

Curso 1993/94
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS

MARÍA TERESA MARCO GARCÍA

**Implementación y seguimiento
de un programa de monitorización
de calidad en Atención Primaria**

Directores
ANTONIO SIERRA LÓPEZ
ANTONIO CABRERA DE LEÓN



SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS
Serie Tesis Doctorales

A mis padres.

AGRADECIMIENTOS:

Al Prof. D. Antonio Sierra López, por su magnífica dirección que ha permitido la conclusión de esta tesis.

Al Dr. D. Antonio Cabrera de León, por su amistad, constancia e inestimable aportación científica, que hicieron posible el desarrollo y culminación del presente trabajo.

Al Dr. D. Antonio Torres Lana, por su sincera amistad y colaboración en los momentos más difíciles.

A la Dra. D. Delia Almeida González, por su apoyo y consideración en todo momento.

A la Dra. D. Lina Inmaculada Pérez Méndez por su participación en este proyecto.

A las matronas Dña. Célida González González y Dña. Asunción González Ramos por su entusiasmo y colaboración en la recogida de los datos.

A todo el personal de los Centros donde se ha llevado a cabo el proyecto, sin cuya contribución no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

Volumen 1

I INTRODUCCION

I.A ANTECEDENTES

I.0. El concepto de Garantía de Calidad.....	pág 1
I.1. Antecedentes históricos.....	pág 12
1.2. Componentes y dimensiones de la calidad.....	pág 18
I.3. Definición de términos.....	pág 29
I.4. El ciclo evaluativo.....	pág 34
I.5. Métodos de evaluación.....	pág 42
a) Audit con criterios implícitos.....	pág 42
b) Audit con criterios explícitos.....	pág 44
c) Mapas de criterios.....	pág 45
d) Contabilidad de salud.....	pág 45
e) Método basado en los resultados del problema.....	pág 47
f) Sistema de Garantía de calidad integral.....	pág 50
g) Evaluación de la calidad basada en la población.....	pág 52
I.6. Fuentes de datos para la evaluación de la calidad.....	pág 53
I.7. Garantía de calidad en Atención Primaria.....	pág 54
I.B. OBJETIVOS.....	pág 69

II MATERIAL Y MÉTODO.....pág 72

Indicador 1:
Niños susceptibles de vacunación y correcta-
mente vacunados, atendidos por el EAP.....pág 101

Indicador 2:
Registro de los antecedentes perinatales en
los niños atendidos en el Centro de Salud.....pág 108

Indicador 3:
Registro en la historia de la presencia o
ausencia de metrorragias en mujeres
post-menopáusicas.....pág 115

Indicador 4:
Embarazadas que se controlan en el primer
trimestre de gestación, sobre todas las
incluidas en el programa de control de
gestación.....pág 122

Indicador 5:	
Mujeres gestantes menores de 18 años o mayores de 40, que pertenezcan al EAP.....	pág 129
Indicador 6:	
Correcta cumplimentación de datos en la historia según el protocolo de atención a la gestante.....	pág 136
Indicador 7:	
Pacientes diabéticos en seguimiento en el Centro que tengan Hb A1 menor del 8% en tres determinaciones anuales.....	pág 143
Indicador 8:	
Pacientes diabéticos en seguimiento en el Centro que tengan realizado un fondo de ojo anual.....	pág 150
Indicador 9:	
Pacientes hipertensos controlados en el Centro que tengan tres o más determinaciones de la Tensión Arterial anuales.....	pág 157
Indicador 10:	
Registro en la historia clínica de la actividad desarrollada en la visita domiciliaria.....	pág 164
Indicador 11:	
Existencia del programa de enfermedades crónicas con fácil identificación de los casos historiadados.....	pág 171
Indicador 12:	
Horas de formación continuada impartidas por cada profesional sanitario del EAP, sobre horas docentes.....	pág 178
Indicador 13:	
Horas de formación continuada recibidas por el EAP, sobre horas laborales.....	pág 185
Indicador 14:	
Existencia de algún sistema de vigilancia epidemiológica (EDO) correctamente confeccionado..	pág 192

Indicador 15:
Registro en la historia clínica de las defunciones en pacientes asistidos por el EAP..pág 199

Indicador 16:
Tiempo dedicado a cada paciente en la consulta médica a demanda.....pág 206

Indicador 17:
Pacientes citados (cita previa) que tienen historia clínica al empezar la consulta.....pág 213

Indicador 18:
Existencia en la historia clínica de la hoja de listado de problemas fundamentales actualizada en las historias clínicas del EAP..pág 220

****-----** VOLUMEN II **-----****

Indicador 19:
Registro en la historia clínica del peso y la talla con sucesivos controles de peso cada 4 años en pacientes atendidos en el EAP.....pág 227

Indicador 20:
Pacientes con correcto registro en la historia clínica del consumo de alcohol.....pág 234

Indicador 21:
Pacientes con correcto registro en la historia clínica del hábito tabáquico.....pág 241

Indicador 22:
Pacientes con correcto registro en la historia clínica de la existencia de alergias.....pág 248

Indicador 23:
Registro en la historia clínica de todo paciente de, al menos, una determinación de la TA y sucesivas tomas según el protocolo de TA el EAP.....pág 255

Indicador 24:
Grado de satisfacción del usuario con la asistencia recibida del EAP.....pág 262

Indicador 25:
Grado de confianza de los pacientes en la atención recibida del EAP.....pág 269

Indicador 26:
Nivel de Bienestar de los integrantes del EAP
en su lugar de trabajo (clima laboral).....pág 276

Indicador 27:
Existencia de botiquín de urgencias con
vademecum indispensable y accesible.....pág 283

Indicador 28:
Existencia de Diagnóstico de salud de la zona
y su periódica actualización.....pág 290

III RESULTADOSPág 297

Indicador 1:
Niños susceptibles de vacunación y correcta-
mente vacunados, atendidos por el EAP.....pág 297

Indicador 2:
Registro de los antecedentes perinatales en
los niños atendidos en el Centro de Salud.....pág 304

Indicador 3:
Registro en la historia de la presencia o
ausencia de metrorragias en mujeres
post-menopáusicas.....pág 307

Indicador 4:
Embarazadas que se controlan en el primer
trimestre de gestación, sobre todas las
incluidas en el programa de control de
gestación.....pág 308

Indicador 5:
Mujeres gestantes menores de 18 años o mayores
de 40, que pertenezcan al EAP.....pág 318

Indicador 6:
Correcta cumplimentación de datos en la histo-
ria según el protocolo de atención a la ges-
tante.....pág 322

Indicador 7:
Pacientes diabéticos en seguimiento en el
Centro que tengan Hb A1 menor del 8% en tres
determinaciones anuales.....pág 335

Indicador 8:
Pacientes diabéticos en seguimiento en el
Centro que tengan realizado un fondo de ojo
anual.....pág 335

Indicador 9:	
Pacientes hipertensos controlados en el Centro que tengan tres o más determinaciones de la Tensión arterial anuales.....	pág 336
Indicador 10:	
Registro en la historia clínica de la actividad desarrollada en la visita domiciliaria.....	pág 337
Indicador 11:	
Existencia del programa de enfermedades crónicas con fácil identificación de los casos historiados.....	pág 344
Indicador 12:	
Horas de formación continuada impartidas por cada profesional sanitario del EAP, sobre horas docentes.....	pág 345
Indicador 13:	
Horas de formación continuada recibidas por el EAP, sobre horas laborales.....	pág 347
Indicador 14:	
Existencia de algún sistema de vigilancia epidemiológica (EDO) correctamente confeccionado..	pág 349
Indicador 15:	
Registro en la historia clínica de las defunciones en pacientes asistidos por el EAP..	pág 349
Indicador 16:	
Tiempo dedicado a cada paciente en la consulta médica a demanda.....	pág 350
Indicador 17:	
Pacientes citados (cita previa) que tienen historia clínica al empezar la consulta.....	pág 351
Indicador 18:	
Existencia en la historia clínica de la hoja de listado de problemas fundamentales actualizada en las historias clínicas del EAP..	pág 354
Indicador 19:	
Registro en la historia clínica del peso y la talla con sucesivos controles de peso cada 4 años en pacientes atendidos en el EAP.....	pág 357

Indicador 20:	
Pacientes con correcto registro en la historia clínica del consumo de alcohol.....	pág 358
Indicador 21:	
Pacientes con correcto registro en la historia clínica del hábito tabáquico.....	pág 361
Indicador 22:	
Pacientes con correcto registro en la historia clínica de la existencia de alergias.....	pág 364
Indicador 23:	
Registro en la historia clínica de todo paciente de, al menos, una determinación de la TA y sucesivas tomas según el protocolo de TA del EAP.....	pág 367
Indicador 24:	
Grado de satisfacción del usuario con la asistencia recibida del EAP.....	pág 370
Indicador 25:	
Grado de confianza de los pacientes en la atención recibida del EAP.....	pág 377
Indicador 26:	
Nivel de Bienestar de los integrantes del EAP en su lugar de trabajo (clima laboral).....	pág 383
Indicador 27:	
Existencia de botiquín de urgencias con vademecum indispensable y accesible.....	pág 384
Indicador 28:	
Existencia de Diagnóstico de salud de la zona y su periódica actualización.....	pág 387
IV DISCUSION.....	pág 388
Indicador 1:	
Niños susceptibles de vacunación y correctamente vacunados, atendidos por el EAP.....	pág 388
Indicador 2:	
Registro de los antecedentes perinatales en los niños atendidos en el Centro de Salud.....	pág 393

Indicador 3:	
Registro en la historia de la presencia o ausencia de metrorragias en mujeres post-menopáusicas.....	pág 395
Indicador 4:	
Embarazadas que se controlan en el primer trimestre de gestación, sobre todas las incluidas en el programa de control de gestación.....	pág 396
Indicador 5:	
Mujeres gestantes menores de 18 años o mayores de 40, que pertenezcan al EAP.....	pág 403
Indicador 6:	
Correcta cumplimentación de datos en la historia según el protocolo de atención a la gestante.....	pág 405
Indicador 7:	
Pacientes diabéticos en seguimiento en el Centro que tengan Hb A1 menor del 8% en tres determinaciones anuales.....	pág 407
Indicador 8:	
Pacientes diabéticos en seguimiento en el Centro que tengan realizado un fondo de ojo anual.....	pág 408
Indicador 9:	
Pacientes hipertensos controlados en el Centro que tengan tres o más determinaciones de la Tensión arterial anuales.....	pág 409
Indicador 10:	
Registro en la historia clínica de la actividad desarrollada en la visita domiciliaria.....	pág 410
Indicador 11:	
Existencia del programa de enfermedades crónicas con fácil identificación de los casos historiadados.....	pág 412
Indicador 12:	
Horas de formación continuada impartidas por cada profesional sanitario del EAP, sobre horas docentes.....	pág 413

Indicador 13:	
Hóras de formación continuada recibidas por el EAP, sobre horas laborales.....	pág 415
Indicador 14:	
Existencia de algún sistema de vigilancia epidemiológica (EDO) correctamente confeccionado..	pág 417
Indicador 15:	
Registro en la historia clínica de las defunciones en pacientes asistidos por el EAP..	pág 419
Indicador 16:	
Tiempo dedicado a cada paciente en la consulta médica a demanda.....	pág 420
Indicador 17:	
Pacientes citados (cita previa) que tienen historia clínica al empezar la consulta.....	pág 421
Indicador 18:	
Existencia en la historia clínica de la hoja de listado de problemas fundamentales actualizada en las historias clínicas del EAP..	pág 423
Indicador 19:	
Registro en la historia clínica del peso y la talla con sucesivos controles de peso cada 4 años en pacientes atendidos en el EAP.....	pág 425
Indicador 20:	
Pacientes con correcto registro en la historia clínica del consumo de alcohol.....	pág 426
Indicador 21:	
Pacientes con correcto registro en la historia clínica del hábito tabáquico.....	pág 427
Indicador 22:	
Pacientes con correcto registro en la historia clínica de la existencia de alergias.....	pág 429
Indicador 23:	
Registro en la historia clínica de todo paciente de, al menos, una determinación de la TA y sucesivas tomas según el protocolo de TA del EAP.....	pág 430

Indicador 24:	
Grado de satisfacción del usuario con la asistencia recibida del EAP.....	pág 432
Indicador 25:	
Grado de confianza de los pacientes en la atención recibida del EAP.....	pág 439
Indicador 26:	
Nivel de Bienestar de los integrantes del EAP en su lugar de trabajo (clima laboral).....	pág 441
Indicador 27:	
Existencia de botiquín de urgencias con vademecum indispensable y accesible.....	pág 442
Indicador 28:	
Existencia de Diagnóstico de salud de la zona y su periódica actualización.....	pág 444
V CONCLUSIONES.....	pág 445
VI BIBLIOGRAFIA.....	pág 450

Introducción

I.A ANTECEDENTES

I.0 El concepto de Garantía de Calidad.

Las actividades de Garantía de Calidad han tenido un gran desarrollo en las últimas décadas, dejando atrás los tiempos en los que la calidad era un concepto intuitivo, siendo hoy definida en función del lugar que se ocupe dentro del sistema sanitario y de cuál sea el ámbito de las responsabilidades de cada uno. El poder y el punto débil de la profesión médica residen en el hecho de que es la base de la escalera, el primer peldaño en que se puede evaluar la calidad y sin el cual los demás no cuentan. Hay dos aspectos reseñables en la actividad médica : el técnico y el interpersonal. La actuación técnica depende de los conocimientos y de la destreza, por lo tanto se debe evaluar en comparación con la mejor práctica posible. Cualquier juicio que se emita sobre la calidad técnica está en función de los conocimientos y tecnología del momento, de manera que aunque las consecuencias reales de la asistencia en un momento del pasado fueran desastrosas, la calidad debe ser juzgada respecto a qué era lo mejor que se podía hacer en ese momento.

En cuanto a la relación interpersonal, se trata de un elemento clave. Sirve para que el paciente comunique la información necesaria para llegar a un diagnóstico y el médico informe a su vez acerca de la naturaleza de la enfermedad y su tratamiento, al tiempo que aumenta la motivación del paciente. Esta relación interpersonal es un vehículo conductor de la asistencia técnica y es decisivo para el éxito de ésta. Aspectos como la discreción, la intimidad, la elección informada, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad constituyen algunas virtudes de la relación interpersonal. Son tantas y tan diversas las preferencias y expectativas de los pacientes, que unas directrices generales sobre la relación interpersonal son difíciles de definir y esto hace que a menudo sea ignorada al valorar la calidad de la asistencia.

Un segundo escalón de la calidad lo constituyen las cualidades deseables en los centros sanitarios respecto a conveniencia, confort, tranquilidad e intimidad.

Ya en una somera reflexión se aprecian las diferencias entre la práctica privada, donde es el médico el que ha de proporcionar estas comodidades, y la práctica institucional, donde son los gerentes y propietarios quienes tienen esta responsabilidad.

En un tercer escalón se incluye la contribución del paciente y su familia a la calidad. No considerarlo sería dejar de enjuiciar la asistencia tal y como es en la realidad. Una parte del éxito o fracaso de la misma está al margen de la responsabilidad del médico porque ha de ser ejecutada por el paciente. La influencia que sobre esto tienen factores como la situación familiar del paciente o su relación interpersonal con el médico es obvia.

Aún nos queda por subir el cuarto y último peldaño, que no es otro que la calidad de asistencia recibida por la comunidad en su conjunto. La distribución social de la calidad está en función de la accesibilidad que la población tenga a la asistencia.

En ello van a pesar muchos factores que van desde la atención de los facultativos hasta la de las instituciones y el desarrollo socioeconómico de cada país.

De esta manera, conforme ascendemos, la evaluación de la calidad va tomando nuevos elementos que influyen en la misma. Llegamos al momento de decidir si la evaluación de la calidad se ha de hacer con enfoque maximalista, al margen de cualquier consideración de costos o con un enfoque optimalista, que es el que se va imponiendo ante la evidencia de que siempre existe un punto más allá del cual el incremento de los costos no mejora la calidad. El concepto de ésta¹ será más amplio o estrecho según definamos el concepto de salud y según entendamos cuál es nuestro papel. No es lo mismo que sólo nos veamos como responsables de alcanzar mejoras biológicas, en aspectos físicos o fisiológicos específicos, o que incluyamos también las mejoras psicológicas y las sociales.

La evaluación de la calidad no es ni la investigación clínica ni la evaluación de la tecnología. Casi nunca precisa ser llevada a cabo bajo los rigurosos controles que la

investigación requiere. Es, sobre todo, un mecanismo administrativo empleado para controlar la actuación y determinar si continúa permaneciendo dentro de límites aceptables.

Sin embargo, puede realizar una contribución a la investigación cuando detecta asociaciones entre el proceso y el resultado que parecen inexplicables por el conocimiento del momento. Esta discrepancia reclamaría la investigación.

La garantía de calidad es una disciplina cuya finalidad es mejorar la atención sanitaria prestada. Esto se consigue mejorando la calidad a través de la detección de los problemas que la afectan, evaluación de la atención para identificar las causas de los mismos y puesta en práctica de intervenciones dirigidas a su resolución.

En sí misma la garantía de calidad no es una metodología de investigación, sino una herramienta para mejorar la asistencia y la práctica profesional. Su metodología, aplicable de forma variable a otros campos distintos del sanitario, consiste en detectar problemas potenciales, priorizar su estudio, comprobar que un problema juzgado prioritario es real y

analizar sus causas; decidir cuál es la intervención más apropiada para conseguirlo y ponerla en práctica; evaluar si la corrección ha sido efectiva y continuar así de manera sucesiva².

CICLO EVALUATIVO



El estudio de un problema en profundidad se inicia después de la priorización, analizando la atención prestada para verificar si el problema sospechado es real. En este caso su corrección consensuada y la posterior reevaluación informarán de si el problema ha sido resuelto. Todo ello supone un importante coste por lo que conviene elegir el método correcto en la detección y priorización de problemas³ para evitar el despilfarro de tiempo y recursos humanos.

La detección de problemas es la fase inicial de la Garantía de Calidad y a la evaluación continuada de los mismos es a lo que llamamos "monitorización de la calidad" pues consiste en el seguimiento de una serie de medidas que consideramos indicadores o monitores de calidad⁴. El conjunto de indicadores, junto al sistema de recogida de datos, define al método de detección y para elegirlos debe considerarse:

a) La monitorización es un sistema de alarma que debe alertar sobre la existencia de un problema de calidad.

b) Cuando un aspecto de la calidad asistencial no puede reflejarse en una sola medida, se emplearán varios indicadores.

c) Tendrá que ser un proceso continuo, con recogida de datos regular y frecuente.

El soporte documental puede residir en los registros clínicos rutinarios (historias clínicas), registros rutinarios especiales, registros externos al equipo sobre datos comunitarios, etc. En cuanto al método a elegir para detectar problemas, deberá escogerse alguno de los existentes adaptándolo a la realidad de cada profesional o equipo de profesionales, teniendo en cuenta los cinco aspectos propuestos por Lessec:

1.- La efectividad y valor predictivo positivo del método, es decir, que detecte problemas reales y con posibilidad de ser corregidos.

2.- La eficiencia, en el sentido de que requiera la menor inversión posible.

3.- La sencillez del método, buscando en todo momento la ausencia de complejidad y fácil comprensión por todo el personal.

4.- La disponibilidad de los datos, procurando huir de la creación de registros nuevos.

5.- La aceptación del método por los profesionales, evitando el carácter obligatorio de la evaluación. En concreto los métodos para la detección de problemas van desde la puesta en común entre los profesionales, al muestreo de un pequeño número de historias clínicas, encuestas de satisfacción de usuarios y de profesionales, e incluso métodos cuantitativos, como los llamados análisis de perfiles, que monitorizan cualquier aspecto cuantificable y estudian su distribución estadística para fijar la detección de posibles problemas en los valores extremos de la distribución. Una vez se tiene detectado un grupo de problemas y ante la imposibilidad de afrontarlos todos simultáneamente, se debe establecer un orden de prioridades. Esto no se hará arbitrariamente, sino en función de aspectos como el número de pacientes afectados, la gravedad del problema, el coste que supondrá su corrección y la capacidad para solucionarlo por parte de quienes lo afrontan. La motivación para abordar la Garantía de Calidad, y la razón

por la que cualquier profesional sanitario debe tomarse el trabajo de evaluar su actividad, es de índole moral puesto que no es aceptable tener el conocimiento de la existencia de esta metodología eficaz y evitar ponerla en práctica para una actividad encaminada a cuidar la salud humana. Esto debe ser un acicate tanto para los profesionales en la clínica como para los gestores y planificadores⁵.

I.1 Antecedentes históricos.

Las actividades de Garantía de Calidad se empezaron a realizar en la industria a finales del siglo pasado. En el mundo sanitario, ya en 1916 Codman publicó un libro aportando conceptos sobre garantía de calidad⁶ e introdujo el término "audit". Desde 1918 existe la Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations (JCAHO) en los Estados Unidos de América; dicha comisión, a través de un programa nacional, ofrece hoy acreditación a hospitales y a Centros de Atención Primaria⁷ ⁸ ⁹. Este ha sido un organismo clave que ha ido adoptando la metodología de la Garantía de Calidad hasta convertirse en su principal valedor.

En 1933 Lee y Jones publicaron un libro¹⁰ sobre este tema titulado "Los fundamentos de una buena asistencia médica " en el que se dan definiciones como la siguiente:

" Atención médica de calidad es la práctica de una medicina racional, basada en ciencias médicas, que enfatiza la prevención, requiere la cooperación inteligente entre la población y los profesionales, trata al individuo como un todo integrado, incluye el mantenimiento de una relación estrecha y continua entre médico y paciente; se coordina con otras actividades del bienestar social; coordina todos los tipos de servicios médicos; implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina científica moderna a las necesidades de toda la población ". Pese al tiempo transcurrido resulta difícil superar esta definición actualmente. No obstante, donde sí ha habido una importante evolución es en la metodología empleada.

Las Compañías de Seguros Americanas pusieron en práctica el Control de Calidad desde los años 40, alcanzando en los 50 su madurez con la auditoría médica.

A finales de la década de los 60, A. Donabedian¹¹ dividió los Servicios de Salud en tres componentes: la estructura, el proceso y el resultado. En ese momento, en el 80% de los hospitales de EEUU disponían de algún tipo de auditoría médica. Más recientemente se han incorporado las nociones de efectividad y eficiencia teniendo en cuenta los recursos disponibles. Así por ejemplo, en 1974 la definición dada por el Instituto de Medicina de EE.UU.¹² ¹³ fue: "El fin principal de un sistema de calidad asistencial debe ser el de hacer la atención sanitaria más efectiva en la mejoría del estado de salud y la satisfacción de la población con los recursos que la sociedad y los individuos han decidido gastar en ello ". Desde 1974 la JCAHO exige a los Centros Hospitalarios y de Atención Primaria tener programas internos de Garantía de Calidad.

Según afirmó Donabedian en 1980: "La atención médica de calidad es el tipo de atención que se espera que va a maximizar el estado de bienestar del paciente tras haber tenido en cuenta el balance de pros y contras

que acompañan al proceso asistencial en todos sus componentes"¹⁴.

En Estados Unidos de América surgieron las Peer Review Organizations (PRO), que son organizaciones de médicos de cada uno de los 50 estados que aceptan contratos gubernamentales. Las mismas realizan exámenes de garantía de la asistencia y, a tal efecto, empezaron, en 1987, a examinar la Atención Primaria prestada por las grandes organizaciones de asistencia sanitaria concertada. En 1989 esta práctica fue extendida a examinar las consultas privadas (Estos exámenes cubren sólo a pacientes cuya asistencia está sufragada por el gobierno).

En un intento de resumir todas estas concepciones, en 1988 R.H.Palmer propuso definir la calidad asistencial como " la producción de salud y satisfacción para una población, con las limitaciones de tecnología existente, los recursos disponibles y las características de los usuarios "¹⁵.

Así como en otros países más avanzados la Garantía de Calidad llegó al mundo sanitario procedente de la industria.

En España no fue así, sino que la importamos desde los sistemas sanitarios de esos países que ya tenían bien desarrollada esta disciplina.

Nuestras primeras experiencias publicadas se llevaron a cabo en el hospital de La Santa Cruz y San Pablo de Barcelona¹⁶. Desde los años 80 con la implantación de la reforma de la Atención Primaria de Salud, los médicos que comenzaron a trabajar en los Centros de Salud han venido mostrando un interés creciente por las actividades evaluativas y de Garantía de Calidad. Muchos de ellos ya han completado uno o varios ciclos evaluativos y presentan sus resultados tanto interna como externamente. Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo surgió el Programa Ibérico^{17 18}, que intenta fomentar las actividades de Garantía de Calidad en más de 250 equipos de España y Portugal. Sin embargo, son aún escasas las experiencias de monitorización y más raras todavía las que superan coordinadamente el ámbito de un único Centro.

El término Garantía de Calidad se introdujo como concepto dinámico que supera al control esporádico, llegando recientemente a la idea más continuada de monitorización de la calidad.

I.2 Componentes y dimensiones de la Calidad.

En el campo sanitario, en lo referente a los componentes necesarios de la Calidad, aunque no son exactamente los mismos según los distintos autores, sí existe un consenso para considerar la Efectividad, la Eficiencia, la Adecuación y la calidad Científico-Técnica como indispensables. Se ha definido como sigue cada uno de estos componentes:

Efectividad. Es la medida en la que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud del individuo o de la población concreta que es atendida.

Eficiencia. Es la provisión de un nivel determinado de calidad al menor coste posible o, lo que es lo mismo, la consecución del más alto nivel de calidad con una cantidad de recursos fija y predeterminada¹⁹.

Adecuación. Es la relación entre los servicios disponibles y las necesidades de la población.

Calidad Científico-Técnica. Es el nivel de aplicación en la práctica de los componentes médicos y tecnológicos disponibles.

H.V.Vuori añade a estos componentes otros como: Satisfacción, tanto del consumidor como del profesional, Accesibilidad y Continuidad. Estos términos se definen de la siguiente manera:

Satisfacción del consumidor y del profesional. Se refiere a la satisfacción del consumidor con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la asistencia sanitaria. Por otro lado, la satisfacción del profesional se refiere básicamente a las condiciones de trabajo. La satisfacción del paciente puede considerarse como uno de los resultados deseables de la asistencia e incluso un elemento clave del propio estado de salud. Los pacientes fundamentalmente valoran lo que se refiere al proceso interpersonal. La información sobre el grado de satisfacción se puede obtener por encuesta o, en caso de dificultad, a través de mediciones indirectas como las reclamaciones, el cumplimiento terapéutico o la búsqueda de asistencia alternativa.

Accesibilidad. Es la posibilidad de que un consumidor obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesita, en suficiente cantidad y a un coste razonable.

Continuidad. Se refiere al tratamiento del paciente como un todo, en un sistema de asistencia integrado. Esta se podría incluir como uno de los componentes de la calidad científico-técnica.

Con un enfoque algo distinto al sanitario, desde el mundo industrial hoy se considera que existen ocho dimensiones o categorías críticas de la calidad que pueden servirnos de marco para un análisis. Estas son: prestaciones, peculiaridades, fiabilidad, conformidad con las especificaciones, durabilidad, disposición de servicio, estética y calidad percibida²⁰.

Prestaciones. Son las características funcionales primarias del producto. Esta dimensión de la calidad comprende atributos mensurables, pudiéndose clasificar un determinado producto basándose en aspectos concretos de sus prestaciones. Así pues, la

cuestión de si las diferencias de prestaciones son diferencias de calidad puede depender de una serie de preferencias circunstanciales, pero preferencias basadas no en determinados gustos, sino en exigencias de tipo funcional. Algunas veces las normas relativas a prestaciones están basadas en preferencias de carácter subjetivo, pero en general las preferencias son tan universales que tienen la fuerza de una norma objetiva.

Peculiaridades. Es todo aquello que sirve de complemento al funcionamiento básico de un producto o servicio. La frontera entre las características primarias de las prestaciones y las de las peculiaridades frecuentemente no es nada fácil de trazar.

Las peculiaridades comprenden atributos de carácter objetivo y susceptibles de ser medidos.

Fiabilidad. Refleja las probabilidades de que un producto se estropee o funcione mal dentro de un periodo de tiempo determinado. Esta dimensión tiene mayor utilidad al aplicarse a artículos o circunstancias duraderas que si se aplica a productos o servicios de consumo

inmediato.

Conformidad con las especificaciones. Es el grado en que el diseño y las características funcionales de un producto cumplen las normas establecidas. En el sector de servicios, los métodos para establecer y medir la conformidad se centran, generalmente, en precisión y puntualidad e incluyen el recuento de errores de procesamiento, retrasos imprevistos y otros errores frecuentes.

Durabilidad. Desde el punto de vista técnico puede definirse como la cantidad de uso que una persona puede obtener de un producto antes de que se deteriore. Mientras que desde una visión económica podría definirse como la cantidad de uso que una persona obtiene de un producto antes de que éste se averíe de tal manera que sea preferible reemplazarlo a continuar reparándolo.

Disposición de servicio. Esto es, la rapidez, cortesía, competencia en el trabajo y facilidad de reparación. Algunas de estas variables reflejan diferentes apreciaciones personales de lo que es un servicio

aceptable.

Estética. Es un tema de valoración personal que refleja las preferencias de un determinado individuo. Pese a ello, parecen existir ciertas normas de general aceptación en algunos aspectos. El carácter subjetivo de esta dimensión hace que sea imposible complacer a todos.

Calidad percibida. Esta es también una dimensión subjetiva, pues los consumidores no tienen una información completa sobre los atributos de un determinado producto o servicio. Su única base para comparar puede ser algún tipo de medición indirecta. La buena fama es el componente primario de la calidad percibida.

Según los autores las características son distintas. Así, para A. Donabedian ²¹ hoy existen 7 características a tener en cuenta en Garantía de Calidad Sanitaria y éstas se definen como:

Eficacia. La capacidad de la ciencia y la tecnología del cuidado de la salud para aportar mejoras en la salud cuando se emplean en las circunstancias más favorables.

Efectividad. El grado para el que las mejoras en la salud que ahora son alcanzables, de hecho se alcanzaron.

Eficiencia. La capacidad de disminuir el coste del cuidado sin disminuir las mejoras alcanzables en salud.

Optimización. El balance de las mejoras en salud en relación con los costes para conseguir dichas mejoras.

Aceptabilidad. Conformidad con los deseos, esperanzas y expectativas de los pacientes y los miembros responsables de sus familias.

Legitimidad. Conformidad con las preferencias sociales como se expresan en los principios éticos, valores, normas, leyes y decretos.

Equidad. Conformidad con un principio que determine qué es justo y correcto en la distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre los miembros de una población.

La división en tres componentes de la producción de los servicios de salud dada por A. Donabedian ha sido aceptada como punto de partida para clasificar los programas de control de calidad²². Considerando cada uno de los tres componentes como sigue:

La estructura, que abarca las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos donde trabajan y de la organización que se adopta. Por lo tanto, se refiere a recursos humanos, físicos y financieros. Medir la estructura parece que no es la mejor manera de conocer la calidad de la atención sanitaria. Pero está claro que una buena estructura es importante para la Calidad, pues aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación y es un elemento básico en la acreditación de instituciones y en la calidad de los programas de formación.

Por Proceso se entiende el conjunto de actividades que los profesionales realizan a, por o para el paciente, así como la respuesta del paciente a esas actividades. Parece lógico pensar que si en todas las fases de la atención se aplican los conocimientos y la tecnología apropiada y disponible, se producirá un mejor resultado que en caso contrario. Las evaluaciones en base a datos de proceso tienen una gran ventaja , ya que los fallos que se detectan nos indican las posibilidades de intervención.

El Resultado se refiere tanto a los logros en el nivel de salud del paciente como a la propia satisfacción del mismo ante la atención recibida. Los resultados de la atención sanitaria, o sea, la mejora del nivel de salud es algo bastante difícil de medir y especialmente de atribuir en exclusiva a esa atención. Es decir, los resultados en un paciente en concreto son producto de la interacción de múltiples factores por lo que la medición de la calidad en base a los resultados precisará ajustes por otras variables. También debe tenerse en

cuenta, además del resultado, cuáles y cuántos recursos se han utilizado²³. Evaluar directamente el resultado no nos libera de las limitaciones impuestas por las imperfecciones de las ciencias clínicas. No es posible saber con seguridad, incluso después de todos los ajustes posibles, hasta qué punto un resultado observado es atribuible a un proceso de asistencia anterior. Se necesitará confirmación mediante evaluación directa del propio proceso. Los resultados tienen la ventaja de reflejar todas las contribuciones de la asistencia, incluidas las del paciente, pero tienen la desventaja de que no permiten decir con precisión qué fue mal o bien en la asistencia, a no ser que se evalúe el proceso.

Todo ello hace recomendable incluir en los sistemas de evaluación tanto a la estructura como el proceso y resultado.

Es importante que antes de emprender una evaluación de la calidad se estudie cuáles son las relaciones entre estructura, proceso y resultado. Son las ciencias organizativas

las que aportan el conocimiento de las relaciones entre estructura y proceso, por lo cual aún sabemos poco, dado lo reciente de estas ciencias. En cualquier caso sólo se han detectado por ahora débiles relaciones entre estructura y proceso pero cabe esperar que se avance en su estudio.

En cuanto a la relación entre el proceso y resultado, puede distinguirse el papel de las ciencias del comportamiento en el conocimiento de la conexión interpersonal y el resultado de la asistencia. Por otra parte, son las ciencias clínicas las que enfocan la relación entre el proceso de asistencia técnica y el resultado.

I.3 Definición de términos más frecuentemente utilizados en garantía de calidad.

Auditoría médica . Es el prototipo de una evaluación por los propios profesionales de una determinada institución. En este caso se trata de un estudio retrospectivo, que usa como fuente de datos la historia clínica y hace especial énfasis en problemas encontrados en la atención prestada al paciente.^{24 25}

Criterios. Son las condiciones que ha de cumplir la práctica asistencial (sea la estructura, el proceso o los resultados) para que pueda ser considerada de calidad. Deben ser realistas, consensuados, actualizados y expresados con sencillez.

Estándar . Es la especificación cuantitativa de un criterio, o sea, el nivel que se acuerda alcanzar para un determinado criterio.

Los criterios pueden ser implícitos o explícitos.

Criterios implícitos . Son los que se asocian a la buena práctica y responden a los contenidos teóricos que definen una actividad profesional determinada. Es decir, son los que practicaría un profesional de reconocido prestigio. Esto hace que si un programa de Control de Calidad se basa en criterios implícitos se deba contar con uno o varios profesionales solventes, distintos de los que se intenta evaluar, que tras conocer los datos recogidos emiten su juicio sobre el grado en que se han cumplido los criterios de calidad. La objetivación y las comparaciones del resultado de las evaluaciones son difíciles si se usan criterios implícitos pues al carecer de una unidad de medida válida para todas las ocasiones, el evaluador valora subjetivamente lo correcto de una actuación en una determinada situación y su juicio es cambiante conforme varían las condiciones de la práctica profesional.

Criterios explícitos . Son aquellos en los que se especifican las actuaciones a realizar en cada caso. Pueden ser empíricos, o descriptivos, y normativos.

1.- **Criterios explícitos empíricos o descriptivos.** Se refieren al modo en que habitualmente se presta una determinada atención y lo convierten en norma. Tienen el riesgo de perpetuar una mala práctica que por distintas razones hubiera llegado a ser habitual.

2.- **Criterios explícitos normativos.** Se elaboran específicamente para una situación concreta, detallando por escrito lo que debe hacerse, por quién y cómo. La experiencia señala hoy que en el diseño de un programa de Control de Calidad debe tenderse hacia criterios explícitos y normativos siempre que se pueda.

Cada criterio es un instrumento diseñado para medir algún aspecto de la calidad asistencial, lo que debe hacerse de manera válida, fiable y sensible.

Validez es la capacidad del instrumento de medida para medir lo que se supone que debe medir.

Fiabilidad es la capacidad de que un instrumento de medida tase de manera precisa y reproducible lo que realmente mide, ignorando si lo que mide es lo que se supone que tiene que medir.

Sensibilidad es la capacidad de un instrumento de medida para detectar diferencias en la variable examinada. Una buena validez y fiabilidad aumentan la sensibilidad.

El estándar ideal iguala la práctica asistencial aceptable con la mejor práctica imaginable²⁶.

Los estándares pueden ser **empíricos** o **prospectivos**. Los empíricos se basan en un análisis preciso de la situación de momento. Son promedios nacionales o regionales o por el tipo de institución. Los prospectivos se basan en las necesidades de salud de la población, utilizan las encuestas de morbilidad y representan la situación óptima científicamente determinada. Alcanzar el estándar empírico se puede considerar un hito en la vía de alcanzar el estándar prospectivo.

Un Indicador es un instrumento de medida que nos señala la presencia o mide la intensidad de un fenómeno. Nos sirve para detectar y medir aspectos de la atención, ya sea de estructura, proceso o resultado.

Monitorizar es realizar un seguimiento continuado y rutinario de un aspecto de la atención prestada, lo que nos permite conocer datos sobre el estado actual y la evolución en el tiempo de la atención prestada en un aspecto concreto²⁷.

La **suficiencia** nos indica si se ha hecho todo lo que se considera necesario en la buena asistencia. Es una medida científico-técnica¹⁸.

La **eficiencia** nos indica si todo lo que se ha hecho era realmente necesario. Mide, pues, la calidad lógica.

La **competencia** es una medida mixta que surge de la combinación de la suficiencia y la eficiencia, la ponderación exacta de cada uno de estos componentes es, por supuesto, una cuestión de consenso.

I.4 El ciclo evaluativo.

La evaluación de la calidad se realiza mediante un ciclo que, como veíamos en el apartado I.O^{2a}, consta de las siguientes etapas:

- **Identificación y priorización de áreas o problemas a evaluar.** El foco de interés de los programas de garantía de calidad varía según el patrocinador sea el Consumidor, el profesional sanitario o las autoridades sanitarias, en cuanto a la orientación sobre la efectividad, eficiencia, adecuación y calidad científico-técnica. Así pues, el profesional sanitario se mostrará más preocupado por el nivel de la calidad científico-técnica, mientras las autoridades sanitarias darán mayor importancia a la eficiencia, y los consumidores de servicios sanitarios se mostrarán más interesados por la adecuación y la efectividad.

- **Diseño del estudio de evaluación:** Estableciendo los criterios, estándares, indicadores, tipos, recogida de datos y análisis de los mismos. Los criterios van a ser, de alguna manera, la referencia según la cual se va a determinar si la calidad del aspecto asistencial que se evalúa es buena o mala. Las acciones que se propongan como resultado de la evaluación tendrán como objetivo cumplir los criterios prefijados. Es conveniente que los criterios sean explícitos y normativos, y que sean lo más sencillos posible. Los criterios, además de transversales (reflejan un paso o acción concreta del proceso asistencial), pueden ser criterios secuenciales (encadenados), dependiendo cada uno del anterior. Esto puede complicar la evaluación. Los criterios deben tener en cuenta los recursos y circunstancias del Centro, o sea, deben ser realistas, además de flexibles, razonados y aceptados por los integrantes del equipo, en número tan pequeño como sea posible, y elaborados con la participación de los miembros del EAP. Los estándares se determinarán teniendo en cuenta

los conocimientos previos y las posibilidades de cada lugar, intentando que sean lo más realistas posible. Se diseñará el tipo de indicador que es necesario en cada caso según que lo que queramos medir sea la estructura, el proceso o el resultado.

- **Recogida de datos.** Debemos especificar con todo detalle quién será la persona o grupo de personas que se encargará de la recogida de datos, qué datos son los que deseamos recoger, cada cuánto tiempo debe efectuarse la recogida de datos, cómo se realiza dicha recogida y dónde la efectuaremos.

- **Análisis del nivel de calidad y causas probables del déficit,** si es que lo hay. Los resultados obtenidos tras la recogida y análisis de los datos, se comparan con los criterios o estándares definidos en el estadio inicial. Se emite un juicio sobre qué datos son incumplidos y se identifican las causas. Valorando en cada caso en concreto las posibles circunstancias que hacen que un estándar no se haya alcanzado, o que un umbral haya sido superado. No debemos olvidarnos de la comprobación del propio

indicador, ya que es importante que nos esté proporcionando la información que realmente queremos.

- **Diseño y puesta en marcha de medidas correctoras.** Después de valorar las distintas alternativas, el colectivo de profesionales, propone las modificaciones que cree oportunas para alcanzar el nivel previamente establecido. Estas medidas pueden ser de muchos tipos, desde la modificación de algunas actividades o conductas dentro del Equipo, ya sea a nivel individual o colectivo, educación sanitaria a la población, modificaciones en la relación con otras instituciones, etc. Estas medidas deben difundirse y aceptarse por los integrantes del Equipo, y en ocasiones se requiere un período de formación y entrenamiento para adquirir los conocimientos y habilidades que posibiliten llevar a cabo la acción propuesta.

- **Reevaluación.** Después de un plazo de tiempo prefijado es previsible que se esté cumpliendo con las modificaciones acordadas y es en ese momento cuando efectuaremos la

reevaluación.

