

Estándares y recomendaciones de unidades asistenciales. La emergencia de un nuevo modelo asistencial

Palanca I*, Rivero P**, Elola FJ***, Bernal JL****, Paniagua JL*****

*Consejera Técnica. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid

**Director General. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid

***Director. Elola Consultores S.L. Madrid

****Director Técnico. EC Consultoría y Gestión en Sanidad. Madrid

*****Doctor Arquitecto

e-mail: ipalanca@msps.es

Resumen

Objetivo: Se describe el proyecto impulsado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, para elaborar estándares y recomendaciones de unidades asistenciales.

Metodología: El proyecto se ha desarrollado en colaboración con las sociedades científicas relacionadas con cada unidad, así como con un nutrido grupo de expertos asistenciales y de gestión.

Resultados: Se han elaborado (o están en elaboración) estándares y recomendaciones para 12 unidades asistenciales, con la participación de 36 sociedades científicas o asociaciones profesionales, 87 hospitales, centros e instituciones sanitarias y 220 profesionales.

Conclusiones: La elaboración de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales está: 1) generando instrumentos para mejorar la calidad, seguridad y eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria; 2) desarrollando y proponiendo modelos organizativos y de gestión de las unidades asistenciales que incorporan las mejores prácticas nacionales e internacionales, y 3) impulsando un cambio en el modelo asistencial del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Palabras clave: Cooperación interinstitucional, Nuevo modelo asistencial, Gestión clínica integral, Unidad o servicio asistencial, Programa funcional, Calidad.



Standards and recommendations of healthcare units. The emergence of a new model of healthcare

Abstract

Objective: To describe the project of the Agency for Quality in the National Health System, setting up standards and recommendations for healthcare units.

Methodology: The project is being developed with the cooperation of the scientific societies related with each healthcare unit, and experts in healthcare and healthcare management.

Results: 12 documents of standards and recommendations have been developed insofar, with the involvement of 36 scientific societies, 87 hospitals and other healthcare institutions and 220 professionals.

Conclusions: The project is: 1. providing tools for improving the quality, safety and efficiency of the healthcare; 2. developing models of organization and management of the healthcare units which incorporate best practices from Spain and other countries; and 3. fostering a change in the healthcare model of the National Health service.

Key words: Cooperation among scientific societies and Ministry of Health, New healthcare model, Clinical management, Healthcare unit, Functional program, Quality.

Introducción

La elaboración de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales tiene un marco configurado por la Ley de Cohesión y Calidad, el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (PC-SNS) y el Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece, en sus artículos 27, 28 y 29, la necesidad de elaborar garantías de seguridad y

calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La Estrategia 7 del Plan de Calidad para el SNS (PC-SNS): Acreditar y auditar centros, servicios y unidades asistenciales, contiene como primer objetivo el establecimiento de los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben cumplirse

para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios a nivel del SNS.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios define y relaciona los centros, servicios y establecimientos sanitarios que deben ser objeto de establecimiento de los requisitos que garanticen su calidad y seguridad. La clasificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios fue, a su vez, modificada por la Orden Ministerial 1741/2006. La oferta asistencial de los centros sanitarios se configura en las más de 100 unidades asistenciales (UA) relacionadas en la mencionada Orden.

Dentro del marco institucional descrito, la Agencia de Calidad del SNS (AC-SNS) ha optado, antes de abordar un desarrollo normativo, por dotarse de los fundamentos conceptuales y técnicos para que la eventual regulación de requisitos de seguridad y calidad de los centros, servicios y establecimientos sanitarios esté sustentada sobre las mejores prácticas y evidencia científica en relación con la organización y gestión, planificación, diseño y funcionamiento de las UA. Para ello, la AC-SNS ha desarrollado una estrategia de elaboración de documentos de estándares y recomendaciones de amplio alcance que, sin tener carácter normativo y desde una perspectiva técnica, ponga a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores –públicos y privados– y profesionales, criterios para la organización y gestión de las UA, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluida la eficiencia en la prestación de los servicios^{1,2}, así como para su diseño y equipamiento.

Los aspectos relativos a la organización y gestión son el objeto de interés de estos documentos, que no tienen ni el objetivo ni el carácter de las guías clínicas. Las UA son las estructuras organizativas y de gestión que dan soporte a la práctica clínica, la cual idóneamente debería realizarse mediante la aproximación sistemática y sustentada en la evidencia científica contemplada en las guías clínicas, procesos asistenciales integrados, protocolos, vías clínicas y otros instrumentos de gestión clínica. El índice general utilizado para el desarrollo de los documentos de estándares y recomendaciones permite definir las dimensiones que se analizan para cada unidad:

- Introducción. Análisis de situación.
- Derechos y garantías de los pacientes.
- Seguridad.
- Organización y gestión.
- Estructura física y recursos materiales.
- Recursos humanos.
- Calidad asistencial.
- Criterios de revisión y seguimiento.

La AC-SNS selecciona las unidades sobre las que elaborar los estándares y recomendaciones siguiendo, entre otros, los siguientes criterios:

- Unidades relacionadas con las Estrategias del Sistema Nacional de Salud: bloque quirúrgico (estrategia de seguridad del paciente)^{3,4}, maternidades hospitalarias (estrategia del parto normal)⁵, unidad de cuidados paliativos (estrategia de





cuidados paliativos⁶), o unidades del área del corazón (estrategia de cardiopatía isquémica^{7,8}).

- Unidades relacionadas con problemas emergentes, frecuentemente vinculados al cambio en el perfil sociodemográfico de la población española, como la unidad de pacientes pluripatológicos, la unidad de cuidados paliativos, la unidad de dolor y la unidad de sueño.
- Nuevas unidades cuya relevancia en el hospital se vincula a la progresiva ambulatorización de la actividad: hospital de día, cirugía mayor ambulatoria y hemodiálisis.
- Unidades centrales del hospital, complejas tanto desde el punto de vista de su relación con otras unidades como por los procesos que desarrollan, equipo multidisciplinario o instalaciones: urgencias, unidad de hospitalización, unidad de cuidados intensivos, bloque quirúrgico y esterilización.

