

Estándares de calidad asistencial en reumatología

Alberto Alonso Ruiz^a, Javier Vidal Fuentes^b, Jesús Tornero Molina^b, Jordi Carbonell Abelló^c, Pablo Lázaro y de Mercado^d y M. Dolores Aguilar Conesa^d

^aServicio de Reumatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

^bServicio de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

^cServicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

^dTécnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS). Madrid. España.

Objetivo: Elaborar estándares de calidad asistencial y de tiempos de los procesos reumatológicos.

Material y métodos: Tras una revisión sistemática de la literatura un grupo de trabajo, constituido por 10 reumatólogos y 2 metodólogos, ha seleccionado 164 indicadores de calidad y de tiempos de proceso. Un panel de 65 expertos los ha puntuado mediante metodología Delphi.

Resultados: Entre los 164 estándares obtenidos destacan: número máximo de habitantes por reumatólogo (40.000-50.000); número mínimo de reumatólogos en una unidad de reumatología (3); tiempo de duración de la primera consulta (30 min) y la sucesiva (19 min), relación sucesiva/primer consulta (3,2); un reumatólogo no debe atender más de 5 primeras visitas/día y no más de 11 consultas sucesivas/día, no debe pasar consulta más de 5 h/día, ni más de 4 días/semana; el tiempo máximo de espera para la primera consulta no será superior a 4 semanas; el tiempo necesario para la visita de pacientes ingresados (43 min al ingreso, 17 min la visita diaria y 40 min el alta); tiempo para la realización de las técnicas más frecuentes en reumatología (12 min para artrocentesis e infiltraciones y 17 min para análisis del líquido sinovial).

Conclusiones: Este estudio fija estándares básicos de calidad, organización y tiempo, y es un instrumento útil para la organización de una unidad de reumatología, ya que facilita el diálogo con los gestores sanitarios y contribuye a mejorar la calidad de la práctica reumatológica.

Palabras clave: Estándares. Calidad asistencial. Reumatología.

Assistance quality standards in rheumatology

Objective: To developed standards for quality of care and processing times in rheumatology.

Materials and methods: After a systematic review of the literature, a working group of 10 rheumatologists and 2 methodologists selected 164 indicators of quality of care and processing times. A panel of 65 experts rated the indicators following a Delphi methodology.

Results: Among the most important of the 164 standards obtained were: maximum number of inhabitants per rheumatologist (40,000-50,000); minimum number of rheumatologists in a Rheumatology Unit (3); duration of the first visit (30 minutes) and successive visits (19 minutes), ratio of successive/first visits (3.2); a rheumatologist should receive no more than 5 first visits/day and no more than 11 successive visits/day, and should spend no more than 5 hours on patients visits/day nor more than 4 days/week; the maximum waiting time for first visits should not exceed 4 weeks; the time needed to visit hospitalised patients (43 minutes on admission, 17 minutes for daily visit and 40 minutes at discharge); and time to carry out some of the most frequent procedures in rheumatology (12 minutes for arthrocentesis and infiltrations and 17 minutes for synovial fluid analysis).

Conclusions: This study establishes basic standards for quality of care, organisation and process times. It is a useful tool for organizing a Rheumatology Unit which can facilitate dialogue with health administrators and help improve the quality of rheumatology care.

Key words: Standards. Quality of care. Rheumatology.

Este estudio ha sido financiado íntegramente por la Sociedad Española de Reumatología (SER) durante las presidencias de los Dres. Jordi Carbonell Abelló y Jesús Tornero Molina.

Correspondencia: Dr. A. Alonso Ruiz.
Servicio de Reumatología. Hospital de Cruces.
Plaza de Cruces, s/n. 48903 Barakaldo. Vizcaya. España.
Correo electrónico: alonsoru@teleline.es

Manuscrito recibido el 9-5-2007 y aceptado el 13-7-2007.

Introducción

La Sociedad Española de Reumatología (SER) es una asociación científica que tiene por objeto fomentar el estudio de las enfermedades reumáticas (osteomusculares y del tejido conectivo) y atender a los problemas relacionados con la especialidad¹⁻³. En el ámbito de la reumatología se incluye un número muy

elevado de enfermedades, a las que se aplica una gran variedad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos⁴. La variabilidad es una característica propia de la práctica médica, pero en ocasiones puede comprometer la calidad asistencial y disminuir la eficiencia. Consciente de la necesidad de unos estándares que sirvan de referente para disminuir la variabilidad, la SER ha impulsado este estudio con el objetivo de elaborar estándares de calidad y de tiempos mínimos para los diferentes procedimientos reumatológicos, mediante una metodología sólida, que permitan planificar el desarrollo de las unidades de reumatología y mejorar la calidad de la atención a los pacientes. Este estudio ha sido impulsado, financiado y realizado por la SER durante la presidencia de los Dres. Jordi Carbonell Abello y Jesús Tornero Molina.

