

MEJORANDO LOS RESULTADOS EN SALUD

Una estrategia de calidad:
El Modelo MAPPA - Horizonte



MEJORANDO LOS RESULTADOS EN SALUD

Una estrategia de calidad:
El Modelo MAPPA - Horizonte

© 2004. GOBIERNO DE NAVARRA
Servicio Navarro de Salud.

© Isabel Rodrigo Rincón
Luis Gabilondo Pujol
Yolanda Montes García

Portada: Alberto Muru Fraile

Fotocomposición: Página, S.L.
Imprime: Linegrafic, S.A.
ISBN: 84-235-2536-8
D.L.: NA. 2.294/2004

Promociona y distribuye: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra
Dirección General de Comunicación
C/ Navas de Tolosa, 21
31002 PAMPLONA
Teléfono: 848 427 121
Fax: 848 427 123
fondo.publicaciones@cnavarra.es
www.cnavarra.es

MEJORANDO LOS RESULTADOS EN SALUD

Una estrategia de calidad:
El Modelo MAPPA - Horizonte

ISABEL RODRIGO RINCÓN
LUIS GABILONDO PUJOL
YOLANDA MONTES GARCÍA

PRESENTACIÓN

Mejorar la salud de los ciudadanos suele ser el objetivo último y fundamental de las estrategias de calidad de los Servicios de Salud. Sin embargo, pasar del deseo a la realidad no suele ser sencillo. Se necesitan instrumentos, herramientas y modelos que guíen y apoyen a las organizaciones en la consecución de sus objetivos.

El Modelo MAPPA-Horizonte pretende ser el elemento conductor que dirija a los servicios clínicos del Servicio Navarro de Salud hacia la mejora de los resultados de salud. Para su diseño todos los grupos de interés se han tenido en cuenta y se ha optado por situar a los procesos clínicos como el eje rector sobre el que pivota el Modelo.

Entre sus principales inspiradores destacan la continuidad de cuidados, la simplificación de los circuitos, la priorización de los elementos relevantes y la flexibilidad y versatilidad de su arquitectura.

Esperamos que la implantación del Modelo nos permita compartir un lenguaje común con los profesionales y nos ayude, día a día, a cumplir las expectativas de los ciudadanos.

Luis Otermin Fagoaga
Director de Asistencia Especializada
Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

El Modelo Horizonte es una propuesta metodológica para abordar y concretar los atributos de calidad de los procesos clínicos prioritarios que conduzca a los servicios hacia una mejora de los resultados en salud.

*Isabel Rodrigo Rincón
Luis Gabilondo Pujol
Yolanda Montes García*



PRÓLOGO

Muchos pueden ser los enfoques que conducen hacia la mejora de la calidad de la atención sanitaria que se presta a los pacientes y, por lo tanto, hacia la mejora de los resultados en salud. El Modelo MAPPA-Horizonte (Mapa de Atributos y Procesos Clínicos Priorizados sobre los que Actuar) se centra en el enfoque de la mejora de los procesos clínicos, es decir, sitúa al proceso clínico en el eje o elemento nuclear del mismo. Las razones de esta elección son muchas, pero destacaremos fundamentalmente dos. En primer lugar, los procesos clínicos son los procesos claves de las organizaciones sanitarias, los que justifican su existencia o razón de ser. Parece pues, relevante empezar por los elementos fundamentales de la organización. En segundo lugar, hablar de procesos clínicos (patologías y procedimientos diagnósticos y terapéuticos) facilita la comunicación entre los tres actores fundamentales: pacientes, clínicos y gestores.

El Modelo MAPPA-Horizonte es una aproximación a la Gestión Clínica en la que los gestores se tienen que acercar a la clínica y los clínicos a la gestión. En esa intersección, punto común de encuentro, se establecen las prioridades de actuación. Tanto la práctica clínica como la gestión son ejercicios continuos de priorización. En el Modelo Horizonte propuesto, la priorización tiene múltiples facetas. Se priorizan los procesos clínicos sobre los que actuar, los atributos de calidad más relevantes para cada uno de ellos, los indicadores que permitirán evaluar y garantizar la calidad de la atención, y se priorizan, por último, las acciones de mejora y los responsables de llevarlas a cabo.

El Modelo Horizonte propone romper con la adicción a la inercia y mirar "con nuevos ojos" a los procesos de atención, analizando y seleccionando las áreas de mejora sobre las que actuar con la finalidad de garantizar o mejorar la prestación sanitaria que se ofrece a los pacientes.

La metodología que se expone, puede ser de aplicación tanto a una unidad o servicio clínico como a una organización o centro sanitario en su conjunto. Nos hemos centrado en las unidades clínicas por representar los centros de responsabilidad a partir de los cuales se construye el puzzle de la atención.

El Modelo no pretende innovar en la conceptualización de la calidad. La intención del Modelo es que pueda servir a las unidades clínicas, de apoyo o de guía hacia el camino de la mejora con una visión que tenga en cuenta a todas las partes.

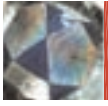
Pamplona a 20 de marzo de 2004
Isabel Rodrigo





ÍNDICE

PRÓLOGO	11
INFORME EJECUTIVO	15
I MARCO	19
2 PROCESOS CLÍNICOS SEGÚN EL MODELO HORIZONTE	21
2.1- Marco del Modelo Horizonte	21
2.2- Objetivos del MAPPA-Horizonte	22
2.3- Actores interesados.....	23
2.4- ¿Se necesita seguir un modelo y una metodología concreta para confeccionar el MAPPA-Horizonte?	23
2.5- ¿Es el MAPPA una novedad en nuestro Sistema Sanitario?.....	24
3 COMPONENTES DEL MAPPA	25
3.1- PRIMERA PARTE: servicios ofrecidos.....	25
3.1.1-Criterios para la elaboración.....	25
3.1.2-Concreción de los servicios	26
3.1.2.1-Estudio de modalidades	26
3.1.2.2-Estudio de la casuística.....	26
3.1.2.2.1- CIE-9-MC.....	26
3.1.2.2.2- Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)	27
3.1.2.2.3- Clínica Clasificación (SS)	29
3.1.2.2.4- Otros procesos prioritarios.....	31
3.1.2.2.5-Ventajas y desventajas de las distintas agrupaciones.....	31
3.2- SEGUNDA PARTE: especificación de los atributos de calidad.....	31
3.2.1-Marco.....	31
3.2.2-Lista de comprobación para especificar los atributos de calidad ...	34
3.2.2.1-Agentes facilitadores y procesos	34
3.2.2.1.1- Prevención primaria y secundaria	34
3.2.2.1.2- Accesibilidad.....	34
3.2.2.1.3- Orientación al paciente	35
3.2.2.1.4- Casuística y alta tecnología.....	37
3.2.2.1.5- Normalización.....	39
3.2.2.1.6- Indicadores trazadores de atención	44
3.2.2.2- Resultados de la atención.....	45
3.2.2.2.1- Resultados positivos.....	45
3.2.2.2.2- Resultados relacionados con la seguridad	46
3.2.2.2.3- Eficiencia clínica.....	48
4 METODOLOGÍA PRÁCTICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL MAPPA	51
4.1- Selección de los procesos clínicos	51
4.1.1-Fase I.....	52
4.1.2-Fase II	57
4.1.3-Fase III	59
4.2- Definición y priorización de los atributos de calidad.....	61
4.3- Especificación de indicadores	68
4.4- Designación y asignación de responsabilidades.....	73



5 REQUISITOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO	75
5.1- Compromiso por parte del servicio clínico	75
5.2- Sistemas de clasificación e información	75
5.3- Factores dinamizadores del cambio de la práctica clínica asistencial	76
5.4- Formación y asesorías.....	77
5.5- Informatización	78
5.6- Trabajo en equipo	80
5.7- Resumen de elementos clave	80
– Reinventa tu propio modelo.....	81
BIBLIOGRAFÍA	83
SIGLAS	85
DEFINICIONES	85
ANEXOS	
• ANEXO I: PRINCIPIOS DE CALIDAD SEGÚN EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA DE EE.UU.....	87
• ANEXO II: EXPECTATIVAS DE CUIDADOS DE SALUD DE LOS DISTINTOS ACTORES.	89
• ANEXO III: MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LOS ATRIBUTOS DE CALIDAD DENTRO DE UN PROCESO CLÍNICO ASISTENCIAL.	91



INFORME EJECUTIVO

La transformación y mejora de los sistemas sanitarios para proporcionar día a día una asistencia sanitaria de mejor calidad es una aspiración permanente percibida por múltiples actores. Sus distintas perspectivas enriquecen proporcionando una visión más global de la calidad, pero también pueden dificultar el diálogo ya que intuitivamente cada agente tiende a priorizar unos elementos sobre otros. Por lo tanto, un paso a dar para mejorar la calidad es la integración de las perspectivas de los principales agentes: los profesionales, los pacientes y la administración.

La mejora de la calidad de un servicio pasa por la mejora de la calidad de cada uno de los procesos clínicos que él mismo atiende. Evaluar la calidad de un proceso exige determinar previamente las "especificaciones técnicas" que, en opinión de los clínicos, gestores y pacientes deberían cumplirse para considerar que "se han hecho bien las cosas".

La metodología que proponemos bajo la denominación de "Mejora de los resultados en salud según el Modelo MAPPa-Horizonte (Mapa de Atributos y Procesos clínicos Priorizados sobre los que Actuar)" intenta sistematizar la atención que se ofrece a los pacientes atendidos de determinados procesos clínicos en el ámbito de la Atención Especializada, asignando y midiendo unos atributos de calidad en cada uno de ellos. El objetivo no es otro que garantizar y evaluar la calidad de atención de los procesos clínicos, mejorando la gestión de la asistencia sanitaria. En definitiva, se trata de concretar los servicios que prestamos, los procesos clínicos que atendemos y el grado de concreción que hemos alcanzado y queremos alcanzar en la definición de los parámetros de calidad que ofrecemos en cada uno de ellos.

El modelo se centra en tres pilares: los aspectos científicos y técnicos de la asistencia, las necesidades de los pacientes, y el desarrollo de sistemas de información y evaluación centrados en el proceso asistencial para garantizar una práctica clínica apropiada y una mejora en los resultados de salud.

En el modelo horizonte cada centro o servicio debe concretar los procesos y procedimientos clínicos que, por su importancia debido a la frecuencia, gravedad, etc., se consideran prioritarios y, por lo tanto, en los que va a invertir la mayor parte de sus esfuerzos de mejora en los próximos 2-3 años.

Cada proceso clínico priorizado va acompañado de un conjunto de atributos referidos a diversas dimensiones de calidad. Los atributos de calidad con sus indicadores vienen a representar las especificaciones de calidad en la prestación de los procesos clínicos. Con esta configuración, el Modelo MAPPa-Horizonte constituye también un cuadro de mandos clínico.

Ventajas que el MAPPa-Horizonte proporciona a los distintos actores:

- A los profesionales les proporciona el horizonte sobre:
 - qué procesos de atención son relevantes para ser monitorizados
 - en qué atributos de calidad se deben centrar los esfuerzos de mejora
 - qué actividades son las relevantes para conseguir unos buenos resultados clínicos
 - defender la necesidad de recursos adicionales que pudieran ser indispensables para la mejora de la calidad
- A los gestores les permite:
 - conocer los puntos fuertes y áreas de mejora de la prestación de servicios



- planificar las actividades dirigidas a favorecer la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos
 - mejorar los sistemas de evaluación de la eficiencia permitiendo medir el valor añadido de las prestaciones sanitarias ofrecidas
- A los pacientes/usuarios la especificación de los procesos clínicos con los indicadores les proporciona:
- información concreta de la "calidad esperada" del servicio, posibilitándole, al menos en teoría, una elección "informada" de servicio, centro, etc.

El Modelo MAPPA-Horizonte:

- NO es el conjunto completo y pormenorizado de procesos, procedimientos y actividades que realiza un servicio o un centro
- NO es un listado sucinto de modalidades de atención
- NO es un instrumento para medir cargas de trabajo
- NO representa las únicas actividades que el servicio o centro va a realizar. Los procesos y procedimientos para diagnosticar, tratar, etc. van a continuar siendo los mismos, con la evolución natural en los aspectos científicos y organizativos, que las realizadas hasta ahora. Lo que cambia es el modo de abordar determinados procesos clínicos (los priorizados) con el objeto de conocer el desempeño en su prestación e implantar acciones para su mejora
- NO está diseñado el Modelo para servicios clínicos centrales (laboratorio, etc.)

El Modelo MAPPA-Horizonte se integra en los pactos de gestión y constituye su eje y el núcleo central de la misión del servicio o centro.

El marco temporal del Modelo Horizonte es de 2-3 años.

Para confeccionar con éxito el Modelo MAPPA-Horizonte, resulta aconsejable una aproximación sistemática.

El Modelo MAPPA-Horizonte tiene dos componentes básicos. El primero responde a la pregunta ¿qué tipo de procesos clínicos y modalidades asistenciales atiende el servicio?. Utilizando una terminología más empresarial la pregunta que se formularía sería la siguiente: ¿qué produce el servicio? El segundo responde a la pregunta ¿con qué calidad se atienden esos procesos clínicos? En otros términos, se trata de objetivar si se cumplen las especificaciones de calidad en la prestación de los servicios sanitarios.

En este documento se indica la metodología práctica para la selección de los procesos clínicos. Los procesos elegidos deben guardar un fino equilibrio, de forma que:

- constituyan un porcentaje importante de la casuística atendida por el servicio
 - el número de procesos definidos sea manejable (pocos vitales)
 - impliquen a todos los profesionales del servicio
 - supongan un conjunto de procesos con coherencia clínica de forma que los diagnósticos y procedimientos englobados en la denominación de ese proceso clínico compartan indicadores y acciones para medir la calidad de la atención ofrecida.
- Las fases para la selección de los procesos clínicos son:
 - Fase I: análisis de los diagnósticos y procedimientos.
 - Fase II: especificación de los procesos y los procedimientos por modalidades de atención.
 - Fase III: definición de Procesos Clínicos Integrados.

En el Modelo Horizonte se contempla un conjunto balanceado o equilibrado de atributos de calidad. Ninguno por sí solo garantiza una atención sanitaria de cali-



dad, pero el conjunto de todos ellos debe contemplar todas las dimensiones de una provisión de cuidados de calidad. Las dimensiones, factores y atributos de calidad deben suponer un valor añadido para el paciente.

La metodología propuesta para la definición y priorización de los atributos de calidad comprende las siguientes fases:

- análisis de la situación actual
- determinación del horizonte final
- priorización de los atributos de calidad y especificaciones de las dimensiones de calidad a actuar cada año.

Con el fin de hacer operativos los atributos de calidad, el Modelo Horizonte considera los siguientes elementos como los que con mayor probabilidad tienen que ser considerados para garantizar la concepción integral de la calidad de cada uno de los servicios.

DIMENSIONES	ATRIBUTOS
Prevención	
	Programa de prevención primaria
	Programa de prevención secundaria
Accesibilidad	
	Lista de espera
	Agilidad
Orientación al paciente	
	Libre elección
	Personalización
	Información específica
	Satisfacción
Casuística	
	Casuística/ Prestaciones de alta tecnología
PROCESOS	
Normalización	
	Normalización del circuito asistencial
	Normalización de la indicación/derivación
	Normalización de la confirmación diagnóstica
	Normalización de la indicación terapéutica
	Normalización de la aplicación diagnóstica y terapéutica
	Normalización de los planes de cuidados
	Normalización de la continuidad de cuidados
Indicadores de proceso	
	Indicadores trazadores de atención
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	
Atención positiva	
	Efectividad
	Utilidad
Resultados de seguridad	
	Mortalidad
	Infecciones nosocomiales
	Indicadores relacionados con los cuidados: úlceras por presión, caídas, errores en la medicación, etc.
	Complicaciones específicas
Eficiencia clínica	
	Reproceso, estancia media, utilización adecuada, reintervenciones



La adecuada comprensión de cada dimensión de calidad ha aconsejado la definición precisa de los términos, así como una lista de comprobación. La finalidad de la misma es que el servicio pueda priorizar los atributos de calidad más relevantes para cada proceso clínico ya que todos los factores de calidad no están presentes en todos los procesos ni adquieren en todos ellos la misma importancia.

Para la implantación del Modelo Horizonte se requiere una serie de requisitos e intervenciones que permiten que se desarrolle de forma efectiva.

- La estrategia multi-intervención es la estrategia de formación más adecuada a la hora de implantar el modelo. A la formación en aula sobre el modelo hay que añadir asesorías personalizadas de diferentes aspectos.
- Resultan tremendamente útiles las aplicaciones y herramientas de información que permitan la automatización del registro de protocolos, actividades, indicadores, etc.
- Se requiere la integración al sistema de información general de las distintas bases de datos con las que trabajan los servicios.
- No es posible avanzar en el modelo sin una activa participación de la mayor parte del personal del servicio clínico. El Modelo no pretende generar "islas de mejora".
- El desarrollo de los sistemas de información que permitan medir el producto ambulatorio supondrá un avance considerable para el Modelo en las distintas especialidades clínicas.
- Para su puesta en práctica es muy importante que el servicio clínico determine los elementos claves y designe y asigne responsabilidades a cada uno de los miembros del equipo.

Trabajar en el Modelo supone realizar ciertos cambios, o cuando menos, hacer explícitas las actividades que ya se realizan así como una gran transparencia en los resultados de los indicadores. Implantar el Modelo no implica asumir que el servicio trabaja con una calidad inadecuada, en muchos casos solo hay que constatar y objetivar que efectivamente se hacen bien las cosas. La demostración es la clave de la garantía.

Desarrollar el Modelo no implica un cambio drástico en la forma de trabajar aunque requiere romper cierta inercia a la continuidad, es decir, reducir la adicción al "status quo". Implica identificar las actividades en las que el servicio es excelente, sistematizarlas y extenderlas.

El Modelo Horizonte no sigue un patrón prescriptivo. Tiene la suficiente flexibilidad como para que cada servicio clínico lo pueda adaptar a sus necesidades, es decir, que cada servicio pueda re-inventar su propio modelo.

El Modelo Horizonte es un modelo dinámico que se enriquecerá con las distintas aportaciones que realicen todas aquellas personas que decidan ponerlo en práctica.



I MARCO

La transformación y mejora de los sistemas sanitarios para proporcionar una asistencia sanitaria de calidad es una necesidad percibida por múltiples actores. Un sistema sanitario público integra una gran diversidad de elementos y agentes. Podríamos considerar a los ciudadanos, a los profesionales y a la administración como los principales actores del mencionado sistema. Todos ellos coinciden en los factores o dimensiones de la calidad de un servicio sanitario (calidad científico-técnica, percibida, eficiencia, etc.) aunque para cada uno de ellos la importancia relativa de cada atributo de calidad es diferente. Los ciudadanos son muy sensibles a los elementos de calidad percibida (empatía, trato, información, etc.), a los tiempos de espera y a la utilización adecuada de los recursos que se destinan a través de sus impuestos. Los profesionales se suelen centrar más en criterios de calidad científico-técnica y la administración prioriza la eficiencia global del sistema y se centra en valores como la equidad. De forma que las distintas perspectivas de lo que se considera un servicio sanitario de calidad dificultan, en ocasiones, el diálogo ya que intuitivamente cada agente tiende a priorizar unos elementos sobre otros.

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

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

La **administración** es más proclive a la perspectiva comunitaria. Exige en la prestación de los cuidados no sólo calidad técnica sino un adecuado rendimiento de los recursos, la satisfacción de los pacientes y una orientación hacia la mejora del nivel de salud de la *comunidad*.

Una comprensión global o integral de la calidad exige, por tanto, que la calidad asistencial sea definida por todos los actores intervinientes en el proceso: la comunidad científica, el profesional, el paciente y la sociedad¹.

Unificar el lenguaje y clarificar los elementos relevantes de una atención sanitaria de calidad podría ser un paso importante para mejorar los resultados en salud.

La calidad que ofrecen los servicios sanitarios será el resultado de los cuatro siguientes aspectos:

- la adecuación de las políticas sanitarias
- que los profesionales hagan bien lo correcto
- la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados
- la definición (misión) del servicio atendiendo al cliente interno (profesionales) y externo (pacientes, usuarios y ciudadanos) y de la adecuada interacción entre ambos

Para proporcionar servicios sanitarios de calidad se deben integrar las perspectivas de los profesionales, de los pacientes y de la administración

¹ JESÚS M^a ARANAZ, FRANCISCO BOLÚMAR MONTRÚLL, JULIÁN VITALLER BURILLO. La calidad asistencial de la teoría a la práctica. La calidad: un objetivo de la asistencia sanitaria, una necesidad de la gestión sanitaria. Escuela Valenciana de estudios para la salud. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat 2001.



La mejora de la calidad de un servicio pasa por la mejora de cada uno de los procesos clínicos que atiende

La mejora de la calidad de un servicio pasa por la mejora de la calidad de cada uno de los procesos clínicos que atiende. Evaluar la calidad de un proceso exige determinar previamente las “especificaciones técnicas” que en opinión de los clínicos, gestores y pacientes debieran cumplirse para considerar que “se han hecho bien las cosas”. Para garantizar que la evaluación de la calidad contempla los distintos puntos de vista, habrán de definirse “especificaciones técnicas” para cada uno de los atributos o dimensiones de calidad.

En definitiva, se trata de definir cuáles son los servicios que prestamos, qué procesos clínicos atendemos y qué grado de concreción hemos alcanzado en la definición de los parámetros de calidad que ofrecemos en cada uno de ellos.

Teniendo en cuenta lo anterior, la metodología que proponemos bajo la denominación de “Mejora de los resultados en salud según el Modelo MAPPA-Horizonte (Mapa de Atributos y Procesos Clínicos Priorizados sobre los que Actuar)” intenta sistematizar la atención que se ofrece a los pacientes atendidos de determinados procesos clínicos en el ámbito de la Asistencia Especializada asignando y midiendo unos atributos de calidad en cada uno de ellos. El objetivo no es otro que mejorar la calidad de atención de los procesos clínicos, mejorando la gestión de la asistencia sanitaria, y por lo tanto, mejorando los resultados en salud.

El modelo propuesto se centra en aspectos científico-técnicos, en las necesidades de los pacientes, y en el desarrollo de los sistemas de información

El modelo se centra en los siguientes tres pilares:

1. Los aspectos científicos y técnicos de la asistencia.

Los profesionales siguen criterios científicos a la hora de especificar las indicaciones terapéuticas, sistematizar las pruebas diagnósticas, asignar indicadores trazadores de atención, indicadores de efectividad, etc.

2. Las necesidades de los pacientes

Los pacientes exigen información adecuada de su proceso, involucrarse en la toma decisiones, etc.

3. El desarrollo de sistemas de información y evaluación centrados en el proceso asistencial para garantizar una práctica clínica apropiada.

Todos los atributos y dimensiones de calidad requieren un sistema de información que permita monitorizar los distintos indicadores de calidad y detectar, en su caso, las posibles áreas de mejora. Sin realizar una medición de las distintas especificaciones no se puede llegar a un diagnóstico de “la calidad” de la atención sanitaria ofrecida por los servicios, y por lo tanto de “la efectividad” de la atención. La finalidad última es poder garantizar que los servicios sanitarios ofrecidos son de calidad, por lo tanto, los sistemas de información son clave para el diagnóstico y evaluación de la eficacia, efectividad, eficiencia y equidad de la atención ofrecida.



