

# **PLAN ESTRATÉGICO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE SEAIC 2015-2018**

Documento alineado con la Estrategia para la Seguridad del Paciente del  
MSSSI y con el Plan Estratégico de la Sociedad Española de Alergología e  
Inmunología Clínica 2011-2018

**DARÍO ANTOLÍN AMÉRIGO**

**25 de Mayo 2015**

**PECSA-SEAIC  
2015-2018**



## Junta Directiva

Presidente: Joaquín Sastre Domínguez (Madrid)

Vicepresidente: Ignacio Dávila González (Salamanca)

Tesorero-Vicesecretario: Antonio Valero Santiago (Barcelona)

Secretario: Darío Antolín Amérigo (Madrid)

Vocales:

María J. Álvarez Puebla (Navarra)

Juan Fraj Lázaro (Zaragoza)

Elisa Gómez Torrijos (Ciudad Real)

María José Giménez Romero (Málaga)

Antonio Martorell Aragonés (Valencia)

Juan Carlos Miralles López (Murcia)

Javier Montoro Lacomba (Valencia)

Nancy Raquel Ortega Rodríguez (Las Palmas)

Matilde Rodríguez Mosquera (Madrid)

Virginia Rodríguez Vázquez (Santiago Compostela)

## Presidentes Comités SEAIC:

Mar Reaño Martos. Presidenta del Comité de Calidad y Seguridad Asistencial (Madrid)

M<sup>a</sup> Dolores Paloma Ibáñez Sandín. Presidenta del Comité de Alergia Infantil (Madrid)

Ángel Moral de Gregorio. Presidente Comité de Aerobiología (Toledo).

Julio Delgado Romero: Presidente del Comité de Asma (Sevilla)

Teresa Dordal Culla: Presidenta del Comité de Rinoconjuntivitis (Tarragona)

Joan Bartra Tomás: Presidente del Comité de Alergia a Alimentos (Barcelona)

M<sup>a</sup> Dolores Hernández Fernández de Rojas: Presidenta del Comité de Ejercicio y Desarrollo Profesional.

M<sup>a</sup> José Torres Jaén: Presidenta del Comité de Alergia a Medicamentos (Málaga)

Ignacio Jáuregui Presa: Presidente del Comité de Alergia Cutánea (Bilbao)

Ana I. Tabar Purroy: Presidenta del Comité de Inmunoterapia (Pamplona)

Carlos Colás Sanz: Presidente del Comité de Desarrollo Corporativo (Zaragoza)

Eduardo Fernández Ibáñez. Presidente del Comité de Formación Continuada (Vitoria)

Alberto Álvarez Perea. Presidente del Comité de Alergólogos Jóvenes y MIR (Madrid)

Teresa Alfaya Arias. Presidenta del Comité de Alergia a Himenópteros (Madrid)

Pedro Ojeda Fernández. Presidente del Comité de Comunicación (Madrid)

Moisés Labrador Horriño. Presidente del Comité de Inmunología (Barcelona)

M<sup>a</sup> Cristina Mañas Rueda. Presidenta del Comité de Enfermería (Madrid)

## Revisores Externos

Belén de la Hoz Caballer. Adjunta a la Gerencia de Docencia, Investigación y Calidad. Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

Santiago Quirce Gancedo. Jefe de Servicio de Alergología. Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Francisco Javier Contreras Porta. Responsable Calidad y Seguridad del Paciente. Servicio de Alergología. Hospital Universitario La Paz (Madrid)

José M<sup>a</sup> Olaguíbel Rivera. ExPresidente SEAIC. Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona)

Tomás Chivato Pérez. ExPresidente SEAIC. Decano Facultad de Medicina Universidad CEU-San Pablo.

Carmen Vidal Pan. Jefa de Servicio de Alergología. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago

Francisco de Paula Rodríguez Perera. Profesor Curso Gestión Estratégica SSCC-ESADE

# Índice

<b>1. Metodología</b>	<b>Pág. 5</b>
<b>2. Antecedentes y justificación</b>	<b>Pág. 5</b>
<b>2.1. Recorrido histórico y Conceptos</b>	<b>Pág. 5</b>
<b>2.2. El plan estratégico general de SEAIC 2011-2018</b>	<b>Pág. 13</b>
2.2.1. Misión	
2.2.2. Visión	
2.2.3. Valores	
2.2.4. Objetivos Globales del PECSA	<b>Pág.14</b>
2.2.5. Ejes estratégicos	<b>Pág.15</b>
<b>3. Población Diana</b>	<b>Pág.15</b>
<b>4. Descripción y análisis de la situación actual</b>	<b>Pág.15</b>
<b>4.1. La calidad y seguridad asistencial en los ejes estratégicos del PE 2015-2018</b>	
<b>4.2. Análisis de la Sociedad por áreas (Sistemas-Área de Interés)</b>	<b>Pág.19</b>
4.2.1. Análisis cuantitativo	<b>Pág.19</b>
4.2.2. Análisis cualitativo	<b>Pág.22</b>
<b>4.3. Análisis del Entorno: Factores Estructurales</b>	<b>Pág.22</b>
<b>4.4. Análisis Interior: Patologías y áreas de salud que la SEAIC aborda</b>	<b>Pág.24</b>
4.4.1. La Alergología y a Inmunología Clínica como patologías	<b>Pág.24</b>
4.4.2. Procedimientos por áreas de subespecialización en Alergología	<b>Pág.24</b>
<b>4.5. Matriz DAFO y estrategias CAME</b>	<b>Pág.27</b>
<b>5. Estrategia del PECSA-SEAIC 2015-2018</b>	<b>Pág.34</b>
<b>5.1. Ejes estratégicos</b>	<b>Pág.34</b>
<b>5.2. Objetivos estratégicos</b>	<b>Pág.34</b>
34	
<b>5.3. Cronograma de actividades</b>	<b>Pág.35</b>
<b>6. Plan de acción del PECSA-SEAIC 2015-2018</b>	<b>Pág.36</b>
<b>6.1. Eje estratégico “Cartera de Servicios”</b>	<b>Pág.36</b>
<b>6.2. Eje estratégico “Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés”</b>	<b>Pág.37</b>
<b>6.3. Eje estratégico “Organización y Recursos”</b>	<b>Pág.39</b>
<b>7. Evaluación y política de reajuste del PECSA-SEAIC 2015-2018</b>	<b>Pág.40</b>
40	

<b>7.1. Evaluación</b>	<b>Pág.40</b>
<b>40</b>	
7.1.1. <i>Evaluación cuantitativa</i>	
7.1.2. <i>Evaluación cualitativa</i>	
<b>7.2. Política de reajuste</b>	<b>Pág.41</b>
<b>8. Anexo 1. Cuadro de mandos del PECSA-SEAIC 2015-2018</b>	<b>Pág.42</b>
<b>9. Anexo 2. Cronograma de Actividades del PECSA-SEAIC 2015-2018</b>	<b>Pág.45</b>
<b>10. Anexo 3. Formularios de Seguridad</b>	<b>Pág.46</b>
<b>11. Bibliografía</b>	<b>Pág.65</b>

## 1. Metodología

Para el desarrollo del Plan Estratégico de Calidad y Seguridad Asistencial de la SEAIC 2015-2018 (PECSA-SEAIC 2015-2018) se han empleado los conocimientos y documentación facilitados en el Curso de Gestión de Sociedades Científicas 2014 de ESADE Business School.

El **diagnóstico** de la **situación** vigente se ha establecido sobre la base de:

- Conocimiento interno del funcionamiento, organigrama, estructuras y recursos de la Sociedad.
- Análisis de las guías existentes elaboradas por los diferentes comités de SEAIC
- Entrevistas personales con socios de SEAIC con funciones relevantes en lo referente a Calidad y Seguridad Asistencial.
- Análisis de situación de la Calidad y Seguridad Asistencial en los Servicios de Alergología de SEAIC.

Se han analizado la **perspectiva interna**, identificando debilidades y fortalezas, y la **perspectiva externa**, identificando amenazas y oportunidades.

Tras el análisis se ha generado una **matriz DAFO**, de la que se han deducido los **objetivos estratégicos**. Finalmente, se han desarrollado los objetivos estratégicos para el periodo de cuatro años y **objetivos operativos** para los primeros dos años. Por último, se presenta un **análisis** de los **recursos** necesarios para la implementación del Plan, así como de los mecanismos de su **revisión continua**.

El borrador de este documento fue revisado y consensuado por la Junta Directiva y por personas con un papel relevante en materia de Calidad y Seguridad Asistencial de la Sociedad, así como por D. Francisco de Paula Rodríguez Perera, Colaborador de ESADE en el Programa de Organización Estratégica en las Sociedades Científico-Médicas.

## 2. Antecedentes y justificación

### 2.1. Recorrido histórico y Conceptos

La **misión fundamental** de SEAIC fue definida en el marco del **Plan Estratégico** de la **SEAIC 2011-2018 (1)**, por el Dr. José María Olaguíbel como la **difusión** y **generación** del **conocimiento**, centrado en la **práctica clínica** de **excelencia** marcando sus **estándares** a nivel del territorio nacional, de forma de que sea el referente obligado de diálogo con los agentes de interés tanto en el ámbito público como privado. La práctica de la excelencia conlleva a ser una práctica **centrada** en las **necesidades** del **paciente** y de la **población**.

El concepto **Calidad** viene definido en el diccionario de la Real Academia Española como la Propiedad o conjunto de **propiedades inherentes** a algo, que permiten juzgar su **valor**. Además se define como la condición o requisito que se pone en un contrato. Por tanto, la calidad de la asistencia sanitaria es el conjunto de propiedades inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios del mismo tipo. Dentro del ámbito sanitario, es el **resultado** de diversas **interacciones** que se suceden en el tiempo entre los distintos **agentes** que conforman los sistemas de salud.

Calidad consiste en “**hacer bien lo que se debe de hacer**”, idealmente con la **máxima satisfacción** de quienes lo reciben y, buscando la eficiencia con el **menor coste** posible. Las organizaciones y servicios orientados hacia la calidad buscan **optimizar**, más que maximizar. Todo proceso de evaluación de la calidad se inicia con la evaluación de su **adecuación**, posteriormente considerando su **excelencia** y por último la **satisfacción** de los usuarios o aquellos agentes receptores del servicio que se presta (Figura 1)(2)

**Figura 1. Proceso de evaluación de la Calidad**



**Figura 2. Aspectos de la Calidad Asistencial**



Podríamos definir a la calidad asistencial como el resultado de sumar la calidad científico-técnica con la calidad relacional. **Calidad asistencial= Adecuación+Excelencia+Satisfacción= Calidad científico-técnica + Calidad relacional (3,4).**

La **calidad científico-técnica**, en términos de asistencia sanitaria busca yuxtaponer la **efectividad** de la práctica clínica a la **eficacia** que la ciencia ha demostrado, y de emplear la más eficiente. Todo ello, siguiendo las premisas de accesibilidad, equidad y seguridad, en el caso de la asistencia sanitaria pública. Este apartado de la calidad, se centra en los **procesos atendidos**.

La **calidad relacional** es la capacidad del sistema para **comunicarse** con los **receptores** del servicio. Se fundamenta en el respeto, entre otros, de los principios de ética asistencial y de los valores y preferencias de las personas que reciben la asistencia. Por tanto, se puede referir tanto al **paciente**, como a **otros profesionales** que requieren nuestro servicio (otros especialistas, enfermería, técnicos sanitarios, gestores, etc).

A diferencia de otros sectores, en los que los clientes disponen de recursos para definir la calidad de un producto, la **alta complejidad** de la **asistencia sanitaria**, así como del bien “salud”, hace menos fácil que los usuarios de la asistencia sanitaria valoren de forma objetiva el producto final de la asistencia sanitaria. No obstante, en la actualidad, la **calidad percibida** por los pacientes está siendo considerada como un parámetro importante por gestores y administraciones sanitarias

La **calidad asistencial** podría ser definida mediante los siguientes supuestos:

- Desarrollo de un proceso clínico **estandarizado**, buscando obtener un resultado óptimo de la asistencia.

- Uso **eficiente** de los **recursos** empleados en cada caso
- **Mínimo riesgo** para el paciente en cuanto a iatrogenia y efectos secundarios de los tratamientos practicados
- Que el paciente considere que el tratamiento ha sido útil en su caso para mantener o incrementar su **calidad de vida**, o estado de salud.
- Los **medios diagnósticos** pueden **justificar** el **beneficio final** obtenido (correcto diagnóstico y orientación; por ejemplo en pruebas de provocación alérgica)
- Logro de un nivel de **satisfacción** del **paciente** con los cuidados que recibe
- Nivel de **satisfacción** de los **profesionales** aceptable.

Desde el punto de vista de la Calidad y Seguridad Asistencial, la **SEAIC** se halla **alineada** con la **Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud** coordinada por **Subdirección General de Calidad y Cohesión** del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (**MSSSI**), que está elaborando dicho documento en colaboración con las CCAA y las diferentes especialidades médicas. La Junta Directiva actual de SEAIC ha estimado necesario y fundamental la creación de este Plan Estratégico.

### **Atributos de la Calidad Asistencial**

Por consiguiente, la **calidad científico-técnica** comprende los siguientes factores: habilidad, conocimiento, competencia, interés, tiempo y recursos disponibles.

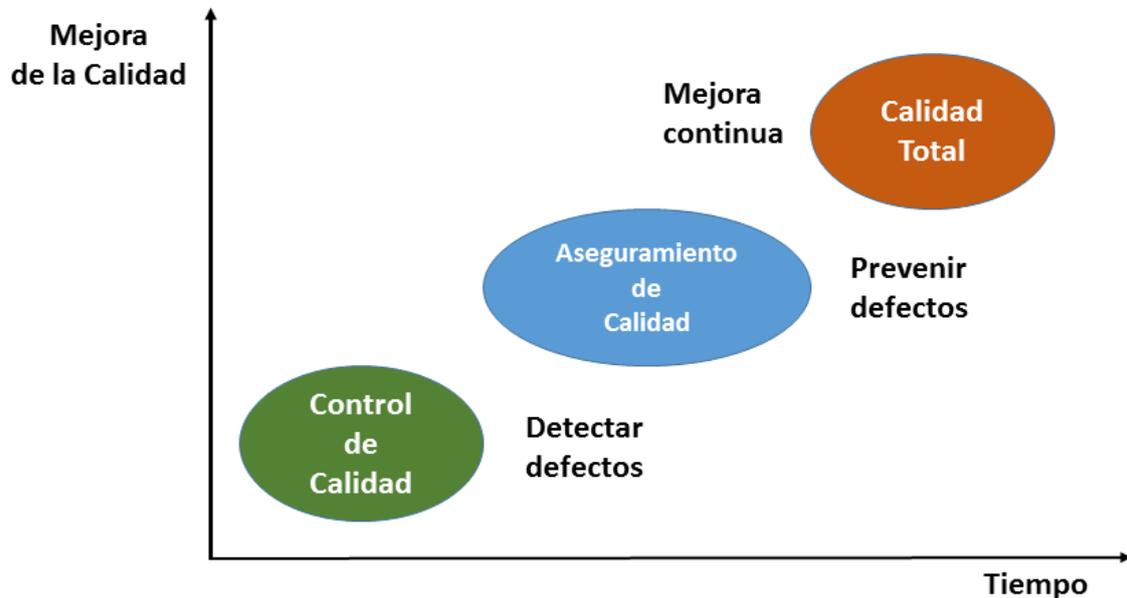
La **calidad de relación** entre profesionales y pacientes, así como entre profesionales depende también de varios factores: comunicación, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, así como atender las preferencias y valores de cada persona implicada.

Por otra parte, la **coyuntura económico-social** actual de recursos limitados, supone un **reto** para las instituciones y organizaciones, que deben procurar la accesibilidad de los usuarios, su capacidad de respuesta frente a las necesidades cambiantes de los mismos y optimizar la utilización de los recursos.