Por tanto, la Garantía de Calidad es un proceso cíclico con dos fases²⁹:

1.- EVALUACION DE LA CALIDAD. Es el proceso mediante el cual el funcionamiento del sistema sanitario o de sus componentes son examinados para identificar áreas que pueden ser mejoradas. Existen tres componentes de la evaluación y son el entorno, conceptualización y metodología.

Entorno.- Es la actitud del mismo, en nuestro caso el Sistema Sanitario y la legislación sanitaria.

Conceptualización.- Es la fijación de objetivos, estudio de poblaciones diana y resultados deseables de la actividad.

Metodología.- Es el desarrollo y uso de un instrumento de medida, deben ser definidas las propiedades del instrumento como sensibilidad, fiabilidad y validez.

2.- MEJORA DE LA CALIDAD. Es el proceso por el cual un plan de acción es formulado e implantado para corregir o mejorar áreas de problemas identificadas.

En cuanto a las medidas correctoras a aplicar, éstas pueden ser:

- 1.- Medidas educativas.
- 2.- Medidas organizativas, ya sean de redistribución de tareas, de equipamiento, etc...
- 3.- Incentivos o penalizaciones.

Los modos de intervención son fundamentales, pues el fin último de estos programas de Garantía de Calidad es intervenir para introducir cambios en la actividad y organización de un grupo de profesionales, para conseguir una mejor calidad en la atención sanitaria que prestan. Si las propuestas no son aceptadas y consensuadas antes de ser llevadas a la práctica, el programa fracasa.

Cuando la evaluación es externa puede existir un modo de intervención disciplinario o administrativo. Si no se aceptan las propuestas alternativas para superar las diferencias observadas, la institución y el profesional sufren una presión externa para corregir el proceso de atención o la estructura en la dirección adecuada.

Por contra si la evaluación es interna puede existir el modo de intervención disciplinaria, que no es lo más frecuente, sino que lo más importante es la intervención basada en la motivación de los propios profesionales. Esto da protagonismo a los médicos en el programa y lleva a prestar especial atención a las actividades de formación continuada.

Es, por tanto, la evaluación interna la que se aproxima más al espíritu de la Garantía de Calidad en el mundo sanitario. La educación se puede utilizar como estrategia para mejorar la calidad asistencial, ya sea la educación postgraduada para garantizar la misma, la educación continuada como remedio contra la baja calidad que se detecte, la educación de los consumidores para utilizar adecuadamente los servicios, o la educación de los profesionales para aceptar el Control de Calidad y el uso de los resultados así como la realización por sí mismos de dicha evaluación. Se ha insistido mucho en la relevancia de la educación pero algunos

autores afirman^{30 31} que la causa de la baja calidad de los servicios, en la mayoría de los casos, no es la falta de conocimientos, sino problemas de administración y organización.

Cualquier método de evaluación de la calidad asistencial va a ser válido, desde el punto de vista práctico, sólo en la medida en que sea factible y conduzca a cambios en la manera de hacer las cosas y en los resultados de la asistencia.

El mantenimiento del ciclo como punto de referencia obligatorio, posibilita la utilización de cualquier método que se vea oportuno tanto para la detección de problemas como para la evaluación (Es un fin y no un medio para mejorar la asistencia)³² e introducción de medidas correctoras. Es consustancial al método la implicación de los profesionales de los centros evaluados en todas las decisiones del ciclo evaluativo.

I.5. Métodos de evaluación.

Existen numerosos trabajos sobre la evaluación de la calidad, pero casi ninguno sobre métodos sistematizados y demostrados para lograr la mejora de la calidad.

De los métodos de evaluación existentes vamos a repasar brevemente los más importantes³³.

I.5.a) Audit con criterios implícitos.

Este método empieza normalmente con la selección de un problema de salud como tema del audit y con el muestreo de las fichas de pacientes que recientemente han recibido asistencia en relación al problema de salud seleccionado. Uno o más médicos con experiencia revisan un conjunto de casos y emiten un juicio sobre la adecuación de la asistencia recibida.

Es un método muy flexible, que ha sido utilizado para seguimiento de problemas de salud específicos, pero también es adecuado para la evaluación de otras actividades asistenciales como prevención y educación sanitaria al centrarse en la valoración de

historias clínicas (valoración desde cero a cien de múltiples facetas de la atención). La evaluación se restringe a un solo componente del sistema sanitario. Permite evaluar un periodo determinado de tiempo.

Este método se puede utilizar de manera concurrente además de prospectiva, y tiene la ventaja de que no hay que mantener motivados a un grupo de profesionales durante largos periodos para fijar y consensuar criterios explícitos. Es muy útil para dar los primeros pasos en Garantía de Calidad.

Si una revisión implícita sugiere la mala actuación de un profesional se debe realizar una cuidadosa e imparcial revisión con el empleo de criterios explícitos pues por la falta de especificidad de los criterios implícitos este tipo de revisiones adolecen de capacidad para proporcionar información cuantitativa. La falta de objetividad dificulta la obtención de los datos que evidencian que las deficiencias detectadas hayan sido corregidas por las medidas correctoras propuestas. Una revisión implícita se ha utilizado en algunos casos

como cribaje para detectar deficiencias que se pueden evaluar con más detalle en una posterior revisión explícita. Su importancia en Atención Primaria se debe a que es un método simple. Es una manera frecuente de identificar problemas potenciales. Puede ser útil en muchos programas en Atención Primaria pues compromete a muchos miembros de un equipo multidisciplinario.

I.5.b) Audit con criterios explícitos.

Este sistema tiene algunas ventajas con respecto al anterior, pues es más reproducible que éste. La evaluación puede proporcionar información no sólo sobre la deficiencia, sino también acerca de la prevalencia e intensidad del problema.

Es importante en Atención Primaria, pues a pesar de las dificultades para elaborar y consensuar los criterios explícitos, éstos permiten la reproductibilidad de los resultados en una posterior reevaluación.

I.5.c) **Mapas de criterios.** Un grupo de expertos elabora un mapa de criterios de una enfermedad. Y si éste es aceptado sin modificaciones por el equipo, puede producir rápidos resultados sin situaciones conflictivas en el mismo. El período evaluado es un ingreso o una visita, lo que hace menos probable que aparezcan problemas en la propiedad de la documentación (historia clínica). No identifican deficiencias de coordinación y continuidad de la asistencia.

I.5.d) "Contabilidad de Salud".

El proceso empieza con la selección de un conjunto de problemas de salud prioritarios y el establecimiento de criterios de resultados para cada uno de los problemas. Normalmente los criterios de resultados son expresados en términos de perjuicios prevenibles mediante una adecuada intervención médica. En la evaluación, los resultados de un paciente se comparan con los criterios de resultados y, si no son satisfactorios, se lleva a cabo un estudio detallado del proceso asistencial.

Para la implantación deben participar:

- 1.- La Junta de Directores de Garantía de Calidad. Esta aprueba las áreas que se deben evaluar, los criterios y los estándares a aplicar y la aprobación de recursos.
- 2.- El supervisor de Garantía de Calidad, que es un médico de plantilla.
- 3.- El contable, que es un profesional no médico formado para estas tareas (recogida de datos de las historias, seguimiento de pacientes con encuestas telefónicas o a domicilio).
- 4.- El equipo de priorización identifica las áreas que pueden producir mayor beneficio en términos de mejora de salud o contención de costes.
- 5.- El equipo de evaluación de calidad, integrado básicamente por médicos que elaboran el diseño del estudio incluidos los criterios y la revisión del informe final del supervisor de Garantía de Calidad y del contable.

6.- El equipo de mejora de calidad, responsable de las medidas de cambio; si es necesaria la aplicación de medidas correctoras, la Junta de directores de Garantía de Calidad colabora con este equipo.

Este sistema es una elegante y precisa herramienta, pero es cara y supone una demanda importante de tiempo de los médicos y requiere la participación de personal adicional al equipo.

Uno de los principales inconvenientes es la demora entre el inicio de la evaluación y la obtención de resultados. Esta contabilidad es la propuesta más integral de un programa de evaluación y control de calidad.

I.5.e) Método basado en los resultados del problema.

Este método fue desarrollado por Alvin Mushlin³⁴ ³⁵. Consiste en seleccionar pacientes que son interrogados sobre su estado con posterioridad a su contacto con el sistema asistencial.

Refieren el problema en términos de:

- .- Frecuencia de dolor.
- .- Intensidad del dolor.
- .- Limitación de sus actividades.
- .- Ansiedad asociada al problema.

Calificando cada uno de estos términos según una escala de cuatro opciones: ninguno, mínimo, moderado, severo. Es la única técnica que se centra en los problemas de los pacientes y en procesos comunes que son frecuentemente mal conocidos y autolimitados, obteniendo las medidas de resultados a partir de la información proporcionada por los pacientes.

Hay dos formas de describir los resultados del estado de los problemas. Una **explícita**, en la que los criterios en relación a un problema de salud se establecen previamente a la realización de la evaluación. Y una forma **implícita**, en la que el proveedor en el momento de la visita describe el resultado que él considera correcto para un paciente concreto.

La aplicación de criterios explícitos implica que la evaluación está limitada al examen de resultados, y solamente para esos problemas. Los criterios implícitos nos permiten examinar cualquier problema y analizar diferentes tipos de problemas en una misma evaluación.

La evaluación de la historia clínica junto con la entrevista y la revaloración clínica del estado del problema proporcionan la fuente de datos más rica para la identificación de deficiencias corregibles. Este método descubre los obstáculos a la calidad en base a la relación y comunicación médico-paciente, y trata patologías comunes y problemas autolimitados, por lo cual examina la efectividad de la asistencia no hospitalaria. Es una técnica extremadamente simple y barata sobre todo si las deficiencias asistenciales son investigadas mediante la revisión de las historias clínicas. Sin embargo, si se emplea la nueva citación de pacientes para la revaloración clínica, el método requiere una importante dedicación de tiempo por parte de los

médicos.

Las deficiencias detectadas suelen ser:

- .- Valoraciones diagnósticas incompletas por falta de detección de otros problemas.
- .- Fallos en la prescripción.
- .- Comunicación inefectiva entre el proveedor y el paciente.
- .- Inapropiada comunicación entre el paciente y el proveedor en relación al papel del paciente en el proceso terapéutico.
- .- Incumplimiento terapéutico.

I.5.f) Sistema de Garantía de Calidad Integral.

Se emplea un sistema interactivo que comprende tanto elementos de la evaluación como de la mejora de la calidad; estos son algunos de ellos: Identificación de problemas, establecimiento de estándares, evaluación de la actuación, formulación de medidas correctoras y reevaluación de la actuación.

La identificación de problemas proviene de diversas fuentes, siendo el micromuestreo de historias clínicas la más utilizada.

Las historias clínicas de los pacientes visitados durante determinadas horas o días son revisadas por dos médicos utilizando criterios implícitos. No se selecciona una muestra aleatoria, sino que el objetivo es detectar el mayor número de situaciones deficitarias. Rubin³⁶ sugiere que revisando 20 historias por mes se identifican más problemas de los que de manera efectiva pueden detectar la mayor parte de los programas.

Cuando se identifica un problema el Comité de Garantía de Calidad del Centro elabora los estándares (pudiendo ser éstos de estructura, proceso o resultado). Posteriormente las actuaciones relevantes con relación a los estándares son monitorizadas por personal no médico, se analizan las deficiencias y se desarrollan medidas correctoras, efectuándose una reevaluación posterior.

La fase de evaluación debido a la técnica de micromuestreo y al empleo de criterios implícitos en la revisión de los episodios asistenciales resulta flexible para poder identificar problemas en cualquier

área. La evaluación está dirigida a identificar qué es lo que va mal, más que a detectar quién lo ha hecho mal. Es relativamente fácil ponerse de acuerdo en "qué no es calidad", siendo más difícil definir "lo que es calidad".

El sistema de Garantía de Calidad Integral está diseñado para identificar y corregir aspectos subóptimos de la asistencia al paciente. Es un método para mejorar las deficiencias más que para la cuantificación exacta de la extensión y los determinantes de éstas.

I.5.g) Evaluación de la calidad basada en la población.

Examina la integración de toda la asistencia prestada a la población evaluando episodios asistenciales completos. Realmente los atributos de la calidad que mide son la coordinación e integralidad y la distribución de la asistencia dentro de la población.

I.6 Fuentes de datos para la evaluación de la calidad.

- Datos descriptivos de los Centros considerando ciertos parámetros indicadores de calidad asistencial³⁷.
- Informes de las altas hospitalarias.^{38 39}.
- Resúmenes de datos de consulta que tienen breve resumen de la información de la consulta^{40 41}.
- Resúmenes especiales de las consultas sobre los que los profesionales realizan un extracto de la información de la visita para actividades de garantía de calidad^{42 43}.
- Prescripciones^{44 45}.
- Historia clínica (esta es la fuente de datos más frecuentemente utilizada).
- Resúmenes de las historias clínicas (para esto hace falta un encargado de recoger la información y la calidad del resumen depende de la habilidad de éste).
- Sistemas de información de incidencias^{46 47}.
- Observación directa del entrevistador.
- Encuesta a los pacientes.

I.7 Garantía de Calidad en Atención Primaria.

Conviene que comencemos por definir el campo de acción al que nos referimos, el ámbito en el que pretendemos conseguir esa calidad. En nuestro caso este campo quedó establecido en la histórica y resabida definición de la atención primaria dada en la reunión que la OMS celebró en Alma Ata el año 1978. Esta definición sigue siendo hoy tan válida como para considerar que cualquier esfuerzo realizado en la mejora de la calidad debe ir destinado a elevar el nivel de alguno de los aspectos que, según ella, conforman la atención primaria. La Constitución de la OMS contiene el principio de que cada uno tiene derecho al nivel de salud más alto alcanzable. Esto quizás debería cambiarse por la palabra óptimo. Si los servicios sanitarios son considerados un valor social esto implica una obligación ética de verificar la calidad de estos servicios y su disponibilidad.

El progreso de la medicina ha llevado a servicios muy caros y altamente efectivos, y se debe procurar que sean eficientes y con un alto estándar de calidad científico-técnica. Cuanto más complejo es el producto más importante es el Control de Calidad.

La Garantía de Calidad es la actividad que integra la evaluación y el control periódico. Incluye actividades de identificación y priorización de problemas, su evaluación, la puesta en marcha de medidas correctoras, la reevaluación para conocer si las medidas adoptadas han mejorado los defectos puestos de relieve en la anterior evaluación, y el control posterior del cumplimiento de los estándares establecidos. El Control de Calidad es, pues, necesario por la gran variabilidad de la atención sanitaria. El objetivo del Control de Calidad es la determinación de la magnitud y de las causas de esa variabilidad y su modificación en el modo deseado.

Las actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial⁴⁸ están siendo consideradas cada vez más como una función necesaria e integrada en todo tipo de organizaciones sanitarias⁴⁹. En la actualidad es muy evidente el creciente interés en encontrar los medios adecuados y específicos para evaluar y mejorar la Atención Primaria de Salud. Esta circunstancia es paralela al creciente reconocimiento de la importancia de una Atención Primaria adecuada para lograr una mejora del estado de salud de las poblaciones y de los sistemas de salud. En el plano internacional existen numerosos ejemplos de este interés creciente por las actividades de evaluación y mejora de la calidad 13. En nuestro país estas actividades están incluidas entre las que la Ley General de Sanidad⁵⁰ señala como características de nuestro sistema de salud en todos sus niveles. Se considera que todas estas iniciativas nacionales e internacionales son buenas para el Sistema de Salud, pues ayudan a que aumente la efectividad y la eficiencia

de la atención sanitaria y al control de los costes. Sin embargo, no puede decirse que existe una respuesta única, experimentada, a la cuestión de cómo conseguir poner en marcha las actividades de evaluación y mejora de la calidad como una función más, rutinaria y sistemática, de las instituciones sanitarias. Existen varias decisiones que hay que tomar al definir una estrategia para la puesta en marcha de actividades de evaluación y mejora de la calidad como son la elección entre **programas obligatorios o programas voluntarios** y el equilibrio entre las **iniciativas internas y externas**.

Los programas obligatorios es más probable que se den en sistemas en los que la Administración, además de la responsabilidad moral por el bienestar de la población, es la que paga los servicios de salud, y en donde la provisión de estos servicios es básicamente pública. En estos sistemas, donde adicionalmente el personal sanitario es asalariado, el establecimiento de requisitos obligatorios por parte de la Administración es poco probable que prosperen.

Lo más lógico es que una vez convencidos de su bondad, los programas de evaluación y mejora de la calidad se intenten introducir de forma voluntaria, aunque adecuadamente incentivada.

La segunda e importante decisión es el énfasis específico o la combinación de iniciativas y actividades externas e internas. Los programas obligatorios enfatizan habitualmente los acercamientos externos, prestando menor atención a la forma en la que se efectúan las actividades internas. Como mucho, exigen su existencia.

Sin embargo, una revisión de la experiencia de los programas externos en los Estados Unidos revela que la mejora de la calidad depende de las actividades de evaluación interna; y el principal efecto positivo de los controles externos es hacer que funcionen los programas internos. Así pues, no parece lógica ninguna estrategia que descansa principalmente en programas externos.

Los lemas y métodos utilizados en la industria en Garantía de Calidad pueden contribuir a enriquecer este campo aplicado a los servicios de salud. Algunos aspectos beneficiosos del modelo industrial son:

1) Da mayor importancia al usuario, a sus expectativas y a su satisfacción.

2) Enfatiza la interdependencia y la importancia de la coordinación de los distintos componentes estructurales en la producción de un servicio de calidad.

3) Ofrece una serie de métodos de control y de muestreo para evaluaciones de la calidad cuya adaptación a los servicios de salud puede ser muy útil.

4) tiene un enfoque preferentemente específico, producto a producto.

En resumen, lo más conveniente es aprovechar lo más adecuado de cada propuesta y de cada método para el caso concreto de nuestra realidad.

En cuanto a si se debe realizar un abordaje por problemas o bien realizar una evaluación global que nos mida el nivel de calidad general de nuestra institución, la realidad es que cualquier institución sanitaria ofrece más de un producto o servicio diferente, dirigidos a grupos de población o usuarios también completamente diferentes. Con lo cual cada uno de estos productos tiene unos requisitos o criterios de calidad específicos y variados. La realidad es que la calidad hay que considerarla y mejorarla producto a producto. Parece más práctico y estratégicamente recomendable afrontar la evaluación y mejora de la calidad como algo a introducir gradualmente.

La monitorización precisa de ciclos evaluativos cuando un problema es detectado. El ciclo evaluativo se agota cuando el problema se soluciona pudiendo entonces ser sometido a monitorización, lo cual implica mediciones repetidas y sistemáticas de los indicadores seleccionados en relación al tema que ha sido sometido a evaluación.

A su vez, la medición de indicadores puede poner de manifiesto qué aspectos o problemas hay que someter a evaluación e intervención para mejorar.

En cuanto al Programa Ibérico⁵¹, en el que participaban España y Portugal se trataba de realizar actividades promovidas por la Administración, implantando estrategias de evaluación y mejora de la calidad. Los elementos básicos del mismo son: formación, compromiso interno explícito, liderazgo profesional, fomento del trabajo en equipo y papel limitado y definido del apoyo externo.

Se han producido las primeras experiencias en más de 250 Centros en ambos países en dos años de funcionamiento pleno. Muchas de estas experiencias no han tenido continuidad, pero otras han evolucionado hasta construir programas estables. Pese a la prematura terminación oficial del Programa⁵².

Al intentar implantar medidas de evaluación y mejora de la calidad en Atención Primaria nos encontramos con que el principal problema es la complejidad de este concepto,

pues dependiendo de a quién preguntemos sobre estas medidas la respuesta será muy distinta. Todos reconocemos la importancia y necesidad de mejorar la calidad de los Servicios Sanitarios, pero cada cual define este concepto y lo concreta en la práctica, dependiendo del rol que ocupa, la experiencia que vive, la formación que ha tenido, etc.

Definir qué es calidad es difícil, pues es un concepto cambiante en el tiempo; lo que se consideraba calidad hace unos años, hoy no lo es. Es un concepto relativo, es decir, que tenemos que referirlo a unas expectativas u objetivos plenamente definidos. Debemos aclarar en relación a qué o hasta dónde podemos llegar o qué esperamos conseguir. Es un concepto múltiple con muchos componentes, entre los que destaca la accesibilidad, la calidad científico-técnica, la eficiencia, la satisfacción, etc.

Es necesario efectuar un acercamiento de los distintos puntos de vista y hablar el mismo lenguaje para avanzar en la mejora de la calidad, pues mientras los profesionales

tratan de definir la calidad como científico-técnica, y que esta definición coincida con su satisfacción profesional, los gestores pretenden adaptar la calidad al presupuesto y aumentar la productividad por la vía de la calidad. Lo prioritario para un gestor será aprovechar correctamente los recursos existentes y que las iniciativas en calidad estén dentro de la disponibilidad presupuestaria. Los usuarios quieren que la calidad cubra su concepto de necesidad. Calidad será todo aquello que permite dar respuesta a lo que considera sus necesidades.

El problema no es el mismo para todos, ya que disponen de información y de cultura distintas. La realidad se percibe de forma diferente en función de quién se trate, formación, experiencia, etc. Vamos a intentar aclarar dos conceptos fundamentales:

1) La calidad hay que concertarla. Debemos impulsar el concepto de calidad medible en base a criterios y estándares negociados⁵³.

Es decir, debemos aclarar exactamente cuáles son los objetivos que nos planteamos en calidad, romper la idea de que no es posible medir la calidad con la que estamos trabajando y, claro está, negociar estos objetivos con aquellos que participan en este proceso: personal del centro e, idealmente, con los usuarios. En estos objetivos tendremos que incluir aspectos que respondan a sus deseos, perspectivas y necesidades, teniendo en cuenta que la calidad no se impone se impulsa.

2) Conocer qué componente de la calidad es más relevante en cada momento y más se adapta a la cultura del interlocutor. Así, si estamos hablando de una técnica, por ejemplo una vacuna, debemos hablar de eficacia. Si hablamos de un programa, como el de vacunaciones, debemos hablar de efectividad fundamentalmente.

La organización sanitaria es muy compleja, con múltiples categorías profesionales diferentes y además el producto que se obtiene y el servicio que se presta son difíciles de medir y objetivar, pues la

definición de salud está llena de matices subjetivos.

El papel de la Dirección en garantía de calidad es fundamentalmente establecer objetivos además de prestar atención, señalar prioridades, impulsar y facilitar. Se debe implicar a toda la organización. Es necesario realizar un seguimiento de estos objetivos estableciendo un calendario de despachos periódicos, revisar indicadores y estándares, analizar la opinión de los usuarios, etc. La mejora de la calidad es una carrera de fondo, no acaba nunca, es mejorar día a día y para ello hay que inculcar a la organización una actitud de mejora continua.

En cuanto a los profesionales de la salud, su trabajo es cada vez más interdisciplinario y eso exige coordinación, entre otras cosas para evitar conflictos o para solucionarlos satisfactoriamente. Además, si queremos evaluar lo que estamos haciendo de forma científica, tenemos que trabajar de manera homogénea.

Dicho de otra manera, si no protocolizamos no podemos comparar, y esto exige consenso y coordinación. En atención primaria hay que trabajar en equipo por la naturaleza de sus objetivos. Pero trabajar en equipo significa que distintos profesionales colaboran aportando conocimientos, técnicas y experiencias para obtener un producto de mayor calidad. Pero esto no requiere que todas las decisiones deban tomarse conjuntamente. Si somos capaces de poner en marcha un sistema de monitorización permanente de aquellos aspectos de salud y asistenciales que nos resulten relevantes seremos capaces de saber en qué situación estamos en cada momento para mejorar.

Consideraciones en la elección de lo que hay que monitorizar.⁴³

A.- Importancia para los pacientes: "Máximo beneficio alcanzable si se juzga por las siguientes características".

- 1.- El fenómeno es frecuente.
- 2.- El error es frecuente.
- 3.- El error tiene serias consecuencias y es costoso.

- 4.- El error es corregible.
- B.- Intereses institucionales adicionales.**
 - 1.- Reunir los requerimientos que se imponen externamente: legales u otros.
 - 2.- Reducción del riesgo.
 - 3.- Intensificación institucional.
 - a.- Reducción del costo .
 - b.- Aprobación pública.
 - 4.- Representatividad.
 - 5.- Justicia, imparcialidad.
- C.- Factibilidad.**
 - 1.- Preparación de la organización.
 - 2.- Factibilidad operacional.
 - a.- Información precisa.
 - b.- Validez de criterios y estándares.
- D.- Completar la documentación y especificar los planes de acción.**

El profesor A. Donabedian al referirse a los programas de monitorización se pregunta ¿Cuándo Monitorizar?. Considerando que existen tres tipos de monitorización.

- 1.- **Monitorización prospectiva o anticipatoria.**

Aprobación o desaprobación de los cuidados propuestos.

2.- Monitorización concurrente.

Valoración del proceso y resultados durante el curso de la atención permitiendo la intervención para corregirlo o mejorarlo.

3.- Monitorización retrospectiva.

Valoración del proceso y los resultados después de que se ha terminado la atención, para aprender así tanto de los éxitos como de los fallos pasados por ejemplo Audit a través de revisiones en publicaciones médicas.

I.B Objetivos.

Hemos comentado en las líneas previas el estado actual de esta disciplina. Llegados a este punto diremos que los objetivos generales de este proyecto de tesis son:

1.- Averiguar si es posible implantar un programa multicéntrico de monitorización de la calidad asistencial en los Equipos de Atención Primaria de Canarias, elaborando para ello unos indicadores válidos y fiables desarrollados para este fin por nosotros, que abarquen distintas áreas de la atención al paciente y sean de aplicación en nuestro medio y en el momento actual teniendo en cuenta los factores culturales, sociales, geográficos, etc.

2.- Valorar si el programa produce una mejora de la calidad en los Equipos de Atención Primaria que se han incorporado al mismo. Ya sea por la implantación en sí misma del programa o bien por las medidas que se apliquen en cada caso.

Los objetivos específicos son:

1a.- Ofrecer la posibilidad de incorporarse al programa, a los Equipos de Atención Primaria (EAP) de nuestra Comunidad Autónoma, como un mecanismo sencillo que les permita conocer la calidad que prestan y la posibilidad de mejorarla.

1b.- Analizar las causas que han motivado la incorporación o no incorporación voluntaria de los EAP a un programa de estas características.

1c.- Considerar una a una las dificultades de la implantación del programa en los EAP que han decidido incorporarse. En este sentido, nos referimos a:

- La formación de los miembros de la Comisión de Garantía de Calidad de cada EAP en la metodología propuesta.

- La utilidad de la metodología propuesta para la obtención de indicadores clínicos y no clínicos que monitoricen la calidad de la práctica en Atención Primaria.

- La aceptación por todos los miembros del EAP de las tareas que implica la monitorización.

2a.- Obtener unos indicadores que sean aplicados por más de un EAP de forma ininterrumpida para mejorar su calidad.

2b.- Estudiar la variación del nivel alcanzado por cada indicador, en un mismo EAP, a lo largo del tiempo.

2c.- Comparar el nivel alcanzado para cada indicador en distintos EAP, en el caso de que un mismo indicador se esté utilizando en varios centros, como señal de calidad en cada uno de ellos.

2d.- Analizar las causas de los distintos niveles alcanzados y valorar las medidas correctoras que se deben introducir, así como cuándo deben aplicarse.

Material y Método

En los meses de enero a junio de 1990, elaboramos una Ponencia para las III^a Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria, celebradas en el Puerto de la Cruz los días 1 y 2 de junio de ese mismo año. Esta tenía por tema la Monitorización de Calidad en Atención Primaria⁵⁴. A raíz de esta experiencia surgió la idea de poner en marcha un Programa de Garantía de Calidad en los Centros de Salud de nuestra Comunidad Autónoma.

En primer lugar, se formó una Comisión Coordinadora del Programa (CCP), que estuvo constituida por tres miembros de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Santa Cruz de Tenerife. Los integrantes de dicha comisión fueron el coordinador, la técnico de salud de la Unidad y la doctorando, que en ese momento era residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Recopilamos cuanta información sobre garantía de calidad nos fue posible conseguir, con el fin de saber cuáles eran los conocimientos

actuales en este tema y su aplicación práctica en el área de la atención primaria. A partir de ese momento fijamos unas fechas para reunirnos con la intención de clarificar cuáles eran nuestros objetivos a medio corto y largo plazo, y la manera en la que los llevaríamos a la práctica. Las reuniones de la comisión coordinadora del programa para elaborar la estrategia de la puesta en marcha del mismo se prolongaron desde el mes de junio de 1990 hasta el 14 de febrero de 1991, fecha en la que dicha comisión se reunió para elaborar el primer indicador de garantía de calidad del programa, y, así, poder presentar ejemplos válidos y comprensibles a los miembros de las comisiones internas de los distintos E.A.P.. Otra reunión de similares características tuvo lugar el 8 de abril del mismo año.

Pensamos que debíamos empezar la información sobre el programa de monitorización de la calidad en APS en los Centros Docentes de nuestra isla para ir extendiéndolo posteriormente a otros Centros.

El día 5 de Julio de 1991 tuvo lugar la reunión de toma de contacto con un miembro del Centro de Salud de Tejina, que ya anteriormente había estado vinculado a actividades de Garantía de calidad. Tuvimos también una reunión el día 17 de julio de 1991 con un integrante del EAP de Barrio de la Salud que estaba muy motivado por este tema, y ya había realizado actividades en Garantía de Calidad y posteriormente el día 23 del mismo mes nos volvimos a reunir nuevamente con él. El objetivo de las reuniones no era otro que el de comunicar el trabajo realizado hasta ese momento y valorar la posibilidad de poner en marcha en nuestra comunidad el Programa de Monitorización de Calidad, determinando cuál debía ser la mejor manera de introducirlo.

Paralelamente, se solicitaron reuniones con la Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife para solicitar la aprobación, por parte de la misma, para la puesta en marcha del programa.

Estas reuniones tuvieron lugar los días 26 de julio, 19 y 22 de agosto y el día 2 de septiembre, fecha en la que la Gerencia dió el visto bueno para la introducción del programa en los Centros docentes de nuestra comunidad.

Se presentó el programa que pensábamos poner en marcha en tres de los cinco Centros Docentes de Tenerife que en ese momento eran los de Tejina-Tegueste, Barrio de la Salud, La Laguna-Geneto, Tacoronte y Taco. Los miembros integrantes de los distintos Centros mostraron desigual interés por la realización del mismo. Programamos reuniones en estos Centros para informar de nuestro Programa y de cómo pensábamos implantarlo. En un primer encuentro, dimos información general de lo que es la Garantía de Calidad. Y convocamos una nueva reunión para unas semanas más tarde en la que profundizamos más en los aspectos concretos de la **Monitorización** y cómo podríamos llevarla a cabo en nuestro medio, invitando a los Equipos a participar en dicho Programa.

A los dos Equipos que voluntariamente decidieron participar en ese momento en el programa se les puso la condición de que debían formar una comisión interna de Garantía de calidad (CI), que se convertiría, a partir de ese momento, en la interlocutora de su EAP con la Comisión Coordinadora del programa. Fue precisamente a los miembros de las distintas CI a los que se les instruyó sobre la metodología que se iba a utilizar, para que en cada caso se decidiera qué indicadores podían ser de mayor utilidad en sus respectivos Centros. Así, fuimos conociendo las necesidades existentes en las distintas áreas y empezamos la elaboración de los indicadores, que resultó muy laboriosa, precisando 30 reuniones con los dos Equipos que inicialmente participaron en el programa, construyendo todas las fases del desarrollo de los distintos indicadores.

Estas reuniones tuvieron lugar los días:

17 y 23 de septiembre.

18, 21 y 30 de octubre.

18, 19, 21, 25 y 27 de noviembre.

23 de diciembre de 1991.

3, 10, 13, 17, 20 y 30 de enero de 1992.

3, 17, 18, 24 y 27 de febrero.

19, 23, 24, 27 y 30 de marzo.

Se explicó qué era y cómo se iba a confeccionar cada indicador, en cada una de sus partes, tomando como modelo el utilizado por la JCHA. (formato del indicador). También se aclaró que los indicadores son medidas cuantitativas empleadas para evaluar y monitorizar la calidad de la atención sanitaria prestada; y que, en sí mismos, no son una medida directa de la calidad, sino que constituyen señales de identificación de aspectos asistenciales que deben ser evaluados o revisados en profundidad. Pueden ser usados para seguir uno o más de los componentes de la calidad de la asistencia prestada.

Según su orientación los definiremos como indicadores de estructura, proceso o resultado, y, según su formulación, los llamaremos de evento centinela o basados en tasas. Y, al igual que para cualquier tipo de indicador usado en el campo de las ciencias, también habrá que considerar su sensibilidad, especificidad, validez y fiabilidad.

Dentro de la metodología propuesta para la formulación de indicadores pasamos a explicar los diferentes apartados que aparecen en los mismos.

A. Indicadores.

Se trata de enunciar el aspecto de la atención sanitaria que está siendo medido. La calidad en la atención al paciente está determinada por un cierto número de factores entre los que se incluyen: la accesibilidad, el cuidado sin límite horario, la efectividad, la eficacia, la atención apropiada, la eficiencia, la continuidad, la privacidad, la confidencialidad, la participación del paciente y de su familia y la seguridad y apoyo necesarios en la atención dentro del medio en que se realiza.

Los indicadores se usan para controlar y evaluar uno o más de los factores arriba apuntados de cara a una atención específica al paciente, o proporcionar actividades de servicios de apoyo. (QRB noviembre 1989)

La complejidad de la frase variará de un indicador a otro. Un ejemplo puede ser :
Habitantes cuya atención sanitaria es prestada por un solo médico.

B. Definición de términos.

Aquí deben constar cuantas aclaraciones consideremos necesarias para asegurarnos que el indicador es entendido igual por todos sus usuarios y que todos recogerán la misma información. Es el apartado para aclarar cuestiones como la terminología o codificación empleada en la recolección del indicador.

C. Tipo de indicador.

Clasificaremos cada indicador según el aspecto que mida (estructura, proceso o resultado). Un indicador de estructura nos informará de la dotación de recursos para prestar la atención, ya sean recursos materiales o humanos.

Un indicador de proceso mide la actividad de la atención prestada al paciente, o a la comunidad, y frecuentemente se relaciona con el resultado. Un indicador de resultado mide lo que le ocurre a un paciente o comunidad, cuando se le proporcionan unas determinadas condiciones.

Según cómo se mida hablaremos de indicadores de evento centinela o basados en tasas. Consideraremos un indicador de evento centinela, a aquel que mide un proceso indeseable, y que normalmente se puede evitar durante el proceso de atención al paciente. Esto ayudará al enfoque que le daremos al uso e interpretación del indicador.

D. Razonamiento.

Explicaremos la utilidad de nuestro indicador en la medición del aspecto de la estructura, proceso o resultado de la calidad de la atención que hayamos escogido. En nuestro ejemplo: "se acepta hoy que un médico de cabecera no debería ocuparse de la atención de más de 2500 personas, so pena de verse sometido a una excesiva demanda de asistencia que disminuirá la calidad de su trabajo".

Demostrando que el razonamiento del indicador es adecuado, se considera que el indicador adquiere una comprensión más profunda de su valor potencial y se pueden juzgar mejor sus méritos.

Los razonamientos deben apoyarse en referencias bibliográficas siempre que sea posible.

E. Descripción de la población.

Limitaremos la población cuya calidad asistencial trata de medir nuestro indicador. Cuando se trata de un indicador de tasas definiremos qué población es la que figura en el denominador y cuál en el numerador. En el ejemplo que veníamos usando sería:

Númerador: Número de habitantes de una determinada zona básica de salud.

Denominador: Número de médicos de cabecera que atienden a esa zona.

Además, en muchas ocasiones nos convendrá establecer subcategorías dentro de estas poblaciones con el fin de mejorar la sensibilidad, especificidad, etc del indicador.

Siguiendo con nuestro caso, podrían ser de interés subpoblaciones como:

Número de habitantes de la zona básica que no estén en edad pediátrica.

Número de habitantes de la zona básica que tengan derecho a la asistencia sanitaria pública.

Lógica del indicador.

Convierte los términos usados para enunciar el indicador en datos que, siguiendo una determinada secuencia, nos permiten recuperar qué pacientes (en otro caso habitantes, etc...) son identificados por el indicador, citando en cada caso la fuente de datos. En otras palabras, compara lo que idealmente serían los pasos que debería dar un paciente para recibir una asistencia de calidad, con los pasos que en la práctica debe dar ese paciente en los centros evaluados. Cuando se trata de indicadores no clínicos, comparará igualmente el ideal y la realidad de la forma con la que se lleva a cabo la prestación evaluada.

F.- Fuentes de datos.

Se debe especificar qué datos son los que nos interesa recoger y cuáles son las fuentes que utilizamos para obtenerlos. Hay que intentar que se pueda realizar la recogida de datos con el mínimo esfuerzo posible, para facilitar el cumplimiento de la misma.

G.- Factores subyacentes.

Es la lista de factores no incluidos en el indicador que pueden explicar las variaciones en los datos del indicador, y, por lo tanto, dirigir las acciones necesarias para la solución de los problemas. Los factores pueden estar relacionados con los pacientes, con los profesionales sanitarios y con los sistemas de organización.

H.- Existencia de base de datos.

Deben existir bases de datos de investigación o clínicamente operacionales a partir de las cuales se puedan establecer o verificar los porcentajes de aparición del indicador y además, o en su caso, la varianza institucional.

Cada indicador se desarrolló de acuerdo con las necesidades sentidas en cada equipo. Primero, la Comisión Coordinadora del Programa elaboraba los indicadores que posteriormente fueron analizados por las distintas comisiones internas y se iba matizando lo que realmente se pretendía monitorizar. Cuando ya se consideraba definitivamente elaborado el indicador, era sometido a la aprobación y posterior puesta en marcha por los miembros del EAP.

El modelo de indicador utilizado fue el diseñado por la JCHO, añadiendo al mismo el estándar establecido, la periodicidad de la recogida de los datos y el responsable de la misma. El indicador queda como a continuación presentamos:

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador.

B. Definición de términos.

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - .b) Basado en tasas.
- 2)
 - .a) De estructura.
 - .b) De proceso.
 - .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).
- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+		++++	
	1	2	3	4
a)				
b)				
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

} Denominadores.

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1).....
2).....
3).....
4).....
5).....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/)					
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

ESTANDAR:

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS:

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS:

Los Centros de Salud de Tejina-Tegueste y Barrio de la Salud fueron los primeros en incluirse en este programa, desarrollando las primeras experiencias en el manejo de la monitorización como grupos de profesionales y no individualmente, que se dió en la isla de Tenerife.

Los primeros contactos con el centro de salud de Taco se iniciaron el día 19 de marzo de 1992 con la presentación del programa a un grupo de profesionales del Centro con los que habíamos mantenido contacto previamente y que estaban interesados en pertenecer a la comisión interna de Garantía de Calidad del EAP. Posteriormente, se realizaron una serie de reuniones que tuvieron lugar los días 1 y 5 de marzo y 15 de octubre de 1992.

La aprobación de los indicadores elegidos y puesta en marcha del programa tuvo lugar el día 1 de marzo de 1993, iniciándose la recogida de los datos el día 15 de ese mismo mes y reuniéndonos el 5 y 8 de mayo y el 15 de junio, para valorar las dificultades que iban surgiendo, y las soluciones que se podían aportar.

Paralelamente, se estableció contacto con el centro de salud de Tacoronte el día 13 de octubre de 1992, obteniendo buena acogida el programa, pero por circunstancias del EAP, se decidió aplazar la incorporación del centro al Programa.

En los dos centros donde inicialmente se puso en marcha el programa se han continuado las reuniones para valorar los resultados, y considerar qué medidas correctoras eran más adecuadas, así como la evolución del programa en las diferentes áreas. En el Centro de Salud de Tejina-Tegueste las reuniones tuvieron lugar los días 29 de junio de 1992 y 19 de enero y de julio de 1993. Mientras que en el Centro de Salud del Barrio de la Salud fueron el 17 de junio y el 29 de octubre de 1992 y el de abril de 1993. Vamos a enumerar uno por uno los indicadores que fueron seleccionados por los distintos Centros, y que se elaboraron siguiendo la metodología expuesta previamente.

Indicadores del área pediátrica.

1/ * Niños susceptibles de vacunación y correctamente vacunados, atendidos por el EAP. (Centro de Salud de Barrio de la Salud y Tejina)

2/ * Registro de los antecedentes perinatales en los niños atendidos en el Centro de Salud. (Centro de Salud de Tejina)

Indicadores del área gineco-obstétrica.