2 PROCESOS CLÍNICOS SEGÚN EL MODELO HORIZONTE

2.1- MARCO DEL MODELO: CARTERA DE SERVICIOS

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de salud en su artículo 20 establece que *“la cartera de servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias... En la elaboración de las carteras de servicios se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo. En cualquier caso no se incluirán aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada”*.

El Modelo MAPPA-horizonte se centra en **los procesos y procedimientos clínicos** que el **servicio clínico considera prioritarios** por su importancia, debido a la frecuencia, gravedad, etc. y, por lo tanto, en los que va a invertir la mayor parte de sus esfuerzos de mejora en los próximos **2-3 años**.

Previo a la priorización de los procesos clínicos y sus atributos de calidad, un servicio debería clarificar su misión (las razones que fundamentan su existencia) y su visión (hacia dónde se desea conducir el mencionado servicio). La misión y la visión proporcionarían el marco de las estrategias del servicio. Posteriormente, la definición, estructuración y ejecución de planes de acción que conduzcan hacia el MAPPA deberán ser coherentes con la misión y visión formuladas.

Cada proceso clínico priorizado va acompañado de un conjunto de atributos referidos a diversas dimensiones de calidad. Los atributos de calidad con sus indicadores vienen a representar las especificaciones en la prestación de los procesos clínicos. La especificación de procesos clínicos y atributos de calidad permiten la construcción de **un cuadro de mandos clínico para el servicio**.

Cada dimensión de calidad puede ser abordada con distintos niveles de profundidad, modelándose los indicadores en función del nivel evolutivo en el que se encuentre cada servicio. El máximo grado de desarrollo permitirá la obtención de indicadores de resultados finales.

La calidad de la atención sanitaria tiene múltiples dimensiones. En el diseño del MAPPA se **tiene que contemplar un conjunto balanceado o equilibrado de atributos de calidad**. Ninguno por sí solo garantiza una atención sanitaria de calidad, pero el conjunto de todos ellos debe contemplar todas las dimensiones de una provisión de cuidados de calidad.

Las dimensiones, factores y atributos de calidad deben suponer un valor añadido, es decir, una cualidad ó característica del servicio que es apreciada o tenida en estima por el paciente. El servicio clínico tiene como una de sus funciones convertir la “voz del cliente” en especificaciones o características

El Modelo MAPPA-Horizonte tiene un marco temporal de 2-3 años

La misión y visión futura del servicio le permitirá seleccionar los procesos o servicios estratégicos en que debe centrarse

La especificación de los procesos clínicos y sus atributos de calidad constituyen un cuadro de mandos clínico para el servicio

Los atributos de calidad definidos en el MAPPA deben ser balanceados y deben suponer un valor añadido para el paciente



Los pactos de gestión constituyen el marco contractual que cobija al MAPPA

técnicas del servicio dotadas de estándares de modo que puedan ser medidas y evaluadas.

De este modo, en el MAPPA se contemplan aspectos que, aunque puedan influir en la calidad de la atención sanitaria proporcionada, no inciden directamente en los resultados de la prestación de atención sanitaria. Algunos ejemplos de elementos que **no** constituyen atributos de calidad en el MAPPA son la satisfacción de los profesionales o la evaluación de la ejecución del presupuesto. Sin embargo, los elementos mencionados tienen la suficiente relevancia para ser tenidos en cuenta en un pacto de gestión clínica. El pacto de gestión clínica constituye el marco contractual entre el organismo financiador y provisor, y en él se deben contemplar todos los elementos relevantes, siendo uno de ellos (pero no el único) el MAPPA.

El MAPPA es el núcleo y objetivo central de los pactos de gestión

EL MAPPA constituye el núcleo central de la misión del servicio y habrá de configurarse como el eje principal de los Pactos de Gestión Clínica.

EL MAPPA así definido:

- **NO** es el conjunto completo y pormenorizado de procesos, procedimientos y actividades que realiza un servicio.
- **NO** es un listado sucinto de modalidades de atención.
- **NO** es un instrumento para medir cargas de trabajo.
- **NO** representa las únicas actividades que el servicio va a realizar. Los procesos y procedimientos para diagnosticar, tratar, etc. van a continuar siendo los mismos que las realizadas hasta ahora, con la evolución natural en los aspectos científicos y organizativos. Lo que **cambia** es el modo de abordar determinados procesos clínicos (los priorizados) con el objeto de conocer el desempeño en su prestación e implantar acciones para su mejora.
- **NO** está diseñado el Modelo para servicios clínicos centrales (laboratorio, farmacia, etc.).

El MAPPA no es la enumeración de todas las actividades y procesos que atiende un servicio. Tampoco representa los únicos servicios que prestará el servicio en el futuro

2.2- OBJETIVOS DEL MAPPA-HORIZONTE

Los principales objetivos del MAPPA son ayudar a la mejora mediante la monitorización de indicadores de calidad de los procesos clínicos relevantes y mejorar el diálogo entre profesionales y usuarios

Podríamos considerar que el MAPPA, definido según el modelo Horizonte, tiene un triple objetivo:

1. Pretende proporcionar a los profesionales un instrumento que les ayude a enfocar sus actividades hacia la mejora progresiva de la atención sanitaria.
2. Pretende servir de instrumento de medida de actividad, con monitorización de indicadores relevantes a todos los niveles de gestión ayudando a establecer “el producto de un servicio clínico” en el ámbito de la Atención Especializada.
3. Intenta incrementar el diálogo entre los servicios y sus usuarios a través del desarrollo de nuevas prácticas de información más transparentes con clarificación de objetivos y propuestas de estándares de calidad.



2.3- ACTORES INTERESADOS EN EL MAPPA-HORIZONTE

Las personas a las que va dirigida el MAPPA son:

1. **Los profesionales.** Les proporciona el horizonte sobre:
 - qué procesos de atención son relevantes para ser monitorizados
 - en qué atributos de calidad se deben centrar los esfuerzos de mejora
 - qué actividades son las relevantes para conseguir unos buenos resultados clínicos
 - objetivar sus avances y defender la necesidad de recursos adicionales que pudieran ser necesarios para la mejora de la calidad
2. **Los gestores.** Les permite:
 - conocer los puntos fuertes y áreas de mejora de la prestación de servicios
 - planificar las actividades dirigidas a favorecer la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos
 - mejorar los sistemas de evaluación de la eficiencia incorporando una mejor medición del valor añadido del producto
3. **Los pacientes/usuarios.** La especificación de los procesos clínicos con los indicadores de calidad correspondientes proporcionan al usuario
 - información concreta de la “calidad esperada” del servicio posibilitándole, al menos en teoría, una elección “informada” de servicio, centro, etc. y mejorar el grado de autonomía para la toma de las decisiones clínicas con respecto a su enfermedad

Los profesionales, los gestores y los pacientes son los tres actores implicados en el MAPPA

En numerosos foros se ha debatido la utilidad de difundir resultados clínicos al público en general (a través de páginas web, informes en prensa, etc.). En Estados Unidos durante los primeros años de difusión de los indicadores de calidad de los distintos centros sanitarios se produjo un gran debate sobre la utilidad para el usuario de disponer de esa información (¿eran esos indicadores los indicadores clave?, ¿eran representativos y estaban adecuadamente ajustados para evitar sesgos?, etc.) y sobre la veracidad de la información proporcionada. Sin embargo, parece ser que uno de los resultados que se obtienen con el mantenimiento de esa estrategia es mejorar la información (“mejorar la precisión contable”) de los sistemas de información y, por tanto, de los indicadores reflejados.

2.4- ¿SE NECESITA SEGUIR UN MODELO Y UNA METODOLOGÍA CONCRETA PARA CONFECCIONAR EL MAPPA-HORIZONTE?

Para confeccionar con éxito el MAPPA-Horizonte los servicios clínicos deberían seguir una **aproximación sistemática**. Cuanto más numerosas son las dimensiones de calidad abordadas, cuantas más personas se vean involucradas en la confección de la cartera de servicios, mayor es la utilidad de los instrumentos y de los modelos. Los modelos permiten unificar lenguajes y, por tanto, acercar posturas y enfocar mejor los objetivos hacia una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria. El Modelo que se plantea en este documento pretende ser un instrumento práctico que ayude a los servicios a establecer una aproximación sistemática, examinando en qué punto se encuentran dentro del camino hacia la excelencia y analizando las diferencias y lagunas que pueden existir dentro del servicio para alcan-

Una aproximación sistemática puede ser de utilidad a la hora de confeccionar el MAPPA-Horizonte



zarla. El Modelo pretende, a su vez, la búsqueda de soluciones, sin embargo, como instrumento dinámico, evoluciona en el tiempo y se enriquecerá de las aportaciones que realicen todos aquellos servicios clínicos que lo implanten.

2.5- ¿ES EL MAPPA UNA NOVEDAD EN NUESTRO SISTEMA SANITARIO?

La cartera de servicios no es una novedad en nuestro sistema sanitario ya que se ha desarrollado e implantado en Atención Primaria. El reto es su aplicación en el ámbito de Atención Especializada

La especificación de la cartera de servicios se lleva realizando desde hace años en el ámbito de la Atención Primaria, publicándose el primer manual del INSALUD en el año 1995. Desde entonces múltiples revisiones se han realizado (cuarta edición en el año 2001).

En la presentación de la cuarta edición de la cartera de servicios se dice que *“Desde el nacimiento de Cartera de Servicios de Atención Primaria, su objetivo fundamental ha sido el establecimiento de un catálogo de prestación de servicios relacionados con los problemas de salud y las necesidades sentidas por la población susceptibles de resolución en el primer nivel de atención. A lo largo de estos años, la Cartera de Servicios ha sufrido varias modificaciones tanto en los servicios como en los indicadores de cobertura y normas técnicas que definen cada servicio, de tal manera que se ha ido adaptando a las necesidades reales y demandas de los usuarios. Por este motivo, la Cartera es un documento “dinámico” que define gran parte de la actividad diaria de los profesionales y cuya revisión continua hace posible lograr el objetivo”*.

Del mismo modo en Navarra, en el ámbito de la Atención Primaria la cartera de servicios tiene una larga trayectoria siendo un instrumento muy importante en la gestión y mejora de la calidad de la atención.

Sin embargo, en Atención Especializada el establecimiento de criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas han tenido mayores dificultades ya que los procesos clínicos que atiende cada especialidad médica son diferentes y por lo tanto dificulta el establecimiento de los criterios de calidad clínicos para cada uno de ellos.

Con el Modelo Horizonte se pretende hacer una aproximación metodológica para que cada servicio clínico pueda definir establecer unos indicadores de calidad en al menos los procesos que considera prioritarios. La pretensión no es llegar a indicadores comunes para todas las especialidades, sino facilitar que cada servicio clínico llegue a los más relevantes según los procesos clínicos que atiende.

Los atributos de calidad a los que hace referencia el Modelo son los mismos, con matices en cuanto a su estructuración, que los reflejados en la mayor parte de la bibliografía que analiza la calidad de la atención sanitaria.



3 COMPONENTES DEL MAPPA

El MAPPA tiene dos componentes básicos.

- El primero responde a las preguntas ¿qué tipo de procesos clínicos atiende la unidad? y ¿qué tipo de modalidades de atención proporciona la unidad? Utilizando una terminología más empresarial la pregunta que se formularía sería la siguiente: ¿qué produce la unidad? Se trata de especificar los servicios ofrecidos entendiendo como tales las actividades desarrolladas o fomentadas por los profesionales destinados a atender o prevenir un problema de salud o satisfacer una demanda sanitaria.
- El segundo componente responde a la pregunta ¿con qué calidad se atienden esos procesos clínicos o patología? En otros términos, se trata de definir si se cumplen las especificaciones de calidad en la prestación de los servicios sanitarios.

3.1- PRIMERA PARTE: SERVICIOS OFRECIDOS

3.1.1- CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DEL MAPPA

EL MAPPA:

Debe recoger todas las **modalidades** de atención que ofrece el servicio. Dentro de las modalidades destacan la hospitalización (convencional, de día, etc.) y la atención ambulatoria (cirugía mayor ambulatoria, consultas: primeras, sucesivas, urgencias, de alta resolución, rehabilitación, etc.).

Debe recoger todos aquellos procesos clínicos que supongan una **parte importante** de la **casuística** del servicio. Idealmente, los procesos y procedimientos elegidos deberían suponer al menos el 80% de la casuística realizada. En una primera etapa, es preferible encaminar los esfuerzos hacia la mejora de los procesos clínicos que afecten a un gran número de pacientes. Conforme evolucione el modelo se podrían abordar todos los procesos clínicos atendidos por el servicio.

Los procesos clínicos seleccionados tienen que tener coherencia clínica de forma que los diagnósticos y procedimientos englobados en la denominación de ese proceso clínico compartan indicadores y acciones comunes para medir la calidad de la atención ofrecida. Estos aspectos mencionados son los que determinan el nivel de agrupación y división de los procesos clínicos.

Se pueden incluir aquellos **procesos** clínicos que no serían elegidos en razón de su casuística, pero que el servicio considera **relevantes** debido a la trascendencia social, a la complejidad, a la gravedad, al coste o por tratarse de procesos que el servicio considera que puede tender hacia la excelencia.

Los procesos seleccionados deben permitir la implicación de todos los profesionales del servicio.

En el MAPPA se tienen que reflejar las distintas modalidades de atención, y los procesos y procedimientos clínicos más relevantes



3.1.2- CONCRECIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD CLÍNICA

3.1.2.1- Estudio de las modalidades

Las modalidades de atención, la casuística y los procesos “estrella” son elementos relevantes para la concreción de los servicios restados

Se deberían representar todas las modalidades de atención. La razón de su inclusión es la posibilidad de asignarles determinados atributos e indicadores de calidad (por ejemplo: satisfacción con el ingreso, con la consulta, tiempo de espera para primeras consultas, etc.).

Ejemplos de modalidades de atención son:

- Primeras consultas
- Consultas sucesivas
- Consultas de alta resolución
- Consultas on-line
- Urgencias
- Interconsultas
- Hospitalización de día
- Hospitalización convencional, etc.

3.1.2.2- Estudio de la casuística del servicio

La casuística se puede estudiar con distintas clasificaciones: la CIE-9-MC, los GRD y la CCS son algunas de ellas

La definición y medida del tipo de procesos clínicos que atiende la unidad es un paso necesario para conocer y evaluar la efectividad y eficiencia de los servicios sanitarios. La creación e introducción de sistemas adecuados de medida y descripción de los productos sanitarios ha constituido sin duda uno de los campos de investigación y avance más importante en las últimas décadas. Las dificultades de medida del producto final de los servicios sanitarios y la fácil cuantificación de servicios intermedios (visitas, estancias medias, etc.) limitaron hasta fechas recientes la información para la toma de decisiones clínicas. Aunque, en teoría, la diversidad de productos sanitarios es tan extensa como diversos pueden ser los pacientes que acuden a las unidades clínicas, existe un conjunto de características de los procesos patológicos y una manera específica de manifestarlos por parte de los pacientes que permite su clasificación en grupos similares en términos de necesidades de diagnósticos y tratamiento. Basándose en ello, la cuantificación del producto final de los servicios sanitarios se podría describir como la tipología de pacientes tratados, es decir, el volumen y tipo de pacientes tratados. A ese concepto se le denomina **casuística**.

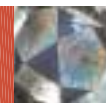
Existen numerosas maneras de estudiar la casuística de un servicio. Citaremos algunos de ellos.

3.1.2.2.1- Códigos de la Clasificación Internacional de enfermedades, novena revisión, Modificación Clínica (CIE 9-MC).

Se trata de un sistema de clasificación tanto de diagnósticos como de procedimientos con la intención de que sirva para:

- las estadísticas de salud básicas
- recoger, agrupar y comparar los resultados de la asistencia sanitaria
- facilitar la obtención de datos para la investigación clínica
- apoyar a la planificación y análisis de los sistemas sanitarios

La CIE 9-MC es el sistema obligatorio para la codificación de la morbilidad hospitalaria. Hay aproximadamente 1200 códigos diagnósticos y unos 3500 códigos de procedimientos



Es la clasificación más utilizada en los países de nuestro entorno y ha sido la base sobre la que se han desarrollado los sistemas de clasificación de pacientes (GRD, PMC, etc.). En España, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la aprobó como sistema obligatorio para la codificación de la morbilidad hospitalaria en 1987.

Contiene aproximadamente 12000 códigos de diagnósticos y unos 3500 de procedimientos.

A modo de ejemplo, los posibles códigos para el infarto agudo de miocardio son:

CÓDIGO	LITERAL
410.0	Infarto agudo de miocardio de la pared anterolateral
410.1	Infarto agudo de miocardio de la pared anterior
410.2	Infarto agudo de miocardio de la pared inferolateral
410.3	Infarto agudo de miocardio de la pared inferoposterior
410.4	Infarto agudo de miocardio de otra pared inferior
410.5	Infarto agudo de miocardio de otra pared lateral
410.6	Infarto agudo de miocardio pared posterior verdadero
410.7	Infarto subendocárdico
410.8	De otros sitios especificados (aurícula, músculo papilar, tabique aislado)
410.9	Sitio no especificado
412	Infarto de miocardio antiguo

Además, con la categoría 410 existe una subclasificación del quinto dígito con tres variantes posibles:

- Episodio de atención no especificado: quinto dígito=0
- Episodio de atención inicial: quinto dígito=1
- Episodio de atención subsiguiente: quinto dígito=2.

En definitiva, existen 31 códigos diferentes que hacen referencia en exclusiva al infarto agudo de miocardio.

Analizando, por ejemplo, la casuística del Área del Corazón se ha observado que hay 131 grupos de pacientes con diagnósticos principales diferentes.

Generalmente, cuando se analiza la casuística de un servicio a través de la CIE-9-MC se obtiene un número de categorías demasiado grande para operativizar una cartera de servicios.

En primer lugar, muchas de las acciones que habrá que realizar son comunes para muchas de esas patologías. Parecería conveniente, por tanto, agrupar los procesos clínicos en un número menor de categorías homogéneas en función de las acciones que se realizan a los pacientes con esos procesos clínicos.

En segundo lugar, si se quiere medir determinados indicadores de calidad se requiere un volumen suficiente de casos que evite la variabilidad inherente a las muestras pequeñas.

3.1.2.2.2- Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)

Los GRD corresponden a una familia de sistemas que siguen el eje iso-consumo de recursos para clasificar los episodios de hospitalización. Es decir, el objetivo de los autores en la construcción de los GRD fue la definición de tipos de casos de hospitalización de agudos, en cada uno de los cuales se esperaba que los pacientes recibieran una cantidad de servicios hospitalarios con un consumo de recursos similar. La metodología de construcción de los GRD incluyó simultáneamente el juicio médico y el análisis estadístico de los datos. Desde 1983 se realiza una revisión con carácter anual. En la actualidad, los GRD que se utilizan en nuestro sistema son los All-Patient-GRD (AP-GRD) y suponen 654 grupos en la versión 18.0.

La CIE 9-MC tiene un número demasiado grande de categorías para operativizar el MAPPA

Los GRD corresponden a una familia de sistemas que siguen el eje iso-consumo de recursos para clasificar los episodios de hospitalización. La versión AP-GRD 18.0 consta de 654 grupos



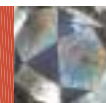
El GRD representa el proceso completo del paciente hospitalizado y recoge las pruebas diagnósticas, los procedimientos terapéuticos y todos los procesos de cuidados necesarios para ese paciente. Los grupos siguen el eje “iso-consumo” teniendo en consideración la “coherencia” clínica de los pacientes asignados al mismo grupo. Al seguir el eje “iso-consumo” hay distintos GRD para una misma patología en función de que al paciente le hayan realizado o no determinados procedimientos quirúrgicos, tenga comorbilidades o haya sufrido complicaciones, y en función de si estas son mayores o menores, de la edad del paciente y si el paciente ha sido dado de alta vivo o, por el contrario, ha fallecido durante el ingreso.

Hay grupos muy específicos para procesos clínicos concretos junto con otros grupos que recogen “patologías variadas”.

Los GRD tienen un objetivo de carácter preferentemente económico y forman parte del sistema de información que debe manejar una unidad clínica, ya que gran parte de la facturación que se le asigna viene condicionada por los grupos de GRD asignados a los pacientes atendidos. Sin embargo, en función de lo expuesto anteriormente, para el objetivo de determinar el MAPPA-Horizonte pueden ser de objeto de elección otros métodos.

A modo de ejemplo, los 25 GRD ordenados por frecuencia del año 2001 del Área del Corazón, vienen reflejados en la siguiente tabla. El conjunto de estos GRD constituye el 91.7% de la casuística.

GRD	LITERAL DE LOS 25 GDRS MÁS FRECUENTES
112	Procedimientos cardiovasculares percutáneos sin infarto agudo de miocardio (IAM), fallo cardiaco o shock
125	Trastornos circulatorios excepto IAM, con cateterismo sin diagnóstico complejo
116	Implantación o sustitución de marcapasos cardiaco permanente, desfibrilador automático en pacientes sin IAM, fallo cardiaco o shock
808	Procedimientos cardiovasculares percutáneos con IAM, fallo cardiaco o shock
140	Angina de pecho
124	Trastornos circulatorios excepto IAM, con cateterismo y diagnóstico, complejo
139	Arritmias cardiacas y trastornos de conducción sin complicaciones o comorbilidades
105	Procedimientos sobre válvulas cardiacas y otros procedimientos cardiorácicos mayores sin cateterismo cardiaco
127	Insuficiencia cardiaca y shock
121	Trastornos circulatorios con IAM y complicaciones mayores, alta con vida
122	Trastornos circulatorios con IAM sin complicaciones mayores, alta con vida
106	Bypass coronario con angioplastia coronaria trasluminal percutánea
138	Arritmias cardiacas y trastornos de conducción con complicaciones o comorbilidades
550	Otros procedimientos vasculares con complicaciones o comorbilidades mayores
143	Dolor torácico
118	Revisión de marcapasos cardiaco, revisión o sustitución de generador
545	Procedimiento valvular cardiaco con complicaciones o comorbilidades mayores
544	Insuficiencia cardiaca congestiva y arritmia cardiaca con complicaciones o comorbilidades mayores
104	Procedimientos sobre válvulas cardiacas y otros procedimientos cardiorácicos mayores con cateterismo cardiaco
549	Procedimientos cardiovasculares mayores con complicaciones o comorbilidades mayores
466	Cuidados posteriores sin historia de neoplasia maligna como diagnóstico secundario
546	Bypass coronario con complicaciones o comorbilidades mayores
548	Implantación o revisión de marcapasos cardiaco con complicaciones o comorbilidades mayores
123	Trastornos circulatorios con IAM, éxitus
136	Trastornos cardiacos congénitos y valvulares edad > 17 sin complicaciones o comorbilidades
108	Otros procedimientos cardiorácicos



3.1.2.2.3- Grupos de procesos clínicamente coherentes agrupados según la CCS (Clinical Classification Software)

El nombre oficial es Clinical Classifications for Health Policy Research (CCHPR). Esta clasificación se generó para obtener grupos homogéneos, desde el punto de vista clínico, que permitiese la investigación desde el punto de vista de las políticas de salud.

