

# Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005







# Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
CENTRO DE PUBLICACIONES  
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO:

Depósito Legal:

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad y Consumo.  
Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

# Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005



## Equipo de trabajo

Asenjo Velasco, Carlos. Observatorio del SNS. MSC. Madrid  
Colomer Revuelta, Concepción. Observatorio del SNS. MSC. Madrid  
Espiga López, Isabel. Observatorio del SNS. MSC. Madrid  
García Izaguirre, Clara. Observatorio del SNS. MSC. Madrid  
López Rodríguez, Rosa. Observatorio del SNS. MSC. Madrid  
Peiró Pérez, Rosana. Observatorio del SNS. MSC. Madrid

## Colaboraciones

Mercedes Alfaro Latorre. Instituto de Información Sanitaria. MSC. MADRID  
Alberto Infante Campos. DG Agencia de Calidad del SNS. MSC. MADRID  
Enrique Terol García. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. MSC. MADRID





# Agradecimientos

Agradecemos su colaboración a las siguientes personas e instituciones:

- **Sociedad Española de Calidad Asistencial** por sus aportaciones para la elaboración del capítulo 2.
- **Helena Legido-Quigley, Martin McKee y Ellen Nolte** del *European Observatory on Health Systems and Policies*, por sus aportaciones para la elaboración del capítulo 3.
- **D.<sup>a</sup> Rosa Suñol**, *Directora de la FAD. Directora de la Cátedra de Calidad Avedis Donabedian. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona*, por sus aportaciones para la elaboración del capítulo 4.



# Índice

Introducción	13
Capítulo 1. El Sistema Nacional de Salud durante 2005	15
Capítulo 2. Aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario	51
Capítulo 3. La calidad asistencial en la Unión Europea	81
Capítulo 4. Reflexiones sobre la calidad en el SNS. Aportaciones de las CC.AA.	97
Capítulo 5. Los servicios de salud de las CC.AA.	115
Andalucía	117
Aragón	163
Asturias	207
Baleares	235
Canarias	279
Cantabria	313
Castilla y León	361
Castilla-La Mancha	415
Catalunya	447
Comunidad Valenciana	499
Extremadura	543
Galicia	593
Comunidad de Madrid	655
Murcia	707
Navarra	747
País Vasco	785
La Rioja	829
INGESA (Ceuta y Melilla)	877



# Introducción

El Informe del Observatorio del SNS que se presenta es el correspondiente al ejercicio 2005. Pretende ofrecer, como en ediciones anteriores, un resumen de la situación y estado del Sistema Nacional de Salud y su evolución anual. El fin es poner a disposición del sector salud y de la sociedad en general datos globales y conocimiento de experiencias e intervenciones sanitarias concretas en España. La visión de conjunto de todo ello contribuye a la transparencia y a un conocimiento más próximo de la actividad del Sistema Nacional de Salud en el período analizado.

Se incluyen de nuevo datos actualizados —los disponibles en el periodo de tiempo considerado— acerca del análisis de los cambios principales acontecidos en la población española y en la financiación del SNS. Se describen los aspectos más relevantes de los programas de calidad de las CC.AA. y las innovaciones producidas en el ámbito de la atención a la salud, tanto poblacional como en procesos asistenciales.

Los procesos de recogida y validación de datos y la elaboración con ellos de información sanitaria útil y fiable, en un escenario de descentralización regional, es complejo. Por ello, y por los ritmos propios y lógicos de elaboración de algunas encuestas, para una parte de la información recogida en el Informe SNS 2004 no se han producido datos más actualizados.

El Informe SNS 2003 ofreció una panorámica analítica del conjunto del SNS. El Informe SNS 2004 estaba íntimamente ligado a la culminación de las transferencias de la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas. El Informe SNS 2005, que se ofrece en esta edición, se refiere a la actividad y realidad del SNS antes de la elaboración y publicación del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. En los dos últimos Informes se ha procurado mantener una estructura similar para permitir una continuidad en el análisis. Ambos Informes incluyen un voluminoso anexo con las aportaciones íntegras de las CC.AA.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en su papel de coordinación del Sistema Nacional de Salud, tiene como una de sus misiones la de potenciar la cohesión del mismo y velar por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones ofrecidas para garantizar de esta forma los derechos de los ciudadanos, pacientes y usuarios en sus relaciones con el Sistema Nacional de Salud.

Consolidada la universalización y establecida la cartera de servicios, el reto de la calidad aparece en primer plano. Por este motivo se decidió que en este Informe resultaría de especial interés ofrecer y aportar elementos para la reflexión en torno a los criterios y fundamentos que permitan realizar un análisis de la calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

La estructura del Informe SNS 2005 incluye un primer apartado ó INTRODUCCIÓN GENERAL que nos ofrece una primera imagen de SNS con su correspondiente actualización anual de datos sobre la realidad macro de nuestro sistema sanitario público (realidad sociodemográfica, recursos sanitarios y experiencias e intervenciones desarrolladas).

A continuación se incluye un capítulo genérico de criterios básicos a tener en cuenta acerca de cuáles son los elementos, atributos y modelos generales que debemos contemplar al abordar los sistemas de GESTIÓN DE LA CALIDAD en el ámbito sanitario.

En otro capítulo se ofrece un análisis descriptivo acerca de los sistemas sanitarios de los países de NUESTRO ENTORNO EUROPEO y de cómo estos afrontan el reto de gestionar la calidad en el sistema sanitario mediante el desarrollo de diversas estrategias en las que el denominador común se sitúa en su orientación hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica para asegurar los mejores servicios a la ciudadanía, pacientes y usuarios.

Para finalizar esta reflexión monográfica sobre la CALIDAD en el sistema sanitario público, que caracteriza este Informe Anual SNS 2005, se ofrece un capítulo genérico que pretende recoger cuestiones y retos que se plantean en los diferentes servicios de salud de las CC.AA. cuando tenemos que gestionar la calidad y aquellas intervenciones e innovaciones que se aportan desde las diferentes CC.AA. para su abordaje.

Por último, y siguiendo con la estructura planteada en la edición del Informe anterior, se ofrecen en este del 2005 los capítulos que cada CC.AA. ha escrito y que profundizan en la realidad de cada Servicio de Salud Autonómico. En el podemos conocer mejor las diversidades y similitudes dentro del SNS. Todos ellos están guiados por el mismo índice temático:

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población
2. Desarrollo normativo e institucional
3. Planificación y Programas Sanitarios
4. Farmacia
5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos
6. Investigación
7. Sistemas de información sanitaria
8. Calidad
9. Estado de salud de la población
10. Participación
11. Equidad
12. Descripción de experiencias innovadoras

De nuevo destacamos y agradecemos la respuesta positiva de los Consejeros y Consejeras de Sanidad autonómicos a la iniciativa y la excelente disposición de sus equipos a colaborar en la realización del Informe.

Es deseable que tantos esfuerzos sumados aporten mayor transparencia al SNS y faciliten una perspectiva global e integrada del sistema público de salud que contribuya a avanzar en su desarrollo y mejora, reforzando la confianza en él de población, profesionales y gestores.

# Capítulo 1

## El Sistema Nacional de Salud durante 2005

Características sociodemográficas

Desarrollo normativo e institucional

Planificación y programas sanitarios

Presupuesto sanitario del SNS y gasto farmacéutico

Recursos Humanos

Investigación

Sistemas de información sanitaria

Participación

Equidad

Experiencias innovadoras





## Características sociodemográficas

La composición y distribución de la población, sus patrones de cambio a lo largo de los años en función de nacimientos, defunciones y migración, y los determinantes y consecuencias de estas modificaciones proporcionan una información de interés para las tareas de planificación, financiación y formulación de políticas públicas en la sanidad. Por esta razón a continuación se analizan los fenómenos demográficos más relevantes en nuestro país. No obstante, y con el fin de no reiterar datos ya recogidos en el Informe del SNS de 2004, sólo se recogerán aquellos datos que hayan sido actualizados para el 2005.

La población total española ascendía a finales de 2005 a 44.395.286 personas, siendo 21.933.924 hombres y 22.461.362 mujeres (1). La variación en términos absolutos sobre el año anterior ha sido de 286.756 personas, siendo Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana las que han experimentado las mayores alzas a la par que Madrid ha sufrido un descenso (tabla 1).

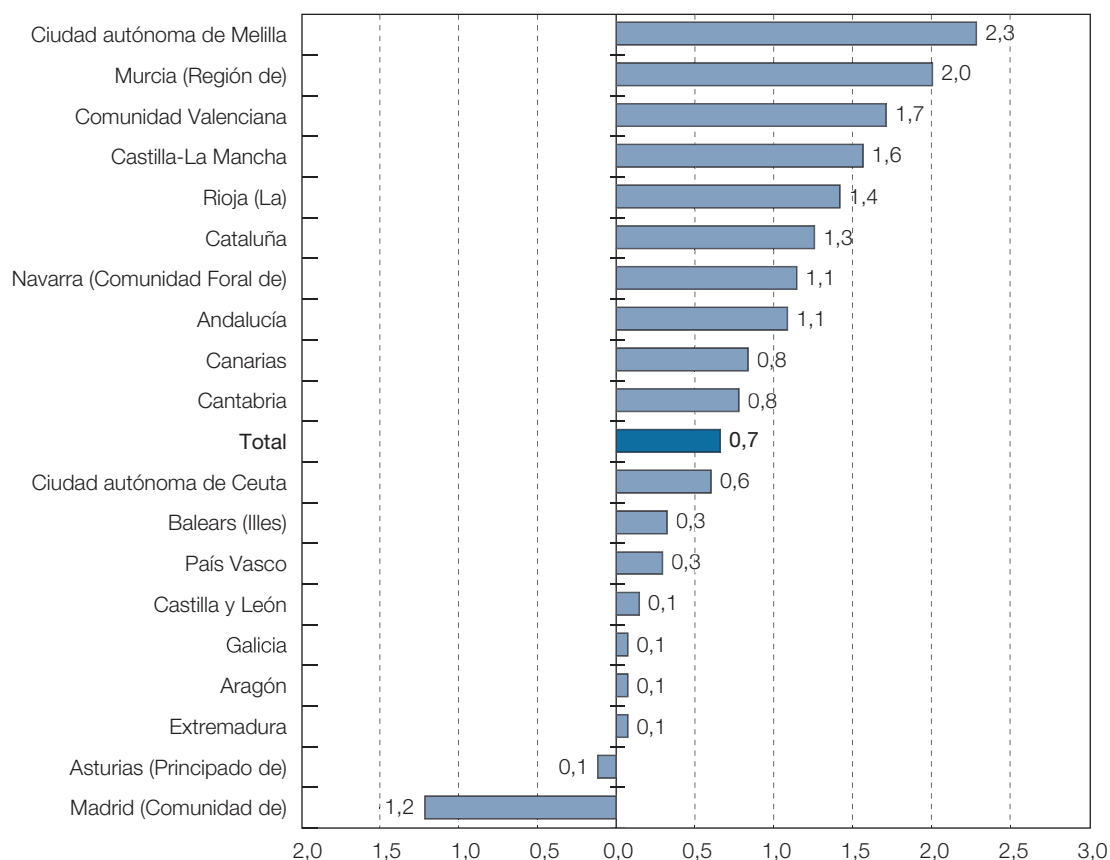
**Tabla 1. Población en España por Comunidades Autónomas**  
Avance Padrón Municipal 1 de enero de 2006 (Datos de 2005)

	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	Variación absoluta 2006-2005
<b>Total</b>	<b>44.395.286</b>	<b>22.461.362</b>	<b>21.933.924</b>	<b>286.756</b>
Andalucía	7.935.074	3.998.203	3.936.871	85.275
Aragón	1.269.927	637.406	632.521	900
Asturias (Principado de)	1.075.279	559.747	515.532	-1.356
Baleares (Illes)	986.333	491.894	494.439	3.202
Canarias	1.984.672	989.206	995.466	16.392
Cantabria	566.678	289.563	277.115	4.369
Castilla-La Mancha	1.924.200	958.090	966.110	29.539
Castilla y León	2.514.362	1.271.598	1.242.764	3.513
Cataluña	7.083.618	3.568.516	3.515.102	88.412
Comunidad Valenciana	4.772.403	2.397.198	2.375.205	79.954
Extremadura	1.084.599	545.130	539.469	720
Galicia	2.764.250	1.432.074	1.332.176	2.052
Madrid (Comunidad de)	5.891.905	3.041.892	2.850.013	-72.238
Murcia (Región de)	1.362.546	670.444	692.102	26.754
Navarra (Comunidad Foral de)	600.231	300.240	299.991	6.759
País Vasco	2.131.148	1.088.581	1.042.567	6.302
Rioja (La)	305.355	151.419	153.936	4.271
Ciudad autónoma de Ceuta	75.726	37.220	38.506	450
Ciudad autónoma de Melilla	66.980	32.941	34.039	1.492

(1) Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2006.

En términos porcentuales, sin embargo, la variación relativa por crecimiento se refleja en la tabla 2. Como se puede apreciar, está encabezada por Melilla, Murcia, la Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha.

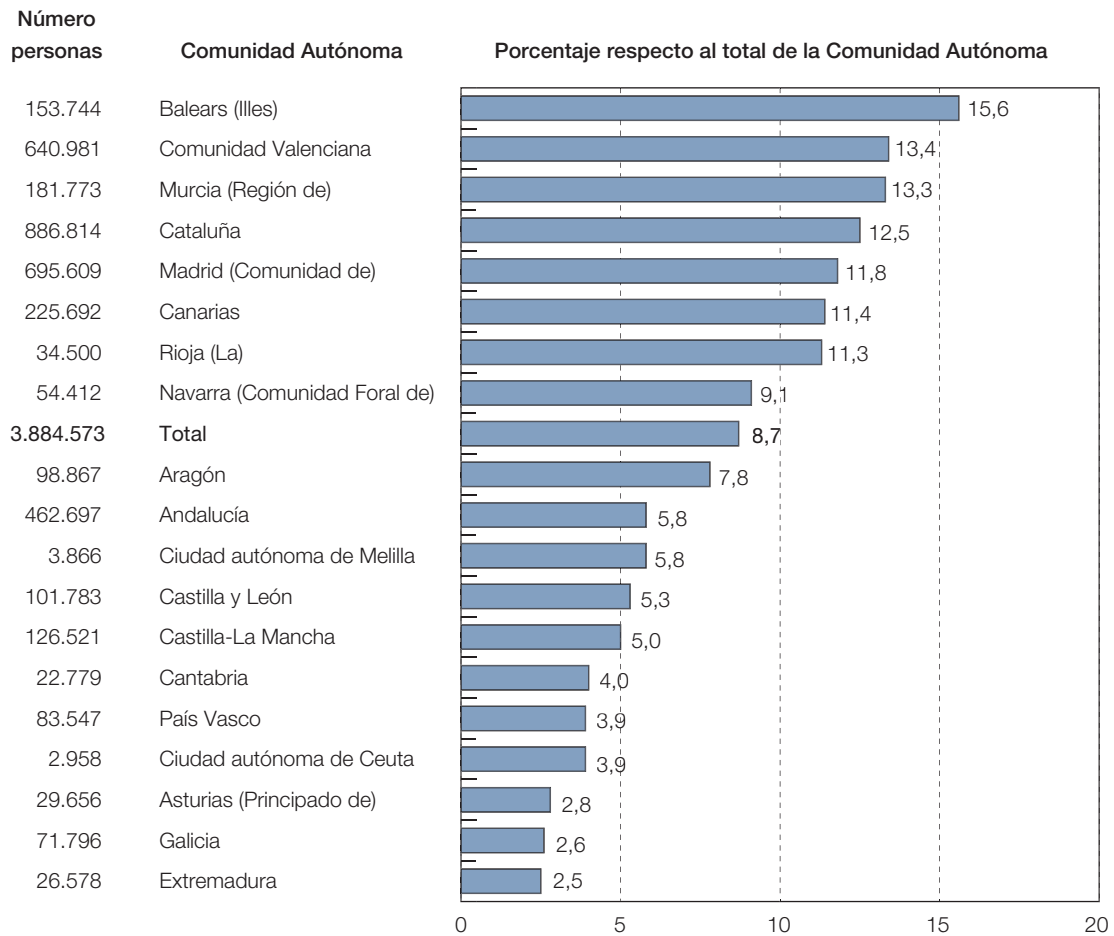
**Tabla 2. Variación relativa de incremento poblacional por Comunidades Autónomas**



Fuente: INE e IIS.

En los últimos años España se ha convertido en un país receptor de inmigración, observándose un cambio de tendencia en los saldos migratorios que, de ser tradicionalmente negativos, pasan a ser positivos. En la actualidad la población inmigrante se eleva a 3,884.573 personas (Avance padrón del 1 de enero de 2006, INE), con una variación interanual de un 4,1% (153,963 personas más en el último año). Con ello, el número de extranjeros empadronados en España supone en el 2005 el 8,7% de la población total, con una distribución variable en las Comunidades Autónomas (tabla 3). En su mayoría procede de Iberoamérica (38,75%), de la UE-25 (20,77%), de los países europeos no comunitarios (15,43%) y del Norte de África (15,05%).

**Tabla 3. Porcentaje de población inmigrante en cada Comunidad Autónoma**



Fuente: Avance Padrón Municipal 1 de enero de 2006 (Datos de 2005).

Al mismo tiempo, la población española de origen está experimentando un proceso de envejecimiento debido al descenso de sus tasas de fecundidad y mortalidad. Desde mediados de los años 50 hasta los 80 del siglo XX, la población incrementó progresivamente, pero a partir de entonces su crecimiento se ralentizó llegando a acercarse a lo que se conoce como crecimiento cero en nuestros días. En el 2005 en España están empadronadas 7.477.761 personas mayores de 64, que representan un 16,84% de la población total. Siendo los mayores de 74 años aproximadamente la mitad de ellos (tabla 4).

Se espera que la presencia de población inmigrante en nuestro país posponga hasta mediados de este siglo la pérdida de población del país, lo que anteriormente se preveía para principios del siglo XXI. Según las proyecciones de población del INE, en el año 2050 habrá 16, 387.874 personas mayores de 65 años, cifra que se correspondería con el 30% de la población total. La permanencia o no de inmigrantes condicionará esta proyección, pues para entonces ellos serán también mayores de 65 años. Además, se espera que la esperanza de vida siga aumentando y que su diferencia entre los sexos se atenúe.

**Tabla 4. Población de 65 y más años en España por sexos**

Años	Ambos sexos	Varones	Mujeres
65	452.896	217.074	235.822
66	303.262	142.708	160.554
67	343.778	161.873	181.905
68	383.463	179.526	203.937
69	421.518	193.855	227.663
70	404.624	186.841	217.783
71	398.589	182.450	216.139
72	406.056	184.057	221.999
73	395.965	177.809	218.156
74	371.069	165.226	205.843
75	368.092	159.950	208.142
76	339.131	145.876	193.255
77	328.205	138.309	189.896
78	298.036	123.920	174.116
79	288.330	117.474	170.856
80	263.156	104.391	158.765
81	245.944	95.452	150.492
82	225.163	86.372	138.791
83	208.871	76.263	132.608
84	179.279	65.939	113.340
85 y más	852.334	256.634	595.700
<b>Total</b>	<b>7.477.761</b>	<b>3.161.999</b>	<b>4.315.762</b>

El aumento de la población mayor de 65 años, y en particular la mayor de 74 años, plantea retos nuevos al sistema de protección social, a los presupuestos públicos y familiares, y a los sistemas de salud. En España, así como en el resto de países mediterráneos, la familia y más en concreto las mujeres, se han encargado de proveer cerca del 80% de las necesidades de cuidados de larga duración de las personas mayores en situación de dependencia. Pero los cambios demográficos y sociales hacen inviable esta solución. En la actualidad, la solidaridad familiar ya no es un recurso general y la atención a la dependencia recae en sectores de provisión de cuidados de tipo público ó privado. Por todo ello, el gobierno ha impulsado la elaboración de un Proyecto de Ley de Dependencia que contemple crear un Sistema Nacional de atención a las personas y familias con este problema.

El objetivo principal del SNS es promover, proteger y recuperar la salud de las personas que viven en España. Por esto las políticas de salud se realizan en función de las necesidades de la población, buscando la organización eficaz de los servicios que, con sus recursos humanos y materiales, hacen frente a los retos de una demanda cada vez más sofisticada, numerosa y diversa.

Los datos referentes a la población protegida por el SNS calculada para los estudios del gasto sanitario y su financiación encargados por la I Conferencia de Presidentes, que culminaron con las medidas de financiación adicional aprobadas por el Consejo de Política fiscal y Financiera en Octubre de 2005, pueden observarse en la tabla 5. El incremento

ha sido de casi 4 millones de personas en términos absolutos entre 1999 y 2005 (algo más de un 10%), del 2,31% desde al 2004 al 2005 en el global de la población. Las diferencias entre CC.AA. en relación con el crecimiento del periodo 2005/2003 de la población protegida por el SNS se muestran en el gráfico 1.

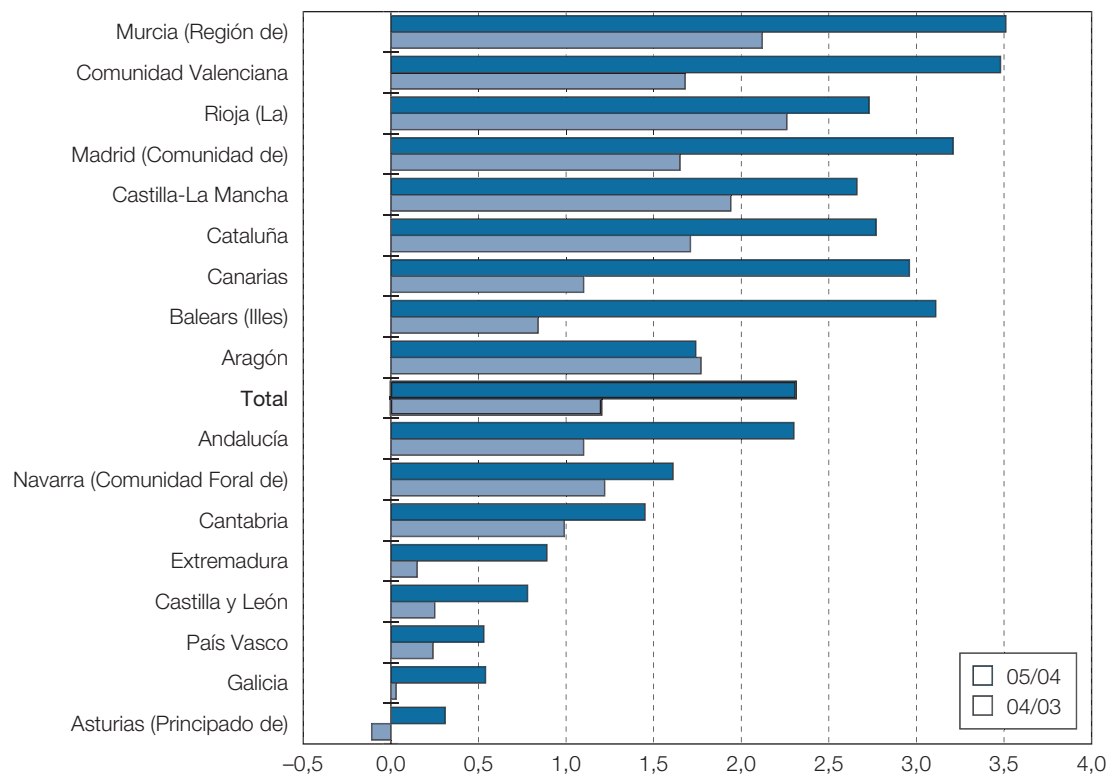
**Tabla 5. Evolución de la población protegida por el Sistema Nacional de Salud (2)**

Comunidad Autónoma	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	6.830.285	6.862.013	6.931.651	7.001.587	7.127.957	7.206.333	7.372.398
Aragón	1.108.096	1.110.880	1.120.590	1.138.477	1.152.409	1.172.814	1.193.252
Asturias (Principado de)	1.047.945	1.040.341	1.038.965	1.037.966	1.039.473	1.038.355	1.041.621
Baleares (Illes)	784.636	807.868	840.490	879.096	909.616	917.294	945.823
Canarias	1.588.055	1.629.975	1.692.825	1.753.923	1.803.383	1.823.136	1.877.169
Cantabria	505.702	508.477	514.843	519.385	526.783	532.003	539.710
Castilla y León	2.316.792	2.307.639	2.306.748	2.308.410	2.316.723	2.322.408	2.340.502
Castilla-La Mancha	1.634.162	1.642.563	1.662.521	1.688.006	1.720.935	1.754.332	1.801.002
Cataluña	6.021.109	6.079.705	6.179.951	6.325.613	6.522.999	6.634.724	6.818.468
Comunidad Valenciana	3.884.525	3.938.806	4.019.327	4.140.459	4.283.038	4.354.840	4.506.448
Extremadura	1.004.837	999.343	1.002.907	1.002.061	1.002.666	1.004.144	1.013.125
Galicia	2.574.293	2.577.402	2.580.447	2.584.625	2.598.943	2.599.841	2.613.836
Madrid (Comunidad de)	4.709.391	4.775.061	4.947.132	5.101.101	5.295.677	5.383.018	5.555.935
Murcia (Región de)	1.049.676	1.067.336	1.108.461	1.145.055	1.187.034	1.212.237	1.254.811
Navarra (Comunidad Foral de)	521.377	527.455	539.748	553.228	562.126	568.997	578.130
País Vasco	2.045.932	2.045.579	2.048.512	2.056.240	2.061.361	2.066.215	2.077.143
Rioja (La)	252.220	250.821	256.815	267.933	273.645	279.837	287.468
Ceuta	58.354	58.898	59.588	60.506	59.184	59.129	60.189
Melilla	43.050	51.335	53.874	54.605	53.799	53.450	51.198
<b>Total</b>	<b>37.980.437</b>	<b>38.281.497</b>	<b>38.905.395</b>	<b>39.618.276</b>	<b>40.497.751</b>	<b>40.983.107</b>	<b>41.928.228</b>

Fuente: Padrón municipal. INE.

(2) Fuente: Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Gráfico 1. Crecimientos interanuales de la población protegida por el SNS en las CC.AA. - 2003-2005**



Fuente: Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión - MSC.

## Desarrollo normativo e institucional

Durante el año 2005 en las distintas Comunidades Autónomas se han aprobado un amplio abanico de normas sanitarias que responden bien a un desarrollo legislativo básico del sector y sus instituciones o bien a reglamentaciones más o menos relevantes en el ámbito sanitario pero con un carácter material mucho más específico.

En el primer grupo se encuadrarían aquellas normas que ordenan la futura actividad legal y reglamentaria de la Administración autonómica correspondiente (leyes de Salud Pública, estatutos reguladores de la Agencias de Salud de las CC.AA., creación de entidades públicas, reglamentos orgánicos y/o funcionales de la Consejerías, leyes de ordenación del servicio farmacéutico, defensores del usuario, etc.). Dichas normas, que pretenden incorporar aquellos valores fundamentales que posteriormente podrán ser regulados con mayor detalle en normas de inferior rango, constituyen el marco legal de garantía de derechos de las personas usuarias y del personal sanitario que trabaja en cada una de las regiones del Estado español.

En el segundo grupo la variedad es aún mayor ya que, entre otros, abarca regulación de nuevas prestaciones, prevención, coordinación de recursos, calidad, regulación de la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios, aprobación de cartas de de-

rechos y deberes de pacientes y usuarios sanitarios, así como el registro de voluntades previas. Además, y en los apartados de prevención y coordinación, es importante subrayar que varias Comunidades Autónomas han creado los mecanismos institucionales para realizar las funciones de detección, control y seguimiento de una posible pandemia de gripe aviar que pudiese afectar a su territorio.

Finalmente, existen dentro de este último grupo multitud de normas de muy diverso nivel que regulan aspectos retributivos, condiciones laborales, ordenación y desarrollo profesional, estructura y funcionamiento de áreas de gestión, junto con la creación de ficheros automatizados de datos de carácter personal para el proceso de registro de los procesos asistenciales.

## Planificación y programas sanitarios

El instrumento de planificación clave para definir estratégicamente las políticas de salud y los servicios sanitarios a través de un marco de referencia para todas las actuaciones en el ámbito de las distintas Comunidades Autónomas son los Planes de Salud. A través de ellos, al fijarse objetivos cuantificables para un periodo de tiempo determinado, se consolidan las comparaciones a nivel interregional a la par que se validan los instrumentos de planificación y dirección eficientes de nuestro sistema sanitario, orientándose su ejecución a la mejora del nivel de salud de los ciudadanos de cada Comunidad Autónoma.

A la hora de priorizar las diferentes áreas de intervención las Comunidades Autónomas han hecho hincapié tanto en las enfermedades cardiovasculares como en las cerebrovasculares, el cáncer, los accidentes, la discapacidad, la dependencia, sin olvidar tampoco los temas relativos a la infancia y la adolescencia, la salud mental o la salud y el género.

En este último punto, especialmente debe subrayarse la implantación en varias regiones de protocolos «ad hoc» para actuaciones ante la violencia de género en el ámbito doméstico: con la finalidad de servir de apoyo y punto de referencia al personal sanitario a la hora de luchar contra este grave problema de salud con los medios sanitarios usuales una vez que se ha producido la agresión.

Finalmente, diversas Comunidades Autónomas han realizado un impulso decidido en el ámbito de los programas preventivos y asistenciales de las drogodependencias y en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, junto con planes de preparación frente a una potencial pandemia de gripe aviar que abarcaría la coordinación, las medidas de control y la estrategia a seguir en las comunicaciones.

## Presupuesto sanitario del SNS y gasto farmacéutico

Respecto a los presupuestos del SNS, el año 2005 se han visto incrementados en un 9,3% respecto al año anterior, lo que significa una subida interanual de casi 4.000 millones de euros. Es importante tener en cuenta el esfuerzo acometido por las CC.AA. en los tres últimos ejercicios. La tabla 6 muestra los presupuestos per-cápita y los incrementos interanuales correspondientes. Se puede observar que el incremento de los presupuestos



per-cápita entre 2003 y 2005 ha sido muy importante (17,83%), con diferencias importantes entre las distintas Comunidades Autónomas. Estas diferencias hay que analizarlas teniendo en cuenta también el punto de partida de cada una. Así, es de esperar que aquellas con menor presupuesto per cápita en el 2003 hayan experimentado incrementos relativos mayores que las que partían de una situación mejor. Se observa una mayor homogeneidad Interterritorial en 2005 que en 2003 en relación con el presupuesto per cápita.

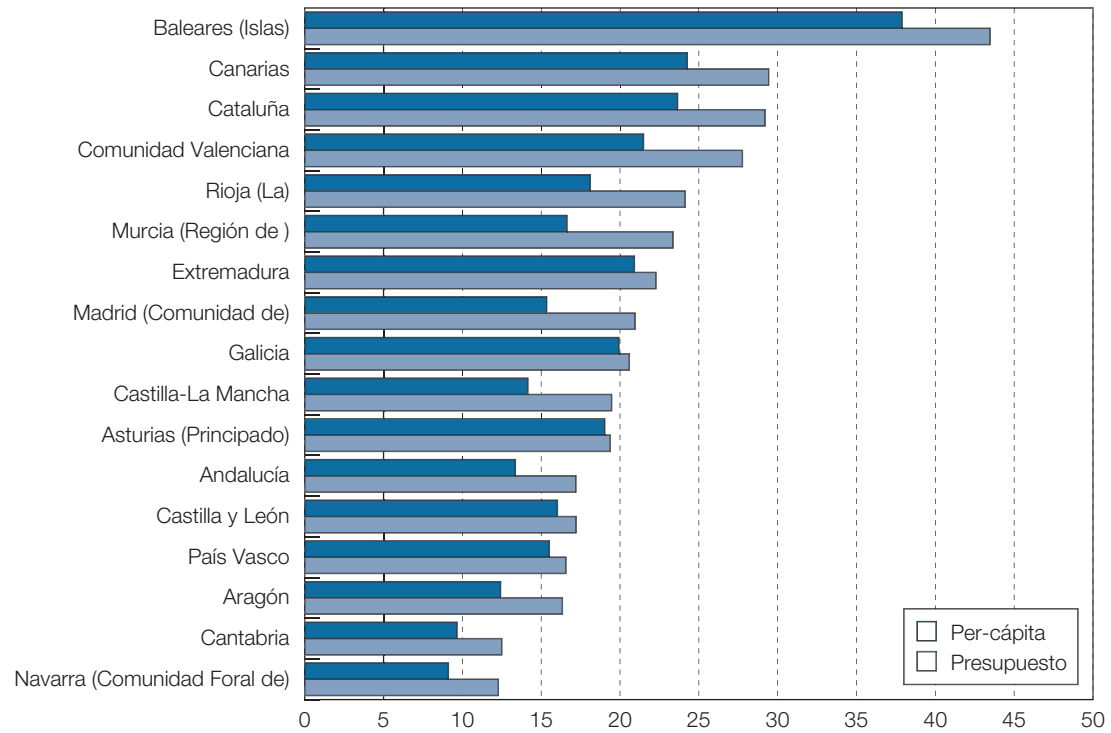
**Tabla 6. Presupuestos per cápita de las CC.AA./Incrementos 2003-2005**

	Euros			Incrementos		
	2003	2004	2005	04/03	05/04	05/03
Andalucía	863,87	921,93	978,70	6,72	6,16	13,29
Aragón	997,94	1.046,17	1.121,26	4,83	7,18	12,36
Asturias (Principado)	987,19	1.070,71	1.174,85	8,46	9,73	19,01
Baleares (Islas)	749,95	759,24	1.033,48	1,24	36,12	37,81
Canarias	866,11	957,13	1.075,79	10,51	12,40	24,21
Cantabria	1.079,65	1.126,37	1.185,38	4,33	5,24	9,79
Castilla y León	962,61	1.043,83	1.116,39	8,44	6,95	15,97
Castilla-La Mancha	950,54	1.007,31	1.084,99	5,97	7,71	14,14
Cataluña	857,61	997,50	1.060,55	16,31	6,32	23,66
Comunidad Valenciana	761,02	852,67	924,00	12,04	8,37	21,42
Extremadura	1.000,06	1.086,75	1.209,97	8,67	11,34	20,99
Galicia	916,46	997,77	1.097,81	8,87	10,03	19,79
Madrid (Comunidad de)	862,60	941,79	994,44	9,18	5,59	15,28
Murcia (Región de)	879,19	933,49	1.024,88	6,18	9,79	16,57
Navarra (Comunidad Foral de)	1.067,91	1.123,88	1.165,33	5,24	3,69	9,12
País Vasco	972,66	1.060,70	1.123,57	9,05	5,93	15,52
Rioja (La)	1.050,49	1.164,73	1.240,44	10,87	6,50	18,08
<b>Total CC.AA.</b>	<b>885,36</b>	<b>968,66</b>	<b>1.043,76</b>	<b>9,41</b>	<b>7,75</b>	<b>17,89</b>
Desviación estandar	98,11	104,19	86,27			
Promedio	930,93	1.005,41	1.094,81			
Coefficiente de variación	0,11	0,10	0,08			

En conjunto, entre 2004 y 2005, los presupuestos han aumentado un 10,25, el presupuesto per cápita lo ha hecho el 7,75%, mientras que de la población protegida ha aumentado un 2,31%. Las diferencias entre las CC.AA. respecto a estos datos pueden observarse en el gráfico 2.