3/ * Registro en la historia de la presencia o ausencia de metrorragias en mujeres postmenopáusicas. (Centro de Salud de Tejina)

4/ * Embarazadas que se controlan en el primer trimestre de gestación, sobre todas las incluidas en el programa de control de gestación. (Centro de Salud de Tejina)

5/ * Mujeres gestantes menores de 18 años o mayores de 40, que pertenezcan al EAP. (Centro de Salud de Tejina)

6/ * Correcta cumplimentación de datos en la historia según el protocolo de atención a la gestante. (Centro de Salud de Tejina)

Indicadores del área de Enfermedades Crónicas

- 7/ * Pacientes diabéticos en seguimiento en el Centro que tengan Hb A1 menor al 8% en tres determinaciones anuales. (Centro de Salud del Barrio de la Salud)
- 8/ * Pacientes diabéticos en seguimiento en el Centro que tengan realizado un fondo de ojo anual. (Centro de Salud de Taco)
- 9/ * Pacientes hipertensos controlados en el Centro que tengan tres o más determinaciones de la tensión arterial anuales. (Centro de Salud del Barrio de la Salud)
- 10/ * Registro en la historia clínica de la actividad desarrollada en visita domiciliaria. (Centro de Salud del Barrio de la Salud)
- 11/ * Existencia del programa de enfermedades crónicas con fácil identificación de los casos historiados. (Centro de Salud del Barrio de la Salud)

Indicadores del área de docencia.

12/ * Horas de formación continuada impartidas por cada profesional sanitario del EAP, sobre horas docentes. (Centro de Salud de Barrio de la Salud y Tejina)

13/ * Horas de formación continuada recibidas por el EAP, sobre horas laborales. (Centro de Salud de Barrio de la Salud y Tejina)

Indicadores del área de registro.

14/ * Existencia de algún sistema de vigilancia epidemiológica (EDO) correctamente confeccionado. (Centro de Salud de Tejina)

15/ * Registro en la historia clínica de las defunciones en pacientes asistidos por el EAP. (Centro de Salud del Barrio de la Salud)

16/ * Tiempo dedicado a cada paciente en la consulta médica a demanda. (Centro de Salud del Barrio de la Salud)

17/ * Pacientes citados (cita previa) con historia clínica al empezar la consulta. (Centro de Salud de Taco)

18/ * Existencia en la historia clínica de la hoja de listado de problemas fundamentales actualizada en las historias clínicas del EAP. (Centro de Salud de Taco)

19/ * Registro en la historia clínica del peso y la talla con sucesivos controles de peso cada 4 años en pacientes atendidos en el EAP. (Centro de Salud de Taco)

20/ * Pacientes con correcto registro en la historia clínica del consumo de alcohol. (Centro de Salud de Taco)

21/ * Pacientes con correcto registro en la historia clínica del hábito tabáquico. (Centro de Salud de Taco)

22/ * Pacientes con correcto registro en la historia clínica de la existencia de alergias. (Centro de Salud de Taco)

23/ * Registro en la historia clínica de todo paciente, de al menos una determinación de la TA y sucesivas tomas según el protocolo de TA del EAP. (Centro de Salud de Taco)

Indicadores de satisfacción y confianza del paciente y los profesionales de las Salud.

24/ * Grado de satisfacción del usuario con la asistencia recibida del EAP. (Centro de Salud del Barrio de la Salud)

25/ * Grado de confianza de los pacientes con la atención recibida del EAP. (Centro de Salud del Barrio de la Salud)

26/ * Nivel de bienestar de los integrantes del EAP en su lugar de trabajo (clima laboral). (Centro de Salud del Barrio de la Salud)

Otros.

27/ * Existencia de botiquín de urgencias con vademecum indispensable y accesible. (Centro de Tejina)

28/ * Existencia de Diagnóstico de Salud en la zona y su periódica actualización. (Centro de Salud de Barrio de la Salud y Tejina)

En los dos indicadores en los que se utilizaron encuestas, el tamaño de la muestra se determinó en función del universo de 600 pacientes asistidos diariamente en las consultas. Se aceptó un error de muestreo del 8% para un error alfa=0,05% y beta=0,1. El procedimiento de muestreo fue el aleatorio simple. Se encuestó a los pacientes a la salida de la consulta (medicina general o pediatría) siendo los encargados de realizarla médicos que no pertenecen al citado centro, exceptuando a una residente de Medicina Familiar y Comunitaria que en ese momento estaba en una de las consultas y que no realizó las encuestas de esa consulta para no alterar las respuestas.

Al tratarse en nuestro caso de un estudio descriptivo de la viabilidad de la metodología de garantía de calidad en los equipos de atención primaria, no precisamos más aplicación de técnicas estadísticas para el análisis de los indicadores que su mera

descripción en términos porcentuales. No obstante, en alguno de los indicadores aplicamos métodos multivariantes, concretamente análisis cluster y análisis de correspondencias múltiples,⁵⁵⁵⁶ para estudiar posibles relaciones entre las categorías de las variables cualitativas que conforman dichos indicadores. En este caso los cálculos se hicieron con el programa informático conocido como SPSS/PC en su versión 4.01.

A continuación se detalla el desarrollo de cada uno de los indicadores.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. NIÑOS SUSCEPTIBLES DE VACUNACION Y CORRECTAMENTE VACUNADOS, ATENDIDOS POR EL EAP.

B. Definición de términos.

Niños: población entre 0 y 14 años

Susceptibles de vacunación: los que tengan una edad comprendida entre los límites del calendario vacunal oficial y no presenten ninguna contraindicación

Correctamente vacunados: aquellos que han cumplido el calendario correctamente para su edad, más-menos dos meses.

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.

- 2)
 - .a) De estructura.
 - X .b) De proceso.
 - .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es evidente la importancia de alcanzar una alta tasa de niños bien vacunados frente a aquellas enfermedades que, por sus características epidemiológicas figuran en el calendario oficial de inmunizaciones.

Este indicador mide la buena práctica pediátrica.

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(57)(58)(59)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+		++++
	1	2	3
a) Práctica de las UAP del EAP.			X
b) Práctica de las UAF del EAP.			X
c) Práctica de otros miembros del EAP.....		X	
d) Organización de la atención pediátrica del SNS.....			X
e).....			

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

Niños de 3, 5, 7 y 18 meses; y de 6, 11 (niñas) y 14 años

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Niños bien vacunados ---> Revisión de historias por edades ---> historias pediátricas ---> fichero de edad y sexo.

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
)Numeradores.

Número de niños susceptibles de vacunación y correctamente vacunados

)Denominadores.

Número de niños susceptibles de vacunación atendidos por el EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Cumplimiento correcto para la edad	Historias clínicas
	Fichero de edad y sexo
2).....	.....
3).....	.....
4).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Nivel cultural de los padres				X	
/) Religión de los padres ..	X				
/) Nivel social de los padres			X		
/) Escolarización en la zona				X	
/) Atención por el EAP					X

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Falta de conocimientos ..	X				
/) Motivación de la UAP			X		
/).....					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Falta de material	X				
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia clínica
- Ficha de edad y sexo

ESTANDAR: 85%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Semestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Responsable del programa de atención al niño sano, mediante la revisión de 100 historias o calendarios de vacunación.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. REGISTRO DE LOS ANTECEDENTES PERINATALES EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD

B. Definición de términos.

Niños: Población entre 0 y 10 años atendidos por el EAP

Antecedentes perinatales: desde la 28ª semana de gestación hasta un mes después del nacimiento

- por enfermedades de la madre
- nacimiento pretérmino, a término, postérmino
- trauma obstétrico
- alteraciones congénitas o hereditarias

C. Tipo de indicador.

1)

- .a) De evento centinela.
- X .b) Basado en tasas.

2)

- .a) De estructura.
- X .b) De proceso.
- .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es importante para el desarrollo posterior del niño el adecuado control perinatal

Mide la buena práctica obstétrica y pediátrica

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(58)(60)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Práctica de la UAF del EAP ..				X
b) Práctica de otros miembros del EAP			X	
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- De 0 a 2 años
- De 2 a 7 años
- de 7 a 10 años

- 2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Revisión de historias pediátricas ---> Niño atendido por el EAP con antecedentes perinatales registrados correctamente

- 3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

- a) Formato de indicador basado en tasas.
}Numeradores.

Número de niños atendidos por el EAP con historia abierta y antecedentes perinatales correctamente registrados

}Denominadores.

Número de niños atendidos por el EAP con historia abierta

- b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Datos maternos	Cartilla de la embarazada
2) Parto	Informe del alta hospitalaria de la madre y del niño
3) Post-parto	Historia del EAP.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+			++++
	1	2	3	4 5
/) Banalidad aparente			X	
/).....				
/).....				
/).....				
/).....				

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+			++++
	1	2	3	4 5
/).....				
/).....				
/).....				
/).....				
/).....				

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+			++++
	1	2	3	4 5
/) Nivel cultural		X		
/).....				
/).....				
/).....				
/).....				

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Motivación			X		
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Demanda excesiva			X		
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historias clínicas

ESTANDAR: 85%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Semestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Los dos miembros de cada UAP mediante la revisión de la totalidad de las historias abiertas en el último semestre

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA PRESENCIA O AUSENCIA DE METRORRAGIAS EN POSTMENOPAUSICAS

B. Definición de términos.

Metrorragia: cualquier sangrado por vía vaginal que no atribuible a la menstruación

Mujeres postmenopáusicas atendidas por el EAP (excluyendo a las pacientes hysterectomizadas)

Presencia explícita en la historia clínica de la existencia o no de metrorragias (anualmente)

C. Tipo de indicador.

1)

.a) De evento centinela.

X .b) Basado en tasas.

2)

.a) De estructura.

X .b) De proceso.

.c) De resultado.

D. Razonamiento.

1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Lo que va a monitorizar es la presencia o ausencia de un dato en la historia clínica, por lo que es un indicador de proceso.

Monitoriza el proceso de captación de enfermedades ginecológicas en mujeres postmenopáusicas (frecuentes y peligrosas).

2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(61)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+		++++
	1	2	3
a) Captación y despistaje de la población de postmenopáusicas			X
b) Práctica de otros miembros del EAP.....			X
c)			
d)			
e).....			

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

Mujeres de más de 45 años que hace más de un año que tuvieron la última regla

Criterios de exclusión:

- Mujeres de más de 45 años con menstruación hasta hace menos de un año
- Mujeres histerectomizadas
- Mujeres que no han acudido a consulta en el último año
- Mujeres con enfermedad endometrial conocida

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

		Médico	
Registro de historia de mujeres	---->		---->
		Enfermera	
----> Consulta			

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
}Numeradores.

Número de mujeres postmenopáusicas en cuya historia figura la presencia o ausencia de metrorragias

}Denominadores.

Número de mujeres postmenopáusicas atendidas por el EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Presencia o ausencia del dato "metrorragia"	Historia clínica
2).....	.....
3).....	.....
4).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Presencia de otra enfermedad ginecológica				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5

/) No acude a consulta en el último año					X
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Falta de conocimientos ..			X		
/) Falta de motivación				X	
/).....					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Problemas que impiden historiar a los pacientes					X
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia clínica
- Fichas de edad y sexo

ESTANDAR: 50%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: En cad UAF, uno de los dos miembros revisará 50 historias que no tengan criterios de exclusión.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL PRIMER TRIMESTRE SOBRE TODAS LAS INCLUIDAS EN EL EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE GESTACION

B. Definición de términos.

Primer trimestre: hasta la 12ª semana

Controladas: exploración física, TA, talla, peso, eco-
grafía y analítica (al menos, solicitadas).
La exploración física debe incluir también
revisión de mamas, varices y edemas. Visita
cada cuatro semanas

C. Tipo de indicador.

1)

.a) De evento centinela.

X .b) Basado en tasas.

2)

.a) De estructura.

X .b) De proceso.

.c) De resultado.

D. Razonamiento.

1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es útil para la valoración de posibles malformaciones fetales y alteraciones maternas en el inicio del embarazo.

2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(62)(63)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Captación precoz				X
b) Cumplimiento del protocolo				X
c) Labor del EAP en el control de la gestación.....	X			
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

De 14 a 19 años

De 20 a 25 años

Más de 35 años

Excluidas las gestantes de alto riesgo

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Fichero ---> Revisión de historias obstétricas --->
 ---> Gestante

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
 } Numeradores.

Número de gestantes que se controlan en el primer trimestre

} Denominadores.

Número de gestantes incluidas en el programa de control de gestación

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Edad gestacional en la primera visita .....	..... Historia
2) TA, peso, talla, ecografía, analítica ...	..... Obstétrica
3) Exploración física ..	.....
4) Identificación .....	.....
5) .....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Gestación de alto riesgo.					X
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5

/) Embarazo en adolescentes.					X
/) Nivel cultural					X
/) Relación con los padres .			X		
/) Embarazo no deseado				X	
/) Pareja estable			X		

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Cualificación de la matrona			X		
/) Cualificación del médico.			X		
/) Motivación			X		
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia clínica
- Cartilla de la embarazada
- Fichero de embarazadas

ESTANDAR: 70%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Semestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Responsable del programa de atención a la embarazada mediante el análisis de 30 historias obstétricas de los partos ocurridos en los 6 meses previos

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. MUJERES GESTANTES MENORES DE 18 AÑOS O MAYORES DE 40 QUE PERTENEZCAN AL EAP.

B. Definición de términos.

- Embarazadas que tengan menos de 18 o más de 40 años.
- Son captadas en el centro dentro del programa de atención a la embarazada.

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.
- 2)
 - .a) De estructura.
 - .b) De proceso.
 - X .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Va a monitorizar, básicamente, embarazos que se producen en una población en ambos extremos de la vida fértil; y que comportan, en ambos casos, mayor patología para la madre y el hijo, además de una problemática familiar y social importante.

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(62)(63)(67)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Captación de la población diana			X	
b) Labor del EAP en la Educación sanitaria				X
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Gestantes que tengan 18 años o menos
- Gestantes de más de 40 años

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Revisión de historias obstétricas ---> Gestantes de menos de 18 años
Información facilitada por otros ---> o mayores de 40 profesionales

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

Número de gestantes menores de 18 años o mayores de 40 pertenecientes al EAP

} Denominadores.

Número de gestantes que pertenecen al EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista los datos específicos que se recolectarán.
Datos Fuentes

1) Embarazos en menores de 18 años o mayores de 40	Historia obstétrica
2).....	.....
3).....	.....
4).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+			+++++	
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+			+++++	
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Condicionantes socio-económicos familiares....				X	
/) Nivel cultural				X	
/) Negar embarazo				X	
/) No tener pareja estable .					X
/) Embarazo no deseado					X

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Educación sanitaria impartida en escuelas por EAP.					X
/) Educación sanitaria impartida en el centro					X
/).....					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Colaboración por parte de la administración con campañas divulgativas ...					X
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia obstétrica
- Otros

ESTANDAR: 15%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: El encargado del programa de atención a la embarazada.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. CORRECTA CUMPLIMENTACION DE DATOS SEGUN EL PROTOCOLO DE ATENCION A LA GESTANTE

B. Definición de términos.

En la historia obstétrica deberá constar, según el protocolo:

- peso, talla, TA (Bimensual)
- Hemograma (dos o más)
- Ac de rubeola, VDRL, Rh. (una determinación)
- Ecografía (al menos, solicitada)
- Cumplimiento de citas en un 80%
- Antecedentes familiares y obstétricos de interés
- Exploración física (mamas, varices, edemas)

C. Tipo de indicador.

- 1)
- .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.
- 2)
- .a) De estructura.
 - X .b) De proceso.
 - .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Valora la correcta cumplimentación del protocolo de atención a la gestante, por lo que es un indicador proceso.

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(62)(63)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+		++++
	1	2	3
a) Cumplimiento del protocolo.			X
b) Labor del personal del EAP (básicamente la matrona)...			X
c)			
d)			
e).....			

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

Excluir gestantes de alto riesgo

Excluir abandonos voluntarios

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Fichas de identificación ---> historias de gestantes -->
 ---> Consulta ---> Paciente

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
)Numeradores.

Número de historias correctamente cumplimentadas,
 según el protocolo de atención a la gestante

)Denominadores.

Número de historias obstétricas

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Talla, peso, TA	Historia obstétrica
2) Analítica	Fichas de identificación
3) Ecografía .....	.....
4) Cumplimiento de citas	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Embarazo en adolescentes.				X	
/) Nivel cultural			X		
/) Embarazo no deseado			X		
/) Embarazo muy deseado			X		
/) Pareja estable			X		

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Cualificación del EAP ...			X		
/) Cualificación de la ma- trona		X			
/) Motivación del EAP		X			
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia obstétrica
- Ficha de datos

ESTANDAR: 70%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Responsable del programa de atención a la embarazada, mediante el análisis de 30 historias obstétricas con partos ocurridos en los seis meses previos.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. DIABETICOS EN SEGUIMIENTO EN EL CENTRO QUE TENGAN Hb A1 MENOR DEL 8% (TRES DETERMINACIONES ANUALES).

B. Definición de términos.

Diabético: Pacientes que tengan glucemias basales repetidamente superiores a 140 mg/dl

Seguimiento: Pacientes que tengan tres determinaciones anuales de Hb A1

Anotación explícita de la Hb A1 en la historia clínica y del cumplimiento de las citas.

C. Tipo de indicador.

1)

.a) De evento centinela.

X .b) Basado en tasas.

2)

.a) De estructura.

.b) De proceso.

X .c) De resultado.

D. Razonamiento.

1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es un indicador de resultado que mide el grado en el que el programa consigue un buen control de los diabéticos.

La Hb A1 nos informa sobre la evolución de las glucemias en periodos amplios.

2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(65)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Seguimiento de los diabéticos en el EAP				X
b) Práctica de los médicos en el EAP				X
c) Práctica de los ATS en el EAP				X
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

Excluir: gestantes diabéticas
 diabetes infanto-juvenil (que no está incluida en el programa)
 pacientes confinados

Subpoblación: tratamiento insulínico (tipo I ó II)

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Diabético ----> Consulta ----> Hb A1 ----> Historia ---->
----> Ficha de diabéticos

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
}Numeradores.

Número de pacientes diabéticos con Hb A1 menor del 8% cada cuatro meses

}Denominadores.

Número de pacientes diabéticos en seguimiento por el EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Diabéticos	Ficha de diabéticos
2) Hb A1	Historia clínica.....
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+			+++++
	1	2	3	4 5
/) Medicación contrainsular.			X	
/) Patología previa asociada			X	
/).....				
/).....				
/).....				

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+			+++++
	1	2	3	4 5
/) Alteraciones en la visión				X
/).....				
/).....				
/).....				
/).....				

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
Condiciones socioeco- /) nómicas			X		
/) Condiciones culturales ..			X		
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Burocracia profesional ..			X		
/) Falta de empatía por el profesional de la salud..				X	
/) Falta de cumplimentación.			X		
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Dificultad para realizar la Hb A1					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Fichas de diabéticos
- Historia clínica
- Registro de crónicos en UAF

ESTANDAR: 70%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: El responsable del programa de diabetes mediante el análisis de 50 historias clínicas de diabéticos.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. DIABETICOS EN SEGUIMIENTO EN EL CENTRO QUE TENGAN REALIZADA UNA REVISION DEL FONDO DE OJO ANUAL

B. Definición de términos.

Diabético: Pacientes que tengan glucemias basales repetidas por encima de 140 mg/dl

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.

- 2)
 - .a) De estructura.
 - .b) De proceso.
 - X .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

En el fondo de ojo se pueden descubrir de forma temprana las complicaciones que pueden estar presentándose, permitiendo establecer el tratamiento en fases iniciales

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(65)(66)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Seguimiento de los diabéticos en el EAP				X
b) Práctica de los médicos....				X
c) Práctica de las ATS				X
d)				
e).....				

E.Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Excluir:
- gestantes diabéticas
 - diabetes infanto-juvenil, que no están incluidas en el programa
 - pacientes confinados
 - pacientes con cataratas u otra afección de la cámara anterior del ojo

Subpoblación: pacientes en tratamiento insulínico

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Diabético ---> Consulta ---> Fondo de ojo --->
---> Historia clínica.

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

Número de diabéticos con revisión anual del fondo de ojo

} Denominadores.

Número de diabéticos en seguimiento por el EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Fondo de ojo	Historia clínica
2).....	Ficha de diabéticos
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Otras enfermedades oftalmológicas				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5

/) Nivel socio-cultural				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Cualificación					X
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Dotación de material					X
/) Infraestructura adecuada				X	
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia clínica
- Ficha de diabéticos

ESTANDAR: 70%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: El responsable del programa de diabetes, mediante el análisis de 30 historias de diabéticos.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. PACIENTES HIPERTENSOS CONTROLADOS EN EL CENTRO QUE TENGAN TRES O MAS DETERMINACIONES ANUALES DE LA TENSION ARTERIAL

B. Definición de términos.

Pacientes hipertensos: pacientes con TA superior a 160/95

Controlados en el centro: que estén siendo controlados por el EAP, siguiendo el protocolo, o programa, de HTA del centro

Constancia explícita en la historia clínica de tres determinaciones de la TA en 12 meses

C. Tipo de indicador.

1)

.a) De evento centinela.

X .b) Basado en tasas.

2)

.a) De estructura.

X .b) De proceso.

.c) De resultado.

D. Razonamiento.

1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

El buen control de la TA es importante, pues es un factor de riesgo de enfermedades de alta prevalencia en la población general. La existencia de anotación de las determinaciones de la TA indica un buen control del seguimiento.

2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(65)(66)(79)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Seguimiento de los incluidos en el programa de HTA ...				X
b) Cumplimentación de la historia por el personal del EAP				X
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

- 1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

Hipertensos de cada médico y de cada enfermero

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Pacientes hipertensos ---> Historia clínica --->
---> Fichero de datos

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

Número de hipertensos controlados en el centro que tengan tres o más determinaciones anuales de la TA

} Denominadores.

Número de pacientes hipertensos controlados en el centro

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Tensión arterial	Historia clínica
2).....	Fichero de datos
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Manifestaciones clínicas secundarias a la HTA					X
/).....					
Información del paciente /) sobre su enfermedad y sus repercusiones					X
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Coexistencia de otras enfermedades				X	
/) Antecedentes familiares .				X	
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Confinamiento				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuentes
+.....	Tomas de TA ...	Historia clínica
+.....	.....	Fichero de datos
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Cumplimiento del programa de HTA por el EAP					X
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia clínica
- Fichero de datos

ESTANDAR: 80%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Responsable de ese programa dentro del EAP, mediante el análisis de 100 historias.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA EN VISITA DOMICILIARIA

B. Definición de términos.

Visita domiciliaria: Cualquier visita a domicilio que se realice, ya sea programada o a demanda

Registro: Constancia en la historia clínica de la visita con fecha, motivo de la consulta y actividad realizada

En pacientes crónicos con visita domiciliaria organizada constará quién realizó la visita (médico, enfermero o asistente social); anotando exploración, diagnóstico y tratamiento (si la visita la realiza el médico o el enfermero), según consta en el programa del centro.

C. Tipo de indicador.

1)

.a) De evento centinela.

X .b) Basado en tasas.

2)

.a) De estructura.

X .b) De proceso.

.c) De resultado.

D. Razonamiento.

1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Permite seguir más estrechamente a aquellos enfermos que, por sus características, no pueden acudir al centro de salud y que son los que demandan una asistencia más frecuente. Es un indicador de proceso por este motivo.

2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(67)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Número de visitas a domicilio			X	
b) Atención al paciente encamado				X
c) Organización de la atención a domicilio en el EAP				X
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Población atendida en el domicilio por solicitud urgente por proceso agudo, sin valoración de la asistente social
- Población confinada o incluida en algún programa de salud
- Se excluirán las visitas realizadas en atención continuada por no tener acceso a la historia
- Se excluirán las visitas debidas exclusivamente a aplicación de inyectables

2) **Lógica del indicador** (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

1/ **Agudos.** Libro ---> Historia clínica ---> Médico, enfermero o asistente social ---> Receptor del aviso ---> Paciente

2/ **Crónicos.** Paciente crónico con control domiciliario organizado ---> Historia clínica ---> ---> Listado de crónicos

3) **Formato de los datos del indicador** (define la forma en que se expresará el indicador).

a) **Formato de indicador basado en tasas.**
} Numeradores.

Número de visitas a domicilio adecuadamente registradas en la historia clínica

} Denominadores.

Número de visitas a domicilio realizadas por el EAP

b) **Formato de indicador para evento centinela.**

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Avisos domiciliarios	Libro de registro de visitas .
2) Acciones realizadas .	Historia clínica
3) Visitas a crónicos ..	Listado de crónicos
4) Número de visitas a domicilio al día ....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5

/)					
/)					
/)					
/)					
/)					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Registro correcto (médico, ATS o asistente social)					X
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Existencia de libro de registro					X
/) Fácil acceso a las historias					X
/) Listado de crónicos			X		
/) Sobrecarga burocrática ..				X	
/) Existencia de responsable de recepción de llamadas		X			

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Libro de registro
- Historia clínica
- Listado de crónicos
- Libro de visitas

ESTANDAR: 80%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Semestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Comisión de control de calidad

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. EXISTENCIA DE PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS
CON FACIL IDENTIFICACION DE LOS CASOS HISTORIA-
DOS

B. Definición de términos.

Programa de enfermedades crónicas (no solamente protocolo):
Basta con que exista de una de las considerads como
tales (diabetes, HTA, dislipemias,...)

Fácil identificación: cualquier sistema que nos permita
acceder con rapidez y de forma sencilla a los casos
por enfermedad

C. Tipo de indicador.

1)

- X .a) De evento centinela.
- .b) Basado en tasas.

2)

- .a) De estructura.
- X .b) De proceso.
- .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué
es lo que va a monitorizar específicamente (estructura,
proceso o resultado).

Es útil conocer si los EAP tienen programas de enfer-
medades crónicas con fácil identificación de casos,
porque esto señala el cumplimiento de una determinada
forma de trabajar

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes
empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(67)(68)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Funcionamiento como equipo				X
b) Trabajo mediante actividades programadas				X
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

Será subpoblación cada enfermedad crónica que esté programada en un determinado EAP

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

EAP ---> Preparación de programa ---> Existencia de programa ---> Fichero de identificación

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
}Numeradores.

}Denominadores.

b) Formato de indicador para evento centinela.

Existencia de programa de enfermedades crónicas fácilmente identificable

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1).....	Programa
2).....	Fichero
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Formación de los profesionales				X	
/) Deseo de trabajar por programas					X
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Exceso de demanda				X	
/) Falta de material				X	
/) Falta de asesoramiento ..				X	
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Ficheros
- Programas

ESTANDAR:

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Comisión de
garantía de calidad de cada centro

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. HORAS DE FORMACION CONTINUADA IMPARTIDAS POR CADA PROFESIONAL SANITARIO DEL EAP, SOBRE EL TOTAL DE HORAS DOCENTES

B. Definición de términos.

Horas de formación continuada: participación como docente en las actividades formativas

Horas docentes: Las que realmente se hayan impartido

Personal sanitario del EAP: médicos, enfermeros, matrona, trabajador social

C. Tipo de indicador.

1)

.a) De evento centinela.

X .b) Basado en tasas.

2)

.a) De estructura.

X .b) De proceso.

.c) De resultado.

D. Razonamiento.

1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Monitorización de la integración de los distintos miembros del EAP en actividades de formación continuada dentro del centro de salud

2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(69)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Motivación personal	□	□	X	□
b) Incentivación interna/externa	□	□	X	□
c) Actualización	□	□	X	□
d)	□	□	□	□
e).....	□	□	□	□

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Por estamentos
- Individual

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Miembros que imparten docencia ---> Horas de formación ---> Sumario de actividades de la comisión de docencia del EAP

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
) Numeradores.

Número de horas docentes impartidas por cada miembro del EAP (semestrales)

) Denominadores.

Número de horas docentes del EAP (semestrales)

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Horas impartidas por cada profesional ...	Sumario de la comisión de docencia del centro
2).....	.....
3).....	.....
4).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5

/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+ Enfermedad	Sumario
+ Ausencia
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/)					
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Sumario de la comisión de docencia

ESTANDAR: 1,5%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Semestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Responsable de la comisión de docencia, mediante el análisis del sumario de actividades

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. HORAS DE FORMACION CONTINUADA RECIBIDAS EN EL EAP SOBRE EL TOTAL DE HORAS LABORALES

B. Definición de términos.

Formación continuada: Actividades de la comisión de docencia (revisiones bibliográficas, sesiones clínicas, sesiones monográficas, etc...)

EAP: Médicos, enfermeros, trabajador social y personal de apoyo.

Total de horas laborales: se estiman 35 horas semanales

C. Tipo de indicador.

- 1)
 .a) De evento centinela.
X .b) Basado en tasas.
- 2)
 .a) De estructura.
X .b) De proceso.
 .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Monitoriza las actividades docentes y de preparación de los miembros del EAP. Evalúa el proceso de formación.

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(69)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Motivación para la formación			X	
b) Actualización de conocimientos			X	
c) Incentivación externa/interna			X	
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Por estamentos
- Individual

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Miembros existentes ---> Número de horas de formación continuada ---> Sumario de actividades de la comisión de docencia.

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

Número de horas semanales utilizadas para la formación continuada

} Denominadores.

Número de horas laborales semanal

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
-------	---------

1) Número de horas de formación continuada	Sumario de actividades del EAP
2).....	.....
3).....	.....
4).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5

/)					
/)					
/)					
/)					
/)					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/)					
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

Sumario de actividades de la comisión de docencia del EAP

ESTANDAR: 5%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Semestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Responsable de la comisión de docencia, mediante el análisis del sumario de actividades

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. EXISTENCIA DE ALGUN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (EDO) CORRECTAMENTE CONFECCIONADO

B. Definición de términos.

- Vigilancia del registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) sistematizado
- Correctamente confeccionado: recogida fiable de la patología atendida, y periódica supervisión del responsable del registro de las EDO

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - X .a) De evento centinela.
 - .b) Basado en tasas.
- 2)
 - .a) De estructura.
 - X .b) De proceso.
 - .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es muy útil disponer de sistemas periódicos de control de algunos eventos, como pueden ser las EDO, que deben ser comunicados sistemática y rápidamente para tomar las medidas oportunas. Una correcta comunicación de las EDO implica, así mismo, un buen funcionamiento del EAP.

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(70)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Correcta recogida de las EDO				X
b) Actitud colaboradora de los miembros del EAP				X
c) Adecuada actitud del responsable del registro de EDO			X	
d)				
e).....				

E.Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Por médicos

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

EDO ---> Responsable ---> Médico

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
}Numeradores.

}Denominadores.

b) Formato de indicador para evento centinela.

Hoja de registro semanal y diario de EDO correctamente cumplimentada (semanal --> consulta, diario --> atención continuada).

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Entrega periódica del registro de las EDO..	Hojas de EDO semanales
2).....	Hoja de registro diario
3).....	Libro de guardias
4).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+			++++	
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+			++++	
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Motivación del médico ...				X	
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Interés de la administración en conocer las EDO					X
/) Sobrecarga asistencial ..				X	
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Hoja de EDO
- Hoja diaria de consulta
- Hoja de asistencia continuada

ESTANDAR:

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Trimestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Responsable del registro de las EDO mediante confrontación entre estas hojas y las del registro diario de consulta o de asistencia continuada

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LAS DEFUNCIONES DE LOS PACIENTES ASISTIDOS POR EL EAP

B. Definición de términos.

Registro en la historia clínica: Anotación de las defunciones en la historia

Asistidos por el EAP: todos los pacientes que son atendidos por el EAP

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.

- 2)
 - .a) De estructura.
 - X .b) De proceso.
 - .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es indicativo de la calidad que se presta a los pacientes en cuanto que supone un seguimiento del estado de salud hasta el último momento

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(67)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+		++++
	1	2	3
a) Correcta cumplimentación de la historia			X
b)			
c) Obtención de información sobre la población			X
d)			
e).....			

E.Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Pacientes confinados
- Pacientes en programa de crónicos

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Historia clínica | ---> Certificado de defunción
 | ---> Familiares
 | ---> Otros (Periódicos, etc...)

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
) Numeradores.

Número de fallecidos con anotación de este hecho en la historia clínica

) Denominadores.

Número total de fallecidos asistidos por el EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Fallecidos	Certificado de defunción
2).....	Información de familiares
3).....	Otros
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Relación médico-paciente			X		
/) Relación médico-familiar			X		
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

+	+++++				
1	2	3	4	5	
/)					
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

+	+++++				
1	2	3	4	5	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- certificados de defunción
- otros (padrón)

ESTANDAR: 80%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Responsable
de la comisión de control de calidad

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. TIEMPO DEDICADO A CADA PACIENTE EN LA CONSULTA MEDICA A DEMANDA

B. Definición de términos.

Consulta a demanda: Pacientes que acuden para ser vistos a petición propia, sin previa programación (incluye cita previa telefónica).

Tiempo medio en minutos

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.

- 2)
 - .a) De estructura.
 - X .b) De proceso.
 - .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es importante conocer la demanda asistencial existente, así como los recursos humanos con los que contamos, para organizar más racionalmente la asistencia sanitaria.

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(67)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Tiempo dedicado por consulta a demanda a cada paciente.				X
b) Demanda asistencial del centro				X
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Medicina Familiar y Comunitaria
- Pediatría

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Hoja de registro ---> Paciente que solicita consulta

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

Minutos dedicados a consulta médica

} Denominadores.

Número de pacientes atendidos en la consulta médica a demanda

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos

Fuentes

1) Número de pacientes..	Hoja de registros.....
2) Minutos empleados ...	.....
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Urgencias			X		
/) Pacientes que acuden sin cita			X		
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Edad media del cupo				X	
/) Exceso de enfermedades crónicas				X	
/) Cultura		X			
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Aceptación de pacientes sin cita			X		
/) Demanda autogenerada		X			
/).....					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Número de personas adscritas al médico			X		
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Libro de citación
- Hoja de consultas

ESTANDAR: Mayor o igual a 5 minutos

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Trimestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: La comisión de Garantía de Calidad, preferiblemente mediante muestreo de las hojas de citación.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. NUMERO DE PACIENTES CITADOS POR CITA PREVIA CON HISTORIA CLINICA AL COMENZAR LA CONSULTA

B. Definición de términos.

Pacientes citados: aquellos que consten en la hoja de citación diaria

Historia clínica: debe estar, al menos, la carpeta contenedora con, como mínimo, el nombre y la clave

La historia debe estar en la consulta al inicio de la misma

C. Tipo de indicador.

1)

- .a) De evento centinela.
- X .b) Basado en tasas.

2)

- .a) De estructura.
- X .b) De proceso.
- .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Su utilidad radica en que asegura la continuidad de de la asistencia y en que es la base de futuras evaluaciones

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(71)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Atención continuada				X
b) Función administrativa			X	
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Historia ---> Hoja de citación ---> Administrativo ---> ---> Paciente

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
}Numeradores.

Número de pacientes citados con historia clínica al empezar la consulta

}Denominadores.

Número de pacientes citados

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos

Fuentes

1) Pacientes citados ...	Hoja de cita previa
2).....	Historia clínica
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				++++
	1	2	3	4	5

/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Tiempo de funcionamiento				X	
/) Motivación del médico ...				X	
/) Motivación del ATS				X	
/) Actitud de los administrativos				X	
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Hoja de citación

ESTANDAR: 70%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Trimestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Designado por la comisión de garantía de calidad. Se marcarán los que no tengan historia y se comparará con la hoja de cita previa. Se hará en todas las consultas durante una semana.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. EXISTENCIA EN LA HISTORIA CLINICA DE LA HOJA DE LISTADO DE PROBLEMAS ACTUALIZADA

B. Definición de términos.

Historia clínica: debe tener, como mínimo, las tapas y la hoja de problemas fundamentales

Hoja de problemas fundamentales actualizada: deben estar, como, mínimo, las enfermedades crónicas

C. Tipo de indicador.

1)

- .a) De evento centinela.
- X .b) Basado en tasas.

2)

- .a) De estructura.
- X .b) De proceso.
- .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Para el seguimiento continuado del paciente es necesario tener actualizada la hoja de problemas fundamentales, que nos permite, con un solo documento, disponer de abundante información cronológica

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(71)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+		++++	
	1	2	3	4
a) Atención continuada de la UAF				X
b)				
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- 2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Historia clínica ---> Consulta ---> Administración --->
 ---> Paciente

- 3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

- a) Formato de indicador basado en tasas.
 - }Numeradores.

Número de pacientes con hoja de problemas fundamentales actualizada

- }Denominadores.

Número de pacientes con historia clínica atendidos por el EAP

- b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1).....	Historia clínica
2).....
3).....
4).....
5).....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5

/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Adecuada cumplimentación de la historia por la UAF				X	
/) Motivación de la UAF				X	
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Existencia de material suficiente				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia clínica

ESTANDAR: 70%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Trimestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Cada UAF revisará una de cada cinco historias de la UAF inmediatamente superior, de los atendidos el último día del trimestre, comenzando el 30/3/93

Volumen 2

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DEL PESO Y LA TALLA, CON SUCESIVOS CONTROLES DE PESO CADA 4 AÑOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL EAP.

B. Definición de términos.

En la historia clínica deben constar el peso, en kg, y la talla, en cm. El registro del peso debe repetirse, como mínimo, cada cuatro años

Pacientes atendidos en el EAP: los mayores de 14 años que son atendidos y tienen historia clínica en el EAP

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.

- 2)
 - .a) De estructura.
 - X .b) De proceso.
 - .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es importante conocer la evolución de la talla y, sobre todo, del peso en adolescentes y adultos para, de esta manera, poder establecer las oportunas medidas preventivas, de educación sanitaria y terapéuticas oportunas.

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(72)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Atención continua			X	
b) Buena práctica de la UAF ..				X
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

Pacientes que no han acudido al centro en los cuatro años precedentes.

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Registro de talla y peso ---> Consulta --->
---> Cita previa ---> Paciente

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

Número de pacientes con registro de peso y talla y sucesivos controles cuatrienales

} Denominadores.

Todos los pacientes atendidos por el EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Peso y talla	Historia clínica
2).....
3).....
4).....
5).....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Obeso en tratamiento previo.....				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Obesidad de un familiar .				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Sexo				X	
/) Edad				X	
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Motivación del ATS					X
/) Motivación del médico ...					X
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Ausencia de recursos				X	
/) Exceso de demanda				X	
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia clínica

ESTANDAR: 70%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Trimestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Cada UAF revisará una historia de cada cinco de la UAF inmediatamente superior, de las atendidas el último día de cada trimestre, comenzando el día 30/3/93

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. PACIENTES CON CORRECTO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

B. Definición de términos.

Pacientes: Mayores de 14 años con historia clínica en el EAP

Registro del consumo de alcohol: en las tapas de la historia clínica debe constar si bebe alcohol y, en caso afirmativo, deben especificarse los gramos de alcohol que toma al día y desde cuando los toma.

C. Tipo de indicador.

1)

- .a) De evento centinela.
- X .b) Basado en tasas.

2)

- .a) De estructura.
- X .b) De proceso.
- .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es muy importante conocer la prevalencia del consumo de alcohol de cara a intervenir activamente en aquellas personas que se están iniciando en el hábito, y establecer planes de actuación para aquellos que ya presentan alguna alteración por dicho hábito

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(73)(74)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+		++++	
	1	2	3	4
a) Atención prestada por la UAF				X
b)				
c)				
d)				
e)				

E. Descripción de la población del indicador.

- 1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Historia clínica ---> Consulta ---> Paciente

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

Número de pacientes con correcto registro en la historia del consumo de alcohol.

} Denominadores.

Número de pacientes con historia clínica atendidos por el EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista los datos específicos que se recolectarán.

Datos

Fuentes

1).....	Historia clínica
2).....	.....
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Complicaciones previas ..				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
Existencia de familiares /) con enfermedades asociadas al consumo de alcohol ...				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Nivel cultural			X		
/) Marginalidad de la zona .			X		
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Correcta atención del médico				X	
/) Correcta atención del ATS				X	
/).....					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Demanda de la consulta ..				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

Historia clínica

ESTANDAR: 70%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Trimestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Cada UAF, mediante la revisión de una de cada cinco historias de la UAF inmediatamente superior atendidas el último día de cada trimestre, empezando el día 30/3/93

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. PACIENTES CON CORRECTO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DEL HABITO TABAQUICO

B. Definición de términos.

Pacientes: Mayores de 14 años con historia en el EAP

Correcto registro en la historia clínica: En las tapas de la historia debe constar si el paciente consume tabaco y, en caso afirmativo, la cantidad diaria y desde cuándo la consume.

Pacientes historiados: aquellos que, al acudir a la consulta, ya tienen la historia clínica, constanding ésta, como mínimo, de las tapas y de la hoja de problemas fundamentales.

C. Tipo de indicador.

1)

.a) De evento centinela.

X .b) Basado en tasas.

2)

.a) De estructura.

X .b) De proceso.

.c) De resultado.

D. Razonamiento.

1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es útil para poder establecer medidas para atajar este problema, tanto a nivel individual como colectivo

2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(74)(75)(76)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+		++++
	1	2	4
a) Buena práctica del médico .			X
b) Buena práctica del ATS			X
c)			
d)			
e).....			

E. Descripción de la población del indicador.

- 1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Paciente ---> Consulta ---> Paciente

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

Número de pacientes con correcto registro en la historia clínica del hábito tabáquico

} Denominadores.