Metodología

La elaboración de los documentos se basa en la metodología de grupos de expertos, con las siguientes fases de elaboración, para cada unidad:

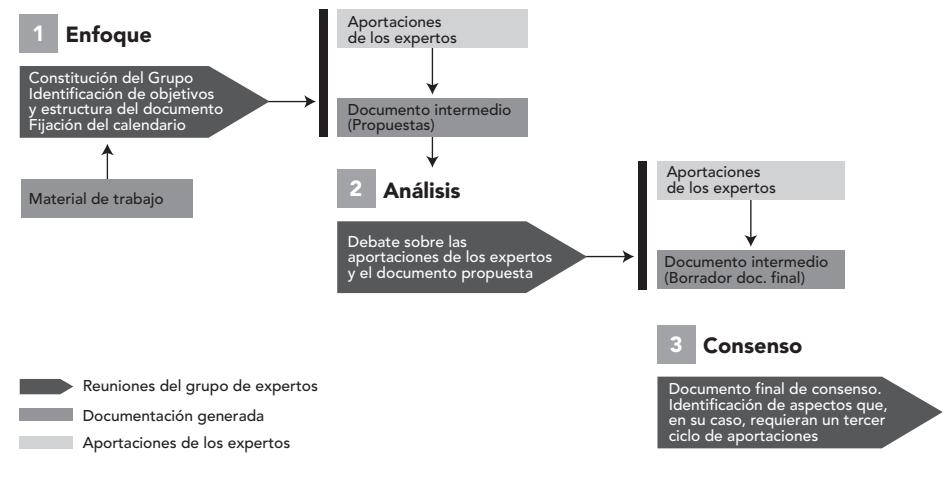
1. Selección de la unidad (Agencia de Calidad del SNS), de conformidad con los criterios expuestos.
 2. Elaboración de un informe análisis de situación de la unidad, en el que se recogen los aspectos más destacados de cada unidad, en relación con la situación tanto en España como en otros países occidentales desarrollados, especialmente Estados Unidos y Reino Unido. Este pri-
 - mer documento sirve también para orientar la discusión sobre los objetivos y el alcance de los estándares y recomendaciones de cada unidad.
3. Constitución del grupo de expertos. La composición del grupo de expertos se basa en los siguientes criterios:
 - Número suficiente compatible con la agilidad del trabajo. La composición de los grupos ha oscilado entre 8-10 y 20-22 personas, siendo la media de alrededor de 15 personas.
 - Multidisciplinariedad, con representación de todos los perfiles profesionales relevantes para el funcionamiento de la unidad.
 - Incorpora a los representantes que designan las sociedades científicas y organizaciones profesionales relacionadas con la unidad, así como aquellos otros expertos, invitados por la AC-SNS en función de sus aportaciones al conocimiento sobre la unidad y prácticas de excelencia. Generalmente, uno de estos expertos realiza las funciones de Coordinador Científico del documento de estándares y recomendaciones.
 4. Constitución del Comité de Redacción, integrado por la AC-SNS, el Coordinador Científico y un Grupo de Apoyo compuesto por profesionales de una empresa de consultoría.
 5. Convocatoria de la Agencia de Calidad del SNS a una primera reunión, en la cual:



- Se determina la estructura específica del documento.
 - Se acuerdan los objetivos, alcances y método de trabajo del documento. El método de trabajo se apoya en gran medida en el intercambio de información y comentarios sobre los distintos borradores a través del correo electrónico, reduciendo las reuniones presenciales al mínimo imprescindible, que generalmente suele ser el de tres reuniones. El método de trabajo trata de:
 - Favorecer el consenso.
 - Integrar los diferentes modelos que puedan mejorar la eficiencia y la calidad de la unidad.
 - Sustentar, en la medida en que esté disponible, los estándares y recomendaciones sobre la evidencia científica o, en su caso, en el grado de consenso existente entre expertos.
- Identificar aquellos aspectos en los que es necesario promover el conocimiento, así como el consenso entre diferentes profesionales/especialidades.
- Identificar nuevas herramientas de información, organización o gestión.
6. Reuniones intermedias, que se centran específicamente en aquellas áreas en las que se ha identificado que no existe un consenso suficiente.
 7. Redacción del documento final (Comité de Redacción: Dirección Técnica e Institucional, Coordinador Científico, Grupo de Apoyo).
 8. Edición, presentación y difusión del documento (Agencia de Calidad del SNS).

La secuencia de fases descrita se esquematiza en la Figura 1.

Figura 1. Esquema de la metodología empleada





Resultados

Hasta este momento, 36 sociedades científicas o asociaciones profesionales, 87 hospitales, centros e instituciones sanitarias y 220 profesionales han participado o están participando en el proyecto, habiéndose desarrollado (o estando en distintas fases de elaboración) los estándares y recomendaciones para las siguientes unidades asistenciales:

- Área del Corazón.
- Bloque Quirúrgico.
- Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Cuidados Intensivos.
- Cuidados Paliativos.
- Enfermería de Hospitalización Polivalente de Agudos.
- Esterilización.
- Hemodiálisis.
- Hospitalización de Día.
- Maternidades Hospitalarias.
- Pacientes Pluripatológicos.
- Unidad de Dolor (inicio previsto en el segundo trimestre de 2010).
- Unidad de Sueño.
- Urgencias Hospitalarias.

En seis de las unidades, Cirugía Mayor Ambulatoria⁹, Hospitalización de Día médica y oncohematológica¹⁰, Pacientes Pluripatológicos¹¹, Maternidades Hospitalarias¹², Bloque Quirúrgico¹³ y Cuidados Paliativos¹⁴, se ha culminado

el proceso de elaboración del documento, y están disponibles en la página web del MSPS (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/eco2-2.htm>); en tres de estas unidades (Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital de Día y Maternidades Hospitalarias) se dispone ya de la edición en papel.

La elaboración de los documentos de estándares y recomendaciones está generando información e instrumentos para las distintas dimensiones que se abordan en cada unidad. Siendo este un logro relevante, probablemente el resultado más destacable sea que a través de los estándares y recomendaciones está emergiendo un nuevo modelo asistencial que, a su vez, está configurado por múltiples elementos que afectan a las distintas dimensiones que se analizan para cada unidad. En los apartados siguientes se destacan, para cada dimensión analizada, los aspectos más relevantes.

Derechos y garantías de los pacientes. El derecho a participar y a ser informado

Como recomendaciones en distintas unidades destacan dos elementos relacionados con los derechos y garantías de los pacientes. El primero respecto a los beneficios que tiene la implicación del paciente en su propia asistencia. El segundo hace referencia al derecho del paciente a disponer de información relevante sobre la calidad de la asistencia prestada en el centro sanitario y por sus profesionales.

Además, se recoge el desarrollo de aspectos relativos a la Ley 88/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, aplicable a la unidad, como el consentimiento,



miento informado –las sociedades científicas han elaborado recomendaciones sobre consentimiento informado para los procedimientos más frecuentes de la especialidad– o facilitar la formulación de las instrucciones previas.

La implicación del paciente en su asistencia es un componente que contribuye de forma relevante a mejorar su seguridad, facilitando¹⁵:

- Alcanzar un diagnóstico correcto.
- Elegir al proveedor de asistencia sanitaria.
- Participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Observar y controlar el proceso de asistencia.
- Identificar e informar complicaciones y efectos adversos del tratamiento.
- Disminuir las tasas de errores de medicación.
- Reducir la tasa de infección asociada a la asistencia sanitaria.
- Identificar inexactitudes en la documentación clínica.
- Configurar mejoras en el diseño y provisión de los servicios sanitarios.
- Controlar y gestionar tratamientos y procedimientos.

