

MEMORIA



Memoria de Calidad

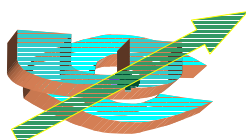
Plasencia - 2011

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 2011

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.

9.1.- 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 tiene 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.

9.1.1.- 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:

Unidad de Calidad del Área de Plasencia

<u>PUNTUACIONES MEDIAS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES</u>	<u>N</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>Media</u>	<u>Desv. Típ.</u>	<u>Error</u>
1. La amabilidad de las personas en recepción	100	1,00	5,00	3,79	1,11	0,11
2. La privacidad durante la admisión	98	1,00	5,00	3,86	1,03	0,10
3. La limpieza en recepción	100	1,00	5,00	3,92	0,99	0,10
4. La rapidez en la admisión	99	1,00	5,00	3,61	1,24	0,13
5. La comodidad en el aparcamiento	97	1,00	5,00	3,32	1,27	0,13
6. La amabilidad de los celadores	100	1,00	5,00	3,93	1,02	0,10
7. La amabilidad del personal de enfermería	100	1,00	5,00	4,01	1,04	0,10
8. La atención que le prestó enfermería	100	1,00	5,00	3,89	1,06	0,11
9. Enfermería le mantuvo informado	100	1,00	5,00	3,57	1,12	0,12
10. La preocupación de enfermería por su privacidad	100	1,00	5,00	3,54	1,13	1,13
11. La preparación de enfermería	100	1,00	5,00	3,70	1,04	0,10
12. El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria	99	1,00	5,00	3,14	1,32	0,13
13. La amabilidad del médico	100	1,00	5,00	4,18	1,16	0,12
14. La duración de la consulta	99	1,00	5,00	3,51	1,26	0,13
15. El interés del médico por su problema de salud	100	1,00	5,00	4,05	1,18	0,12
16. La claridad del médico para explicar	100	1,00	5,00	4,18	1,09	0,11
17. La preparación del médico	100	1,00	5,00	4,03	1,08	0,11
18. Las instrucciones al alta para el tratamiento	100	1,00	5,00	3,88	1,10	0,11
19. La espera para pruebas de laboratorio	100	1,00	5,00	3,49	1,16	0,12
20. La amabilidad de las personas en radiología	99	1,00	5,00	3,85	1,06	0,11
21. El tiempo de espera para radiología	99	1,00	5,00	3,59	1,10	0,11
22. La amabilidad para con los familiares	100	1,00	5,00	3,67	1,09	0,11
23. Mantuvieron informados a los familiares	100	1,00	5,00	3,63	1,16	0,12
24. La limpieza y el confort en la sala de espera	99	1,00	5,00	3,51	1,08	0,11
25. La limpieza del área de urgencias	99	1,00	5,00	3,73	0,97	0,10
26. El personal le trató de forma correcta	100	1,00	5,00	3,87	1,05	0,11
27. El personal de urgencias se identificó	99	1,00	5,00	3,25	1,30	0,13
28. La información sobre retrasos que haya podido tener	99	1,00	5,00	3,07	1,25	0,13
29. Si pudiera elegir, probabilidad de acudir a esta urgencias	99	1,00	5,00	3,57	1,22	0,12
30. Satisfacción global en sus visita al servicio de urgencias	100	1,00	5,00	3,74	1,19	0,12

Estudio de FBA Consulting (por encargo del SES) – 2010: Satisfacción global media 3,44 (68,9/20=3,44)

Estudio Unidad de Calidad de Plasencia 2011: Satisfacción global media **3,74** (3,74x20=74,8) **+8,7%**

Incremento del 8,7% en la satisfacción global en Urgencias 2011-2010

Sin diferencias estadísticamente significativas la satisfacción global en Urgencias 2011-2009

(Tabla: ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) 2011/2009)