Desde el punto de vista histórico, la evaluación de la calidad procede del **modelo industrial**. Tras la Revolución Industrial, el sector manufacturero inicia el paso del control pasivo, en el que los consumidores exigían compensación ante la adquisición de un producto deficiente, al control activo del productor de la calidad de sus productos, de una forma gradual. Se asume por tanto la función de comprobar la calidad de: 1) materia prima, 2) proceso de producción, 3) producto final. Los profesionales sanitarios han ido adoptando progresivamente el paradigma industrial, dadas las características de irreversibilidad y coste del proceso de producción del **bien salud**. Es por ello que se focalice la atención en la elaboración del producto salud con la más alta calidad y seguridad, desde el inicio.

No obstante, es importante destacar que la conformidad con las normas estructurales no asegura la excelencia del proceso y del resultado **(5)**, sino que establece las

condiciones previas necesarias para prestar una atención adecuada (6). En la Figura 3 se observa el proceso que lleva a la calidad total [Extraído de (3)].



#### Sistemas de Gestión de la Calidad (4)

- A. Autorización
- B. Normalización
- C. Acreditación
- D. Certificación

##### **A. Autorización**

Proceso administrativo de carácter obligatorio ante una autoridad gubernamental competente, regulado (en el ámbito local, regional o estatal) en una norma específica (Ley, Decreto, Orden o Reglamento). Supone el reconocimiento de una serie de requisitos reunidos por una determinada institución, persona jurídica o actividad.

##### **B. Normalización**

Consiste en establecer las **características técnicas** que debe reunir un producto, bien o servicio, y permite establecer **soluciones** a situaciones repetitivas. Las **normas**, recogidas en un **documento** y con la cualidad de **aplicación voluntaria**, son **especificaciones técnicas** basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico, fruto del **consenso** entre todas las partes interesadas e involucradas en la actividad objeto de la misma, **aprobadas** por un Organismo de Normalización reconocido (en España AENOR). Las normas permiten a consumidores y usuarios obtener una **referencia** para conocer el nivel de **calidad y seguridad** que deben **exigir** a los productos o servicios que utilizan. En este apartado se incluirían las Unidades de Inmunoterapia, Desensibilización a alimentos, a medicamentos, Unidades de Asma Grave y Unidades de Urticaria Crónica.

### C. Acreditación

Procedimiento por el cual un **Organismo de Acreditación independiente** y autorizado reconoce **formalmente** que una organización es **competente** para la realización de una determinada **actividad**. El modelo define la **estructura óptima**, de acuerdo con el nivel deseado de calidad del servicio. La **calidad del servicio** además depende de la **ejecución** de los procesos y del **control y mejora** de los mismos, y serán las medidas de **proceso y resultado** las que permitan identificar **puntos fuertes y áreas de mejora** de nuestra organización, sobre los que aplicar la metodología de gestión de la calidad, una vez que se cumplen los requisitos estructurales.

Mediante la acreditación, se verifica el **cumplimiento**, por parte de la organización, de su propio **plan de trabajo**, su orientación hacia la **calidad total** y el nivel de cumplimiento de sus objetivos e indicadores de resultados. La **Entidad Nacional de Acreditación** (ENAC) es el organismo designado por la Administración para establecer y mantener el sistema de acreditación a nivel nacional. Es habitual confundir los términos de normalización y acreditación, dado que la última es llevada a cabo por un organismo de acreditación independiente y autorizado como la ENAC.

### D. Certificación

La certificación es la **acción** llevada a cabo por una **entidad independiente** de las partes interesadas, mediante la que se manifiesta la **conformidad** de una empresa, producto, proceso, servicio o persona con los **requisitos definidos** en normas o especificaciones técnicas.

### El concepto Seguridad

El concepto **Seguridad** es abstracto y en cierto modo considerado por algunos autores como arbitrario, dado que los niveles de seguridad pueden **depender** de la **misión** o los **valores** de una determinada sociedad o empresa y además puede estar condicionada por la **coyuntura macro, micro o mesosocial**.

Kaplan y Mikes postularon una nueva categorización del **riesgo**, concepto ineludiblemente asociado al de seguridad **(7)** Según el Diccionario de la Real Academia Española, Riesgo es aquella contingencia o proximidad de un daño. Otra acepción sería: cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro. Seguridad viene definida como **calidad de seguro**.

En el mundo de la gestión así como en el ámbito financiero, se ha definido un nuevo paradigma que permite a los ejecutivos dirimir **qué riesgos** pueden ser gestionados a través de un **modelo de reglas** con **diferentes abordajes** según el tipo de riesgo. Se trata de una **Estrategia de gestión de riesgos**, que puede ser aplicable al ámbito de la gestión clínica y operativa. Este modelo de Predicción de Riesgos aporta un **valor añadido** a las instituciones y organizaciones que lo apliquen, dado que permite **identificar y preparar** posibles **medidas** ante la eventual aparición de riesgos no prevenibles que pudieran sobrevenir en el funcionamiento de las mismas.

Según este nuevo paradigma, habría tres tipos de riesgos: 1) Prevenibles; 2) Estratégicos; 3) Externos.

### 1) Riesgos Prevenibles:

Son riesgos **internos** a la organización, controlables y que debieran ser eliminados o evitados. Ejemplos: Acciones incorrectas, ilegales o inapropiadas de empleados o miembros de la organización o bien debido a desajustes o fracasos en procesos habituales. Las organizaciones debieran tener una **zona de tolerancia** para los defectos o errores que no causaran un daño severo a la organización y cuya evitación podría causar mayores pérdidas. En general, las organizaciones deberían ponerse como objetivo eliminar estos riesgos, dado que **no producen beneficios** estratégicos. *Ejemplo:* Errores en la dosificación durante administración de medicación en hospital de día. Mediante una correcta identificación informatizada e identificada con el nombre del paciente puede resultar de interés.

Manejo: a través de la prevención activa, mediante la **monitorización** de procesos operativos y guiando las acciones, comportamientos y decisiones de los miembros a través de unas **normas o valores** ideales a seguir.

### 2) Riesgos Estratégicos

Son aquellos que una organización está **dispuesta a asumir** con objeto de **generar mayores beneficios**. Se diferencian de los riesgos prevenibles en que los riesgos estratégicos **no son ineludiblemente indeseables**. Una estrategia con **grandes expectativas de beneficio** requiere a la organización **asumir riesgos** significativos. El manejo o la gestión de estos riesgos es crucial para conseguir los objetivos. Manejo: **no** pueden ser **gestionados** mediante un **modelo de gestión** de riesgos. Se requiere un sistema de gestión de riesgos diseñado para reducir la probabilidad de que los riesgos asumidos se materialicen, así como mejorar la capacidad de la organización para gestionar o contener la aparición de riesgos que puedan acontecer. Este sistema no causaría un descenso de la aparición de riesgos, sino que capacitaría a las organizaciones a tomar mayores riesgos, proyectos de alta envergadura con mayores beneficios y que fueran inabordables a otras organizaciones con una gestión de riesgos menos eficaz. *Ejemplo:* Unidades de Desensibilización de fármacos o alimentos. Dichas unidades conllevan una mayor probabilidad de acontecimientos adversos relacionados con este procedimiento, pero indudablemente supone un valor añadido para la institución.

### 3) Riesgos Externos:

Algunos riesgos aparecen debido a acontecimientos externos o ajenos a la organización y por tanto, quedan **fuera del ámbito de influencia** o de control de la misma. Se trata de desastres naturales o políticos así como intensos cambios macroeconómicos. Este tipo de riesgos requiere una aproximación distinta. Dado que las organizaciones no pueden prevenir su aparición, su manejo se debe enfocar

en la **identificación** (se vuelven obvios a posteriori, aunque a veces no fácilmente identificables a priori) así como en la **amortiguación** de su impacto. Ejemplo: disminución de personal de enfermería, auxiliar o médico.

Más allá de introducir una metodología sistemática que ayude a identificar y aminorar los riesgos estratégicos, las organizaciones también deben poseer una estructura de vigilancia. Algunas organizaciones poseen una estructura dual: un equipo central que identifica riesgos estratégicos generales y promulga una política central y por otra parte existen equipos funcionales especializados que diseñan y monitorizan políticas y mecanismos de control en consonancia con administraciones locales. Los equipos descentralizados tienen la autoridad y experiencia para responder a las amenazas y cambios en sus perfiles de riesgo, apoyándose en el equipo central para revisión. Dentro de SEAIC, los expertos asociados serían los miembros de cada comité, siendo su referente el/la Presidente/a de cada comité.

### **Estratificación del riesgo y complejidad de procedimientos**

En línea con el **Plan Estratégico de Alergología de la Comunidad Autónoma de Madrid 2011-2015 (8)** de forma práctica se propone **estratificar en 2 grupos los procedimientos diagnóstico-terapéuticos** en Alergología, según tiempo y recursos precisos:

- **Grupo A:** Pruebas realizadas en los hospitales/centros de especialidades consideradas de complejidad baja en cuanto a consumo de tiempo facultativo y recursos del servicio destinados a su realización y/o riesgo bajo de reacción
- **Grupo B:** Pruebas realizadas en ambiente hospitalario de complejidad alta en cuanto a consumo de tiempo de facultativo y recursos del servicio destinados a su realización y/o mayor riesgo de reacción

<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>
Pruebas cutáneas	Provocación Bronquial inespecífica (metacolina, manitol, adenosina)
Pruebas epicutáneas	Provocación Bronquial específica (sustancias de alto y bajo PM)
Espirometría	Provocación con alimentos
Test de Broncodilatación	Provocación con aditivos
Espujo inducido	Provocación con medicamentos
Oscilometría de impulsos	Desensibilización a medicamentos
Rinomanometría	Desensibilización a alimentos
Endoscopia nasal	Administración de fármacos biológicos
Citología nasal	Inmunoterapia agrupada
Olfatometría	Provocación nasal específica
	Provocación conjuntival específica

## 2.2. El plan estratégico general de SEAIC 2011-2018

En el año 2011, el Expresidente, Dr. José María Olaguibel, elabora el primer plan estratégico en la historia de SEAIC que guiará las acciones de la Junta Directiva hasta el año 2018 y establece las bases para una gestión más **estructurada** y **delegada**.

El presidente actual, Dr. Joaquín Sastre, dentro de su plan de acción de la legislatura 2014-2018 fomenta la creación de un Plan Estratégico en materia de Calidad y Seguridad Asistencial en el ámbito de la Alergología.

**El propósito fundamental del Plan estratégico de Calidad y Seguridad Asistencial de SEAIC 2015-2018 (PECSA-SEAIC) es establecer unos mínimos de Calidad y Seguridad en el ámbito de los Servicios de Alergología, con objeto de suprimir los riesgos de los pacientes y de los agentes relacionados y fomentar una cultura de Calidad y Seguridad en los diferentes ámbitos asistenciales.** Dicho plan se halla enmarcado en el Plan Estratégico SEAIC 2011-2018 y en consonancia con la misión, visión, valores y líneas estratégicas definidas en él y que se exponen a continuación:

### 2.2.1. MISIÓN

“SEAIC es una sociedad profesional y científica, de ámbito nacional y sin ánimo de lucro, promotora permanente de la **formación** y el **desarrollo profesional y científico** de sus asociados en el campo de las enfermedades alérgicas e inmunológicas. Su misión fundamental es la **difusión** y **generación** del **conocimiento**, centrado en la práctica clínica de **excelencia** marcando sus **estándares** a nivel del territorio nacional de forma que sea el **referente obligado** de diálogo con los agentes de interés tanto en el ámbito público como privado. La práctica de la excelencia conlleva ser una práctica centrada en las **necesidades** del paciente y de la **población** y junto con el fomento de la **educación en salud**.”

### 2.2.2. VISIÓN

“La visión de la SEAIC es la de la **mejora de la salud** y el **bienestar** de los pacientes con **enfermedades alérgicas** e inmunológicas desde la perspectiva de un **abordaje unitario** como enfermedad sistémica, con afectación multiorgánica y con fuerte agregación familiar. Todo ello bajo el prisma del **enfoque etiológico** de los procesos y enmarcado en los estándares de la **medicina basada** en la **evidencia** y la relevancia de las **acciones preventivas** y de índoles educativas y sociales.”

### 2.2.3. VALORES

“Entendemos que como profesionales nuestros valores deben ser los clásicos del profesionalismo y de las organizaciones para la promoción de la salud:

1. La **excelencia** profesional y científica
2. La **integridad** y **transparencia**: caracterizadas por unas acciones responsables, meticulosas y consistente realizadas bajo el espíritu del respeto al profesional, paciente y a la población, de forma abierta y optimizando su difusión.

3. La **innovación y participación**: Infundir y dinamizar nuestra sociedad mejorando las capacidades profesionales y humanas de alergólogo a través de ideas creativas y el talento único de todos y cada uno de nuestros asociados.
4. **Abiertos a la comunidad** científica nacional e internacional
5. La capacidad de **autogestión y sostenibilidad**: Manteniendo y reinvertiendo en nuestros fines y extendiendo nuestra actividad mediante la administración inteligente de todos nuestros recursos humanos, materiales y económicos.”

#### 2.2.4. OBJETIVOS GLOBALES DEL PECSA:

##### 2.2.4.1. Mejorar la Seguridad de los Pacientes

Los **efectos no deseados** secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada **morbilidad y mortalidad** en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado **impacto** económico y social de los mismos.

Por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales (UE, OMS etc.) para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

#### OBJETIVOS:

- Promover y desarrollar el **conocimiento** y la **cultura de seguridad** del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria
- Diseñar y establecer sistemas para la **comunicación** de los **incidentes** relacionados con la seguridad del paciente

##### 2.2.4.2. Mejorar la Atención de los Pacientes

Las patologías más prevalentes y que suponen una mayor carga asistencial, familiar y social están siendo objeto de especial atención en todos los países y por parte de los organismos internacionales especializados. La **Alergia**, dada su **alta prevalencia**, estimándose en un **21,5%**, supone un **impacto** importante en la **calidad de vida** de los pacientes, familiares y allegados, además de tasas nada despreciables de **absentismo** y **presentismo**. En la línea del objetivo del MSSSI, la SEAIC se compromete a mejorar la atención de los pacientes con enfermedades alérgicas.

##### 2.2.4.3. Mejorar la Práctica Clínica

Las mejoras sustanciales en la práctica de los profesionales suponen **reducir** la **variabilidad** de la práctica clínica, o al menos reducir la variabilidad **inaceptable**. **Documentar** la variabilidad de la práctica clínica, **analizar** sus causas, diferenciar la variabilidad aceptable de la considerada inaceptable, adoptar **estrategias** orientadas a

**eliminar** esta última, así como medir el **impacto final** sobre la calidad de la vida de una serie de actuaciones y procedimientos, han demostrado ser iniciativas que inducen **mejoras** sustanciales en la práctica de los profesionales y en el comportamiento de las instituciones sanitarias y que fomentan la calidad.

#### **OBJETIVOS:**

- **Documentar y proponer iniciativas** tendentes a **disminuir** la **variabilidad no justificada** de la práctica clínica.
- Impulsar la elaboración y el uso de **Guías de Práctica Clínica** vinculadas a las Estrategias de Salud, consolidando y extendiendo el Proyecto Guía-Salud y **formando** a profesionales.
- Mejorar el **conocimiento** sobre la **calidad de vida** de los Pacientes.

