

**MEMORIA**



## Memoria de Calidad

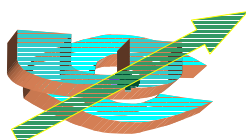
### Plasencia - 2010

Autores:

Dr. Gabriel Martín Clemente  
(Coordinador de Calidad)

D. Cecilio Luís del Mazo Martínez  
(Secretario de la Unidad de Calidad)

**\* Este documento está sujeto al proceso de mejora continua de la calidad. Agradecemos todos los comentarios, sugerencias y aportaciones que se quieran realizar.**



# MEMORIA DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL ÁREA DE PLASENCIA 2010

Las actuaciones en calidad en el Área de Salud de Plasencia se llevan a cabo en seis apartados, que se corresponden con los seis ejes básicos del Plan de Calidad del Área de Salud de Plasencia para el periodo 2010 a 2014:

1. Actuaciones corporativas (en el SES). Cumplimentación de los indicadores de calidad del contrato de gestión del Área con el SES.
2. Actuaciones institucionales en el Área de Salud.
3. Gestión de Procesos. Desarrollo de la Gestión por Procesos como herramienta de análisis y mejora de las acciones y organización de los procesos del Área.
4. 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).
5. Gestión del Conocimiento. Adecuación de medidas estructurales para la incorporación científico-técnica de la mejor evidencia disponible a las Vías, Guías y Protocolos.
6. Implantación y despliegue del Modelo de Calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo. Actuaciones tendentes a posibilitar la acreditación en calidad de los centros del área en un plazo inferior a cuatro años.

Estos seis ejes estratégicos se aglutinan en torno a la Gestión Por Procesos, desde donde se desarrollan todas las actuaciones en calidad, incorporando nuevas líneas, tales como: el Reconocimiento al Desempeño Laboral, ampliar el alcance de la Responsabilidad Social Corporativa o las alianzas estratégicas con Partners o Grupos de Interés; y su difusión a través del Plan de Comunicación.

## 1.- Actuaciones corporativas

La importancia de los objetivos institucionales no es sólo cualitativa, sino también económica, ya que supone un incremento extra del 0,5 % sobre el presupuesto de atención especializada, que percibe el área de salud en cada ejercicio anual. Por consiguiente, cada uno de los 56 objetivos institucionales supone algo más de 5.900 € adicionales por objetivo.

Es necesario también, reflejar qué áreas organizativas tienen la responsabilidad de elaborar o, en su caso, recabar los datos que justifiquen la consecución de dichos objetivos.

En cualquier caso, la Competencia de Análisis se adjudica a la Unidad de Calidad; y, la Competencia de Elaboración, al Área Organizativa concreta.

## 1.1.- Objetivos de calidad percibida y derechos de los usuarios

Los pacientes tienen unas expectativas sobre la calidad de la atención sanitaria, basadas en su experiencia, la información recibida de otras personas y de los medios de comunicación, así como de la oferta realizada por el sistema sanitario. La relación entre la calidad esperada y la percibida condiciona el grado de satisfacción. Conocer la opinión de los pacientes permite detectar aspectos de la atención susceptibles de ser mejorados.

### **Evaluar la satisfacción de pacientes y familiares en servicios de urgencias de centros hospitalarios**

Competencia de elaboración:

Años pares: FBA Consulting (por encargo del SES)

Años impares: Unidad de Calidad del Área de Plasencia

Estudio de FBA Consulting (por encargo del SES) en el Área de Plasencia - 2010

Resultado Encuesta = Satisfacción global media 68,9, superior a la anterior oleada de 2008\* (Hospital Virgen del Puerto y SES)

\* media Hospital Virgen del Puerto: 2008,(por encargo del SES)

Resultado Encuesta = Satisfacción global media 68,1\*

Medidas de mejora en base a la encuesta

Estudio de FBA Consulting 2010

Objetivos:

a.- Difusión de los resultados de la encuesta

- Difusión a las áreas implicadas

- Página web (areasaludplasencia.es)

b.- Mejorar la cultura de la organización en el Área de Urgencias

Mejorar la información al paciente sobre los retrasos

Mejorar los retrasos (espera de atención y pruebas de laboratorio) mediante los Procesos de Urgencias

Mejorar la privacidad

Indicadores:

Protocolización del Triage

Sala de Triage

Trípticos conteniendo la información precisa y el nombre de los sanitarios responsables del paciente

Elaboración del Proceso Atención de Enfermería al Paciente de Urgencias

c.- Mantener los puntos fuertes

Información por parte del médico: diagnóstico, tratamiento e instrucciones

Trato de todo el personal

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias: 08-10

Evaluación: Existencia del Protocolo del Triage

Existencia de los mencionados Trípticos

Comprobación visual los días 21 y 22 de junio de 2010 (mañana) y el 29 de junio de 2010 (tarde), por parte de la Unidad de Calidad de la utilización efectiva de la Sala de Triage y de la entrega de los Trípticos, cumplimentados, a los pacientes.

Estudio de FBA Consulting\_2008, (por encargo del SES)

Objetivos:

- a.- Difusión de los resultados de la encuesta
  - Convocatoria en Salón de Actos (Abril 2010)
  - Página web (areasaludplasencia.es)
- b.- Mejorar la cultura de la organización (Área de Urgencias)
  - Informar al paciente sobre los retrasos y esperas
  - Información a los familiares y amigos
- c.- Mantener los puntos fuertes  
Trato

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias: 2010

Mejorar la información sobre retrasos y espera

Profundizar en la información dentro del Protocolo de Triage

### **Tramitación de reclamaciones y sugerencias según la instrucción del D.G. del SES**

Competencia de elaboración: SAU

Objetivos:

- Elaborar y cumplir los criterios de cumplimiento.
- Conocer las causas de las Reclamaciones y Quejas, así como las Sugerencias

Indicadores:

- Criterios de cumplimiento elaborados y cumplidos al 100 %.
- Estudio Anual de Reclamaciones y Quejas 2010 y Estudio Anual de Satisfacción del Usuario 2010.

### **Estudio Anual de Reclamaciones 2010**

Evaluación: En el mencionado estudio (520 reclamaciones: - 5%; 548 en 2009), el 53% (57% en 2009: - 4) de las reclamaciones corresponden al Hospital y el 47% (43% en 2009: + 4) a los Centros de Salud.

En el Hospital, destacan ( $\geq 7\%$ ) los Servicios de URG (11%:-4), TRA (14%:+3), Urología (13%: +7) y GIN-TOC (11%: -5), Radiodiagnóstico (8%). Con respecto al motivo, destacan las citaciones (41%: +20), la disconformidad con la atención (22%: +4) y la demora en la asistencia (12%: - 3).

Medidas de mejora:

- Elaboración de propuestas sobre anulaciones, desprogramaciones y reprogramaciones intempestivas de las citas, que se incluyen en el Sistema de Gestión Por Procesos
- Elaboración de: gestión operativa la solicitud de consultas sucesivas (Servicio de Admisión)
- Despliegue y mantenimiento del Proceso Admisión de Consultas Externas
- Mantenimiento del Protocolo de Resolución de Reclamaciones y Queja para CCEE y para Intervenciones Quirúrgicas (Procesos: Admisión de Consultas Externas y SAU).
- Reducir el tiempo de respuesta.
- Contestar ajustadamente al motivo de la reclamación.

### **Estudio Anual del Grado de Satisfacción del Usuario 2010**

Evaluación: En el mencionado estudio de las Ideas y Sugerencias de los pacientes hospitalizados en 2010.

- ¿Qué mejorar? en la acogida, en la habitación, en la comida, en los profesionales y sugerencias e ideas generales.

- RESULTADO de las sugerencias: la información (la acogida); luz, habitación individual, limpieza y silencio (habitación); adaptación de menús (comida); circuitos, trato e información (profesionales); la intimidad.
- MEDIDAS: continuar y mantener la gestión por procesos (Proceso Atención de Enfermería al Paciente ... en cada Unidad de Hospitalización; Proceso de Hostelería Hospitalaria – iniciado-; Proceso de Atención Facultativa al Paciente –de cada servicio o unidad-).

### **Reunión del Consejo de Salud del Área de Plasencia**

Competencia de elaboración: Dirección de Salud. Gerencia de Área.

Reunión realizada el 28-10-2010, con el orden del día: Acta anterior (lectura para su aprobación); Proyecto de Memoria del Área de Salud 2009; Informe sobre el Decreto 240/2009, de 13 de noviembre, por el que se regulan los Consejos de Salud de Zona del Sistema Sanitario Público de Extremadura; Obras del Hospital Virgen del Puerto; Obras de Atención Primaria; Ruegos y preguntas.

### **Análisis de barreras arquitectónicas**

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad  
Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales

Unidad Básica de Prevención:

- Reparación de la puerta automática de acceso al CS de Jaraiz de la Vera.
- Modificación del sentido de apertura de la puerta en los cuartos de baño de las salas de endoscopias del Hospital.

Unidad de Calidad:

- Mantenimiento de la Encuesta de Accesibilidad a los Centros de Salud y pasación a los once Centros de Salud Rurales. No se detectaron deficiencias de accesibilidad.
- Inspección visual del Hospital “Virgen del Puerto”, de su Edificio de Consultas y sus entornos; del Centro de Especialidades “Luis de Toro” y su entorno; y de los tres Centros de Salud de Plasencia y su entorno, para comprobar la inexistencia de barreras arquitectónicas, en concordancia con el Decreto 8/2003 (DOE N° 22).
- Inspección visual de los planos de la obras de Reforma y Ampliación del Hospital “Virgen del Puerto” (habitación individual y ampliación de la planta física de servicios y unidades), comprobando de que la accesibilidad prevista e acorde con el mencionado decreto.

Criterios de evaluación:

El nº de medidas documentadas de mejora de los entornos de centros sanitarios o de eliminación de barreras arquitectónicas realizadas (actuaciones: Realización 2009-2010 se corresponden con el objetivo pactado en la Planificación 2008-9).

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:

La Unidad de Calidad, mantiene las medidas de despliegue con la pasación de la encuesta de accesibilidad; por la mayor complejidad que ha adquirido la valoración de la accesibilidad a los entornos sanitarios, ha incorporado el Programa Anual de Evaluación de Accesibilidad Física a los Entornos Sanitarios (VAFES), que contiene las actuaciones mencionadas y es coherente con el Decreto 8/2003.

## Identificación del personal

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

Cumplimiento del 100 %.

Un día elegido al azar, durante una hora en una zona concurrida del hospital, contar las personas y de éstas las correctamente identificadas.

Resultado:

Los días 4 y 5 de mayo de 2009: Cafetería, Urgencias y dependencias de la Planta Baja.