Todos los pacientes con historia clínica atendidos en el EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos

Fuentes

1).....	Historia clínica
2).....	.....
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+			++++	
	1	2	3	4	5
/) Enfermedades previas			X		
/) Enfermedades asociadas ..			X		
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+			++++	
	1	2	3	4	5
/) Familiares con enfermedades asociadas al tabaco				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Nivel sociocultural			X		
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Organización del trabajo en la UAF				X	
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Demanda en la consulta ..				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia clínica

ESTANDAR: 70%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Trimestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: La realizará cada UAF mediante la revisión de una de cada cinco historias de la UAF inmediatamente superior. Se hará el último día de cada trimestre, comenzando el 30/3/93.

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. PACIENTES CON CORRECTO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA EXISTENCIA DE ALERGIAS

B. Definición de términos.

Pacientes: mayores de 14 años con historia clínica (como mínimo con las tapas y la hoja de problemas fundamentales) atendidos en el EAP

Registro en la historia clínica: En las tapas de la misma debe constar si existen alergias conocidas y anotarse en caso afirmativo

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.

- 2)
 - .a) De estructura.
 - X .b) De proceso.
 - .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Este indicador de proceso es de utilidad porque nos facilita la adopción de actividades preventivas y terapéuticas, además de evitar la yatrogenia

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(77)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+		++++
	1	2	3
a) Buena práctica de la UAF ..			X
b) Labor administrativa			X
c) Continuidad asistencial ...			X
d)			
e).....			

E.Descripción de la población del indicador.

- 1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Historia clínica ---> Consulta ---> Paciente

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

Número de pacientes con correcto registro de alergias

} Denominadores.

Todos los pacientes con historia clínica atendidos por el EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Datos sobre alergias	Historia clínica
2).....
3).....
4).....
5).....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Complicaciones previas ..					X
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+			++++
	1	2	3	5
/) Nivel socio-cultural			X	
/).....				
/).....				
/).....				
/).....				

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Adecuada cumplimentación de la historia clínica .				X	
/) Motivación				X	
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Demanda en la consulta ..				X	
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia clínica

ESTANDAR: 70%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Trimestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Cada UAF, mediante la revisión de una de cada cinco historias de la UAF inmediatamente superior, previo a la consulta y el último día del trimestre, comenzando el 30/3/93

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. REGISTRO EN LA HISTORIA DE TODO PACIENTE DE, AL MENOS, UNA DETERMINACION DE LA TA, Y SUCESIVAS TOMAS SEGUN EL PROTOCOLO DE HTA DEL EAP

B. Definición de términos.

Historia clínica: debe constar, como mínimo, de las tapas, la hoja de problemas fundamentales y la hoja de seguimiento

Paciente: mayor de 14 años atendido por el EAP

Protocolo de HTA: debe constar de una toma de TA. Además, en pacientes de menos de 40 años y sin factores de riesgo, se repetirá a los cinco años. En pacientes de más de 40 años, o con factores de riesgo, como mínimo se hará una determinación anual

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.

- 2)
 - .a) De estructura.
 - X .b) De proceso.
 - .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es útil para detectar pacientes con HTA y, así, poder evitar las complicaciones derivadas. Además, nos permite tener un seguimiento de los pacientes que presentan enfermedades asociadas y, por tanto, tienen un mayor riesgo de complicaciones

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(65)(66)(78)(79)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Continuidad de la atención				X
b) Buena práctica de la UAF ..				X
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

- 1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Historia clínica |
Cartilla de HTA | ---> Consulta ---> Paciente

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
} Numeradores.

Número de pacientes con una determinación de TA y sucesivas tomas, según el protocolo de HTA del centro

} Denominadores.

Todos los pacientes atendidos por el EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
-------	---------

1) Tensión arterial	Historia clínica
2).....	Cartilla de HTA
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Pacientes hipertensos en tratamiento					X
/) Complicaciones previas ..					X
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Nivel socio-cultural				X	
/) Preocupación por la enfermedad				X	
/).....					
/).....					
/).....					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Motivación del médico ...					X
/) Motivación del enfermero					X
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Excesiva demanda					X
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Historia clínica
- Ficha de HTA

ESTANDAR: 80%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Trimestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Cada UAF revisará una de cada cinco historias de la UAF inmediatamente superior, de los atendidos el último día del trimestre, comenzando el 30/3/93

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO CON LA ASISTENCIA RECIBIDA DEL EAP

B. Definición de términos.

Satisfacción: grado de cumplimientos de las expectativas del paciente (Puntuación menor de 4 en el cuestionario elaborado)

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.

- 2)
 - .a) De estructura.
 - X .b) De proceso.
 - .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es útil porque nos indica si las expectativas de la población respecto a la salud, están siendo cumplidas

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).
(80)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Actitud de los miembros del EAP hacia el paciente ...			X	
b) Actitud y medios del EAP ..			X	
c) Organización del EAP			X	
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Por edad
- Tipo de enfermedad (aguda o crónica)
- Motivos laborales (bajas laborales)

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Expectativa del paciente ---> Consulta ---> Encuesta -->
---> Evaluación del paciente

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
}Numeradores.

Número de pacientes satisfechos

}Denominadores.

Número de pacientes encuestados

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos

Fuentes

1) Grado de satisfacción	Encuestas
2).....	.....
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5

/)					
/)					
/)					
/)					
/)					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Actitud y formación de los profesionales				X	
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				++++
	1	2	3	4	5
Hábitat externo a la consulta que afecta al paciente (estructura, organización, etc....)				X	
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Encuestas

ESTANDAR: 90%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Comisión de
garantía de calidad

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. GRADO DE CONFIANZA DE LOS PACIENTES EN LA ATENCION RECIBIDA DEL EAP

B. Definición de términos.

Confianza: sensación subjetiva del paciente de que la asistencia recibida del EAP es la que cree necesitar.
Se elabora un cuestionario para tal fin.

C. Tipo de indicador.

- 1)
 - .a) De evento centinela.
 - X .b) Basado en tasas.

- 2)
 - .a) De estructura.
 - .b) De proceso.
 - X .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Este indicador es de utilidad para valorar la confianza de la población en el EAP. En caso de no existir, identificar las causas

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(81)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+		++++
	1	2	3
a) Actitud de los miembros del EAP hacia el paciente ...			X
b) Medios del EAP			X
c) Organización del EAP		X	
d)			
e).....			

E.Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Por edades
- Por sexo
- Por tipos de enfermedad
- Por otros motivos; por ejemplo, laborales

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Confianza del paciente ---> Consulta ---> Encuesta --->
---> Evaluación en el EAP

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.

)Numeradores.

Número de pacientes que confían en la asistencia recibida

)Denominadores.

Número de pacientes encuestados

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos

Fuentes

1) Grado de confianza ..	Encuestas
2).....	.....
3).....	.....
4).....	.....
5).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				++++
	1	2	3	4	5

/)					
/)					
/)					
/)					
/)					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Actitud y formación de los profesionales					X
/).....					
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Local donde está ubicado el centro			X		
/) Personal suficiente				X	
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- encuestas

ESTANDAR: 90%

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Comisión de
Garantía de Calidad

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. NIVEL DE BIENESTAR DE LOS INTEGRANTES DEL EAP EN SU LUGAR DE TRABAJO (CLIMA LABORAL)

B. Definición de términos.

Bienestar: Nivel subjetivo de satisfacción en el desarrollo de su trabajo en el centro (más de tres respuestas sobre la seis de la encuesta)

Integrantes del EAP: Todo el personal que forma parte del mismo

Lugar de trabajo: centro de salud

C. Tipo de indicador.

- 1)
 .a) De evento centinela.
X .b) Basado en tasas.

- 2)
 .a) De estructura.
X .b) De proceso.
 .c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

Es importante conocer el clima laboral y los factores que hacen que éste sea favorable o no para desempeñar el trabajo, ya que ello condiciona la calidad de la asistencia que se presta a la población.

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(77)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Motivación del EAP			X	
b) Grado de satisfacción en el propio trabajo				X
c)				
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- médicos
- ATS
- pediatras
- auxiliares de clínica
- administrativos
- otros

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Evaluación ---> Recogida de datos ---> Encuestas --->
 ---> personal del EAP

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
)Numeradores.

Número de trabajadores satisfechos

)Denominadores.

Número de trabajadores del EAP

b) Formato de indicador para evento centinela.

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos

Fuentes

1) Resultado de las encuestas	Encuestas
2).....	.....
3).....	.....
4).....	.....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				++++
	1	2	3	4	5

/).					
/).					
/).					
/).					
/).					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Motivación del personal .					X
/) Relación médico-ATS					X
/) Relación con otros miembros del EAP				X	
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/) Exceso de demanda			X		
/) Infraestructura inadecuada			X		
/) Escasos recursos			X		
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Encuestas

ESTANDAR: Que el 70% esté satisfecho

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Anual o bianual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Persona nombrada a tal efecto por la comisión de control de calidad

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. EXISTENCIA DE BOTIQUIN DE URGENCIAS CON
VADEMECUM INDISPENSABLE Y ACCESIBLE

B. Definición de términos.

Botiquín: Que esté dotado con los fármacos necesarios
para resolver una situación urgente

Armario, situado en la sala de urgencias

Vademecum: Lista de fármacos que se adjunta al dorso

C. Tipo de indicador.

1)

- X .a) De evento centinela.
.b) Basado en tasas.

2)

- X .a) De estructura.
.b) De proceso.
.c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué
es lo que va a monitorizar específicamente (estructura,
proceso o resultado).

Resulta indispensable en el EAP, si se quiere dar
atención continuada e integral, que exista un bo-
tiquín de urgencias

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes
empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(69)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

	+			++++
	1	2	3	4
a) Estructura				X
b) Organización de petitorio .				X
c)				
d)				
e).....				

E.Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Materiales caducados
- Materiales inexistentes

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).

Botiquín ---> Responsable ---> Pedidos al almacén --->
---> Existencias en el mismo ---> traslado al botiquín ->
---> Sanitario que detecta la ausencia de fármacos

3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
}Numeradores.

}Denominadores.

b) Formato de indicador para evento centinela.

Existe botiquín que tiene completa la lista de fármacos y otros materiales

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Fármacos solicitados	Botiquín
2)	Impreso
3)	Responsable
4)	Fichero de recepción
5)	Medicación

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

	+				+++++
	1	2	3	4	5

/)					
/)					
/)					
/)					
/)					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Existencia de responsable					X
/) Detección de falta de fármacos por el EAP					X
/)					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Instalación de botiquín .					X
/) Relación responsable del almacén y resto del EAP					X
/) Sistema de transporte ...			X		
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

- Hoja de solicitud de fármacos
- Libro de incidencias de atención continuada
- Hoja de recepción-albarán debidamente comprobado

ESTANDAR:

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Trimestral

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Responsable del botiquín, comprobando la existencia real de lo especificado en el vademecum del EAP

FORMULARIO PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES.

A. Indicador. EXISTENCIA DE DIAGNOSTICO DE SALUD EN LA ZONA Y SU PERIODICA ACTUALIZACION

B. Definición de términos.

Diagnóstico de salud: estudio amplio y pormenorizado de las características sociales, culturales, geográficas, etc..., de la población que se va a atender

Actualización periódica con revisión bianual

C. Tipo de indicador.

1)

- X .a) De evento centinela.
.b) Basado en tasas.

2)

- .a) De estructura.
X .b) De proceso.
.c) De resultado.

D. Razonamiento.

- 1) Explicación de por qué este indicador es útil y qué es lo que va a monitorizar específicamente (estructura, proceso o resultado).

El diagnóstico de salud nos va a permitir saber con qué tipo de población estamos trabajando y, como consecuencia, entender más adecuadamente las necesidades de la misma

Su existencia es indicativa de la preocupación del EAP por ajustarse a la realidad comunitaria

- 2) Referencias de apoyo (identificar las fuentes empleadas para desarrollar el razonamiento anterior).

(83)

3) Identificar los componentes de la atención al paciente que mide este indicador.

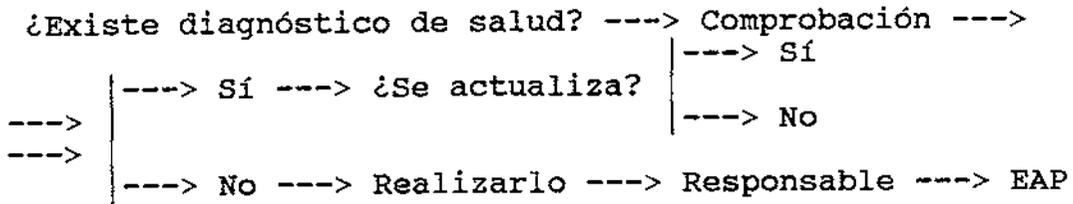
	+			++++
	1	2	3	4
a) Conocimiento de las necesidades de la población ...				X
b) Preocupación por la comunidad			X	
c) Priorización y mejora de los servicios prestados .			X	
d)				
e).....				

E. Descripción de la población del indicador.

1) Subcategorías (subpoblaciones de pacientes para las cuales se separarán los datos del indicador a la hora del análisis).

- Grupos etarios, sociales, de riesgo

2) Lógica del indicador (describe la secuencia en que la agregación de datos identificará los pacientes medidos por el indicador).



3) Formato de los datos del indicador (define la forma en que se expresará el indicador).

a) Formato de indicador basado en tasas.
 } Numeradores.

} Denominadores.

b) Formato de indicador para evento centinela.

Comprobar la existencia de diagnóstico de salud de la población

F) Fuentes de datos.

Lista de los datos específicos que se recolectarán.

Datos	Fuentes
1) Diagnóstico de salud	Diagnóstico de salud
2).....
3).....
4).....
5).....

G) Factores Subyacentes (lista de factores no incluidos en el indicador que pueden alterar la significación del mismo).

1) Factores de los pacientes (factores externos a la actuación del sistema sanitario y que pueden influir en los resultados). Esto es para indicadores clínicos.

a) Severidad de la enfermedad previamente al tratamiento.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Condiciones asociadas a la patología, pero sin ser intrínsecas de la misma y que pueden tener un impacto sobre la situación del paciente.

	+				+++++
	1	2	3	4	5
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

c) Otros factores del paciente que no tienen relación con su patología pero que afectan a la atención que pueda recibir (edad, sexo, religión, etc).

+				++++
1	2	3	4	5

/)					
/)					
/)					
/)					
/)					

d) Ajuste de factores de riesgo (identificar cuáles de los factores del paciente que han sido citados deben recolectarse para ajustar el indicador después de haberlos considerado).

factor subyacente	datos	fuente
+.....
+.....
+.....
+.....

e) Si alguno de los factores del punto G.1.d debiera ser usado por sí mismo para definir el indicador, este es el punto en el que nos cercioraremos de ello e iniciaremos un nuevo de ciclo de construcción de otro indicador.

2) Factores que no son del paciente (que están dentro del sistema sanitario o son susceptibles de control desde el mismo).

a) Factores propios de los profesionales sanitarios.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Preocupación por adaptarse a la realidad social					X
/).....					
/).....					
/).....					
/).....					

b) Factores de la propia organización del sistema sanitario.

	+				++++
	1	2	3	4	5
/) Facilidades por parte de la administración para realizar el diagnóstico de salud				X	
/).....					
/).....					
/).....					

H) Existencia de bases de datos cuyo empleo puedan verificar los indicadores empleados.

Diagnóstico de salud

ESTANDAR:

PERIODICIDAD DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: Bianual

RESPONSABLE DE LA RECOGIDA DE LOS DATOS: El responsable del diagnóstico de salud, mediante la revisión y actualización del mismo

Resultados

**INDICADOR N° 1: NIÑOS SUSCEPTIBLES DE VACUNACION
Y CORRECTAMENTE VACUNADOS ATENDIDOS EN EL EAP.
(CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD Y TEJINA)**

Se consideró que estaban correctamente vacunados todos los niños entre 0 y 14 años que no tenían ninguna contraindicación para vacunarse y habían cumplido el calendario correctamente para su edad más-menos dos meses, existiendo constancia en la historia clínica de la vacunación. El estándar que se estableció inicialmente para el indicador fue del 85%, la recogida de los datos se fijó cada seis meses, siendo el encargado de la misma el responsable del programa de atención al niño sano.

Se debían revisar 100 historias o calendarios vacunales en cada evaluación. En la primera evaluación realizada el día 30 de septiembre de 1992 en el Centro de Salud de Barrio de la Salud, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El 75% de los niños susceptibles de vacunación, y atendidos en el EAP, estaban correctamente vacunados según los términos especificados en el indicador. Los resultados se presentaron al Equipo sin que se hayan realizado posteriores evaluaciones.

Realizamos un análisis de correspondencias múltiples con las variables:

Género

Vacuna

Meses de edad. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Dimensión	Valores Propios
1	0,3786
2	0,3430

FRECUENCIAS MARGINALES EN LAS CATEGORIAS CUANTIFICADAS

VARIABLE: GENERO

	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 hombre	-0,61	-0,15
2 mujer	0,56	0,13

VARIABLE: VACUNA

	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 bien vacunado	0,16	-0,26
2 mal vacunado	-0,79	1,25

VARIABLE: EDAD

		DIMENSION 1	DIMENSION 2
1	menor de 16 meses	-0,67	0,63
2	de 16 m. a 8 años	1,14	0,33
3	mayor de 8 años	-0,42	-1,40

Gráficamente observamos que la nube de puntos queda como se representa en la figura n°1

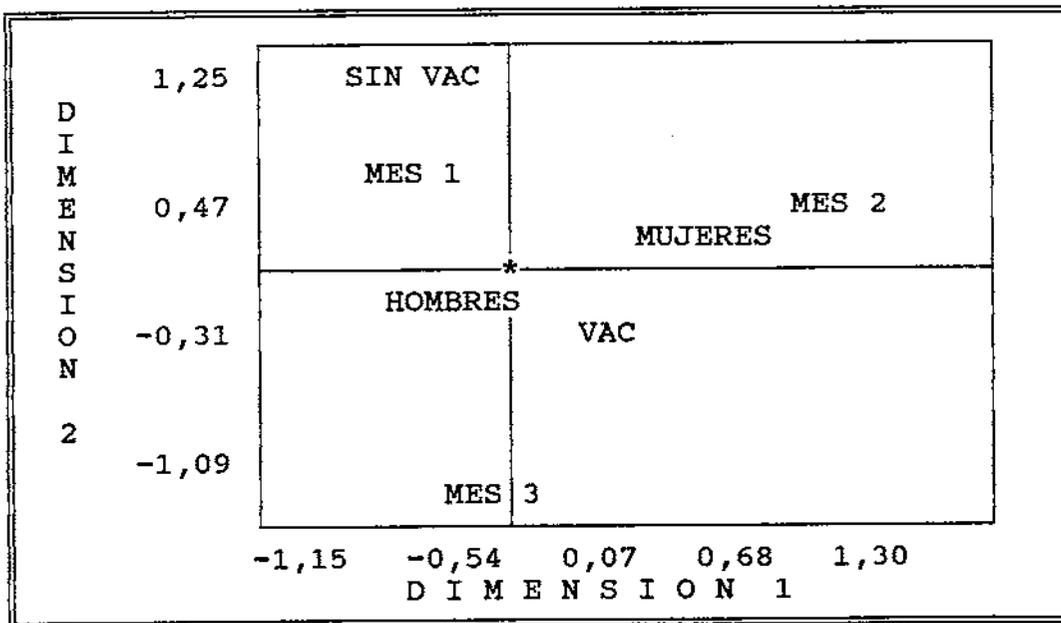


Fig. 1

Este indicador se puso en marcha también en el Centro de Salud de Tejina-Tegueste el día 1 de abril de 1992, y ya previamente se había realizado una evaluación en julio de 1991 midiendo los mismos parámetros. Al igual que en el EAP anterior, se consideró que estaban correctamente vacunados todos los niños entre 0 y 14 años que no tenían ninguna contraindicación para vacunarse y habían cumplido el calendario adecuadamente para su edad más-menos dos meses, existiendo constancia en la historia clínica.

El estándar que se estableció para el indicador fue del 85%, la recogida se fijó cada seis meses, aunque luego se cambió a periodicidad anual dados los buenos resultados obtenidos. El encargado de la recogida de los datos fue el responsable del programa de atención al niño sano.

Se revisaron 100 historias o calendarios vacunales en cada evaluación. En la primera evaluación realizada en junio de 1991 obtuvimos un porcentaje de niños correctamente vacunados, dentro de los que eran atendidos en el EAP, del 96%. Estos resultados se presentaron al Equipo y ya en la primera evaluación estaban muy por encima del estándar establecido, pese a lo cual

se invitó a los integrantes del mismo para aumentar estos porcentajes.

En diciembre de 1992 se realizó una nueva evaluación, que fue la primera que se efectuó después de la puesta en marcha del programa, y en ella los resultados obtenidos fueron muy similares, existiendo en ese momento un 100% de niños entre 0 y 14 años que cumplían los criterios establecidos en el indicador.

Posteriormente, se efectuó otra evaluación el día 31 de diciembre de 1993 y los resultados obtenidos en la misma fueron: 100% de niños correctamente vacunados.

La representación gráfica de la evolución del indicador en los dos Centros es la que se representa en las figuras 2 y 3.

*NIÑOS SUSCEPTIBLES DE
VACUNACION Y CORRECTAMENTE
VACUNADOS ATENDIDOS EN EL EAP.*

*CENTRO DE SALUD DEL
BARRIO DE LA SALUD.*

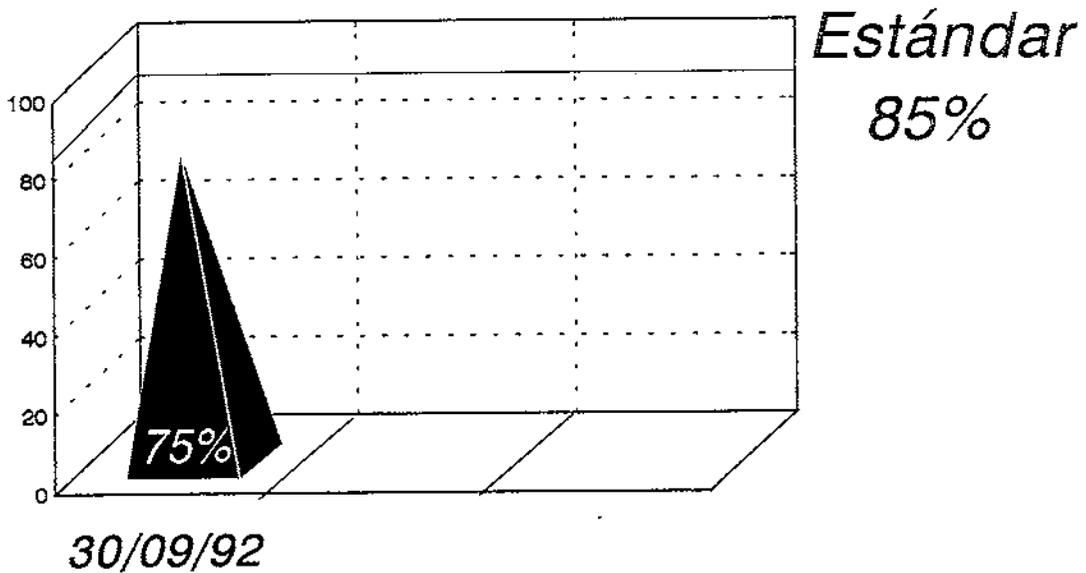


Fig. n° 2

**NIÑOS SUSCEPTIBLES DE
VACUNACION Y CORRECTAMENTE
VACUNADOS ATENDIDOS EN EL EAP.**

**CENTRO DE SALUD DE
TEJINA-TEGUESTE**

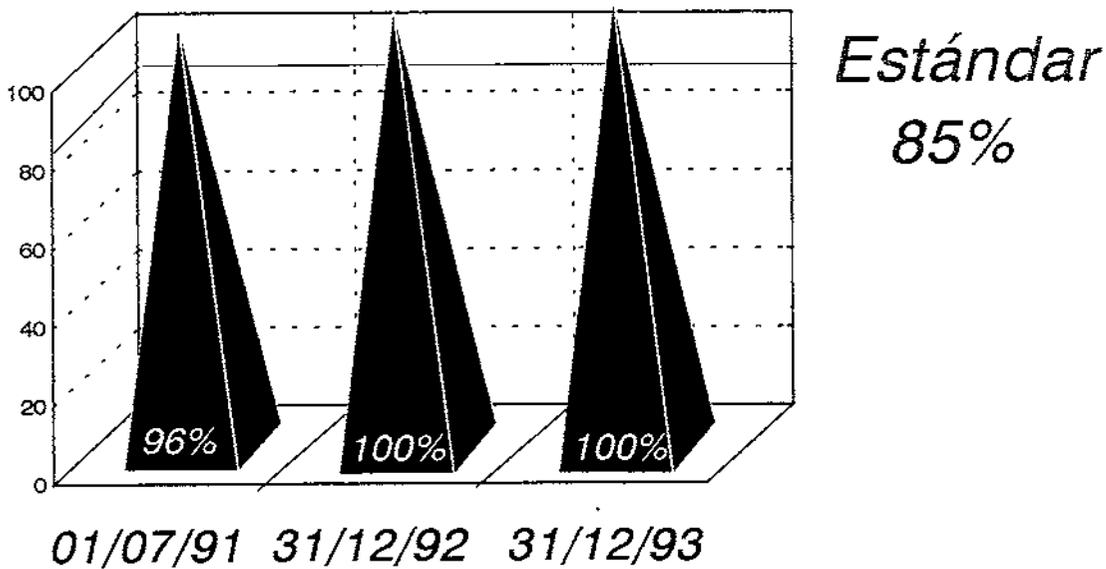


Fig n° 3

INDICADOR N° 2: REGISTRO DE LOS ANTECEDENTES PERINATALES EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL EAP.(CENTRO DE SALUD DE TEJINA)

Este indicador monitoriza los aspectos que han afectado a los niños menores de 10 años durante el periodo perinatal, ya sean enfermedades de la madre, trauma obstétrico, nacimiento pretérmino o post-término, o alteraciones congénitas o hereditarias, que se han descubierto en ese periodo.

La periodicidad fijada inicialmente para ese indicador fue semestral, modificándose posteriormente a recogida anual. Antes de la puesta en marcha del Programa ya se había efectuado una medición de estos parámetros. El estándar establecido fue del 85%, y los encargados de la recogida de los datos fueron los integrantes de las Unidades de Atención Pediátrica (UAP), que debían revisar la totalidad de las historias del año evaluado.

El 1 de julio de 1991 se efectuó la primera evaluación de los antecedentes perinatales de los niños atendidos en el EAP. El resultado obtenido ya, en la primera evaluación fue del 87%, con lo que se superaba el estándar previamente establecido.

El 31 de diciembre de 1992 se realizó la segunda medición de este indicador, que realmente correspondía a la primera evaluación desde la puesta en marcha del programa. El resultado obtenidos en ese momento fue que el 85% de los niños atendidos en el EAP tenían registrados los antecedentes perinatales, siguiendo los criterios establecidos para el indicador.

No se ha realizado posteriormente ninguna evaluación. La representación gráfica queda como se muestra en la fig n°4.

**REGISTRO DE LOS ANTECEDENTES
PERINATALES EN LOS NIÑOS
ATENDIDOS EN EL EAP.**

**CENTRO DE SALUD DE
TEJINA-TEGUESTE**

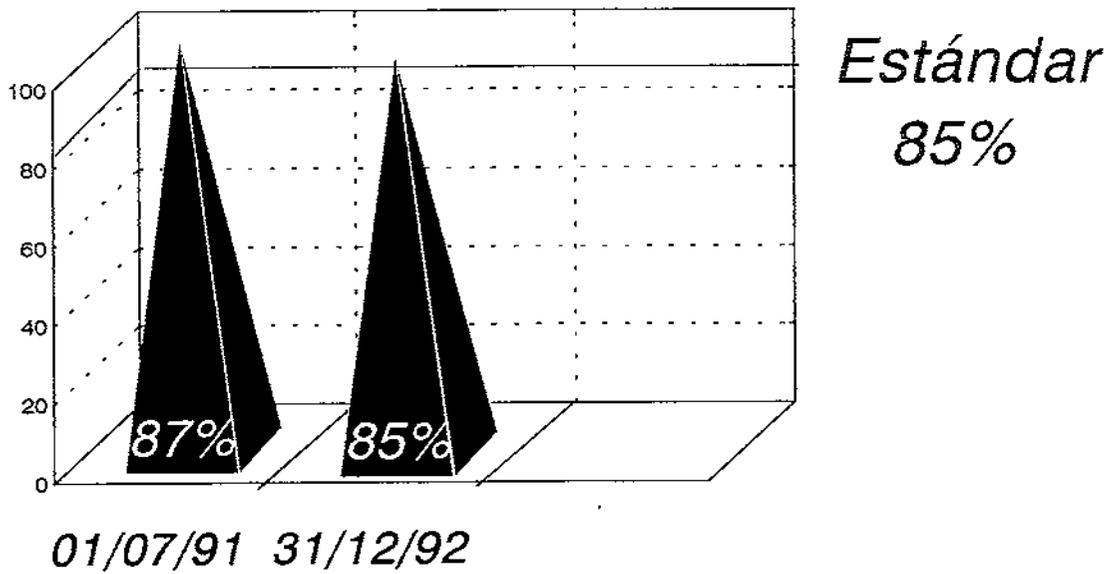


Fig n° 4

INDICADOR N° 3: REGISTRO EN LA HISTORIA DE LA PRESENCIA O AUSENCIA DE METRORRAGIAS EN MUJERES POST-MENOPAUSICAS. (CENTRO DE SALUD DE TEJINA-TEGUESTE)

Este indicador no se ha llegado a poner en marcha por lo que no tenemos ningún registro del mismo.

INDICADOR N° 4: EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL PRIMER TRIMESTRE SOBRE TODAS LAS INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE GESTACION. (CENTRO DE SALUD DE TEJINA)

El indicador ha sido evaluado en tres ocasiones. Su importancia es grande ya que nos da una idea de la captación y seguimiento adecuado de las gestantes en los tres primeros meses de embarazo. La recogida de los datos la realizamos mediante el análisis de las historias clínicas de las gestantes después del parto. La periodicidad con la que se han efectuado las evaluaciones ha sido semestral, determinándose por la comisión interna de garantía de calidad del Centro que el estándar deseable para este indicador era del 70% .

Los resultados obtenidos en la primera evaluación realizada en julio de 1992 fueron los siguientes (tabla n° 1):

Talla antes de la 12 semana.....	50%
Peso " "	63,3%
T.A. " "	66,6%
Solicitud de ecografía	50%
Solicitud de analítica	63,3%
Exploración física	40%

Tabla n° 1

Globalmente, sólo al 20% de las gestantes atendidas en el Centro se les habían realizado todas las exploraciones requeridas en el indicador antes de la semana 12*.

Esta cifra aumentó ligeramente a los seis meses, cuando se realizó una nueva evaluación, después de haber intercambiado opiniones y presentar los resultados de la primera evaluación a todo el personal implicado en la atención de las embarazadas.

En la segunda evaluación, realizada el día 31 de diciembre de 1992, los resultados obtenidos fueron los siguientes (tabla nº 2):

Talla antes de la 12 semana.....	63.3%
Peso " "	63,3%
T.A " "	66,6%
Solicitud de ecografía	60%
Solicitud de analítica	60%
Exploración física	30%

Tabla nº 2

Así pues, los resultados por apartados fueron mejores, pese a que sólo al 30% de las embarazadas se les había realizado la exploración física. Globalmente, el 26,6% de las gestantes recibió la atención considerada adecuada cuando se midió el indicador. Nuevamente se presentaron los resultados al personal sanitario implicado para acordar qué se podía hacer para mejorar los porcentajes encontrados.

La tercera evaluación se realizó el día 1 de julio de 1993, observando que los resultados obtenidos eran muy superiores a los alcanzados en las anteriores evaluaciones. Los resultados obtenidos fueron (tabla 3):

Talla antes de la 12 semana.....	80%
Peso " "	80%
T.A " "	80%
Solicitud de ecografía	76,6%
Solicitud de analítica	76,6%
Exploración física	73,3%

Tabla nº 3

Globalmente, el 66,6% de las gestantes había recibido toda la atención deseable, según el indicador, en el primer trimestre de gestación.

Para el análisis de la evolución de este indicador procedimos a efectuar un análisis de correspondencias múltiples tal como figura a continuación.

Quando se introducen las variables:

Talla

Peso

TA

Solicitud de ecografía

Solicitud de analítica

Exploración física

Observación (anotación de las causas por las que las gestantes acudían después de la 12ª semana)

UAF que desarrolló la actividad, dejando fuera del mismo la variable fecha, los resultados son:

dimensión	valores propios
1	0,6204
2	0,1596

FRECUENCIAS MARGINALES EN LAS CATEGORIAS CUANTIFICADAS

VARIABLE: TALLA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 anota talla	0,68	-0,01
2 no anota talla	-1,29	0,03

VARIABLE: PESO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 anota peso	0,64	-0,04
2 no anota peso	-1,49	0,11

VARIABLE: TA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 TA	0,60	-0,60
2 sin toma TA	-1,55	0,18

VARIABLE: SOLICITUD ECOGRAFIA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Sol. ecografía	0,71	-0,03
2 Sin sol. ecogra.	-1,23	0,06

VARIABLE: SOLICITUD DE ANALITICA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Con solicitud	0,65	-0,04
2 Sin solicitud	-1,36	0,10

VARIABLE: EXPLORACION FISICA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Expl. física	0.61	0,10
2 Sin expl. física	-0,56	-0,10

VARIABLE: OBSERVACIONES

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Observación	0,79	1,77
2 Sin observaciones	-0,15	-0,34

VARIABLE: UAF

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1	0,15	-0,83
2	-0,19	1,36
3	0,39	-0,86
4	0,09	-0,64

La representación gráfica de la nube de puntos queda como sigue (fig n°4):

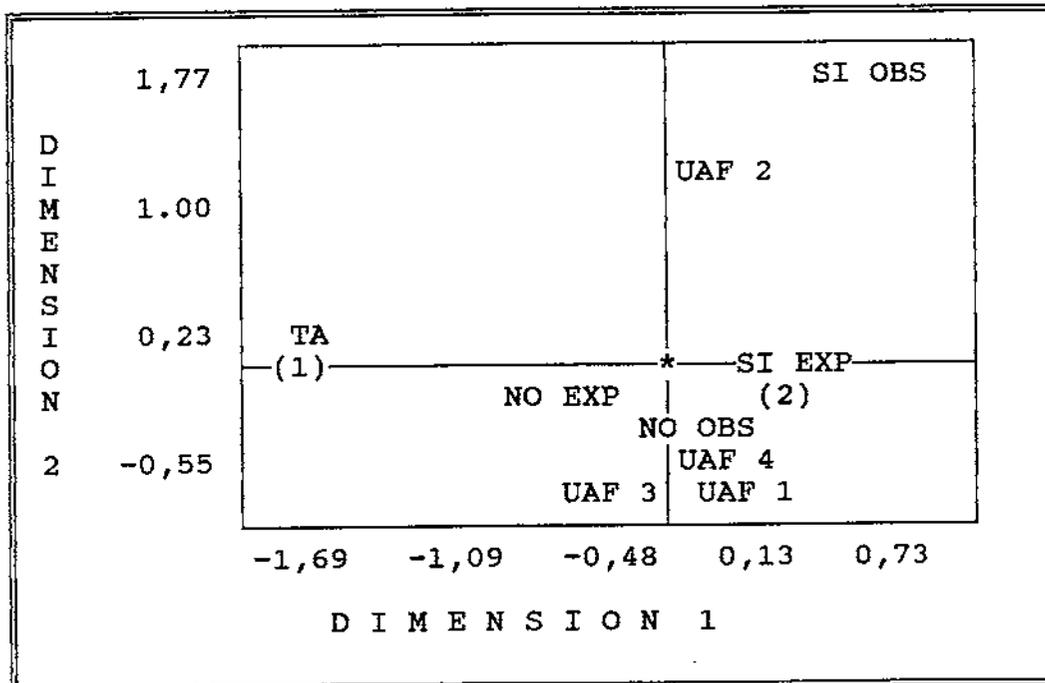


Fig: 4

(1) PUNTO MULTIPLE INCLUYE:

Ausencia de peso, talla, solicitud de ecografía, solicitud de analítica.

(2) PUNTO MULTIPLE INCLUYE:

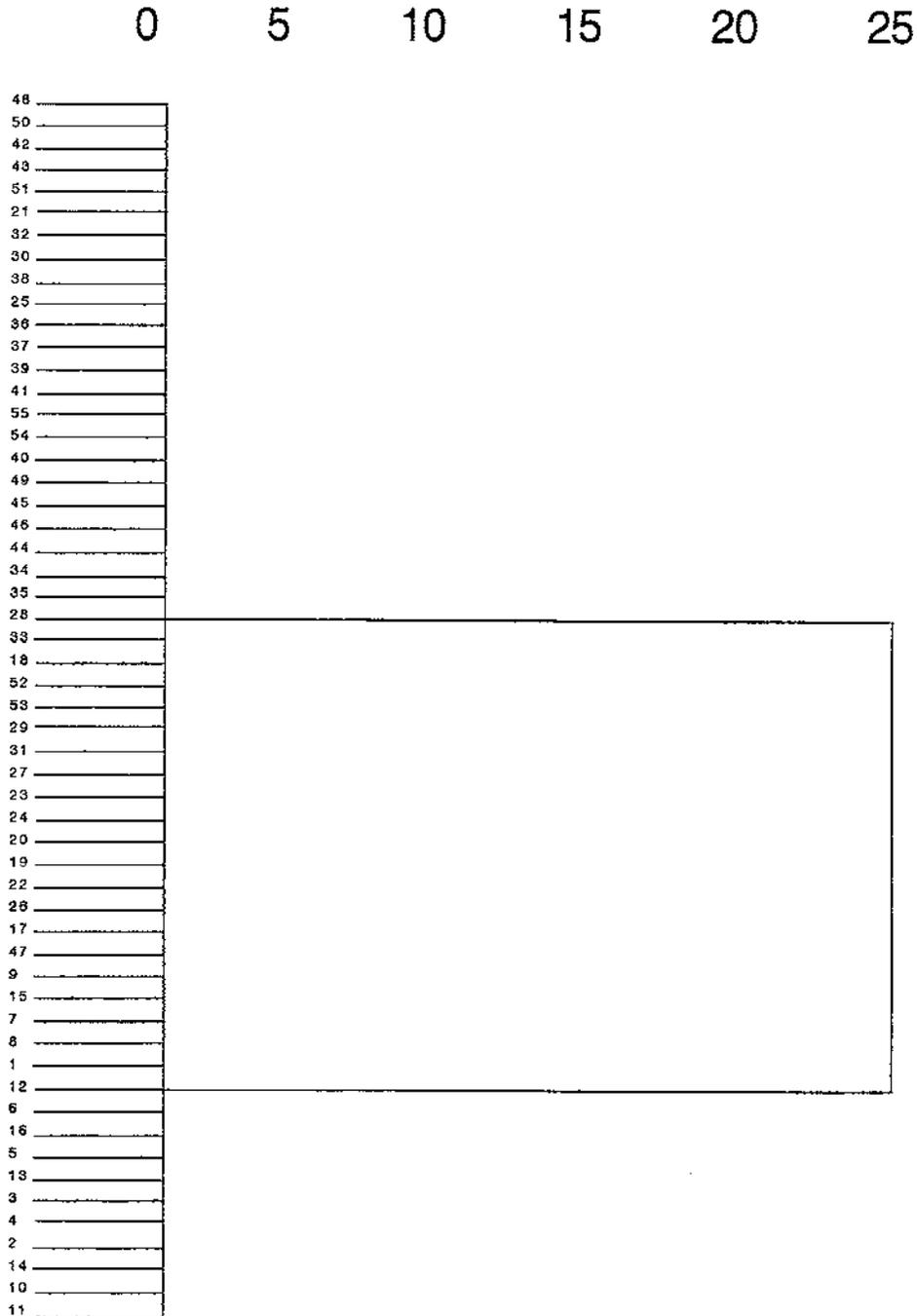
Registro de talla, peso, TA, solicitud de ecografía, solicitud de analítica.

Al efectuar un análisis con cluster se observa que el dendograma resultante con el método de enlace promedio y distancia euclídea al cuadrado, es similar al que se obtiene con el mismo método y la distancia euclídea (Fig 5-6). Dato que nos habla de la robustez de la distribución de los individuos respecto a las variables.

La evolución del indicador se representa en la figura nº 7.

