

**ESTRATEGIAS DE CALIDAD PARA  
LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA  
PRINCIPADO DE ASTURIAS**

**2003-2007**

**Oviedo, septiembre 2003**

Edita:

Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias  
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias

Catalogación y Archivo Editorial:

Servicio de Publicaciones de la Consejería de Presidencia  
Esta edición consta de 1.000 ejemplares

Diseño:

Diéresis Comunicación, S.L.

Impresión:

Imprenta Narcea, S.L.

Depósito Legal: AS-4.115/2003

# Índice general

<b>1. Presentación .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Introducción .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Marco teórico de desarrollo .....</b>	<b>13</b>
3.1. Estadios del proceso de atención a la salud .....	13
3.2. Dimensiones de la calidad .....	13
3.3. Ejes estratégicos .....	15
<b>POLÍTICA DE CALIDAD .....</b>	<b>17</b>
<b>4. Política de Calidad .....</b>	<b>19</b>
4.1 Principios básicos .....	19
4.2. Objetivos generales de la Política de Calidad .....	21
4.3. Factores críticos .....	22
<b>ESTRATEGIAS DE CALIDAD .....</b>	<b>25</b>
<b>5. Estrategias de Calidad 2003-2007 .....</b>	<b>27</b>
5.1. Aspectos metodológicos en la elaboración de las Estrategias de Calidad .....	27
5.2. Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) ..	30
5.3. Gestión de la Calidad y Evaluación Externa .....	34
5.4. Áreas de Monitorización para la Mejora (AMM) .....	42
<b>6. Implantación de las Estrategias de Calidad .....</b>	<b>45</b>
6.1. Modelo organizativo y elementos para la operativización de las Estrategias de Calidad .....	45
6.2. Agenda de las etapas de implantación .....	54
<b>Bibliografía .....</b>	<b>55</b>
<b>Relación de Tablas y Figuras .....</b>	<b>56</b>
Anexo N°1. Áreas de Monitorización para la Mejora (Contenidos del Contrato Programa 2004-2007) .....	57
Anexo N°2. Desarrollo de Indicadores para los criterios de calidad del Contrato Programa 2004-2007 .....	69



# 1. Presentación

Los profesionales sanitarios debido a su formación, siempre han tenido presente el concepto de calidad en su quehacer cotidiano. Pero como en toda acción o iniciativa individual existe el riesgo de que aparezcan diferentes niveles de calidad en la prestación de los servicios dentro de una misma organización. Esta circunstancia claramente va en contra de uno de los pilares de nuestra concepción del estado del bienestar, la equidad. Por ello, es necesario aunar los esfuerzos y las iniciativas que a nivel individual o de centros sanitarios se han estado llevando a cabo desde hace tiempo, bajo una misma concepción de la calidad como eje fundamental y estratégico de todo el sistema sanitario del Principado de Asturias, de tal manera que la mejora continua de la calidad impregne todas y cada una de las actividades y procesos que realizan nuestros centros y nuestros profesionales. Ello permitirá alcanzar niveles de calidad cada vez más altos con independencia de dónde, cuando y cómo se realice la prestación de los servicios, teniendo como objetivo satisfacer efectiva y eficientemente las necesidades de salud de la población, situando al ciudadano en el eje central del sistema e implicándole cada vez más en la toma de decisiones sobre su salud. Estas razones son las que nos han llevado a formular la Política de Calidad y sus Estrategias de implantación en la Administración Sanitaria del Principado de Asturias que aquí presentamos, fruto de la participación de más de doscientos cincuenta profesionales y ciudadanos asturianos.

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios hace explícito mediante estas Estrategias de Calidad su compromiso con la calidad, situándola en un nivel estratégico dentro de la organización y su apuesta porque la calidad sea el hilo conductor que permita afrontar el rediseño de los procesos y circuitos asistenciales desde la perspectiva de favorecer la asistencia integral e integrada de patologías y problemas de

salud, la continuidad asistencial entre niveles y la implicación coordinada de todos los dispositivos asistenciales y sociales en la atención de las necesidades de salud del individuo y de la población, satisfaciendo sus expectativas y facilitando la resolución de sus problemas, pero al mismo tiempo implicándole activamente en la definición, diseño y priorización de las acciones y medidas a implantar para la consecución de estos fines, haciendo de nuestra organización un sistema progresivamente más eficiente en la consecución de su meta principal, elevar el nivel de salud de los ciudadanos y ciudadanas asturianos.

Estoy seguro que entre todos, seremos capaces de conseguirlo.

Rafael Sariego García  
Consejero de Salud y Servicios Sanitarios

## 2. Introducción

La mejora de la calidad de la atención a la salud es uno de los temas importantes para el futuro inmediato en Asturias y en los sistemas de salud europeos, en un momento en que el nivel alcanzado por los sistemas sanitarios garantizan una atención sanitaria para todos los ciudadanos, con un grado de accesibilidad y cobertura aceptables.

Superados estos aspectos básicos de la organización de un sistema de salud, la calidad asistencial surge con fuerza por la presión de los ciudadanos mejor informados y cada vez más exigentes con el servicio que reciben, por la conciencia de los profesionales de trabajar cada vez mejor y porque los gestores han incorporado la mejora de la calidad como línea estratégica para la dirección de los centros sanitarios.

Además, la calidad es en este momento un **tema fundamental de debate en todos los sistemas sanitarios occidentales**. Así, el National Health Service británico define en su Política de Calidad<sup>1</sup> que “los cuidados de alta calidad deben ser un derecho de todos los pacientes” para lo que propone la monitorización de estándares nacionales definidos en conjunción con el estamento profesional; El Institute of Medicine en Estados Unidos propone abordar la “brecha de la calidad”<sup>2</sup> como propuesta para un nuevo sistema sanitario; la Estrategia Nacional danesa<sup>3</sup> identificando áreas de esfuerzo en calidad, destacando la implicación activa en la creación y desarrollo de una cultura de la calidad de todos los agentes participantes en el sistema, llegando incluso en el esquema del Canadian Capital Health<sup>4</sup> a la declaración explícita de las funciones y responsabilidades de cada uno de los agentes.

A modo de hilo conductor entre los distintos modelos y planes que se vienen sugiriendo, se adivinan algunos de los **principios inspiradores** que ya fueron señalados como principales

objetivos por la Organización Mundial de la Salud: conseguir una elevada excelencia profesional, ser eficientes en el uso de recursos, ofrecer una atención con un riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los usuarios y medir el impacto final de las acciones en términos de ganancia de salud para los ciudadanos.

A este debate internacional sobre la calidad de la atención no es ajeno nuestro entorno sanitario. En un momento en que la generalización de la atención sanitaria es un hecho, en que los costes sufren un aumento exponencial y que se han producido las transferencias del sistema sanitario, con la oportunidad de creación de nuevas formas de gestión, la calidad surge con mayor fuerza si cabe en el futuro de la planificación del sistema.

Además, la calidad de la atención que reciben los ciudadanos constituye una preocupación constante en los profesionales de la salud, comprometidos desde siempre en la obtención de mejoras significativas en los resultados de salud de la comunidad.

En este contexto, **el interés por la calidad asistencial no es nuevo** y aparece estrechamente asociado a la práctica sanitaria. Tanto la definición de calidad, como su medida y mejora, han ido variando en el tiempo: desde un primer enfoque exclusivamente centrado en la relación médico-paciente individual, se ha ido ampliando hasta abarcar no sólo a todos los servicios prestados por los profesionales de la salud, sino también aspectos como la atención comunitaria y conceptos como efectividad y distribución adecuada de recursos para la atención de la salud.

Junto a ello, emerge uno de los retos fundamentales que hoy día tienen planteados los sistemas sanitarios: la **participación de los ciudadanos y ciudadanas en las decisiones sanitarias** que afectan a su estado de salud, tanto en la política de calidad del servicio, como en el propio funcionamiento de los servicios sanitarios<sup>5</sup>.



Uno de los ejes explícitos de la política de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, es el de **conseguir unos servicios sanitarios cada vez más accesibles y de mayor calidad**<sup>6</sup>, aumentando su enfoque hacia los usuarios; configurando una red de servicios accesible, efectiva, eficiente y satisfactoria; orientando la práctica clínica hacia cotas de calidad cada vez más elevadas; favoreciendo la cooperación con otras redes de protección social, de promoción y prevención de la salud, y aprovechando inteligentemente las posibilidades de las tecnologías de la información y comunicación puestas al servicio de estos objetivos y retos”.

Como señala el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos, para sumar eficacia a los servicios sanitarios públicos -inspirados por los principios básicos de universalidad, equidad y excelencia-, deben alinearse las diferentes estrategias de las políticas de salud, enfocando **grandes líneas de actuación**, como articular un proceso de mejora continua de la salud, fomentar la elección de estilos de vida más sanos o adecuar la respuesta del sistema a las necesidades y expectativas en salud y asistencia sanitaria de los ciudadanos asturianos, entre otras.

En este marco de referencia, el presente documento concreta la **Política de Calidad** y formaliza las **Estrategias de Calidad 2003-2007** de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, a partir de los principios y valores que le son propios, de la actual reflexión estratégica de la Consejería y en el contexto del debate internacional sobre la calidad en los sistemas sanitarios.

*La vocación de las Estrategias es la de llevar a la práctica y ejecutar dicha Política, en respuesta a las necesidades y expectativas de los ciudadanos y de los profesionales. Para ello define y prioriza objetivos estratégicos para los próximos cinco años, sin descuidar el diseño de la estrategia para su implantación, desde su vertiente organizativa y de los instrumentos útiles disponibles para su aplicación.*

Los **elementos distintivos** de estas Estrategias de Calidad 2003-2007 son cinco:

1. El **alineamiento con el Plan de Salud para Asturias 2003-2007**, como expresión de la voluntad de trabajar por obtener mejoras sustanciales que se traduzcan en ganancias de salud para la población.
2. La **participación real y enriquecedora de las personas** en el diseño, atendiendo a las preocupaciones, opiniones y sensibilidades de los ciudadanos y ciudadanas asturianos y de los profesionales de los distintos niveles y disciplinas, lo que convierte a las Estrategias en un verdadero *instrumento hecho por las personas y para las personas*.
3. La **utilización en el ámbito operativo del Contrato Programa** como instrumento versátil y flexible de monitorización que reúne y concreta los objetivos cuantificados, expresión del nivel de calidad que el sistema de salud quiere alcanzar en la atención de los ciudadanos.
4. La **adopción conveniente de modelos internacionales de calidad** que garantizan la obtención de los resultados críticos de las organizaciones y de los profesionales que prestan los servicios de salud, más allá de la monitorización de áreas de mejora, y que permiten avanzar en la madurez de la cultura de la calidad en organizaciones que quieren rendir cuentas de sus resultados ante los ciudadanos a los que sirven.
5. La **elaboración de un modelo organizativo para implantar las estrategias**, que detalla funciones, asigna responsabilidades y calendariza actividades como guión para llevar a la realidad los tres ejes estratégicos:

- Los Programas Clave de Atención Interdisciplinar
- Las Áreas de Monitorización para la Mejora
- La Gestión de la Calidad y la Evaluación Externa



## 3. Marco teórico de desarrollo

### 3.1. Estadios del proceso de atención a la salud

Al igual que otras organizaciones<sup>7</sup>, a través de una profunda reflexión, nuestro diseño ha priorizado los problemas de salud siguiendo la clasificación en estadios, enfocado a la atención en las necesidades de salud de las personas en cada etapa del proceso:

**Mantener la salud:** Ayudar a las personas a evitar la enfermedad y permanecer sanos a través de la prevención, reducción de riesgos, detección precoz de enfermedades y educación sanitaria.

**Mejorar / curar la enfermedad:** Ayudar a los pacientes a recuperarse cuando están enfermos o lesionados a través de un tratamiento y seguimiento apropiados.

**Vivir con la enfermedad o discapacidad:** Ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas (tales como diabetes o asma) a autocuidarse adecuadamente, a controlar los síntomas, evitar complicaciones y mantener las actividades de la vida diaria.

**Afrontar el final de la vida:** Cuidar a los pacientes y a sus familias cuando las necesidades cambian dramáticamente a causa de una enfermedad terminal.

### 3.2. Dimensiones de la calidad

No parece haber un consenso generalizado sobre la definición de calidad, sin embargo, algo en lo que la mayoría de los autores están de acuerdo es que la calidad es un concepto **multidimensional**.

Para la estructuración de las estrategias se han priorizado las dimensiones que a continuación se detallan:

**Atención centrada en el paciente** en la que se agrupan la satisfacción del enfermo y familiares, la información que reciben, atender las expectativas de los pacientes, el diseño de servicios de acuerdo a 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 de la población. 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 a lo largo 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 para el paciente. Incluye la evaluación de la práctica (evaluación del proceso).

**Seguridad** o grado en el 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).

**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.

La consideración de estas dimensiones en el diseño y prestación del servicio incrementará notablemente la probabilidad de que se convierta en un servicio de elevada calidad que incorpore, al mismo tiempo, las acciones que garanticen la inexistencia de desigualdades en salud.

### 3.3. Ejes estratégicos

El tercero de los elementos son los ejes estratégicos, que incluyen los Programas Clave de Atención Interdisciplinar, las Áreas de Monitorización para la Mejora y el desarrollo de la Gestión de la Calidad y la Evaluación Externa, citadas anteriormente.

La conjunción de los tres elementos en los que se sustentan las Estrategias de Calidad se podría representar tridimensionalmente adoptando la forma de un cubo en el que sus caras se corresponderían con cada elemento: estadios del proceso de atención a la salud, dimensiones de la calidad y ejes estratégicos, de tal manera que independientemente del ángulo de visión, la interrelación entre los tres elementos estuviese siempre presente (*Figura 1*):

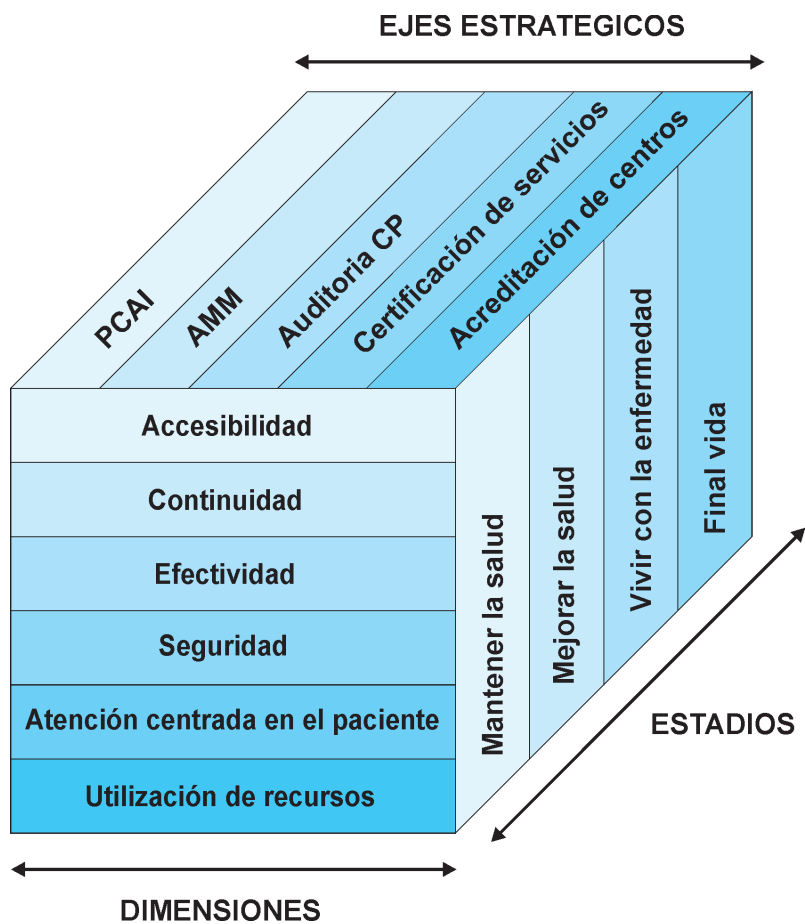


Figura 1. Representación de los elementos integradores de las Estrategias de Calidad



# **POLÍTICA DE CALIDAD**



## 4. Política de Calidad

La Política de Calidad establece las bases filosóficas (misión, visión y valores), así como sus directrices estratégicas, identificando además los factores clave para llevarlos a cabo.