#### **2.2.5. EJES ESTRATÉGICOS:**

- *Eje estratégico “Cartera de Servicios”*
- *Eje estratégico “Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés”*
- *Eje estratégico “Organización y Recursos”*

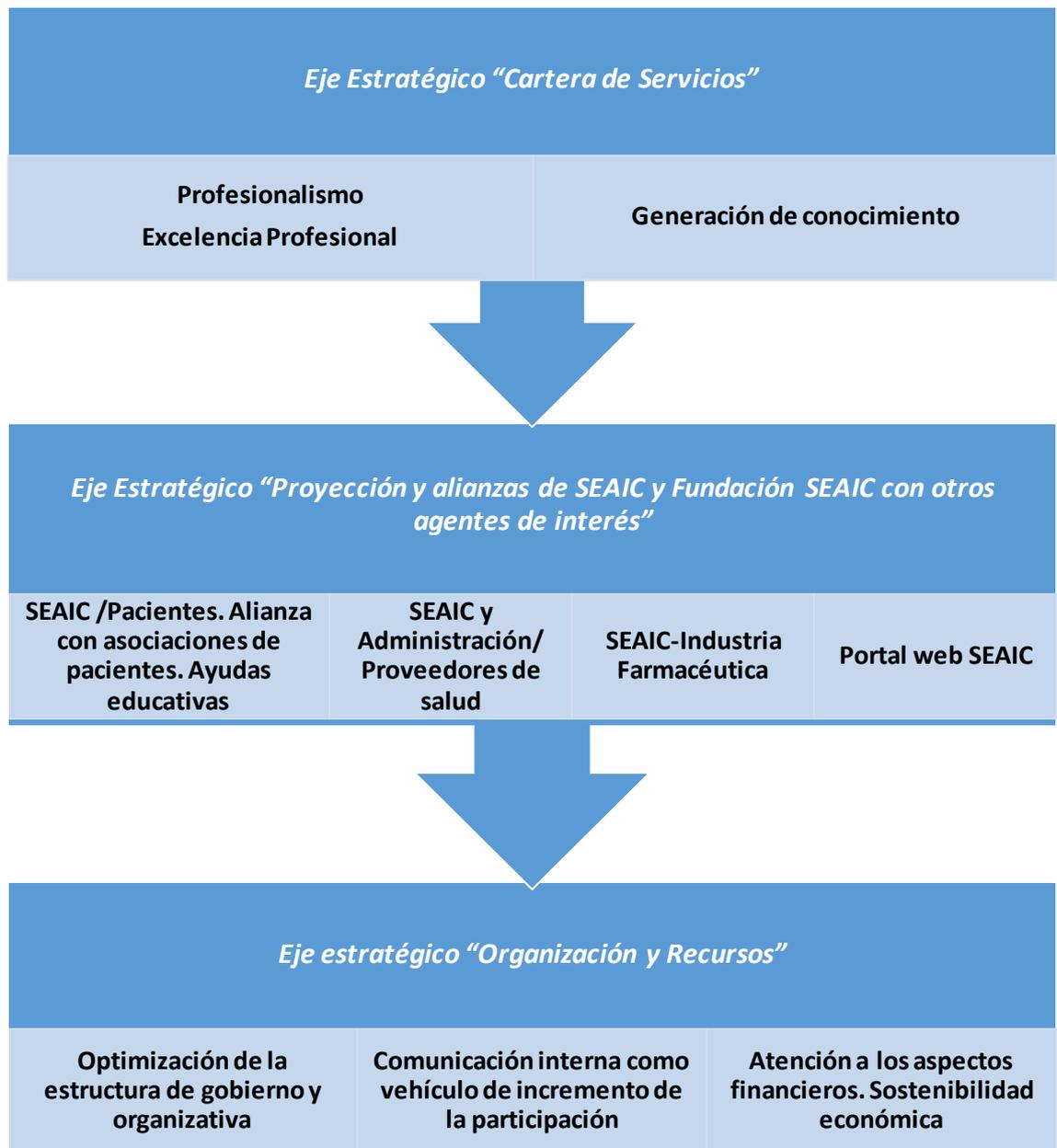
### **3. POBLACIÓN DIANA**

Este Plan Estratégico está dirigido a la **población** que recibe atención sanitaria en el ámbito de la Alergología, a los **profesionales sanitarios** (clínicos y/o gestores), **proveedores** de asistencia sanitaria, **instituciones académicas** y otros **agentes relacionados** con la Alergología, cuyo objetivo es la **mejora** de la **calidad y seguridad**.

### **4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

#### **4.1. La calidad y seguridad asistencial en los ejes estratégicos del PECSA 2015-2018**

El Plan Estratégico de Calidad y Seguridad se halla alineado dentro del Plan Estratégico General de la SEAIC 2011-2018 que fue elaborado por el ExPresidente Dr. Olaguibel, siguiendo el esquema que se expone a continuación. A continuación se plantean **Objetivos Estratégicos** a desarrollar específicamente en materia de calidad y seguridad asistencial:



#### 4.1.1. Eje estratégico "Cartera de Servicios"

- **Objetivo Estratégico: Profesionalismo. Excelencia Profesional.**

Dentro de este eje estratégico, el PE 2011-2018 contempla como objetivo primario el Profesionalismo, a través de la **excelencia profesional**, mediante la definición de **estándares** de práctica clínica, **de acciones diagnósticas y terapéuticas propias de la especialidad** y la **formación** en el marco de la **calidad/seguridad** y eficiencia en el uso de los recursos. Para ello, la SEAIC está elaborando una serie de **formularios**, en el marco del Comité de Calidad y Seguridad Asistencial y consensuados con los Presidentes de los diferentes comités por áreas de interés (Aparato Respiratorio, mediante los comités de Asma y Rinoconjuntivitis, Alergia a Alimentos, Alergia a Medicamentos, Alergia Cutánea), en el que se incluyen una serie de requisitos mínimos a alcanzar por todos los servicios o centros que practiquen la Alergología. La excelencia profesional y de la práctica clínica vienen definidas por la

creación de **Unidades de Excelencia** en diferentes ámbitos de la Alergología e Inmunología Clínica, como son las Unidades de Asma Grave, Centros de Excelencia en Urticaria Crónica y la acreditación de Unidades de Inmunoterapia que mediante la **normalización** sigan unos estándares de calidad y seguridad, permitiendo un **manejo adecuado** y de **máxima calidad** de los pacientes alérgicos (con diferentes grados de complejidad). Por tanto, es fundamental una **Normalización** de los **procedimientos** que empodere a la **Cartera de Servicios** en Alergología, para un funcionamiento con la máxima calidad.

La **acreditación** de los **alergólogos** mediante la **formación continuada** es **crucial** para el desarrollo de la especialidad y constituye un pilar del profesionalismo.

- **Objetivo Estratégico: Generación de conocimiento**

La cultura de seguridad requiere una **formación específica** a los profesionales, prevista en el desarrollo de la creación de las **unidades especializadas** según áreas (Unidades de Inmunoterapia, Unidades de Asma Grave, Unidades de excelencia en Urticaria Crónica, etc.), siempre tras haber instrumentado de forma completa la Cartera de Servicios.

**4.1.2. Eje estratégico “Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés”**

- **Objetivo estratégico: SEAIC /Pacientes. Alianza con asociaciones de pacientes. Ayudas educativas.**

Dentro de este objetivo se contemplan acciones consistentes en la concienciación del problema que supone padecer alergia, no sólo a los pacientes, sino a sus familiares, amigos y conocidos.

- **Objetivo estratégico SEAIC y Administración/ Proveedores de salud**

Al igual que el objetivo estratégico anterior, busca **concienciar** a la administración sobre el **elevado coste económico-social** que supone la patología alérgica, dada su elevadísima prevalencia en la población. El estudio alergológico supone una **optimización** del gasto, con objeto de conseguir la mayor **eficiencia** posible con la mayor **calidad** alcanzable. En el marco de este objetivo estratégico, se trabaja fundamentalmente en el ámbito de la inmunoterapia y de los extractos diagnósticos, con el fin de regular o normalizar dichos productos. Se contempla el desarrollo de **estudios de fármaco-economía** en relación a las diversas patologías alergológicas, que permita una mayor eficiencia asistencial.

- **Objetivo estratégico SEAIC/Universidad.**

Dada la visión integral del individuo alérgico, una enseñanza a nivel de Universidad supondría un enriquecimiento a los alumnos de **pregrado**, para quienes la **Alergología** suele constituir una especialidad desconocida. Uno de los Objetivos Estratégicos de SEAIC consiste en **concienciar** a la administración educativa y de las

distintas Facultades que condicione un **cambio** en el **conocimiento** de la **patología alérgica** en el currículo del grado de medicina.

En la misma línea, la planificación de **cursos de posgrado** o **doctorado** específicos en **Alergología** que incluyan **investigación básica** supondrá un impulso al **conocimiento** y un **valor añadido** al alumno, la especialidad de Alergología y a la SEAIC.

- **Objetivo estratégico SEAIC y Sociedades científicas**

Se planifican alianzas estratégicas con otras sociedades afines (Neumología, Dermatología, Otorrinolaringología, Inmunología, Pediatría), en materia de seguridad y calidad asistencial, dada la coexistencia de pruebas complementarias similares y en algunos casos coincidentes.

- **Objetivo estratégico: SEAIC/Medios de comunicación.**

La alergia es importante, por número de pacientes, pero también por el coste socio-económico que supone esta entidad tan prevalente. Una **mayor concienciación** social de la entidad alérgica constituye un objetivo estratégico importante.

- **Portal web SEAIC:** En la era del datacentrismo, la SEAIC aboga por centrar su foco de atención en el **paciente**, en practicar la Alergología e Inmunología Clínica con la mayor excelencia posible, mediante **criterios** de **seguridad** y **calidad** asistencial, **disponibles** para todos sus asociados y con **información** relevante para el **público general**, a través del portal web de SEAIC, [www.seaic.org](http://www.seaic.org).

#### **4.1.3. Eje estratégico “Organización y Recursos”:**

- **Objetivo Estratégico: Optimización de la estructura de gobierno y organizativa**

El **Comité de Calidad y Seguridad Asistencial** funciona como “facilitador”, desarrollando un **documento de consenso** que incluye un **mapa visual** de **riesgos**, tras analizar la clasificación de los riesgos asociados a los diferentes **procedimientos** realizados en la práctica diaria de la especialidad de Alergología y de la Inmunología Clínica y recomendando un plan de actuación. Los **Presidentes** de los **comités** actuarán como “expertos asociados”, coordinando la **recopilación** de los **riesgos** de cada procedimiento, dentro de su área de interés.

- **Objetivo Estratégico: Comunicación interna como vehículo de incremento de la participación**

La recogida **centralizada** por **comités**, de **incidencias** en materia de seguridad y calidad busca la excelencia y la implementación de mejoras o modificaciones en los procedimientos de más alto riesgo.

- **Objetivo estratégico: Atención a los aspectos financieros. Sostenibilidad económica.**

La realización de **estudios de coste-efectividad** por áreas de interés, aprovechando los datos de **Alergológica 2014** (estudio epidemiológico de patología alérgica atendida en Unidades de Alergología a nivel nacional) aporta datos tangibles con los que realizar las propuestas de mejora oportunas.

## 4.2. Análisis de la Sociedad

### 4.2.1. Análisis cuantitativo

#### 4.2.1.1. Análisis del Entorno (Clientes):

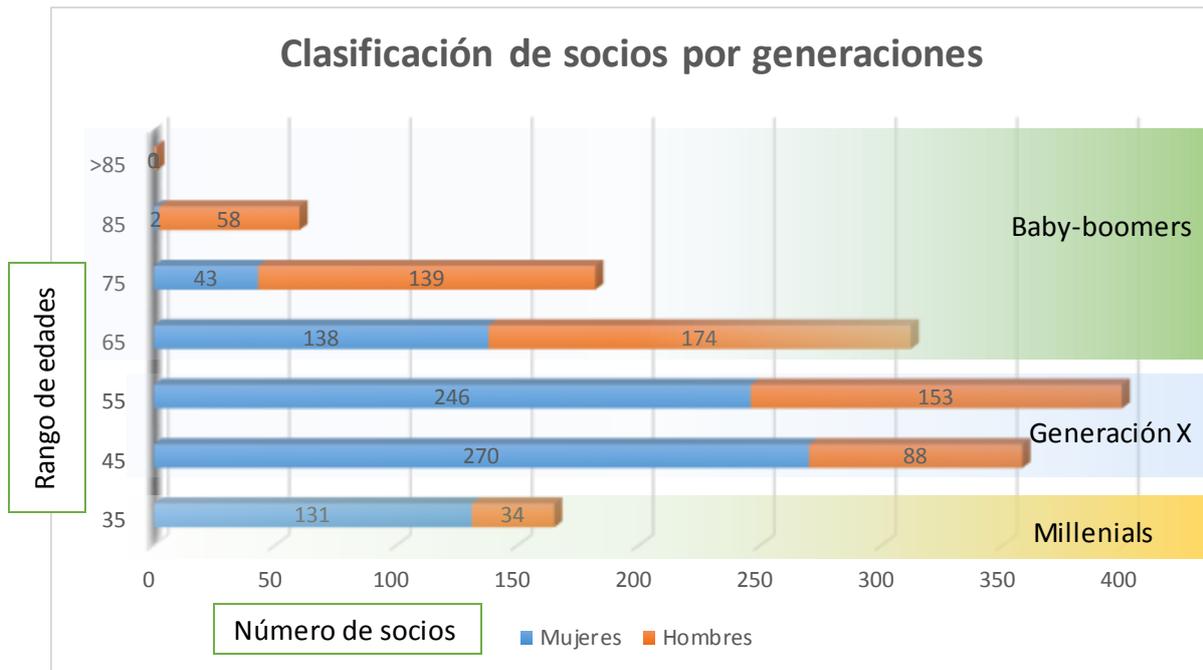
La SEAIC cuenta con **17 Comités** y **4 Comisiones Técnicas**, centrados en diferentes subespecialidades o aspectos concretos de la Alergología y la Inmunología Clínica. La SEAIC se compone de un número moderado de asociados (aproximadamente **1555** a Diciembre de 2014), aunque en continuo crecimiento, como se puede ver en la Figura 1.

Su distribución por sexos es la siguiente: 54,3 % de mujeres y un 45,7 % de hombres.

El promedio de edad global de los asociados es de 52 años, siendo menor para las mujeres (47) que para los hombres (58). Gran parte de la población de socios pertenece a las generaciones “baby-boomers” y “generación X”, mientras que sólo un 11,2 % pertenece a la “generación Millennial” (Figura 2).

Categoría de socio	2012	%	2013	%	2014	Variación 2013-2014
Socios adheridos	111	9,0	115	9,4	167	45,2%
Socios adheridos-enfermería	48	3,9	54	4,4	65	20,4%
Socios cooperadores	1	0,1	1	0,1	1	0
Socios de honor	27	2,2	25	2,0	31	24%
Socios eméritos	36	2,9	51	4,1	74	92%
Socios numerarios	739	60,1	750	61,0	860	146,6%
Socios pre-numerarios	266	21,6	289	23,5	344	19,3%
Socios de mérito	1	0,1	1	0,1	3	200%
<b>Total general de socios:</b>	<b>1229</b>		<b>1286</b>		<b>1555</b>	<b>20,9%</b>

**Figura 1.** Distribución de socios por categoría: años 2012, 2013 y 2014.



**Figura 2.** Distribución de socios por edad y sexo. Clasificación generacional.

#### 4.2.1.2 Análisis del Entorno (Competidores):

Las **agencias de Acreditación de Calidad**, como organismos independientes constituyen un competidor claro. *A favor:* su experiencia en procesos de evaluación de determinados procedimientos a diversos niveles y en diferentes ámbitos de la industria del sector servicios. *En contra:* Ausencia de conocimiento de cómo funciona cada procedimiento y las necesidades en materia de recursos e idiosincrasia de los mismos.

Las **especialidades afines** como Neumología, Pediatría, Otorrinolaringología, Inmunología y Dermatología que cuentan con **procedimientos diagnósticos** en algunos casos **coincidentes** (espirometría con/sin prueba de broncodilatación, pruebas de provocación bronquial, etc.). *A favor:* evitar duplicidad de pruebas en pacientes. *En contra:* Ausencia de la visión global y etiológica del individuo alérgico con afectación multisistémica.