DENDOGRAMA

(Método de enlace promedio y distancia euclídea al cuadrado)

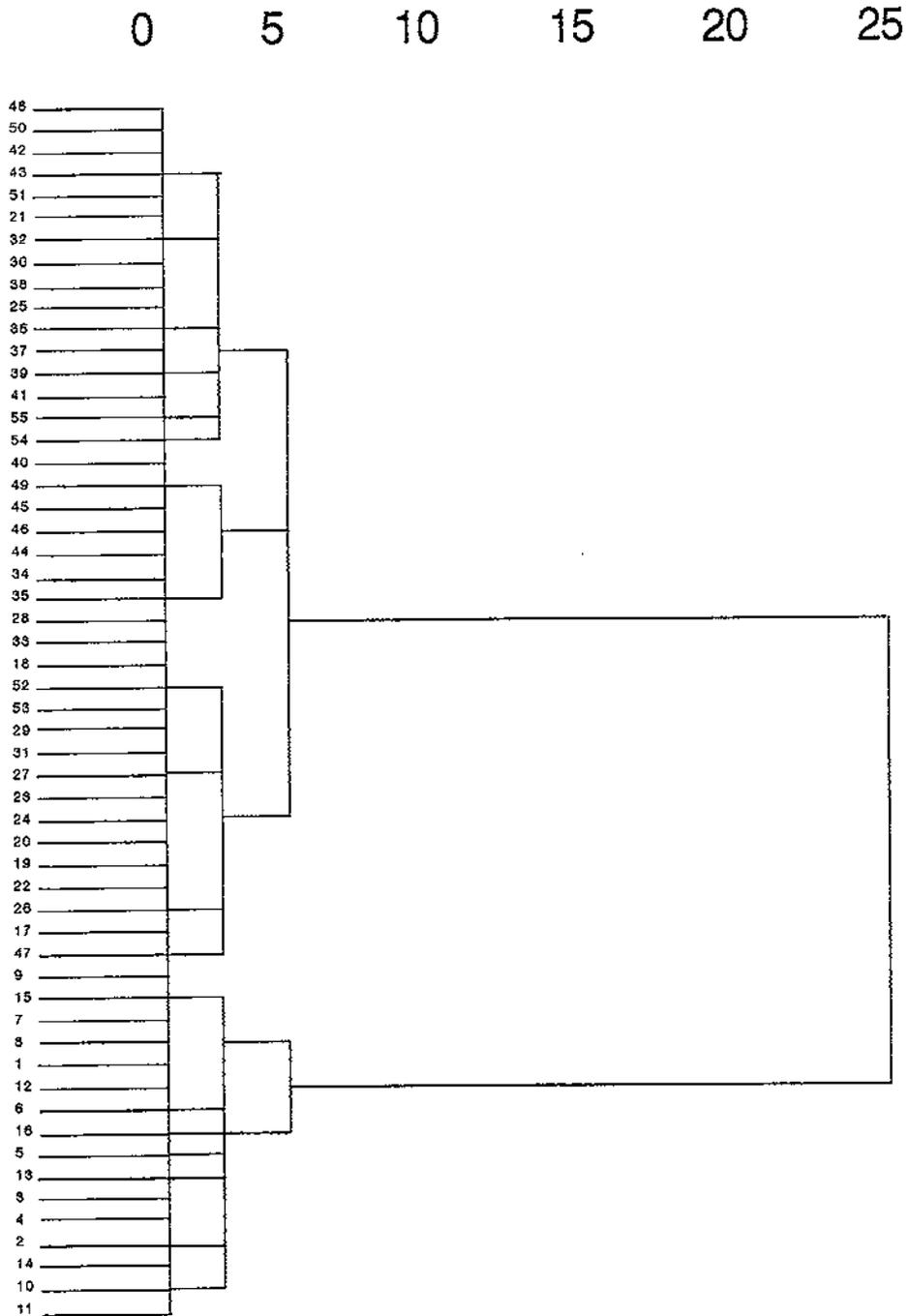


Embarazadas que se controlan en el primer trimestre sobre todas las incluidas en el programa de control de gestación

Fig. nº 5

DENDOGRAMA

(Método de enlace promedio y distancia euclídea)



Embarazadas que se controlan en el primer trimestre sobre todas las incluidas en el programa de control de gestación

Fig. 6

**EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN
EN EL PRIMER TRIMESTRE DE
GESTACION SOBRE TODAS LAS
INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE
CONTROL DE GESTACION**

**CENTRO DE SALUD
TEJINA-TEGUESTE**

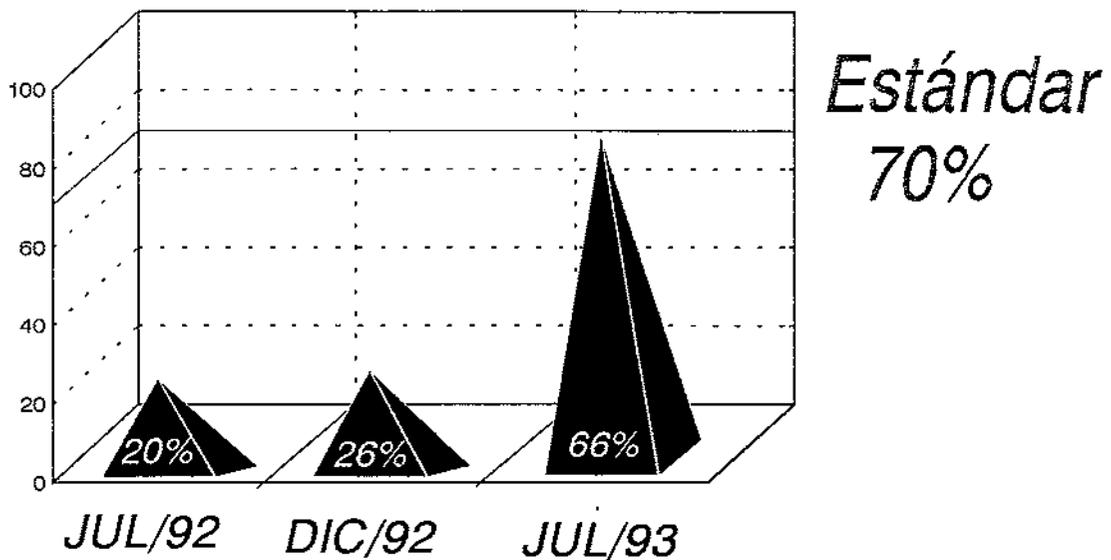


Fig. n° 7

INDICADOR N°5: MUJERES GESTANTES MENORES DE 18 AÑOS O MAYORES DE 40 QUE PERTENEZCAN AL E.A.P. (CENTRO DE SALUD DE TEJINA-TEGUESTE)

Este indicador ha sido evaluado en dos ocasiones con un intervalo entre ellas de un año; monitoriza los embarazos que se producen en las edades extremas de la vida fértil; y su importancia es grande, pues estas gestaciones, además de originar problemas de salud a la madre y al hijo, son fruto y a la vez ocasionan graves problemas de índole familiar y social. Para este indicador se estableció un estándar deseable menor del 15%, o sea, que menos del 15% de las gestantes controladas en el EAP no alcancen los 18 años de edad o sean mayores de 40 años. La recogida de los datos se realizó mediante la revisión del total de las historias obstétricas de las embarazadas durante los años 1992 y 1993.

En la primera evaluación, realizada en diciembre de 1992, los resultados obtenidos fueron: durante el año se habían registrado 124 partos, de los que 11 se dieron en mujeres menores de 18 años y 7 en mayores de 40 años.

En total, 18 embarazos se produjeron en mujeres por fuera de los límites de edad establecidos en el indicador, lo que representa el 14,51% del total de los embarazos de la zona. Aunque esto respetaba el estándar, las medidas correctoras aplicadas en este indicador han consistido en dar información sobre planificación familiar a las mujeres que acuden a la consulta de la matrona o a cualquier otra consulta del Centro. Se propuso que debía realizarse también una labor informativa fuera del EAP, pues gran parte de las embarazadas menores de 18 años no acuden al Centro por otros motivos, ya que se encuentran en una etapa de la vida en la que la prevalencia de la mayoría de las enfermedades es baja, pero no se ha realizado aún ninguna actividad en este sentido.

En diciembre de 1993 se efectuó la segunda evaluación, siendo los resultados obtenidos los que presentamos a continuación: Durante 1993 existieron 132 partos, de éstos, 12 se produjeron en mujeres menores de 18 años, y 5 en mayores de 40 años. En total, 17 mujeres, que representan el 12,8% del total de partos en la zona, estaban fuera de los límites marcados en el indicador (Tabla nº 4).

	< de 18 a.	> de 40a.	Total
Dic 1992	11	7	124
Dic 1993	12	5	132

Tabla n° 4

En ambas evaluaciones el resultado obtenido ha estado por debajo del estándar establecido.

La representación gráfica queda como se representa en la figura n° 8.

MUJERES GESTANTES MENORES DE 18 AÑOS O MAYORES DE 40 QUE PERTENEZCAN AL E.A.P.

CENTRO DE SALUD DE TEJINA-TEGUESTE

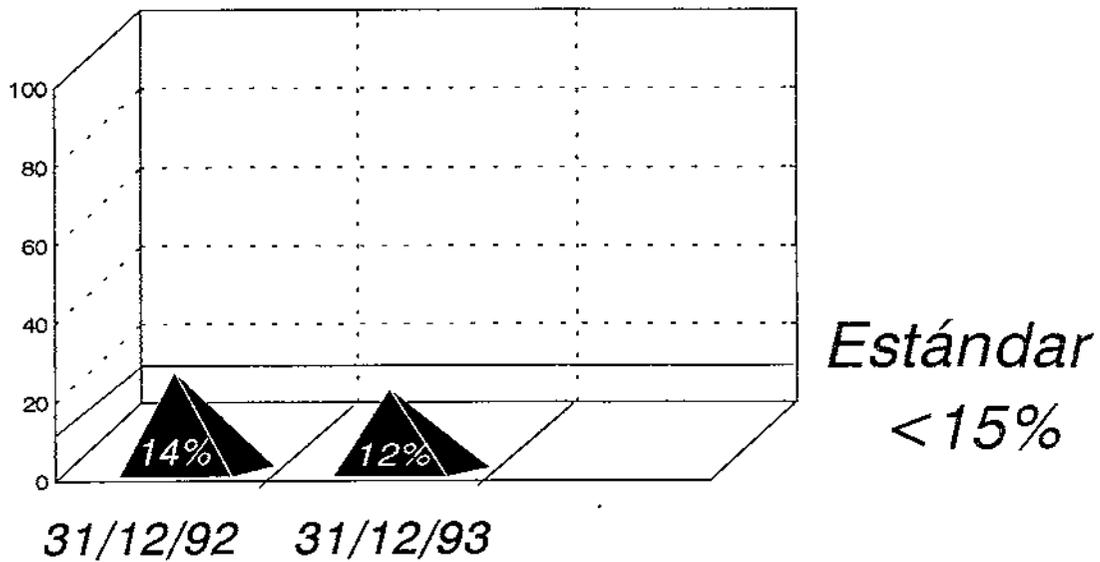


Fig. n° 8

**INDICADOR N°6: CORRECTA CUMPLIMENTACION DE DATOS
EN LA HISTORIA SEGUN EL PROTOCOLO DE ATENCION A
LA GESTANTE. (TEJINA)**

Este indicador ha sido evaluado en tres ocasiones con un intervalo entre ellas de 6 meses, el aspecto que monitoriza este indicador es la atención prestada a la embarazada durante el transcurso de la gestación, por lo que los datos se obtienen de las historias obstétricas una vez se ha realizado el alumbramiento. Según se recoge en la definición de términos del indicador, consideraremos que está correctamente cumplimentada la historia si en ella se recoge como mínimo el peso, talla y TA bimensual, dos hemogramas, determinación de Anticuerpos Antirrubéola, VDRL, Anticuerpos del virus de la hepatitis B y determinación de Rh, Ecografía realizada, antecedentes personales y familiares de interés, exploración física con especial mención de la revisión de mamas y alteraciones de la circulación periférica, además de el cumplimiento por parte de la embarazada de, al menos, el 80% de las citas.

El encargado de la recogida de datos fue el responsable del programa de atención a la embarazada, el número de historias que se revisaron en cada ocasión fue de 30, y el estándar que se fijó inicialmente por los miembros del EAP fue del 70%

Los resultados obtenidos han variado considerablemente desde la primera evaluación, después de aplicar como medidas correctoras la exposición de los resultados a los implicados y analizar qué debía hacerse para mejorarlos.

En la primera evaluación, realizada el día 30 de junio de 1992, los datos correctamente cumplimentados por apartados se distribuían de la siguiente manera (tabla 5):

Peso.....	100%
Talla.....	86,6%
TA.....	100%
Analítica requerida en el indicador.....	100%
Ecografía.....	100%
Cumplimiento de más del 80% de las citas.....	100%
Antecedentes personales y familiares.....	100%
Exploración física.....	76,6%

Tabla nº 5

Globalmente, el 70% del las gestantes cumplía todos los criterios, y fue la exploración física el dato que faltó en mayor número de historias.

La segunda evaluación se realizó seis meses después, el 31 de diciembre de 1992, y ya se había informado al Equipo de los resultados obtenidos en la primera evaluación de este indicador. Los porcentajes en todos los apartados analizados mejoraron considerablemente (tabla 6).

Peso.....	100%
Talla.....	100%
TA.....	100%
Analítica requerida en el indicador.....	100%
Ecografía.....	100%
Cumplimiento de más del 80% de las citas.....	100%
Antecedentes personales y familiares.....	100%
Exploración física.....	90%

Tabla nº 6

Así pues, en el 90% de las embarazadas se había realizado todo el seguimiento deseado según el indicador. El estándar alcanzado en este momento ya estaba muy por encima del estándar fijado inicialmente para el indicador.

Pese a todo, realizamos una tercera determinación el día 31 de junio de 1993. Los datos que hemos obtenido quedan reflejados en la siguiente tabla nº 7:

Peso.....	100%
Talla.....	100%
TA.....	100%
Analítica requerida en el indicador.....	100%
Ecografía.....	100%
Cumplimiento de más del 80% de las citas....	96,6%
Antecedentes personales y familiares.....	100%
Exploración física.....	93,3%

Tabla nº 7

Los resultados obtenidos son similares a los de la anterior evaluación, aún cuando el porcentaje total ha mejorado, existiendo un 93% de historias correctamente cumplimentadas según el protocolo de atención a la gestante.

Si observamos la evolución de los resultados de este indicador después de la puesta en marcha del programa, comprobamos que hemos pasado del 70% recogido en la primera evaluación, al 90% en la segunda y al 93% en la tercera evaluación.

Para un mejor análisis de la evolución de este indicador procedimos a efectuar el análisis de correspondencias múltiples que figura a continuación. Cuando se introducen las variables:

Exploración física

Talla

Peso

TA

Analítica

Cumplimentación al 80% de las citas

Fecha

Ecografía

Antecedentes personales y familiares

UAF que prestó la atención. Los resultados son:

Dimensión	Valores propios
1	0,1685
2	0,1403

FRECUENCIAS MARGINALES EN LAS CATEGORIAS CUANTIFICADAS

VARIABLE: EXPLORACION FISICA

Categoría	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 expl. física	0,18	-0,17
2 sin expl. física	-1,43	1,33

VARIABLE: TALLA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 anotac. talla	0,15	-0,05
2 sin anotac. talla	-3,63	1,31

VARIABLE: PESO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 anotac. peso	-0,01	0,01
2 sin anotac. peso	0,00	0,00

VARIABLE: TA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 TA	-0,01	0,01
2 sin TA	0,00	0,00

VARIABLE: ANALITICA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Analítica	-0,01	0,01
2 Sin analítica	0,00	0,00

VARIABLE: CUMPLIMIENTO CITAS

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Cumplimiento citas	-0,08	-0,14
2 Incumplimiento	1,39	4,22

VARIABLE: FECHA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1ª evaluación	-1,11	-0,15
2ª evaluación	0,65	0,62
3ª evaluación	0,40	-0,46

VARIABLE: REALIZACION DE ECOGRAFIA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Eco. realizada	-0,01	0,01
2 Eco. no realizada	0,00	0,00

VARIABLE: ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Antecedentes reg.	-0,01	0,01
2 Antecedentes no reg.	0,00	0,00

VARIABLE: UAF

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1	0,33	-1,16
2	-0,22	-0,85
3	0,82	0,79

La representación gráfica de la nube de puntos queda como se representa en la figura nº 9.

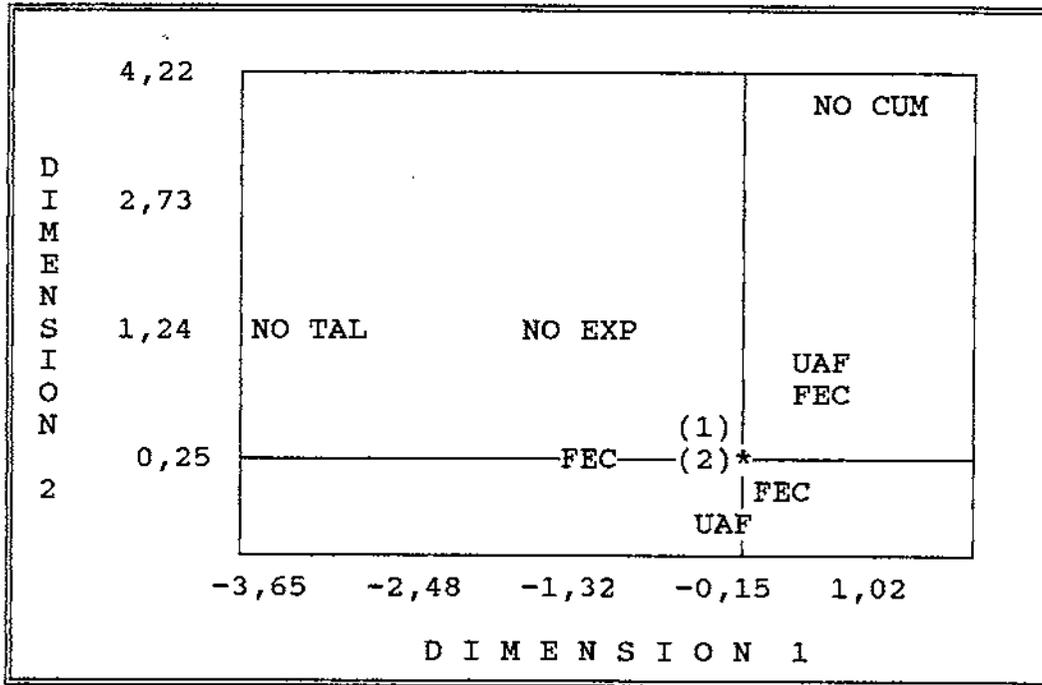


Fig nº 9

(1) PUNTO MULTIPLE INCLUYE:

Anotación en la historia clínica del peso, talla, TA, antecedentes personales y familiares, haber realizado ecografía y analítica según se especifica en el indicador.

(2) PUNTO MULTIPLE INCLUYE:

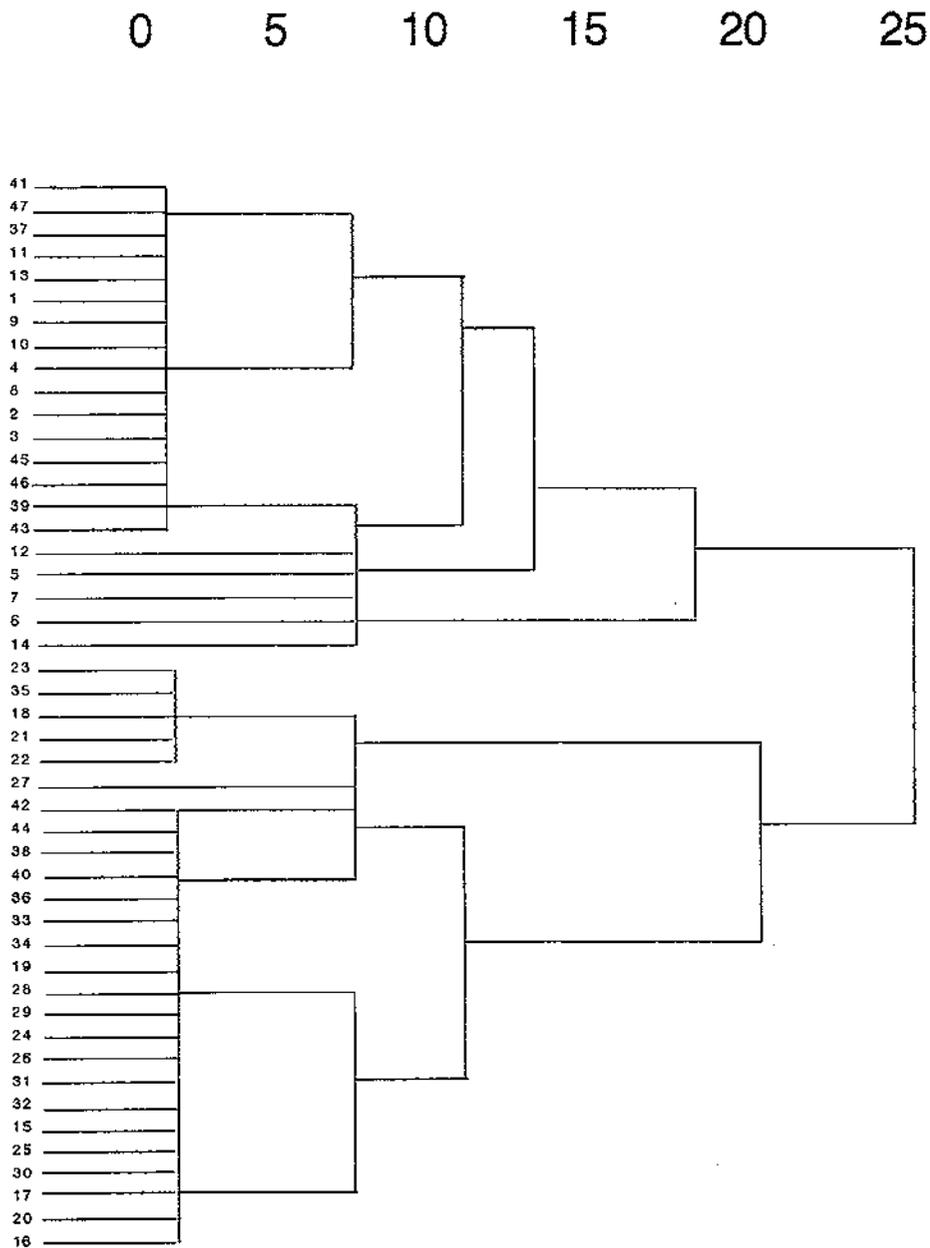
Anotación del cumplimiento de más del 80% de las citas y realización de la exploración física.

Si realizamos un análisis de cluster, observamos que los dendogramas obtenidos con el método de enlace promedio y distancia euclídea al cuadrado, con el método de enlace promedio y distancia euclídea o con el método de enlace promedio y distancia de bloques, son similares (figuras 10, 11, 12).

La representación gráfica de la evolución del indicador es la que aparece en la figura nº13.

DENDOGRAMA

(Método de enlace promedio y distancia euclídea al cuadrado)

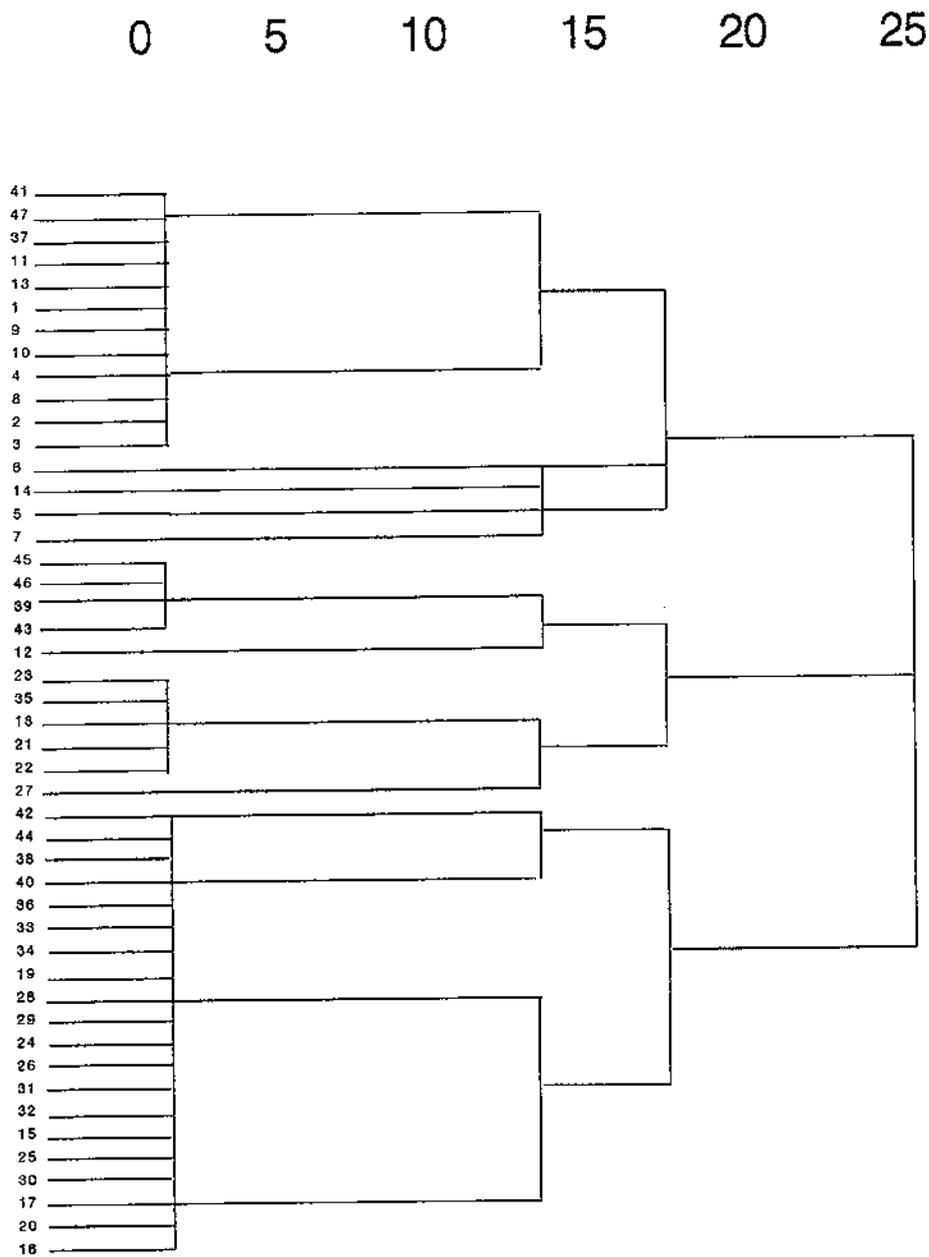


Correcta cumplimentación de datos en la historia según el protocolo de atención a la gestante.

Fig. 10

DENDOGRAMA

(Método de enlace promedio y distancia euclídea)

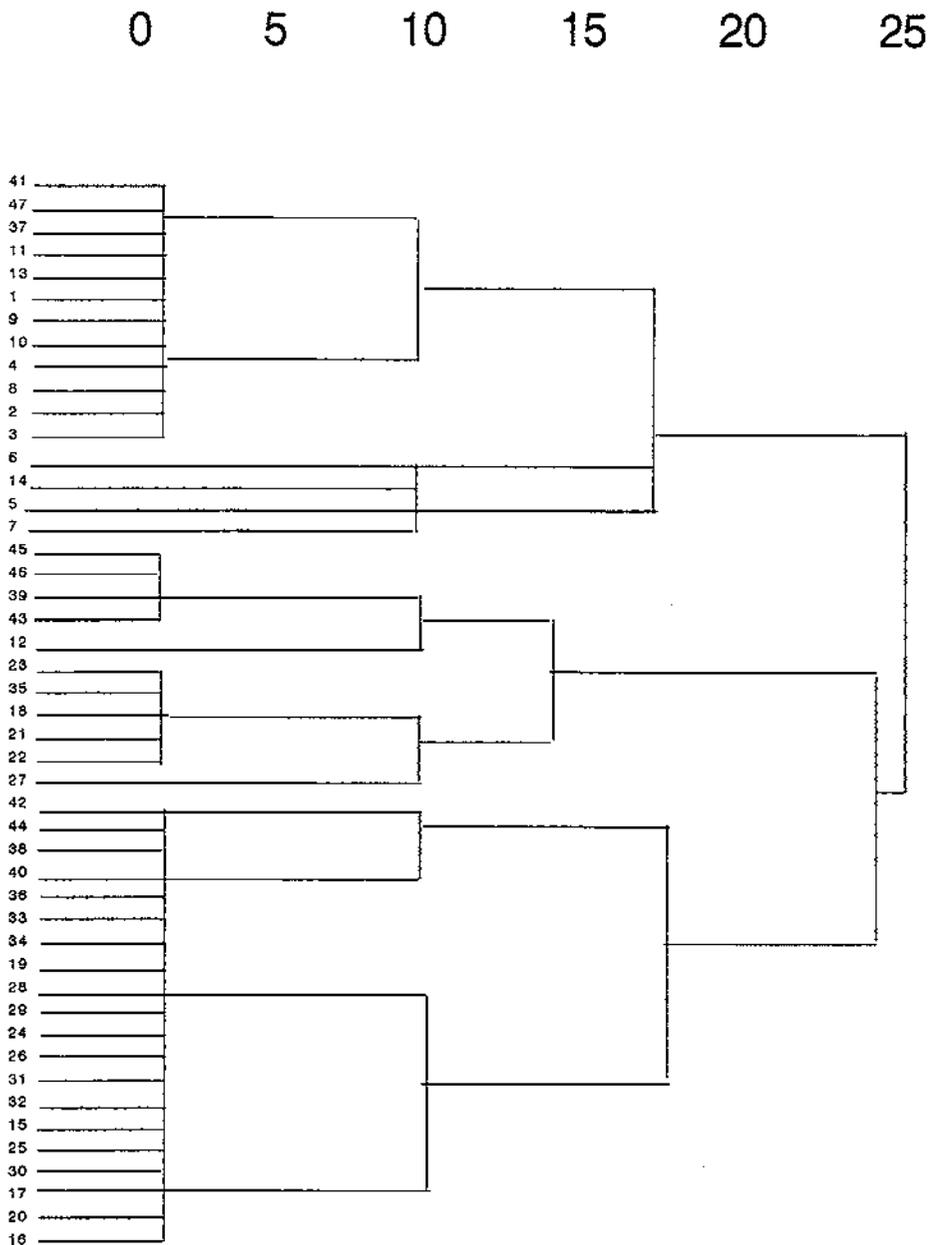


Correcta cumplimentación de datos en la historia según el protocolo de atención a la gestante.

Fig. 11

DENDOGRAMA

(Método de enlace promedio y distancia de bloques)



Correcta cumplimentación de datos en la historia según el protocolo de atención a la gestante.

Fig. nº 12

CORRECTA CUMPLIMENTACION DE DATOS EN LA HISTORIA SEGUN EL PROTOCOLO DE ATENCION A LA GESTANTE.

CENTRO DE SALUD DE TEJINA-TEGUESTE

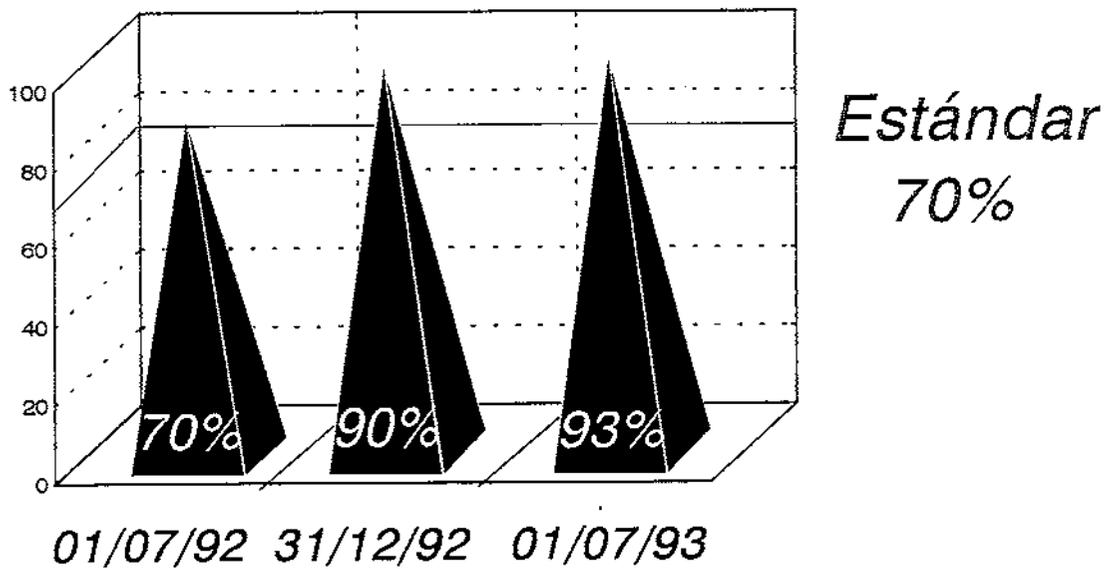


Fig n° 13

INDICADOR N°7: PACIENTES DIABETICOS EN SEGUIMIENTO EN EL CENTRO QUE TENGAN Hb A1 MENOR AL 8% EN TRES DETERMINACIONES ANUALES. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)

De este indicador no se ha realizado ninguna evaluación por lo que no tenemos ningún resultado.

INDICADOR N°8: PACIENTES DIABETICOS EN SEGUIMIENTO EN EL CENTRO QUE TENGAN REALIZADO UN FONDO DE OJO ANUAL. (CENTRO DE SALUD DE TACO)

No se ha realizado ninguna evaluación del indicador mencionado, desconociendo totalmente cómo se está realizando el seguimiento de estos pacientes con relación al fondo de ojo.

INDICADOR N°9: PACIENTES HIPERTENSOS CONTROLADOS
EN EL CENTRO QUE TENGAN TRES O MAS
DETERMINACIONES DE LA TENSION ARTERIAL ANUALES.
(CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)

No se ha realizado ninguna evaluación de
este indicador, por lo que no disponemos de
ningún dato del mismo.

INDICADOR N° 10: REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA
DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA EN VISITA
DOMICILIARIA. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA
SALUD)

Se consideró que las visitas domiciliarias que se realizaran debían constar en el libro de visitas a domicilio, ya fueran programadas o a demanda. Se decidió que constaría la fecha, motivo de consulta, la actividad realizada y el profesional que la realizó.

Es un indicador de proceso y basado en tasas; la fuente de datos utilizada fue el libro de visitas, la historia clínica y el listado de pacientes crónicos. La periodicidad de la recogida de datos se estableció inicialmente como semestral, excluyendo las visitas a domicilio que fueran exclusivamente para inyectables. El responsable de la recogida de datos se decidió que fuera nombrado por la comisión interna de garantía de calidad del Centro. El estándar deseado para el indicador fue del 80% .

La primera evaluación se realizó el día 30 de junio de 1992, revisando la historia clínica de una de cada cinco visitas domiciliarias realizadas en los meses de abril, mayo y junio.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Sólo en el 33% de las historias revisadas constaban todos los datos referentes a la visita a domicilio a los que hacía mención el indicador. Estaba, pues, muy lejos de alcanzarse el estándar establecido.

Al efectuar un análisis de correspondencias múltiples con las siguientes variables:

Edad

Sexo

Profesión

Fecha, obtuvimos los siguientes resultados:

Dimensión	Valores propios
1	0,4489
2	0,3802

FRECUENCIAS MARGINALES EN LAS CATEGORIAS CUANTIFICADAS

VARIABLE: EDAD

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
menor de 79 a.	1,30	-0,22
mayor de 79 a.	-0,74	0,05

VARIABLE: SEXO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 hombre	-0,68	1,15
2 mujer	0,33	-0,69

VARIABLE: PROFESION

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Médico	0,81	-0,69
2 Enfermero/a	-0,27	-0,26
3 Méd.+ enfer.	0,58	-0,86

VARIABLE: FECHA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 anot. de fecha	-0,20	-0,29
2 sin anot.de fecha	-1,78	-1,90

La representación gráfica de la nube de puntos queda como se representa en la figura nº14.

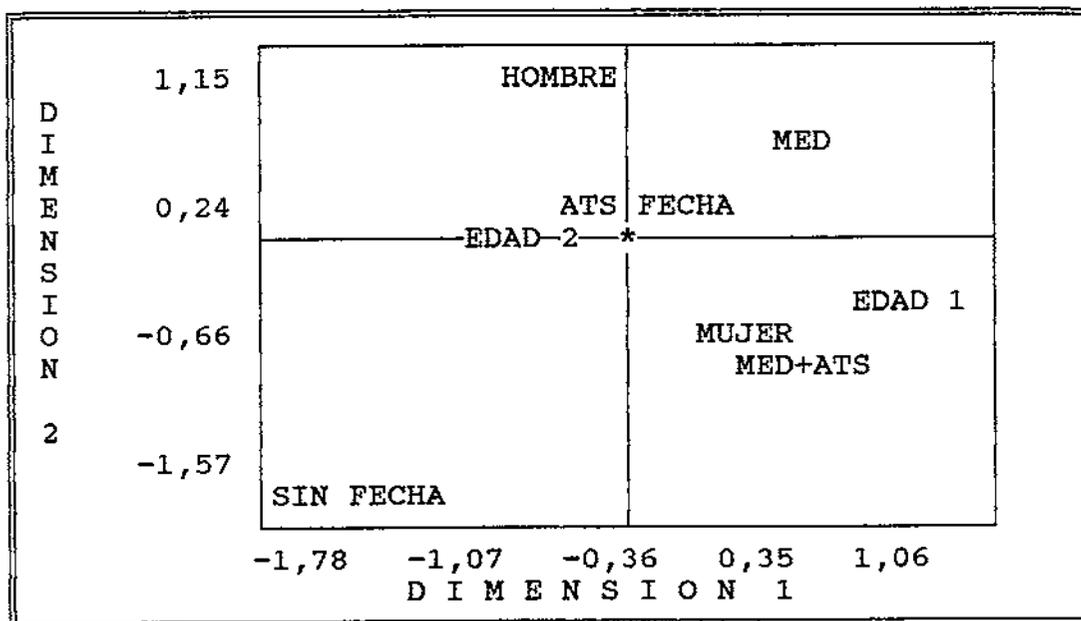
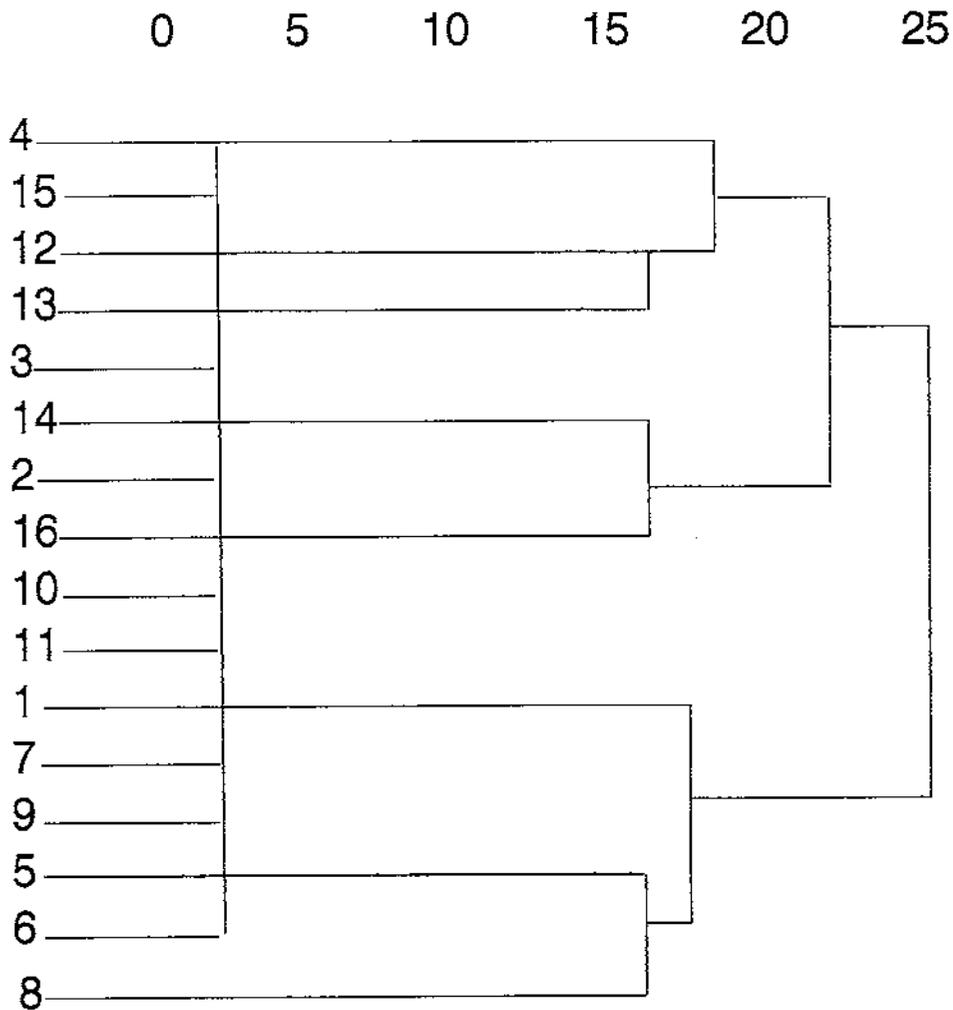


Fig nº 14

Si efectuamos un análisis cluster de individuos respecto a las variables con el método de enlace promedio y la distancia euclídea, el dendograma obtenido es similar al que surge con el mismo método y la distancia de bloques, e igual con la distancia euclídea al cuadrado (Figuras 15-16-17). Por lo que podemos decir que estos resultados son robustos.