En consecuencia, la participación del paciente en su asistencia se recoge como recomendación en los documentos de las unidades asistenciales.

Es un hecho reconocido el de la variabilidad en la práctica médica y en sus

resultados¹⁶. Como señala Wennberg, estas variaciones ya no pueden observarse como una curiosidad intelectual¹⁷. Parte de esta variabilidad se explica por diferencias epidemiológicas, demográficas, sociales y por la diversa gravedad de los pacientes atendidos, mientras que otra parte de la variabilidad no estaría justificada y se puede deber a variaciones no aceptables en la calidad y seguridad en la práctica clínica. En diversos países de la Unión Europea (Francia, Reino Unido, Suecia) se está poniendo a disposición de los ciudadanos información relevante, pormenorizada por centros, relativa a indicadores de gestión asistencial (demora, estancia media, tasas estandarizadas de mortalidad, etc.). **Hacer accesible este tipo de información a los ciudadanos**, bajo un control estricto y objetivo de la calidad de la información y su adecuada estandarización, **profundizaría el derecho de los pacientes a estar informados y sería probablemente un potente instrumento de mejora de la calidad y seguridad de la asistencia en España**, motivo por el que se está introduciendo esta recomendación en los documentos.

Seguridad del paciente. La relevancia de la organización

Los documentos de estándares y recomendaciones dedican un extenso capítulo a la seguridad del paciente. La seguridad del paciente es una prioridad para el SNS (AC-SNS, 2005) como para las principales organizaciones de salud, como la Organización Mundial de la Salud¹⁸, instituciones como la Comisión Europea¹⁹ y el Consejo de Europa²⁰. La importancia dada a esta dimensión de las unidades está justificada porque la provisión de asistencia sanitaria entraña unos riesgos inaceptables en comparación con otras actividades o incluso otras situaciones consideradas de ries-



go. Con la excepción de la mortalidad derivada de la anestesia, tanto la hospitalización como la exposición a medicamentos en los hospitales se asocian con mortalidad evitable²¹.

Los componentes concretos de las acciones para mejorar la seguridad del paciente (seguridad en el uso de los medicamentos, prevención de las infecciones nosocomiales, identificación del paciente, etc.) tienen que estar embebidos en una cultura de seguridad". **La creación de una cultura de seguridad es un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente**, y constituye la primera práctica segura recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa²⁰, el National Quality Forum y otras organizaciones^{22,23}. Según el US Department of Veterans Affairs, la cultura de seguridad podría entenderse como "todas aquellas características de una organización, como los valores, la filosofía, las tradiciones y las costumbres, que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria"²⁴.

La relevancia de la organización para garantizar la seguridad del paciente se hace patente en múltiples componentes de la seguridad que se contemplan para la mayoría de las unidades. La comunicación durante el traspaso de pacientes, las rutinas en la comunicación entre el equipo asistencial, la creación de una estructura de gestión para la seguridad del paciente y la relación entre volumen y seguridad son aspectos vinculados a la seguridad y estrechamente relacionadas con la organización.

A lo largo del tiempo, un paciente puede, potencialmente, ser atendido por

una serie de profesionales distintos en múltiples unidades²⁵. De forma adicional, puede encontrarse (en determinadas modalidades de atención) hasta con tres turnos de personal al día. La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente. Aumentar la efectividad de la comunicación entre los profesionales implicados en la atención al paciente durante el traspaso es un objetivo de seguridad prioritario para grupos líderes en seguridad como la OMS²⁶, la Joint Commission²⁷ y el Nacional Quality Forum (NQF, 2006). Una recomendación incluida en los documentos es **estandarizar la comunicación entre los profesionales** en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso de la transferencia de un paciente a otra unidad o ámbito asistencial.

La Joint Commission formula una recomendación, recogida en el documento de estándares y recomendaciones del bloque quirúrgico, que puede hacerse extensiva a todas las unidades asistenciales, en la que hace énfasis en una **cultura organizativa basada en el trabajo en equipo, eliminando las relaciones jerárquicas**, sustituyendo la relación jerárquica por la del liderazgo. Para facilitar el trabajo en equipo, las organizaciones pueden realizar una serie de acciones²⁸:

- Utilizar herramientas de comunicación estructuradas para eliminar jerarquías.
- Promover la retroalimentación.

- Proveer formación de equipo.
- Confrontar el comportamiento aquel que altera el funcionamiento tranquilo (por ejemplo, del equipo en quirófano), promoviendo la resolución de conflictos, e implementando políticas de "tolerancia cero" a este tipo de comportamientos.

En los documentos se recomienda que, en los hospitales, dependiendo de la dirección asistencial, exista una comisión o una unidad encargada de la seguridad del paciente. Asimismo se recomienda, siguiendo las recomendaciones de la *National patient Safety Agency* (Reino Unido) (NPSA, 2004) que, en cada unidad asistencial, la gestión del riesgo sea supervisada y coordinada por un grupo de gestión de la propia unidad, presidido por un facultativo "senior" y con una representación multidisciplinar, que debe reunirse periódicamente (al menos cada seis meses). El proceso de gestión del riesgo debe estar por escrito, incluyendo los eventos centinela de obligado conocimiento y revisión, y fomentar el entrenamiento multidisciplinar en gestión del riesgo.

Existe suficiente evidencia científica para establecer una relación entre mortalidad y/o morbilidad y volumen de actividad de hospitales y profesionales para determinados procedimientos médicos y quirúrgicos²⁹⁻³⁴. La regionalización de la asistencia (la organización del sistema que permite alcanzar un mínimo volumen de actividad) está, por tanto, estrechamente vinculada con la seguridad.

Organización y gestión

En ocasiones, desde la perspectiva de los profesionales asistenciales, no se visualiza con suficiente nitidez la ex-

traordinaria relevancia que para la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente tienen los aspectos de organización de la gestión de la asistencia. Sin embargo, como señala Garland en sus sobresalientes artículos sobre la seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos³⁵, lo que nos enseñan otras industrias (como la del transporte aéreo de pasajeros³⁶) en materia de seguridad es que sólo el 15% de los problemas o errores resultan de un desempeño inadecuado por parte de las personas, mientras que el 85% de las oportunidades de mejora del funcionamiento de los servicios se relacionan con insuficiencias o fallos institucionales, en los sistemas o procesos, que dificultan la capacidad individual para realizar bien sus funciones^{37,38}. Por ello, nunca una mejora de la estructura física y de las instalaciones (inversión en obra y equipos) mejorará por sí misma –más allá de proporcionar un ambiente más cómodo y agradable a pacientes y profesionales– la calidad de la asistencia, si esta inversión no se acompaña de una mejora de la estructura y los procesos mediante los que se presta la asistencia sanitaria, que debe sustentarse en una evaluación continuada, con el objetivo específico de mejorar los resultados relevantes. El proceso de mejora continua está basado, como se ha señalado en el apartado de seguridad del paciente, en el registro sistemático y en la adecuada interpretación de los datos de estos resultados³⁹⁻⁴¹.