#### 4.2.1.3 Análisis del Entorno (Proveedores): el Sistema Nacional de Salud.

En España, durante los últimos diez o quince años, algunas Comunidades Autónomas han ido creando grupos, equipos, institutos o agencias dedicadas a la **evaluación de tecnologías en salud**. Estos grupos han alcanzado un más que aceptable nivel de desarrollo e influencia en sus respectivos ámbitos y se han dotado de una incipiente coordinación que en algunos casos les ha permitido funcionar como **red**. Además, en los centros de salud y hospitales ha crecido el interés de los profesionales y los gestores por este campo.

**Objetivos:** Los **Estándares y Recomendaciones** *no tienen un carácter normativo* para la autorización de apertura y/o el funcionamiento de **unidades de excelencia** específicas por área de interés. Su objetivo principal es poner al servicio de las administraciones, gestores –públicos o privados- y profesionales del ámbito sanitario, los criterios para **garantizar** las condiciones de **seguridad y calidad** en estas unidades.

Los Estándares y Recomendaciones atienden a **aspectos clave** de las diferentes unidades como: la seguridad y derechos del paciente; la organización y gestión, estructura física, recursos, así como algunos **indicadores** para evaluar el nivel de calidad asistencial.

Durante los últimos veinte años, en la mayoría de los países desarrollados, la **evaluación** de las **tecnologías y procedimientos** clínicos antes y durante su introducción en los sistemas de salud y, también, una vez que se han introducido, se ha revelado como una herramienta fundamental para que la toma de **decisiones** de clínicos, autoridades sanitarias, gestores y pacientes favorezca la **calidad asistencial y la eficiencia**.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III**, desarrolla actividades de evaluación tecnológica de gran interés para el Sistema Nacional de Salud.

La II Conferencia de Presidentes reconoció la importancia de esta actividad y estableció la necesidad de impulsar su desarrollo en el conjunto del Sistema Nacional de Salud mediante el trabajo de la **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias** del Instituto de Salud Carlos III en colaboración con el resto de Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías sanitarias de las Comunidades Autónomas.

#### **OBJETIVOS:**

1. Proponer **procedimientos y criterios** para detectar y seguir la evolución de tecnologías y procedimientos nuevos y emergentes
2. Diseñar un **Plan de evaluación** de tecnologías sanitarias para el Sistema Nacional de Salud.
3. Extender la **cultura evaluadora** entre clínicos y gerentes, y **formar profesionales** dedicados a la evaluación de tecnologías en salud.
4. **Fortalecer** los **instrumentos** de que dispone el Sistema Nacional de Salud para evaluar tecnologías y procedimientos en salud.

El principal objetivo del **Plan de Calidad** para el **Sistema Nacional de Salud** es dar respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud, incrementando la **cohesión del sistema**; garantizando la **equidad** en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en que residan; y asegurando que esta atención sea de la **máxima calidad**. Dicho Plan se estructura en **áreas de actuación**. La SEAIC se alinea estratégicamente con el mencionado Plan.

#### **4.2.1.4 Análisis del Entorno (Aportadores de Capital):**

En el caso de la SEAIC, los aportadores de capital, pueden ser: **1) la Administración Pública o Fundaciones y 2) Entidades Privadas.**

En el caso de la **Administración Pública**, se está actualizando el **documento** sobre la **Estrategia de Seguridad del Paciente** a nivel nacional, para los años 2015-2020 promovido por el MSSSI.

4.2.2. **Análisis cualitativo** de la actividad actual: 1º descripción, 2º análisis. Cantidad, Calidad, Precios, Costes. Análisis de la cartera de servicios

#### 4.2.2.1. **ASPECTOS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL:**

Actualmente los Comités de SEAIC se encuentran en fase de definición de una serie de criterios mínimos que deben presentar las diferentes Unidades de Excelencia que se proyecta implementar, como son las Unidades de Asma Grave, Unidades de Inmunoterapia, Unidades de Desensibilización de Alimentos, Unidades de Desensibilización a Medicamentos y Unidades de Urticaria Crónica.

#### 4.2.2.2. **ASPECTOS DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL:**

La SEAIC ha colaborado con el **MSSSI** en el marco del concepto *“Choosing Wisely”* la elaboración de unas recomendaciones de *“no hacer”*. Estos son los siguientes:

- 1) No realizar pruebas cutáneas o in vitro con alérgenos sin haber realizado previamente una historia clínica detallada.
- 2) No realizar las pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos de riesgo en Alergología, sin garantías de calidad y seguridad clínica.
- 3) No realizar pruebas diagnósticas de dudosa eficacia diagnóstica como la Inmunoglobulina G (IgG) específica a alimentos o una batería indiscriminada de Inmunoglobulina E (IgE) a alérgenos en el estudio de las alergias.
- 4) En las reacciones anafilácticas, no utilizar los antihistamínicos ni los corticoides como primera línea de tratamiento priorizando el uso de adrenalina.
- 5) No tratar el asma bronquial con broncodilatadores de vida media/larga sin corticoides inhalados.

### 4.3. **ANÁLISIS DEL ENTORNO: Factores Estructurales**

#### 4.3.1. **Barreras de entrada:**

##### 4.3.1.1. **De curva de experiencia:**

La creación de unidades de excelencia conlleva la definición de una estructura concreta cumpliendo una serie de **requisitos mínimos** que dichas unidades deben reunir, así

como la **formación específica** del personal sanitario encargado de ellas, en materia de Seguridad y Calidad.

#### **4.3.1.2. De diferenciación de producto:**

Dada la existencia de unidades similares en otros servicios (Unidades de Asma Grave en Servicios de Neumología, Unidades de Urticaria Crónica o de Dermatitis de Contacto en Servicios de Dermatología), la creación de unidades de excelencia debe suponer un **valor añadido** a las existentes en otras especialidades. A favor: la **visión integral** del paciente, desde el punto de vista fisiopatológico, teniendo en cuenta los mecanismos inmunológicos asociados a una determinada patología alérgica.

#### **4.3.2. Rivalidad del sector:**

La competencia con los servicios de *Pediatría, Neumología, Otorrinolaringología, Dermatología e Inmunología* que buscan en algunos casos abordar patología alérgica, sin una especialidad reconocida como tal y con una formación menos específica, es en ocasiones conflictiva.

#### **4.3.3. Productos sustitutivos**

La existencia de diversos métodos diagnósticos alternativos (*microarrays*, etc) no debe implicar la sustitución de los existentes, de alta fiabilidad diagnóstica y rápidos, como los prick test, aunque pueden ser complementarios.

#### **4.3.4. El poder de los clientes:**

El número de clientes en el ámbito de la alergología es cada vez *mayor*, dado que cada vez más patologías se descubre presentan etiología alérgica.

#### **4.3.5. Análisis de la demanda**

Los pacientes, debido a la coyuntura económico-social buscan una **solución rápida y eficaz** a su problema alérgico y a ser posible lo más económica posible. La elevada demanda, junto a la existencia de mayor universalización de la información origina una mayor demanda de los pacientes y agentes relacionados.

### **4.4. ANÁLISIS INTERIOR:**

#### **Recursos humanos:**

La SEAIC engloba a Servicios de Alergología de todo el territorio nacional, 40 de ellos son centros docentes con formación en Alergología.

Su distribución por sexos es la siguiente: 54,32 % de mujeres y un 45,67 % de hombres.

El promedio de edad global de los asociados es de 52 años, siendo menor para las mujeres (47) que para los hombres (58). Gran parte de la población de socios pertenece a las generaciones “baby-boomers” y “generación X”, mientras que sólo un 11,2 % pertenece a la “generación Millennial” (**Figura 2**).

**Recursos económicos:** Dada la amplitud y diversidad de centros hospitalarios y ambulatorios distribuidos por toda la geografía española, el análisis de la presupuestación histórica constituye un elemento de difícil valoración

**Recursos estructurales:** Existe una gran heterogeneidad en la distribución de recursos en cada centro, con hospitales que tienen asociados centros de especialidades.

**Organización:** Existen Servicios de Alergología como tal, siendo otros dependientes de Medicina Interna, constituyendo Unidades de Alergología.

**Existencia de Otros Agentes Internos importantes:** Las Sociedades Regionales poseen un peso importante dentro de la SEAIC. Además los diferentes comités se subdividen en grupos de trabajo específico, con representantes o líderes concretos, permitiendo una comunicación fluida y transversal en la organización.

#### **4.4.1. Patologías y áreas de salud que la SEAIC aborda**

##### **4.4.1.1. La Alergología como patología**

La Alergología es la rama de la Medicina encargada de estudiar y tratar las enfermedades y trastornos del sistema inmunitario por mecanismos de hipersensibilidad (exceso de respuesta). La afectación puede suceder en diferentes sistemas, como respiratorio, digestivo y cutáneo entre otros, además puede suceder una reacción multisistémica.

Se estima que la **prevalencia global** de las enfermedades alérgicas se sitúa en torno a un **20-25 %** de la población general, es decir, que uno de cada 4 ó 5 individuos de la población en algún momento de su vida padecerá algún proceso alérgico. Dicha prevalencia está **en aumento**, estimándose que en unos años podría elevarse hasta el 50% de la población. El impacto sobre la calidad de vida es importante, generando una gran repercusión socioeconómica, muchas veces infravalorada.

##### **4.4.1.2. Procedimientos por áreas de subespecialización en Alergología**

La Alergología, al ser una entidad multisistémica abarca diversos procedimientos según diferentes áreas de subespecialización:

#### **1. Respiratorio:**

##### **1.a. Diagnóstico**

- Pruebas de función respiratoria:
  - Espirometría
  - Test de broncodilatación
  - Medición óxido nítrico exhalado
  - Rinometría acústica
  - Rinomanometría
  - Pico flujo nasal
  - Oscilometría de impulsos
  - Pruebas de función respiratoria en Preescolares
- Pruebas de provocación bronquial:
  - Inespecíficas (metacolina, adenosina, manitol, hiperventilación, eucápnica, ejercicio)
  - Específicas con alérgenos y agentes ocupacionales
- Pruebas de provocación nasal y conjuntival
- Pruebas cutáneas: prick test e intradermorreacción a aeroalérgenos
- Pruebas de olfato:
  - Olfatometría
- Espujo inducido
- Citología nasal

#### **1.b. Terapéutico:**

- Administración controlada de Inmunoterapia específica (aeroalérgenos)
- Administración de terapia biológica
- Consulta de educación sanitaria: técnicas inhalación, respiración.

## **2. Cutánea:**

### **2.a. Diagnóstico**

- Pruebas cutáneas: prick test (alimentos, aeroalérgenos, himenópteros), prick-prick (alimentos específicos) e intradermorreacción (himenópteros y medicamentos)
- Pruebas epicutáneas o de parche
- Estudio diagnóstico de urticarias físicas
- Test de repicadura a himenópteros

### **2.b. Terapéutico:**

- Inmunoterapia específica a veneno de himenópteros
- Administración controlada de anticuerpos monoclonales

## **3. Inmunología**

- Cuantificación IgE total
- Determinación y cuantificación de anticuerpos IgE nativos y recombinantes (diagnóstico molecular)
- Test de activación de basófilos
- Test de Transformación Linfocitaria y Pruebas de Proliferación Linfocitaria
- Determinación y cuantificación de otros anticuerpos (IgG)
- Determinación de citoquinas y otros mediadores inmunológicos
- Estudios de biología molecular aplicados
- Detección y estudio de muestras ambientales
- Estudio de la función del complemento
- Identificación y caracterización de antígenos
- Preparación y estandarización de antígenos
- Proteómica y Glicómica

#### 4. Alimentos:

##### 4.a. Diagnósticos:

- Pruebas cutáneas: prick test e intradermorreacción
- Pruebas de provocación oral con alimentos.

**4.b. Terapéuticos:** Pruebas de inducción oral de tolerancia/Inmunoterapia con alimentos

#### 5. Medicamentos:

##### 5.a. Diagnósticos:

- Pruebas cutáneas: prick test e intradermorreacción
- Pruebas epicutáneas o de parche
- Pruebas de exposición controlada oral, intramuscular, intravenosa

##### 5.b. Terapéuticos:

- Prueba de reexposición controlada
- Desensibilización a medicamentos

#### 4.4.2. Matriz DAFO y estrategias CAME

El análisis de todo lo expuesto anteriormente nos lleva a la elaboración de la matriz de *Fortalezas y Debilidades internas* y de las *Oportunidades y Amenazas del exterior*. Se exponen en la **Tabla 2**, siguiendo la estructura que se propone a continuación:

1. **Población y patología** alérgica (niños y adultos, enfermedades alérgicas).
2. **Estructura asistencial** alergológica (pública, privada, asistencia especializada y primaria).
3. **Prestaciones** en alergología (diagnósticas, terapéuticas).
4. **Conocimiento** (evidencias que sustentan los procedimientos).
5. **Competencias**, implantación por niveles (no todo se hace en todos sitios).
6. **Eficiencia** (lo que cuesta, frente a lo que aporta).
7. Contribución a aspectos **docentes** e **investigadores**.
8. Papel en el **entorno** de la especialidad (SEAIC), de la medicina y en la sociedad.

**Tabla. 2 matriz DAFO en relación con la Calidad y Seguridad Asistencial de la SEAIC**

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
1. SEAIC ampliamente implantada a nivel estatal ++	1. Patología alérgica muy frecuente y enfermedad muy variada ++.
2. Asistencia especializada a todos los grupos de edad (de 0 a 100 años) +	2. Alergológica 2014, estudio epidemiológico nacional sobre Alergología: datos de situación real +++
3. Amplia implantación de excelentes técnicas diagnósticas y terapéuticas asequibles ++	2. Baja vinculación con Atención Primaria
3. Potente red de aerobiología +	3. Establecimiento de estándares de uso de procedimientos sanitarios con indicadores de tiempo específicos+++
4. Evidencia creciente de la eficacia y seguridad de tratamientos específicos (pej: Inmunoterapia) ++	3. Definir una cartera de servicios y prestaciones con establecimiento de estándares (diagnósticos y terapéuticos) específica de Alergología+++
5. Existencia de atención especializada a nivel hospitalario y ambulatorio ++	3. Posibilidades de enfoque hacia diagnóstico y terapéutica +
5. Amplia cartera de prestaciones asistenciales, con gran competencia ++	4. Demanda de SEAIC y de otras instituciones superiores de análisis de todos los procedimientos ++
6. Alta resolución diagnóstico/terapéutica con optimización de recursos ++	4. Alianzas internacionales con instituciones internacionales en materia de calidad y seguridad (EAACI y WAO Guidelines) +
7. Desarrollo Profesional Continuado en la especialidad ++	5. Autonomía en la gestión de las unidades de alergia ++
8. Alineamiento de SEAIC con Administración (Plan Estratégico de la Seguridad del Paciente del MSSSI y con Ley de Cohesión y calidad) +++	
8. Integrantes de SEAIC en Comisiones auspiciadas por el MSSSI ++	

