



PLAN DE CALIDAD
2011- 2015
ÁREA 7



PLAN
DE
CALIDAD
del Área de
PLASENCIA
2010-2015



INTRODUCCIÓN Y ALCANCE

El Plan de Calidad debe de ser desarrollados en el área de salud; con un acoplamiento de atención primaria y especializada y bajo la dirección de la gerencia única de área.

El Plan de Calidad debe comprender la planificación, la ejecución, la verificación, el control de los resultados y el planteamiento de nuevos enfoques, que sinteticen e incorporen el conocimiento generado hacia nuevas actuaciones de mejora continua de la calidad.

El Plan de Calidad ha de tener una duración que permita su desarrollo y un alcance que intente cubrir objetivos humanos (el desarrollo del potencial de los trabajadores), de la mejora científico-técnica (capacidad de resolución), de eficiencia (justificación de la actividad) y de repercusión positiva sobre los usuarios (satisfacción, seguridad y responsabilidad social).

PLANTEAMIENTO DE LA METODOLOGIA

La planificación y los cambios de enfoque han de ser llevados a cabo por la Comisión de Dirección con el asesoramiento del Coordinador de Calidad.

La ejecución ha de ser guiada por la Unidad de Calidad, con la actuación protagonista de los servicios y unidades del área.

La evaluación ha de ser llevada a cabo por el Coordinador de Calidad y por la Comisión de Garantía de la Calidad del área.

ÁREAS DE ACTUACIÓN

- Objetivos de calidad institucionales: marcados por el Servicio Extremeño de Salud y plasmados en el Contrato de Gestión anual.
- Asesoramiento a la Dirección del área: actuaciones de apoyo a la gestión en materia de calidad.



Unidad de Calidad

PLAN DE CALIDAD

2011- 2015

ÁREA 7



- Gestión Por Procesos (GPC): es el eje sobre el que pivota el Plan de Calidad. En la GPC se imbrican todas las actuaciones, las evaluaciones y las planificaciones de mejora de la calidad.
- Gestión de Riesgos: Clínicos (derivados de la atención a los usuarios), Estructurales (derivados de la estructura de los establecimientos sanitarios y de la repercusión social de la actividad sanitaria) y de las Personas (derivados del tipo de trabajo en sí –Riesgos Laborales- y sobre todo derivados de la organización de los grupos humanos – Riesgos Organizacionales-).
- Gestión del Conocimiento: incorporación a la organización del conocimiento tácito y de la mejor evidencia científico-técnica del momento; pautando las actuaciones más favorecedoras para realizar el trabajo con eficiencia y seguridad.
- Modelo de Calidad: estandarizado, que sirva de marco de actuación, de referencia y como comparación en todas las actuaciones de mejora continua de la calidad.

OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD

- Establecer el Plan de Calidad de 4 años de duración con etapas escalonadas de consecución de objetivos y que sirva de base para nuevos planteamientos y enfoques.
- Sometimiento del Plan de Calidad al principio de Mejora Continua: Incorporación de aportaciones evaluadas y consensuadas que sumen valor añadido al Plan.
- Establecimiento del principio operativo de contribución por elementos: cualquier valoración debe hacerse en una parte sin distorsionar al resto del Plan.
- Madurez en la implantación y consecución de los objetivos de calidad institucionales del Servicio Regional de Salud, manteniendo un nivel óptimo.
- Concordancia y sinergia con el Plan Marco de Calidad del Servicio Regional de Salud, abordando todas las áreas de actuación.



PLAN DE CALIDAD
2011- 2015
ÁREA 7



- Cronograma de cumplimientos de acuerdos de mejora continua.
- Creación de la Oficina de Procesos: encargada de la elaboración del Mapa de Procesos, la identificación y mejora de los procesos del área y del apoyo metodológico en la GPP.
- Creación de la Oficina de Gestión de Riesgos, encargada de la detección de riesgos (Clínicos, Estructurales y de las Personas) y del asesoramiento en la elaboración de estrategias para neutralizarlos.
- Creación de la Oficina de Medicina Basada en la Evidencia, como observatorio que incorpore la gestión del conocimiento a protocolos, guías, vías y procesos y ayude a su difusión.
- Difusión, apoyo metodológico y cumplimentación de los estándares del Modelo de Calidad para propiciar la acreditación.
- Programa de Comunicación Interna y Difusión.
- Programa de Responsabilidad Social Corporativa (Medioambiental, Accesibilidad, Seguridad, Trato, Transparencia).

EJES BÁSICOS DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA 2005-2009

Consiste en la cumplimentación de los indicadores de calidad del contrato de gestión del Área con el SES.

