema. Priorización

- Analizar las causas.
- Considerar posibles soluciones.
- Escoger las soluciones factibles.
- Establecer mecanismos de control.
- Detectar y analizar las resistencias al cambio.

Se procede a identificar aquellas causas que tienen un efecto significativo sobre el problema, son controlables, y sobre las que se puede actuar para minimizar o eliminar su efecto. Para su identificación es conveniente:

1. Analizar los síntomas y el entorno del problema con la profundidad suficiente para aproximarse a las causas. Se cuantifican los síntomas y se estratifica la cuantificación sobre la base de las variables que pueden influir en el problema. Se analiza el proceso o subproceso donde aparecen los síntomas del mismo.
2. Formular las posibles causas identificadas. Es conveniente especificar la probabilidad de que sean causas reales y la facilidad de comprobación.
3. Evaluar el grado de contribución de cada causa al problema.

Herramientas útiles

Análisis de síntomas

- Diagrama de flujo.
- Gráfico de Pareto.
- Diagrama de causa-efecto.
- Hojas de recogida y análisis de datos.
- Estratificación.
- Histogramas.

Formulación de posibles causas

- Tormenta de ideas.
- Diagrama causa-efecto.

Comprobación de teorías

- Hojas de recogida y análisis de datos.
 - Histogramas.
-

Dificultades:

- Alcanzar la suficiente profundidad en el análisis de los síntomas y el entorno del problema para obtener una relación adecuada de posibles causas susceptibles de comprobación.
- Controlar las causas preconcebidas que limitan la posibilidad de encontrar todas las causas reales.
- Evitar que la intuición sustituya al proceso de obtención y análisis de datos.
- Disponer de suficiente apoyo metodológico.

TERCERA FASE: Definir e implantar la solución al problema. Mejora

- Aplicar soluciones.
- Controlar el proceso de su aplicación.
- Detectar y paliar las resistencias al cambio.
- Considerar soluciones alternativas.

Para conseguir, entre varias posibilidades, la solución óptima se procede a:

1. Listar todas las posibles soluciones a la causa raíz detectada.
2. Evaluar las diferentes alternativas en función de criterios que permitan la optimización de la solución final adoptada, sobre la base de:
 - *Impacto o eficacia en la resolución del problema.*
 - *Coste de la solución.*
 - *Relación coste /beneficio.*
 - *Resistencia al cambio de los impactos derivados de la solución.*
 - *Tiempo de implantación.*
3. Diseñar la solución escogida con definición de:
 - *Nuevos procedimientos.*
 - *Modificaciones de recursos materiales y humanos.*
 - *Adecuación o modificación de infraestructuras.*

4. Diseñar el sistema de control de la nueva situación de manera que dispongamos de mediciones periódicas del nuevo proceso y de los resultados alcanzados. Se describirán:

- *Parámetros a controlar y estándares de funcionamiento.*
- *Procedimientos de actuación para el control sistemático y ante desviaciones.*
- *Recursos necesarios para garantizar el funcionamiento del sistema de control.*

La fase de implantación de la solución se debe llevar a cabo de forma sistemática y con éxito. Ello dependerá de la participación de los profesionales implicados, de su grado de conocimiento sobre el objetivo que se pretende, y de la disponibilidad de recursos considerados necesarios. Se procederá a:

1. Tratar la resistencia al cambio. Supone un aspecto crítico en el éxito de la implantación. Para acometer esta tarea, se debe:

- *Identificar las fuentes de resistencia y de apoyo más probables.*
- *Valorar y priorizar dichas fuentes en función de su impacto potencial.*
- *Identificar acciones para vencer los obstáculos mediante información, participación, y contacto con líderes.*

2. Desarrollar el Plan de Implantación:

- *Actividades que hay que realizar para la implantación (formación, procedimientos, cambios de personal e instalaciones, etc.)*
- *Nombrar responsables.*
- *Determinar cronograma.*
- *Seguimiento del Plan.*

3. Cuando la implantación de la solución implique importantes cambios sobre la organización actual, se debe, previamente, verificar su eficacia mediante implantaciones controladas.

Herramientas útiles

Análisis de soluciones y evaluación de alternativas

- Tormenta de ideas
- Grupo Nominal
- Diagrama de Afinidades
- Análisis de campos de fuerza
- Diagrama de Problemas anticipados
- Hojas de análisis de soluciones

Diseño de intervención

- Diagramas de flujo
- Diagrama de matriz

Desarrollo Plan de Implantación

- Diagrama de flechas (PERT)
- Diagrama de Gant
- Diagrama de decisiones de acción

Dificultades:

- Optimizar la elección frenando el impulso de adoptar la primera solución sin tener en cuenta todas las posibilidades analizadas.
- Establecer, con carácter previo, los criterios de evaluación de las posibles alternativas con el fin de evitar los conflictos de intereses entre los miembros del equipo.

- Profundizar en el diseño de la solución para evitar demoras posteriores en la implantación.
- Contemplar las resistencias al cambio cuando los responsables de la resolución de problemas son claramente partidarios de él.

CUARTA FASE: Monitorización

- Revisar los resultados.
- Monitorizar.
- Reiniciar el ciclo.

2.2. Benchmarking

El **Benchmarking** es un método de comparación de los procesos de una organización con los que realiza otra, escogida por ser representativa de las mejores de su clase. Sus objetivos y características principales son:

- Pretende mejoras rápidas en procesos ineficientes que precisan cambios mayores.
- Se centra en procesos y prácticas, no en productos.
- Requiere planificación y documentación precisa de los procesos que se van a abordar.
- Es un proceso sin fin puesto que ser “el mejor” es un concepto dinámico.
- Requiere de un compromiso explícito de la Dirección en su disposición al cambio y en el apoyo a la globalidad del proceso.

Los métodos de seguimiento y mejora pueden generarse desde la propia organización con un ámbito de aplicación circunscrito a la misma (**benchmarking interno**), o recurrir al exterior para buscar modelos de referencia (**benchmarking externo**).

Benchmarking interno: Comparaciones que se realizan dentro de la propia organización para identificar dónde ciertos procesos son más eficientes; constituye el paso previo para conocer los estándares iniciales; requiere procesos descentralizados y facilita la obtención de la información buscada.

Benchmarking externo: Proceso **continuo de medición y comparación** de las operaciones o procesos internos de una organización con otras organizaciones líderes del sector, para conocer qué acciones deben realizarse con el fin de emular su nivel de logro o excelencia. Es una herramienta para establecer dónde se deben asignar los recursos de Mejora. A partir del conocimiento de cómo y con qué prácticas efectúan sus procesos otras organizaciones, se pueden mejorar procesos claves y acelerar la capacidad de innovación y cambio. Aspectos determinantes en la apertura de la organización al exterior son el **impulso de la Dirección**, y la participación de los profesionales dispuestos **a aprender de otros y a competir** para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

Niveles de benchmarking

Estratégico: cuando se pretende conocer las **estrategias de éxito** de las empresas líderes; afecta a la posición de la empresa en relación con sus competidores.

Funcional: compara prácticas y servicios; está en relación con procesos internos más próximos al cliente (tiempo de respuesta, servicios alternativos).

Operativo: identifica las **prácticas** más efectivas y mejora aspectos **concretos** (reducir tiempos, evitar duplicidades).

Proceso de Benchmarking. Etapas

Identificar el área a analizar: implica conocer los procesos de la organización, comprenderlos, documentarlos y entender lo que es más importante para su éxito y que ello figure entre las preocupaciones de la alta Dirección; la comparación de nuestros indicadores con los de nuestro competidor más directo permite conocer los aspectos involucrados (tiempo, producción, personal, proveedores).

Selección del proceso: a partir de los procesos deficientes, debemos centrarnos en los que aporten mayor valor añadido al cliente y estén en relación con su satisfacción; en esta etapa, se requiere la participación activa de las personas que mejor conozcan el proceso seleccionado, con el fin de valorar conjuntamente su eficiencia, flexibilidad, tendencias, y actitudes de los proveedores y clientes internos.

Creación del equipo de trabajo: se incluirá a personas con conocimientos globales sobre la organización y su entorno, capaces de recoger información de múltiples sectores, de sintetizarla, y transformarla en decisiones que se difundan de acuerdo a un Plan de Comunicación externa e interna; es responsabilidad del equipo determinar qué aspectos se quiere medir, y desarrollar el indicador que permita la comparación con otros.

Determinar las empresas a estudiar: la elección acertada de las organizaciones con las mejores prácticas y procesos condiciona el éxito del benchmarking. Así, es necesario recurrir a las Redes Formales de Benchmarking, en las que diferentes grupos de empresas crean sistemas de información de uso compartido, a publicaciones del sector sanitario (Dartmouth Atlas of health Care), y a empresas de nuestro entorno dispuestas a prestar sus conocimientos y experiencias, así como la información obtenida de los proveedores tecnológicos. La formalización de un acuerdo con los socios de benchmarking es necesaria para determinar la disposición real, conocer a los colaboradores, organizar visitas y explicitar el código de conducta, normas éticas y reglas de protocolo.

Análisis de la información obtenida: se determinan los factores críticos de éxito para alcanzar la satisfacción de los colectivos claves –clientes, empleados y líderes de opinión–, en número razonable, válidos, cuantificables, disponibles y comparables; cuando se establecen las diferencias entre las empresas y se explican las razones de las diferencias tangibles, y los costes y ventajas asociados a las mismas, debe concluirse con la decisión de reemplazar nuestro proceso.

Implantación: no debe procederse a implantar una copia del proceso, ya que el esfuerzo de adaptación a nuestra organización debe intentar superar al mejor; ello requiere comunicación, entrenamiento y supervisión.

Monitorización del cambio: atender la evolución del proceso mediante un control estadístico y aplicar la mejora continua para superar al mejor.

Garantizar la actualización periódica de los benchmarks: al entenderse como un proceso continuo, precisa de actualizaciones periódicas que iniciarán nuevos ciclos de benchmarking.

2.3. Auditorías de calidad

Una auditoría de calidad es un examen **metódico e independiente** que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad cumplen las disposiciones previamente establecidas, y si las mismas están implantadas de forma efectiva y son adecuadas para alcanzar los objetivos. (UNE - EN - ISO 8402).

El concepto auditoría lleva implícito el de evaluación que, lejos de identificarse con un proceso de inspección, debe ser entendido como un instrumento de análisis y mejora con el objetivo de *‘convertir los datos en información a través del análisis de los mismos’ (JCAHO)*. Además, la auditoría debe ser la antesala de la Mejora Continua, al proporcionar un sistema de control permanente que permite identificar las áreas problemas e incorporar soluciones de mejora.

Debe ser **metódica**, es decir, seguir un procedimiento previamente establecido. De esta forma, se garantizará el logro de los objetivos previamente planificados y se podrán comparar los resultados, además de minimizar el sesgo de la subjetividad del auditor y las influencias del auditado.

Por otra parte, sólo desde la cultura de la actividad **sistemática** y protocolizada, e incorporando a profesionales de distintos ámbitos y estamentos, se podrá evitar el significado prescriptivo y sancionar que a veces se le ha adjudicado a la auditoría.

Debe ser realizada por personas **independientes** al servicio o área que se va a auditar. Pero éste no debe ser un aspecto que limite, sino que el término independencia debe ser ampliamente respaldado y a veces reemplazado por el de objetividad y conocimiento. Deben ser las instituciones las que, con un espíritu de mejora continua, garanticen la objetividad del proceso y fomenten la cultura entre los profesionales.

Tipos de auditoría

Tradicionalmente, las auditorías han seguido el esquema de la trilogía definida por Donabedian: 'Estructura - Proceso - Resultado'.

Este esquema debe ser una referencia para tratar de abordar con eficiencia características íntimamente relacionadas, y en muchos casos interdependientes, a la hora de analizar la efectividad de las medidas implantadas. Sin embargo, hay que tener precaución al realizar un análisis individual. Sólo el abordaje integral de los tres elementos, desde un proceso único de atención y con unos estándares previamente definidos, puede garantizar, con el mayor consenso y desde un punto de vista ético y racional, la continuidad del método.

Las auditorías pueden clasificarse también en función de quién sea el auditor y del impacto obtenido:

Auditorías internas: las que se establecen desde los propios servicios, áreas o instituciones; suelen proporcionar mucha confianza en los propios trabajadores y la llevan a cabo profesionales con gran conocimiento de las actividades que auditan; si se hacen de forma sistemática, tienen un gran impacto sobre la mejora de procesos.

Auditorías externas: según el organismo que la propone pueden clasificarse a su vez en:

Auditorías del cliente: realizadas por los clientes o por las instituciones proveedoras de recursos, o con las que se mantienen acuerdos instrumentalizados a través de contratos programa, contratos mercantiles o cualquier otra fórmula; tienen impacto en la mejora de procesos e incrementan la confianza del ciudadano porque suelen tener en cuenta sus expectativas.

Auditorías de acreditación o certificación: solicitadas por la propia institución tras un periodo de preparación previo; habitualmente, suelen llevarse a cabo por instituciones ajenas a la auditada; tienen gran impacto sobre el ciudadano o cliente por la difusión mediática y publicitaria de sus resultados, pero, por el mismo motivo, disminuye el nivel de confianza que sobre la misma tiene el trabajador y suelen tener poco impacto sobre la mejora de procesos.

Método

El desarrollo de la auditoría pasa generalmente por las siguientes fases:

Inicio: una autoridad o responsable decide el elemento y ámbito de la auditoría, y los responsables de efectuarla.

Preparación: es el análisis previo de la documentación aplicable, de los requisitos marcados y/o a los estándares establecidos; debe conducir a un cuestionario y a un plan de auditoría. **El plan de auditoría** debe ser conocido por el auditado y debe contener información sobre:

- Elementos o procesos a auditar.
- Ámbito temporal.
- Equipo auditor.
- Fecha, lugar y personas que deben estar presentes.
- Documentación que debe estar disponible.

Realización: es el contacto con los responsables, actividades y documentos que proporcionan información sobre el elemento que se va a auditar. Es la visita sobre el terreno. Existen algunas premisas que deben tenerse en cuenta:

- No tomar en consideración rumores o suposiciones.
- Deben constatarse sólo los hechos. Lo que no es evidente, simplemente, no es evidente.
- Evitar discutir en exceso. Oír más que hablar.
- Decir exactamente lo que se quiere decir. Usar evidencias.
- Escribir únicamente sobre aquéllo que se conoce con seguridad.
- Anotar las desviaciones encontradas (lugar, documento incorrecto, hecho...).

Síntesis e informe: a partir de los hechos observados, el equipo auditor emitirá el informe; la validez de las conclusiones estará en función del rigor en el método y en el análisis estadístico realizado para la elección de la muestra. Normalmente, el auditor debe tratar de brindar orientación sobre las posibles causas de las desviaciones encontradas. Éstas deben ser analizadas por el auditado. En las auditorías internas, para favorecer el desarrollo de la Mejora Continua, como acción complementaria de la auditoría y siempre de acuerdo con el auditado, es frecuente que se ofrezcan también orientaciones sobre posibles acciones de Mejora.

Establecimiento y seguimiento de las acciones de mejora: el auditado debe establecer las acciones de Mejora que se consideren efectivas y proponer plazos para su implantación; siempre es deseable hacer un seguimiento de estas acciones para comprobar su efectividad.

Bibliografía

American Diabetes Association. **Standards of medical Care for Patients with Diabetes Melitus. Clinical Practice recommendations.** Diabetes Care 2001; 24 (suppl 1).

Aranaz Andrés JL. **La calidad en los servicios sanitarios. una propuesta general para los servicios clínicos.** <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>. 1998.

Badía A., Bellido S. **Técnicas para Gestión de la Calidad.** Ed.Tecnos,S.A. Madrid. 1999.

Badía, X, del Llano J. **Investigación en resultados de salud.** Medicina Clínica. 2000. Vol 114 (3): 1-7.

Carrasco Genis, Polo Carmen, Humet Carlos, Cot Roser, Fornaguera, Fernández Dolors, Duch Maria, Mas Lourdes, Tord de Llu, Pelaez Juan C., Lopez-Vialde. **Los costes de la Calidad como instrumento para evaluar los programas de calidad desde la gestión.** Rev. Calidad Asistencial. 2000 Junio Vol 15. nº 5.

Consejería de Salud. **Glosario de términos del Plan de Calidad.** Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Consejería de Salud. **Plan Andaluz de Salud 1999.**

Consultora Costa i Associat. **Documento PM5. Procedimientos.** Proqualitat s.l. 2000 febrero.

Consultora Costa i Associat. **Documento Reingeniería de Procesos.** Proqualitat s.l. 1999.

Davins i Miralles J, E. Avellana i Revuelta y N. Zabaleta del Olmo. **Grupos de Mejora para elevar la calidad de los equipos de atención primaria.** Cuadernos de Gestión, Vol. 2. nº 1, 1996 enero-marzo.

Dennis R. Arter. **Auditorías de calidad para mejorar su comportamiento.** Díaz de Santos. 1993.

Dirección de Internet del método IDEF (INTEGRATION DEFINITION FOR FUNCTION MODELLING): www.idef.com.

Donabedian A. **Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial.** 1991; 6(2): 31-39.

Duppont Pharma. **Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria.** Ed. Duppont Pharma.

- European Diabetes Policy Group. **A desktop Guide to Type 1 Diabetes Mellitus**. International Diabetes Federation (European region), 1998.
- Field MJ, Lohr KN. (Institute of Medicine). **Guidelines for Clinical Practice. From development to use**. National Academy Press, Washington, 1992.
- García Urbaneja M. **Gestión de procesos. Procesos de Apoyo: Lavado de ropa**. Hospital de Galdácano. Taller: Gestión de Procesos y Calidad Total en Organizaciones Sanitarias. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Granada. Octubre 2000.
- García Urbaneja M. **Mapa de procesos**. Unidad de metodología de calidad. Hospital de Galdácano. Taller: Gestión de Procesos y Calidad Total en Organizaciones Sanitarias. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Granada. Octubre 2000.
- Gestión por procesos en el hospital de Zumárraga. Arquitectura de procesos**. Qualitas Hodie. 1999 Julio: 60-64.
- Hanson J.G.S.; Meyer C. **Gestión Horizontal: el desmantelamiento de las barreras organizativas al crecimiento**. Harvard Deusto Business Review.
- Healy S. **Health Care Quality Assurance. Terminology**. Int. J. Health Care Quality Assurance. 1988; 1: 20-31.
- Hofmann P.A. **Critical Path Method: An Important tool for coordinating clinical care**. Journal on Quality Improvement. 1993; 19: 235-246.
- Hospital Ramón y Cajal. **Documento, Vías Organizativas**. Madrid 1999.
- Informe SESPAS 1998. **La salud pública y el futuro de estado del Bienestar**. Capítulo 2.
- Informe SESPAS 2000. **La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo**.
- Instituto de Estadística de Andalucía. **Estadísticas Vitales: Evolución de la Mortalidad en Andalucía. 1975 - 1997**.
- JCAHO. **Características de los indicadores clínicos**. Control de Calidad Asistencial, 1991; 6: 65-74.
- Marquet y Palimer R. **Garantía de Calidad en Atención Primaria de Salud**. Monografías clínicas de Atención Primaria Nº 13. Ed. Doyma. 1993.
- Mayfield J. **Who Cares about Quality of Diabetes Care**. Clinical Diabetes 1998; 16:
- Medicina Clínica. **Monográfico sobre investigación de resultados en salud**. Vol 114 suplemento 3- 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. **Mortalidad en España 1996**. Boletín Epidemiológico. Semana 38- 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. **Memorias de calidad del Insalud en atención especializada**. Año 1998. <http://www.msc.es/insalud/docpub/memycat/memorias/calidad1998/IV.htm>
- Monografías Clínicas en AP nº13. **Garantía de Calidad en AP**. 1993. Ed. Doyma.

- National Health and Medical Research Council. **How to review the evidence: systematic identification and review of the scientific literature. Handbook series on preparing clinical practice guidelines.** National Health and Medical Research Council. Camberra, 2000 (disponible en <http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/synopses/cp65syn.htm>).
- North Dakota Department of Health. **Diabetes Practice Guidelines and Quality Management. Indicators.** 1999.
- Pearson S; Goulart-Fisher T; Lee T. **Critical Pathways as a Strategy for Improving Care: Problems and Potential.** Ann Intern Med.1995: 123: 941-948.
- Queensland Health. **Health outcome Plan Diabetes Mellitus 2000-2004.** In: <http://www.health.qld.gov.au/hop/home.htm>
- Revista Calidad Asistencial. **Número monográfico sobre gestión de procesos.** 1999 Junio; vol 14 nº 4.
- Revista Calidad Asistencial. **Número monográfico sobre modelo europeo de excelencia (EFQM).** 2000 abril; vol 15 nº 3.
- Rodríguez Artalejo F., V. Ortun Rubio. **Los protocolos clínicos.** Medicina Clínica Vol.95. nº 8. 1990.
- Saura Llamas J. et al. **Protocolos clínicos. ¿Cómo se construyen?. Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración.** Atención Primaria, 1996 junio 30; Vol. 18. nº2.
- Schriefer J. **The Synergy of Pathways and Algorithms: Two tools work better than one.** Journal on Quality Improvement.1994: 20: 485-499.
- Servicio Andaluz de Salud. **Estudio DRECA. Dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en Andalucía.** Servicio Andaluz de Salud 1999.
- Servicio Andaluz de Salud. **Producto en Atención Primaria.** Explotaciones. Informe interno del Grupo Director 1. Plan Estratégico de SAS. Marzo 1999.
- Servicio Vasco de Salud. **Guía para la Gestión de Procesos.** 1999 noviembre.
- Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitària. **Implantación de un Plan de Mejora de la Calidad en Atención Primaria de Salud.** 1996.
- Torres A, Lledó R. **La coordinación entre niveles asistenciales.** Revista Calidad Asistencial. Mayo 2001, vol. 16 nº 4. Editorial.
- Urruela Oliván M. **Mapa de Procesos de un Servicio Clínico.** Taller: Gestión de Procesos y Calidad Total en Organizaciones Sanitarias. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Granada. 2000 octubre.
- Varó J. **Gestión estratégica de la Calidad en los servicios sanitarios.** 1994 Ed. Díaz de Santos. 281-305.
- Vuori HV. **El control de la Calidad en los servicios sanitarios, conceptos y metodología.** Barcelona: Editorial Masson, 1989.

ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

Especificaciones o cualidades que deben cumplir los productos/ servicios/procesos para ser capaces de satisfacer las necesidades de los clientes.

CICLO PDCA

- P (Planificar).
- D (Ejecutar).
- C (Controlar).
- A (Mejorar).

CLIENTE

Persona a la que van dirigidas las salidas del proceso.

CUELLOS DE BOTELLA

Aquellas situaciones en que se produce la saturación y hasta el colapso de una estructura o sistema por desbordamiento de su capacidad de resolución, generando retenciones y esperas.

DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO

Es la formulación de la razón de ser de esta actividad y de aquellas características que son importantes a tener en cuenta en su realización.

DESTINATARIOS DEL PROCESO

Personas o estructuras organizativas sobre los que la salida del proceso tiene impacto (y, por tanto, van a exigir que todo haya funcionado correctamente, y que el proceso haya aportado valor añadido).

DIAGRAMA DE FLUJO

Representación gráfica que muestra todos los pasos de un proceso. Indica la trayectoria actual e ideal que ha de seguir un producto o servicio y permite, por tanto, identificar desviaciones.

EFFECTIVIDAD

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

EFICACIA

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

EFICIENCIA

Relación entre los resultados obtenidos y el coste de recursos en el que se incurre para obtenerlos.

EMPOWERMENT

Ayudar a los empleados a tomar la responsabilidad de sus actividades de forma que pongan interés personal en mejorar los resultados de la organización. Supone, al mismo tiempo, una delegación de poder.

ESPECIFICIDAD DE UN INDICADOR

El grado en que el indicador es capaz de identificar sólo aquellos casos en que existen problemas reales de calidad del proceso.

ESTÁNDARES

Puntos de referencia que permiten conocer cuáles serían los niveles deseables.

EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS

Son las creencias de cómo debe ser el producto o servicio que van a recibir y, en definitiva, es lo que cada uno espera de los elementos que forman parte del proceso.

FLUJO DE SALIDA

La adecuación de los servicios sanitarios a las expectativas del cliente.

GESTIÓN POR PROCESOS

Sistema de gestión enmarcado en los principios de Calidad Total, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.

GESTOR DE CASOS

Entendiendo que cada proceso propone una secuencia ordenada y preestablecida de actividades para la consecución de un resultado esperado, el gestor de casos se ocupa, ante clientes concretos, de asegurar la prestación de una asistencia integrada que cubra las necesidades del paciente y familia, obteniendo los resultados esperados y actuando ante las posibles desviaciones que se presenten durante la asistencia.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Son documentos que agrupan las mejores evidencias científicas disponibles y otros conocimientos necesarios para la toma de decisiones sobre un problema sanitario concreto.

INPUTS (ENTRADAS)

Materiales, equipamiento, información, recursos humanos, recursos financieros o condiciones medioambientales necesarios para llevar a cabo el proceso, procedentes del entorno (interno/externo).

INTERVINIENTES O PARTICIPANTES EN EL PROCESO

Las personas que efectivamente ejecutan los pasos del proceso.

INDICADOR

Es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades. Un indicador expresa la información como un suceso o una ratio (índice) de sucesos.

INDICADOR DE ESTRUCTURA

Mide la existencia (o no) de medios físicos necesarios para realizar una actividad.

INDICADORES DE PROCESO

Medición del funcionamiento (eficacia y/o eficiencia) de alguna actividad o aspecto interno del proceso que es crítico para el resultado final del mismo.

INDICADORES DE RESULTADO

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

LÍMITES DE SALIDA

Actividades que dan por concluido el proceso.

LÍMITES DE ENTRADA

Entradas o actividades con las que se pone en marcha el proceso.

LÍMITES MARGINALES

Aquellas actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

MAPA DE PROCESOS

Es la representación gráfica del funcionamiento básico de una organización para el cumplimiento/desarrollo de su misión y visión.

MEJORA CONTINUA

Parte de la gestión encargada de ajustar las actividades que desarrolla una organización para proporcionarles cada vez una mayor eficacia y/o una mayor eficiencia.

METODOLOGÍA IDEF (INTEGRATION DEFINITION FOR FUNCTION MODELLING)

Técnica de mapeado de procesos para:

- Identificar e interrelacionar procesos.
- Diseñar procesos a cualquier nivel.
- Análisis funcional.
- Análisis de costes.
- Definición de requerimientos.
- Diseño de arquitecturas integradas.

MISIÓN

Descripción de la razón de ser de la empresa.

OUTPUTS (SALIDAS)

Producto tangible o servicio intangible creado por el proceso y que es entregado al cliente (interno/externo).

PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

Establecen secuencialmente, y con detalle suficiente, todos los pasos que se deben seguir en la atención de las necesidades del cliente.

PROCESO

Secuencia ordenada y repetitiva de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para obtener una salida determinada, convirtiendo los inputs de los proveedores en outputs.

PROCESOS CLAVE

Son los más importantes para la competitividad de la organización. Tienen alto impacto en los resultados de ésta por incidir en:

- A) Satisfacción de clientes.
- B) Resultados empresariales.
- C) Satisfacción de empleados.

PROCESOS DE SOPORTE

Apoyan a los procesos operativos para que cumplan su misión.

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Procesos orientados a las actividades organizativas o estratégicas de la empresa.

PROCESOS FUNCIONALES/UNIFUNCIONALES

Procesos que suponen una sola función o implican a un único departamento.

PROCESOS MULTIFUNCIONALES

Procesos que suponen varias funciones o implican a varios departamentos.

PROCESOS OPERATIVOS

Aquellos procesos clínico-asistenciales que están en relación directa con el cliente.

PROPIETARIO DEL PROCESO

Persona cuya actividad está relacionada directamente con el desarrollo del proceso; es el Responsable de la gestión sistemática del proceso y de la mejora continua del mismo.

PROVEEDORES

Las personas (funciones u organización), que proporcionan las entradas al proceso.

RECURSOS

Elementos fijos de la organización que se emplean para poder desarrollar las actividades del proceso.