Material y métodos

En el desarrollo de este estudio ha intervenido un grupo de trabajo (GT) formado por 10 reumatólogos seleccionados por la SER (véase apartado "Agradecimientos") y 2 metodólogos de una empresa experta en investigaciones sanitarias (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud: TAISS). En primer lugar, se realizó una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de identificar los estándares de calidad disponibles en el ámbito de la reumatología. La búsqueda bibliográfica se ha realizado en PubMed y en revistas científicas relacionadas con esta área de conocimiento⁵⁻²³. Basándose en esta revisión, el GT elaboró una relación de 210 indicadores, que se priorizaron en función de su importancia, finalmente se seleccionaron los 144 indicadores considerados más prioritarios. Estos indicadores fueron puntuados por un panel de 65 expertos (PE) (véase apartado "Agradecimientos"). Los miembros del panel de expertos seleccionados por el GT debían ser reumatólogos, con más de 5 años de experiencia y reconocido prestigio profesional; así se consiguió una representación geográfica de casi todas las comunidades autónomas.

Se ha utilizado el método Delphi a dos vueltas (octubre de 2004 a marzo de 2005). El PE puntuó los 144 indicadores en la primera ronda. En la segunda ronda se puntuaron 164 indicadores (ya que se habían añadido 20 indicadores por las sugerencias aportadas por los miembros del PE en la primera ronda).

Los indicadores planteados tenían diferentes formatos de puntuación: *a)* en escala de importancia de 1 a 9; *b)* asignación de un valor numérico; *c)* elección de opción (estándares categóricos), o *d)* asignación de un orden de prioridad a una serie de opciones. Para cada indicador cuantitativo (de escala o de valor numérico) se ha calculado el número de panelistas que lo puntuaron (N)

y estimadores de centralización (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar [DE]). La variabilidad se calculó mediante el coeficiente de variación ($CV = DE/mediana$), categorizado de la siguiente forma: *a)* variabilidad muy baja ($CV < 25\%$); *b)* variabilidad baja ($CV, 26-50\%$); *c)* variabilidad media ($CV, 51-75\%$); *d)* variabilidad alta ($CV, 76-100\%$), y *e)* variabilidad muy alta ($CV > 100\%$). En los indicadores con respuesta categórica se calculó la frecuencia de respuesta de cada una de las categorías.

Los estándares están agrupados en 5 grandes apartados: *a)* estándares generales para una unidad de reumatología y su área de salud; *b)* estándares para consultas en reumatología; *c)* estándares para el proceso de hospitalización en reumatología; *d)* estándares de tiempo de realización de técnicas en reumatología, y *e)* estándares de investigación y formación en reumatología. La lista completa de todos estos estándares se presentan en el anexo en internet, mientras que en las tablas 1 a 3 y en las figuras 1 a 5, se resumen los más relevantes.

Resultados

La variabilidad en las puntuaciones (CV) ha sido baja o muy baja en la mayoría de los estándares. En el anexo se presenta la relación de todos los estándares y sus puntuaciones, a continuación se comenta los más relevantes de cada uno de los apartados.

Estándares generales para una unidad de reumatología y su área de salud

Bajo este epígrafe se agrupan estándares sobre aspectos generales de estructura, organización, calidad y tiempo de una unidad de reumatología. En la sección A del anexo en internet se muestra todos los estándares puntuados y en la tabla 1 se presenta un resumen con los más importantes. El número máximo de habitantes por cada reumatólogo debe ser inferior a 50.000; una unidad de reumatología debe estar formada por al menos 3 reumatólogos, debe haber una enfermera por cada 3 consultas, un auxiliar por cada 2 consultas y un administrativo por cada 4 médicos; la capacidad organizativa, seguida de la capacidad clínica, deben ser los méritos más valorados para dirigir una unidad de reumatología.

Estándares específicos para consultas en reumatología

En la sección B del anexo en internet se presentan todos los estándares sobre estructura, tiempo, calidad y

TABLA 1. Resumen de los Estándares generales para una unidad de reumatología y su área de salud

Al menos debe haber un reumatólogo por cada 40.000-50.000 habitantes
En una unidad de reumatología debe haber al menos 3 reumatólogos
La unidad debe disponer de una adecuada estructura arquitectónica, sala para técnicas y sala de reuniones
La unidad de reumatología debe tener una infraestructura informática adecuada
Debe haber, al menos, microscopio de luz polarizada y ecógrafo
Al menos debe haber 1 enfermera por cada 3 consultas, 1 auxiliar por cada 2 consultas y 1 administrativo por cada 4 reumatólogos
En una unidad de reumatología debe haber una consulta de enfermería
Cada paciente debe ser seguido siempre por el mismo médico
Debe haber guías, protocolos de actuación y programas de calidad total
El reumatólogo debe tener actividad formadora en medicina primaria
La capacidad organizativa es el elemento más valorado para dirigir una unidad de reumatología