EJE I. - ACTUACIONES CORPORATIVAS/OBJETIVOS DE CALIDAD INSTITUCIONALES

OBJETIVOS DE CALIDAD CONTRATO DE GESTIÓN CON EL SES

1.- OBJETIVOS DE CALIDAD PERCIBIDA Y DERECHOS DE LOS USUARIOS

- 1.1. Evaluar la satisfacción de pacientes y familiares en servicios de urgencias de Centros Hospitalarios. Realización de encuesta anual sobre la satisfacción con los Servicios de Urgencia Hospitalaria.



PLAN DE CALIDAD
2011- 2015
ÁREA 7



- 1.2. Cumplir la Orden de la CS y C de 26 de noviembre de 2003, sobre tramitación de reclamaciones y sugerencias y de la instrucción del DG del SES al respecto. Elaboración de criterios de cumplimiento y evaluación a través del aplicativo de reclamaciones.
- 1.3. Crear y/o desarrollar los órganos de participación del Área de Salud: Consejos de Salud de Área y de Zona. Convocatoria y reunión de los órganos de participación.
- 1.4. Cumplir la normativa antita báquica en centros sanitarios, tomando medidas y documentarlas.
- 1.5. Análisis de las barreras arquitectónicas.
- 1.6. Cumplimiento de la Instrucción 5/2002, sobre la identificación de los profesionales.
- 1.7. Mejora de la satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. Realizar encuesta de satisfacción y aplicar medidas de mejora en base a la encuesta.
- 1.8. Mejora de la satisfacción de los usuarios de las Unidades de Hospitalización de los Hospitales, realizando encuesta de satisfacción.
- 1.9. Protocolizar la acogida a usuarios y familiares en centros hospitalarios.
- 1.10. Revisar, adecuar y aplicar los consentimientos informados conforme a la Ley 41/2002, elaborando criterios de cumplimiento.
- 1.11. Desarrollar la carta de servicios de los centros sanitarios, carta de Servicios del Hospital.
- 1.12. Garantizar el acceso a la historia clínica por parte de los usuarios, conforme a la Ley 41/2002, elaborando una normativa interna que garantice el acceso a la historia clínica.



PLAN DE CALIDAD
2011- 2015
ÁREA 7



- 1.13. Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad percibida y derechos de los usuarios en el Área Sanitaria, incluyendo medidas llevadas a cabo en el Área relacionadas con estos objetivos pero no incluido en los anteriores.

2.- OBJETIVOS DE CALIDAD CIENTÍFICO – TÉCNICA

- 2.1. Garantizar el funcionamiento de la Comisión de Garantía de la Calidad. Convocatoria y reunión de dicha comisión.
- 2.2. Garantizar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas, convocatorias y reuniones de las distintas Comisiones Clínicas.
- 2.3. Constituir el Grupo Promotor de Bioética.
- 2.4. Desarrollar e implantar Guías/Vías Clínicas.
Evaluar las Guías/Vías Clínicas implantadas.
- 2.5. Desarrollar e implantar Vías Clínicas entre AP – AE
Evaluar las Vías Clínicas implantadas.
- Desarrollar y evaluar 5 procesos cada año en el área de salud, según el Sistema de Gestión por Procesos.
- 2.6. Controlar las infecciones nosocomiales:
- Existencia de un Sistema de vigilancia infección nosocomial documentado.
 - Realizar el sondaje urinario de acuerdo a los criterios del protocolo de sondaje.
 - Implantar los protocolos de profilaxis antibiótica.
- 2.7. Potenciar la realización de autopsias clínicas.
- 2.8. Cumplimentar de forma exhaustiva los contenidos del informe de alta hospitalaria, elaboración de criterios.



PLAN DE CALIDAD
2011- 2015
ÁREA 7



- 2.9. Elaborar criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de los procedimientos:
- 2.9.1. **Cataratas**, elaborara criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
 - 2.9.2. **Amigdalectomía/Adenoidectomía**, elaborara criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
 - 2.9.3. **Prótesis total de rodilla**, elaborara criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
 - 2.9.4. **Artroscopia de rodilla**, elaborara criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
 - 2.9.5. **Prótesis de cadera**, elaborara criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
 - 2.9.6. **Colelitiasis**, elaborara criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
 - 2.9.7. **Hernia inguinal/crural**, elaborara criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
 - 2.9.8. **Hiperplasia benigna de próstata**, elaborara criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
 - 2.9.9. **Sinus pilonidal**, elaborara criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
 - 2.9.10. **Túnel carpiano**, elaborara criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de acuerdo a los criterios de las Sociedades Científicas o de la MBE.
- 2.10. Indicación de pruebas diagnósticas de alta tecnología conforme al protocolo.
- *Realizar* la indicación de TAC de acuerdo al protocolo.