REINGENIERÍA O REDISEÑO DE PROCESOS

Modificación radical del contenido y secuencia de actividades de un proceso, lo que conduce a mejoras cualitativas importantes del mismo.

SALIDAS DEL PROCESO

- Productos y/o servicios que figuran en la definición funcional como objetivos del proceso.
- Productos y/o servicios que se producen por la relación del proceso con otros de la organización.

SENSIBILIDAD DE UN INDICADOR

El grado en que el indicador es capaz de identificar todos los casos en los que existen problemas reales de calidad del proceso.

SUBPROCESO

Los pasos más detallados de los que se compone cada uno de los pasos de un proceso. Subnivel.

UNIDADES DE SOPORTE

Departamentos responsables de los procesos de soporte.

VALIDEZ APARENTE DE UN INDICADOR

El grado en que el indicador es inteligible: realiza la medida y tiene sentido.

VALIDEZ DE UN INDICADOR

El grado en que el indicador consigue su objetivo: la identificación de situaciones en las que la calidad del proceso debería mejorarse.

VARIABILIDAD

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

VÍAS CRÍTICAS

Planes de cuidados estructurados y multidisciplinarios, que, ante problemas del paciente, ordenan secuencialmente las intervenciones terapéuticas de médicos y enfermeras.

ANEXO 2: FUENTES SELECCIONADAS DE INFORMACIÓN SOBRE EFECTIVIDAD CLÍNICA¹

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Los siguientes programas e instituciones producen (o han producido) GPC de calidad aceptable:

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN):
<http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/index.html>
- National Health and Medical Research Council (NHMRC):
<http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/cphome.htm>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG):
<http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE):
<http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=20034>
- Centre for Health Services Research Guidelines (CHSR):
<http://www.ncl.ac.uk/chsr/publicn/guide/guide.htm>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC):
<http://www.ctfphc.org/>
- US Preventive Services Task Force (USPSTF):
<http://www.ahcpr.gov/clinic/prevenix.htm>
- Royal College of General Practitioners (RCGP):
http://www.rcgp.org.uk/rcgp/webmaster/quality_and_standards.asp
- Royal College of Nursing (RCN):
http://www.rcn.org.uk/professional/professional_clinical_guidelinesrcn_guidelines.html
- Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative (CCOPGI):
<http://hiru.mcmaster.ca/ccopgi/guidelines.html>
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA):
<http://www.csalud.junta-andalucia.es/orgdep/AETSA/default.htm>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ):
<http://www.ahcpr.gov/clinic/cponline.htm>

GPC adicionales pueden conseguirse en las fuentes que se detallan a continuación. No obstante, el origen y la calidad de las mismas es muy variable, por lo que requieren una evaluación crítica cuidadosa:

- National Guideline Clearinghouse (NGC):
<http://www.guidelines.gov/index.asp>
- Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase (CPG Infobase):
<http://www.cma.ca/cpgs/index.asp>

¹ Enlaces de Internet válidos en octubre de 2001.

REVISIONES SISTEMÁTICAS E INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

- The Cochrane Database of Systematic Reviews.
Resúmenes de The Cochrane Library, accesible a través de Internet en: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/mainindex.htm>; también disponible a texto completo en formato CD-ROM en las bibliotecas de muchos Hospitales y Distritos de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
Se encuentra en proyecto un convenio de la Consejería de Salud y el Centro Cochrane Iberoamericano que incluye, entre otros recursos, un acceso directo desde todos los centros a la Biblioteca Cochrane Plus (traducida al castellano).
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (NHSCRD):
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/welcome.htm>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Evidence Reports:
<http://www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm>
- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery (JBIEBNI):
<http://www.joannabriggs.edu.au/>

Revisiones e Informes de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias e instituciones relacionadas. Texto completo de gran parte de ellos accesible en la página web de la International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA): <http://www.inahta.org/>
Resúmenes también disponibles en The Cochrane Library y en NHS Centre for Reviews and Dissemination Databases: <http://nhscrd.york.ac.uk/>

Algunas direcciones de Agencias seleccionadas:

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA):
<http://www.csalud.junta-andalucia.es/orgdep/AETSA/default.htm>
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - Instituto "Carlos III" (AETS):
<http://www.isciii.es/aets/>
- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM):
<http://www.aatm.es/>
- Osasunerako Tecnologiaren Ebaluaketa (OSTEBA):
http://www.euskadi.net/sanidad/publicaciones/osteba/ost00_c.htm
- National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA):
<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE):
<http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=1049>
- New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA):
<http://nzhta.chmeds.ac.nz/default.htm>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA):
http://www.ccohta.ca/newweb/entry_e.htm
- Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU):
<http://www.sbu.se/admin/index.asp>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Technology Assessments:
<http://www.ahrq.gov/clinic/techix.htm>

CLINICAL EVIDENCE/ RESÚMENES DE DOCUMENTOS FILTRADOS

Clinical Evidence:
<http://www.evidence.org/>

Resúmenes de documentos filtrados:

- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE):
Accesible en *The Cochrane Library* y en *NHS Centre for Reviews and Dissemination Databases*:
<http://nhscrd.york.ac.uk/>
- Best Evidence:
http://www.acponline.org/catalog/electronic/best_evidence.htm
- ACP Journal Club:
<http://www.acponline.org/journals/acpj/jcmenu.htm>
- Evidence-Based Medicine:
<http://ebm.bmjournals.com/>
- Evidence-Based Cardiovascular Medicine:
<http://www.harcourt-international.com/journals/ebcm/default.cfm>
- Evidence-Based Obstetrics & Gynecology:
<http://www.harcourt-international.com/journals/ebog/default.cfm>
- Evidence-Based Mental Health:
<http://www.ebmentalhealth.com/>
- Evidence-Based Nursing:
<http://www.evidencebasednursing.com/>
- Evidence-Based Oncology:
<http://www.harcourt-international.com/journals/ebon/>
- Evidence-Based Healthcare:
<http://www.harcourt-international.com/journals/ebhc/>
- Gestión Clínica y Sanitaria
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
C/ San Vicente 112-3ª. Valencia 46007. Tfno: 609 15 33 18.
e-mail: iiss_mr@arrakis.es

ESTÁNDARES DE PRÁCTICA CLÍNICA

- NHS National Service Frameworks:
<http://www.doh.gov.uk/nsf/nsfhome.htm>
- Clinical Standards Board for Scotland:
<http://www.clinicalstandards.org/home.asp?id=8>

OTROS RECURSOS DE INTERÉS

Bases de datos que permiten búsquedas simultáneas en varias fuentes documentales sobre efectividad clínica:

- NHS Centre for Reviews and Dissemination Databases:
<http://nhscrd.york.ac.uk/>

- Turning Research Into Practice (TRIP) Database:
<http://www.tripdatabase.com/>
- SUM Search:
<http://sumsearch.uthscsa.edu/searchform45.htm>

ALGUNOS MATERIALES SOBRE METODOLOGÍA:

Evaluación crítica de Guías de Práctica Clínica:

- AGRE Instrument:
<http://www.agreecollaboration.org/>
- How to Use a Clinical Practice Guideline:
http://www.cche.net/principles/content_p_guideline.asp

Evaluación crítica de Revisiones Sistemáticas:

- How to Use an Overview:
http://www.cche.net/principles/content_overview.asp

Manuales sobre búsquedas en bases de datos:

- Cochrane Library Training:
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/cochlib.htm>
- PubMed Training Manual:
http://www.nlm.nih.gov/pubs/web_based.html

Manuales sobre desarrollo de Guías de Práctica Clínica, Revisiones Sistemáticas, e Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias:

- NHMRC handbook series on preparing clinical practice guidelines:
<http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/synopses/cp65syn.htm>
- SIGN Methodology:
<http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/fulltext/50/index.html>
- Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness:
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/report4.htm>
- Cochrane Reviewers' Handbook:
<http://www.cochrane.de/cochrane/dnldgerm.htm#HBOOK>
- Guía para la elaboración de Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias:
<http://www.isciii.es/aets/cdoc.htm>
- Health Technology Assessment Handbook:
<http://www.dihta.dk/>
- Changing Professional Practice -Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation:
<http://www.dsi.dk/projects/cpp/cpp.htm>

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Accessing the evidence on clinical effectiveness. Effectiveness Matters, Volume 5 (2001). 1
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/em.htm>
- Netting the Evidence: <http://www.shcf/~scharr/ir/netting/>
- Medicina Basada en las Pruebas: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm>
(incluye la versión castellana de Netting the Evidence)

ANEXO 3. INFORMES GENERALES DE EXPECTATIVAS

1. PACIENTES

Accesibilidad

- Posibilidad de consultar a los profesionales las dudas acerca del diagnóstico de la enfermedad.
- Posibilidad de acceder rápidamente a las pruebas diagnósticas o de tratamiento (existencia de medios adecuados, horarios de consultas, horarios de transporte público, etc).
- Accesibilidad a su médico de referencia en cada momento: Médico de Familia, Cirujano, Ginecólogo, Oncólogo, etc.
- Sistema de citas telefónicas en centros sanitarios.
- Atención sanitaria por las tardes y fines de semana.
- Atención rápida en ventanilla y por teléfono.
- Teléfono de contacto con un sanitario de referencia para resolver dudas.
- Atención continuada por parte del equipo de Atención Primaria.
- Ayuda para los desplazamientos, en los casos en que el seguimiento se realiza en el hospital donde fue realizada la intervención.
- Aumento del número de visitas domiciliarias, sobre todo para la realización de curas y administración de medicamentos.

Comunicación - comprensión de lenguaje

- Coordinación entre todos los profesionales relacionados con el diagnóstico y tratamiento, además de los Servicios Sociales, en caso necesario, de forma que no se den informaciones contradictorias.
- Comunicación adecuada, incluso en forma de folletos si fuese necesario, acerca de la ubicación de los lugares a los que debe acudir.
- Que se destine mayor tiempo a las consultas.
- Que se me escuche.
- Información individualizada (de acuerdo a cada nivel sociocultural), que genere confianza y esperanza.
- Dar un informe escrito con el diagnóstico y la medicación.
- Información completa de las razones y el momento en que se va a dar el alta al enfermo, puesto que, en caso contrario, se provoca sorpresa, indignación y una valoración negativa.
- Continuidad en la relación médico - paciente.

Tangibilidad (entorno)

- Entorno tranquilo y limpio.
- Calidad de las comidas, adecuada a patología previa.
- Habitación individual con baño.
- Mobiliario adecuado (sillones altos y confortables, duchas con asideros, camas que faciliten la incorporación...).

Competencia

- Funcionamiento coordinado de los diferentes profesionales y servicios.
- Continuidad en el proceso por parte del mismo profesional.
- Que, tras el alta, haya continuidad en el seguimiento del proceso.
- Unidad de criterios entre los distintos profesionales.
- Que exista y se cumpla la cita programada en el especialista.
- Que haya un profesional de referencia.

Cortesía en el trato

- Aumento de la sensibilidad por parte del profesional ante la aplicación de técnicas que provoquen dolor.
- Posibilidad de encontrar ánimo, consuelo y apoyo en los profesionales.
- Trato personalizado, respetuoso y amable.
- Visitas a domicilio asumidas con amabilidad y diligencia.
- Cuidados de Enfermería adecuados teniendo en cuenta el nivel sociocultural del paciente, y respetando su autoestima.
- No dejar "abandonado" a un paciente en el pasillo mientras esperan a que le hagan una prueba diagnóstica.
- Buen trato con independencia de cómo se comporte el paciente.

Capacidad de respuesta

- Rapidez de respuesta para completar el proceso de detección precoz (citación, realización de prueba, comunicación de informe, derivación a centro de referencia en caso necesario).
- Rapidez de respuesta para completar el estudio en caso de sospecha diagnóstica y existencia de medios adecuados para ello.
- Rapidez de respuesta para la confirmación diagnóstica.
- Rapidez de respuesta para la instauración de tratamiento adecuado (médico, quirúrgico, reconstrucción, apoyo psicológico, fisioterapia).
- Capacidad de respuesta ante una necesidad urgente en el servicio apropiado, que evite derivar al paciente a Urgencias.
- Flexibilidad en cuanto a la forma de dar respuesta a los problemas.
- Adaptación continua de los profesionales a las demandas de los pacientes.

2. FAMILIARES

Accesibilidad

- Posibilidad de acompañar al paciente durante todo el proceso diagnóstico y de tratamiento.
- Control de visitas en el postoperatorio para garantizar la recuperación del paciente.
- Accesibilidad para visitar, con horario flexible, al paciente que está hospitalizado, garantizando su descanso.

- Que me permitan acompañar al paciente el mayor tiempo posible.
- Consultas abiertas por la tarde.
- Accesibilidad al apoyo psicológico para afrontar y manejar la situación.
- Que se me trate bien: con respeto y amabilidad.
- Que se me informe adecuadamente de lo que padece mi familiar y de su gravedad: en un despacho y de forma clara.
- Que se me informe de la evolución de la situación del paciente, siempre que haya un cambio o nuevas pruebas que realizar (especialmente si son molestas o peligrosas).
- Accesibilidad a los profesionales de referencia en cada momento del proceso para solicitar información en el caso de que el paciente así lo hubiese manifestado, incluyendo la vía telefónica.
- Teléfono de contacto con un sanitario de referencia para resolver dudas.

Comunicación-comprensión del lenguaje

- Que el profesional muestre capacidad de escucha activa, con empatía, cordialidad y sensibilidad.
- Que la información sea comprensible.
- Que el profesional emane ánimo, consuelo y apoyo.
- Que la comunicación e información sean continuas durante todas las fases de la enfermedad.
- Que la enfermería informe de los cuidados del paciente durante todas las fases de la enfermedad.
- Que se me informe de los programas que existan en las redes sanitarias y sociales.
- Que se me informe de las prestaciones sanitarias a las que tengo derecho.

Tangibilidad (entorno)

- Entorno adecuado (limpieza de salas de espera y servicios, tranquilidad y silencio, asientos suficientes).
- Comida adecuada en los ingresos hospitalarios.
- Correcto funcionamiento de la comunicación telefónica.
- Inteligibilidad de folletos informativos, informes clínicos, recetas, etc.
- Informes de valoración del paciente actualizados y completos.

Competencia

- Funcionamiento coordinado de los diferentes profesionales y servicios.
- Profesionales cualificados.
- Mayor ayuda sanitaria para los cuidados los primeros días tras la operación (curas y técnicas complejas, control y administración de la medicación).

Cortesía en el trato

- Amabilidad y delicadeza a la hora de informar.
- Amabilidad en el trato del personal sanitario y no sanitario.
- Atención emocional y psicológica para el cuidador.

Capacidad de respuesta

- Rapidez de respuesta para completar el proceso de detección precoz (citación, realización de pruebas, comunicación de informe, derivación a centro de referencia en caso necesario).
- Rapidez de respuesta para completar el estudio en caso de sospecha diagnóstica y existencia de medios adecuados para ello.
- Rapidez de respuesta para la confirmación diagnóstica.
- Rapidez de respuesta para la instauración del tratamiento adecuado (médico, quirúrgico, reconstrucción, apoyo psicológico, fisioterapia).
- Capacidad de respuesta ante una necesidad urgente en el servicio apropiado que evite derivar al paciente a Urgencias.
- Flexibilidad en cuanto a la forma de dar respuesta a los problemas.
- Adaptación continua de los profesionales a las demandas de los pacientes.

3. EXPECTATIVAS COMUNES DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LOS PROCESOS DE TODOS LOS PROFESIONALES

Expectativas respecto a recursos y valores humanos:

- Formación y entrenamiento en habilidades y estrategias de acogida y comunicación para mejorar la interacción con el paciente y los familiares.
- Disponibilidad de profesionales especializados para la intervención psicológica en ciertas necesidades, reacciones y alteraciones del paciente.
- Confianza por parte del enfermo y de sus familiares en los profesionales que atienden el proceso (libre elección).
- Buen trato y respeto por parte del resto de los profesionales que intervienen en el proceso.
- Coordinación y comunicación fluida entre los distintos profesionales que atienden el proceso.
- Profesionales capacitados y con conocimientos actualizados.
- Que la práctica sea motivadora y se evalúe.
- Coherencia en la información transmitida a los familiares.
- Garantía de confidencialidad en las actuaciones profesionales.
- Que se asegure la continuidad asistencial interniveles, evitando duplicidades innecesarias y dejando claramente programadas las revisiones (interconsultas) que precise el paciente.

Expectativas respecto a recursos materiales y otros factores:

- Disponibilidad de protocolos y recursos materiales adecuados para poder realizar un abordaje integral.
- Creación de un sistema de registro común que pueda ser informatizado y permita el cálculo de indicadores y evaluación del proceso.
- Recibir informes de asistencia adecuados, donde se definan explícitamente el diagnóstico, el resultado de las exploraciones complementarias realizadas, y el tratamiento que se ha de seguir incluyendo actividades de prevención secundaria.
- Que estén bien dimensionadas las plantillas y que las cargas de trabajo sean similares entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso (de la misma categoría profesional o de diferente categoría).

- Que cada actuación sobre el paciente o familia genere un informe compartido.
- Que se haga una adecuada gestión de las camas para permitir el ingreso del paciente sin demora cuando se considere necesario, bien con carácter programado o urgente.
- Que con cada paciente se remita un informe detallado de su Historia Clínica, exploraciones complementarias realizadas, y tratamiento que sigue en la actualidad, así como que se especifique con claridad el motivo de la remisión o envío del paciente.
- Que se disponga de adecuadas áreas de apoyo para llevar a cabo tareas de información, elaboración de informes clínicos y demás temas relacionados o derivados de la relación médico-enfermo.
- Disponer de la Historia Clínica del paciente en el momento de la consulta.
- Que los resultados de exploraciones complementarias estén disponibles en plazos adecuados.
- Que existan canales de comunicación eficaces entre los profesionales y los pacientes que intervienen: teléfono de contacto, fax, DSE, correo electrónico,...

PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Expectativas respecto a recursos y valores humanos:

- Rapidez diagnóstica para disminuir la ansiedad innecesaria.
- Conocimiento de los circuitos.
- Que se deje claramente definido si el paciente va a ser seguido en el futuro en A.P., o si precisa ser asistido nuevamente por A.E.
- Que se informe sobre recursos sociosanitarios, acceso, procedimientos y derechos.
- Que se tenga formación suficiente en habilidades sociales.
- Que todos los profesionales del Centro de Salud tengan una adecuada competencia científico-técnica y humana para proporcionar una atención adecuada.
- Que se acredite, y reacredite periódicamente, dicha competencia.
- Que los especialistas y otros profesionales sociosanitarios sean competentes para dar una atención integral y para trabajar en equipos interdisciplinarios.
- Que tenga acceso a una formación continuada, específica y práctica, con evaluación periódica.
- Que se participe en la planificación y seguimiento del plan de cuidados, incluyendo la calidad y cantidad de la suplencia en actividades de cuidado personal e instrumentales.
- Que existan responsables únicos, conocidos por todos, y coordinados en cada nivel de atención.
- Que existan estructuras de coordinación que garanticen la continuidad de los cuidados.
- Que la atención sea personalizada, individual y familiar.
- Que se aumenten los recursos sociales en número, tipología y frecuencia.
- Que se incrementen las ayudas al cuidador: económicas, fiscales y laborales.
- Que exista coordinación sociosanitaria consensuada, clara, rápida, conocida por todos los profesionales interesados, y que ésta sea evaluada periódicamente.
- Que los profesionales sociosanitarios colaboren en la formación del voluntariado.

- Que exista un programa de prevención.
- Ser informado del ingreso de un paciente en el Hospital.
- Poder visitar a su paciente en el Centro.
- Tener tiempo suficiente para atender a los pacientes.
- Que los especialistas consideren el trabajo de A.P.: que lean los informes que se les remiten y que, a su vez, nos informen de sus actuaciones,...
- Que los pacientes y gestores reconozcan el trabajo de A.P.
- Tratamiento respetuoso, sin presiones injustificadas, por parte de los pacientes y sus familias.
- Prevenir reproches mutuos entre los niveles asistenciales.
- Poder preguntar a alguien en caso de duda, y que el procedimiento no sea infructuoso o muy complicado.
- Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal).
- Facilitar la estabilización en las relaciones con pacientes y familia, evitando cambios sucesivos de médico y centro sanitario.
- Que el médico de A.P. sea el responsable último del proceso.

Expectativas respecto a recursos materiales y otros factores:

- Que exista evaluación periódica de los casos.
- Que se desarrolle la metodología de la gestión de casos.
- Que se protocolice la atención según los niveles de intervención, tanto en aspectos diagnósticos como de seguimiento evolutivo.
- Que funcione un sistema de acreditación de los centros privados concertados.
- Que se avance hacia la Historia Clínica única.
- Que no haya demora en la 1ª cita especializada.
- Recepción de informes de Atención Especializada: que incluyan las fechas de revisión del Hospital.
- Alta de Hospital planificada. Antes de enviar a un paciente a un domicilio, valorar los recursos de que dispone así como aquéllos que va a necesitar para conseguir su recuperación.
- Disponer de un sistema ágil de citación con aquellos profesionales que se van a requerir (Rehabilitación, Servicios Sociales,...)
- Mediar correctamente.
- Poder cambiar los fármacos a genéricos.
- Que los especialistas puedan extender recetas y esta labor no recaiga sólo en la A.P.
- Que se facilite la gestión de prestación farmacéutica, transporte, prestaciones complementarias.
- Disponer de más técnicas diagnósticas en Atención Primaria y que las existentes faciliten respuestas en tiempo adecuado.

PROFESIONALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Expectativas respecto a recursos y valores humanos:

- Capacidad y autonomía para tomar decisiones sobre la técnica más adecuada en cada caso.
- Participación en la toma de decisiones dentro del equipo multidisciplinar.
- Que se proporcione información a través de guías sobre recursos sociales, tanto comunitarios como especializados, así como sobre prestaciones existentes, ofreciendo orientación en cada uno de los casos.
- Que se prioricen racionalmente los motivos de consulta.
- Que se respeten las voluntades de los pacientes en la elección de su especialista.

Expectativas respecto a recursos materiales y otros factores:

- Supervisión del trabajo por parte de un facultativo.
- Posibilidad de disponer de estudios previos comparativos.
- Margen para asumir las consultas del día.
- Que se fomente la investigación clínica y epidemiológica.
- Que se promocióne la colaboración en ensayos clínicos con nuevos tratamientos.
- Que se pueda acceder a otros profesionales de forma puntual para problemas específicos (abogados,...)
- Que exista una Enfermería específica y especializada para cada patología.
- Que exista más personal administrativo que se encargue de las tareas burocráticas y de secretariado.
- Que el sistema informático esté integrado con otros niveles asistenciales y con los Servicios Centrales.
- Que exista una ventanilla única, en beneficio de la agilidad de respuesta.
- Desmasificación de la Consulta Externa.
- Que se suministre la máxima información posible en el documento de interconsulta.
- Que se informatice adecuadamente la consulta.
- Que no haya demora excesiva en la transcripción de los informes dictados en la consulta.
- Que no se concentre la demanda en determinados especialistas.
- Que el motivo de consulta esté siempre justificado.

ANEXO 4. EJEMPLOS. CÓMO PLANTEAR LA INTRODUCCIÓN AL PROCESO

ATENCIÓN AL ENFERMO PLURIPATOLÓGICO. INTRODUCCIÓN

Una gran parte de los enfermos que tratamos sufren más de una enfermedad y, a su vez, cada una le afecta a más de un órgano. Diferentes estudios han puesto de manifiesto esta realidad tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario. En un Hospital Universitario se estima en cinco la media de problemas médicos de un paciente y sólo el 15% tienen un problema médico definido. En estudios de comorbilidad en ingresos hospitalarios de mayores de 65 años se ha comprobado un promedio de 6,4 enfermedades crónicas. Los estudios de salud realizados en nuestro medio comprueban que entre el 72 y el 96% de los ancianos presentan trastornos crónicos, y que el número medio de enfermedades crónicas declaradas por los ancianos oscila entre 1,2 y 4,2. Por otra parte, los estudios necróticos han confirmado que la presencia de pluripatología objetiva es incluso superior a lo que indican los datos obtenidos en las encuestas de salud.

El término enfermo pluripatológico se utiliza asiduamente al referimos a anciano frágil, a enfermos polimedcados, a pacientes hiperfrecuentadores, o a reingresadores en los hospitales y, si bien no es sinónimo de ninguno de estos conceptos, constituye el núcleo esencial de cada una de estas realidades. No existe una definición universalmente aceptada de paciente pluripatológico, aunque cuando hablamos de pluripatología no nos referimos exclusivamente a la presencia de más de una enfermedad, sino a un paciente con una especial fragilidad clínica por la concurrencia de determinados procesos. Así, es fácil reconocer como características de estos pacientes la presencia de:

- Enfermedades que el sistema sanitario no cura.
- Enfermedades mantenidas y de progresivo deterioro.
- Disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.
- Importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales.
- Riesgos múltiples secundarios de sufrir patologías interrelacionadas.

Definir el proceso asistencial "Atención al enfermo pluripatológico" no consiste en describir una forma de enfermar sino en organizar un proceso de atención a unos pacientes con diferentes enfermedades crónicas y síntomas continuados o agudizaciones frecuentes, que repercuten en su situación funcional y que generan una frecuente demanda no programable de atención en distintos niveles asistenciales.

En el ámbito de la Atención Primaria, la relación con los pacientes se sustenta en la CONTINUIDAD, entendida como el seguimiento de un problema de salud atendido en las consultas sucesivas por el mismo médico al que identifica como proveedor principal de cuidados; y por la LONGITUDINALIDAD, que se entiende como el seguimiento de los problemas de salud que afectarán a personas a lo largo de su biografía. La ruptura de la continuidad y la longitudinalidad sólo tiene sentido cuando, en beneficio del paciente, es preciso que un episodio concreto sea atendido en el nivel especializado debido a su complejidad, la incompetencia del nivel primario o un manejo más eficiente.

En el ámbito de la Atención Especializada, la relación con los pacientes es por EPISODIOS y el proceso natural de evolución en su estructura asistencial es la superación de los servicios jerarquizados por una progresiva especialización con unidades monográficas. Desde el Hospital se observa, no obstante, que cada vez en mayor medida los pacientes presentan varios episodios simultáneamente y que un número significativo de éstos se "descontrolan" precisamente porque el modelo de unidad especializada no es capaz de dar una respuesta integral a los mismos.

El paciente pluripatológico plantea importantes obstáculos para el nivel primario, al presentar especiales dificultades para manejar diferentes problemas de salud, habitualmente con distinto grado de compensación, y para

acceder, de forma rápida, a interconsultas y medios diagnósticos. El paciente pluripatológico obliga, más que ningún otro, a una atención sustentada en la INTEGRALIDAD sociosanitaria y en la ATENCIÓN COMPARTIDA entre el nivel especializado y primario. El paciente pluripatológico es el mayor candidato a entrar en la pendiente:

Patología → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía

De hecho, los dos errores más importantes a la hora de tratar a estos pacientes son:

- Aceptar con resignación la irreversibilidad del deterioro del paciente pluripatológico.
- Infratratar a los pacientes pluripatológicos al considerar poco eficiente el consumo de recursos por su parte.

Evitar esta cascada, desde la fragilidad hacia la dependencia, exige no sólo un alto nivel de cualificación científico técnico sino también redefinir los objetivos asistenciales centrándonos en las demandas del ciudadano. Hasta ahora, hemos considerado solamente la óptica de los proveedores de servicios sanitarios, pero es así mismo necesario reconocer la profunda transformación del concepto de salud y enfermedad que tienen los propios pacientes.

- Lo que se considera patología crónica y pluripatología no tenía tal consideración para los ciudadanos hasta hace poco tiempo. Ahora los pacientes consultan, piden y esperan resultados que antes no solicitaban.
- Las expectativas de una mayor "calidad de vida" toman cada vez mayor fuerza, así como las exigencias de recuperación de la capacidad y aptitud.