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) 2011/2009</u>	N 2011	Media 2011	N 2009	Media 2009	Estadístico F	Probabilidad p
1. La amabilidad de las personas en recepción	100	3,79	81	3,74	0,10	0,76
2. La privacidad durante la admisión	98	3,86	79	3,72	0,78	0,38
3. La limpieza en recepción	100	3,92	79	3,82	0,45	0,50
4. La rapidez en la admisión	99	3,61	80	3,59	0,01	0,92
5. La comodidad en el aparcamiento	97	3,32	79	3,18	0,56	0,45
6. La amabilidad de los celadores	100	3,93	82	3,84	0,35	0,55
7. La amabilidad del personal de enfermería	100	4,01	82	4,05	0,06	0,81
8. La atención que le prestó enfermería	100	3,89	81	3,99	0,38	0,54
9. Enfermería le mantuvo informado	100	3,57	82	3,59	0,01	0,93
10. La preocupación de enfermería por su privacidad	100	3,54	79	3,61	0,16	0,69
11. La preparación de enfermería	100	3,70	81	3,72	0,01	0,92
12. El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria	99	3,14	81	3,20	0,08	0,78
13. La amabilidad del médico	100	4,18	82	4,06	0,46	0,50
14. La duración de la consulta	99	3,51	81	3,65	0,68	0,41
15. El interés del médico por su problema de salud	100	4,05	82	3,93	0,47	0,49
16. La claridad del médico para explicar	100	4,18	82	4,04	0,74	0,39
17. La preparación del médico	100	4,03	82	3,80	2,06	0,15
18. Las instrucciones al alta para el tratamiento	100	3,88	79	3,84	0,08	0,78
19. La espera para pruebas de laboratorio	100	3,49	79	3,44	0,07	0,80
20. La amabilidad de las personas en radiología	99	3,85	79	3,97	0,71	0,40
21. El tiempo de espera para radiología	99	3,59	79	3,61	0,02	0,89
22. La amabilidad para con los familiares	100	3,67	78	3,72	0,09	0,77
23. Mantuvieron informados a los familiares	100	3,63	78	3,65	0,02	0,90
24. La limpieza y el confort en la sala de espera	99	3,51	82	3,49	0,01	0,91
25. La limpieza del área de urgencias	99	3,73	82	3,67	0,16	0,69
26. El personal le trató de forma correcta	100	3,87	82	3,85	0,01	0,92
27. El personal de urgencias se identificó	99	3,25	78	3,27	0,01	0,93
28. La información sobre retrasos que haya podido tener	99	3,07	76	3,07	0,00	0,98
29. Si pudiera elegir, probabilidad de acudir a esta urgencias	99	3,57	79	3,57	0,00	0,98
30. Satisfacción global en sus visita al servicio de urgencias	100	3,74	82	3,71	0,03	0,86

Tabla PRIORIZACIÓN

	Orden de importancia para el paciente	correlación con la satisfacción global o indicador de priorización *	puntuación media	Indicador de mejora
1. La amabilidad de las personas en recepción	18	56,2	3,70	15,19
2. La privacidad durante la admisión	16	59,1	3,53	16,74
3. La limpieza en recepción	28	41,2	3,60	11,44
4. La rapidez en la admisión	12	64,8	3,17	20,44
5. La comodidad en el aparcamiento	23	46,2	3,04	15,20
6. La amabilidad de los celadores	22	50,6	3,67	13,79
7. La amabilidad del personal de enfermería	10	66,8	3,85	17,35
8. La atención que le prestó enfermería	7	70,0	3,80	18,45
9. Enfermería le mantuvo informado	20	54,5	3,38	16,12
10. La preocupación de enfermería	14	63,7	3,29	19,36
11. La preparación de enfermería	8	67,9	3,63	18,71
12. El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria	5	71,0	2,96	23,99
13. La amabilidad del médico	19	56,2	3,96	14,19
14. La duración de la consulta	4	71,3	3,27	21,80
15. El interés del médico por su problema de salud	11	66,2	3,74	17,70
16. La claridad del médico para explicar	17	59,0	3,93	15,01
17. La preparación del médico	1	72,8	3,91	18,62
18. Las instrucciones al alta para el tratamiento	15	59,4	3,77	15,76
19. La espera para pruebas de laboratorio	3	71,8	3,20	22,44
20. La amabilidad de las personas en radiología	24	45,8	3,90	11,74
21. El tiempo de espera para radiología	25	45,5	3,53	12,89
22. La amabilidad para con los familiares	13	64,7	3,67	17,63
23. Mantuvieron informados a los familiares	9	67,1	3,58	18,74
24. La limpieza y el confort en la sala de espera	27	41,6	3,38	12,31
25. La limpieza del área de urgencias	26	43,3	3,61	11,99
26. El personal le trató de forma correcta	2	72,8	3,73	19,52
27. El personal de urgencias se identificó	21	53,7	3,25	16,52
28. La información sobre retrasos que haya podido tener	6	70,4	3,19	22,07