PLAN DE CALIDAD
2011- 2015
ÁREA 7



- *Realizar* la indicación de RMN de acuerdo al protocolo.
Correlación clínico-diagnóstica en pruebas de alta tecnología.
- *Evaluar* la correlación clínico-diagnóstica en pacientes a los que se le ha realizado un TAC.
- *Evaluar* la correlación clínico-diagnóstica en pacientes a los que se le ha realizado una RMN.

3.- OBJETIVOS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS

- 3.1. Desarrollar acciones de mejora como resultado de las propuestas de mejora derivadas del procedimiento de gestión de reclamaciones.
- 3.2. Desarrollar acciones de mejora para la prevención de accidentes laborales
- 3.3. Registrar, estudiar y actuar para la prevención de caídas de pacientes hospitalizados.
 - 3.3.1. Registro documentado de caídas en pacientes.
 - 3.3.2. Registro, en su totalidad, de las reclamaciones por caídas en pacientes hospitalizados
 - 3.3.3. Existencia de protocolo para evitar caídas.
- 3.4. Registrar, estudiar acciones de mejora en relación a los sucesos adversos producidos por medicamentos.
- 3.5. Actualización y revisión de los Planes de Catástrofes Internas y Externas, que deberán ser revisados cada 2 años.
- 3.6. Cumplir con la Guía de Gestión de Residuos del Servicio Extremeño de Salud.
 - 3.6.1. Existencia de un registro documentado de los residuos tipo III y IV.
 - 3.6.2. Cantidad de residuos del tipo III, cama/día, producidos.
 - 3.6.3. Cantidad de residuos de tipo IV, cama/día, producidos.
 - 3.6.4. Adaptación de los contenedores a la Guía de Gestión de Residuos del SES.



PLAN DE CALIDAD
2011- 2015
ÁREA 7



- 3.7. Desarrollo de actuaciones específicas de mejora de la calidad en la gestión de riesgos sanitarios.

4.- OBJETIVOS DE CALIDAD EN RELACIÓN CON LA CUMPLIMENTACIÓN Y EXPLOTACIÓN DEL CMBD.

- 4.1. Codificación altas hospitalarias.
- 4.2. Disminución de los GRDs inespecíficos.
- 4.3. Mejorar la media de diagnósticos codificados.
- 4.4. Mejorar la media de procedimientos codificados.
- 4.5. Mejorar la codificación de cirugía ambulatoria.
- 4.6. Mejorar el IEMA.
- 4.7. Mejorar el índice de case-mix o peso medio.
- 4.8. Análisis de las estancias evitables.
- 4.9. Análisis de reingresos.
- 4.10. Análisis de mortalidad.
- 4.11. Optimizar la estancia media bruta global.
- 4.12. Optimizar la estancia media depurada global.
- 4.13. Optimizar la estancia media prequirúrgica (total programada).
- 4.14. Optimizar la tasa de cesáreas.



PLAN DE CALIDAD
2011- 2015
ÁREA 7



- 4.15. Optimizar codificación de la cirugía ambulatoria.
- 4.16. Desarrollo de actuaciones específicas de mejora de la calidad en relación con la cumplimentación y explotación del CMBD.

EJE II. - ACTUACIONES INSTITUCIONALES: APOYO A LA GESTIÓN DEL ÁREA EN MATERIA DE CALIDAD

Consiste en desarrollar las funciones de la Coordinación de Calidad y de la Unidad de Calidad en el Área:

1. Asesorar al Equipo Directivo en el diseño del Programa de Calidad del centro.
2. Impulsar la constitución de las Comisiones Clínicas y la Comisión de Calidad.
3. Colaborar con la Dirección Médica en la definición de los objetivos de las Comisiones Clínicas.
4. Colaborar con la Gerencia en el pacto de objetivos de calidad con cada uno de los Servicios.
5. Diseñar el Plan de Seguimiento y Evaluación de Objetivos y colaborar con la Gerencia en el control del cumplimiento de los mismos.
6. Elaborar la memoria anual del Programa de Calidad.
7. Promover la participación de los profesionales en las actividades de mejora de la calidad desarrolladas en el centro.
8. Facilitar el apoyo logístico y metodológico a los profesionales que participan en las actividades de mejora de la Calidad.