Son múltiples los instrumentos y recomendaciones que los documentos contienen en relación con aspectos organizativos y de gestión, y resulta imposible resumirlos en este artículo, cuya pretensión no es más que la de exponer el alcance de esta línea de trabajo de la AC-SNS. En la Tabla 1 se relacionan los epígrafes de los





Anexos (excluyendo los referidos a abreviaturas y términos de referencia, así como el de bibliografía) de las nueve unidades en las que se ha finalizado la fase de trabajo con los grupos de expertos, lo que puede servir para hacerse una idea de la diversidad de estos instrumentos. Como promedio, cada documento contiene 11 Anexos y 132 referencias bibliográficas. Sin embargo, más relevante que este aspecto concreto es la emergencia, a través de los estándares y recomendaciones, de la necesidad de un nuevo modelo o, posiblemente mejor expresado, "nuevos modelos" de atención que, relacionados con grandes bloques de procesos, demandan un rediseño del SNS. La implantación de una atención sistemática al paciente aguda y gravemente enfermo; la atención sistemática al paciente crónico, en especial al "pluripatológico", con múltiples demandas de atención sanitaria; el desarrollo de redes asistenciales, y la necesidad de regionalizar los servicios sanitarios serían algunos de los componentes relevantes de este "nuevo modelo".

Tabla 1. Anexos contenidos en los documentos de estándares y recomendaciones

Cirugía mayor ambulatoria (UCMA)

- Procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes del SNS en 2005
- Índice de sustitución de procesos quirúrgicos ambulatorios en el SNS (2005)
- Modelo de consentimiento informado para UCMA
- Listado A de procedimientos susceptibles de CMA
- Listado B de procedimientos susceptibles de CMA
- Listado C de procedimientos considerados de cirugía menor ambulatoria o realizados preferentemente en gabinetes de endoscopia, salas de cura u otras salas de tratamiento y diagnóstico
- Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes (ASA)
- Esquema de circulación de pacientes en el proceso de atención de una UCMA
- Recomendaciones antes de la intervención en la UCMA
- Solicitud de pruebas complementarias
- Criterios de alta de la UCMA
- Equipamiento de la UCMA
- Criterios para la selección de indicadores de calidad de las UCMA
- Criterios de dimensionado de los recursos
- Programa funcional de espacios de una UCMA de 4 quirófanos
- Estudio de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos incluidos en el listado A

Hospital de día (UHDA)

- Listado de procedimientos a realizar en las UHdD Polivalentes
- Esquema de organización de la actividad en UHdDO-H
- Criterios de dimensionado de los recursos
- Programa funcional de espacios

Bloque quirúrgico (BQ)

- Modelo de consentimiento informado, incorporando apartado para cirugía sin sangre
- Listado de comprobación de la seguridad en cirugía (OMS, AEC)
- Instrumento de comunicación en quirófano
- Recomendaciones de marcado del área quirúrgica (NPSA)
- Prevención de la infección de localización quirúrgica
- Higiene de manos prequirúrgica con solución alcohólica
- Protocolo de consentimiento informado
- Protocolo de circulación de pacientes en el BQ

Continúa

Viene de pág. anterior



Tabla 1. Anexos contenidos en los documentos de estándares y recomendaciones

Zonificación del BQ y circuito de pacientes
Solicitud de pruebas complementarias
El registro de anestesia. Criterios a seguir para la documentación de la atención anestésica y criterios de monitorización (SEDAR)
Protocolo ingreso en URPA
Protocolo cuidados en URPA
Hoja circulante/Hoja de ruta quirúrgica
Criterios de dimensionado de los recursos del BQ
Programa funcional de un BQ de 12 quirófanos
Equipamiento del BQ
Propuesta de definiciones para medir la utilización de los quirófanos
Maternidad hospitalaria (MH)
Prevención de la infección neonatal por <i>Streptococcus agalactiae</i> Grupo B (SGB)
Identificación del riesgo
Listado de GRD (AP v.18) atendidos en la MH
Cartera de servicios de una Unidad de Obstetricia
Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS. Niveles de evidencia y fuerza de la recomendación
Criterios de dimensionado de los recursos
Programa funcional de espacios
Funciones de la persona responsable de la MH
Funciones de la persona responsable de matronas de la MH
Pacientes pluripatológicos (UPP)
Listado de medicamentos potencialmente inapropiados en pacientes mayores
Modelo de impreso para la conciliación
Valoración de la adherencia al tratamiento
Índice de Barthel
Cuestionario de Pfieffer
HARP o Índice de fragilidad
Cartera de servicios de HdD integrado en la UPP
Criterios de dimensionado de los recursos de UPP
Programa funcional de la UPP
Cuidados paliativos (CP)
Unidad de cuidados paliativos pediátrica
Modelo de impreso para la conciliación de medicamentos
Características de la situación avanzada y terminal en distintos subgrupos de pacientes
Niveles de complejidad en CP
Ejemplo de Comité Asesor (Andalucía)
Criterios de dimensionado de los recursos de la UCP
Programa Funcional indicativo de una UCP de agudos de 8 camas y otra de media estancia de 12 camas
Hospitalización polivalente de agudos
Criterios de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña que afectan a la hospitalización
Modelo de impreso de conciliación del tratamiento
Normas de atención a pacientes con patología transmisible
Niveles de cuidados
Protocolo de evaluación de la adecuación/Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)
Vía clínica de estancia en UEH
Sistema modificado de alerta precoz/Modified Early Warning Scoring System

Continúa

Viene de pág. anterior

Tabla 1. Anexos contenidos en los documentos de estándares y recomendaciones

Guía de planificación de alta hospitalaria
Dimensionado de la UEH
Programa funcional de espacios de la UEH
Marco de referencia profesional para la función de supervisora de enfermería
Recomendaciones para la dotación de enfermeras en la UEH
Urgencias hospitalarias (UUH)
Criterios de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña que afectan al área de Urgencias
Recomendaciones en relación con las Urgencias Hospitalarias contenidas en otros documentos de estándares y recomendaciones elaborados
Sistema de valoración para la alerta precoz
Criterios de dimensionado de los recursos de la UUH
Programa funcional
Plan de equipamiento
Indicadores de calidad para los Servicios de Urgencia
Indicadores de calidad para los Servicios de Urgencia Pediátricos
Indicadores de funcionamiento de los traslados desde otros centros
Estándares clínicos para sistemas de Urgencias
Cuidados intensivos
Niveles de cuidados críticos
Cartera de servicios
Objetivos, configuración y formación de los profesionales de los servicios ampliados de cuidados críticos
Ejemplo de sistema de "alerta y activación" de parámetro único
Programa funcional
Sistema simplificado de medición de las intervenciones terapéuticas