Se trata de categorías extraídas de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, Modificación Clínica. Es un sistema jerárquico multinivel con 4 niveles para diagnósticos y 3 niveles para procedimientos. Las categorías jerárquicas son mutuamente excluyentes y tienen interpretación clínica. Consta de 259 categorías para diagnósticos y 231 categorías para procedimientos.

La clasificación se modifica periódicamente para mejorar la homogeneidad clínica, la frecuencia de los diagnósticos y procedimientos, y para adaptarse a los cambios en la codificación de la CIE-9-MC.

Con respecto a las 12000 categorías de la CIE-9-MC reduce considerablemente el número de categorías existentes, por lo que puede servir para realizar una primera aproximación de los procesos clínicos atendidos por un servicio.

La CCS es, por lo tanto, una herramienta que permite agrupar diagnósticos y procedimientos en un número razonable de categorías, con el fin de facilitar su manejo manteniendo la interpretación clínica. Este “agrupador clínico” desarrollado por la Agency for healthcare Research and Quality (AHRQ antiguamente conocida como la Agency for Health Care Policy and Research) facilita la comprensión de patrones diagnósticos y de procedimientos para planificadores de políticas sanitarias, investigadores interesados en el análisis de costes, utilización y resultados asociados con determinadas enfermedades y procedimientos.

Los códigos que comprenden cada categoría así como el software que permite su agrupación están disponibles de forma gratuita en internet².

En el caso concreto del Área del Corazón, 131 grupos de pacientes con diagnósticos principales diferentes dan lugar a 50 categorías diagnósticas CCS, representando las 11 primeras el 92 % de las patologías atendida por ese Área.

CÓDIGO CCS	GRUPO DIAGNÓSTICO
101	Ateroesclerosis coronaria y otras enfermedades cardíacas
100	Infarto agudo de miocardio
106	Disritmias cardíacas
105	Trastornos de conducción
96	Enfermedades de las válvulas cardíacas
102	Dolor torácico no especificado
108	Insuficiencia cardíaca no hipertensiva
97	Pericarditis, endocarditis, miocarditis y miocardiopatía
245	Síncope
99	Hipertensión y cardiopatía hipertensiva
213	Anomalías congénitas cardíacas

La Clinical Classification es un sistema de categorías jerárquicas mutuamente excluyentes con interpretación clínica. Consta de un número de categorías diagnósticas y de procedimientos más manejables que los códigos CIE-9-MC

² Clinical Classifications Software (ICD-9-CM) Summary and Download. Summary and Downloading Information. April 2003. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/data/hcup/ccs.htm>



En cuanto a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se han establecido las siguientes modalidades:

- intervenciones quirúrgicas
- técnicas intervencionistas
- exploraciones diagnósticas

Es necesario tener presente que en el CMBD no existe propiamente un procedimiento principal, sino procedimientos, por lo que el código del procedimiento que buscamos puede ubicarse en cualquiera de los 14 campos destinados a los mismos, realizándose la búsqueda en todos ellos.

Otro dato que se debe considerar tiene relación con los acuerdos que para la codificación se han llegado en Navarra. En nuestra Comunidad no hay obligación de codificar los procedimientos diagnósticos no intervencionistas, lo que impide la correcta cuantificación de ciertos procedimientos (ECG, Eco, Holter, Prueba de esfuerzo) si se utiliza como única fuente de información el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos). De este modo, se deberá recurrir a otras fuentes de información si se quiere analizar la posible relevancia de introducir los mencionados procedimientos en el MAPPA.

1- Procedimientos de cirugía mayor

Se adaptan perfectamente a las categorías de la CCS, por lo que pueden obtenerse **automáticamente**.

CÓDIGO CCS	GRUPO DE PROCEDIMIENTOS
43	Procedimientos sobre válvulas cardíacas
44	Procedimientos de by-pass coronario
49	Otros procedimientos cardiacos

2- Otros procedimientos quirúrgicos

CÓDIGO CCS	GRUPO DE PROCEDIMIENTOS
48	Inserción, revisión, sustitución ó retirada de marcapasos / desfibrilador

3- Técnicas Intervencionistas

Se definen como técnicas intervencionistas aquellas con capacidad terapéutica (resolución del problema). Normalmente requieren la inserción de cánulas, dispositivos etc. con ruptura de barreras cutáneas, por lo tanto con riesgo para el paciente, y que necesitan para su realización salas, recursos materiales y humanos especializados.

CÓDIGO CCS	GRUPO DE PROCEDIMIENTOS
45	Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)
63	Angioplastia coronaria con inserción de stent
225	Conversión del ritmo cardiaco
49	Otros procedimientos sobre corazón Ablación por radiofrecuencia (37.34) Cierre CIA percutáneo (35.52) Cierre Ductus percutáneo (38.85) Valvuloplastia percutánea (35.96)

4- Exploraciones Diagnósticas

Son todas aquellas técnicas, intervencionistas o no, que nos facilitan la emisión de un diagnóstico clínico. Pueden en ocasiones necesitar para su realización de salas, recursos materiales y humanos especializados.

Aun existiendo una categoría específica en la CCS para estas técnicas, muchas de ellas no quedan registradas en el CMBD, por lo que esta fuente de datos no es adecuada para su cuantificación.

CÓDIGO CCS	GRUPO DE PROCEDIMIENTOS
47	Cateterización cardiaca diagnóstica y arteriografía coronaria
62	Otros procedimientos diagnósticos cardiovasculares
	Pruebas de esfuerzo Ecocardiograma transtorácico/transesofágico Ecoestres Holter



3.1.2.2.4- Otros procesos considerados prioritarios.

Como ha quedado antes expuesto, además de los procesos más frecuentes, puede ser conveniente incluir en el MAPPA otros procesos de carácter prioritario. La especificación de dichos procesos los define la unidad clínica en función de su consideración como “producto estrella”. Pueden ser productos estrella los que forman parte de las prioridades de salud, prioridades de gestión, consideraciones de tipo social, o sencillamente los que defina el propio servicio, por considerarlas estratégicas para su desarrollo futuro.

Los “productos estrella” se corresponden a prioridades de salud, a prioridades de gestión, a consideraciones de tipo social o por deseo de la unidad de alcanzar la excelencia en ese servicio

3.1.2.2.5- Ventajas y desventajas de las distintas agrupaciones

CLASIFICACIONES	VENTAJAS	DESVENTAJAS
CIE9-MC	<ul style="list-style-type: none"> • Categorías muy específicas • Grupos homogéneos desde el punto de vista clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Categorías muy numerosas, y por lo tanto, de difícil manejo
GRD	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación integral: tiene en cuenta procedimientos, situación al alta, edad, etc. • Número de categorías manejable 	<ul style="list-style-type: none"> • El eje de clasificación es el de consumo de recursos • Un mismo diagnóstico y procedimiento puede estar en más de un GRD
CCS	<ul style="list-style-type: none"> • Número de categorías manejable • Categorías con significación clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas categorías recogen casos misceláneos y requieren estratificación posterior

3.2.- SEGUNDA PARTE: ESPECIFICACIÓN DE LOS ATRIBUTOS DE CALIDAD ASOCIADOS A LOS PROCESOS CLÍNICOS

3.2.1- MARCO

Una vez seleccionados los principales procesos clínicos, debemos proceder a especificar los parámetros de calidad precisos que configuran una atención de calidad.

Proporcionar una buena atención sanitaria requiere la adquisición de experiencia, la realización de múltiples actividades, y la utilización de tecnologías. La calidad de la atención tiene múltiples dimensiones. Ninguna por sí sola es suficiente aunque todas son necesarias. Gráficamente se podría comparar con un poliedro con múltiples facetas, cada una de las cuales tiene, a su vez, múltiples caras.

El Instituto de Medicina³ propone una serie de principios de calidad (seguridad, efectividad, etc) que vienen reflejados en el anexo I.

Con el fin de operativizar los componentes de calidad, el modelo MAPPA–Horizonte considera los siguientes factores y atributos como los que más frecuentemente han de ser considerados para garantizar una concepción total de la calidad. La adecuada comprensión de cada una de las dimensiones de calidad ha aconsejado la especificación de cada uno de los términos, así como una lista de comprobación. La finalidad de la misma es que la unidad clínica pueda priorizar los atributos de calidad más relevantes para cada proceso clínico ya que todos

La calidad de la atención tiene múltiples dimensiones. Ninguna por sí misma es suficiente aunque todas son necesarias. Gráficamente es un poliedro con múltiples facetas

³ Crossing the quality Chasm: A New Health System for the 21st Century

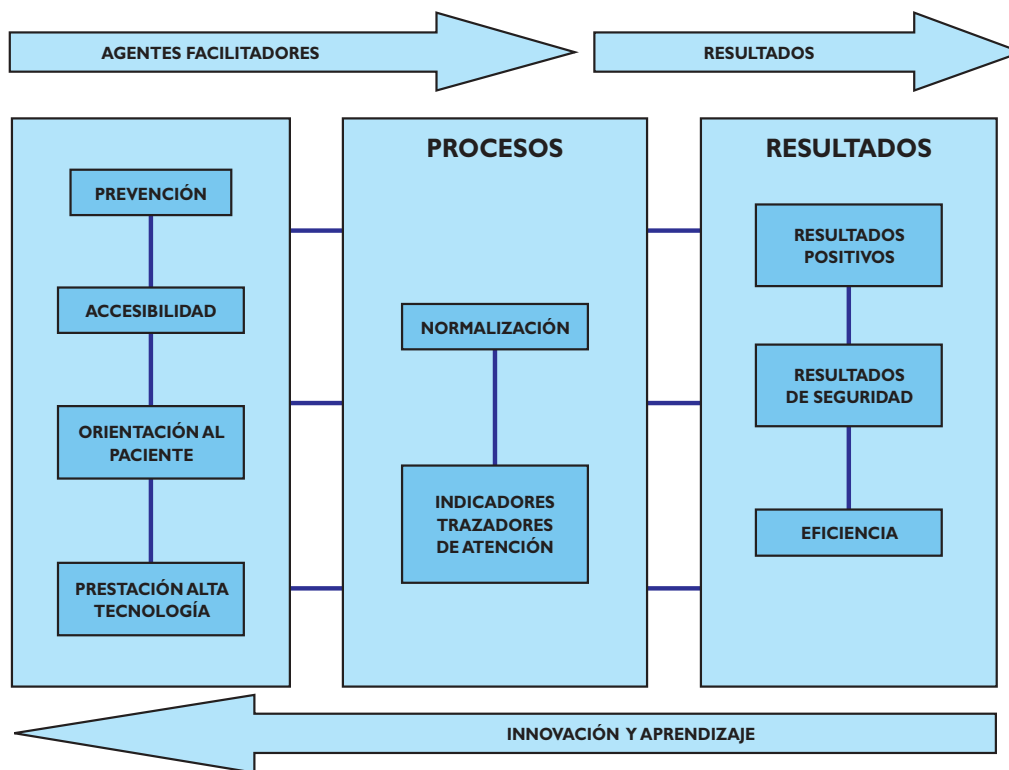


No todos los factores de calidad están presentes en todos los procesos ni adquieren en ellos la misma importancia

los factores de calidad no están presentes en todos los procesos ni adquieren en todos ellos la misma importancia.

FACTORES	ATRIBUTOS
Prevención	
	Programa de prevención primaria
	Programa de prevención secundaria
Accesibilidad	
	Lista de espera
	Agilidad
Orientación al paciente	
	Libre elección
	Personalización
	Información específica
	Satisfacción
Casuística	
	Casuística/ Prestaciones de alta tecnología
PROCESOS	
Normalización	
	Normalización del circuito asistencial
	Normalización de la indicación/derivación
	Normalización de la confirmación diagnóstica
	Normalización de la indicación terapéutica
	Normalización de la aplicación diagnóstica y terapéutica
	Normalización de los planes de cuidados
	Normalización de la continuidad de cuidados
Indicadores de proceso	
	Indicadores trazadores de atención
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	
Atención positiva	
	Efectividad
	Utilidad
Resultados de seguridad	
	Mortalidad
	Infecciones nosocomiales
	Indicadores relacionados con los cuidados: úlceras por presión, caídas, errores en la medicación, etc.
	Complicaciones específicas
Eficiencia clínica	
	Reproceso, estancia media, utilización adecuada, reintervenciones

Los factores mencionados se pueden agrupar, emulando el Modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) de Excelencia en Agentes Facilitadores y Resultados tal como se representa en la siguiente figura. Aunque el Modelo EFQM abarca muchos más aspectos que los considerados en el Modelo Horizonte, ambos comparten características comunes.



MODELOS EFQM Y HORIZONTE: ALGUNOS PUNTOS EN COMÚN

- Son marcos **no** prescriptivos, por lo que admiten múltiples posibilidades para su implementación.
- Por su estructura y contenido representan visiones holísticas de los centros o de los servicios asistenciales.
- Dependiendo de la circunstancia en la que se encuentre la organización o la unidad clínica, los modelos pueden utilizarse para distintos fines: como herramienta de medición, como estrategia, etc.
- Tan importante son los agentes facilitadores (incluyendo los procesos) como los resultados, ya que interesa por igual el logro de buenos resultados en el presente como la estrategias que conduzcan a los centros o servicios a obtenerlos en el futuro.
- Aprendizaje, innovación y mejora continua. El rendimiento de las organizaciones mejora cuando se gestiona adecuadamente y se promueve el aprendizaje (individual y organizacional), la innovación y mejora continua. Una de las claves del aprendizaje organizacional es detectar los aspectos en los que el servicio es excelente, sistematizarlos y extenderlos.
- Orientación clara hacia los procesos y hechos. La única forma de alcanzar la Excelencia es focalizar adecuadamente los procesos de la organización y medir sus resultados como única vía de evaluar el rendimiento. Las decisiones se tienen que basar, en la medida de lo posible, en datos y no en sensaciones.

El Modelo EFQM es un modelo todavía mucho más holístico, integrador y ambicioso que el Modelo Horizonte. Señalar los aspectos que ambos tienen en común tiene como único objetivo constatar que no se trata de modelos incompatibles sino totalmente complementarios.



3.2.2- LISTA DE COMPROBACIÓN PARA ESPECIFICAR LOS FACTORES Y ATRIBUTOS DE CALIDAD PARA EL DISEÑO DEL MODELO MAPPA-HORIZONTE

En este apartado se describe cada uno de los factores y atributos de calidad y se proporciona una lista de comprobación que puede servir de guía para conocer la importancia de los distintos componentes de calidad. Esto permitirá identificar aquellos elementos determinantes y el tipo de acciones a realizar para su mejora.

Algunos de los indicadores propuestos podrían ubicarse en más de una de las categorías. Lo verdaderamente esencial no es su ubicación, sino que si son realmente importantes los indicadores existan, se registren y se analicen independientemente del epígrafe en el que se clasifiquen.

3.2.2.1- Agentes facilitadores y procesos

3.2.2.1.1- Prevención primaria y secundaria

Indica el conjunto de actividades (en colaboración con el Instituto de Salud Pública, etc.) y los resultados de las mismas (medidas a través de indicadores) que realiza la unidad clínica con la finalidad de mejorar el estado de salud de la población de referencia a través de actividades de prevención primaria y secundaria encuadradas en un programa.

Los indicadores pueden ser tanto de proceso (colaboración con programas, etc.) como indicadores de resultados de salud. Un ejemplo podría ser la participación de la unidad clínica en la valoración de los factores de riesgos de las enfermedades cardiovasculares.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

- ¿La participación del servicio en programas de prevención es un aspecto relevante para la mejora de la calidad del proceso clínico priorizado?
- ¿Participa el servicio en algún tipo de programa dirigido a la prevención?
- ¿Se derivan de esa participación actividades concretas que realiza el servicio?
- ¿Se miden los resultados de las actividades realizadas?

3.2.2.1.2- Accesibilidad

Indica la facilidad con la que los pacientes pueden recibir la atención sanitaria que precisan evitando distintas barreras (económicas, temporales, geográficas, culturales, organizacionales, etc.). Para el diseño del MAPPA nos referimos fundamentalmente a la dimensión de la accesibilidad relacionada con los tiempos de espera. Barreras en tiempos de espera suponen tanto la lista de espera propiamente dicha (de consultas, de intervenciones quirúrgicas, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, de hospitalización), como el tiempo transcurrido entre la necesidad de una atención sanitaria concreta y su prestación, aunque no pase por ninguna "lista de espera" específica (ejemplo: tiempo transcurrido entre la llegada de un paciente al hospital y su atención por un facultativo).



Este factor también incluye si la realización de “consultas de alta resolución” (se llega a un diagnóstico de certeza realizándose todas las pruebas necesarias en un plazo máximo de 24 horas) supone un valor añadido importante en la atención del proceso clínico elegido.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

- ¿Es el “factor tiempo” un aspecto relevante para la obtención de unos buenos resultados clínicos en el proceso priorizado?
- ¿Tiene el servicio listas de espera para prestar atención en consultas, intervenciones quirúrgicas, pruebas complementarias u hospitalización que condicionan de forma relevante la calidad del proceso? ¿Existe un registro de pacientes en esta situación? ¿Existen objetivos de listas de espera? ¿Se conocen los objetivos y de los mismos se derivan planes de acción?
- ¿Dispone el servicio de un sistema para clasificar la prioridad clínica de los pacientes en lista de espera en función del tipo de proceso o de las características del paciente? ¿Es relevante que exista un sistema para clasificar la prioridad de los pacientes en el proceso clínico elegido?
- ¿Los resultados de la atención sanitaria fluctúan en función del momento de atención desde la aparición de síntomas en los pacientes hasta su efectivo diagnóstico o tratamiento aunque no haya una “lista de espera propiamente dicha”? (ejemplo: el infarto agudo de miocardio debe ser atendido en y diagnosticado y tratado antes de un periodo de tiempo concreto. Una vez pasado ese periodo de tiempo el tratamiento aplicado es mucho menos efectivo). ¿El servicio tiene un sistema establecido de atención que permite un diagnóstico y tratamiento rápido a los pacientes que lo requieren?
- ¿Es posible y mejoraría de forma sustancial la calidad de la asistencia si el servicio organiza consultas de alta resolución para el diagnóstico y tratamiento de los procesos establecidos por el servicio? ¿El servicio dispone de consultas de alta resolución para el proceso clínico priorizado?

3.2.2.1.3- Orientación al paciente

Aunque todas las prestaciones y actividades que se realizan en los servicios sanitarios están orientadas hacia la mejora de salud del paciente, este factor mide en qué grado se satisfacen las expectativas del paciente y cuál es su percepción de la atención recibida. En este factor, el principal referente es el paciente. También se incluyen aquí las posibilidades de elección que tiene el paciente en distintos ámbitos: libre elección de centro, facultativo, personalización de la atención, elección de posibilidades diagnósticas o terapéuticas, etc.

Las expectativas de los distintos actores, sobre todo de los pacientes y familiares vienen reflejadas en el Anexo II de este documento.

Satisfacción

Todas las organizaciones que apuestan por mejorar la calidad de la atención utilizan algún tipo de instrumento para recoger la percepción que los pacientes tienen de la organización. Esta información se obtiene, por ejemplo, de las encuestas a pacientes, felicitaciones, reclamaciones, etc.

En este apartado es el paciente quien valora todos los factores de la calidad de los que dispone información (los resultados de salud, la coordinación y continuidad de



cuidados, la calidad general, etc.). Es un análisis de todas las facetas de calidad vistas desde una perspectiva concreta: la del paciente.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

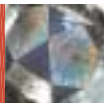
- ¿La unidad clínica conoce las expectativas y la satisfacción de los pacientes con respecto a la atención del proceso clínico seleccionado? Si se conocen ¿se tomaron en cuenta para el diseño y ejecución del proceso clínico?
- ¿Conoce el servicio la valoración que los pacientes realizan de la calidad de la asistencia ofrecida?
- ¿Se comparten los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción con el personal (médico, enfermería, etc.)?
- ¿Detecta el servicio áreas de mejora basándose en los resultados obtenidos en las encuestas?
- ¿Se llevan a cabo acciones dirigidas a mejorar los resultados de las encuestas? ¿Hay un importante porcentaje de profesionales que realiza cambios en la práctica para mejorar los resultados obtenidos?
- Si considera que la información proporcionada por la encuesta de satisfacción no le resulta útil, ¿ha informado de los motivos que le conducen a dicha conclusión?; ¿cree que la valoración de aspectos diferentes a los recogidos en las encuestas ahora realizadas permitiría conocer y mejorar la atención de la asistencia ofrecida?

Información e involucración de los pacientes en el proceso asistencial

Cuanto mayor y mejor es la información proporcionada, más posibilidades tiene el paciente de poder involucrarse en su proceso asistencial, tomar decisiones en cuanto a sus preferencias de tratamiento, etc. Al mismo tiempo, mayor información proporcionada, mayor es su capacidad para evaluar las distintas facetas de la atención sanitaria, posibilitando una mayor coherencia entre las percepciones de los distintos actores: profesionales, gestores y pacientes.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

- ¿Es la involucración e información a los pacientes un elemento relevante en la calidad de la atención sanitaria de ese proceso asistencial?
- ¿El servicio conoce qué información debería disponer un paciente sobre ese proceso?
- ¿Ha logrado establecer una comunicación efectiva con los pacientes? ¿Están éstos bien informados y se valoran sus opiniones?
- ¿Existe un protocolo de información específica de cada proceso clínico priorizado?
- ¿Se reserva un espacio de tiempo para hablar con pacientes y familiares?
- ¿La información se proporciona en circunstancias que permitan la intimidad y confidencialidad?
- ¿Existe material impreso o audiovisual (folletos, vídeos, etc.) que facilite la comprensión de la enfermedad por parte de los pacientes?
- ¿Se verifica que la información clínica proporcionada es comprendida y le resulta útil al paciente?



Libre elección/personalización

Se deben garantizar los derechos que tiene el paciente en cuanto a la posibilidad de elección de centro y facultativo.

El paciente, a lo largo del proceso asistencial, debe contar con una persona de referencia (médico responsable de su proceso) que le guíe e informe y que haga de interlocutor principal entre la organización y el paciente o sus familiares o allegados. En concreto, la Ley General de Sanidad establece en su artículo 10.8 los derechos que todos los pacientes tienen. Entre ellos se menciona: “A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En su ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad”. Numerosas Comunidades Autónomas han legislado de forma parecida los aspectos de personalización. En el caso de Navarra el Decreto Foral 241/98 precisa las obligaciones en personalización de la atención tanto en consultas como en hospitalización y establece el derecho a la libre elección y a la segunda opinión.

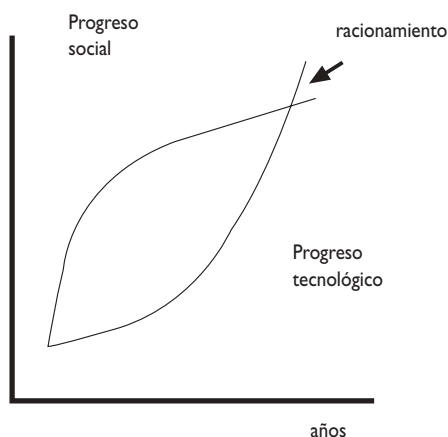
PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

- ¿Se cumplen las obligaciones legales establecidas en materia de personalización y libre elección?
- ¿Es la libre elección o la personalización un elemento relevante para la calidad de la atención sanitaria del proceso clínico asistencial priorizado?
- ¿Conocen los pacientes del servicio quién es el interlocutor que le guía a lo largo del proceso?
- ¿Se documenta? (ejemplo: ¿aparece explícitamente el nombre del facultativo en la historia clínica?; ¿existe un % importante de “notas” de evolución de curso clínico firmadas por este médico responsable?).