Por otra parte, respecto al gasto farmacéutico a través de receta oficial, se confirma que el 2005 se continuó desacelerando su crecimiento con un aumento de sólo el 4,92% (6,26 en el 2004), a la vez que también disminuyó el crecimiento del gasto medio por receta.

**Gráfico 2. Diferencias crecimiento 2005/2003 presupuesto total y per cápita**



Fuente: Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión - MSC.

## Recursos Humanos

Los estudios más recientes sobre este tema y su importancia en las organizaciones se orientan a convertir la estrategia de recursos humanos en el eje central de las estructuras productivas y de servicios constituyendo un elemento diferenciador de aquellas organizaciones que, con éxito, se adaptan a las nuevas tendencias del mercado y la demanda.

Mediante esta innovadora perspectiva la gestión de los recursos humanos facilita el desarrollo profesional y el talento, la motivación y la especialización, la organización profesional flexible, y la evaluación del desempeño, en un modelo que los expertos han bautizado como integral.

Dentro del sector sanitario público, junto con la necesidad imperiosa de contener el monto dedicado a los gastos de personal, destacan aquellas acciones de desarrollo, impulso y motivación de nuestros profesionales que permiten incrementar la productividad y los avances en el campo tecnológico que permiten apostar por una renovación de los sistemas de gestión de recursos humanos.

En España, cada nuevo ejercicio económico, las distintas Consejerías de Sanidad de las diferentes Comunidades Autónomas realizan un esfuerzo encomiable para aumentar sus recursos humanos. Además, dicha labor se ve reforzada por la búsqueda de la calidad y la excelencia en la prestación de los servicios con vistas a mejorar la accesibilidad a los

mismos, reducir las listas de espera y los tiempos de demora, ampliar los horarios de consulta y atender las demandas de una población creciente y heterogénea en su origen, lo que supone un esfuerzo añadido a la hora de abordar los problemas.

A la hora de realizar un somero análisis de los recursos humanos del sector sanitario público en nuestro país, se pueden resaltar algunas de las principales acciones realizadas por algunas de las Comunidades Autónomas, según ellas mismas describen de manera más amplia en los anexos de este Informe.

En la Comunidad Autónoma de **Andalucía** el modelo de recursos humanos se basa en dos pilares fundamentales: el primero consiste en la recompensa del rendimiento, la calidad y el cumplimiento de los objetivos pactados en base a un complemento de productividad variable que se puso en marcha en el año 2003; y el segundo es el plan de desarrollo individual que se elabora fruto de la evaluación del desempeño profesional, donde cada responsable de unidad fija de manera negociada con cada uno de los profesionales unas líneas de mejora, que se han de plasmar en acciones formativas y/o de otra índole con el fin último de mejorar la calidad de los servicios que se prestan.

Además a lo largo del año 2005 se trabajó en el Servicio Andaluz de Salud en el diseño de una propuesta de reordenación de la atención urgente tanto en el ámbito de la Atención Primaria, como en el de la Atención Especializada con el objetivo último de adecuar la jornada laboral que realizan los trabajadores a la jornada máxima y al régimen de descansos que recoge la Ley 55/2003 (transposición a nuestro ámbito jurídico de la Directiva Europea 93/103/CE).

En **Aragón** uno de los hechos fundamentales que ha determinado la gestión de los recursos humanos en el Sistema de Salud ha sido la firma en mayo de 2005 del Acuerdo Profesional Sanitario. Este Acuerdo ha supuesto la aplicación de diferentes modalidades de complemento específico entre el personal estatutario, lo que ha permitido que los profesionales modifiquen su horario laboral y sea posible abrir en horario de tardes. Además, se facilitó la integración del personal funcionario de carrera y laboral con contrato indefinido fijo en la condición de personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud.

Además, en otro orden de cosas, se realizó en febrero de 2005 un «Análisis sobre las necesidades de formación de Médicos Especialistas en Aragón» que supuso una primera aproximación al problema mediante la elaboración de un informe de necesidades de especialistas en ciencias de la salud para la Comunidad Autónoma, que permita, en el futuro, adecuar la oferta de formación sanitaria especializada a las necesidades reales.

Finalmente, el programa de Formación en Competencias Profesionales Utilizadas en el Sistema de Salud (FOCUSS) se basó en el concepto de «desarrollo profesional continuado» promulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sugiere que el desarrollo profesional continuado eficaz se caracteriza por una formación que responda a una necesidad clara, una formación práctica y un seguimiento posterior para garantizar la puesta en marcha de lo aprendido.

En lo relativo a **Asturias**, la formación continuada del sistema sanitario del Principado se encuadra, desde el año 2003, dentro de la estrategia de gestión del conocimiento en salud diseñada por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

El Instituto Asturiano de Administraciones Públicas realiza la gestión operativa del programa docente, que respondiendo a diez líneas estratégicas, llega a los más de 13.000 trabajadores de los servicios sanitarios. Igualmente, desde la Dirección General de Salud Pública y Planificación se convocan anualmente tanto ayudas para actividades formativas

de larga duración, dirigidas a Licenciados y Diplomados que deseen realizar formación cuya oferta no esté presente en el programa propio, como ayudas anuales para la organización de actividades científicas y la publicación de revistas formativas.

La gestión de los recursos humanos del Servicio de Salud de las Islas **Baleares** se ha basado en la consolidación de los acuerdos alcanzados con los agentes sociales para la homologación y homogeneización de las condiciones laborales y económicas, un acuerdo plurianual que todavía está en fase de desarrollo, ya que su implantación es gradual y finalizará en el ejercicio de 2006. Otro asunto de especial interés es la firma en 2005 de un acuerdo entre el Servicio de Salud de las Islas Baleares y los agentes sociales para la ordenación de la negociación, que abarcó la delimitación de la actividad negociadora, la fijación de unos mínimos y la creación de ocho grupos de trabajo. La actividad de estos grupos ha sido intensa a lo largo del año, destacando las actuaciones referidas a la salud laboral de los trabajadores.

En otro orden de cosas, al igual que en años anteriores, se ha de reseñar la dificultad para disponer de personal en determinadas especialidades (por ejemplo, pediatría, anestesia, matronería y oncología), una constante en la realidad de las Islas Baleares para determinado tipo de profesiones que requieren una alta especialización.

En cuanto a los aspectos relacionados con la formación de los profesionales sanitarios se han realizado diversas actuaciones en lo referente a la coordinación de la formación pre-grado de medicina, farmacia y otras licenciaturas en ciencias de la salud, la coordinación de la formación profesional de grado superior y medio y especializada. Además, durante 2005, se han revisado 24 expedientes habiéndoseles otorgado el reconocimiento de interés sanitario y se han solicitado 19 reconocimientos de titulaciones extranjeras.

En cuanto **Canarias**, en 2005 se avanzó en la ejecución del Proceso Extraordinario de Consolidación de Empleo, desarrollado conjuntamente con otros Servicios de Salud autonómicos. Asimismo, se procedió a unificar el régimen jurídico del personal de las Instituciones Sanitarias mediante la integración voluntaria en la condición de estatutarios del personal procedente de los Cabildos Insulares, del Hospital Militar Juan Carlos I, de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias y del fijo en virtud de sentencia judicial firme. Además, se creó un Registro de Personal Estatutario único para todos los centros y categorías del Servicio Canario de la Salud.

Se han realizado estudios sobre la progresión y situación específica de los RRHH a medio plazo en el ámbito sanitario, que en el caso concreto de Canarias parecían poner de relieve que teniendo en cuenta su pirámide de edad del personal médico, parecían exponer la posible dificultad a medio plazo —unos 15 años— de contar con suficientes efectivos, cuestión por otro lado que es motivo de estudio en todos los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea. Por ello, en la Consejería de Sanidad, adelantándose a la posibilidad de que esto pudiera ocurrir, se han articulado diversas medidas que inciden sobre dos grupos fundamentales de interés en este aspecto: especialistas en formación y especialistas ya formados.

En cuanto a la Formación Continuada se realiza actualmente a través de los distintos Centros Directivos con cargo a sus presupuestos y por medio de la Dirección General de Recursos Humanos. En esta última vía la gestión y promoción de los Planes de Formación los asume la Escuela de Servicios Sociales y Sanitarios de Canarias.

En **Cantabria**, en cuatro años, la plantilla se ha incrementado en 1.026 puestos de trabajo, teniendo en cuenta que el 83% de este se ha producido desde mediados de 2003.

Una característica de la plantilla es el alto porcentaje de interinidad, si bien la cifra se modifica de forma casi continua, al añadirse nuevos profesionales jubilarse otros e irse incorporando nuevo personal estatutario fijo según se va completando la OPE 2001 en desarrollo. Esta OPE está modulando el desarrollo de los procesos de Oferta de Empleo, estando prevista la convocatoria de uno en 2007, tras la finalización del actual a finales de 2006. Al terminar ambos procesos se incorporarán más de 2.600 profesionales.

El Plan de Ordenación de Recursos Humanos, que ha negociado en la Mesa Sectorial con las Organizaciones Sindicales representativas en julio de 2006 permitirá la jubilación obligatoria a los 65 años del personal facultativo, obteniendo un rejuvenecimiento de las plantillas y la incorporación de parte del personal que sólo se tenía contratado para guardias.

También se consideran elementos clave la formación continuada, las encuestas de satisfacción al personal, y la difusión y conocimiento de la perspectiva de género, como criterio de calidad, en los programas de formación.

En **Castilla y León** se firmó en 2002 un Acuerdo Marco (2002-2005) que ha servido de base para desarrollar distintos aspectos en materia de recursos humanos: estabilidad en el empleo y provisión de puestos de trabajo, incremento de plantillas, mejora de las condiciones retributivas y en las condiciones de trabajo, mejora en la gestión y en la competencia de los profesionales y homogeneización de diversos aspectos del régimen jurídico del personal.

Así, entre otras acciones, se ha aprobado una nueva regulación de la jornada y horario laboral del personal que presta servicios en las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud adaptado a la normativa comunitaria (jornada ordinaria de 35 horas semanales, sin merma de retribuciones), y se ha aprobado un nuevo reglamento de vacaciones, permisos y licencias, y se ha efectuado la contratación de un seguro de defensa jurídica para el personal de la Gerencia Regional de Salud. Además, en la actualidad, se tramita la creación de un registro de agresiones y se han elaborado guías y protocolos diversos y se han realizado durante 2005 casi 9.000 actividades formativas con la participación de más de 96.000 profesionales. Asimismo, y en colaboración con los sindicatos, se ha acordado un modelo de carrera profesional abierta, flexible y evaluable. Finalmente, se está elaborado el anteproyecto de Ley del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario de la Gerencia Regional de Salud.

En la Comunidad Autónoma de **Castilla-La Mancha**, se ha producido un incremento de más de 3.000 trabajadores desde que se llevaron a cabo las transferencias sanitarias, siendo importante resaltar el dato de trabajadores de acuerdo a su sexo: el 32% son hombres frente a el 68% mujeres.

En marzo de 2005 se firmó el Acuerdo de la Mesa Sectorial del SESCAM sobre Atención Continuada y personal Estatutario para la Atención Continuada en Atención Primaria, dando lugar a un Decreto del personal estatutario para la atención continuada en atención primaria. Con ello se han creado en las plantillas orgánicas de las Gerencias de Atención Primaria 987 plazas de personal estatutario para la atención continuada, (539 médico y 448 enfermería), lo que ha supuesto que este personal, antes denominado personal de refuerzo, con un empleo eventual precario y un tiempo de trabajo indeterminado con retribuciones en función del número de horas trabajadas, ha pasado a tener un puesto estructural en la plantilla orgánica, con una relación interina, una jornada de trabajo anual, cierta y definida y una estructura retributiva mensual cierta y estable.

Por su parte, **Cataluña**, por su estructura organizativa, tiene una gran dispersión de datos sobre recursos humanos lo que comporta una complejidad añadida al estudio de esta función. Creada en 2004, la Comisión de desarrollo operativo del Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias ha impulsado y propuesto líneas de trabajo que, entre otros objetivos, permiten analizar las disponibilidades actuales de profesionales así como su evolución futura, implementar instrumentos de coordinación de la formación sanitaria que facilitan la integración de los objetivos estratégicos de los sistemas educativo y sanitario y la elaboración de estructuras para el desarrollo de nuevas estrategias y metodologías de valoración, acreditación y reconocimiento de la calidad de la formación y de la competencia con el fin de garantizar la seguridad de las actuaciones sanitarias a los ciudadanos y potenciar mecanismos de motivación de los profesionales. Actualmente, el proyecto prioritario propuesto por la Comisión es el análisis de tendencias en las necesidades de profesionales sanitarios que se considera fundamental para la adecuada planificación de los recursos humanos y que ha de basarse en estudios, datos e indicadores fiables, transparentes y adecuados al entorno sanitario. Este proyecto consta de tres fases: estudio de demografía de las profesiones sanitarias, análisis de tendencias en función de la evolución de nuestro entorno y puesta en marcha del Observatorio de las Profesiones Sanitarias.

En la **Comunidad Valenciana**, durante el año 2005, se han publicado diversas disposiciones que mejoran los aspectos retributivos de personal sanitario. Además, el proceso de gestión del Plan de Formación Continuada de la Consellería de Sanidad contempla actividades conducentes a la detección de necesidades formativas que se complementan con la revisión y actualización de la normativa y el análisis de la oferta y la demanda de planes anteriores, y con las aportaciones de las Organizaciones Sindicales. El plan de Formación Continuada del año 2005 en cifras se resume en 400 actividades y más de 10.000 participantes.

En lo referente a **Extremadura**, hay que distinguir el importante esfuerzo que, desde la asunción de las transferencias, se ha llevado a cabo con un incremento de cerca de 1.700 profesionales sanitarios y no sanitarios.

En Atención Primaria hay que distinguir, en cualquier servicio de salud, entre el medio rural y el urbano, donde el número de tarjetas sanitarias por profesional se mueve en diferentes dimensiones en cuanto al cupo de tarjetas por profesional, siendo más altos los niveles de cupo por profesional en el medio urbano — como generalmente ocurre en cualquier CC.AA. — por lo que progresivamente se va dotando de profesionales que permitan ir reduciendo los cupos y aumentando el tiempo dedicado al paciente con la ayuda de la informatización (historias clínicas, receta electrónica, etc.).

En atención especializada, no obstante se observa como, también de forma similar a lo que pueda ocurrir en otras CC.AA., hay menos especialistas de los deseables, por lo que las propuestas realizadas desde la Consejería de Sanidad de Extremadura se han realizado en la línea del aumento del número de plazas en la Facultad de Medicina, así como el incremento de número de hospitales y centros de salud que tengan acreditación docente para la formación de especialistas vía MIR. Mientras tanto se están incorporando especialistas de otros países de la Unión Europea.

La formación continuada se planifica en función de las necesidades detectadas en los propios servicios, unidades y centros del Servicio Extremeño de Salud y en los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo. También se hacen encuestas a los profesionales sobre las necesidades sentidas de formación continuada y se recaban las opinio-

nes de las asociaciones y sociedades científicas, de los colegios profesionales y de las organizaciones sindicales. El número de actividades de formación continuada desarrolladas en la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud durante el año 2005 fue de 178, el número de alumnos 4.315 y las horas lectivas 4.414, a lo que hay que añadir las desarrolladas por el Plan AFCAP (con fondos del acuerdo de formación continua en las administraciones públicas). También se convocaron programas de reciclajes en determinadas habilidades en Atención Primaria de Salud y becas de estancias formativas para profesionales, otorgándose para este año 56 becas de estancias formativas en centros diferentes a su lugar de trabajo.

En cuanto a **Galicia**, la Consejería de Sanidad ha hecho un estudio de disponibilidad de facultativos para la próxima década. De acuerdo con dicho informe algunas especialidades serán deficitarias por lo que se va a abordar un Plan de Ordenación de Recursos Humanos que integre algunas medidas para abordar la cobertura de las necesidades. Dentro de las acciones previstas están las ofertas de empleo para atraer a personal que quiera establecerse con vínculos fijos en el SERGAS y la promoción profesional como incentivo a los profesionales y como mecanismo para modernizar la administración sanitaria.

Por su parte, la elaboración, desarrollo e implementación del Plan de Formación Continuada del Sistema Sanitario de Galicia, se sustenta en seis elementos fundamentales: identificación de las necesidades de formación, la definición de las áreas temáticas, la participación de las diferentes unidades de la administración sanitaria y de las gerencias de los centros asistenciales, la planificación de la formación continuada, la figura del programador docente y la evaluación del proceso.

En **Madrid**, la Agencia Laín Entralgo, organismo encargado de llevar a cabo la formación permanente de los profesionales sanitarios, continuó durante el año 2005 desarrollando acciones encaminadas a conseguir los objetivos establecidos en este campo de actuación. La acreditación de formación continuada ha sido impulsada por la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS). En la actualidad, es necesario acreditar la formación continuada de las profesiones sanitarias, como también la formación mínima obligatoria para la prestación de determinados servicios como es el transporte sanitario en ambulancia o el socorrismo acuático en la Comunidad de Madrid. El Plan de Formación para el año 2005, partiendo de este propósito general, ha contribuido para que las instituciones docentes y sanitarias, de forma coordinada, lleven a cabo los programas docentes de capacitación y adquisición de competencias profesionales. Las novedades introducidas en el plan del año 2005 han sido la diferenciación de las ofertas formativas (formación continuada, estudios superiores de postgrado y formación común complementaria para especialistas en formación), la metodología empleada en detección de necesidades: a través de objetivos estratégicos de cada Dirección General y cada Gerencia, la elaboración consensuada de criterios de distribución de financiación entre centros y el logro de sinergias a través de convenios de colaboración con Universidades, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Fundaciones e Industria.

Con respecto a la incorporación de la perspectiva de género, el plan proyectó en el Área de conocimiento de Salud Pública, Alimentación y Consumo un área específica denominada «Promoción de la salud: violencia de género», que incluía acciones específicas: jornadas sobre la violencia de pareja contra la mujer, evaluación de la salud desde la perspectiva de género, habilidades para el trabajo con grupos de mujeres para la prevención de la violencia en la pareja.

En la Comunidad Foral de **Navarra** fueron de interés preferente asuntos como la jornada laboral e impacto previsible de la jornada de 48 horas, la disponibilidad de especialistas, los incentivos contemplados en los contratos de gestión, la política de permisos y sustituciones y, en general, la discusión de cómo se planifica y gestiona la formación continuada y si se realizan o no encuestas de satisfacción al personal. Asimismo, resulta de especial interés para esta región conocer y difundir conocimiento sobre la incorporación de la perspectiva de género, como criterio de calidad, en los programas de formación continuada del personal que integra el Servicio Sanitario o que forma parte de la plantilla adscrita a la Consejería competente en materia de salud.

En cuanto al **País Vasco** en 2005 se detectó como principal reto la dificultad de incorporar profesionales en determinadas categorías médicas, tanto en relación con algunas especialidades de ámbito hospitalario como en el caso de medicina de familia y pediatría de Atención Primaria. Igualmente, y en base a lo dispuesto en el Acuerdo de Regulación de Condiciones de Trabajo de Osakidetza para el año 2005, se incorporaron determinadas medidas en cuanto a la duración y modalidad de los nombramientos, de tal manera que dichos nombramientos otorgasen una mayor estabilidad al personal eventual y sustituto. En la misma línea se ha previsto la convocatoria de una Oferta Pública de Empleo en el 2006 que permita incorporar de manera definitiva a nuevos profesionales, dotando de esta manera de mayor estabilidad a las unidades.

Destacar que, desde una perspectiva de género, se ha constituido una Comisión de Igualdad de Oportunidades, que llevará a cabo los estudios que estime pertinentes referentes a las condiciones de los trabajadores y las trabajadoras del sector, la organización de los servicios y la oferta de los mismos a los usuarios y las usuarias. Entre sus objetivos se encuentra el evitar la existencia de discriminaciones y la falta de igualdad de oportunidades entre los trabajadores y las trabajadoras del Servicio vasco de salud.

En **La Rioja**, el personal es fundamentalmente estatutario, representando los funcionarios un 10% de la plantilla, mientras que los laborales no llegan al 1%. La mayor proporción de funcionarios se encuentran en Atención Primaria con más del 20%, mientras que la totalidad de los laborales están en la especializada. Estando regulada la posibilidad de estatutización del personal laboral y funcionario, ya han concluido las dos primeras convocatorias, y no se descartan nuevas convocatorias en el futuro.

La estabilización de las plantillas del SERIS se articula mediante la OPE extraordinaria y a través de las ofertas de empleo público de personal estatutario. Ya han tenido lugar dos, la correspondiente a 2004 y 2005, estando pendiente la realización de los procesos selectivos correspondientes a la oferta del año 2006.

En relación con Fundación Hospital de Calahorra, desde 2004 se dispone de un proceso de contratación integrado en el sistema de gestión de calidad de la Dirección de Procesos Soporte de la FHC, denominado «Contratación», certificado por ISO 9001:2000. FHC ha realizado dos procesos masivos de selección de personal y múltiples procesos selectivos individualizados con la finalidad de compatibilizar las variables necesidades de personal, tanto fijo como temporal, con una tasa de temporalidad inferior al 15% de la plantilla estructural de la fundación FHC para cada ejercicio anual. El sistema de gestión de incentivos en el año 2005 se establece un total de tres periodos temporales con sus objetivos, indicadores y retribución.

Por otro lado, el personal de Fundación Rioja Salud (FRS) se rige por las normas de derecho privado, esto es, estatuto de los trabajadores y otras normas de aplicación. El ré-



gimen de contratación respeta en todo caso los principios de publicidad y libre concurrencia, siendo la misma de carácter estrictamente laboral.

Merece destacarse que 2005 ha representado un punto de inflexión en el desarrollo de la Formación Continuada dentro del Sistema Público de Salud de La Rioja. Como consecuencia de la reordenación administrativa y del nuevo marco estatutario de Fundación Rioja Salud, a esta se le encomendó la coordinación de las actividades de formación continuada, en estrecha colaboración con el resto de la organización sanitaria dependiente de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Además, se ha publicado la Orden 3/2005, de 27 de abril, de la Consejería de salud, por la que se regula la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias en La Rioja.

En diciembre 2005 se realizó desde fundación Rioja Salud un Estudio Técnico de detección de necesidades formativas entre los profesionales de Rioja Salud. Este estudio orientará la planificación y desarrollo de futuros programas de formación.

Los recursos humanos de que disponen los Centros Sanitarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de las Ciudades Autónomas de **Ceuta y Melilla (INGESA)** son deficitarios para atender las necesidades de su población y a los marroquíes atraídos por un nivel de asistencia muy superior. Esto supone un mayor grado de exigencia y un esfuerzo adicional a los profesionales de la sanidad.

Para paliar en parte esta situación se ha previsto un incremento neto de las plantillas en su conjunto de un 10% durante los años 2006-2008, a razón de un 4% en 2006; 3% en 2007; y 3% en 2008. Se finalizará este periodo habiéndose incrementado las plantillas en 157 nuevos puestos de trabajo.

Por otra parte hay que señalar que la plantilla real en ambas ciudades adolece de temporalidad (interinos, eventuales y sustitutos) y entre las prioridades de la política de recursos humanos de este Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se encuentra la de buscar una solución urgente a esta situación, una vez concluido el proceso extraordinario de consolidación de empleo, manteniendo una periodicidad en los procesos de oferta de empleo público.

Dentro del esfuerzo que se viene realizando hacer más atractiva la permanencia en estas dos Ciudades, cabe señalar la negociación y firma de un Acuerdo sobre determinadas mejoras retributivas de personal.

Como **resumen** de los planteamientos aportados por las CC.AA., parece que los aspectos en los que más coinciden son aquellos relacionados con el estudio de las necesidades de personal específico a medio plazo; con la consolidación de las plantillas; con la reorganización de las jornadas laborales en función de las necesidades; y con la formación continuada del personal, con referencia especial a aspectos como el control de su calidad, su adecuación a las competencias prácticas, y su relación con la carrera profesional.

## Investigación

La mayoría de CC.AA. han desarrollado actividades en investigación en materia de salud, no obstante, sólo algunas refieren haber diseñado un plan de investigación básica, en epidemiología y salud pública, con objetivos concretos a conseguir para los que proponen actividades, tal es el caso de Galicia, Cataluña. Para potenciar y mejorar la gestión de la in-

vestigación, se refieren diferentes modalidades organizativas como oficinas de investigación, fundaciones y en algunos casos unidades de apoyo a la investigación, estas últimas, en general descentralizadas, con el objeto de ayudar a los investigadores en diferentes tipos de actividades.

Casi todas las CC.AA. tienen convocatoria de investigación en temas de salud, que se englobaría en lo que llamamos investigación aplicada a las necesidades de los problemas de salud y del Sistema Nacional de Salud y /o evaluación de tecnologías, y se han desarrollado programas específicos de formación en metodología de investigación, sólo en algunas CC.AA. se han desarrollado las convocatorias de premios de investigación.

Se puede diferenciar un grupo de CC.AA. que tienen una parte muy importante de sus fondos de investigación dirigidos a la investigación básica y fundamentalmente a la medicina regenerativa.

En referencia a líneas de investigación, según la información recibida no existe línea específica o prioritaria en cuestiones relacionadas con la equidad en salud en general, o de género y salud en particular. En referencia a facilitar el acceso equitativo a los recursos de investigación sólo algunas CC.AA. refieren la contratación ó ampliación de contrato con bases de datos bibliográficas para profesionales de los servicios sanitarios. Por último señalar que en cuanto a actividades de mejora, no se hace referencia en ningún caso a actividades realizadas en materia de mejorar la equidad entre hombres y mujeres en la carrera investigadora.

Claramente todas las CC.AA., excepto Ceuta y Melilla, refieren participar en actividades de investigación competitiva a través del Instituto de Salud Carlos III. Hay una gran diferencia entre ellas con respecto al número de proyectos obtenidos o el tipo de convocatorias de las cuales se ha obtenido financiación. Todas han obtenido proyectos de investigación del Fondo de Investigación Sanitaria, con gran variabilidad con respecto al número de proyectos obtenidos. Algunas refieren tener grupos de las redes temáticas o de centros, así como estar participando en el programa de intensificación y estabilización de personal investigador. Un grupo no muy numeroso refiere que han accedido a programa de investigación de fondos europeos.

Casi todas las CC.AA. participan en proyectos de ensayos clínicos comerciales, teniendo perfecto conocimiento de los grupos que los llevan a cabo. Así mismo han desarrollado comités de ética de evaluación de estos proyectos.

Las estrategias de difusión de resultados que se vienen desarrollando son de varios tipos, desde jornadas, con el objetivo de dar a conocer los resultados de la investigación realizada, dirigida a todas las profesiones sanitarias (atención primaria, especializada, etc.) a publicación de la investigación como premio y como difusión de los resultados de investigación. Otra modalidad, como ya se ha dicho anteriormente, sería la mejora del acceso a los resultados de investigación por parte de los profesionales sanitarios de forma gratuita a las bases de datos de publicaciones científicas.

Algunas CC.AA. están realizando mapas de investigación en biomedicina y ciencias de la salud para dar a conocer donde se ubican los grupos o personas que realizan investigación y sobre qué temas. Alguna CC.AA. ha creado los organismos de transferencia de conocimiento con este objetivo de dar a conocer los resultados de investigación. También las memorias de investigación se mencionan como instrumento para recoger y difundir las publicaciones de investigación así como la formación en lectura crítica y en búsquedas bibliográficas.

La realización de guías y protocolos de práctica clínica basados en la evidencia se menciona por la mayoría de CC.AA. tanto como estrategia de difusión de los resultados como de mecanismo para introducir la evidencia científica en la práctica sanitaria. Muchas CC.AA. participan además en el proyecto Guía-Salud. También tiene un papel muy importante en esta estrategia las agencias de evaluación de tecnologías que un número importante de CC.AA. lo refieren como la institución que revisa la información bibliográfica y promueve la revisión de las guías y protocolos de práctica en los distintos servicios regionales de salud.

Aunque todas las CC.AA. tienen actividades de investigación se observan unas diferencias importantes entre ellas, con respecto al presupuesto destinado ó respecto a la capacidad de sus grupos de investigación de atraer fondos europeos o nacionales. Algunas CC.AA. están realizando planes estratégicos de coordinación o produciendo mapas de investigación de manera que ayude a coordinar los recursos existentes.

## Sistemas de información sanitaria

El cometido de los sistemas de información sanitaria no es sólo producir información comparable sobre la salud y el comportamiento de la población relacionado con la salud y las enfermedades, sino también sobre el funcionamiento de los propios sistemas sanitarios.

Para las distintas Comunidades Autónomas el fin último es integrar de manera coherente y homogénea la información de todos los subsistemas existentes en su territorio, con el fin de explotar los datos recogidas de las diversas fuentes tanto a nivel central como a nivel de los diferentes centros y servicios. Dicho esfuerzo de recogida y procesamiento de información influye en la posterior formulación de las políticas públicas, la acción programática y las investigaciones tanto a nivel nacional como regional.

Las diferentes Comunidades Autónomas han realizado notorios avances en los subsistemas de información para la gestión de los pacientes de AP, la gestión de las listas de espera de los centros de AE, la gestión de las derivaciones de pacientes entre centros y el establecimiento de intercambios de información rápidos y eficaces. Además han creado portales de sanidad para garantizar la accesibilidad a la información sanitaria por parte de los ciudadanos, al tiempo que han agilizado los trámites en los registros de reclamaciones y sugerencias que se incorporan a ficheros automatizados.

Por otro lado, y en relación a la base de datos central de tarjeta sanitaria, se pretende la futura incorporación de aquellos registros de las bases de datos de las Comunidades Autónomas que actualmente no están conectadas a la base central, con el fin de facilitar la identificación y localización de forma inequívoca y unívoca de cualquier usuario perteneciente al Sistema Nacional de Salud, evitando la duplicidad de registros lo que, en última instancia, servirá para consolidar la Tarjeta Sanitaria como núcleo del modelo de datos de las futuras aplicaciones a desarrollar.

Destacar finalmente que alguna Comunidad ha introducido dentro de sus plan de actuación de salud de las mujeres la perspectiva de género en los sistemas de información (3).

(3) Cantabria: Plan de Actuación de Salud para las Mujeres (2004-2007).

## Participación

El desarrollo de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y deberes en materia de información y documentación clínica, se ha llevado a cabo a través de leyes autonómicas. Sin embargo, y puesto que el conjunto de derechos subjetivos que se desprenden de la regulación básica es amplio, la situación es heterogénea y su evolución a lo largo del tiempo ha sido también diversa: Así, mientras unos derechos han sido desarrollados totalmente, otros sólo lo han sido parcialmente e, incluso, un último grupo, se encuentran pendientes de la aprobación de las normas reguladoras que, ya en algunos casos, se encuentran en fase de tramitación.