La Política y las Estrategias de Calidad proporcionan una perspectiva global de gestión de la calidad en el Principado de Asturias, y se formulan a partir del diagnóstico de salud y de las acciones realizadas hasta la actualidad en el ámbito de la calidad. A pesar de que existen numerosas iniciativas para mejorar la asistencia en el nivel operacional, parece necesario desarrollar un enfoque integrador y una visión sistematizada de la calidad asistencial. Se reconoce la importancia del papel de los ciudadanos y de todos los profesionales del sector, por lo que fomenta la participación y se enriquece con las aportaciones de todos.

### 4.1 Principios básicos

Los principios básicos de la Política de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias descansan en la declaración de su Misión, de la Visión y sus Valores.

La Misión de las Estrategias de Calidad es una declaración de principios que conforma su razón de ser. Los ejes estratégicos están en consonancia con dicha Misión.

### *Misión*

*La misión de las Estrategias de Calidad es promover y articular una atención de salud global e integrada a los ciudadanos del Principado de Asturias con niveles de calidad técnica y humana progresivamente mejores, y que sea de satisfacción para los ciudadanos.*

La misión de las Estrategias de Calidad contempla claramente la calidad de los servicios establecidos en base a:

- Gestionar con equidad, efectividad y eficiencia.
- Centrar la organización en las personas.
- Gestionar la necesidad y la demanda de acuerdo a los recursos disponibles.
- Proporcionar unas prestaciones y servicios de excelencia.
- Promover la participación e implicación de todos los grupos de interés (ciudadanos, pacientes y familias, proveedores sanitarios, directivos, representantes de la comunidad)

La Visión de las Estrategias de Calidad es que su aplicación:

### *Visión*

*Contribuirá claramente a la ganancia en salud de las personas dentro de comunidades sanas.*

*Facilitará que el sistema de salud se centre en las necesidades y expectativas de los ciudadanos y en motivar la mejora continua en todas las áreas.*

*Permitirá la integración de todos los profesionales y servicios en el abordaje de los principales problemas de salud de la Comunidad .*

Los principales valores que sustentan los ejes y acciones de las Estrategias de Calidad son los siguientes:

## Valores

*Universalidad*  
*Equidad*  
*Excelencia*  
*Asistencia personalizada y centrada en el usuario*  
*Transversalidad y colaboración entre niveles*  
*Responsabilidad social*  
*Interdisciplinariedad y trabajo en equipo*  
*Utilización adecuada de recursos*  
*Transparencia*  
*Implicación de las personas*

### 4.2. Objetivos generales de la Política de Calidad

La Política de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias tiene como objetivos principales:

1. Desarrollar un marco, un lenguaje y un enfoque comunes para mejorar la calidad de los servicios sanitarios de toda Asturias.
2. Aumentar la corresponsabilización de todos los grupos de interés (ciudadanos, proveedores sanitarios, directivos, representantes de la comunidad), favoreciendo una toma de decisiones informada, especialmente, en lo relacionado con la forma de utilizar los recursos para alcanzar los mejores resultados.
3. Impregnar al sistema sanitario de una cultura que permita a todos sus componentes incrementar su sentido de pertenencia a una organización que tiene como fin último la mejora continua de la calidad.

4. Apoyar la elaboración de un sistema de prestación integrado e uniforme.
5. Demostrar el compromiso del Principado en hacer participar a los ciudadanos y profesionales en la definición de las necesidades de salud y de servicios y en los niveles de calidad deseados.
6. Incrementar el potencial de la organización permitiendo que los profesionales y los equipos asuman más responsabilidades de gestión para mejorar la calidad de vida de la población.
7. Promover la confianza pública en el sistema sanitario a través de sistemas de mejora de la calidad

### 4.3. Factores críticos

Para el desarrollo de la Misión, Visión y Valores y para la Gestión de la Mejora Continua de la Calidad es necesaria una combinación de filosofía, conocimientos y habilidades que ha demostrado ser muy efectiva para alcanzar importantes cambios en las organizaciones mejorando la calidad, el coste-efectividad y las relaciones humanas.

Los factores críticos para implantar la Mejora Continua en las organizaciones impulsoras del cambio son los siguientes:

1. **Enfoque hacia las personas basado en el principio de alcanzar y superar sus requerimientos.** La calidad se define cada vez más como la capacidad de alcanzar y superar las expectativas de las personas. Esta idea representa un cambio muy destacado en la atención sanitaria. Se pueden proveer servicios de buena calidad solamente si se tiene un buen conocimiento de las necesidades de las personas de fuera y de dentro de la organización, con la finalidad de convertir al usuario

en el eje alrededor del cual gira la organización y no al revés, para fomentar la solidaridad profesional colocando también en el centro las necesidades de los profesionales y facilitar su trabajo, con instrumentos, motivación y reconocimiento de los logros, en busca de su satisfacción e implicación.

- 2. Mejora continua del servicio.** Cada plan y cada esfuerzo, cada proceso siempre se puede mejorar. Las organizaciones y la sociedad en general deben entender el mensaje que mejorar la calidad es un proceso dinámico, necesario para todos. Las organizaciones sostenibles que obtienen éxitos a largo plazo buscan constantemente la mejora en los servicios que prestan para satisfacer las necesidades de sus clientes.
- 3. Liderazgo de los directivos y otros mandos.** La mejora de la calidad puede brotar desde los profesionales, pero solamente los directivos y otros líderes pueden conseguir que enraíce como una estrategia global de la organización.
- 4. Corresponsabilización y alcance a todos los niveles de la organización.** Es una responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales, pues forma parte del trabajo cotidiano. En este sentido adquiere un papel preponderante la formación y la educación continua.
- 5. Gestión por procesos y basada en datos.** Las organizaciones han de desarrollar la capacidad de tomar decisiones basadas en datos y herramientas de análisis de los mismos. La mejora de los procesos de servicio han de plantear suprimir aquellas actividades que no aporten valor.
- 6. Énfasis en el cambio de actitudes.** “Hacer las cosas bien a la primera”.

Los planes de calidad integran todos los esfuerzos de una organización para conseguir el servicio excelente a las personas. Basándose en la Misión y Valores definidos por la organización y en su Visión hacia dónde quiere dirigirse, se establecen los principales objetivos de la Política de Calidad.



# ESTRATEGIAS DE CALIDAD



## 5. Estrategias de Calidad 2003-2007

El objetivo de las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias 2003-2007 es concretar e iniciar la implantación de los objetivos generales establecidos en la Política de Calidad.

Para ello, se estructuran tres ejes estratégicos:

Ejes estratégicos del Plan

- *Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI)*
- *Gestión de la Calidad y Evaluación Externa*
- *Áreas de Monitorización para la Mejora (AMM)*

En el esquema de la figura 2 se delimitan las relaciones de las Estrategias de Calidad (que comprende los tres ejes estratégicos) con el Plan de Salud y las diferentes Líneas Estratégicas de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

### 5.1. Aspectos metodológicos en la elaboración de las Estrategias de Calidad

La **metodología** de diseño de las Estrategias de Calidad se ha basado en los siguientes tres aspectos fundamentales:

1. La determinación de áreas de interés alineadas con las necesidades detectadas del Plan de Salud para Asturias a partir del diagnóstico de salud de la comunidad, concretadas y priorizadas en una selección inicial de catorce problemas de salud, que en las Estrategias de Calidad reciben el nombre de **Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI)**

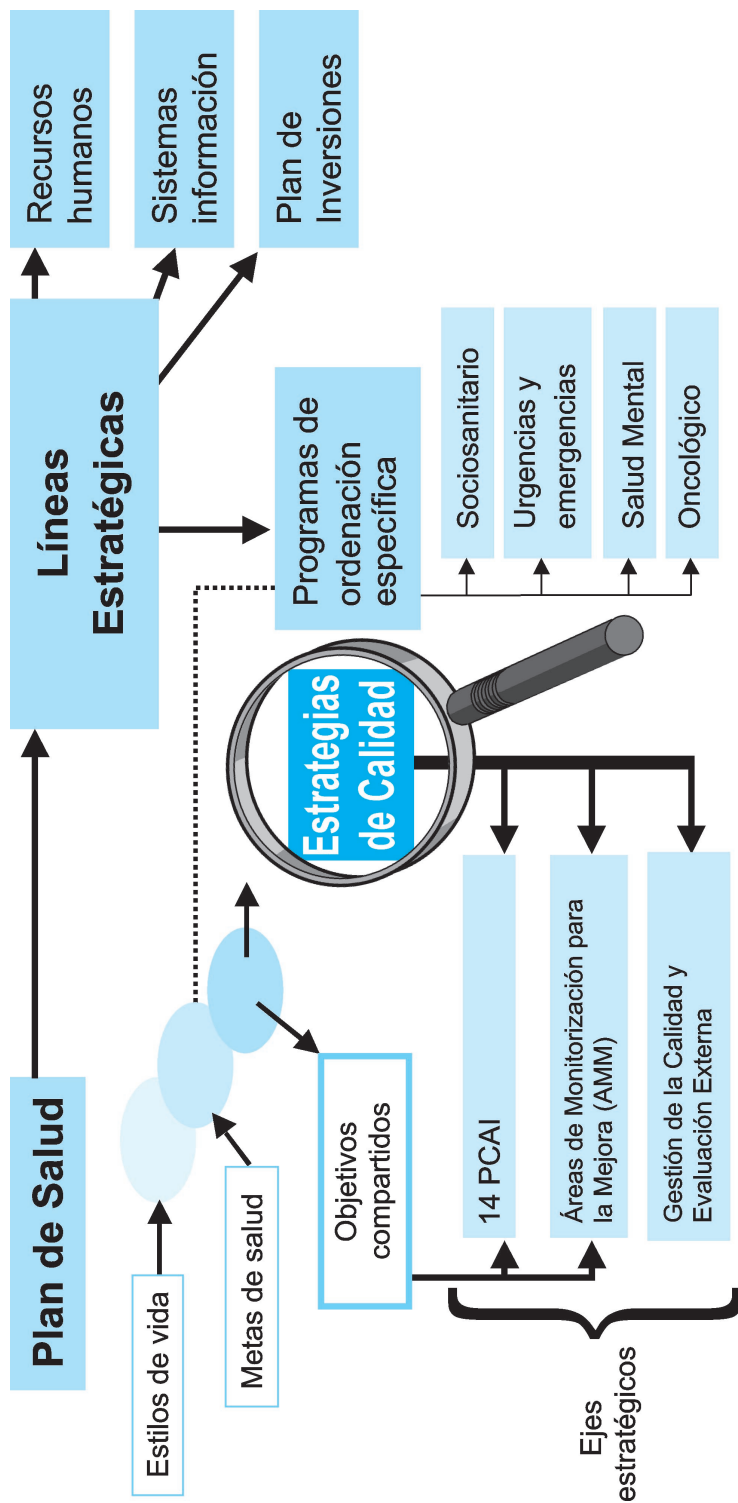


Figura 2. Interacción entre PCAI, sistemas de evaluación y áreas de monitorización para la mejora

2. La voluntad de una **amplia participación ciudadana y de profesionales** para la definición de los criterios de calidad.

*En este sentido, los **criterios** para cada PCAI surgen de las propuestas hechas en sesiones de trabajo realizadas con un grupo de profesionales y otro de ciudadanos por cada PCAI, participando en total más de doscientas cincuenta personas.*

Se constituyeron un total de *catorce grupos de ciudadanos*, personas que presentaban el problema de salud y que habían tenido por este motivo contacto con los servicios sanitarios. A través de una metodología de investigación cualitativa, la técnica del grupo focal conducida por 2 expertos, permitió explorar percepciones, experiencias y expectativas ciudadanas respecto al problema de salud. Las discusiones del grupo se orientaron mediante un guión temático que incluía diferentes dimensiones de la calidad (accesibilidad, continuidad, atención centrada en el paciente, seguridad, efectividad y uso de recursos).

Los *catorce grupos de profesionales* de composición multidisciplinar y pertenecientes a todos los niveles de atención del sistema sanitario público de Asturias, a través de la técnica de grupo nominal, identificaron los aspectos relevantes para la mejora de la calidad en la atención de cada PCAI, definieron posibles objetivos y sugirieron actividades para desarrollar algunos de estos objetivos.

A continuación, el Consejo de Calidad **priorizó** estos objetivos en función de criterios de factibilidad (posibilidad de alcanzar el objetivo) y de facilidad para obtener los datos necesarios para cuantificar el objetivo, lo cual facilitó establecer la priorización en el calendario (corto o medio plazo).

La definición de estos objetivos, ya priorizados, sirvió para posteriormente identificar los criterios de calidad y de buena práctica que deben ser incluidos en las Estrategias de Calidad. Más adelante, una vez constituidos los grupos de trabajo, éstos definirán indicadores y estándares correspondientes a cada criterio de calidad.

3. La revisión del **Contrato Programa** de la Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias, con la finalidad de incorporar los criterios de calidad de los PCAI, conformando las Áreas de Monitorización para la Mejora, dentro de una visión plurianual.

## 5.2. *Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI)*

Con la denominación **Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI)** se quiere expresar un proyecto de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un determinado problema de salud, liderado por profesionales de diversas disciplinas, que -aplicando el máximo rigor científico-, coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

El concepto de PCAI engloba estas consideraciones:

- Atención centrada en el paciente con necesidades de salud homogéneas
- Coordinación de profesionales de múltiples disciplinas distribuidos en todos los niveles donde se atiende el problema de salud, con interés en su resolución
- Participación de los profesionales en el diseño e implantación del PCAI

- Solidez científica incorporando la revisión crítica de la evidencia científica, estableciendo Guías de Práctica
- Gestión y monitorización de indicadores clave del PCAI
- Vocación transformadora en las organizaciones, que aplicarán herramientas de gestión por procesos (vías clínicas de la atención especializada, programas en la atención primaria de salud).
- Sensibles a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, escuchando su opinión (encuestas de satisfacción específicas de PCAI)

Los PCAI emanan del diagnóstico de salud realizado con ocasión de la elaboración del Plan de Salud del Principado de Asturias. Este Plan de Salud plantea la necesidad de concentrar acciones en catorce áreas que por su importancia han sido consideradas prioritarias. Cada área integra la atención de los pacientes con un determinado problema o condición de salud.