Cafetería.....	66 Trabajadores Contabilizados 100% Identificados.
Urgencias.....	21 Trabajadores Contabilizados, 100% Identificados.
Dependencias varias planta baja....	40 Trabajadores Contabilizados, 100% Identificados

El día 18 de mayo, se observaron las zonas de Hospitalización durante 30 minutos y contabilizando 49 personas, en plantas 6ª y 5ª de Medicina Interna, 4ª planta de Traumatología y 2ª de Especialidades, donde el personal de turno de mañana cumplía con el requisito exigido al 100%. De igual modo lo cumplen el personal procedente de otros servicios requeridos en esos momentos, (Celadores, Pinches, Personal de Mantenimiento).

El día 24 de mayo, se inspecciona los Servicios Centrales. Radiodiagnóstico, 10 minutos 19 personas. Admisión, 10 minutos 14 personas y Laboratorio, 10 minutos 15 personas, que cumplen con el requisito exigido al 100%.

El día 31 de mayo, se comprueban las Consultas Externas en sus tres plantas, obteniendo como resultado el 100% del personal identificado.

El día 1 de junio se inspecciona in situ el guardarropas de Lavandería, donde además de la ropa del personal del Hospital, se efectúa el lavado de las prendas de los Centros de Salud de Ahigal, Cabezuela del Valle, Casas del Castañar, Hervás, Jaraiz de la Vera, Montehermoso, Aldeanueva del Camino, Nuñomoral, Pinofranqueado, Serradilla y Mohedas de Granadilla, Plasencia I, Plasencia II, Plasencia III y Centro de Especialidades.

Se puede comprobar que los uniformes llevan impresa la identificación del personal con: Inicial del nombre y dos apellidos completos, categoría profesional, número de empleado, el párrafo Gerencia del Área de Salud de Plasencia y el logotipo del SES, en el 100%

100% del personal correctamente identificado; mayor que el objetivo pactado (90%)

## Satisfacción de los usuarios en Atención Primaria:

Competencia de elaboración:

Años impares: FBA Consulting (por encargo del SES)

Años pares: Equipo Directivo de AP y Unidad de Calidad

Resultados de Satisfacción General Media: 2008= 68,2; 2006= 66,8 SES 2008= 66,5

Indicador: Medidas de mejora en base a la encuesta

La encuesta de satisfacción de usuarios se viene realizando en Atención Primaria cada dos años, 2004, 2006 y 2008. Los resultados correspondientes a nivel del Área, son presentados a los Coordinadores y Responsables de Enfermería de los Equipos en Consejo de Gestión de Área.

Se realizan propuestas a los Equipos de las Zonas Básicas de Salud.

Criterios de evaluación: Cumplimiento de objetivo si como resultado de la encuesta realizada se ha introducido al menos una medida de mejora en base a los resultados de la encuesta

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:

Encuesta De Satisfacción De Usuarios:

- Propuesta e introducción de medidas de mejora tras el análisis de los resultados de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios 2006:
  - Comparar con Encuesta de Satisfacción 2006
  - Análisis de la Encuesta 2008

- Unidad De Calidad

Elaboración de la encuesta de satisfacción de usuarios en atención primaria para empezar a pasarla en 2011.

### **Satisfacción de los usuarios de las Unidades de Hospitalización**

Competencia de elaboración:

Años impares: FBA Consulting (por encargo del SES)

Años pares: Unidad de Calidad

Encuesta permanente: SAU

1º Encuesta de Satisfacción Permanente (disponibles en los controles de enfermería de cada planta de hospitalización) realizada por el S.A.U.

2º Encuesta de Opinión sobre la Calidad Hospitalaria, realizada por la Unidad de Calidad del Área - (SERVQHOS) años pares-; FBA Consulting –años impares-.

1º Encuesta de Satisfacción Permanente (SAU)

Nº de encuestas: 59

Acogida: índice de satisfacción	92% (- 8, sobre 2009)	valoradas excelentes y buenas.
Profesionales: índice de satisfacción	97% (+4 sobre 2009)	valoradas excelentes y buenas.
Habitación: índice de satisfacción	80% (+26 sobre 2009)	valoradas excelentes y buenas.
Comida y restauración: índice de satisf.	93% (+14 sobre 2009)	valoradas excelentes y buenas.

Índice de satisfacción general (satisfechos y muy satisfechos) 89%  
Mayor al 84 % de 2007

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:

Incremento en la satisfacción general.

2º: Años pares: Unidad de Calidad

Porcentaje de pacientes satisfechos reflejados en la pregunta 50: Calificación general de la asistencia  
2008 :85,6 % (satisfacción normal, bien y muy bien)

2010: 89,7 % (satisfacción normal, bien y muy bien), Mayor al 85,6 % de 2008

## **Protocolizar la acogida a usuarios y familiares en el Hospital**

Competencia de de elaboración:

Dirección de enfermería / Unidades de Enfermería de Hospitalización  
SAU

Está protocolizada la acogida a usuarios y familiares.

Guía del Usuario. Hospital "Virgen del Puerto". Plasencia.

Se está actualizando y parte de su contenido está en la *web areasaludplasencia.es*

Contenido: Presentación, ingreso, estancia, visitas, alta, SAU, otros servicios (Religiosos, cajero automático, biblioteca, TV, teléfono exterior, donación de sangre, donación de órganos, asociaciones de enfermos, cafetería-restaurante, teléfono, autobuses, paradas de taxis, derechos y deberes).

La guía contiene todos los puntos recogidos en los criterios de evaluación que se enumeran a continuación.

Criterios:

- -La Guía es un folleto o publicación con información sobre el hospital que se entrega a los pacientes dentro del Plan de acogida.
- -La Guía se actualiza con la periodicidad necesaria.
- Contiene información sobre:
  - o Presentación del hospital y los aspectos relevantes de la hospitalización.
  - o Servicio de Atención al Paciente: funciones, ubicación y horario.
  - o Los trámites administrativos frecuentes y documentación necesaria para realizarlos, como solicitud de la baja, citaciones en consultas, etc.
  - o Cómo identificar a los distintos profesionales sanitarios.
  - o Descripción de los distintos servicios asistenciales, con su ubicación, teléfono de contacto y cartera de servicios.
  - o Descripción de otros recursos disponibles para el paciente, como biblioteca, servicios religiosos, capilla, escuela para niños, teléfonos, etc.
  - o Horarios de comidas, visitas, transportes, servicios religiosos, etc.
  - o En esta información escrita figura la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes.

## **Revisar, adecuar y aplicar los Consentimientos Informados (CI) a la Leyes 41/2002 y 3/2005**

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

El 98 % de los CI adaptados a la Ley

El 96 % de los CI se encuentran en la H<sup>a</sup>C

Estudio realizado los días 1 y 2 de diciembre de 2010 por la Unidad de Calidad: sobre un total de 520 intervenciones quirúrgicas programadas elegidas al azar durante el mes de noviembre.

- Muestra 75 intervenciones (14%).
- Consentimiento Informado en la H<sup>a</sup> Clínica, 72 (96%).
- Servicios: Cirugía, Traumatología, Ginecología, Urología, Oftalmología, Dermatología y O.R.L.
- Según el catálogo de consentimientos informados del H. Virgen del Puerto, el 98% están adaptados a la Leyes 41/2002 y 3/2005.

## **Carta de servicios de los Centros Sanitarios**

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad.

La carta de Servicios del Hospital se comenzó a elaborar y planificar en 2008, y se ha terminado en 2010.

La Carta de Servicios del H. Virgen del Puerto cumple el Decreto 149/2004, de 14 de octubre, regula las Cartas de Servicios en la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en su artículo 7.2 y tiene 21 apartados distribuidos en 2 capítulos y un cuadro de indicadores:

## Capítulo I. Carta Interna Del Hospital Virgen Del Puerto

### CAPÍTULO I. CARTA INTERNA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES
2. INFORMACIÓN
  - 2.1. OBJETIVOS Y FINES DE LAS FUNCIONES DEL HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO
  - 2.2. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA ORGANIZACIÓN Y DEL SERVICIO OBJETO DE LA CARTA
  - 2.3. RELACIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y ATRIBUTOS DE CALIDAD ESPERADA POR EL USUARIO
    - 2.3.1. Relación de Servicios prestados
    - 2.3.2. Atributos de calidad esperada por el usuario (ciudadanos, y otras entidades relacionadas)
  - 2.4. INFORMACIÓN DE CONTACTO CON EL HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO
  - 2.5. DERECHOS Y OBLIGACIONES CONCRETOS DE LOS USUARIOS EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS QUE SE PRESTAN
  - 2.6. RELACIÓN ACTUALIZADA DE LAS NORMAS REGULADORAS DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS QUE SE PRESTAN
  - 2.7. FORMAS DE PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS PROCESOS DE REVISIÓN DE LA CARTA
  - 2.8. ACTUALIZACIÓN DE LA CARTA DE SERVICIOS
  - 2.9. EQUIPO DE TRABAJO
3. COMPROMISOS DE CALIDAD E INDICADORES
4. MECANISMOS DE COMUNICACIÓN EXTERNA E INTERNA
5. MEDIDAS DE SUBSANACIÓN EN EL CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS
6. FORMAS DE PRESENTACIÓN DE SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMACIONES SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS

### CAPITULO II. CARTA PÚBLICA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL ORGANO O UNIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO
2. RELACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS
3. NORMATIVA REGULADORA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS
4. COMPROMISOS DE CALIDAD
5. DERECHOS Y PARTICIPACIÓN DE LOS CIUDADANOS
  - 5.1. Derechos de los ciudadanos