<p>8. Trayectoria de SEAIC y sus profesionales, con reconocido prestigio a nivel mundial +</p> <p>8. Implantación e interés en las TIC y redes sociales que generan información +</p>	<p>6. Evaluación de uso apropiado de las tecnologías sanitarias (Estudios coste-efectividad) según la demanda de las instituciones ++</p> <p>6. Marco “Choosing Wisely” en el sector sanitario ++</p> <p>7. Integración de enseñanza de la Alergología en pregrado y posgrado ++</p> <p>8. Uso informatizado de datos aporta información útil +</p>
<p><b>DEBILIDADES</b></p> <p>1. Alta presión asistencial. Patología alérgica infantil insuficientemente evaluada +++</p> <p>2. Heterogeneidad importante de la práctica clínica y en la dotación de recursos, Falta de delimitación de las competencias/procedimientos por niveles (hospitalario/ambulatorio especializado) siguiendo criterios de calidad y seguridad. Baja relación con Atención Primaria +++</p> <p>3. Ausencia de Plan Estratégico de Calidad y Seguridad Asistencial, no existiendo evidencias, conciencia ni coste-efectividad ++++</p> <p>4. Ausencia de plan formativo sobre calidad y seguridad en el ámbito de la Alergología +++</p> <p>5. Falta de cultura de participación en procesos de gestión de gestión de seguridad y calidad</p> <p>5. No existencia de formularios consensuados para la notificación de incidencias ++</p> <p>5. Preocupación incipiente sobre calidad y seguridad +</p> <p>6. Falta de delimitación de las competencias/procedimientos por niveles (hospitalario/ambulatorio especializado) siguiendo criterios de calidad y seguridad ++</p> <p>6. Cortoplacismo: Resultados orientados a la demanda del paciente</p>	<p><b>AMENAZAS</b></p> <p>1. Patología alérgica cambiante (según edad, fenotipos diferentes), con baja mortalidad e irregular morbilidad ++</p> <p>2. Restricciones en dotación de centros por la crisis económica++</p> <p>2. Irregular implantación de consultas de Alergología en centros ambulatorios de especialidades. Diferencias en Dotaciones entre hospitales dependiendo del ámbito sanitario, con desconocimiento por las instituciones +++</p> <p>3. Escasa codificación de patología alérgica (estandarización del lenguaje insuficiente)++</p> <p>3. Solapamiento de técnicas diagnóstico-terapéuticas con especialidades afines</p> <p>4. Poca orientación de los empleadores sobre la calidad real y no la percibida</p> <p>5. y 6. Entorno economicista favorece alta resolución/cortoplacismo olvidando el medio-largo plazo +</p> <p>7. Agencias financiadoras de la investigación no consideran prioritaria a la alergia ++</p> <p>7. Inadecuación de puestos de trabajo genera desmotivación por la formación en Alergología ++</p> <p>7. Baja incentivación para docencia e investigación, fuera de horario laboral ++</p>

<p>y de las instituciones y poca visión a medio-largo plazo +</p> <p>7. Profesionalismo en la medicina: necesidad de la recertificación y la carrera profesional, y práctica de excelencia, calidad y seguridad para el paciente ++</p> <p>8. Baja concienciación social sobre la alergia con difusión escasa de la eficacia diagnóstico-terapéutica de la especialidad +++</p> <p>8. No existencia de formularios consensuados para la notificación de incidencias +</p> <p>8. No existencia de estudio sobre la percepción de la Seguridad de los pacientes por parte de profesionales+</p> <p>8. Abordaje de patología alérgica de forma transversal con otras especialidades +</p>	<p>8. Creencia errónea que la notificación es acusatoria ++</p> <p>8. Intrusismo en la especialidad de la alergología ++</p> <p>8. Cambios rápidos en la sociología y los medios de la comunicación ++</p> <p>8. Nivel de demanda de los Pacientes+</p> <p>8. La falta de conocimiento por parte de pacientes, asociaciones de pacientes y medios del contenido de la especialidad ++</p>
--	---

**4.4.2.1. ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA (Amenazas/Debilidades).  
CORREGIR**

- La elevada prevalencia de las enfermedades alérgicas genera una importante presión asistencial, en servicios o unidades de Alergología con recursos suficientes aunque en cierto modo limitados por la coyuntura económica que, por otra parte, presentan gran heterogeneidad según zonas en los recursos. La escasa información que posee la Administración en este sentido es un aspecto a corregir.
- La heterogeneidad importante de la práctica clínica y en la dotación de recursos, junto a la falta de delimitación de las competencias/procedimientos por niveles (hospitalario/ambulatorio especializado) siguiendo criterios de calidad y seguridad, cada vez más demandados por la sociedad y la administración, hace necesaria la creación de un Plan Estratégico de Calidad y Seguridad Asistencial que cuente con indicadores específicos, con la colaboración de alergólogos expertos en gestión-dirección de servicios.
- La ausencia de un plan estratégico y de la evaluación de la calidad y seguridad en los servicios/unidades de Alergología, junto a la escasa formación/docencia en esta materia de los profesionales dedicados a la Alergología provoca una escasez de información o de datos que puedan servir de evidencia para acometer medidas o propuestas de mejora.

- La Alergología es una especialidad eminentemente de consultas, con una insuficiente implantación de dichas consultas de atención especializada en centros ambulatorios de especialidades médicas y una mejorable alianza con Atención Primaria, que constituye la principal fuente de pacientes de nuestras consultas.
- El intrusismo/solapamiento de especialidades afines como Pediatría, Otorrinolaringología, Neumología, Dermatología e Inmunología, por la existencia de procedimientos que pueden ser valorados desde su especialidad, aunque con una visión menos global de la patología alérgica constituye un reto motivante para estimular el posicionamiento de la especialidad de Alergología. Además y a pesar del hecho que el Alergólogo es el profesional capaz de atender pacientes con patología alérgica de 0 a 100 años, la existencia de pediatras que realizan evaluación alérgica sin una especialidad reconocida, constituye en ocasiones una limitación en la seguridad y calidad de la asistencia sanitaria a estos pacientes.
- Creación de formularios específicos para conocer situación actual de procedimientos diagnósticos/terapéuticos en el ámbito de la Alergología.
- Fomentar la transmisión de incidencias a responsables regionales en materia de Calidad y Seguridad. Éstos posteriormente enviarán informes cada 6 meses a responsable nacional: Presidenta Comité de Calidad y Seguridad Asistencial.
- Creación de criterios unificados para la acreditación de Unidades de Excelencia en diferentes áreas de interés de Alergología (Unidades de Asma Grave, Unidades de Urticaria Crónica, Unidades de Inmunoterapia, etc).
- Carencia de estudios de coste-efectividad de los procedimientos diagnóstico-terapéuticos alérgicos.
- Orientación moderna del abordaje de la asistencia hacia la calidad percibida con preponderancia sobre la calidad real.
- La Alergología no es considerada como patología prioritaria por las Agencias financiadoras en investigación.
- Escasez de puestos de trabajo, junto a la existencia de alta precariedad laboral hace la especialidad poco motivante para muchos de los médicos que han superado el examen MIR
- Anecdótica formación a nivel Universitario (pregrado y posgrado/doctorado) sobre Alergología, Calidad y Seguridad.
- No existencia de una campaña de concienciación a la población a través de medios de comunicación/redes sociales sobre la importancia de la enfermedad alérgica, los ámbitos de actuación del alergólogo y la necesidad de acudir a su alergólogo para valoración
- Cortoplacismo: Resultados orientados a la demanda del paciente y de las instituciones y poca visión a medio-largo plazo, lo que dificulta la planificación a medio-largo plazo, en materia de prevención.

#### 4.4.2.2. ESTRATEGIAS DEFENSIVAS (Fortaleza/Amenaza). AFRONTAR:

- La amplia implantación de SEAIC a nivel nacional, con un ámbito de actuación sobre individuos de todas las edades, unido a la asequibilidad de las pruebas diagnósticas y terapéuticas, fiables, reproducibles e inmediatas en una mayoría de casos, debe superar el intrusismo o solapamiento con especialidades afines (pej. Pediatría) así como afrontar la elevada demanda de los pacientes. La Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica (SEICAP), al considerar a SEAIC un posible “competidor” directo, tiene la percepción que los pacientes pediátricos deberían ser valorados por pediatras y no por alergólogos.
- SEAIC cuenta con una potente red de Aerobiología que permitiría a fecha actual servir de consultor a ayuntamientos y demás organismos de la Administración en materia de gestión ambiental, para disminuir la prevalencia de alergia.
- La amplia cartera de prestaciones asistenciales, con gran competencia y alta resolución unida a la excelencia profesional supone un aliciente con el que afrontar el intrusismo y la escasez de recursos.
- La evidencia creciente de la Eficacia y Seguridad de tratamientos específicos (pej: Inmunoterapia) y la generación de estudios de coste-efectividad aumentarán la evidencia de la relevancia de los procedimientos diagnóstico/terapéuticos así como ayudar a mejorar/modificar la codificación de la patología alérgica (Sistema de Clasificación CIE).
- Aportar proactivamente medidas de concienciación a la Administración y la Sociedad sobre la patología alérgica, cuya prevalencia es elevada y el coste-efectividad de medidas diagnósticas y terapéuticas, cuya cartera es amplia y de gran competencia. Todo ello con un alineamiento con el MSSSI en materia de Calidad y Seguridad asistencial, lo que facilita el proceso.
- La integración de profesionales de reconocido prestigio mundial pertenecientes a la SEAIC en grupos internacionales comprometidos por la Calidad y la Seguridad, unido a un Desarrollo Profesional Continuado estructurado, puede motivar a los profesionales y ayudar a concienciar a la población general, a otras especialidades, a la Administración y a las agencias financiadoras sobre la importancia de dotar más recursos en materia de docencia e investigación a la Alergología
- La concienciación a los profesionales sobre la importancia de la notificación de incidencias, mediante formularios específicos puede servir para afrontar la creencia errónea de que la notificación es acusatoria.
- Una mayor presencia y posicionamiento en redes sociales y medios habituales de comunicación generaliza el conocimiento de la especialidad por los diversos agentes relacionados con la especialidad de Alergología

#### 4.4.2.3. ESTRATEGIAS DE REORIENTACIÓN

##### (Oportunidades/Debilidades). MODIFICAR:

- Aprovechar los resultados del exhaustivo estudio epidemiológico de ámbito nacional *Alergológica 2014*, que se fundamenta en la elevada prevalencia de las enfermedades alérgicas y la elevada presión asistencial, para detectar Oportunidades y Debilidades en diferentes materias.
- La ausencia de una cartera de servicios y prestaciones con establecimiento de estándares (diagnósticos y terapéuticos) específica de Alergología hace imprescindible la creación de un Plan Estratégico que contemple estos aspectos, desde un enfoque de calidad y seguridad asistencial, proponiendo indicadores de calidad y tiempo de asistencia. Se plantean tiempos mínimos de consulta, de supervisión de pruebas diagnósticas y terapéuticas, así como para Docencia e Investigación.
- La Falta de delimitación de las competencias/procedimientos por niveles (hospitalario/ambulatorio especializado) siguiendo criterios de calidad y seguridad en un marco de “Choosing Wisely”. Se precisa delimitar los recursos mínimos imprescindibles para acometer procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos en Alergología.
- Promover la relación con Atención Primaria, principal proveedor de pacientes alérgicos.
- La demanda mayor de la Administración de sistemas de medida que generen información útil unida a la escasez de estudios de coste-efectividad supone un punto interesante a modificar.
- La reciente creación de documentos de consenso por Asociaciones internacionales constituye una oportunidad con la que poder modificar la nula formación en calidad y seguridad de la mayor parte de profesionales.
- La poca cultura de participación en los procesos de calidad, relacionándolos con la gestión debe mejorar mediante la concienciación de los profesionales de su necesidad, en servicios/unidades que por otra parte están habituados a autogestionarse.
- Crear alianzas con otras Sociedades afines (Neumología, ORL, Dermatología, Inmunología, etc.) con el fin de promocionar la cultura de calidad y seguridad asistencial y buscar similitudes/diferencias en dicha materia, así como un abordaje transversal de la patología alérgica.
- La necesidad de la recertificación y la carrera profesional, y práctica de excelencia, calidad y seguridad para el paciente en unos profesionales cuya docencia en materia de calidad y seguridad es nula a nivel de Grado.
- Crear la figura de responsable de Calidad y Seguridad a nivel de las Sociedades Regionales, con el fin de descentralizar las acciones específicas, que luego se

aunarán y recopilarán, todo ello coordinado por la Presidenta de Seguridad y Calidad Asistencial.

- Creación de documentos explicativos para las asociaciones de pacientes, en materia de seguridad y calidad asistencial y cuestionarios con el fin de detectar puntos débiles o mejorables en dicho ámbito.
- La baja percepción del problema socio-económico que supone la alergia debe ser modificada mediante el uso de las tecnologías de la información, ya que universaliza y expande el conocimiento sobre la patología alérgica

#### **4.4.2.4. ESTRATEGIAS OFENSIVAS (Fortaleza/Oportunidad).**

##### **EMPRENDER**

- Divulgar el conocimiento de las enfermedades alérgicas, de alta prevalencia cuya cartera de prestaciones a nivel de los servicios de Alergología es amplio y con gran competencia profesional, aprovechando la amplia distribución de SEAIC en el territorio nacional.
- Instrumentar la correspondiente red de información sobre evidencias para las autoridades de salud, los centros sanitarios y los profesionales, mediante el uso de la notificación y formularios, dada la amplia cobertura etaria de la Alergología (0 a 100 años), a través de los datos generados en Alergológica 2014.
- La generación de Evidencia en materia Eficacia, Calidad y Seguridad del uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos dada la creciente demanda por parte de la Administración y del propio seno de la SEAIC de datos útiles mensurables y evaluables, con objeto de realizar las medidas oportunas.
- Fomentar a nivel de los diferentes comités de la SEAIC la creación de una base de datos en la que se recojan necesidades, así como especificar grado de complejidad y riesgos de procedimientos (Grado A y B, definidos previamente), con el fin último de producir estándares de uso de nuevas tecnologías sanitarias, dada la existencia de técnicas diagnóstico-terapéuticas de alta resolución y la necesidad de definir una cartera de servicios específica en Alergología.
- Diseñar un plan de evaluación de uso apropiado de las tecnologías sanitarias, a nivel hospitalario y ambulatorio, aprovechando la existencia de la especialidad en ambos encuadres en el marco "Choosing Wisely".
- Creación de un curso de Desarrollo Profesional Continuado en materia de Calidad y Seguridad Asistencial, promoviendo la cultura de calidad y seguridad, que se implementará a modo de seminarios a nivel universitario y cursos de posgrado/doctorado que generen conocimiento a nivel de

investigación básica, aportando un valor añadido a los especialistas en Alergología.

- Divulgar el compromiso de la SEAIC por la Calidad y Seguridad Asistencial, compromiso por la excelencia y centrada en el paciente alérgico, dada el creciente uso de las TIC en Alergología, generando un posicionamiento adecuado que consiga una mayor concienciación de la población sobre el impacto socioeconómico de la alergia.
- La trayectoria de SEAIC y sus profesionales, con reconocido prestigio a nivel mundial, facilita la integración de los mismos en comisiones y grupos de trabajo en organismos internacionales (Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica y/o Organización Mundial de la Alergia).
- Promover estudio sobre la percepción de los profesionales en Alergología sobre la Seguridad de los pacientes en el ámbito de los Servicios de Alergología.
- Realizar un análisis de los sistemas de notificación de eventos adversos existentes y establecer un conjunto básico de indicadores mínimos en seguridad de pacientes
- Mantener e incrementar el número de impactos en los medios de comunicación, con la explotación de datos de Alergológica 2014.