De esta manera, el derecho a la confidencialidad y la intimidad, a la información asistencial y a la información sanitaria y epidemiológica, a la prestación del consentimiento, a la presentación de reclamaciones y sugerencias, a la participación en las actuaciones del Sistema de Salud, a la formulación de instrucciones previas, a la segunda opinión, a la libre elección de profesional y centro, a la historia clínica, a las habitaciones individuales y a las prestaciones sanitarias de atención especializada programadas y urgentes en unos plazos máximos aceptables se encuentran en diversas fases según la Comunidad Autónoma que se considere.

A destacar que se busca la informatización de la historia clínica en las diversas regulaciones, al tiempo que se promueve la participación de los usuarios mediante las guías de información y la publicidad de los procedimientos de reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario, sin olvidar el importante apartado relativo a la gestión y el análisis posterior cuantitativo y cualitativo de los resultados conseguidos para conocer la opinión de los ciudadanos y ejecutar con celeridad aquellas medidas de mejora en el ámbito público que repercutan positivamente en la atención de las personas usuarias.

Por otro lado, varias Comunidades ha establecido cauces formales de participación colectiva de los ciudadanos y las ciudadanas en la toma de decisiones del Sistema de Salud a través de la creación —con nombres diversos— de Consejos Regionales de Salud, Consejos de Salud de Área y Consejos de Salud de Zona. En general, los Consejos Regionales tienen representación de la Administración Autónoma y de los Ayuntamientos, además de contar con las organizaciones sindicales, las asociaciones de consumidores y usuarios, las asociaciones y federaciones de pacientes, los colegios profesionales y las sociedades científicas. Asimismo, existen instituciones de defensa de los pacientes del Sistema Sanitario Público bajo amplias denominaciones que evocan la figura del Defensor de las personas usuarias.

Finalmente, se debe poner de relieve que un proyecto autonómico se ha centrado en la participación de colectivos que, como los jóvenes, tenían escaso peso en la toma de decisiones del sistema para lo que se ha apostado por un enfoque novedoso y multisectorial, acercando a los jóvenes los temas relativos a la promoción y prevención de la salud en sus puntos de frecuentación habitual, mientras que otra experiencia ha regulado las garantías de los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad y la incorporación de la voz del paciente a los acuerdos de gestión a partir de los datos obtenidos de las encuestas de opinión.

## Equidad

Las diferentes Comunidades Autónomas han abordado múltiples intervenciones basadas en la equidad para mejorar y garantizar la igualdad de trato y acceso a los servicios sanitarios para aquellos colectivos con menos recursos económicos o más vulnerables: por un lado, mediante la reducción de las desigualdades más patentes que sufren especialmente determinados grupos sociales (inmigrantes, drogodependientes, personas sin techo, personas mayores con dependencia, etc.) a través de una estimación del número de personas que pertenecen a esos colectivos específicos de riesgo para su inclusión en los programas sanitarios correspondientes; por otro, mediante la localización y prevención de aquellas causas que, de no ser afrontadas, conducen a la desigualdad y a la exclusión social (edad, discapacidad, salud mental, enfermedades crónicas, falta de formación, mujeres sin recursos, etc.). En este último punto en particular, las actuaciones abordadas en los planes de igualdad de las autonomías se centran en aquellos factores que inciden en la desigualdad de género, ofreciendo una visión integral y promocional de la salud, sin olvidar la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios en todo lo relativo a la detección y lucha contra la violencia doméstica desde el sistema sanitario público.

Las políticas sociales emprendidas, tendentes a reducir las desigualdades sociales y mejorar el nivel de salud y bienestar de la población inmigrante ha sido otro de los ejes de actuación. En este sentido, en algunos casos se han llevado a cabo grupos de estudio de idiomas (árabe, inglés y francés) dentro de la jornada laboral y, en otros supuestos se han desarrollando protocolos y procedimientos en lengua extranjera destinados a facilitar la comunicación con el colectivo de mujeres extranjeras que acuden a las consultas. Además, en Atención Primaria, se ha elaborado manuales de gestiones sanitarias básicas que han sido traducidos a diversas lenguas.

Por otro lado, se ha puesto en marcha una iniciativa que tiene como objetivo la mejora en el acceso a recursos de información para la población invidente, junto con programas de atención a las personas mayores en Atención Primaria de Salud en el que se garantiza la atención social a las personas mayores con problemas de aislamiento social y situación económica deficiente, además de programas de salud Infantil donde se incorpora la identificación de factores de riesgo social.

En todas estas actuaciones se ha realizado una planificación de recursos con una serie de criterios de ordenación aplicados a la población diana para cada dispositivo, con la finalidad de realizar para cada caso una evaluación ajustada de las necesidades físicas y humanas que permita acercar la oferta de servicios sanitarios a los ciudadanos y que asegure, en última instancia, que la diversidad de casos a tratar no esté reñida con la calidad de los servicios prestados a la ciudadanía.

## Experiencias innovadoras

En el campo sanitario, las experiencias innovadoras suponen una mejora en el servicio y la calidad del SNS. La labor desarrollada por los profesionales sanitarios implica en última instancia la motivación para el cambio y adoptar una nueva cultura organizacional, agregando valor a los servicios habituales, diseñando otros nuevos y haciendo más eficaces los procesos existentes.

Se presenta a continuación una síntesis de las aportaciones de las CC.AA. en el capítulo de descripción de experiencias innovadoras, cuyos contenidos completos se encuentran en los anexos de este Informe.

**Andalucía** ha ejecutado tres experiencias innovadoras que pueden ser de utilidad para otras regiones del Estado español: una de ellas de promoción de la salud en la población joven (Programa Forma Joven) y otras dos de gestión (seguridad de los pacientes y prestación bucodental a discapacitados).

El Programa Forma Joven, iniciado en el curso 2001-2002, tiene como objetivo acercar a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes la información y formación necesarias para que desarrollen capacidades y habilidades de respuesta saludables ante las situaciones de riesgo que se presentan en esta etapa de su vida y hacer compatibles diversión y salud. Es clave para el buen desarrollo del programa la participación de los propios jóvenes a través de la figura del «mediador», facilitando la comunicación entre los responsables de los más de 440 Puntos Forma Joven y los destinatarios de las actuaciones del programa. El desarrollo del programa está permitiendo profundizar en el conocimiento de una serie de estrategias (intersectorialidad), en la capacidad de intervención en espacios no habituales y en la disposición de los profesionales de distintos ámbitos para actuar conjuntamente.

Otra línea de actuación andaluza, la identificación de pacientes mediante radiofrecuencia, potencia aprender de las experiencias alertando de nuevos riesgos, compartiendo nuevos métodos para prevenir errores, recomendaciones de «buenas prácticas» y creando una cultura de seguridad. Estas recomendaciones se centran, entre otras, en mejorar la precisión de la identificación de pacientes mediante el uso de pulseras identificativas. La población diana está constituida por los pacientes del Hospital de Día Oncológico debido a Alta rotación de pacientes/día y uso de medicamentos de alto riesgo (altamente tóxicos) en pacientes de alto riesgo (inmunodeprimidos).

Finalmente, la organización de la asistencia dental a personas con discapacidad residentes en la provincia de Córdoba (personas entre los 6-15 años cuya discapacidad física o psíquica incida en la extensión, gravedad o dificultad de su patología oral o su tratamiento) contempla una asistencia dental básica y unos tratamientos especiales para unas 30.000 personas. La posibilidad de realizar tratamientos preventivos y conservadores de la salud oral ha supuesto un importante avance en la calidad de vida de estos pacientes, que tradicionalmente solo recibían tratamientos de extracción para eliminar focos infecciosos.

En el caso de la Comunidad Autónoma de **Aragón** debe destacarse la red aragonesa de proyectos de promoción de salud (RAPPS). Creada en 1996 con la finalidad de facilitar la extensión de la promoción y educación para la salud en la Comunidad Autónoma de Aragón, es un instrumento integrador de los grupos de trabajo multidisciplinares que desarrollan proyectos de educación y promoción de la salud en distintos ámbitos. Sus objetivos son identificar proyectos de promoción y educación para la salud que se están llevando a cabo en la Comunidad Autónoma, fomentar la realización de experiencias nuevas, apoyar la consolidación de los equipos de trabajo ya existentes, lograr una fuente de información que contribuya al conocimiento de modelos y tendencias y facilitar el intercambio de información entre los grupos de trabajo que en ella se integran.

De la experiencia acumulada se desprende que si bien las redes son una de las estructuras de apoyo más adecuadas para el desarrollo de la promoción de la salud, la falta de un lenguaje común entre los profesionales, la confusión acerca de los conceptos de promoción

de la salud y educación para la salud, la sobrecarga de trabajo asistencial, la rigidez en la organización de los centros y servicios y la escasa experiencia de trabajo en equipo son las principales dificultades para desarrollar un trabajo en red de promoción de la salud.

Otra línea de actuación es el proyecto de telemedicina «Health Optimum», que nace de los programas «e-Ten» de la Unión Europea y tiene como fin la aplicación práctica de la tecnología a la telemedicina. En Aragón el proyecto ha contado con la participación de tres Departamentos del Gobierno (Presidencia, Salud y Consumo y Ciencia, Tecnología y Universidad), siendo su objetivo principal la evaluación de las tecnologías de comunicación de banda ancha (videoconferencia) a la atención sanitaria.

La zona elegida para desarrollar el proyecto, el sector sanitario de Barbastro, se considera un escenario idóneo. Se eligieron dos Centros de Salud, uno de perfil urbano y otro rural, y la selección de Servicios hospitalarios se realizó buscando los que por sus características se adaptaban mejor a estas tecnologías.

El futuro inmediato del proyecto pasa por la ampliación de la atención sanitaria con la oferta de nodos de comunicación con tres centros de salud que suman el 80% de la población del sector de salud, la oferta de nuevas especialidades (Urgencias y Oftalmología) y la extensión a otros sectores sanitarios de los servicios de tele-consejo, videoconferencia entre facultativos, consulta virtual y tele-laboratorio.

En **Asturias**, la experiencia más innovadora es la articulación, con la base de la gestión de procesos estratégicos derivados del Plan de Salud, de una política de calidad de la asistencia sanitaria para alcanzar objetivos de eficacia y eficiencia en la asistencia sanitaria. Asimismo, se han realizado experiencias puntuales innovadoras en el área de género y salud con la elaboración de un documento denominado «La salud de las mujeres en Asturias» y la adecuación del uso de la terapia hormonal sustitutiva.

Las acciones emprendidas en **Baleares** para la implantación del sistema de receta electrónica permitirán tanto la prescripción del tratamiento completo del paciente, como su dispensación y facturación, utilizando las nuevas tecnologías. La automatización modifica sustancialmente los procesos actuales, basados en la utilización del soporte papel, y posibilita obtener información en tiempo real de los procesos de la prestación farmacéutica. Además, favorecerá el consumo racional de medicamentos, ajustado a las necesidades del paciente, evitando el almacenamiento innecesario de medicamentos, y permitiendo además aumentar el tiempo de dedicación del médico a la actividad asistencial.

Por otro lado, el proyecto «Historia de Salud» (historia clínica electrónica) no sólo incluye la receta electrónica, sino también otras actuaciones sobre seguridad (firma digital), portal clínico corporativo, así como todo el conjunto de información y de funciones que posibiliten el grado más alto de operatividad. Dicho proyecto implica a todos los niveles asistenciales, se desarrolla horizontalmente y aglutina toda la información sanitaria disponible sobre los usuarios de la sanidad pública de las Islas Baleares. Las ventajas serán evidentes para el profesional y para el sistema.

La diabetes «mellitus» en la Comunidad Autónoma de **Canarias** es un problema de salud con entidad propia, teniendo en cuenta su impacto sobre la calidad de vida, la gravedad de las complicaciones, el consumo de recursos sanitarios asociados y la elevada mortalidad atribuida. Las actividades dirigidas a prevenirla vienen establecidas en el «Programa de prevención y control de la enfermedad cardiovascular en Atención Primaria», dentro del «2.º Plan de Salud de Canarias», afectando a todas las Áreas de Salud. Por otra parte, el Plan Estratégico de Atención Primaria 2006-2009 contempla la mejora de la

Atención Primaria y de la continuidad asistencial en cooperación con atención especializada. Medidas ambas que repercuten en la prestación de una asistencia sanitaria de mayor calidad, a la persona con diabetes.

Con el fin de ir dando respuestas cada vez más eficaces a este problema y mejorar la accesibilidad del usuario a esta prestación asistencial, actualmente la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud está desarrollando un proyecto denominado RETISALUD que, mediante la utilización de retinógrafos no midriáticos y un sistema de Teleoftalmología, pretende la detección precoz y seguimiento de la retinopatía diabética.

En otro orden de cosas, condicionantes tales como el envejecimiento de la población y la cronificación de procesos, la necesidad de atención domiciliaria y nuevas demandas sociales producen modificaciones en el ciclo vital y aumentan los requerimientos a los sistemas sanitarios. Por eso, en el sistema sanitario, existen cada vez más evidencias sobre los beneficios de iniciativas conjuntas entre atención primaria y especializada mediadas por enfermeras. En consonancia con lo anterior, en el Servicio Canario de Salud desde el año 2000 los Servicios de Atención Primaria y Atención Especializada de la Dirección General de Programas Asistenciales vienen desarrollando diferentes iniciativas para la puesta en marcha de sistemas de intercambio de información y comunicación entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales. Además, se elaboró consensuadamente entre las enfermeras de los dos niveles asistenciales la Guía del Servicio de Continuidad de Cuidados que recoge la población diana, los objetivos y metas a conseguir y las actividades a realizar por las enfermeras de ambos niveles. Actualmente se han creado grupos de profesionales de ambos niveles, que están elaborando unas Guías de actuación para el paciente diabético, al paciente ostomizado, la promoción de la lactancia materna, la salud mental y el tratamiento de las heridas crónicas.

En **Cantabria**, se ha realizado dos experiencias: los nuevos servicios de atención en domicilio de las situaciones de dependencia y el control de terapia anticoagulante oral (TAO).

Para la atención domiciliaria de las situaciones de dependencia se han puesto en marcha seis nuevos servicios de Atención Primaria que tienen por objeto la atención a las personas en situación de dependencia y a sus cuidadores principales, así como la valoración de las condiciones del domicilio.

Para el control de terapia anticoagulante oral se ha iniciado un proyecto con 6.700 pacientes. La descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral permite que esta actividad pase a depender de Atención Primaria con las ventajas que esto supone para el paciente, facilitando a la Atención Especializada la incorporación de pacientes con nuevas indicaciones. Como aspectos a destacar, aparte de la base de datos única de pacientes anticoagulados con acceso al hematólogo y al médico de familia desde cualquier centro de salud u hospital, está la satisfacción del paciente, en su mayoría de pacientes ancianos, pluripatológicos, polomedicados y a veces con problemas intercurrentes, a los cuales este nuevo servicio les proporciona una atención integral y un seguimiento asiduo, aportándoles también comodidad para el desplazamiento.

En **Castilla-León** se han realizado dos experiencias innovadoras: la oferta desde atención primaria de un servicio de deshabituación tabáquica y el programa piloto de consejo genético en cáncer colorrectal hereditario.

Siendo el tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública y con un 35% de la población de 14 a 70 años de la Comunidad declarándose fumadora a diario, el objetivo era disminuir el porcentaje de fumadores en la población general, implementando una



intervención mínima sistematizada en todas las consultas de atención primaria y prestando el apoyo necesario a las personas que deseen dejar de fumar. El protocolo de deshabituación se adecua a cada fumador, pudiendo requerir o no tratamiento farmacológico pero incluyendo siempre el apoyo psicológico y el seguimiento del paciente para evitar recaídas.

Para el diseño del Servicio se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por profesionales de Atención Primaria, Atención Especializada y Psicólogos, y se realizó un pilotaje del servicio en varios Centros de Salud antes de su inclusión en la Cartera de Atención Primaria.

Por otro lado, el programa piloto de consejo genético en cáncer colorrectal hereditario, se aborda ya que la suma de los cánceres de colon y recto supone la primera causa de muerte tumoral en el conjunto de ambos sexos para la población castellana y leonesa. El procedimiento incluye la estimación del riesgo y selección de familias candidatas, la derivación a unidades de consejo genético de cáncer, el test de diagnóstico genético molecular y la información de resultados.

Las experiencias a resaltar en **Castilla-La Mancha** son el proyecto de Imagen Médica Digital YKONOS y el futuro sistema de información hospitalaria MAMBRINO.

Las principales metas que persigue Ykonos son proporcionar un sistema de archivo de imagen médica totalmente digital con un servicio de distribución de las mismas (eliminando la placa convencional) y compartir imágenes digitales entre centros de Atención Especializada y Atención Primaria. En 13 de los 16 hospitales de Castilla-La Mancha, así como en 6 centros de especialidades diagnóstico y tratamiento se han instalado sistemas RIS-PACS (Picture Archiving and Communication System) y RIS (Radiology Information System) para permitir que los estudios puedan ser vistos desde cualquier punto de la región. Asimismo, una red WAN (Wide Area Network o Red de Área Extensa), perteneciente al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, interconecta entre sí los sistemas PACS/RIS de todos los hospitales. Este permite al profesional disponer de las imágenes de una manera inmediata con mayor calidad, reduciendo los errores, y evita al ciudadano la repetición innecesaria de pruebas así como el desplazamiento.

Por otra parte, ya en 2004 se iniciaron los trabajos de preparación para la puesta en marcha de MAMBRINO, futuro sistema de información hospitalaria que ha tenido como primer hito importante su puesta en funcionamiento en 2005 en el nuevo hospital de Ciudad Real. Mambrino se inserta dentro del nuevo plan integral de Tecnologías de la Información para la nueva era de los «hospitales sin papeles».

En **Cataluña**, el Departamento de Salud ha iniciado un proceso de descentralización de la gobernabilidad del sistema de salud en base a la voluntad de compartir la toma de decisiones con las administraciones locales. Los principales objetivos del proyecto se basan en la firme creencia de que la proximidad a la población es la mejor fórmula para conocer las características diferenciales de sus necesidades y prioridades y que sólo desde esta proximidad es posible una toma de decisión eficiente y el desarrollo de actuaciones más efectivas.

El nuevo modelo que se estructura en tres ejes principales: un consejo rector formado de manera paritaria por la Generalidad y las administraciones locales del territorio (democracia representativa); un consejo de participación formado por el asociacionismo civil presente en el territorio y vinculado al ámbito de la salud (democracia participativa); y una comisión de las entidades prestadoras de servicios (salud pública y asistencia sanitaria y social).

Por otro lado, para la población adolescente, desde los Departamentos de Educación y Salud se quiere impulsar las actuaciones de promoción y prevención de la salud a la es-

cuela y coordinar mejor las actuaciones en el territorio, integrándolas en un único proyecto: El programa Salud y Escuela tiene como finalidad mejorar la salud de los adolescentes a través de acciones de promoción de la salud y prevención de las situaciones de riesgo y atención precoz de problemas de salud relacionados con salud mental, la salud afectiva y sexual, el consumo de drogas y alcohol y tabaco. El programa tiene como eje de vertebración el equipo de atención primaria de salud, principalmente enfermería (4). Además, a los profesores de los centros educativos se les facilitan sesiones de formación y materiales didácticos para la realización de actuaciones de promoción de actitudes y actividades saludables. Para coordinar todos los Centros que imparten educación secundaria (públicos y concertados) tendrán como referente un profesional del centro de salud.

Los primeros datos apuntan ya una estrecha colaboración entre los tutores los EAP, los equipos psicopedagógicos y las enfermeras referentes, lo que ha permitido tratar situaciones que antes pasaban desapercibidas.

Por otro lado se ha llevado a cabo la creación y puesta en funcionamiento de la Agencia de Protección de la Salud de Cataluña que, integrando todos los servicios y las actividades de protección de la salud, coordina con el resto de organismos de protección de la salud y tiene como misión proteger a la población de los factores ambientales y alimentarios que pueden producir un efecto negativo en la salud de las personas. Como resultados más destacables se pueden subrayar la superación de las principales deficiencias en la prestación de los servicios de protección de la salud existentes con anterioridad mediante la modernización y reforma de los dispositivos de provisión de servicios, la integración de todos los servicios y las actividades referidos a la protección de la salud y la coordinación con el resto de organismos de protección.

En la **Comunidad Valenciana**, existen dos experiencias innovadoras: el programa de consejo genético en cáncer y la cita a través de Internet en toda la red de atención primaria de la Comunidad Valenciana.

El diagnóstico y consejo genético, son técnicas que se pueden utilizar para diagnosticar una enfermedad hereditaria antes de que sus síntomas sean manifiestos. El objetivo es reducir el riesgo de los cánceres en que la determinación genética influye en el manejo clínico, ofreciendo consejo/asesoramiento genético a pacientes y familiares de primer grado, trasladando los avances en la investigación a los servicios clínicos. De esta manera, se constituyó un Grupo de Trabajo sobre Cáncer Hereditario y se elaboró un programa en abril de 2005 que define los criterios y protocolos de actuación con el fin de hacer accesible el consejo genético en cáncer a toda la población valenciana con las máximas garantías. Para la implantación se han editado dos publicaciones: «Programa de consejo genético en cáncer» dirigido a profesionales sanitarios, y un folleto sobre «consejo genético en cáncer». Junto a estas publicaciones, que se han distribuido por toda la red de atención primaria y especializada, se han hecho jornadas de presentación en todos los departamentos y dos cursos de formación y se han identificado responsables en cada departamento de salud para cada síndrome.

En cuanto a la cita a través de Internet en toda la red de Atención Primaria de la comunidad valenciana, se produce como consecuencia de la implantación de un Programa Mostrador y una Historia Clínica Electrónica única por paciente en toda la red ambulatoria de la Comunidad Valenciana, siendo el número de identificación único y unívoco de cada

(4) Las enfermeras de referencia reciben formación específica en técnicas de entrevista con adolescentes, trabajo en grupos y aspectos relacionados con los problemas de salud más relevantes.

usuario el número del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Tarjeta Sanitaria Individual. Si bien la implantación abarca a todos los centros y todas las categorías profesionales serán usuarias de la mencionada herramienta, cada uno accederá en diferentes niveles.

En **Extremadura** se han ejecutado dos experiencias innovadoras: la extensión del modelo de Gestión Clínica a través de los Contratos de Gestión Singulares con todos los servicios y/o unidades de Atención Especializada y el proyecto «Mariposa» de centro de descanso y salud integral dirigido fundamentalmente a pacientes oncológicos.

Desde sus inicios el Servicio Extremeño de Salud ha intentado favorecer la implicación de sus profesionales en la gestión de los recursos asistenciales. En todos los centros se venían realizando las tradicionalmente llamadas «peonadas» como herramienta de control de las listas de espera, con resultados escasamente satisfactorios, ya que se incentivaba a los servicios con mayor listas de espera y la productividad variable que se abonaba a los servicios en función del cumplimiento de objetivos era escasa, no incentivaba y a veces se aplicaba de forma lineal. Por ello, en 2004 la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud decide la supresión de las peonadas e introduce un nuevo modelo de productividad variable para los profesionales que se concretó en un Contrato de Gestión Singular con cada servicio y/o unidad asistencial, con el acuerdo con cada profesional firmado individualmente, de manera que, en función de la consecución de los objetivos pactados, se podían conseguir unas cantidades que se reflejaban específicamente en cada contrato. El modelo en el 2005 se ha consolidado en todos los servicios de todas las áreas de salud.

Los resultados de este nuevo modelo de productividad variable han sido altamente satisfactorios. La mayoría de profesionales se han adherido al nuevo modelo, alcanzando unos niveles de cumplimiento de los objetivos por encima del 80%, que se ha traducido en mejoras notables de los indicadores asistenciales y de listas de espera.

En cuanto al proyecto «Mariposa» de centro de descanso y salud integral dirigido fundamentalmente a pacientes oncológicos, llamado así por encontrarse en una finca denominada «Las Mariposas» en Cáceres. Siendo un proyecto complementario a la terapia convencional oncológica, también va dirigido a pacientes con patologías degenerativas, pretendiendo evaluar el impacto del proyecto sobre la calidad de vida de los pacientes en un entorno adecuado de tranquilidad, intimidad e independencia, apoyado en terapias complementarias.

En **Galicia** cabe subrayar dos experiencias: el programa gallego de atención al infarto agudo de miocardio (PROGALIAM) y el programa gallego para la detección de la sordera en período neonatal.

Ya que la cardiopatía isquémica se ha convertido en un problema de salud prioritario se pretendía poner en marcha un plan estratégico de comunicación a las poblaciones de interés orientado a lograr un uso más eficiente de los sistemas de emergencias, al tiempo que se establecía una vía clínica de atención al paciente mediante protocolos validados de interrogatorio telefónico para el dolor torácico en los centros de coordinación médica, haciéndolo extensivo a todos los sistemas de emergencias y médicos de familia de las áreas sanitarias y del hospital. Además, se ampliaba la cobertura del transporte medicalizado para toda la población, tanto urbana como rural, con los menores retrasos posibles, se coordinaban las redes asistenciales y la organización de los hospitales para lograr la disminución de la mortalidad, mejorando la calidad de vida del paciente con infarto y promover la equidad en el acceso a las prestaciones del sistema sanitario, para disminuir la variabilidad en el uso de recursos y tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

Por su parte, el programa gallego para la detección de la sordera en período neonatal se justifica en la viabilidad del programa en el momento actual y en la demanda social existente. un sistema de cribado de poblacional universal garantiza la equidad en el acceso a la prueba a todos los recién nacidos en Galicia, siendo el objetivo el mejorar la capacidad de comunicación (lenguaje receptivo y expresivo) de los niños nacidos con hipoacusia moderada, severa o profunda para equipararla a la de los oyentes.

En **Madrid**, la aplicación de nuevas tecnologías para la información de niveles de polen (elaborados por la red PALINOCAM, Red Palinológica de la Comunidad de Madrid) al sistema asistencial y a la población de la región, se justifica en el marco del Programa Regional de Control y Prevención del Asma. Los interesados en recibir la información sobre niveles de polen vía SMS en su teléfono móvil lo solicitan enviando un mensaje con las palabras «alta polen» a un número, siendo los mensajes recibidos incorporados directamente a la Base de Datos que usa posteriormente el «Sistema Automático de Mensajería (SAM)» para enviar los mensajes.

La Red PALINOCAM constituye un sistema innovador de información de los niveles de polen atmosférico vinculado desde sus comienzos a un Programa Regional de Salud Pública, utilizando plataformas tecnológicas en las que se integran los sistemas de información y de comunicaciones para prestar un mejor servicio al ciudadano. Durante el período Mayo-Junio de 2005, en que estuvo operativo este dispositivo, se informó diariamente mediante mensajes SMS a los 2000 solicitantes admitidos, haciendo un total de 90.000 SMS.

Otra innovación la constituye la Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid (RFC), siguiendo las pautas marcadas por la Asamblea Mundial de la Salud consolida un sistema de base científica que mejora la seguridad del paciente y la calidad de la atención a la salud, en particular en todo lo relativo a la vigilancia de los medicamentos. La Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid ha identificado en su plan estratégico de farmacia, la seguridad de la utilización de medicamentos como un objetivo transversal en todas las líneas de trabajo dirigidas a conseguir la mejor asistencia fármaco-terapéutica para los pacientes y a tal fin se constituyó en el mes de mayo de 2005 la Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid (RFC), como un proyecto de colaboración entre la Consejería de Sanidad y Consumo y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, siendo su objetivo primordial la detección, notificación y prevención de problemas de seguridad relacionados con el uso de los medicamentos, tanto en el aspecto de errores de medicación, como la colaboración activa con el Programa de Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas. En un año, la RFC ha detectado un total de 25 errores relacionados con la calidad de los medicamentos, que han dado origen a 5 Alertas Sanitarias por parte de la Agencia Española del Medicamento de retirada de lote o actuaciones concretas, con ámbito de actuación en todo el territorio nacional.

En **Murcia** se han ejecutado como experiencia innovadora el Plan de Educación para la Salud en la Escuela. Dicho Plan de Salud (2003-2007) estableció la necesidad de elaborar un marco conjunto y continuado para la promoción de los estilos de vida saludables en el ámbito escolar, en la Atención Primaria y en el entorno comunitario. Para su elaboración se plantearon tres estrategias: curricular, interdisciplinar y formativa. Con esa base se redactó el Plan de Educación para la Salud en la Escuela que pretende modificar los conocimientos, actitudes y comportamientos de los componentes de la comunidad educativa, aportando los aspectos positivos de la salud y sobre la base de la legislación educati-

va vigente. Los objetivos generales se plasman en actividades desde junio del 2005 hasta junio del 2010, y se controlan en base a indicadores de evaluación. En cuanto a las repercusiones del Plan, si bien es por ahora difícil cuantificar las repercusiones en salud para los ciudadanos, es cierto que la actitud generalizada de los profesionales es de aceptación del cambio, de colaboración para su puesta en marcha y de absoluta cooperación para optimizar los recursos de esta región destinados a la educación para la salud.

**Navarra** continúa su programa de promoción de salud de minorías étnicas. Iniciado en 1987 se orienta a la promoción de salud de las comunidades gitanas y ciganas-transmontanas, las dos principales minorías étnicas existentes en Navarra en esa época. Su implantación ha sido progresiva en las Zonas de salud de la región. En este último año se ha trabajado con más de 2.500 personas (50% de la población estimada) con objetivos específicos (accesibilidad, estilos de vida, programas preventivos y equidad). La evaluación del programa a lo largo de estos casi 20 años es muy positiva: cobertura en Atención Primaria de salud, planificación familiar, escolarización infantil, educación para la salud, etc.

Además, como ejemplo de las continuas acciones que se están realizando de cara a mejorar la atención sanitaria en el marco de una decidida apuesta por la telemedicina, está el proyecto de prevención de la retinografía diabética, puesto en marcha a finales de octubre del pasado año y del que se han beneficiado ya más de 1.000 pacientes (población diana aproximada 12.000 personas). Se pretende mejorar el acceso, reducir los tiempos de atención y garantizar las revisiones necesarias a las personas afectadas. La consulta es de enfermería, por la tarde y utiliza tecnología existente. Además el procedimiento sanitario sustituye a otro más agresivo e incómodo.

Por su parte, la Comunidad Autónoma del **País Vasco** ha implementado un Sistema de Información Hospitalario para la Gestión Clínica que constituye una excelente base de datos con información de más de 4 millones de altas anuales. Plantea un sistema de información para clínicos y gestores de evaluación de resultados clínicos (programa Osakliniker). Con este fin, se creó un grupo de trabajo formado por un coordinador, un experto en bases de datos y 33 consultores que trabajan en cuatro hospitales de Osakidetza, se definieron 970 procesos clínicos, considerando la frecuencia real de los diagnósticos motivo del ingreso y de comorbilidad y los procedimientos realizados durante el año 2002. Los procesos clínicos se validaron con los consultores y, posteriormente, se convirtieron en códigos. Si bien inicialmente se desarrolló un programa con el gestor de base de datos Microsoft Access para trabajar, ulteriormente se modificó para que pudiese acceder a Oracle e instalarlo en la red local de cada hospital. Ahora, se está estudiando migrar el programa a formato Web para consultarlo desde cualquier hospital a través de la Intranet del Servicio vasco de salud.

En otro orden de cosas, y dada la necesidad de establecer medidas de carácter estratégico para potenciar una utilización más racional, equilibrada, segura y eficiente de los medicamentos, se recoge la progresiva implantación de la receta electrónica, iniciativa incluida en el Plan Euskadi de la Sociedad de la Información. Previamente se realizó un pilotaje en algunos centros de salud y en oficinas de farmacia de algunos núcleos de población seleccionados. El sistema permite registrar en una base de datos central las incidencias que se puedan producir durante el proceso de dispensación y cumple con toda la normativa en materia de seguridad relativa a la protección de datos de carácter personal.

En **La Rioja**, se ha realizado un análisis económico del tratamiento de infecciones quirúrgicas en unidades de hospitalización domiciliaria (HaD). Habiéndose comprobado

que un número elevado de infecciones quirúrgicas pueden ser tratadas de forma efectiva y segura en estas unidades, se pretendía definir el impacto de las mismas con respecto a los beneficios inducidos en las unidades de Cirugía. La eficiencia económica de ambas Unidades (Cirugía y HaD) se examinó emparejando los procesos terapéuticos agrupados por el modelo de GRDs durante los años 2004 (Hospitalización Convencional) y 2005 (Hospitalización Domiciliaria) sobre los que se analizaron criterios de entrada y salida, económicos (estancia media, peso medio, etc.) y modelos cuantitativos de eficiencia y benchmarking.

Como resultados más destacables, subrayar que la estancia media global de la unidad de cirugía descendió con un incremento de su case-mix. Además, la unidad de cirugía presentó un balance contable mejorado durante el 2005 debido a una optimización de recursos, mientras que la unidad de hospitalización a domicilio presentó un notable beneficio presupuestario inducido por su elevado case-mix con una moderada-reducida estancia media.

Por otra parte, la próxima puesta en marcha del Hospital San Pedro ha propiciado que, durante el año 2005, se apueste por la modernización de la gestión sanitaria en la Comunidad Autónoma, descentralizándose la gestión, integrando los recursos sanitarios por Áreas, coordinando los distintos niveles asistenciales, e implantando las nuevas tecnologías de la información e implicando a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones.