AEC: Asociación Española de Cirujanos; BQ: Bloque quirúrgico; CP: Cuidados Paliativos; GRD: Grupos relacionados por el diagnóstico; HdD: Hospital de Día; HdDO-H: Hospital de Día Onco-Hematológico; MH: Maternidad Hospitalaria; NPSA: National Patient Safety Agency (Reino Unido); OMS: Organización Mundial de la Salud; SEDAR: Sociedad Española de Anestesia y Reanimación; SNS: Sistema Nacional de Salud; UCMA: Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria; UCP: Unidad de Cuidados Paliativos; UEH: Unidad de Enfermería de Hospitalización polivalente de agudos; UPP: Unidad de Pacientes Pluripatológicos; URPA: Unidad de reanimación post-anestésica; UUH: Unidad de Urgencias Hospitalarias.

La implantación de una atención sistemática al paciente agudo y gravemente enfermo

Los documentos relativos a las Unidades de Urgencias hospitalarias, Enfermería de Hospitalización Polivalente de Agudos y Cuidados Intensivos comparten un modelo de atención que, mediante un funcionamiento en equipo y la sistemática aplicación de instrumentos de gestión clínica, detecta precozmente el deterioro, presta una atención intensiva y oportuna en el tiempo, y elimina las demoras en la asistencia. Este

modelo, basado, entre otras fuentes, en las recomendaciones del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁴², incorpora, entre otras recomendaciones, las siguientes:

- La utilización de un sistema de clasificación de la gravedad de los pacientes (*triage*) en las Unidades de Urgencias Hospitalarias y evitar demoras en urgencias, lo que incluye tanto la estancia en la unidad (que no debería prolongarse más de cuatro horas) como el desarrollo de técnicas de "fast track" para determi-



nados procesos (ictus^{43,44}, politraumatismo⁴⁵ y síndrome coronario agudo⁴⁶).

- La implantación de sistemas de "seguimiento y activación"^{47,48}.
- El desarrollo de los "servicios ampliados de cuidados críticos"⁴⁹.
- El pase de visita multidisciplinario⁵⁰. Un estudio de la Sociedad Española de Medicina Interna sobre más de 400 000 altas de pacientes ingresados en salas de Medicina Interna procedentes de la Unidad de Urgencias Hospitalarias demostró que los pacientes ingresados durante el fin de semana o festivos tienen mayor mortalidad (especialmente en las primeras 48 horas) que aquellos ingresados en días laborables^{51,52}. Las explicaciones a este hallazgo son el menor número de médicos y pruebas complementarias los fines de semana, así como la menor experiencia y conocimiento sobre el paciente en comparación con su médico habitual. El documento relativo a la Unidad de Enfermería de Hospitalización Convencional recomienda que el pase de visita (y, en su caso, el alta) se realice también los sábados, domingos y festivos.
- La planificación del alta hospitalaria^{53,54}.

La atención sistemática al paciente crónico

Los documentos sobre las Unidades de Pacientes Pluripatológicos y de Cuidados Paliativos, así como algunos aspectos relacionados con las Unidades Asistenciales del Área del Corazón y de la Unidad de Hemodiálisis, preconizan una atención sistemática al pacien-

te crónico, especialmente a los pacientes complejos o "pluripatológicos"⁵⁵, los cuales son grandes frequentadores de los Servicios de Asistencia Sanitaria⁵⁶⁻⁵⁹, basada principalmente en el modelo desarrollado por la Kaiser Permanente (Estados Unidos) y adaptado por el Health Department del Reino Unido⁶⁰⁻⁶³. Algunos elementos de este modelo, recogidos como recomendaciones en los documentos, son⁶⁴:

- La vinculación entre el médico (y equipo) especialista hospitalario y los profesionales (médicos y enfermeras) del ámbito de Atención Primaria, dentro de un marco geográfico y poblacional determinado. Debe existir una relación mantenida entre el médico especialista y los médicos del ámbito de Atención Primaria para una población definida de pacientes crónicos complejos.
- La disponibilidad de un amplio abanico de modalidades asistenciales y lugares en los que se presta la asistencia, que permitan garantizar la atención a los pacientes crónicos complejos en el momento y lugar más adecuados: atención domiciliaria, hospitalización a domicilio⁶⁵, consultas de "alta resolución", hospital de día, hospitalización "convencional", hospitalización de media estancia o recuperación⁶⁶⁻⁶⁸, cuidados paliativos, residencia asistida, fisioterapia domiciliaria, etc.
- La integración en un mismo proceso de atención de un equipo multidisciplinario, que incluya médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, dietistas, etc., así como un papel muy relevante de la Enfermería en la atención y gestión clínica de estos pacientes (enfermera comunitaria de enlace o gestora de casos).

- 
- La consideración del paciente y, en su caso, la persona cuidadora como agentes activos en el proceso.
 - La garantía de la continuidad de los cuidados a través de los mecanismos organizativos descritos, así como mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)⁶⁹: historia clínica compartida, comunicación mediante teléfono móvil, correo electrónico y videoconferencia, telemedicina.

Las Unidades de Pacientes Pluripatológicos⁷⁰, pero también las Unidades o "Programas" de Insuficiencia Cardiaca Congestiva⁽¹⁾ o las Unidades de Enfermedad Crónica Avanzada⁷¹, participan de estos principios organizativos, mediante una detección temprana del deterioro y una rehabilitación precoz, tienen como objetivo mejorar la calidad y la esperanza de vida de estos pacientes, reduciendo la frecuentación de Urgencias y los ingresos hospitalarios, así como una disminución de la estancia media por ingreso⁷². La planificación del alta hospitalaria –señalada en el apartado anterior– es en estos pacientes aún más relevante.

El desarrollo de redes asistenciales

Un elemento común a las distintas estrategias del SNS es la necesidad de desarrollo de "redes asistenciales" vinculadas a los distintos grandes bloques de procesos. Las estrategias del cáncer, cardiopatía isquémica, cuidados intensivos, señalan la necesidad de

crear "redes asistenciales". Las Unidades de Pacientes Pluripatológicos se basan en la creación de "microrredes" asistenciales, mientras que los Sistemas Integrales de Atención a las Emergencias (ictus, síndrome coronario agudo, politraumatismo) requieren de grandes redes que reduzcan al máximo la demora de la atención del paciente en los servicios de referencia (Unidad de Ictus, Angioplastia Primaria). La regionalización de los servicios quirúrgicos de urgencia, propuesta –entre otros– por el Royal College of Surgeons of England⁷³⁻⁷⁵, requeriría asimismo de la creación de una red asistencial (Sistema Integral de Urgencias) específica.