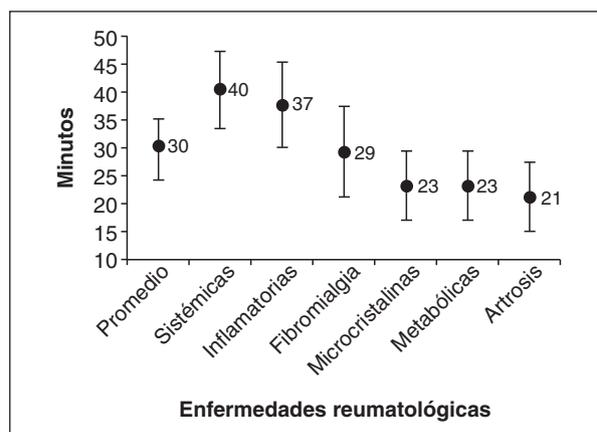
organización de la consulta de reumatología, los más importantes se muestran en la tabla 2. En las figuras 1 a 5 se detallan los estándares de tiempo según el tipo de enfermedades. El tiempo de duración promedio de la primera consulta está en torno a los 30 min (fig. 1), el de la segunda consulta (consulta para resultados), en 19 min (fig. 2), y para el resto de las consultas sucesivas, en 17 min (fig. 3), con una relación sucesivas/primer consulta en el primer año de seguimiento de 3,2 (fig. 4); el tiempo máximo de espera para la primera consulta no debe sobrepasar las 4 semanas; un reumatólogo no debe atender más de 5 primeras visitas y no más de 11 sucesivas al día, no debe pasar consulta durante más de 5 h al día, ni más de 4 días a la semana; el reumatólogo debe seguir a prácticamente la totalidad de los pacientes con enfermedades sistémicas e inflamatorias articulares y solo la sexta parte de los pacientes con fibromialgia (fig. 5).

Estándares específicos para el proceso de hospitalización en reumatología

El proceso de hospitalización requiere unos estándares de estructura, actividad clínica, organización y tiempo específicos que se presentan en su totalidad en la sección C del anexo en internet. En la tabla 3 se presentan los más relevantes. Se necesita un mínimo de 3 camas en la unidad de reumatología por cada 100.000

TABLA 2. Resumen de los Estándares para una consulta de reumatología

El tiempo de duración de la 1.ª consulta debe ser de 30 min (oscila entre 40 min en enfermedades sistémicas y 21 min en artrosis)
El tiempo de duración de la segunda visita debe ser de 19 min (oscila entre 24 min en enfermedades sistémicas y 14 min en artrosis y artritis microcristalina)
El tiempo promedio del resto de las visitas sucesivas debe ser 17 min (oscila entre 23 min en enfermedades sistémicas y 13 min en artrosis y artritis microcristalina)
La relación consultas sucesivas/1.ª consulta para el primer año de seguimiento debe ser de 3 (oscila entre 5 en enfermedades sistémicas y 2 en fibromialgia)
El tiempo máximo de espera para la primera consulta no debe sobrepasar las 4 semanas. El tiempo máximo de espera entre la primera consulta y la siguiente para ver resultados debe oscilar entre 2 semanas para enfermedades sistémicas y 6 para fibromialgia. El tiempo máximo de espera para el resto de las consultas sucesivas oscila entre 3 meses para los pacientes con enfermedades inflamatorias y sistémicas y 9 para los pacientes con enfermedades metabólicas óseas
Un reumatólogo no debe ver más de 5 primeras visitas y no más de 11 sucesivas al día, no debe pasar consulta durante más de 5 h al día, ni más de 4 días a la semana
El reumatólogo debe seguir prácticamente a la totalidad de los pacientes con enfermedades sistémicas e inflamatorias articulares, aproximadamente la mitad de los pacientes con osteoporosis y artropatías microcristalinas, la cuarta parte de los pacientes con artrosis y síndromes dolorosos locales, y sólo la sexta parte de los pacientes con fibromialgia
Son recomendables las consultas monográficas
Se debe realizar un informe a máquina estandarizado

**Figura 1.** Tiempo de duración (min) de la primera consulta según el tipo de afección reumática.

habitantes; la estancia media, según el tipo de hospital, debe estar entre 7 y 9 días; cada reumatólogo no deberá tener asignados más de 7 pacientes ingresados, y el tiempo necesario para la atención a los pacientes reumatólogos ingresados, que variará según el tipo de

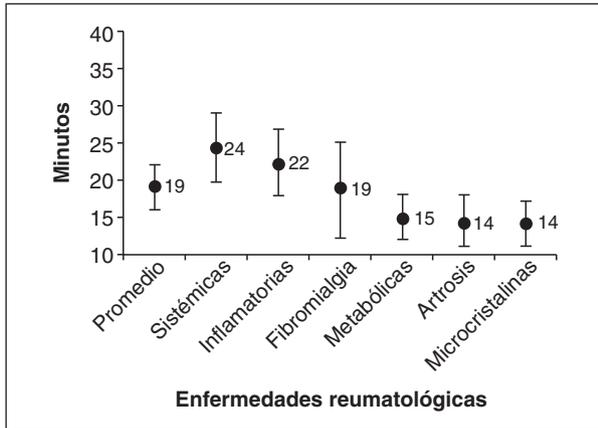


Figura 2. Tiempo de duración (min) de la segunda consulta según el tipo de afección reumática.