Las Estrategias de Calidad asumen estas áreas priorizadas (que pasa a denominar PCAI) como uno de sus ejes estratégicos, y para cada una de ellas **define criterios de calidad**. A partir de ellos –tal como se ha comentado-, se desarrollarán indicadores cuantificables y estándares que serán la traducción operativa de las áreas del Plan de Salud. Con ello, *las Estrategias de Calidad se ponen al servicio del Plan de Salud, aunando esfuerzos y buscando su operatividad en áreas señaladas como prioritarias.*

Estas catorce áreas son:

### **14 Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI)**

- Accidente cerebrovascular
- Alcoholismo
- Ansiedad
- Cáncer de mama
- Carcinoma de colon
- Carcinoma de próstata
- Cardiopatía isquémica
- Demencia
- Depresión
- Diabetes
- Dolor crónico y artrosis
- Embarazo, parto y puerperio
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Hipertensión arterial

Para la definición de los aspectos a mejorar en cada uno de los PCAI se formaron catorce grupos focales con ciudadanos que habían tenido experiencia directa con el problema o condición de salud y otros 14 grupos interdisciplinares de profesionales que estaban directamente relacionados con los procesos correspondientes. Estos grupos definieron **qué** querían mejorar y, en el caso de los profesionales también se discutió **cómo** se podría conseguir.

Una ventaja importante de este abordaje interdisciplinario e intersectorial (Figura 3) es que se fomenta especialmente la coordinación entre diferentes sectores, rompiendo barreras habitualmente existentes, y se atiende al paciente desde una perspectiva global evitando las ineficiencias que puedan existir.



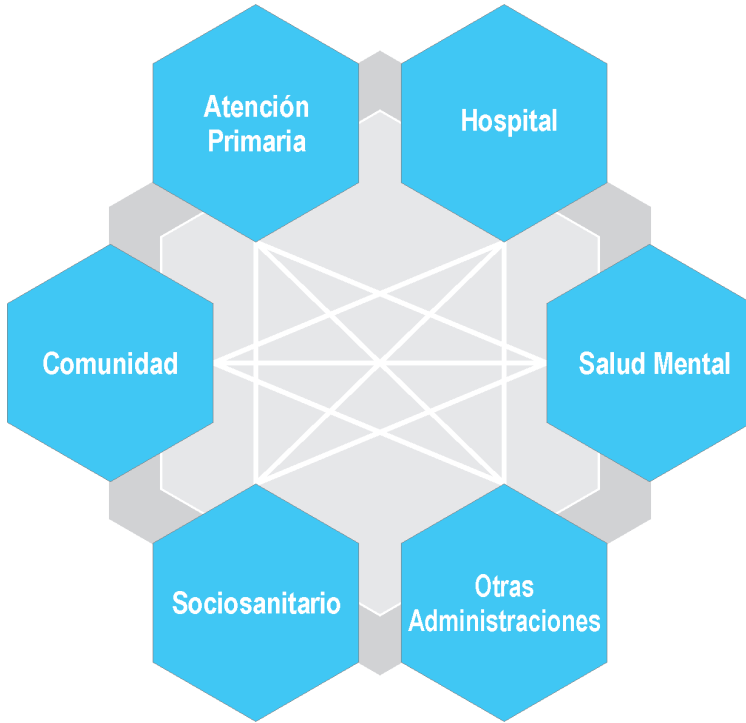


Figura 3. Red profesional interniveles

Esta participación de ciudadanos y profesionales ha permitido establecer un marco de actuación definiendo los aspectos y áreas de mejora de cada PCAI en función de las diferentes dimensiones de la calidad y de los estadios de la enfermedad (Tabla 1).

Dimensiones / Estadios	Accesibilidad	Continuidad	Atención centrada en el paciente	Efectividad de la práctica	Seguridad	Uso adecuado de recursos
Mantener la Salud						
Mejorar/curar la enfermedad						
Vivir con enfermedad o discapacidad						
Afrontar el final de la vida						

Tabla 1. Estadios de la condición de salud y dimensiones de la calidad

El desarrollo del PCAI incluye el contraste y coordinación con los diferentes planes sectoriales, la elaboración de su Guía de práctica, mapa del proceso, acciones formativas, sistemas de información y actividades evaluativas, así como auditorías internas y externas de los objetivos, además de encuestas de satisfacción específicamente diseñadas para los pacientes de los PCAI en que sea oportuno.

### **5.3. Gestión de la Calidad y Evaluación Externa**

El anterior eje estratégico (PCAI) aborda aspectos de gran relevancia para el sistema sanitario pero no llegan a **alcanzar a toda la organización** tal y como se plantea la Política de Calidad. Por ello existe un segundo eje estratégico que pretende potenciar el desarrollo de la Gestión de la Calidad y los procesos clave de los centros mediante los sistemas de promoción de la excelencia y la evaluación externa, para conseguir que estos conceptos penetren a lo largo de la organización.

Las Estrategias de Calidad deciden desarrollar este eje estratégico de gestión de la calidad y evaluación externa incorporando la utilización de sistemas internacionales de calidad

El desarrollo de los sistemas de calidad en las instituciones sanitarias españolas ha evolucionado en los últimos años desde proyectos aislados en los centros hacia un enfoque integral de mejora continua.

Se han desarrollado diversas herramientas que permiten evaluar y demostrar la calidad de las actuaciones y resultados de una empresa y sirven a la vez de guía para el desarrollo de las Estrategias de Calidad. Su aplicación permite acceder a acreditaciones, premios o certificaciones externas mediante el

cumplimiento de estándares, criterios o normas de buena práctica.

En este eje estratégico, las principales herramientas que se utilizarán son el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM), la Auditoría del Contrato Programa, la Certificación de Servicios, la Acreditación de Centros y las Encuestas de Satisfacción.

Para fomentar la cultura de la gestión de la calidad y de la evaluación externa, las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias 2003-2007, propone la utilización de diferentes experiencias que permitirán alcanzar estos dos objetivos principales:

- **mejorar los sistemas y el desarrollo organizativo de los centros** sanitarios mediante la aplicación del modelo EFQM
- **Fomentar la identificación y mejora de los procesos clave y la corresponsabilización a través de los sistemas de evaluación externa**, como la auditoría del Contrato Programa, la certificación de servicios con las normas ISO y la acreditación de centros con el sistema de Estándares Internacionales de la Joint Commission. Todos ellos constituyen ejemplos del compromiso de estas instituciones con los principios de la mejora continua de la calidad.

### *Modelo EFQM de Excelencia*

El Modelo EFQM propone un sistema de gestión empresarial basado en los conceptos fundamentales de lo que debe ser una empresa excelente hacia los que se mueve una organización mediante un sistema de mejora continua. En este sentido, los criterios del modelo constituyen una buena guía para el desarrollo de los centros y la evaluación de su sistema de gestión.

La aplicación del modelo consistirá en un ejercicio de autoevaluación con la ayuda de un cuestionario que permite a las organizaciones identificar puntos fuertes y áreas de mejora e iniciar así sus propios proyectos de mejora de la calidad.

La aplicación periódica de la autoevaluación permite determinar los progresos de la organización hacia la excelencia.

### ***Acreditación Internacional de la Joint Comission***

La acreditación es una forma de asegurar que un centro consigue y se mantiene en un nivel óptimo para realizar la función que tiene encomendada. La acreditación de la Joint Commission contiene estándares específicos para los centros sanitarios (hospitales y centros de atención primaria de salud).

El modelo de acreditación del programa JCI esta basado en funciones clave, unas orientadas a la mejora de la atención del paciente y otras que establecen los sistemas de gestión y organización. En cada una de ellas se identifican los *procesos clave* y se establecen estándares de buena práctica.

El conjunto del modelo representa un compendio de buena práctica y se construye a partir de una compilación de la experiencia de los mejores centros sanitarios y es actualizado periódicamente.

### ***Certificación según normas ISO***

Las Estrategias de Calidad contempla utilizar la herramienta de la certificación mediante las normas ISO para mejorar los procesos y procedimientos de trabajo, estimulando la sistematización y ordenación de sus actividades no siendo incompatible con la aplicación de los modelos anteriores que están orientados al conjunto de la organización.

Concretamente las Estrategias de Calidad 2003-2007 pretenden certificar mediante normas ISO los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada de:

- Urgencias
- Farmacia
- Laboratorio
- Diagnóstico por la Imagen
- Admisiones
- Atención al Usuario
- Logística
- Recursos Humanos

### ***Complementariedad de los tres sistemas de acreditación y certificación***

En los últimos años, se han identificado concordancias y niveles de complementariedad entre estos sistemas de acreditación, certificación y reconocimiento, lo cual potencia sus beneficios. Estos sistemas comparten la misma filosofía en coherencia con la misión, visión y valores de la Política de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Para ejemplificar esta complementariedad, si se considera la visión de la organización como entramado interrelacionado de procesos (claves, estratégicos y de soporte), estos sistemas facilitan la gestión y mejora de procesos. Sin menoscabo que se trata de sistemas que contemplan la organización de forma global, podría esquematizarse que el modelo EFQM hace especialmente referencia a los procesos estratégicos, el sistema de acreditación internacional de Joint Comisión pone especial énfasis en los procesos clave centrados en el paciente y el sistema de certificación ISO tiene un enfoque especial hacia los procesos denominados de soporte. (Figura 4).

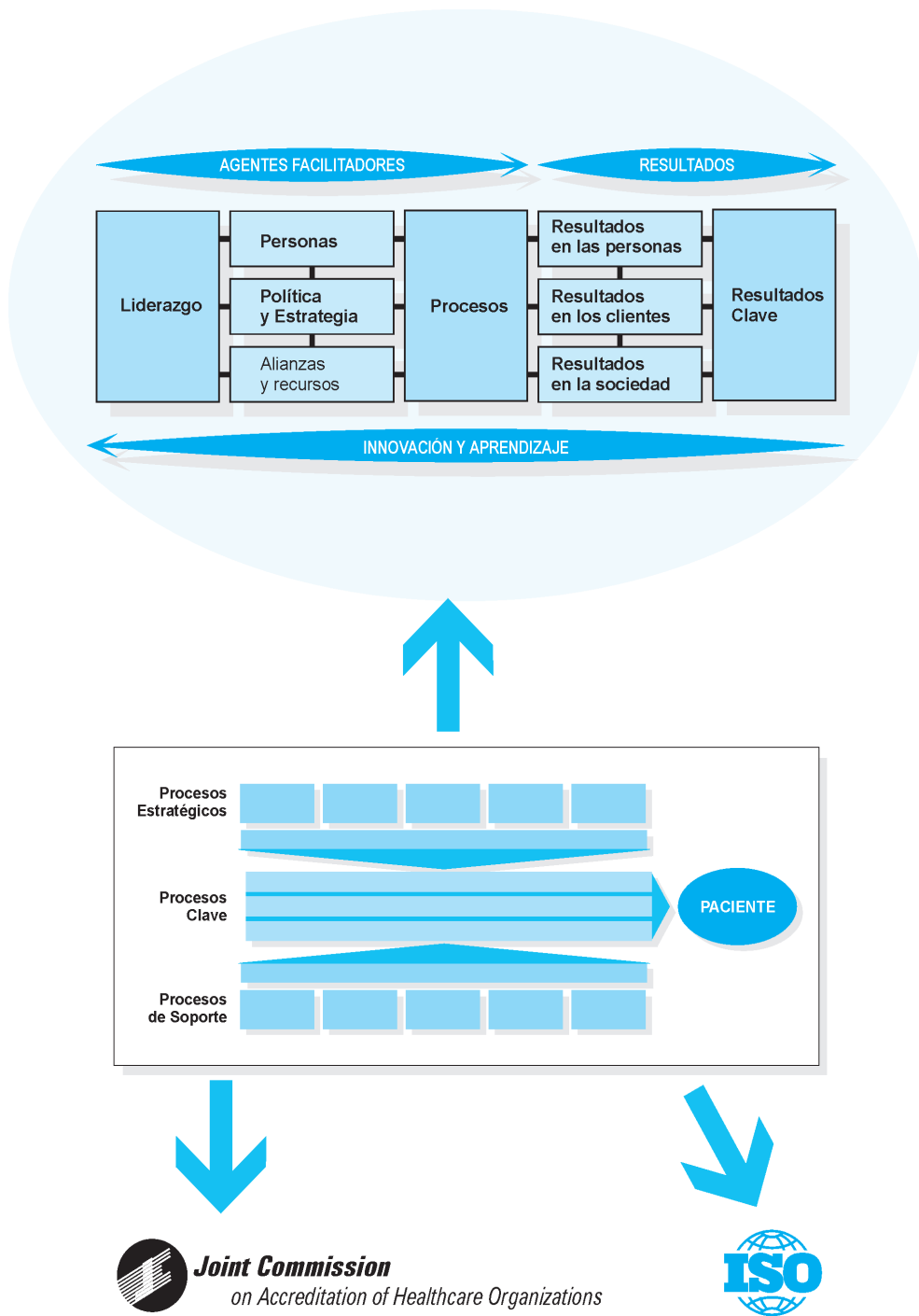


Figura 4. Esquema de la complementariedad de los tres sistemas internacionales de calidad

Los beneficios y áreas de aplicación de estos tres modelos internacionales de calidad en el eje estratégico de desarrollo de la Gestión de la Calidad se resumen en la *Tabla 2* siguiente:

<b>Modelo</b>	<b>Beneficios de su aplicación</b>	<b>Áreas de aplicación en las Estrategias Calidad</b>
<b>ISO</b>	<i>Mejora de procesos y procedimientos de trabajo a través de la sistematización de sus actividades en base a las necesidades del cliente. Obtención de reconocimiento mediante garantía y certificación de la calidad.</i>	Urgencias Farmacia Laboratorio Diagnóstico por la Imagen Admisiones Atención al Usuario Logística Recursos Humanos
<b>Joint Comission</b>	<i>Asegurar que una organización alcanza y mantiene niveles de calidad óptimos en las funciones y procesos clave asistenciales y organizativas. Acreditación con Estándares internacionales específicos del sector sanitario.</i>	Hospitales y Equipos de Atención Primaria (la organización en su conjunto)
<b>EFQM</b>	<i>Autoevaluación a partir de los criterios de excelencia en la gestión de la organización. Orienta la gestión de la organización hacia un sistema de mejora continua para alcanzar la excelencia.</i>	Hospitales y Equipos de Atención Primaria (ámbito directivo)

**Tabla 2. Beneficios y áreas de aplicación de los modelos internacionales de Calidad**

Los tres sistemas comparten la misma filosofía que está en coherencia con la misión, visión y valores de la Política de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios por cuanto que:

- Se centran en los clientes
- Destacan el importante papel del liderazgo y requieren el desarrollo de una misión, visión y de la planificación estratégica
- Contemplan el desarrollo y la gestión de las personas que trabajan en la organización
- Desarrollan la gestión y mejora de procesos, destacando la necesidad de coordinación, colaboración y trabajo en equipo.
- Estimulan la toma de decisiones en función de los resultados obtenidos (gestión por hechos)
- Obtienen una visión global y son coherentes con los esfuerzos de mejora continua.

Los centros sanitarios (Hospitales y Centros de Atención Primaria) del Principado de Asturias se irán incorporando progresivamente al *sistema de Acreditación integrado en el Modelo EFQM*. Esta incorporación se realizará tras una información detallada del proceso y sus fases, habitualmente compartida entre el equipo directivo y los profesionales.