3.2.2.1.4- Casuística y acceso a alta tecnología

La atención sanitaria, al igual que sucede en la prestación de servicios de otras organizaciones, evoluciona y cambia con el desarrollo tecnológico. La forma de prestar la atención sanitaria cambia en función de la innovación en tratamientos farmacológicos, en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

La incorporación de alta tecnología y la mejora de resultados en salud se comporta siguiendo curvas exponenciales como las que se reflejan en la figura.





Cuando se incorpora una alta tecnología de efectividad reconocida, se produce un crecimiento exponencial en su utilización y paralelamente se acompaña de una mejora en la salud de los individuos que la reciben. Progresivamente, a medida que se extiende el uso de la mencionada técnica, se llega a un punto en el que incrementos en la realización de intervenciones no conllevan de forma paralela una gran mejoría en la salud de la población. Es en ese punto cuando las organizaciones sanitarias deberían indicar un racionamiento de la tecnología.

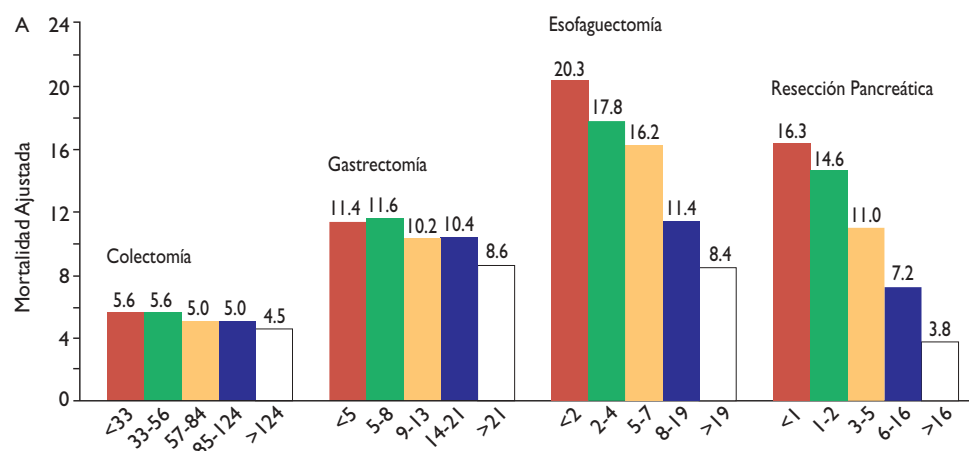
Conviene, por tanto, especificar los criterios que garanticen que todos los pacientes que lo requieran se beneficien de esa tecnología y que los pacientes que no se vayan a beneficiar no la reciban.

En algunos casos, los procedimientos son tan complejos que cierta experiencia para garantizar una buena calidad en la prestación sanitaria (curva de experiencia). En otros casos, se requiere cierto volumen de procedimientos para que el servicio sea eficiente, además de efectivo.

En definitiva, se trata de garantizar al paciente que, ante el mismo proceso clínico, tenga las mismas oportunidades de acceso a los procedimientos de alta tecnología y que la atención ofrecida tenga la misma calidad con independencia del lugar geográfico del centro, servicio clínico asignado, etc.

La iniciativa conjunta entre la Asociación de Hospitales y el Gobierno de Ontario han decidido vigilar la frecuencia con la que se realizan determinados procedimientos punteros en los pacientes candidatos. Por ejemplo, utilizan indicadores que expresan el % de pacientes con infarto agudo de miocardio a quienes se le ha realizado cirugía de revascularización (by-pass o angioplastia) o se les ha realizado una angiografía coronaria durante su estancia hospitalaria. Como se trata de intervenciones “punteras” y muy efectivas, se pretende garantizar que las personas candidatas las reciban.

En la bibliografía aparecen numerosos ejemplos de la influencia del volumen de procedimientos quirúrgicos y distintos indicadores de calidad. El gráfico siguiente se ha extraído del artículo “Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States” publicado en la revista New England Journal of Medicine, en abril de 2002. El eje de ordenadas indica el % de mortalidad ajustada y en el eje de abscisas el número de procedimientos (colectomías, gastrectomías, esofaguectomías y resecciones pancreáticas) realizados. Se aprecian grandes diferencias en la tasa de mortalidad ajustada en función del número de intervenciones realizados en algunos procedimientos. Por ejemplo para la esofaguectomía la tasa es de 20,3 si se han realizado menos de 2 disminuyendo al 8,4 si se han realizado más de 19 procedimientos.



**PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN**

- ¿El servicio realiza procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren utilizar alta tecnología y personal especialmente cualificado?
- ¿El servicio realiza procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren ser realizados en un número mínimo para ser efectivos? ¿Existe consenso sobre ese número?
- ¿El servicio asegura que los procedimientos realizados se realizan en suficiente número y por el personal cualificado para garantizar la curva de experiencia?
- ¿Se conoce qué % de los pacientes susceptibles de beneficiarse de un procedimiento de alta tecnología realmente lo han recibido?

Procesos**3.2.2.1.5- Normalización**

La normalización es una filosofía que se lleva a la práctica mediante un conjunto de técnicas, instrumentos y actividades (protocolos, vías clínicas, manuales de procedimientos ISO, diagramas de flujo, actividades formativas, establecimientos de pactos, convenios, etc.) que pretende estabilizar prefijando el conjunto de actividades (en cuanto a cuáles, cómo realizarlas, por quién, cuándo, etc.) realizadas por el personal que forma parte de una unidad clínica. La normalización pretende garantizar una calidad de prestación (y por lo tanto, unos resultados en atención), evitando que se produzca una variabilidad no deseada en la atención sanitaria ofrecida, al mismo tiempo que permite reducir las ineficiencias.

Cuando la causa más importante de variabilidad es la debida a las disfunciones en la prestación de servicios de atención a los enfermos, las vías clínicas representan la solución ideal para este tipo de variabilidad. Una vía clínica es una herramienta de coordinación, pues detalla las actividades día a día en la atención del enfermo con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de los actos clínicos, sin dejar tiempos muertos ni retrasar decisiones claves del proceso por falta de información. Con un determinado diagnóstico clínico, las vías clínicas hacen compatibles los algoritmos, protocolos y toda clase de recomendaciones en la atención del enfermo para dar una perspectiva interdisciplinar que es capaz de identificar:

- las expectativas en la atención del enfermo
- los sucesos que son críticos en la atención al enfermo
- los métodos de mejora de la calidad y de coste-efectividad de dicha atención⁴.

Lamentablemente, no todos los procesos son candidatos a ser normalizados a través de guías y vías de práctica clínica. En algunas ocasiones el diseño de las guías puede resultar poco efectivo, por ejemplo, para pacientes que tienen una gran

⁴ JUAN GARCÍA CABALLERO. Las vías clínicas. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Escuela Valencia de Estudios para la Salud. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2001.



comorbilidad con distinto grado de complejidad dificultando la obtención de grupos de pacientes homogéneos, volumen insuficiente de pacientes que justifiquen el desarrollo de una guía, etc.

Por otra parte, **no siempre se considera imprescindible normalizar todos y cada uno de los aspectos de atención**, protocolizándose únicamente aquellos aspectos que se consideran críticos o que tienen mayores posibilidades de mejora. Para cada proceso clínico se deben identificar los elementos cruciales que desean ser normalizados. Analizamos a continuación cada uno de los aspectos susceptibles de normalización.

Normalización del circuito asistencial

La normalización del circuito asistencial pretende visualizar globalmente el proceso desde la entrada del paciente hasta las diversas salidas, y hace referencia a la representación esquemática de la secuencia de las principales actividades y tareas del proceso asistencial.

La normalización del circuito asistencial integra los aspectos organizativos con los protocolos o consensos clínicos y representa de forma gráfica el proceso integrado.

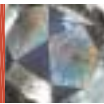
La representación gráfica deberá reflejar los diversos contactos del paciente con el Sistema y sus posibilidades de racionalización (flujo de pacientes, citas, tiempos de ejecución, identificación de cuellos de botella, etc.)

El análisis del circuito asistencial debe permitir, asimismo, analizar la interrelación entre los diversos subprocesos que integran el proceso, e identificar los niveles y profesionales implicados así como sus responsabilidades.

Además, el análisis de circuito asistencial nos permitirá, en determinados casos, identificar actividades con escaso valor añadido, que enlentecen y hacen menos eficiente el proceso.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

- **¿Existen importantes problemas de coordinación en el proceso (carencias de información, información redundante, reprocesos, etc.).**
- **¿Estamos fragmentando innecesariamente un proceso que de manera natural debiera ser atendido de forma más global?. ¿Realmente son inamovibles, a día de hoy, los factores internos que obligaron a su fragmentación?**
- **¿Intervienen en el proceso muchos profesionales diferentes? ¿Son todos ellos realmente necesarios?. ¿Está claro quien es el responsable global frente al paciente?**
- **¿Existen en el proceso pasos innecesarios o actividades con escaso valor añadido que podrían eliminarse?**
- **¿Existen en el proceso diversos tiempos de espera sucesivos que prolongan innecesariamente el proceso?. ¿Cabría reducir el número de visitas del paciente al hospital?**
- **¿La existencia de unos pocos casos especiales obliga a complejizar de forma innecesaria el proceso para todos los demás pacientes?**
- **¿Existen en los procesos caminos críticos y cuellos de botella?**
- **¿Se tuvieron en cuenta las expectativas de los pacientes a la hora de diseñar los circuitos de atención?**



Normalización en la derivación de los pacientes

Determinadas patologías requieren ser atendidas dentro del ámbito de la Atención Especializada. Algunas pacientes acceden al mencionado ámbito a través de los servicios de urgencias, de SOS, etc. Sin embargo, otros son derivados por el médico de familia. Dentro de cada especialidad y para aquellas patologías que presenten mayor variabilidad en la derivación, o aquellas que puedan complicarse o representar un peligro serio para la salud, debería especificarse cuándo un paciente requiere derivación al ámbito especializado, y qué pruebas previas deben realizarse antes de ser atendido por este nivel asistencial. El consenso entre los diferentes niveles sobre la “normalización” en la derivación de los pacientes es un paso clave para la atención, coordinación y continuidad de la asistencia sanitaria. También es importante consensuar cuándo el paciente no requiere más atención del nivel especializado y puede pasar al siguiente nivel de atención, cerrándose de esta forma el círculo. De ello se deriva un “ajuste” en la demanda, disminuyendo la derivación de aquellos pacientes que pueden ser tratados en el primer nivel, aumentando la derivación de aquellos casos que requieren una atención especializada y mejorando la adecuación en cuanto al momento de la atención.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

- **¿Se tratan en su servicio pacientes con patologías que deberían ser atendidos en otros niveles de atención: Atención Primaria, Urgencias, Centros Geriátricos, etc.?**
- **Referente a los pacientes mencionados anteriormente, ¿Existe un protocolo de derivación para los procesos seleccionados por el servicio?**
- **¿Podría el servicio mejorar la atención (evitar tiempos de espera “superfluos”, circuitos repetidos, etc.) en pacientes con patologías definidas si se les hubiera realizado determinadas pruebas diagnósticas antes de ser vistos en la primera consulta?**
- **¿Atiende el servicio pacientes en primera consulta en estadios avanzados de la enfermedad o con complicaciones potencialmente evitables?**
- **¿Ha consensuado con otros servicios (SOS, Atención Primaria, etc.) qué pacientes, con qué pruebas o tratamiento es conveniente derivar a los pacientes?**
- **¿Percibe una demanda de pacientes con determinadas patologías inferior a la que cabría esperar cuando se analiza la población de referencia a la que atiende?**
- **¿Ha consensuado cuándo transferir a los pacientes del nivel de atención especializada a los demás niveles de atención?**
- **¿Se tuvieron en cuenta las expectativas de los pacientes a la hora de diseñar el proceso de atención?**

Normalización en la confirmación diagnóstica

Normalizar la confirmación diagnóstica es especificar la batería de pruebas que según la evidencia científica se deben realizar, así como la indicación del momento y la descripción de su realización.



PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

Para los procesos más relevantes que atiende su servicio:

- **¿Para confirmar un mismo diagnóstico existe una gran variabilidad en las pruebas solicitadas por su servicio?**
- **¿Existe en su servicio un consenso explícito o implícito para homogeneizar las pruebas diagnósticas para llegar a un juicio clínico?**
- **¿Evalúa el servicio si indica pruebas diagnósticas que no suponen un valor añadido para el proceso del paciente?**
- **¿Se repite la indicación de pruebas diagnósticas por no realizarse en el momento más adecuado del proceso clínico o por no realizarse de la manera más adecuada?**
- **¿Se tuvieron en cuenta las expectativas de los pacientes a la hora de diseñar el proceso de atención?**

Normalización en la técnica de indicación terapéutica

Normalizar la indicación terapéutica es especificar las opciones terapéuticas que según la evidencia científica se deben realizar, así como la indicación del momento adecuado para su ejecución.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

Para los procesos más relevantes que atiende su servicio:

- **¿Existen distintas opciones terapéuticas? ¿Estas opciones terapéuticas tienen unas indicaciones y contraindicaciones claras? ¿Evalúa el servicio si los procedimientos son adecuados en función de las indicaciones y contraindicaciones? ¿Se diseñan e implantan planes de mejora en función de las evaluaciones efectuadas?**
- **¿Se tuvieron en cuenta las expectativas de los pacientes a la hora de diseñar el proceso de atención?**

Normalización en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Su justificación viene originada por la existencia de determinados procedimientos, que por su complejidad, por los riesgos que conlleva, etc. se deben realizar de una forma específica si se pretende conseguir el resultado esperado. La pericia depende de la casuística, de la capacitación, etc. y es un elemento clave para obtener unos buenos resultados clínicos. En determinados procesos, por ejemplo en la supervivencia del cáncer de colon y recto, uno de los factores que más influyen es el cirujano que realiza el procedimiento quirúrgico. Dicho de otro modo, para algunos procesos clínicos resulta fundamental la forma y la pericia con la que se realiza el procedimiento quirúrgico.

Para la normalización del procedimiento diagnóstico y terapéutico el protocolo no es la única actividad posible, existen otras opciones como por ejemplo la acreditación, la designación de determinadas personas para la realización de procedimientos complejos, etc.



PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

Para los procedimientos más relevantes que atiende su servicio:

- ¿Existen distintas formas de realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos? ¿Las distintas formas conllevan la obtención de resultados significativamente distintos desde el punto de vista de la repercusión clínica?
- ¿Se ha estipulado cómo se debe realizar los procedimientos? ¿Se garantiza que las personas que los realizan tienen la suficiente formación y experiencia? ¿Deberían ser objeto de formación específica, capacitación o incluso de acreditación? ¿Se ha considerado la conveniencia de concentrar dichas técnicas en pocas manos?
- ¿Se evalúa y analiza si los procesos diagnósticos o terapéuticos que se realizan cumplen los estándares de calidad?
- ¿Se han diseñado los indicadores correspondientes para monitorizar los procedimientos realizados? ¿Se diseñan e implantan planes de acción en función de los resultados obtenidos?
- ¿Se tuvieron en cuenta las expectativas de los pacientes a la hora de diseñar el proceso de atención?

Normalización en los cuidados de enfermería

Uno de los elementos relevantes en la atención que se le ofrece a un paciente es la aplicación de cuidados estandarizados de enfermería. El personal de enfermería es, en la mayoría de los procesos de hospitalización, la persona que más tiempo está en contacto con los pacientes. Los cuidados ofrecidos por el personal de enfermería influyen considerablemente en el resultado de la salud del paciente, en la capacitación del paciente para afrontar su enfermedad (en la esfera física, psíquica o social), en el aprendizaje de los cuidados que él mismo (o sus familiares) deben realizar, etc.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

Para los procesos más relevantes atendidos por el personal de enfermería

- ¿Se requieren cuidados específicos y diferentes en función del proceso clínico? ¿La estandarización de los planes de cuidados mejoraría de forma sustancial los resultados de salud o la capacitación del paciente para afrontar su enfermedad? ¿Existen planes estandarizados para los procesos priorizados de su servicio? ¿Se monitorizan los planes con los correspondientes indicadores? ¿Se diseñan e implantan planes de acción en función de los resultados obtenidos?
- ¿Se tuvieron en cuenta las expectativas de los pacientes a la hora de diseñar el proceso de atención?

Normalización en la coordinación y continuidad de cuidados

Existen múltiples actividades encaminadas a normalizar la coordinación y continuidad de cuidados. Pueden ser actividades de formación conjunta con los distintos



servicios, niveles o modalidades de atención: pactos, consensos o protocolos tanto de las características que debe reunir el paciente para ser trasladado al siguiente nivel de atención (servicio, etc.) como consenso en los procedimientos terapéuticos y el seguimiento a realizar en los pacientes. Resulta imprescindible establecer mecanismos ágiles de comunicación que permitan el intercambio de opiniones entre profesionales de distintos ámbitos (teléfono, correo electrónico, visitas presenciales, reuniones, etc.).

Las unidades clínicas a nivel interno, para el propio personal que las integra, deberían disponer de cauces de comunicación para establecer criterios comunes de atención.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

- **¿Los problemas de coordinación y comunicación tienen influencia significativa en la calidad del servicio prestado en el proceso clínico priorizado?**
- **¿Hay unos cauces de comunicación establecidos entre todo el personal sanitario de un servicio que atiende a un paciente para homogeneizar los criterios de atención?**
- **¿Existen cauces de comunicación establecidos entre el personal de un servicio que atiende al paciente y el servicio al que va a ser trasladado?**
- **¿Existen mecanismos de comunicación establecidos entre el servicio que da el alta de un paciente y el siguiente nivel de atención al que va a ser derivado, bien sea rehabilitación, consultas, atención primaria, etc.?**
- **¿Existen protocolos consensuados entre distintos niveles de atención y entre los distintos servicios?**
- **¿Existe en su servicio un coordinador con Atención Primaria para el desarrollo de protocolos etc.?**
- **¿Se tuvieron en cuenta las expectativas de los pacientes a la hora de diseñar el proceso de atención?**

3.2.2.1.6- Indicadores trazadores de atención

Los indicadores trazadores de atención son aquellos que permiten monitorizar actividades de atención concretas (pruebas diagnósticas, tratamientos aplicados, etc.) que se consideran clave para el resultado. Las actividades monitorizadas son aquellas que, en los pacientes candidatos, se deben realizar porque se ha comprobado (según la medicina basada en la evidencia) que repercuten de manera significativa en la mejora de los resultados clínicos obtenidos. Su medición se lleva a cabo a través de indicadores de “proceso” (por ejemplo % de pacientes de 35 a 74 años de edad con enfermedad cardiovascular a quienes se les ha prescrito aspirina al alta).

No se trata de especificar todas las actividades que se realizan en un paciente, sino aquellas en las que hay consenso de su especial utilidad y que condicionan de forma significativa la calidad de la atención sanitaria proporcionada.

Por ejemplo, algunas organizaciones sanitarias como Health Care Financing Administration (HCFA, actualmente denominado Centers for Medicare and Medicaid Services), Joint Commission, etc. establecen para el infarto agudo de miocardio los siguientes indicadores trazadores: consejo de cesación tabáquica, beta-bloqueantes a la llegada al centro sanitario y al alta, aspirina a la llegada y alta, tiempo desde la llegada hasta la terapia de reperfusión, control del colesterol y tratamiento con enzima inhibidor de la conversión de la angiotensina en pacientes cuya fracción de eyección ventricular izquierda sea inferior al 40%.



PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

Para los procesos seleccionados por el servicio:

- ¿Existen actividades clave que deberían realizarse y monitorizarse porque condicionan de forma clara los resultados de la atención sanitaria?
- ¿El servicio tiene algún sistema que permita el registro de los indicadores trazadores? ¿Se evalúan los resultados de los indicadores a lo largo del tiempo? ¿Se comparan con los obtenidos por otras organizaciones? ¿En función de los datos obtenidos se diseñan e implantan planes de mejora?
- ¿Se tuvieron en cuenta las expectativas de los pacientes a la hora de diseñar el proceso de atención?

3.2.2.2- Resultados de la atención

3.2.2.2.1- Resultados positivos de la atención

Utilidad, efectividad, etc.

El fin último de la atención sanitaria es mejorar la salud de los pacientes, incluyendo la disminución del dolor o incapacidad. Esto implica que se debe evaluar (medir) si se han conseguido los resultados de salud esperados una vez que el paciente ha pasado por “el túnel de la atención sanitaria” (se ha realizado el procedimiento quirúrgico, se ha prescrito el tratamiento terapéutico, etc.). Los resultados en la mejora de la salud se pueden analizar desde dos ópticas diferentes. Por una parte, está la óptica del profesional, que mide la **efectividad** de la atención, por ejemplo; si un procedimiento terapéutico realizado consigue los resultados esperados (eje: tasa revascularización de angioplastias superior al 80%). La efectividad tiene como evaluador o juez al profesional.

También el paciente puede evaluar los resultados de salud, a través de instrumentos que miden la “utilidad”. La utilidad tiene en cuenta la mejoría en el estado de salud sobre todo a través de la disminución del dolor y de la incapacidad, es decir, en la repercusión del estado de salud en su vida diaria. La utilidad tiene como evaluador o juez al paciente.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

Para los procesos clínicos seleccionados:

- ¿Es relevante para este proceso clínico medir la efectividad del procedimiento?, ¿es relevante para este proceso medir la utilidad?, ¿el servicio dispone de algún tipo de mecanismo o instrumento para medir la percepción subjetiva de salud, la calidad de vida de los pacientes tras la realización de un procedimiento o estrategia terapéutica? ¿Se toman en cuenta estos resultados para diseñar e implantar la atención sanitaria de los pacientes que padecen ese proceso?
- ¿Es posible medir la efectividad de los procedimientos que realiza su servicio? ¿Se analizan los indicadores de efectividad a lo largo del tiempo y se comparan con datos de referencia de otras organizaciones?, ¿en función de los datos obtenidos se diseñan e implantan planes de mejora?

⁵ Se trata de valorar el estado funcional de los pacientes, es decir la capacidad e independencia de desarrollar actividades de la vida diaria: vestirse, lavarse, moverse en su entorno (movilidad) así como las habilidades cognitivas y de comunicación.



3.2.2.2- Resultados relacionados con la seguridad

El paciente, una vez atendido por el sistema sanitario, puede sufrir diferentes complicaciones que pueden repercutir de forma importante en su salud. Las complicaciones dependientes del sistema sanitario deben reducirse a un mínimo que permita cumplir el principio de “no-maleficencia”, asumiendo sin embargo que, al igual que en el resto de las actividades de la vida, no existe el riesgo cero.

Los acontecimientos adversos suponen un gran reto en las organizaciones sanitarias y es un tema difícil de analizar y requiere múltiples abordajes. Se podrían estudiar dos aspectos diferentes: el primero cómo investigar los incidentes y aprender de ellos y el segundo como apoyar a los pacientes, familiares y personal sanitario involucrado. Generalmente, los efectos adversos son producidos por una cadena de acontecimientos y se originan por múltiples causas. El verdadero objetivo del análisis de acontecimientos adversos es el de generar un sistema proactivo que “evite” o “prevenga” la mayor parte de estos efectos.