Es en este marco en el que hemos pretendido abordar el reto de definir el proceso "La atención al enfermo pluripatológico". Pensamos que la estructuración de las intervenciones sobre el paciente pluripatológico podrá modificar el curso natural de la enfermedad, mejorando el nivel de salud de estos pacientes. Este abordaje, sin lugar a dudas novedoso, al ser un primer intento de acercarse a una realidad clínica, puede estar lleno de lagunas, pero opinamos que su desarrollo puede representar una aportación decisiva para impulsar un modelo asistencial basado en la continuidad asistencial y en la atención integral.

ANEXO 5. EJEMPLOS: RESUMEN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ELABORADAS EN DISTINTOS PROCESOS

En este anexo se presenta de forma sintética el contenido de las Guías de Práctica Clínica que se han elaborado para el diseño de algunos procesos.

En el caso del proceso Insuficiencia Cardíaca se acompaña una relación de todos los apartados que incluye la guía del proceso (1), los niveles de evidencia que ésta utiliza (2) y algún ejemplo concreto de su contenido (3), como es la guía de referencia rápida o la guía de uso racional de pruebas especiales.

También se presenta un ejemplo de las guías de referencia rápida elaboradas por la red escocesa, así como un resumen de la guía elaborada para el proceso de cuidados paliativos.

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA INSUFICIENCIA CARDÍACA

1. PUNTOS INCLUIDOS EN LA GUÍA

Guía de referencia rápida.

Criterios de derivación e interconsulta interniveles. Responsabilidades.

Evaluación inicial. Confirmación diagnóstica.

Marcadores pronósticos.

Guía sobre uso racional de pruebas especiales en la IC

Tratamiento de la IC por fallo sistólico.

Selección de fármacos y dosis. Coste-efectividad.

Disfunción diastólica.

Plan de cuidados de Enfermería.

Uso de la telemedicina en la Insuficiencia Cardíaca.

Consejos para el paciente con Insuficiencia Cardíaca.

2. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN UTILIZADOS EN LA GUÍA

I.- Niveles de evidencia

Ia.- Evidencia obtenida por un meta-análisis de ensayos clínicos controlados.

Ib.- Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado randomizado.

Ila.- Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado y bien diseñado, pero sin randomización.

Ilb.- Evidencia obtenida de al menos otro tipo de estudio cuasi experimental y bien diseñado.

III.- Evidencia obtenida a partir de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos o estudios de correlación y casos control.

IV.- Evidencias obtenidas a partir de Comité de Expertos y/o experiencia clínica de las autoridades en la materia.

II.- Grados de recomendación

- A. Requiere de al menos un ensayo clínico controlado randomizado de buena calidad y consistencia dirigido a recomendaciones específicas (Niveles de evidencia Ia y Ib).
- B. Requiere la disponibilidad de un estudio clínico bien conducido pero no un ensayo clínico randomizado para las recomendaciones (Niveles de evidencia IIa, IIb, III).
- C. Requiere evidencia obtenida por los informes de los Comités de Expertos y/o experiencia clínica de las autoridades en la materia. Indicadas en ausencia de estudios clínicos de buena calidad (Nivel de evidencia IV).

3. EJEMPLOS

3.1. Guía de referencia rápida (con recomendación)

| | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | Considerar el tratamiento con un IECA. |
| A | Considerar el tratamiento con un b-bloqueante en pacientes con una Insuficiencia Cardíaca estable, de leve a moderada (clases I-III de la NYHA), con gran precaución y sólo bajo la supervisión de un especialista. |
| A | Considerar el tratamiento con diuréticos si existen síntomas de retención de agua y sodio. |
| A | Considerar el tratamiento con espironolactona (25 mg al día por vía oral) en pacientes con una Insuficiencia Cardíaca moderadamente grave o grave (clases III/IV de la NYHA), si persisten los síntomas y la retención de sodio y agua (es imprescindible una rigurosa monitorización de los parámetros bioquímicos en sangre). |
| A | Considerar el tratamiento con digoxina en pacientes con una Insuficiencia Cardíaca clase III/IV de la NYHA, si persisten los síntomas, existe una función sistólica del ventrículo izquierdo muy pobre, o se mantiene la cardiomegalia. |
| A | Considerar el tratamiento combinado con hidralazina y dinitrato de isosorbida o un antagonista de los receptores de angiotensina II, si el paciente verdaderamente no tolera un IECA. |
| C | Considerar el tratamiento con un inhibidor de la HMG CoA reductasa (una estatina), si existe una enfermedad arterial coronaria. |

FIBRILACIÓN AURICULAR

| | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B | Considerar el tratamiento con digoxina. |
| A | Considerar el tratamiento con warfarina. |
| B | Considerar la derivación para estudiar la cardioversión y el posible tratamiento con amiodarona para mantener el ritmo sinusal. |

ANGINA

| | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | Considerar el tratamiento con b-bloqueantes (si no se están administrando ya).- Nitratos vía oral.- Antagonistas del calcio (amlodipino). |
| B | Derivar para que el Especialista evalúe al paciente y considere su revascularización. |

INMUNIZACIÓN

| | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | Todos los pacientes con Insuficiencia Cardíaca deben vacunarse una vez contra el neumococo y anualmente contra la gripe. |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ✓ | Si es posible, interrumpir el tratamiento con fármacos que agraven la Insuficiencia Cardíaca, como los AINE y la mayoría de los antagonistas del calcio. |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.2. Guía sobre uso racional de pruebas especiales

• ECOCARDIOGRAFÍA-DOPPLER COLOR

| Indicaciones | Clase |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Pacientes con sospecha clínica de Insuficiencia Cardíaca o disfunción sistólica asintomática. | I |
| Pacientes tratados con quimioterapia para decidir la conveniencia de aumentar o añadir nuevas dosis de fármacos. | I |
| Pacientes diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca que en su evolución presentan síncope, arritmia o angina. | I |
| Confirmar la sospecha clínica de disfunción diastólica en pacientes con Insuficiencia Cardíaca y fracción de eyección conservada. | I |
| Sospecha de embolismo pulmonar. | I |
| Paciente en estado crítico con signos de Insuficiencia Cardíaca. | I |
| Sospecha de taponamiento cardíaco. | I |
| Detectar o descartar la incidencia familiar de miocardiopatía hipertrófica. | I |
| Paciente pretransplante cardíaco. | I |
| Documentar perfil hemodinámico de disfunción diastólica en paciente seleccionado. | Ila |
| Reevaluación de pacientes con disfunción ventricular, cuando hay modificaciones no justificadas del curso clínico. | Ila |
| Todos los pacientes con disfunción diastólica asintomática. | III |
| Evaluación rutinaria de la fracción de eyección ya conocida, en pacientes con disfunción ventricular sin cambios en el curso clínico justificados. | III |

Utilidad:

1. Diagnóstico de cardiopatía de base: alteraciones valvulares, miocardiopatías, derrame pericárdico.
2. Valoración de función sistólica en pacientes sintomáticos y asintomáticos: valoración de diámetros ventriculares, fracción de eyección y contractilidad segmentaria del ventrículo izquierdo.
3. Valoración de la función diastólica: grado de hipertrofia ventricular y masa ventricular izquierda. Valoración de flujo diastólico mitral y de venas pulmonares.
4. Determinante pronóstico sobre la base de fracción de eyección y grado de hipertrofia.

Ecocardiografías sucesivas:

1. Candidatos a trasplante cardíaco.
2. Casos muy seleccionados con empeoramiento de situación clínica no justificado.
3. Valoración de deterioro de la función ventricular con relación a la intervención quirúrgica.

Ecocardiografía de estrés (post-esfuerzo, dobutamina o dipiridamol):

1. Para valorar, en casos seleccionados, la respuesta al ejercicio físico.
2. Diferenciación entre miocardiopatía dilatada e isquémica, mediante el análisis de la contractilidad segmentaria anormal sugerente de isquemia.
3. Detección de viabilidad miocárdica (miocardio con capacidad contráctil disminuida, como consecuencia de un proceso isquémico, que es potencialmente recuperable mediante revascularización).



Quick Reference Guide

DIAGNOSIS OF ASTHMA

| | |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B | The diagnosis should be made positively using a peak expiratory flow (PEF) meter to show variability, reversibility, or response to treatment |
| | <ul style="list-style-type: none"> At least 20% improvement in PEF following treatment or at least 20% worsening after exercise is diagnostic of asthma |
| B | Caution should be exercised in interpreting PEF results, which should be used in conjunction with other clinical findings |
| C | Practices should standardise by using only one make of peak flow meter |

TREATMENT OF ASTHMA

| | Acute | Non-acute |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | High dose inhaled β_2 -agonists | MANAGEMENT IN PRIMARY CARE ACCORDING TO BRITISH GUIDELINES ON ASTHMA MANAGEMENT |
| A | Oral steroids | |
| A | Oxygen (if available) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Monitor response to treatment | |
| A | If doubt or poor response after 30 minutes, give nebulised treatment and admit to a hospital respiratory unit or via accident and emergency | |
| C | Early review on discharge, including appropriate modification of the patient's self management plan | A Patients requiring reliever medication more than once daily should have regular preventer therapy |
| | | A Large volume spacers should be used for administration of high dose steroids from metered dose inhalers |
| | | A Patients should wash mouth and teeth after treatment |

PATIENT EDUCATION

| | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C | Patients need to understand asthma, but should not be overwhelmed with too much information at once |
| A | Patients should have personalised educational materials and tailor-made self-management plans |

PRACTICE ORGANISATION OF ASTHMA CARE

| | |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C | General practices should maintain an asthma register |
| C | There should be a lead doctor for nurse liaison and organisation of asthma care |
| C | Nurses must only undertake levels of asthma care appropriate to their level of training |
| C | All practices should ensure that there are no deterrents to easy access for acute asthma care |
| C | Clinical audit of the quality and outcome of patient care is an essential component of asthma care |

KEY: **A** **B** **C** indicates grade of recommendation indicates good practice point

© Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1998
 Derived from the national clinical guideline recommended for use in Scotland by the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
 SIGN guidelines are available on the SIGN website: www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm
 SIGN Secretariat, Royal College of Physicians, 9 Queen Street, Edinburgh EH2 1JQ
 This guideline was issued in December 1998 and will be reviewed in 2000

GUÍAS DE CONTROL DE SÍNTOMAS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DEL ENFERMO ONCOLÓGICO AVANZADO

1. Puntos incluidos en la Guía

1. Urgencias en cuidados paliativos.
2. La vía subcutánea en cuidados paliativos.
3. Agonía.
4. Confusión.
5. Estado confusional.
6. Náuseas y vómitos.
7. Estreñimiento.
8. Dolor.
9. Disnea.
10. Obstrucción intestinal.
11. Sedación terminal.

2. Ejemplo: Urgencias en cuidados paliativos

1. **CONCEPTO:** Situaciones cuyo adecuado y rápido control pueden aliviar al enfermo y mejorar su calidad de vida. Evitar situaciones de encarnizamiento terapéutico y traslados innecesarios. Valorar siempre situación del enfermo y pronóstico vital ("no todo lo posible es ya conveniente").
2. **DOLOR MAL CONTROLADO:** Por su repercusión, debe tratarse lo antes posible según su protocolo específico.
3. **HEMORRAGIA MASIVA:** Complicación que, con frecuencia, puede conducir a la muerte, y que ocasiona gran impacto en familiares y enfermo. Hay que valorar intensidad y situación previa del paciente. Actitud terapéutica: sedación con midazolam IV o SC. Valorar mórficos. Permanecer junto al paciente.
4. **HIPERCALCEMIA:** Alteración metabólica más frecuente asociada al cáncer. Síntomas: anorexia, estreñimiento, náuseas, vómitos, poliuria, polidipsia, paresia intestinal, fatiga, debilidad, letargia, confusión, psicosis, coma. Actitud terapéutica: rehidratación con suero fisiológico; diuréticos tipo furosemida; bifosfonatos; calcitonina; esteroides.
5. **SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR:** La causa más frecuente es el Cáncer de Pulmón. Síntomas: edema y cianosis cervicofacial, circulación colateral en tórax, ingurgitación yugular, cefalea y disnea. Actitud terapéutica: radioterapia; diuréticos, dexametasona a altas dosis y O₂.
6. **COMPRESIÓN MEDULAR:** La localización más frecuente es en el nivel torácico y el tratamiento precoz puede mejorar significativamente la clínica. Síntomas: dolor, paraparesia, incontinencia de esfínteres. Actitud terapéutica: dexametasona a altas dosis; radioterapia y, si la situación del paciente lo permite, laminectomía.
7. **HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL:** Por tumores primitivos o metastásicos. Síntomas: cefalea, vómitos, alteraciones visuales, déficits neurológicos, alteraciones psíquicas, crisis convulsivas, etc. Actitud terapéutica: dexametasona. Para un descenso rápido de la PIC, se usa manitol. Profilaxis de crisis convulsivas con fenitoína. En función de la situación clínica, valorar cirugía o radioterapia.
8. **OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA:** Por tumores ORL o pulmonares. Síntomas: disnea y estridor. Actitud terapéutica: esteroides y cloruro mórfico. En función de la situación del paciente, valorar: traqueotomía, endoprótesis o radioterapia. Sedación con midazolam en casos avanzados.
9. **AGITACIÓN Y DELIRIO:** Descartar causas potencialmente tratables: alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas, fármacos, metástasis cerebrales, etc. Actitud terapéutica: haloperidol, ambiente tranquilo, compañía. Valorar sedación con midazolam, si no se controla.
10. **EVACUACIÓN DE DERRAMES MASIVOS:** Toracocentesis, paracentesis y pericardiocentesis, en función de la situación del paciente, que permite obtener una significativa mejoría de los síntomas.

ANEXO 6. EJEMPLO DE INFORMES ESPECÍFICOS

COORDINACIÓN EN LA DIMENSIÓN SANITARIA Y DE RECURSOS SOCIALES EN LA ATENCIÓN A LA DEMENCIA

1. Justificación de la necesidad de la coordinación de los recursos sociales y sanitarios en la atención de los pacientes con demencia y sus familiares

La enfermedad de "Alzheimer y otras demencias" genera una discapacidad y una dependencia que puede ser extremadamente grave. La situación de gran dependencia afectaría a un total del 25% de la población enferma.

La familia constituye en este momento en España la unidad de protección social básica de estos enfermos y la que está dando mayoritariamente respuesta a esta problemática. Es el llamado apoyo informal, que asume el 72% de los cuidados.

Pero la familia ha cambiado y seguirá modificándose. El número de sus miembros ha disminuido, el tamaño de la vivienda también, la mujer se ha incorporado al trabajo o desea hacerlo, y todo ello hace que el sistema actual no sea mantenible en el futuro.

Se requiere una atención integral, permanente y continuada, que exige una gran dedicación y un alto coste para las familias y para los sistemas sanitario y social. Según el estudio de Hart et Al (1997), se calcula que el coste medio anual global por paciente afectado de Alzheimer es de 3.518.883 pesetas.

No se han asignado los recursos necesarios para atender ni las necesidades actuales ni, menos aún, las cada vez mayores que se vaticinan para el futuro. El nivel de cobertura de los servicios sociales es mínimo o inexistente en muchos casos.

Hasta hace poco, la opinión pública ha tenido un desconocimiento casi completo de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y sobre sus consecuencias.

Los familiares se ven en la gran mayoría de los casos sin la información y formación necesaria para atender a sus enfermos, y sin la existencia adecuada de servicios de apoyo.

Desde los servicios sanitarios, el modelo de atención tradicional a este tipo de problemas pasa por una Atención Especializada de enfermos agudos y crónicos relativamente cara, y por parte de la Atención Primaria existe todavía un cierto desconocimiento acerca de estas enfermedades que generan un déficit de atención y una necesidad urgente de formación específica.

Y, por último, ha faltado una política clara, específica y homogénea en todo el país que diera solución a desequilibrios y desarrollos desiguales en los esquemas asistenciales sociosanitarios según las distintas CC.AA.

Por todas estas razones, la atención a enfermos de Alzheimer y otras demencias requiere un modelo socio-sanitario más integrador, que aplique criterios de planificación utilizados desde hace tiempo en el sistema sanitario y, con menor grado de estructuración, en los servicios sociales; en definitiva, exige la definición de un modelo en el que la colaboración, la corresponsabilidad y la coordinación entre niveles y servicios de diferentes sectores serán factores decisivos.

La garantía de calidad en la atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias compromete a niveles asistenciales sanitarios (A. Primaria y A. Especializada) y sociales (institucionales y comunitarios) que deberán dar una respuesta escalonada, a la vez que integral, a los diferentes estados de necesidad y enfermedad que presentan estas personas y sus familiares.

2. Coordinación sociosanitaria

Se puede definir como un "conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas mayores dependientes".

Las actividades de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños y modelos de intervención, parten del supuesto de la existencia de dos sistemas, que deben actuar de forma conjunta y complementaria, para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de manera simultánea. La coordinación sociosanitaria se acerca a lo que podríamos llamar metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vistas a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de los recursos.

3. Bases y criterios de coordinación sociosanitaria

El marco conceptual en el que se basa la coordinación sociosanitaria comprende los siguientes principios:

1. **Convergencia:** entre los servicios sociales y sanitarios que tradicionalmente han desarrollado sus actividades de forma paralela sin lograr el ineludible encuentro que las necesidades de atención imponen; pero, además, los servicios sociosanitarios deben posibilitar la convergencia con el sistema de apoyo informal.
2. **Diversificación:** es necesario ofertar a las personas dependientes una amplia gama de servicios, la mayoría complementarios entre sí y de carácter comunitario; así se hace posible su capacidad de elección.
3. **Complementariedad:** entre todos los implicados en la atención: administraciones públicas (central autonómica y local), sistema sanitario y social, iniciativa privada, ONGs y sector informal.
4. **Interdisciplinariedad:** la participación de diferentes disciplinas en la provisión de servicios debe intentar superar la mera yuxtaposición de intervenciones profesionales y ofrecer un producto diferente, de carácter global, enriquecido por todas las aportaciones de cada especialidad.
5. **Sectorización:** constituye uno de los elementos esenciales para garantizar la eficacia y optimización de los recursos, acercando al máximo las respuestas a las situaciones de necesidad.
6. **Mantenimiento en el entorno:** en coherencia con los deseos de los afectados y los familiares, y con el objetivo de lograr la máxima calidad en la vida cotidiana, el modelo de coordinación tiene que ser de base comunitaria, y girar en torno a los servicios sociales y sanitarios de A.P., complementándose con el sistema hospitalario y residencial.
7. **Garantizar la continuidad de los cuidados:** entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios.

4. Estrategias de coordinación

Comentaremos aquí dos estrategias de coordinación que no son excluyentes sino complementarias y que pueden convivir simultáneamente.

A. Comisión sociosanitaria

Definición

Órgano interinstitucional de valoración, asignación de recursos, planificación y seguimiento de los programas de atención a las personas mayores y dependientes, que promueve una intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios en un ámbito geográfico determinado.

Es el lugar de encuentro de todos los profesionales, instituciones y asociaciones de afectados cuya actividad se relaciona, en un área sanitaria, con la atención a los pacientes de Alzheimer y otras demencias, y a sus familias.

Funciones

1. Estudio de necesidades y recursos sociosanitarios del área.
2. Elaboración de protocolos de actuación consensuados de área.
3. Establecimiento de instrumentos estandarizados de valoración y criterios de utilización de servicios.
4. Establecimiento de vías de comunicación fluidas entre A.P., A.E. y Servicios Sociales.
5. Puesta en marcha de circuitos de derivación entre los diferentes niveles asistenciales con la consiguiente identificación de responsables y procedimientos.
6. Realización de acciones conjuntas de prevención y promoción de la salud sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
7. Diseño de acciones formativas e informativas dirigidas tanto a los cuidadores como a los profesionales sociosanitarios del área.

Composición:

- Representantes de los servicios sanitarios:
 - A. Primaria.
 - A. Especializada.
- Representantes de los servicios sociales (administración autonómica y local):
 - Servicios comunitarios.
 - Servicios institucionales.
- Representantes de las ONGs, organizaciones de voluntariado y de la iniciativa privada.

B. Sistema de gestión de casos

Consiste en la tipificación de pacientes, valoración de la necesidad de cuidados, asignación de recursos socio-sanitarios, seguimiento y evaluación continuada. Es un modelo de cuidados centrado en el cliente, evaluado por un equipo interdisciplinar desde un punto de vista bio-psico-social. En realidad, es una metodología de trabajo que se aplica en el nivel individual de cada caso.

En un principio, esta función fue asignada a las comisiones sociosanitarias, pero en la práctica, y en aras de su operatividad, debe ser asumida por los distintos equipos interdisciplinares que trabajan en un área: E.A.P., U.F.I.S.S., E.V.C.G., E.S.A.D., P.A.D.E.S.

El Plan Nacional de Alzheimer propone la creación de equipos de soporte sociosanitarios, integrados por profesionales de ambos sectores, que puedan desarrollar esta función en el nivel de área. De cualquier modo, el "case-management" es todavía novedoso en nuestro país y, por tanto, es necesario profundizar más en él.

5. Circuitos de coordinación

Para comenzar a establecer las estrategias de coordinación en un área sociosanitaria lo primero que hay que hacer es:

1. Conocer las necesidades sociales y sanitarias de las personas con demencia del área, las de sus cuidadores y las de sus familias.
2. Conocer los recursos sociales y sanitarios del área, incluyendo el voluntariado social, las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y la iniciativa privada. En este sentido, en muchas áreas se han elaborado Guías de Recursos Sociosanitarios, que están al alcance de todos los profesionales sociales y sanitarios.
3. Establecer circuitos de coordinación especificando:
 - Responsables.
 - Procedimientos.
 - Normas de acceso y derivación.

Los circuitos de coordinación interinstitucionales deben ser circuitos profesionales y no estar basados sólo en la buena voluntad de los mismos y en sus deseos de coordinarse. Este es un punto clave en el esquema de Coordinación Sociosanitaria en la Atención a las Demencias, puesto que será el que garantice la continuidad de los cuidados de la persona con demencia y de su familia, así como una suficiencia de recursos sociosanitarios. Deben establecerse con la idea fundamental de que es el domicilio del paciente con demencia el lugar en el que deben confluir todos los servicios, complementando el apoyo informal. Por tanto, será la Atención Domiciliaria, tanto sanitaria como social, y su correcta coordinación, la base sobre la que descansen el resto de los servicios, especialmente en la fase severa de la enfermedad.

A. De Atención Primaria a Atención Especializada:

- Procedimiento: Parte Interconsulta, cumplimentado con los criterios mínimos antes comentados.
- Responsables: El equipo de Médico, la Enfermera y el Trabajador Social, que tiene asignado cada paciente.

B. De Atención Especializada a Atención Primaria y a la Residencia:

- Procedimiento: Informe Clínico al Alta o Informe de Seguimiento cumplimentado con criterios mínimos de calidad.
- Responsable: El Responsable de la Unidad de Demencias.

C. De Atención Primaria a la Unidad de Trabajo Social, Centro de Día y Residencias:

- Procedimiento: Informe clínico, funcional, mental, social, y de cuidados, que sea único y permita la interrelación y la asignación de recursos en ambos sentidos.
- Responsables: En Atención Primaria, el Gestor de casos; en Servicios Sociales Comunitarios, el Trabajador Social de la Unidad de Trabajo Social correspondiente, el Responsable del Centro de Día y el Responsable de la Residencia.

6. Recomendaciones

Una correcta atención sociosanitaria a los enfermos de Alzheimer y otras demencias, y a sus familiares, exige la adopción de decisiones en el ámbito político sobre los siguientes aspectos:

1. Reconocer que en nuestro país existe un déficit importante de recursos sociosanitarios para pacientes con demencia y que se deben implementar los mismos tanto a nivel social como sociosanitario: Unidades de Valoración y Diagnóstico, Unidades de Internamiento, Centros de Día, y Servicios de Atención Domiciliaria.
2. Cambios en el establecimiento de las prioridades de atención que afectan al sistema sanitario y social: aprobación y puesta en marcha del Plan Nacional de Alzheimer y otras demencias.

3. Cambios en los sistemas de gestión de los servicios, procurando desarrollar fórmulas de provisión integral de los servicios (sistema de gestión de casos).
4. Cambios en los sistemas de financiación de los recursos. Las necesidades de carácter sociosanitario se deberán sufragar con sistemas mixtos de financiación (Cuidados de larga duración, Atención Domiciliaria sociosanitaria y Centros de Día).
5. La correcta atención sociosanitaria exige la garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales, sociales y sanitarios. Para ello, se deben desarrollar estrategias estables de coordinación sociosanitaria:
 - a. Creación de comisiones sociosanitarias de área.
 - b. Establecimiento de criterios de sectorización.
 - c. Elaboración de criterios consensuados y flexibles de ordenación y utilización de los recursos sociosanitarios.
6. Formación de los profesionales sociosanitarios en el campo de la atención a los enfermos con demencias y de sus cuidadores.
7. Favorecer la participación de los propios enfermos y sus cuidadores.
8. En cuanto a la ordenación de recursos sociosanitarios para la atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias, cada área sociosanitaria deberá contar con:
 - a. Un Centro de Día con capacidad para 40 pacientes/día.
 - b. Una Unidad de Atención Nocturna con 10 plazas.
 - c. Acceso universal para todos los enfermos al servicio de Atención Domiciliaria con una intensidad mínima de 40 horas mensuales.
 - d. Una Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de trastornos cognitivos y de la conducta.
 - e. Un Hospital de Día psicogeriatrico.
 - f. Un Equipo de Soporte sociosanitario de Atención Domiciliaria.
 - g. Una plaza de estancia temporal por cada 1.000 mayores de 65 años.
 - h. 2 Unidades de Vida con capacidad para 6-10 personas.
 - i. El 10 % de enfermos tendrán acceso a unidades psicogeriatricas/otras plazas residenciales.
 - j. Para los profesionales de A.P.: 10 minutos por paciente, un máximo de 25 pacientes atendidos por día, que no se supere la cifra de 1.200 personas adscritas por cupo médico o enfermería, y que haya un Trabajador Social por cada Centro de Salud.

ANEXO 7: EJEMPLO DE ESTRATEGIA PRELIMINAR DE IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO ASISTENCIAL

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

En nuestro entorno específico, el Distrito Sanitario Costa del Sol está situado en la Costa del Sol occidental de la provincia de Málaga, con una población censada de 266.000 habitantes y una elevada población flotante como resultado de su ubicación geográfica. Los servicios sanitarios públicos ofertados a la población se dispensan desde las ocho Zonas Básicas de Salud de Atención Primaria (en los centros de salud y Consultorios locales) y en el Hospital Costa del Sol.

Con un amplio desarrollo de la cartera de servicios de Atención Primaria, la apertura del hospital de referencia (H. Costa del Sol) como empresa pública en el año 1994, estableció un marco de relación diferente a los ya existentes con otros hospitales. En estos momentos, y en función de la política sanitaria desarrollada por la Consejería de Salud, se plantea conjuntamente el abordaje de la estrategia de implantación del proceso integrado de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio.

• Plan Operativo

El Plan Operativo se inicia con la constitución de un Grupo Matriz formado por profesionales con experiencia e implicados en el seguimiento y Atención al Embarazo, Parto y Puerperio de nuestro ámbito. Dicho grupo esta constituido por: tocólogos, médicos de familia, matronas, enfermeras, auxiliares de enfermería, anestesista, pediatra, personas implicadas en la gestión de los servicios hospitalarios y de Atención Primaria, así como de las unidades de atención al usuario. Estas personas han sido seleccionadas por su nivel de conocimientos y su grado de implicación en la mejora de los servicios.

En esta primera fase, se ha desarrollado un Taller en el que se ha dado a conocer:

- La metodología de la gestión por procesos.
- La estrategia para su abordaje (dentro de un proyecto global de Atención a la Mujer y al Neonato).
- El desarrollo de una técnica de Grupo Nominal destinada a que los integrantes del grupo identifiquen y prioricen los problemas para la implantación y desarrollo del proceso, proponiendo soluciones y priorizándolas para facilitar su abordaje.

Dicho Grupo Matriz se constituye como la estructura permanente encargada de diseminar la estrategia a todos los profesionales de nuestra área de influencia, y tiene encomendadas unas tareas específicas:

1. Formar Grupos de Mejora en todos los centros que vayan adaptando los procesos al nivel de la arquitectura local.
2. Diseñar el Plan de seguimiento y de evaluación del proceso.
3. Realizar un Cronograma de actividades, tiempos, etc.