Tomando como base la descripción de "red asistencial" contenida en las estrategias del SNS y los trabajos de Shorrell⁷⁶, en relación con el concepto de "red integrada de servicios", una "red asistencial" debería contar con los siguientes elementos:

- Un marco geográfico y poblacional definido para cada "bloque de procesos".
- La definición de los recursos humanos y físicos con los que cuenta la red.
- El desarrollo de instrumentos (protocolos, vías, procesos asistenciales integrados, etc.) que garanticen la continuidad de los cuidados y sirvan de referente para todos los profesionales que participan en la red asistencial.
- La integración de los equipos asistenciales, como pueden ser:
 - La integración funcional (especialmente de sistemas de información).

(1) Estándares y recomendaciones de las Unidades Asistenciales del Área del Corazón. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Política Social (en elaboración). También: Castro Beiras A, Director del Instituto del Corazón del Hospital Universitario Juan Canalejo. La Coruña; comunicación personal.



- La integración clínica (gestión por procesos, gestión de enfermedades).
- La vinculación de los profesionales.

La “red asistencial” debe permitir vincular recursos en diferentes ámbitos (domicilio, centro de salud, hospital local, servicios de referencia, unidades de convalecencia, etc.), mediante las modalidades asistenciales más adecuadas (apoyo domiciliario, consulta, hospitalización de día, hospitalización convencional, unidades de media o larga estancia, hospitalización a domicilio, etc.), de tal forma que se garantice la calidad, continuidad e integralidad de la atención de la forma más eficiente.

La necesidad de regionalizar los servicios sanitarios

La regionalización de servicios obedece, en primer lugar, a criterios de aseguramiento de la calidad asistencial pues, como se ha señalado, existe suficiente evidencia científica para establecer una relación entre mortalidad y/o morbilidad y volumen de actividad de hospitales y profesionales para determinados procedimientos médicos y quirúrgicos. La creación de “redes asistenciales” conduce, asimismo, a la regionalización de los servicios. Por último, consideraciones de eficiencia (por ejemplo, número de profesionales para mantener un sistema atención continua las 24 horas, 365 días al año; número de estudios para obtener el óptimo rendimiento de un equipamiento) pueden justificar decisiones de regionalización.

No solamente volumen y calidad están relacionados en procesos complejos (cardiopatía isquémica aguda, cáncer,

cirugía cardiaca, neurocirugía, trasplantes, etc.). En un trabajo realizado en el seno de la elaboración del documento de estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias, se encontró que las tasas de cesáreas eran significativamente más elevadas en aquellos hospitales que realizaban menor volumen de partos, y especialmente en aquellos que tenían menos de 600 partos al año, recomendándose no dotar de maternidad hospitalaria a aquellos hospitales que no tengan un área poblacional de referencia que genere una demanda superior a los 600 partos al año, excepto que razones de tiempos de desplazamiento o accesibilidad así lo aconsejen.

El Institute for Public Policy Research (IPPR) señala, para el Reino Unido, que el principal motor para la regionalización de determinados servicios es la seguridad del paciente⁷⁷. Por ejemplo, en relación con la asistencia al síndrome coronario agudo, el IPPR estima que la diferencia en el porcentaje de resultados negativos (muerte inmediata, reinfarto e ictus) es de 6 puntos porcentuales favorable a un abordaje centralizado (angioplastia primaria) frente a otro descentralizado (fibrinolisis) (8%:14%).

La relación entre la regionalización de la asistencia especializada y el desarrollo de recursos hospitalarios a nivel local no es una opción entre alternativas contradictorias. La concentración de tecnología y experiencia es precisa para lograr la máxima calidad, seguridad y eficiencia en el uso de los recursos, pero también para garantizar la equidad (acceso a la misma calidad de las prestaciones para la misma necesidad). De forma complementaria, mientras algunos servicios necesitan ser centralizados, otros deben continuar siendo provistos en los hospitales locales, e in-



cluso en ámbitos más próximos al entorno del paciente. La creación de redes integrales de asistencia debe permitir el apoyo de las especialidades a los hospitales locales/áreas de salud de pequeño tamaño poblacional desde unidades asistenciales que tengan un ámbito poblacional suficiente para garantizar su calidad, seguridad y eficiencia.

Estructura física y recursos materiales

En este apartado, los documentos recogen recomendaciones en relación con la planificación (dimensionado de recursos), programación funcional, diseño, instalaciones y equipamiento (se expone, al menos, un ejemplo de programa funcional y plan de equipamiento indicativo).

En los documentos se proponen modelos de organización física y diseño de las unidades centrados en el paciente, como elemento esencial de la asistencia, y basadas en la evidencia.

Algunos aspectos relativos al diseño de las unidades, como el requisito de la diferenciación de pasillo sucio y limpio en el bloque quirúrgico, están fundamentados en una base teórica que desde hace tiempo se ha demostrado ajena a toda evidencia científica⁷⁸, haciendo énfasis en el documento sobre el bloque quirúrgico sobre otros aspectos efectivamente relacionados con el riesgo de contaminación, como son el control del tráfico de personas^{79,80}, la calidad del aire⁸¹ y la presión en quirófano⁸², mientras que, por el contrario, el flujo laminar no ha demostrado su utilidad^{83,84}, así como tampoco la del uso de luz ultravioleta⁸⁵.

Como otro ejemplo relevante en este apartado, el documento relativo a las maternidades hospitalarias recomien-

da las “Unidades de Trabajo, Parto y Recuperación” (UTPR)^{86,87} frente al modelo más extendido en el sistema sanitario español, basado en la diferenciación de sala de dilatación, paritorio y recuperación.

Recursos Humanos

El apartado de Recursos Humanos de los documentos de estándares y recomendaciones presta especial atención a la definición de los roles de los responsables de las unidades y a la definición del equipo multiprofesional que, por regla general, se integra en cada unidad y procura, en la medida en que exista información disponible, un acercamiento al dimensionado de los recursos humanos basado en las cargas de trabajo. Una recomendación que se reitera es rechazar el establecimiento de necesidades de recursos humanos en relación con la infraestructura disponible, que debería hacerse en función de las cargas reales de trabajo (número de pacientes, escalas de niveles de complejidad, etc.).

Conclusiones

La elaboración de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales se ha mostrado como un eficaz instrumento de trabajo entre el MSPS, las sociedades científicas y los profesionales, tanto asistenciales como dedicados a la gestión, para la elaboración de estos documentos. Esta colaboración está:

- Generando instrumentos para mejorar la calidad, seguridad y eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria.
- Desarrollando y proponiendo modelos organizativos y de gestión de



las unidades asistenciales que incorporan las mejores prácticas nacionales e internacionales.