## 5. Estrategia del PECSA-SEAIC 2015-2018

### 5.1. Ejes estratégicos

Los ejes que guiarán todas las acciones en materia de Calidad y Seguridad Asistencial son:

**5.1.1. Eje estratégico “Cartera de Servicios”**

**5.1.2. Eje estratégico “Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés”**

**5.1.3. Eje estratégico “Organización y Recursos”**

### 5.2. Objetivos estratégicos

- **OE#1: Profesionalismo. Excelencia Profesional.**
- **OE#2: Cultura de Calidad y Seguridad Asistencial.**
- **OE#3: SEAIC /Pacientes. Alianza con asociaciones de pacientes. Ayudas educativas.**
- **OE#4: SEAIC y Administración/ Proveedores de salud**
- **OE#5: SEAIC y Universidad**
- **OE#6: SEAIC/Medios de comunicación.**
- **OE#7: Optimización de la estructura de gobierno y organizativa**

- **OE#8: Comunicación interna como vehículo de incremento de la participación**

### 5.3. Cronograma de actividades

Se establecen aquí las actividades para el desarrollo del PECSA-SEAIC 2014-2018:

- 5.3.1. *4 de Mayo 2015 – Reunión de Junta Directiva SEAIC por teleconferencia*  
Se da a conocer el PECSA definitivo a los miembros de la JD
- 5.3.2. *5-6 Junio 2015 - Presentación del PECSA-SEAIC 2014-2018:*  
Presentación del Plan ante representantes de otras sociedades científicas y profesores de ESADE para propuestas de mejora;
- 5.3.3. *26-27 Junio 2015- Reunión Presencial Junta Directiva*  
Exposición ante la Junta Directiva del PECSA, con objeto de exponer plazos y responsables por área.
- 5.3.4. *Lunes 6 Julio: Comunicación a los socios de la creación del Plan Estratégico de Calidad y Seguridad asistencial en carta a los socios de verano del Presidente.*
- 5.3.5. *Septiembre 2015: Fichas de calidad y seguridad asistencial rellenas por los comités.*
- 5.3.6. *Octubre 22-24 2015 – Simposio Nacional SEAIC (Sevilla). Reunión con los Presidentes de los Comités, para implementación del Plan de forma eficaz*
- 5.3.7. *Noviembre 2015: Reunión telemática con el Presidente del Comité de Formación Continuada (CFC) para planificar una sesión on-line sobre Calidad y Seguridad Asistencial, en colaboración con los comités de Calidad y Seguridad Asistencial así como con el Comité de Ejercicio y Desarrollo Profesional. Dicha actividad quedará enmarcada en el cronograma del DPC como actividad formativa, tras evaluación por el CFC y la Junta Directiva de SEAIC.*
- 5.3.8. *Diciembre 2015: formularios específicos completados por cada área de influencia en Alergología para conocer situación actual de procedimientos diagnósticos/terapéuticos en el ámbito de la Alergología*
- 5.3.9. *Enero 2016: Exponer en Junta Directiva Resultados de los formularios, con el fin de detectar posibles mejoras y fortalezas.*
- 5.3.10. *Febrero 2016: Comunicar a los Presidentes de los comités los resultados mediante reunión vía Teleconferencia, con objeto de aunar impresiones.*
- 5.3.11. *Abril 2016: Primera evaluación de funcionamiento y exposición del informe de la misma a la Junta Directiva de SEAIC.*
- 5.3.12. *Final Junio – Principios Julio 2016: Segunda evaluación de funcionamiento y exposición del informe de la misma a la Junta Directiva de SEAIC.*
- 5.3.13. *Septiembre 2016: Primera evaluación del grado de consecución de objetivos. Informe del mismo a los miembros de la Junta Directiva de SEAIC.*
- 5.3.14. *19 – 22 Octubre 2016 – Congreso SEAIC 2016 (San Sebastián): Informe de la evolución del Plan en la Asamblea de Socios.*

## 6. Plan de acción del PECSA-SEAIC 2015-2018

Se ha elaborado el **cuadro de mandos del PECSA-SEAIC 2015-2018** en el que se establecen los **Objetivos Estratégicos** y los **Objetivos Operativos** derivados, por **área** de implementación, su **prioridad**, los **plazos** de ejecución, personas **responsables**, métricas y grado de consecución.

Se listan en este apartado los **objetivos operativos en las distintas áreas de implementación**:

### 6.1. Eje estratégico “Cartera de Servicios”

#### 6.1.1. Objetivo Estratégico: Profesionalismo. Excelencia Profesional.

**6.1.1.1. Objetivo Operativo #1.** Elaboración de **formularios específicos** para procedimientos diagnóstico/terapéuticos habituales en Alergología. Periodo: **año 1**: Inmunoterapia, Alergia a alimentos, Alergia a Medicamentos, Enfermedades Cutáneas. Responsable: Presidente/a del Comité de Calidad y Seguridad Asistencial. Dichos formularios serán consensuados con los Presidentes de los comités involucrados.

**6.1.1.2. Objetivo Operativo #2.** Definir **cartera de servicios/prestaciones** en Alergología, tanto a nivel **hospitalario** como a **nivel ambulatorio**. Periodo: **año 2**: Según la **complejidad y riesgos** asociados, se define la cartera de servicios según el ámbito donde se aplica una tecnología concreta. Responsable: Presidente/a Ejercicio y Desarrollo Profesional.

**6.1.1.3. Objetivo Operativo #3.** Creación de **5 Unidades de Excelencia**. Periodo: **años 1-2**:

- Unidades de Asma Grave:

- Elaboración de criterios mínimos que deben cumplir los servicios que deseen acreditarse para disponer de Unidades de Asma Grave. Responsables: Presidente/a del Comité de Asma y miembros de la comisión funcional de acreditación del Comité de Asma. Tiempos: Presentación de criterios: Abril 2015; evaluación: Mayo a Octubre 2015; Comunicación a los Servicios Interesados: Durante Congreso SEAIC 2015; Recepción de solicitudes continua con fecha límite Congreso SEAIC.

- Unidades de Inmunoterapia:

- Elaboración de criterios mínimos que deben cumplir los servicios que deseen acreditarse para disponer de Unidades de Inmunoterapia. Responsables: Presidente/a del Comité de Inmunoterapia y miembros de la comisión funcional de Unidades de Inmunoterapia. Tiempos: Presentación de criterios a Junta Directiva: Febrero 2015; Recepción de solicitudes continua.

- Unidades de Urticaria Crónica:

- Elaboración de criterios mínimos que deben cumplir los servicios que deseen acreditarse para disponer de Unidades de Urticaria Crónica. Responsable: Presidente del Comité de Alergia Cutánea. Tiempos: Presentación de criterios a Junta Directiva: Septiembre-Octubre 2015.

- Unidades de Desensibilización a Medicamentos:

- Elaboración de criterios mínimos que deben cumplir los servicios que deseen acreditarse para disponer de Unidades de Desensibilización a Medicamentos. Responsables: Presidente/a del Comité de Alergia a Medicamentos y miembros de Comisión Funcional de Unidades de Desensibilización de dicho comité. Tiempos: Presentación de criterios a Junta Directiva: Diciembre 2015.

- Unidades de Desensibilización a Alimentos:

- Elaboración de criterios mínimos que deben cumplir los servicios que deseen acreditarse para disponer de Unidades de Desensibilización a Alimentos. Responsables: Presidente del Comité de Alergia a Alimentos y miembros de la Comisión Funcional de Unidades de Desensibilización a Alimentos. Tiempos: Presentación de criterios a Junta Directiva: Diciembre 2015.

**6.1.2. Objetivo Estratégico: Cultura de Calidad y Seguridad**

- **Objetivo Operativo #4.** Diseñar una **sesión on-line sobre calidad y seguridad** asistencial enmarcada en el Plan de **Desarrollo Profesional Continuado**. Responsables: Presidente/a del Comité de Formación Continuada, Presidente/a del Comité de Ejercicio y Desarrollo Profesional y Presidente/a del Comité de Calidad y Seguridad Asistencial. Fecha propuesta: Noviembre de 2015. Dicha sesión aportará nociones fundamentales y conceptos cuyo fin consiste en concienciar a los socios de SEAIC de la importancia de realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos de forma que resulten coste-efectivos y con la mayor calidad alcanzable. Periodo: **año 2**.

- **Objetivo Operativo #5.** Conseguir que el **100%** de los **Jefes de Servicio/Unidad** y al menos 1 adjunto del Servicio/Unidad realice curso sobre **calidad y seguridad** asistencial. Responsables: Junta Directiva SEAIC. Periodo: **años 2-3**

- **Objetivo Operativo #6.** **Difundir** el curso de Calidad y Seguridad mediante los canales de **comunicación interna** de la SEAIC. Responsables: Comité de Comunicación. Periodo: **años 1-3**

**6.2. Eje estratégico “Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés”**

**6.2.1. Objetivo Estratégico: SEAIC/Pacientes. Alianza con asociaciones de pacientes. Ayudas educativas.**

- **Objetivo Operativo #7.** Elaboración de un **cuestionario** sobre la **calidad percibida** por los pacientes en los diferentes ámbitos de la Alergología: Alergia Respiratoria,

Cutánea, Pediátrica, Alimentaria, Alergia a Medicamentos. Responsables: persona responsable del enlace para las Asociaciones de Pacientes AAPP de la Junta Directiva y Junta Directiva. Fecha límite: Diciembre 2015. Finalidad: Obtener una visión de los pacientes con el fin de lograr la excelencia. Mejorar la comunicación con las AAPP y establecer proyectos de colaboración para la mejora mutua. Periodo: **año 2**.

6.2.2. **Objetivo Estratégico SEAIC y Administración/ Proveedores de salud**

- **Objetivo Operativo #8.** Elaborar **dossier explicativo** para concienciar a la Administración, Empresas y Proveedores de Salud de la importancia de la Alergia, que conlleva una merma importante de calidad de vida y un elevado coste socio-económico. Responsables: Presidente del Comité de Desarrollo Corporativo y miembro del CDC responsable de las relaciones institucionales. Fecha límite: Diciembre 2015. Periodo: **años 1-2**.
- **Objetivo Operativo #9.** Creación de un **documento resumen** sobre la **estandarización de extractos diagnósticos y terapéuticos** en Alergología. Dicho documento supone una evaluación necesaria y fundamental de las Tecnologías disponibles en Alergología, mejorar el conocimiento de los recursos de calidad disponibles e implementar las medidas oportunas con objeto de regularizar o normalizar el uso de extractos cuya composición sea conocida y válida. Responsables: Miembros de la Comisión Funcional del Comité de Inmunoterapia. Periodo: **años 2-3**.
- **Objetivo Operativo #10: Estudio** sobre la **gestión del arbolado** a nivel de los ayuntamientos. Prueba piloto en algunas ciudades españolas. La justificación de este estudio sería la reducción de la prevalencia de las polinosis en las ciudades, mediante la intervención de alergólogos en la gestión del arbolado de las ciudades, en calles, parques y jardines. Responsables: Presidente/a del Comité de Aerobiología y miembros del Comité de Aerobiología. **Periodo: años 3-4**.

6.2.3. **Objetivo Estratégico SEAIC/Universidad:**

- **Objetivo Operativo #11.** Integrar en la formación de **pregrado** la cultura sobre Calidad y Seguridad Asistencial, mediante **seminarios** definitorios de las herramientas disponibles para la evaluación de la calidad y concienciar a futuros médicos de la importancia de la Seguridad en el ámbito asistencial. Responsables: miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad. Fecha propuesta: Diciembre 2015. Periodo: **año 3-4**.
- **Objetivo Operativo #12.** Promover la creación de **cursos de posgrado/doctorado** en materia de Alergología a nivel universitario, que abarquen aspectos clínicos y de investigación básica, incrementando el conocimiento de la fisiopatología alérgica. Responsables: miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad. Fecha propuesta: Diciembre 2015. Periodo: **año 3-4**.

6.2.4. **Objetivo Estratégico: Mejorar difusión sobre calidad y seguridad: Portal web SEAIC:**

- **Objetivo Operativo #13.** Incluir los formularios con **criterios** sobre **Calidad y Seguridad Asistencial** en el área reservada a los socios. Los criterios de calidad y seguridad que deben reunir las unidades de excelencia en el ámbito de la Alergología estarán a **disposición de los socios** según se aprueben por Junta Directiva en el área restringida a los socios. Responsable: Webmaster de SEAIC. Fecha propuesta: según aprobación por la Junta Directiva. Periodo: **año 1-2.**

### **6.3. Eje estratégico "Organización y Recursos":**

#### **6.3.1. Objetivo Estratégico: Optimización de la estructura de gobierno y organizativa.**

- **Objetivo Operativo #14.** Elaboración por el Comité de Seguridad y de Ejercicio y Desarrollo Profesional de los **puntos** a incluir en un **documento de consenso** con un **mapa de riesgos** asociados a los diferentes **procedimientos** realizados en la práctica diaria de la especialidad de Alergología y de la Inmunología Clínica y recomendando un plan de actuación. Dicho documento se elaborará durante 2016, con presentación en Diciembre de 2016. Responsables: Presidente/a del Comité de Ejercicio y Desarrollo Profesional y Presidente/a del Comité de Calidad y Seguridad Asistencial). Los Presidentes de los comités actuarán como "expertos asociados", coordinando la recopilación de los riesgos de cada procedimiento, dentro de su área de interés. Fecha propuesta para la elaboración de los puntos a incluir en el documento: Abril de 2016. Periodo: **año 2**

#### **6.3.2. Objetivo Estratégico: Comunicación interna como vehículo de incremento de la participación:**

- **Objetivo Operativo #15.** Elaboración de un **formulario** de recogida de **incidencias** en materia de seguridad y calidad, disponible en el área restringida a los socios de la página web de SEAIC. Dicho formulario se elaborará en colaboración con el comité de calidad y seguridad asistencial. Responsable/s: Comité de Calidad. Su fin consiste en recoger de forma rápida información en dicha materia, con objeto de un análisis posterior (semestral) de las incidencias, analizar las causas y proponer medidas de mejora. La recepción de los datos será automática en formulario google. Periodo: **año 2.**

#### **6.3.3. Objetivo Estratégico: Atención a los aspectos financieros. Sostenibilidad económica**

- **Objetivo Operativo #16.** Realización de **estudios de coste-efectividad** por los comités, según área de especialización, basándose en datos de Alergológica 2014. Responsable/s: Presidentes de los comités implicados. Periodo: **años 3-4.**
- **Objetivo Operativo #17.** La sostenibilidad económica viene determinada por la **generación de recursos** que aporten valor, por ejemplo mediante la creación de **cursos on-line** sobre el **Tratado de Alergología**, para ser ofertados a otras Sociedades que pudieran tener interés en Alergología (pej: sociedades Iberoamericanas). Responsable/s: Junta Directiva. Periodo: **año 2.**

- **Objetivo Operativo #18.** Además, la creación de **alianzas** de patrocinio con empresas o **industrias** de ámbito **no sanitario**, en los que SEAIC pueda **aportar valor**, avalando **productos hipoalergénicos**, potencialmente útiles para individuos alérgicos, constituye un capítulo cada vez más demandado por la población general. Responsable/s: Comité de Desarrollo Corporativo. Periodo: **años 2-3**.

## 7. Evaluación y política de reajuste del PECE-SEAIC 2015-2018

### 7.1. Evaluación

#### 7.1.1. Evaluación cuantitativa:

Se realizará de forma cuantitativa de acuerdo con los parámetros objetivos que se han establecido en el Cuadro de mandos (formularios creados por el Comité de Calidad). Es importante valorar el coste de los procesos y procedimientos alergológicos para tener una medida que pueda servir de guía y permita proponer actuaciones de mejora.

#### Periodicidad:

- **Trimestral:** Responsable: Comités de Calidad y Ejercicio y Desarrollo Profesional
  - o Formularios de Calidad y Seguridad Asistencial
  - o Incidencias recogidas en formularios específicos creados a tal efecto.
- **Semestral:**
  - o Grado de implementación de las Unidades de Excelencia a nivel Estatal. Responsables: Presidentes de los comités con Unidades de Excelencia
  - o Análisis de las necesidades y Riesgos Prevenibles, Externos y Estratégicos.
- **Anual:**
  - o Indicadores de impacto en los medios de comunicación. Responsable: Comité de Comunicación.

#### 7.1.2. Evaluación cualitativa:

Correspondiendo al Seguimiento desde una perspectiva externa (Objetivo Estratégico: SEAIC /Pacientes), se evaluarán los resultados de los **cuestionarios** sobre la **calidad percibida** por las diferentes asociaciones de pacientes, con objeto de proponer posibles mejoras a los objetivos operativos y a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el ámbito de la Alergología. **Responsable:** *persona de enlace* para las AAPP de la JD de SEAIC. Periodicidad: semestral.