Las Áreas de Gestión Clínica se implantarán de forma progresiva en el Sistema Público de Salud de La Rioja. Este año 2005, la Consejería de Salud ha puesto en marcha 4 nuevas Áreas de Gestión Clínica: área de gestión clínica de diagnóstico biomédico (laboratorios); área de gestión clínica de diagnóstico por la imagen; área de gestión clínica de enfermedades infecciosas; y, área de gestión clínica de cirugía general y digestiva y cirugía plástica.

En **Ceuta y Melilla**, se debe resaltar el programa de tuberculosis. Su motivación es clara ya que España es, después de Portugal, el país de la Unión Europea con la incidencia más alta. Las tasas de declarados en Ceuta y Melilla en 2004 fueron las más altas de España, siendo un importante problema de salud pública en ambas Ciudades Autónomas, fundamentalmente por las fuertes corrientes migratorias de países con mal control sanitario. Debido a todo esto, en el Contrato de Gestión del 2005 se pactó como objetivo priorizado de salud un programa de reducción y control de esta enfermedad, dentro del apartado de enfermedades infecciosas.

Finalmente, el programa de atención a mayores frágiles y dependientes, dentro de los Contratos de Gestión de INGESA con las Áreas Sanitarias Únicas, se justifica este programa por la mejora que supone en la atención sanitaria de los ciudadanos en su entorno natural, cuando su enfermedad o las complicaciones derivadas de la misma le impiden un desarrollo personal o social habitual. Mediante la oferta de un paquete de servicios que implica a los distintos dispositivos de Atención Primaria y Especializada, se procura la atención integral y multidisciplinar, garantizando la continuidad de los cuidados, y la atención con el recurso adecuado a la evolución de cada tipo de proceso.

Se ha editado una «Guía Informativa de Recursos Sociales para el Programa de Mayores Frágiles y Dependientes». Todos los pacientes y/o su cuidador recibe esta guía, en la que se informa sobre las Instituciones, Asociaciones, Centros Socio-culturales, ONG's, etc. a los que se puede recurrir para obtener ayudas y servicios complementarios a los servicios socio-sanitarios que ya ofrece el programa.

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Experiencias innovadoras</b>
<b>Andalucía</b>	Programa Forma Joven, seguridad de los pacientes y prestación bucodental a discapacitados.
<b>Aragón</b>	Red aragonesa de proyectos de promoción de salud (RAPPS) y proyecto de telemedicina «Health Optimum».
<b>Asturias</b>	Gestión de procesos estratégicos derivados del Plan de Salud y experiencias puntuales innovadoras en el área de género y salud.
<b>Baleares</b>	Implantación del sistema de receta electrónica y proyecto «Historia de Salud».
<b>Canarias</b>	Programa de prevención y control de la enfermedad cardiovascular en Atención Primaria, proyecto RETISALUD y sistemas de intercambio de información y comunicación entre las enfermeras de AP/AE.
<b>Cantabria</b>	Servicios de atención en domicilio de las situaciones de dependencia y control de terapia anticoagulante oral (TAO).
<b>Castilla y León</b>	Servicio de deshabituación tabáquica y programa piloto de consejo genético en cáncer colorrectal hereditario.
<b>Castilla-La Mancha</b>	Proyecto de Imagen Médica Digital YKONOS y sistema de información hospitalaria MAMBRINO.
<b>Cataluña</b>	Proceso de descentralización de la gobernabilidad del sistema de salud y programa salud y escuela.
<b>Comunidad Valenciana</b>	Programa de consejo genético en cáncer y cita a través de Internet en toda la red de AP de la Comunidad Valenciana.
<b>Extremadura</b>	Extensión del modelo de Gestión Clínica a través de los Contratos de Gestión Singulares con todos los servicios y/o unidades de Atención Especializada y el proyecto «Mariposa» de centro de descanso y salud integral dirigido fundamentalmente a pacientes oncológicos.
<b>Galicia</b>	Programa de atención al infarto agudo de miocardio (PROGALIAM) y programa para la detección de la sordera en período neonatal.
<b>Madrid</b>	Información de niveles de polen (red PALINOCAM) y Red de Farmacias Centinela.
<b>Murcia</b>	Plan de Educación para la Salud en la Escuela.
<b>Navarra</b>	Programa de promoción de salud de minorías étnicas y proyecto de prevención de la retinografía diabética.
<b>País Vasco</b>	Sistema de Información Hospitalario para la Gestión Clínica (CMBD) y progresiva implantación de la receta electrónica.
<b>La Rioja</b>	Análisis económico del tratamiento de infecciones quirúrgicas en unidades de hospitalización domiciliaria y progresiva implantación de las Áreas de Gestión Clínica.
<b>Ceuta y Melilla (INGESA)</b>	Programa de tuberculosis y programa de atención a mayores frágiles y dependientes.

Comunidad Autónoma	Nombre del proyecto o programa	Protección, promoción salud y prevención		Apoyo planificación recursos humanos en salud		Fomento excelencia clínica		Utilización tecnologías información para mejora atención ciudadanos		Aumento transparencia
		Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	
<b>Andalucía</b>	Programa Forma Joven	X								
	Seguridad de los pacientes					X				
	Prestación bucodental a discapacitados	X		X						
<b>Aragón</b>	Proyecto promoción Salud RAPPS	X								
	Proyecto de telemedicina «Health Optimum»							X		
<b>Asturias</b>	Gestión de procesos estratégicos derivados del Plan de Salud				X		X			
	Experiencias puntuales innovadoras en el área de género y salud									X
<b>Baleares</b>	Implantación del sistema de receta electrónica							X		
	Proyecto «Historia de Salud»							X		
<b>Canarias</b>	Programa prevención y control enfermedad cardiovascular en AP		X							
	Proyecto RETISALUD							X		
	Sistemas de intercambio de información y comunicación entre enfermeras de AP/AE						X			



Comunidad Autónoma	Nombre del proyecto o programa	Protección, promoción salud y prevención		Apoyo planificación recursos humanos en salud		Fomento excelencia clínica		Utilización tecnologías información para mejora atención ciudadanos	
		Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad
<b>Cantabria</b>	Servicios de atención domicilio situaciones dependencia		X						
	Control de terapia anticoagulante oral (TAO)					X			
<b>Castilla y León</b>	Servicio de deshabituación tabáquica	X							
	Programa piloto de consejo genético cáncer colorrectal hereditario	X							
<b>Castilla-La Mancha</b>	Proyecto de Imagen Médica Digital YKONOS							X	
	Sistema información hospitalaria MAMBRINO							X	
<b>Cataluña</b>	Proceso de descentralización de la gobernabilidad del sistema de salud								X
	Programa salud y escuela		X						
	Creación Agencia Protección Salud		X						X
<b>Comunidad Valenciana</b>	Programa de consejo genético en cáncer	X							
	Cita a través de Internet en red AP Comunidad Valenciana							X	
<b>Extremadura</b>	Extensión modelo Gestión Clínica con Contratos Gestión Singulares con servicios y unidades AE					X			X
	Proyecto «Mariposa» para pacientes oncológicos						X		

Comunidad Autónoma	Nombre del proyecto o programa	Protección, promoción salud y prevención		Apoyo planificación recursos humanos en salud		Fomento excelencia clínica		Utilización tecnologías información para mejora atención ciudadanos	
		Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad	Fomento equidad
<b>Galicia</b>	Programa de atención al infarto agudo de miocardio (PROGALIAM)						X		
	Programa detección sordera en período neonatal	X							
<b>Madrid</b>	Información niveles polen (red PALINOCAM)	X						X	
	Red de Farmacias Centinela	X						X	
<b>Murcia</b>	Plan de Educación para la Salud en la Escuela	X							
<b>Navarra</b>	Programa de promoción de salud de minorías étnicas	X			X				
	Proyecto de prevención de la retinografía diabética	X						X	
<b>País Vasco</b>	Sistema de Información Hospitalario para Gestión Clínica (CMBD)							X	
	Progresiva implantación de la receta electrónica							X	
<b>La Rioja</b>	Análisis económico tratamiento infecciones quirúrgicas en unidades hospitalización domiciliaria						X		X
	Progresiva implantación Áreas de Gestión Clínica								X
<b>Ceuta y Melilla (INGESA)</b>	Programa de tuberculosis	X							
	Programa de atención a mayores frágiles y dependientes					X			



# Capítulo 2

## Aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario

### **1. Introducción**

Gestión de la calidad asistencial

Atributos de la calidad asistencial

Modelos para gestionar la calidad

a) Normalización y certificación

b) Acreditación y autorización

c) Modelos de excelencia

### **2. Contrato programa**

### **3. Listas de espera**

### **4. Satisfacción del paciente**

Qué estamos midiendo

Cómo medimos

### **5. Seguridad clínica**

### **Bibliografía**



# 1. Introducción

## Gestión de la calidad asistencial

La evolución de la asistencia sanitaria en España como en el resto de países de cultura occidental, ha sido consecuencia del desarrollo socioeconómico, que ha supuesto un rápido adelanto de la tecnología biomédica y del conocimiento científico con el consiguiente aumento no solo del nivel de vida, sino de la esperanza de vida y de la calidad de las prestaciones y derechos de los pacientes<sup>1</sup>. Esta situación ha despertado nuevas expectativas entre los ciudadanos; que una vez que acceden a la información sanitaria están determinando un cambio en la relación médico-paciente hacia el denominado paciente «competente». Un paciente que se implica, ejerciendo responsablemente su autonomía en las decisiones clínicas y que mantiene una relación de respeto hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales sanitarios. Implica una actitud activa por parte de los pacientes, cuando su médico le explica alternativas, riesgos y probabilidades.

En este contexto, la Real Academia Española define **calidad** como la «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie»<sup>2</sup>. Esta definición nos permite identificar varias de sus características inherentes. La necesidad de entender el concepto de calidad como un término relativo, que implica la idea de mejora continua cuando se habla de calidad responde a esta idea<sup>3</sup>. No se trata de alcanzar un nivel de calidad sino de encontrar la fórmula para aumentarla. Al mismo tiempo no debemos olvidar que el concepto implica comparar, para ello precisamos medir, y para medir necesitamos identificar qué es importante valorar, basándonos en hechos y datos, a los que denominamos evidencias. Con criterios de qué se considera buena práctica, con datos que permitan evaluarla (indicadores), estableciendo el dintel a partir del que consideramos que es hacerlo bien (estándares de calidad). Todo ello sin olvidar que es el cliente quien realiza la comparación, puesto que la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes es uno de los objetivos básicos. Por tanto, hablar de calidad en la actualidad implica medir y, ciertamente, medir la calidad para mejorar.

Sin embargo la aplicación de un concepto tan intangible en el día a día es más compleja de lo que cabría esperar, ya que implica sucesivas tomas de decisiones y no está exenta de variabilidad<sup>4</sup>. Su objetivo es proveer a los pacientes de los servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud, en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible. En este contexto se entiende por práctica clínica «el proceso de actuación médica en relación con la atención de la salud del paciente»<sup>5</sup>. Para su puesta en práctica son indispensables tanto información clínica, como percepciones, razonamientos, y juicios clínicos, que derivaran en procedimientos e intervenciones<sup>6</sup>.

Sin embargo, los pacientes requieren una información distinta de la población general. Proveer a los pacientes de información basada en la evidencia obliga a proporcionar datos de contexto y a trasladar los resultados de la investigación a estrategias terapéuticas para cada paciente concreto. Por ello parece conveniente establecer normas de decisión, desarrolladas por los propios profesionales basándose en el conjunto de su experiencia y en los conocimientos actuales. De esta forma se construirá un marco de referencia que permita evaluar situaciones similares y actuar de forma análoga ante casos semejantes. La

gestión por procesos parece la herramienta ideal para ello, utilizando guías y vías de práctica clínica, protocolos y/o planes de cuidados. De forma que se consiga reducir la variabilidad innecesaria y eliminar ineficiencias asociadas a la repetición de actividades (pruebas diagnósticas, tratamientos, etc.), al consumo inapropiado de recursos, etc. Al mismo tiempo que facilita a los profesionales asumir responsabilidades en el ámbito de actuación de su proceso y la coordinación entre los diferentes procesos de cualquier organización.

## Atributos de la calidad asistencial

Al establecer la analogía de las dimensiones de la calidad asistencial con la de otros servicios no sanitarios, algunos autores estiman que, a excepción de la accesibilidad que tal vez sea un atributo específico de los servicios sanitarios, el resto de las dimensiones se pueden aplicar a la calidad de cualquier servicio. Sin embargo, la disponibilidad y la accesibilidad son dos de las características de los servicios condicionantes de su gestión, y entre los principios básicos reguladores de la gestión de los servicios públicos destacan la igualdad de tratamiento para quienes se relacionan con ellos y la continuidad temporal y espacial de la prestación<sup>7</sup>.

De las variables propuestas como atributos de calidad de los servicios sanitarios, la satisfacción del cliente, aunque sirve para medir la bondad de la asistencia, no constituye una característica de calidad, es el objetivo de la misma. La satisfacción y competencia de los profesionales, así como la competencia de la organización, son condiciones necesarias para ofrecer servicios de calidad y no atributos de ésta, aun cuando se utilicen como medida de la calidad asistencial.

A fin de ofertar servicios de alta calidad, la asistencia sanitaria debe reunir las siguientes características: ser eficaz, eficiente, segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener una continuidad temporal y espacial. La relación de atributos de la calidad asistencial identificados mas frecuentemente aparece en la tabla 1.

**Tabla 1. Calidad asistencial: atributos**

Atributo	Definición
<b>Accesibilidad</b>	Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales
<b>Aceptabilidad</b>	Incluye dos dimensiones: Satisfacción del paciente. Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.
<b>Adecuación</b>	Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Su medida comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica.
<b>Calidad científico técnica</b>	Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.
<b>Competencia profesional</b>	Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al profesional sanitario como a la organización.
<b>Continuidad</b>	Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones.
<b>Cooperación del paciente</b>	Grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional
<b>Disponibilidad</b>	Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben ser disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.
<b>Efectividad</b>	Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable. Comprende, al mismo tiempo, minimizar los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada.
<b>Eficiencia</b>	Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.
<b>Satisfacción del profesional</b>	Grado de satisfacción del profesional sanitario con las condiciones y desarrollo del trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.
<b>Seguridad</b>	Balance positivo de la relación beneficios/riesgos. También puede conceptuarse como el resultado de la acción sinérgica de la competencia y trato del personal sanitario. Respecto a los equipos y edificios, la seguridad se refiere a la garantía y protección de los mismos.



## Modelos para gestionar la calidad

Para gestionar la calidad de la asistencia sanitaria encontramos dos tipos de modelos: los de mejora continua, que incluyen los modelos de certificación y excelencia, y los basados en modelos de acreditación<sup>3</sup>. Aunque la realidad pone de manifiesto su complementariedad y que la conveniencia e idoneidad de la utilización de unos u otros depende del tipo de organización, el momento, y los recursos disponibles tanto económicos como de tiempo.

En cualquiera de los casos, se basan en la filosofía del «todo lo que hacemos se puede mejorar». Para ello evalúan la forma en que la organización gestiona sus procesos, tanto a través del sistema de calidad empleado como mediante los resultados obtenidos<sup>3</sup>.

A efectos descriptivos los hemos dividido en dos grupos.

### a) Normalización y certificación

Una **norma** es un documento, de aplicación voluntaria, que contiene un conjunto de especificaciones técnicas basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico. Las normas son fruto del consenso entre todas las partes involucradas en una actividad, son aprobadas por un Organismo de Normalización reconocido (en España AENOR), que ha establecido Comités Técnicos de Normalización (AEN/CTN), que estudian y plantean las necesidades de cada sector, elaborando y aprobando proyectos de normas. Dichas normas se publican posteriormente como normas UNE.

## Certificación

La certificación supone que alguien asegura que un tercero cumple una serie de normas de calidad. Es una confirmación de que un proceso o actividad se sigue de forma rigurosa. En el caso de la certificación, la norma más extendida en nuestro país en el ámbito industrial y de servicios, es la ISO 9000. Su propósito es asegurar al cliente que va a recibir lo que él/ella especificó. En función de su carácter se clasifican en obligatorias y voluntarias y dependiendo de quien las desarrolla: por primera, segunda o tercera parte.

Existen entidades de certificación que establecen la conformidad con carácter voluntario de una empresa, producto, proceso, servicio o persona. En el ámbito internacional existen dos organismos de normalización; la Organización Internacional de Normalización (*International Standards Office*, ISO) es la que cubre la mayoría de sectores de actividad (excepto electrotecnia).

El **sistema de calidad**, en este contexto, es el método que adopta cada organización (servicio o centro), por el cual se asegura la conformidad de los productos o servicios con lo que está reglamentado por la Norma ISO 9000. Debe estar definido el ámbito de la certificación y el propósito: definiendo y comunicando de forma precisa los servicios, actividades y/o productos comprendidos en los certificados de aprobación (análisis clínicos, admisión, microbiología, etc.).

Una vez obtenido, el organismo certificador realiza una auditoría anual para revisar el cumplimiento del plan de acciones correctivas, auditar los elementos no auditados previamente, comprobando los cambios realizados en los procedimientos. Cada tres años se realiza una auditoría de renovación. Se trata de un proceso voluntario que se está introduciendo de forma paulatina en el sector sanitario<sup>8</sup>.

En nuestro ámbito se han certificado principalmente los servicios centrales de organizaciones tanto en atención especializada como primaria. Existe un registro (RECAS) de la Sociedad Española de Calidad Asistencial sobre las organizaciones certificadas y acreditadas<sup>8</sup> y la mayor parte de los registros corresponden a esta modalidad.

#### b) Acreditación y autorización

Acreditación es el reconocimiento por una tercera parte autorizada de la competencia técnica de una entidad (organismo de certificación, entidad de inspección, laboratorio de ensayo o calibración o verificador medioambiental) para la realización de una actividad determinada perfectamente definida. En última instancia, podría ser considerado, un procedimiento de verificación externo dirigido a evaluar el grado de cumplimiento de una serie de requisitos de calidad, previamente establecidos, por un órgano independiente, el cual, a la vista de los resultados obtenidos, emitirá finalmente el dictamen correspondiente.

La acreditación como método de análisis se utiliza una vez establecido el grado de calidad que deben tener las prestaciones de un centro o unidad, para comprobar si cumple las características adecuadas para alcanzar los niveles especificados en cuanto a estructura física, equipos, organización, métodos y procedimientos, personal, etc. El modelo define la estructura óptima, de acuerdo con el nivel requerido de calidad del servicio. Sin embargo, como la calidad del servicio además depende de la ejecución de los procesos y del control y mejora de los mismos, serán las medidas de proceso y resultado las que permitan identificar puntos fuertes y áreas de mejora de cada organización, para aplicar estrategias de mejora continua, una vez que se cumplen los requisitos estructurales.

Los sistemas de acreditación sanitaria están sujetos a diferentes variables y situaciones, generalmente preconcebidas por la cultura, el nivel político y socioeconómico, así como el entorno en que se halla el país o región donde se aplique el sistema de acreditación.

Dependiendo del lugar, la acreditación se utiliza con diferentes objetivos:

- a) Como verificación de una conformidad de acuerdo a unos estándares de seguridad y calidad (EE.UU.).
- b) Como iniciación para emprender una búsqueda de mejora de la calidad (Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda).
- c) Como autorización para producir unos cuidados que puedan ser contratados por un organismo financiador (programa federal Medicare en EE.UU., Cataluña,...).
- d) Como regulación de la oferta de atención sanitaria (Francia, Cataluña, Andalucía...).

En cuanto a las normas, la tendencia clara es a centrarse en criterios y estándares de procesos (de gestión y asistenciales) y de resultados, al tiempo que se enfatiza en la atención al paciente, adecuando los requisitos del sistema a la realidad sanitaria en cada caso.

La mayor experiencia en España con sistemas de acreditación la tenemos con el programa de formación MIR<sup>9</sup>. Los modelos de acreditación de las Comunidades Autónomas en vigor corresponden al pionero, en Cataluña desde hace 25 años, recientemente revisado y a Andalucía, aunque en algunas Comunidades se están desarrollando otros modelos en la actualidad. Así mismo existen otras específicas, para cirugía mayor ambulatoria<sup>10</sup>,

unidades de ictus o urgencias que empiezan a ser utilizadas. Pese a la proliferación de sistemas de acreditación los enfoques no son idénticos. No lo son, ni en su objetivo, ni en el procedimiento, ni en las consecuencias de los distintos sistemas de acreditación que se han ido implantando.

## Autorización

Sin embargo en el sector sanitario se desarrolla otro tipo de acreditación de tipo administrativo, que supone un reconocimiento de que una determinada institución, persona jurídica o actividad reúne una serie de requisitos, por ejemplo para la apertura de un hospital<sup>11</sup>. Se trata de un proceso administrativo de carácter obligatorio ante una autoridad gubernamental competente, regulado (en el ámbito local, regional o estatal) en una norma específica (Ley, Decreto, Orden o Reglamento). En nuestro medio Ayuntamientos, Consejerías de Salud y algunos Ministerios autorizan la apertura de las distintas áreas de un centro sanitario, estableciendo el procedimiento administrativo de apertura, modificación o cierre de centros o servicios sanitarios<sup>12</sup>, y los requisitos relativos a la estructura de los centros.

No obstante, no debemos olvidar que el examen de la estructura hospitalaria constituye un método indirecto de medida de la calidad de la asistencia sanitaria, que está basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. Por tanto, la conformidad con las normas estructurales no garantiza la excelencia del proceso y del resultado<sup>13</sup>, sino los requisitos previos para prestar una atención adecuada<sup>14</sup>.

### c) Modelos de Excelencia

Se entiende como gestión de calidad total una «estrategia de gestión de toda la empresa, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente y coordinada de todos los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc.»<sup>15</sup>. Se concibe como un instrumento de cambio en cuanto incorpora la implicación de las personas y la delegación de responsabilidad para la mejora en los procesos.

La gestión de los procesos orientados al cliente constituye uno de los pilares sobre los que pivota una organización excelente, con la máxima eficacia y eficiencia<sup>16</sup>.

El desarrollo de la calidad total a escala internacional ha dado lugar a la aparición e varios modelos de Excelencia en la Gestión, que sirven como instrumento de autoevaluación para las organizaciones y los organismos encargados de la gestión de estos modelos utilizan como elementos de difusión de los mismos la entrega anual de unos «Premios a la excelencia de la gestión»<sup>17</sup>.

De todos ellos, en nuestro entorno, el modelo más utilizado es el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (*European Foundation for Quality Management* —EFQM—).

El **Modelo EFQM de Excelencia** es un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. Formado por 9 criterios, a través de los que enuncia que «los Resulta-

dos excelentes con respecto al Rendimiento de la organización, a los Clientes, la Personas y la Sociedad se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos. Por simple aplicación de la filosofía de la mejora continua al propio modelo, este se encuentra en continua revisión.

El modelo EFQM se basa en la autoevaluación y, para aquellas empresas que desean optar al premio europeo a la calidad, en una evaluación externa, existiendo ya una organización sanitaria con este reconocimientos<sup>8</sup>.

## 2. Contrato programa

Los contratos programa<sup>18</sup>, o contratos de gestión, nacen como una herramienta para articular la separación entre la función compradora y provisoras en la prestación de servicios sanitarios públicos con el fin de incentivar la eficiencia y estimular en cierta forma la competencia entre los centros<sup>19</sup>. El extinto INSALUD introdujo dicha fórmula en la sanidad pública, primero en hospitales y posteriormente en atención primaria, como instrumento vinculado a la planificación y regulación con objeto de medir la eficacia en la prestación de servicios y el control de los recursos utilizados mediante el R.D. 858/1992.

Los antecedentes se encuentran en las experiencias del Nacional Health Service inglés o en los conciertos establecidos con la sanidad privada. El marco regulador es consecuencia de la reforma sanitaria, especialmente de atención primaria, iniciada en 1984. Posteriormente es impulsada y adoptada de forma general a partir de la transferencia en 2002 a los 17 Servicios Regionales de Salud. Sin embargo, el proceso de descentralización de las competencias sanitarias ha dado lugar a una gran diversidad, y en la actualidad las dificultades de acceso a información homogénea no facilitan el disponer de una perspectiva agregada<sup>20</sup>.

Su objetivo inicial era formalizar las relaciones entre el financiador/comprador público y sus hospitales también públicos. Partiendo de una cartera de servicios aprobada para la organización, estableciendo objetivos de actividad prevista para atender la demanda de la población asignada, incorporando progresivamente objetivos de calidad y el aseguramiento de una financiación suficiente para dicha actividad. De esta manera se busca un modelo de presupuestación global prospectiva en el que están separados financiador-comprador y proveedor. Se entiende como un intento de regulación de la oferta sanitaria.

De forma paralela, los Servicios Regionales establecen otro tipo de contratos, denominados conciertos, para las prestaciones en centros ajenos (de titularidad no pública), que buscan complementar la oferta tanto en cantidad como en cartera de servicios disponible en los centros propios. En ellos se aplica de forma finalista y con todas sus consecuencias tanto legales como financieras, la realización de los servicios contratados.

Además los centros sanitarios establecen contratos con empresas de servicio para complementar su oferta mediante contratos que permiten descentralizar algunos servicios (outsourcing), generalmente con empresas especializadas no sanitarias. Esta contratación predomina en servicios no relacionados con la misión del centro, como alimentación, lavandería o seguridad, aunque la tendencia está aumentando y algunos centros están externalizando servicios centrales (esencialmente pruebas diagnósticas). En la actualidad

más del 50% de los hospitales generales contratan externamente al menos uno de estos servicios<sup>21</sup>.

Sin embargo la aplicación final de los contratos programa no es real en sus consecuencias financieras (como en el caso de los conciertos establecidos con centros de titularidad no pública). Predomina, por supuesto, la exigencia de cumplimiento de los pagos con profesionales y proveedores, y la viabilidad financiera de los centros públicos<sup>22</sup>. Sólo se suele aplicar (con ligeras diferencias según contratos) en un pequeño porcentaje del presupuesto cuando supone una penalización para el centro por no haber conseguido los objetivos propuestos, y se complementa con subvenciones o modificaciones de los precios al alza cuando la financiación no llega a asegurar la suficiencia presupuestaria. Si a esto unimos el hecho de que la capacidad real de negociación del contrato para los gestores sanitarios es nula o anecdótica, el efecto es muy limitado en el estímulo a la eficiencia del sistema. Por contra, sí han supuesto un estímulo a la mejora de los sistemas de información de actividad de los centros y un cierto efecto de realización de un servicio final en algunos profesionales sanitarios. Aún así se consideran un «ensayo no clínico» a gran escala, de mejora de eficiencia, de seguimiento de disciplina financiera o de estímulo a la autonomía de gestión, ya que comporta cierta asunción de riesgos por los hospitales públicos<sup>34</sup>.

Los incentivos incorporados a los contratos programa, mediante los que el Servicio Regional pretende estimular al centro por medio de reglas, premios y penalizaciones que impulsen la consecución de objetivos del sistema de salud, presentan importantes limitaciones al estar centrados en la actividad realizada, utilizar los indicadores de calidad casi de forma anecdótica para la financiación y disponer de escasas medidas que permitan establecer comparaciones entre centros para valorar la eficiencia de unos y otros.

Esto obliga a delimitar «guías de procedimientos» o «carteras de servicios»<sup>23</sup>, que si bien han creado la cultura de medir, contar, comparar y analizar las causas de los resultados obtenidos, presentan difícil aplicación para mejorar la financiación y la asignación de recursos. Puesto que no recogen toda la actividad asistencial desarrollada (las carteras se centran en actividades preventivas y ciertas patologías crónicas) al tiempo que se viene constatando que los mayores costes en Atención Primaria están relacionados con la prescripción de fármacos para patologías no reflejadas en las carteras de servicios<sup>24</sup>.

Mediante estos contratos<sup>21</sup> se pretende encontrar un modelo mejor de financiación, estimular la disciplina financiera, mejorar la eficiencia e impulsar los sistemas de información. Sin embargo, además de las limitaciones expuestas anteriormente, ponen de manifiesto la falta de integración de atención primaria con especializada, al no establecerse objetivos complementarios entre niveles. El predominio de contratación de actividad en lugar de objetivos de salud o resultados finales, supone un estímulo perverso a la realización de servicios sanitarios independientemente de su adecuación, evidencia científica en su aplicación o eficacia final de la intervención. Esta situación se agrava ante la dificultad de medir el producto hospitalario, asimilando en muchos casos eficiencia a calidad o efectividad del cuidado médico<sup>21</sup>. La revisión sobre la situación en España realizada por Puig y Dalmau pone de manifiesto la dificultad de medir y de comparar el producto sanitario entre diferentes centros<sup>25</sup>, y obviamente de distintos servicios de salud. Pese a las dificultades metodológicas que encontraron parece que la introducción del contrato programa mejora la eficiencia técnica y la dispersión, aun cuando el coste de funcionamiento del hospital sea más alto (24,5%) de lo que sería necesario si todos los hospitales operaran en la frontera de eficiencia relativa de costes.

La utilidad práctica de los contratos programa ha ido perdiendo credibilidad paulatinamente, al estar basados en un débil sistema de incentivos, habitualmente negativos, y no haber conseguido aumentar la autonomía de gestión de los hospitales públicos. Su aplicación sigue incorporando factores negativos que favorecen la inercia en la presupuestación histórica y los programas de actividad en relación a los recursos disponibles. En este sentido, otras medidas como el establecimiento de organizaciones públicas sometidas a derecho privado han estimulado en mayor medida la autonomía real de gestión en las organizaciones sanitarias.

### 3. Listas de espera

Se define lista de espera<sup>26</sup> como una cola de pacientes pendientes de recibir un determinado servicio sanitario que, excepto en las esperas para visita en atención primaria, ha sido prescrito previamente por un médico (aspecto que implica un componente de necesidad establecida por un experto). Por un lado existen las esperas para visita inicial por el médico para las que el paciente no ha sido evaluado, y por otro las prescritas por el facultativo: esperas para el correspondiente servicio diagnóstico (pruebas complementarias) o terapéutico (radioterapia, cirugía, etc.) o consulta con el especialista. La presión mediática sobre los servicios de salud y la falta, hasta fechas recientes, de una visión global del proceso para el paciente, hacen que los cálculos de la lista se efectúen sobre cada intervención quirúrgica o prueba diagnóstica en lugar de sobre la espera total del paciente para efectuar un abordaje de su patología.

En Sistemas Sanitarios como el español, con financiación pública y universalidad en las prestaciones, con presupuesto global cerrado y vinculación salarial con sus profesionales<sup>27</sup> se generan las denominadas listas de espera «explícitas». A priori una lista de espera favorece el uso planificado de los recursos con el consiguiente incremento de la eficiencia, puede servir como filtro para moderar o contener el uso desmesurado de la demanda, o incluso como instrumento de presión o influencia de determinados profesionales. Sin embargo, desde el punto de vista técnico y ético, las listas de espera no deberían incluir a ningún enfermo cuya espera comprometa el pronóstico de su proceso patológico, ni aquellos procesos cuya espera sea considerada éticamente inaceptable.

Las repercusiones de la espera para los pacientes<sup>28,29</sup> dependen de sus propias características, de la patología y la severidad de la misma, y del tiempo de espera. Aunque las repercusiones clínicamente demostradas suelen ser pequeñas, salvo en algunos procesos clínicos de mayor importancia (bypass coronario, etc.). Parece evidente que no sólo se debe tener en cuenta el tiempo que el paciente lleva en la lista a de espera<sup>30</sup>, sino valorar otros aspectos, sociosanitarios o la repercusión personal en el paciente. Y, de acuerdo con los estudios realizados en nuestro medio<sup>31</sup> parece que el dolor y la limitación de la capacidad funcional percibidas son dos de los factores más valorados.

La priorización de las listas se establece en función de una evaluación no normalizada sobre el riesgo en la demora de la intervención clínica. En ello influyen la gravedad de la patología, el grado de sufrimiento (dolor, disnea, depresión, ansiedad, etc.), limitación de actividades de la vida diaria y el riesgo de secuelas o de una muerte prematura.

A cada lista parcial le corresponde un determinado tiempo de espera condicionado por la oferta de servicios y el proceso patológico específico. Además la lista está claramente influenciada por la variabilidad en la indicación, que manifiesta diferencias no explicadas por la morbilidad y otras variables epidemiológicas de la población. La variabilidad es menor cuando existe acuerdo entre los clínicos sobre el valor de un procedimiento, y suele aumentar en presencia de incertidumbre, limitación de la capacitación profesional o por diferentes estilos de práctica clínica. Aunque en teoría la prescripción médica debería tener como base fundamental la evidencia científica sobre los resultados de cada intervención, los mecanismos de toma de decisiones en la práctica clínica son complejos y multifactoriales.

La alta variabilidad entre profesionales, se suele atribuir a incertidumbre en observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones, conocimientos, recursos, estilos de práctica y sistemas de incentivos<sup>32</sup>.