En este apartado no se contempla la seguridad de los pacientes desde el punto de vista arquitectónico (incendios, etc.)

Mortalidad

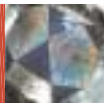
Los indicadores de mortalidad forman parte de los indicadores clásicos de calidad de la atención sanitaria ya que miden el desenlace menos deseable en la atención sanitaria de un paciente. Aunque hay muchos factores que contribuyen en la obtención de determinadas tasas de mortalidad (las patologías que tenga el paciente, la gravedad de la enfermedad, la edad, etc.), se ha comprobado que un porcentaje nada desdeñable de las muertes acontecidas podría ser evitable con una mejora de la calidad en el diagnóstico y tratamiento.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

- ¿Los pacientes atendidos por su servicio tienen procesos clínicos en el que la muerte es un desenlace que debería monitorizarse?
- ¿Es suficientemente grande el volumen de procedimientos realizados o el número de pacientes atendidos en los procesos priorizados, como para obtener indicadores de mortalidad robustos?
- ¿La tasa de mortalidad de los pacientes atendidos por el servicio fluctúa en función del tipo de atención proporcionada?, ¿fluctúa en función de cómo se administren los cuidados en su conjunto, de la curva de experiencia, de la pericia, etc.?
- ¿Se conocen las tasas de mortalidad para los procesos o procedimientos priorizados y se comparten con las personas del servicio?, ¿se analizan estas tasas lo largo del tiempo y se comparan con datos de referencia de otras organizaciones?
- ¿En función de los datos obtenidos se diseñan e implantan planes de mejora?

Infecciones nosocomiales

La mayor parte de las organizaciones sanitarias han desarrollado programas de vigilancia de infección nosocomial. El fin es reducir el número de infecciones nosocomiales, sobre todo aquellas en las que el manejo del paciente (cateterismo, sondas, etc.) puede ser un elemento importante en la aparición de las mencionadas infecciones.

**PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN**

- ¿El servicio realiza procedimientos quirúrgicos o realiza técnicas invasivas (sondaje urinario, inserción de vías, etc.) en un importante volumen de pacientes o en pacientes críticos?
- ¿El servicio dispone algún tipo de guías o recomendaciones para controlar las infecciones nosocomiales? ¿El servicio evalúa la adherencia del personal a las mencionadas guías?
- ¿El servicio recibe y analiza la información sobre las infecciones nosocomiales generadas durante el proceso de atención al paciente? ¿Se analizan estas tasas a lo largo del tiempo y se comparan con datos de referencia de otras organizaciones? ¿En función de los datos obtenidos se diseñan e implantan planes de mejora?

Complicaciones relacionados con los cuidados (úlceras de presión, caídas, errores en la administración de medicamentos, etc.).

Los pacientes pueden sufrir consecuencias no deseadas en su salud, y potencialmente evitables, derivadas del sistema seguido para la sistematización e implementación de los cuidados de atención proporcionados.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

- ¿El servicio atiende a gran número de pacientes cuya situación personal les impide una autonomía de movimiento o de cuidados?
- ¿El servicio atiende a pacientes con riesgo de sufrir caídas?
- ¿Es probable que por diferentes motivos se produzcan errores como por ejemplo en la medicación administrada a los pacientes?
- ¿El servicio dispone de guías o recomendaciones consensuadas para evitar que se produzcan errores que den lugar a consecuencias no deseadas en la salud de los pacientes, por ejemplo, guías para evitar errores en la identificación de los pacientes, en la administración de fármacos, etc.?
- ¿El servicio dispone de algún sistema para el estudio y evaluación de acontecimientos no deseados como errores en la administración de fármacos, caídas, úlcera de presión etc.? ¿Se analizan los resultados de estos indicadores a lo largo del tiempo y se comparan con datos de referencia de otras organizaciones? ¿En función de los datos obtenidos se diseñan e implantan planes de mejora?

Complicaciones específicas

La atención a determinados procesos patológicos o la realización de procedimientos terapéuticos conlleva, en ocasiones, la aparición de complicaciones específicas (ejemplo: trauma vaginal en parto instrumentado, dehiscencia de herida quirúrgica etc.).



PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

En los procesos seleccionados por el servicio:

- ¿Se producen complicaciones específicas del proceso o procedimiento realizado que son potencialmente evitables? ¿Tienen éstas suficiente entidad (por su gravedad, frecuencia, etc.) para ser monitorizadas?
- ¿Se cuantifican y su tasa se distribuye entre los miembros del servicio? ¿En función de los datos obtenidos se diseñan e implantan planes de mejora?

3.2.2.2.3- Eficiencia clínica

En un sistema sanitario público, de presupuestos limitados y con un coste-oportunidad importante, se debe garantizar que las prestaciones ofrecidas y el modo en el que son realizadas consigan los mejores resultados posibles con un uso razonable de los recursos utilizados.

La práctica clínica adecuada no solo mejora la calidad científico-técnica sino que elimina factores de ineficiencia.

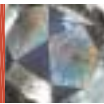
Las decisiones sobre los cuidados de salud suponen a menudo realizar comparaciones entre los beneficios y perjuicios estimados y los costes de la intervención. Los recursos siempre deben ser utilizados para proveer con equidad aquellos cuidados de salud que hayan demostrado su efectividad en evaluaciones diseñadas apropiadamente. La necesidad de la eficiencia en la atención sanitaria, surge del hecho de que nunca habrá suficientes recursos para satisfacer completamente todo lo que las personas desean. De ello se deduce la importancia del coste-oportunidad en los sistemas sanitarios públicos. A partir del concepto de escasez se deduce que la utilización de recursos para un determinado tipo de atención sanitaria implica inevitablemente algún sacrificio. Esto es, el sistema de atención sanitaria renuncia a la oportunidad de utilizar dichos recursos en otras actividades beneficiosas.

Estancia media, número de consultas necesarias para resolver el proceso, tiempos quirúrgicos, etc.

Para cada proceso, los pacientes tratados en régimen de hospitalización necesitan estar ingresados durante el tiempo preciso que permita su diagnóstico y tratamiento. Una estancia más elevada que la estándar (en pacientes no complicados) supone un riesgo extra de complicaciones yatrogénicas o, en el mejor de los casos, un coste innecesario para el sistema sanitario. Con una estancia menor de la adecuada, se aumenta las posibilidades de que los pacientes tengan que ser reingresados conllevando ineficiencias adicionales, además de su influencia en los resultados de salud.

Del mismo modo, existe una serie de visitas estándar para tratar procesos clínicos concretos. Por ello, en el proceso de normalización es importante concretar qué aspectos (incluyendo el cómo, cuándo y por quién) van a ser tratados en cada contacto sanitario. El número de consultas asignadas a cada paciente se debe ajustar para hacer compatible la atención efectiva (que permita mejorar la salud del paciente) con la eficiencia (a un coste razonable).

La importancia de estos aspectos ha hecho que se desarrollen instrumentos específicos⁶, algunos de ellos validados en nuestro país, que permiten evaluar la adecuación de los ingresos y de las estancias hospitalarias

**PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN**

Para los procesos clínicos priorizados:

- ¿El servicio evalúa la adecuación e inadecuación de los ingresos y las estancias? ¿Se comparte la información con el personal del servicio?
- ¿Dispone el servicio de estancias medias estándares por proceso con las que compararse? ¿Se diseñan e implantan planes de mejora en relación a los datos obtenidos?
- ¿Dispone el servicio de normas que indican quiénes son las personas autorizadas para ingresar, indicar determinadas pruebas diagnósticas y terapéuticas, etc.?
- ¿Realiza el servicio procedimientos o trata procesos clínicos que se podrían realizar de forma ambulatoria en vez de en régimen de hospitalización?
- ¿Tiene el servicio establecido el número de consultas adecuadas (y la actividad en cada una de ellas) para atender los procesos más frecuentes/relevantes?
- ¿Tiene el servicio una planificación del alta (cuándo, cómo, aspectos a tener en cuenta para dar el alta, etc.) de los procesos priorizados?

Reprocesos: reingresos, reintervenciones, etc.

Determinados procesos requieren de forma programada, el ingreso de pacientes para ser atendidos. Sin embargo, en otras ocasiones sucede que el paciente reingresa con carácter urgente (y no previsto) por un proceso relacionado con un ingreso anterior (ingreso índice). Otras veces, en pacientes ya intervenidos, se debe practicar una nueva intervención quirúrgica no contemplada en los planes iniciales, siendo algunas de ellas potencialmente evitables con un nuevo diseño del proceso de atención. La monitorización del número de reingresos y reintervenciones no programadas puede proporcionar luz acerca de aspectos de no-calidad susceptibles de poder ser corregidos.

PREGUNTAS DE COMPROBACIÓN

- ¿El servicio ingresa a pacientes por procesos que se deberían haber resuelto en el ingreso índice?. ¿El servicio realiza procedimientos por “complicaciones” producidas durante la intervención índice o que deberían haber sido resueltos en la intervención índice?
- ¿Existe en su servicio indicadores de eficiencia y se comparan con estándares? ¿Se diseñan e implantan planes de mejora basándose en esa información?



4 METODOLOGÍA PRÁCTICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL MAPPA

La construcción del MAPPA-Horizonte consta de los siguientes apartados:

- especificación y priorización de los procesos clínicos atendidos por el servicio
- especificación y priorización de los atributos de calidad para cada proceso clínico priorizado
- asignación de responsabilidades a los miembros del servicio.

Tras analizar las diversas estructuras posibles, se ha considerado oportuno proponer como modelo una matriz de doble entrada como la que viene a continuación. En ella se concretan, por una parte, los procesos clínicos más relevantes (filas) y, por otra, se definen los atributos de calidad para cada proceso clínico (columnas).

Atributos de calidad ⇒ Especificación de los principales servicios (procesos clínicos) ⇓	Atributo de calidad n 1	Atributo de calidad n 2	Atributo de calidad n 3	Atributo de calidad n 4	Atributo de calidad n
Proceso 1								
Proceso 2								
Proceso...								

4.1- SELECCIÓN DE LOS PROCESOS CLÍNICOS PARA INCLUIR EN EL MAPPA-HORIZONTE

El servicio puede llegar a definir el conjunto de procesos clínicos relevantes mediante muy diversos procedimientos, desde métodos intuitivos a métodos de análisis y de cuantificación de la casuística.

Cuando se trata de llegar a conclusiones basadas en una gran cantidad de información, se ha demostrado que el pensamiento intuitivo no sigue necesariamente las reglas de la lógica y que puede sesgar de forma considerable los resultados. Por ello, el modelo propone seguir una serie de pasos para realizar el análisis de la casuística.

**Dificultades en la percepción:
¿es una espiral?
No, son círculos concéntricos**



4.1.1- FASE I. Análisis de los diagnósticos y procedimientos basado en la Clinical Classification (CCS)

A) Unidad clínica

Para conocer la casuística de los pacientes ingresados, se pueden analizar los tipos de pacientes que atiende la unidad clínica basándose en los códigos de diagnósticos y procedimientos a partir del CMBD. En cuanto a los diagnósticos, resulta especialmente útil el diagnóstico principal⁷, que se define como aquella afección que después del estudio necesario se establece que fue causa del ingreso en el hospital, de acuerdo con el criterio del servicio clínico o del facultativo que atendió al enfermo, aunque durante su estancia apareciesen complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes que se consignarán como diagnósticos secundarios.

Para el análisis de procedimientos, se puede utilizar el que viene en primer lugar o el conjunto de procedimientos codificados, ya que a veces es difícil determinar exactamente qué códigos de intervención son los que se deben seleccionar para que nos proporcione una imagen más nítida de los procedimientos terapéuticos que realiza la unidad clínica, y el tipo de pacientes que trata.

Tanto el diagnóstico principal, como los procedimientos se pueden agrupar con los criterios de la CCS. El objetivo de esta acción es facilitar a la unidad clínica el análisis de los listados reduciendo considerablemente el número de categorías posibles, al mismo tiempo que se intenta mantener la interpretación clínica.

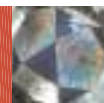
Ejemplos de códigos diagnósticos CCS para un servicio de urología:

Código CCS	Descripción	Frecuencia
160	Cálculo de tracto urinario	331
32	Cáncer vejiga	261
164	Hiperplasia de próstata	192
159	Infección del tracto urinario	119
162	Otras enfermedades de vejiga y uretra	89
...

Ejemplos de códigos de procedimientos CCS para un servicio de urología:

Código CCS	Descripción	Frecuencia
113	RTU próstata	149
114	Prostatectomía abierta	118
112	Otros procedimientos quirúrgicos tracto urinario	120
104	Nefrectomía total o parcial	53
...

⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual del usuario. Normativa de codificación. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clínica. 3ª edición. 1995.



Ejemplo para un servicio de Cirugía Vascular⁸.

Diagnósticos principales según CCS, escogidos

En la tabla inferior se exponen los grupos CCS del servicio de cirugía vascular agrupando los diagnósticos principales atendidos en el servicio. El 90% de la casuística se concentra en cinco categorías (498 pacientes de un total de 544 quedan incluidos dentro de las categorías seleccionadas). Los grupos diagnósticos que integran cada categoría mantienen una coherencia clínica basada en la etiología o proceso fisiopatológico común, pero no necesariamente en una gravedad, pronóstico o tratamiento similares. Por ello, en algunas ocasiones, es conveniente desglosar las categorías en varios subgrupos para incrementar la homogeneidad clínica de los pacientes y facilitar la especificación de los atributos de calidad que posteriormente van a medir.

Los diagnósticos CCS que consideramos más relevantes son: I14; I15; I16; I19; I10.

Procesos clínicos priorizados				
CCS	Diagnósticos	Desglose	Núm.	
I14	Aterosclerosis periférica y visceral		269	
		44021	Aterosclerosis de las extremidades con claudicación	123
		44023	Aterosclerosis de las extremidades con ulceración	50
		44022	Aterosclerosis de las extremidades con dolor en reposo	47
			Resto de aterosclerosis de las extremidades	49
I15	Aneurismas de aorta, periférico y visceral		127	
		4414	Aneurisma aórtico abdominal sin ruptura	92
		4416	Aneurisma aórtico abdominal ropturado	10
		4423	Aneurisma de arteria de extremidad inferior	13
			Resto de aneurismas	12
I16	Embolismo Aórtico o periférico		44	
I19	Venas varicosas de extremidades inferiores		40	
I10	Oclusión o estenosis de arterias precerebrales		18	

Procedimientos

A continuación se detallan en una tabla similar, aquellos procedimientos más relevantes que realiza un Servicio de Cirugía Vascular hipotético. Creemos que los códigos 190 y 189 pueden agruparse, pues en el fondo son el mismo procedimiento, y en cualquier caso, se van a ver afectados por los mismos atributos de calidad.

Asimismo, creemos que el Código 39.25 «Desviación de Aorta-iliaca-femoral» del CCS 55 estaría mejor encuadrado en el CCS 52, puesto que desde el punto de vista técnico, encaja mejor dados los recursos que consume.

Estos ocho procedimientos representan la práctica totalidad de los procesos que el hipotético servicio realiza.

⁸ Reflexión realizada por Carlos de Aranzadi Menéndez y Roberto Centeno Vallepuja. Servicio de Cirugía Vascular y Torácica. Hospital de Navarra. 2003.



EL CCS 57 «Creación y revisión de fístula arteria venosa para hemodiálisis» no tiene su correspondiente diagnóstico, ya que como sucede en la realidad, el proceso clínico «Insuficiencia renal crónica terminal» no se diagnostica dentro de un Servicio de Cirugía Vascul ar sino en un Servicio de Nefrología o Medicina Interna. No obstante es un procedimiento típico de Cirugía Vascul ar, y aunque no supone un gran número de casos, sí tiene importancia o relevancia social

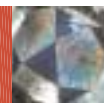
Procesos clínicos priorizados			
CCS	Diagnósticos	Desglose	Núm.
190	Arterografía con contraste de extremidades inferiores		153
189	Aortografía con contraste		41
55	By-Pass vascular periférico		98
		3929 Otra derivación o desviación vascular periférica	76
		3925 Desviación aorta-iliaca-femoral	22
52	Resección y sustitución crítica		60
53	Stripping de venas varicosas de extremidades inferiores		39
57	Creación y revisión de fístula arterio venosa para hemodiálisis		20
51	Endarterectomía, de vasos de cabeza y cuello		15
60	Embolectomía y endarterectomía de extremidades inferiores		15

B) Centro Hospitalario o Servicio de Salud

Un Centro Hospitalario o incluso un Servicio de Salud puede seguir la misma metodología a la hora de priorizar aquellos procesos clínicos sanitarios en los que se van a dedicar esfuerzos de mejora.

La Dirección de Atención Especializada del Servicio Navarro de Salud ha seleccionado, basándose en la metodología Horizonte, un conjunto de procesos clínicos considerados prioritarios para poner en marcha acciones de mejora en toda la Red, con la finalidad de garantizar la equidad en la atención y mejorar los resultados de salud.

El proceso de selección se inició con 108 procesos clínicos. Estos procesos clínicos se eligieron seleccionando el 80% de la casuística de cada una de las especialidades clínicas. La segunda fase de criba se realizó seleccionando aquellos procesos clínicos cuya casuística representaba más del 0,5% del total de ingresos hospitalarios. Los procesos clínicos que constan como prioridades de salud según lo establecido en el Plan de Salud se mantuvieron como procesos candidatos incluso si la casuística no alcanzaba el 0,5% de ingresos. La representación por órgano o sistema se limitó a 3 procesos clínicos para poder obtener un conjunto balanceado de procesos, al mismo tiempo que, por razones de factibilidad, permite implicar a diferentes personas en la constitución de los grupos de trabajo. Tras la 2ª fase, se selecciona un total de 40 procesos clínicos, a los que se añadió un proceso clínico elegido por Atención Primaria por su importancia en el interfaz atención primaria-atención especializada (hiperplasia de próstata). Los 41 procesos clínicos elegidos son los que figuran en la tabla siguiente:

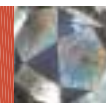


Número de proceso	PROCESOS Clínicos	Frecuencia (% total)	Lista de espera	Comités de mejora
1	Aterosclerosis coronaria (IAM, angor, cardiopatía isquémica)	2,80		
2	Fallo cardiaco no HTA (Insf cardiaca: dcha, izda)	1,20		
3	Neumonías	2,48		
4	EPOC	1,88		X
5	Patología vías respiratorias bajas (Infección/sobreinfección respiratoria)	1,53		
6	Asma	0,74		X
7	Cáncer bronquio/pulmón	0,64		
8	Aterosclerosis periférica (Insf arterial extremidades infer)	0,66		
9	Enfermedades tracto biliar (coletitis, colecistitis agudas y crónicas)	2,07		X
10	Hemorragia gastrointestinal tracto superior (gastritis, ulcus, etc.)	0,93		X
11	Cáncer de mama	0,61	X	
12	Cáncer de colón	0,46	X	
13	Cáncer de recto y ano	0,35	X	
14	Cáncer de estómago	0,30	X	
15	Cáncer de esófago	0,07	X	
16	Cáncer de hígado y conductos biliares	0,07	X	
17	Accidente cerebrovascular	2,20		
18	Alzheimer y otras demencias	0,22		X
19	Parkinson	0,08		
20	Traumatismo cráneo-encefálico	0,62		
21	Cáncer de vejiga	0,72		
22	Cálculos del tracto urinario	0,63		
23	Hiperplasia de próstata	0,45		
24	Incontinencia urinaria			X
25	Neo benignas de útero (miomas, neo benign ovario)	1,39		
26	Cáncer de cérvix	0,09		
27	Espondilosis y trastornos disco intervertebral (lumbalgias, ciatalgias, hernia discal)	2,52	•	X
28	Luxación trauma articulación (Lig rodilla)	2,20	•	X
29	Osteoartritis (afectación cadera y rodilla) (tratamiento recambio articular prótesis cadera y rodilla)	1,58	•	
30	Fracturas de cuello de fémur	1,14	•	
31	Diabetes mellitus (tipo I y II)	0,66		
32	Hipertensión con complicaciones	0,66		
33	Otitis media	1,41		
34	Amigdalitis aguda y crónica	0,92		
35	Cáncer de cabeza y cuello (faringe, laringe)	0,42		
36	Cataratas	2,49	•	
37	Manejo de los trastornos que complican el proceso del parto	3,96		
38	Manejo de los trastornos de la gestación	3,78		
39	Bajo peso, inmadurez o prematuridad RN	0,48		
40	Esquizofrenia	0,49		
41	Psicosis afectivas (depresiones, trastorno bipolar)	0,45		



En la selección definitiva de los procesos clínicos hasta reducirlos a un número factible, para poder diseñar e implantar acciones de mejora, se contó con la colaboración del equipo directivo perteneciente a la Dirección de Atención Especializada. El objetivo final era la elección de 10 procesos clínicos en función a unos criterios (ver tabla de criterios de priorización). Para facilitar, se especificó en la hoja de selección si el proceso clínico formaba parte de las prioridades de salud el % de la casuística basada en el CMBD hospitalario, si el proceso clínico tenía posibilidades de mejora en cuanto a lista de espera (por aspectos organizativos, punto, o por número y tiempo de espera, X), o si los procesos clínicos ya estaban siendo abordados por los comités de mejora.

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN	
TRASCENDENCIA	<p>Prevalencia de la condición o situación clínica: este criterio pretende abordar la dimensión cuantitativa del proceso clínico. En la actualidad, solo disponemos de datos de la atención en régimen de hospitalización (punta del iceberg).</p> <p>Proceso clínico considerado prioritario por el Sistema: el sistema ha seleccionado una serie de procesos clínicos para ser abordados (Plan de Salud, Comités de Mejora de coordinación primaria-especializada, etc.)</p> <p>Impacto social: percepción por parte de la sociedad de que es muy importante que el Sistema de Salud aborde ese proceso clínico.</p> <p>Carga de enfermedad: concepto relativo al grado de deterioro de la salud (mortalidad precoz, discapacidad, calidad de vida).</p> <p>Coste: el diagnóstico y tratamiento de ese proceso clínico tiene un coste económico elevado.</p>
ÁREAS DE MEJORA	<p>Lista de espera: la lista de espera es importante para ese proceso clínico, bien por la demora existente a lo largo del tiempo o por la repercusión que tiene en el paciente la espera.</p> <p>Variabilidad en la práctica clínica: se trata el proceso clínico con criterios de actuación que varían entre profesionales.</p> <p>Complicaciones generadas por el proceso de atención: se percibe que las complicaciones o secuelas de ese proceso clínico se podrían disminuir con la implantación de acciones de mejora.</p> <p>Organización de circuitos: Se percibe que los circuitos clínicos podrían mejorar la calidad de la atención prestada a ese proceso clínico (bucles innecesarios, pruebas innecesarias, etc.).</p>
FACTIBILIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA	<p>Facilidad de la implantación de las áreas de mejora seleccionadas.</p>



4.1.2- FASE II. Especificación de los procesos y los procedimientos por modalidades de atención

Primera parte

Selección de las categorías del listado obtenido con la CCS en función de distintos criterios:

- Volumen de casos con esos diagnósticos o procedimientos. En general, las categorías seleccionadas deberían representar más del 80% de los casos atendidos por el servicio.
- Correspondencia entre los diagnósticos seleccionados y los procedimientos que se realizan a dichos pacientes (por ejemplo, si se selecciona la hiperplasia prostática, se debería seleccionar en procedimientos la resección prostática).