5.2. Formas de colaboración y participación de los ciudadanos y empleados públicos

6. SISTEMA DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

ANEXO I. CUADRO DE INDICADORES

SERVICIOS DEL HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO DE PLASENCIA						
CUADRO DE INDICADORES						
Servicio	Compromisos	Indicador	Método de Medida	Frecuencia medición	Responsable de medición	Valores límite admisible
SERVICIOS ASISTENCIALES Hospitalización	I - Conseguir una satisfacción en los pacientes hospitalizados superior al 80 %	A - % de satisfacción de pacientes hospitalizados	- Valoración media del total de encuestas de satisfacción realizadas a pacientes de hospitalización	Bianual	Unidad de Calidad	70 %
	II - Realizar una acogida adecuada al protocolo al 100 % de los pacientes y familiares	B - % de usuarios y familiares a los que se ha practicado el protocolo de acogida	- (nº de pacientes acogidos según protocolo / total de pacientes) x 100 (Recogida de los datos proporcionados por las UE al SAU)	Anual	SAU	95 %
SERVICIOS ASISTENCIALES Urgencias	III - Conseguir una satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias superior al 85 %	C - % de satisfacción de pacientes de urgencias	- Valoración media del total de encuestas de satisfacción realizadas a pacientes de urgencias (Encuesta de satisfacción de la Unidad de Calidad)	Bianual	Unidad de Calidad	70 %
	IV - Garantizar la identificación verbal de los profesionales en urgencias superior al 70 %	D - % de pacientes atendidos en urgencias por un profesional identificado verbalmente	- (nº de pacientes ante los que se han identificado / total de pacientes encuestados) x 100 (Encuesta de satisfacción de la Unidad de Calidad)	Bianual	Unidad de Calidad	65 %
	V - Informar sobre las causas de los retrasos de la atención en urgencias a más del 70 % de los pacientes	E - % de pacientes a los que se ha informado sobre las causas de los retrasos de la atención en urgencias	- (nº de pacientes a los que se ha informado / total de pacientes encuestados) x 100 (Encuesta de satisfacción de la Unidad de Calidad)	Bianual	Unidad de Calidad	65 %
SERVICIOS ASISTENCIALES Atención Ambulatoria	VI - Conseguir una satisfacción de los pacientes atendidos en consulta de Oncología Radioterápica superior al 60 %	F - % de satisfacción de pacientes atendidos en consulta de Oncología Radioterápica	- Valoración media del total de encuestas de satisfacción realizadas a pacientes atendidos en consulta de Oncología Radioterápica	Anual	Oncología Radioterápica / Unidad de Calidad	50 %
SERVICIOS NO ASISTENCIALES Admisión y Documentación Clínica	VII - Garantiza a los pacientes el acceso a la Historia clínica en un plazo inferior a 10 días hábiles desde la solicitud	G - % de documentos de la Historia entregados antes de 10 días hábiles desde la solicitud	- (nº de pacientes a los que se ha la Historia antes de 10 días / total de pacientes a los que se ha entregado la Historia Clínica) x 100	Anual	Área de Documentación Clínica	85 %
SERVICIOS NO ASISTENCIALES Cocina Hospitalaria	VIII - Conseguir una satisfacción de los pacientes hospitalizados con la calidad de las comidas superior al 70 %	H - % de satisfacción de pacientes hospitalizados con las comidas	- Valoración media del ITEM "calidad de la comida", de las encuestas de satisfacción a los pacientes hospitalizados (Encuesta de satisfacción de empresa externa)	Bianual	Empresa externa. Planificado desde SES	65 %
SERVICIOS NO ASISTENCIALES Servicios Religiosos	IX- Proporcionar atención religiosa católica a pacientes, familiares y usuarios en general	I - % de misas celebradas	- (Nº de misas / 365 días) X 100	Anual	Jefe del Proceso Asistencia Religiosa	90 %
		J - % de días de visita	- (Nº de días de visitas / 365 días) X 100	Anual	Jefe del Proceso Asistencia Religiosa	85 %
SERVICIOS NO ASISTENCIALES Barbería	X - Proporcionar afeitado de barba y bigote a todos los hombres que lo soliciten.	K - % de afeitados realizados	- (nº de hombres afeitados / nº de hombres que lo solicitan) X 100	Semanal	Barbero	100 %

Está Pendiente de su aprobación por la Consejería de S y D. y de su despliegue por los diferentes servicios y unidades.

**Garantizar el acceso a la historia clínica por parte de los usuarios, conforme a la Ley 41/2002:**

Competencia de: Área de Documentación Clínica del Servicio de Admisión

Elaboración de Documento Normativa Interna: "Vía de Gestión de Entrega de Documentación Clínica a Pacientes, Familiares y Terceros, en el Área de Salud de Plasencia". Incluye: Hospital, Centro de Especialidades y Equipo de Salud Mental

La entrega de la documentación Clínica se efectúa con los propietarios de la misma: paciente o persona en quien delegue; ambos padres, en caso de menores; quien tenga la guardia y custodia del hijo, en caso de separación; heredero legal, en caso de fallecidos.

Las anotaciones subjetivas se eliminan sistemáticamente.

Historias Clínicas facilitadas en relación con las solicitadas por pacientes, familiares o terceros, en un 100 %, en un tiempo medio de espera inferior a 3 días (2,3 en 2010). >95% Historias facilitadas 964: 98% (19: 2% denegadas según normas).

Peticiones del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI): 153

Peticiones de facultativos ajenos al área, para continuidad asistencial: 168  
Total peticiones 2010: 1.285

Este apartado está perfectamente establecido y asegurado su mantenimiento.

### **Realización del Plan de Acogida a los Profesionales**

Competencia de elaboración:

- Dirección de RRHH (Guía de Acogida al Nuevo Trabajador)
- Dirección de Enfermería de AE (Guía de Acogida al Personal de Enfermería de Nueva Incorporación)

La incorporación de un trabajador a un centro sanitario es un momento clave en la vida laboral. Para el nuevo trabajador, supone un momento de gran tensión.

El Plan de Acogida se perfila como una herramienta útil para el conocimiento de la misión y valores de la organización, para la identificación de los profesionales con su organización y para la generación de un clima de confianza y seguridad que facilitará el ejercicio profesional de las distintas profesionales.

Se ha elaborado la guía de acogida a los profesionales del área sanitaria de Plasencia, con cuatro apartados:

- El Servicio Extremeño de Salud
- El Área de Salud de Plasencia
  - Gerencia del Área / Organigrama
  - Centros de Salud
  - Hospital / Descripción
- Información Laboral de Interés
  - Nombramiento e incorporación
  - Retribuciones, vacaciones y permisos
  - Salud laboral
  - Uniformes
  - Comedor
- Guía Útil

- Derechos y deberes de los paciente
  - Derechos y deberes de los profesionales
  - Organigrama directivo y organización interna
  - Estructura del Hospital (localización de los distintos servicios)
  - Normativa interna del centro hospitalario (permisos y licencias, ayudas sociales, tarjeta identificativa, parking, cafetería , comedor, taquillas vestuarios, lencería lavandería, comités y comisiones etc.)
  - Normativa de Prevención de Riesgos Laborales.
- Está pendiente de ser actualizada y colgada en la web

### **Seguimiento telefónico proactivo a pacientes dados de alta de los hospitales del área.**

Competencia de elaboración: pendiente de definir por la Gerencia de Área

### **Mejorar la humanización del parto.**

Competencia de elaboración:

Servicio de Togoginecología

Unidad de Calidad (Elabora documento base en 2008)

El Plan de Abordaje para la Mejora de la Atención al Parto (en adelante PMAP) se circunscribe en la Estrategia de Atención al Parto normal, en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El PMAP es congruente con el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria, aprobado en 2007 para su aplicación en el Sistema Sanitario Público de Extremadura; y se organiza bajo los principios de la eficacia: llevando a cabo la Planificación Estratégica para conseguir los beneficios esperados y enunciados; la efectividad: efectuando la Planificación Operativa (programas), verificando que dichos beneficios se manifiestan en las actuaciones llevadas a cabo; y la *eficiencia*: realizando en la evaluación la comprobación del balance coste / resultados.

El PMAP tiene como objetivo mejorar la humanización del parto.

Acción mejora 2010: Estudio de Morbilidad “Episiotomía vs Desgarro Perineal”

Resultados:

En un total de 857 partos se han practicado 280 cesáreas (32,7%), 331 episiotomías (38,62%) y han acontecido 105 desgarros (12,3%).

De los 587 partos por vía vaginal, la episiotomía se le practica al 56,4% de las parturientas y los desgarros, en ausencia de episiotomía, suponen el 17,9%.

Es preciso analizar la conveniencia de practicar la episiotomía a las parturientas.

### **Apoyo de propuestas de mejora en la atención a los usuarios**

Competencia de elaboración:

Gerencia de Área

Unidad de Calidad

Estudio de propuestas 2011

- Mejorar la acogida a los usuarios y sus familiares
- Mejorar la información sobre los retrasos y las esperas
- Mejorar la privacidad y protocolizar las iniciativas adecuadas

- Incrementar el despliegue de la Gestión por Procesos para mejorar las estructuras organizativas de los servicios y unidades
- Implantar y difundir la Carta de Servicios y sus compromisos
- Divulgar la información interna con efectividad

#### Actuaciones 2010

- Diseño de las estrategias de privacidad en el ámbito de la Guía de Buenas Prácticas
- Diseño de mejoras en la operatividad de la Guía de Elaboración de Procesos

### **Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad percibida y derechos de los usuarios en el Área Sanitaria.**

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

- Difusión de los resultados de la Encuesta de Hospitalización 2008
  - Elaboración de la Encuesta de Urgencias 2009.
- Urgencias. Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Proceso Atención de Enfermería al Paciente Urgente.
- Calidad Medio Ambiental: Mantenimiento y ampliación (Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales) en su Cuarta Fase
  - Consumos de Papel
  - Consumos de Vidrio
  - Consumo de Plástico
  - Diseño de la segregación
- Calidad Medio Ambiental: Planificación del mantenimiento, Planificación de la ampliación y difusión del PARCEM (Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales) a los Centros de Salud del Área  
Tercera Fase: 2011
- Mantenimiento de la 2ª Opinión

## **1.2.- Objetivos de calidad científico – técnica**

En nuestros centros es preciso mantener y potenciar diferentes actuaciones que mejoran la calidad de las actividades de los profesionales, bien desde un punto de vista científico ya que aportan un valor añadido al conocimiento, o bien desde un punto de vista técnico para homogeneizar sus actuaciones, disminuir la variabilidad de la práctica clínica y adecuar las indicaciones de determinados procedimientos.

### **Garantizar el funcionamiento de la Comisión de Garantía de la Calidad**

Competencia de elaboración: Unidad de calidad

Cuatro reuniones documentadas.

Acuerdos:

-Colaboración con la Unidad de Calidad en la elaboración de las 6 líneas estratégicas del Plan de Calidad del Área de Salud 2010-2014: Línea de calidad del Contrato de Gestión del área de Salud de

Plasencia y las dimensiones del primer eje del Plan de Calidad 2010-2014: Calidad Percibida y Satisfacción del Usuario, Calidad Científico-Técnica, Calidad en la Gestión de Riesgos Sanitarios, Calidad del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos, de Hospitalización y de Cirugía Ambulatoria) y Autoevaluación y Acreditación de Calidad en los Centros Sanitarios del Área.

- Adscripción de cada objetivo a un área organizativa concreta; la cual tiene la responsabilidad de elaborar o, en su caso, recabar los datos que justifiquen la consecución de dichos objetivos.

- Presentación y discusión de la propuesta de Análisis de Satisfacción con el Trabajo o Calidad de Vida Laboral: Objetivo, Modelo de Encuesta, Pasación y Comunicación de Resultados. La encuesta recoge siete aspectos del trabajo cotidiano: la organización, la participación, las aportaciones y su repercusión, la valoración y la consideración, el ambiente, las repercusiones sobre la salud y la satisfacción global.