En el análisis según tipos de intervenciones, estilos de práctica y la relación entre oferta y utilización de Wennberg<sup>33</sup> se reconocen diversos factores condicionantes. Por el lado de la demanda: morbilidad, estructura demográfica, características de la población, que condicionaría la solicitud de atención médica ante la sospecha de padecer un determinado problema de salud. Mientras que por el lado de la oferta sus condicionantes son factores estructurales, de organización y volumen de la oferta: tipo de sistema sanitario, recursos por habitante, sistema de pago e incentivos, tamaño y tipo de centro, etc. Los estudios realizados en España han puesto de manifiesto que en nuestro entorno sucede lo mismo que en otros países, fundamentalmente EE.UU. y Canadá. Esto es, identificando variaciones geográficas en la utilización de servicios que no están determinadas por diferencia en las características demográficas y de morbilidad de las poblaciones; más aún se ha demostrado que la incertidumbre sobre la efectividad de las tecnologías médicas y los recursos disponibles influyen notablemente en las tasas poblacionales de uso de los diversos servicios<sup>34</sup>.

En el reciente estudio publicado sobre variabilidad en patología traumatología<sup>35</sup>, de las 9 Comunidades Autónomas (CC.AA.) estudiadas aproximadamente 1 de cada 20 personas sufrirá un ingreso por fractura de fémur a lo largo de su vida. Esta cifra variará muy poco en función de donde resida cada persona. Aunque para el resto de procedimientos revisados las cifras son similares en frecuentación (aproximadamente 1 de cada 20 personas será sometido a lo largo de su vida a una artroplastia o alguna intervención de espalda, hombro o túnel carpiano), la zona de residencia puede hacer variar esta probabilidad de 1 de cada 8-10 personas, o de 1 casi cada 50 personas. Esto significa que la accesibilidad de una persona a un procedimiento adecuado es distinta según el lugar donde vive. Sin embargo es necesario continuar los estudios de variaciones en la práctica médica para establecer los patrones de buena práctica.

Se ha comprobado un exceso de mortalidad entre los pacientes que estaban esperando para ser intervenidos de cirugía cardíaca, prótesis de cadera o trasplante de órganos<sup>36, 37, 38, 39, 40, 41, 42</sup>. En España no se ha encontrado ningún estudio publicado que cuantifique la mortalidad general de los pacientes incluidos en LEQ, ni que haya tratado de relacionar esos fallecimientos con las enfermedades de base que estaban motivando la necesidad de esas intervenciones.

Pero independientemente de la variabilidad en la indicación del procedimiento, la lista de espera quirúrgica representa un problema de accesibilidad que afecta a prácticamente todos los Servicios Sanitarios Públicos. El problema suele convertirse a menudo en

elemento de presión mediática, mediante el que fácilmente se influye en la sensibilidad de la población. Esta situación puede producir reacciones negativas en los responsables de la política sanitaria, como la no comunicación de los datos reales, maquillaje de los resultados, aumento de recursos esporádico, o positivas como las recientes normativas sobre «decretos de garantía de plazo» para salvaguardar unos derechos mínimos de respuesta del sistema<sup>43,44,45,46,47,48</sup>.

Como consecuencia, y para disminuir el impacto de la espera, las organizaciones desarrollan diferentes estrategias para intentar reducir las personas en espera. Los objetivos de las mencionadas estrategias son por lo general: la definición estandarizada de listas de espera<sup>49,50</sup>, el aumento de la oferta de los servicios sanitarios, el establecimiento de criterios de adecuación para pruebas o intervenciones<sup>51,52</sup>, la priorización de los pacientes en lista de espera<sup>53,54,55</sup>, el establecimiento de tiempos óptimos<sup>56</sup> y garantías de tiempos máximos de espera<sup>57,58,59,60,61,62,63,64,65,66</sup>.

Los datos sobre las listas se publican en algunas Comunidades Autónomas como Andalucía<sup>67</sup>, Baleares<sup>68</sup>, Canarias<sup>69</sup>, o Galicia<sup>70</sup>. De acuerdo con el Informe del Defensor del Pueblo 2005<sup>71</sup>, un total de 385.050 pacientes se mantenían en lista de espera quirúrgica en diciembre de 2005 en España — con un tiempo medio de 83 días de demora — lo que supone una reducción del 5% respecto al mes de junio del mismo año, aunque «se mantiene estable en términos absolutos desde hace tres años», según informó la ministra de Sanidad y Consumo, tras la reunión del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)<sup>72</sup>, teniendo en cuenta información de 16 comunidades autónomas. Supone una reducción de la tasa de pacientes en lista de espera de 11 por cada 1.000 habitantes en diciembre de 2003 a 10 en diciembre de 2005. Respecto a la situación por especialidades, el citado informe resalta que Traumatología, Oftalmología y Cirugía General y del Aparato Digestivo acumulan el mayor volumen de pacientes en lista de espera quirúrgica (suman el 66% de los pacientes en espera).

En el estudio realizado por el Servicio Navarro de Salud sobre la percepción de los pacientes sobre la espera en determinados procedimientos quirúrgicos programados (1.131 pacientes) y en consultas de algunas especialidades<sup>73</sup> (3.926 pacientes), el 80% de los pacientes considera que debería esperar menos de un mes para ser atendido en la consulta del especialista, y el 74% que el tiempo máximo para intervención quirúrgica debería ser inferior a un mes.

En general, la espera genera sentimientos de impotencia e incertidumbre, que se ve añadida a la propia de toda intervención quirúrgica<sup>74,75</sup>. En el mencionado estudio en el Servicio Navarro, los pacientes en espera para consulta refirieron empeoramiento durante el periodo de espera para consulta (34,2%), limitación para actividades cotidianas (29,9%) e inquietud (67,3%). Mientras que de los incluidos en LEQ 32,2% manifestó haber percibido algún tipo de empeoramiento, 41,8% refirió limitación de actividades cotidianas y 82,9% inquietud o ansiedad durante la espera.

Pero además de la accesibilidad, las LEQ pueden comprometer también la equidad y la efectividad del sistema<sup>76</sup>. La equidad, al propiciar que los pacientes con más recursos o más influyentes o cercanos al sistema sanitario utilicen vías alternativas para agilizar su intervención. La efectividad, al aumentar el riesgo de que los enfermos sufran un agravamiento de su patología de base y dificultar la fluidez de la respuesta a los pacientes más graves. En el peor de los casos, la espera puede condicionar la muerte del paciente<sup>77,78,79,80,81</sup>. El estudio realizado estudiando los 31.396 pacientes en el Hospital Clínico Universitario de



Zaragoza<sup>48</sup> a los pacientes que salieron por intervención o fallecimiento de la LEQ entre 1999 y 2002; 0,43% había fallecido en la LEQ, los fallecidos eran de más edad que los intervenidos. El 65% de los fallecidos tenía una indicación quirúrgica de carácter preferente, sin que se encontraran diferencias en la espera media.

A pesar de que la lista de espera es uno de los aspectos que genera mayor insatisfacción en nuestro sistema sanitario<sup>82</sup>, existen pocos estudios que avalen garantías de espera desde el punto de vista de la evidencia científica<sup>56</sup> o desde la perspectiva de lo que se considera «socialmente aceptable»<sup>83,84</sup>.

El mercado sanitario presenta características específicas: 1) el demandante se filtra a través de uno o varios médicos, agente que traduce la demanda genérica de atención a un problema de salud en prescripciones de consumo de servicios, ahora técnicamente necesarios, 2) que esta relación de agencia se desarrolla en condiciones de incertidumbre<sup>26</sup> y está sujeta a una extraordinaria variabilidad, y 3) que, aunque parte de los servicios prescritos puedan tener las características de un bien de lujo, otros servicios son necesarios para sobrevivir o evitar secuelas graves y su elasticidad es mínima. Las listas de espera tienen una obvia dimensión política, y su comprensión requiere analizar no sólo la demanda de atención, sino el papel de las listas de espera en la asignación de recursos, los intereses de los grupos corporativos (tanto de los profesionales, como del sector privado —ocasionalmente dos caras de la misma moneda— y los pacientes), y la interacción entre pacientes, proveedores y gobiernos. Por lo tanto su abordaje debe tener un enfoque multidimensional que tenga en cuenta estos factores, la revisión de los criterios de inclusión, la medición del proceso asistencial en su conjunto, su transparencia y difusión, la utilización de escalas de priorización específicas que tengan en cuenta la evidencia científica y las expectativas y características personales de los pacientes, al tiempo que se transmita un mensaje a población claro, racional y valiente, y una adecuación equitativa de la oferta y utilización de los servicios sanitarios.

## 4. Satisfacción del paciente

La utilización intensiva de medidas de percepción de la satisfacción del cliente con los diferentes servicios recibidos y sus dimensiones mediante encuestas validadas y representativas constituye una guía imprescindible para la gestión y mejora de la oferta de servicios<sup>85</sup>. Las primeras referencias destacando la relevancia de la satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria son de finales de los años 50<sup>86</sup>, aunque fuera Donabedian<sup>87</sup>, unos años más tarde, quien más insistiría en la necesidad y utilidad de este tipo de medidas, abogando por su sistematización. En los siguientes años se produjo un notable desarrollo en el número de instrumentos, escalas y estudios centrados en la satisfacción del paciente provocando, a finales de los 80, que se llamara la atención sobre qué y cómo se medía la «satisfacción del paciente»<sup>88,89</sup>.

En España, a finales de los 80, se publicaron sendos estudios del INSALUD<sup>90</sup> y del Servicio Andaluz de Salud<sup>91</sup> en los que, desde una perspectiva global, se analizaba la opinión de pacientes de los centros sanitarios gestionados por cada institución. Los resultados, al igual que en otros estudios españoles<sup>92</sup> de la época, sugerían que los españoles se encontraban satisfechos, valorando positivamente sobre todo la competencia de los profe-

sionales y dejando en el lado contrario la información médica, la accesibilidad y las condiciones de hostelería.

Actualmente, la satisfacción del paciente es una medida que no extraña a nadie aunque hay que reconocer que aunque debería ser obvio que los resultados de estas evaluaciones debieran servir para mejorar la atención a los pacientes, no siempre es así en la práctica. Por un lado, porque se comparte la idea de que estas escalas ofrecen una información subjetiva y a veces poco aprovechable; porque se tiende a restarles valor y a confiar más en la intuición que en los datos a la hora de decidir qué hacer; porque se les achaca problemas metodológicos en las evaluaciones que hace que se las considere poco útiles; y sencillamente, por la resistencia al cambio de los procedimientos de trabajo en cualquier organización.

## Qué estamos midiendo

Aunque inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico, rápidamente comprobó que se trataba de un concepto multidimensional. De este modo, cuando se habla de satisfacción nos referimos, normalmente, al conjunto de elementos de la atención en los que los pacientes más se fijan y más valoran. Entre estos se encuentran: el resultado de la intervención médica, la accesibilidad al Sistema, el centro y los profesionales, la rapidez y capacidad de respuesta cuando se precisa atención, preferencias y expectativas, la competencia percibida de los profesionales, la cortesía en el trato, la información que se le facilita, la coordinación y continuidad de las atenciones sanitarias, y el grado de confort de las instalaciones.

En los años 70, Hulka<sup>93</sup> creyó que la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los inconvenientes de los cuidados que prescribía eran las dimensiones que decidían la satisfacción del paciente. Por su parte, Ware<sup>94</sup> pensó que la satisfacción dependía de: accesibilidad/conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultado de los cuidados; financiación y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional; y ambiente favorecedor de los cuidados. Otro autor de gran influencia de la misma época, Wolf<sup>95</sup> consideraba tres dimensiones de la satisfacción del paciente: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); afectiva (interés y comprensión que demuestra); y comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del médico). Unos años más tarde, en el ámbito específico de la atención primaria, Feletti, Firman y Sanson-Fisher<sup>96</sup> de forma empírica señalaron como dimensiones más influyentes en la satisfacción: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo).

La investigación de tipo cualitativo ha sido el enfoque con el que normalmente nos hemos aproximado a los pacientes para identificar qué esperan del sistema y de sus profesionales y para conocer qué aspectos son los más importantes para ellos<sup>97, 98</sup>. Linder-Pelz<sup>99, 100</sup> fue, en el ámbito sanitario, quien tras poner a prueba diferentes modelos sugirió

que la satisfacción era, probablemente, el resultado de la diferencia entre lo que el paciente espera y lo que cree haber recibido.

En el concepto de satisfacción del paciente intervienen, en primer lugar, la importancia relativa que el paciente asigna a cada elemento de la atención y, segundo, tanto el resultado de la atención sanitaria tal y como la percibe, como las expectativas que tenía de cómo le iban a prestar esa atención<sup>101</sup>. De este modo, si para el paciente es muy importante la información, cuando ésta no responda a su expectativa se mostrará insatisfecho pese a que todo lo demás haya funcionado perfectamente. Normalmente, se define una «zona de tolerancia», o rango en el que la atención es aceptable para el paciente, y se intenta identificar el valor relativo que cada dimensión de la atención sanitaria tiene para el paciente. Así por ejemplo, hemos comprobado que la información previa a una intervención quirúrgica multiplica por tres la probabilidad de que un paciente se declare satisfecho o que, en Atención Primaria, ser atendido siempre por el mismo médico multiplica esa probabilidad por dos<sup>102</sup>.

En los estudios realizados en España<sup>103</sup> se concluye que la satisfacción se asocia a: accesibilidad, competencia profesional, aspectos de confort y apariencia física de las instalaciones, disponibilidad de equipamientos, la empatía de los profesionales, la información (cantidad y cualidad) que reciben de los profesionales, las posibilidades de elección, la capacidad de respuesta de los profesionales y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. Específicamente, una atención sanitaria «ideal» para los pacientes incluye, sobre todo: información suficiente y comprensible, amabilidad y cortesía en el trato, que los profesionales sanitarios y no sanitarios le demuestren al paciente interés por su problema, que se ofrezca un trato personalizado y que den muestras de una alta competencia profesional.

En la práctica distinguimos entre<sup>104</sup>: (1) elementos de la atención sanitaria que resultan indiferentes para los pacientes y que, por consiguiente, aportan bien poco a su satisfacción; (2) elementos de la atención que los pacientes valoran y que les gusta recibir, son aquellos que si no están presentes hacen que el paciente claramente se considera inadecuadamente tratado; (3) elementos inesperados para el paciente cuya presencia incrementa notoriamente la satisfacción, es lo que llamamos el «detalle de lo inesperado». Finalmente, existen elementos de la atención claramente negativos para la satisfacción (por ejemplo, recibir un tratamiento inadecuado) y otros que son completamente indiferentes.

Cuando se ha diferenciado entre pacientes satisfechos e insatisfechos con la atención sanitaria<sup>105</sup> recibida se ha comprobado que la insatisfacción de los pacientes aparece relacionada con: carencias de información, tecnología considerada obsoleta, demoras en la atención o con un escaso confort. Por el contrario, la satisfacción se relacionó con: la capacidad para comprender las necesidades del paciente, la amabilidad en el trato, el interés que cree que tienen los profesionales (especialmente enfermería) por él, cumplir con lo que se le dice al paciente (citas, revisiones, pruebas, etc.) y tener con él tiempos de espera reducidos.

También se ha relacionado con el resultado asistencial, con una más pronta recuperación tras intervención quirúrgica y con la participación del paciente en la toma de decisiones clínicas<sup>106, 107, 108, 109</sup>.

## Cómo medimos

No cabe duda de que las encuestas de satisfacción de pacientes se han hecho populares y, hoy día, es raro encontrar algún centro que no lleva a cabo con una cierta periodicidad este tipo de consultas. La mayoría de estas encuestas incluyen escalas tipo Likert, habitualmente con entre 5 y 7 posibilidades de respuesta, que oscilan en un continuo de «muy favorable a muy desfavorable». En estas encuestas se suele evaluar la satisfacción mediante: trato/ama-bilidad, información, calidad del resultado, competencia técnica, accesibilidad y una medida global de satisfacción con el conjunto de las atenciones<sup>88,89</sup>. Entre los instrumentos más utilizados cabe citar: Patient Judgements of Hospital Quality<sup>110</sup>, Encuesta de Experiencias del Paciente<sup>111</sup>, Consumer Assessment of Health Plans<sup>112</sup>, Picker Patient Experience Questionnaire<sup>113</sup>; y, en España, la escala SERVQHOS<sup>114</sup>. El tipo de preguntas que incluyen han evolucionado, y de recurrir únicamente a escalas de evaluación de marcado carácter subjetivo se ha pasado a preguntas que buscan una mayor objetividad y que solicitan al paciente que informe de si ha recibido determinadas buenas prácticas asistenciales<sup>115,116</sup>.

Las encuestas de satisfacción se pueden complementar de muy diferentes formas<sup>117</sup>: buzón de sugerencias, o mediante el análisis de las reclamaciones; grupos focales, grupos nominales, u otras técnicas cualitativas; recurriendo a clientes «cebo» para identificar puntos conflictivos de la prestación; auditorías; o analizando las preferencias de los pacientes a la hora de elegir médico o centro sanitario.

En los últimos años han proliferado los instrumentos para medir la satisfacción de los pacientes, impulsados especialmente por la utilización de modelos de mejora continua como el EFQM o la incorporación de estándares a este respecto en contratos programa o modelos de acreditación. En las organizaciones sanitarias existe cierta consolidación en la utilización de encuestas de satisfacción de cliente en el área de hospitalización, algo menor en atención primaria, urgencias y consultas y una utilización puntual y esporádica en el resto de prestaciones diagnósticas y terapéuticas ofertadas al cliente. El abanico de metodologías, cuestionarios y dimensiones exploradas es diferente en las distintas CC.AA., así como su fiabilidad y sensibilidad, lo que dificulta en gran medida la utilización del benchmarking entre organizaciones para comparar resultados e identificar mejores prácticas<sup>118</sup>. No obstante, cantidad no implica calidad. En muchos casos, no se efectúan análisis de consistencia, fiabilidad o validez de las medidas<sup>119</sup> lo que parece inadecuado. Incluso se aprecian sesgos de medición para mejorar el resultado final (escalas de tres respuestas positivas, eliminación de las respuestas nulas en el porcentaje final..). No hemos de olvidar que en muchas organizaciones los resultados no conllevan medidas tengan repercusiones prácticas en la mejora del servicio y la forma en la que se organizan y prestan los cuidados y atenciones médicas a los pacientes<sup>120</sup>. Por lo que sabemos<sup>121</sup> entre un 70 y un 80% de los pacientes están satisfechos con las atenciones recibidas en el sistema público de salud. Los dos aspectos que se destacan como positivos en la mayoría de los estudios son: competencia profesional y trato. Los pacientes de mayor edad se manifiestan más satisfechos que los jóvenes, el nivel socioeconómico se relaciona también con la satisfacción, y parece que las mujeres se declaran algo más satisfechas que los varones.

Cuando se ha recurrido a técnicas de investigación cualitativa los resultados del análisis de las causas de insatisfacción de los pacientes arrojan resultados muy similares. En estos estudios las listas de espera, la lentitud en la realización de pruebas diagnósticas, la masificación de las consultas, la escasa coordinación entre niveles, una deficiente infraes-

estructura sanitaria en el ámbito rural, la ineficacia para resolver las reclamaciones de los pacientes, las carencias de especialistas en algunos centros y la insuficiente información generan insatisfacción en atención primaria<sup>122</sup>. Condiciones de confort inadecuadas, una reducida capacidad de respuesta, escasa accesibilidad y problemas de índole organizativa son citadas como causas de insatisfacción en hospitales<sup>123</sup>.

El INSALUD en su momento, Osakidetza, el Servicio Andaluz de Salud y la Agencia Valenciana de Salud, a los que se les sumaron otros servicios de salud como los de Aragón o Cataluña y, recientemente la práctica totalidad del resto de servicios de salud autonómicos, vienen realizando encuestas de satisfacción de pacientes de forma sistemática y estructurada, aunque es el Barómetro Sanitario, que desde 1997 publica anualmente el Ministerio de Sanidad, el único termómetro a nivel nacional. Los datos de este barómetro destacan que los españoles, de forma mayoritaria, que los puntos fuertes de nuestro Sistema Sanitario son<sup>124</sup>: cercanía (accesibilidad física), trato y confianza en el médico en el caso de la Atención Primaria pública, y atenciones, trato y cuidados del personal de enfermería y médico, medios técnicos y número de especialidades a las que se accede en los hospitales. Como áreas de mejora más urgentes se señalan: la dificultad con los trámites para acceder al especialista, en el caso de Atención Primaria, y demoras y confort en Especializada.

La interpretación de los resultados debe ser cuidadosa en función de la metodología utilizada haciendo siempre una reflexión crítica de la representatividad y validez de resultados. Se abren así mismo diversas vías de investigación necesarias para profundizar esta área desde el punto de vista de la validez, la ampliación de la captación de la percepción a otros servicios y dimensiones, el desarrollo de encuestas específicas según perfiles de patologías (expectativas muy distintas en atención primaria, partos o pacientes terminales), ampliación de la captación en parientes, acompañantes y cuidadores, y en la búsqueda de un conjunto mínimo de resultados que permitan establecer un benchmarking creativo entre las organizaciones. Es importante así mismo evitar el peligro de la autocomplacencia de los responsables e instituciones con los resultados positivos, ya que los resultados no deben entenderse como un fin en sí mismos sino constituirse en una guía para la mejora.

El mayor rigor en la metodología, el interés por una cada vez más sofisticada explotación de los datos y la creciente preocupación por contar con los pacientes, no solo ha hecho que este tipo de medidas sea cada vez más frecuente sino que además está propiciando un cambio en la actitud de los profesionales hacia estas evaluaciones. No obstante, es cierto que la información aún no se aprovecha a plena potencialidad. Este es probablemente uno de sus mayores retos. Difundir y analizar los resultados obtenidos con los profesionales, especificar objetivos de calidad a partir de los resultados de las encuestas o de otras fuentes de información de pacientes, realizar un seguimiento del nivel de cumplimiento de estos objetivos o mejoras asistenciales, relacionarlo con contratos programa o sistemas de incentivos, y definir el resultado final de la intervención sanitaria contando con la percepción que los pacientes tienen de cómo es la atención sanitaria pueden suponer un paso decisivo para propiciar una mayor calidad asistencial.

## 5. Seguridad clínica

Dos publicaciones: «Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro» y «Confieso que me equivoqué» cada una a un lado del Atlántico, han catapultado la preocupación de gobiernos, organizaciones sanitarias, sociedades científicas, profesionales y la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) por la seguridad clínica del paciente.

En el primer caso, se trata de un informe en el que se destacaba que los expertos estimaban en casi 98.000 las víctimas estadounidenses que morían cada año por errores médicos en los hospitales norteamericanos. El titular llamaba la atención sobre el hecho de que «los errores médicos causaban más muertes al año que los accidentes de tráfico». Causando el consiguiente impacto social y la consiguiente respuesta gubernamental en pro de una mayor seguridad clínica para los pacientes. En la segunda publicación, 14 reconocidos médicos del Nacional Health Service (NHS), en el Reino Unido reconocían públicamente errores cometidos que habían cometido en algún momento de su carrera profesional, con la intención de llamar la atención sobre el problema.

El plan de acción del NHS desde entonces busca reducir los errores gracias, primero, a no penalizar o perseguir a los profesionales (de hecho la confesión de un error puede hacerse de forma anónima). Informar de los errores para aprender a evitarlos es el camino elegido, dado que el error humano es posible y que, por consiguiente, es fundamental poner los medios para evitar que ocurra o procurar que sus consecuencias no sean graves. Los programas de formación de los profesionales que inciden en el reconocimiento de las situaciones de riesgo más proclives para que se cometan errores es un paso necesario para reducirlos y para «aprender» de ellos.

Los avances en los tratamientos y en los medios de diagnóstico (con un componente invasivo cada vez mayor), los cambios socioeconómicos acaecidos en nuestras sociedades en los últimos años, con un incremento de las exigencias ciudadanas y de los pacientes; un mayor acceso a todo tipo de informaciones merced a las nuevas tecnologías de la información; las noticias sobre avances médicos espectaculares; y los cambios en la visión de la Medicina y en el prestigio social del médico, propician un contexto de mayor exigencia hacia el Sistema Sanitario y sus profesionales.

En esta nueva situación son varias las voces que llaman la atención que la desconfianza hacia el médico, el incremento en el número de demandas y de comportamientos violentos hacia los profesionales sanitarios, son algunas de sus consecuencias más indeseables de este mayor desarrollo<sup>125, 126</sup>. Los errores médicos, considerados imprudencias<sup>127</sup>, tienen un efecto mediático inmediato. Sus consecuencias en los pacientes devastadoras, y en los profesionales demoledoras.

La frecuencia de estos errores se ha estimado mediante sondeos realizados a población general mayor de 18 años y puede sorprendernos. Las cifras que se barajan sugieren que, a lo largo de su vida, más de una tercera parte de las personas que son encuestadas dicen haber sufrido ellos, o sus familiares directos, algún tipo de error médico<sup>128</sup>.

Los errores a los que hacemos alusión son de dos tipos<sup>129</sup>: errores de comisión, por ejemplo, una técnica quirúrgica inadecuada, equivocar la vía de administración de un fármaco, errar en el fármaco administrado, etc. Y errores de omisión, por ejemplo, no seguir un protocolo determinado, desatender el resultado de una prueba diagnóstica o no escribir en la historia información específica sobre alergias.

Según el Eurobarómetro<sup>130</sup> 3 de cada 4 europeos consideran que los errores médicos constituyen un problema importante en su país. Pese a estas cifras la confianza<sup>131</sup> en los médicos hospitalarios (tasa del 64%) y en los de atención primaria (62%) se mantiene por encima de otras muchas profesiones, por ejemplo profesor universitario (45%) o periodista (23%). Cuando se pregunta si creen que las autoridades sanitarias (directivos de los centros y profesionales) ante un problema de calidad o que afectara a la seguridad de los pacientes actuarían responsablemente para resolverlo, un 80% considera que efectivamente así lo harían, porcentaje mucho mayor al de los españoles que creen que harían lo mismo los equipos rectorales y los profesionales universitarios o los bancos, por citar solo dos ejemplos. Esta circunstancia implica y confirma unas expectativas lógicamente altas por parte del ciudadano hacia la dimensión de la seguridad de las actuaciones clínicas.

Consustancial con la preocupación por la calidad asistencial encontramos el interés por evitar cualquier tipo de suceso adverso (incluidos los errores médicos) para el paciente. De hecho, el análisis de la frecuencia, causas y formas de prevenir (y reducir) los denominados sucesos adversos constituyen una de las responsabilidades tradicionales de todos los sistemas de calidad asistencial desde sus orígenes. Identificar cómo debe procederse ante distintos procesos de enfermedad, tanto en cuanto al diagnóstico como en cuanto a la terapia y, lo que es decisivo, asegurar una práctica correcta de lo que se sabe debe hacerse.

Durante la puesta en práctica de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores no es infrecuente que ocurran sucesos adversos, entendidos como la ocurrencia tanto de los denominados efectos como de incidentes adversos.

Se entiende por suceso adverso cualquier acontecimiento asociado al proceso asistencial con consecuencias —potenciales o reales— negativas para el paciente<sup>132</sup>. Se incluyen lesiones o complicaciones que padecen los pacientes fruto de la actividad sanitaria y que tienen como consecuencia la prolongación de la estancia en el hospital o que se le practiquen al paciente nuevos procedimientos diagnósticos o que reciba tratamientos adicionales y que, en casos extremos, está relacionado con exitus o incapacidad al alta.

Por incidente adverso entendemos los sucesos capaces de provocar daño al paciente o que pueden favorecer la aparición de un efecto adverso.

Para asegurar el éxito de cualquier política en esta área es necesario introducir una cultura de seguridad en toda la organización, un cambio cultural basado en la mejora continua y análisis y estrategias basados en sistemas más que en individuos (35;36). El modelo propuesto por Reason<sup>133</sup> afirma que el ser humano es falible y los errores que comete son esperables. Sin embargo, los errores humanos deben ser vistos como consecuencias, y no como causas, pues tienen su origen en factores existentes en el sistema. En todos los sistemas de alta tecnología los procesos de producción suponen un riesgo para las personas y los bienes, por lo que se necesitan muchas capas defensivas interpuestas entre los riesgos y sus víctimas potenciales. Idealmente, cada capa defensiva debería estar intacta pero, en realidad, es como una lámina de queso suizo con multitud de agujeros. Algunos agujeros se deben a errores activos, cometidos por los profesionales situados en contacto directo con el paciente y que tienen un efecto inmediato sobre éste, mientras que otros agujeros se deben a factores latentes, responsabilidad de personas situadas en puestos más altos de la organización y que pueden existir en el sistema desde mucho tiempo antes del incidente. Un incidente se produce habitualmente cuando una combinación de ambos tipos de errores permite la alineación de la trayectoria del accidente y rompe las defensas del sistema.

La cultura de seguridad necesita sustentarse en un sistema de información específico, un clima de confianza en la organización y un espíritu de aprendizaje que permita incorporar las acciones de mejora necesarias en cada momento

El estudio de los efectos adversos derivados de tratamientos, pruebas diagnósticas y, en general, de las decisiones médicas ha puesto de manifiesto la magnitud del problema. Aunque los datos varían entre unos estudios y otros (entre otras razones por que se recurre a diferentes métodos y definiciones) la frecuencia de estos efectos adversos oscila entre el 3,2% —Utah— y el 16,5% —Australia—. En el Reino Unido se ha calculado que un 11,7% del total de ingresos hospitalario padecen un efecto adverso, la estimación sube al 12,9% en Nueva Zelanda y baja al 7,5% en Canadá.

En España, el estudio ENEAS<sup>134</sup> realizado en 24 hospitales y con un alto rigor en la metodología empleada ya que se analizaron físicamente un total de 5.908 historias clínicas, arroja una cifra igualmente preocupante: un 9,3% de los pacientes ingresados en los hospitales de nuestro país sufrieron algún tipo de efecto adverso. Este estudio subraya que, prácticamente, casi la mitad podían haberse evitado (hablamos del 42,6%). Más importante, que un 16% de los pacientes que han sufrido un efecto adverso han tenido consecuencias graves que, en casi un 2%, suponen que el paciente tiene un alto riesgo de morir o incluso fallece.

Aranaz et al destacan en el citado estudio, realizado con financiación del Ministerio de Sanidad, que los errores en la prescripción o en la administración de la medicación eran responsables del 37,4% de todos los efectos adversos identificados. Las otras dos causas más frecuentes fueron las infecciones hospitalarias (en el 25,3% de los casos) y problemas técnicos derivados de la aplicación de procedimientos médicos (en otro 25%).

Por lo que sabemos, los efectos adversos son más frecuentes en especialidades quirúrgicas que en médicas, y más habituales entre los pacientes mayores de 65 años<sup>135, 136</sup>. La infección nosocomial junto con las reacciones adversas a los medicamentos son los EAs más frecuentes en los hospitales<sup>137</sup>, subrayándose que una cuarta parte de ellos tienen consecuencias graves para el paciente<sup>138</sup>.

El estudio ENEAS coincide con la tendencia general y confirma que la probabilidad de padecer un efecto adverso se incrementa entre las personas de más de 65 años; es decir, están relacionados con riesgos intrínsecos (vulnerabilidad del paciente y comorbilidad); pero también con los riesgos extrínsecos o instrumentalización a la que se le somete al paciente. Pero, además, ha puesto de manifiesto que, en España, los pacientes ingresados en hospitales pequeños (entre 100 y 199 camas) tienen 1,5 veces más riesgo de sufrir un efecto adverso que los que ingresan en hospitales de más de 500 camas.

Parece que una cuarta parte de los problemas que se definen como efectos adversos tienen que ver con el tipo de enfermedad que padece el paciente y las otras tres cuartas partes son causa de cómo se aplican los tratamientos, se realizan las pruebas diagnósticas o se organiza la atención sanitaria que recibe el paciente.

Pero la revisión de historias clínicas no es la única fuente de información para darnos cuenta de la magnitud del problema. Desde otra perspectiva, la Fundación Kaiser y la Agency for Healthcare Research and Quality<sup>139</sup> han recurrido a encuestar a pacientes dados de alta en hospitales americanos, preguntando por la posible ocurrencia de efectos adversos en los últimos 12 meses. Un 6% de los entrevistados declararon haber sido víctima de algún tipo de efecto adverso.



Con una metodología similar, pero refiriendo la pregunta a los últimos 5 años, Adams y Boscarino<sup>140</sup>, entrevistando a pacientes dados de alta en hospitales del estado de Nueva York, elevan esta cifra hasta el 11,4%. En Australia, Evans y cols<sup>141</sup>, mediante entrevistas a personas de más de 40 años, cifran la ocurrencia de efectos adversos en pacientes hospitalizados en los cinco años previos al estudio en un 7%.

En España, al preguntar a más de 12.300 pacientes dados de alta en hospitales públicos sobre si habían experimentado algún efecto indeseable o inesperado a consecuencia del tratamiento un 4,8% de los pacientes ingresados en planta de Medicina, un 3,7% de los quirúrgicos (2,5% en el caso de Cirugía Mayor Ambulatoria) y un 2,8% de los pediátricos contestaron afirmativamente. Cabe destacar que en este estudio<sup>142</sup> se preguntaba, además, a los pacientes si habían tenido dificultades para hablar con su médico y había sido informado de las posibles complicaciones y de las precauciones que debía adoptar al seguir el tratamiento. En ambos casos, la frecuencia de efectos adversos fue significativamente mayor cuando la accesibilidad al médico o la información que recibía el paciente no era del todo satisfactorias.