Como una idea del alcance de las recomendaciones contenidas en los dos puntos anteriores, el resumen ejecutivo de los documentos en los que ha finalizado la fase de grupo de expertos recoge como promedio 53 recomendaciones por unidad.

- Impulsando un cambio en el modelo asistencial del SNS. Existen algunas constantes en los documentos de estándares y recomendaciones que impulsan este cambio de modelo^{(2) 88}.
- La necesidad de desarrollar redes asistenciales específicas, que superan la barrera tradicional entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- La coordinación de las redes asistenciales con la red de servicios sociales y el desarrollo de recursos sociosanitarios.
- La regionalización de los procedimientos y, por tanto, de los recursos humanos y de equipamiento.
- La necesidad de integración de equipos multidisciplinarios, procedentes de distintas profesiones y especialidades. Desarrollo de nuevas competencias profesionales. Rediseño de las especialidades. Relaciones no jerárquicas, si no basadas en el liderazgo.

(2) Las conclusiones en relación con el cambio de modelo sanitario están tomadas del trabajo: Elola J. El futuro del sistema sanitario público en Asturias. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 2010.

- La integración del paciente y, en su caso, de la familia y cuidadores, en el proceso asistencial. El derecho a ser informado y poder elegir.
- La utilización de las TIC y la ingeniería de los procesos asistenciales.

Las estructuras del SNS deberían cambiar para adaptarse a estas necesidades, que implican, asimismo, el abandono de cualquier pretensión de “modelo asistencial universal” que se adapte a cualquier necesidad. Los cambios estructurales que se precisarían serían:

- Eliminar barreras entre Atención Primaria y Atención Especializada para desarrollar la red asistencial específica que provea la asistencia en el momento preciso y en el recurso adecuado.
- Desarrollar unidades de gestión clínica multidisciplinarias, que superen las barreras entre especialidades médicas y profesiones, así como la frontera del hospital, para abarcar el ámbito geográfico, poblacional y de recursos que la red asistencial específica precise.
- Las redes asistenciales deben superar, asimismo, en ocasiones, la tradicional división poblacional y territorial del área de salud, para tener una dimensión “regional” (por ejemplo, para la atención al cáncer, cardiopatía isquémica o ictus).
- La configuración de las unidades de gestión clínica hospitalarias para adaptarse a estos cambios estructurales requieren de un cambio en la concepción tradicional del hospital. Las estructuras de gestión pira-



midales actuales no se adaptan a esta configuración.

- El cambio de modelo sanitario no debe suponer incrementos de costes sino, por el contrario, una mejora notable en la calidad asistencial y una reducción de costes innecesarios y perjudiciales: además de los señalados en referencia a los pacientes crónicos (disminución de estancias en camas de hospitalización de agudos y consultas urgentes), se pueden señalar la reducción de efectos adversos (cultura de seguridad), la reducción de la reiteración de consultas de especialistas innecesarias o la reducción de solapamientos de pruebas diagnósticas, además de las asociadas a una reducción (un objeto plausible es la eliminación) de las esperas inapropiadas.
- Asimismo, una adecuada regionalización de los servicios debería llevar a evitar la redundancia de recursos asistenciales de complejas instalaciones y equipamientos, así como de equipos humanos con bajo volumen de actividad y, por tanto, con baja eficiencia y mayor riesgo para la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966;44:166-206.
2. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Masson: Barcelona; 1988.
3. Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
4. Terol E, Agra Y, Fernández MM, Casal J, Sierra E, Bandrés B et al. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. Med Clin. 2008;131 (3):4-11.
5. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/atencionParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf>.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
7. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
8. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 22 de octubre de 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
9. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>.

10. Unidad de Hospitalización de Día. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>.
11. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf.
12. Atención Hospitalaria al Parto. Maternidades Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>.
13. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>.
14. Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>.
15. Davis R. Patient involvement in patient safety-the patient as part of the safety solution: how can patients be involved? NLH Patient and Public Involvement Specialist Library (<http://www.library.nhs.uk/ppi/ViewResource.aspx?resID=273> 565&tabID=289). Consultado el 05.01.09.
16. Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science*. 1973;182:1102-8.
17. Wennberg DE. Variation in the delivery of health care: the stakes are high (editorial). *Ann Intern Med*. 1998;128:866-8.
18. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Disponible en: www.who.int/patientsafety.
19. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety-Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. 5 April 2005.
20. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24 May 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>.
21. Shojania KG, Wald H, Gross R. Understanding medical error and improving patient safety in the inpatient setting. *Med Clin N Am*. 2002; 86:847-67.
22. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. London: National Patient Safety Agency. February 2004.
23. NQF. Safe Practices for Better Healthcare 2006 Update: A Consensus Report. Washington, DC:



- 
- National Quality Forum; 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe_practices_2006.asp.
24. Kizer KW. Large system change and a culture of safety. En: Proceedings of Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care, Rancho Mirage, CA, 1998. Chicago: National Patient Safety Foundation; 1999. p. 31-3.
25. Bodenheimer T. Coordinating Care. A Perilous Journey through the Health Care System. N Engl J Med. 2008;358:10 (www.nejm.org march 6, 2008). Downloaded from www.nejm.org at BIBLIOTECA VIRTUAL SSPA on January 27, 2009.
26. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Volumen 1, Solución 3. Mayo 2007. Disponible en: World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. [consultado el 15/9/2008]. Disponible en: <http://www.jcipspatientsafety.org/14685/>.
27. Joint Commission 2009 National Patient Safety Goals Hospital Program. <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>.
28. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Safety in the Operating Room. 2006.
29. Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. Effective Health Care. Nuffield Institute for Health, University of Leeds. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. December, 1996.
30. Thiemann DR, Coresh J, Oetgen WJ, Powe NR. The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients. N Engl J Med. 1999;340:1640-8.
31. Interpreting the Volume. Outcome Relationship in the Context of Health Care Quality. Hewitt M, for the Committee on Quality of Health Care in America and the National Cancer Policy Board. Workshop Summary by Institute of Medicine, Washington, D.C.; 2000.
32. Birkmeyer J, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. N Engl J Med. 2002;346:1128-37.
33. AHRQ. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals. Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality. June 2002. Version 3.1 (March 12, 2007) (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>).
34. Gajdjour A, Bannenberg A, Lauterbach KW. Threshold volumes associated with higher survival in health care: a systematic review. Med Care. 2003;41:1129-41.
35. Garland A. Improving the ICU. Chest. 2005;127:2165-79. DOI 10.1378/chest.127.6.2165.
36. Helmreich RL, Merritt AC. Culture at Work in Aviation and Medicine: Na-