PLAN DE CALIDAD
2011- 2015
ÁREA 7



9. Organizar y llevar a cabo actividades docentes de mejora de calidad.
10. Impulsar la realización de actividades tendentes a la mejora de la calidad, procurando la difusión interna y externa de las mismas.
11. Adecuar e implantar otras funciones que se marquen de manera corporativa, en materia de calidad.

EJE III. – GESTIÓN POR PROCESOS

Desarrollo de la Gestión por Procesos como herramienta de análisis y mejora de las acciones y organización de los procesos del Área.

Creación de la Oficina de Procesos que se adscribe a la Unidad de Calidad y tendrá entre sus funciones:

- Registro de procesos Clave, procesos Estratégicos, procesos Operativos y procesos de Soporte de cada Centro, Servicio y Establecimiento Sanitario (CSES), del SES en el Área 7.
- Validar los procesos presentados a la Comisión de Calidad.
- Elaboración del MAPA de PROCESOS del Área 7.
- Elaboración de de la estructura de los procesos: conceptualización, documentación, elementos, sistemática, indicadores, equipos, responsables y mejora continua.
- Comunicación, difusión, información de retorno y evaluación interna de los procesos existentes.



- Elaboración del escenario y del marco teórico de la Gestión por Procesos, orientada al cliente e incorporando valor añadido a la atención.

EJE IV. - GESTIÓN DE RIESGOS

Diseño de un Sistema de Gestión de Riesgos Clínicos (seguridad del paciente), Estructurales (seguridad de las infraestructuras y su funcionamiento) y del Personal (seguridad y calidad de vida laboral de nuestras personas).

Creación de la Oficina de Gestión de Riesgos

EJE V. - GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Adecuación de medidas estructurales para la incorporación científico-técnica de la mejor evidencia disponible a las Vías, Guías y Protocolos.

Creación de la Oficina de Medicina Basada en la Evidencia que se adscribe a la Unidad de Calidad y tiene entre sus funciones:

- Poner a disposición de los profesionales de los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (CSES), del SES en el Área 7, la **mejor evidencia científica disponible** con el objetivo de colaborar en la **mejora de la Efectividad de la Práctica Clínica** (principal problema de los SNS, por delante de los financieros y de los organizativos: Informe del NHS; Reino Unido, 1995). Con el fin de amortiguar los efectos de la **Inefectividad Clínica**: infrautilización de lo efectivo, sobreutilización de lo no efectivo y persistencia de lo que ha demostrado ser inefectivo.



PLAN DE CALIDAD
2011- 2015
ÁREA 7



- Proponer la incorporación de criterios de evidencia científica a las guías de práctica clínica para elevar la Calidad Científico-Técnica (las guías clínicas contienen menos de un 15% de criterios de evidencia científica, de media). El objetivo de elevar los porcentajes de evidencia científica se extenderá también a los protocolos y las vías.
- Asesorar en la interpretación de resultados científicos, lectura crítica de artículos y proyectos de investigación.
- Emitir y difundir informes, dirigidos a las instancias que se considere que puedan afectar, sobre los hallazgos más relevantes de MBE con cinco niveles de evidencia:
 - **Nivel I** . - Ensayo Clínico + Relación Conceptual Causa-Efecto (RCC-E)
 - **Nivel II**. - Estudio de Cohorte + RCC-E
 - **Nivel III**.- Estudio de Casos/Control + RCC-E
 - **Nivel IV**.- Estudios Biomoleculares + APLICABILIDAD
 - **Nivel V** .- Opinión Científica + RCC-E
- La Oficina de MBE emitirá informes tanto por iniciativa propia como a demanda de los profesionales que se lo soliciten.
- La Oficina de MBE, tanto en su estructura como en sus funciones, está sometida de manera permanente al proceso de mejora continua.

EJE VI. - IMPLANTACIÓN Y DESPLIEGUE DEL MODELO DE CALIDAD DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO



Unidad de Calidad

PLAN DE CALIDAD

2011- 2015

ÁREA 7



Actuaciones tendentes a posibilitar la acreditación en calidad de los centros del área en un plazo inferior a cuatro años.

Se sigue el Modelo de Calidad y la metodología de implantación de la Dirección General de Calidad de la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura.

DR. GABRIEL MARTÍN CLEMENTE

Plan de Calidad 2006-2010)

Plasencia, febrero de 2005

(revisado en enero de 2006)

(revisado en marzo de 2007)

(revisado en febrero de 2009)

Plan de Calidad 2011-2015)

Plasencia, marzo de 2011

(revisado en abril de 2012)