Los efectos adversos conllevan consecuencias económicas importantes (en el estudio ENEAS los pacientes que padecían un efecto adverso necesitan una media de 4 días más de hospitalización y el 22% precisaba reingresar tras el alta) pero, sin duda alguna, todos tienen una historia humana detrás que los hace especialmente significativos. Primero, en el paciente y en su familia; y segundo, en los profesionales afectados.

El daño experimentado por el paciente se ha traducido, en gran parte por los cambios sociales acaecidos en las últimas décadas, en criminalización de los errores médicos. En estas circunstancias la respuesta que cabe esperar no es muy distinta a la defensa a ultranza (medicina defensiva, corporativismo, etc.).

La alianza por la seguridad de los pacientes impulsada por la OMS es una respuesta inteligente, atrevida y ambiciosa que busca, precisamente, aunar los esfuerzos de todos los agentes en una dirección: generar un entorno más seguro, con más beneficios para los pacientes, partiendo de una realidad que no cabe esconder: el error está ahí, puede ocurrirle a cualquiera y lo que mejor podemos hacer es ser conscientes de, primero, fuentes más frecuentes de error y, segundo, que a cualquiera de nosotros también nos puede pasar.

«Ante todo no dañar» es un programa auspiciado por la OMS<sup>143</sup> que incluye cuatro estrategias básicas:

- Sensibilizar a los profesionales de la verdadera magnitud del problema,
- Identificar y gestionar los riesgos más frecuentes,
- Incidir en el cambio de cultura buscando no culpabilizar al profesional y
- Buscar nuevas fórmulas para involucrar al paciente (animando a que solicite más información, conozca mejor su diagnóstico, tratamiento, las precauciones a adoptar y las posibles consecuencias y facilitarle que participe en las decisiones clínicas).

El Ministerio de Sanidad ha celebrado en Madrid dos reuniones internacionales para promover políticas para la Seguridad que, en definitiva, mejoren la calidad de la atención en el conjunto de instituciones sanitarias. En esta línea, el Ministerio de Sanidad en este mismo año ha puesto en marcha una extensión del primer estudio ENEAS y cabe esperar que, en un periodo breve de tiempo, dispongamos de información sobre los GRDs que acumulan más EAs; o que podamos identificar GRDs clave para monitorizar la seguridad clínica del paciente. En definitiva, tomar conciencia, primero, para saber cómo y dónde actuar, después.

# Bibliografía

1. Gaminde Inda I. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. Informe SESPAS 2002. SESPAS Sevilla, 2002
2. <http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual> [consultado el 2 de septiembre de 2006]
3. Lorenzo Martínez S. Sistemas de gestión de la calidad. En Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI. Eds. Gestión Clínica en Cirugía. Aran, Madrid 2005. ISBN 84-95913-61-5
4. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de Calidad Total y Medicina Basada en la Evidencia. Med Clin (Barc). 2000; 114:460-3.
5. Gómez de la Cámara. Medicina Basada en la Evidencia. Aspectos controvertidos. FMC. 1998; 5:185-96.
6. Guyatt GH. Evidence based medicine. ACP J Club. 1991; 112 (suppl 2): 1-16.
7. Reason JT. Understanding adverse events: human factors. En: Vincent CA, editor. Clinical risk management: enhancing patient safety. London: BMJ. 2001. p. 9-30
8. Registro de Entidades Certificadas y Acreditadas de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Disponible en <http://www.secalidad.org/> [consultado el 7 de octubre de 2006]
9. Zancajo JL. Análisis del cambio acontecido en el proceso de acreditación global de los hospitales para la formación docente especializada. Rev Calidad Asistencial. 1999; 14: 359-64.
10. Giner Noguera M. Acreditación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. En Porrero JL ed. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual Práctico 2.ª ed. Masson, Barcelona 2002.
11. Lorenzo S, Pombo N, Cardin J, Trapero MA, González del Tánago S, Valor S. ¿Estructura? Trámites necesarios para abrir un hospital en la Comunidad de Madrid. Rev Calidad Asistencial. 1999; 14:187-9.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Acreditación de Centros Sanitarios. Jornada de debate, 28 de abril de 1998. Ed. Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998.
13. Palmer HR. Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing, 1983.
14. Sheps MC. Approaches to the quality of hospital care. Hospital Administration. 1970; 15:21-42.
15. European Foundation for Quality Management. Autoevaluación: Directrices para el Sector Público. Club Gestión de Calidad, Madrid 1997.
16. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med. 1989; 320:53-6.
17. Euskalit. Calidad Total. Ed Euskalit, Bilbao, 2000.
18. Martínez Aguayo C, Martín Acera S. El contrato programa: ¿qué es? ¿cuál es su importancia? Rev San Hig Púb. 1994;68:331-4.
19. Subdirección General de Atención Primaria. Atención Primaria en el INSALUD: 17 años de experiencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 2002.
20. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS 2000. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 2000.
21. González López-Valcárcel B. Políticas contractuales en atención especializada. En: Repullo JR, Iñesta A ed. Sistemas y servicios sanitarios. Manuales de dirección médica y gestión clínica. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 2006.
22. Meneu R, Bernal E, Pradas F, Peiró S, Ridaio M. Formas de dirección por objetivos y contratos-programa. Revista de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. 6. Disponible en: <http://www.svmfyc.org/Revista/06/formasdedir14.asp> [consultado el 30 de septiembre de 2006]
23. Aguilera M. Oferta de servicios en atención primaria. Aten Primaria. 2003;31:319-27.
24. Guerra J. Cartera de Servicios y Costes en Atención Primaria. Medifam. 1999;6:372-9.
25. Puig J, Dalmau E. ¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica. Ponencia Hornadas de Economía de la Salud 2000. Accesible en <http://aes.es/Jornadas.puig.pdf> [consultado el 30 de septiembre de 2006].

26. Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2000; 2:126-31.
27. Grupo de expertos sobre listas de espera. Informe técnico sobre listas de espera. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Consumo. Madrid 2001.
28. Fortin PR; Penrod JR, Carke AE, St-Pierre Y, Joseph L, et al. Timing of total joint replacement affects clinical outcomes among patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Arthritis Rheum*. 2002; 46: 3327-30.
29. Sampalis J, Liberman M, Reid T, Dupuis G. Impact of waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery bypass grafting. *CMAJ*. 2001; 165:429-33.
30. McGurran J, Noseworthy T, Sterering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Improving the management of waiting lists for elective healthcare services: public perspectives on proposed solutions. *Hospital Quarterly*. 2002; 5:28-32.
31. Escobar A, Gonzalez N, Quintana JM, Las Hayas C. Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes. *Gac Sanit*. 2005; 19:379-85.
32. Marión J, Peiró S, Marquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1998; 110:382-90.
33. Wennberg JE, dir. *The Dartmouth atlas of health care 1998*. Dartmouth: The Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School, 1998.
34. Bernal E. El atlas VPM. *VPM*. 2005; 1:3-4. Disponible en: <http://www.rediryss.net/pub/units/rediryss/pdf/atlasvpm1.pdf> [Consultado el 28 de septiembre de 2006]
35. Grupo VPM-IRYS. Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. *VPM*. 2005; 1:17-36.
36. Hill GB. Death on the waiting list for cardiac surgery. *CMAJ*. 2004; 170:354-5.
37. Rexus H, Brandrup-Wogensen G, Oden A, Jeppsson A. Mortality on the waiting list for coronary artery bypass grafting: incidence and risk factors. *Ann Thorac Surg*. 2004; 77:769-74.
38. Cesena FH, Favarato D, Cesar LA, de Oliveira SA, da Luz PL. Cardiac complications during waiting for elective coronary artery bypass graft surgery: incidence, temporal distribution and predictive factors. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2004; 25:196-2002.
39. Smits JM, Deng MC, Hummel M, De Meester J, Schoendube F, Scheld HH, et al. A prognostic model for predicting waiting-list mortality for a total national cohort of adult heart-transplant candidates. *Transplantation*. 2003; 76:1185-9.
40. Casaletto JA, Gatt R. Post-operative mortality related to waiting time for hip fracture surgery. *Injury*. 2004; 35:114-20.
41. Meier-Kriesche HU, Port FK, Ojo AO, Rudich SM, Hanson JA, Cibrik DM, et al. Effect of waiting time on renal transplant outcome. *Kidney Int*. 2000; 58:1311-7.
42. Plomp J, Redekop WK, Dekker FW, van Geldorp TR, Haalebos MM, Jambroes G, et al. Death on the waiting list for cardiac surgery in the Netherlands in 1994 and 1995. *Heart*. 1999; 81:593-7.
43. Real decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el cual se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. BOE 134, de 5 junio de 2003.
44. Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón. BOA núm. 60 de 19 de mayo de 2003.
45. Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA núm. 114, de 2 de octubre de 2001.
46. Decreto 62/2004, de 15 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se crea la Unidad Central de Gestión, los Comités Técnicos, la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación y el Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica. BOCM núm 92, de 19 abril 2004.
47. Decreto 354/2002, de 24 de diciembre, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Catalán de la Salud. DOGC núm. 3795, de 8 de enero de 2003.
48. Barrasa-Villara JI, Broto-Civera A, Ortega-Maján MT, Ramirez-Gasca MT, Astier-Peña P, Castán-Ruiz S. Mortalidad en lista de espera quirúrgica: un indicador centinela. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20:199-203.

49. Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado 2006.
50. Claudia A. Sanmartin and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Toward Standard Definitions for Waiting Times. *Healthcare Manage Forum*. 2002; 49-52.
51. Kainberger F, Czembirek H, Fruhwald F, Pokiesser P, Imbhof H. Guidelines and algorithms: strategies for standardization of referral criteria in diagnostic radiology. *Eur Radiol*. 2002; 12:673-9.
52. Tigres S, Sutherland D, Manaster BJ. Do radiologists use the American College of Radiology Musculoskeletal Appropriateness Criteria? *AJR*. 2000; 175:545-7.
53. Comisión Conjunta de Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular. Criterios de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en patología cardiovascular. Documento oficial de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2000; 53:1373-9.
54. Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn DC and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. *J Eval Clin Pract*. 2003; 9:23-31.
55. Espallargues M, Comas M, Sampietro-Colom L, Castells X. Prova pilot del sistema de priorització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplàstia de maluc i artroplàstia de genoll. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Gener de 2005.
56. Canadian Medical Association. Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care. It's about time!: achieving benchmarks and best practices in wait time management: final report by the Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care. Agosto 2005.
57. 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 la eficiencia social. Boletín Oficial de Navarra 1998.
58. Decreto 104/2005, de 6, de mayo, de garantía de tiempos máximos de espera en la atención sanitaria. Diario Oficial de Galicia 2005.
59. Decreto 8/2005, de 25 enero de 2005, modificación del Decreto 9/2003, de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizada, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha 2005.
60. Orden SLT/203/2004, de 11 de junio, por la cual se actualiza la relación de intervenciones quirúrgicas que tiene garantía en tiempos máximos de acceso. Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña 2004.
61. Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura. Diario oficial de Extremadura. 2005.
62. Orden de 17 de noviembre de 2005, por la que se modifica el anexo I de la Orden de 15 de mayo de 2003, que establece los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de Salud. Boletín oficial de Canarias 2005.
63. Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Boletín oficial de la Junta de Andalucía 2001.
64. Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Boletín oficial de la Junta de Andalucía 2004.
65. Decreto 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia 2006.
66. Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón. Boletín Oficial de Aragón 2003
67. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=gr\\_derechosygarantias4](http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=gr_derechosygarantias4) [Consultado el 30 de septiembre de 2006]

68. [http://ib-salut.caib.es/lLista\\_espera.pdf](http://ib-salut.caib.es/lLista_espera.pdf)
69. Disponible en: [http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6\\_5/listas/ppal.jsp](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_5/listas/ppal.jsp) [Consultado el 30 de septiembre de 2006]
70. Disponible en: <http://www.sergas.es/cas/centros/Listas-de-espera/ListaEspera.asp?Color=> [Consultado el 30 de septiembre de 2006]
71. Defensor del pueblo. Informe 2005. Pags.: 789-91. Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informesanuales/informe2005.zip>
72. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=45100>
73. Rodrigo I, Gabilondo L. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. *Rev Calidad Asistencial*. 2006 (en prensa).
74. Llewellyn-Thomas H, Thiel E, Paterson M, Naylor D. In the queue for coronary artery bypass grafting: patients' perceptions of risk and «maximal acceptable waiting time». *J Health Serv Res Policy*. 1999; 4:65-72.
75. Bengtson A, Herlitz J, Karlsson T, Hjalmarson A. The epidemiology of coronary waiting list. A description of all of the patients. *J Intern Med*. 1994; 235:263-9.
76. Sing N, Gupta M, Fell D, Gangbar E. Impact and inequity of impatient waiting times for advanced cardiovascular services in community hospitals across the greater Toronto area. *Can J Cardiol*. 1999; 15:777-82.
77. Rosanio S, Tocchi M, Cutler D, Uretsky BF, Stouffer GA, de Filippi CR, et al. Queuing for coronary angiography during severe supply-demand mismatch in US public hospital: analysis of a waiting list registry. *JAMA*. 1999; 282:145-52.
78. Jackson NW, Doogue MP, Elliott JM. Priority points and cardiac events while waiting for coronary bypass surgery. *Heart*. 1999; 81:367-373
79. Hadorn DC. What can comparisons of mortality rates tell us about waiting list? *CMAJ*. 2000; 162:794-795
80. Esteban M. El Supremo deja firme una condena por fallecimiento en lista de espera. *Diario Médico* 30 octubre 2002; Sec Normativa.
81. Díaz C. Un fallo condena por la muerte de una paciente en lista de espera. *Diario Médico* 30 junio 2003; Sec Normativa.
82. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro sanitario 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>. [consultado el 30 de septiembre de 2006]
83. Escobar A, González N, Quintana JM, Las Hayas C. Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes. *Gac Sanit*. 2005; 19:379-85.
84. Conner-Spady B, Estey A, Arnett G, Ness K, Mc Curran J, Bear R, Noseworthy T, The Steering Comité of the Western Canada Waiting List Project. *J Health Serv Res Policy*. 2005; 10:84-90.
85. Moracho O. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. *Editorial Ariel* 2005.301-333
86. Koos E. *The Health of Regionville*. New York: Columbia University Press, 1954.
87. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund Quarterly*. 1966; 44:166-206.
88. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*. 1988;27:935-9.
89. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med*. 1988; 27:637-44.
90. INSALUD. Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud (encuesta de post-hospitalización). *Insalud*. Madrid 1985.
91. Rodríguez C. Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica. *Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía*. Sevilla 1985.
92. Aranaz J, Herrero F, Mira JJ. El hospital Virgen de los Lirios del Insalud de Alcoy dibujado por sus usuarios (encuesta de post-hospitalización). *Monografía sanitaria*. Dirección Provincial del Insalud de Alicante, Alicante:1987.

93. Hulka B, Zyzanski S, Cassel J, Thompson S. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care.* 1970; 8: 429-35.
94. Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care.* 1975; 13: 669-82.
95. Wolf M, Putnam, James, Stiles. The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behaviour. *J Behav Med.* 1978; 1:391-401.
96. Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behav Med.* 1986; 9: 389-99.
97. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Rev.* 1994;19:49-55.
98. Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Rev.* 1998;23:81-96.
99. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc Scie Med.* 1982; 16: 583-9.
100. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Scie Med.* 1982; 16: 577-82.
101. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Research.* 1980;42:460-9.
102. <http://www.gva.es/jsp/portalgv.jsp?br=1&re=1&co=es&chflash=true> Consultado 1 de octubre 2006.
103. Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial.* 1999;14:165-78.
104. Kano N. A Perspective on Quality Activities in American Firms. *Calif Manage Rev.* 1993, 35:12-31.
105. Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J. No estar satisfecho no equivale a estar insatisfecho. *Rev Clin Esp.* 2006; 206:209.
106. Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care.* 1997;35:714-30.
107. Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *Int J Quality Health Care.* 1999;11:233-40.
108. Sharp WJ, Nowak L, Zamani T, Kresowik TF, Hoballah JJ, Ballinger BA, Corson JD. Long-term Follow-up and Patient Satisfaction after Surgery for Thoracic Outlet Síndrome. *Ann Vasc Surg.* 2001; 15:32-3.
109. Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc).* 2001;116:104-10.
110. Meterko M, Nelson E, Rubin H, Batalden P, Berwick D, Hays R. Ware Patients' judgements of hospital quality: report of a pilot study. *Med Care.* 1990; 29 no 9: S1-S56.
111. Zastowny TR, Stratmann WC, Adams EH, Fox ML. Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. *Qual Manag Health Care.* 1995;3:50-61.
112. Hays RD, Shaul JA, Williams VSL, Lubalin JS, Harris\_Kojetin LD, Sweeny SF, et al. Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measures. *Med Care.* 1999;37(suppl):MS22\_31.
113. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care.* 2002; 14:353-8.
114. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998;IV:12-18.
115. Cleary PD, Edgman\_Levitan S, Walker JD, Gerteis M, Delbanco TL. Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals. *Qual Manag Health Care.* 1993;2:31\_8.
116. Mira JJ. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. *Todo Hospital.* 2006; 224:90-7.
117. Tasa K, Baker R, Murray M. Using patient feedback for quality improvement. *Qual Manag Health Care.* 1996;4:55-67.

118. Moracho O. Modelo e instrumentos de calidad en las instituciones sanitarias. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. *Editorial Ariel* 2005.301-333
119. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care*. 1999; 11:319-28.
120. Barrasa JI, Aibar C. ¿Se utiliza la satisfacción de los pacientes para mejorar el sistema nacional de salud español? Una revisión sistemática. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18: 414-24.
121. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114 (Supl 3):26-33.
122. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con el sistema sanitario. Un estudio Delphi. *Aten Primaria*. 1996;31:348-52.
123. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17:273-83.
124. Del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud? *Ergon* 2006. Madrid.
125. Vitaller J. El nuevo escenario de la gestión de la asistencia sanitaria y su aplicación en la seguridad de los pacientes. relaciones profesional y paciente. En: Aranaz JM, Vitaller J (Eds). *De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria*. EVES, Valencia 2004.
126. Mira JJ. ¿Deben compartir los riesgos de la toma de decisiones los pacientes? En: Aranaz JM, Vitaller J (Eds). *De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria*. Estudios para la Salud. EVES. Generalitat Valenciana, Valencia 2004.
127. Holbrook J. The criminalisation of fatal medical mistakes. *BMJ*. 2003;327:1118-9.
128. Vanderheyden LC, Northcott HC, Adair CE, Brien-Morrison C, Meadows LM, Norton P et al. Reports of preventable medical errors from the Alberta Patient Safety Survey 2004. *Healthc Q*. 2005; 8 Spec No:107-14.
129. Leape LL, Brennan T, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard medical Practice Study II, *N Engl J Med*. 1991; 324: 377-84.
130. Commission européenne. Les erreurs médicales. Eurobaromètre Special 241. Janvier 2006. [consultado 23 abril 2006]. Disponible en: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/documents/eb\\_64\\_fr.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/eb_64_fr.pdf)
131. Blendon R, DesRoches C, Fleischfresser Ch, Benson J, Weldon K, Jovell A, Navarro M, Fernández L. Confianza en el Sistema Nacional de Salud —resultados del estudio español—. Disponible en: [http://www.fbjoseplaporte.org/docs/trust\\_spanish\\_hcs.pdf](http://www.fbjoseplaporte.org/docs/trust_spanish_hcs.pdf) [consultado 23 octubre 2006].
132. Aranaz JM. Sucesos adversos relacionados con el uso del medicamento: ¿qué podemos aprender? *Med Clíin (Barc)*. 2006;126: 97-8.
133. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320:768-770.
134. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Depósito Legal: M-19200-2006.
135. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Alvarez EE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):41-7.
136. Weingart SN, Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ*. 2000; 320:774-7.
137. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991; 324:370-6.
138. Mostaza JL, Muínelo I, Teijo C, Pérez S. Prevalencia y gravedad de efectos adversos durante la hospitalización. *Med Clin (Barc)*. 2005;124: 75-9.
139. Kaiser Family Foundation. National survey on Americans as health care consumers: an update on the role of quality information. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation/Agency for Healthcare Research and Quality, 2000. [consultado 2 abril 2006]. Disponible en <http://www.kff.org/kaiserpolls/3093-index.cfm>.
140. Adams R, Boscarino JA. A community survey of medical errors in New York. *Int J Quality Health Care*. 2004;16:353-62.

141. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Ester AJ. Consumer perceptions of safety in hospitals. BMC Public Health. 2006; 6:41. [consultado 23 abril 2006]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/41/prepub>.
142. Informe técnico. Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Marzo 2006.
143. «First do no harm...». World Alliance for Patient Safety. Forward Programme. October 2004. OMS.





# Capítulo 3

## La calidad asistencial en la Unión Europea

### **1. Calidad asistencial: breve perspectiva general**

- 1.1. Calidad asistencial: definiciones
- 1.2. Dimesiones de la calidad asistencial
- 1.3. Valorando la calidad asistencial
- 1.4. Métodos de valoración y garantía

### **2. Estrategias de calidad asistencial en la UE**

- 2.1. Valoración de calidad de los Sistemas Sanitarios
  - 2.1.1. Legislación y políticas en calidad asistencial
  - 2.1.2. Seguridad del paciente
  - 2.1.3. Aprobación de dispositivos farmacéuticos y médicos
  - 2.1.4. Registro y licencia
  - 2.1.5. Formación de profesionales
  - 2.1.6. Formación en calidad asistencial
  - 2.1.7. Valoración de tecnologías sanitarias
- 2.2. Valoración de calidad organizativa
  - 2.2.1. La Organización Internacional de Normalización (ISO)
  - 2.2.2. Acreditación
  - 2.2.3. La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM)
- 2.3. Valoración de Calidad Clínica
  - 2.3.1. Guías clínicas
  - 2.3.2. Indicadores de calidad
  - 2.3.3. Revisión por Pares (peer review)
  - 2.3.4. Estudios de usuarios de asistencia sanitaria y el público

### **3. Conclusiones**

#### **Bibliografía**



# 1. Calidad asistencial: breve perspectiva general

## 1.1. Calidad asistencial: definiciones

El material publicado sobre calidad asistencial en los sistemas sanitarios es muy extenso y al mismo tiempo difícil de sistematizar. Dependiendo de la estructura disciplinar la calidad puede entenderse de diversos modos, utilizando distintos términos, clasificaciones y modelos. Donde parece haber acuerdo es en la ausencia de consenso sobre cómo definir la calidad asistencial y en la falta de un marco sistemático común, debido a la diversidad del lenguaje utilizado para describir este concepto (Blumenthal, 1996; Brook, McGlymn et al., 1996; Saturno, Gascón et al., 1997; Evans, Edejer et al., 2001; Shaw y Kalo, 2002; Suñol y Bañeres, 2003). Este documento revisa las definiciones de calidad asistencial más frecuentemente utilizadas que han sido propuestas hasta el momento, y examina cómo se puede evaluar la calidad, utilizando la bibliografía disponible. Una comprensión de los conceptos básicos, dimensiones e instrumentos de medición es clave para evaluar los sistemas de garantía de calidad existentes en la Unión Europea (UE).

Siguiendo el trabajo inicial de Avedis Donabedian, un primer paso para evaluar la calidad asistencial implica definir qué se entiende por calidad (Donabedian, 1980). Según lo indicado anteriormente, todavía existen muchas definiciones posibles. La elección sobre cuál adoptar dependerá en gran medida del nivel de análisis o del contexto específico. Por tanto, las distintas definiciones pueden ser aceptables dependiendo del propósito de su utilización, así como de la naturaleza y alcance de las responsabilidades de la persona que los defina (Donabedian, 1980). La tabla 1 proporciona una perspectiva general sobre las definiciones de calidad asistencial más frecuentemente aplicadas, según ha sido identificado por la bibliografía.

**Tabla 1. Definiciones de calidad asistencial**

<b>Donabedian (1980)</b>	Calidad asistencial es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial.
<b>Ministerio de Sanidad (Reino Unido) (1997)</b>	Calidad asistencial es: hacer las cosas adecuadas (qué) a las personas adecuadas (a quién) en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien la primera vez.
<b>Instituto de Medicina (IOM) (2001)</b>	Calidad asistencial es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual.
<b>OMS (2000)</b>	Calidad asistencial es el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población.
<b>Consejo de Europa (1998)</b>	Calidad asistencial es el grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual.

Fuentes: Donabedian, 1980; Ministerio de Sanidad (Reino Unido), 1997; Consejo de Europa, 1998; OMS, 2000; Instituto de Medicina (IOM), 2001.

## 1.2. Dimensiones de la calidad asistencial

Varios autores y organizaciones han definido la calidad asistencial describiendo el concepto de acuerdo a una serie de dimensiones. Las dimensiones más frecuentemente citadas, según ha sido identificado por la bibliografía, incluyen (en orden descendente de frecuencia) *efectividad, eficiencia, acceso, competencia técnica, equidad, adecuación, disponibilidad, seguridad, respeto, oportunidad, experiencia asistencial al paciente, elección/disponibilidad de información, continuidad, prevención/detección temprana y evaluación*.

Efectividad y eficiencia son las dos dimensiones que están incluidas en todas las definiciones de calidad asistencial analizadas en este documento (ver tabla 2). *Efectividad* se refiere al alcance por el que la intervención en cuestión produce los efectos deseados para mejorar la salud en aquellos que son tratados (Saturno, Gascón et al., 1997). De este modo, cuestiones que pueden tratarse incluirían: ¿Es el mejor tratamiento disponible en un sentido técnico? ¿Cuál es el resultado global del tratamiento? ¿Qué grado de potenciación tienen los beneficios sanitarios obtenidos realmente? (Maxwell, 1992). En contraste, *Eficiencia* se define en términos de relación entre coste y resultado. En este caso se busca maximizar el rendimiento de una inversión realizada o, a la inversa, minimizar la inversión para un nivel de rendimiento determinado. Aquí, la cuestión a plantear podría ser: ¿Cómo puede ser comparado el coste unitario del mismo tratamiento/servicio en distintos lugares? (Maxwell, 1992). Acceso (a la asistencia) es una dimensión importante en todas las definiciones de calidad asistencial contemplada en la tabla 2, excepto en la presentada por el Instituto de Medicina (IOM). *Acceso* se puede definir como la facilidad para obtener un servicio/tratamiento en relación con aspectos o barreras organizativas, económicas, culturales y emocionales. La *Equidad* es también incluida como una dimensión aparte en algunas clasificaciones. Aquí los análisis se centran sobre si un paciente o grupo de pacientes está siendo tratado con ecuanimidad en comparación a otros.

La siguiente serie de dimensiones se refiere a la satisfacción y necesidades de los pacientes. Estas dimensiones son: *aceptabilidad* (grado de humanidad y consideración con el que proporciona el tratamiento); *adecuación* (grado en el que tratamiento se corresponde con las necesidades del paciente); *satisfacción* (grado en el que el tratamiento y mejoras en la salud del paciente satisfacen sus expectativas); y *experiencia en asistencia al paciente* (NHS, 1997) o *receptividad* a los pacientes o *respuesta centrada en el paciente* (IOM, 2001), que se refiere a la importancia de las preferencias y valores de los pacientes individuales y sociedades, implicando que deben ser tenidos en cuenta por parte de los responsables de formular políticas y administradores de asistencia sanitaria. *Seguridad* se refiere a la reducción del riesgo y constituye un componente importante de las definiciones propuestas por Donabedian, Instituto de Medicina (IOM) y la Comisión estadounidense para acreditación de organizaciones sanitarias (Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations JCAHO). Una dimensión primordial mencionada específicamente por Maxwell es *relevancia*. Se refiere al patrón general y balance de servicios óptimo que podría alcanzarse, teniendo en cuenta las necesidades y carencias de la población como un todo. El Consejo de Europa también incluye dos nociones que no están mencionadas en las otras definiciones consideradas en esta exposición (tabla 2), concretamente *eficacia* y *valoración*. *Eficacia* constituye, para los individuos de una población definida, el beneficio posible de una técnica médica proporcionada a un problema médico específico, en cir-

**Tabla 2. Dimensiones de calidad asistencial**

Palmer (1983)	Donabedian (1988)	Nutting et al. (1990) in Saturno	Maxwell (1992)	Consejo de Europa (1998)	NHS (1997)	NLHI de la JCAHO (1999)	Instituto de Medicina (2001)
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia
Acceso	Acceso	Distribución de la asistencia/integridad	Acceso	Acceso	Acceso justo	Acceso	—
Competencia técnica	Mejora de la salud	Competencia técnica	Competencia técnica	Eficacia	Mejora de la salud	—	—
—	Equidad	—	Equidad	—	—	—	Equidad
—	Adecuación	—	Adecuación	Adecuación	—	Adecuación	—
Aceptabilidad/Satisfacción	—	—	Aceptabilidad	Aceptabilidad	—	Disponibilidad	—
—	Seguridad	—	Respeto	Seguridad	—	Seguridad	Respeto/Seguridad
—	—	—	—	—	Oportunidad	Oportunidad	Oportunidad
—	—	—	Elección/Disponibilidad de información	Satisfacción del paciente	Paciente/Experiencia asistencial	—	Receptividad centrada en el paciente
—	—	Continuidad/Coordinación	—	—	—	—	Continuidad
—	—	—	Relevancia	Evaluación	—	Prevención/Detección precoz	—

Fuentes: Donabedian, 1988; Maxwell, 1992; NHS, 1997; Consejo de Europa, 1998; Saturno, 1999; IOM, 2001; Wareham, Pencheon et al., 2001; JCAHO, 2006.

cunstancias ideales y como tal es un elemento bastante más limitado de efectividad. *Valoración* va referida al grado en el que la atención sanitaria eficaz ha sido implantada y alcanzada y se han obtenido resultados (Consejo de Europa, 1998).

La elección de dimensiones para medir la calidad asistencial es muy importante ya que influenciarán las políticas sanitarias adoptadas. Según *Shaw y Kalo* (2002) el reto para cada país es reconocer estas diversas aunque legítimas expectativas y conciliarlas en un sistema sanitario receptivo y equilibrado.

### 1.3. Valorando la calidad asistencial

Las secciones precedentes han presentado una variedad de enfoques sistemáticos para definir y clasificar la calidad asistencial. Hasta ahora, los diversos conceptos y modelos dicen poco sobre cómo valorar realmente la calidad. Donabedian inició este trabajo proponiendo que podemos medir la calidad asistencial evaluando su *estructura, procesos y resultados* en adaptación del concepto industrial de inversión-proceso-rendimiento (*Shaw y Kalo*, 2002). Argumentó que «una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado» (Donabedian, 1988).

Donabedian definió la estructura (o *inversión*) como las *características de los escenarios* donde se presta la atención y los *recursos requeridos* para asistencia sanitaria. Esto debería incluir recursos materiales (instalaciones, capital, equipo, medicamentos, etc.), recursos intelectuales (conocimiento médico, sistemas de información) y recursos humanos (profesionales de atención sanitaria). *Proceso* significa la *utilización de recursos* en cuanto a lo realizado en prestar y recibir asistencia. Esto puede ser clasificado en procesos relacionados con el paciente (índices de intervención, índices de derivación, etc.) y aspectos organizativos (suministro con medicamentos, gestión de listas de espera, pagos del personal sanitario, captación de fondos, etc.). Los *Resultados* describen los *efectos de la atención asistencial* sobre el estado de salud de los pacientes y poblaciones, y comprende tanto resultados definitivos, por ejemplo: mortalidad, morbilidad, discapacidad o calidad de vida, como resultados intermedios, por ejemplo: presión arterial, peso corporal, bienestar personal, capacidad funcional, capacidad para sobrellevar problemas, mejora del conocimiento. *Shaw y Kalo* (2002) han explorado aún más el enfoque de Donabedian e identificado las dimensiones de calidad asistencial que corresponden a cada categoría, tal y como se ilustra en la tabla 3.

El enfoque de Donabedian para describir y evaluar la calidad asistencial ha sido ampliamente aceptado, posiblemente uno de los pocos acuerdos en el campo de la calidad asistencial. Sin embargo, los tres componentes no han sido realmente analizados de forma exhaustiva. Los esfuerzos para valorar la calidad estaban basados en medidas estructurales en la atención sanitaria, tales como el reconocimiento de títulos y experiencia profesional, aprobación de medicamentos y dispositivos médicos, reducción de dosificación de radiación, etc. Más recientemente el enfoque ha cambiado hacia el desarrollo de medidas de proceso y resultado, ya que las medidas estructurales no fueron consideradas medidas sólidas de calidad asistencial (Meyer y Massagli, 2001). Aún existe un amplio debate sobre cómo medir mejor y perfeccionar la calidad de la prestación asistencial en términos de proceso y resultado (Suñol, Klazinga et al., 2004).