- Presentación de la Memoria de Calidad del Área de Salud 2009. La memoria se corresponde con los 6 ejes básicos del Plan de Calidad 2010-2014 y está disponible en la página web del área ([areasaludplasencia.es](http://areasaludplasencia.es)). Destaca el eje 1 (Actuaciones Corporativas), donde se ha logrado un nivel de cumplimiento del 80,7%, superior al 79,7 de 2007. La elaboración directa de la Unidad de Calidad ha sido el 32,5% (elaboración del 40% del total del área). El Área de Plasencia ha conseguido ingresar 276.000€ por este concepto, de los cuales 111.000 los ha logrado la Unidad de Calidad (40%).

- Mantener los acuerdos de 2008:

- Mantenimiento del sistema de reconocimiento del desempeño laboral.
- Mantenimiento del abordaje de la Responsabilidad Social Corporativa.
- Establecimiento de alianzas estratégicas con partners y grupos de interés.
- Mantenimiento del despliegue de la Gestión por Procesos: Estratégicos, Operativos y de Soporte.

#### **Garantizar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas: reuniones de distintas Comisiones:**

Competencia de elaboración: Presidente de cada Comisión

Comisión de Historias Clínicas .....	4
Comisión de Tumores .....	32
Comisión de Quirófanos .....	21
Comisión de Bioética (CBA) .....	3
Comisión de Calidad .....	4

#### **Minimizar las úlceras por presión en pacientes hospitalizados**

Competencia de elaboración: Dirección de Enfermería

Indicador: 34 casos / 9.487 ingresos = 0,36 %: < 0,5 % de pacientes hospitalizados

Criterios de evaluación:

- Mantenimiento del Protocolo de Úlceras Por Presión (elaborado en octubre de 2004)
- Objetivo cumplido 0,36% de UPP es = o > al objetivo pactado de 0,5%.

#### **Posibilitar el acceso a RCP (Resucitación Cardio Pulmonar) de los pacientes ingresados en plantas de hospitalización**

Competencia de elaboración: Dirección de Enfermería

- Indicador: - Existencia del protocolo de RCP en las plantas de hospitalización.
- Comienzo en 2003
  - Cronograma de actuación

- 100 % de personal enfermería de hospitalización con curso de RCP

Evaluación .

Objetivo cumplido ya que existe protocolo y el 100 % de personal de enfermería de hospitalización se ha formado.

Unidades de Hospitalización. CCEE. Rehabilitación. Centro de especialidades

### **Optimizar la Donación del Cordón Umbilical**

Competencia de elaboración: Servicio de Obstetricia

Indicador: 52 % Cordones Umbilicales Donados

Análisis:

857 partos

Excluidos

284 Cesáreas

96 Riesgos infecciosos

212 No ofertados en origen

127 Embarazos de dudoso control

Total 719

Donaciones 2010: 74; donaciones 2009: 105 (- 29,5%)

857 partos – 719 exclusiones = 138 posibles

74 donaciones / 138 posibles = 53,6%

### **Controlar las infecciones nosocomiales:**

Competencia de elaboración:

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

Dirección de salud

Unidad de calidad

Sistema de vigilancia infección nosocomial documentada

- EPINE: Vigilancia de la infección nosocomial 2010 Hospital "Virgen del Puerto"
  - Pacientes estudiados 162 (51,85% hombres y 48,15% mujeres; con una media de edad y DT de 62,87 y 21,8)
  - Prevalencia de infección nosocomial 5,56%
  - SIM: Documento técnico para la detección de brotes nosocomiales Hospital "Virgen del Puerto"
  - Proceso Codificación (CMBD): Infección posoperatoria
- 100% cumplimiento Protocolo de Sondaje (Revisados 22 pacientes hospitalizados, el 24 de noviembre de 2010: los 22 enfermos ingresados con sonda vesical se ajustan al protocolo)
- 40 pacientes (sobre un total de 40) 100% pacientes con profilaxis AB según protocolo (10/10 hernias inguinales; 10/10 hipertrofias de adenoides; 9/10 prótesis de caderas y rodillas y 10/10 sospecha de estreptococo agalactiae en parturientas)

Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta x100  
Nº de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)

---

Periodo de estudio año 2010 completo  
Cirugía: 10; Tocología: 10; O.R.L.: 10; Traumatología: 10.

Resultado

$$\frac{N^{\circ} 40}{N^{\circ} 40} \times 100 = 100 \%$$

Pacto en el CG2010 > al 80%..... Resultado alcanzado 100%

### **Desarrollo y Evaluación de Procesos**

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

Procesos en fase de desarrollo (1<sup>er</sup> semestre 2010)

- P Atención de Enfermería al Paciente de Medicina Interna 6<sup>a</sup> Planta
- P Urología Médico Quirúrgica
- P Oncología Radioterápica
- P Almacén
- P Personal Subalterno

Procesos en fase de desarrollo (2<sup>o</sup> semestre 2010)

- P Cirugía Médico Quirúrgica
- P Traumatología Médico Quirúrgica
- P Atención de Enfermería al Paciente de Medicina Interna 5<sup>a</sup> Planta
- P Atención de Enfermería al Paciente de Cirugía
- P Atención de Enfermería al Paciente de URO, ORL Y OFT 2<sup>a</sup> Planta

Procesos en fase de diseño

- P Atención de Urgencias en CS
- P Atención Médica al Paciente Urgente
- P Atención Médica de Consulta Externa

Estableciendo:

- Área organizativa
- Agentes y acciones
- Competencias
- Diagramación
- Documentación Asociada

### **Potenciar la realización de autopsias clínicas**

Competencia de elaboración:

- Dirección Médica de Atención Especializada
- Secretaría de Anatomía Patológica

Aunque se ha realizado 2 en 2010 no se potencia la realización autopsias clínicas, según dictamen consultivo del Comité de Ética Asistencial.

(El número de autopsias clínicas propuesto puede ser alcanzado por un Hospital Universitario, como es el caso del H. Infanta Cristina de Badajoz; pero no es alcanzado en ninguna de las otras 7 Áreas de Salud del SES)

### Cumplimentar de forma exhaustiva los contenidos del informe de alta hospitalaria

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad  
Área de Documentación Clínica del Servicio de Admisión

Informes de alta que cumplen con los criterios establecidos en un 99,79%.

Periodo de estudio: 01-03-2009 a 30-04-2009

Población total del periodo de estudio: 858

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} 18.876}{N^{\circ} 858 \times 22} \times 100 = \frac{18.876}{18.876} \times 100 = 100 \%$$

Pacto en el CG 2009 > 90%. Resultado alcanzado 100%

<u>Criterios de calidad informe de alta</u>	<u>¿consta?</u>
Escrito a máquina o con letra legible .....	si
Nombre del hospital, domicilio y teléfono .....	si
Servicio clínico .....	si
Identificación del médico responsable .....	si
Nº de Historia Clínica .....	si
Nombre y apellidos del paciente .....	si
Fecha de nacimiento del paciente .....	si
Sexo del paciente .....	si
Domicilio habitual del paciente .....	si
Fecha de ingreso (día/mes/año) .....	si
Fecha de alta (día/mes/año) .....	si
Motivo del alta .....	si
Motivo inmediato del ingreso .....	si
Resumen de la HC y exploración física del paciente .....	si
Pruebas complementarias realizadas* .....	si
Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente .....	si
Diagnóstico principal .....	si
Otros diagnósticos (en su caso) .....	si
Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos (en su caso) .....	si
Fecha de los procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos (en su caso)* .....	si
Otros procedimientos significativos (en su caso) .....	si
Recomendaciones terapéuticas .....	si

Fuente: Orden 6 De Septiembre 1984 (Ministerio De Sanidad Y Consumo)

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias

Observaciones: formalmente los IA están adecuadamente cumplimentados; además, es necesario mantener la cantidad del contenido de la cumplimentación y diversificarla (AP, AF, toda la comorbilidad actual y todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos).

## Elaborados los criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica de los siguientes procedimientos:

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad

Área de Documentación Clínica del Servicio de Admisión

Resultados: Meses octubre y noviembre 2010 / Total=Suma resultados procedimientos (1+2+3+4)/4 = 100%

Procedimiento 1 = 100%

Procedimiento 2 = 100%

Procedimiento 3 = 100%

Procedimiento 4 = 100%

1. Catarata Senil (366.10): Evaluados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Sociedad Española de Oftalmología, la MBE y la valoración de los facultativos del Sº de Oftalmología de Hospital Virgen del Puerto (HVPT), se han estudiado 80 inclusiones; encontrando 76 de las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 95% de ILS's conforme a protocolo.

2. Hernia Inguinal (550.90): Considerados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Asociación Española de Cirujanos y la MBE, se han estudiado 30 inclusiones; encontrando todas las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 100% de ILS's conforme a protocolo.

3. Prótesis de Rodilla (715.26 + 81.54/81.55): Considerados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología la MBE, se han estudiado 20 inclusiones; encontrando todas las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 100% de ILS's conforme a protocolo.

4. Hiperplasia Benigna de Próstata (600.20): Considerados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Asociación Española de Urología y la MBE, se han estudiado 10 inclusiones; encontrando todas las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 100% de ILS's conforme a protocolo.

Población y muestra de estudio.

Todos los pacientes de los 4 procedimientos elegidos incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo de cada uno de los procedimientos elegidos.

Periodo de estudio: Octubre-Noviembre 2010

Muestra del periodo de estudio: N = 140

Procedimiento: Catarata Senil, Hernia Inguinal, Prótesis de Rodilla, HBP.

Población estudiada:

Muestra: 125

Resultado:

$\frac{N^\circ 136}{N^\circ 140} \times 100 = 97\%$

Nº 140

Pacto en el CG2009 > 90%..... Resultado alcanzado 97%

## Análisis y Resultados.

Hemos actualizado los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en Traumatología y en Oftalmología.

### Correlación clínico-diagnóstica en pruebas de alta tecnología

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

Indicador: % TAC en el que se ha comprobado la sospecha diagnóstica.  
% RMN en el que se ha comprobado la sospecha diagnóstica

#### Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de pruebas en las que se ha comprobado la sospecha diagnóstica}}{\text{Nº de pruebas estudiadas}} \times 100$$

Metodología: Se han estudiado los TAC's realizados del 15-04-2010 al 15-06-2010 y las RMN's realizadas del 15-02-2010 la 15-06-2010; utilizando como sistema de búsqueda el CMBD de Hospitalización y, como sistema de comparación, los Protocolos de indicación de cada prueba.

Cada una de las pruebas estudiadas será clasificada como:

- Prueba positiva que confirma la sospecha diagnóstica o motivo de la indicación de la prueba.
- Prueba negativa por confirmar otro diagnóstico o en blanco.

#### Criterios de evaluación.

La clave para la evaluación de este indicador es la información clínica que remite el facultativo peticionario en la que se justifica la realización de la TAC o RNM.

Se han evaluado 53 TAC's de cráneo, 27 de tórax y 37 de abdomen; así como, 6 RMN's de cráneo, 8 de columna y 2 de miembros.