Revisión de **sugerencias** enviadas por los socios al **buzón** específico creado para tal fin en la página web de SEAIC. Responsable: Presidente/a del Comité de Ejercicio y Desarrollo Profesional. Periodicidad: trimestral.

A *primeros de Octubre* de cada año, se realizará una **revisión global** del grado de **cumplimiento de objetivos** con el fin de poder ser comunicado a los socios, en la Asamblea de socios, que se celebra anualmente coincidiendo con el congreso / simposio

de la SEAIC, habitualmente celebrado en la tercera semana mes de Octubre.  
Responsable: Dr. Darío Antolín.

## 7.2. Política de reajuste

Recopilada la información de manera trimestral o semestral se realizarán los ajustes oportunos en los objetivos operativos según:

1. Grado de **implementación** de cada **objetivo**: Situación específica comparada con situación ideal, evaluando situaciones inesperadas o no previstas para la mejora y reajuste de dichos objetivos. Dicho reajuste, deberá contar con la aprobación de la Junta Directiva de la SEAIC.
2. Acontecimientos externos o **cambios** en el **entorno** que hagan necesaria una reevaluación de la situación.
3. **Impacto** de las acciones no llegue al ideal que se busca

**Toda medida** de reajuste será **consensuada** por la Junta Directiva con el comité o comités implicados para lograr la excelencia.

## 8. Cuadro de Mandos

### Anexo 1. Cuadro de mandos del Plan Estratégico de Calidad y Seguridad Asistencial 2015-2018 (PECSA-SEAIC 2015-2018)

Responsable: Darío Antolín  
 Fecha actualización: 24-may-15

Área de implementación	Objetivo estratégico relacionado	Objetivo Operativo	Prioridad	Plazo ejecución	Fecha real ejecución	Recursos	Periodo	Persona(s) encargada(s)
Cartera de servicios	Profesionalismo. Excelencia Profesional	Creación Formularios Específicos por área de interés	<b>Alta</b>	3 meses			año 1	Presidente/a Comité de Calidad/Presidentes Comités
Cartera de servicios	Profesionalismo. Excelencia Profesional	Definir Cartera de Servicios/Criterios mínimos procedimientos Alergología Hospitalario/Ambulatorio	<b>Alta</b>	6 meses			año 2	Presidente/a Ejercicio y Desarrollo Profesional/Junta Directiva/Presidentes Comités
Cartera de servicios	Profesionalismo. Excelencia Profesional	Creación de 5 Unidades de Excelencia	<b>Alta-Media</b>	12 meses			años 1-2	Presidentes Comités
Cartera de servicios	Generación de conocimiento/Cultura de Calidad y Seguridad	Curso On-line Calidad y Seguridad Asistencial	Media	12 meses			año 2	Presidente/a Comité de Formación Continuada/Comité de Calidad y Ejercicio y Desarrollo Profesional

Cartera de servicios	Generación de conocimiento/Cultura de Calidad y Seguridad	100% Jefes de Servicio/Unidad realicen curso de calidad y Seguridad	Media-Baja	36 meses			años 2-3	Junta Directiva
Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés	Alianza con asociaciones de pacientes	Cuestionarios de Calidad Percibida	Media	18 meses			año 2	Responsable para las AAPP/Junta Directiva
Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés	SEAIC y Administración/ Proveedores de salud	Dossier explicativo SEAIC a administración y agentes relacionados	Alta	6 meses			años 1-2	Responsable del Comité de Desarrollo Corporativo y miembro de relaciones institucionales
Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés	SEAIC y Administración/Proveedores de salud	Estudio Gestión del Arbolado en ciudades	Media	24 meses			año 3-4	Presidente/a Comité Aerobiología y miembros del Comité de Aerobiología
Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés	SEAIC y Administración/Proveedores de salud	Documento resumen estandarización de extractos	Media	24 meses			años 2-3	Presidente/a Comité de Inmunoterapia y miembros de comisión funcional Unidades de Inmunoterapia
Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés	SEAIC y Universidad	Seminarios en materia de Seguridad y Calidad Asistencial en Pregrado y enseñanza en Posgrado/Doctorado	Baja	24 meses			años 3-4	Miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad

Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés	Página web	Formularios de Criterios de Calidad según procedimientos	Media	6 meses			años 1-2	Presidente/a Comité de Calidad/Presidentes Comités
Proyección y alianzas de SEAIC y Fundación SEAIC con otros agentes de interés	Página web	Criterios Unidades de Excelencia	<b>Alta</b>	6 meses			años 1-2	Junta Directiva/Presidentes Comités
Organización y Recursos	Optimización de la estructura de gobierno y organizativa	Puntos a incluir en consenso Calidad y Seguridad	Media	12 meses			año 2	Junta Directiva/Comité de Calidad/Ejercicio y Desarrollo Profesional
Organización y Recursos	Comunicación interna como vehículo de incremento de la participación	Formulario de Incidencias	Media	12 meses			año 2	Comité de Calidad/Ejercicio y Desarrollo Profesional
Organización y Recursos	Atención a los aspectos financieros. Sostenibilidad económica	Cursos on-line Tratado Alergología	Media	12 meses			año 2	Junta Directiva
Organización y Recursos	Atención a los aspectos financieros. Sostenibilidad económica	Estudios Coste-Efectividad	Media	36 meses			años 3-4	Presidentes Comités
Organización y Recursos	Comunicación interna como vehículo de incremento de la participación	Alianzas empresas no sanitarias	Media	36 meses			años 2-3	Comité de Desarrollo Corporativo

## 9. Anexo 2. Mapa estratégico

Responsable: Darío Antolín

Revisión: 24-may-15

Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
OO#1: Formularios Específicos			
	OO#2: Cartera de Servicios Hospitalaria y Ambulatoria		
	OO#3: Creación de 5 Unidades de Excelencia		
	OO#13: Web: Formularios de Criterios de Calidad según procedimientos		
	OO#8: Dossier explicativo para administraciones e instituciones		
	OO#4: Curso On-line Calidad y Seguridad Asistencial		
	OO#6: Difundir curso Calidad y Seguridad on-line		
	OO#7: Cuestionarios de Calidad Percibida		
	OO#5: 100% Jefes de Servicio/Unidad y al menos 1 adjunto realicen curso de calidad y Seguridad		
	OO#9: Documento resumen estandarización de extractos		
	OO#14: Puntos a incluir en consenso Calidad y Seguridad		
	OO#15: Formulario de Incidencias		
	OO#17: Curso on-line Tratado Alergología		
		OO#10: Estudio Gestión Arbolado en Ayuntamientos	
		OO#11: Seminarios en materia de Seguridad y Calidad Asistencial en Pregrado	
		OO#12: Cursos de Posgrado/Doctorado Alergología-Investigación básica	
		OO#16: Estudios Coste-Efectividad	
	OO#18: Alianzas empresas no sanitarias		
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4

## 10. Anexo 3. Formularios de Seguridad

PRUEBAS de EXPOSICIÓN con MEDICAMENTOS		DEFINITIVO	
		Imprescindible	Observaciones
1.1 - Actividad de HDA (Sí/No)		Si	
1.2 - Espacio Físico propio (m2)	1.2.1 - Despacho médico/Enfermería	Si	8-10 m2
	1.2.3 - Sala de observación/administración	Si	Los pacientes una vez registrados acceden a un area específica dentro del servicio donde se desarrollarán los procedimientos diagnósticos programados. Superficie de unos 35m2.
	1.2.4 - Aseo	Si	al menos próximo
1.3 - Accesos (Sí/No)	1.3.1 - Cama	No	
	1.3.2 - Camilla	Si (con ruedas)	Para posible evacuación del paciente a UCI.
	1.3.3 - UCI	Si (la del centro)	Los médicos de UCI deben conocer que en Alergia se realizan procedimientos de alto riesgo que pueden requerir su intervención. Sería bueno que el área de estudio de RAM fuera supervisada y contara con la aprobación de UCI.
	1.3.4 - Otros	Si (sillones reclinables)	
1.4 - Aseo (propio, próximo)		Próximo	
1.5 - Cama (Sí/No)		No	No imprescindible aunque recomendable en caso de una estancia prolongada tras una reacción.

1.6 - Camilla (Sí/No)		Si	preferiblemente con ruedas para facilitar movilidad en caso de evacuación a UCI.
1.7 - mesa de trabajo médico (Sí/No)		Si	En caso de HC digital dispondrá de un puesto de ordenador en red donde se realiza el registro del paciente, dosis, posibles eventos adversos, próxima cita...
1.8 - mesa de trabajo enfermería (Sí/No)		Si	En caso de HC digital dispondrá de un puesto de ordenador en red donde se realiza el registro del paciente, dosis, posibles eventos adversos, próxima cita...
1.9 - sillas	1.9.1 - pacientes (Sí/No)	Si (sillones reclinables)	
	1.9.2 - acompañantes (Sí/No)	Si (en niños siempre) y recomendable en adultos.	
1.10 - Nevera (Sí/No)		Si (no necesariamente propia de esta unidad).	Puede utilizarse otra del servicio.
1.11 - Armario fungibles		Si	Cajetines con medicación necesaria para las pruebas de exposición bien identificados.
1.12 - Medicación	1.12.1 - Específica (Sí/No)	si	
	1.12.2 - Genérica (Sí/No)	Si	
1.13 - Oxígeno (Sí/No)		Si	preferible toma central.
1.14 - Carro de PCR (Sí/No)		Si	Si las características estructurales del servicio lo permiten bastará con un carro de paradas homologado (como los del resto del hospital) para todo el servicio. Todos los miembros del

		servicio conocerán su ubicación y se nombrará un responsable de enfermería que lo revisará periódicamente según la normativa del centro. Con monitor y desfibrilador.
1.15 - ESPIRÓMETRO/otros	Si (propio)	torre para toma de constantes digital : TA, FC y pulsioxímetro.
1.16 - Sistemas de Registro	1.16.1 - Agenda (Sí/No)	Si
	1.16.2 - Datos intermedios (Sí/No)	Si
	1.16.3 - Protocolo Procedimiento (Sí/No)	Si
	1.16.4 - Protocolo R. Adversa (Sí/No)	si
	1.16.5 - Sist. Registro de Incidencias (Sí/No)	Si
2.1 - MEDICO Responsable (Presencia, Localizado)	Si (presencia)	Conveniente designar un médico de plantilla como responsable de la actividad de HD. Puede tener un MIR de apoyo. Dicho médico no tendrá agenda asistencial cuando esté realizando actividad de hospital de día.
2.2 - Enfermera (Presencia, Localizado)	Si (presencia)	
2.3 - Auxiliar (Presencia, Localizado)	Si (Presencia)	
2.4 - Administrativo (Presencia, Localizado)	No	La aux. puede realizar tareas de recepción, identificación y citación de los pacientes.

3.1 - Médico (min - max - medio)	30 minutos/paciente ; mínimo 4 horas - máximo 7 horas	Cada PEOC con fármacos ocupará una jornada completa, mínimo 4 horas. Prever también tiempo de observación tras dosis. Se contemplará también el tiempo necesario en caso de producirse una reacción.
3.2 - Enfermera (min - max - medio)	45 minutos/paciente ; mínimo 4 horas - máximo 7 horas	10-15 pacientes/enfermera .
3.3 - Auxiliar - Celador (min - max - medio)	mínimo 4 horas - máximo 7 horas	10-15 pacientes/enfermera .
3.4 - Administrativo (min - max - medio)	No	

PRUEBAS de EXPOSICIÓN con ALIMENTOS		DEFINITIVO	
		Imprescindible	Observaciones
1.1 - Actividad de HDA (Sí/No)		Si	
1.2 - Espacio Físico (m2)	1.2.1 - Despacho médico/Enfermería	Si (8-10 m2)	Las dimensiones variarán de acuerdo con las características y actividad de cada servicio. Son por tanto, orientativas.
	1.2.2 - Sala de trabajo	Si (35 m2)	
	1.2.3 - Sala de espera	No	Los pacientes una vez registrada su llegada serán conducidos al área específica dentro del servicio donde se realizaran los procedimientos diagnósticos establecidos.
	1.2.4 - Aseo	Si (Próximo)	
1.3 - Accesos (Sí/No)	1.3.1 - Cama	No	
	1.3.2 - Camilla	Si (con ruedas)	Para facilitar una posible evacuación a UCI.
	1.3.3 - UCI	Si (propia del centro)	Los médicos de UCI deben conocer que en Alergia se realizan procedimientos de alto riesgo que pueden requerir su intervención. Sería bueno que el área de estudio de RAM fuera supervisada y contara con la aprobación de UCI.
	1.3.4 - Otros		
1.4 - Aseo (propio, próximo)		Si (Próximo)	
1.5 - Cama (Sí/No)		No	No imprescindible aunque en caso de una reacción que haga permanecer al paciente más tiempo de lo habitual igual sería más cómodo. No obstante esto habla más de calidad que de seguridad.
1.6 - Camilla (Sí/No)		Si	

1.7 - mesa de trabajo médico (Sí/No)		Si	En caso de HC digital dispondrá de un puesto de ordenador en red donde se realiza el registro del paciente, dosis, posibles eventos adversos, próxima cita...
1.8 - mesa de trabajo enfermería (Sí/No)		Si	En caso de HC digital dispondrá de un puesto de ordenador en red donde se realiza el registro del paciente, dosis, posibles eventos adversos, próxima cita...
1.9 - sillas	1.8.1 - pacientes (Sí/No)	Sillón (reclinable)	
	1.8.2 - acompañantes (Sí/No)	si (niños), recomendable en adultos.	
1.10 - Nevera (Sí/No)		Si	microondas, batidora.
1.11 - Armario fungibles		Si	
1.12 - Medicación	1.11.1 - Específica (Sí/No)	si	
	1.11.2 - Genérica (Sí/No)	Si	
1.13 - Oxígeno (Sí/No)		Si (toma central)	
1.14 - Carro de PCR (Sí/No)		Si	Si las características estructurales del servicio lo permiten bastará con un carro de paradas homologado (como los del resto del hospital) para todo el servicio. Todos los miembros del servicio conocerán su ubicación y se nombrará un responsable de enfermería que lo revisará periódicamente según la normativa del centro. Con monitor y desfibrilador.
1.15 - ESPIRÓMETRO/otros		Si	Torre para toma de constantes digital : TA, FC y pulsioxímetro.
1.16 - Sistemas de Registro	1.14.1 - Agenda (Sí/No)	si	
	1.14.2 - Datos intermedios (Sí/No)	Si	

	1.14.3 - Protocolo Procedimiento (Sí/No)	Si	
	1.14.4 - Protocolo R. Adversa (Sí/No)	Si	
	1.14.5 - Sist. Registro de Incidencias (Sí/No)	Si	Se designará un responsable o grupo responsable del análisis periódico de las mismas.
<hr/>			
2.1 - MEDICO Responsable (Presencia, Localizado)		Si	Conveniente designar un médico de plantilla como responsable de la actividad de HD. Puede tener un MIR de apoyo. Dicho médico no tendrá agenda asistencial cuando esté realizando actividad de hospital de día.
	2.2 - Enfermera (Presencia, Localizado)	Si (presencia)	
	2.3 - Auxiliar (Presencia, Localizado)	Si (presencia)	Preparación de alimentos,
	2.4 - Administrativo (Presencia, Localizado)	Localizado	
<hr/>			
3.1 - Médico (min - máx - medio)		30 minutos/paciente; mínimo 4 horas - máximo 7 horas	Cada PEOC con alimentos ocupará una jornada completa, mínimo 4 horas. Prever también tiempo de observación tras dosis. Se contemplará también el tiempo necesario en caso de producirse una reacción.
	3.2 - Enfermera (min - máx - medio)	45 minutos/paciente; mínimo 4 horas - máximo 7 horas	10-15 pacientes/enfermera.
	3.3 - Auxiliar - Celador (min - máx - medio)	mínimo 4 horas - máximo 7 horas	10-15 pacientes/enfermera.
	3.4 - Administrativo (min - máx - medio)	No	No