• Plan de Gestión

Para hacer posible el desarrollo del proceso, el Plan de Gestión debe contemplar la nueva estructura organizativa, las necesidades de formación, y el conjunto de indicadores que midan el impacto que tienen los cambios sobre la organización.

Definición de una estructura organizativa

El proceso tendrá un propietario que, en nuestro caso, es el Grupo Matriz. Éste ejercerá las funciones de *Director del proceso*, con capacidad ejecutiva para tomar decisiones sobre la operativa del mismo.

Así mismo, se conformará un *Comité de Dirección* del proceso, formado por un directivo de cada institución implicada (A.P., Hospital).

Se valorará también la necesidad de contar con un *Experto en Metodología*, que realizaría funciones de asesor, evaluador, y de apoyo metodológico durante la fase de implantación.

Se constituirán *Grupos de Mejora*, en los que participen las personas de las diferentes instituciones que estén implicadas en el seguimiento del EPP.

Definición de necesidades de formación

Es necesario identificar las necesidades de formación para la implantación del proceso en cada centro. Para ello, se utilizarán los cauces ya existentes (Comisiones Central y Locales de Calidad, Plan de Formación anual).

Una vez establecidas dichas necesidades, se diseñará el Plan de Formación adecuado para satisfacer cada una de ellas, intentando que éste sea lo más personalizado posible.

Diseño de Indicadores de Impacto

En la fase de puesta en marcha del proceso, es fundamental vigilar el impacto que tiene la nueva forma de trabajo sobre la eficiencia, la calidad, la satisfacción de clientes y de profesionales, etc.

Para ello, hay que definir cuáles son los indicadores de impacto que mejor detectan cómo está influyendo el cambio sobre la organización, y hay revisar los sistemas de medición actuales y diseñar nuevos que nos permitan monitorizar todos los cambios. Dicha tarea se realizará entre los técnicos del Distrito y el Hospital, con el apoyo del Grupo Matriz y las Comisiones Central y Locales de Calidad.

• Plan de Comunicación

En esta fase es fundamental definir y llevar a cabo un Plan de Comunicación coherente con nuestra organización.

En este sentido, y en el marco de este plan, se deben realizar:

- **Acciones de comunicación a los gerentes y directivos** de los distintos centros y servicios sobre el proyecto (Consejo de Dirección, otros cauces habituales, etc).
- **Acciones de comunicación entre los profesionales implicados en los procesos.** El Grupo Matriz desarrollará un Plan de Comunicación dirigido a los profesionales que actualmente están realizando el seguimiento (y que se han constituido en Grupos de Mejora), mediante sesiones de formación continuada en los centros, en las que se explicará la metodología, y se analizarán y estudiarán las formas de implantarlo teniendo en cuenta las peculiaridades de cada centro.

– **Acciones de comunicación a los profesionales de servicios no implicados**, a través de la realización de una ruta por todos los Servicios y Centros de Salud para presentar oficialmente el proyecto, así como la estrategia de implantación del proceso. Dicha presentación será asumida por los máximos responsables del área asistencial (en nuestro caso DAIG de Tocoginecología y Director Asistencial del Distrito). El Plan de Comunicación estará sólidamente apoyado por la Dirección del Hospital y del Distrito.

- **Cronograma**

Se está diseñando un cronograma que recoge las prioridades, en función de las posibilidades reales de cada centro, y que parte de la premisa de que el proceso debe estar implantado en toda el área antes de que finalice el año 2001.

ANEXO 8: RESUMEN DEL PROCESO DIABETES

INTRODUCCIÓN

La diabetes Mellitus es un proceso crónico que afecta a un gran número de personas, constituyendo un problema personal y de salud pública de enormes proporciones. En nuestra población su prevalencia se sitúa en torno al 6%, y es causa de morbilidad elevada y mortalidad precoz. Hoy conocemos que el exceso de mortalidad y morbilidad pueden evitarse. Pero, a pesar de los importantes avances terapéuticos en los últimos años, aún estamos muy lejos de obtener resultados aceptables.

En estos momentos se estima que en Andalucía hay unas 450.000 personas con Diabetes, y se sospecha que la mitad de los casos aún no se han diagnosticado.

Existen datos de la evolución de la mortalidad por Diabetes de 1975 a 1994, por sexo: la tasa estandarizada de mortalidad se situaba por encima de 30 por 100.000 en mujeres, incrementándose en la década de los 80, y asistiendo a primeros de los 90 a un progresivo descenso hasta situarse alrededor de 24 por 100.000 en 1994. En el hombre, la tasa estandarizada de mortalidad se ha mantenido constante, alrededor de 18 por 100.000. Se ha observado un exceso de mortalidad por Diabetes con respecto a otras provincias españolas, fundamentalmente localizado en las provincias de Andalucía occidental.

A partir de los datos del CMBD, se comprueba que a finales de la década de los 90 existen tasas elevadas de ingresos hospitalarios de personas con Diabetes por descompensaciones agudas, un número importante de amputaciones de miembros inferiores, complicaciones oftalmológicas, problemas renales, eventos cardiovasculares. Llama la atención la variabilidad observada en los diferentes hospitales públicos, o entre las diferentes provincias de Andalucía.

Desde hace años se vienen definiendo normas y estándares para el cuidado de las personas con Diabetes. No obstante, se observa una tasa demasiado elevada de incumplimiento de lo que se consideran parámetros de buena práctica clínica.

Existen serias barreras por parte de los sistemas sanitarios, de los profesionales y de los pacientes. Pacientes y profesionales tienen problemas de cumplimiento, que es necesario solucionar. Pero realmente existen, además, problemas estructurales, ya que los sistemas sanitarios actuales están más enfocados a las actividades a demanda y a la resolución de problemas agudos o episódicos que a las medidas preventivas y seguimiento de procesos crónicos. La efectividad de las intervenciones en los problemas crónicos requiere la intervención de equipos múltiples de profesionales relacionados con la salud. La falta de una adecuada comunicación y cooperación hace que se realicen muchas actividades episódicas, no interrelacionadas, que llevan a unos cuidados desestructurados, donde las personas afectadas circulan de un lado a otro del sistema, sin encontrar la mejor solución para su problema, con duplicación de actividades, desperdicio de recursos y, lo que es peor, con pacientes insatisfechos, escasamente controlados o que no reciben los mínimos cuidados precisos.

Por otro lado, surge la preocupación de posibles desajustes entre los recursos disponibles y las expectativas de los ciudadanos, con cada vez mayor necesidad de sistemas sanitarios coste-efectivos, aumenta de la importancia de la medicina basada en la evidencia para la toma de decisiones y una creciente participación de los pacientes.

Es preciso orientar la práctica clínica a los resultados y la calidad. En este sentido, es atractiva la propuesta de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía de gestión por procesos asistenciales integrados, que tiene como objetivo una utilización más efectiva de los recursos, reorganizando los procesos y servicios de la atención sanitaria, y focalizándolos en el paciente.

Para ello, en enero de 2001 se constituyó el grupo de trabajo con el encargo de desarrollar el proceso Diabetes Mellitus. El objetivo que se nos plantea es describir el modelo ideal de desarrollo del proceso asistencial integrado de la Diabetes, adecuándose a la realidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Dos son, pues, las claves a considerar: 1. Para quién hacemos las cosas, y 2. Cómo hacerlas correctamente.

Para conocer las expectativas de los pacientes y profesionales, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema. Se establecieron por parte de la EASP 4 grupos focales: 2 con pacientes con Diabetes tipo 1 y cuidadores, y 2 con pacientes con Diabetes tipo 2 y cuidadores. Se pasaron cuestionarios a profesionales médicos y enfermeros de Atención Primaria y Especializada para describir sus expectativas y las barreras encontradas en la atención a las personas con Diabetes.

Para el segundo punto hemos buscado la mejor evidencia disponible. En primer lugar, hemos localizado las Guías de Práctica Clínica que se consideran de calidad aceptable (National Institute for Clinical Excellence, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, New Zealand Guidelines Group, National Health and Medical Research Council, Royal College of General Practitioners, Canadian Task Force on Preventive Health Care, US Preventive Services Task Force, Canadian Medical Association Clinical Practice Guideline infobase), asumiendo las recomendaciones sustentadas en fuerte evidencia. En áreas de incertidumbre, para las que no hemos encontrado respuesta en las GPC hemos realizado una búsqueda en MEDLINE (Revisiones Sistemáticas, estudios originales), la librería Cochrane (Revisiones Sistemáticas, ensayos clínicos), y en las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Informes de Evaluación). Finalmente, hemos utilizado también los consensos existentes en el momento actual de grupos de reconocido prestigio (recomendaciones de la American Diabetes Association, de la International Diabetes Federation...). Guías de Práctica Clínica y Revisiones Sistemáticas no hay muchas, por lo que no ha sido difícil la selección. Estudios originales (ensayos clínicos, cohortes, casos-controles) hay cientos. No era nuestra intención hacer una Guía de Práctica Clínica ni una Revisión Sistemática por lo que, aun a riesgo de perder alguna información, nos hemos limitado a la selección de los "grandes" estudios (tamaños muestrales grandes, tiempo de seguimiento prolongado, estudio de variables resultado relevantes). En las referencias bibliográficas hemos señalado el tipo de artículo con las abreviaturas siguientes:

| | |
|------------------|-----------------------------------------------|
| GPC: | Guía de Práctica Clínica |
| MA: | Meta-análisis |
| RS: | Revisión Sistemática |
| R: | Revisión convencional |
| ECC: | Ensayo Clínico Controlado |
| Cohortes: | Estudio de cohortes |
| Casos-controles: | Estudio de casos-controles |
| ACE: | Análisis de Coste-Efectividad |
| VPD: | Estudio de Validación de pruebas Diagnósticas |
| O: | Estudio observacional |
| C: | Consenso |
| GC: | Guía Clínica |

Desde el comienzo del diseño del proceso, se presentó un primer problema. Hay distintos tipos de Diabetes, que, aunque pueden tener muchos puntos comunes, difieren en sus necesidades en cuanto a la implicación de

diferentes profesionales debido a las diversas etapas de la vida en que tienen lugar. Por ello, decidimos elaborar dos procesos: la Diabetes Mellitus tipo 1, por cuanto afecta fundamentalmente a personas de edad inferior a 30 años, con unos requerimientos especiales en lo que respecta a desarrollo físico y apoyo psicológico; y la Diabetes Mellitus tipo 2, que afecta sobre todo a personas por encima de los 30 años, con unas necesidades terapéuticas, de seguimiento y de apoyo diferentes.

En el desarrollo de estos procesos hemos puesto especial énfasis, en las actividades que afectan especialmente a la calidad de la atención, como pueden ser los problemas de registro, o en las que mejoran el seguimiento de los problemas crónicos, como son las visitas periódicas programadas y la recaptación de pacientes.

Por motivos de mayor claridad en los esquemas y tablas, en ocasiones hemos asignado una actividad a un grupo profesional. Por ejemplo, la Educación para la Salud siempre se asigna a las Enfermeras (cuando también los médicos pueden y deben participar en ella); la exploración de los pies queda en los esquemas asignada a los médicos, (cuando también las enfermeras tienen un papel relevante en esta actividad...) Entendemos que estamos ante un modelo de cuidados compartidos donde pueden participar los distintos profesionales en las distintas actividades, siempre que tengan las competencias necesarias para ello, como pudiera ser también el caso de los internistas o los Médicos de Familia en determinados casos de DM1; en otros momentos se ha asignado una actividad a Pediatra o Endocrino, entendiendo que, dependiendo de los conocimientos y habilidades en el manejo de la Diabetes y la etapa vital de que se trate, podrá ser más conveniente la participación de uno u otro. Deseamos, pues, que se realice una lectura flexible de lo que el papel obliga a poner artificialmente asignado y parcelado y, teniendo en consideración los recursos con lo que se cuenta, realizar la mejor adaptación local posible para la mejora de la atención a las personas con Diabetes. Es así como se plantea este documento, como material de trabajo para que en cada ámbito local se realice la mejor adaptación posible, que requiere de una revisión periódica para su actualización y continua mejora.

1. DEFINICIÓN GLOBAL

Proceso "Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)"

Designación del proceso

Proceso de atención a las personas con Diabetes Mellitus tipo 1.

Definición funcional

Proceso mediante el cual se identifica la población con DM1 y se establecen los mecanismos para la detección precoz. Tras la detección de Diabetes, se programa el acompañamiento terapéutico, lo que significa la corresponsabilidad de todos los profesionales con el paciente en el seguimiento asistencial:

- Confirmación diagnóstica.
- Establecimiento de objetivos de control y plan terapéutico.
- Educación diabetológica.
- Prevención y tratamiento de las complicaciones.
- Rehabilitación cuando las complicaciones ya están presentes.

Todo esto implica la continuidad asistencial, y la existencia de una efectiva coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación.

Límites de entrada

El límite de entrada sería la persona a la que se confirma el diagnóstico de Diabetes Mellitus ante la presencia de síntomas o de complicaciones relacionadas con la Diabetes y su clasificación como tipo 1 (*). La entrada en la cadena asistencial puede producirse a través de múltiples vías:

- Atención Primaria: Consultas o Urgencias.
- Hospital : Urgencias.
- Llamada al 061.

En general, la vía de entrada lógica y deseable es a través de las consultas de Atención Primaria.

Cualquier persona previamente diagnosticada se incorporará a la fase de seguimiento (**).

Límite final

El proceso Diabetes, en tanto proceso crónico, no tiene salida de la cadena asistencial. Se contemplan límites de salida para los distintos subprocesos (debut de la Diabetes, detección y tratamiento de las distintas complicaciones, control y tratamiento,...), que se abordarán en su momento.

Límites marginales

- Vitrectomía.
 - Insuficiencia Renal crónica.
 - Diálisis.
 - Transplantes renales y/o pancreáticos.
 - By-pass y angioplastias.
 - Amputación.
 - Aspectos legislativos.
-

Observaciones:

(*) A efectos prácticos, por las implicaciones psicosociales y pronósticas, se recomienda incluir en este proceso a todas las personas con Diabetes de edad inferior a 30 años, sin que esto evite la necesidad de realizar, además, una correcta clasificación (**). La confirmación de un diagnóstico previo se realizará ante la consecución de normogluemia con tratamiento insulínico o ante la presencia de cifras de hipergluemia compatibles con Diabetes. La confirmación de una correcta clasificación se hará siguiendo criterios similares a los indicados en la valoración inicial del paciente que debuta.

2. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS DEL PROCESO

| Destinatarios | Expectativas |
|---------------|--------------|
|---------------|--------------|

Destinatario 1: Paciente con Diabetes

Tangibilidad:

- Que exista facilidad para la obtención de los medicamentos y material necesario, sin trámites burocráticos.
 - Que pueda obtener sin restricciones el material necesario para el control.
 - Que pueda obtener material moderno, de última generación y gratuito.
-

Accesibilidad:

- Que me den preferencia en el acceso a las citas médicas por problemas comunes y para la obtención de medicación y material.
 - Que pueda disponer de un teléfono de 24 horas para resolución de dudas.
 - Que me faciliten una cita única y coordinada para la consulta médica y para las diferentes pruebas complementarias necesarias.
 - Que pueda pedir cita a un teléfono que no comunique constantemente.
 - Que pueda disponer fácilmente de citas con el Especialista cuando lo necesito (DM1).
 - Que encuentre menos retenciones por parte del Médico de Cabecera para remitir al Especialista cuando se necesita (DM1).
 - Que me faciliten la comunicación /contacto con el resto de los profesionales del proceso.
-

Capacidad de Respuesta:

- Que exista agilidad en las citas.
 - Que pueda tener citas más frecuentes con el Especialista.
 - Que los Especialistas me dediquen más tiempo (DM1).
 - Que me atiendan Endocrinos en las urgencias (DM1).
 - Que pueda obtener las citas con Oftalmólogos de forma más frecuente y fácil.
 - Que pueda acceder a la consulta del Podólogo.
-

Cortesía:

- Que los médicos tengan menos prisa en la consulta.
 - Que me traten con más cortesía en urgencias.
 - Que no se le preste más atención al ordenador que al paciente.
-

Comprensión

- Que encuentre mayor empatía en los especialistas, que sepan ponerse en el lugar del paciente.
-

Comunicación

- Que me comuniquen el diagnóstico cuidando las formas.
 - Que me atiendan sin prisas, y con humanidad.
 - Que me faciliten información sobre la enfermedad y los avances que se van produciendo, en un lenguaje entendible.
 - Que me proporcionen información sin prisas, con trato agradable y cercano, sin comentarios inoportunos, sin regañarme, permitiéndome hablar sobre sentimientos y miedos, interesándose por mi situación psicológica.
 - Que me informen de las recomendaciones terapéuticas.
 - Que no me proporcionen información contradictoria (mensajes diferentes).
 - Que me proporcionen "ayuda psicológica" (DM1 adolescentes).
 - Que me faciliten el acceso a grupos de discusión y autoayuda, específicamente orientados a niños o adultos.
 - Que pueda disponer de informes escritos sobre mi Historial y los cambios que se van produciendo.
-

Competencia:

- Que pueda contactar con un profesional "especializado" en Diabetes en mi Centro de Salud.
- Que exista una consulta específica para niños y adultos en los Centros de Salud.
- Que mi Historial esté informatizado.
- Que exista una adecuada comunicación / cooperación entre mi Médico de Familia y los Especialistas que intervienen en mi valoración.
- Que en las Urgencias del Hospital me atienda personal especializado y no los residentes.
- Que los profesionales que me atienden valoren y reconozcan mis conocimientos.

Seguridad:

- Que me hagan sólo las pruebas necesarias, que repercutirán positivamente en mi salud.
- Que pueda tener siempre el mismo Médico de referencia, sin tantos cambios.
- Que pueda recibir atención por Especialistas en Urgencias.
- Que pueda recibir de forma fácil tratamiento por el Especialista, si el Médico de Cabecera no tiene preparación.

*Destinatario 2: Familiares***Accesibilidad**

- Que exista un horario flexible y tiempos de espera mínimos para acceder a la consulta.
- Que tenga acceso en mi Centro de Salud a profesionales con conocimientos en Diabetes para poder solucionar dudas o problemas sobre la marcha.
- Que pueda acceder a un teléfono de 24 horas para solucionar los problemas que se nos plantean.

Comunicación

- Que me proporcionen "ayuda psicológica" para mí y mi hijo (padres de DM1).
- Que me proporcionen la información sobre la enfermedad, su control, y los avances que se van produciendo.

*Destinatario 3: Médico de Atención Primaria***Tangibilidad**

- Que pueda disponer de espacio y tiempo protegido para la atención adecuada a los pacientes con procesos crónicos y para las actividades de EPS.
- Que pueda contar con los recursos necesarios para el seguimiento de los pacientes (diapasón, monofilamento, oftalmoscopio, Doppler de bolsillo, cámara para fotografía de retina...).
- Que podamos contar con plantillas dimensionadas y adaptadas a las cargas reales de trabajo.
- Que tenga posibilidad / facilidad para la evaluación de mi práctica (sistema de registro con posibilidad de explotación de datos accesible a los profesionales).

Comunicación

- Que el paciente y familiares tengan confianza en mi actuación.
- Que exista buena comunicación /cooperación con los Especialistas y Enfermeros implicados en el proceso.
- Que los Especialistas implicados tengan confianza en mi actuación y me traten con cortesía y respeto.
- Que reciba informes actualizados de los pacientes cuando son atendidos por otros especialistas, en los que se contemplen un juicio clínico y unas pautas de actuación en lo que atañe a tratamiento y seguimiento.
- Que el paciente reciba información coherente.
- Que exista uniformidad en los sistemas de registro y canales de comunicación entre todos los profesionales implicados en el proceso.
- Que se eviten las duplicidades en las pruebas complementarias "por rutina".
- Que los criterios o normas de actuación sean homogéneos y estén consensuados por todas las partes implicadas.

Accesibilidad

- Que tenga acceso para consultar con otros Especialistas implicados (sobre todo con el Oftalmólogo y el Cirujano vascular).

Competencia

- Que los Especialistas a los que tengo que realizar consultas sean profesionales capacitados y con conocimientos actualizados.

Capacidad de respuesta

- Que pueda obtener cita sin demora para los pacientes que quiero enviar para consulta o estudio a otros especialistas (Endocrino, Oftalmólogo, Cirujano vascular, Urólogo...)

Destinatario 4: Enfermero de Atención Primaria

Comunicación

- Que pueda trabajar en equipo (Médico-Enfermero).
- Que pueda trabajar coordinado y cooperando con los otros niveles asistenciales (Especialistas y Enfermeros de Atención Especializada).
- Que la población general reciba información sobre la Diabetes -los medios de prevención, los métodos de detección precoz,...- para que sea una enfermedad aceptada, y se facilite la integración de las personas que la padecen.

Tangibilidad

- Que se me proporcione formación continuada específica sobre Diabetes.

Competencia

- Que se defina la competencia de cada profesional en la atención al paciente con Diabetes.

Capacidad de respuesta

- Que los pacientes se responsabilicen en el autocuidado de su enfermedad.

Destinatario 5: Médico de Atención Especializada

Accesibilidad

- Que tenga posibilidad / facilidad de acceso (cita sin demora) para consultar con otros Especialistas implicados (sobre todo, con el Oftalmólogo, Cirujano vascular...).

Tangibilidad

- Que la plantilla esté dimensionada según las cargas reales de trabajo.
- Que otros Especialistas implicados asuman lo que tienen que hacer (Cirujano vascular).
- Que se solucionen los problemas de comunicación y relación con otras especialidades, que no tenga que suplirlos a expensas de las relaciones personales que consumen mucho tiempo.
- Que se corrijan las asimetrías que está generando la libre elección de Especialistas.
- Que tenga posibilidad de gestión de agenda.

Comunicación

- Que el paciente llegue con información sobre su situación clínica y nivel de conocimiento de su proceso.

Competencia

- Que lleguen sólo los pacientes que realmente precisan atención en el nivel especializado, así como que se remitan todos los pacientes con dificultades de control y complicaciones que debieran verse en Atención Especializada.

Capacidad de respuesta

- Que otros especialistas implicados asuman lo que tienen que hacer (Cirujano vascular).

Destinatario 6: Enfermero de Atención Especializada

Comunicación

- Que los Médicos cooperen en nuestra labor, de manera que no se dé un alta médica sin coordinación con Enfermería.
 - Que exista coordinación/ cooperación con los Enfermeros de Atención Primaria, sobre todo en lo que afecta a curas y planes de cuidados.
-

Tangibilidad

- Que exista una acreditación para la Educación para la Salud en Diabetes (Enfermeros especializados en Educación para la Salud en Diabetes).
 - Que exista un dimensionamiento de plantilla de Educadores en Diabetes adaptado a la demanda generada por el aumento de Especialistas y la cartera de servicios (pruebas funcionales, Educación).
-

Destinatario 7: Gestoría de usuarios

Capacidad de respuesta1.

1. Que los circuitos estén establecidos con claridad y en función de los recursos disponibles.
 2. Que se conozcan los circuitos y procedimientos por parte de los profesionales.
-

Referencias

1. Prieto MA et al. Informe final sobre Expectativas de pacientes con Diabetes. EASP, Granada 2001
 2. Chin MH, Cook S, Jin L, Drum ML, Harrison JF, Koppert J et al. Barriers to Providing Diabetes Care in Community Health Centres. *Diabetes Care* 24:268-274, 2001
 3. Simón D. Personal Barriers to Diabetes Care: Is It Me, Them, or Us? *Diabetes Spectrum* 2001; 14: 10-2
 4. Zgibor JC, Songer TJ. External Barriers to Diabetes Care: Addressing Personal and Health Systems Issues. *Diabetes Spectrum* 2001; 14: 23-8
 5. Tripp-Reimer T, Choi E, Kelley LS, Enslein JC. Cultural Barriers to Care: Inverting the Problem. *Diabetes Spectrum* 2001; 14: 13-22
 6. O'Connor PJ, Crabtree BF, and Yanoshik MK. Differences between diabetic patients who do and do not respond to a Diabetes care intervention: A Qualitative Analysis. *Fam Med* 1997; 29: 424-28.
 7. Helseth LD, Susman JL, Crabtree BF, O'Connor PJ. Primary care physicians' perceptions of Diabetes management. A balancing act. *J Fam Pract* 1999; 48: 37-42
 8. Alva ML. The Burden of Diabetes: The Patient's Perspective. *Diabetes care* 1998; 21 (supl 3):
 9. Freeman J, Loewe R. Barriers to communication about Diabetes Mellitus. Patients' and physicians' different view of the disease. *J Fam Pract* 2000; 49: 507-12
 10. Hunt LM, Arar NH, Larme AC. Contrasting patient and practitioner perspectives in type 2 Diabetes management. *West J Nurs Res* 1998; 20: 656-76
-

3. OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

| Destinatarios | Flujos de salida | Características de Calidad |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Persona con riesgo de DM1 | Prevención de la Diabetes | La intervención para la prevención de la DM1 se realizará únicamente en proyectos de investigación reglados y aprobados por los CEIC pertinentes. |
| Persona con Diabetes | Detección precoz | Realización de diagnóstico en fase precoz, cuando aún no están presentes las complicaciones crónicas y sin llegar a complicación aguda. Adaptación a características individuales del paciente. |
| | Asistencia | <p>Los pacientes serán tratados por profesionales con conocimientos y habilidades para el manejo de la Diabetes en cada una de las etapas vitales (infancia, adolescencia, embarazo, vida adulta, anciano).</p> <p>Se realizará evaluación inicial completa (control metabólico, factores de riesgo) para estabilización metabólica en las primeras 48-72 horas tras el diagnóstico.</p> <p>Para la prevención de las complicaciones crónicas se optimizará el control glucémico y factores de riesgo en el primer año tras el diagnóstico.</p> <p>Se realizará seguimiento planificado con monitorización del control metabólico 2-4 veces / año.</p> <p>Se realizará detección y tratamiento precoz de las complicaciones existentes. Para ello, se planificarán revisiones anuales. Se coordinarán las citas necesarias para las exploraciones y pruebas complementarias de forma que, en un único contacto, se resuelvan todas las solicitudes /necesidades del paciente.</p> <p>Se proporcionarán los medios necesarios para la realización del tratamiento en un único contacto, coincidiendo con la asistencia, sin trámites burocráticos (recetas, jeringas, tiras reactivas, glucómetro...), y sin inducir visitas repetitivas innecesarias.</p> |
| | Información | El paciente recibirá información en lenguaje comprensible y con un trato amable sobre la enfermedad, los resultados de las pruebas realizadas, las alternativas de tratamiento, la justificación y periodicidad de revisiones. La información será tanto oral como escrita (informe, cartilla de la Diabetes...) |
| | Autonomía | <p>Se realizará Educación para la Salud con el objetivo de fomentar los autocuidados, la implicación en el tratamiento, y la mayor autonomía posible del paciente.</p> <p>Se entregará documentación del Sistema Sanitario Público de Andalucía con información sobre las características del proceso y recomendaciones para su cuidado. Esta documentación será complementaria a la actividad educativa y no sustitutiva.</p> <p>Trato humano y personal: Conectar. Escucha activa. Saber transmitir (técnicas de comunicación).</p> <p>Comprensión de circunstancias individuales y adaptación.</p> <p>Mantenimiento: Refuerzos positivos.</p> |

| | | |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Accesibilidad | Existencia de un teléfono o punto de contacto 24 horas (telemedicina) para la resolución de dudas, problemas e inquietudes planteados en el tratamiento. |
| | Apoyo psicológico | El paciente recibirá el soporte emocional y apoyo psicológico necesario según sus circunstancias, pudiendo acceder a un tratamiento especializado si fuera preciso. |
| | Rehabilitación | Se ofertarán recursos en función de las limitaciones: <ul style="list-style-type: none"> – Limitación movilidad. – Amputación: ortopedia. – Disminución agudeza visual: material terapéutico adaptado. Ceguera: contacto con la ONCE. – AVC: Fisioterapia. |
| | Apoyo social | Se informará sobre recursos sociales disponibles (según necesidad) y se facilitará acceso a grupos de autoayuda. |
| Familiares | Información | Empatía y apoyo emocional. |
| | EPS | Se realizará Educación para la Salud con el objetivo de fomentar los autocuidados y la autonomía del paciente y del cuidador. Se entregará documentación del Sistema Sanitario Público de Andalucía con información sobre las características del proceso y recomendaciones para su cuidado. Esta documentación será complementaria de la actividad educativa y no sustitutiva. |
| | Apoyo psicológico | Los padres del niño con Diabetes recibirán el soporte emocional y apoyo psicológico necesario, según sus circunstancias, y podrán acceder a tratamiento especializado si fuera preciso. |
| | Accesibilidad | Existencia de un teléfono o punto de contacto 24 horas (telemedicina) para la resolución de dudas, problemas e inquietudes planteados en el tratamiento. |
| | Apoyo social | Se informará sobre recursos sociales disponibles (según necesidad) y se facilitará el acceso a grupos de autoayuda. |
| Profesionales sanitarios (Médicos y Enfermeros A.P. y A.E.) | Informe | Todos los profesionales implicados recibirán informe completo donde consten los motivos/resultados de la consulta por parte del resto de los implicados. |
| | Cooperación y coordinación | Trabajo en equipo de todos los implicados en el proceso asistencial. Todos los profesionales implicados estarán accesibles para consultas sin demora. |
| | Formación continuada | Recibirán formación continuada de acuerdo a sus necesidades, basada en problemas de la práctica clínica habitual. Recibirán formación en técnicas de entrevista clínica y comunicación. |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicio de atención al usuario | Accesibilidad usuario | <p>En un sólo contacto recibirán todas las necesidades de consultas y pruebas necesarias.</p> <p>Recibirán solicitud de consulta y pruebas con los datos del paciente e informe clínico, correctamente rellenos con indicación de la preferencia/urgencia de la atención.</p> <p>Recibirán informes de asistencia con explicitación de la necesidad de revisión y periodo de tiempo que precise el paciente.</p> <p>Puede proporcionar las citas necesarias instantáneamente tanto en el mismo centro como en otros (agendas online).</p> |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1. DIABETES MELLITUS TIPO 1