Periodo de estudio TAC: 15-04-2010 al 15-06-2010

Población total del periodo de estudio.117

Población estudiada: 117

Resultado

Indicados                      Correlación Clínico-Diagnóstica

$\frac{\text{Nº } 102}{\text{Nº } 117} \times 100 = 87,2\%$        $\frac{\text{Nº } 98}{\text{Nº } 117} \times 100 = 83,8\%$

Nº 117

Pacto en el CG 2010 > 80%

Periodo de estudio RMN: 15-02-2010 al 15-06-2010

Población total del periodo de estudio.57.....

Población estudiada: 57

Resultado

Indicadas                      Correlación Clínico-Diagnóstica

$\frac{\text{Nº } 14}{\text{Nº } 16} \times 100 = 87,5\%$        $\frac{\text{Nº } 13}{\text{Nº } 16} \times 100 = 81,2\%$

Nº 16

Pacto en el CG 2010 > 80%

### Desarrollo de un protocolo clínico para la disminución del dolor postquirúrgico:

Competencia de elaboración:

Unidad del Dolor

Contenidos:

Bloqueo Nervioso Periférico (Traumatología)

Infiltraciones Epidurales Analgésicas (Traumatología)

Catéteres Epidurales (Obstetricia y Ginecología)

Catéteres Epidurales para Curas Dolorosas (Urología y Cirugía)

Creación de la Unidad Transversal de Dolor Crónico

## Notificación de prealtas a pacientes y y servicios relacionados

Competencia de elaboración: en estudio

Dirección Médica

Dirección de Enfermería

## Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad científico-técnica en el Área Sanitaria:

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

- Formación del Comité de Bioética Asistencial del Área con 3 reuniones en 2010.
- Elaboración (por parte de la Oficina de Medicina Basada en la Evidencia de la Unidad de Calidad) de los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en las especialidades de Oftalmología y Traumatología.



### PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): HALLUX VALGUS

CRITERIOS	INDICACIÓN	Indic 1	Indic 2	Indic 3	Indic 4	Indic 5
Demográficos •	Sexo	Mujer	Hombre			
	Edad	> 50	> 60	> 50		
CLÍNICOS ■	Inflamación	SI	SI			
	Dolor	SI	SI			
	Función					
	Ángulo MTT-F > 30°	SI	SI	SI		
	Ángulo IMTT <sub>1º/2º</sub> < 20°	SI	SI			
	Degeneración			SI Artrosis MTT-F		
Sociolaborales •					ILT	
Psicoestéticos •						PSICOPATOLOGÍA
<b>ILEQ</b>		<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	SI	SI

■ Criterios Mayores (obligada ILEQ); • Criterios menores (no obligada ILEQ)

### PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): TÚNEL CARPIANO

CRITERIOS	INDICACIÓN	Indic 1	Indic 2
CLÍNICOS ■	Inflamación	SI (Nervio / Tendón)	
	Dolor trayecto nervio mediano	SI Dolor Parestesia (hormigueo / adormecimiento)	
	Función	SI Debilidad (dedos / muñeca) Atrofia Tenar	
	Impotencia funcional	SI Debilidad (dedos / muñeca) Atrofia Tenar	
	Electromiografía positiva	SI ↓ Velocidad de transmisión motora en el nervio Mediano	
Sociolaborales •			ILT
<b>ILEQ</b>		<b>SI</b>	SI

■ Criterios Mayores (obligada ILEQ); • Criterios menores (no obligada ILEQ)

**PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): PRÓTESIS DE CADERA**

	INDICACIÓN	Coxartrosis	Necrosis Avascular	Fractura subcapital	
<b>CRITERIOS</b>					
CLÍNICOS	Inflamación	destrucción articulación □	destrucción articulación □	desunión fractura □	
	Dolor	refractario al tratamiento □	refractario al tratamiento □		
	Función	imposibilidad marcha □	imposibilidad marcha □		
Edad				jóvenes	
Sociolaborales ●					ILT
Prótesis		TOTAL	TOTAL	TOTAL/PARCIAL	
ILEQ		SI	SI	SI	SI

□ Criterios Mayores (obligada ILEQ); ● Criterios menores (no obligada ILEQ)

**PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): PRÓTESIS DE RODILLA**

	INDICACIÓN	Gonartrosis	Gonartrosis	Gonartrosis	Necrosis Avascular	
<b>CRITERIOS</b>						
CLÍNICOS	Inflamación	destrucciona □	refractario al tratamiento □	rigidez articular que impide la marcha □		
	Dolor					
	Función	inestabilidad articular o subluxación □	imposibilidad marcha □			
	fragmento óseo necrosado			unido a la estructura □ libre en la cavidad articular □		
Sociolaborales ●						ILT
ILEQ		SI	SI	SI	SI	SI

□ Criterios Mayores (obligada ILEQ); ● Criterios menores (no obligada ILEQ)

**PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): ESCISIÓN DE MENISCO**

	INDICACIÓN	Roturas meniscales no degenerativas (no artrósicas)			
<b>CRITERIOS</b>					
CLÍNICOS	Tipo	En asa de cubo □	Parciales		
	Función		Dificultad en la marcha □		
	Dolor		Dolor		
Sociolaborales ●					ILT
ILEQ		SI	SI		SI

□ Criterios Mayores (obligada ILEQ); ● Criterios menores (no obligada ILEQ)

PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): ARTROSCOPIA DE RODILLA

CRITERIOS	INDICACIÓN	Contraindicación	
CLINICOS	Meniscopatia <input type="checkbox"/> Rotura meniscal <input type="checkbox"/> Ligamento cruzado <input type="checkbox"/> Condropatia <input type="checkbox"/> Cuerpo libre <input type="checkbox"/>	Desgarro capsular  Anquilosis	
Sociolaborales ●			ILT
<b>ILEQ</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>

Criterios Mayores (obligada ILEQ); ● Criterios menores (no obligada ILEQ)

PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): CATARATA  
CON LENTE INTRAOCULAR (LIO)

CRITERIOS	INDICACIÓN	Indic 1	Indic 2	Indic 3	Indic 4	Indic 5
Demográficos ●	Edad	> 65	< 65			
CLINICOS <input type="checkbox"/>	disminución de la agudeza visual: que medida con agujero estenoico	< 0,3 <input type="checkbox"/>	< 0,4 / < 0,5 <input type="checkbox"/>	< 0,5 <input type="checkbox"/>		
CATARATAS CSCP (SUBCAPSULAR POSTERIOR) CSCA (SUBCAPSULAR ANTERIOR) CN (NUCLEAR) CC (CORTICAL) CT (TRAUMÁTICA)	Catarata severa con alta opacidad del cristalino	SI	SI	SI	< 0,5 <input type="checkbox"/> CONDUCTOR / ILT	
Sociolaborales <input type="checkbox"/>						
Psicoestéticos ●						PSICOPATOLOGÍA
<b>ILEQ</b>		<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>

Criterios Mayores (obligada ILEQ); ● Criterios menores (no obligada ILEQ)

- Planificación de los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en la especialidad de Urología (2010).
- Preparación de las áreas de actuación del Plan de Calidad 2010-2014.
- Elaboración de la Memoria Anual de Calidad.
- Elaboración del Plan de Comunicación.
- % informes de alta de Urgencias con los criterios de calidad de Hospitalización
  - Estudiados 200 pacientes atendidos durante 14 días alternos en noviembre de 2010, de un total de 2784 atenciones de urgencia, con 22 criterios; con un porcentaje de cumplimentación del 99,9%.  
 Fórmula:  $(n^{\circ} \text{ criterios} \times n^{\circ} \text{ altas}) - n^{\circ} \text{ criterios incumplidos} / (n^{\circ} \text{ criterios} \times n^{\circ} \text{ altas}) \times 100$   
 $(200 \times 22) - 1 / (200 \times 22) \times 100 = 99,9 \%$
  - Observaciones: formalmente los IA de URG están adecuadamente cumplimentados; siendo un objetivo de mejora mantener la calidad del contenido de la cumplimentación (AP, AF, toda la comorbilidad actual y todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos) además de los 22 criterios.
  - IA de URG deben registrarse en JARA ASISTENCIAL

## Utilización de la telemedicina como herramienta que permita acercar ambos niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada):

Equipos de atención Primaria con telemedicina operativa:

- Jaraíz de la Vera.
- Nuñomoral.
- Aldeanueva del Camino.

Especialidades abiertas a telemedicina:

- Cardiología
- Hematología
- Nefrología
- Neumología
- Reumatología
- Unidad de Columna (Zafra)

### 1.3.- Objetivos de calidad en la gestión de riesgos sanitarios

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: Identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

También dentro de los riesgos sanitarios se deben tener en cuenta los que pueden afectar a los propios trabajadores del sistema sanitario por exposición o manipulación.

#### Gestión de reclamaciones.

Competencia de elaboración:

Gerencia de Área  
SAU

Desarrollar acciones de mejora como resultado de las propuestas de mejora derivadas del procedimiento de gestión de reclamaciones: nueve acciones de mejora emprendidas, derivadas del procedimiento de gestión de reclamaciones.

- El 14% de las reclamaciones corresponden a Traumatología y el 13% a Urología. Para corregir estos problemas se planifican los Procesos Traumatología Médico Quirúrgica Urología Médico Quirúrgica, dentro de la Gestión por Procesos

Despliegue de las medidas diseñadas:

- 1.- Incluir sistemáticamente las propuestas de mejoras en la gestión de reclamaciones.
2. Utilizar la Gestión por Procesos para identificar los puntos críticos.
- 3.- Diseñar el Manual de estilo desde el Comité de Ética asistencial.
- 4.- Mejorar la coordinación entre servicios.
- 5.- Mejorar la coordinación entre Primaria y Especializada.
- 6.- Análisis del Estudio Anual de Reclamaciones en la Comisión de Calidad

Mantenimiento de las medidas abordadas en 2010

- Recordar la necesidad de contestar dichas reclamaciones, elaborando propuestas de mejoras y respetando los plazos de respuestas.
- Mejorar el trato personal (cursos sobre mejorar habilidades, Manual de Estilo, etc.).

- Mejorar la información desde todos los ámbitos asistenciales.
- Mejorar la coordinación entre servicios.
- Mejorar la coordinación entre Primaria y Especializada

### **Prevención de accidentes laborales.**

Competencia de elaboración:

Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales

Desarrollar acciones de mejora para la prevención de accidentes laborales. Se han realizado 27 acciones de mejora documentadas en 6 Centros de Salud en una UME y en el H. Virgen del Puerto.

### **Prevención de caídas de pacientes hospitalizados.**

Competencia de elaboración:

Dirección de Enfermería

Unidades de Enfermería de Hospitalización

Registrar, estudiar y actuar para la prevención de caídas de pacientes hospitalizados. Documento cumplimentado de registro de caídas en pacientes hospitalizados: 100% de caídas registradas.

Reclamaciones por caídas en pacientes hospitalizados registradas, ninguna reclamación.