**Tabla 3. Dimensiones en la valoración de calidad asistencial**

**Dimensión de calidad asistencial**

<b>Estructura (Inversión)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cómo se distribuyen los recursos en términos de tiempo, lugar y receptividad a las necesidades de las poblaciones (<i>acceso</i>).</li><li>• Ecuanimidad en compartir costes y beneficios (<i>equidad</i>).</li></ul>
<b>Proceso</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cómo se aplican los recursos (<i>administración</i>).</li><li>• Uso de tiempo y recursos (<i>eficiencia</i>).</li><li>• Evitar el despilfarro (<i>economía</i>).</li><li>• Reducción del riesgo (<i>seguridad</i>).</li><li>• Práctica basada en la evidencia (<i>adecuación</i>).</li><li>• Atención centrada en el paciente (<i>continuidad</i>).</li><li>• Información al paciente/público (<i>elección, transparencia, responsabilidad</i>).</li></ul>
<b>Resultado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Salud de la población (<i>mejora de la salud</i>).</li><li>• Resultado clínico (<i>efectividad</i>).</li><li>• Satisfacer expectativas del público y del personal (<i>coste-beneficio</i>).</li></ul>

Fuente: Shaw y Kalo, 2002.

## 1.4. Métodos de valoración y garantía

La búsqueda para mejorar la calidad asistencial ha generado una gran cantidad de iniciativas, utilizando terminologías diferentes, y a menudo pobremente definidas, con grandes áreas de coincidencia parcial. Numerosos intentos se han realizado para clasificarlas en forma taxonómica, con escaso éxito. Por tanto, pueden ser planteadas apoyándose en diferentes puntos, en escalas que se extienden desde externa a interna, desde inspección a desarrollo, desde disciplinar a multidisciplinar, y desde obligatoria a voluntaria. Como ya se apuntó, pueden actuar en diferentes niveles, sobre diferentes componentes de atención, y tratar diferentes dimensiones de calidad. En muchos casos, los procesos están arraigados contextualmente en el sistema en el que se originan. Por tanto, los enfoques utilizados en los países del Reino Unido, con su relación jerárquica vinculando los departamentos de salud en las cuatro administraciones constituyentes con sus propios profesionales de sanidad, proporciona oportunidades de estandarización de práctica médica que serían inimaginables en países que conservan la tradición de profesiones liberales. Igualmente, el modelo norteamericano de acreditación, diseñado para identificar aquellos proveedores sanitarios privados que cumplen el requisito que les permitirá recibir fondos de los pagadores principales tal como Medicare, es irrelevante en países donde la mayor parte de los hospitales son propiedad del gobierno. Lamentablemente, estas diferencias contextuales parecen ser olvidadas con frecuencia.

Mientras que la distinción está lejos de ser perfecta, las siguientes secciones están basadas en una adaptación de un enfoque presentado por Øvretveit (2001). El autor distingue entre *modelos de valoración de calidad organizativa* y *planes de valoración de calidad clínica*. El primero está dirigido a la evaluación de la organización asistencial y compren-



de instrumentos tales como acreditación, certificación y planes de valoración externa e interna, mientras que el segundo incluye enfoques tales como revisión por pares (revisión por homólogos —peer review—)/visita, auditoría clínica, círculos de calidad y especialidad médica entre otros. Los límites entre estas dos categorías están poco claros tal como apunta el autor (Øvretveit, 2001). Sin embargo, esta categorización proporciona un enfoque práctico ya que ambas categorías incluyen enfoques externos e internos, evitándose así la confusión sobre esta distinción particular. La tercera categoría que será considerada en nuestro análisis es *programas de valoración de sistemas sanitarios* que se corresponde con las medidas estructurales establecidas para garantizar la calidad asistencial a nivel del sistema, incluyendo la seguridad del paciente, una cuestión reconocida cada vez más como fundamental para garantizar la calidad global.

## 2. Estrategias de calidad asistencial en la UE

Una serie de descripciones detalladas de las políticas promulgadas en cada Estado Miembro han sido recopiladas en el marco del proyecto Europa para los Pacientes, creado por la Comisión Europea, que está siendo publicado por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias. Los párrafos siguientes resumen cómo son tratados en diferentes países europeos centrándose en cuestiones prácticas.

### 2.1. Valoración de calidad de los Sistemas Sanitarios

Los programas de valoración de calidad a nivel del sistema incluyen registro y licencia de dispositivos farmacéuticos y médicos, valoración de tecnología sanitaria y formación y educación continuada de los profesionales, y pueden estar también introducidos en la legislación sanitaria general, así como en políticas y medidas que garanticen la seguridad del paciente.

#### 2.1.1. Legislación y políticas en calidad asistencial

Hay una variedad considerable en y entre los Estados Miembros de la Unión Europea en los enfoques de calidad asistencial y en el alcance de las correspondientes medidas legislativas que han sido implantadas. Hasta cierto punto, esta variedad refleja la visión preponderante en cada país en cuanto a si la calidad asistencial debería tratarse a través de la legislación o por otras medidas tales como acuerdos voluntarios. Esta cuestión será determinada ciertamente según las circunstancias específicas nacionales y la ausencia de legislación no debería considerarse necesariamente como una insuficiencia. Sin embargo, un examen más cercano de lo realizado por los diversos Estados Miembros revela algunas similitudes. Surgen tres categorías generales. La primera categoría consiste en aquellos Estados Miembros que no disponen formalmente de legislación sobre calidad asistencial o políticas nacionales sobre calidad (Chipre, Grecia, Malta, Portugal, Luxemburgo, Letonia, Polonia y República Eslovaca). La segunda categoría incluye países que recientemente han aprobado legislación sobre calidad asistencial y medidas relacionadas. Algunos de

los nuevos Estados Miembros se encuentran dentro de esta categoría y, en algunos casos, el proceso de adhesión actuó como un estímulo para desarrollar estas políticas. Los países en esta categoría son: República Checa, Estonia, Hungría, Lituania, Eslovenia e Irlanda.

La tercera categoría incluye países que tienen una larga tradición en aprobar legislación y/o implantar estrategias de calidad asistencial. En la tercera categoría pueden identificarse dos subcategorías: Países que han tenido establecidas políticas por algún tiempo y están previendo solo reformas menores, concretamente Bélgica, Francia, Finlandia, Alemania, Italia, España y Suecia; y países que tienen una larga tradición de estrategias de calidad asistencial pero están introduciendo reformas muy importantes para reorganizar sus sistemas: Austria, Países Bajos, Reino Unido/Inglaterra y Dinamarca. Estos países han introducido estrategias muy reguladas para asegurar la calidad asistencial, con políticas caracterizadas por un enfoque «de arriba abajo» («top-down: enfoque del problema comenzando desde los niveles conceptuales y progresando hacia “abajo”»).

### 2.1.2. Seguridad del paciente

La seguridad del paciente ha sido reconocida cada vez más como una cuestión clave para garantizar la calidad global. A nivel de la Unión Europea no hay estadísticas precisas sobre seguridad del paciente, aunque las estimaciones sugieren que los errores en atención sanitaria pueden ser del orden del 10% de las hospitalizaciones, equiparable a millones de casos anualmente en Europa.

Un enfoque integrado en base a los sistemas necesarios para garantizar la seguridad del paciente también ayudará a garantizar la calidad global de la prestación del servicio asistencial. Aunque hasta ahora en Europa, la seguridad del paciente ha sido lentamente abordado como una cuestión importante, algunos países como Dinamarca y Reino Unido tienen establecidas estructuras y sistemas formales para tratar estas cuestiones. No obstante, ya se ha establecido el compromiso de los Estados Miembros (UE) para abordar la seguridad del paciente como primer paso para avanzar, constituyéndose en la actualidad como tema prioritario tanto a nivel de la Unión Europea, como del Consejo de Europa ó la OCDE.

### 2.1.3. Aprobación de dispositivos farmacéuticos y médicos

Los sistemas de aprobación de productos farmacéuticos son comunes en la Unión Europea y están sometidos a las disposiciones de la ley europea. Dentro de los Estados Miembros, la supervisión es responsabilidad de una variedad de agencias, en distintas relaciones con los ministerios de sanidad.

### 2.1.4. Registro y licencia

Los enfoques de Registro y licencia implican actividades diseñadas para garantizar que los profesionales o instituciones consiguen estándares mínimos de competencia (Ej.: formación, inscripción, certificación y revalidación); en muchos países también hay inspecciones de funciones específicas de sanidad y seguridad pública (Ej.: fuego, radiación e infección), (Shaw y Kalo, 2002).

La licencia de las instituciones asistenciales es común dentro la Unión Europea, aunque los estándares de seguridad y organizativos varían entre los Estados Miembros Europeos y dentro de los Estados Miembros (Italia). Los sistemas para el registro y licencia profesional son requisitos introducidos en las directivas de la Unión Europea sobre libre

movimiento de profesionales. Sin embargo, en algunos Estados Miembros hay debates continuos sobre la efectividad del registro profesional tal y como se describe más abajo.

#### 2.1.5. Formación de profesionales

Hay muchas diferencias en los programas de formación de los profesionales en la Unión Europea. La movilidad de profesionales sanitarios dentro de la UE se basa en el principio de reconocimiento mutuo. Mientras que un programa de formación satisfaga los estándares mínimos (expresados en horas de estudio) se asume que sus titulados son competentes para la práctica médica en toda la UE. Sin embargo, este enfoque establecido en las Directivas 77/452 y 77/453 de 1977 difiere con el planteamiento de algunos Estados Miembros que requieren pruebas de formación continuada en orden a la práctica médica, así como diferencias en la capacitación y experiencia adquiridas en cursos en distintos países. En Bélgica la acreditación de los médicos se introdujo en 1993. Para obtener acreditación los médicos deben participar en grupos de evaluación por homólogos (Peer Review - Revisión por Pares), conservar satisfactoriamente la documentación del paciente y estar sujetos a formación profesional continuada (OMS, 2000).

El Reino Unido está en el proceso de desarrollar un sistema de revalidación en que los médicos tendrán que demostrar competencia continuada cada cinco años para poder ejercer la práctica médica. En España el programa MIR es una referencia internacional.

#### 2.1.6. Formación en calidad asistencial

La formación en métodos de calidad asistencial constituye más la excepción que la norma dentro de los Estados Miembros de la UE. En algunos países como Francia el gobierno ha propuesto programas, pero en su mayor parte han surgido de asociaciones profesionales o de organizaciones específicamente constituidas para tratar cuestiones de calidad.

#### 2.1.7. Valoración de tecnologías sanitarias

La valoración de tecnologías sanitarias (HTA) es una evaluación y valoración exhaustiva de las tecnologías médicas existentes y emergentes, incluyendo productos farmacéuticos, procedimientos, servicios, dispositivos y equipos, considerando sus efectos médicos, económicos, sociales y éticos (OMS, 1988). Es difícil valorar el alcance de utilización de HTA en la UE pues los países la definen de modos diferentes. A pesar de ello se han identificado cuatro categorías, que oscilan entre aquellas donde no se ha desarrollado la HTA hasta aquellas donde se encuentra satisfactoriamente establecida. Los países con poco desarrollo de HTA incluyen Grecia, Letonia, Malta, Portugal, Eslovaquia, República Checa, Luxemburgo y Eslovenia. La segunda categoría incluye países con algunas iniciativas aunque las políticas de HTA continúan siendo definidas de modo deficiente. Donde se encuentran Polonia, Hungría, Lituania y Chipre. La tercera categoría está compuesta por países con algunas iniciativas organizadas, aunque frecuentemente el alcance de su implantación está poco claro (Francia, Alemania, Austria, Bélgica). La cuarta categoría comprende países que tienen establecida satisfactoriamente la HTA (Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Suecia e Inglaterra). En España se crea en 1994 la Agencia de Evaluación de tecnologías sanitarias, encuadrada en el Instituto de Salud Carlos III, para atender las necesidades consultivas del Sistema Nacional de Salud (SNS) en relación con la definición de su Política de prestaciones sanitarias. Además existen otras agencias en algunas

CC.AA. (Andalucía, Cataluña y País Vasco) que trabajan con el mismo objetivo común de apoyo a la toma de decisiones en el SNS.

## 2.2. Valoración de calidad organizativa

Los mecanismos utilizados para realizar evaluaciones externas de las instituciones difieren y varían ampliamente de los utilizados a nivel del sistema sanitario. Trabajamos sobre las conclusiones de un estudio previo que investigó técnicas de Revisión por Pares (homólogos) en países de la UE durante los años 90 (Shaw, 2000). Este trabajo identificó cuatro modelos organizativos: dos modelos industriales que fueron aplicados a la atención sanitaria (Organización Internacional de Normalización, ISO, y Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, EFQM) y dos modelos desarrollados en la atención sanitaria (Acreditación y Revisión por Pares o modelo de Visita holandés «*Visitatie*») (Shaw, 2000). El modelo Revisión por Pares (homólogos) ha sido incluido en los *programas de valoración de calidad clínica* al tener como objetivo valorar la calidad de la actuación profesional en lugar de la actuación de una institución.

### 2.2.1. La Organización Internacional de Normalización (ISO)

El modelo de la Organización Internacional de Normalización (ISO) proporciona estándares en base a los cuales las instituciones u organismos pueden ser certificados por auditores acreditados (ExPeRT, 1998). No pudimos encontrar informes sobre utilización del sistema ISO en el sector sanitario en Chipre, Estonia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta o Portugal. En la República Checa la introducción de la norma ISO 9004 en el sistema público de asistencia sanitaria está en fase de planificación. En Bélgica han sido certificadas algunas organizaciones que proporcionan servicios técnicos, administrativos y de gestión a las instituciones de asistencia sanitaria. En Francia, Alemania y Suecia algunos hospitales han asumido el procedimiento ISO 9000, pero no se ha popularizado y en general es visto como inadecuado para los servicios sanitarios. Igualmente, en Dinamarca algunos hospitales han asumido los procedimientos ISO 9001-9002, con algunos laboratorios adoptando los estándares 9004:2. En el Reino Unido muchos proveedores de atención sanitaria participan voluntariamente en valoraciones externas (tales como programas de acreditación, ISO 9000, Charter Mark) así como en iniciativas internas de mejora de calidad y otras formas de inspección. En Polonia más de cincuenta hospitales han obtenido la acreditación ISO. En Finlandia se han utilizado estándares ISO para desarrollar otros programas de garantía de calidad.

En España también hay experiencias de este modelo que es de uso habitual en laboratorios y en otros niveles de organización sanitaria.

### 2.2.2. Acreditación

El modelo de acreditación tiene sus orígenes en los Estados Unidos, donde las compañías de seguros buscaron un mecanismo común que les permitiese decidir sobre la contratación de muchos proveedores privados, y que en aquel momento estaba deficientemente regulado. Por tanto, este enfoque es de limitada aplicabilidad en muchas partes de Euro-

pa, excepto potencialmente en relación con los profesionales sanitarios, aunque este papel está ampliamente cubierto por los sistemas de registro de profesionales. Sin perjuicio del limitado escenario para una transferencia directa de este modelo, algunas versiones de este enfoque han sido investigadas (Shaw and Kalo, 2002).

En particular, en varios países algunos hospitales han sido incentivados para obtener la acreditación en orden a la obtención de mejores contratos con las compañías aseguradoras. En Polonia, por ejemplo, más de 60 hospitales ya han sido examinados. En 1999 el Ministerio de Sanidad Eslovaco creó el Centro de Calidad y Acreditación en Asistencia Sanitaria, organismo constituido para desarrollar un sistema de acreditación de asistencia sanitaria. En Estonia, la acreditación de hospitales y policlínicas está en desarrollo. En Hungría, como resultado del acuerdo entre el Organismo de Acreditación Nacional y el Ministerio de Sanidad, se crearon dos Comisiones de Acreditación. En Lituania se introdujo el Servicio Estatal de Acreditación para Actividades de Atención Sanitaria por el Ministerio de Sanidad, siendo responsable de la licencia y acreditación de las instituciones y profesionales de asistencia sanitaria. Algunos países han examinado formas de acreditación dentro del marco de amplias reformas sanitarias (Dinamarca, Portugal y Bélgica) mientras otros han creado programas que son obligatorios o voluntarios (Italia, Reino Unido, España, Finlandia y Alemania). En concreto, en España el programa de acreditación de hospitales docentes se viene realizando desde hace más de 15 años.

### 2.2.3. La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM)

El modelo de la Fundación Europea para Gestión de Calidad (EFQM) es un marco de auto-evaluación, utilizado por instituciones/servicios como aplicación para su revisión externa en orden a la obtención del Galardón Europeo de calidad o galardones nacionales. No obstante, el modelo no se utiliza en el sector asistencial generalmente. El Centro Flamenco de Calidad Asistencial se concentra en apoyar la calidad asistencial integral, y también promueve el modelo EFQM. En Hungría casi el 20% de los servicios hospitalarios han decidido agregar a sus actividades existentes la técnica de auto-evaluación de la EFQM. En Italia siete instituciones sanitarias han implantado un proyecto de estandarización basado en la aplicación del modelo de Excelencia EFQM. En Luxemburgo el Ministerio de Sanidad propone trabajar desde 2006 con el modelo de la EFQM en su relación con la Asociación de Seguros Sanitarios (UCM).

## 2.3. Valoración de Calidad Clínica

Los planes de valoración de calidad clínica incluyen, entre otros guías de práctica clínica, indicadores de calidad y sistemas de información, estudios de pacientes, gobierno clínico y procesos de auditoría. Estos planes comprenden a menudo el desarrollo de nuevas estructuras organizativas, procedimientos, herramientas de medida o métodos (Walshe, 2003).

### 2.3.1. Guías clínicas

Las guías clínicas son planteamientos desarrollados sistemáticamente para ayudar al profesional y al paciente a decidir sobre la atención asistencial adecuada en circunstancias clínicas específicas (Field y Lohr, 1992). Muchos países en la Unión Europea están mostran-

do gran interés en desarrollar e implantar guías clínicas. Es un área donde la cooperación y el intercambio de información está produciendo beneficios considerables, como el proyecto AGREE financiado por la UE (Burgers, Grol et al., 2003). Sin embargo, hay una considerable diversidad en el alcance que cada Estado Miembro de la UE ha dado al establecimiento de sistemas para desarrollar e implantar guías clínicas. Los países que comienzan a introducirlos son: Austria, Bélgica, Chipre, Estonia, Letonia, Polonia y Alemania. Por último, algunos países los tienen ya establecidos (República Checa, Finlandia, Francia, España, Países Bajos y Reino Unido).

### 2.3.2. Indicadores de calidad

Los indicadores de calidad están adquiriendo importancia en muchos Estados Miembros de la UE. Sin embargo, todavía quedan muchos retos que afrontar relacionados con el desarrollo del indicador. Un pequeño grupo de Estados Miembros está haciendo uso de indicadores de calidad en la práctica. En Dinamarca, el Proyecto Indicador Nacional (NIP) evalúa la calidad asistencial proporcionada por hospitales a grupos de pacientes con condiciones clínicas específicas (NIP, 2006). En Francia, el proceso de acreditación supone la implantación de un sistema de indicadores de calidad, de particular interés en cuanto a su enfoque sobre lo que es importante más que sobre la información ya recopilada. En Italia, se han identificado una serie de indicadores tales como medidas epidemiológicas, utilización de recursos y tiempos de espera. En Eslovenia, el Ministerio de Sanidad y la Cámara Médica lanzaron un proyecto nacional para desarrollar indicadores de calidad a través de todos los grupos especializados, adoptándose directrices internacionales por algunas especialidades (Ej.: Diabcare). Los servicios sanitarios suecos también se benefician de los continuos esfuerzos para mejorar la actuación y resultados clínicos, representados por 40 registros nacionales de calidad asistencial, cada uno de ellos conteniendo información sobre resultados y tratamiento asistencial de un gran número de categorías de enfermedades. Estos registros sirven como base de conocimiento para una continua mejora. En el Reino Unido, la Comisión Sanitaria elabora índices de actuación para las instituciones del Servicio Nacional de Salud (NSH trusts), reflejando las prioridades del Ministerio de Sanidad.

### 2.3.3. Revisión por Pares (peer review)

El modelo de Revisión por Pares (homólogos) o de Visita ha sido definido como «inspección in situ dirigida por profesionales médicos para valorar en base a estándares la calidad de la actividad profesional de profesionales homólogos, dirigido a mejorar la calidad de la atención al paciente» (ExPeRT, 1998). Este modelo ha sido extensamente desarrollado por las asociaciones médicas de Holanda. En el Reino Unido, una valoración anual basada en una Revisión por Pares (homólogos) está en proceso de convertirse en un requisito previo para mantener la licencia de práctica médica (Heaton, 2000).

En Bélgica, a finales de los años 90, los hospitales tenían que cumplir con ciertas normas «procedimentales», tales como registro de actividad médica y enfermería, participación en procesos internos y externos de revisión por pares (homólogos), auditoría interna y cobertura multidisciplinar del paciente. En Finlandia, los profesionales adoptaron el modelo de Revisión por Pares durante los años 90 en orden a impulsar una mejora continua de calidad. La participación en el proceso de revisión por pares es un elemento fundamental del proceso de evaluación anual de los médicos británicos y seguramente se convertirá en un elemento del proceso de revalidación propuesto (Heaton, 2000).

#### 2.3.4. Estudios de usuarios de asistencia sanitaria y el público

Los estudios sobre usuarios y potenciales usuarios de asistencia sanitaria son esporádicos en muchos Estados Miembros de la UE. Las series del Eurobarómetro, realizadas con frecuencia en todos los Estados Miembros de la UE, contienen en escasas ocasiones preguntas sobre la satisfacción de la población con los servicios sanitarios. En España están desarrollados para este tipo de estudios instrumentos como la Encuesta Nacional de Salud ó el Barómetro Sanitario, que recoge la opinión de la ciudadanía sobre el funcionamiento del SNS e intenta conocer el impacto de la aplicación de las políticas sanitarias.

### 3. Conclusiones

Las Políticas sobre calidad asistencial en la Unión Europea deberían promover una asistencia eficaz, aceptable, adecuada a las necesidades de los pacientes, y centrada en el paciente. Deberían establecerse políticas adecuadas a todos los niveles. A nivel del sistema sanitario global, incluyendo mecanismos para garantizar la calidad de las aportaciones básicas para el sistema, tales como productos farmacéuticos (registro y licencia), tecnología (evaluación de tecnología sanitaria) y personal (capacitando y dando formación continuada a los profesionales sanitarios). En algunos casos, como la aprobación de productos farmacéuticos, las políticas nacionales pueden estar en gran parte determinadas por marcos establecidos a nivel europeo, en este caso a través de las actividades de la Agencia Europea de Evaluación del Medicamento. A nivel clínico, incluyendo métodos para mejorar los procedimientos y resultados asistenciales, tales como la creación e implantación de guías de práctica clínica, sistemas de seguimiento (indicadores de calidad, estudios de pacientes), y sistemas de garantía de calidad (acuerdos de gobierno clínico y procesos de auditoría).

Además, hay una amplia variedad de mecanismos a menudo voluntarios que pueden ser utilizados por las organizaciones, instituciones y profesionales para evaluar la calidad asistencial que proporcionan, con frecuencia implicando evaluación o comparación por sus homólogos. Ello incluye programas de Acreditación, Revisión por Pares (homólogos), «*Visitatie*», y la participación en algunas de las iniciativas de ámbito europeo tal como la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) y la Organización Internacional de Normalización (ISO-9000).

Aún reconociendo muchas deficiencias en la escasa información disponible, es claro que existe una considerable variedad entre y en los Estados Miembros en cuanto a los enfoques que han adoptado y el alcance con el que han implantado programas para garantizar la calidad asistencial. Por supuesto, hay algunos aspectos universales o casi universales, especialmente aquellos relacionados con la seguridad de los productos farmacéuticos. Sin embargo, en otras áreas como la calidad de actividades clínicas existe una gran variedad en, por ejemplo, la medida en la que las actividades son obligatorias o voluntarias, y especialmente en el alcance con el que se han diseñado sistemas de información para apoyar actividades de garantía de calidad, incluyendo no solo el diseño técnico de bases de datos de pacientes sino también los usos que pueden tener, reflejándose diferencias en la interpretación de la legislación sobre protección de datos.

# Bibliografía

- Blumenthal, D. (1996). «Part 1: Quality of care-What is it?» *The New England Journal of Medicine* **335**(12): 891-894.
- Brook, R., E. McGlymn, et al. (1996). «Measuring quality of care.» *The New England Journal of Medicine* **335**(13): 966-970.
- Burgers, S., R. Grol, et al. (2003). «Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs.» *International Journal for Quality in Health Care* **15**(1): 31-45.
- Council of Europe (1998). Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum: 51.
- Department of Health (1997). *The new NHS: modern, dependable*. London, The Stationary Office.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor; Michigan, Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). «The Quality of Care: How can it be assessed?» *Journal of the American Medical Association* **260**: 1743-1748.
- Evans, D., T. Edejer, et al. (2001). «Measuring quality: from the system to the provider.» *International Journal Quality Health Care* **13**(6): 439-46.
- ExPeRT (1998). Visitation of non-teaching clinical departments. Budapest, ExPeRT Operational Seminar: 4.
- ExPeRT, R. G. (1998). The International Organization for Standardization. Budapest, ExPeRT Operational Seminar: 11.
- Field, M. J. and K. N. Lohr (1992). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington, D.C., Institute of Medicine.
- Heaton, C. (2000). «External Peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project.» *International Journal for Quality in Health Care* **12**(3): 177-182.
- IOM (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*.
- JCAHO (2006). <http://www.jcaho.org/>, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. **2006**.
- Maxwell, R. (1992). «Dimensions of quality revisited: from thought to action.» *Quality in Health Care* (1): 171-7.
- Meyer, G. and M. Massagli (2001). «The forgotten component of the quality triad: can we still learn something from «structure»?» *Joint Commission Journal of Quality Improvement* **27**: 484-493.
- NHS (1997). *A First Class Service-Quality in the new NHS*.
- NIP (2006). <http://www.nip.dk/nipUK.htm>, The Danish National Indicator Project. **2006**.
- Øvretveit, J. (2001). «Quality evaluation and indicator comparison in health care.» *International Journal Health Planning Management* **16**: 229-41.
- Saturno, J., J. Gascón, et al. (1997). *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Madrid, Du Pont Pharma.
- Saturno, P. J. (1999). «Quality in health care: models, labels and terminology.» *International Journal for Quality in Health Care* **11**(5): 373-374.
- Shaw, C. (2000). «Editorial: The role of external assessment in improving health care.» *International Journal for Quality in Health Care* **12**(3): 167.
- Shaw, C. (2000). «External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries.» *International Journal for Quality in Health Care* **12**(3): 169-175.
- Shaw, C. D. and I. Kalo (2002). *A background for national quality policies in health systems*. Copenhagen, Denmark, World Health Organization, Regional Office for Europe: 53.
- Suñol, R. and J. Bañeres (2003). *Calidad Asistencial. Pending publication in Tratado de Medicina Interna 2 Edicion*. Masson.
- Suñol, R., N. Klazinga, et al. (2004). *Methods of assessing response to quality improvement strategies*. Barcelona, Foundation Avedis Donabedian: 63.



- Walshe, K. (2003). *Regulating Healthcare*. Maidenhead-Philadelphia, Open University Press.
- Wareham, N., D. Pencheon, et al. (2001). Improving the health care system. *Oxford Handbook of Public Health*.
- WHO (1998). Terminology - A glossary of technical terms on the economics and finance of health services., Regional Office for Europe (document EUR/ICP/CARE0401/CN01).
- WHO (2000). Health Care Systems in Transition. Belgium. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory an Health Systems and Policies.
- WHO (2000). World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

# Capítulo 4

## Reflexiones sobre la calidad en el Sistema Nacional de Salud

Elaborado desde las aportaciones de información del apartado 8 calidad de los capítulos de CC.AA.

### **Resultados**

Atención centrada en el paciente

Accesibilidad

Continuidad de la atención

Efectividad de la práctica

Seguridad del paciente

Uso adecuado de recursos

### **Discusión**



En los últimos años, la información sobre calidad forma, cada vez más, parte de la información que se reporta públicamente en la mayoría de países desarrollados. Muchos países disponen de información recopilada sobre los esfuerzos de calidad, ya sea en las memorias anuales, en las Web al alcance del público o en informes específicos.

El objetivo de este trabajo es analizar y valorar las actividades sobre mejora de calidad realizadas por las Comunidades Autónomas (CC.AA.) durante el año 2005 que se han reportado al Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

Para analizar la información que el pone al alcance de los ciudadanos es importante en primer lugar clarificar previamente qué vamos a entender por calidad y qué dimensiones la componen. Para las finalidades de este análisis se ha aceptado la definición de calidad que el Institute of Medicine propuso en 2001 (1): La calidad, según la definición del IOM es el grado en que los servicios de salud, a nivel individual o poblacional, mejoran la probabilidad de obtener un resultado de salud esperado y en consistencia con el conocimiento científico y profesional existente; y las dimensiones de la calidad propuestas por la Foundation for Accountability (2) ya que fueron específicamente seleccionadas para analizar los informes públicos sobre calidad, y se han utilizado en numerosos informes y análisis con el mismo propósito. Dicha fundación propone analizar los informes de calidad en función de las siguientes dimensiones:

**Atención centrada en el paciente** donde se agrupan la satisfacción del paciente y la familia, la información que reciben, atender las expectativas de los pacientes, el diseño de servicios de acuerdo a las expectativas, la participación en las decisiones clínicas y el respeto a su sistema de valores y creencias.

**Accesibilidad** es el grado de disponibilidad de una intervención sanitaria adecuada para satisfacer las necesidades del paciente. Incluye entre otros los valores de equidad, disponibilidad y oportunidad de la atención.

**Continuidad de la atención** es el grado de coordinación de los profesionales para obtener una atención integrada del paciente dentro de una misma organización y entre diferentes organizaciones en el decurso del tiempo.

**Efectividad de la práctica** o medida en que una determinada intervención se presta de manera correcta, según el estado actual del conocimiento, con el propósito de conseguir el resultado deseado en el paciente. Incluye la evaluación de la práctica (evaluación del proceso).

**Seguridad** o grado en que las organizaciones conocen, prevén y se preparan para evitar riesgos innecesarios para el paciente, ofreciendo entornos exentos de peligro (seguridad estructural y seguridad clínica).

(1) Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001. # 0-309-07280-8. Available at: <http://books.nap.edu/catalog/10027.html>.

(2) Foundation for accountability. <http://www.markle.org/resources/facct/index.php> (consultada 8-8-2006).

**Uso adecuado de recursos** como condición de la eficiencia de la intervención sanitaria que se presta, en función de las necesidades clínicas del paciente. En esta dimensión se incluyen los aspectos de adecuación en la decisión de exploraciones, tratamiento farmacológico y utilización de camas, entre otros.

Además tras la lectura de los informes remitidos por las diferentes Comunidades Autónomas nos ha parecido importante introducir en este análisis otros tres componentes que permiten comparar algunos de los aspectos estratégicos y organizativos destacados en los informes:

- Existencia de un plan de calidad que incluye su vigencia y el tipo de enfoque que se utiliza
- Las estructuras de calidad y mecanismos de evaluación externa utilizados y sistemas organizativos
- Contenidos del Plan de calidad

Para realizar esta revisión se han clasificado cada uno de los temas que se abordan en los informes de cada una de las CC.AA. en función de las dimensiones anteriormente mencionadas y se ha realizado un análisis de conjunto que pretende resaltar la situación que se desprende de la globalidad y algunos esfuerzos específicos que por su singularidad merecen un especial comentario.

## Resultados

En la revisión de las acciones reportadas destaca que los temas de enfoque del sistema de calidad y organizativos ocupan un espacio considerablemente más importante que los contenidos de los programas. Por ello iniciamos el análisis por los tres ámbitos complementarios.

Doce de las diecisiete CC.AA. comunican la existencia de un Plan de Calidad de 2-3 años de vigencia como parte de las líneas estratégicas de la Comunidad que incluye en su mayoría líneas y objetivos estratégicos formalmente aprobados. La misma proporción de CC.AA. (aunque no sean necesariamente las mismas que tienen Plan de Calidad formulado) enfocan sus esfuerzos de calidad en el marco del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management), mientras que otras utilizan enfoques distintos como la gestión transversal integrada de patologías etc.

Al evaluar los mecanismos de calidad externos utilizados destaca que el nivel de aplicación del modelo EFQM en las comunidades que lo utilizan es muy variable y va desde aquellas que tienen una larga tradición y utilizan modelos de autoevaluación y evaluación externa desde hace años (como el País Vasco) a las que empiezan a utilizar el modelo con más o menos intensidad. Junto con el desarrollo del modelo EFQM aparece el enfoque por procesos de las organizaciones que se refleja en muchos de los informes estudiados. Es interesante constatar que tres Comunidades además del País Vasco dicen utilizar el modelo de autoevaluación Eval-expres propuesto por Euskalit, lo que les permite beneficiarse de experiencias anteriores.

Otros mecanismos externos de calidad que se reportan en los informes son la acreditación y la apuesta por generalizar la ISO en todos o algunos de los ámbitos de la atención.