A la hora de definir los procesos clínicos integrados, puede resultar útil el análisis de la correspondencia entre los diagnósticos y los procedimientos.

En la siguiente tabla se representa la correspondencia entre procesos clínicos y procedimientos para determinadas condiciones cardiológicas.

		Procedimientos	Intervenciones Q				Técnicas intervencionistas				Exploraciones diagnósticas								
			Reparación valvular	Revascularización miocárdica	Marcapasos	Desfibriladores	Otros procedimientos	ACTP + stent	Cardioversión	Ablación radiofrecuencia	CIA, ductus valvuloplastia	Otros	Cateterismo Cardíaco	Coronariografía	Estudio electrofisiológico	Prueba de esfuerzo	Ecocardiograma / ecoestre	Test de inclinación	Holter
Procesos	Aterosclerosis Coronaria	ENFERMEDAD CORONARIA AGUDA																	
		IAM Con elevación del ST Sin elevación del ST	X					X				X	X		X				X
		Otras arterioesclerosis coronaria agudas o subagudas	X					X				X	X		X				X
		ENFERMEDAD CORONARIA CRÓNICA	X					X				X	X		X	X			
	Enf. Valvular	Enf. válvula Aórtica	X							X		X				X			
		Enf. válvula Mitral	X							X		X				X			
	Trast. Ritmo	Taquiarritmias auriculares							X										X
		Taquiarritmias ventriculares				X			X	X				X					X
	Trast. Conducc.	Bradiarritmias			X														X

Análisis de los grupos misceláneos. Aunque existen categorías del CCS que son una agrupación de diagnósticos o procedimientos no especificados, no parece indicado que a un conjunto de procesos diversos se le pueda aplicar los mismos indicadores de calidad, ni se deberían realizar las mismas actividades para su diagnóstico y tratamiento (ejemplo: existe una categoría que se denomina «otros procedimientos quirúrgicos del tracto urinario»). Con el objetivo de reducir al máximo los grupos misceláneos, se pueden considerar las siguientes opciones:



- Si el volumen de casos incluidos en las categorías misceláneas es pequeño, se podría optar por no priorizar esos procesos clínicos, a no ser que alguno de ellos tuviera una especial relevancia. En definitiva, se eliminarían las categorías.
- Si el número de casos fuera importante, se podrían subdividir en categorías homogéneas. A continuación se estudiaría cada categoría homogénea analizando cuáles de ellas serían priorizadas para incorporar en el MAPPA-Horizonte, (en el ejemplo de otros procedimientos quirúrgicos del tracto urinario, se puede desglosar la categoría en cistectomía 39.3%, derivación urinaria 29.7%, cistostomía 16.7%. Se debería evaluar si merece la pena elegir los tres procedimientos o seleccionar algunos de ellos o incluso si se pueden agrupar de otra forma). En conclusión, se estratificaría y se priorizarían algunos estratos o grupos de patologías.
- No se deben incluir categorías que se correspondan con complicaciones (ejemplo: «complicaciones de implante, injerto o dispositivo»). Las complicaciones suceden en la aplicación de procedimientos, y el porcentaje de procedimientos complicados representa un indicador de calidad. Sin embargo, un servicio clínico no «ofrece» complicaciones, éstas se producen en la realización de una prestación sanitaria. Las complicaciones se monitorizarán y evaluarán como un atributo de calidad.
- Los grupos elegidos deberían implicar a todos los profesionales del servicio. Conviene que la estructura por la que se opte implique a todas las áreas y profesionales del servicio. Este aspecto cobra especial relevancia si el MAPPA definido sirviera de base para la formulación y evaluación de objetivos de calidad.

Segunda parte

Una vez seleccionados los procesos y procedimientos, éstos se integran en las distintas modalidades de atención. La especificación de los procesos clínicos atendidos puede finalizar aquí o avanzar hacia la fase III. En el desarrollo a medio plazo las dos opciones convergen.

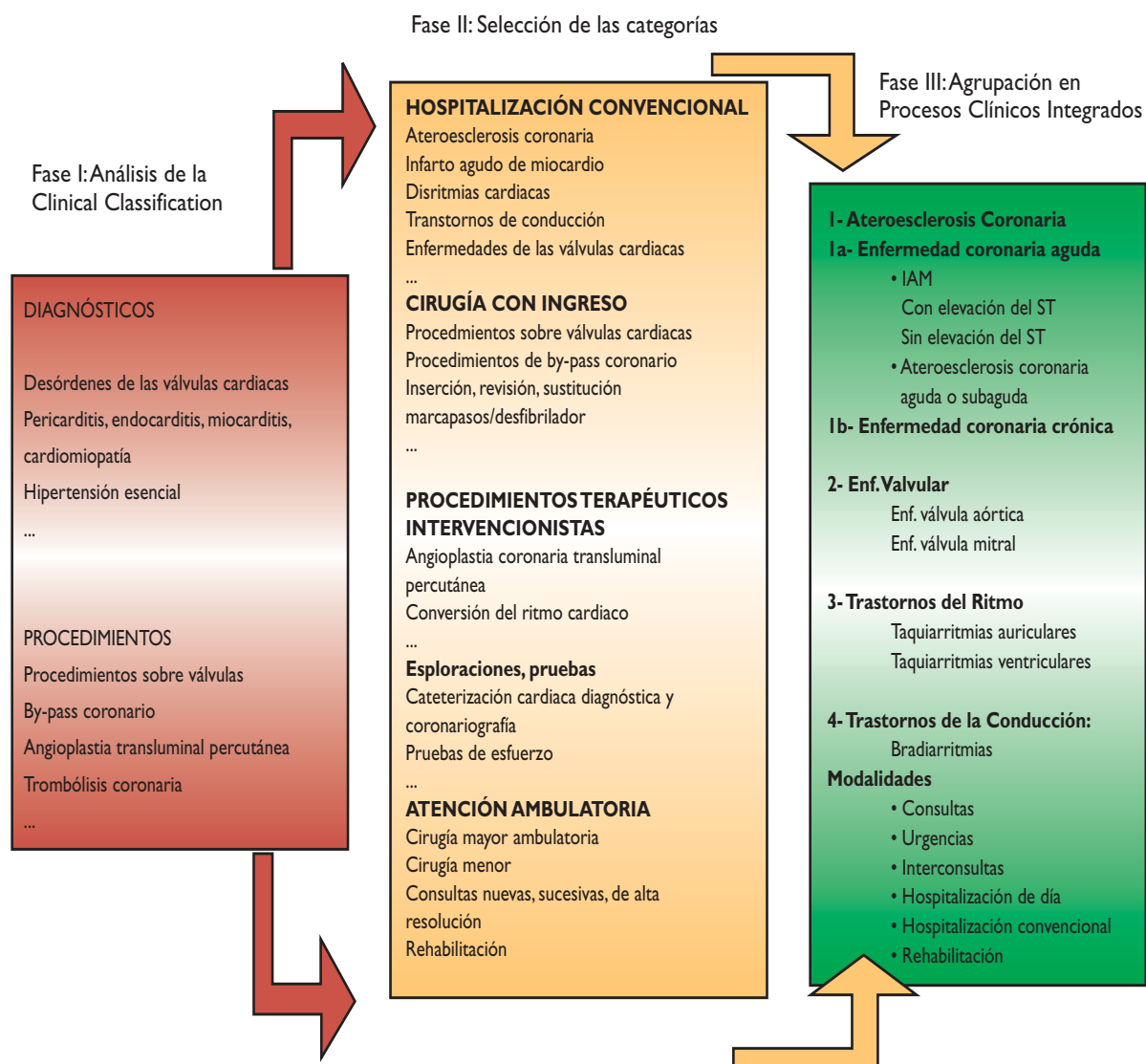
HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL
Cálculo del tracto urinario
Cáncer de vejiga
Hiperplasia de próstata...
CIRUGÍA CON INGRESO
Prostatectomía abierta
Nefrectomía total o parcial...
CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
Excisión transuretral, drenaje y eliminación de obstrucción urinaria...
TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS
Inserción de catéter urinario permanente
Endoscopia y biopsia endoscópica de vejiga...
EXPLORACIONES DIAGNÓSTICAS
Estudios urorradiológicos
Flujometría...



4.1.3- FASE III: Definición de Procesos Clínicos Integrados.

En un desarrollo ulterior del análisis de la casuística, se podría unificar los pacientes en grupos clínicamente coherentes que representan unos diagnósticos similares y a quienes se les realizara unos procedimientos determinados. Se trata, por lo tanto, de agrupar los diagnósticos y procedimientos en Procesos Clínicos Integrados.

En el gráfico siguiente se presentan las tres fases a modo de ejemplo.



En algunos casos, el servicio podría optar por situar un determinado procedimiento como eje principal, de modo que se aplique a determinados procesos. Tal y como se indica en la figura siguiente, el eje es el cateterismo.



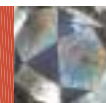
Cateterismo	Prevención	Accesibilidad	Orientación al paciente	Casuística	Normalización	Trazadores de atención	Atención positiva	Resultados de seguridad	Eficiencia
Aspectos comunes para todos los procesos									
Infarto agudo de miocardio									
Otras aterosclerosis agudas o subagudas									
Enfermedad coronaria crónica									
Enfermedad valvular aórtica									
Enfermedad valvular mitral									

Cualquiera de las estrategias conducen al mismo estado final del MAPPA, por lo que el servicio debatirá los elementos a favor y en contra de cada una de ellas, siendo posible las opciones mixtas que permitan una integración de las acciones y resultados a conseguir por el servicio.

La ventaja fundamental de seguir el eje de los Procesos Clínicos Asistenciales es que se percibe el proceso como un conjunto continuo de actividades integradas con una clara percepción de los elementos de interacción o «bisagra» (por ejemplo, se puede apreciar cómo se integran las pruebas complementarias, los procedimientos quirúrgicos y los cuidados en la gestión del proceso clínico). Se trataría de una orientación hacia «servicios funcionales». El principal inconveniente de la vertebración hacia procesos clínicos es que requiere una mayor coordinación y consenso entre profesionales (a veces pertenecientes a distintos servicios y unidades) para llevar a la práctica todas las acciones necesarias para mejorar la calidad de la atención ofrecida. En cualquier caso, conviene que la estructura por la que se opte implique a todas las áreas y profesionales del servicio.

La especificación de los procesos clínicos tiene que guardar un fino equilibrio para seleccionar:

- un conjunto de procesos con coherencia clínica de forma que los diagnósticos y procedimientos englobados en la denominación de ese proceso clínico compartan indicadores y acciones para medir la calidad de la atención ofrecida
- un número de procesos definidos manejables (pocos vitales)
- que constituyan un porcentaje importante de la casuística atendida por la unidad clínica
- implican a todos los profesionales del servicio



4.2- DEFINICIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS ATRIBUTOS DE CALIDAD

Esta fase consta de los siguientes puntos:

- análisis de la situación actual.
- determinación del horizonte final.
- priorización de los atributos de calidad para cada proceso y especificación de las dimensiones de calidad a actuar cada año.

Una vez determinados los procesos clínicos relevantes, se procede a la selección de los atributos que mejor representan la calidad del citado proceso clínico y en los que el servicio debiera centrar los esfuerzos en los próximos años. Para ello se revisarán todos los atributos que habitualmente determinan la calidad de un servicio.

En nuestro contexto, debido a la escasa tradición y al poco desarrollo de instrumentos de autoevaluación, es frecuente que no dispongamos de datos e indicadores suficientemente contrastados que nos permita acreditar fehacientemente la calidad de las prestaciones sanitarias incluso en servicios tradicionalmente de mayor calidad.

Una vez determinados los principales servicios que presta el área clínica, servicio, etc., se señalará la situación inicial cumplimentando los datos disponibles en la actualidad sobre los atributos de calidad para cada uno de los principales procesos. Se marca con ✓ aquellos atributos para los que se dispone de indicadores de calidad.

Atributos de calidad ⇒ Especificación de los principales servicios (procesos clínicos) ↓	Prevención	Accesibilidad	Orientación al paciente	Casuística	Normalización	Efectividad / utilidad	Seguridad	Eficiencia
Proceso 1 Procedimiento diagnóstico 1 Procedimiento terapéutico 1	✓		✓			✓		✓
Proceso 2 Procedimiento diagnóstico 2 Procedimiento terapéutico 2							✓	
Proceso 3								
...		✓				✓		
...								
...				✓				
Proceso n Procedimiento diagnóstico n Procedimiento terapéutico n			✓				✓	



Una vez conocida la situación de partida del servicio, es importante determinar cuál es la situación final a la que el servicio aspira en un plazo de dos o tres años.

El servicio clínico, transcurrido un tiempo, podría presentar una imagen más nítida de la calidad de los servicios y prestaciones que ofrece.

En la tabla siguiente se representa a un hipotético servicio clínico en el horizonte de 3 años. Se marca con ✓ aquellos atributos para los que se dispone de indicadores de calidad.

Atributos de calidad ⇒ Especificación de los principales servicios (procesos clínicos) ↓	Prevenición	Accesibilidad	Orientación al paciente	Casuística	Normalización	Efectividad / utilidad	Seguridad	Eficiencia
	Proceso 1 Procedimiento diagnóstico 1 Procedimiento terapéutico 1	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Proceso 2 Procedimiento diagnóstico 2 Procedimiento terapéutico 2	✓	✓	✓			✓	✓	✓
Proceso 3		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
...		✓	✓	✓	✓		✓	
Proceso n Procedimiento diagnóstico n Procedimiento terapéutico n		✓	✓			✓	✓	✓

Si bien en la mayoría de los casos podrían definirse compromisos de calidad en cada uno de los atributos y para cada uno de los procesos, es cierto que todos ellos no son igualmente relevantes. En cualquier caso, no resulta factible actuar simultáneamente en todos. Es por ello que resulta imprescindible priorizar, para cada proceso, los atributos en los que se pretende establecer objetivos.

Se puede priorizar mediante diversas técnicas de consenso desde las más intuitivas a las más sofisticadas parrillas de priorización. En el Anexo III se adjunta una matriz de apoyo a la priorización de los atributos de calidad para un determinado proceso clínico.

El resultado que se pretende alcanzar se asemeja al que se propone en la tabla que viene a continuación. Los espacios sombreados reflejan los atributos de calidad priorizados para cada uno de los procesos clínicos. El servicio clínico se comprometería, por tanto, a intervenir en dichos parámetros de calidad estableciendo el objetivo y el indicador oportuno para ello.



Atributos de calidad ⇒ Especificación de los principales servicios (procesos clínicos) ↓	Prevención	Accesibilidad	Orientación al paciente	Casuística	Normalización	Efectividad / utilidad	Seguridad	Eficiencia
Proceso 1 Procedimiento diagnóstico 1 Procedimiento terapéutico 1								
Proceso 2 Procedimiento diagnóstico 2 Procedimiento terapéutico 2								
Proceso 3								
...								
...								
...								
Proceso n Procedimiento diagnóstico n Procedimiento terapéutico n								

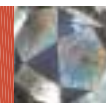


La siguiente tabla refleja el desarrollo final de los atributos de calidad para el conjunto de los procesos clínicos del servicio.

	FACTORES	ATRIBUTOS DE CALIDAD	Proceso 1	Proceso 2	Proceso 3	Proceso 4
AGENTES FACILITADORES	Prevención	Prevención primaria / Prevención secundaria				
	Accesibilidad	Lista de espera				
		Demora agilidad				
	Orientación al paciente	Información específica				
		Libre elección				
		Personalización				
Satisfacción						
Casuística	Casuística / Alta tecnología					
PROCESOS	Normalización	Normalización circuito asistencial				
		Normalización indicación/derivación				
		Normalización confirmación diagnóstica				
		Normalización de la indicación terapéutica				
		Normalización aplicación diagnóstica/terapéutica				
		Normalización planes cuidados enfermos				
	Normalización continuidad de cuidados					
Indicadores de proceso	Indicadores trazadores de atención					
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	Atención positiva	Efectividad				
		Utilidad				
	Resultados de seguridad	Mortalidad				
		Infecciones nosocomiales				
		Indicadores de cuidados de enfermería: úlceras de presión, caídas, etc.				
		Complicaciones específicas				
	Eficiencia	Estancia media				
		Reproceso / reingreso / utilización adecuada				

En la tabla siguiente se expone un ejemplo concreto para un hipotético Servicio de Cirugía Vascul⁹.

⁹ Reflexión realizada por Carlos de Aranzadi Menéndez y Roberto Centeno Vallepuga. Servicio de Vascul⁹ y Torácica. Hospital de Navarra. 2003.



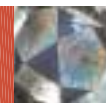
		CCS 114 Aterosclerosis periférica y visceral	Aspectos comunes para todo el proceso	CCS 190 Arteriografía	CCS 55 By-Pass vascular periférico
AGENTES FACILITADORES	Prevención	Prevención primaria / Prevención secundaria			
	Accesibilidad	Lista de espera			
		Demora agilidad			
	Orientación al paciente	Información específica			
		Libre elección			
		Personalización			
Satisfacción					
Casuística	Casuística / Alta tecnología				
PROCESOS	Normalización	Normalización circuito asistencial			
		Normalización indicación/derivación			
		Normalización confirmación diagnóstica			
		Normalización de la indicación terapéutica			
		Normalización aplicación diagnóstica/terapéutica			
		Normalización planes cuidados enfermos			
	Normalización continuidad de cuidados				
Indicadores de proceso	Indicadores trazadores de atención				
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	Atención positiva	Efectividad			
		Utilidad			
	Resultados de seguridad	Mortalidad			
		Infecciones nosocomiales			
		Indicadores de cuidados de enfermería: úlceras de Presión			
		Complicaciones específicas			
	Eficiencia	Estancia media			
		Reproceso / reingreso / utilización adecuada			



En la tabla siguiente se expone un ejemplo de elementos que se deben priorizar para el Accidente cerebrovascular (ACV)¹⁰

	Accidente Cerebrovascular (ACV)	Atributo de Calidad Seleccionado	Prioridad	Justificación de la selección
AGENTES FACILITADORES	Prevenición	Prevenición primaria	2	La prevención de los factores de riesgo: HTA, diabetes, tabaquismo es importante para reducir el riesgo de sufrir ACV. Aunque quizá a este aspecto en atención especializada no se le pueda dar mucha relevancia.
		Prevenición secundaria	1	Se ha demostrado la utilidad del tratamiento ya que reduce el riesgo de recidiva futura.
	Accesibilidad	Lista de espera		El ictus es un proceso urgente por lo que este aspecto no tiene interés.
		Demora agilidad	1	La atención en las primeras 3-6 horas es fundamental para la evolución del proceso.
	Orientación al paciente	Información específica	1	Es interesante informar al paciente de las implicaciones y secuelas de su patología. Sería importante proporcionarle material impreso que facilite la comprensión de la enfermedad al paciente y/o a sus familiares directos.
		Libre elección		Al ser pacientes que ingresan por Urgencias esta opción no es posible.
		Personalización	2	Este aspecto es importante en cualquier tipo de patología, sobre todo si requiere bastantes visitas sucesivas.
		Satisfacción		Al ser un proceso de urgencia vital, pensamos que no es uno de los aspectos prioritarios.
	Casuística	Casuística / Alta tecnología	1	Requiere exploraciones sofisticadas con personal altamente cualificado y tratamiento trombolítico específico.
	PROCESOS	Normalización	Normalización del circuito asistencial	2
Normalización del circuito asistencial			1	Al ser un proceso de carácter urgente, los circuitos de derivación relevantes son los relacionados con el código ictus en la atención urgente.
Normalización confirmación diagnóstica			1	Es muy importante normalizar las pruebas que, según la evidencia científica, se deben realizar.
Normalización de la indicación terapéutica			1	Se deben normalizar las indicaciones terapéuticas según la evidencia científica.
Normalización aplicación diagnóstico/terapéutica				En este proceso no es un factor relevante.

¹⁰ Reflexión realizada por MARÍA JESÚS BAL, MARÍA JOSÉ FOMBELLA y FRANCISCO TERRÓN. Hospital Xeral-Calde de Lugo. Marzo 2004.



	Accidente Cerebrovascular (ACV)	Atributo de Calidad Seleccionado	Prioridad	Justificación de la selección
PROCESOS	Normalización	Normalización planes cuidados enfermeros	1	Muy importante en el ACV, ya que muchas de las complicaciones (neumonía por aspiración, úlceras de decúbito...) se pueden disminuir con cuidados adecuados de enfermería.
		Normalización continuidad de cuidados	2	Es importante la coordinación con el Servicio de Rehabilitación ya que es imprescindible en los pacientes que sobreviven a un ACV para recuperar la funcionalidad neurológica.
	Indicadores de proceso	Indicadores trazadores de atención	1	Entre ellos podrían tenerse en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> • tiempo transcurrido entre el ACV y la llegada al hospital. • control de tensión arterial y otros factores de riesgo. • tiempo transcurrido desde el ingreso hospitalario hasta la instauración del tratamiento fibrinolítico.
RESULTADOS	Atención positiva	Efectividad	1	En este proceso es importante según la fase: <ul style="list-style-type: none"> • mantenimiento de las condiciones metabólicas y hemodinámicas • reperfusión precoz de la arteria ocluida • prevención secundaria de un nuevo episodio.
		Utilidad		No lo consideramos muy relevante, porque al tratarse de un proceso de instauración aguda y que suele dejar diferentes grados de incapacidad, el paciente no va a percibir ganancia en su estado de salud, sino al contrario.
	Resultados de seguridad	Mortalidad	2	Es importante, aunque quizá no tenga la misma relevancia que en procedimientos quirúrgicos.
		Infecciones nosocomiales	2	Es de interés dado que son pacientes que pueden desarrollar infecciones por sondajes, neumonías de aspiración...
		Indicadores de cuidados de enfermería	1	Muy importante, ya que de sus cuidados depende en un alto grado la calidad de vida del enfermo.
		Complicaciones específicas	2	Es interesante monitorizar las hemorragias producidas por el tratamiento.
	Eficiencia	Estancia media	1	Es importante adecuar la estancia hospitalaria, ya que una estancia demasiado elevada puede incrementar el riesgo de infecciones además de incrementar el costo del proceso. También es práctica la planificación del alta (ya que son pacientes que no van a terminar su recuperación dentro del hospital)
		Reproceso/reingreso / utilización adecuada	2	Este aspecto tiene interés, ya que los pacientes con ACV suelen tener mucha comorbilidad, con lo que los reingresos resultan frecuentes.

Los aspectos catalogados como prioridad 1 son más importantes que los catalogados como prioridad 2, y por lo tanto serían los primeros sobre los que actuar.



4.3- ESPECIFICACIÓN DE INDICADORES

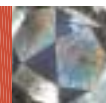
Una vez seleccionados los procesos y priorizados sus atributos de calidad se inicia la labor de definición y selección de los indicadores y, en su caso, objetivos de mejora más adecuados para cada uno de dichos atributos.

David Eddy¹¹, relata que «dada la importancia de la atención sanitaria, no parece razonable que no existan caminos excelentes para evaluar si lo estamos haciendo bien. El retraso en su comienzo puede ser explicado por una variedad de factores: la creencia general de que la calidad es alta, la ofensa implícita hacia la profesión médica, el malestar con el público cuando se mide el desempeño, y el hecho de que desempeños por debajo del estándar son en gran parte invisibles excepto cuando se analiza a través de una lente estadística. Sin embargo, una vez lanzado adquiere gran importancia. Los indicadores informan a los ciudadanos de los resultados que ellos pueden esperar de determinados tratamientos, son la base de los esfuerzos de mejora de la calidad de planes, y son la base para que los ciudadanos elijan proveedores y planes de salud».