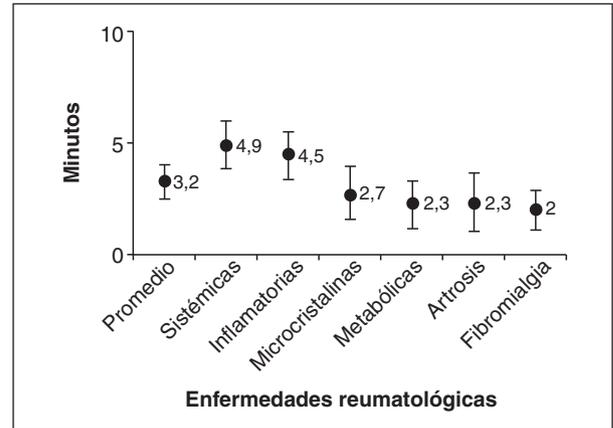


Figura 4. Relación entre las consultas sucesivas y la primera consulta según el tipo de afección reumática.

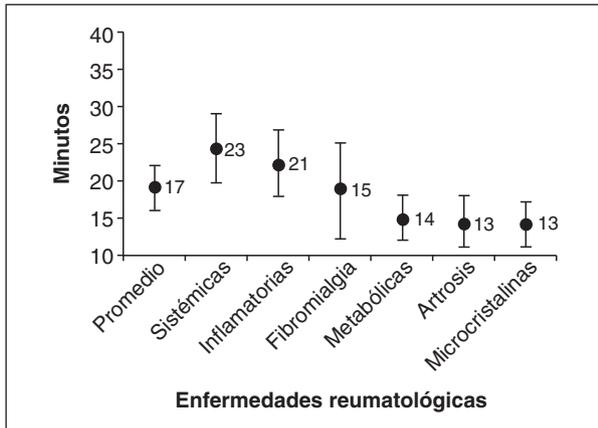


Figura 3. Tiempo de duración (min) de la consulta sucesiva según el tipo de afección reumática.

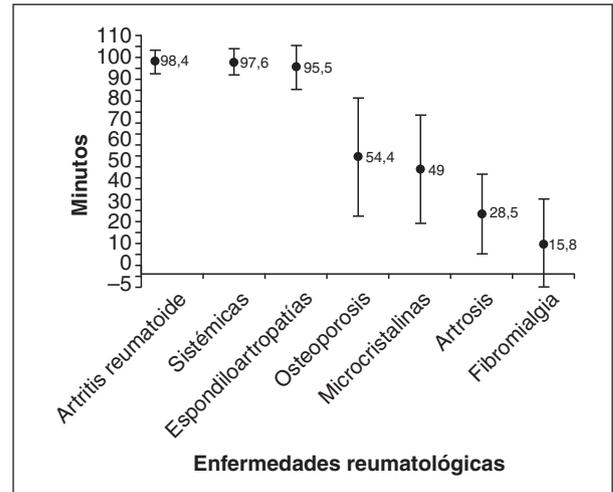


Figura 5. Porcentaje de pacientes, según afección, que debe seguir el reumatólogo tras la primera visita.

visita, si se trata de pacientes en planta de reumatología o en otros servicios, o en el hospital de día (fig. 6).

Estándares para las técnicas de diagnóstico y tratamiento en reumatología

Con respecto a las técnicas, se ha elaborado únicamente estándares de tiempo (sección D del anexo), dada la complejidad de obtener estándares de calidad y que los estándares de estructura se han presentado en el apartado de estándares generales y de estándares para una consulta de reumatología. Un resumen con las más relevantes se muestra en la tabla 4. Las técnicas más habituales (infiltraciones, artrocentesis) precisan un mínimo de 12 min y el estudio de cristales en líquido sinovial, 16 min. Los tiempos necesarios para la realización de biopsias oscilan entre los 19 min de la

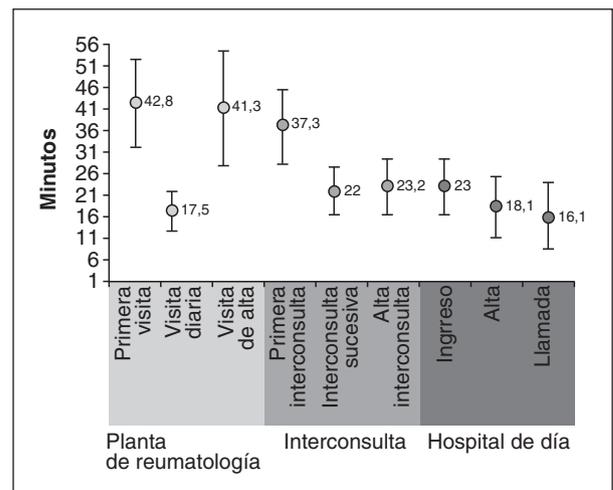


Figura 6. Tiempos de actividad (min) con pacientes hospitalizados.