Existencia de protocolo para evitar caídas en pacientes hospitalizados. Se propone un sistema de registro que contenga los siguientes datos:

- Datos relativos al paciente: 1.-nº de H.C., 2.-Sexo, 3.-Edad, 4.-Fecha de la caída , 5.- Diagnóstico médico
- Datos relativos al estado general del enfermo: 1.- Orientado, 2.- Agitado, 3.- Inestabilidad motora, 4.- Postoperatorio inmediato, 5.- Mala visión, 6.- Otros (independiente, deprimido, no cooperativo etc.)
- Datos relativos a la circunstancia de la caída: 1.- Lugar de la caída, 2.- Hora de la caída/turno trabajo, 3.- Acompañado, 4.- Sistemas de protección previos, 5.- Motivo de la caída, 6.- Consecuencia de la caída
- Persona que encuentra al paciente
- Persona informada inmediatamente después del accidente
- Medidas inmediatas para garantizar la seguridad del paciente

Análisis 2010.

No hay ninguna reclamación sobre caídas.

2010: 22declaraciones de caídas, según el Registro y debidamente cumplimentadas.

## **Registrar, estudiar acciones de mejora en relación a los sucesos adversos producidos por medicamentos: Protocolo de notificación de sucesos adversos por medicamentos.**

Competencia de elaboración:

Servicio de Farmacia  
Área de Enfermería de Seguridad Clínica  
Área de documentación Clínica  
Unidad de Calidad

Cero sucesos adversos en 2010

Se lleva a efecto mediante: Tarjeta Amarilla y Programa en internet.

Unidad de Calidad y Servicio de Admisión

Elaboración del estudio "Efectos Adversos y Envenenamientos en el Uso Terapéutico de Medicamentos que Causan Ingreso Hospitalario". Ejecución en 2010.

### Resultados

#### OBJETIVOS

Sabemos que la incidencia de de los Efectos Adversos (EA) de los fármacos de uso terapéutico o profiláctico se incrementa con la edad avanzada y la polimedicación.

Es preciso conocer qué ingresos hospitalarios cursan con EA debido a fármacos debidamente administrados en su empleo terapéutico y cuál es la contribución de dichos fármacos al EA; así como qué EA conllevan envenenamiento.

De esta manera, se pueden plantear factores de riesgo del envenenamiento en los EA de los fármacos de uso terapéutico, cuya máxima expresión de gravedad sería el ingreso hospitalario, y comprobar la importancia de la edad o el sexo, para enriquecer el contenido de los programas de salud.

#### MÉTODOS

Se realiza un análisis de contingencia del envenenamiento en función del sexo, la edad y el lugar de residencia, con tablas tetracóricas 2x2.

#### RESULTADOS

En el análisis de contingencia de se comprueba: que el envenenamiento en los EA está asociado a los hombres que tienen menos de 65 años; frente a las mujeres o mayores de 65 (OR 4,9; Chi2 5,7; p 0,02).

Planteamos hacer un estudio multicéntrico en 2011 para conocer el alcance de Efectos Adversos de los fármacos de uso terapéutico en, al menos, 4 áreas del SES.

## **Actualización y revisión de los Planes de Catástrofes Internas y Externas cada 2 años: Planes de Catástrofes Internas y Externas revisados en los dos últimos años.**

Competencia de elaboración:

Dirección de RRHH del Área  
Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales

Dentro de la Actualización Parcial del Plan de Catástrofes "Virgen del Puerto", se está realizando un nuevo Plan de Autoprotección.

Además:

- Se han instalado horquillas que protegen los hidrantes que rodean el hospital, impidiendo el aparcamiento de vehículos.
- Se ha gestionado el desbloquear la salida de emergencia de UCI obstaculizada por objetos diversos.
- Se ha rediseñado la evacuación de emergencia en la 7ª planta por obras.

- Se han revisado las instalaciones de protección contra incendios del hospital.

### **Cumplir con la Guía de Gestión de Residuos del Servicio Extremeño de Salud.**

Competencia de elaboración: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Se han realizado 5 actuaciones documentadas en Atención Primarias y 26 en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia.

Existencia de un registro documentado de los residuos tipo III y IV.

Cantidad de residuos del tipo III. 0,44 kg./cama/día.

Cantidad de residuos del tipo IV. 0,06 kg./cama/día.

Los contenedores cumplen los criterios de la Guía de Gestión de Residuos del SES, al 100%.

Se detecta la necesidad de mejorar las prácticas de segregación de residuos biológicos.

Es preciso incidir sobre la correcta segregación de residuos (sobre todo Tipo III y Tipo IV), según las normas de la Guía de Gestión de Residuos.

La Unidad de Calidad empieza a planificar el reciclado de residuos sólidos urbanos –papel, vidrio y plástico- (tipo vidrio y plástico: no III y no IV), dentro del los circuitos municipales de reciclado de RSU.

### **Mejorar la seguridad de pacientes en el Área.**

Competencia de elaboración:

Servicio de Farmacia  
Área de Enfermería de Seguridad Clínica  
Unidad de Calidad

Área de Enfermería de Seguridad Clínica

- Plan de Seguridad del Paciente en la Práctica Clínica
- Elaborado el documento-memoria: PLAN DE SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA
- Grupo de Trabajo, Formación, Errores de Medicación, Efectos adversos, Identificación de Pacientes Vulnerables
- Elaborados los documentos “Prevención de Caídas” e “Identificación Madre y el Recién Nacido”.

Unidad de Calidad

- Plan Integrado de Gestión de Riesgos del Área de Plasencia 2011-2015
- Áreas de Actuación: Gestión de Riesgos Clínicos (Seguridad del Paciente), Estructurales (Establecimientos Sanitarios, Repercusión social), De las Personas (Tipo de Trabajo: Riesgos Laborales; Organización de los Grupos Humanos: Riesgos Organizacionales)
- Elaboración del Estudio de Bienestar Laboral 2010-2011: Elaborada y pasada la Encuesta de Calidad de Vida Laboral.
- Diseñadas las actuaciones para 2011.
- Documentación del Estudio de Reconocimiento del Desempeño Laboral para ejecutarlo en 2011. Elaborada la Sistemática de Felicitaciones y Reconocimiento del Desempeño.

## **Creación y Desarrollo de una Unidad de Gestión de Riesgos del Área.**

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad  
Área de Enfermería de Seguridad Clínica

Diseño y puesta en marcha de la Oficina de Gestión de Riesgos (adscrita a la Unidad de Calidad), que aborda:

- Gestión de Riesgos Clínicos (Seguridad del Paciente), Estructurales (Establecimientos Sanitarios, Repercusión social), De las Personas (Tipo de Trabajo: Riesgos Laborales; Organización de los Grupos Humanos: Riesgos Organizacionales)

Proyecto y Planificación de los estudios de efectos adversos multicéntricos por medicamentos de uso terapéutico, adecuación de la analgesia epidural y prevención del desgarro perineal en el parto.

### **Colaborar en la mejora de la Gestión Medioambiental**

Competencia de elaboración:

Supervisora de Área de Recursos Materiales.  
Unidad de Calidad

Actuaciones

- Programa de eliminación de mercurio: documento: PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DE MERCURIO EN AL ÁREA 7 DEL SES (Introducción, Antecedentes y estado actual, Metodología, Resultados y Bibliografía).
- Programa de Gestión Ambiental: PARCEM.

Evaluación.

Existencia del documento de los Programas de eliminación de mercurio (implantado al 100%) y de Gestión Ambiental (Diseño completo del PARCEM y despliegue al 50%)

## **Favorecer el ahorro energético.**

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

Actuaciones.

- Programa Greenlighth
- Programa de Gestión Ambiental: PARCEM.

Evaluación.

Adhesión del H. Virgen del Puerto al Programa Greenlighth  
Despliegue del PARCEM: Nuevas áreas de abordaje en papel, plástico y vidrio

## **Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad en la Gestión de Riesgos Sanitarios en el Área.**

Competencia de elaboración:

Área de Enfermería de Seguridad Clínica

## Unidad de Calidad

### Prácticas en seguridad.

- a. Prevención de la Infección Nosocomial.
  1. Actualización del Protocolo de Aislamientos Hospitalarios.
  2. Formación e información sobre la importancia de la adecuada higiene de manos entre los profesionales, pacientes y familiares.
- b. Identificación Inequívoca de Pacientes.
  1. Implantación del protocolo de identificación de pacientes a través de pulseras identificativas en todas las unidades de hospitalización, incluyendo el RAC de urgencias, hospital de día y cirugía ambulatoria.
  2. Desarrollo e implementación de medidas especiales de identificación de pacientes en procesos que entrañen mayor riesgo
- c. – Errores de Medicación.
  1. Identificación de Medicamentos de Alto Riesgo.
  2. Unificación de las bombas de medicación.
  3. Elaboración del protocolo de uso de bombas de infusión.
- d. Conocimiento de Efectos Adversos y factores favorecedores.
  1. Creación de registros de notificación de Efectos Adversos.
- e. Inclusión de objetivos de seguridad del paciente en los contratos de gestión.

## 1.4.- Objetivos de calidad en relación con la cumplimentación y explotación del CMBD.

Competencia de elaboración: Área de Documentación Clínica. Servicio de Admisión

Una parte de los indicadores de calidad pueden ser calculados a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Estos indicadores miden aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad, y permiten comparar los resultados entre los distintos hospitales y entre distintas organizaciones. Es posible que haya razones que justifiquen que algunos hospitales tengan resultados muy diferentes al resto, pero quizá un estudio más profundo de las circunstancias les puede ayudar a detectar problemas no conocidos hasta entonces e implantar acciones de mejora para solucionarlos.