DENDOGRAMA

(Método de enlace promedio y distancia euclídea)

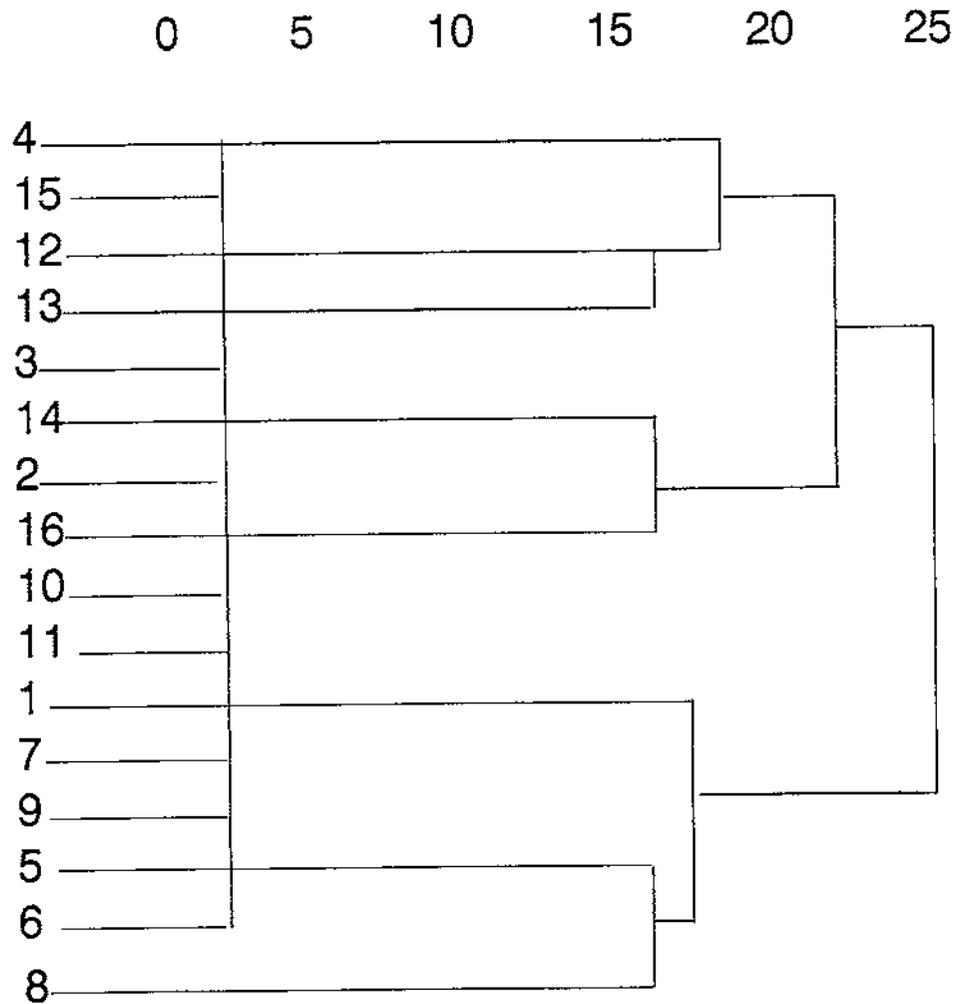


Registro en la historia clínica de la actividad desarrollada en visita domiciliaria.

Fig nº 15

DENDOGRAMA

(Método de enlace promedio y distancia de bloques)

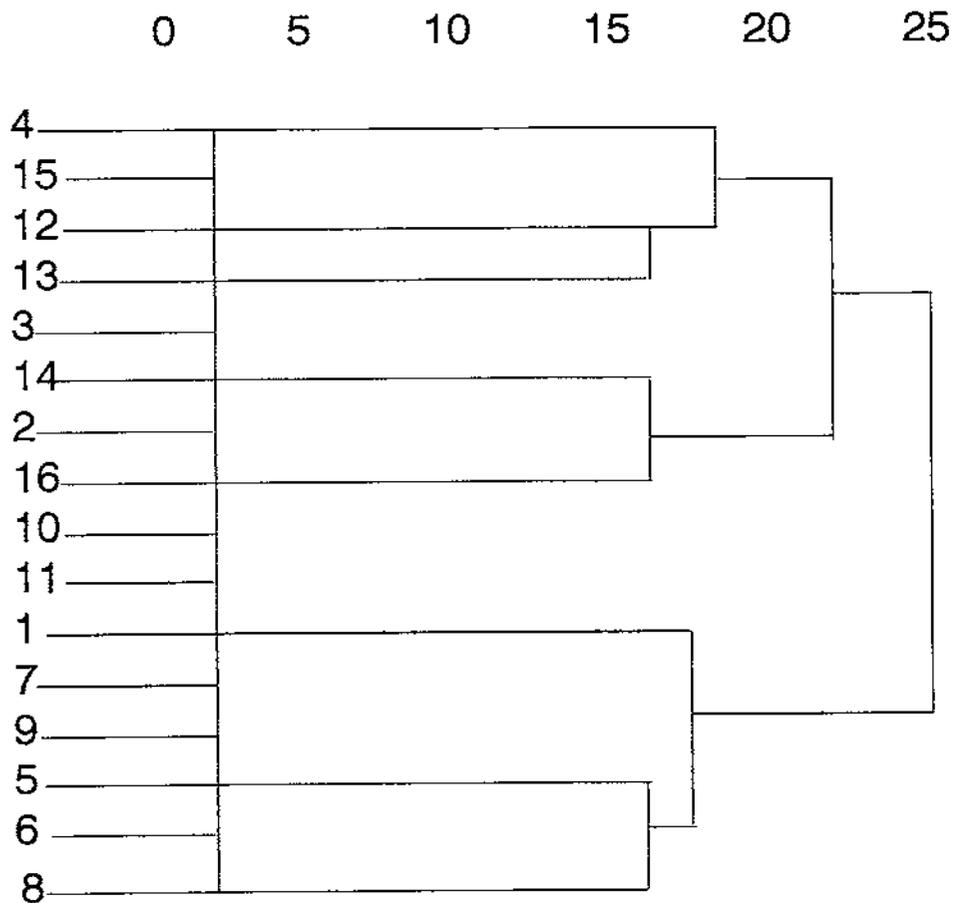


Registro en la historia clínica de la actividad desarrollada en visita domiciliaria.

Fig. nº 16

DENDOGRAMA

(Método de enlace promedio y distancia euclídea al cuadrado)



Registro en la historia clínica de la actividad desarrollada en visita domiciliaria.

Fig nº 17

INDICADOR N° 11: EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS CON FACIL IDENTIFICACION DE LOS CASOS HISTORIADOS. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)

No existe ningún dato del indicador, ya que no se ha realizado ninguna evaluación.

INDICADOR N° 12: HORAS DE FORMACION CONTINUADA IMPARTIDAS POR CADA PROFESIONAL SANITARIO DEL EAP, SOBRE HORAS DOCENTES. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD Y TEJINA-TEGUESTE)

Este indicador mide las horas de formación continuada impartidas por los profesionales del EAP e intenta monitorizar la participación de los miembros del Equipo como docentes en su lugar de trabajo. A efectos de impartir clases de formación continuada se consideró personal sanitario a los médicos, ATS, matrona y trabajador social. Este indicador, al igual que el anterior, fue seleccionado por los dos Centros donde se inició el programa.

La fuente de datos utilizada fue el Sumario de la comisión de docencia. Se consideró que existían 32 horas docentes cada semestre y que, como mínimo, el 1,5% de las mismas debía haber sido impartida por cada miembro del Equipo, siendo éste el estándar establecido. La recogida de los datos se decidió realizarla semestralmente. Y el encargado de la misma fue el responsable de la Comisión de docencia mediante el análisis del sumario de actividades.

Los resultados obtenidos en la evaluación realizada en septiembre de 1992 en el Centro de Salud de Tejina-Tegueste han sido los siguientes: El 0,7% de las 32 horas de formación continuada que debían impartirse lo fueron por personal del EAP. Observamos que el resultado está muy lejos del estándar que habíamos marcado inicialmente.

En el Centro del Barrio de la Salud se realizó también la evaluación en la misma fecha y el resultado que se obtuvo fue que el 1,04% de las teóricas 32 horas de docencia había sido impartido por profesionales del EAP, lo cual está, como en el caso anterior, por debajo del estándar establecido (Tabla n° 8).

	C.S. Tejina	C.S. Barrio de la Salud
Sep 92	0,7%	1,04%

Tabla n° 8

Estos datos se presentaron al Equipo para intentar mejorarlos en la siguiente evaluación.

INDICADOR N° 13: HORAS DE FORMACION CONTINUADA
RECIBIDAS EN EL EAP, SOBRE HORAS LABORALES.
(CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD Y TEJINA-
TEGUESTE)

Este indicador evalúa el proceso de formación del personal del EAP, considerando como formación continuada recibida aquellas actividades organizadas por la comisión de docencia, ya sean revisiones bibliográficas, sesiones clínicas o sesiones monográficas. Fue seleccionado por los dos EAP que inicialmente participaron en el Programa. Se consideraron laborales 35 horas a la semana. La fuente de datos utilizada fue el sumario de actividades del EAP.

El estándar que se estableció para este indicador fue que como mínimo el 5% del total de las horas laborales debía dedicarse a recibir formación. La periodicidad de la recogida de los datos se fijó como semestral. Se nombró como encargado de la recogida de datos al responsable de la Comisión de Docencia.

Los resultados obtenidos en la evaluación realizada en septiembre de 1992 en el Centro de Salud de Tejina-Tegueste han sido los siguientes:

Sólo el 1% de las horas laborales se dedicaron a recibir actividades de formación continuada impartidas por otros profesionales, ya sean del propio EAP o de otras Instituciones. En el EAP de Barrio de la Salud, en la evaluación realizada en la misma fecha, el resultado fue que el 3,9% de las horas laborales se dedicaban a recibir formación. Pese a que los resultados eran mejores, en ninguno de los dos Centros se alcanzó el estándar establecido (Tabla 9).

	C.S. Tejina	C.S. B. Salud
Sept.92	1%	3,9%

Tabla nº 9.

Los resultados obtenidos se presentaron al EAP para intentar modificarlos en la siguiente evaluación.

INDICADOR N° 14: EXISTENCIA DE ALGUN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (EDO) CORRECTAMENTE CONFECCIONADO. (CENTRO DE SALUD DE TEJINA-TEGUESTE)

No se ha realizado ninguna evaluación.

INDICADOR N° 15: REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LAS DEFUNCIONES EN PACIENTES ASISTIDOS POR EL EAP. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)

No se ha realizado ninguna evaluación de este indicador hasta el momento actual.

**INDICADOR N° 16: TIEMPO DEDICADO A CADA PACIENTE
DE LA CONSULTA MEDICA A DEMANDA. (CENTRO DE SALUD
DEL BARRIO DE LA SALUD)**

No se ha realizado ninguna evaluación de
este indicador.

**INDICADOR N° 17: PACIENTES CITADOS (CITA PREVIA)
CON HISTORIA CLINICA AL EMPEZAR LA CONSULTA.
(CENTRO DE SALUD DE TACO)**

Es un indicador muy importante, pues nos sirve para tener una aproximación del número de pacientes que vemos con su historia clínica. La periodicidad de la recogida de los datos se fijó trimestral y se numeraron las consultas del 1 al 13, efectuándose la recogida de los datos por la Unidad de Atención Familiar (UAF) de la consulta inmediatamente superior. El estándar establecido para este indicador fue del 70%, realizando la recogida de datos trimestralmente. La recogida de los datos se efectuó revisando con la hoja de pacientes de cita previa las historias que había al inicio de la consulta. Los encargados de la misma fueron los integrantes de cada UAF.

La primera evaluación se realizó el día 15 de marzo de 1993, y en ella el 74% de los pacientes que acudieron a la consulta con cita previa tenía historia clínica. Se comunicaron los resultados al Equipo y se decidió que, mediante concienciación de los responsables, debía aumentarse el porcentaje antes mencionado.

Tres meses después se efectuó la segunda evaluación obteniendo de nuevo que el 74% de los pacientes citados tenían la historia clínica en la consulta. Nuevamente se presentaron los resultados al Equipo, estudiando medidas correctoras aplicables en el Centro para mejorar el porcentaje obtenido en las dos evaluaciones anteriores. El día 30 de septiembre de 1993 se efectuó la tercera evaluación en la que el 66% de los pacientes que acudían a la consulta tenían la historia clínica antes de empezar la visita. Los resultados quedan como se representa en la tabla nº 10 y en la figura nº 18.

	1ª evaluación	2ª evaluación	3ª evaluación
H. Clínica	74%	74%	66%

Tabla nº 10

***PACIENTES CITADOS (CITA PREVIA)
CON HISTORIA CLINICA AL EMPEZAR
LA CONSULTA.***

***CENTRO DE SALUD DE
TACO***

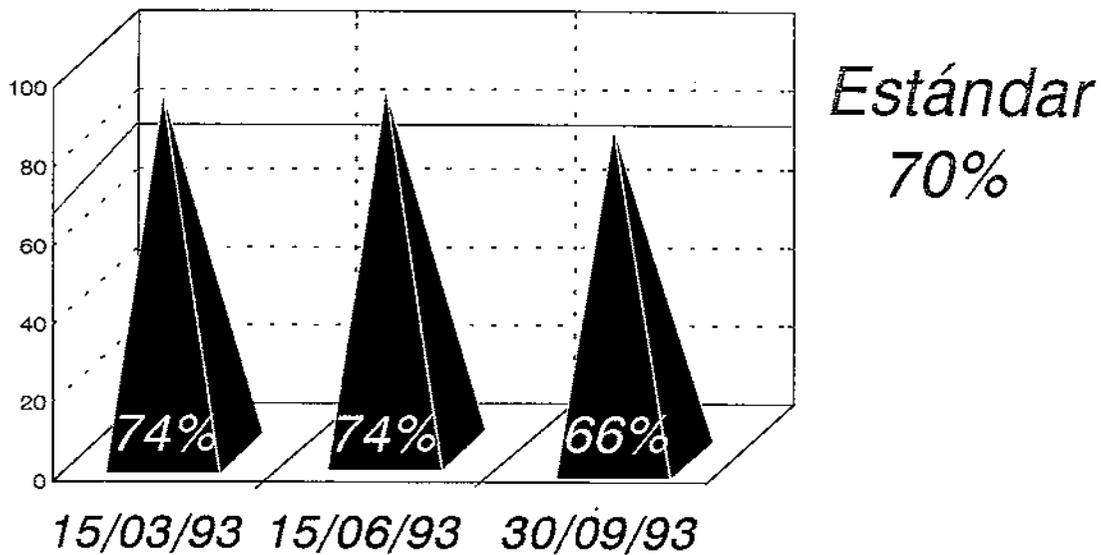


Fig. n° 18

INDICADOR N° 18: EXISTENCIA EN LA HISTORIA CLINICA DE LA HOJA DE LISTADO DE PROBLEMAS ACTUALIZADA. (CENTRO DE SALUD DE TACO)

Se consideró al realizar el indicador que, como mínimo, en la hoja de problemas fundamentales constarían las enfermedades crónicas. La periodicidad de la recogida de los datos se fijó como trimestral y se numeraron las consultas del 1 al 13, efectuándose la recogida de los datos por la Unidad de Atención Familiar (UAF) de la consulta inmediatamente superior. El estándar establecido para este indicador fue del 70%, revisándose una de cada 5 historias de un día antes de iniciar la consulta para evitar posibles modificaciones en los datos.

La primera recogida de los datos se efectuó el día 15 de abril de 1993, se revisaron 31 historias, y el porcentaje de las mismas que cumplían este indicador fue del 58%. Estos datos se presentaron al EAP y tres meses después se realizó una segunda evaluación.

En la segunda evaluación se revisaron 39 historias clínicas, de las cuales el 87% cumplía los requisitos especificados en el indicador.

Nuevamente se presentaron los resultados al EAP y se analizó la progresión ascendente del indicador desde la primera evaluación.

En la tercera evaluación, realizada el día 30 de septiembre de 1993, se revisaron 44 historias, observando que en el 100% de las mismas existía una hoja de problemas fundamentales correctamente actualizada.

La evolución del indicador desde la puesta en marcha del programa ha sido la que se muestra en la fig n° 19.

*EXISTENCIA EN LA HISTORIA
CLINICA DE LA HOJA DE LISTADO
DE PROBLEMAS ACTUALIZADA.*

*CENTRO DE SALUD DE
TACO*

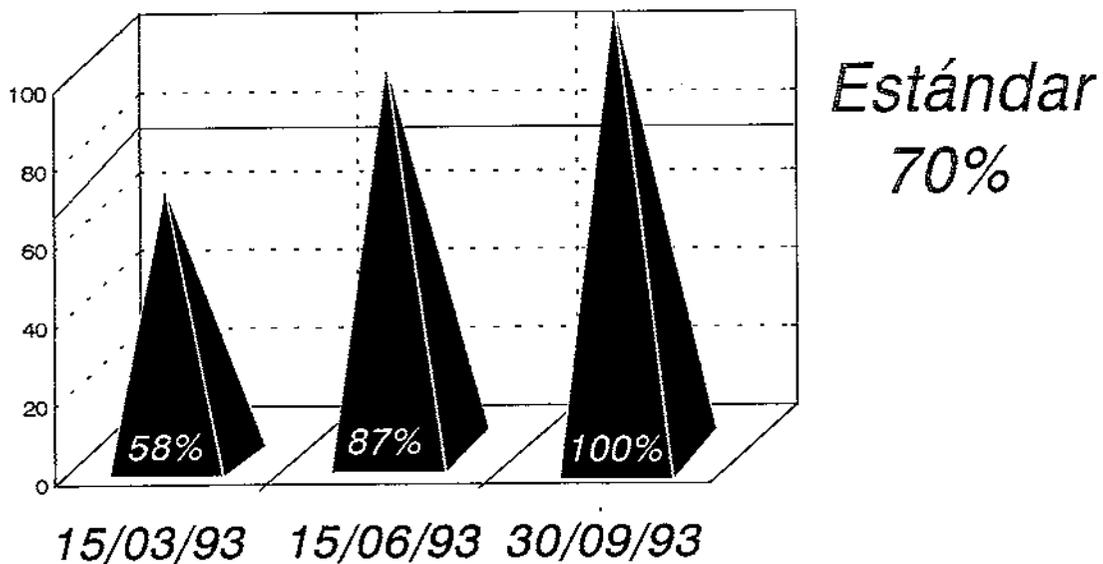


Fig. n° 19

INDICADOR N° 19 : REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA
DEL PESO Y LA TALLA CON SUCESIVOS CONTROLES DE
PESO CADA CUATRO AÑOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN
EL EAP. (CENTRO DE SALUD DE TACO)

No existen resultados de este indicador.

**INDICADOR N° 20: PACIENTES CON CORRECTO REGISTRO
EN LA HISTORIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL. (CENTRO DE
SALUD DE TACO)**

Este indicador ha sido evaluado en tres ocasiones, efectuando la recogida de los datos con una periodicidad trimestral. Para considerar que el indicador se cumplía debía constar en las tapas de la historia clínica si el paciente toma alcohol, y en caso afirmativo debían constar también los gramos de alcohol/día y desde cuándo. El estándar establecido inicialmente para este indicador fue del 70%. Las consultas se numeraron del 1 al 13 y la recogida de los datos se realizó revisando una de cada cinco historias de la UAF inmediatamente superior.

En la primera evaluación, en el 87% de las historias existía constancia del hábito alcohólico. Los resultados obtenidos se comunicaron a los miembros del EAP para su discusión, ya en la primera evaluación se había superado el estándar establecido inicialmente.

Se realizó la segunda evaluación el día 15 de junio de 1993 y el resultado que se obtuvo en ese momento fue que el 79% de las historias estaban correctamente cumplimentadas en cuanto a los requisitos del indicador.

Nuevamente se presentaron los resultados al EAP y se insistió en la necesidad de registrar correctamente en las historias los hábitos tóxicos y entre ellos el hábito etílico.

La tercera evaluación se realizó el día 30 de septiembre de 1993, obteniéndose en ese momento que en el 90% de las historias estaba correctamente cumplimentado el apartado referente a consumo de alcohol. La evolución se muestra en la fig nº 20.

*PACIENTES CON CORRECTO
REGISTRO EN LA HISTORIA DEL
CONSUMO DE ALCOHOL.*

*CENTRO DE SALUD DE
TACO*

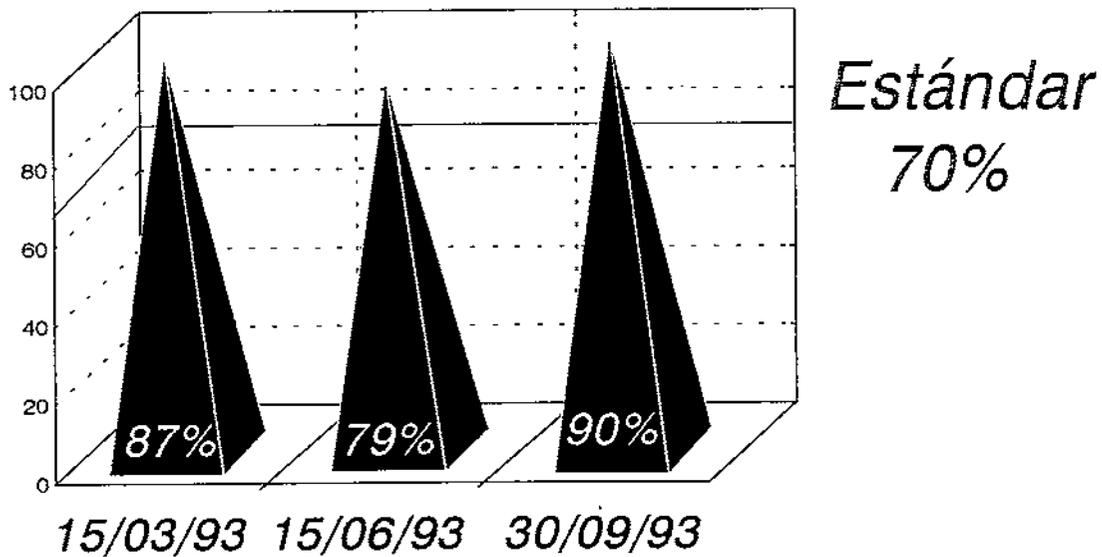


Fig. n° 20

**INDICADOR N° 21: PACIENTES CON CORRECTO REGISTRO
EN LA HISTORIA CLINICA DEL HABITO
TABAQUICO. (CENTRO DE SALUD DE TACO)**

Este indicador ha sido evaluado en tres ocasiones, con una periodicidad trimestral, mediante la revisión de una de cada cinco historias de los pacientes atendidos durante un día. Se requería para considerar que se cumplía el indicador que figurase en la historia clínica si el paciente consumía tabaco, el número de cigarrillos que fumaba diariamente y desde cuándo tenía este hábito. El estándar que se puso a este indicador fue del 70%.

La primera evaluación se realizó el día 15 de abril de 1993 y en el 87% de las historias constaba el registro sobre hábito tabáquico. Este porcentaje se encontraba ya por encima del estándar establecido por los profesionales del centro. Los resultados se presentaron al EAP y tres meses después se efectuó la segunda evaluación, encontrando en este momento que el porcentaje de historias revisadas en las que constaba este dato era del 79%. Pese a ser un porcentaje menor, el estándar establecido se había superado.

Nuevamente se presentaron los resultados al Equipo haciendo especial énfasis en la necesidad de registrar correctamente el hábito tabáquico.

En la tercera evaluación, registrada el 30 de septiembre de 1993, en el 93,18% de las historias había constancia sobre la existencia o no de hábito tabáquico.

La evolución del indicador es la que se representa en la figura nº 21.

*PACIENTES CON CORRECTO
REGISTRO EN LA HISTORIA DEL
HABITO TABAQUICO.*

*CENTRO DE SALUD DE
TACO*

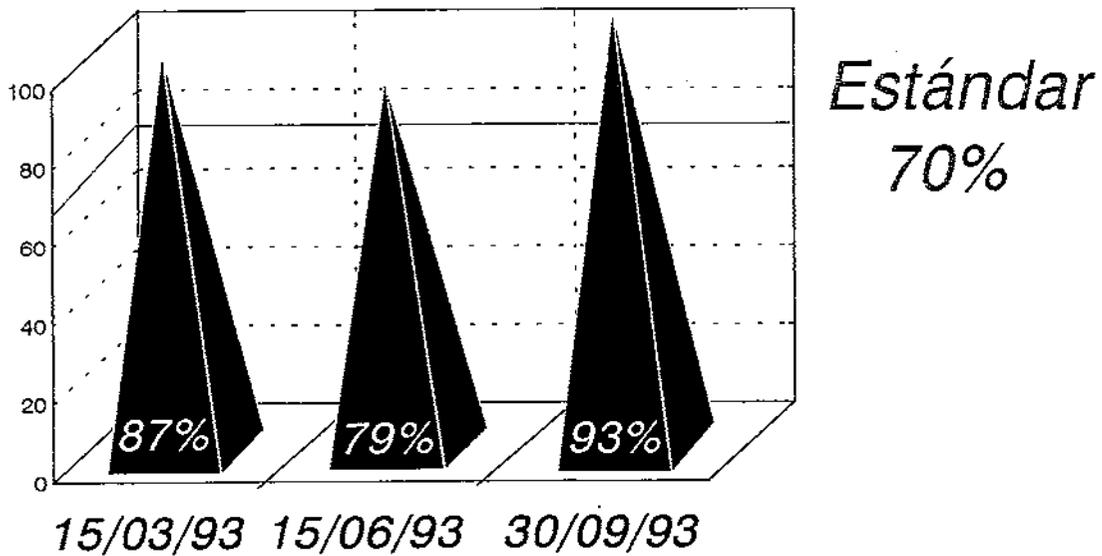


Fig. nº 21

INDICADOR N° 22: PACIENTES CON CORRECTO REGISTRO
EN LA HISTORIA CLINICA DE LA EXISTENCIA DE
ALERGIAS. (CENTRO DE SALUD DE TACO)

Al elaborar el indicador se decidió que se consideraría correcto registro en las historias clínicas de la existencia de alergias, si en las tapas de aquéllas estaba recogido el dato de la existencia de las mismas y, en caso afirmativo, debiendo constar a qué sustancia o sustancias. La periodicidad de la recogida de datos se acordó que fuera trimestral mediante la revisión de una de cada cinco historias de un día del mes fijado previamente. La revisión se realizó de tal manera que, numeradas las consultas del 1 al 13, el personal sanitario de cada consulta revisaba las historias de la consulta inmediatamente superior.

El estándar establecido para este indicador por los miembros del Equipo fue del 70% . Se han efectuado tres evaluaciones y, después de cada una de ellas, se han aplicado como medidas correctoras la comunicación de los resultados y posterior discusión de cómo mejorarlos a los miembros del EAP.

La primera evaluación se realizó el día 15 de abril de 1993. En esta ocasión se revisaron 44 historias de las cuales el 56% estaban correctamente cumplimentadas en cuanto a la existencia o no de alergias siguiendo los términos establecidos en el indicador. Así pues, el porcentaje de historias clínicas correctamente cumplimentadas para este indicador estaba por debajo del estándar establecido.

Tres meses después, el día 15 de junio de 1993, se efectuó la segunda evaluación revisando en ese momento 52 historias clínicas. Los datos obtenidos fueron que en el 75% de los casos constaba la existencia o no de alergias. En esta segunda evaluación ya se superó el estándar previamente establecido para este indicador.

El día 30 de septiembre de 1993 se realizó la tercera evaluación, en la que se revisaron 44 historias obteniendo unos resultados muy superiores a las evaluaciones previas, ya que el porcentaje de historias clínicas en las que constaba la presencia o ausencia de alergias según los criterios establecidos en el indicador fue del 95,45%.

La evolución del indicador es la que se ve en la figura nº 22.

**PACIENTES CON CORRECTO
REGISTRO EN LA HISTORIA DE LA
EXISTENCIA DE ALERGIAS.**

**CENTRO DE SALUD DE
TACO**

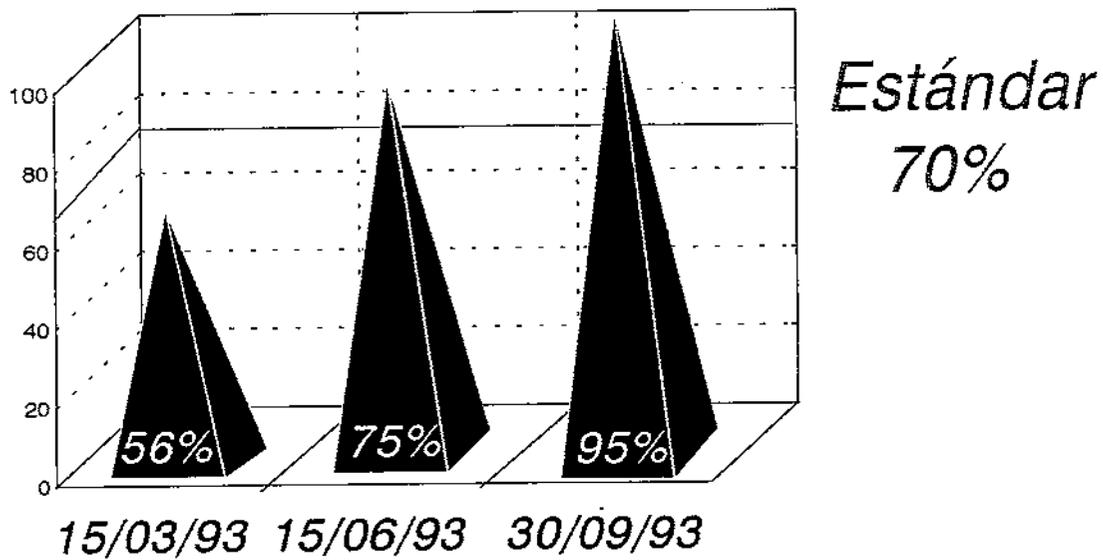


Fig. n° 22

INDICADOR N° 23: REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE TODO PACIENTE DE, AL MENOS, UNA DETERMINACION DE LA TENSION ARTERIAL Y SUCESIVAS TOMAS SEGUN EL PROTOCOLO DE HTA DEL EAP. (CENTRO DE SALUD DE TACO)

Según el protocolo de HTA que se está siguiendo en el EAP, en la historia clínica debe constar una toma de la tensión arterial (TA) que se repetirá cada cinco años como mínimo en pacientes menores de 40 años y sin factores de riesgo, repitiéndose anualmente en pacientes mayores de 40 años o con factores de riesgo. La periodicidad de la recogida de datos ha sido trimestral y el estándar establecido como deseable del 80%; se han numerado las consultas del 1 al 13 y se ha revisado 1 de cada 5 historias de todas las consultas antes de empezar la visita. Después de cada evaluación se comunicaron los resultados a los miembros del EAP y se buscaron fórmulas para conseguir mejorar los resultados.

Los resultados obtenidos en la primera evaluación, efectuada el día 15 de abril de 1993, después de revisar 31 historias clínicas, fue que en el 67% de los pacientes que acudían a la

consulta y tenían historia clínica, existía constancia en la misma de la TA según se había especificado en la definición de términos del indicador. En esta primera evaluación el porcentaje obtenido se encontraba lejos del estándar establecido inicialmente.

A los tres meses se realizó la segunda evaluación, revisando 38 historias clínicas. El resultado obtenido fue que en el 72% de las historias clínicas existía constancia de la tensión arterial según los términos establecidos en el indicador. Así pues, no se cumplía tampoco el estándar establecido.

El día 30 de septiembre de 1993 se evaluaron nuevamente 44 historias clínicas encontrando ya en ese momento que en el 95,45% de las historias constaba la toma de la TA. Este resultado está muy por encima del estándar establecido tal como se muestra en el gráfico nº 23.

**REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA
DE TODO PACIENTE, DE AL MENOS
UNA DETERMINACION DE LA
TENSION ARTERIAL Y SUCESIVAS
TOMAS SEGUN EL PROTOCOLO DEL
HTA DEL EAP.**

**CENTRO DE SALUD DE
TACO**

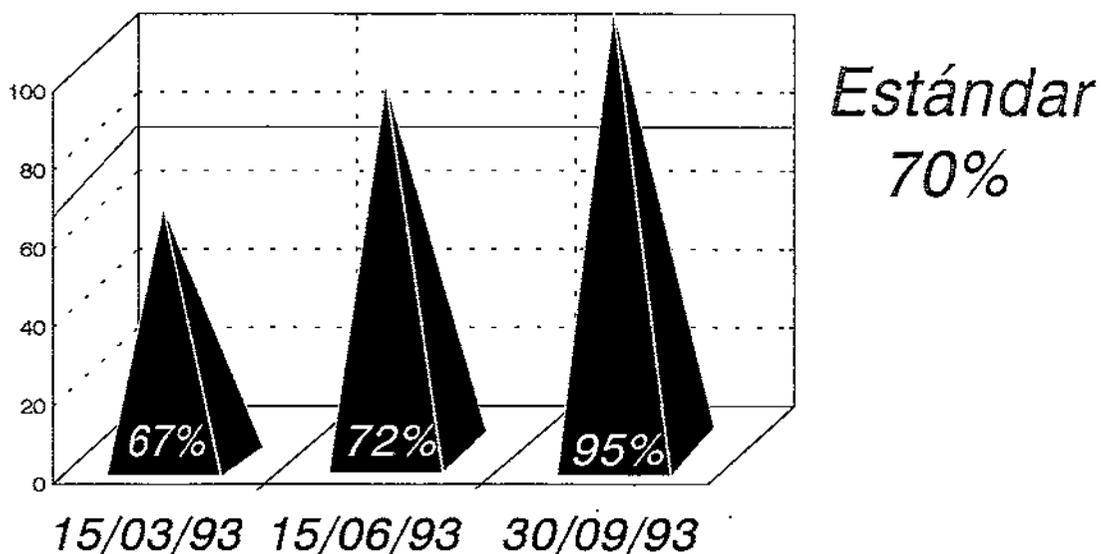


Fig. n° 23

**INDICADOR 24: GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO
CON LA ASISTENCIA RECIBIDA DEL EAP.**

Este es un indicador de tasas, basado en el resultado. Elaboramos una encuesta con cuatro preguntas a las que se podía dar tres respuestas, teniendo cada una de ellas uno, dos o tres puntos, según la satisfacción manifestada por el paciente. Dos preguntas hacían referencia al trato recibido del médico, una era referente a la atención prestada por el personal de enfermería y otra sobre el personal administrativo.

Las preguntas realizadas fueron:

1.- La atención que usted suele recibir de su médico de cabecera es:

- a.- Buena
- b.- Regular
- c.- Mala

2.- El trato que suele recibir de su enfermero/a es:

- a.- Bueno
- b.- Regular
- c.- Malo

3.- ¿Su médico de cabecera le explica con detalle cómo tiene que tomarse el tratamiento?

a.- Sí, siempre

b.- A veces

c.- Nunca

4.- El trato que suele recibir de los administrativos del Centro es:

a.- Bueno

b.- Regular

c.- Malo

En las cuatro preguntas la respuesta "a" equivale a 1 punto, la "b" a 2 puntos, y la "c" a tres puntos. Las preguntas 1 y 3 fueron sumadas para elaborar un indicador de satisfacción con la atención médica. Se consideró una buena satisfacción si el resultado de esta suma era de 1 ó 2. Valores superiores a estos se englobaron en la categoría insuficiente.

La encuesta se efectuó durante el mes de julio de 1993. El estándar que se estableció fue del 90%, siendo la periodicidad de la recogida de los datos anual, y el encargado de la misma la persona de determinó la Comisión de garantía de calidad del Centro.

La distribución de la muestra encuestada por sexo y edad fue:

El 67% de los encuestados fueron mujeres. En cuanto a la edad, el 29,5% eran menores de 30 años, el 54% tenía entre 30 y 60 años y únicamente el 16% eran mayores de 60 años.

A la pregunta n° 1 el 93,04% de los encuestados responde estar satisfecho, a la pregunta n° 2 únicamente responden el 73,92% de los encuestados, respondiendo el 66,08% la opción "a". A la pregunta 3, el 95,65% responde la opción "a", no contestando la pregunta únicamente el 1,73% de los encuestados. A la pregunta 4 el 72,17% responde que el trato recibido del personal administrativo es bueno, sólo el 0,86% de los encuestados no respondió a esta pregunta.

En la tabla n° 11 se ven las respuestas dadas a estas cuatro cuestiones.

	Respuesta a	Respuesta b	Respuesta c	No contesta
Preg n° 1	93,04%	5,21%	0,86%	0,86%
Preg n° 2	66,08%	7,52%	--	26,08%
Preg n° 3	95,65%	2,60%	--	1,73%
Preg n° 4	72,17%	25,2%	1,73%	0,86%

Tabla n° 11

El 89,6% manifestaron una buena satisfacción con la atención médica. Con la atención recibida de personal de enfermería la satisfacción fue buena en el 66,08%, alcanzando un 26,08% los que prefirieron no contestar a esta pregunta. En cuanto al trato recibido de los administrativos, sólo el 72,8% opinó que era bueno. Globalmente el 70,5% de los encuestados se mostraba satisfecho con la atención recibida en el EAP.

Si realizamos un análisis multivariante, con el siguiente listado de variables:

Médico

Edad del paciente

Genero

Horario

Satisfacción con el médico, obtenemos los siguientes resultados:

DIMENSION	VALORES PROPIOS
1	0,4154
2	0,3015

**FRECUENCIAS MARGINALES DE LAS VARIABLES
CUANTIFICADAS**

VARIABLE: MEDICO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1	0,64	0,13
2	0,54	0,41
3	0,77	-1,20
4	-1,53	-0,08
5	0,52	0,98
6	0,74	-0,98
7	0,76	-0,77
8	0,36	0,75
9	-1,59	-0,56
10	-1,78	0,46
11	0,82	1,86

VARIABLE: EDAD DEL PACIENTE

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
Menor de 30 a.	0,28	0,70
entre 30-60 a.	0,06	-0,63
mayor de 60 a.	-0,70	0,79

VARIABLE: GENERO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
varón	-0,12	0,95
mujer	0,08	-0,44

VARIABLE: HORARIO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
mañana	0,61	0,06
tarde	-1,59	-0,16

VARIABLE: SATISFACCION CON EL MEDICO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1	0,01	-0,07
2	-0,43	0,80

La representación gráfica de la nube de puntos es la que se muestra en la fig nº 24.

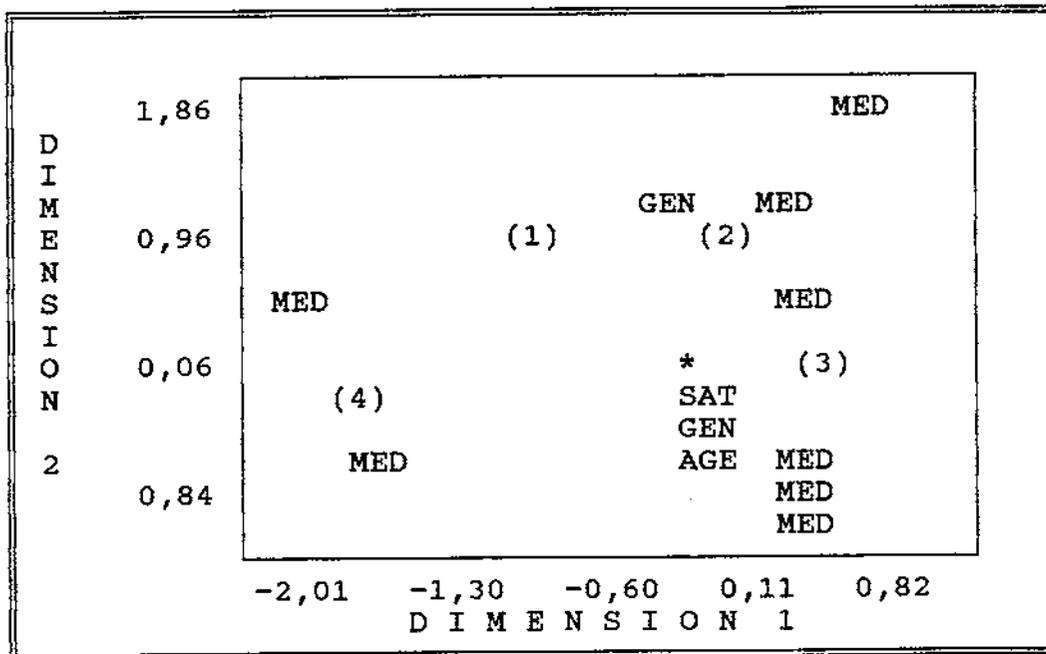


Figura nº 24

PUNTOS MULTIPLES

(1)

Mala satisfacción con el médico.

edad del paciente mayor de 65 años.