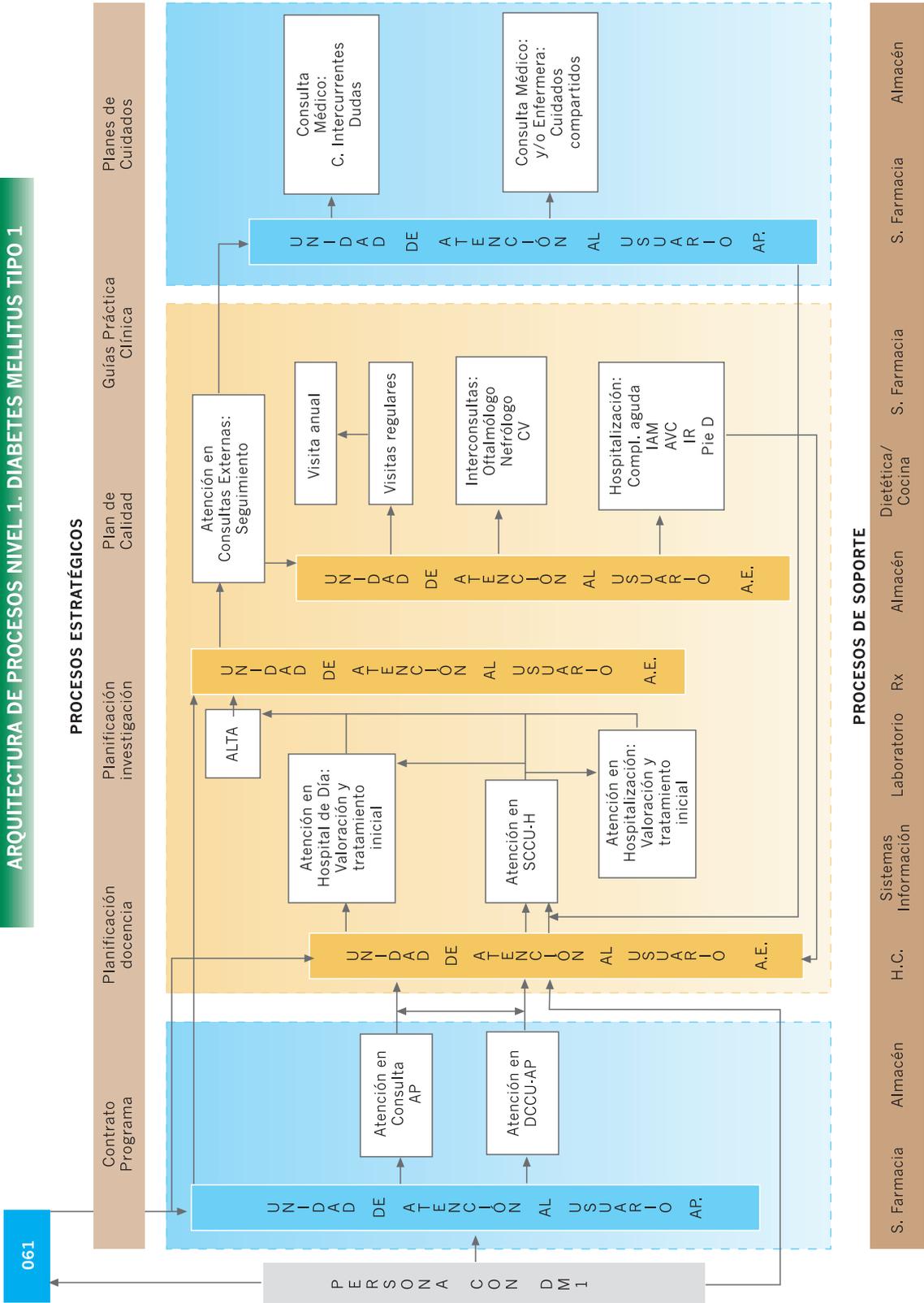


Figura 1. Proceso Diabetes. Arquitectura nivel 1

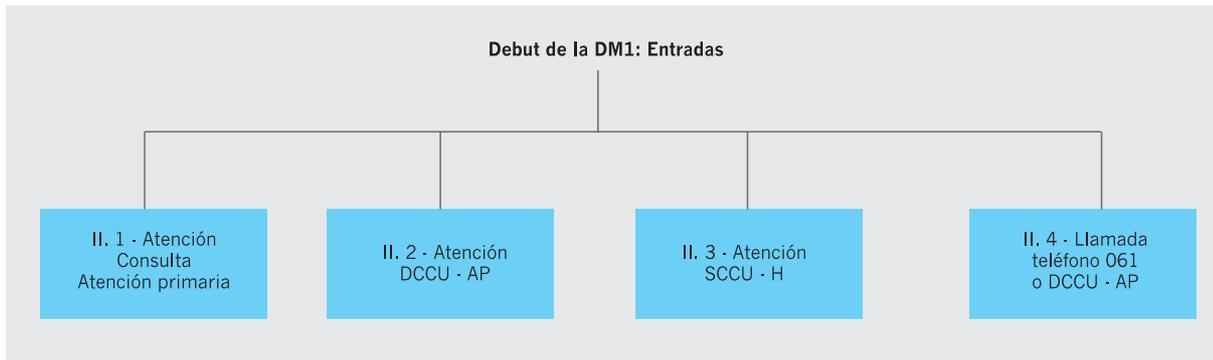
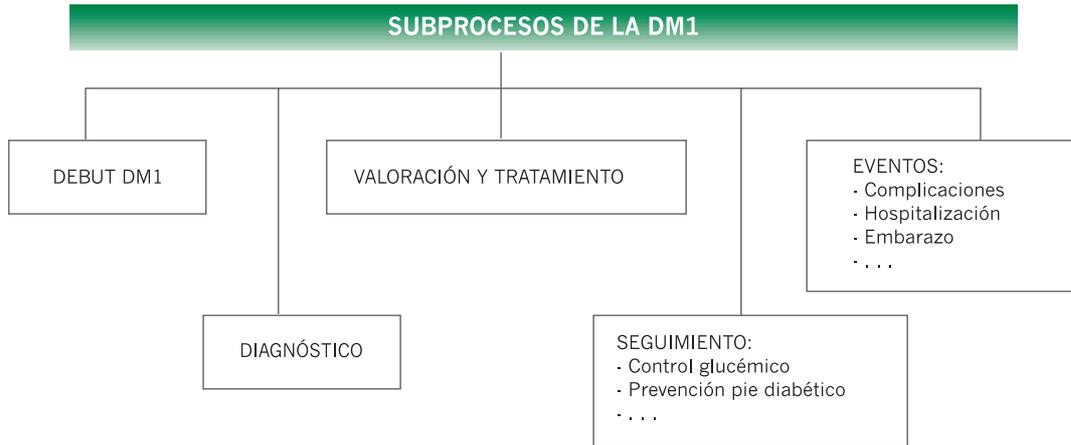


Figura 2. El proceso Diabetes Mellitus tipo 1 se ha dividido en una serie de subprocesos (según se detalla en la primera figura) y, a su vez, cada uno de éstos, según su especificidad, se han desarrollado atendiendo a las diferentes entradas o vías de atención en las que se pueden clasificar.

En este resumen, sin ánimo de ser exhaustivo, se presentan únicamente la secuencia de actividades relacionadas con el debut de la Diabetes tipo 1 y su entrada desde el nivel de Atención Primaria.

5. COMPONENTES DEL PROCESO: PROFESIONALES QUE INTERVIENEN, ACTIVIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

A. DEBUT DE LA DM1- ENTRADA A TRAVÉS DE CONSULTA A.P.

| Elementos | Actividad | Criterios o Características de Calidad |
|--------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Unidad Atención usuario</i> | | |
| 1 | Recepción | Cita sin demora en función de la situación del paciente, incluyendo cita inmediata en presencia de síntomas. Atención personalizada, amable y con respeto. |
| 2 | Registro datos | Se realizará registro completo de datos administrativos. |
| <i>Médico de familia</i> | | |
| 3 | Diagnóstico | Se realizará el diagnóstico en fase precoz, evitando dar lugar al desarrollo de descompensación hiperglucémica aguda. La sospecha diagnóstica se realizará en presencia de síntomas compatibles con el síndrome hiperglucémico, y con la utilización de tiras reactivas para glucemia. La confirmación diagnóstica se realizará con la determinación de glucemia en plasma venoso en dos días cercanos (glucemia \geq 126 mg/dl) si el paciente esta asintomático, o ante el hallazgo de glucemia \geq 200 mg/dl en presencia de síntomas. <i>Ver Algoritmo diagnóstico y Nota 2</i> |
| 4 | Valoración inicial | En todo paciente de nuevo diagnóstico, se realiza valoración de la situación metabólica (glucemia, glucosuria, cetonuria), hemodinámica (hidratación, pulso, TA, estado de conciencia) y neurológica. Indicación ingreso hospitalario si el paciente presenta Cetoacidosis diabética. En otro caso, se enviará a Hospital de Día. |
| 5 | Clasificación de la Diabetes | La Diabetes será clasificada correctamente según los criterios vigentes, considerando la Diabetes tipo 1 como probable en función de la edad < 30 años, ausencia de obesidad (IMC < 25), aparición brusca, y la presencia de cetonuria. <i>Nota 3</i> |
| 6 | Registro | En la Historia de Salud del paciente quedará registrado el diagnóstico y la clasificación. Debe desarrollarse un registro de pacientes con DM1, con un conjunto mínimo básico de datos, donde se incluirán los datos de todo nuevo paciente diagnosticado. <i>Nota 4</i> |
| 7 | Información al paciente y/o familiares | El paciente recibirá información sobre las pruebas realizadas y sobre plan de actuación. |
| 8a | Derivación Hospital de Día | Es deseable iniciar el tratamiento de los pacientes con DM1 en régimen ambulatorio, evitando el ingreso hospitalario, si no se precisa por complicación aguda. Se enviará al Hospital de Día, de forma reglada y sin demora, a todos los pacientes con debut de DM1 en ausencia de cetosis. Deberán ser atendidos en el Hospital de Día en un plazo inferior a 24 horas. Se le dará al paciente y/o familiar informe escrito con anamnesis, exploración, y sospecha diagnóstica para el Hospital de Día. |
| 8b | Derivación Urgencias Hospital | En presencia de cetoacidosis se enviará a Urgencias del Hospital. Se establecerá contacto con DCCU-Hospital para facilitar la rápida recepción / atención del paciente. Se le dará al paciente y/o familiar informe escrito con anamnesis, exploración, y sospecha diagnóstica para el DCCU-Hospital. <i>Ver arquitectura 3, entrada II.1</i> |

5. COMPONENTES DEL PROCESO: PROFESIONALES QUE INTERVIENEN, ACTIVIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

B. Debut de la DM1 - Entrada a través de un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP)

| Elementos | Actividad | Criterios o características de calidad |
|--------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Unidad de Atención al Usuario</i> | | |
| 1 | Recepción del paciente | Atención personalizada y con respeto. Tramitación de la demanda al Médico y/o Enfermero antes de 5 minutos. |
| 2 | Registro datos | Se realizará registro completo de datos administrativos |
| <i>Enfermera</i> | | |
| 3 | Triage | Se realizará clasificación correcta para disminuir tiempos de demora en el diagnóstico y evaluación inicial, en función de la gravedad (nivel de conciencia, estado general, hidratación, constantes vitales, glucemia, glucosuria, cetonuria). |
| <i>Médico de familia</i> | | |
| 4 | Diagnóstico | La sospecha diagnóstica se realizará en presencia de síntomas compatibles con el síndrome hiperglucémico, y con la utilización de tiras reactivas para glucemia. El diagnóstico se realizará, de forma correcta y sin demora, ante el hallazgo de una glucemia al azar ≥ 200 mg/dl en presencia de sintomatología compatible con síndrome hiperglucémico (poliuria-polifagia-polidipsia-pérdida de peso). En ausencia de síntomas o glucemias menores de 200 mg/dl se requiere la confirmación en un día próximo, para lo que se enviará informe a su Médico de Familia, que procederá a la determinación de glucemia en plasma venoso. <i>Ver Algoritmo diagnóstico y Nota 2</i> |
| 5 | Evaluación inicial | Se realizará valoración de la situación metabólica (glucemia, glucosuria, cetonuria), hemodinámica (hidratación, pulso, TA, estado de conciencia) y neurológica antes de 10 minutos. Se indicará ingreso hospitalario si el paciente presenta Cetoacidosis diabética. En otro caso, se enviará a Hospital de Día. Se procederá, asimismo, al ingreso hospitalario, si existen barreras geográficas o sociales que dificulten el inicio del tratamiento ambulatorio. |
| 6 | Clasificación | La Diabetes será clasificada correctamente según los criterios vigentes, considerando la Diabetes tipo 1 como probable en función de la edad < 30 años, ausencia de obesidad (IMC < 25), aparición brusca, y la presencia de cetonuria. <i>Nota 3</i> |
| 7 | Registro | En la Historia de Salud del paciente quedará registrado el diagnóstico y la clasificación. Debe desarrollarse un registro de pacientes con DM1, con un conjunto mínimo básico de datos, donde se incluirán los datos de todo nuevo paciente diagnosticado. <i>Nota 4</i> |
| 8 | Información al paciente y/o familiares | El paciente y/o familiares recibirán información de los hallazgos, sospecha diagnóstica y motivo de ingreso hospitalario. La información se realizará con un trato amable, con un tono positivo, infundiendo seguridad sobre la atención que va a recibir. |

| | | |
|----|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9a | Derivación Urgencias Hospital | <p>Si procede ingreso hospitalario, se coordinará el transporte sanitario hasta el hospital de referencia con el dispositivo de cuidados críticos y emergencias.</p> <p>Se establecerá contacto con dispositivo de cuidados críticos hospitalarios para garantizar la rápida recepción / atención del paciente.</p> <p>Transporte en posición de seguridad (DLD), garantizando infusión rápida de IV líquidos, si se sospecha duración del traslado superior a 20 minutos.</p> <p>Emisión de informe que acompaña al paciente con la sospecha diagnóstica y medidas adoptadas.</p> |
| 9b | Derivación Hospital de Día | <p>Es deseable iniciar el tratamiento de los pacientes con DM1 en régimen ambulatorio, evitando el ingreso hospitalario si no se precisa por complicación aguda. Se enviarán al Hospital de Día, de forma reglada y sin demora, a todos los pacientes con debut de DM1 en ausencia de cetosis. Deberán ser atendidos en el Hospital de Día en un plazo inferior a 24 horas. Se le dará al paciente y/o familiar informe escrito con anamnesis, exploración, y sospecha diagnóstica para el Hospital de Día.</p> <p style="text-align: right;"><i>Ver Arquitectura Nivel 3. Entrada II.2</i></p> |

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 - Entradas: Atención Primaria

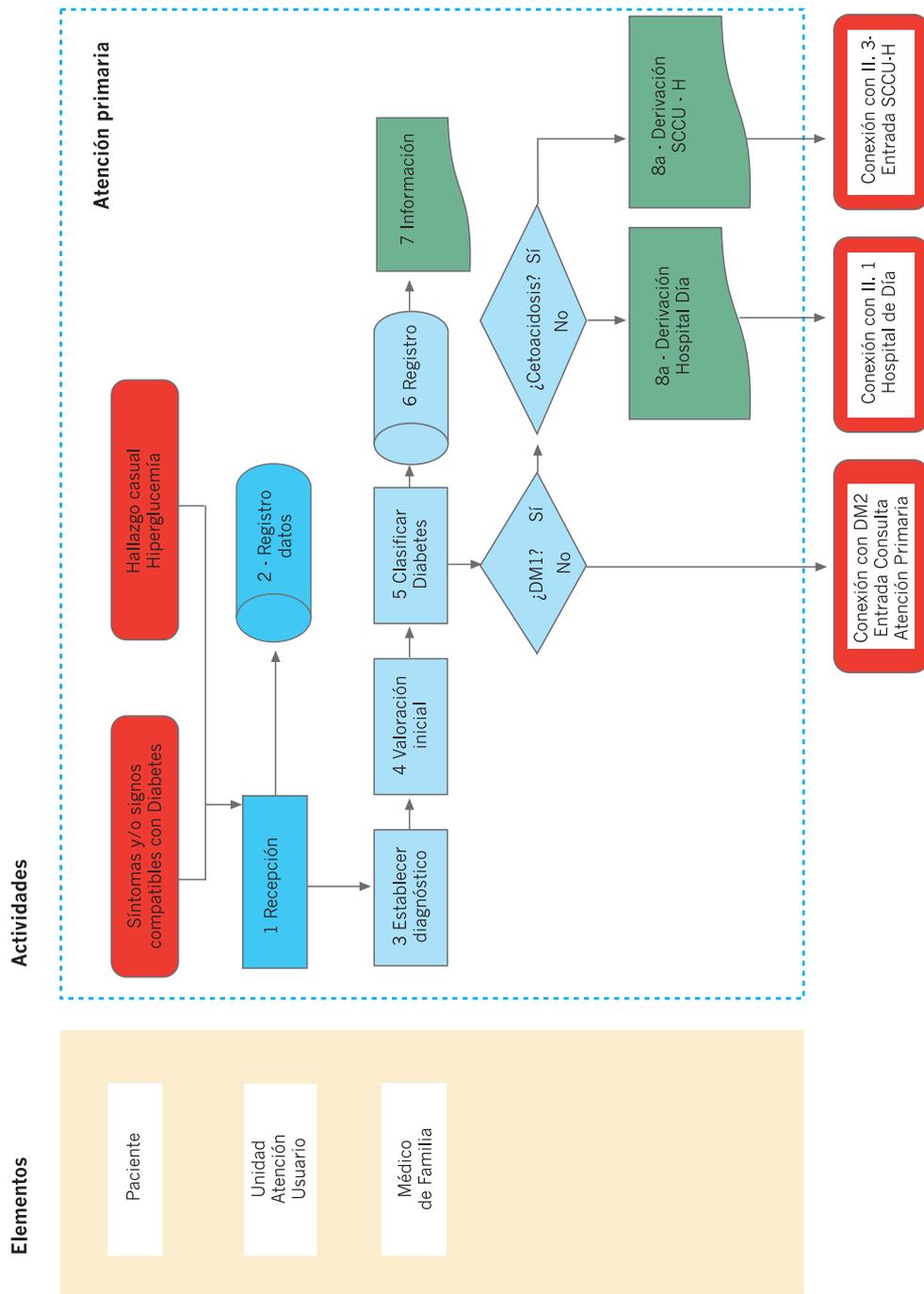


Figura 3. Proceso Diabetes. Arquitectura nivel 3.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 - Entradas por DCCU-AP

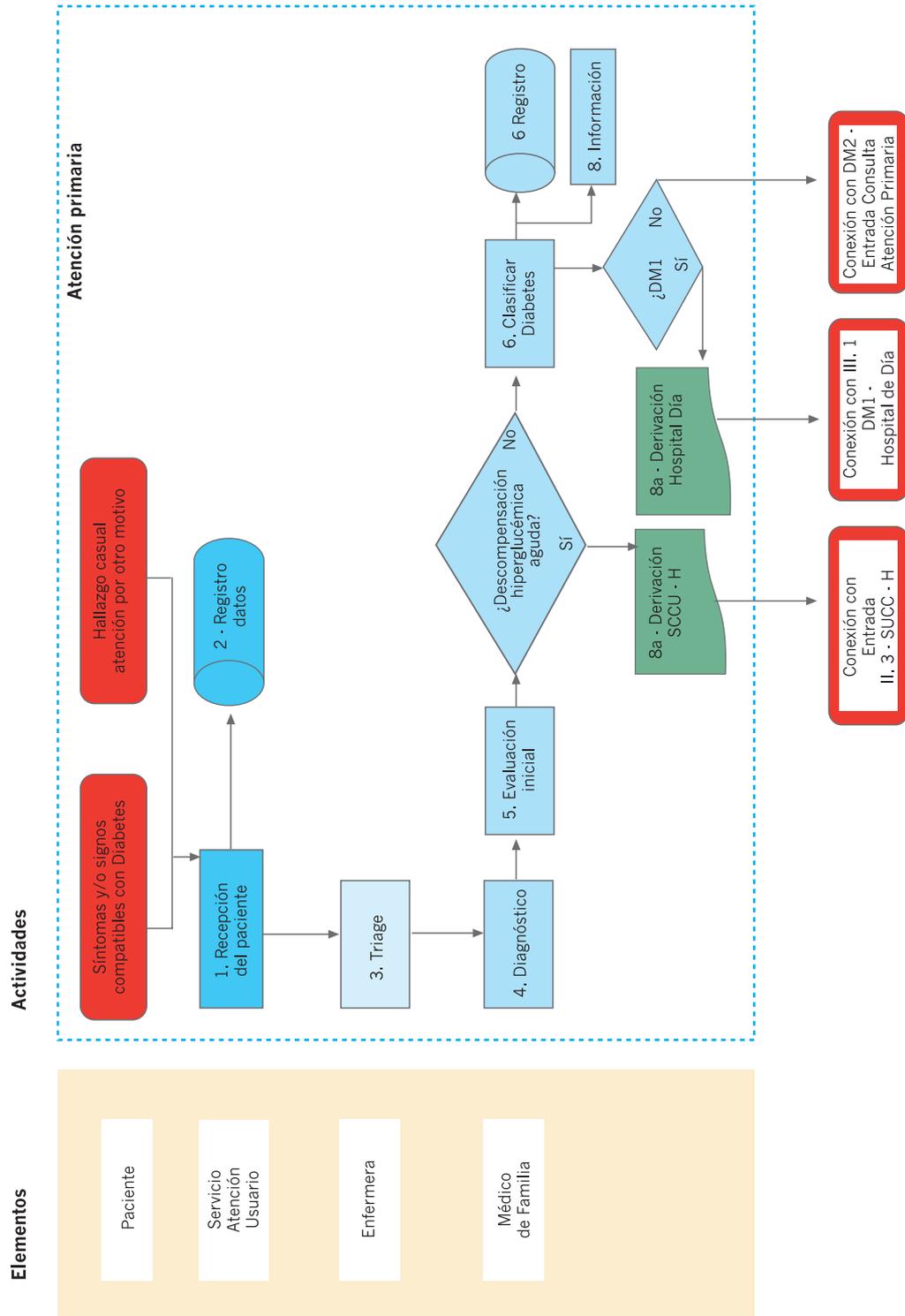


Figura 4. Proceso Diabetes. Arquitectura nivel 3.

Representación gráfica diagnóstico de Diabetes Mellitus

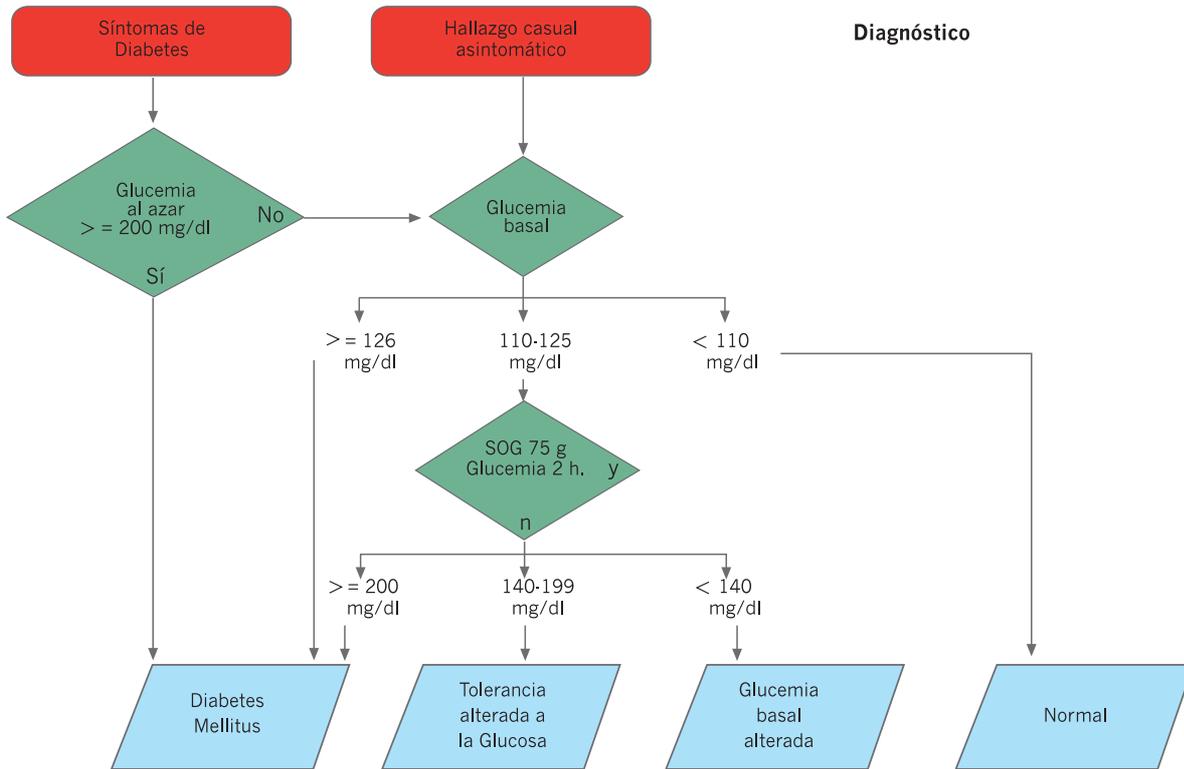


Figura 5. Algoritmo diagnóstico.

6. NOTAS METODOLÓGICAS

[N.2] DIAGNÓSTICO

Objetivo: Identificar precozmente a las personas con Diabetes para prevenir el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas.

Evidencias:

- El umbral de glucemia basal para diagnosticar la Diabetes debe establecerse en 126 mg/dl, porque es el que mejor se relaciona con el valor a las 2 horas de la sobrecarga oral a la glucosa (SOG), y porque es la cifra a partir de la cual se ha comprobado en diversos estudios que se incrementa el riesgo de enfermedad micro y macrovascular
- Existen tres métodos para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus: Glucemia basal, Glucemia al azar y SOG.