El proceso que se seguirá cubre las siguientes etapas principales (Figura 5):



Figura 5. Etapas del desarrollo del Sistema de Acreditación integrado con el modelo EFQM



Las Estrategias de Calidad contemplan en este eje, que la implantación de estas herramientas y modelos internacionales de gestión de la calidad se complementen con la función de Evaluación Externa de la Calidad. Para ello, propone además dos tipos de acciones:

- las **auditorías del Contrato Programa**
- las **encuestas de satisfacción** (barómetros)

### *Auditorías del Contrato Programa*

El Contrato Programa vehiculiza los objetivos de las Estrategias de Calidad para su operativización. Los centros informarán del grado de cumplimiento de los objetivos del Contrato Programa de forma periódica y, cada año, algunos centros realizarán una auditoría externa de manera aleatoria.

Este último punto está en consonancia con el ejercicio de las funciones de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, entre las que destaca la responsabilidad de valorar el cumplimiento de los objetivos del Contrato Programa y comprobar el grado de cumplimiento de los mismos en relación a los compromisos suscritos, la adecuación de los servicios sanitarios prestados a las prioridades y a los criterios de planificación adoptados y el reconocimiento de la cartera de servicios en la oferta asistencial.

### *Las Encuestas de Satisfacción*

Las Estrategias de Calidad contemplan como acciones específicas para conocer la opinión y la satisfacción de los ciudadanos y ciudadanas asturianos las acciones de:

- **Barómetro sanitario**, iniciándose con tres oleadas en el año 2003 y que tendrán una periodicidad anual
- **Encuestas generales de satisfacción**, estableciéndose cuatro cada año en las áreas de Hospitalización,

Consultas Externas, Urgencias y Centros de Atención Primaria de Salud.

- Desarrollar **encuestas específicas por cada PCAI** en que sea oportuno

#### 5.4. *Áreas de Monitorización para la Mejora (AMM)*

Las Áreas de Monitorización para la Mejora (AMM) son ámbitos sobre los que se propone un *sistema de monitorización de indicadores para la mejora clínica y organizativa*. Su objetivo es evaluar el grado de desarrollo e implantación de las Estrategias de Calidad a nivel de la comunidad y sus centros.

Estas **AMM conforman el Contrato Programa de cada año**, instrumento de relación entre el financiador y el provisor de servicios de atención a la salud. En estas áreas se incluyen tanto el contrato programa vigente (año 2003) como los criterios de calidad priorizados en cada PCAI. En el Anexo 1 se presentan estas Áreas de Monitorización para la Mejora (AMM).

La Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias ha incorporado al Contrato Programa los ámbitos de actuación siguientes:

- **Ámbito de atención al paciente:** efectividad clínica y resultados, accesibilidad a los servicios y organización de la atención.
- **Ámbito de utilización de la información:** satisfacción y experiencia de los pacientes, utilización de la información.
- **Ámbito de los profesionales:** investigación, formación y documentación.

- **Ámbito de los recursos y procedimientos:** utilización de recursos y procedimientos, gestión del riesgo clínico

Para todos estos ámbitos se han definido **indicadores y estándares** que permiten establecer en Atención Primaria y Especializada las líneas de actuación del Contrato Programa.

Es importante destacar que el Contrato Programa tiene un **carácter flexible y adaptable** año a año, con la finalidad de avanzar en la consecución y mejora de los objetivos de las Estrategias de Calidad.

Para operativizar el conjunto de criterios de calidad presentados en el anexo 1, es necesario **diseñar y desarrollar indicadores de monitorización**.

El desarrollo de indicadores será realizado por cada uno de los grupos de PCAI, mediante un formato homogéneo (Anexo 2). Una vez propuestos, los indicadores serán discutidos y finalmente establecidos por las Mesas de Calidad.

Siguiendo esta metodología, los criterios de calidad de cada PCAI serán concretados en indicadores, y se incluirán en el Contrato Programa con la calendarización propuesta en el Anexo 1.

*Para cumplir los criterios de calidad planteados se tendrá en cuenta la necesidad de **potenciar sistemas de información** y realizar **actividades de formación y de difusión** que permitan pasar de la planificación de las mejoras a su implantación.*

## **Benchmarking**

La evaluación de los indicadores se realizará a nivel interno mediante el **registro y notificación de los resultados**

**obtenidos** y a nivel externo mediante la **realización de una auditoría externa** de los centros del sistema sanitario asturiano.

Se fomentarán las actividades de comparación de resultados entre los centros propios y con otros centros de características equiparables, con el fin de aprender de los que obtienen mejores resultados y se prevee la organización de jornadas anuales de benchmarking para la presentación de experiencias relacionadas con los objetivos del Contrato Programa.

## 6. Implantación de las Estrategias de Calidad

Uno de los rasgos diferenciales de las presentes Estrategias de Calidad es que adquiere el compromiso de operativizar los tres ejes estratégicos y sus objetivos, para lo que propone un modelo organizativo y un calendario de actuaciones en los próximos cinco años.

### 6.1. Modelo organizativo y elementos para la operativización de las Estrategias de Calidad

El modelo organizativo establece los elementos necesarios para la implantación de los tres ejes estratégicos de la Política de Calidad. Este modelo pivota en los profesionales como agentes principales y en los directivos y profesionales con responsabilidades sobre equipos como articuladores de los tres ejes. Seguidamente se describen las **principales funciones y responsabilidades de los diferentes agentes** de las Estrategias de Calidad:

- **Representantes de los ciudadanos** participarán en las sesiones del Consejo de la Calidad, donde se debatan los principales problemas de calidad. Utilizando metodologías de participación se tendrán en cuenta sus percepciones en todos los ámbitos de actuación de los tres ejes estratégicos.
- La función y responsabilidad principal de los **profesionales** es sin duda proporcionar servicios de calidad a los ciudadanos buscando continuamente vías para su mejora. Su participación en equipos de trabajo será un aspecto fundamental para la gestión de la calidad, tanto en cada uno de los PCAI como en las AMM, en la certificación de servicios como en la acreditación de centros. Los profesionales deben

demostrar un alto nivel de compromiso con los principios de la mejora de la calidad y con los cambios necesarios, además de mantener un espíritu de formación continua para garantizar el nivel científico de sus decisiones basado en evidencias.

- Los **servicios y unidades hospitalarias, Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental y otros servicios del SESPA** tienen que asegurar la calidad de los niveles asistenciales correspondientes o en los grupos de profesionales. Tienen que demostrar el acceso a la formación necesaria para alcanzar los estándares profesionales y los objetivos propuestos en el Contrato Programa. Son responsables de la monitorización de su área específica y de proponer y liderar las mejoras priorizadas. Tienen que establecer y mantener sistemas de información adecuados dentro del equipo y para la coordinación con otros equipos y facilitar el tiempo necesario para la participación de los profesionales en los diferentes grupos de mejora, fomentando la creación de éstos.
- Por otro lado, los **equipos específicos de mejora (PCAI, AMM, Certificación, Acreditación, etc.)** juegan un papel clave en el desarrollo de las Estrategias de Calidad. Los equipos serán específicos en función de los tres ejes estratégicos:

**Grupos de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI).** Se constituirá un grupo para cada uno de los 14 PCAI, con una participación intersectorial e interdisciplinaria de profesionales concedores del PCAI. Cuando sea oportuno se incorporarán a estos grupos los representantes de ciudadanos y/o los ciudadanos afectados por el problema de salud que representa el PCAI (*Figura 6*).

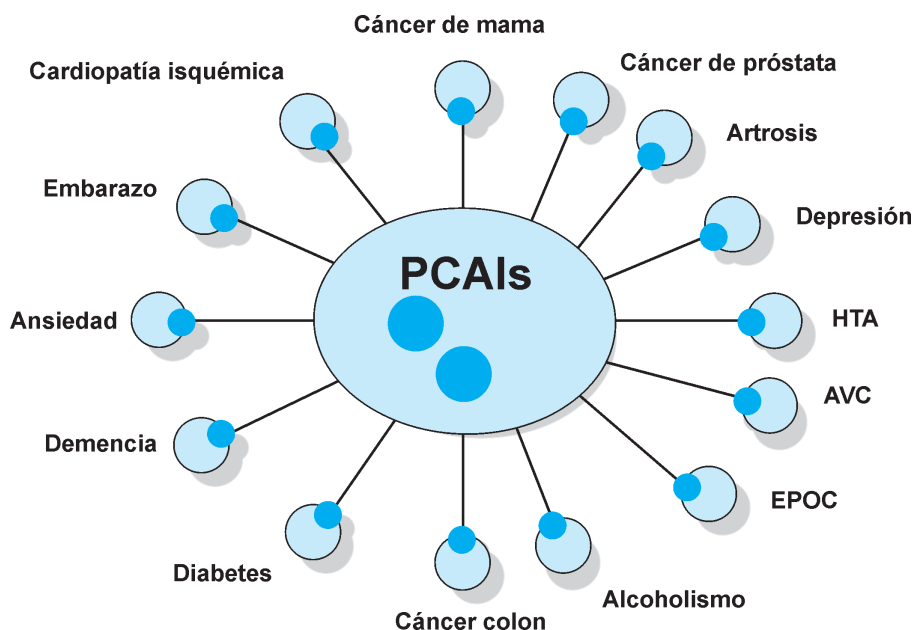


Figura 6. Esquema de composición de los grupos de trabajo en el eje estratégico PCAI

Entre sus funciones principales está la definición de las actividades que conviene desarrollar para cumplir los criterios de calidad que se plantean en el Contrato Programa. En la fase de diseño de las Estrategias de Calidad, los profesionales participantes ya han aportado sugerencias de actividades que pueden servir de referencia para estos grupos.

Además, estos grupos de trabajo desarrollarán el **programa del PCAI**, que incluya elementos como: guías de práctica clínica, vías clínicas y mapas de procesos, diseño de la implantación del programa en Asturias, análisis de los resultados obtenidos y propuesta de mejoras al Consejo de Calidad.

Los criterios de cada PCAI se verán calendarizados en el Contrato Programa y se espera obtener al finalizar el año 2007 un alto grado de integración y calidad en la atención de los

pacientes que se incorporan a los PCAI. Estos grupos tendrán que informar periódicamente a las mesas de calidad y al Consejo de Calidad de la evolución y seguimiento de sus actividades. Cada uno de los grupos tendrá un coordinador con la responsabilidad de dirigir el grupo y de informar al Consejo de Calidad. A la vez en el Consejo de Calidad cada coordinador tendrá un interlocutor para su PCAI.

**Mesas de calidad de atención especializada, atención primaria y salud mental.** Estas Mesas estarán participadas por los directivos y los coordinadores de calidad de cada centro y serán convocadas por la Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias (Figura 7).

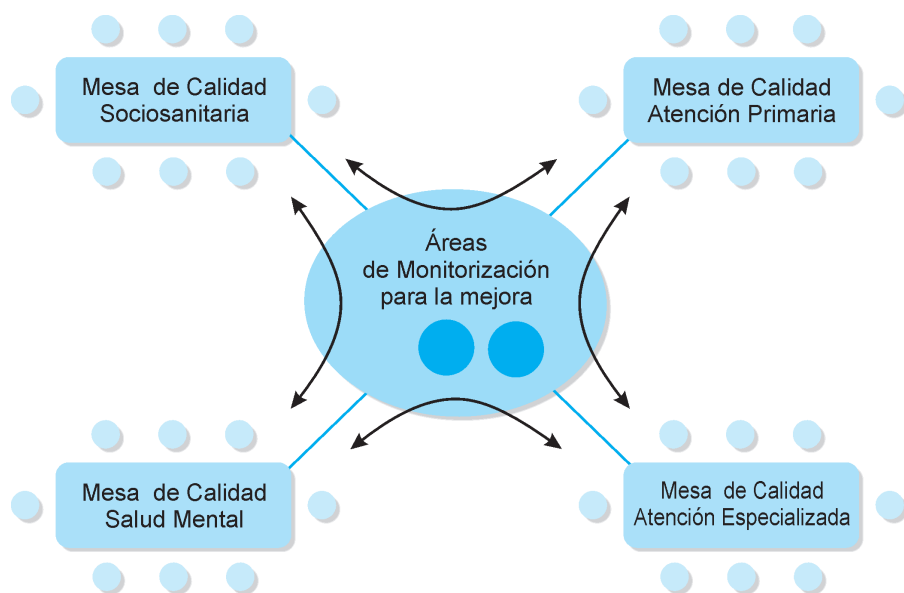


Figura 7. Esquema de composición de las mesas de calidad en el eje estratégico AMM

Estos grupos tendrán como función *gestionar todos los criterios e indicadores del Contrato Programa, haciendo especial énfasis en la implantación de los PCAI a nivel operativo*. Su ámbito de actuación será interniveles e intercentros. Cada mesa representa a un nivel de atención específico y tratará los aspectos de su nivel

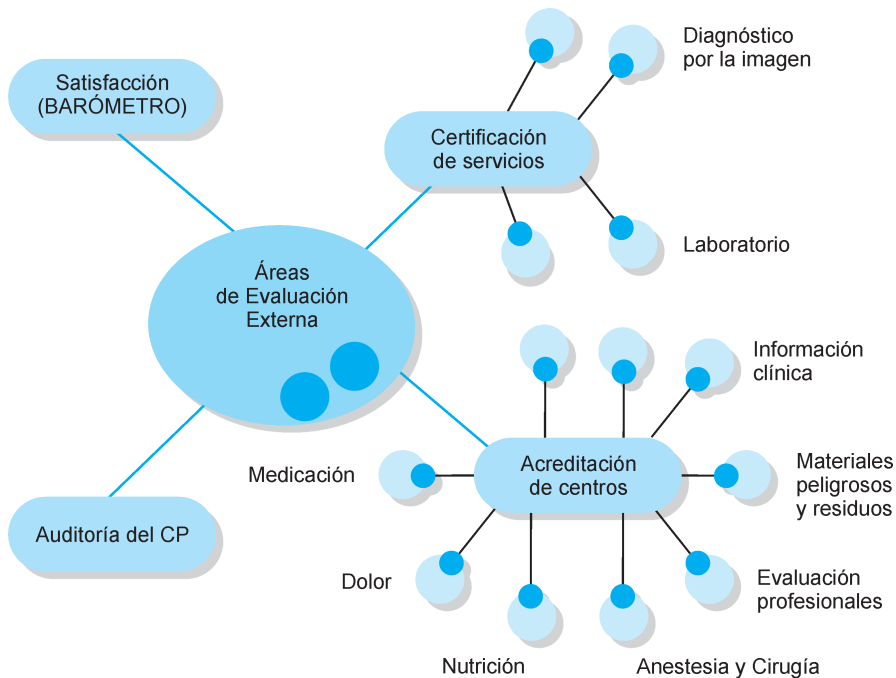


coordinándose con las otras mesas para tratar temas comunes. En este caso lógicamente el acento se pondrá en la coordinación y continuidad asistenciales.

En estas Mesas de Calidad se promoverán actividades de benchmarking de resultados entre organizaciones y con organizaciones externas de similares características.

**Grupos de las áreas de evaluación externa.** Estos grupos tienen un ámbito de aplicación especialmente intracentro y atienden al desarrollo del tercer eje estratégico, especialmente a la certificación de servicios y a la acreditación de centros.