TABLA 3. Resumen de los estándares para el proceso de hospitalización en reumatología

Por cada 100.000 habitantes del área, debe haber un mínimo de 3 camas en la unidad de reumatología
Un reumatólogo debe tener como máximo 7 pacientes asignados en una planta de hospitalización
La estancia media general (en días) de los pacientes reumatológicos dependerá del tipo de hospital: comarcal, 7,3; de referencia, 9,2, y universitario, 9,5
El tiempo necesario para atender a los pacientes hospitalizados: 1. ^a visita, 42 min; visita diaria, 17 min; visita de alta, 41 min. El tiempo para una interconsulta, 37 min. Tiempo para el paciente ingresado en hospital de día, 23 min

TABLA 4. Resumen de los Estándares de tiempo de realización de técnicas en reumatología

Los tiempos mínimos de realización de las técnicas más frecuentes en reumatología están en torno a los 15 min (12 min para inyección intraarticular e infiltración y 16 min para análisis de líquido sinovial)
Las infiltraciones con control ecográfico, técnicas de tratamiento del dolor y radiosinovectomía están en torno a los 30 min
El tiempo para la realización de biopsias oscila entre 19 min de la biopsia de grasa subcutánea y 50 min de biopsia ósea
El tiempo estimado para realizar una ecografía es de 30 min, 15 min para una capilaroscopia y 19 para una densitometría

biopsia de grasa subcutánea y los 50 min de la biopsia ósea. Las técnicas de tratamiento del dolor (epidurales, bloqueo nervioso, infiltración de sacroilíacas), al igual que la radiosinovectomía, están en torno a 30 min.

Estándares para la investigación y formación en reumatología

La elaboración de estándares para la formación y especialmente para la investigación es un tema especialmente complejo, por lo que sólo se ha elegido algunos estándares básicos (sección E del anexo), en la tabla 5 se presenta un resumen de los más importantes. Se establecen recomendaciones mínimas sobre el número de sesiones semanales (según haya o no docencia en el centro), y sobre el número de comunicaciones científicas, publicaciones y proyectos de investigación que debería desarrollar un reumatólogo. También se establece la distribución óptima del tiempo de dedicación a la docencia y la formación.

Discusión

La íntima conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección de la

TABLA 5. Resumen de los estándares de investigación/formación en reumatología

Se recomienda realizar 3 sesiones semanales en las unidades con docencia MIR y, al menos 1, en las unidades sin docencia MIR
Los reumatólogos deben dedicar un 15% de su tiempo a la investigación, un 10% a la formación y un 10% a la docencia (en el caso de los tutores MIR el tiempo dedicado a docencia se incrementaría hasta un 25%)
La actividad investigadora de los reumatólogos debe posibilitar una producción científica de, al menos, 1 comunicación anual a congresos nacionales, y cada 2 años, a congresos internacionales, así como una publicación en revistas científicas cada 1-2 años
Desde la Administración se debería subvencionar anualmente, por lo menos, 1 proyecto de investigación por cada 5 reumatólogos en ejercicio

MIR: médico interno residente.

salud ha sido la promotora del tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias desarrollado en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE 22-11-2003). Como se reconoce en el título I de la ley, del ejercicio de las profesiones sanitarias: "Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistenciales, investigadoras, docentes, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias". Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, la educación sanitaria, la investigación y el intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.

Uno de los problemas importantes para la instauración de nuevos servicios de reumatología y para la gestión de los servicios ya establecidos es la ausencia de unos estándares sólidos de calidad y de tiempo. La SER ha dinamizado el desarrollo reumatológico realizando estudios fundamentales para el progreso de la especialidad en España¹⁻³. Siguiendo la línea de establecer unas bases sólidas para el desarrollo de la reumatología en España, la SER ha elaborado estos estándares de calidad y de tiempos mínimos, tanto para la atención a los pacientes como para la formación y la investigación. Otros grupos profesionales han realizado estudios con una orientación similar^{5,6,16}. Mención especial merecen los estándares publicados por la British Society for Rheumatology (BSR)¹⁹ y la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM)⁷.