Tabla 1: Criterios diagnósticos de Diabetes (Comité de Expertos de la ADA 1997, OMS, 1999)

| | Glucemia basal | Glucemia al azar | 2 horas tras SOG |
|--------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Normal | Menor o igual a 110 | | Menor de 140 |
| GBA | Más de 110 y menos de 126 | | |
| TAG | Más de 110 y menos de 126 | | Mayor o igual de 140 y menor de 200 |
| DM | Mayor o igual a 126 | Mayor o igual a 200 con síntomas | Mayor o igual a 200 |

GBA: Glucemia basal alterada. SOG : Sobrecarga oral de glucosa. TAG: Tolerancia alterada a la glucosa. DM: Diabetes Mellitus

Tabla 2: Equivalentes diagnósticos para el plasma y la sangre

| | Glucosa en plasma* | | | | Glucosa en sangre venosa | | | |
|-----------------------|--------------------|------------------|--------|-------|--------------------------|------------------|--------|-------|
| | Venosa* mmol/l | Capilar mg/dl | mmol/l | mg/dl | Venosa mmol/l | Capilar mg/dl | mmol/l | mg/dl |
| Ayunas | | | | | | | | |
| "Diabetes" | ≥ 7,0 | >125 | ≥ 7,0 | >125 | > 6,0 | ≥ 110 | > 6,0 | ≥ 110 |
| "GAA" | > 6,0 | Δ110 | > 6,0 | ≥ 110 | > 5,5 | ≥ 100 | > 5,5 | ≥ 100 |
| TTOG (2 horas) | | | | | | | | |
| "Diabetes" | > 11,0 | ≥ 200 | ≥ 12,2 | ≥ 220 | ≥ 10,0 | ≥ 180 | ≥ 11,0 | ≥ 200 |
| "IG" | ≥ 7,8 | ≥ 140 | ≥ 8,9 | ≥ 160 | ≥ 6,7 | ≥ 120 | ≥ 7,8 | ≥ 140 |

* medida preferida

TTOG: 75 g de glucosa en 300 ml de agua durante 3-5 min.

- Hoy en día la Diabetes puede diagnosticarse por cualquiera de estos tres métodos. En presencia de síntomas, una sola determinación de glucemia al azar es suficiente para establecer el diagnóstico de Diabetes. En caso de Diabetes asintomática, es preciso realizar la confirmación en los días siguientes con cualquiera de los 3 métodos. La glucemia en ayunas es el método de elección en la práctica clínica por ser preciso, de bajo coste, reproducible y de fácil aplicación.

- La utilización de la SOG es, en estos momentos, fuente de controversia por el distinto énfasis puesto por la ADA y la OMS en su aplicación rutinaria. Es importante matizar que tanto la ADA como la OMS lo consideran como uno de los métodos de diagnóstico, pero, mientras que la OMS hace hincapié en su utilización conjunta con la glucemia basal, la ADA no la recomienda para la práctica clínica rutinaria. En la práctica habitual, existen limitaciones para el uso rutinario de la SOG: elevada variabilidad intraindividual, baja reproducibilidad frente a la glucemia basal, escaso y difícil cumplimiento de las condiciones necesarias para su correcta utilización, mayor coste económico indirecto (horas de trabajo perdidas), incomodidad para el paciente,... Por este motivo, se ha utilizado escasamente. Por otro lado, la mayor parte de los argumentos que hoy se dan en apoyo de la utilización de la glucemia basal o la SOG, o de las categorías GBA o TAG, están en función del número de personas con Diabetes identificadas o del riesgo de progresión a Diabetes. Parece más lógico, sin embargo, que las estrategias de cribado y diagnóstico se establezcan en función del riesgo de mortalidad o del desarrollo de complicaciones micro y macrovasculares que puedan ser prevenidas con una intervención precoz. Y aún no existen estudios de suficiente calidad que aporten las evidencias necesarias. En la práctica clínica consideramos que puede estar indicada cuando exista fuerte sospecha de Diabetes (por ejemplo, presencia de complicaciones microvasculares), siendo la glucemia basal normal, o ante la presencia de resultados contradictorios o dudosos cuyo esclarecimiento pueda llevar a variar nuestra intervención.

Sobre la utilidad de la HbA1c existen magníficos estudios que prueban su validez como método diagnóstico de Diabetes, pero aún no puede asumirse porque todavía no es accesible a toda la población, ya que no es un método barato y, sobre todo, porque está pendiente la estandarización de su determinación.

Las estimaciones de la glucosa en ayunas exigen la certeza de ausencia de ingestión previa de calorías.

El diagnóstico no se puede basar en un solo valor anómalo de glucemia sin que exista ningún síntoma.

No deben efectuarse procedimientos diagnósticos:

- En presencia de una enfermedad aguda o después de un traumatismo o cirugía.
- Durante los ciclos breves de tratamiento con fármacos que eleven la glucemia.

Las pruebas diagnósticas se deben interpretar con cautela:

- En personas tratadas de forma crónica con fármacos que eleven la glucemia.
- En personas que sufran enfermedades endocrinas reversibles.

CRIBADO. MÉTODO E INDICACIÓN: Por cada persona con Diabetes conocida, existe otra con Diabetes sin diagnosticar. Frecuentemente, cuando se diagnostica la Diabetes tipo 2 están ya presentes algunas de las complicaciones. Es importante la detección precoz de la DM para poder modificar su evolución y evitar en lo posible el desarrollo de complicaciones. Aún no sabemos si la detección e intervención precoz nos permitirá prevenir las complicaciones. Hasta ahora, no existen estudios que hayan podido probar que el cribado sea costo-efectivo, por lo que no se recomienda el cribado poblacional, sino el cribado oportunístico o selectivo sólo a individuos de alto riesgo para la DM y en las mujeres embarazadas. Son individuos de alto riesgo para DM, y en los que por lo tanto está indicado el cribado, los indicados en la Tabla 3. Por supuesto, el cribado no es cuestionable en presencia de síntomas de la Diabetes o complicaciones propias de esta enfermedad.

Tabla 3. Factores de riesgo para DM e indicación de cribado

Mayores de 45 años: cada 3 años

Antes de los 45 años y más frecuentemente, si:

- Historia familiar de DM en 1er. grado.
- Obesidad.
- Grupos étnicos con alta prevalencia de Diabetes.
- Antecedentes de DG, TAG , GBA.
- HTA (Δ 140/90).
- Dislipemia (HDL \leq 35 y/o triglicéridos Δ 250 mg/dl).
- Madres de recién nacidos macrosómicos.
- El método de cribado de elección es la glucemia basal en plasma venoso.

Referencias

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Meltzer S, Leiter L, Daneman D, Gerstein H C, Lau D, Ludwig S, et al. 1998 clinical practice guidelines for the management of Diabetes in Canada . CMAJ 1998; 159 (8 Suppl) : 1s-29s. | GPC |
| 2. Peters AL, Davidson MB, Schriger DL, Hasselblad V, for the Meta-analysis Research Group on the Diagnosis of Diabetes Using Glycated Hemoglobin Levels. Meta-analysis: Glycosylated hemoglobin is a reasonable test for diagnosing Diabetes. JAMA. 1996; 276:1246-52. | MA |
| 3. World Health Organization: Definition, diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part 1. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Geneva: WHO, 1999 | C |
| 4. American Diabetes Association. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20: 1183-9. | C |
| 5. McCance DR, Hanson RL, Charles MA, Jacobsson LT, Pettitt DJ, Bennett PH, Knowler WC Comparison of tests for glycated haemoglobin and fasting and two hour plasma glucose concentrations as diagnostic methods for Diabetes. BMJ 1994; 308: 1323-8 . | O |
| 6. Engelgau MM, Thompson TJ, Herman WH, Boyle JP, Aubert RE, Kenny SJ, et al. Comparison of fasting and 2-hour glucose and HbA1c levels for diagnosing Diabetes: diagnostic criteria and performance revisited. Diabetes Care 1997; 20: 785-91 . | O |

[N.3] CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES

Objetivo: Tratar de clasificar al paciente sobre la base de la alteración fisiopatológica subyacente, lo que nos permitirá orientar de forma más adecuada el tratamiento.

En la Tabla 4 se muestran las categorías actualmente propuestas por los Comités de Expertos de la ADA y de la OMS y se establecen unos criterios para ayudar al diagnóstico diferencial de la DM1 y DM2.

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 tienen déficit en la secreción de insulina por destrucción de las células beta pancreáticas. Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen como defecto predominante el aumento de la resistencia a la insulina con un déficit relativo de insulina asociado. En el ámbito de la práctica clínica, la diferenciación puede basarse en los cuatro primeros criterios de la tabla sombreados: edad al diagnóstico, peso, presencia de cuerpos cetónicos en orina, y forma de inicio. Esto nos permite clasificar al paciente como DM1 probable o DM2 probable. Hay casos en que existen dudas razonables para la clasificación; ante ella, el paciente debe ser tratado como si de una DM1 se tratase pues, posteriormente, en función de la evolución, se podrá hacer la correcta reclasificación.

Los pacientes con DM1 requieren tratamiento con insulina y desarrollarán cetoacidosis si no son insulinizados. Los pacientes con DM2 pueden requerir tratamiento con insulina para mejorar su control, pero no es habitual que desarrollen cetoacidosis si no se insulinizan. No existe problema en clasificar como DM2 a los pacientes adecuadamente controlados con dieta, actividad física y/o antidiabéticos orales. Pero algunos pacientes con DM2, y otros difíciles de clasificar, pueden haber sido insulinizados en algún momento, por lo que es importante que se reevalúe, tras la estabilización, la necesidad de continuar con el tratamiento insulínico.

Tabla 4: Clasificación Diabetes Mellitus (ADA 1997, OMS 1999)

| | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diabetes tipo 1 (DM1) | <ul style="list-style-type: none">• Se caracteriza por destrucción de la célula beta, con disminución gradual de la reserva insulínica que finalmente conduce a deficiencia absoluta de insulina.• Existen 2 formas: <i>DM1 mediada por procesos inmunes:</i> Destrucción de la célula beta por mecanismos autoinmunes. <i>DM idiopática:</i> Etiología desconocida. Escaso nº de DM1. Suelen ser personas de origen africano o asiático. |
| Diabetes tipo 2 (DM2) | <ul style="list-style-type: none">• Representa el 90-95% de DM.• Se caracteriza por la resistencia a la insulina asociada usualmente a un déficit relativo de la misma. La intensidad de cada factor varía en cada individuo, aunque parece predominar la resistencia en los DM2 obesos y el déficit de insulina en los no obesos. |
| Metabolismo Alterado de la Glucosa (MAG) | <ul style="list-style-type: none">• Alteración metabólica intermedia entre la normalidad y la Diabetes. Son factores de riesgo para el desarrollo de DM y de enfermedad cardiovascular.• Existen dos formas: <i>Glucemia Basal Alterada (GBA):</i> glucemia plasmática mayor de 110 mg/dl y menor de 126 mg/dl. <i>Tolerancia Alterada a la Glucosa (TAG):</i> glucemia plasmática a las 2 horas de SOG de 75 g mayor de 140mg/dl y menor de 200 mg/dl. |

Diabetes Gestacional

- Intolerancia a la glucosa que aparece en una mujer gestante sin DM previa conocida.
- Se detecta en el 2-5% de los embarazos. Es la complicación más frecuente en gestantes sanas en países desarrollados.
- Generalmente, aparece en el 2º-3er trimestre, y es más frecuente en obesas. En el 90% reaparece en embarazos posteriores y tras el parto vuelve a la normalidad.
- Las mujeres con Diabetes Gestacional tienen a corto, medio y largo plazo mayor riesgo de DM2. Por ello, deben ser reclasificadas tras el puerperio, mediante una SOG de 75 g de glucosa para detectar precozmente la alteración de la tolerancia a la glucosa. De ser normal, debe repetirse periódicamente.
- La DG aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales.

Otros tipos específicos

Diabetes causada por otras causas identificables:

1. Defecto genético de la célula beta.
 2. Defecto genético en la acción de la insulina.
 3. Enfermedades del páncreas exocrino.
 4. Endocrinopatías (acromegalia, cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo, hipertiroidismo...).
 5. Fármacos (tiacidas, furosemda, corticoides ACTH, antidepresivos tricíclicos, L-DOPA...).
 6. Infección (rubeola congénita, citomegalovirus...).
 7. Formas raras de Diabetes relacionada con procesos inmunes.
 8. Otros síndromes genéticos.
-

[N.4] SEGUIMIENTO

Objetivo: Organizar y sistematizar la atención a las personas con Diabetes para mejorar los resultados en salud.

La DM1 se presenta habitualmente antes de los 30 años y, en más del 75% de casos, antes de los 18 años de edad. Es una etapa de la vida en que las necesidades en la atención sanitaria son diferentes a las de los adultos. No sólo deben atenderse los problemas de salud que presentan, sino que deben contemplarse en un entorno cambiante en cuanto al desarrollo físico y psicológico. Es por ello que los niños con Diabetes deben ser tratados por profesionales sanitarios con conocimientos, experiencia y habilidades en el tratamiento de este grupo específico.

En el seguimiento de los pacientes con Diabetes, las actividades se dirigen principalmente a la optimización del control metabólico, y a la detección y tratamiento precoz de las complicaciones crónicas.

La efectividad de las intervenciones en los problemas crónicos requiere la intervención de equipos multidisciplinares. A lo largo de su vida, la persona con Diabetes entra en contacto con múltiples profesionales relacionados con la salud. La falta de una adecuada comunicación y coordinación tiene lamentables consecuencias que afectan tanto a pacientes y a familiares como a profesionales. El establecimiento de criterios para interconsultas y métodos de cooperación permitirá prestar una atención de alta calidad, con integración de servicios para todas las personas con Diabetes, lo que constituye lo que conocemos como modelo de cuidados compartidos.

Se ha demostrado que sólo se consiguen los objetivos cuando se sistematiza y estructura la atención. Para ello, son elementos necesarios las 3 R: la existencia de un Registro, las visitas Regulares, y la puesta en marcha de mecanismos de Recaptación de pacientes que no acuden o no han realizado el seguimiento recomendado. En

términos generales, se recomiendan visitas programadas periódicas para la optimización del control, con una visita anual durante la cual, además, se incluye el cribado de complicaciones de la Diabetes.

Tablas:

- Organización de la vigilancia clínica.
- Criterios de consulta entre diferentes especialistas.
- Propuesta de un CMBD para Diabetes Mellitus.

a. Organización de la vigilancia clínica

| | Revisión inicial | Revisión periódica | Revisión anual |
|-------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|-----------------|
| Historia Clínica básica | | | |
| Historia social / estilos de vida | | | |
| Historia prolongada / reciente de Diabetes | | | |
| Historia de las complicaciones / síntomas | | | |
| Otros antecedentes | | | |
| Antecedentes familiares de Diabetes / enfermedad arterial | | | |
| Antecedentes medicamentosos / tratamiento actual | | | |
| Habilidades actuales / situación de bienestar | | | |
| Conocimientos sobre Diabetes | | | |
| Autotratamiento de la Diabetes y autocuidados /cumplimiento | | | |
| Capacidad para el autocontrol / resultados | | | |
| Factores de riesgo vascular | | | |
| HbA1c (hemoglobina glucosilada) | | | |
| Perfil lipídico* | | Si problema | |
| Tensión arterial | | Si problema | |
| Tabaco | | Si problema | |
| Albuminuria** | | Si problema | |
| Exploración / complicaciones | | | |
| Exploración general | | Si problema | Si problema |
| Peso / índice de masa corporal | | | |
| Examen del pie** | | Si problema | |
| Lugares de inyección | | Si problema | |
| Examen ocular con pupila dilatada ** | | Si problema | |
| Creatinina sérica | | Si problema | |
| Plan de tratamiento | | | |
| Negociación de objetivos de control | | | |
| Evaluación de plan terapéutico | | | |
| Educación para la Salud | | | |
| Consejo anticonceptivo / programación embarazos | | Mujeres en edad fértil | |
| Vacuna antigripal | | | >= 6 meses edad |

*cada 3 años, si previamente ha sido normal / ** primera evaluación a los 5 años del diagnóstico.

b. Criterios de consulta entre diferentes especialidades

Médico de Familia/Enfermero de Atención Primaria: Toda persona con Diabetes, independientemente del nivel de seguimiento, debe ponerse en contacto con los profesionales sanitarios de Atención Primaria para una atención continuada y coordinada de todo el proceso preventivo y asistencial.

Endocrinólogo:

Sospecha de Diabetes Mellitus secundaria (excepto la medicamentosa).

Diabetes inestable o pacientes que, por sus características o complejidad, sean de difícil control.

Alergia a la insulina.

Resistencia a la insulina.

Embarazo en una mujer con Diabetes.

DM1 en el niño y adolescente.

Cualquier paciente con Diabetes, si existen deficiencias de recursos humanos o materiales, para poder garantizar un tratamiento o seguimiento correctos.

Oftalmólogo: Al menos 1 vez cada año para valorar la existencia de retinopatía.

Nefrólogo: Proteinuria clínica persistente (> 200 mcg/min o 300 mg/l). Creatinina superior a 2 mg/dl o aclaramiento de creatinina < 75/ml/min/1.73 m².

Obstetra: Embarazo en una mujer con Diabetes. Diabetes Gestacional.

Cirujano vascular:

Arteriopatía periférica, con dolor en reposo o dolor nocturno en miembros inferiores:

Consulta preferente, si aumento de la claudicación intermitente: disminución importante de pulsos periféricos (índice oscilométrico próximo a cero), úlceras que no curan, gangrena incipiente.

Cardiólogo: Sospecha o presencia de cardiopatía isquémica.

Neurólogo: Accidentes isquémicos transitorios.

Urólogo: Disfunción eréctil.

Rehabilitador (o traumatólogo): Deformidades en pies susceptibles de corrección con tratamiento ortésico. Para plantillas de descarga en caso de mal perforante.

Hospital:

Pie diabético: osteomielitis, absceso o gangrena.

Descompensaciones hiperglucémicas agudas: descompensación hiperosmolar o cetoacidótica.

Sospecha de acidosis láctica.

Hipoglucemias en pacientes con DM2 tratados con sulfonilureas de vida media larga.

Debut de la DM1.

c. Propuesta de un CMBD para la Diabetes Mellitus

Datos administrativos

Nombre y apellidos del paciente
Dirección y teléfono
Número de Historia Clínica
Fecha de nacimiento
Sexo

Datos de la Diabetes

Año del diagnóstico
Tipo de DM
Antecedentes familiares Diabetes primer grado
Antecedentes de Diabetes Gestacional
Antecedentes de recién nacidos macrosómicos

Tratamiento de la Diabetes

Sin tratamiento
Insulina (sí/no): Tipo, nº inyecciones y dosis
Sulfonilureas. Tipo y dosis
Meglitinidas: Tipo y dosis
Biguanidas. Tipo y dosis
Inhibidores alfa-glucosidasas: Tipo y dosis
Glitazonas: Tipo y dosis
Dieta /ejercicio (Sí/No)
Autoanálisis (Sí/ No)

Exploración

Peso
Talla
Tensión arterial
Índice de masa corporal

Análítica

HBA1c
Glucemia
Colesterol total
Colesterol HDL/LDL
Triglicéridos
Creatinina
Sedimento de orina

Datos de complicaciones

Afectación de los ojos
Retinopatía diabética (Sí/No)
Fecha de la exploración
Cataratas
Tratamiento con rayos láser
Último control oftalmológico

Afectación del pie

Pulsos
Sensibilidad monofilamento o vibratoria
Ulceras MMII
Amputación MMII

Afectación del sistema nervioso periférico

Disfunción eréctil

Afectación del riñón

Nefropatía (Sí/No)
Microalbuminuria (TEA o Alb/creat))

Datos del seguimiento

Ingreso hospitalario
Motivo del ingreso hospitalario
Control en sangre (Sí/No)

Factores de riesgo vascular-macroangiopatía

Tabaco (Sí/No)
Ex fumador
Hipertensión arterial (Sí/No)
Alteración de los lípidos (Sí/No)
Obesidad (Sí/No)
Ángor. Infarto agudo de miocardio
Accidente vasculocerebral. Accidente isquémico transitorio

Educación diabetológica

Diabetes (concepto-información inicial)
Dieta y ejercicio físico
Técnica de autoanálisis
Autocontrol en sangre
Técnica inyección de insulina
Hipoglucemia
Glucagón
Cuidado de los pies
Situaciones especiales

Referencias

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Meltzer S, Leiter L, Daneman D, Gerstein H C, Lau D, Ludwig S, et al. 1998 clinical practice guidelines for the management of Diabetes in Canada . CMAJ 1998; 159 (8 Suppl) : 1s-29s. | GPC |
| Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Report on a Recommended Minimum Dataset for Collection in People with Diabetes. Edinburgh: SIGN, 1998 (SIGN Publication No. 25). | GPC |
| Grupo Diabetes Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Guia de práctica clínica: Diabetes Mellitus. 2001 (en prensa) | GPC |
| Griffin S, Kinmonth AL. Systems for routine surveillance for people with Diabetes Mellitus (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software. | RS |
| Greenhalgh P M. Shared care for Diabetes: a systematic review. London: Royal College of General Practitioners, 1994, 35pp. | RS |
| European Diabetes Policy Group. A desktop Guide to Type 1 Diabetes Mellitus. International Diabetes Federation (European region), 1998 | C |
| American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus. Diabetes care 2001; 24 (suppl 1): s33-s43. | C |
| Fernández Fernández I, Durán García S. Diabetes Mellitus: Cuidados compartidos. Euromedice, Barcelona, 2001 | R |

7. RECURSOS. CARACTERÍSTICAS GENERALES

| Recursos | Características generales |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Infraestructura | Consulta: Tiempos y espacios protegidos para las visitas anuales y las periódicas. Acceso cómodo y fácil para las personas con Diabetes. Instalaciones para la Educación individual y grupal. |
| Personal | Equipo de profesionales con competencias para el seguimiento de personas con Diabetes (conocimientos actualizados, habilidades y actitudes): pediatras, endocrinólogos, médicos de familia, enfermeras, podólogos, oftalmólogos, cirujanos vasculares, nefrólogos, cardiólogos, obstetras. En número suficiente para la consecución de los objetivos en cuanto a la prevención, detección y tratamiento precoz, seguimiento, cribado y tratamiento de las complicaciones, y rehabilitación. |
| Papelería | Documento de cuidados compartidos y de información para paciente y familiares: Cartilla de la DiabetesEPS: Material didáctico para las consultas y sesiones de EPS: tablas de alimentos, pizarra, diapositivas, transparencias. Folletos educativos diseñados por el Sistema Sanitario Público de Andalucía: vivir con Diabetes, prevención de hipoglucemias, manejo en circunstancias intercurrentes, inyección de insulina, cuidado de los pies, planificación familiar, dieta, actividad física, viajes, consejos para el colegio y cuidadores de niños con Diabetes.... |

| | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Instrumental | <p>Control de constantes: tensiómetro: calibración cada X meses, fonendoscopio, peso y tallímetro. Exploración del pie: diapasón, monofilamento (en cantidad suficiente para recambio periódico). Control glucémico: glucómetro. EPS: Set de alimentación. Set de cuidados de los pies: tijeras, limas, espejos, plantillas. Instrumental de cura: bisturí, tijeras, pinzas.</p> |
| Aparataje | <p>Cribado complicaciones: - OJO: Retinógrafo digital en Centros de Atención Primaria. Retinógrafo-angiógrafo en todos los centros de especialidades. Laser de argón en todos los centros hospitalarios con Servicio de Oftalmología. Vitrectomía en hospitales de segundo nivel. - PIE: Doppler, neuroestesiómetro. - ECV: electrocardiógrafo. EPS: Retroproyector, proyector diapositivas, pantalla proyección. Reproductor de video. Barreño lavado pies.</p> |
| Material fungible | <p><i>Control glucémico:</i> Tiras reactivas para glucemia, glucosuria, cetonuria. Sistemas de infusión. EPS: Jeringas, plumas e inyectores, agujas para inyección, agujas para punción dedos, jabón neutro, crema hidratante. <i>Cribado complicaciones:</i> Tiras reactivas para proteinuria. <i>Curas pie diabético: suero fisiológico, apósitos.</i></p> |
| Informática | <p>Historia de Salud electrónica, compartida por todos los profesionales sanitarios del sistema, con módulos para: Monitorización del seguimiento del paciente con Diabetes. Monitorización de los indicadores de calidad del programa de Diabetes. Señales de alerta para actividades pendientes de realizar. Sistema de Recuerdo de revisiones anuales, con Sistema de Recaptación de pacientes. Programa de telemedicina: Comunicación paciente -profesionales sanitarios: envío autoanálisis, consultas, dudas, ajustes terapéuticos entre visitas y en circunstancias intercurrentes. Comunicación entre profesionales sanitarios: envío telemático fotos retina, interconsultas, comunicación...</p> |
| Software | <p><i>Programa de alimentación.</i> <i>Sistemas expertos para enseñanza de las pautas de insulina y autocontrol.</i> <i>CMBD de pacientes con DM1 y DM2.</i></p> |

8. INDICADORES

Establecemos los indicadores a partir de lo que hoy conocemos como una buena práctica clínica:

La mayor parte de los estudios muestran que las complicaciones de la Diabetes pueden reducirse a través de una detección precoz de la Diabetes, optimización del control glucémico, detección y control de factores de riesgo cardiovascular (HTA, lípidos, tabaquismo), y detección precoz y tratamiento de las complicaciones, especialmente los casos de enfermedad ocular, renal y pie diabético. Para ello, la sistematización y planificación de las visitas, a partir de que la Diabetes es diagnosticada, constituye un elemento clave, junto con el establecimiento de sistemas de Registro y Recaptación.

Los resultados del embarazo en la mujer con Diabetes pueden mejorarse a través del control preconcepcional y programación de embarazos, optimización del control durante el embarazo, y vigilancia de los recién nacidos de madre con Diabetes.

Prevención

Resultados

Prevalencia de DM1 en los últimos 12 meses

Incidencia de DM1 en los últimos 12 meses

Diagnóstico precoz:

Resultados

Número de pacientes que son diagnosticados de Diabetes Mellitus sin complicación aguda (cetoacidosis) en relación al total de pacientes diagnosticados

Seguimiento

| Proceso | Resultados |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Satisfacción</i> | Satisfacción de los pacientes con la atención y cuidados que reciben |
| <i>Control glucémico</i> | Número de pacientes con DM1 que tienen niveles de HbA1c < 8% en relación al número total de pacientes con DM1 Número de pacientes con DM1 en los que se ha realizado categorización de riesgo según control glucémico (HbA1c < 7%, HbAc =7-8%, HbA1c >8%). |
| <i>Educación para la Salud</i> | Puntuaciones pre y post test de conocimientos. |

Número de pacientes con DM1 que tienen documentada al menos una intervención educativa estructurada en los últimos 12 meses en relación al número total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 en los que están documentados objetivos de autocuidados en relación al número total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 en los que consta intervención educativa tras el inicio de una nueva pauta de tratamiento o cambio relevante, en relación al número total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 fumadores en los que se ha realizado intervención mínima antitabaco en relación al número total de pacientes con DM1 fumadores.

Número de pacientes con DM1 que han presentado episodios de cetoacidosis en los últimos 12 meses (excluyendo nuevos diagnósticos) en relación al número total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que han presentado episodios de hipoglucemia severa en los últimos 12 meses en relación al número total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que realizan autocontrol y practican autocuidados correctamente en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que realizan autoanálisis en relación al número total de pacientes con DM1.

| Proceso | Resultados |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Complicaciones: 1. Mortalidad</i> | |
| | Tasa de mortalidad por Diabetes en la población general |
| | Tasa de mortalidad por ECV en personas con Diabetes |
| | Número de pacientes con DM1 con mortalidad prematura en los últimos 12 meses |
| <i>Complicaciones: 2. Pie</i> | |
| Número de pacientes con DM1 a los que se ha explorado los pies en los últimos 12 meses en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años. | Número de pacientes con DM1 en los que se ha realizado categorización de riesgo del pie en los últimos 12 meses (pie de bajo riesgo, pie de riesgo, pie diabético) en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años. |
| Exploración: inspección, palpación de pulsos, sensibilidad al monofilamento (o sensibilidad vibratoria). | Número de pacientes con DM1 con pie diabético en los últimos 12 meses en relación al total de pacientes con DM1 (prevalencia e incidencia) con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años. |
| | Número de pacientes con DM1 a los que se ha realizado amputación en los últimos 12 meses en relación al total de pacientes con DM1. |

Complicaciones: 3. Ojo

Número de pacientes con DM1 a los que se ha realizado estudio de fondo de ojo con pupila dilatada en los últimos 12 meses en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 en los que se ha realizado categorización de riesgo de enfermedad ocular en relación al total de pacientes con DM1 (no retinopatía, retinopatía de inicio, retinopatía proliferativa) con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 que presentan retinopatía proliferativa en relación al total de pacientes con DM1 (incidencia y prevalencia) con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 que presentan ceguera en relación al total de pacientes con DM1 (incidencia y prevalencia).