A nivel de cada centro se formará un grupo que coordinará las actividades de los proyectos de acreditación integrados en el modelo de la EFQM (con la creación de diferentes subgrupos organizados por áreas temáticas) y un grupo por cada servicio que realice la certificación por las normas ISO. Todos estos grupos (*Figura 8*) tendrán responsables que coordinarán las



**Figura 8.** Esquema de composición de equipos de trabajo para la certificación y evaluación externa

actividades de los grupos. Eventualmente se formarán grupos de ámbito asturiano para realizar actividades formativas y de desarrollo de los proyectos en las que se compartan experiencias de los diferentes centros.

**Directivos de los diferentes centros:** Proporcionan liderazgo y apoyo a los equipos para la consecución de los objetivos y canalizan los objetivos hacia el ámbito operacional. Supervisan las actividades y los resultados de la calidad en sus respectivos centros, eliminan las barreras para las mejoras y facilitan e incentivan los éxitos. Ayudan a establecer y alinear las prioridades con las propuestas de las Estrategias de Calidad.

**SESPA:** Aplica las Estrategias de Calidad en su ámbito, ejerce el liderazgo que le corresponde en cada área y coordina sus objetivos.

**Consejo de Calidad:** Lo formarán la Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias, la Dirección General de Salud Pública y la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Además formarán parte del mismo los dos responsables-coordinadores de las Mesas de Calidad, los 2 coordinadores de los grupos de PCAI y los 2 coordinadores de los grupos de certificación y evaluación externa .

Su responsabilidad es la de asesorar a los órganos competentes sobre todas las actividades de las Estrategias de Calidad y realizar su seguimiento operativo. Priorizará las estrategias y los objetivos de calidad, estableciendo la calendarización de los mismos y proponiendo los contenidos a reflejar en cada Contrato-Programa. Realizará el seguimiento de los objetivos, analizará las actividades y propondrá los cambios necesarios para ajustar las Estrategias de Calidad y mejorar la factibilidad de su implantación.

**Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias:** Lidera las Estrategias de Calidad de la Administración Sanitaria de Asturias, disponiendo de la visión global y conjunta. Generaliza y lidera la mejora continua de las organizaciones, decidiendo las prioridades y directrices en la aplicación de los objetivos, velando en definitiva por su aplicación y evaluación de sus resultados.

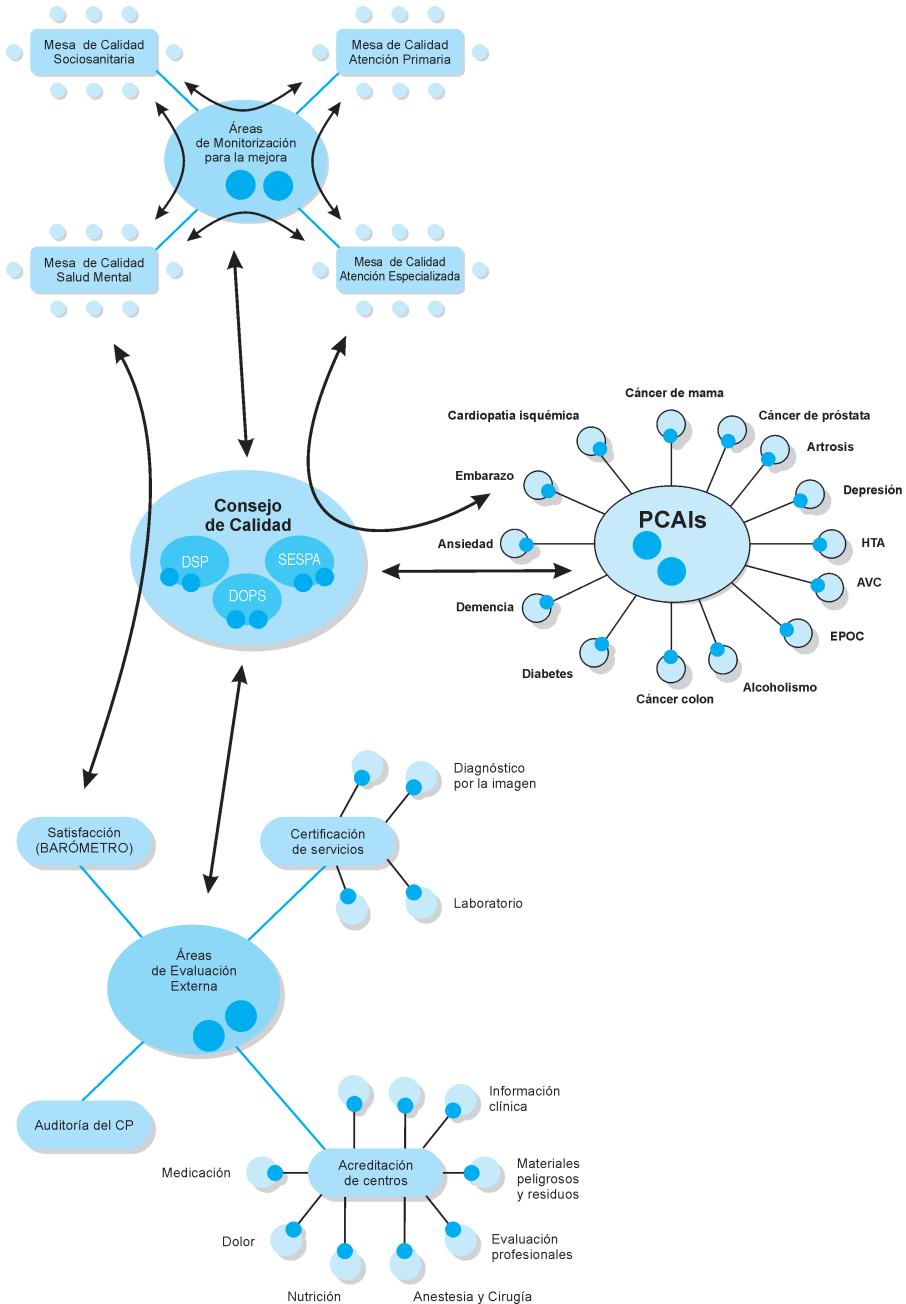
**Consejería de Salud y Servicios Sanitarios:** Aprueba las Estrategias de Calidad cada 5 años y valora su impacto, tanto internamente como externamente y mediático, facilitando y asignando los medios humanos y materiales para su desarrollo y correcta consecución.

En la *Tabla 3* se resumen las principales funciones y responsabilidades de los agentes de implantación de las Estrategias de Calidad.

<b>Agente</b>	<b>Principal función</b>	<b>Responsabilidades</b>
<b>Profesionales</b>	Servicio y atención de calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Buscar vías para mejorar la calidad</i></li> <li>· <i>Participar en los diferentes equipos para gestionar la calidad</i></li> <li>· <i>Demostrar compromiso con los principios de la mejora de la calidad y los cambios necesarios</i></li> </ul>
<b>Servicios y unidades hospitalarios / Equipos de Atención Primaria / Otros servicios</b>	Asegurar la calidad en los niveles correspondientes o en los grupos profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Mantener la formación necesaria para alcanzar los estándares profesionales</i></li> <li>· <i>Monitorización del área específica</i></li> <li>· <i>Proponer y liderar las mejoras priorizadas</i></li> <li>· <i>Establecer y mantener sistemas de información adecuados dentro del equipo y con otros</i></li> <li>· <i>Participar en el desarrollo de equipos interdisciplinarios e intersectoriales</i></li> </ul>
<b>Equipos específicos de mejora (PCAI, AMM, Certificación, Acreditación, etc.)</b>	Mejorar la calidad de la atención desde la perspectiva de los equipos de mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Identificar los objetivos y las actividades de las AMM, que incluyan los PCAI y el CP</i></li> <li>· <i>Diseñar las etapas y los instrumentos necesarios para la implantación de los objetivos</i></li> <li>· <i>Desarrollar programas, guías, vías clínicas y mapas de procesos para desarrollar AMM</i></li> <li>· <i>Analizar los resultados y proponer mejoras</i></li> <li>· <i>Establecer y mantener sistemas de información adecuados dentro del equipo y con otros</i></li> </ul>
<b>Directivos de los diferentes centros</b>	Proporcionan liderazgo y apoyo a los equipos para la consecución de los objetivos de calidad Actúan como “patrocinadores” de los servicios/unidades/EAP/ESM . y de los equipos específicos de mejora Canalizan los objetivos hacia el ámbito operacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Compromiso con la calidad y promueven la mejora continua en toda la Comunidad</i></li> <li>· <i>Supervisan las actividades y los resultados de la calidad en sus centros, eliminan las barreras para las mejoras y facilitan e incentivan.</i></li> <li>· <i>Ayudan a establecer y alinear las prioridades con las propuestas de las Estrategias de Calidad</i></li> </ul>
<b>SESPA</b>	Aplicación de las Estrategias de Calidad en su ámbito respectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Aplicación de las Estrategias de Calidad y su seguimiento</i></li> <li>· <i>Liderazgo en su área respectiva</i></li> <li>· <i>Coordinación de sus objetivos</i></li> </ul>
<b>Consejo de Calidad</b>	Asesora a los órganos competentes sobre las actividades incluidas en las Estrategias de Calidad y hace su seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Priorizar las estrategias y los objetivos de calidad y la calendarización de los mismos</i></li> <li>· <i>Tiene la visión global de las Estrategias de Calidad</i></li> <li>· <i>Hace el seguimiento de los objetivos, analiza las actividades y propone los cambios necesarios para ajustar las Estrategias de Calidad y mejorar la factibilidad de su implantación</i></li> </ul>
<b>Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias.</b>	Lidera las Estrategias de Calidad en Asturias	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Generaliza las Estrategias de Calidad y lidera la mejora continua</i></li> <li>· <i>Decide prioridades y directrices en la aplicación de los objetivos, vela por su aplicación y evalúa sus resultados</i></li> </ul>
<b>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios</b>	Aprueba las Estrategias de Calidad cada cinco años	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Valora el impacto de las Estrategias de Calidad y asigna los medios humanos y materiales para desarrollarlo</i></li> </ul>

**Tabla 3. Resumen de las principales funciones y responsabilidades de los agentes de implantación de las Estrategias de Calidad**

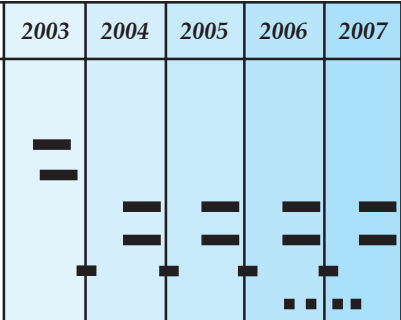
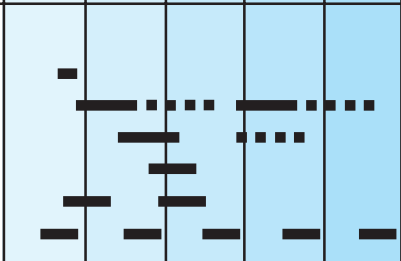
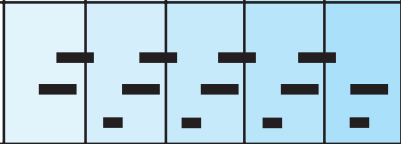
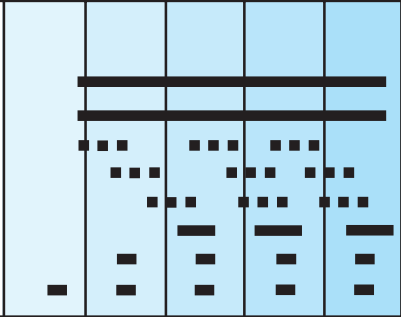
El modelo organizativo y las relaciones que se establecerán entre los principales componentes de las Estrategias de Calidad se muestran en la *Figura 9*.



**Figura 9. Modelo organizativo de implantación: esquema de relaciones**

## 6.2. Agenda de las etapas de implantación

Se desarrollará una agenda completa para la implantación de las Estrategias de Calidad, cuyo apunte provisional de las principales etapas e hitos de consecución se presenta a continuación en la *Tabla 4*.

Actividades a desarrollar	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Actividades generales de la agenda del Consejo de Calidad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Formalización del Consejo</li> <li>· Comunicación de las Estr. de Calidad.</li> <li>· Revisión de las Estrategias de Calidad</li> <li>· Evaluación de las Estr. de Calidad</li> <li>· Comunicación de logros</li> <li>· Diseño de la nueva Estr. de Calidad</li> </ul>					
<b>Grupos de trabajo PCAI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Constitución grupos</li> <li>· Formación tutorizada</li> <li>· Guía de Práctica PCAI</li> <li>· Mapa procesos y diagramas</li> <li>· Objetivos e indicadores</li> <li>· Propuestas al Contrato Programa</li> <li>· Informes de seguimiento</li> </ul>					
<b>Áreas de Monitorización para la Mejora</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Revisión Contrato-Programa</li> <li>· Informes Mesas de Calidad</li> <li>· Jornada de Benchmarking</li> </ul>					
<b>Gestión de la Calidad y Evaluación Externa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Certificaciones ISO</li> <li>· Acreditación JC integrado con EFQM                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación</li> <li>- Visita preliminar</li> <li>- Planes de Mejora y apoyo</li> <li>- Fase de acreditación</li> </ul> </li> <li>· Auditorías del Contrato-Programa</li> <li>· Encuestas de satisfacción</li> </ul>					

**Tabla 4. Agenda provisional de implantación de las Estrategias de Calidad**

## Bibliografía

1. National Health Service. *A first class service: Quality in the new NHS*. 1998.
2. Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington DC. National Academy Press.
3. The National Council on Quality Improvement in Health Care, Denmark. *National Strategy on Quality Improvement in Health Care: Common goals and action plan 2002-2006*.
4. Capital Health. *Bridging the quality gap: A plan to enhance quality throughout capital health. A discussion paper*. September 5, 2002.
5. Thompson A.G.H., Espluga J. y Alonso M. *Participació ciutadana en la provisió de serveis de salut*. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya. 1999.
6. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Dirección General de Ordenación de los Servicios Sanitarios. *Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos*. 2002.
7. The Robert Wood Johnson Foundation National Strategic Indicators Survey (FACCT, Foundation for Accountability). *RWJF Priority and Program Area Performance. Indicators Summary Report*. September 2000.

# Relación de Tablas y Figuras

## Tablas

<b>Tabla 1. Estadios de la condición de salud y dimensiones de la calidad</b> .....	33
<b>Tabla 2. Beneficios y áreas de aplicación de los modelos internacionales de Calidad</b> .....	39
<b>Tabla 3. Resumen de las principales funciones y responsabilidades de los agentes de implantación de las Estrategias de Calidad</b> .....	52
<b>Tabla 4. Agenda provisional de implantación de las Estrategias de Calidad</b> .....	54

## Figuras

<b>Figura 1. Representación de los elementos integradores de las Estrategias de Calidad</b> .....	16
<b>Figura 2. Interacción entre PCAI, sistemas de evaluación y áreas de monitorización para la mejora</b> .....	28
<b>Figura 3. Red profesional interniveles</b> .....	33
<b>Figura 4. Esquema de la complementariedad de los tres sistemas internacionales de calidad</b> .....	38
<b>Figura 5. Etapas del desarrollo del Sistema de Acreditación integrado con el modelo EFQM</b> .....	40
<b>Figura 6. Esquema de composición de los grupos de trabajo en el eje estratégico PCAI</b> .....	47
<b>Figura 7. Esquema de composición de las mesas de calidad en el eje estratégico AMM</b> .....	48
<b>Figura 8. Esquema de composición de equipos de trabajo para la certificación y evaluación externa</b> .....	49
<b>Figura 9. Modelo organizativo de implantación: esquema de relaciones</b> .....	53



**Estrategias de Calidad  
para la Administración Sanitaria  
del Principado de Asturias**

**Anexo N°1**

**Áreas de Monitorización para la  
Mejora  
(Contenidos del Contrato Programa  
2004-2007)**

A continuación se incluye una visión de los contenidos del Contrato Programa, como **instrumento clave para la ejecución de los objetivos de las Estrategias de Calidad 2004-2007**.