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
▪ % Altas hospitalarias codificadas .....	99,8 %	100 %
▪ Número de Altas hospitalarias codificadas.....	9.470	9.381
▪ GRD's inespecíficos: .....	0,90%	0,27%
▪ Número de diagnósticos codificados por alta: .....	5,28	4,92
▪ Número de procedimientos codificados por alta: .....	5,79	5,55
▪ IEMA .....	0,85	1,07
▪ Peso medio .....	1,56	1,50

Estancias evitables: Se calcula el número de altas y estancias generadas por los pacientes hospitalizados (totales y en el grupo de edad de mayores de 65 años), correspondientes a los GRDs definidos como potencialmente ambulatorios, enumerados en la siguiente tabla:

GRD	Descripción	Ingresos Totales—Estancias		Ingresos Totales—Estancias > 65 Años	
		2010	2009	2010	2009
6	Liberación Del Tunel Carpiano	1-2	5-7	1-2	--
36	Procedimientos Sobre Retina	1-6	14-106	12-102	10-78
38	Procedimientos Primarios Sobre Iris	2-4	--	1-2	--
39	Procedimientos Sobre Cristalino Con O Sin Vitrec	10-22	9-35	6-12	5-21
40	Procedim.Extraoculares Excepto Orbita Edad > 17	2-8	3-10	1-5	1-1
41	Procedim.Extraoculares Excepto Orbita Edad < 18	1-2	--	--	--
42	Procedimientos Intraoculares Excepto Retina, Iri	7-17	9-22	3-8	5-8
55	Procedimientos Miscelaneos Sobre Oido, Nariz, Bo	78-204	59-142	16-54	6-12
59	Amigdalectomia &/O Adenoidectomia Solo, Edad>17	13-30	15-32	1-2	1-2
60	Amigdalectomia &/O Adenoidectomia Solo, Edad<18	37-79	38-68	--	--
61	Miringotomía Con Inserción De Tubo Edad > 17	1-5	4-10	--	--
119	Ligadura & Stripping De Venas	33-71	32-68	5-10	7-19
158	Procedimientos Sobre Ano & Enterostomia Sin Cc	77-182	89-243	13-44	15-33
160	Proc.Sobre Hernia Exce.Ingui.&Femoral>17 Sin Cc	58-185	55-243	29-87	23-118
162	Proc.Sobre Hernia Inguinal & Femoral >17 Sin Cc	115-259	103-239	63-136	55-131
163	Procedimientos Sobre Hernia Edad<18	--	1-3	--	--
225	Procedimientos Sobre El Pie	50-119	56-127	17-40	17-37
227	Procedimientos Sobre Tejidos Blandos Sin Cc	24-76	18-40	5-24	4-12
228	Proc.Mayor Sobre Pulgar O Artic., U Otros Con Cc	3-6	1-1	1-2	--
229	Pro.Sobre Mano O Muñeca,Exce.Proc.Mayores Sin Cc	24-42	27-53	4-9	6-11
231	Excis.Local&Elimin.Disp.Fijacion Int.Exc Cad&Fem	--	--	--	--
232	Artroscopia	11-29	8-16	2-11	1-2
262	Biopsia De Mama & Excision Local Por Proc.No Mal	5-10	14-27	1-2	1-2
267	Procedimientos De Region Perianal & Enfer.Piloni	8-17	10-20	--	--
339	Proc.Sobre Testiculo, Proceso No Maligno Edad>17	13-57	35-98	2-7	5-15
340	Proc.Sobre Testiculo, Proceso No Maligno Edad<18	1-2	5-18	--	--
342	Circuncision Edad>17	--	1-18	--	1-18
343	Circuncision Edad<18	--	--	--	--
351	Esterilizacion, Varon	--	--	--	--
361	Interrupcion Tubarica Por Laparoscopia & Laparot	9-62	11-33	2-35	1-5
362	Interrupcion Tubarica Por Endoscopia	9-12	2-5	--	--
364	Dilatacion & Legrado, Conizacion Excepto Por Neo	40-78	28-54	6-10	6-10
494	Colecistec.Lapar.Sin Explorac.Cond.Biliar Sin Cc	87-254	80-245	34-120	31-119
TOTALES.....		<b>720-1840</b>	<b>660-1982</b>	<b>225-654</b>	<b>201-654</b>
Diferencia Ingresos Totales—Estancias (%): 2008-2009		<b>+9,1 / - 2,75</b>		<b>+11,9 / - 0,00</b>	

A pesar de que han aumentado los ingresos en los dos tramos (totales 60 ingresos más: +9,1%; mayores de 65 años 24 ingresos más: +11,9%) las estancias han disminuido: estancias menos (-2,75%) y las mismas, respectivamente, en ambos tramos. Esto se explica por la disminución de la Estancia Media.

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
▪ % de reingresos .....	4,58 %	4,74 %
▪ Índice de funcionamiento(EMC/EMN) .....	0,91	1,11
▪ I.E.M.A. (EM Selec/EMF) .....	0,89	1,07
▪ Casuística (EMF/EMN) .....	1,03	1,02
▪ Peso Medio GRD´s cirugía ambulatoria programada .....	0,86	0,84
▪ Estancia media de las altas .....	5,58	6,09
▪ Estancia media ajustada por funcionamiento.....	5,74	5,51
▪ Estancia media ajustada por casuística .....	5,10	5,96
▪ Tasas de cesáreas.....	35,19 %	29,42 %
▪ Tasas de partos con anestesia epidural .....	23,82 %	25,04 %
▪ Codificación de Cirugía Ambulatoria .....	100,00 %	100 %
▪ Procesos de Cirugía Ambulatoria .....	4.125	3.435

## 1.5.- Objetivos de calidad en relación con la Autoevaluación y Acreditación de Centros y Servicios

La Acreditación con el Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios es un objetivo estratégico de mejora de la calidad de primer orden.

Todo el Área de Salud ha de estar comprometida con el Modelo de Calidad de la Consejería de Sanidad y Dependencia que se aplica al SES. El Liderazgo y el autocompromiso, mediatizados por acuerdos concretos de mejora son objetivos ineludibles; como también lo son incorporar la Gestión por Procesos como eje de la organización y mejorar la Calidad de Vida Laboral de nuestras personas.

### **Centros o servicios en proceso de Acreditación o Autoevaluación**

Competencia de elaboración:  
Unidad de Calidad

Gerencia del Área de Salud de Plasencia  
Servicio de Bioquímica Hospitalaria del Hospital virgen del Puerto  
Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital virgen del Puerto  
Centro de Salud Plasencia III "San Miguel"  
Centro de Salud de Pinofranqueado  
UME de Jaraiz  
UME de Caminomorisco  
UME de Plasencia

### **Desarrollo de Mejoras en base a la Autoevaluación**

Competencia de elaboración:  
Unidad de Calidad

Elaboración de los Grupos de Interés  
Planificación de los Cuadros de Mando  
Diseño del Mapa de Procesos  
Proyecto y Documentación de Procesos Clave

## Desarrollo de Medidas Específicas de Mejora en la Autoevaluación y Acreditación en el Área Sanitaria

Competencia de elaboración:  
Unidad de Calidad

CONCEPTO  
ACTUACIONES  
CRONOGRAMA  
COMPETENCIAS

### CONCEPTO

Según la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad los Procesos son la ligazón o paso imprescindible entre los Agentes/Facilitadores y los Resultados.

Siguiendo el esquema de Donabedian, los agentes facilitadores son las estructuras y los recursos; y, los resultados han de confluir con los objetivos planteados.

Como siempre se persiguen objetivos óptimos (podemos considerarlo como una constante); y, la estructura o complejidad de cada Centro de Salud, Unidad o Servicio también es invariable (al menos a corto y medio plazo, se puede considerar constante); debemos actuar sobre los procesos, como variable más adecuada, para mejorar la calidad de la actuaciones sanitarias en nuestro Sistema Regional de Salud.

### ACTUACIONES: Establecimiento de:

Misión, Visión y Valores

Grupos de Interés

Gestión de Procesos: Mapa de Procesos y abordaje de procesos

Estructura, Acciones y Resultados, asociados a los procesos

Calidad Científico-Técnica (procedimientos, protocolos, guías, vías)

Calidad Relacional (usuarios, trabajadores, entorno)

Eficiencia (cartera, puesta en práctica de la calidad relacional, costes, objetivos)

Cuadro de Mando (Conjunto Mínimo de Indicadores: Cuantitativos y Cualitativos)

Diseño de Auditorías Internas

CRONOGRAMA, por trimestres

COMPETENCIAS

Atribuidas a los Grupo de Mejora

## 1.6.- Benchmarking área de salud

Porcentaje de Cumplimiento de los objetivos de Calidad del SES por áreas de salud en 2007.

▪ Badajoz .....	77,52
▪ Mérida.....	62,65
▪ Don Benito-Villanueva.....	42,91
▪ Llerena-Zafra .....	62,67
▪ Plasencia .....	79,70
▪ Coria .....	76,43
▪ Navalmoral .....	73,37
▪ Cáceres*.....	17,39

\* Cáceres no ha realizado evaluación

## 1.7.- Benchmarking área de salud de Plasencia 2010 sobre 2009

Porcentaje de Cumplimiento de los objetivos de Calidad del SES

2009: 80,7%

2010: 83,6%

Mejora de 2,9 puntos porcentuales

## 2.- Actuaciones institucionales

Coordinación Asistencial.

Continuación de la labor de coordinación y formación de los Grupos de Trabajo del Área, basada fundamentalmente en:

- Priorización de los procesos para abordar en la Gestión Por Procesos
- Elaboración del Mapa de Procesos y de la Red de procesos
- Elaboración de protocolos, guías, vías y procesos para todo el Área
- Difusión y mantenimiento de las líneas de actuación.

Promoción de la Participación de los Profesionales: 42 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 27 actuaciones

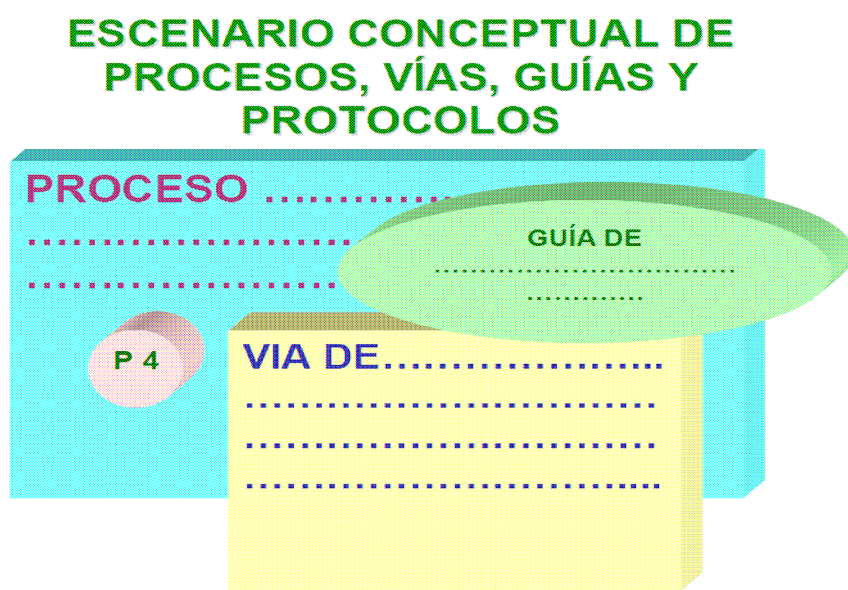
Impulso de Actividades y su Difusión: 19 actuaciones