Complicaciones: 4. Riñón

Número de pacientes con DM1 a los que se ha realizado cribado de microalbuminuria en los últimos 12 meses en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 a los que se ha realizado categorización de riesgo según niveles de albuminuria (normo, micro y macroalbuminuria) en los últimos 12 meses (prevalencia e incidencia) en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 normotensos o hipertensos, con micro o macro albuminuria que reciben tratamiento con IECA en relación al total de pacientes con DM1 con micro o macroalbuminuria.

Número de pacientes con DM1 que presenta insuficiencia renal (creatinina >1.4) (prevalencia e incidencia) en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que presentan insuficiencia renal avanzada (prevalencia e incidencia): requieren diálisis, en relación al total de pacientes con DM1.

Complicaciones: 5. ECV

Número de pacientes con DM1 en los que se ha realizado categorización de riesgo cardiovascular en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 en cada una de las categorías (RCV alto, moderado, bajo).

Número de pacientes con DM1 y enfermedad cardiovascular que reciben tratamiento con ácido acetilsalicílico a bajas dosis en relación al total de pacientes con DM1 y ECV.

Número de pacientes con DM1 que presentan IAM en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que presentan AVC en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que presentan AIT en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que tienen una toma de TA en los últimos 6 meses en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que tienen TA sistólica <140 y TA diastólica < 85 en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 e hipertensión no controlada que tienen registrado plan de intensificación del tratamiento en relación al total de pacientes con DM1 e HTA.

Número de pacientes con DM1 fumadores en los que se ha realizado intervención mínima antitabaco en relación al total de pacientes con DM1 fumadores.

Número de pacientes con DM1 y hábito tabáquico que han dejado de fumar (prevalencia e incidencia).

Número de pacientes con DM1 no fumadores en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que tienen un perfil lipídico en ayunas en los últimos 3 años en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 y enfermedad cardiovascular que tienen niveles de LDL-colesterol < 100 en relación al total de pacientes con DM1 y ECV.

Número de pacientes con DM1 y enfermedad cardiovascular que reciben tratamiento con estatinas o fibratos en relación al total de pacientes con DM1 y ECV.

Número de pacientes con DM1 a los que tras un IAM se intensifica el tratamiento insulínico en relación al total de pacientes con DM1 e IAM.

Referencias bibliográficas

1. American Diabetes Association. Standards of medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Clinical Practice recommendations. Diabetes Care 2001; 24 (suppl 1):
2. European Diabetes Policy Group. A desktop Guide to Type 1 Diabetes Mellitus. International Diabetes Federation (European region), 1998
3. Queensland Health. Health outcome Plan Diabetes Mellitus 2000-2004. In: [Http://www.health.qld.gov.au/hop/home.htm](http://www.health.qld.gov.au/hop/home.htm)
4. Mayfield J. Who Cares about Quality of Diabetes Care. Clinical Diabetes 1998; 16:
5. North Dakota Department of Health. Diabetes Practice Guidelines and Quality Management. Indicators. 1997.

ANEXO 9. Equipo de trabajo

| Nombre | Centro de trabajo | Puesto de trabajo |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Áurea Bordons Ruiz | H.U. San Cecilio (Granada) | Subgerente |
| Carmen Cortes Martínez | Hospital Comarcal de Antequera | Directora médica |
| José A. Cuello | Hospital Virgen del Rocío (Sevilla) | Jefe de Sección Medicina Interna |
| M ^a Isabel Dotor Gracia | Distrito Costa del Sol (Marbella, Málaga) | Gestoría de usuarios |
| Elvira Fernández de la Mota | D.G. Organización de Procesos y Formación Consejería de Salud | Jefa de S ^o de Organización de Procesos |
| Javier Gutiérrez Sainz | Hospital Infanta Margarita (Cabra, Córdoba) | Jefe de Servicio de Cirugía |
| Arantxa Irastorza Aldasoro | Servicio Andaluz de Salud | Jefa de S ^o de Protocolos Asistenciales |
| Luisa Lorenzo Nogueiras | Hospital Costa del Sol(Marbella, Málaga) | Planificación Estratégica |
| José Manuel Martín Vázquez | Empresa Pública Emergencias Sanitarias (Málaga) | Director del Centro de Acreditación y Calidad |
| Pilar Paneque Sosa | Secretaría General Calidad y Eficiencia Consejería de Salud | Consejera Técnica |
| Reyes Sanz Amores | Centro de Salud Candelaria Agrupación Distritos Sevilla Este Sur Guadalquivir | Médico de familia |
| Javier Terol Fernández | Hospital Comarcal de Antequera (Málaga) | Jefe de Bloque de Procesos |

GRUPO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA

| Nombre | Centro de trabajo | Puesto de trabajo |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Eduardo Briones Pérez de la Blanca | Agencia de Evaluación Tecnologías Sanitarias | Técnico de Análisis y Proyectos |
| Isabel Fernández Fernández | C.S. de Camas | Médico de Familia |
| Vicente L. González Andrés | D.G. Organización de Procesos y Formación Consejería de Salud | Técnico |
| Ignacio Marín León | Hospital Nuestra Señora de Valme | Unidad de Investigación |
| Soledad Márquez Calderón | Escuela Andaluza de Salud Pública | Profesora |
| Antonio Montaña Barrientos | Distrito Este-Sur | Director Departamento Efectividad Clínica |
| José Miguel Morales Asencio | Hospital Virgen de la Victoria Escuela Andaluza de Salud Pública (prof. Colaborador) | D.U.E. |

GRUPOS DE PROCESOS. RELACIÓN DE COMPONENTES

ATAQUE CEREBROVASCULAR

| | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, MARÍA DOLORES | H. VIRGEN DE VALME | NEUROLOGÍA |
| AGUILERA NAVARRO, JOSÉ MARÍA | H. VIRGEN DE VALME | NEUROLOGÍA |
| BORDONS RUIZ, AUREA | H. SAN CECILIO | GERENCIA |
| GARCÍA RODRÍGUEZ, LAURA | H. VIRGEN MACARENA | LOGOPEDA |
| HERRERO ROBLES, ANA | H. VIRGEN DE VALME | NEUROLOGÍA |
| LAPETRA PERALTA, JOSÉ | DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR | C. S. SAN PABLO. |
| LÓPEZ CHOZAS, JOSÉ MANUEL | H. VIRGEN DE LA MERCED | MED. INTERNA, |
| MAESTRE MORENO, JOSÉ | H. VIRGEN DE LAS NIEVES | NEUROLOGÍA |
| MARCHANTE TEJADA, CRISTÓBAL | H. VIRGEN DE VALME | URGENCIAS |
| MURILLO FRANCISCO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | UCI |

ATENCIÓN AL ENFERMO PLURIPATOLÓGICO

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| OLLERO BATURONE, MANUEL | H. VIRGEN DEL ROCÍO | MED. INTERNA |
| CABRERA RODRÍGUEZ, JOSÉ MANUEL | DISTRITO SANITARIO MACARENA | C.S. PINOMONTANO A |
| DE OSSORNO ALMECJA, MATILDE | H. VIRGEN DEL ROCÍO | MEDICINA INTERNA |
| DE VILLAR CONDE, ERNESTO | H. VIRGEN DE VALME | EL TOMILLAR |
| GARCÍA MÁRQUEZ, DOLORES | DISTRITO SANITARIO JAÉN | DIRECCIÓN |
| GÓMEZ CAMACHO, EDUARDO | H. VIRGEN DE VALME | MEDICINA INTERNA |
| MELGUIZO JIMÉNEZ, MIGUEL | DISTRITO SANITARIO GRANADA | C. S. ALMANJAYAR |
| PUJOL DE LA LLAVE, EMILIO | H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ | MEDICINA INTERNA |
| RUIZ CANTERO, ALBERTO | H. DE LA SERRANÍA | MEDICINA INTERNA |
| QUESADA JIMÉNEZ, FERMÍN | DISTRITO SANITARIO GRANADA | C.S.CARTUJA |
| SAN ROMÁN TERÁN, CARLOS | H. COMARCAL DE LA AXARQUÍA | MEDICINA INTERNA |

CÁNCER DE CERVIX / ÚTERO

| | | |
|----------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| TORREJÓN CARDOSO, RAFAEL | H. PUERTO REAL | GINECOLOGÍA |
| DE LOS RISCOS, MATEOS ELISA | DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL | C.S. PEDRO DE ALC. |
| ERRAZQUIN SAENZ DE TEJADA. LUIS | H. VIRGEN MACARENA | ONC. RADIOTERÁPICA |
| FERNÁNDEZ ALBA, JUÁN JESÚS | H. PUERTO REAL | GINECOLOGÍA |
| GARCÍA SÁNCHEZ, M ^a ÁNGELES | DIR. GRAL. ORGANIZ. DE PROCESOS | ADMÓN. SANITARIA |
| GONZÁLEZ HERMOSO, CARLOS | H. COSTA DEL SOL | LABORATORIOS |
| MARÍN JIMÉNEZ, JOSÉ MARÍA | DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL | C.S. LAS LAGUNAS |

CÁNCER DE MAMA

| | | |
|------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ESCALERA DE ANDRÉS, CARMEN | SERVICIO ANDALUZ DE SALUD | PLANIFICACIÓN OPERATIVA |
| BAYO LOZANO, ELOISA | H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ | RADIOTERAPIA |
| FERNÁNDEZ TEMPRANO, JOSÉ MANUEL | H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ | CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA |
| GONZÁLEZ PÉREZ, YOLANDA | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | EPIDEMIOLOGÍA Y PROGRAMAS |
| GRANADOS ZAPATA, M ^a TRINIDAD | AMAMA | |
| HERRAIZ MONTALVO, CARLOS ILIA | E. ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA | DIREC. DE SIST. DE INFORMACIÓN |
| LA CALLE MARCOS, MANUEL | H. VIRGEN MACARENA | GINECOLOGÍA |
| RUIZ MORUNO, JAVIER | DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA | C. DE SALUD FUENSANTA |
| SERRANO MOYA, PILAR | H. VIRGEN MACARENA | DIRECCIÓN GERENCIA |
| TORRES TABANERA, MERCEDES | H. COSTA DEL SOL | RADIODIAGNÓSTICO |
| VILLAR ÁLVAREZ, EDUARDO | H. VIRGEN DE LAS NIEVES | SERVICIO DE ANATOMÍA |
| VIRIZUELA ECHABURU, JUAN A. | H. DE JEREZ | ONCOLOGÍA |

CATARATA

| | | |
|------------------------------|----------------------------|---------------------|
| SERRANO LABORDA, DANIEL | H. SAN CECILIO | OFTALMOLOGÍA |
| CORNEJO CASTILLO, MANUEL | H. INFANTA ELENA | OFTALMOLOGÍA |
| GARCÍA SERRANO, JOSÉ LUIS | H. SAN CECILIO | OFTALMOLOGÍA |
| GUERRERO JURADO, JUÁN CARLOS | H. VIRGEN DE VALME | OFTALMOLOGÍA |
| QUESADA JIMÉNEZ, FERMIN | DISTRITO SANITARIO GRANADA | C. DE SALUD CARTUJA |
| SÁNCHEZ ROLDÁN, FRANCISCA | H. SAN CECILIO | OFTALMOLOGÍA |
| TEROL FERNÁNDEZ, JAVIER | H. DE ANTEQUERA | BLOQUE PROCESOS |

CEFALEAS

| | | |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| ALBERCA SERRANO, ROMÁN | H. VIRGEN DEL ROCÍO | NEUROLOGÍA |
| BARRANQUERO BELTRÁN, ANA | DIST SEVILLA ESTE-SUR-GUADALQUIVIR | C.S. POLÍGONO SUR |
| FERNÁNDEZ DE LA MOTA, ELVIRA | DIR. GRAL. ORGANIZ. DE PROCESOS | ADMÓN. SANITARIA |
| GÓMEZ ARANDA, FERNANDO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | TRAUMATOLOGÍA |
| SANZ AMORES, REYES | DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR | C. S. CANDELARIA |
| VALLE CABRERA, JOSÉ RAMÓN | H. VIRGEN DEL ROCÍO | PSIQUIATRÍA |

COLELITIASIS / COLECISTITIS

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------|
| MARTÍNEZ DE DUEÑAS, JOSÉ L. | H. INFANTA MARGARITA | CIRUGÍA |
| CORTÉS FERNÁNDEZ, EVARISTO | DISTRITO LUCENA-CABRA-MONTILLA | C.S.CABRA. |
| GARRIDO MUÑOZ, JOSÉ ANTONIO | H. INFANTA MARGARITA | CIRUGÍA |
| GRACIA GARCÍA, FRANCISCO | H. INFANTA MARGARITA | URGENCIAS- |
| JIMÉNEZ RÍOS, JOSÉ ANTONIO | H. COMARCAL SANTA ANA | CIRUGÍA GENERAL |
| NARANJO RODRÍGUEZ, ANTONIO | H. REINA SOFÍA | DIGESTIVO |
| NARBONA CALVO, BENJAMÍN | H. DEL PONIENTE | CIRUGÍA |
| ORTEGA ARANDA, CRISTÓBAL | H. INFANTA MARGARITA | GEST. USUARIOS |

CUIDADOS PALIATIVOS

| | | |
|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| GARCÍA PUCHE, JOSÉ LUIS | H. SAN CECILIO | ONCOLOGÍA |
| CABRERA IBOLEON, JUSTO | H. SAN CECILIO | ONCOLOGÍA |
| CAMACHO PIZARRO, TOMÁS | DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA | ZBS MOLINO DE LA VEGA |
| CUELLO, JOSÉ ANTONIO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | MEDICINA INTERNA |
| FERNÁNDEZ BAUTISTA, EMILIO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | H.U. DUQUE DEL INFANTADO |
| PÉREZ RAMÍREZ, JOSÉ LUIS | H. DE JEREZ | MEDICINA INTERNA |
| PRADOS PEÑA, DIEGO | H. SAN CECILIO | DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA |
| SALAS GARCÍA, MIGUEL ÁNGEL | DISTRITO SANITARIO NORDESTE-ÚBEDA | C. DE SALUD ÚBEDA |

DEMENCIAS

| | | |
|------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| COUSIDO MARTÍNEZ-CONDE, SANTIAGO | H. PUERTA DEL MAR | NEUROLOGÍA |
| CARNERO PARDO, CRISTÓBAL | H. TORRECÁRDENAS | NEUROLOGÍA |
| FERNÁNDEZ VILLAMOR, RAÚL | EQUIPO SALUD MENTAL MACARENA | PSIQUIATRA. EQUIPO SALUD MENTAL DISTRITO MACARENA |
| GIL NECIGA, EULOGIO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | NEURÓLOGO |
| GÓMEZ SALADO, M ^º JESÚS | DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA | C. DE SALUD LORETO |
| GONZÁLEZ DE ANDRÉS, VICENTE | DIR. GRAL. ORGANIZ. DE PROCESOS | PUNTALES. MÉDICO FAMILIA |
| GUTIÉRREZ NIETO, ANTONIO | DISTRITO SANITARIO CÁDIZ BAHÍA | TRABAJADOR SOCIAL. DISTRITO |
| NÚÑEZ SÁNCHEZ, PILAR | H. VIRGEN MACARENA D.U.E. | MÉDICO DE FAMILIA |
| PRIETO PALOMO, PILAR | DIPUTACIÓN PROVINCIAL CADIZ | PSICÓLOGA DEPARTAMENTO ASUNTOS SOCIALES |
| REGATO PAJARES, PILAR | ÁREA DE BIENESTAR SOCIAL | |
| TORAL LÓPEZ, ISABEL | FUNDACIÓN PROCESO Y SALUD | |
| RODRÍGUEZ CASTAÑEDA, MARÍA JOSÉ | DISTRITO SANITARIO GRANADA | C. DE SALUD CARTUJA D.U.E. |
| | | PRESIDENTA ASOC. FAMILIAR ALZHEIMER VITAE DE S. FERNANDO (CÁDIZ) |
| BAUTISTA TORRES, M ^º BAUTISTA | FISCALÍA AUDIENCIA PROV. CÁDIZ | |

DIABETES

| | | |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ISABEL | DIST. SANITARIO CAMAS-SIERRA NORTE | C.S.CAMAS |
| AGUILAR DIOSDADO, MANUEL | H. PUERTA DEL MAR | ENDOCRINOLOGÍA |
| AMAYA, M ^a LUISA | H. PUNTA DE EUROPA | UNIDAD DE DIABETES |
| BARRIGUETE, ISABEL | DIST. SANITARIO CAMAS-SIERRA NORTE | C. DE SALUD CONSTANTINA |
| BENITO, PEDRO | H. REINA SOFÍA | ENDOCRINOLOGÍA |
| CORNEJO CASTILLO, MANUEL | H. INFANTA ELENA | OFTALMOLOGÍA |
| MARTÍN MANZANO, JOSÉ LUIS | DISTRITO SANITARIO GRANADA | C. DE SALUD SALVADOR CABALLERO |
| ORTEGA MILLÁN, CARLOS | ÁREA SANITARIA POZOBLANCO | C. DE SALUD POZOBLANCO |

DOLOR ABDOMINAL

| | | |
|-------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| MIÑO FUNGAROLA, GONZALO | H. REINA SOFÍA | APARATO DIGESTIVO |
| CARRIÓN MUÑOZ, FRANCISCA | H. REINA SOFÍA | APARATO DIGESTIVO |
| GALINDO GALINDO, ANTONIO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | UNIDAD DE CIRUGÍA |
| HERVAS MOLINA, ANTONIO | H. REINA SOFÍA | APARATO DIGESTIVO |
| JIMÉNEZ MURILLO, LUIS | H. REINA SOFÍA | URGENCIAS |
| PADILLO RUIZ, JAVIER | H. REINA SOFÍA | CIRUGÍA GENERAL |
| PLATA ROSALES, JOSÉ | H. INFANTA MARGARITA | CIRUGÍA |
| PRADOS CASTILLEJO, J. ANTONIO | DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA | C. DE SALUD CIUDAD JARDÍN |
| REDONDO SÁNCHEZ, JUANA | DISTRITO SANITARIO LUCENA | C.S.AGUILAR |
| SALAMANCA POYATOS, FRANCISCO | CONSEJERÍA DE SALUD | OFICINA DE INSPECCIÓN DE PREST. |
| SOTO ESPINOSA DE LOS MONTEROS, BASILIO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS |

DOLOR TORÁCICO

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| VÁZQUEZ GARCÍA, RAFAEL | H. VIRGEN DE VALME | ADJUNTO CARDIOLOGÍA |
| AZPITARTE ALMAGRO, JOSÉ | H. VIRGEN DE LAS NIEVES | CARDIOLOGÍA |
| CALDERÓN SANDUBETE ENRIQUE, JOSÉ | H. VIRGEN DEL ROCÍO | MEDICINA INTERNA |
| INFANTES HALCÓN, CARLOS | H. VIRGEN MACARENA | CIRUGÍA CARDIOVASCULAR |
| MORA PARDO, J. ANTONIO | H. VIRGEN DE VALME | UNIDAD DE REHABILITACIÓN |
| PAVÓN JIMÉNEZ, RICARDO | H. VIRGEN DE VALME | CARDIOLOGÍA UNIDAD DEL DOLOR |
| PÉREZ MONTAUT MERINO, IGNACIO | DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL | C. DE SALUD LAS LAGUNAS |
| REINA TORAL, ANTONIO | H. VIRGEN DE LAS NIEVES | CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS |
| RGUEZ VILLASANTE GONZÁLEZ, PEDRO | H. CARLOS HAYA | URGENCIAS |
| ROSELL ORTIZ, FERNANDO | EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS | PROVINCIAL 061 ALMERÍA |
| SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ÁNGEL | H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ | UNIDAD HEMODINÁMICA |
| SUÁREZ ALEMÁN, GONZALO | H. COSTA DEL SOL | DIRECCIÓN MEDICA |
| VALENCIA RODRÍGUEZ, AURELIO | H. CARLOS HAYA | NEUMOLOGÍA |

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

| | | |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| DUEÑAS DIEZ, J. LUIS | H. VIRGEN MACARENA | GINECOLOGÍA |
| BAILÓN MUÑOZ, EMILIA | DISTRITO SANITARIO GRANADA | DISTRITO SANITARIO GRANADA |
| DOTOR GRACIA, MARÍA ISABEL | DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL | GESTORÍA USUARIOS |
| GRANADOS GARCÍA, CESAREO | DISTRITO SANITARIO NORDESTE | C. DE SALUD |
| RODRÍGUEZ GÓMEZ, ROSA MARÍA | H. VIRGEN MACARENA | GINECOLOGÍA |
| RUFO ROMERO, ANA | DISTRITO SANITARIO CAMAS | C. DE SALUD CAMAS |

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| LEÓN JIMÉNEZ, ANTONIO | H. PUERTA DEL MAR | NEUMOLOGÍA |
| GARCÍA GIL, DANIEL | H. PUERTA DEL MAR | MEDICINA INTERNA |
| HIDALGO NUCHERA, EDUARDO | H. VALLE DE LOS PEDROCHES | NEUMOLOGÍA |
| MADUEÑO CARO, ANTONIO | DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA | C. DE SALUD LA LAGUNA |
| MARTÍN VÁZQUEZ, JOSÉ MANUEL | EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS | ACREDITACIÓN Y CALIDAD |
| OLIVÁN MARTÍNEZ, ELOY | DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA | C. DE SALUD LA ARDILA |
| RUIZ ROSALES, HILARIO | EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS | SEDE CENTRAL |
| SÁNCHEZ MONTERO, JOSEFA | H. PUERTA DEL MAR | NEUMOLOGÍA |

FRACTURA DE CADERA

| | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| GUERADO PARRA, ENRIQUE | H. COSTA DEL SOL | TRAUMATOLOGÍA |
| AGUIAR GARCÍA, FRANCISCO | H. COSTA DEL SOL | TRAUMATOLOGÍA |
| CASALS SÁNCHEZ, J. LUIS | DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL | C. DE SALUD LAS LAGUNAS |
| GÓMEZ ZUBELDIA, CLAUDIO | H. COMARCAL SANTA ANA | C. ORTOPÉDICO-TRAUMATOLÓGICO |
| GUTIÉRREZ SAINZ, JAVIER | H. INFANTA MARGARITA | CIRUGÍA |
| PÉREZ LOZANO, M ^º JOSÉ | H. VIRGEN MACARENA | UNIDAD DE INVESTIGACIÓN |
| QUESADA GARCÍA, ENRIQUE | H. DE ANTEQUERA | ANESTESIA |
| RAMÍREZ JIMÉNEZ, RITA | DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL | C. DE SALUD SAN PEDRO DE ALC. |
| TIRADO, MARINA | H. SAN CECILIO | REHABILITACIÓN |
| VÁZQUEZ SÁNCHEZ, M ^º ÁNGELES | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | C. DE SALUD SAN ANDRÉS |

HIPERPLASIA BENIGNA - CÁNCER DE PROSTATÁ

| | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| BAENA GONZÁLEZ, VÍCTOR | H. CARLOS HAYA | H. CIVIL |
| ARROYO CUETO, JUÁN ANDRÉS | H. CARLOS HAYA | H. CIVIL |
| BAQUEDANO NAVAS, JOSÉ | H. CARLOS HAYA | H. CIVIL |
| COZAR OLMO, JOSÉ MANUEL | H. VIRGEN DE LAS NIEVES | UROLOGÍA |
| HORMIGO POZO, ANTONIO | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | C. DE SALUD PUERTA BLANCA |
| ORTEGA TUDELA, GREGORIO | EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS | ACREDITACIÓN Y CALIDAD |
| TORRUBIA ROMERO, FRANCISCO JAVIER | H. VIRGEN DEL ROCÍO | UROLOGÍA |
| VILLALOBOS MARTÍN, JUAN CARLOS | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | C. DE SALUD PUERTA BLANCA |

INSUFICIENCIA CARDÍACA

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| GONZÁLEZ-GAY GARCÍA, JOSÉ MARÍA | H. TORRECÁRDENAS | CARDIOLOGÍA |
| ESPINOSA ALMENDRO, JUAN MANUEL | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | C. DE SALUD EL PALO |
| GARCÍA ALEGRÍA, JAVIER | H. COSTA DEL SOL | MEDICINA INTERNA |
| LAZARO RUIZ, M ^º . DOLORES | H. TORRECÁRDENAS | NEUROLOGÍA |
| MANCEBO VELÁZQUEZ DE CASTRO, EMILIA | H. TORRECÁRDENAS | ATENCIÓN AL USUARIO |
| MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ÁNGEL | H. VIRGEN DEL ROCÍO | CARDIOLOGÍA |
| PANEQUE SOSA, PILAR | DIR. GRAL. ORGANIZ. DE PROCESOS | ADMINISTRACIÓN SANITARIA |
| PUERTAS DE ROJAS, FERNANDO | DISTRITO SANITARIO LEVANTE/ALTO | DIRECCIÓN |
| TORRES RUIZ JUAN, MIGUEL | H. SAN CECILIO | CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS |

PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR CRÓNICA

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| MARENCO DE LA FUENTE, JOSÉ LUIS | H. VIRGEN DE VALME | REUMATOLOGÍA |
| BARRERA BECERRA ANTONIO | DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE | C. DE SALUD AMANTE LAFFON |
| BARRIOS BLASCO, LUCIANO | DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA | C. DE SALUD LEVANTE NORTE |
| GÓMEZ HERNÁNDEZ, CARLOS | DIRECCIÓN GRAL DE ASEGURAMIENTO | OFICINA DE PLANIFICACIÓN |
| MONTES MORAL, JOAQUÍN | H. VIRGEN DE VALME | REHABILITACIÓN |
| PÉREZ VENEGAS, JOSÉ JAVIER | H. DE JEREZ | REUMATOLOGÍA |
| SALABERRI MAESTRO, JUAN JOSÉ | H. DE JEREZ | REUMATOLOGÍA |
| TORRELLA LÓPEZ, JOSÉ LUIS | H. VIRGEN DE LA MERCED | TRAUMATOLOGÍA |

SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO

| | | |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| ARANDA REGULES, JOSÉ MANUEL | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | CENTRO DE SALUD SAN ANDRÉS |
| ABBATI OCHOA, HUGO MARIO | H. SANTA BARBARA | EQUIPO DE SALUD MENTAL |
| ALCAINE SORIA, FRANCISCO LUIS | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | C. DE SALUD EL PALO |
| BARAJAS CANTERO, CARMEN | H. VIRGEN DE LA VICTORIA | EQUIPO DE SALUD MENTAL |
| CORREDERA GUILLEN, ÁNGEL | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | C.S.DELICIAS |
| DEL PINO, RAFAEL | H. VIRGEN DE LA VICTORIA | PSIQUIATRÍA |
| LORENZO NOGUEIRAS, LUISA | H. COSTA DEL SOL | PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA |
| MERCHÁN, PEDRO | H. VIRGEN DE LA VICTORIA | EQUIPO DE SALUD MENTAL |
| MONIS ESCUDERO, ANTONIA | DISTRITO SANITARIO AXARQUIA | C. SALUD MENTAL VÉLEZ MÁLAGA |
| REQUEJO, JUAN | ARENAL GRUPO CONSULTOR | ASOC. VIVARIOS |
| TORREMOCHA, LUIS | CENTRO ASISTENCIAL S. J. DE DIOS | SALUD MENTAL |