En esta relación se recogen de forma **ordenada y por dimensiones de la calidad** (accesibilidad, continuidad, atención centrada en el paciente, efectividad de la práctica, seguridad, uso adecuado de recursos) el actual Contrato Programa de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, e introduce además los **criterios de calidad** de cada uno de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI).

Uno de los rasgos característicos del Contrato Programa es vehicular la consecución progresiva de los objetivos de las Estrategias de Calidad 2003-2007. Para facilitar esta visión, se presenta en este mismo anexo una propuesta de calendarización de los criterios de calidad, en función de su factibilidad y de la facilidad de obtención de los datos necesarios. Esta priorización se expresa según el siguiente código de colores:

 2003-2004       2005       2006-2007

## Accesibilidad y Continuidad de la Atención

2003-2004  
2005  
2006-2007

		2003-2004	2005	2006-2007
<b>Contrato Programa 2003</b>				
	Lista de espera: cirugía programada y CCEE	■		
	Demoras en urgencias	■		
	Cancelación de intervenciones quirúrgicas y consultas externas	■		
	Duración fase diagnóstica cáncer de mama en atención especializada	■		
	Agendas de tipo abierto en APS	■		
<b>PCAI</b>				
<i>Accidente cerebrovascular</i>				
	<i>Ante la aparición sintomatológica de ACV, debe poder facilitarse al paciente un acceso rápido a un equipo de atención multidisciplinario</i>		■	
	<i>La familia y el entorno cuidador del paciente con ACV han de saber identificar escaras y realizar los cambios posturales del paciente</i>		■	
<i>Alcoholismo</i>				
	<i>Los servicios de atención al alcoholismo deben ser conocidos por la población y los profesionales de la salud</i>	■		
	<i>La revisión laboral ha de servir para realizar una detección precoz del alcoholismo en los trabajadores asturianos</i>	■		
<i>Ansiedad</i>				
	<i>Los informes de derivación del paciente con ansiedad han de ser completos y contener unos elementos mínimos de información</i>	■		
	<i>En la historia clínica de los pacientes con ansiedad se harán constar los criterios (DSM IV/CIE 10) que permiten su diagnóstico</i>		■	
<i>Carcinoma de colon</i>				
	<i>Un equipo de cuidados multidisciplinar se coordinará mediante una vía clínica para la atención del paciente con carcinoma colorrectal</i>			■
	<i>La atención primaria y especializada dispondrán de un protocolo conjunto de actuación para el manejo del cáncer de colon y recto</i>			■
	<i>El diagnóstico de carcinoma de colon en un paciente debe poder realizarse en sus estadios más precoces</i>			■
<i>Carcinoma de mama</i>				
	<i>Las mujeres entre 50 y 65 años han de someterse a screening de cáncer de mama</i>	■		
	<i>El intervalo entre el tratamiento quirúrgico del carcinoma de mama y la quimioterapia ha de ser inferior a las 4 semanas</i>	■		
	<i>El intervalo entre el diagnóstico de carcinoma de mama y la cirugía no debe superar los 15 días</i>		■	
	<i>El médico de familia ha de disponer de la máxima información respecto al seguimiento de sus pacientes con cáncer de mama</i>		■	
	<i>El intervalo entre la cirugía en el cáncer de mama y la radioterapia ha de ser como máximo de 8 semanas</i>		■	

	<i>El tiempo desde el 1º signo o síntoma de cáncer de mama (detectado en 1ª consulta) hasta el diagnóstico histológico será menor de 30 días</i>			
	<i>En las mujeres de mayor riesgo de presentar carcinoma de mama se realizará una búsqueda y detección activa</i>			
<b>Carcinoma de próstata</b>				
	<i>Un equipo multidisciplinar se coordinará diseñando y poniendo en marcha una vía clínica en los pacientes con cáncer de próstata</i>			
	<i>El tiempo de acceso al tratamiento quirúrgico de un paciente con diagnóstico de cáncer de próstata será inferior a 2 meses</i>			
	<i>El intervalo entre la sospecha diagnóstica de cáncer de próstata y la primera valoración por atención especializada será el menor posible</i>			
<b>Cardiopatía isquémica</b>				
	<i>La lista de espera de pacientes para realizar pruebas de esfuerzo, cateterismo y consulta externa de Cardiología estará determinada</i>			
	<i>No debe ocurrir ningún caso de exitus entre pacientes con cardiopatía isquémica que estén en espera de consulta o pruebas diagnósticas</i>			
	<i>Los pacientes con cardiopatía isquémica han de poder seguir con un buen control sintomatológico a los 3 meses de su alta hospitalaria</i>			
	<i>Debe facilitarse un acceso adecuado a los pacientes con cardiopatía isquémica a servicios de rehabilitación cardíaca</i>			
<b>Demencia</b>				
	<i>Un equipo multidisciplinar se coordinará mediante una vía clínica interniveles para la atención de pacientes con demencia</i>			
	<i>Los pacientes con deterioro cognitivo deben tener determinada su demora máxima de acceso a la atención especializada</i>			
	<i>Los pacientes con deterioro cognitivo han de ser detectados de forma temprana</i>			
<b>Depresión</b>				
	<i>Los pacientes con diagnóstico de depresión han de disponer de un plan de seguimiento escrito en su historia clínica</i>			
	<i>Los pacientes con depresión deben poder acceder en un máximo de 15 días para una primera visita y en el mismo día en caso de urgencia</i>			
	<i>Los profesionales de atención primaria mantendrán el plan de tratamiento durante el seguimiento de pacientes con depresión</i>			
	<i>En la historia clínica de los pacientes con depresión se harán constar los criterios (DSM IV/CIE 10) que permiten su diagnóstico</i>			
<b>Diabetes mellitus</b>				
	<i>Los pacientes con diabetes mellitus deben poder acceder a la 1ª visita de atención especializada en un plazo máximo de 3 meses</i>			
	<i>El médico especialista redactará un informe de continuidad de todo paciente con diabetes para el seguimiento por la atención primaria</i>			
	<i>Todos los pacientes con diabetes mellitus han de poder realizar una revisión periódica de la patología del pie</i>			
<b>Dolor crónico y artrosis</b>				
	<i>Los pacientes con dolor crónico y artrosis han de poder acceder a la 1ª consulta de Reumatología o Traumatología en menos de 30 días</i>			

	Todo paciente con evaluación del dolor en profundidad ha de disponer de un plan terapéutico específico			
<i>Embarazo, parto y puerperio</i>				
	Toda mujer embarazada ha de tener acceso a la realización de analgesia epidural			
	Los hospitales han de incluir en su oferta de servicio a las mujeres embarazadas la analgesia epidural durante el parto			
	Toda mujer embarazada que recibe analgesia epidural durante el parto debe recibir una monitorización adecuada			
	Los profesionales ofertarán una adecuada educación maternal a toda mujer embarazada			
	Los profesionales que atienden a las madres seguirán estrategias para que éstas mantengan la lactancia materna hasta el año			
	La mujer embarazada ha de recibir una visita puerperal después del parto			
	Las mujeres deben poder acceder a un servicio de atención preconcepcional			
	Una mujer debe conocer y poder acceder a un correcto seguimiento durante los meses de gestación en el nivel asistencial correspondiente			
	Una guía de práctica establecerá el número y momento de las visitas y exploraciones ecográficas de la mujer embarazada			
	La mujer embarazada ha de disponer de acceso a seguimiento de su embarazo en el tiempo oportuno			
	Los profesionales de la salud han de conseguir la asistencia de la mujer embarazada a las sesiones necesarias de educación maternal			
<i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</i>				
	Los fumadores que acuden a la atención primaria deben someterse a una búsqueda de casos para el diagnóstico precoz de EPOC			
	Los equipos asistenciales de distintos niveles se coordinarán mediante una vía clínica para la atención de los pacientes con EPOC			
	Los pacientes con EPOC y sus familiares / cuidadores deben poder acceder a programas de apoyo y atención domiciliaria			
<i>Hipertensión arterial</i>				
	Las consultas dispondrán de aparatos con manguitos de presión arterial para personas obesas y niños			
	Toda persona que realice una 1ª visita en la atención primaria de salud deberá someterse a un control de su presión arterial			
	Los pacientes hipertensos que sean derivados a la atención especializada cumplirán criterios adecuados de derivación			
	Todos los pacientes detectados con hipertensión arterial han de poder realizar un seguimiento adecuado			
	La población laboral deberá someterse a exámenes de presión arterial como mecanismo de detección precoz			
	Los servicios de salud laboral han de informar y derivar a la atención primaria a los pacientes hipertensos detectados			

## Atención centrada en el paciente

2003-2004  
2005  
2006-2007

Contrato Programa 2003			
	Opinión del paciente con respecto a la privacidad y dignidad	■	
	Satisfacción respecto AVD (alimentación, aseo personal)	■	
	Información recibida estando en lista de espera quirúrgica	■	
	Cumplimentación del consentimiento informado	■	
	Reclamaciones contestadas antes de 30 días	■	
PCAI			
<i>Accidente cerebrovascular</i>			
	<i>En el momento del alta, todo paciente con ACV debe recibir información completa sobre su plan y recursos en la comunidad</i>	■	
<i>Alcoholismo</i>			
	<i>Los profesionales de AP han de recibir formación sobre la detección y manejo y derivación de pacientes alcohólicos</i>		■
<i>Carcinoma de colon</i>			
	<i>En la fase terminal de un paciente con carcinoma de colon habrán de determinarse sus necesidades de control de síntomas y dolor</i>	■	
	<i>Los profesionales de la salud han de lograr aumentar la satisfacción con la comunicación en pacientes con carcinoma de colon</i>		■
<i>Carcinoma de mama</i>			
	<i>En la fase terminal de un paciente con carcinoma de mama habrán de determinarse sus necesidades de control de síntomas y dolor</i>		■
	<i>Los pacientes con cáncer de mama han de disponer de una correcta atención psicológica</i>		■
<i>Carcinoma de próstata</i>			
	<i>En la fase terminal de un paciente con carcinoma de próstata habrán de determinarse sus necesidades de control de síntomas y dolor</i>		■
<i>Cardiopatía isquémica</i>			
	<i>Se practicará un electrocardiograma en la fase sintomática a todo pacientes con dolor torácico de probable origen coronario</i>		■
<i>Demencia</i>			
	<i>El profesional de la salud debe observar la calidad de vida del cuidador del paciente con demencia</i>		■
	<i>Los pacientes con demencia deberán poder ser atendidos con medidas no farmacológicas cuando esté indicado</i>		■
<i>Depresión</i>			
	<i>El profesional revisará la tolerancia y el empleo de antidepresivos en un paciente con depresión que abandona el tratamiento</i>		■
<i>Diabetes mellitus</i>			
	<i>Todo paciente diabético debe ser capaz de practicar una técnica correcta de pinchazo en el dedo</i>		■

	<i>Todo paciente diabético ha de disponer de unos objetivos de control individualizados que detalle su cifra de TA, tabaco y Hb glicosilada</i>			
	<i>Los profesionales han de revisar el conocimiento y seguimiento de los consejos de cuidado de los pies en los pacientes diabéticos</i>			
<i>Dolor crónico y artrosis</i>				
	<i>Todo paciente con dolor crónico de tipo artrósico recibirá una educación postural</i>			
	<i>Los pacientes con dolor crónico artrósico han de conocer su problema de salud</i>			
	<i>Los profesionales de la salud han de atender y reducir la limitación funcional que presente un paciente con dolor crónico artrósico</i>			
<i>Embarazo, parto y puerperio</i>				
	<i>Los profesionales han de conocer y mejorar la satisfacción de las madres respecto al trato recibido durante el parto y estancia</i>			
	<i>Toda mujer embarazada debe tener identificado un profesional de la salud responsable de su seguimiento y asistencia</i>			
<i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</i>				
	<i>Los pacientes con EPOC deben recibir una educación sanitaria suficiente</i>			
<i>Hipertensión arterial</i>				
	<i>Los profesionales de atención primaria han de formarse en las guías de manejo de pacientes con hipertensión arterial</i>			

## Efectividad de la práctica

2003-2004  
2005  
2006-2007

<b>Contrato Programa 2003</b>			
	Mortalidad potencialmente evitable		
	Recién nacidos con bajo peso		
	Ingresos hospitalarios tras procedimientos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios		
	Tasa de cesáreas		
	Partos vaginales tras cesárea previa		
	Mortalidad perioperatoria		
	Retornos al servicio de urgencias		
	Ingresos hospitalarios tras readmisión en urgencias		
	Reintervenciones quirúrgicas		
	Reingresos hospitalarios inesperados		
	Estadios diagnósticos iniciales del cáncer de mama		
	Prevalencia de úlceras por presión		
	Aspirina a la llegada al hospital en pacientes con IAM		
	Prescripción aspirina al alta en pacientes con IAM		
	Consejo o acción programada para dejar de fumar en pacientes IAM		
	Prescripción de betabloqueantes al alta en pacientes con IAM		
	Tiempo de respuesta para trombolisis en pacientes con IAM		
	Mortalidad en pacientes con IAM		
	Reingresos hospitalarios por IAM		
	Infección nosocomial en UVI asociada a catéter urinario		
	Infección nosocomial en UVI asociada a vía central		
	Neumonía en UVI asociada a ventilación mecánica		
	Infección nosocomial en unidades de neonatología asociada a catéter central o umbilical		
	Neumonía en neonatología asociada a ventilación mecánica		
	Instrucciones al alta en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC)		
	Consejo o acción programada para dejar de fumar en pacientes IC		
	Cobertura de vacunación de gripe en mayores de 65 años		
	Medición de la tensión arterial como acción preventiva		
	Aspirina en pacientes diagnosticados enfermedad isquémica cardiaca		
	Aspirina en pacientes diagnosticados enfermedad isquémica cerebral		
<b>PCAI</b>			
<i>Accidente cerebrovascular</i>			
	<i>Se ofrecerá a los pacientes con fibrilación auricular tratamiento anticoagulante como prevención del accidente cerebrovascular</i>		
	<i>Los pacientes con ACV ingresados iniciarán una rehabilitación precoz antes de 72 horas con fisioterapia y visita del médico rehabilitador</i>		