En relación a la acreditación 7/17 CC.AA. reportan un sistema propio y otra utiliza un sistema internacional (Joint Comisión Internacional) como estrategia de mejora en algunos centros hospitalarios y de atención primaria. En relación a temas que pueden considerarse innovadores en este campo cabe destacar que tres de los nuevos sistemas de acreditación presentan niveles progresivos (p.e avanzado, óptimo y excelente), lo que es poco frecuente en otros países porque se ha pensado que puede plantear problemas a la hora de informar públicamente del estado de acreditación de los centros, pero puede ser un incentivo de mejora para los centros en proceso. Destaca también en este sentido la decisión del sistema catalán de acreditación de externalizar la evaluación de los centros a empresas externas al ente acreditador (la administración) que es una iniciativa poco frecuente en la acreditación sanitaria (aunque es el sistema vigente en la evaluación de la ISO) y deberá seguirse con interés para evaluar sus resultados.

La implantación de ISO en diferentes ámbitos es una iniciativa reportada a nivel estratégico por 5 CC.AA. Las áreas de certificación más amplias en cuanto a cobertura son laboratorios, servicios de transfusiones o bancos de sangre, compras y suministros y sistemas de gestión de calidad. En el ámbito de los sistemas externos de calidad dos CC.AA. reportan la creación de nuevos sistemas de autorización y homologación, aspecto de gran importancia que posiblemente haya que abordar a nivel de Consejo Interterritorial en los próximos años.

Otro aspecto destacable a nivel de sistema organizativo de los planes de calidad es la incorporación de los objetivos de calidad a los contratos de gestión. De la lectura de los informes se desprende que todas las CC.AA. los tienen incorporados de forma sistemática.

En relación a los contenidos de los planes y sus enfoques estratégicos existe gran concordancia en temas de servicio a los ciudadanos, mejora de la accesibilidad etc., aunque son menos las CC.AA. que incluyen entre sus objetivos estratégicos la efectividad de la práctica o la generalización de la medicina basada en la evidencia. En este sentido cabe destacar la gestión de patologías o condiciones clínicas transversales o integradas en Andalucía y Asturias y iniciados en otras comunidades.

A continuación abordamos los informes sobre las seis dimensiones de calidad del la Foundation for Accountability anteriormente descritas.

## Atención centrada en el paciente

14 de las 17 CC.AA. reportan acciones en este sentido y 10 disponen de encuestas de satisfacción propias a nivel de CC.AA. que cubren la mayoría de los ámbitos (Atención Primaria (AP), hospitalización, Consultas Externas, Urgencias (UCIAS), etc.) Es particularmente significativo que 3 CC.AA. hacen constar los resultados de satisfacción obtenidos. Además destacan en este ámbito interesantes iniciativas como las guías de práctica clínica con lenguaje asequible a los ciudadanos, el «plan de los pequeños detalles» y las mejoras en el confort y espacios comunes.

## Accesibilidad

Disponemos de información sobre 10 CC.AA. Las actuaciones descritas se centran básicamente en las listas de espera tanto a nivel hospitalario como de exploraciones complementarias. Tres CC.AA. reportan compromisos de demora máxima concretados en un Decreto. Tres CC.AA. exponen resultados concretos de demoras medias en diferentes ámbitos. Las acciones para mejorar la accesibilidad incluyen guías de inclusión en determinadas patologías, reingeniería de procesos, seguimiento periódico. Destacan especialmente los esfuerzos de las CC.AA. insulares para garantizar traslados a los ciudadanos que lo requieran.

## Continuidad de la atención

Comunican información sobre el tema 4 CC.AA., básicamente aquellas en las que se abordan procesos transversales, cuya implantación se evalúa en 2 CC.AA. Todas informan sobre el diseño de procesos de forma conjunta entre especializada y AP. En cualquier caso la información sobre esta dimensión es escasa y poco detallada.

## Efectividad de la práctica

Solo 6 CC.AA. reportan información sobre esta dimensión. Las estrategias más frecuentes son confección de guías, diseño y aplicación de indicadores y creación de unidades o programas específicos. Es interesante el esfuerzo de introducción de medicina basada en la evidencia de Murcia con varios grupos de trabajo sobre mejora de la atención a pacientes con patología crónica

## Seguridad del paciente

12 CC.AA. aportan información. De ellas cinco han formalizado su propio Plan de Seguridad y todas se refieren a la estrategia del Ministerio en este campo que se utiliza como marco común. Los temas abordados siguen las propuestas de la Estrategia en Seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad y incluyen la participación en el proyecto ENEAS de estudio de incidencia de efectos adversos, la identificación de pacientes y la disminución de la infección nosocomial, así como actividades de formación y sensibilización. Una Comunidad reporta la existencia de un registro autonómico de eventos adversos.

## Uso adecuado de recursos

Se dispone de la información sobre 6 CC.AA. En cuatro de ellas se reportan acciones de mejora del uso de los medicamentos que van desde la implantación de farmacéuticos de enlace a protocolización de medicamentos de alto coste y seguimiento de indicadores. Otra área en la que se reportan acciones es la gestión de aprovisionamientos mediante protocolos y mejoras en la informatización. Destaca también el estudio de las «ambulatory sensitive conditions» en Murcia para evaluar los pacientes que podrían ser atendidos en Atención Primaria.

## Discusión

Este estudio se ha basado solamente en la información reportada por las CC.AA. al Observatorio del Sistema Nacional de Salud del Ministerio en el apartado de calidad (apartado 8).

Basándonos en la información disponible podemos decir que la mayoría de las CC.AA. comunica esfuerzos de mejora de calidad importantes, que forman parte de los objetivos estratégicos y con compromiso de liderazgo, económico o de personal considerable. En relación a las prioridades establecidas por muchas CC.AA. éstas coinciden con la mayoría de prioridades establecidas por los gobiernos de la Unión Europea (UE) (ver tabla 1) lo que es importante constatar ya que permite visualizar un posible marco europeo de intercambio de información y resultados.

**Tabla 1. Objetivos de mejora de calidad en los países miembros de la UE. Encuesta a personas clave en cada país (3)**

Objetivo de mejora	Existe el objetivo Porcentaje (n)
Control de la infección hospitalaria	78 (36)
Lista de espera de cirugía electiva	56 (26)
Satisfacción de pacientes	54 (25)
Tiempos de espera en urgencias y accidentes	43 (20)
Uso de tratamientos clínicos efectivos	41 (19)
Reducir eventos adversos	39 (18)
Otros	39 (18)

(3) Spencer E, Walshe K. Health Care Quality Strategies in Europe. A survey of quality improvement policies and strategies in health care systems of member states of the European Union. (Deliverable 6). Methods for Assessing Response to Quality Improvement Strategies (MARQuIS) Sixth framework program for research. European Commission. Project no. SP21-CT2004-513712. (156) <http://www.marquis.be/Main/wp1114091582/ff1119451343/fsf1130149170> (consultado 8-8-2006).



El enfoque más generalmente desarrollado en España es la aplicación del marco EFQM, lo que no es así en la mayoría de países de la (UE) que tienden a adoptar enfoques menos sistematizados. Creemos que la mayor homogeneidad española puede deberse a las oportunidades que tienen las CC.AA. de intercambiar experiencias y conocer los logros de los demás (congresos científicos, reuniones etc.), lo que también explicaría los distintos grados de desarrollo de los modelos observados.

Sin embargo, llama la atención especialmente que los informes conceden más importancia a la descripción de los planes y sus instrumentos organizativos que a los resultados. Ello nos hace pensar que estamos aún en una fase muy estructural del desarrollo de los Planes de calidad y que los resultados obtenidos no se reportan, porque quizá aún no se han evaluado o porque no se considera que esta sea una información que deba incluirse en el informe.

Creemos que es importante plantear cual es el nivel de información («accountability») que debe ofrecerse a los ciudadanos y valorar otras experiencias europeas similares en las que el nivel de información disponible es considerablemente más elevado.

En relación a las diferentes dimensiones de la calidad, destaca que las áreas con más información son sin duda la de atención centrada en el paciente y la seguridad, probablemente por motivos distintos. En el primer caso posiblemente se trata de una dimensión con gran tradición en nuestro país en la que los gobiernos se sienten especialmente comprometidos. Destaca especialmente que 10 CC.AA. disponen de encuestas institucionales con amplia cobertura. En el caso de la seguridad creemos que la Estrategia en Seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad ha dado frutos importantes que pueden deberse, por una parte al consenso que ha sabido generar y por otra a su considerable financiación. En cualquier caso es importante destacar que la información estudiada pertenece a 2005 y se produce antes de la publicación del Plan de Calidad del Servicio Nacional de Salud que se realizó en marzo de 2006.

Cabe también preguntarse o reflexionar por qué dimensiones tan habitualmente valoradas por los profesionales de la atención como la efectividad clínica, no son abordadas con más frecuencia. Posiblemente puede atribuirse a una restricción en la información solicitada. También debería ser motivo de reflexión que la continuidad asistencial sea contemplada o incluida en los planes de 4 CC.AA., siendo posiblemente uno de las áreas más idóneas a tratar desde el nivel integrado de la CA.

Llama también la atención que la mayoría de iniciativas se refieren a la atención especializada y más específicamente a los hospitales, cuando existen en nuestro país importantes iniciativas a nivel de Atención Primaria y también en salud mental y atención de media y larga estancia que quizá todavía no han recibido el reconocimiento estratégico que merecen.

Creemos importante destacar la necesidad de un marco teórico común a la hora de reportar la información, para permitir que las CC.AA. expongan de forma similar lo que han hecho y pueda producirse un análisis comparativo más fiable. Debería pensarse en plantear para el futuro una propuesta de clasificación que se considere de interés común que permita ver la evolución en el tiempo.

Finalmente, parece claro después del análisis de la información reportada, que existen muchas similitudes en los enfoques de los Planes de Calidad de las diferentes CC.AA. Cambian, sin embargo, los grados de desarrollo de algunas iniciativas y algunos enfoques que pueden ser el germen de nuevas ideas o líneas estratégicas (planes de atención inte-

grada, proyectos basados en la medicina basada en la evidencia etc.). Además se registran ideas y proyectos nuevos que habrá que seguir de cerca para verificar sus resultados. La descentralización en este campo, no parece haber dado como consecuencia grandes divergencias y posiblemente permite la aparición de nuevos desarrollos que tienen en la comunidad que los aplica un buen banco de pruebas. Sería conveniente que existiera un foro de debate de estas iniciativas de calidad que permitiera conocer con más profundidad los beneficios y problemas de las experiencias realizadas.

CC.AA.	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
<b>Andalucía</b>	Guías en lenguaje asequible a ciudadanos. Introducción de recordatorios SMS. Adaptación de horarios y espacios a colectivos con necesidades específicas.	Reingeniería de procesos administrativos. Incorporación de consulta telefónica 24 h. Estrategia de telemedicina y teleprestaciones.	20 procesos trasversales implantados.	Desarrollo de metodologías de medición del impacto de salud de las actuaciones sanitarias.	Se define el Plan de Seguridad del Paciente.		Prioridad a la administración electrónica. Avance en la historia digital. Cuadro de mando integral del SSPA. Gestión por procesos. Desarrollo profesional mediante modelo de gestión por competencias. Objetivos de gestión incluyen en hospitales y distritos incorporación de 20 procesos y cuadro de mando de procesos. Unidades Clínicas de gestión en AP y hospitales como modelo clave. Áreas integradas de gestión que permiten el aumento de permeabilidad y movilidad profesionales en el área.	Agencia de Calidad Sanitaria: acreditación de centros y Unidades. Acreditación de Salud Pública, de formación profesional y de sector sanitario con certificado. Políticas de Salud Pública: 4. Gestionar el conocimiento; 5. Innovación y modernización del SS.	Plan de calidad 2005-2008: 1. Asumir las necesidades y expectativas del ciudadano; 2. Garantizar la gestión de calidad de los servicios sanitarios; 3. Garantizar la calidad de las políticas de Salud Pública; 4. Gestionar el conocimiento; 5. Innovación y modernización del SS.	Incorporación de la calidad a las políticas de Salud Pública. Documento de evaluación del contrato programa. Plan de apoyo a la investigación. Plan de formación integral para el SSPA. Creación de centro de documentación sanitaria. Biblioteca virtual del SSPA.
<b>Aragón</b>	Encuesta de opinión usuarios en los distintos niveles asistenciales (no concretados). 7 indicadores de información, 5 satisfacción atención y 6 trato, 4 de participación comunitaria.	13 indicadores.	32 indicadores.			3 indicadores de presupuesto; 7 indicadores de farmacia.	Contratos de gestión adaptados a los 9 criterios del EFQM a las gerencias de Sector. Encuesta de clima laboral +3 indicadores. Simplificación de cuadros de mando.	Líneas estratégicas: mejora de procesos de organización y de continuidad de la atención, variabilidad de la práctica clínica. Evaluación de tecnologías, Normalización tecnológica de información, satisfacción hostelería y seguridad, clima laboral, formación e investigación.	Marco EFQM desde 2001. Algunas autoevaluaciones. Eval express de Osakidetza. Inicio con la autoevaluación EFQM y proyectos de mejora en función de los problemas detectados en cada sector. Inicio del diseño en Procesos Asistenciales integrados.	Utilizan un modelo de autoevaluación de Osakidetza. Eval express de Osakidetza.
<b>Asturias</b>			5 procesos trasversales diseñados e inicio de implantación.							

CC.AA.	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
<b>Baleares</b>	Plan de Humanización de la Asistencia 2004-2005, ligado al Plan de infraestructuras. Mejora de la satisfacción, del acceso, de las vías de comunicación con la administración y del confort. Cooperación con la sociedad civil mediante convenios y acuerdos con entidades (Cool de médicos, Fundaciones, etc.). Catálogos de servicios y tripticos informativos. Encuestas valoración de servicios por los ciudadanos y encuestas de satisfacción usuarios en hospitales y AP ( <b>hacen constar resultados</b> ).	Planes de mejora de instalaciones y de procesos de atención al ciudadano. Listas de espera y transporte sanitario de contra-objetivos de contrato de gestión. <b>Exponen resultados de demoras.</b>	Integración AP-especializada.	Participación en las iniciativas de Ministerio de Sanidad. Plan integral de Seguridad de Pacientes 2005-2007 (lo describe a nivel de objetivos).	Implantación del far-macéutico de enlace objetivos contrato de gestión.	8 ediciones de formación en gestión de la estrategia, de proyectos y de procesos. En el IBSalut una evaluación externa y una EFOM interna. Sistema de Calidad en el laboratorio de Salud Pública. Describe objetivos de calidad de los diferentes dispositivos de las CC.AA.	8 ediciones de formación en gestión de la estrategia, de proyectos y de procesos. En el IBSalut una evaluación externa y una EFOM interna. Sistema de Calidad en el laboratorio de Salud Pública. Describe objetivos de calidad de los diferentes dispositivos de las CC.AA.	Grupo de trabajo de calidad Asistencial. Comité de Calidad en el IBSalut del que dependen las Comisiones de Calidad de los centros. Acreditación ISO de servicios de Baleares, ISO un CAP.	Programa de excelencia 2006-2007. 1) ciudadanos; diseñados en 2006 de encuesta de salud y encuestas de satisfacción; Plan de Humanización de la Asistencia 2004-2005; 2) profesionales; 3) Certificación y acreditación de servicios y práctica clínica; 4) Seguridad de pacientes y profesionales; 5) Promoción y prevención de Salud; 6) Cooperación con la sociedad civil. Plan de Calidad del IBSalut 2005-2007 ( <b>EFOM</b> ) Plan de formación en calidad.	Contactos con otras organizaciones similares en otras CC.AA. para aprender y compartir sinergias. Intercambio de información en relación a la Seguridad de Pacientes.
<b>Canarias</b>	Plan de mejora de la información y relaciones personales. Definición de modelos de encuestas de satisfacción en AP y especializada ( <b>hacen constar resultados de AP y hospitales</b> ).	Plan de mejora de la accesibilidad. Borrador del decreto de organización y gestión de listas de espera con plazos máximos de respuesta. Protocolos de indicación quirúrgica de 3 procesos de alta frecuencia para su inclusión en listas de espera. Acceso a desfibrilación y fibrinolisis en islas no capitalinas.	Creación de unidades de ictus.	Participación en las iniciativas de Ministerio de Sanidad. Registro autonómico de Efectos adversos (IDEA).	Borrador del Decreto de autorización y homologación de Centros. Concierto con otros centros para procesos quirúrgicos y media estancia. Contratos de gestión que incluyen. Creación de unidades de ictus, encuestas de satisfacción, mejora de la accesibilidad.	Modelo de calidad que tiene como marco el <b>EFOM</b> . Plan estratégico de AP tiene la calidad como motor de cambio. Lineas 1) Información de la cartera de servicios; 2) accesibilidad (call center o internet); 3) opinión del usuario y reclamaciones; 4) auditorías de centros; 5) atención a personas mayores.	Modelo de calidad que tiene como marco el <b>EFOM</b> . Plan estratégico de AP tiene la calidad como motor de cambio. Lineas 1) Información de la cartera de servicios; 2) accesibilidad (call center o internet); 3) opinión del usuario y reclamaciones; 4) auditorías de centros; 5) atención a personas mayores.	Modelo de calidad que tiene como marco el <b>EFOM</b> . Plan estratégico de AP tiene la calidad como motor de cambio. Lineas 1) Información de la cartera de servicios; 2) accesibilidad (call center o internet); 3) opinión del usuario y reclamaciones; 4) auditorías de centros; 5) atención a personas mayores.		

CC.AA.	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
<b>Cantabria</b>					Definición (oct. 2004) líneas básicas de seguridad del SCS. 1) Formación y sensibilización de profesionales (un curso); 2) Mejora de investigación y conocimiento de los eventos adversos (inicio estudio de eventos adversos); 3) Implantación prácticas clínicas seguras (mejora de identificación de pacientes ingresados; recién nacidos y transfusiones, proyecto para disminución de la infección nosocomial; lavado de manos). Otros proyectos de mejora en los que trabajan 115 profesionales.		Sensibilización y formación de profesionales sobre <b>EFQM</b> . Un curso on-line. Realización de auto-evaluaciones en todos los centros. Difusión comparada de resultados y detección áreas de mejora. Horizonte obtención del sello de excelencia de todas las gerencias del SCS. Adaptación estructura de contratos del SCS al modelo <b>EFQM</b> , con objetivos medibles y ligados a sistema de incentivos. Objetivos seleccionados a partir áreas de mejora del <b>EFQM</b> (incluyen encuestas usuarios y trabajadores). Acciones: Formación para equipos de gestión de procesos (incluye profesionales para realizar auditorías internas de ISO Plan de Comunicación interna (incluye intranet del SCS).	ISO un departamento de AP y OSAS 18001:1999 en departamento de prevención de riesgos laborales.	Modelo de calidad que tiene como marco el <b>EFQM</b> : auto-evaluación. Lenguaje común, marco general y base del sistema de gestión.	
<b>Castilla-La Mancha</b>	Plan de pequeños detalles concebido como proyecto de mejora de los centros en este sentido.						Se propone para 2006; adaptación de los objetivos del Plan de Calidad a los objetivos del contrato de gestión de AP. Revisión sistemática de los indicadores utilizados e integrar los objetivos de calidad asistencial, seguridad del paciente y gestión de riesgos laborales en un anexo único del contrato de gestión.	Mejora de la validez y fiabilidad de los indicadores elegidos.	Plan de calidad anual (2005) basado en <b>EFQM</b> .	

CC.AA.	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
Castilla y León	18 estudios de campo de encuestas que desarrollan la Evaluación continua de satisfacción de ciudadanos respecto a los servicios asistenciales. Incluyen 2 encuestas poblacionales-ATDOM. C. Ext., hospitalización general, pediatría y obstétrica. UCIAAs, emergencias, transporte sanitario. Además medición de tiempos de espera en Atención primaria.	Plan de reducción de listas de espera 2004-2007 con compromisos de demora máxima concretos para 2005 en cirugía con ingreso, C Ext. y pruebas diagnósticas. Cumplimiento en cirugía 992%. C Ext 82% y Pruebas diagnósticas 72%. Además medición de tiempos de espera en Atención primaria. C Ext. UCIAAs.			Diseño e inicio de la implantación del sistema único de identificación de pacientes en todos los hospitales. Pilotaje en 2 hospitales.		Los contratos de gestión incorporan objetivos de calidad en AP y especialidades relativos a organización-actividad y accesibilidad. Satisfacción del usuario y uso racional de medicamentos.	Diseño de la Agencia de Calidad y Acreditación de Castilla y León. Orden legislativa que define el modelo de acreditación.		
Cataluña										Formación a los hospitales en el nuevo modelo de acreditación. Web específica para información y soporte a los centros. Formación on-line de autoevaluación de los centros. Reconocido por ENAC y el CIDEVI. El modelo incorpora entidades externas a la administración para realizar la evaluación. A través de un estricto proceso de autorización, formación y control. Objetivo que pueda usarse como guía para la mejora de los centros y elemento clave para la contratación.

CC.AA.	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
<b>Ceuta y Melilla INGESA</b>	Su realización está incluida en el contrato de gestión. Objetivo de respuesta de reclamaciones en 30 días.	Guía de gestión de lista de espera con criterios de inclusión.		Vías clínicas de las principales patologías. Incorporación de las estrategias del ministerio de prevención y control de enfermedades crónicas (oncología, cardiovascular, tabaquismo, diabetes y enfermedades crónicas (tuberculosis).	Colaboración con la estrategia del ministerio: disminución infección nosocomial, disminución de efectos adversos ligados a medicación, mejora de la identificación de pacientes (con indicadores específicos para medfijos). Hospital de Ceuta participó en el ENEAS. Formación de profesionales. Se ha alcanzado una importante disminución de la infección nosocomial. Registro de Efectos adversos de medicación en Ceuta.	Programa de uso racional del medicamento con indicadores de calidad. Protocolos de uso de alta tecnología.	Incentivos ligados a objetivos de calidad en el contrato de gestión (adhesión a guía de gestión de lista de espera, protocolos de uso de alta tecnología. Cursos de metodología y cultura de calidad.	Múltiples grupos de trabajo con participación de AP y especialistas. Establecimiento del sistema informático. Faceta que ha mejorado significativamente el registro de cuidados de enfermería.	Plan de calidad integral de los servicios sanitarios del INGESA 2005-2007 en el que básico a EFQM. En 2005 programamos objetivos de mejora para 3 años. Evaluación semestral.	Han logrado una capacidad resolutive de AP de 98,7%.
<b>Extremadura</b>	Publicación del decreto de derechos de los pacientes, información sanitaria y autonomía del paciente. Estudios anteriores sobre satisfacción en AP del que se desprenden objetivos de mejora, estudio de satisfacción de UCIA's.	Garantía y plazos máximos de respuesta en cirugía. Externas y pruebas diagnósticas. Decreto Ley sobre funcionamiento de lista de espera.					Objetivos de calidad percibida y derechos de pacientes, calidad científica, de gestión y del riesgo y del CMBD).	Comisión de evaluación y Calidad sanitaria del sistema público. Decreto de autorización de centros (2004) y decreto para la aplicación del modelo de calidad y acreditación. Basado en EFQM.	Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario público. Decreto de autorización de centros (2004) y decreto para la aplicación del modelo de calidad y acreditación. Basado en EFQM.	
<b>Galicia</b>	Seguimiento quincenal de la evolución de la lista de espera quirúrgica (pacientes con hospitalización y con OMA) de todos los centros hospitalarios del SERGAS. Seguimiento mensual de listas de espera de C. Externa en consultas de enfermedad de salud. Mensualmente reuniones con los gerentes de hospitales y AP para evaluar evolución de la lista de espera.				Plan de minimización de riesgos microbiológicos en hospitales (PLAMIR-MHGA). Existe desde 1999 con implantación de Comisiones de infecciones de vigilancia y documentación de personal y formación. Se han realizado 12 guías de los proveedores a los centros a través de internet, implantación de código de barras.	Política integral de aprovisionamiento de centros (APROVISO). Se ha hecho manual de organización de servicios de compra y suministros, aplicaciones informáticas de compras y gestión de recursos, homogenización de procedimientos administrativos. Acceso de los proveedores a los centros a través de internet, implantación de código de barras.	El Plan de objetivos estratégicos establece indicadores básicos y precisos sobre actividad, calidad (gestión de reclamaciones y quejas, disponibilidad del SIS de cara a los usuarios, puesta en marcha de un plan de gestión de calidad, elaboración y evaluación de encuesta de satisfacción a usuarios, desarrollo de planes de Humanización en algunas áreas), coordinación asistencial y SIS.	Se previene la certificación ISO de todos los servicios de compra y suministros del SERGAS.	Plan de objetivos Estratégicos 2005.	Sello de calidad Europeo (Lloyd's Register Quality Assurance) al programa de formación especializada (residentes) basado en el modelo EFQM.

CC.AA.	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
<b>La Rioja</b>	Análisis y propuestas de mejora del Proyecto de atención al paciente de la Consejería de Salud. Diseño de proceso de acogida información y direccionamiento y seguimiento del proceso de gestión de la satisfacción de pacientes para toda las CC.AA. Propuesta convenio con la universidad para sistematizar las encuestas de satisfacción.	Procesos de alta resolución de citación.	Inicio del Comité para la integración de la atención Primaria y especializada.	Planificación y coordinación de los procesos de prevención del cáncer de cervix, cáncer de mama, psiquiatría menor.	Diseño del Programa de Seguridad de Pacientes de La Rioja. Programas de minimización de la infección en 2 hospitales. Estudio de eventos adversos en 2 hospitales. Coordinación del grupo nacional de trabajo «Sensibilización y cambio de cultura de seguridad». Participación en talleres. Reposición de los termómetros de mercurio en todos los hospitales.	Implantación del proceso de gestión de costes por actividad. Diseño del proceso de recetas de largo tratamiento y otros relacionados con la optimización de recursos). Análisis de situación y plan de creación del centro de Trasfusiones de La Rioja.	Propuesta del mapa de procesos del Servicio Riogano de Salud (SERIS). Diseño de 5 procesos clave de la organización (apertura de nuevos centros, atención a pacientes socio-sanitarios y su derivación a estos centros, formación continuada y su acreditación y diseño y seguimiento de los procesos de gestión de la satisfacción de pacientes y profesionales para todas las CC.AA. Propuesta auditoría de organización y evaluación de puestos de trabajo en un hospital. Puesta en marcha del proyecto de implementación de las áreas de gestión clínica. Actividades de formación en calidad.	Agencia de calidad y evaluación Sanitaria. ISO cocina un hospital (incluye diseño y análisis encuesta satisfacción y 25/29 acciones de mejora implantadas); Propuesta de convenio con la universidad para sistematizar las encuestas de satisfacción.	Plan de mejora de la Escuela Universitaria de Enfermería.	
<b>Madrid</b>	3.000 encuestas entre bloques: uno de expectativas, otro de nivel de experiencia y otros factores significativos. Guías de cuidados al alta normalizando la información y consensuadas con sociedades científicas. Se han finalizado 6.			Participar en las actividades del Observatorio regional de riesgos sanitarios. Plan 2005-2006. Impulsar y difundir la cultura de gestión de riesgos, crear una estructura, establecer líneas de información que permitan medir, formativa, formación, herramientas para identificación y valoración de riesgos, medidas para prevenir, reducir o eliminar.	Objetivos institucionales incluidos en los contratos de centros: garantizar acogida, respetar valores y creencias, detectar pacientes en situación de riesgo social, evaluar la percepción del usuario, mejorar la seguridad, gestionar la calidad, mejorar la doc. clínica. Cartas de servicios para AP y especializada (en total 27).	Autoevaluación con acreditación y mejora según adaptación del EFQM. Sistema de acreditación y mejora, medición de calidad percibida.	Modelo de calidad para el Sistema sanitario madrileño (público y privado). Autoevaluación y mejora según adaptación del EFQM. Acreditación de los centros, medición de calidad percibida.			



CC.AA.	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
<b>Murcia</b>	Encuesta EMCA de calidad percibida en la atención Primaria y hospitales (todos los centros de la CC.AA.). Plan de acogida al ingreso de todos los pacientes.		Grupo de enfermería para realizar el informe de continuidad de cuidados.	Revisión de intervenciones que tienen evidencia científica de mejora de resultados en salud en EPOC y diabetes (proyecto de reclutamiento global de cuidados de Salud para enfermedades crónicas de la OMS mediante convenio con la Universidad de Murcia).	Revisión de protocolos de prevención de caídas, cuidados sonodáctil y catéter venoso.	Realización de la evaluación mediante Ambulatory sensitive conditions (ACSC), evaluación del índice de sustitución de la CMA e identificación de oportunidades de mejora.	Durante 2005-2013 grupos de mejora con 194 profesionales ligados al desarrollo anual del Programa EMCA. Formación mayoritaria equiparada a los directivos y coordinadores de calidad en EFQM y autoevaluación de las 14 gerencias del SMS. Objetivos de calidad del SMS: enfermería (procesos clave de atención), urgencias (diseño guión, Plan funcional y profundización en estudio de sistemas de triage) y cartera de servicios de APSd (en base a la nueva evidencia científica disponible).	Elaboración de indicadores de calidad a partir de la explotación del CMED.	Programa EMCA desde 1994. Definición de las líneas estratégicas del futuro Plan de calidad del Sistema regional de salud: mejora de gestión de los procesos, mejora de la seguridad del paciente, mejora de la satisfacción de usuarios y profesionales. Se utiliza como modelo de referencia el EFQM.	Utilizan un modelo de autoevaluación de Osaki (certeza Eval express de Osaki).
<b>Navarra</b>	Encuesta de satisfacción telefónica de atención especializada y servicios clínicos (Ingreso, CMA, salud Mental y atención a la mujer). El 80,7 recibe la atención esperada, el 15,5 mejor y el 3,5 peor de lo esperado.	Demora media para intervenciones programadas de 89 días.			Formación de profesionales. Colaboración con el estudio nacional de incidencia de eventos adversos. Desarrollo normativa hemovigilancia. Control infección nosocomial. Seguimiento del programa de Efectos adversos de medicamentos e infecciones sanitarias sobre higiene y seguridad.		Objetivos del Departamento de Salud y del servicio Navarro de Salud a las direcciones de los centros para disminuir la lista de espera de hospitalización, consultas y pruebas complementarias. Recertificación ISO de laboratorios de un hospital y un Centro de salud.			

CC.AA.	Atención centrada en la persona	Accesibilidad	Continuidad de la atención	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos	Contenidos y Sistema organizativo del SIS	Estructuras de calidad y soporte	Plan de Calidad	Otros
<b>País Vasco</b>	9 encuestas de satisfacción (egudos de psiquiatría, CMA, UCiAs adultos, UCiAs padres, AP adultos y pediatría, hospitales agudos, C. Ext. Hosp media y larga estancia.				EPINE anual en H. Agudos y media y larga estancia. Incl. denuncia en UCiAs y 3 procedimientos quirúrgicos (implante de rodilla, histerectomía abdominal y cirugía electiva de colon). Plan de acción sobre infección nosocomial 2005-2007.		5.ª evaluación externa del proceso de enfermería en h. De agudos y media y larga estancia.	25/30 organizaciones de gestión de calidad tienen un sistema certificado por ISO. 15 organizaciones con al menos un proceso con ISO. 23 ISO en AP y varias en preparación. ISO medioambientales.	Plan de Calidad 2003-2007. Se realizó la 5.ª evaluación bienal de EFQM de todas las organizaciones y servicios centrales. Se difundió <b>Eval express</b> , 3 organizaciones con evaluación externa 1 Q de oro (H. Psiquiátrico) y 2 Q de plata. Zumárraga premio europeo <b>EFQM</b> (primaria organización sanitaria).	Organizado XII congreso de la Sociedad Española de Atención al usuario.
<b>Valencia</b>	Se han realizado 54.271 encuestas válidas de Atención ambulatoria de adultos y pediatría. Centros de especialidades, Cons. Externas hospitalarias, CMA, UCiAs, Pediatría de más y menos de 6 años, obstetricia, paciente médico hospitalizado, quirúrgico hospitalizado y hospitales de media y larga estancia. Mayor satisfacción en CMA. 5 indicadores en los acuerdos de gestión que se monitorizan semestralmente (información en UCiAs), accesibilidad para citas, acogida en hospitales, confort, limpieza en zonas comunes, adecuación espacios pediátricos.				Estudio EPIEDA sobre prevalencia de eventos adversos en todos los centros sanitarios públicos. Incorporación al proyecto ENEAS del ministerio. Capacitación de profesionales y sensibilización de directivos. Publicación de la Recomendación para prevención y control de infecciones en el ámbito extrahospitalario.		Incorporación de indicadores específicos de calidad los programas de gestión (incluyen calidad de la prescripción, calidad de la información SIS; complicaciones; úlceras y RAM, reingresos, exitus en DRGs de baja probabilidad; demora de intervención de cadera, complicaciones y reingresos ajustados por riesgo así como la seguridad, variabilidad de procedimientos seleccionados y demoras ajustado por patologías. Experiencia en ISO. Grupo de trabajo para la mejora de los Servicios de UCiAs (triage estandarizado para toda la Comunidad, definición del proceso de alta y soporte informático a la realización de informes). Pilotaje en 3 centros.	INACEPS Instituto para la acreditación de la Sanidad valenciana. El modelo de calidad de centros y áreas asistenciales (sin concretar). Los centros pueden elegir su estrategia más adecuada.	Plan de Excelencia de la Sanidad valenciana. El modelo de evaluación de calidad se basa en el <b>EFQM</b> .	