DESENSIBILIZACIÓN con ALIMENTOS		DEFINITIVO	
		Imprescindible	Observaciones
1.1 - Actividad de HDA (Sí/No)		Si	
1.2 - Espacio Físico (m2)	1.2.1 - Despacho médico/Enfermería	Si (8-10 m2)	
	1.2.2 - Sala de trabajo	Si (35 m2)	
	1.2.3 - Sala de Espera	No	Los pacientes una vez registrada su llegada serán conducidos al área específica dentro del servicio donde se realizaran los procedimientos diagnósticos establecidos.
	1.2.4 - Aseo	Proximo	
1.3 - Accesos (Sí/No)	1.3.1 - Cama	No	
	1.3.2 - Camilla	Si (con ruedas)	Para facilitar una posible evacuación a UCI.
	1.3.3 - UCI	Si	Los médicos de UCI deben conocer que en Alergia se realizan procedimientos de alto riesgo que pueden requerir su intervención. Sería bueno que el área de estudio de RAM fuera supervisada y contara con la aprobación de UCI.
	1.3.4 - Otros		
1.4 - Aseo (propio, próximo)		Si (próximo)	
1.5 - Cama (Sí/No)		No	
1.6 - Camilla (Sí/No)		Si (con ruedas)	

1.7 - mesa de trabajo médico (Sí/No)		Si	En caso de HC digital dispondrá de un puesto de ordenador en red donde se realiza el registro del paciente, dosis, posibles eventos adversos, próxima cita...
1.8 - mesa de trabajo enfermería (Sí/No)		Si	En caso de HC digital dispondrá de un puesto de ordenador en red donde se realiza el registro del paciente, dosis, posibles eventos adversos, próxima cita...
1.9 - sillas	1.8.1 - pacientes (Sí/No)	Sillones (reclinables)	
	1.8.2 - acompañantes (Sí/No)	Si (niños)	
1.10 - Nevera (Sí/No)		Si	
1.11 - Armario fungibles		Si	
1.12 - Medicación	1.11.1 - Específica (Sí/No)	Si	
	1.11.2 - Genérica (Sí/No)	Si	
1.13 - Oxígeno (Sí/No)		Si	Toma central
1.14 - Carro de PCR (Sí/No)		Si	Si las características estructurales del servicio lo permiten bastará con un carro de paradas homologado (como los del resto del hospital) para todo el servicio. Todos los miembros del servicio

		conocerán su ubicación y se nombrará un responsable de enfermería que lo revisará periódicamente según la normativa del centro. Con monitor y desfibrilador.
1.15 - ESPIRÓMETRO/otros	Si	Torre para toma de constantes digital : TA, FC y pulsioxímetro.
1.16 - Sistemas de Registro	1.14.1 - Agenda (Sí/No)	Si
	1.14.2 - Datos intermedios (Sí/No)	Si
	1.14.3 - Protocolo Procedimiento (Sí/No)	Si
	1.14.4 - Protocolo R. Adversa (Sí/No)	Si
	1.14.5 - Sist. Registro de Incidencias (Sí/No)	Si
2.1 - MEDICO Responsable (Presencia, Localizado)	Si	responsable de HD.
2.2 - Enfermera (Presencia, Localizado)	Si	
2.3 - Auxiliar (Presencia, Localizado)	Si	
2.4 - Administrativo (Presencia, Localizado)	Localizado	
3.1 - Médico (min - máx - medio)	45 minutos/paciente; Mínimo 2 horas	Mínimo 2 horas (pacientes que acuden a una dosis únicamente), máximo una jornada entera (4 horas) si se administran varias dosis. Hay que prever

		tiempo para una posible reacción y tiempo de observación post-dosis.
3.2 - Enfermera (min - máx - medio)	60 minutos/paciente; Mínimo 2 horas	Mínimo 2 horas (pacientes que acuden a una dosis unicamente), máximo una jornada entera (4 horas) si se administran varias dosis. Hay que prever tiempo para una posible reacción y tiempo de observación post-dosis. Mínimo 10 pacientes por enfermera.
3.3 - Auxiliar - Celador (min - máx - medio)	Si	Asimilable al tiempo de enfermería.
3.4 - Administrativo (min - máx - medio)	No	No imprescindible.

DESENSIBILIZACIÓN con MEDICAMENTOS		DEFINITIVO	
		Imprescindible	Observaciones
1.1 - Actividad de HDA (Sí/No)		Si	
1.2 - Espacio Físico (m2)	1.2.1 - Despacho médico/Enfermería	Si	8-10 m2
	1.2.2 - Sala de observación/administración	Si	35 m2
	1.2.3 - Sala de Espera	No	Los pacientes una vez registrados acceden a un área específica dentro del servicio donde se desarrollarán los procedimientos diagnósticos programados. No se precisa por tanto zona de espera diferenciada.
	1.2.4 - Aseo	Si	Próximo
1.3 - Accesos (Sí/No)	1.3.1 - Cama	No	
	1.3.2 - Camilla	Si (con ruedas)	Para posible evacuación del paciente a UCI.
	1.3.3 - UCI	Si	Los médicos de UCI deben conocer que en Alergia se realizan procedimientos de alto riesgo que pueden requerir su intervención. Sería bueno que el área de estudio de RAM fuera supervisada y contara con la aprobación de UCI.

		1.3.4 - Otros		
1.4 - Aseo (propio, próximo)			Si (Propio)	
1.5 - Cama (Sí/No)			Si	
1.6 - Camilla (Sí/No)			Si (con ruedas)	
1.7 - mesa de trabajo médico (Sí/No)			Si	En caso de HC digital dispondrá de un puesto de ordenador en red donde se realiza el registro del paciente, dosis, posibles eventos adversos, próxima cita...
1.8 - mesa de trabajo enfermería (Sí/No)			Si	En caso de HC digital dispondrá de un puesto de ordenador en red donde se realiza el registro del paciente, dosis, posibles eventos adversos, próxima cita...
1.9 - sillas	1.8.1 - pacientes (Sí/No)		Sillón reclinable	
	1.8.2 - acompañantes (Sí/No)		Si	habitualmente son estancias largas sobre todo con los QTP.
1.10 - Nevera (Sí/No)			Si	puede estar en otras áreas del servicio y ser de uso compartido.
1.11 - Armario fungibles			si	
1.12 - Medicación	1.11.1 - Específica (Sí/No)		si	
	1.11.2 - Genérica (Sí/No)		si	
1.13 - Oxígeno (Sí/No)			Si	Toma central.

1.14 - Carro de PCR (Sí/No)		si	Si las características estructurales del servicio lo permiten bastará con un carro de paradas homologado (como los del resto del hospital) para todo el servicio. Todos los miembros del servicio conocerán su ubicación y se nombrará un responsable de enfermería que lo revisará periódicamente según la normativa del centro. Con monitor y desfibrilador.
1.15 - ESPIRÓMETRO/otros		No propio.	Torre para toma de constantes y pulsioxímetro.
1.16 - Sistemas de Registro	1.14.1 - Agenda (Sí/No)	Si	
	1.14.2 - Datos intermedios (Sí/No)	Si	
	1.14.3 - Protocolo Procedimiento (Sí/No)	Si	
	1.14.4 - Protocolo R. Adversa (Sí/No)	Si	
	1.14.5 - Sist. Registro de Incidencias (Sí/No)	Si	Se designará un responsable o grupo responsable del análisis periódico de las mismas.
2.1 - MEDICO Responsable (Presencia, Localizado)		Si	
2.2 - Enfermera (Presencia, Localizado)		Si	
2.3 - Auxiliar (Presencia, Localizado)		Si	
2.4 - Administrativo (Presencia, Localizado)		No	

3.1 - Médico (min - máx - medio)	45 minutos/paciente; Mínimo 1 jornada completa.	Un procedimiento de desensibilización requiere varias horas dependiendo del paciente y el fármaco. Pueden superar incluso una jornada y prolongarse a la tarde. Siempre requiriendo alergólogo y enfermería.
3.2 - Enfermera (min - máx - medio)	60 minutos/paciente; Mínimo 1 jornada completa.	
3.3 - Auxiliar - Celador (min - máx - medio)	Mínimo 1 jornada completa.	
3.4 - Administrativo (min - máx - medio)	No	

<b>Procedimiento:</b>	<b>INMUNOTERAPIA</b>	<b>DEFINITIVO</b>	
		<b>IMPREScindible (Si/No)</b>	<b>Observaciones</b>
<b>1 - ESTRUCTURA</b>	<b>1.1 - Actividad de HDA</b>	Si	

	1.2 - Espacio Físico (m2)	1.2.1 - Despacho médico	No	El medico puede estar localizado y ser llamado en caso de necesidad.
		1.2.2 - Área de enfermería	No	Puede ser la misma que la de administración de dosis.
		1.2.3 - Sala de espera	No (pre-dosis)	Puede ser la común al resto de pacientes que acuden al servicio.
		1.2.4 - Sala de administración de la IT	Si	local/despacho para administración del tratamiento.
		1.2.5 - Sala de observación post-tratamiento	Si	próxima a la zona de administración puede ser compartida con otras actividades del servicio. En caso de pautas no convencionales (más prolongadas en el tiempo) se dispondrá de una sala de observación propia con sillones reclinables.
		1.2.6 - Zona de exploración / valoración del paciente	Si	
		1.2.7 - Zona de recepción de pacientes	No	Dependerá de las características de cada servicio. En general, los pacientes pueden ser recibidos como el resto de los que acuden al servicio ese día (administrativo común, si cita electrónica obtención de turno en los dispensadores y esperar a ser llamado...) y luego

				dirigirles (administrativo o pantalla electrónica) a la unidad de IT.
		1.2.8 - Zona específica para tratamiento de una reacción	Si (8-10 m2)	Próxima a la zona de administración y/o observación y dotada de todo lo necesario para la atención a una reacción adversa.
	1.3 - Aseo (propio, próximo)		Próximo	
	1.4 - Cama		No	
	1.5 - Camilla con ruedas		Si	Para facilitar una evacuación en caso de necesidad.
	1.6 - Sillón reclinable		Si	para IT en pautas prolongadas
	1.7 - mesa de trabajo médico		No	opcional
	1.8 - mesa de trabajo enfermería		Si	En caso de HC digital dispondrá de un puesto de ordenador en red donde se realiza el registro del paciente, dosis, posibles eventos adversos, próxima cita...
	1.9 - sillas en la zona de espera	1.8.1 - pacientes	Si	
		1.8.2 - acompañantes	No	excepto para niños.
	1.10 - Nevera		Si	
	1.11 - Material fungible (agujas, jeringuillas, alcohol, algodón...)		Si	
	1.12 - Armario fungibles		Si	
	1.13 - Medicación	1.11.1 - Específica (Sí/No)	Si	adrenalina, antihistamínicos, corticoides,

			broncodilatadores ...
	1.11.2 - Genérica (Sí/No)	Si	sueros, expansores plasma...
	1.14 - Oxígeno (Sí/No)	Si	preferible toma central.
	1.15 - Nebulizadores y cámaras de inhalación	Si	
	1.16 - Otros materiales (placas de hielo, estetoscopio, tensiómetro, pulsioxímetro, torniquete, sistemas de canalización iv, Temporizador...)	Si	
	1.17 - Medidores de pico flujo	Si	
	1.18 - Carro de PCR homologado por el centro y revisado con periodicidad	Si	Si las características estructurales del servicio lo permiten bastará con un carro de paradas homologado (como los del resto del hospital) para todo el servicio. Todos los miembros del servicio conocerán su ubicación y se nombrará un responsable de enfermería que lo revisará periódicamente según la normativa del centro. Con monitor y desfibrilador.
	1.19 - ESPIRÓMETRO/ otros	No	No imprescindible si el servicio dispone de alguno próximo. Torre para toma de constantes digital: TA, FC y pulsioxímetro.

	<b>1.20 - TICs</b>	1.20.1 - Línea telefónica (fijo directo o móvil propio) y correo electrónico	Si	Garantiza la continuidad asistencial tanto con AP como con el paciente.
		1.20.2 - Agenda electrónica de citación	Si	
		1.20.3 - HC electrónica donde se recoja toda la información relacionada con la IT	Si	
		1.20.4 - Programa informático específico para IT	Si	
		1.20.5 - Ordenador en red, impresora, software necesario	Si	Integrado en el sistema general del centro. Formará parte (ej. Formulario) de la HC digital del paciente.
	<b>1.21 - PNTs</b>	1.21.1- Sistema de registro / base de datos	Si	
		1.21.2 - Sistema de registro de incidencias	Si	
		1.21.3 - Protocolo de conservación de extractos	Si	
		1.21.4 - Protocolo para Atención primaria	Si	Dado que muchas dosis se administran en AP disponer de un documento con información de dosis, valoraciones a realizar pre y post-dosis, recogida de eventos adversos y protocolo de actuación en caso de producirse, garantiza una mayor seguridad a la hora de administrar IT.
		1.21.5 - Documento informativo para el paciente sobre el tratamiento, conservación...	Si	

	1.21.6 - Plan de seguridad	Si	
	1.21.7 - Registro de todas las reacciones adversas	Si	Se designará un responsable o grupo responsable del análisis periódico de las mismas.
<b>2 - PERSONAS</b>	2.1 - MEDICO Responsable (Presencia, Localizado)	Si	Localizado.
	2.2 - Enfermera (Presencia, Localizado)	Si	Presencia.
	2.3 - Auxiliar (Presencia, Localizado)	Si	Localizado.
	2.4 - Administrativo (Presencia, Localizado)	No	
<b>3 - TIEMPOS</b>	3.1 - Médico (min - máx - medio)	Mínimo 15 minutos por dosis.	
	3.2 - Enfermera (min - máx - medio)	20 minutos/dosis ; Entre 15 - 20 dosis/jornada .	
	3.3 - Auxiliar - Celador (min - máx - medio)	No imprescindible.	
	3.4 - Administrativo (min - máx - medio)	No imprescindible.	con agendas electrónicas las tareas de citación de pacientes pueden hacerlas de forma indistinta enfermería o auxiliares.

## 11. Bibliografía

---

- 1 Olaguíbel, JM. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica [Internet]. 1era edición, Madrid: SEAIC; 2011. Disponible en: <http://www.seaic.org/inicio/historia-de-la-seaic>
- 2 Infante Campos A. Calidad en la gestión de los servicios públicos de salud [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado 01/02/2015]. Tema 5.2. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500629/n5.2\\_Calidad\\_en\\_la\\_gesti\\_\\_n.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500629/n5.2_Calidad_en_la_gesti__n.pdf)
- 3 Rodríguez Pérez MP. Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado 01/02/2015]. Tema 14.1. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1\\_Calidad\\_asistencial.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf)
- 4 Lorenzo Martínez S. Modelo de Calidad, EFQM, ISO. Balanced Scorecard y otros modelos [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado 01/02/2015]. Tema 14.10. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500966/n14.10\\_Modelos\\_de\\_calidad\\_EFQM\\_\\_ISO.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500966/n14.10_Modelos_de_calidad_EFQM__ISO.pdf)
- 5 Palmer HR. Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing, 1983.
- 6 Sheps MC. Approaches to the quality of hospital care. Hospital Administration.1970; 15:21-42
- 7 Kaplan RS, Mikes A. Managing risk a new framework. [Internet]. Harvard Business Review; 2012 [consultado 5/02/2015]. Disponible en: <https://hbr.org/2012/06/managing-risks-a-new-framework>
- 8 Domínguez-Ortega J, Ruiz Hornillos J, Chivato T, De la Hoz B, Elices A, Iglesias A. et al. La alergología en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid: situación actual y oportunidades en el sistema sanitario público del siglo XXI. An. Sist. Sanit. Navar. 2014; 37 (3): 317-327