<b>Alcoholismo</b>			
	Las personas visitadas en atención primaria con sospecha de alcoholismo tendrán documentado un cribaje para su detección precoz		
	Los pacientes con alcoholismo deben poder observar abstinencia por un período prolongado de más de 5 años		
<b>Carcinoma de colon</b>			
	Los profesionales de la salud recibirán formación sobre el manejo asistencial de los pacientes con carcinoma colorrectal		
	Los profesionales deben definir e investigar las áreas clínicas que más puedan beneficiar a los pacientes con carcinoma de colon		
	Un equipo multidisciplinar se coordinará mediante una vía clínica interniveles para la atención de pacientes con carcinoma de colon		
	El intervalo entre la sospecha de carcinoma de colon (solicitud de colonoscopia) y la realización de la prueba debe ser mínimo		
	El intervalo entre el diagnóstico de carcinoma de colon y el inicio del tratamiento debe ser mínimo		
<b>Carcinoma de mama</b>			
	Los pacientes con cáncer de mama han de poder elevar su tiempo libre de recidiva		
<b>Carcinoma de próstata</b>			
	Los pacientes con carcinoma de próstata han de poder incrementar su calidad de vida		
<b>Cardiopatía isquémica</b>			
	Un equipo multidisciplinar se coordinará mediante una vía clínica interniveles para la atención de pacientes con cardiopatía isquémica		
	Los pacientes con cardiopatía isquémica visitados en atención primaria han de disponer de puntuación de su riesgo cardiovascular		
<b>Depresión</b>			
	Los profesionales emplearán fármacos antidepresivos de coste-efectividad demostrada en los pacientes con depresión		
	Los pacientes con sospecha de depresión deben tener documentada en su historia clínica una evaluación de la esfera socioambiental		
<b>Diabetes mellitus</b>			
	Existirá programa integral de atención al diabético que incluya unos objetivos educativos, actividades y su método de evaluación		
	Un número mínimo de pacientes con diabetes mellitus han de presentar complicaciones por microangiopatía vascular		
	Un número mínimo de pacientes con diabetes mellitus han de desarrollar ceguera		
	Un número mínimo de pacientes con diabetes mellitus presentará amputación de miembros		
	Los pacientes con diabetes deben seguir mayoritariamente el tratamiento prescrito a los 6 meses desde el diagnóstico		
<b>Dolor crónico y artrosis</b>			
	Una guía de práctica consensuada entre niveles establecerá las pautas de tratamiento del dolor en el paciente con dolor crónico		

	<i>Todo paciente con dolor crónico ha de tener documentada en su historia clínica una exploración con detenimiento del dolor</i>			
	<i>Los profesionales habrán de revisar y aumentar el grado de adhesión al tratamiento de los pacientes con dolor crónico</i>			
<i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</i>				
	<i>La incidencia y prevalencia del hábito tabáquico ha de ser mínima en los pacientes con criterios de EPOC</i>			
	<i>Los profesionales de la salud recibirán formación sobre el manejo asistencial y cuidados de los pacientes con EPOC</i>			
	<i>Los profesionales reducirán la variabilidad no deseable en su manejo y seguimiento de los pacientes con EPOC mediante vías clínicas</i>			
<i>Hipertensión arterial</i>				
	<i>Los pacientes con nuevo diagnóstico de hipertensión arterial recibirán tratamiento con b-bloqueantes y/o diuréticos</i>			
	<i>Los pacientes con hipertensión arterial han de disponer de un buen control de su hipertensión</i>			

<b>Contrato Programa 2003</b>			
	Comunicación de errores de medicación	■	
	Notificación de reacciones adversas a medicamentos	■	
<b>PCAI</b>			
<i>Alcoholismo</i>			
	<i>Los pacientes alcohólicos de alto riesgo deberán tener documentada la detección de riesgo de suicidio</i>	■	
<i>Ansiedad</i>			
	<i>Los pacientes con ansiedad que siguen tratamiento ansiolítico han de cumplir con el tiempo de tratamiento prescrito</i>		■
<i>Carcinoma de mama</i>			
	<i>Los profesionales habrán de registrar los errores de tratamiento en la atención a pacientes con carcinoma de mama</i>		■
<i>Carcinoma de próstata</i>			
	<i>Los pacientes con carcinoma de próstata han de presentar un número mínimo de complicaciones precoces (incontinencia e infección)</i>		■
<i>Cardiopatía isquémica</i>			
	<i>Los profesionales han de poder recibir la capacitación continuada necesaria en reanimación cardiopulmonar</i>		■
	<i>Los casos de mortalidad prehospitalaria en los pacientes con cardiopatía isquémica en situación de urgencia vital serán mínimos</i>		■
	<i>Los profesionales deben realizar una búsqueda activa de los pacientes de alto riesgo cardiovascular en la comunidad que atienden</i>		■
<i>Depresión</i>			
	<i>Los pacientes con depresión no deberían presentar ingresos hospitalarios por tentativa de suicidio</i>		■
	<i>Los pacientes con depresión que siguen tratamiento antidepresivo han de cumplir con el tiempo de tratamiento prescrito</i>		■
<i>Dolor crónico y artrosis</i>			
	<i>Los pacientes con dolor crónico artrósico deben poder seguir actividades preventivas del dolor</i>		■
	<i>Los pacientes con dolor crónico y con tratamiento antiálgico han de cumplir la pauta y el tiempo de tratamiento prescrito</i>		■
<i>Hipertensión arterial</i>			
	<i>Todos los esfigmomanómetros de las consultas serán calibrados cada 12 meses</i>		■

## Uso adecuado de recursos

2003-2004  
2005  
2006-2007

<b>Contrato Programa 2003</b>			
	Uso racional medicamento (tanto en APS como especializada)	■	
	Uso racional de recursos (artroplastias, utilización de pruebas)	■	
	Ingresos y estancias inadecuadas	■	
<b>PCAI</b>			
<i>Ansiedad</i>			
	<i>Los pacientes con ansiedad hiperfrecuentadores de la atención primaria han de someterse a una revisión de su esfera emocional</i>	■	
<i>Carcinoma de colon</i>			
	<i>Los profesionales han de revisar la utilización adecuada de la colonoscopia en el manejo de pacientes con carcinoma colorrectal</i>		■
<i>Carcinoma de próstata</i>			
	<i>Los profesionales revisarán la utilización adecuada de PSA en el manejo de pacientes con carcinoma de próstata</i>		■
<i>Cardiopatía isquémica</i>			
	<i>Los pacientes con cardiopatía isquémica deben recibir una atención correcta en urgencias</i>		■
<i>Depresión</i>			
	<i>Los profesionales seguirán los motivos de continuidad de la incapacidad laboral en personas con depresión</i>	■	
<i>Diabetes mellitus</i>			
	<i>Los pacientes diabéticos dispondrán de un mayor número de visitas programadas en su centro de salud</i>		■
<i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</i>			
	<i>Los pacientes con EPOC deberán poder atender un programa de rehabilitación respiratoria</i>		■

## Otros

2003-2004  
2005  
2006-2007

<b>Contrato Programa 2003</b>			
	Formación e Investigación	■	
	Documentación y sistemas de información	■	

**Estrategias de Calidad  
para la Administración Sanitaria  
del Principado de Asturias**

**Anexo N°2**

**Desarrollo de Indicadores  
para los criterios de calidad del  
Contrato Programa 2004-2007**

Para operativizar el conjunto de criterios de calidad presentados en el anexo 1, es necesario **diseñar y desarrollar indicadores de monitorización**.

El desarrollo de indicadores será realizado por cada uno de los grupos de PCAI, mediante un formato homogéneo, que incluirá los siguientes apartados:

Apartados	Explicación
<i>Indicador</i>	Nombre del indicador
<i>ID</i>	Nº de referencia del indicador
<i>Grupo</i>	Grupo de indicadores en que se encuadra (dimensión de la calidad)
<i>Subgrupo</i>	Subclase dentro del grupo, en su caso
<i>Ámbito</i>	Ámbito al que pertenece, conforme a la estructura del PMCAS
<i>Área</i>	Área, dentro del ámbito, en la que se sitúa conforme al PMCAS
<i>Línea estratégica</i>	Principal línea estratégica del PMCAS con la que relaciona
<i>Objetivo operativo</i>	Objetivo del PMCAS que se adscribe
<i>Tipo de medida</i>	Aspecto que mide (estructura, proceso, resultado)
<i>Comentario</i>	Qué es lo que quiere medir y justificación del por qué
<i>Descripción</i>	Detalle de lo que mide el indicador
<i>Tipo de estudio</i>	Diseño del estudio
<i>Fuente</i>	De dónde pueden obtenerse los datos
<i>Variables</i>	Atributo, fenómeno o hecho que pueda tener diferentes valores
<i>Población</i>	Características de selección de la muestra a analizar
<i>Numerador</i>	Casos analizados en los que se presenta la condición a medir
<i>Denominador</i>	Casos analizados
<i>Fórmula</i>	Relación entre numerador y denominador
<i>Estándar</i>	Condición basal del indicador
<i>Evaluación de mejora</i>	Tendencia del indicador considerada como favorable
<i>Nivel de mejora</i>	Escala en que se mide la mejora
<i>Información adicional</i>	Aclaraciones o partes del documento en donde se puede ampliar información o aspectos técnicos
<i>Referencias</i>	Citas bibliográficas

Siguiendo esta metodología, los criterios de calidad de cada PCAI serán concretados en indicadores, y se incluirán en el Contrato Programa con la calendarización propuesta en el Anexo 1.

A modo de ejemplo, se presentan a continuación 3 indicadores desarrollados en el Contrato Programa 2003.

### *Duración de la fase diagnóstica del cáncer de mama en atención especializada*

<b>ID</b>	AC_5
Ámbito	Atención al paciente
Área	Accesibilidad a los servicios
Línea estratégica	(4) Garantizar que la agilidad y capacidad de respuesta de las organizaciones no suponga un menoscabo, empeoramiento o agravamiento del estado de salud del paciente
Objetivo operativo	(3) Mejora de los tiempos de respuesta de la organización en las diferentes fases de la atención: acortamiento de las esperas en el acceso, de los retrasos en la atención y de las demoras en los procesos relacionados con la asistencia
Tipo de medida	Resultado
Comentario	El período que transcurre entre la sospecha inicial de patologías neoplásicas malignas y la confirmación diagnóstica es primordial. De su prontitud o tardanza depende el inicio del tratamiento y en algunos casos hasta la actitud terapéutica a seguir. En el caso del cáncer de mama, por su frecuencia y posibilidades de supervivencia con tratamiento precoz, adquiere especial importancia. Con este indicador se pretende evaluar una de las fases del proceso de atención del cáncer de mama, concretamente la que comprende el intervalo primer contacto -confirmación en atención especializada
Descripción	Promedio de tiempo transcurrido entre la primera consulta en atención especializada y la confirmación diagnóstica de cáncer de mama
Tipo de estudio	Retrospectivo
Fuente	Sistema de Información
Variables	Pacientes con Ca Mama. Tiempo invertido
Población	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con Ca Mama: Casos nuevos de ca de mama diagnosticados en el período analizado</li> <li>• Tiempo invertido: Período, en días, entre la fecha de primera consulta en atención especializada por sospecha de Ca de Mama y la fecha de la confirmación diagnóstica (fecha de emisión del informe anatomopatológico)</li> </ul>
Numerador	Sumatorio de tiempos invertidos.

Denominador	Total de pacientes diagnosticadas de Cáncer de Mama
Fórmula	Numerador / denominador
Estándar	Promedio regional y otras fuentes documentales
Evaluación de mejora	Disminución del ratio.
Nivel de mejora	Nivel A: < p 25 Nivel B: p 25 - p 75 Nivel C: > p 75
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bernal M, Gómez FJ, Gómez GJ. Tiempos de demora en el diagnóstico del cáncer. Aten Primaria 2001; 27: 79-85</li> <li>• Fernández-Hidalgo JM, López-Muñiz C, Ponomar E, Olmo T. Relación de la atención primaria con la especializada en un programa de detección precoz del cáncer de mama realizado desde un hospital comarcal. Radiología 1998; 40 (9): 599-605</li> <li>• Natal C, Calcuya M, Banciella G. Evaluación de la asistencia hospitalaria de cáncer de mama en Asturias. Rev Calidad Asistencial 2000;15:335-40.</li> <li>• Nosarti C, Crayford T, Roberts JV, Elias E, McKenzie K, David AS. Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic: patient and system factors. Br J Cancer 2000; 82 (3): 742-745</li> <li>• Pérez F, Guillén JJ, González R, López A, Creón G, Luna P, Valcárcel MJ. Control de los tiempos hasta el tratamiento en mujeres del Programa de Prevención del Cáncer de Mama de la Región de Murcia. Rev Calidad Asistencial 2000;15:316-21</li> <li>• Richards MA, Smith P, Ramírez AJ, Fentiman IS, Rubens RD. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. Br J Cancer 1999;79:858-64</li> <li>• Soriano P, Vicente F, Ferrer JV, Blázquez L, Íñigo JJ, Herrera J, Lera JM. Demora diagnóstica y criterios de calidad en una Unidad de Patología Mamaria. Rev. Senología y Patol. Mam., 1998; 11 (2): 71-76</li> <li>• Torres M, Escobar A, López A, Rodrigo I, Gala E, Dotor M. Modelo de gestión integral multidisciplinario de unidad de mama. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:50-8</li> </ul>



## INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

### *Prescripción de aspirina al alta en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM)*

ID	IAM_2
Ámbito	Atención al paciente
Área	Efectividad clínica y resultados
Línea estratégica	(2) Reforzar la fiabilidad del sistema asistencial para el paciente, asegurando el uso apropiado de los servicios sanitarios mediante la evaluación y mejora de la efectividad y eficiencia de la práctica clínica, evitando la sobreutilización, infrautilización y mala utilización de los recursos disponibles
Objetivo operativo	(1) Evaluación y mejora de la efectividad de la práctica clínica y de los resultados en el conjunto de la población
Tipo de medida	Proceso
Comentario	La toma de aspirina durante un período largo de tiempo después de IAM confiere significativa reducción de mortalidad, reinfarcto no fatal e ictus no fatal
Descripción	Pacientes con IAM, sin contraindicaciones para aspirina a quienes se les prescribe aspirina al alta hospitalaria
Tipo de estudio	Retrospectivo
Fuente	CMBD fichero de hospitalización. Revisión de casos
Variables	Pacientes con IAM. Edad. Circunstancias al alta. Contraindicaciones a aspirina
Población	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacientes con IAM: Altas del CMBD de hospitalización con diagnóstico principal igual a uno de los códigos CIE-9-MC incluidos en el Anexo 10</li><li>• Edad: igual o mayor a 18 años</li><li>• Circunstancias al alta: Cualquier motivo de alta excepto traslados a otro centro de agudos, altas voluntarias y éxitus</li><li>• Aspirina: Especialidades farmacéuticas que contienen ácido acetilsalicílico (Apéndice 11)</li><li>• Contraindicaciones a aspirina: Cualquier contraindicación (alergia, sangrado, etc.) debidamente documentada en el historial clínico</li></ul>
Numerador	Pacientes a los que se les prescribe aspirina al alta hospitalaria