VIH-SIDA

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| PACHÓN DÍAZ, JERÓNIMO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | ENFERMEDADES INFECCIOSAS |
| AGUADO TABERNE, CRISTINA | DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA | C.S.OCCIDENTE |
| ALEJO GARCÍA, MAURICIO ÁNGEL | H. VIRGEN MACARENA | Sº DE INFECCIOSO |
| DIEZ GARCÍA, FELIPE | H. DEL PONIENTE | MEDICINA INTERNA |
| IRASTORZA ALDASORO, ARANTXA | SERVICIO ANDALUZ DE SALUD | PROTOCOLOS ASISTENCIALES |
| LAMA HERRERA, CARMEN | DISTRITO SANITARIO CAMAS | C. S. DE CAMAS |
| PUJOL DE LA LLAVE, EMILIO | H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ | MEDICINA INTERNA |
| RUBIO SANZ, ALFREDO | DIRECCIÓN GRAL DE SALUD PÚBLICA | ADMÓN. SANITARIA |

AMIGDALECTOMÍA/ADENOIDECTOMÍA

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| SÁNCHEZ GÓMEZ, SERAFÍN | H. VIRGEN DEL ROCÍO | H. DUQUES DEL INFANTADO |
| ABRANTE JIMÉNEZ, ANTONIO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | H. DUQUES DEL INFANTADO |
| CABALLERO ALGARIN, MARÍA DEL MAR | H. EL TOMILLAR | UNIDAD CONTINUIDAD ASISTENCIAL |
| CEBALLOS LIÑÁN, LUCIANO | H. CARLOS HAYA | OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| CORDERO LORENZO, JOSÉ MANUEL | H. VIRGEN DEL ROCÍO | H. DUQUES DEL INFANTADO |
| FERNÁNDEZ BARRIOS, ARACELI | DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA | C. SALUD LORETO-PUNTALES |
| FERNÁNDEZ LÓPEZ, FRANCISCO | H. DE BAZA | OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| FERNÁNDEZ REVILLA, ALFREDO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | H. DUQUES DEL INFANTADO |
| GARCÍA GARCÍA, LEANDRO | H. SAN CECILIO | OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| IRASTORZA ALDASORO, ARANTXA | SERVICIO ANDALUZ DE SALUD | PROTOCOLOS ASISTENCIALES |
| LÓPEZ NARBONA, FRANCISCO JAVIER | H. VIRGEN DEL ROCÍO | H. DUQUES DEL INFANTADO |

ANEMIAS

| | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| UREÑA FERNÁNDEZ, TOMAS | DISTRITO SANITARIO JAÉN | CONSULTORIO DE LOS VILLARES |
| AGUILERA TEJERO, RAMIRO | DISTRITO SANITARIO JAÉN | C. DE SALUD SAN FELIPE |
| CEBALLOS ATIENZA, RAFAEL | DISTRITO SANITARIO ALCALA-MARTOS | DIRECCIÓN |
| CUELLO CONTRERAS, JOSÉ, ANTONIO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | MEDICINA INTERNA |
| FERNÁNDEZ REYES, JOSÉ LUIS | H. CIUDAD DE JAÉN | MEDICINA INTERNA |
| GUTIÉRREZ DE GUZMÁN, JAVIER | H. CARLOS HAYA | HEMATOLOGÍA |
| PALOMO BRAVO, ÁNGELES | H. LA AXARQUIA | HEMATOLOGÍA |
| ROMERO PÉREZ, INMACULADA | DISTRITO SANITARIO ALCALA-MARTOS | DIRECCIÓN |

ARRITMIAS

| | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| GONZÁLEZ COCINA, EMILIO | H. COSTA DEL SOL | C. DE SALUD DE CARRANQUE |
| BRAVO NAVAS, JOSÉ CARLOS | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | UVI |
| FERRIZ MARTÍN, JULIO ANTONIO | H. CARLOS HAYA | SERVICIO PROVINCIAL 061 |
| MARTÍN GARCÍA, MIGUEL RAMÓN | EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS | MEDICINA INTERNA |
| MEDRANO ORTEGA, FRANCISCO JAVIER | H. VIRGEN DEL ROCÍO | ADMÓN. SANITARIA |
| PANEQUE SOSA, PILAR | DIR. GRAL DE ORG. DE PROCESOS | SERVICIO PROVINCIAL 061 |
| ROSELL ORTIZ, FERNANDO | EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS | CARDIOLOGÍA |
| RUIZ MATEAS, FRANCISCO | H. COSTA DEL SOL | |

TERCEDOR SÁNCHEZ, LUIS
TORRES MURILLO, JOSÉ
VÁZQUEZ RUIZ DE CASTROVIEJO, EDUARDO

H. VIRGEN DE LAS NIEVES
H. REINA SOFÍA
H. CIUDAD DE JAÉN

CARDIOLOGÍA
URGENCIAS
CARDIOLOGÍA

ASMA DEL ADULTO

MALDONADO PÉREZ, JOSÉ ANTONIO
CABALLERO GARCÍA, FRANCISCO JESÚS
ENTRENAS COSTA, LUIS MANUEL
FERNÁNDEZ-TAVORA FDEZ, LAUREANO
IGNACIO GARCÍA, JOSÉ MARÍA
MARTÍN OLMEDO, PABLO JOSÉ
PALACIOS GÓMEZ, LEOPOLDO
PASCUAL ORTS, LUIS MIGUEL
ROJO DE PABLOS, PILAR
SCHWARTZ CALERO, PEDRO
TEROL FERNÁNDEZ, JAVIER

H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ
H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ
H. REINA SOFÍA
C.P.E. VIRGEN DE LA CINTA
H. GRAL BÁSICO LA SERRAÑÍA
DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA
DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA
UNIVERSIDAD DE HUELVA DPTO.
DISTRITO SANITARIO CONDADO
DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA
H. DE ANTEQUERA

SECCIÓN DE NEUMOLOGÍA
CUIDADOS CRÍTICOS
NEUMOLOGÍA
UNIDAD DE ALERGIA
MEDICINA INTERNA
CENTRO DE SALUD DE BARBATE
Z.B.S.HUELVA CENTRO
PSICOLOGÍA
C. DE SALUD BOLLULLOS DEL C.
C. DE SALUD EL TORREJÓN
JEFE DE BLOQUE DE PROCESOS

ASMA INFANTIL

LORA ESPINOSA, ALFONSA
CASAS VILA, CRISTINA
FERNÁNDEZ CARAZO, CARMEN
JIMÉNEZ CORTÉS, ANTONIO
MARTÍN VÁZQUEZ, JOSÉ MANUEL
PÉREZ FRÍAS, JAVIER
PÉREZ MARTÍN, ANA FELISA
PRAENA CRESPO, MANUEL
ROMERO GARCÍA, MANUEL
VELASCO FANO, FRANCISCO JAVIER

DISTRITO SANITARIO MÁLAGA
H. VIRGEN DEL ROCÍO
DISTRITO SANITARIO JAÉN
DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR
EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS
H. CARLOS HAYA
DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL
DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR
DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR
COLEGIO PÚBLICO LOS ASPERONES

C. DE SALUD CIUDAD JARDÍN
PEDIATRÍA.ALERGIA E INMUNOLOGÍA
C. DE SALUD EL VALLE
C. DE SALUD MONTEQUINTO
ACREDITACIÓN Y CALIDAD
NEUMOLOGÍA INFANTIL
C. DE SALUD LAS LAGUNAS
C. DE SALUD LA CANDELARIA
C. DE SALUD LA CANDELARIA
AULA EDUCACIÓN ESPECIAL

CÁNCER COLORECTAL (RECTO)

GUTIÉRREZ SAINZ, JAVIER
ALBA FERNÁNDEZ, CARMEN MARÍA
CARRASCO MUÑOZ, MANUEL F.
DÍAZ IGLESIAS, CARLOS JAVIER
ESPINOSA GUZMÁN, EDUARDO
GAVIRA IGLESIAS, FCO. JAVIER
GÓMEZ BARBADILLO, JOSÉ
LLAMAS ELVIRA, JOSÉ MANUEL
MIÑO FUGAROLA, GONZALO
MORENO TORRES, AMALIA
PALACIOS EITO, AMALIA
GÓMEZ ESPAÑA, AUXILIADORA
ROSADO COBIAN, RAFAEL
RUIZ ROMERO, JOSÉ ANTONIO

H. INFANTA MARGARITA
H. ALTO GUADALQUIVIR
H. VIRGEN DE LAS NIEVES
H. REINA SOFÍA
H. INFANTA ELENA
DISTRITO SANITARIO LUCENA-CABRA
H. ALTOGUADALQUIVIR
H. VIRGEN DE LAS NIEVES
H. REINA SOFÍA
H. INFANTA MARGARITA
H. REINA SOFÍA
H. REINA SOFÍA
H. COMARCAL LA INMACULADA
H. ALTO GUADALQUIVIR

CIRUGÍA GENERAL
UNIDAD PROCESOS
CIRUGÍA GENERAL
CIRUGÍA GENERAL
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO
CENTRO DE SALUD DE CABRA
UNIDAD DE PROCESOS
MEDICINA NUCLEAR
UN. APARATO DIGESTIVO
ANATOMÍA PATOLÓGICA
ONCOLOGÍA
ONCOLOGÍA
CIRUGÍA GENERAL
UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

CÁNCER DE PIEL

ESCUADERO ORDÓÑEZ, JERÓNIMO
DOTOR GRACIA, MARÍA ISABEL
HERRERA SAVAL, ALBERTO
NEGRILLO VILLALÓN, MIGUEL FRANCISCO
ROMERO CABRERA, MIGUEL ÁNGEL
SANZ TRELLES, ANDRÉS
VÉLEZ GARCÍA-NIETO, ANTONIO JOSÉ

H. VIRGEN DE VALME
DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL
H. VIRGEN MACARENA
DIST. SANITARIO AXARQUIA-ANTEQUERA
H. PUERTO REAL
H. CARLOS HAYA
H. REINA SOFÍA

DERMATOLOGÍA
GESTORÍA USUARIOS
DERMATOLOGÍA
C. DE SALUD MOLLINA
DERMATOLOGÍA
ANATOMÍA PATOLÓGICA
DERMATOLOGÍA

DISFONIA

| | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| CEBALLOS PEDRAJA, JOSÉ MARIO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| CORDERO FRAILE, M ^a AGUSTINA | H. VIRGEN DEL ROCÍO | OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| GONZÁLEZ DE ANDRÉS, VICENTE | DIR. GRAL. DE ORG. DE PROCESOS. | ADMÓN. SANITARIA |
| JIMÉNEZ MORALES, JUAN MIGUEL | H. VIRGEN DE VALME | OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| PAREJA MARTÍNEZ, ALBERTO | H. COMARCAL DE ANTEQUERA | OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| SERRANO SERRANO, MARÍA JOSÉ | H. VIRGEN DEL ROCÍO | REHABILITACIÓN |
| TIRADO ZAMORA, ISABEL | H. VIRGEN DE LA MERCED | OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| ZARALLO PÉREZ, ANTONIO | INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA | |

DISFUNCIÓN TIROIDEA

| | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| SENDON PÉREZ, ÁNGEL MARÍA | H. VIRGEN MACARENA | ENDOCRINOLOGÍA |
| FERNÁNDEZ DE LA MOTA., ELVIRA | DIR. GRAL. DE ORG. DE PROCESOS | ADMÓN. SANITARIA |
| FERNÁNDEZ SOTO, M ^a LUISA | H. SAN CECILIO | ENDOCRINOLOGÍA |
| GARCÍA CURIEL, ANTONIO | H. PUERTA DEL MAR | MEDICINA NUCLEAR |
| GONZÁLEZ TENOR, M ^o DEL CARMEN | H. REINA SOFÍA | UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA |
| MORATALLA RODRÍGUEZ, GUILLERMO | DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA | C. DE SALUD LORETO-PUNTALES |
| ROSELL PRADOS, JORGE | H. SAN CECILIO | CIRUGÍA GENERAL |
| VILLEGAS PORTERO, ROMÁN | AGENCIA DE EVALUACIÓN | |

DISPEPSIA

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| TARILONTE, M ^a ÁNGELES | DISTRITO SANITARIO CAMAS | CENTRO DE SALUD CAMAS |
| CASADO CABALLERO, FRANCISCO JAVIER | H. SAN CECILIO | DIGESTIVO |
| CAUNEDO ÁLVAREZ, ÁNGEL | H. VIRGEN MACARENA | DIGESTIVO |
| DOMÍNGUEZ ABASCA, L. FRANCISCO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | DIGESTIVO |
| FERNÁNDEZ VILCHES, JUAN M. | H. VIRGEN DEL ROCÍO | |
| GUERRA DE HOYOS, JUAN ANTONIO | DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR | |
| MANTECA GONZÁLEZ, ANTONIO | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | C. DE SALUD EL PALO |
| MORENO CORREDOR ANDRÉS | DISTRITO SANITARIO JAÉN | C. DE SALUD EL VALLE |
| SALAMANCA POYATOS, FRANCISCO | CONSEJERÍA DE SALUD | OF. INSPECCIÓN PRESTACIONES |

HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

| | | |
|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| CORDÓN SCHARFHAUSSEN, JAVIER | H. REINA SOFÍA | GINECOLOGÍA |
| GARCÍA ARJONA, ÁNGEL EMILIO | H. COMARCAL DE ANTEQUERA | CUIDADOS CRÍTICOS |
| GARCÍA SÁNCHEZ, M ^a ÁNGELES | DIR. GRAL. DE ORG. DE PROCESOS | ADMÓN. SANITARIA |
| MARTÍN GUTIÉRREZ, ANTONIO R | H. COSTA DEL SOL | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA |
| MIÑO MORA, MÓNICA | H. REINA SOFÍA | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA |
| MUÑOZ COBOS, FRANCISCA | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | C. DE SALUD PUERTA BLANCA |
| SÁNCHEZ QUINTANA, FRANCISCO | H. ALTO GUADALQUIVIR | RADIOLOGÍA |

HEPATITIS VÍRICA

| | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| SALMERÓN ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER | H. SAN CECILIO | DIGESTIVO |
| ANDRADE BELLIDO, RAÚL JESÚS | H. VIRGEN DE LA VICTORIA | DIGESTIVO |
| BOCETA OSUNA, JAIME | H. VIRGEN MACARENA | HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA |
| CORTÉS MARTÍNEZ, CARMEN | H. DE ANTEQUERA | UNIDAD DE CALIDAD/S ^o ADMISIÓN |
| DE LA MATA GARCÍA, MANUEL | H. REINA SOFÍA | DIGESTIVO |
| LÓPEZ GARCÍA, ENCARNACIÓN | H. SAN CECILIO | DIGESTIVO |
| ROMERO GÓMEZ, MANUEL | H. VIRGEN DE VALME | DIGESTIVO |
| SOLER ROJAS, GLORIA | H. SAN CECILIO | DIGESTIVO |
| TOMAS GILBERT, JUAN | DISTRITO SANITARIO ALCALA-MARTOS | C. DE SALUD ALCALÁ LA REAL |
| VÁZQUEZ MOLINA, RAFAEL | DISTRITO SANITARIO LOJA-SANTA FE | C. DE SALUD HUÉTOR-TAJAR |

HERNIAS ABDOMINALES

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| HERRERA FERNÁNDEZ, FRANCISCO A | H. COMARCAL SANTA ANA | CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA |
| DOCOBO DURANTEZ, FERNANDO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA |
| JIMÉNEZ RÍOS, JOSÉ ANTONIO | H. COMARCAL SANTA ANA | CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA |
| MARÍN MORALES, JUAN | H. EL TOMILLAR | CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA |
| PLATA ROSALES, JOSÉ | H. INFANTA MARGARITA | CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA |
| SÁNCHEZ PALOMINO, JOSÉ M ^a | DISTRITO COSTA-ALPUJARRAS | C. DE SALUD SAN ANTONIO |
| SARMIENTO ROBLES, CUSTODIO | H. VIRGEN DE VALME | C. DE SALUD SAN ANTONIO |
| SUÁREZ PINILLA, FRANCISCO | DISTRITO COSTA-ALPUJARRAS | CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA |
| UTRERA GONZÁLEZ, ANTONIO | H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ | |

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| OLALLA MERCADE, EDUARDO | H. VIRGEN DE LA VICTORIA | CIRUGÍA CARDIOVASCULAR |
| ARDILA MERCHÁN, FRANCISCO | H. VIRGEN DE VALME | ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR |
| FERRER GARCÍA, JUAN GUILLERMO | H. COMARCAL SANTA ANA | CIRUGÍA GENERAL |
| FONTA VELASCO, FRANCISCO | DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR- | C. DE SALUD DE TORREBLANCA |
| GÓMEZ HERNÁNDEZ, CARLOS | DIRECCIÓN GRAL DE ASEGURAMIENTO | OFICINA DE PLANIFICACIÓN |
| MARÍN MOYA, RICARDO | DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL | C. DE SALUD LOS BOLICHES |
| ROS DIE, EDUARDO | H. SAN CECILIO | ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR |

OTITIS

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| RUIZ CANELA CÁCERES, JUAN | DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR | UNIDAD EFECTIVIDAD CLÍNICA |
| ESCALONA RODRÍGUEZ, JUAN JOSÉ | H. COSTA DEL SOL | CONSULTAS EXTERNAS |
| GARCÍA RODRÍGUEZ, JOSÉ NICOLÁS | DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA | C. DE SALUD LEVANTE NORTE |
| HERMOSILLA GAGO, TERESA | AGENCIA DE EVALUACIÓN | AETSA |
| MARTÍN MUÑOZ, PEDRO | DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR- | C. DE SALUD EL GRECO |
| POVEDANO RODRÍGUEZ, VALERIO | H. COSTA DEL SOL | OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| ROMERO SÁNCHEZ, JUAN | DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL | C. DE SALUD DE ALBARIZAS |
| SÁNCHEZ PRADOS, FRANCISCO | DISTRITO SANITARIO ALMERÍA- | C. DE SALUD VIRGEN DEL MAR |
| SANZ AMORES, REYES | DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR- | C. DE SALUD CANDELARIA |
| SOLANELLAS SOLER, JUAN | H. VIRGEN DE VALME | OTORRINOLARINGOLOGÍA |

POLITRAUMATIZADOS

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| RODRÍGUEZ DIEZ, ANTONIO | H. CARLOS HAYA | UCI-CUIDADOS CRÍTICOS |
| CASTAÑEDA GUERRERO, MARIO | H.TRAUMATOLOGÍA-V. DE LAS NIEVES | NEUROCIRUGÍA |
| FERNÁNDEZ CUBERO, JOSÉ M ^a | H. CARLOS HAYA | C. CRÍTICOS/URGENCIAS |
| GARCÍA TELLO, CARIDAD | H. CARLOS HAYA | C. CRÍTICOS/URGENCIAS |
| MOLINA RUANO, ROGELIO | H. COSTA DEL SOL | C. CRÍTICOS/URGENCIAS |
| NAVARRETE NAVARRO, PEDRO | H.TRAUMATOLOGÍA V DE LAS NIEVES | C. CRÍTICOS/URGENCIAS |
| ORTEGA TUDELA, GREGORIO | EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS | ACREDITACIÓN Y CALIDAD |
| PÉREZ-MONTAUT MERINO, IGNACIO | DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL | C. DE SALUD LAS LAGUNAS |
| SANTOS RODRÍGUEZ, MIGUEL | EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS | |
| SARAIBA HERRERA, JAVIER | H. CARLOS HAYA S ^º | C. CRÍTICOS/URGENCIAS |

PRÓTESIS ARTICULARES

| | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| GUERADO PARRA, ENRIQUE | H. COSTA DEL SOL | TRAUMATOLOGÍA |
| AGUIAR GARCÍA, FRANCISCO | H. COSTA DEL SOL | TRAUMATOLOGÍA |
| CANCA SÁNCHEZ, JOSÉ CARLOS | H. COSTA DEL SOL | TRAUMATOLOGÍA |
| CASALS SÁNCHEZ, JOSÉ LUIS | DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL | C. DE SALUD LAS LAGUNAS |
| DE LA VARGA SALTO, VICENTE | H. COSTA DEL SOL | TRAUMATOLOGÍA |
| GARCÍA HERRERA REBOULT, GUILLERMO | H. DE ANTEQUERA | TRAUMATOLOGÍA |
| GÓMEZ ZUBELDÍA, CLAUDIO | H. COMARCAL SANTA ANA | C. ORTOPÉDICO -TRAUMATOLÓGICO |
| PÉREZ LOZANO, M ^a JOSÉ | H. VIRGEN MACARENA | UNIDAD DE INVESTIGACIÓN |
| TIRADO, MARINA | H. SAN CECILIO | REHABILITACIÓN |
| VÁZQUEZ SÁNCHEZ, M ^a ÁNGELES | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | C. DE SALUD SAN ANDRÉS TORCAL |

SÍNDROME FEBRIL DE LARGA DURACIÓN

| | | |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| RIVERO ROMÁN, ANTONIO | H. REINA SOFÍA | MEDICINA INTERNA |
| AMPUERO AMPUERO, JAVIER | H. REINA SOFÍA | MEDICINA INTERNA |
| GARCÍA LÓPEZ, PABLO | DISTRITO SANITARIO DE GRANADA | C. DE SALUD DE CARTUJA |
| LAMA HERRERA, CARMEN | DISTRITO SANITARIO CAMAS | DIRECCIÓN |
| LOZANO DE LEÓN-NARANJO, FERNANDO | H. VIRGEN DE VALME | ENFERMEDADES INFECCIOSAS |
| MARTÍNEZ ABAD, BARTOLOMÉ | H. REINA SOFÍA | ENFERMEDADES INFECCIOSAS |
| PACHÓN DÍAZ, JERÓNIMO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | ENFERMEDADES INFECCIOSAS |
| RUIZ CANTERO, ALBERTO | H. SERRANÍA DE RONDA | MEDICINA INTERNA |
| ZAMBRANA GARCÍA, JOSÉ LUIS | H. ALTO GUADALQUIVIR | MEDICINA INTERNA |

SÍNDROME FEBRIL EN EL NIÑO

| | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| GARCÍA PUGA, JOSÉ MANUEL | DISTRITO SANITARIO GRANADA | C. DE SALUD SALVADOR |
| BERNABE MOYANO, M ^a ANGELES | DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA | C. DE SALUD CARTAYA |
| BORDONS RUIZ, AUREA | H. SAN CECILIO | |
| DURAN HIDALGO, ISABEL MARÍA | H. CARLOS HAYA | GERENCIA MATERNO INFANTIL. |
| FERNÁNDEZ MOSQUERA, JOSÉ ANTONIO | DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR | C. DE SALUD SAN PABLO |
| HERNÁNDEZ MORILLAS, M ^a DOLORES | DISTRITO SANITARIO GRANADA | C. DE SALUD LA ZUBIA |
| MORATA GARCÍA DE LA PUERTA, IGNACIO J. | H. VIRGEN DE LAS NIEVES | URGENCIAS |
| MORENO GARCÍA, JOSÉ | DIST. SANITARIO ALGECIRAS-LA LINEA | C. DE SALUD SAN ROQUE |
| PÉREZ BONILLA, EMILIO | H. SAN CECILIO | PEDIATRÍA |
| SÁNCHEZ MARISCAL, DOLORES | DISTRITO SANITARIO SANTA FE-LOJA | C. DE SALUD HUÉTOR TAJAR |
| TRABADO HERRERA, MANUEL FRANCISCO | DISTRITO SANITARIO GRANADA | C. DE SALUD SALVADOR |

TRASPLANTES

| | | |
|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| ALONSO GIL, MANUEL | SERVICIO ANDALUZ DE SALUD | COORD AUTON. DE TRASPLANTES |
| BERNARDOS RODRÍGUEZ, ÁNGEL | H. VIRGEN DEL ROCÍO | CIRUGÍA/UN. HEPATOVILIOPANC. |
| BONDÍA NAVARRO, JOSÉ ANTONIO | H. CARLOS HAYA | CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA |
| CASTILLO CABALLERO, JOSÉ M ^a | SERVICIO ANDALUZ DE SALUD | COORD AUTON. DE TRASPLANTES |
| CLEMENTE RICOTE, GERARDO | H. GREGORIO MARAÑÓN | HEMATOLOGÍA Y TRASPLANTE |
| CORTÉS MARTÍNEZ, CARMEN | H. DE ANTEQUERA | UNIDAD DE CALIDAD/S ^o ADMISIÓN |
| DE LA MATA GARCÍA, MANUEL | H. REINA SOFÍA | UNIDAD DE TRASPLANTES |

TRASTORNOS CONDUCTAS ALIMENTARIA

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| GRAVAN MORALES, M ^a JOSÉ | H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ | H. DE DÍA DE MENTAL |
| BELLIDO BARRANCO, MANUEL | H. PRÍNCESA DE ESPAÑA | USMIJ |
| LÓPEZ GARCÍA, MANUEL | H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ | H. DE DÍA SALUD MENTAL |
| LORENZO NOGUEIRAS, LUISA | H. COSTA DEL SOL | PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA |
| NOA HORTAL, MARÍA FÉLIX | H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ | H. DE DÍA SALUD MENTAL |
| PASCUAL PAÑO, JUAN MANUEL | DISTRITO SANITARIO JEREZ | EQUIPO DE SALUD MENTAL |
| PRIETO CUÉLLAR, MERCEDES | H. GENERAL DE BAZA | UNIDAD DE SALUD MENTAL |
| SÁNCHEZ VÁZQUEZ, VICENTE | H. REINA SOFÍA | ÁREA DE SALUD MENTAL |
| SCHWARTZ CALERO, PEDRO | DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA | C. DE SALUD EL TORREJÓN |
| STIEFFEL GARCÍA JUNCO, BERTHA | DISTRITO SANITARIO CAMAS | EQUIPO DE SALUD MENTAL |
| VILLAMIL FERNÁNDEZ, FERNANDO | H. VIRGEN DEL ROCÍO | ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN |

TUBERCULOSIS

| | | |
|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| PICO JULIA, MIGUEL | CONSEJERÍA DE SALUD | S ^o PROGRAMAS |
| LOBO, ANTONIO | DISTRITO SANITARIO JEREZ-SANLÚCAR | CONSULTORIO SAN DIONISIO |
| PEREA PÉREZ, EVELIO | H. VIRGEN MACARENA | MICROBIOLOGÍA |
| SAGRISTA GONZÁLEZ, MIGUEL | SERVICIO ANDALUZ DE SALUD | S ^o DE PLANIFICACIÓN |

TRATAMIENTO DEL DOLOR CON ACUPUNTURA

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| BARRANQUERO, BELTRÁN ANA | DISTRITO AGRUPACIÓN ESTE- SUR | C. DE SALUD POLÍGONO SUR |
| COBOS ROMANA, RAFAEL | H. VIRGEN DEL ROCÍO | CLÍNICA DEL DOLOR |
| GARCÍA OBRERO, INMACULADA | H. SAN LÁZARO | REHABILITACIÓN |
| HERRERO GRACIA, MIGUEL ÁNGEL | H. SAN LÁZARO | UNIDAD DEL DOLOR |
| MARTÍN VÁZQUEZ, JOSÉ MANUEL | EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS | ACREDITACIÓN Y CALIDAD |
| MARTÍNEZ BARQUÍN, DULCE MARÍA | DISTRITO SANITARIO MÁLAGA | UNIDAD DOLOR ACUPUNTURA |
| MONTÁÑEZ HEREDIA, ELVIRA | H. VIRGEN DE LA VICTORIA | CIRUGÍA |
| ORTEGA GARCÍA, CARIDAD | H. INFANTA ELENA | REHABILITACIÓN |
| REJEDOR SÁNCHEZ, ANGÉLICA | EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS | ACREDITACIÓN Y CALIDAD |
| RODRÍGUEZ MATALLANA, JOAQUÍN | H. VIRGEN DE VALME | UNIDAD DEL DOLOR |
| VALENZUELA CASTAÑO, ÁNGEL | H. VIRGEN DEL ROCÍO | REUMATOLOGÍA |
| VAS RUIZ, JORGE | DIST. SANITARIO ALCALÁ-DOS HERMANAS | C. DE SALUD DOS HERMANAS |
| VEGA MONCLUS, EVELIA | DISTRITO SANITARIO CAMAS-SEVILLA | C. DE SALUD CAMAS |