Bándose en una serie de reflexiones el mismo autor lanza la pregunta; ¿por qué son tan difíciles los indicadores en salud? Y menciona:

- 1) ***Influencia del factor de probabilidad.*** Casi todos los resultados de salud tienen un componente probabilístico muy grande debido a:
 - ✓ **Baja frecuencia.** Muchos de los resultados de salud ocurren con una frecuencia baja. Este hecho tiene implicaciones en cuanto al tamaño de la muestra necesaria para medirlo y dificulta la interpretación de los resultados cuando estos varían entre centros.
 - ✓ **Resultados a largo plazo.** Hay indicadores que necesitan medirse a largo plazo, como por ejemplo, los indicadores de supervivencia. Para medir la supervivencia a 5 o 10 años debe transcurrir ese periodo de tiempo.
 - ✓ **Control de los resultados.** Existen muchos factores que influyen en los resultados dificultando la relación causa-efecto.
 - ✓ **Grado de detalle clínico.** Algunos indicadores requirieren una gran cantidad de información que no se recoge de forma sistemática.
- 2) ***Problemas ocasionados por las personas.*** Indican aquellos aspectos relacionados con las personas que, en teoría, podrían cambiarse.
 - ✓ **Sistemas de información inadecuados.** Pocas organizaciones tienen sistemas de información lo suficientemente potentes para obtener la información requerida.
 - ✓ **Demasiados medidores y medidas.** Cada organización establece sus propios indicadores y en la obtención final de la información intervienen muchas personas.
 - ✓ **Complejidad de los planes de salud y elevados costes relacionados con la recogida y análisis de los indicadores.** El desarrollo de sistemas de información suele ser costoso.

¹¹ DAVID M EDDY. Performance Measurement: Problems and Solutions. Health Affairs, July/August 1998 pp. 7-25.



La intención de citar este artículo es hacer explícita la dificultad que entraña la selección de un conjunto de indicadores que midan la calidad de la atención sanitaria. A esta enumeración se le podría añadir un largo listado de otros problemas asociados, llegando a la conclusión de que no es posible que obtengamos, por lo menos a corto plazo, indicadores cuyas cualidades nos satisfagan plenamente.

Partiendo de esta premisa, también es conocido que se produce un círculo vicioso, es decir, como la información obtenida no es buena, no se sistematiza ni se incentiva la recogida y análisis de los indicadores, lo que conduce al efecto final de no disponer de indicadores de calidad porque, a su vez, no hay buenas bases de datos de dónde extraerlos.

Otro aspecto que merece especial consideración se relaciona con la bondad intrínseca del indicador. Habrá ocasiones en las que habrá que realizar esfuerzos, y poner énfasis en que se documente, para que se pueda codificar, determinados aspectos de la atención. Se podría dar la paradoja de que el indicador sea bueno pero que éste sea rechazado en el análisis empírico debido a que no se registren los casos. Ante esta situación habrá que valorar, antes de excluir el indicador, si merece la pena diseñar iniciativas para que se mejore la recogida de los casos o si por el contrario, se elimina el indicador directamente.

Por otra parte, también es conocido el efecto que se produce cuando se implanta un conjunto de indicadores y se difunden los resultados de los mismos. El resultado es una mejora sistemática de la calidad de la recogida de esos indicadores, en otras palabras, «mejora la contabilidad de los propios indicadores».

Por todos los aspectos mencionados, no se debería aspirar, en una primera fase, a obtener excelentes indicadores de calidad. En la mayoría de las ocasiones habrá que conformarse con vislumbrar solamente la punta del iceberg de los efectos que se quieren medir. Casi con seguridad, los indicadores mejorarán con su puesta en marcha y seguimiento de su evolución.

Esto no quiere decir que el objetivo sea «arrojar» indicadores sin ningún tipo de criterio ni que se pretenda sistematizar una recogida cuya utilidad vaya a ser nula. El objetivo es buscar una alternativa a medio camino entre «la excelencia» y «el pragmatismo».

Lo ideal sería poder disponer de un banco de indicadores y analizar periódicamente un subconjunto de ellos de forma rotatoria. Ésta es una de las estrategias propuestas por algunos autores¹² para paliar las consecuencias de una utilización no deseada de los indicadores de calidad, como es el hecho comprobado de que las organizaciones y las unidades clínicas tienden a centrar sus esfuerzos exclusivamente en aquellas patologías o aspectos que van a ser monitorizadas y «relajan» los esfuerzos de mejora en las demás.

Parece obvio que para tener muchos, primero hay que empezar por pocos. Sin embargo, puede ser interesante tener esta posibilidad en perspectiva, siguiendo el principio número tres de una adecuada estrategia de medición¹³ «Keep measurement simple; think big, but start small».

Un aspecto relevante a considerar es que el modelo que se proponga, debería disponer de suficientes elementos flexibles que permitiese a las organizaciones «mol-

¹² LAWRENCE P. CASALINO. The Unintended Consequences of Measuring Quality on the Quality of Medical Care. *N Engl J Med* 1999; 341: 1147-1150. Esta idea también es citada por ¹² DAVID M EDDY. En el ya mencionado artículo Performance Measurement: Problems and Solutions. *Health Affairs*, July/August 1998 pp. 7-25.

¹³ EUGENE C NELSON, MARK E SPLAINE, PAUL B BATALDE and STEPHEN K PLUME. Building Measurement and Data Collection into Medical Practice. *Ann of Intern med* 1998; 128: 460-466.



dear» el conjunto de indicadores. A medida que se vaya obteniendo información de la utilidad de los indicadores y conforme avance el conocimiento científico de los mismos, mejorará el perfil de los indicadores propuestos.

Selección de propiedades que debería tener un buen indicador

Las siguientes características son un conjunto de propiedades que debería tener un buen indicador:

- **Validez facial.** Debe medir un aspecto importante de la calidad y además formar parte del área de influencia del proveedor o del sistema sanitario.
- **Precisión.** Un indicador adecuado debería ser aquel cuyo resultado oscilara de un proveedor a otro y, que esa variabilidad no fuese debida al azar o a las características del paciente.
- **Validez de constructo.** El indicador debería estar relacionado con otros indicadores o medidas que tengan la intención de medir los mismos (o relacionados) aspectos de calidad.
- **Mínimización de sesgos.** El indicador no debería verse afectado por diferencias sistemáticas en la casuística (case-mix) de los pacientes, incluyendo la severidad y la comorbilidad. En aquellos casos donde existan diferencias sistemáticas, se debe realizar un ajuste de riesgo utilizando la información disponible.
- **Que evite incentivos perversos.** El indicador debería ser resistente a las posibles manipulaciones de los proveedores del sistema, en otras palabras, la definición e implantación de determinados indicadores deberían evitar la posibilidad de que las organizaciones valoren como posibilidad de excluir la atención de los casos más difíciles o complejos con el fin de mejorar el resultado de los indicadores.
- **Aplicación.** El indicador debería haber sido utilizado en el pasado o tener un alto potencial de trabajar bien junto a otros indicadores. Algunas veces indicadores agrupados pueden dar una imagen más completa de la calidad de una institución o de un servicio.
- **Factible.** La organización debe disponer de fuentes de información fiables y válidas para la extracción de los indicadores.

A continuación presentamos la especificación de un indicador de calidad para el ACV¹⁴.

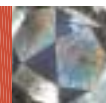
Descripción del indicador

Pacientes con ACV isquémico agudo tratados con aspirina dentro de las 48 horas tras el episodio.

Justificación

La prescripción de aspirina entre 160 y 300 mg diarios iniciada dentro de las 48 horas del ACV isquémico agudo, disminuye el riesgo de muerte en los primeros 6 meses y disminuye la dependencia, según la evidencia científica.

¹⁴ Reflexión realizada por María JESÚS BAL, MARÍA JOSÉ FOMBELLA y FRANCISCO TERRÓN. Hospital Xeral-Calde de Lugo. Marzo 2004.



Objetivos

- ✓ Objetivo último: disminución de la mortalidad a los 6 meses y de la dependencia del paciente.
- ✓ Objetivo intermedio: adherencia al protocolo de tratamiento por parte de los neurólogos e internistas.

Tipo de indicador: es un indicador de resultados: disminución de recidivas, mortalidad.

Definición del numerador: número de prescripciones en las primeras 48 horas tras el ACV isquémico agudo.

Definición del denominador: número de ACV isquémicos agudos.

Importancia de realizar ajuste de riesgos: en esta patología no es relevante.

Fuentes de información:

Para el numerador: las órdenes de farmacia o la Historia Clínica.

Para el denominador: CMBD

Fortalezas y debilidades:

- ✓ Fortalezas:
Al ser el ACV un proceso muy frecuente, el indicador se puede aplicar tanto en hospitales grandes y medianos como en comarcales, ya que la casuística lo permitiría.
Es un indicador sencillo de definir.
- ✓ Debilidades:
Para facilitar el trabajo se necesitaría estandarización e informatización de las órdenes de farmacia y que en éstas conste el diagnóstico y el tratamiento a las 48 horas.

Estándar del indicador: se podría comenzar con un estándar de 90%, ya que habría que descontar:

- ✓ Los pacientes que no pueden tragar en las primeras 48 horas
- ✓ Los pacientes que fallecen antes de este tiempo
- ✓ Los pacientes que no pueden tomar aspirina bien por ser alérgicos o por otras contraindicaciones.

Periodo de tiempo de control: trimestral.

La tabla de la página siguiente señala ejemplos de indicadores de calidad para el proceso infarto agudo de miocardio y otros síndromes coronarios agudos.

Anotaciones de la tabla:

- (1) Se puede obtener la información a través de encuestas, registros específicos, etc.
- (2) En cuanto a los protocolos, los indicadores pueden reflejar la confección o diseño de los mismos, la utilización o aplicación, o indicadores claves del cumplimiento de aspectos específicos del protocolo. Esta última opción es la que pretenden medir los indicadores trazadores de atención.
- (3) El cálculo de la infección de herida quirúrgica se puede extraer automáticamente a partir del CMBD. A pesar de que, en general, existe un infrarregistro de las infecciones en los informes de alta, los valores obtenidos a partir del CMBD nos puede proporcionar una idea aproximada de la incidencia o prevalencia de estas infecciones y de su tendencia.
- (n) El indicador se puede medir desde el inicio de sintomatología o desde la llegada al hospital.



Algunos indicadores del proceso infarto agudo de miocardio y otros síndromes coronarios agudos

Factores	AGENTES FACILITADORES				PROCESOS				RESULTADOS DE LA ATENCIÓN					
	Prevención	Accesibilidad	Información específica	Orientación al paciente	Casística	Normalización				Indicadores de proceso	Atención positiva	Resultados de seguridad	Eficiencia	
Infarto agudo de miocardio y otros síndromes coronarios agudos	<p>Prevención primaria</p> <p>Prevención secundaria</p>	<p>Lista de espera</p> <p>Demora agilidad</p>	<p>Información específica</p> <p>Libre elección</p> <p>Personalización</p> <p>Satisfacción</p>	<p>Casística / Alta tecnología</p>	<p>Normalización indicación/derivación</p> <p>Normalización circuito asistencial</p> <p>Normalización de la confirmación diagnóstica</p> <p>Normalización de la indicación terapéutica</p> <p>Normalización aplicación diagnóstica/terapéutica</p> <p>Normalización planes cuidados enfermeros</p> <p>Normalización continuidad de cuidados</p>	<p>Indicadores trazadores de atención</p>	<p>Efectividad</p> <p>Utilidad</p>	<p>Mortalidad</p> <p>Infecciones nosocomiales</p> <p>Indicadores de cuidados de enfermería: úlceras de presión, caídas, etc.</p> <p>Complicaciones específicas</p>	<p>Estancia media</p> <p>Reproceso/reingreso/ utilización adecuada</p>	<p>Tasa (estandarizada por edad y sexo) de acontecimientos cardiovasculares con un diagnóstico previo de enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular periférica, episodio isquémico transitorio o infarto oculto. Tiempo = 6 meses</p> <p>Estancia media IAM no complicado</p>	<p>% de pacientes con prescripción de beta-bloqueantes al ingreso y alta.</p> <p>Nº y % de pacientes de 35 a 74 años con enfermedad cardiovascular en cuya historia consta la prescripción de aspirina al ingreso y al alta.</p> <p>% de paciente con BCA si volumen de eyección ventricular izquierda es <40% con perfil lipídico y manejo del colesterol.</p> <p>% con consejo de cesación tabáquica</p>	<p>Grado de revascularización</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>
Renovación miocárdica (bypass)					<p>Tasa estandarizada (edad y sexo) de bypass arterial coronario (0° habitantes</p>	<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Grado de revascularización</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	<p>Tasa estandarizada (edad y sexo) de bypass arterial coronario (0° habitantes</p>	<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	
ACTP + stent					<p>Tasa estandarizada (edad y sexo) de ACTP (0° habitantes</p>	<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Grado de revascularización</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	<p>Tasa estandarizada (edad y sexo) de ACTP (0° habitantes</p>	<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	
Coronariografía					<p>Tasa estandarizada (edad y sexo) de angiografía x 10° habitantes</p>	<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Grado de revascularización</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	<p>Tasa estandarizada (edad y sexo) de angiografía x 10° habitantes</p>	<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	
Cateterismo cardiaco					<p>% de cateterizaciones cardiacas bilaterales</p>	<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Grado de revascularización</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	<p>% de cateterizaciones cardiacas bilaterales</p>	<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	
Prueba de esfuerzo						<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Grado de revascularización</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>		<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	
Ecoardiograma						<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Grado de revascularización</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>		<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	
Ecoestres						<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Grado de revascularización</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>		<p>(2) % de aplicación</p>	<p>Nº y % de pacientes que fallecen tras bypass o angioplastia durante el ingreso hospitalario. Riesgo ajustado de muerte a los 3 días y al año tras</p>	<p>% de infección de herida quirúrgica (3)</p>	



4.4- DESIGNACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES

Una vez definidos los elementos clave, se debe realizar un plan de acción, un cronograma y la asignación de responsabilidades a cada miembro del equipo. El procedimiento a seguir puede ser variado, desde la designación de responsables de proceso, a la creación de comités de calidad de proceso, etc.

En cualquier caso, la asignación de responsabilidades a cada miembro del equipo se debe realizar para todas las actividades y en todas las fases del proyecto.



5

REQUISITOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO HORIZONTE

Desde hace tiempo se conocen las distintas dimensiones de la calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, el avance en la medición de los distintos atributos de calidad no se ha desarrollado paralelamente a la conceptualización de los mismos. Múltiples son las componentes que facilitan o dificultan el avance en su medición. En este capítulo destacaremos:

- el compromiso por parte del servicio clínico
- sistemas de clasificación
- factores dinamizadores del cambio de la práctica clínica profesional
- formación y Asesorías
- informatización

5.1- COMPROMISO POR PARTE DEL SERVICIO CLÍNICO

Para prestar una atención sanitaria de calidad es muy importante tener en cuenta tres elementos:

- El **primer elemento** hace referencia a que la unidad clínica debe conocer sus puntos fuertes y sus áreas de mejora como servicio prestador de atención sanitaria.
- El **segundo** de ellos establece que la mejora de la atención sanitaria no es posible si no hay un compromiso por parte de todos o la mayor parte de las personas integrantes del servicio. Uno de los principios que subyace en el modelo MAPPA-Horizonte es que se debe atender a **todos** los pacientes de un proceso clínico de forma que permita la máxima efectividad y satisfacción de todas las personas o agentes interesados (pacientes, profesionales de distintos servicios, etc.). La normalización, la mejora de los circuitos, etc. requieren la participación y el consenso de una gran cantidad de profesionales para que se pueda realizar con éxito. No es posible que todos estos aspectos sean abordados por un profesional de forma aislada, ni se trata de generar “islas de mejora”. El trabajo en equipo es uno de los aspectos en los que el servicio debe centrar sus esfuerzos.
- El **tercer aspecto** indica que la implantación de las acciones de mejora se debería realizar mediante un plan concreto en el que se especifiquen responsables, tareas y cronograma bajo la supervisión de responsables o líderes de procesos. En definitiva, se trata de planificar la implantación de las actividades de mejora.

5.2- SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN E INFORMACIÓN

En primer lugar, no se han desarrollado en algunos casos ni generalizado en otros, herramientas que permitan medir la atención sanitaria en términos de actividad. Se ha avanzado mucho en la medición del producto hospitalario a través de los dis-



tintos agrupadores del CMBD, sin embargo, los sistemas de codificación y clasificación de la atención ambulatoria en el ámbito especializado están en sus albores. Es, por lo tanto, dificultoso medir la calidad de un determinado tipo de atención integrado en un proceso clínico cuando no se puede cuantificar con precisión el número de procesos concretos atendidos. Del mismo modo que se evolucionó y se pasó de medir estancias a codificar diagnósticos y procedimientos y, de esta forma, poder agrupar los procesos clínicos atendidos en régimen de hospitalización, se está desarrollando en la actualidad la medición de la atención ambulatoria de forma cualitativa. Una vez finalizado este desarrollo, resultará más sencillo asignar atributos de calidad a los procesos clínicos atendidos de forma ambulatoria. De hecho, en la actualidad, se está realizando de forma progresiva la codificación de las listas de espera, de las urgencias y en alguna medida de las consultas en nuestra Comunidad. La historia clínica contribuirá de manera definitiva a ello.

Eugene Nelson¹⁵ describe una serie de consejos para que la medición sea útil:

- 1) En la medición se busca la utilidad, no la perfección.
- 2) Utilización de un conjunto equilibrado de medidas de proceso, resultados y coste.
- 3) Los sistemas de medición deben ser simples, hay que pensar “en grande” pero empezar “en pequeño”.
- 4) Utilización de datos cuantitativos y cualitativos.
- 5) Las definiciones de cada una de las mediciones deben estar escritas.
- 6) Si se tienen que utilizar muestras, éstas deben ser pequeñas pero representativas.
- 7) Incorporación de los sistemas de medición en la práctica diaria.
- 8) Desarrollo de un equipo de medición.

5.3- FACTORES DINAMIZADORES DEL CAMBIO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA PROFESIONAL

Conseguir un cambio con éxito es un reto en el sector sanitario ya que son muchas las partes involucradas y cada una de ellas tiene múltiples objetivos. Las metas están fragmentadas y en múltiples ocasiones son, además, incompatibles. Scott WR¹⁶ aseveraba que “la asociación entre innovación y adecuado desempeño no se garantiza en las organizaciones de cuidados médicos en donde las nuevas tecnologías y tratamientos pueden estar infrutilizados, sobrealimentados, extendidos demasiado pronto, o tarde, o donde los beneficios suelen estar sobrestimados y los costes infravalorados”.

Numerosas técnicas se han utilizado para intentar modificar determinadas prácticas clínicas de los profesionales sanitarios, especialmente, de los facultativos. Algunos cambios requieren superar el nivel individual y alcanzar el nivel de grupo o equipo, e incluso de organización. Balas and Boren¹⁷ encontraron que se requieren varios años para que el nuevo conocimiento generado en ensayos clínicos controlados sea incorporado en la práctica clínica, e incluso entonces su aplicación es muy desigual.

¹⁵ EUGENE C NELSON, MARK E SPAINE, PAUL B BATALDEN and STEPHEN K PLUME. Building Measurement and Data Collection into Medical Practice. *Annals of Internal Medicine*, 1998; 128:460-466.

¹⁶ SCOTT WR. Innovation in Medical Care Organizations: A Synthetic Review. *Medical Care Review*, 1990, p. 187.

¹⁷ BALAS EA, BORAN SA. Managing clinical knowledge for healthcare improvement. *Yearbook of Medical Informatics*, NLM. Bethesda, MD. 65-70; 2000.



No es el objetivo de este documento profundizar en el marco conceptual de la gestión del cambio, pero sí tener en cuenta las distintas estrategias educativas que permitan modificar comportamientos.

Según Robert Trowbridge¹⁸ la formación médica continuada, la elaboración de guías de práctica clínica, y vías clínicas han sido las estrategias en las que se han invertido los mayores esfuerzos. La efectividad de cada técnica ha dependido, principalmente, de la estrategia utilizada en su implementación. Tradicionalmente estas estrategias se han centrado en conferencias y en material impreso y, progresivamente, se han ido desarrollando e incorporando otras como las auditorías y feedback (devolución de información sobre práctica clínica), la formación personalizada (“academic detailing” o “educational outreach”), la utilización de líderes de opinión y los sistemas de recuerdo. Además, algunas organizaciones han incorporado la utilización de informes de acontecimientos centinelas y el análisis causal (“root cause analysis”) en los programas de formación para facultativos.

Recientemente, se ha analizado y evaluado la efectividad de las diferentes técnicas midiendo el cambio del comportamiento de los profesionales y la mejora en los resultados en la salud de los pacientes.

Buena parte de la evidencia sobre la efectividad de las técnicas formativas son de una calidad aceptable y los resultados, a través de las diferentes revisiones sistemáticas, son generalmente consistentes.

No obstante, los aspectos metodológicos no posibilitaron una síntesis cuantitativa completa en la mayor parte de las revisiones. Cuando se analizan las intervenciones en su conjunto se detecta un efecto beneficioso en el 62% de las mismas. Sin embargo, cuando se investiga el efecto en los resultados de salud de los pacientes, el porcentaje de intervenciones efectivas es del 48%.

La formación personalizada (“educational outreach”) y la utilización de líderes de opinión fueron las técnicas más efectivas, cuando se analizaron de forma aislada. También resultaron efectivos los sistemas “recordatorios”. Las técnicas de auditoría y de feedback tuvieron una efectividad marginal y la efectividad de las conferencias y del material impreso fue prácticamente nula.

Las estrategias multi-intervención con al menos 3 componentes se asociaron con un 71% de éxito. En cualquier caso, las diversas revisiones enfatizan que la mejora, incluso con las técnicas consistentemente más efectivas, era en el mejor de los casos moderada y que las variables más sensibles no eran las que medían los resultados en salud sino las que medían el proceso de cuidados.

Por tanto, en función de la evidencia publicada sobre el análisis de las distintas técnicas educativas la tendencia hacia estrategias multi-intervención o multi-componentes serían la que garantizarían una mayor probabilidad de éxito.

5.4- FORMACIÓN Y ASESORÍAS

a) Formación específica en el propio Modelo.

La extensión del Modelo Horizonte no difiere de otras aproximaciones de mejora de la atención sanitaria. La formación en el modelo facilita la utilización de una

¹⁸ ROBERT TROWBRIDGE, SCOTT WEINGARTEN. Educational Techniques Used in Changing Provider Behavior. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. AHRQ Publication 01-E058. July 20, 2001.



terminología común en la que se integren la visión de clínicos, gestores y salubristas. A través del componente práctico, que supone al menos un tercio del total de horas docentes, se proporciona la metodología que apoya la elaboración del modelo y que permita su consecución a medio plazo. Las sesiones docentes, altamente participativas, generan intensos debates permitiendo a los discentes una mejor comprensión del modelo y a los docentes les proporciona elementos y reflexiones que se van incorporando al Modelo haciendo de éste un modelo dinámico.

b) Formación en instrumentos concretos.