El estudio se ha realizado mediante una revisión de la literatura y el método Delphi con un grupo de trabajo formado por reumatólogos e investigadores

independientes con experiencia en metodología. El panel ha sido seleccionado cuidadosamente con el objetivo de que su opinión sea representativa del colectivo de reumatólogos españoles. La técnica Delphi se desarrolló en la RAND Corporation, Estados Unidos, para realizar estudios de predicción y se ha utilizado en diversas aplicaciones. Hay numerosos estudios en el campo de la medicina que utilizan este método²⁴⁻²⁷. La técnica se aplica en cuestiones sobre las que resulta complicado obtener una evidencia científica y se basa en el concepto de que un consenso obtenido entre un grupo de expertos proporciona una idea muy aproximada de la dimensión real de un problema^{28,29}.

Aunque en el anexo en internet se presenta la relación completa, el texto se acompaña de una selección de los estándares (tablas 1 a 5 y figs. 1 a 6) que se ha considerado de especial relevancia para la planificación tanto de la estructura como de los equipamientos y organización de las unidades de reumatología. Se hacen recomendaciones sobre el número de reumatólogos mínimo necesario para la correcta atención reumatológica en el área de salud (uno por cada 40.000-50.000 habitantes) y en una unidad de reumatología (al menos 3). También se establece en torno a qué duración debe tener una consulta, y se diferencia según se trate de primera, segunda o sucesivas consultas y, a su vez, por el tipo de enfermedad reumatológica; con estos tiempos se quiere garantizar un tiempo suficiente para el correcto desarrollo del proceso asistencial. Además de la duración de cada consulta, en estos estándares también se puede encontrar cómo debe organizarse cada día de consulta para conseguir un equilibrio óptimo entre consultas primeras y sucesivas, y cuál debe ser el máximo de horas diarias de consulta y de días a la semana que debe tener un reumatólogo para que le permita compaginar esta actividad asistencial con otras actividades asistenciales y con actividades docentes, investigadoras y formativas. Igualmente se establece cuáles deben ser los tiempos máximos de lista de espera según el tipo de consulta (primera, segunda o sucesiva) y el tipo de enfermedad. Los estándares de tiempos mínimos para la consulta de reumatología permiten organizarla en torno a un número aproximado de 13 a 15 pacientes por reumatólogo y día, mientras que los estándares de tiempo máximo de espera permiten estratificarla según el tipo de enfermedad reumatológica. En la práctica clínica habitual, una demanda asistencial progresiva, con medios humanos y materiales similares, con frecuencia desemboca en un aumento del número de consultas por médico, con el consiguiente deterioro de la calidad. Sin embargo, es posible que una parte importante de las consultas correspondan a enfermedades que, una vez diagnosticadas, no necesariamente se deba atenderlas en reumatología. En este sentido, este estudio establece el porcentaje de cada enfermedad que debe seguir el reumatólogo tras la

primera visita. Únicamente determinados grupos de pacientes (enfermedades inflamatorias articulares, conectivopatías y un pequeño porcentaje de otras enfermedades reumatológicas) hay que seguirlos en un servicio de reumatología, ya que el resto de los pacientes puede continuar su seguimiento en atención primaria, después de que se ha establecido su diagnóstico e instaurado un tratamiento.

Dentro del proceso de hospitalización se establecen estándares de estructura en función del tamaño del área: se fija en 3 el número de camas que debe haber en la unidad de reumatología por cada 100.000 habitantes. Al igual que en consulta, se recomienda tiempos mínimos necesarios para atender al paciente hospitalizado, distinguiendo entre el tipo de consulta (primera visita, la visita diaria y la del alta) y de planta (planta de reumatología e interconsultas de otros servicios), que sirven de base para la planificación de la carga de trabajo del servicio. Las recomendaciones sobre la estancia media facilitan una estancia media orientativa a la que aproximarse, aunque considerando en cada caso el tipo de hospital y la complejidad de los pacientes ingresados.

Se establecen tiempos mínimos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos en reumatología, desde los que se realizan de forma sistemática en la consulta, como una artrocentesis o infiltración de partes blandas, hasta técnicas infrecuentes, como la biopsia ósea. La aplicación de estos estándares puede ayudar a que el tiempo invertido en realizarlos se contabilice de forma adecuada.

En los estándares que pueden compararse, se observa concordancia con los de otros organismos. Por ejemplo, la duración recomendada de la primera consulta de 30 min en estos estándares es igual a la recomendada por la BSR¹⁹, de la misma forma también resultan semejantes el número máximo de primeras consultas/día (5) que debe atender un reumatólogo o el tiempo máximo de espera entre primera consulta y la sucesiva (4-6 semanas). Con respecto a la duración recomendada de las consultas sucesivas, para la BSR¹⁹ sería sólo ligeramente inferior (15 min) a la de este estudio (17 min), y algo superior (20 min) la estimada por la SORCOM⁷; además, la SORCOM establece una recomendación de un reumatólogo por 45.000 habitantes, cifra muy similar a los 40.000-50.000 recomendados en este estudio. El Colegio Americano de Reumatología propone también un reumatólogo por 45.000 habitantes³⁰. Estas semejanzas entre documentos similares, junto con la baja variabilidad entre los panelistas, indican que estos estándares tienen una alta fiabilidad.