Colaboración con la Comisión De Dirección: 23 actuaciones

## 3.- Gestión de procesos

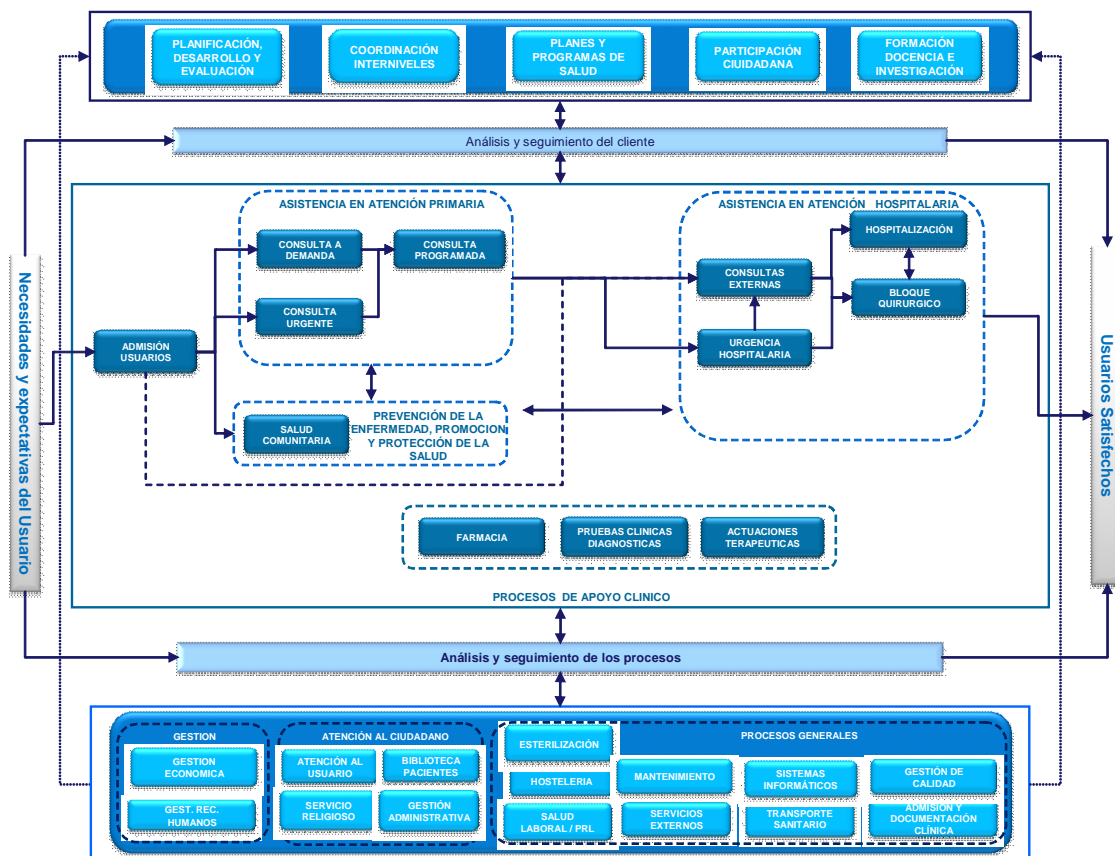
Actualización de los Conceptos Generales y la Justificación de la Gestión por Procesos (GPP)

Proyecto y Planificación del Escenario de Calidad Científico-Técnica: Protocolos, Guías, Vías y Procesos



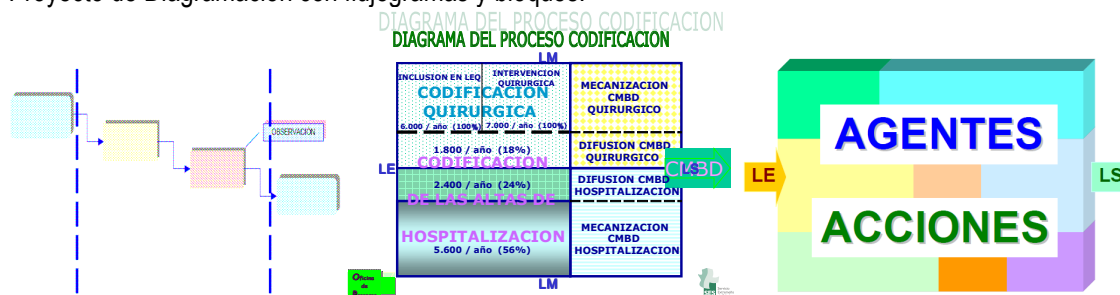
Desarrollo de las competencias de La Oficina de Procesos. Asesoramiento y apoyo en la elaboración de la estructura de los procesos: conceptualización, documentación, elementos, sistemática, indicadores, equipos, responsables y mejora continua.

Rediseño y Documentación del Mapa de Procesos del Área: Procesos Operativos, de Soporte y Estratégicos.



Proyecto de la Red de Procesos (interacciones de entrada y salida entre procesos).

Proyecto de Diagramación con flujogramas y bloques.



Diseño De Procesos. 14 Procesos elaborados. 5 Procesos en fase de Desarrollo y 5 Procesos en fase de diseño.

Elaboración del Memorandum del Enfoque y Despliegue de la Gestión Por Procesos.

Elaboración del Escenario de los Sistemas de Gestión en la Gestión por Procesos

### Escenario de los sistemas de gestión en la Gestión por Procesos

<u>LÍMITE DE ENTRADA</u>	<u>SISTEMA DE GESTIÓN</u>	<u>DIAGRAMACIÓN</u>	<u>REQUISITOS</u>
Circunstancia	Protocolo	FLUJO	SISTEMÁTICA
Patología	Guía Clínica - Diagnóstico - Tratamiento - Prevención	ARBOL DE DECISIÓN / FLUJO	TRABAJADOR CON TITULACIÓN NECESARIA
Actuación de Riesgo Actuación Costosa Demanda Elevada <b>CURSO PREDECIBLE</b> COORDINACIÓN AP/AE	Vía	SECUENCIAL / FLUJO	ESTANDARIZACIÓN de: -ETAPAS y -PROCEDIMIENTOS
<b>GRUPO DE PACIENTES CON UNA DEMANDA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA</b> Diagnóstica-Terapéutica- Prevención / Global	<b>PROCESO</b>	<b>BLOQUES / FLUJO</b>	<b>ACTIVIDAD DEFINIDA en un SISTEMA ORGANIZATIVO PREEXISTENTE</b>
Áreas de Apoyo			
Áreas Organizativas			
<b>USUARIOS / CLIENTES INTERNOS</b>			

Difusión y Marketing. 29 actuaciones.

## 4.- Gestión de riesgos

Mantenimiento de la Oficina de Gestión de Riesgos. Elaboración del Plan Integral de Gestión de Riesgos:

- Clínicos (seguridad del paciente)
  - Colaboración en la Documentación y Detección de efectos adversos y complicaciones
  - Diseño de la encuesta de Satisfacción del cliente
- Estructurales (seguridad de las infraestructuras y su funcionamiento)
  - Despliegue del Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales (PARCEM)
  - Proyecto de Difusión de la Primera Fase del PARCEM a Centros de Salud
- Del Personal (seguridad y calidad de vida laboral de nuestras personas).
  - Planificación de la encuesta de Satisfacción con el Trabajo o Calidad de Vida Laboral

- Proyecto y Planificación del Sistema de Reconocimiento del Desempeño Laboral de Nuestras Personas: Quién Reconoce, Qué Sistema, A Quién.

Análisis de Barreras Arquitectónicas. 18 actuaciones

- Despliegue de acuerdo al Programa VAFES: Valoración de la Accesibilidad Física a los Entornos Sanitarios
  - Elaboración de la Encuesta de Accesibilidad a los Centros de Salud
  - Inspección visual

## 5.- Gestión del conocimiento

Actuaciones Genéricas de la Oficina de Medicina Basada en la Evidencia (MBE)

- Pone a disposición de los profesionales del Área la mejor evidencia científica disponible con el objetivo de colaborar en la mejora de la Efectividad de la Práctica Clínica
- Propone la incorporación de criterios de evidencia científica a las guías de práctica clínica para elevar la Calidad Científico-Técnica
- Asesora 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
- Asesorar sobre la metodología de elaboración de Protocolos, Guías y Vías

Actuaciones Específicas de la Oficina de MBE.

- Desarrollo del Protocolo de Investigación con 10 áreas: Introducción, Exposición del Tema, Hipótesis, Objetivos, material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Bibliografía.
- Desarrollo de la Guía de Elaboración del Plan de Comunicación del Área
- Diseño de Protocolos de Inclusión de Lista de Espera Quirúrgica en Oftalmología y Urología.
- Diseño del Estudio Desgarro vs Episiotomía.

Actuaciones de Colaboración en Proyectos. 4 Actuaciones

## 6- Implantación y despliegue del modelo de calidad

Asesoramiento en Implantación y Desarrollo del Modelo de Calidad

- Modelo de la Consejería de Sanidad y Dependencia
- Normas ISO
- Modelo EFQM

Asesoramiento en Planificación de Auditorías Internas y Externas

Actuaciones de Autoevaluación con el Modelo de la Consejería de Sanidad y Dependencia (Consenso, Priorización, Plan de Mejora).

Difusión del Modelo Entre Los Profesionales Del Área: 15 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 24 actuaciones

Impulso De Actividades y Su Difusión: 19 actuaciones

Actividades Formativas: 12 actuaciones y 16 de formación en Acreditación

Planificación y Documentación de Normas ISO 9001, 14000 y 22000 (Gestión de Calidad, Medio Ambiente y Seguridad Alimentaria: para Cocina y Restauración) y Normas ISO 9001 y 14000 (Gestión de Calidad y Medio Ambiente: para Lavandería y Vestuario). Principios de Gestión y Desarrollo.

## 7- Colaboración con Parters y Grupos de Interés. Responsabilidad Social Corporativa

Inspección de Área: Evaluación del Consentimiento Informado y Evaluación del acceso a la Historia Clínica.

Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio de Calidad sanitaria:

- Técnicas de Auditoría.
- I Plan Marco de Calidad del SSPE: Recogida de Datos.

Página Web [www.areasaludplasencia.es](http://www.areasaludplasencia.es) > conoce el área> calidad.

FUINSA (Fundación para la Investigación en Salud): Gestión del Conocimiento como fuente de I+D+i en Extremadura.

INE: Recogida de Datos sobre Actividad en Investigación 2010

Turismo Interior-Parcem: Programa de Intervención Corporativa Medio Ambiental y de Compromiso Social (Acuerdo de Colaboración, Carteles y Trípticos conjuntos del Parcem).

Acuerdos de Colaboración Con

- Campamento Público de Turismo “Carlos I”. Cuacos de Yuste.
- Apartamentos Rurales “El Zarzo”. Hervás.
- Casa Rural Mansión “El Abuelo Marciano”. Jaraíz de la Vera.

Comité de Bioética Asistencial (CBA): Guía de Buenas Prácticas/Manual de Estilo: Justificación y Alcance; Lenguaje escrito; Lenguaje Hablado; Lenguaje No Verbal; Confidencialidad e Intimidad; Disposición a Escuchar; Gestión de Conflictos; Autoidentificación, Referencia e Información, Lealtad a la Institución, Utilización de Recursos, Proveedores y Responsabilidad Social.