Denominador	Pacientes con IAM sin contraindicaciones para aspirina
Fórmula	Numerador * 100 / denominador
Estándar	Promedio regional y otras fuentes documentales
Evaluación de mejora	Incremento del ratio
Nivel de mejora	Nivel A: < p 75 Nivel B: p 75 - p 50 Nivel C: > p 50
Información adicional	Anexo 10 y 11 Códigos del CMBD motivos de alta excluidos (Anexo 1): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traslados a otro centro de agudos (campo TIPALT igual a 2)</li> <li>• Altas voluntarias (campo TIPALT igual a 3)</li> <li>• Éxitus (campo TIPALT igual a 4)</li> </ul>
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1999 update: ACC/ AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction: Executive Summary and Recommendations: A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). <i>Circulation</i> 1999 ;100(9):1016-30. Disponible en: <a href="http://www.acc.org/clinical/guidelines">http://www.acc.org/clinical/guidelines</a> and <a href="http://www.americanheart.org">http://www.americanheart.org</a></li> <li>• Arósa F, Loma-Osorio A, Bosch X, González J, López L, Marrugat J, Pabón P, Palenciag M, Wornerrh F en nombre de los investigadores del registro RISC. Manejo del infarto de miocardio en España (1995-99). Datos del registro de infartos de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias (RISC) de la Sociedad Española de Cardiología. <i>Rev Esp Cardiol</i> 2001; 54: 1033-1040</li> <li>• Cabadés A, López-Bescós L, Arósa F, Loma-Osorio A, Bosch X, Pabón P, Marrugat J en representación de los investigadores del estudio PRIAMHO. Variabilidad en el manejo y pronóstico a corto y medio plazo del infarto de miocardio en España: el estudio PRIAMHO. <i>Rev Esp Cardiol</i> 1999; 52: 767-775</li> <li>• De Velasco JA, Cosin J, Lopez-Sendon JL, De Teresa E, De Oya M, Sellers G. Nuevos datos sobre la prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Resultados del estudio PREVESE II. <i>Rev Esp Cardiol</i>. 2002 ;55(8):801-9</li> <li>• De Velasco JA, Llargués E, Fitó R, Salac J, Del Ríod A, De los Arcos E, Llamas A y grupo de Investigadores del Programa de Cuidado Coronario Continuado (3C). Prevalencia de los factores de riesgo y</li> </ul>

tratamiento farmacológico al alta hospitalaria en el paciente coronario. Resultados de un registro multicéntrico nacional (Programa 3C). Rev Esp Cardiol 2001; 54: 159-168

- Harstall C. Technologies used for managing and preventing acute myocardial infarction: a Health Technology Brief. AHFMR Health Technology Brief. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 1998

- Heras M et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Recomendaciones para el uso del tratamiento antitrombótico en cardiología. Rev Esp Cardiol 1999;52:801-820

- Measuring and improving quality of care: a report from the American Heart Association/American College of Cardiology First Scientific Forum on Assessment of Healthcare Quality in Cardiovascular Disease and Stroke. Circulation. 2000;101(12):1483-93

- NHS Centre for Reviews and Dissemination. Aspirin and myocardial infarction. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1995:4.

- Plan Integral de Servicios para la Enfermedad Coronaria. Department of Health del Reino Unido. Traducción Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001

- Stafford RS. Aspirin Use Is Low Among United States Outpatients With Coronary Artery Disease. Circulation 2000;101:1097-1101  
<http://www.circulationaha.org>



## ACTIVIDADES PREVENTIVAS

### *Cobertura de vacunación de gripe en mayores de 65 años*

<b>ID</b>	<b>AP_2</b>
Ámbito	Atención al paciente
Área	Efectividad clínica y resultados
Línea estratégica	(2) Reforzar la fiabilidad del sistema asistencial para el paciente, asegurando el uso apropiado de los servicios sanitarios mediante la evaluación y mejora de la efectividad y eficiencia de la práctica clínica, evitando la sobreutilización, infrautilización y mala utilización de los recursos disponibles
Objetivo operativo	(1) Evaluación y mejora de la efectividad de la práctica clínica y de los resultados en el conjunto de la población
Tipo de medida	Proceso
Comentario	Según los CDC, las complicaciones relacionadas con la gripe causan más muertes que cualquier otra enfermedad prevenible con una vacuna. En España se estiman la mortalidad en mayores de 65 años entre 30-150 muertes/100.000 individuos a la que se sumaría la debida a patologías exacerbadas por la enfermedad. Frente a estas cifras se encuentran las relacionadas con la vacunación (reducción del 56% de la infección respiratoria, de un 53% de la neumonía, del 50% en la hospitalización y del 68% en la mortalidad, así como del 34-44% de las visitas médicas, del 32-45% en los días de trabajo perdidos y del 25% del consumo de antibióticos). Aún así, las tasas de vacunación en personas mayores de 65 años no superan el 70% de la población general con grandes desigualdades territoriales entre Comunidades Autónomas, a pesar de que forman parte del grupo de personas de alto riesgo. Por tanto, las estrategias de vacunación frente a la gripe deben ser consideradas prioritarias especialmente en este colectivo
Descripción	Tasa de cobertura de vacunación frente a la gripe en mayores de 65 años
Tipo de estudio	Retrospectivo

Fuente	Sistema de Información Atención Primaria. OMI-AP. OMI-EST. OMI-AD
VARIABLES	Vacunaciones. Población de riesgo
Población	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunaciones: Personas mayores de 65 años que tengan registro de la administración de la vacuna frente a la gripe</li> <li>• Población de riesgo: Población adscrita mayor de 65 años</li> </ul>
Numerador	Total de vacunaciones
Denominador	Población de riesgo
Fórmula	Numerador * 100 / denominador
Estándar	Promedio regional y otras fuentes documentales
Evaluación de mejora	Incremento del ratio
Nivel de mejora	<p>Nivel A: &gt; p 75</p> <p>Nivel B: p 75 - p 50</p> <p>Nivel C: &lt; p 50</p>
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CDC. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). MMWR 2002;51(No. RR-02):1-36.</li> <li>• CDC. Influenza and pneumococcal vaccination levels among adults aged &gt;65 years – United States, 2001. MMWR 2002;51(45): 1019-1024</li> <li>• CDC. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2002;51(No. RR-03): 1-31</li> <li>• Farjas P, Zubizarreta R, Rego E, Taboada JA, Paz J. Indicadores de resultados de los programas de vacunaciones: coberturas vacunales. Vacunas 2001; 02: 158-163</li> <li>• Farjas P. Coberturas vacunales antigripales. Vacunas 2001; 02: 127-129</li> <li>• Mato G, Mariano A, Rodríguez G, Fereres J. Virus de la gripe y virus respiratorio sincitial: estrategias de inmunización activa. Aten Primaria 2002;30(4):243-247</li> <li>• McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. BMJ 1998; 317: 1354-60</li> <li>• NHS Performance Indicators Primary Care Organisations 2001/02. National Health Service. Department of Health, July 2002</li> <li>• Pareja A, Álvarez MJ, Batalla C, Comín E, Gómez JJ, Mayer MA, Niño V, Piñeiro R. Prevención de las enfermedades infecciosas. Grupos de expertos del PAPPs. Aten Primaria 2001; 28 (2): 72-95</li> </ul>

- Puig-Barberà J, Ors P, Vilches C, Lloria F por el Grupo para el Estudio del Impacto de Diversas Actividades en la Cobertura Vacunal (GEDAC). Impacto de distintas estrategias en las tasas de vacunación antigripal en ancianos. Aten Primaria 1999;23:339-45
- WHO. Programa Mundial de la OMS contra la Gripe. Agenda Mundial sobre Vigilancia y Control de la Gripe. Actividades prioritarias y medidas clave para reducir la morbilidad y la mortalidad provocadas por las epidemias anuales de gripe y promover la preparación para la próxima pandemia.  
[http://www.who.int/emc/diseases/flu/global\\_agenda\\_report/contenido1.htm](http://www.who.int/emc/diseases/flu/global_agenda_report/contenido1.htm)





## Agradecimientos

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios quiere expresar su más sincero agradecimiento a todas las personas que han participado en la elaboración de estas Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del Principado de Asturias, especialmente a los ciudadanos y ciudadanas de los grupos focales por enriquecer estas Estrategias con su visión de la realidad y sus aportaciones sobre como mejorar. Igualmente a todos los profesionales del sistema porque aunque no hayan podido estar operativamente en los grupos de trabajo, nos han prestado su apoyo y colaboración de múltiples formas y maneras.

### Participantes en grupos y comités

<i>Alegre Mateo, Raquel</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Alonso Díaz, Amalio</i>	SESPA
<i>Alonso Fernández, Marta</i>	Fundación Avedis Donabedian
<i>Alonso Fernández, Ovidio</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Alonso López, Ana Isabel</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Alonso Pérez, Fernando</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Álvarez Cosme, Artemio</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Álvarez del Solar, Mercedes</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Álvarez Guisasola, Fernando</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Aparicio Basuri, Víctor</i>	Hospital de Jove
<i>Arbesú Prieto, José</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Arbizu Rodríguez, Ricardo</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Arce García, Clavel</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Bañeres Amella, Joaquim</i>	Fundación Avedis Donabedian
<i>Barrales Álvarez, Vicente</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Belderraín Belderraín, Pablo</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Bobis Rodríguez, Mari Luz</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Boix Pallarés, Pedro</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Bruno Bárcena, Julio</i>	SESPA
<i>Cabal García, Alberto</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Caicoya Gómez-Morán, Martín</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Candás Collado, Balbina</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Cándena Arroyo, Mercedes</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Cañada Martínez, Álvaro</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Casariego Pola, Francisco</i>	Instituto de Enseñanza Secundaria de Gijón
<i>Castaño Barrueta, Carlos</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Castaño Fernández, Gloria</i>	SESPA Atención Especializada

<i>Cimas Hernando, Enrique</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Cores Espiñeira, Manuel</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Cossent Aguinaco, Luis</i>	Hospital de la Cruz Roja de Gijón
<i>Cossío Rodríguez, Inés</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Cuetos Álvarez, Joaquín</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Díaz Álvarez, Gonzalo</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Díaz Argüello, Manuel Angel</i>	Hospital de Jove
<i>Díaz Palacios, Elena</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Dos Santos Bernardo, Víctor</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Eguiagaray García, Margarita</i>	SESPA Salud Mental
<i>Espín Fernández, Mariano</i>	SESPA Salud Mental
<i>Espluga Trenc, Josep</i>	Fundación Avedis Donabedian
<i>Esteban González, Emilio</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Estrada Miguez, M<sup>a</sup> Antonia</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Fernández Barriales, Lorenzo</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Fernández Benítez, Carlos J</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Fernández Díaz, Julia</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Fernández Fernández, Antonio</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Fernández Fernández, Eduardo</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Fernández Fidalgo, Delia</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Fernández González, Bernabé</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Fernández López, M<sup>a</sup> Luz</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Fernández Muñoz, Paloma</i>	SESPA
<i>Fernández Rodríguez, Isabel</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Fernández Rodríguez, José María</i>	SESPA Salud Mental
<i>Ferre Tarrés, Joan</i>	Fundación Avedis Donabedian
<i>Forastepi Roza, Ramón</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Fresno Forcelledo, Manuel Florentino</i>	SESPA Atención Especializada
<i>García Álvarez, Flor</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>García Beovides, M<sup>a</sup> Teresa</i>	SESPA Atención Especializada
<i>García Clemente, Marta</i>	SESPA Atención Especializada
<i>García de Barros, Minerva</i>	SESPA Atención Primaria
<i>García González, Elena</i>	SESPA Atención Primaria
<i>García Solar, Francisco J</i>	SESPA Atención Especializada
<i>García Tardón, Susana</i>	SESPA Salud Mental
<i>García Velasco, Guillermo</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>García Villa, Carmen</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Gómez Álvarez, Ángel</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Gómez Castro, María José</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Gómez Simón, Manuel</i>	SESPA Salud Mental
<i>González García, Marta</i>	SESPA Atención Primaria
<i>González Pineda, Ángeles</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Gorostidi Pérez, Juan</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Gracia Marco, José Manuel</i>	SESPA Atención Especializada

<i>Granero Tarancón, José</i>	Hospital Grande Covián
<i>Guerediaga Madariaga, Javier</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Guerrero Iturralde, Alfredo</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Gutiérrez Cienfuegos, Eduardo</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Herrera Pérez de Villar, Julio</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Hevia Fernández, José</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Hurtado Álvarez, Pilar</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Ibáñez Gómez, Jesús</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Iglesias Rivero, Rosa</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Iglesias Sanmartín, José Manuel</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Ildefonso Cienfuegos, Concepción</i>	Hospital Grande Covián
<i>Jiménez Álvarez, Miguel</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Jiménez Lacave, Angel</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Juan Rijo, Germán</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Lago García, Carmen</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Llaneza Llaneza, Juan</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Lolo Moro, Amparo</i>	SESPA Atención Primaria
<i>López García, Nuria</i>	SESPA Atención Primaria
<i>López Muñiz, Alfonso</i>	Universidad de Oviedo - Facultad de Medicina
<i>López Rivas, Laureano</i>	SESPA Atención Especializada
<i>López Vázquez, Angel</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Martínez Argüelles, Begoña</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Martínez Estrada, Ernesto</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Martínez González, Pilar</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Martínez Rodríguez, Carmen</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Martínez Suárez, M<sup>a</sup> Ángeles</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Meana Meana, Andrés</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Menéndez Piquero, Manuel Angel</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Menéndez Rodríguez, Primitiva</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Mier Lobato, Lorenzo</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Moreno Vela, Joaquín</i>	SESPA Salud Mental
<i>Morís de la Tassa, Joaquín</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Muñiz Bargados, Sierra</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Muñiz Díaz, Mayayu</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Muñiz Fernández, Amor</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Navarro Izquierdo, Ricardo</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Noriega Morán, Marisa</i>	SESPA Salud Mental
<i>Nuño Gutiérrez, Mercedes</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Olaquenaga Fuertes, Elena</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Ortiz Fuente, Juan</i>	SESPA
<i>Paredes Ojanguren, Begoña</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Payá Martínez, Begoña</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Pérez Fernández, Javier</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Pinto Llona, Carlos</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

<i>Prada Gómez, Pedro</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Prieto Díaz, Miguel Ángel</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Quirós García, José Ramón</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Rayón Suárez, Consuelo</i>	SESPA
<i>Redondo Rodríguez, Rocío</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Redondo Torres, Gabriel</i>	SESPA
<i>Riera Velasco, José Ramón</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Rigueira García, Ana Isabel</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Roces González, Ángeles</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Rodríguez Pérez, Montserrat</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Rodríguez-Arias, Juan Ignacio</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Rubiera López, Gerardo</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Rubio Otero, Carmen</i>	SESPA Salud Mental
<i>Ruiz Herrera, Elena</i>	SESPA Salud Mental
<i>San Cristobal Velasco, Esther</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Sánchez Carrio, Ana</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Sánchez Fernández, Manuel</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Sánchez Fernández, Rosario</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Sánchez Gutiérrez, Ana Esther</i>	SESPA Salud Mental
<i>Sánchez Nuñez, M<sup>a</sup> Luisa</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Santiago Moriana, Olivia</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Sastre Gervás, Isabel</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Sevilla Pérez, Francisco</i>	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
<i>Suárez Carcedo, Loreto</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Suárez González, Adolfo</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Suárez Reguera, Aurora</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Suñol Sala, Rosa</i>	Fundación Avedis Donabedian
<i>Tejada Barrigón, Fernando</i>	Hospital Grande Covián
<i>Torre Alonso, Juan Carlos</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Ureña Vilar dell, Victoria</i>	Fundación Avedis Donabedian
<i>Valledor Méndez, Manuel</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Vallina Alonso, Ana</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Vázquez de Prada, Ignacio</i>	SESPA Atención Primaria
<i>Vieitez de Prado, José María</i>	SESPA Atención Especializada
<i>Virgala Tejero, Paloma</i>	SESPA Atención Primaria