El proceso para la obtención de estos estándares ha precisado más de un año de trabajo, la implantación de una metodología sólida, la colaboración de un número importante de reumatólogos con alta cualificación y

experiencia, así como la infraestructura de la SER. El método para obtener los estándares es perfectamente reproducible por otras sociedades científicas que deseen obtener unos estándares similares.

En definitiva, se ha obtenido un número importante de estándares fundamentalmente de calidad y de tiempo para la atención reumatológica, con una metodología sólida, que puede servir como documento básico para la planificación tanto de la estructura como de los equipamientos y organización de las unidades de reumatología. Estos estándares deben contribuir a: *a)* mejorar la calidad asistencial; *b)* manejar unos tiempos de proceso aceptables; *c)* establecer los recursos humanos, tecnológicos y estructurales apropiados; *d)* utilizar los recursos disponibles de forma coste/efectiva, y *e)* evitar diferencias inaceptables en el acceso o en la calidad de los procedimientos clínicos en reumatología.

Agradecimientos

Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración de los siguientes profesionales:

Coordinador del Estudio:

Alonso Ruiz, Alberto

Grupo de trabajo de la SER:

Coordinador: Vidal Fuentes, Javier

Alonso Ruiz, Alberto

Caamaño Freire, Manuel

Carbonell Abelló, Jordi

De Miguel Mendieta, Eugenio

González Lanza, Mariano

Manero Ruiz, Francisco J.

Navarro Blasco, Francisco J.

Pérez Venegas, José J.

Tornero Molina, Jesús

Vidal Fuentes, Javier

TAISS (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud)

Lázaro y de Mercado, Pablo

Aguilar Conesa, M. Dolores

Panel de expertos

Abad Hernández, Miguel A.

Aguado Acín, Pilar

Alegre López, Javier

Alonso Ruiz, Alberto

Arbolea Rodríguez, Luis

Ariza Ariza, Rafael

Ballina García, Francisco J.

Batlle Gualda, Enrique

Benito Ruiz, Pedro

Blanch i Rubió, Josep

Caamaño Freire, Manuel

Calabozo Raluy, Marcelo

Cáliz Cáliz, Rafael

Calvo Catalá, Javier

Cañete Crespillo, Juan D.

Carbonell Abelló, Jordi

Carreira Delgado, Patricia

Carreño Pérez, Luis

Chamizo Carmona, Eugenio

Cobeta García, Juan Carlos

Collantes Estévez, Eduardo

Cruz Martínez, Juan

Cuadra Díaz, José L.

De Miguel Mendieta, Eugenio

Elena Ibáñez, Ángel

Espadaler Poch, Luis

Figuroa Pedrosa, Manuel

Fiter Areste, Jordi

García de Vicuña, Rosario

García Vadillo, Alberto

González Lanza, Mariano

Graña Gil, Genaro

Herrero-Beaumont Cuenca, Gabriel

Linares Ferrando, Luis F.

Lluch Mesquida, Pau

López Meseguer, Antonio

Loza Cortina, Eduardo

Manero Ruiz, Francisco J.

Martín Santos, José Manuel

Martínez Taboada, Víctor

Medina Luezas, Julio

Mera Valera, Antonio

Monteagudo Sáez, Indalecio

Moragues Pastor, Carmen

Morales Piga, Antonio

Mulero Mendoza, Juan

Naranjo Hernández, Antonio

Navarro Blasco, Francisco J.

Olive Marqués, Alejandro

Pantoja Zarza, Lucía

Paulino Tévar, Javier

Pérez Venegas, José J.

Rejón Gieb, Eduardo

Roig Vilaseca, Daniel

Rosas Gómez de Salazar, José C.

Roselló Pardo, Rosa

Salazar Vallinas, José M.

Sánchez Burson, Juan M.

Tornero Molina, Jesús

Toro Santos, Francisco J.

Torre Alonso, Juan C.

Valverde García, José

Vesga Carasa, Juan C.