El Modelo se apoya en distintos instrumentos de diseño y análisis de las guías de práctica clínica, implantación de vías clínicas, gestión de procesos, monitorización de indicadores, etc. Una formación adecuada en estas materias facilita la comprensión y puesta en práctica del Modelo Horizonte.

También se ve favorecido por un análisis de la casuística de los servicios implicados a través de los distintos sistemas de clasificación.

c) Asesorías personalizadas.

El apoyo a los servicios por personas (como las integrantes en servicios de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad) que tengan visión general del sistema sanitario y conocimientos en la utilización e implantación de distintos instrumentos (prácticas, guías, análisis de casuística, monitorización de indicadores, etc.) puede resultar muy útil a la hora de dinamizar y guiar a los servicios en la planificación e implantación de las distintas actividades de mejora. La realización de asesorías periódicas puede agilizar y proporcionar el apoyo técnico necesario para llevar a buen puerto la mejora de la atención sanitaria propuesta en el modelo.

5.5- INFORMATIZACIÓN

El paradigma médico tradicional asume que la formación de los facultativos y la experiencia proporcionan los elementos suficientes para el diagnóstico y tratamiento, la evaluación de las nuevas pruebas diagnósticas y procedimientos y el desarrollo de las guías de práctica clínica. Pero actualmente la práctica clínica es verdaderamente compleja y requiere una nueva forma de practicar la medicina. Una serie de síntomas sugiere que el paradigma tradicional ya no sirve para el siglo XXI.

En primer lugar el sistema de información no puede seguir basándose en las historias clínicas en papel ya que:

- se debe garantizar que todos los profesionales que lo necesiten puedan acceder a la información de la historia
- se debe facilitar la localización de la información esencial
- la información debe ser legible
- y además debe permitir su almacenamiento sin requerir grandes volúmenes de espacio o sin necesidad de segregar el historial reciente del antiguo.

En segundo lugar, como el volumen de información y conocimientos médicos se incrementa de forma exponencial, se requieren nuevos instrumentos que permitan que este conocimiento se utilice de forma fiable.



En tercer lugar la captación de datos clínicos se ha hecho imprescindible para evaluar la calidad de la atención sanitaria ofrecida.

Por todos estos motivos se están desarrollando “Sistemas de Información Clínica” (SIC) que permitan disponer de todos los datos de forma integrada, con sistemas de apoyo a las decisiones clínicas, que favorezcan la solicitud de pruebas, que permitan el acceso a fuentes del conocimiento y que supongan un apoyo para la comunicación entre profesionales. Las ventajas que genera la utilización de los SIC son múltiples: Brian Raymond y Cynthia Dold¹⁹, clasificándose en grandes grupos, destacan los siguientes:

- Mejora de la calidad de los resultados y de la seguridad (reducción de errores de prescripción, etc.).
- Mejora de la eficiencia, productividad y reducción de costes.
- Mejora en los servicios ofrecidos a través de una mejor continuidad de cuidados, del perfeccionamiento de la comunicación entre el paciente y el profesional así como entre profesionales, y de un incremento de la satisfacción de los profesionales sanitarios y de los pacientes.

Se han dado numerosas experiencias que se han apoyado en herramientas informatizadas para implantar sus acciones de mejora como guías clínicas informatizadas, informes de alta prediseñados, solicitud de pruebas diagnósticas prediseñadas, desarrollo de indicadores trazadores de atención, etc. De hecho, algunas estrategias solamente se pueden realizar con éxito si permiten su informatización.

La informatización es, en muchas ocasiones, un elemento imprescindible pero no suficiente. Se requiere además **la integración al sistema de información general de las distintas bases de datos con las que trabajan algunos servicios**. De esta forma:

- evita la duplicidad de esfuerzos
- se disminuyen los errores
- se facilita el acceso por parte de todos los miembros del servicio, etc.

Sin embargo, para que la integración sea posible el Servicio de Salud debe proporcionar una gestión ágil de las aplicaciones informáticas necesarias.

En la gestión del cambio de los sistemas de información, como en cualquier otro, hay que contemplar según Paul Plsek²⁰ dos componentes: el técnico y el social.

El técnico tiene que ver con la naturaleza misma del cambio y el social es aquel que permite romper la barrera emocional, estructural o de recursos que posibilita su implantación. Por lo tanto, para que la difusión de un cambio sea efectiva tiene que:

- suponer una clara ventaja con respecto a la situación actual
- ser compatible con el sistema actual y con los valores
- ser simple
- posibilitar la realización de estudios piloto
- permitir medir el cambio y su impacto

Todos estos elementos deben ser analizados y tenidos en cuenta en el diseño e implantación de las nuevas aplicaciones informáticas.

¹⁹ BRYAN RAYMOND and CYNTHIA DOLD. Clinical Information System: Achieving the Vision. Institute of Medicine and the Kaiser Permanente Institute for Health Policy. October 2001.

²⁰ PAUL PLSEK. Spreading Good Ideas for Better Health Care. A practical toolkit. Market Position. 2000 Research Series.



5.6- TRABAJO EN EQUIPO

Muchos profesionales, llegados a este punto, se preguntarán si los profesionales sanitarios no trabajan actualmente en equipo y si no conocen sus áreas de mejora. Sexton²¹ y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de comparar, a través de diversos cuestionarios, distintos aspectos, incluyendo las actitudes hacia el trabajo en equipo del personal de aviación (30.000 personas entre capitanes, oficiales primeros y segundos) y los profesionales que trabajan en quirófano (1.033 cirujanos, anestesiistas, residentes y personal de enfermería de cirugía y anestesia). El nivel de trabajo en equipo oscilaba de forma que mientras la mayor parte de los residentes de cirugía (73%) y de cirujanos (64%) percibían niveles altos de trabajo en equipo, solamente el 39% de los anestesiistas, el 28% de las enfermeras de cirugía, el 25% de las enfermeras de anestesia y el 10% de los residentes de anestesia detectaron altos niveles de trabajo en equipo.

En cuanto al organigrama, el 45% de los cirujanos preferían organigramas planos mientras que éste era el preferido por el 95% de la tripulación de vuelo.

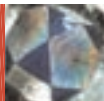
Para valorar la autocrítica de los distintos profesionales, los autores del mencionado estudio preguntaron a los distintos colectivos si estaban de acuerdo con el enunciado "Incluso cuando estoy fatigado, mi desempeño es efectivo en situaciones críticas". El 60% de los profesionales médicos (el 70% de los cirujanos, el 56% de los residentes de cirugía, el 60% de las enfermeras quirúrgicas, el 57% de los residentes de anestesia, el 55% de las enfermeras de anestesia y el 47% de los anestesiistas) estaba de acuerdo con el enunciado frente al 26% del personal de aviación.

5.7- RESUMEN DE ELEMENTOS CLAVES

En resumen se podría decir que:

- **El desarrollo de los sistemas de información que permitan medir el producto ambulatorio supondrá un avance considerable para el desarrollo del MAPPA de las distintas especialidades clínicas.**
- **La integración al sistema general de las distintas bases de datos con las que trabajan las unidades clínicas es un elemento clave.**
- **La estrategia multi-intervención es la estrategia de formación más adecuada a la hora de implantar el modelo. A la formación en aula sobre el modelo, hay que añadir asesorías personalizadas de diferentes aspectos.**
- **Resultan tremendamente útiles las aplicaciones y herramientas de información que permitan la automatización del registro de protocolos, actividades, indicadores, etc.**
- **No es posible avanzar en el modelo sin una participación activa del personal del servicio clínico.**

²¹ J BRYAN SEXTON, ERIC J THOMAS, and ROBERT L HELMREICH. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ 2000; 320: 745-74



Reinventa tu propio Modelo-Horizonte

Una vez conocidos los distintos elementos que componen el Modelo, cada servicio “reinventa” su propio modelo, a partir de la definición de los procesos clínicos, de la priorización de los atributos de calidad que considera más relevantes, de decidir cómo y por dónde empezar, definiendo su proceso de implantación de las distintas actividades, etc. Para ello es importante que el servicio esté de acuerdo con los objetivos que se pretenden y con la manera de ponerlos en práctica.

El modelo proporciona el armazón, pero es el servicio el que diseña y moldea “a su medida” todos los aspectos señalados. Se trata, en definitiva, de un modelo flexible que induce a ciertos cambios o, cuando menos, a hacer explícitas actividades que se realizan en la actualidad. Requiere, por lo tanto, romper cierta inercia a la continuidad, es decir, reducir la adicción al “status-quo”.



BIBLIOGRAFÍA

Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. Clinical Classifications Software (ICD-9-CM) Summary and Download. Summary and Downloading Information. April 2003. <http://www.ahrq.gov/data/hcup/ccs.htm>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Center for Organization and Delivery Studies, Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). <http://www.ahrq.gov/data/hcup/ccs.htm>.

AHRQ Publication No. 00-P019.

ARANAZ JM, BOLÚMAR F, VITALLER J. La calidad asistencial de la teoría a la práctica. La calidad: un objetivo de la asistencia sanitaria, una necesidad de la gestión sanitaria. Escuela Valenciana de estudios para la salud. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat 2001.

BALAS EA, BORAN SA. Managing clinical knowledge for healthcare improvement. Yearbook of Medical Informatics, NLM. Bethesda, MD. 65-70; 2000.

BIRKMEYER JD, SIEWERS AE, FINLAYSON E. et al. Hospital Volumen and Surgical Mortality in the United States. N Engl J Med, Vol. 346, No.15, 2002.

CARTER D. The Surgeon as a risk factor. BMJ 2003; 326:832-3.

CASALINO LP. The Unintended Consequences of Measuring Quality on the Quality of Medical Care. N Engl J Med 1999; 341: 1147-1150. Esta idea también es citada por David M Eddy. En el ya mencionado artículo Performance Measurement: Problems and Solutions. Health Affairs, July/August 1998 pp7-25.

Consejería de Salud de Andalucía Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. 2001. 181 p. ISBN 84-8486-024-8.

Decreto Foral 204/1994, de 24 de octubre por el que se establece el procedimiento de reclamación y de propuesta de sugerencias de los ciudadanos respecto del sistema sanitario de la Comunidad Foral de Navarra.

Decreto Foral 241/1998, de 3 de agosto, sobre atención y seguimiento personalizados en la asistencia sanitaria especializada y elección de médico especialista por los médicos de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

EDDY DM. Performance Measurement: Problems and Solutions. Health Affairs, July/August 1998 pp7-25.

GARCÍA CABALLERO J. Las vías clínicas. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Escuela Valencia de Estudios para la Salud. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2001.

<http://www.infodoctor.org/bandolera/baul/b18s-4.html>

Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. 4ª edición 2001.. ISBN 84-351-0355-2.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.

LÓPEZ O. Gestión de pacientes en el Hospital. Olalla Ediciones, S.L. 1997.

Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) de Excelencia. ISBN 90-5236-092-8.



- NELSON EC, SPAINE ME, BATALDEN PB, PLUME SK. Building Measurement and Data Collection into Medical Practice. *Annals of Internal Medicine*, 1998; 128:460-466.
- NELSON EC, SPLAINE ME, BATALDE PB, and PLUME SK. Building Measurement and Data Collection into Medical Practice. *Ann of Intern med* 1998; 128: 460-466.
- Orden Foral 138/1998, de 29 de septiembre, del Consejero de Salud sobre garantía de la asistencia quirúrgica programada en un adecuado periodo de tiempo en base a la equidad y a la eficiencia social.
- PLSEK P. Spreading Good Ideas for Better Health Care. A practical toolkit. Market Position. 2000 Research Series.
- RAYMOND B, DOLD C. Clinical Information System: Achieving the Vision. Institute of Medicine and the Kaiser Permanente Institute for Health Policy. October 2001.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE número 35, de 10 de febrero.
- RESTUCCIA JD. Appropriateness Evaluation Protocol. Manual para la revisión. ISBN 84-88024-02-9.
- SCOTT WR. Innovation in Medical Care Organizations: A Synthetic Review. *Medical Care Review*, 1990, p. 187.
- SEXTON JB, THOMAS EJ, HELMREICH RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000; 320: 745-749.
- THOMSON O'BRIEN MA, OXMAN AD, DAVIS DA, HAYNES RB, FREEMANTLE N, HARVEY EL. Auditoría y devolución versus estrategias alternativas: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de atención de la salud (Translated Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software. Fecha de la enmienda significativa más reciente: 24 de noviembre de 1997.
- TROWBRIDGE R, WEINGARTEN S. Educational Techniques Used in Changing Provider Behaviour. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. AHRQ Publication 01-E058. July 20, 2001.
- VINCENT C. Understanding and Responding to Adverse Events. *N Engl J Med*, 2003: 1051-1056.



SIGLAS

ACV Accidente cerebro vascular

CMBD Conjunto Mínimo Básico de Datos

CCS Clinical Classification Software. Nombre oficial: Clinical Classification Software for Health Policy Research. Clasificación de los diagnósticos y procedimientos basándose en la agrupación de los códigos CIE9-MC.

CIE-9-MC Códigos de la Clasificación Internacional de enfermedades, novena revisión, Modificación Clínica

GRD Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Sistema de clasificación de los pacientes según el eje iso-consumo, que utiliza como fuente de información los diagnósticos y procedimientos codificados según la CIE-9-MC, edad, sexo, etc.

IAM Infarto Agudo de Miocardio

MAPPA Mapa de Atributos y Procesos clínicos Priorizados sobre los que Actuar.

PMC Patient Management Categories

DEFINICIONES

ATRIBUTOS DE CALIDAD: cada uno de los elementos, componentes o aspectos de calidad de un servicio o prestación.

FACTORES DE CALIDAD: dimensiones de la calidad. Grandes áreas que recogen distintos elementos o aspectos de la calidad de un servicio o prestación.

PRESTACIONES SANITARIAS: conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos²².

PROCESOS CLÍNICOS: patologías clínicas que atiende una unidad clínica incluyendo los procedimientos terapéuticos que se aplican a los pacientes afectados de dicha enfermedad.

SERVICIO CLÍNICO: unidad clínica o conjunto de profesionales que atiende pacientes de una determinada especialidad.

UNIDAD CLÍNICA: sinónimo de servicio clínico.

²² Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud



ANEXO I

PRINCIPIOS DE CALIDAD SEGÚN EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA DE EE.UU.

Seguridad: evitando lesiones a los pacientes a quienes hay que proporcionar cuidados de salud.

Efectividad: proporcionando servicios basados en la evidencia científica.

Eficiencia: eliminando costes innecesarios tanto económicos, como de tiempo y energía.

Centradas en el paciente: atención sanitaria respetuosa que recoge las preferencias de los pacientes, sus necesidades y valores y asegura que los valores de los pacientes son los que guían las decisiones clínicas.

Equitativo: el cuidado proporcionado no varía de calidad en función del sexo, etnia, localización geográfica, etc.

En el momento adecuado: reduciendo las esperas, y las demoras perjudiciales tanto para quien recibe la atención como para quien la proporciona.

En función de esos atributos, se establecieron **10 principios generales** que se debían tener en cuenta a la hora de rediseñar la atención sanitaria que se ofrece a los pacientes. Estos principios, contextualizados, se podrían resumir en los siguientes:

Existen diversas modalidades de atención que permiten la continuidad de cuidados, aunque no todas tienen que ser necesariamente presenciales (posibilidades de teléfono, internet, etc.).

La atención sanitaria se debe diseñar para satisfacer las necesidades más comunes, siendo esto compatible con una atención individualizada del paciente en función de sus necesidades y valores.

El paciente es la principal fuente de decisión y, por lo tanto, se le debe proporcionar la información necesaria y la oportunidad de que sea él quien pueda tomar decisiones que afecten a sus cuidados.

Los clínicos y los pacientes deberían comunicarse de forma efectiva y compartir información. Las organizaciones sanitarias deberían favorecer, respetando la legislación vigente, el acceso a la información por parte de los pacientes.

Una información adecuada permite a los usuarios elegir de forma consciente el centro, la estrategia terapéutica, etc. Se debe proporcionar información sobre el desempeño y la seguridad de la organización, si las prestaciones son realizadas conforme a la evidencia y si consiguen satisfacer a los usuarios.

La toma de decisiones clínicas se deben basar en la evidencia científica.

La seguridad tiene que formar parte de las características fundamentales del sistema.



Las necesidades de atención se anticipan. Se debe tender a políticas de actuación proactivas más que reactivas.

Disminución creciente de ineficiencia. La cooperación entre los clínicos es una prioridad. Los clínicos y las instituciones deberían colaborar y comunicarse activamente para asegurarse que hay un correcto intercambio de información y de coordinación de cuidados.

La prestación de servicios clínicos gira alrededor de un conjunto de características y principios que deben ser satisfechos para ofrecer una atención sanitaria de calidad.



ANEXO II

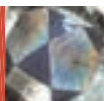
EXPECTATIVAS SOBRE LOS CUIDADOS DE SALUD DE LOS DISTINTOS ACTORES

Documento extraído y modificado de “Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales”. Consejería de Salud de Andalucía, 2001

PACIENTES
<i>Antes de la intervención:</i>
Que el diagnóstico sea cierto.
Información clara y veraz de todo lo que va a pasarme.
Que los profesionales implicados en mi tratamiento no me den información contradictoria.
Que la información que me den me permita saber cuál es el mejor momento para operarme (tener capacidad de decisión en mi “proceso”).
Conocer el momento y las situaciones por las que debo acudir a consulta (revisión) si decido posponer la cirugía y tener fácil acceso a la consulta si observo algún cambio en mi estado.
Que me traten bien y con cortesía.
Que cuando necesite o decida la intervención no tenga que esperar mucho tiempo.
<i>Alrededor de la intervención:</i>
Conocer al cirujano que va a operarme.
Poder elegir cirujano, si tengo preferencias.
Saber que el equipo médico que va a intervenirme está bien preparado (competencia técnica del cirujano).
Esperar poco tiempo para la cirugía.
Confort de las instalaciones antes, durante y después de la intervención.
Medidas que favorezcan mi bienestar, no tener dolor.
Intimidad en habitación individual, ausencia de ruidos, posibilidad de compañía de mis familiares, comida apetecible, etc.
Trato personalizado y deferente.
<i>En el post-operatorio a corto plazo:</i>
No tener dolor.
Que me digan qué he de hacer hasta la siguiente consulta (información de las pautas que he de seguir en cada momento).
Saber qué hacer y dónde acudir si se me presenta alguna duda o no me encuentro bien (tener fácil acceso a la asistencia especializada si observo algún cambio en mi estado).
Que me dejen muy claro y por escrito qué medicación necesito y durante cuánto tiempo.
<i>En el post-operatorio a medio y largo plazo:</i>
Que, desde el principio, me den todas las citas para las revisiones que precise (atención regulada en forma de citas concertadas).
Saber qué hacer y dónde acudir si se me presenta alguna duda o no me encuentro bien (tener fácil acceso a la asistencia especializada, al margen de las citas concertadas)
Mejora de salud en cantidad suficiente como para que repercuta en una mejora de mi calidad de vida.
Que al alta clínica me encuentre sin molestias.



FAMILIARES
<i>Antes de la intervención:</i>
Que el diagnóstico de mi familiar sea cierto (valoración adecuada por parte del Médico).
Información acerca de los cuidados que debo prestar a mi familiar durante el periodo que media entre el diagnóstico y la operación.
Poder decidir, entre unos márgenes razonables, el momento de la intervención de mi familiar (acceso negociado a la cirugía).
Trato deferente.
<i>Alrededor de la intervención:</i>
Que las pruebas que necesite para la preparación del acto quirúrgico se realicen en un solo día.
Esperar poco tiempo para la cirugía.
Poder elegir fecha, entre varias posibles, para la operación.
Conocer al cirujano y saber que el equipo médico que va a intervenir a mi familiar está bien preparado (competencia técnica del cirujano).
Intimidad y confort de las instalaciones.
Poder estar con mi familiar operado en todo momento.
Trato deferente.
<i>En el post-operatorio a corto plazo</i>
Información adecuada sobre la actitud que se debe seguir ante el paciente operado (formación en el rol de cuidador): saber qué hacer, cuándo y cómo hacerlo.
Conocer las limitaciones y posibilidades del paciente recién operado (qué puede y qué no puede hacer).
Saber qué hacer ante la aparición de síntomas no esperados.
Disponer de toda la documentación precisa para evitar traslados innecesarios (recetas, citas, volantes, partes de baja, informes, etc.).
Tener fácil acceso a la consulta si, como cuidador, observo algún cambio.
<i>En el post-operatorio a medio y largo plazo:</i>
Que mejore la calidad de vida del paciente (ganar independencia, dentro de sus posibilidades).
Que alcance la situación de alta médica, encontrándose recuperado.
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
Recibir informes detallados por parte de Atención Especializada cada vez que se produzca un cambio significativo en el estado clínico del paciente, y que yo deba conocer (cambio de medicación o de pauta de administración, alta clínica, tiempo que debe ser suministrada una determinada medicación, incapacidades laborales, necesidad de ayudas especiales, etc.).
MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Mejorar la calidad asistencial que presto a los pacientes (mejora en la toma de decisiones por tener más y mejor información sobre mi actividad asistencial).
Mejorar la calidad de vida de los pacientes a los que atiendo.
GESTIÓN DEL USUARIO
Que los circuitos estén establecidos con claridad.
Que se conozcan los circuitos y procedimientos por parte de los profesionales implicados.



ANEXO III

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE ATRIBUTOS DE CALIDAD DENTRO DE UN PROCESO CLÍNICO ASISTENCIAL

Elaboración propia.

Proceso	ATRIBUTOS DE CALIDAD							Orden de prioridad
	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Criterio 6	Criterio 7	
FACTORES	Relevancia para la mejora de los resultados clínicos en los pacientes (0-15)=(0-5)*3	Satisface una demanda social (0-5)	Constituye un derecho legalmente reconocido (0-5)	Facilidad de diseño y puesta en práctica (0-5)	Posibilidad de sistemas de información que permitan la monitorización (0-5)	Grado de autonomía del servicio para realizar las actividades propuestas (0-5)	Recursos económicos extras que requiere (0-5) (puntuaciones negativas (a))	Puntuación total
	Prevenición	Programas de prevención						
	Accesibilidad temporal	Lista de espera/agilidad						
		Agilidad						
		Libre elección						
	Orientación al paciente	Personalización						
		Información específica						
		Satisfacción						
	Casística	Casística/prestaciones de alta tecnología						
		Normalización de la indicación/derivación						
		Normalización de la confirmación diagnóstica						
	Normalización	Normalización de la aplicación terapéutica						
		Normalización de los planes de cuidados						
		Normalización de la continuidad de cuidados						
	Calidad científico-técnica							
Procesos	Atención efectiva							
	Mortalidad							
	Infecciones nosocomiales							
Aspectos relacionados con la seguridad	Relacionado con los cuidados: úlceras por presión, caídas, errores en la medicación, etc.							
	complicaciones específicas							
Eficiencia	Reproceso, estancia media, utilización adecuada							

La suma de la puntuación máxima otorgada a los criterios 4, 5 y 6 no puede superar la máxima puntuación posible del criterio 1 (independiente del proceso elegido)
 (a) El criterio 7 va en sentido inverso a los demás: a mayor necesidad de recursos, menor puntuación asignada.