- tional, Organizational, and Professional Influences. Aldershot, Hampshire, England: Ashgate; 1998.
37. Deming WE. Out of crisis. Cambridge, MA: M.I.T. Press; 1986.
38. Juran JM, Godfrey AB. Juran's quality handbook. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1998.
39. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med.* 1989;320:53-6.
40. McLaughlin CP, Kaluzny AD. Total quality management in health: making it work. *Health Care Manage Rev.* 1990;15:7-14.
41. Milakovich ME. Creating a total quality health care environment. *Health Care Manage Rev.* 1991;16:9-20.
42. Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.
43. Management of patients with stroke or TIA: Assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). December, 2008. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/108/index.html>, consultado el 26.12.2008.
44. Estrategia de Atención al Ictus en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
45. Findlay G, Smith N, Martin IC, Weyman D, Carter S, Mason M (comp.). Trauma: Who cares? A report of the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. 2007.
46. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS. MSPS. 2006.
47. Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London: NHS. National Patient Safety Agency. November, 2007.
48. Safer care for the acutely ill patient: learning from serious incidents. London: NHS. National Patient Safety Agency. 2007.
49. Guidelines for the introduction of Outreach Services. Intensive Care Society. 2003.
50. Transforming Medical-Surgical Care. Disponible en <http://www.ihii.org/IHI/Topics/ReducingMortality/>. Consultado el 05.01.09
51. Marco J, Barba R, Plaza S, Losa JE, Canora J, Zapatero A. Analysis of the mortality of patients admitted over the weekend to internal medicine wards. *Am J Med Qual.* 2010; 25(4):312-8.
52. Barba R, Losa JE, Velasco M, Guijarro C, García de Casasola G, Zapatero A. Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends. *Eur J Intern Med.* 2006;17:322-4.
53. Discharge from hospital: pathway, process and practice. Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team. Department of Health. 2003.
54. Achieving timely 'simple' discharge from hospital. A toolkit for the multi-disciplinary team. Department of Health. 2004.
55. García JS, Bernabeu M, Ollero M, Aguilar M, Ramírez N, González MA



- 
- et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(1):5-9.
56. Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2005;205(9):413-7.
57. Mayoral L, Montero MJ, Vigil E. El reingreso como problema asistencial en el área de Medicina Interna. Detección, cuantificación y descripción de una población de reingresadores. *An Med Intern (Mad)*. 1994;14.
58. Aguilar M, Ramírez N, Romero S, Ollero M, Limpo P, Cuello JA et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin*. 2005; 125:5-9.
59. Fernández Miera M. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit*. 2008;22(2):137-43.
60. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing chronic disease. What can we learn from the US experience? King's Fund Research Paper. January 2004.
61. Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo-American exchange. King's Seminar Report. November 2007.
62. Improving Chronic Disease Management. Department of Health. 3 March 2004.
63. NHS. Modernisation Agency. Learning distillation of Chronic Disease. Management programmes in the UK. July 2004 (www.natpact.nhs.uk).
64. Ollero M, Álvarez M, Barón B, Bernabeu M. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. 2^a ed. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.
65. Fernández-Miera MF, Escalada-Sarabia C, Sampedro-García I. Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126:37-8.
66. Griffiths PD, Edwards ME, Forbes A, Harris RL, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD002214. DOI: 10.1002/14651858.CD002214.pub3.
67. Walsh B, Steiner A, Pickering RM, Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard acute care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. *BMJ*. 2005;330:699-702.
68. Cullum N, Spilsbury K, Richardson G. Nurse led care Determining long term effects is harder than measuring short term costs. *BMJ*. 2005; 330:682-3.
69. Hofmarcher M, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. *OECD Health Working Paper* No. 30. OECD, 2007.
70. Medina J. Unidad de pacientes con pluripatología y atención médica



- integral. Proyecto fin de máster. Agencia Laín Entralgo. 2005.
71. Orte L, Barril G. Unidad de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Concepto de una unidad multidisciplinaria. Objetivos de la consulta de ERCA. *Nefrología*. 2008; Supl. 3: 49-52.
72. Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, De Villar Conde E, Vega Sánchez J, Mayoral Martín L, López Alonso R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores. *Rev Clin Esp*. 2002;202: 187-96.
73. The Provision of Emergency Surgical Services: An Organisational Framework. The Royal College of Surgeons, 1997.
74. Acute health care services. Report of a Working Party. Academy of Medical Royal Colleges. September 2007.
75. Acute medical care. The right person, in the right setting, first time. Report of the Acute Medicine Task Force. Royal College of Physicians. October 2007.
76. Ferlie E, Shortell SM, "Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change", *The Milbank Quarterly*. 2001;79(2): 281-316.
77. Farrington-Douglas J, Brooks R. The Future Hospital. IPPR. 2007.78. Laufman H. Hospital Special-Care Facilities. Planning for user needs. Academic Press. 1981.
79. Ayliffe GAJ. Role of the Environment of the Operating Suite in Sur-gical Wound Infection. *Rev Infect Dis*. 1991;13(suppl.):S800-4.
80. Choux M, Genitori L, Lang D, Lena G. Shunt Implantation: Reducing the Incidence of Shunt Infection. *J Neurosurg*. 1992;77:875-80.
81. Everett WD, Kipp H. Epidemiologic Observations of Operating Room Infections Resulting from Variations in Ventilation and Temperature. *Am J Infect Control*. 1991;19:277-82.
82. Lidwell OM. Clean Air at Operation and Subsequent Sepsis in the Joint. *Clin Orthop*. 1986;211:91-02.
83. Ha'eri GB, Wiley AM. Total Hip Replacement in a Laminar Flow Environment with Special Reference to Deep Infections. *Clin Orthop*. 1980;148:163-8.
84. Brandt C, Hott U, Sohr D, Daschner F, Gastmeier P, Rüden H. Operating Room Ventilation with Laminar Airflow Shows no Protective Effect on the Surgical Site Infection Rate in Orthopedic and Abdominal Surgery. *Ann Surg*. 2008;248:695-700.
85. Taylor GD, Bannister GC, Leeming JP. Wound disinfection with ultra-violet radiation. *J Hosp Infect*. 1995; 30:85-93.
86. Notelovitz N. Chapter 27. The Obstetrical Suite. Part II. The Single-Unit Delivery System: Obstetric Unit Design for the 1980s. En: Laufman H. Hospital Special-Care Facilities. Planning for user needs. New York: Academic Press; 1981. p. 375-84.
87. Maternity department. Health Building Note / Scottish Hospital Planning Note 21. London: HMSO;

- 
- 1996. Disponible en: http://195.92.246.148/knowledge_network/documents/HBN_21_Exec_summ_2007122160300.pdf.
 - 88. Elola J. El futuro del sistema sanitario público en Asturias. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 2010.