Vidal Fuentes, Javier

Zea Mendoza, Antonio

Bibliografía

- Alonso A, Andreu JL, Bañares A, Carbonell J, Galdo F, Isasi C, et al. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Reumatología. *Rev Esp Reumatol*. 1999;26:347-54.
- Alonso Ruiz A, Calabozo Raluy M, Martín Mola E, Benito Ruiz P, Carbonell Abelló J. Situación laboral de los reumatólogos formados en España entre 1990 y 1999. *Rev Esp Reumatol*. 2002;29:36-42.
- Rodríguez Arbolea L. Los reumatólogos en la asistencia pública española. *Rev Esp Reumatol*. 1997;24:295-301.
- Alonso Ruiz A. Concepto y clasificación de las enfermedades reumáticas. En: Alonso Ruiz A, Álvaro Gracia JM, Andreu Sánchez JL, Blanch i Rubio J, Collantes Estévez E, Cruz Martínez J, et al, editores. *Manual SER de las enfermedades reumáticas*. 3.ª ed. Madrid: Panamericana; 2000.
- MacLean CH, Saag KG, Solomon DH, Morton SC, Sampsel S, Klippel JH. Measuring quality in arthritis care: methods for developing the Arthritis Foundation's quality indicator set. *Arthritis Rheum*. 2004;51:193-202.
- Rowan K, Doyle D, Griffiths I. Standards of care for arthritis: pointing the way forward. *Br J Rheumatol*. 1998;37:242-5.
- Panel de expertos recomendados por la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM). Criterios de calidad para la asistencia reumatológica. *Rev Esp Reumatol*. 2002;29:155-7.
- Jacobi CE, Boshuizen HC, Rupp I, Dinant HJ, Van den Bos GA. Quality of rheumatoid arthritis care: the patient's perspective. *Int J Qual Health Care*. 2004;16:73-81.
- Mikuls TR, MacLean CH, Farrar JT, Bilker WB, Saag KG. Quality of Care Indicators for Gout Management. *Arthritis Rheum*. 2004;50:937-43.
- Saag KG, Olivieri JJ, Patino F, Mikuls TR, Allison JJ, MacLean CH. Measuring quality in arthritis care: the Arthritis Foundation's quality indicator set for analgesics. *Arthritis Rheum*. 2004;51:337-49.
- Pencharz JN, MacLean CH. Measuring quality in arthritis care: the Arthritis Foundation's Quality indicator set for Osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 2004;51:538-48.
- Bamji AN. Waiting times and referrals. *Rheumatology*. 2000;39:349-52.
- Van Campen C, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L, Rasker JJ. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the QUOTE-Rheumatic-Patients instrument. *Rheumatology*. 1998;37:362-8.
- Hetthen J, Helliwell PS. A comparison between primary care-led rheumatology services and secondary care provision. *Rheumatology*. 1999;38:1294-5.
- Helliwell PS, Hetthen J. Primary care rheumatology-leading the way? *Rheumatology*. 1999;38:1174-6.
- Scott DL, Shipley M, Dawson A, Edwards S, Symmons DP, Woolf AD. The clinical management of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: strategies for improving clinical effectiveness. *Rheumatology*. 1998;37:546-54.
- Miedema HS, Van der Linden SM, Rasker JJ, Valkenburg HA. National database of patients visiting rheumatologists in the Netherlands: the standard diagnosis register of rheumatic diseases. A report and preliminary analysis. *Rheumatology*. 1998;37:555-61.
- Aguado Acín MP, Martín Mola E. Gestión clínica y calidad en reumatología. *Rev Esp Reumatol*. 2003;30:448-55.
- The British Society for Rheumatology. Guideline on Standards of care for persons with Rheumatoid Arthritis. London, July 2004.
- The British League Against Rheumatism. Standards of Care for Osteoarthritis (OA) and Rheumatoid Arthritis (RA) [citado 26 Jul 2004]. Disponible en: <https://www.msecportal.org>
- The Royal College of Physicians of London Committee on Rheumatology. The British Society for Rheumatology. Musculoskeletal disorders: providing for the patients needs 3. A basis for planning a Rheumatology Service [citado 26 Jul 2004]. Disponible en <https://www.msecportal.org>
- Sampel S, MacLean C, Renner P, Mardon R. Measuring Quality of Care in People with Arthritis. National Committee for Quality Assurance (NCQA) [citado 28 Jul 2004]. Disponible en: <http://www.ncqa.org>
- McGlynn EA, Clark KA. Low back pain (acute). Chapter 15. En: Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA, editores. *Quality of care for General Medical conditions: a review of the literature and quality indicators*. Santa Monica: Rand Publication MR-1280-AHQ; 2000. p. 207-24.
- Ma Quintana J, Escobar A, Bilbao A, IRYSS-Appropriateness Cataract Group. Explicit criteria for prioritization of cataract surgery. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:24.
- Asencio F, Aguiló J, Arroyo A, Baltasar A, Camacho J, Compañ A, et al. Estudio Delphi de la Sociedad Valenciana de Cirugía: tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico. *Cir Esp*. 2000;67:276-80.
- Aguilar MD, Fitch K, Lázaro P, Berstein SJ. The appropriateness of use of percutaneous transluminal coronary angioplasty in Spain. *Int J Cardiol*. 2001;78:213-21.
- Rodríguez JI. Propuesta de estándar asistencial en la reparación de la hernia inguinal o crural. *Cir Esp*. 2003;73:331-5.
- Fitch K, Berstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: RAND. Report No. MR-1269-DG-XII/RE; 2001.