(2)

edad del paciente menor de 30 años.

médico

(3)

médico

horario de mañana

(4)

médico

horario de tarde

La dimensión 2 discrimina muy bien por médicos y por sexo. La dimensión uno discrimina por horario de trabajo.

**INDICADOR N° 25: GRADO DE CONFIANZA DE LOS
PACIENTES CON LA ATENCION RECIBIDA DEL EAP**

Es un indicador de resultado basado en tasas. El estándar que se estableció fue del 90%, siendo la periodicidad de la recogida de los datos anual, y el responsable de efectuarla una persona nombrada por la Comisión de Garantía de Calidad.

Se elaboró una encuesta que constaba de las siguientes preguntas:

1.- Cuando se pone enfermo ¿a quién acude primero?

a.- A su médico de cabecera

b.- A un médico privado

2.- ¿Cree que su médico de cabecera suele conocer bien lo que le pasa a usted?

a.- Sí

b.- No

c.- A veces

3.- ¿Considera que el tratamiento que le pone su médico suele ser el adecuado?

a.- Sí, siempre

b.- Sí, a veces

c.- No

4.- ¿Sigue usted las recomendaciones que le hace su enfermero/a?

- a.- Sí, siempre
- b.- Sí, a veces
- c.- No

5.- ¿Cree que los cuidados que le presta su enfermero/a son los adecuados?

- a.- Sí, siempre
- b.- Sí, a veces
- c.- No, nunca

6.- ¿Por qué acude usted a su médico de la Seguridad Social?

- A.- Es el que me ha tocado
- b.- Porque confio en él
- c.- Por otros motivos

En las preguntas de la uno a la cinco la respuesta "a" equivalía a 1 punto, la respuesta "b" a 2 puntos y la respuesta "c" a 3 puntos. En la pregunta número 6, la respuesta "a" equivale a 2 puntos, la respuesta "b" a 1 punto y la "c" a 3 puntos.

Con la suma de las preguntas 1,2,3 y 6 elaboramos un indicador de confianza en el médico por parte del paciente.

Consideramos alto grado de confianza las puntuaciones menores o iguales a 4, medio las puntuaciones de 5 y bajo grado las mayores o iguales a 6 puntos.

Las preguntas 4 y 5 constituyen, al ser sumadas, un indicador de la confianza del paciente en su enfermera. Tomamos por alto grado de confianza las puntuaciones menores o iguales a 2 y por medio y bajo las mayores o iguales a tres.

Encontramos que para el caso de los médicos, un 35,7% presenta alto grado de confianza, un 27% grado medio y un 27,8% bajo grado. No hubo abstención en las respuestas. En cambio, para el caso de enfermería, un 47,8% manifestó alto grado de confianza, un 18,3% bajo grado y un 26% se abstuvo. Los resultados de las preguntas quedan como se refleja en la tabla n° 12.

	Respuesta a	Respuesta b	Respuesta c	No contestan
Preg 1	92,17%	4,35%	--	3,48%
Preg 2	78,26%	3,48%	15,65%	2,61%
Preg 3	78,26%	17,39%	0,87%	3,48%
Preg 4	47,83%	15,65%	--	36,52%
Preg 5	58,26%	5,22%	1,74%	34,78%
Preg 6	42,61%	33,04%	15,65%	8,69%

Tabla n° 12.

Se consideró alta confianza en los sanitarios del EAP aquellas encuestas con puntuación inferior o igual a 8. Estando en esta categoría el 82,3% de los encuestados.

Si realizamos un análisis multivariante, con el siguiente listado de variables:

Edad del paciente

Género

Confianza en el médico

Confianza en el personal de enfermería, obtenemos los siguientes resultados:

DIMENSION	VALORES PROPIOS
1	0,3491
2	0,3308

**FRECUENCIAS MARGINALES DE LAS VARIABLES
CUANTIFICADAS**

VARIABLE: EDAD DEL PACIENTE

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
Menor de 30 a.	-0,77	-0,37
Entre 30 y 65 a.	0,67	-0,08
mayor de 65 a.	-0,73	0,89

VARIABLE: GENERO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
varón	-0,77	0,37
mujer	0,37	-0,20

VARIABLE: CONFIANZA EN EL MEDICO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
Alta	-0,19	0,97
Media	1,02	-0,23
Baja	-0,81	-1,01

VARIABLE: CONFIANZA EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
Alta	0,35	0,12
Media/baja	-0,55	-1,26
No contestan	-0,24	0,76

La representación gráfica queda como se pone de manifiesto en la figura nº 25

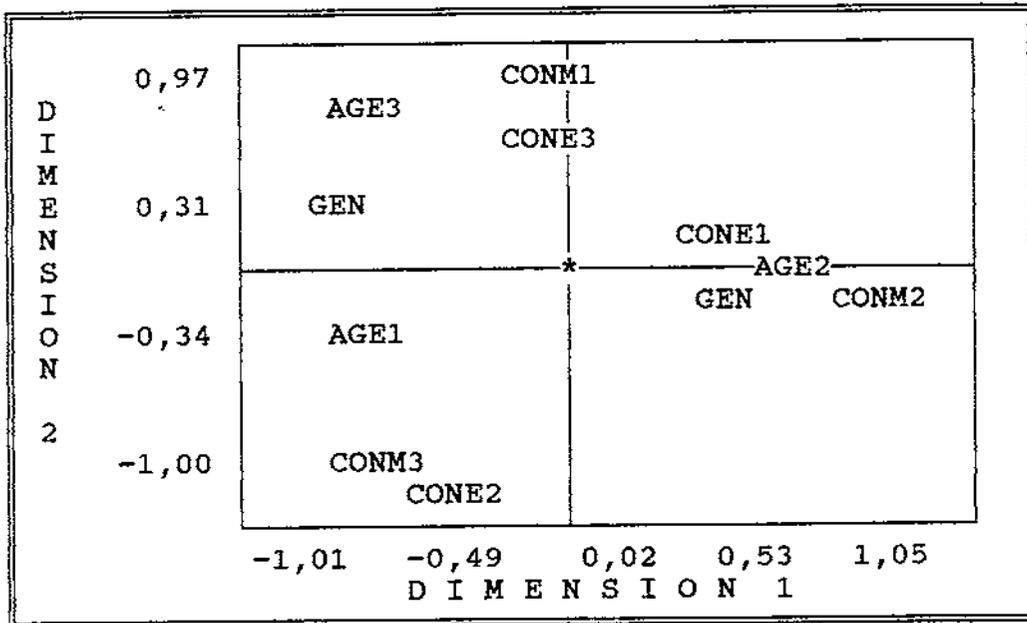


Fig nº 25

**** resultados *** 383**

**INDICADOR N° 26: NIVEL DE BIENESTAR DE LOS
INTEGRANTES DEL EAP EN SU LUGAR DE TRABAJO (CLIMA
LABORAL). (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA
SALUD)**

No existen resultados de este indicador.

INDICADOR N° 27: EXISTENCIA DE BOTIQUIN DE URGENCIAS CON VADEMECUM INDISPENSABLE Y ACCESIBLE. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)

Al desarrollar el indicador se consideró que debía ser de evento centinela, y que la inexistencia de alguno de los requisitos existentes en el indicador era motivo suficiente para considerar que no se había cumplido.

Se elaboró una relación de fármacos que debían estar siempre en el área de urgencias en condiciones de utilización, además del material médico-quirúrgico necesario para poder resolver cualquier situación que se presente de urgencias. Los datos han sido obtenidos de la hoja de solicitud de fármacos, del libro de incidencias de atención continuada y de la hoja de recepción del albarán debidamente comprobado. La periodicidad de la recogida de los datos se estableció inicialmente como trimestral, pasando con posterioridad a ser semestral. El responsable de la recogida de datos fue el encargado del botiquín, comprobando la existencia real de lo que se especificó para este indicador.

Los fallos detectados se agruparon en cinco categorías, que fueron:

- 1.- Ubicación incorrecta.
- 2.- Menor cantidad de la especificada.
- 3.- Ausencia de fármacos o material.
- 4.- Resolución de los problemas detectados y anotados en el libro de incidencias.
- 5.- Material defectuoso o caducado.

En las tres evaluaciones realizadas se ha encontrado alguna deficiencia. La primera evaluación se realizó el día 4 de junio de 1992, la segunda el 27 de octubre del mismo año y luego el día 4 de abril de 1993. Los resultados obtenidos fueron los siguientes (Tabla 13):

	Jun/1992	Oct/1992	Abril 1993
1	Reflectómetro	----	----
	Tiras reactivas	----	----
	Pilas	----	----
	Lubricante urológico	----	----
2	Atropina	----	----
	N-butilbromuro de hioscina	----	----
	Diacepán	----	----
	Dipirona Sódica	----	----
	Seda Quirúrgica (3/0 y 4/0)	----	----
3	Alprazolán	----	Dipirona só- dica.
	Manitol sol (MS)	(MS)	(MS)
	Sonda nasogástrica(SNG)	(SNG)	(SNG)
4	Sonda nasogástrica	(SNG)	(SNG)
5	Tiras reactivas orina	----	----

Tabla nº 15

Aunque en todas las evaluaciones realizadas hemos encontrado algún deficit con respecto a lo que inicialmente habíamos establecido como necesario para tener un área de urgencias adecuadamente dotada, vemos que cualitativamente ha existido una mejora de la calidad del botiquín.

**INDICADOR N° 28: EXISTENCIA DE UN DIAGNOSTICO DE
SALUD EN LA ZONA Y SU PERIODICA ACTUALIZACION.
(CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD Y TEJINA)**

No se ha llevado a cabo.

Discusión

**INDICADOR 1: NIÑOS SUSCEPTIBLES DE VACUNACION Y
CORRECTAMENTE VACUNADOS ATENDIDOS EN EL EAP.
(Barrio Salud y Tejina)**

En cuanto al indicador n°1, los resultados obtenidos en el Centro de Salud de Barrio de la Salud, sobre el porcentaje de cobertura vacunal, están muy por debajo del estándar establecido, por lo que se debe seguir insistiendo en la importancia de conseguir superar el estándar establecido, ya que es difícil aceptar un nivel de vacunación en la población infantil inferior al estándar⁸⁴, sobre todo si pensamos que nos referimos a un Centro que lleva más de cinco años de funcionamiento. Hay que buscar la manera de concienciar al EAP de la importancia de realizar correctamente un aspecto de la atención tan importante como son las inmunizaciones en la infancia.

En el caso de que nuevas mediciones no detecten una clara mejoría, la actividad del Equipo en su área pediátrica debería ser auditada.

En cuanto a la posibilidad de establecer subcategorías o subpoblaciones de pacientes para analizar los resultados del indicador, no hemos encontrado diferencias en el cumplimiento del calendario entre sexo o edades, aunque parece que los menores de 15 meses son los que tienen más riesgo de estar incorrectamente vacunados. Probablemente, esto se debe a que es en ese período cuando se ponen la mayor parte de las vacunas, y los límites de tiempo fijados para las categorías de la variable edad se ven desbordados fácilmente en los menores de quince meses apenas se retrase el cumplimiento del calendario vacunal. Todo ello se aprecia en el análisis de correspondencia múltiple (fig.1) donde la dimensión 2 discrimina bien entre niños correctamente vacunados y niños incorrectamente vacunados. El sexo no parece marcar diferencia en cuanto a los correctamente vacunados, estando niños y niñas a una distancia similar de la categoría.

En el Centro de Salud de Tejina-Tegueste, después de tres evaluaciones (tabla nº 14), observamos que la calidad de la atención prestada en el área de las inmunizaciones infantiles, conforme al calendario vacunal, es muy alta.

1 julio de 1992	31 diciembre 1992	31 diciembre 1993
96%	100%	100%

Tabla n° 14.

Es prácticamente imposible mejorar los resultados puesto que la cobertura alcanzada es casi total. Estamos ante un indicador que, en adelante, sólo necesita monitorización anual, recogiendo un pequeño número de historias clínicas (por ejemplo 30) y manteniendo como umbral de alarma el propio estándar decidido inicialmente (85%). Podríamos plantearnos la conveniencia de elevar este estándar pero, dado el conocimiento que existe acerca de la suficiencia de una tasa de vacunación^{es} del 80% como impedimento para las epidemias, optamos por mantenerlo inalterado.

Se trata de un indicador que refleja, ante todo, la calidad de la práctica pediátrica en el EAP y, en orden decreciente, la práctica del conjunto de las UAF y la labor de otros miembros del EAP. Estos dos últimos aspectos quedan reflejados en el indicador en la medida en que una buena calidad de su práctica permitirá a los médicos de familia, al personal de enfermería y

a los trabajadores sociales, detectar algún niño que no ha sido captado por las UAP para el correcto cumplimiento del calendario vacunal⁸⁶.

Indirectamente existe otro componente que queda reflejado por este indicador, cual es la calidad de la atención pediátrica en el conjunto del Servicio Nacional de Salud. Esto es así en la medida en que la vacunación del 50% de la población infantil descansa en los EAP y, particularmente, en sus UAP.

Cabría en otros EAP la posibilidad de establecer subcategorías para grupos étnicos diferentes o de nivel socio-económico dispar cuando coexistan en la misma Zona Básica de Salud (ZBS). Ello podría detectar alguna subpoblación en la que la calidad de la atención no fuese buena.

Obviamente, existen factores externos a los profesionales cuya influencia condiciona la calidad de la atención prestada. Se trata del nivel cultural de los padres, su nivel socio-económico, el grado de escolarización de la zona, las creencias religiosas, etc.

En cuanto a posibles caídas por debajo del umbral de alarma, una vez descartados los factores subyacentes ya citados, sólo podría ser originada por la falta de motivación de los profesionales o bien, excepcionalmente, a graves problemas de suministro del material necesario para las inmunizaciones.

INDICADOR 2: REGISTRO DE LOS ANTECEDENTES PERINATALES EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL EAP. (CENTRO DE SALUD DE TEJINA-TEGUESTE)

La evolución, después de analizar los resultados de las evaluaciones realizadas, ha sido favorable, pues se ha alcanzado el estándar (Tabla 15) pese a que únicamente se ha llevado a cabo una evaluación después de la puesta en marcha del programa.

1 julio 1991	31 diciembre 1992
87%	85%

Tabla n° 15

La mejora en el registro de los antecedentes perinatales en los niños es muy importante de cara a mejorar la atención prestada en los primeros años de la vida, en los que básicamente la asistencia médica depende de la UAP. Por lo tanto, tener ya inicialmente unos porcentajes tan elevados es un factor positivo sobre la atención prestada, aunque no se debe bajar la guardia y hay que continuar monitorizando este aspecto tan

importante de la atención. Pensamos que los cambios en las personas encargadas de coordinar el programa han hecho que no se haya vuelto a efectuar ninguna evaluación .

En las dos evaluaciones realizadas se ha llegado al estándar inicialmente establecido. Así pues, este indicador podemos utilizarlo para valorar posibles descensos por debajo del umbral que nos harían ponernos alerta sobre las circunstancias que lo ocasionan.

Aunque inicialmente fijamos una periodicidad semestral para la recogida de datos, alargamos este plazo tras la primera evaluación toda vez que se superaba el estándar y éste es un indicador de variación lenta.

Factores subyacentes como la banalidad de los problemas asistidos, un nivel cultural bajo que dificultara la obtención de los antecedentes, una escasa motivación de los profesionales para el registro de los datos o una excesiva demanda de asistencia, han sido factores que han influido en que, pese a lograr una alta calidad en el campo que monitoriza este indicador, no se hayan realizado todas las evaluaciones marcadas inicialmente.

INDICADOR N° 3: REGISTRO EN LA HISTORIA DE LA PRESENCIA O AUSENCIA DE METRORRAGIAS EN MUJERES POST-MENOPAUSICAS. (CENTRO DE SALUD DE TEJINA-TEGUESTE)

El que un indicador no consiga ponerse en marcha, estando en un EAP que lo juzgó conveniente, merece un análisis de los factores que puedan motivar esto.

Puede ocurrir que, la mayoría de las veces, estemos ante un problema organizativo como, por ejemplo, que la comisión interna de garantía de calidad no encuentre un revisor voluntario de las historias. Pero puede existir también algún tipo de resistencia oculta ante un indicador que mide la práctica de una actividad preventiva (Cribaje de Cáncer endometrial) para la que a menudo existe la conciencia de no estar realizando una buena labor.

Casos como éste, frecuentes en la práctica de la garantía de calidad, ponen de manifiesto la necesidad de que la misma cuente con el suficiente respaldo institucional.

INDICADOR N° 4: EMBARAZADAS QUE SE CONTROLAN EN EL PRIMER TRIMESTRE SOBRE TODAS LAS INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE GESTACION.

Este indicador refleja, cuando se alcanza el estándar, una alta calidad en la atención a las gestantes. La importancia de un control precoz de las mismas está hoy fuera de toda duda e incluso apreciándose cada vez más ante las nuevas técnicas de diagnóstico precoz para diversas anomalías fetales⁸⁷.

Sus resultados no dependen sólo de la práctica del EAP, sino de la propia gestante. Esto no impide que una gran accesibilidad a la atención y una motivada captación de casos mejore la calidad. Así ha sido en el caso del Centro de Salud de Tejina-Tegueste. Condicionados por el protagonismo de cada embarazada, los resultados son inferiores a los obtenidos en otros indicadores de atención obstétrica del mismo equipo. No obstante, cabe señalar un mejor cumplimiento de los diversos aspectos monitorizados que dependen de las matronas frente al único parámetro que depende de los médicos (exploración física). Esto refleja, indudablemente, la mayor motivación de un personal dedicado específicamente a esta tarea.

En cualquier caso, las sucesivas mediciones y correcciones han llevado a una mejoría evidente en todos los puntos evaluados hasta aproximarse, al fin, al estándar. Al analizar la evolución de los resultados, encontramos una mejoría franca de la atención prestada a las gestantes pasando como hemos señalado del 20% en la primera evaluación al 26,6% en la segunda, alcanzándose el 66,6% en la tercera evaluación.

El análisis de correspondencias nos permite (fig 4) sintetizar en dos nuevas dimensiones.

Podemos decir que la dimensión 1 discrimina entre las variables peso/no peso, talla/no talla, solicitud de ecografía/ausencia de solicitud de ecografía, solicitud de analítica/ausencia de solicitud de analítica, todas ellas concentradas en los puntos múltiples 1 y 2. Mientras la dimensión 2 discrimina entre la actividad de la UAF 2 y las UAF 1, 3 y 4. Y también distingue la existencia de observaciones o no.

Al introducir la variable fecha se modifica el análisis de correspondencia múltiple y apreciamos la mejoría de la UAF 4, en tanto que la UAF 2 mantiene los altos niveles alcanzados, con independencia de la fecha (fig 26).

Este modelo queda como sigue:

Relación de variables:

Talla

Peso

TA

Solicitud de ecografía

Solicitud de analítica

Exploración física

Observación

UAF que desarrolló la actividad

Fecha .

Reteniendo dos dimensiones:

DIMENSION	VALORES PROPIOS
1	0,5546
2	0,1549

Las coordenadas de cada variable en las dos dimensiones retenidas quedan como sigue:

VARIABLE: TALLA

Categoría	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 anota talla	0,68	0,03
2 no anota talla	-1,29	-0,07

VARIABLE: PESO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 anota peso	0,64	0,00
2 no anota peso	-1,49	-0,03

VARIABLE: TA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 TA	0,59	-0,01
2 no anota TA	-1,54	-0,01

VARIABLE: SOLICITUD ECOGRAFIA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Sol. ecografía	0,71	0,02
2 Sin sol. ecograf.	-1,23	-0,05

VARIABLE: SOLICITUD DE ANALITICA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Sol. de analítica	0,64	-0,02
2 Sin sol. analítica	-1,35	0,02

VARIABLE: EXPLORACION FISICA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Expl. física	0,62	-0,30
2 Sin expl. física	-0,56	0,27

VARIABLE: OBSERVACIONES

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1 Observación	0,76	1,16
2 Sin observaciones	-0,14	-0,24

VARIABLE: UAF

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1	0,17	-0,24
2	-0,20	0,88
3	-0,38	-1,54
4	0,09	0,54

VARIABLE: FECHA

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1ª evaluación	-0,29	-0,03
2ª evaluación	-0,05	0,94
3ª evaluación	0,33	-0,92

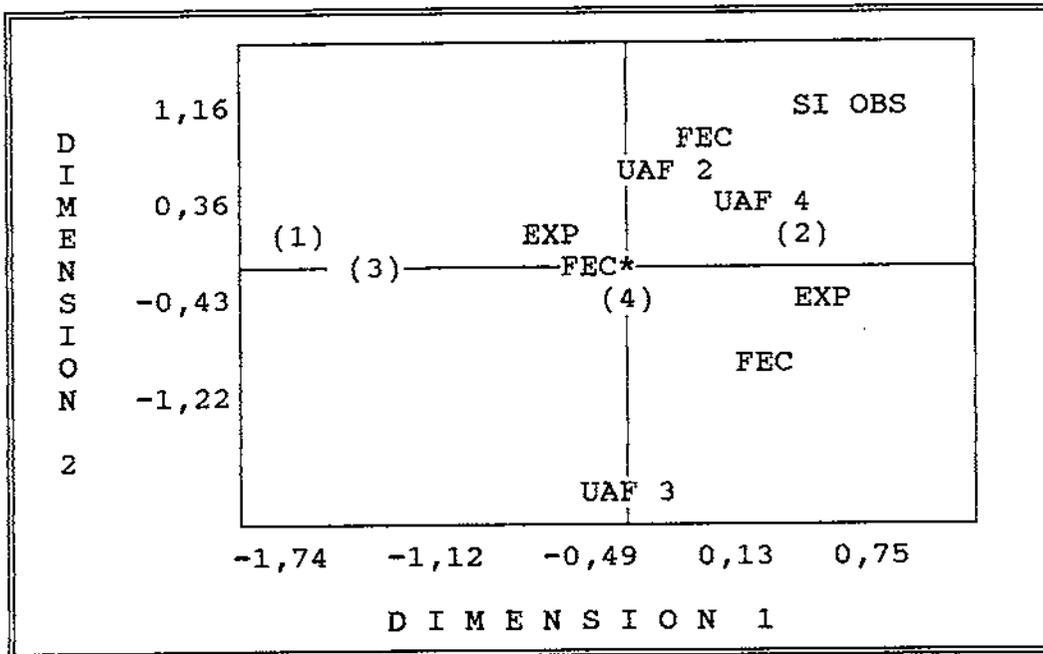


Fig: 26

(1) PUNTO MULTIPLE INCLUYE:

No haber solicitado la analítica, no existir anotación de la TA, ni del peso.

(2) PUNTO MULTIPLE INCLUYE:

Si existe anotación de la talla, anotación de la solicitud de ecografía, de analítica, del peso, y de la TA.

(3) PUNTO MULTIPLE INCLUYE:

No existir constancia de la solicitud de ecografía, ni de la talla.

(4) PUNTO MULTIPLE INCLUYE:

Inexistencia de observación y la UAF 1.

Podemos decir que la dimensión 1 discrimina solicitud de analítica/sin anotación de solicitud de analítica, TA/sin anotación de la TA, peso/sin anotación del peso, talla/sin anotación de la talla. La dimensión 2 discrimina las fechas además de las UAF y observación/no observación. En la segunda evaluación la UAF 4 mejora claramente los resultados en tanto que la UAF 3 parece la menos receptiva a las medidas correctoras.

La evolución globalmente es muy buena⁸⁸, ya que, aunque no se alcanza el estándar establecido en ninguna evaluación, si analizamos todas las variables por separado observamos que, tal como se refleja en la tabla n° 16, la evolución es muy satisfactoria.

	1º eval.	2ª eval.	3ªeval.
Talla antes 12 semana	50%	63,3%	80%
Peso	63,3%	63,3%	80%
T.A.	66,6%	66,6%	80%
Sol. ecografía	50%	60%	76,6%
Sol. analítica	63,3%	60%	76,6%
Expl. Física	40%	30%	73,3%

Tabla nº 16

La exploración física, que es el dato que menos se cumple en la primera evaluación, es a su vez, el que más aumenta posteriormente, llegando a superar el estándar establecido. Así pues creemos que la mejoría es evidente y que con toda probabilidad esta tendencia continuará en las siguientes evaluaciones.

**INDICADOR N°5: MUJERES GESTANTES MENORES DE 18
AÑOS O MAYORES DE 40 QUE PERTENEZCAN AL E.A.P.
(CENTRO DE SALUD DE TEJINA-TEGUESTE)**

Este indicador, en las dos evaluaciones realizadas, ha alcanzado el estándar inicialmente establecido. De todas maneras, las posibilidades de mejorar a corto plazo los resultados son escasas, pues la educación a los adolescentes, que sería una parte importante y factible de las medidas correctoras a aplicar, no se ha puesto en práctica. En el caso de los embarazos en edades límites de la vida fértil, las medidas correctoras serían de más difícil aplicación pues no se cuenta con el ámbito escolar como en el caso de los adolescentes.

Lo factible para este grupo es continuar dando consejos a las mujeres que acuden a la consulta de su médico, enfermero, matrona o pediatra para continuar mejorando este aspecto de la atención. Este indicador es un fiel reflejo de la realidad de la zona, ya que, al tratarse de un Centro rural, atiende a la práctica totalidad de las embarazadas. Factores subyacentes como pueden ser las condiciones laborales o culturales de la zona pueden modificar en un momento determinado los resultados obtenidos y ser una llamada de

atención de que algo está pasando en la población. La mejora del indicador no precisa únicamente actividades desarrolladas en el Centro, sino también actividades de prevención y promoción de la salud en las escuelas y la colaboración con instituciones para poner en marcha campañas divulgativas. Las mejoras esperables son de pequeña magnitud y se producirán de forma lentamente progresiva.

**INDICADOR N°6: CORRECTA CUMPLIMENTACION DE DATOS
EN LA HISTORIA SEGUN EL PROTOCOLO DE ATENCION A
LA GESTANTE. (TEJINA-TEGUESTE)**

Este indicador, ya en la primera evaluación, alcanzó el estándar inicialmente establecido, mejorando considerablemente después de la aplicación de medidas correctoras y que todos los profesionales sanitarios encargados de la atención a la embarazada hicieran especial énfasis en cumplir el protocolo de atención a las gestantes.

La exploración física, aún siendo la actividad que se ha realizado en un menor porcentaje de casos, ha mejorado considerablemente después de las tres evaluaciones realizadas, estando ya las cifras cercanas al 100%, lo que nos debe servir para espaciar más la periodicidad de la recogida de datos, realizándola anualmente, y utilizar el estándar marcado inicialmente como umbral de alarma en caso de que se dé un descenso importante de los porcentajes.

Global y parcialmente, la mejoría ha sido muy importante desde la puesta en marcha del programa en todos los profesionales implicados en la atención de la gestante. Factores subyacentes

como son el nivel socio-cultural, aumento del número de embarazos no deseados o desmotivación de los integrantes del EAP, podrían ser causas hicieran disminuir las actuales tasas de cumplimiento del protocolo en las gestantes. Es importante seguir monitorizando este aspecto por si se producen descensos del nivel de calidad alcanzado actualmente.

En la figura nº 9 apreciamos gráficamente cómo el análisis de correspondencia múltiple nos crea la dimensión 1, que nos permite apreciar diferencias para la variable registro de talla; y la dimensión 2, que discrimina muy bien las dos categorías de la variable cumplimiento y discrimina aceptablemente las dos categorías de la variable exploración física. Si trazamos una bisectriz en el gráfico nº 9 apreciamos que en la mitad superior quedan las categorías no deseables de las variables registro de talla, cumplimiento y exploración. Afortunadamente podemos mostrar que las 3 UAF evaluadas se sitúan en la mitad inferior, que corresponde a la mejor calidad.

INDICADOR N°7: PACIENTES DIABETICOS EN SEGUIMIENTO EN EL CENTRO QUE TENGAN Hb A1 MENOR AL 8% EN TRES DETERMINACIONES ANUALES. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)

De este indicador no tenemos ninguna evaluación pues, pese a la elección del mismo por parte de los miembros del EAP, en ningún momento se ha llegado a realizar ni tan siquiera la recogida de los datos. Creemos que esto es un dato de alarma sobre el funcionamiento del EAP, ya que no se ha realizado el seguimiento de un aspecto previamente elegido. La causa principal, en nuestro análisis, ha sido la constante modificación de la plantilla con lo que la persona que asumió la responsabilidad del programa cambió dos veces en un breve espacio de tiempo, no llegando a ponerlo en práctica. Como este cambio se acompañó de otros en distintos estamentos, se produjo la desestructuración del EAP y no se retomó nuevamente este tema de gran importancia para garantizar un nivel de calidad deseable.

INDICADOR N°8: PACIENTES DIABETICOS EN SEGUIMIENTO EN EL CENTRO QUE TENGAN REALIZADO UN FONDO DE OJO ANUAL. (CENTRO DE SALUD DE TACO)

Este indicador seleccionado por los miembros del EAP, no llegó a evaluarse a pesar de la importancia del mismo⁸⁹ ⁹⁰. Tras varias entrevistas con los mismos hemos llegado a la conclusión de que implícitamente los integrantes del EAP consideraban que los actuales niveles de cumplimiento eran muy inferiores a los establecidos en el estándar. Este sentimiento ha dado origen a una resistencia a la evaluación, considerando que al postponer la misma se está dando tiempo a mejorar el rendimiento del EAP al respecto. Esto equivale a una curiosa forma de implantar medidas correctoras "a priori", basada en la simple impresión que los profesionales tienen de su propia práctica, pero no fundamentada en dato alguno.

**INDICADOR N°9: PACIENTES HIPERTENSOS CONTROLADOS
EN EL CENTRO QUE TENGAN TRES O MAS
DETERMINACIONES DE LA TENSION ARTERIAL ANUALES.
(CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)**

De este indicador no tenemos ninguna evaluación pese a la elección del mismo por parte de los miembros del EAP. Creemos que esto es un dato de alarma sobre el funcionamiento del EAP, ya que no se ha realizado el seguimiento de un aspecto previamente elegido. La causa principal de que no se haya realizado ninguna determinación, al igual que en el indicador n° 7, la encontramos, como ya hemos dicho, en la constante variación del personal del Equipo y, sobre todo, en el cese temporal del responsable del programa de Garantía de Calidad del centro, que era el motor del mismo.

Este cambio se acompañó de otros en distintos estamentos que favorecieron la desestructuración del EAP, impidiendo la realización normal de las actividades de Garantía de Calidad en el momento que probablemente eran más necesarias.

INDICADOR N° 10: REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA
DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA EN VISITA
DOMICILIARIA. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA
SALUD)

Analizando el gráfico n° 14 parece que el personal de enfermería anota la fecha con más asiduidad. Esta diferencia, no obstante, es pequeña, y puede deberse principalmente al mayor número de visitas a domicilio que realiza el personal de enfermería, lo cual hace que el anotar las actividades que se realizan en el domicilio forme parte de su rutina diaria.

Resulta coherente que sea el personal de enfermería quien más visitas efectúe en el domicilio a los pacientes de edad igual o superior a 79 años, ya que de ellos una gran proporción padece enfermedades crónicas⁹¹, confinamiento y patologías asociadas a su escasa movilidad, por lo que la atención prestada por el personal de enfermería es fundamental.

En el gráfico n° 14 apreciamos que la dimensión 2 nos permite discriminar por sexo y fecha con bastante facilidad. La dimensión 1 nos discrimina bien la variable edad. Vemos que la categoría no deseada de la variable fecha se encuentra muy alejada del origen de coordenadas.

Factores de la propia organización⁹², como inexistencia de libro de registro, sobrecarga burocrática, difícil acceso a las historias clínicas, ausencia de un responsable de la recepción de llamadas u otros factores subyacentes pueden hacer que este indicador no alcance el estándar deseable.

Este indicador, que únicamente se ha recogido en una ocasión, está, como hemos visto en los resultados, muy por debajo del estándar deseado, tal vez porque los aspectos burocráticos se consideran de menor importancia y se dejan para el final, siendo más fácil que no se realicen. La aplicación de medidas correctoras y posteriores evaluaciones parecen imprescindibles para garantizar la calidad de la atención en el ámbito de la atención en el domicilio.

INDICADOR N° 11: EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS CON FACIL IDENTIFICACION DE LOS CASOS HISTORIADOS. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)

De este indicador, que fue seleccionado por los miembros del EAP, no llegó a realizarse ninguna evaluación. Su utilidad para el equipo sería grande, pues nos ofrecería una visión de los pacientes crónicos que atendemos y nos permitiría evaluar las actividades programadas en estos pacientes con facilidad ⁹³.

Creemos que factores como son problemas de índole administrativo, falta de material, insuficiente asesoramiento y excesiva demanda asistencial, pueden detectarse con este indicador y ser una señal de alarma. El hecho de que no se haya realizado ni una sola evaluación lo atribuimos al constante cambio de personal del EAP que ha hecho que en ningún momento se nombrara un responsable de recoger los datos y efectuar la evaluación.

**INDICADOR N° 12: HORAS DE FORMACION CONTINUADA
IMPARTIDAS POR CADA PROFESIONAL SANITARIO DEL
EAP, SOBRE HORAS DOCENTES. (CENTRO DE SALUD DEL
BARRIO DE LA SALUD Y TEJINA-TEGUESTE)**

Este indicador únicamente se ha evaluado en una ocasión, siendo los resultados del mismo muy desfavorables ya que, tratándose de dos Centros docentes, es difícil aceptar que no se cumpla este indicador en ninguno de los dos Equipos. No se han aplicado medidas correctoras, ni se han realizado evaluaciones posteriores.

La formación continuada, que debe ser un pilar básico en la Atención Primaria, es un buen indicador de aspectos como la motivación del personal, condiciones laborales, incentivación por parte de los miembros del EAP y de la administración. En ocasiones, esta formación recae en profesionales ajenos a los propios Equipos, alejando de la actualización sistemática y de la docencia al personal sanitario de Atención Primaria. Creemos que la propia administración debe favorecer iniciativas tendentes a aumentar la formación continuada impartida por los profesionales de los EAP, pues es la mejor manera de garantizar la actualización y puesta el día de los mismos.

El hecho de que sólo se haya efectuado una evaluación se puede atribuir, en el caso del Centro de Salud de Tejina-Tegueste, al cambio de lugar de trabajo del responsable de docencia, con la consiguiente inestabilidad que ello comporta, que posteriormente dejó de realizar dicha función nombrándose a otro miembro del EAP para desempeñarla.

En el caso del Centro de Salud de Barrio de la Salud, se ha producido desde la implantación del programa hasta nuestro días un movimiento continuo de personal de todos los estamentos que ha impedido desarrollar muchas de las actividades que se estaban llevando a cabo.

INDICADOR N° 13: HORAS DE FORMACION CONTINUADA
RECIBIDAS EN EL EAP, SOBRE HORAS LABORALES.
(CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD Y TEJINA-
TEGUESTE)

Este indicador, al igual que el anterior, únicamente se ha evaluado en una ocasión. Los resultados son también muy desfavorables ya que, tratándose de dos Centros Docentes, es difícil aceptar que no se cumpla este indicador en ninguno de los dos EAP. No se han aplicado medidas correctoras para mejorarlos, ni se han realizado evaluaciones posteriores.

Habría que analizar qué componente ha sido el que más ha influido en que los niveles del indicador sean tan bajos (baja motivación para la formación, falta de incentivación interna y externa, cambios constantes en el personal etc..). La formación continuada forma parte de la propia filosofía de la Atención Primaria, por lo que tener unos niveles tan bajos nos debe hacer recapacitar sobre qué factores pueden haber ocasionado esta situación para poder aplicar las medidas correctoras adecuadas.

En el caso del Centro de Salud de Tejina-Tegueste, esto puede explicarse por el cambio de lugar de trabajo del responsable de docencia, que posteriormente dejó de realizar dicha función, nombrándose a otro miembro del EAP para desempeñarla.

En el Centro de Salud de Barrio de la Salud, se ha producido desde la implantación del programa hasta nuestro días un movimiento continuo de personal de todos los estamentos que ha impedido desarrollar muchas de las actividades que se estaban llevando a cabo, y que ha disminuido las actividades de equipo realizadas en el Centro.

INDICADOR N° 14: EXISTENCIA DE ALGUN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (EDO) CORRECTAMENTE CONFECCIONADO. (CENTRO DE SALUD DE TEJINA-TEGUESTE)

De este indicador no se ha realizado ninguna evaluación, pese a la importancia por todos reconocida de que exista un correcto registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria, y la creencia generalizada de que se registra mayoritariamente de forma incorrecta.

Pensamos que el principal motivo por el que no se ha logrado es la dificultad de contrastar los tres registros (EDO semanales, hojas de registro diario y hoja de atención continuada) por parte del responsable de las EDO. Este realiza su trabajo en un centro periférico, donde no dispone de todos los registros del EAP, debiendo trasladarse para la recogida de los datos, además de quedar de acuerdo con el personal administrativo para disponer de los datos necesarios. Hay que arbitrar la fórmula para poder comparar los resultados con la menor sobrecarga posible para los profesionales, pues esto facilitaría en gran medida la puesta en

marcha del indicador y, como consecuencia, la detección de posibles fallos para darles las soluciones adecuadas.

**INDICADOR N° 15: REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA
DE LAS DEFUNCIONES EN PACIENTES ASISTIDOS POR EL
EAP. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)**

Este indicador elegido por los integrantes del EAP no ha sido monitorizado. Tal vez la excesiva carga asistencial ha sido la responsable de que, aún siguiendo al enfermo, no se anote el fallecimiento en la historia. Creemos también que ha influido igual que en otros indicadores el hecho de que no se haya nombrado un responsable de recoger los datos del indicador y realizar su evaluación. Esto, puede estar influido por el constante cambio de la plantilla y la inestabilidad que ello comporta.

**INDICADOR N° 16: TIEMPO DEDICADO A CADA PACIENTE
EN CONSULTA MEDICA A DEMANDA. (CENTRO DE SALUD
DEL BARRIO DE LA SALUD)**

Este indicador mide básicamente la presión asistencial a la que están sometidos los profesionales sanitarios y nos permite, con los resultados, organizar más racionalmente las consultas. Sin embargo no se ha realizado ni una sola evaluación del mismo. Pensamos que factores de tipo administrativo y el constante cambio del personal han favorecido que no se haya recogido ningún dato a pesar de ser un indicador que podría ser de gran utilidad para mejorar la organización interna y demostrar, con cifras reales, la situación de la demanda en el Centro.

**INDICADOR N° 17: PACIENTES CITADOS (CITA PREVIA)
CON HISTORIA CLINICA AL EMPEZAR LA CONSULTA.
(CENTRO DE SALUD DE TACO)**

Este indicador en la tercera evaluación realizada tuvo un porcentaje inferior que en las dos evaluaciones previas. Pensamos que esto se debió a que entre la primera y la segunda evaluación se amortizaron dos plazas del antiguo sistema ambulatorio, pasando la totalidad de sus pacientes a los miembros del EAP, con lo que la cantidad de pacientes que acudían a la consulta fue muy superior. Y, pese a esta circunstancia adversa para el correcto funcionamiento del Equipo, en la segunda evaluación los resultados obtenidos superaron al estándar establecido, quedando un poco por debajo del estándar fijado en la tercera evaluación.

En contra de lo que parecía derivarse de los datos crudos, la mejora de la calidad es grande pues, aún teniendo en cuenta la incorporación de varios miles de personas al EAP, casi se mantiene el porcentaje de pacientes con historia clínica al inicio de la consulta. Esto hace suponer que, de continuar con este ritmo, en poco tiempo se conseguirá que prácticamente todo paciente que

acude en dos o más ocasiones al Centro en un año tenga historia clínica, suponiendo una importante mejora en la calidad de la atención prestada, pues garantiza en gran manera la posibilidad del seguimiento dentro del EAP.

INDICADOR N° 18: EXISTENCIA EN LA HISTORIA CLINICA DE LA HOJA DE LISTADO DE PROBLEMAS ACTUALIZADA. (CENTRO DE SALUD DE TACO)

La evolución de este indicador ha sido muy buena después de aplicar como medidas correctoras la presentación de los resultados al EAP y concienciar a los integrantes del mismo para que recogieran los datos⁹⁴ de las enfermedades crónicas en la hoja de problemas fundamentales, tal como se recoge en la tabla 17.

15/03/93	15/06/93	30/09/93
58%	87%	100%

Tabla 17

Este indicador ha mejorado considerablemente en la segunda y tercera evaluación, a pesar de que entre la primera y la segunda evaluación se amortizaron dos plazas del antiguo sistema ambulatorio, pasando la totalidad de sus pacientes a los miembros del EAP, con lo que la cantidad de pacientes que acudían a la consulta fue muy superior; y el porcentaje de los mismos con historia y hoja de problemas fundamentales en la misma disminuyó. Esto supuso durante unos meses una sobrecarga adicional al trabajo

cotidiano pese a lo cual los resultados obtenidos son muy satisfactorios, superando ampliamente, ya, en la segunda evaluación el estándar establecido.

Factores subyacentes como la desmotivación del personal médico y de enfermería o insuficiente material administrativo podrían hacer que este indicador cayese por debajo de estándar establecido. Creemos que ahora este indicador sólo debe monitorizarse anualmente y lo utilizaremos para detectar nuevos problemas en el sistema de registro⁹⁵ ⁹⁶ en la historia clínica.

INDICADOR N° 19 : REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA
DEL PESO Y LA TALLA CON SUCESIVOS CONTROLES DE
PESO CADA CUATRO AÑOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN
EL EAP. (CENTRO DE SALUD DE TACO)

La importancia de registrar los factores de riesgo cardiovascular es bien conocida, de ahí el interés de que se cumplimente adecuadamente esta faceta de la atención⁹⁷. Este indicador, que fue seleccionado por los miembros del EAP, sin embargo, no ha llegado a evaluarse en ninguna ocasión. Creemos que ha sido como consecuencia de la sobrecarga asistencial y de la dificultad de localizar en distintos lugares de la historia clínica este aspecto, lo cual hace compleja la recogida de datos. Pensamos que se debe buscar la manera de realizar las revisiones de la manera más sencilla posible.

INDICADOR N° 20: PACIENTES CON CORRECTO REGISTRO EN LA HISTORIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL. (CENTRO DE TACO)

La evolución de este indicador después de haber realizado tres evaluaciones fue la siguiente (tabla n°18):

15/03/93	15/06/93	30/09/93
87%	79%	90%

Tabla n° 18

Al realizar el análisis de los resultados creemos que el descenso en la segunda evaluación se debió, al igual que en otros indicadores, a la amortización de dos plazas de medicina general en el EAP, con una rápida recuperación y mejora en la tercera evaluación , siempre por encima del estándar. Esto nos debe hacer pensar en la posibilidad de aumentar dicho estándar y espaciar en el tiempo las evaluaciones que nos servirían como señal de alarma⁹⁸ en caso de que las cifras descendieran por debajo del estándar actual que, a partir de ahora, vamos a considerar como umbral de alarma.

INDICADOR N° 21: PACIENTES CON CORRECTO REGISTRO
EN LA HISTORIA CLINICA DEL HABITO TABAQUICO.

En las tres evaluaciones realizadas se ha superado ampliamente el estándar inicialmente adoptado. Otros registros en las historias contemplados en otros indicadores como, por ejemplo, los antecedentes alérgicos, no alcanzan niveles tan elevados en la primera evaluación. Esto puede hablarnos de la importancia que hoy se concede a determinados hábitos nocivos a la hora de la práctica médica. Aunque en la segunda evaluación hubo un descenso respecto a la primera, no se bajó del umbral de alarma. No obstante, cabe destacar que entre ambas evaluaciones en el Centro se amortizaron dos plazas de medicina general del antiguo sistema ambulatorio repartiéndose los enfermos entre los demás integrantes del EAP. La evolución de los resultados se puede apreciar en la tabla n° 19.

15/03/93	15/06/93	30/09/93
87%	79%	93,18%

Tabla n° 19

Es fiel reflejo de un problema frecuente en los EAP que condiciona en gran manera la calidad de los mismos: la inestabilidad de la plantilla. Mientras en el campo hospitalario es frecuente que entre el 85 y 100% de la plantilla de profesionales tengan estabilidad en su puesto de trabajo, esto se da poco en nuestra actual APS. Esta gran inestabilidad altera con frecuencia la composición de los EAP y la calidad profesional que lleva implícita. Como en el indicador anterior atribuimos el descenso en la segunda evaluación a la reestructuración del EAP y consideramos que los resultados obtenidos son muy buenos, superando ampliamente el nivel inicialmente propuesto, por lo que también hay que valorar la posibilidad de modificar el estándar y ampliar el periodo entre las evaluaciones, utilizando como umbral de alarma el estándar inicialmente establecido.

INDICADOR N° 22: PACIENTES CON CORRECTO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA EXISTENCIA DE ALERGIAS.

La evolución de este indicador desde la puesta en marcha del Programa ha sido muy favorable, tal como vemos en la tabla n° 20.

15/03/93	15/06/93	30/09/93
56%	75%	95,45%

Tabla n° 20

A pesar de la sobrecarga asistencial que se ha sufrido como consecuencia de la incorporación de dos cupos al EAP, este indicador, ya en la segunda evaluación, superó el estándar y se ha mejorado mucho en la tercera evaluación. Al igual que en el indicador n° 20 y 21 pensamos que la periodicidad de la recogida de datos, si persisten los porcentajes actuales, pueden espaciarse y utilizar el actual estándar como umbral de alarma que nos haga analizar qué esta ocasionando el descenso (cambios de personal, exceso de demanda etc...), en caso de producirse, y qué medidas correctoras podemos aplicar para recuperar los niveles actualmente alcanzados.

INDICADOR N° 23: REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE TODO PACIENTE, DE AL MENOS UNA DETERMINACION DE LA TENSION ARTERIAL Y SUCEIVAS TOMAS SEGUN EL PROTOCOLO DE HTA DEL EAP. (CENTRO DE SALUD DE TACO)

La evolución del indicador desde la puesta en marcha del Programa ha sido muy favorable, tal como se demuestra en la tabla n° 21.

15/03/93	15/06/93	30/09/93
67%	72%	95,45%

Tabla n° 21.

De igual forma que en los indicadores anteriores, a pesar de la reestructuración del Equipo y la sobrecarga que eso conlleva, la puesta en marcha del programa ha supuesto una importante mejora en la calidad de algunos aspectos que hemos considerado importantes⁹⁹ y que, por lo tanto, hemos monitorizado. Si los resultados son tan favorables en la próxima evaluación, creemos que se debe alargar el período entre las evaluaciones y utilizar el

estándar actual como umbral de alarma, que nos hará analizar qué está sucediendo si los porcentajes disminuyen por debajo del mismo.

INDICADOR N° 24: GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO CON LA ASISTENCIA RECIBIDA DEL EAP.

Este indicador, de rápida obtención a través de encuestas¹⁰⁰ ¹⁰¹, tiene dos componentes principales: la propia asistencia recibida y las expectativas previas del paciente sobre la misma. Este segundo aspecto condiciona por completo la satisfacción de los usuarios, pero queda fuera del alcance de la acción del sistema sanitario.

Quizás fuera planteable la acción de la educación sanitaria para instruir a la población sobre las propias posibilidades del sistema y de los conocimientos sanitarios. Pero esto, además de improbable en el grado de desarrollo sanitario actual, podría igualmente ser ineficaz ante la existencia de otros factores tales como la cultura de la población y los medios de comunicación.

El objeto de este indicador es, pues, el otro aspecto componente de la satisfacción, es decir, la calidad de la asistencia prestada según la evaluación del paciente¹⁰². Vemos que sólo la atención del estamento médico alcanza el estándar establecido, con un 89,3% de satisfacción que se transforma en un 92% cuando excluimos el 2,5% de abstenciones.

El estamento de enfermería queda a 20 puntos del estándar y presenta además un 26,08% de abstenciones, valor que merece especial atención. Por último, el personal administrativo, que no realiza funciones asistenciales pero que tiene un evidente protagonismo en la satisfacción final de los usuarios, obtiene un 72,17% y queda igualmente lejos del estándar.

El análisis de correspondencias múltiples, nos permite apreciar (fig n°27) cómo la dimensión 1 separa por completo al grupo de médicos que trabajan en horario de tarde del resto de sus compañeros. Puede verse cómo uno de estos tres médicos con horario vespertino se sitúa en el cuarto cuadrante, preocupantemente próximo al punto múltiple (1) que incluye la categoría "mala satisfacción".

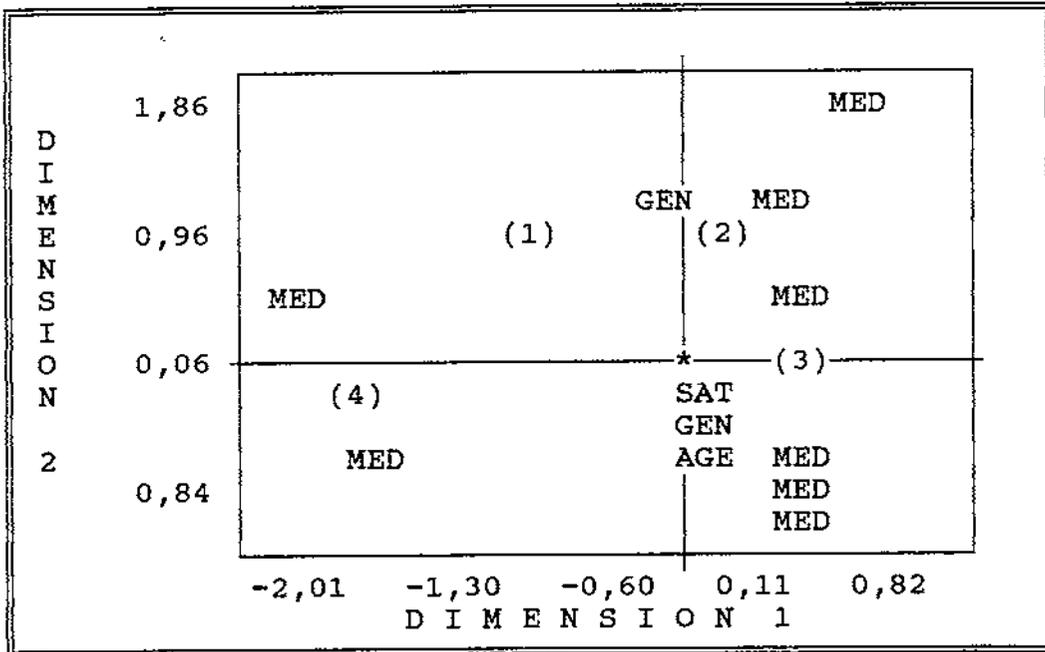


Fig nº 27

Como comentábamos anteriormente, hubo un 20% de pacientes que no contestó a la pregunta sobre satisfacción con la atención recibida de enfermería. Pues bien, cuando incluimos esta variable en el modelo de análisis de correspondencia múltiple apreciamos, en la figura nº 28, que la segunda dimensión distingue muy bien entre la baja satisfacción y la abstención de responder, situándose los casos de no respuesta junto a la alta satisfacción con el personal médico, de enfermería y administrativo.

Este dato es alentador para el planteamiento de un nivel más alto de satisfacción con la atención de enfermería que el detectado con el cuestionario.

Con las VARIABLES:

Edad del paciente

Administrativo

Genero

Horario

Trato del personal de enfermería

Satisfacción con el médico, obtuvimos los siguientes resultados:

DIMENSION	VALORES PROPIOS
1	0,2534
2	0,2196

FRECUENCIAS MARGINALES DE LAS VARIABLES CUANTIFICADAS

VARIABLE: EDAD DEL PACIENTE

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
Menor de 30 a.	-0,95	-0,87
entre 30-60 a.	0,33	0,51
mayor de 60 a.	0,57	-0,13

VARIABLE: ADMINISTRATIVO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
Correcto trato	0,39	-0,18
Incorrecto trato	-1,10	0,47

VARIABLE: GENERO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
varón	-0,64	0,02
mujer	0,31	-0,05

VARIABLE: HORARIO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
mañana	0,17	-0,15
tarde	-0,46	0,37

VARIABLE: ENFERMERIA

CATEGORIA	DIMENSION1	DIMENSION 2
Adecuado trato	0,33	-0,24
Inadecuado trato	-1,79	1,56
No contestan	-0,26	0,31

VARIABLE: SATISFACCION CON EL MEDICO

CATEGORIA	DIMENSION 1	DIMENSION 2
1	0,10	-0,07
2	-1,06	-2,57

La representación gráfica de la nube de puntos es la que se muestra en la fig nº 29.

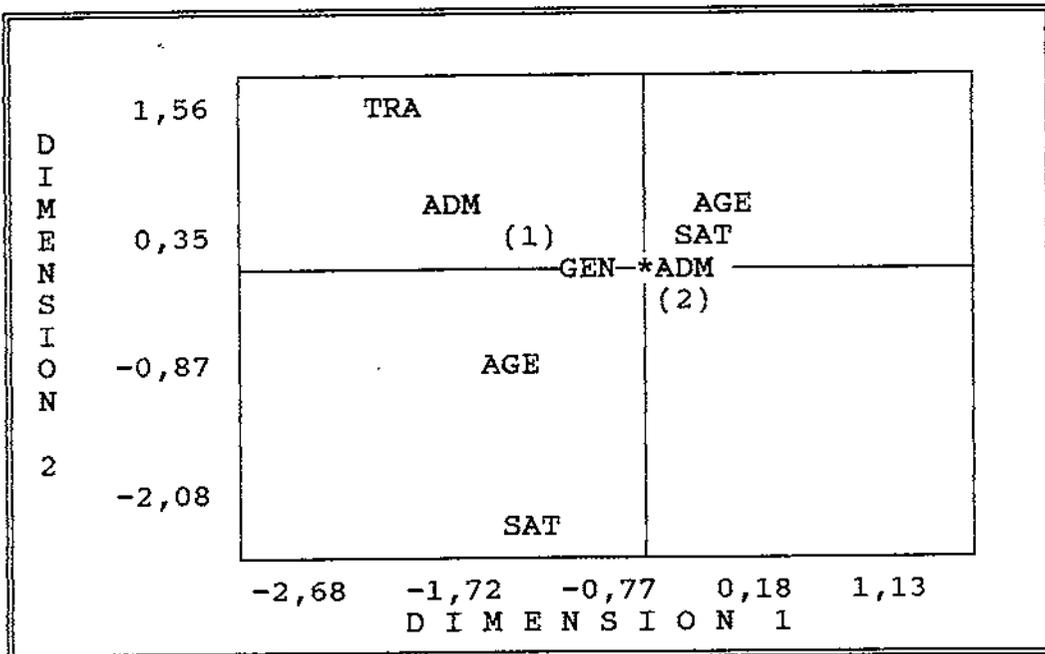


Figura nº 29

PUNTOS MULTIPLES:

(1) Horario de tarde

No contestan las preguntas de enfermería

(2) Varones

Edad mayor de 65 años

Horario de mañana

Adecuada atención del personal administrativo

Buen trato del personal de enfermería

Este indicador de satisfacción sólo se ha recogido en una ocasión. La única medida correctora ha sido la notificación a los miembros del EAP, pero no conocemos actualmente la afectividad de la misma.

En nuestra opinión, la recogida frecuente de información al respecto y la notificación individualizada de las evaluaciones deberá ser su evolución lógica.

**INDICADOR N° 25: GRADO DE CONFIANZA DE LOS
PACIENTES CON LA ATENCION RECIBIDA DEL EAP**

Con este indicador intentamos deslindar la satisfacción del paciente con la atención recibida, que ya hemos medido con el indicador número 24, de la confianza que deposita en su médico y en su enfermero. Es ésta una magnitud que descansa esencialmente en las cualidades del profesional sanitario para generarla en el paciente. La evaluación no alcanza el estándar deseado en ninguno de los dos estamentos, lo que, vistos los resultados favorables que se habían obtenido en el indicador de satisfacción, podría interpretarse como la aceptación por parte de los pacientes de unas expectativas respecto a la atención sanitaria que pueden no ir paralelas a la confianza absoluta en la misma.

El análisis de correspondencia múltiple nos permite diferenciar (figuran° 30) una mayor desconfianza entre los pacientes más jóvenes respecto a ambos estamentos, con los que comparten el tercer cuadrante. El sector de mayor edad de los pacientes es, por contra, el que más confía en el médico (cuarto cuadrante).

Este análisis nos permite, además, apreciar que la abstención en las respuestas sobre la confianza en los enfermeros no se debe a un deseo de ocultar una opinión negativa, puesto que se sitúa justamente en el punto opuesto al de baja confianza. Al contrario, la abstención comparte el cuarto cuadrante con la alta confianza en los médicos y con el grupo de los pacientes de edad más avanzada. Esto puede apuntar hacia una abstención por desconocimiento real de las funciones del personal de enfermería.

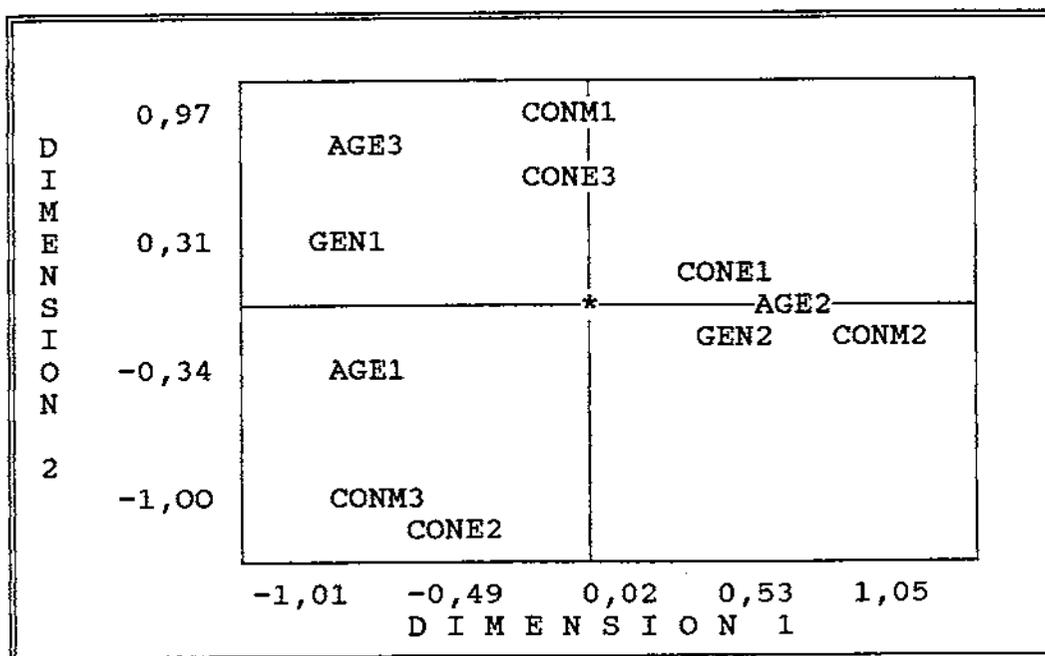


Tabla nº 30

INDICADOR N° 26: NIVEL DE BIENESTAR DE LOS INTEGRANTES DEL EAP EN SU LUGAR DE TRABAJO (CLIMA LABORAL). (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)

Este indicador no llegó a evaluarse nunca, tal vez por los constantes cambios de personal sufridos en el Equipo en los últimos tres años. A esto hay que sumar que uno de los profesionales que abandonó el Equipo gozaba de reconocido prestigio entre la plantilla y era el coordinador de las actividades de garantía de calidad en el centro, con lo que dichas actividades sufrieron un frenazo importante, sin que hayan alcanzado después de dos años su estado inicial.

Este hecho lo hemos discutido a propósito de numerosos indicadores y refleja uno de los más importantes problemas de los actuales EAP. Hay una altísima inestabilidad de sus plantillas, donde los profesionales se encuentran en situación de interinidad laboral, con continuos cambios que rompen la marcha de cuantos programas de salud se implementan.

Esta circunstancia deteriora el clima laboral favorecido por el disgusto de los miembros iniciales de cada EAP que permanecen en el mismo y se encuentran siempre recomenzando.

INDICADOR N° 27: EXISTENCIA DE BOTIQUIN DE URGENCIAS CON VADEMECUM INDISPENSABLE Y ACCESIBLE. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD)

Por tratarse de un indicador de evento centinela, tenemos que afirmar que no se ha cumplido el estándar establecido en ninguna de las tres evaluaciones realizadas. Sin embargo, si analizamos grupo por grupo los resultados comprobamos que de los cinco grupos existentes, en la primera evaluación los cinco grupos tenían defectos ya sea de localización, material ausente, escaso o caducado, y de resolución de los problemas detectados. En la segunda y tercera evaluación únicamente en dos grupos existían problemas de incumplimiento.

Por lo que realmente la atención referida al botiquín de urgencias y, por lo tanto a la atención prestada a los pacientes que acuden a urgencias, ha mejorado considerablemente. Hay que intentar conseguir que el indicador se cumpla y no se perpetúe la situación actual. Para ello se ha tomado, como medida correctora, el acuerdo de extremar el recuento del material existente por parte del responsable del botiquín, apercibiendo

al resto del EAP de la importancia de sustituir el material utilizado o darlo a conocer al responsable del mismo.

INDICADOR N° 28: EXISTENCIA DE UN DIAGNOSTICO DE SALUD EN LA ZONA Y SU PERIODICA ACTUALIZACION. (CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DE LA SALUD Y TEJINA)

Que en ninguno de los dos Centros se haya realizado ninguna evaluación, pensamos que se debe a la falta de un responsable del indicador en sí mismo. El diagnóstico de salud es un instrumento imprescindible para un EAP que intente responder con su actuación a las necesidades de salud que se detecten en la comunidad.

En ambos casos, Centro de Salud del Barrio de la Salud y de Tejina-Tegueste, se cuenta con un primer diagnóstico de salud que fue elaborado en los primeros momentos de la andadura de cada EAP. Lo que falta es una posterior actualización que muestre si se ha dado respuesta a los problemas detectados.

Conclusiones

1.- Con el grado de desarrollo actual de los EAP de la Comunidad Canaria es factible poner en práctica un programa multicéntrico de Garantía de Calidad con carácter voluntario y con posibilidad de evolucionar hacia la monitorización de la calidad.

2.- La implementación de este programa mejora la calidad de la práctica evaluada. En ocasiones, es la simple puesta en marcha del mismo la que actúa como acicate y, en otros casos, es la adopción de medidas correctoras la que consigue la mejoría.

3.- Es indispensable el apoyo institucional para extender el programa y lograr que sea efectivo. Esto se debe traducir tanto en la actitud facilitadora de los gestores para ofertar el programa como de la estipulación por los mismos de incentivos a los EAP que finalmente lo adopten. Es imprescindible la motivación e incentivación continuada a los participantes en este tipo de actividades para evitar, de esta manera, el desánimo que se produce con el paso del tiempo ante el esfuerzo añadido que suponen. Planteado así, tiene, en su carácter voluntario, un enfoque ético que supera la auditoría externa.

4.- En nuestro caso sólo se han podido ofrecer estas actividades a los Centros de Salud docentes de Santa Cruz de Tenerife (Tejina-Tegueste, Taco, Barrio de la Salud, Laguna-Geneto y Tacoronte), así como al Centro de Salud de San Gregorio de Telde en Las Palmas. Aceptaron incorporarse al programa los EAP de Tejina-Tegueste, Taco, Barrio de la Salud y San Gregorio (éste aún en fase de elaboración de los indicadores).

5.- Las razones esgrimidas por los dos EAP que no aceptaron incorporarse al programa fueron la carga adicional de trabajo que les suponía y la falta de unanimidad al respecto entre sus miembros.

6.- En aquellos EAP que han implantado el programa, las dificultades principales para desarrollar el mismo han provenido del ámbito administrativo, destacando:

a) La inestabilidad de sus plantillas, con los consiguientes altibajos en formación y predisposición.

b) Las variaciones impuestas en las dimensiones de la comunidad atendida, lo que conlleva alteraciones en la carga de trabajo.

7.- Hemos obtenido un conjunto de 28 indicadores, de los cuales han podido evaluarse y mostrar su utilidad los 17 siguientes:

- * Niños susceptibles de vacunación y correctamente vacunados, atendidos por el EAP.

- * Registro de los antecedentes perinatales en los niños atendidos en el Centro de Salud.

- * Embarazadas que se controlan en el primer trimestre de gestación (sobre todas las incluidas en el programa de control de gestación).

- * Mujeres gestantes menores de 18 o mayores de 40, que pertenezcan al EAP.

- * Correcta cumplimentación de datos en la historia según el protocolo de atención a la gestante.

- * Registro en la historia clínica de la actividad desarrollada en la visita domiciliaria.

- * Horas de formación continuada impartidas por cada profesional sanitario del EAP, (sobre horas docentes totales).

- * Horas de formación continuada recibidas por el EAP, sobre horas laborales.
- * Pacientes citados (Cita previa) que tienen historia clínica al empezar la consulta.
- * Existencia de la hoja de listado de problemas fundamentales actualizada en las historias clínicas del EAP.
- * Pacientes con correcto registro en la historia clínica del consumo de alcohol.
- * Pacientes con correcto registro en la historia clínica del hábito tabáquico.
- * Pacientes con correcto registro en la historia clínica de la existencia de alergias.
- * Registro en la historia clínica de todo paciente de, al menos, una determinación de la tensión arterial y sucesivas tomas según el protocolo de TA del EAP.
- * Grado de satisfacción del usuario con la asistencia recibida del EAP.
- * Grado de confianza de los pacientes en la atención recibida del EAP.
- * Existencia de un botiquín de urgencias con vademecum indispensable y accesible.

8.- Las medidas correctoras que se precisa aplicar en un programa voluntario como éste difícilmente superan al simple comentario de los resultados adversos.

9.- Métodos estadísticos multivariantes como el análisis de correspondencias múltiples permiten una fácil delimitación de los problemas detectados y facilitan la elección de las medidas correctoras.

Bibliografía

1. Stephen C, Schoenbaum MD. When Is The Quality of Care Good Enough. AJPB 1990; 80:403-4.
2. Palmer RH, Nesson HR. A Review of Methods for Ambulatory Medical Care Evaluations. Medical Care 1982; 20: 758-81.
3. Pinault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Ed Masson,S.A., 1987.
4. Staff of the Division of Education and the division of Accreditation, Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Monitoring and Evaluation of the Quality and Appropriateness of Care: An Ambulatory Health Care Example. QRB 1987; 13: 26-30.
5. Zinberg S. Stratification and standars: A quality assurance perspective. Am J Obstet Gynecol 1991; 164:722-8.
6. Codman EA. A Study in hospital efficiency: the first five years. Boston: Thomas Todd, 1916.
7. Monitoring and evaluation of the quality and appropriateness of care. A hospital example. The Joint Commission on Accreditation of hospitals, 1986.
8. Acreditation Manual for hospitals. AMH 88. Chicago:Joint Commision, 1987.
9. Ambulatory Health Care. AHC 88. Chicago: Joint Commission, 1987.
10. Lee RI, Jones LW. The Fundamentals of Good Medical Care. Chicago: University of Chicago Press, 1933.
11. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Memorial Fund Quaterly, 1966; 44: 166-203.

12. Kessner DM, Kalk EC. A Strategy for evaluation Health Services, volume 2. Washington DC: Institute of Medicine. National Academy of Sciences, 1973.
13. Kessner DM et al. Assessment of Medical Care for children, volume 3. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1974.
14. Donabedian A. Explorations in Quality Assesment and Monitoring. Vol I: Definitions of Quality and Approaches to its Assesment. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1982.
15. Palmer RH. Considerations in Defining Quality of Health Care. Boston: Harvard School of Public Health (mimeo), 1988.
16. Suñol R, Delgado R, Net A, Nolla J. El Programa de Control de Calidad en el hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 1986; 7: pág.
17. Saturno P, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica: diseños de proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
18. Evaluación de la calidad asistencial en Atención primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseños de proyectos. Colección Garantía de Calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria, 1990.
19. Neal WN,. Reducing Costs and Improving Compliance. Am J Cardiol 1989; 63: 17B-20B.
20. "Competir en las ocho dimensiones de la calidad" c 1988. President and Fellows of Harvard College. Harvard-Deusto Business Review.
21. Donabedian A. Components of quality in health care. Actas del IX congreso del secretariado europeo de prácticas de salud comunitaria; 1992 Nov 13-15; Salamanca: Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria, 1992.
22. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. vol III: The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: an illustrated analysis. Ann

Arbor, Mich: Health Administration Press, 1985.

23. Tarlov AR, Ware JE, Greefield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The Medical Outcomes Study. An Application of Methods for Monitoring the Results of Medical care. JAMA 1989; 262: 925-30
24. Otero Puime A, Saturno Hernández PJ. Evaluación y Control de Calidad en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Barcelona: Ed Doyma, 1989: 243-55.
25. Suñol R, Delgado R. El audit médico: Un método para la evaluación de la asistencia. Control de Calidad Asistencial 1986; 1: 27-30.
26. Vuori HV. El control de la calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Ed Masson S.A., 1988: 115-18.
27. Braford M, Flynn NM. Ambulatory care infection control quality assurance monitoring. Am J Infect Control 1988; 16: 21A-28B.
28. Palmer, RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
29. Nutting Paul A Métodos de evaluación de la calidad en Atención Primaria. Barcelona: S G Editores, 1991.
30. Jacobs CM et al. Measuring the quality of patient care: the rationale for outcome audit. Cambridge: M A, Balinger, 1976.
31. Morehead MA, Donalson R. Quality of clinical management of disease in comprehensive neighborhood health centers. Med Care 1974; 12: 301.
32. Nutting Paul A. Métodos de evaluación de la calidad en Atención Primaria Barcelona: SG Editores, 1991:pp 15.
33. Nutting Paul A. Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria. Barcelona: SG Editores, 1991: 41-95.
34. Mushling AI, Appel FA, Pozen JT, et al. The Use of Patient-Reported Problem Status in Evaluating Ambulatory Care. Clin Res 1975; 23:267 A.
35. Mushlin AI, Appel FA. Testing and outcome-based Quality Assurance Strategy in Primari Care. Med Care 1980;18 (5 Suppl): 1.

36. Rubin L. Comprehensive Quality Assurance System: The Kaiser-Permanente Approach. Virginia: American Group Practice Association, 1975.
37. Palmer RH, Reilly MC. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. Med Care 1979; 17: 693.
38. Gonnella JS et al. The staging concept-an approach to the assesment of outcome of ambulatory care. Med Care 1976; 14: 13.
39. Gonnella JS ey al. Use of outcome measures in ambulatory care evaluation. In: Giebink GA, White NH, editors. Ambulatory Medical Care Quality Assurance. 1977: Issues, direction and applications Proceeding of the conference. 1977 Marh 31 and April 1. San Francisco, CA.: La Jolla Health Science Publications, 1977.
40. Rosenberg, S.N., and others. An eclectic approach to quality control in fee for service health care: The New York city Medicaid experience. Am J Public Health 66:21-30, 1976.
41. Brook RH, Williams KN. Effect of medical care reviwie on the use of injections: A Study of the New Mexico Experimental Medical Care Review Organitations. Ann Intern Med 1976; 85: 509.
42. Hamaty T. The American Society of Internal Medicine Assesment of Performance (ASPERC) Reseach. Assesing Physician Performance in Ambulatory Care. San Francisco: Americal Society of Internal Medicine, 1976: pp 68.
43. Kessner DM, et al. Assessing ambulatory care: The use of Enriched Encounter Form. Washington, DC: Health Services Research Office, Departament of Community Medicine and International Health, Georgetown University, 1975.
44. Fustenberg FF et al. Prescribing, an index to quality of medical care: A Study of the Baltimore City Medical Care Program. Am J Public Health. 1953; 43: 1299.
45. West S K et al. Drugs utilization review in an HMO. Part I. Introduction and exemples of methodology. Med Care 1977; 15: 505.
46. American College of Surgeons. Providing Management Information for Patient Safety Programs. Chicago: American College of Surgeons, 1980.

47. Craddick JW. Medical Management Analysis: A System for Controlling Losses and Evaluation Medical Care. San Francisco: Marsch and McLennon, Professional Liability Division, 1978.
48. Mattice T. The joint Commission's Model for Monitoring And Evaluation of Quality Care. QRB; 1987; 13: 74-5.
49. Coulton C. Implementing Monitoring and Evaluation Systems in Social Work. QRB 1986; 12: 72-75.
50. Ley Orgánica de medidas especiales en materia de Salud Pública (Ley 3/1986 de 14 de abril). Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril). Artículo 69.
51. Saturno P, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la cooperación Ibérica: Diseño de proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
52. Saturno PJ. Estrategias para la puesta en marcha de actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial en Atención Primaria: Consideraciones generales y dos casos concretos. Actas del IX Congreso del Secretariado Europeo de Prácticas de Salud Comunitaria; 1992 Nov 13-15; Salamanca: Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria, 1992.
53. Donabedian A, The Nature of Quality and Quality Assurance in Health Care. Proceeding of the IX Congress of the European Bureau of Community Health Practice; 1992 Nov 13-15; Salamanca: Sociedad Castellano-Leonesa Medicina Familiar y Comunitaria, 1992.
54. Cabrera A, Marco MT, Rodríguez M, Benítez MA, Pérez LI. Monitores en la Mejora de la Calidad en Atención Primaria. Actas de las 3^o Jornadas de la Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria 1990 junio 1-2; Puerto de la Cruz. Santa Cruz de Tenerife: Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria, 1990.
55. González López-Valcárcel. Análisis multivariante. Aplicación al ámbito sanitario. SG editores. Barcelona 1991.
56. Cavarro JL, Hernán MA. Estadística multivariante en las ciencias de la vida. Ed Ciencia 3. Madrid 1993.

57. Ferrer Pi S . Profilaxis antiinfecciosa. Vacunaciones. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. Barcelona: 6ª Ed Espaxs, 1988: 342-350.
58. Guía para la Elaboración del Programa del Lactante y Preescolar en Atención Primaria de Salud. Colección Atención Primaria de Salud nº6 Madrid: Publicaciones, Documentación y Biblioteca. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
59. Cueto Espinar A, Fernández-Crehuet Navajas M. Inmunización Activa y Pasiva. En: Piédrola G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: 8ª Ed Salvat, 1988: 333-42.
60. Samuel P, Gotoff MD. El feto y el recién nacido. En: Nelson. Tratado de Pediatría. Madrid: 14ª Ed Interamericana. 1992.
61. Sánchez Díaz C, Chicharro Caruso MC, Bervel Bolívar MC. Diagnóstico precoz (I): Cáncer genital. Normas y procedimientos. Interpretación de los resultados. Pautas de actuación. Sistema de registro. Evaluación. En Gallo Vallejo FJ. "Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria". Ed IM&C. Madrid 1993: 1206-1217.
62. Bedoya González JM, García Guerrero M, Guerrero Riscos M, Hernando Ayala R, Lobato Astorga P, Mellado Jiménez J et al. Planificación Familiar. Serie Manuales nº 10. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1987.
63. Bedoya JM, García M, Guerrero M, Hernando R, De Manuel E, Mellado J, Rufo A. Asistencia Obstétrica en Atención Primaria. Serie Manuales nº 10. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1987.
64. Guía para la elaboración del Programa de la Mujer en Atención Primaria de Salud. Colección: Atención Primaria de Salud. nº 4. Madrid: Publicaciones, Documentación y Biblioteca del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
65. Figuerola D. Metabolismo y Nutrición. En: Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. Barcelona: 12ª Ed Doyma, 1992.
66. Guía para la Elaboración del Programa del Adulto en Atención Primaria de Salud. Colección: Atención Primaria de Salud nº3. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

67. Guía de Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. Colección: Atención Primaria de Salud n° 1. Madrid: Servicio de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
68. Guarga Rojas A, Marquet Palomer R. Protocolización en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Ed Doyma, 1990: 268-83.
69. Ruiz de Adana Pérez R, Gómez Gascón T, Fuentes Leal C. Organización de las actividades asistenciales del Equipo de Atención Primaria. En: Jiménez Villa J. Programación y protocolización de actividades. Barcelona: Ed Doyma, 1990: 5-26.
70. Cueto Espinar A, Hernández Mejía R. Bases generales de la prevención de las Enfermedades transmisibles. En: Piédrola Gil G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: 8ª Ed Salvat, 1988: 323-32.
71. Foz Gil J, Prieto Orzanco A, Fábrega Enfedaque S. Historia clínica y sistema de registro. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Ed Doyma, 1990: 211-30
72. Trilla Soler MªC, Cano Pérez JF. Obesidad. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Ed Doyma, 1990: 347-61.
73. Salleras Sanmartí L, Bach Bach L. Alcohol y Salud. En: Piédrola G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Ed Salvat, 1988: 1000-15.
74. Fernández Ferré MªL, Gual Solé A. Tabaquismo, alcoholismo y drogodependencias. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Ed Doyma, 1990: 413-34.
75. Salleras Sanmartí L. Tabaco y Salud. En: Piédrola G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Ed Salvat, 1988: 1016-34.

76. Gómez de la Camara A, Gabriel Sánchez R. El tabaco como factor de riesgo cardiovascular. En: Brotons Cuixart C. Factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Epidemiología, prevención y tratamiento. Barcelona: Ed Doyma, 1991: 77-91.
77. Guillete RD, Lustig V. El Sistema Inmunológico. En: Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y práctica. Barcelona: 3ª Ed Doyma, 1991: 430-448.
78. Martínez A, Elcarte López RM, Sada Goñi J. La hipertensión y la enfermedad cardiovascular. En: Brotons Cuixart C. Factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Epidemiología, prevención y tratamiento. Barcelona: Ed Doyma, 1991: 13-49.
79. Sierra López A, Torres Lana A. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. En: Piédrola Gil G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Ed Masson-Salvat Medicina, 1991: 830-41.
80. Marquet Palomer R, Benet i Martí JM, Guarga Rojas A. Organización de las actividades de Control de Calidad Asistencial en un Centro de Salud. En: Jiménez Villa J. Programación y Protocolización de Actividades. Barcelona: Ed Doyma, 1990: 61-71.
81. Alaman i Porquet E et al. Criteris de Qualitat en l'Atenció Primària de Salut. Comissió de Millora de la Qualitat. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona: Edide, 1993.
82. López LA, Sánchez E, Calzas A, Files D, Sevilla E, Oleaga I. Elaboración de un cuestionario para el estudio del clima organizacional de los Centros de Salud. Atención Primaria 1988; 5: 531-35.
83. Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. Madrid: Servicio de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

84. Kindelán Recarte D, García Polanco J, García González JU, Abal Ferrer F. Estudio de la cobertura vacunal en una cohorte de niños de un área de salud al cumplir los dos años. *Atención Primaria* 1993; 11: 389-392.
85. Viñes JJ. Factores de resistencia a la infección. En mismo autor " Lecciones de Medicina Preventiva y Salud Pública". Eytis. Pamplona 1984.
86. De la Puente ML, Corio R, Alvarez J, Planas C, Isalt R, Marzo M. Brote epidémico de sarampión en un área rural. *Atención Primaria* 1993; 12: 205-209.
87. Bailón E, Delgado A, Montoro R, Vázquez R, Sanchez MR, Alemany V. Eficacia de la auditoría en la mejora de un Programa del Control de Embarazo. *Atención Primaria*; 9: 85-8.
88. García-Pardo T, Loura A, Zamora A, Gallegos J, Pérez M, Vidan Martinez. Garantía de Calidad de la vigilancia prenatal en un centro de salud rural. *Atención Primaria* 1992; 9: 38-41.
89. Figuerola A, Recasens C, Castell C, Lloveras G y Grupo Catalan de estudio de la diabetes. *Med Clín (Barc)* 1992; 99: 90-95.
90. Arazola JM, Contreras A, Sánchez JL, Mora F, Casado JJ. Evaluación de la calidad de la consulta de enfermería en un centro de salud. *Atención Primaria* 1992; 10: 911-5.
91. Bilbao I, Gastaminza AM, García JA, Quindimil JA, López JL, Huidobro L. Los pacientes Domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud.
92. Mclaughlin MA. Monitoring The quality of contracted therapy services provided by vendor: a model for home health services. *QRB* 1988; 14: 40-4.
93. Guarga A, Cortés P, Benet JM, Solé J, Muñoz M, Pascual JM et al. Evaluación de la asistencia: Papel de los sistemas de registro en Atención Primaria. *Control de Calidad Asistencial* 1989; 4,3: 76-81.
94. Corrales D, Rubio C. Protocolización y registro en atención primaria: a propósito de una hoja de monitorización. *Atención Primaria* 1994; 13:208-11.
95. Granollers S, Pont A. Cuidados de enfermería en atención primaria: diagnóstico y seguimiento de problemas de salud. *Atención Primaria* 1993; 11: 64-67.

96. Gómez P, García R, Vidal C, del Rio FJ. Control de calidad de los registros de enfermería. Control de Calidad Asistencial 1993; 8: 40-45.
97. Oliva Segura M. Estudio prospectivo de la evolución del sobrepeso en un grupo de pacientes crónicos ambulatorios. Atención Primaria 1992; 10: 599-603.
98. Vila A, Espinosa E, Pardo C, Martín H, Castellón A, Llor C. Estudio epidemiológico sobre los hábitos de consumo de alcohol en un población de carácter urbano. Atención Primaria 1993; 11: 412-15.
99. Roca A, Ametlla J, Calero S, Comas O, Fernández M, Lospau R et al. Calidad de vida en la hipertensión arterial. Med Clin (Barc) 1992; 98: 486-490.
100. Gil V, Arenas M, Quirce F, Orozco D, Belda J, Merino J. Encuesta de opinión-satisfacción sobre dos modelos de historias clínicas utilizadas en atención primaria. Atención Primaria 1994; 13: 182-186.
101. Ortolá P, Blanquer JJ, Rodríguez JJ, Rodrigo O, Villagrasa F, Climent JA. Satisfacción del usuario en atención primaria: resultados de una encuesta a domicilio. Atención Primaria 1993; 12: 578-587.
102. Suchman A, Roter D, Green M, Lipkin M, and The Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. Med Care 1993; 31: 1083-1092.