* : Estadístico r (Correlación de Pearson). $p < 0,001$

Cuanto más elevado sea el indicador de priorización (correlación con la satisfacción global) más importante será el ítem de satisfacción para el paciente.

El orden de importancia para el paciente tenemos que relacionarlo con el nivel de satisfacción de cada ítem; para obtener, en cada caso, lo más prioritario comparado con lo que más insatisfacción produce. Es decir, lo que más preocupa al paciente y que a su vez más ha defraudado sus expectativas. Para ello realizamos la operación matemática de dividir el indicador de priorización por la puntuación media en satisfacción: de esta manera *ordenamos* la prioridad de acuerdo a la satisfacción. Así pues, relacionando lo que es más prioritario con las actuaciones que producen más insatisfacción podremos obtener **indicadores de mejora**, que nos ordenarán de mayor a menor las necesidades de actuación o **PROPUESTAS DE ACTUACIÓN**, siguiendo un *orden de actuación*.

<u>Tabla PROPUESTA DE ACTUACIÓN</u>	orden de actuación	correlación con la satisfacción global o indicador de priorización	puntuación media	indicador de mejora y porcentaje de importancia para la actuación	
30. Satisfacción global o respuesta estándar	Referencia	99,99	3,71	26,95	100%
12. El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria	1	71,0	2,90	24,48	90,8
19. La espera para pruebas de laboratorio	2	71,8	3,20	22,44	83,3
28. La información sobre retrasos que haya podido tener	3	70,4	3,19	22,07	81,9
14. La duración de la consulta	4	71,3	3,27	21,80	80,9
4. La rapidez en la admisión	5	64,8	3,17	20,44	75,9
26. El personal le trató de forma correcta	6	72,8	3,73	19,52	72,4
10. La preocupación de enfermería	7	63,7	3,29	19,36	71,8
23. Mantuvieron informados a los familiares	8	67,1	3,58	18,74	69,5
11. La preparación de enfermería	9	67,9	3,63	18,71	69,4
17. La preparación del médico	10	72,8	3,91	18,62	69,1
8. La atención que le prestó enfermería	11	70,0	3,80	18,42	68,4
15. El interés del médico por su problema de salud	12	66,2	3,74	17,70	65,7
22. La amabilidad para con los familiares	13	64,7	3,67	17,63	65,4
7. La amabilidad del personal de enfermería	14	66,8	3,58	17,35	64,4
2. La privacidad durante la admisión	15	59,1	3,53	16,74	62,1
27. El personal de urgencias se identificó	16	53,7	3,25	16,52	61,3
9. Enfermería le mantuvo informado	17	54,5	3,38	16,12	59,8
18. Las instrucciones al alta para el tratamiento	18	59,4	3,77	15,76	58,5
5. La comodidad en el aparcamiento	19	46,2	3,04	15,20	56,4
1. La amabilidad de las personas en recepción	20	56,2	3,70	15,19	56,4
16. La claridad del médico para explicar	21	59,0	3,93	15,01	55,7
13. La amabilidad del médico	22	56,2	3,96	14,19	52,7
6. La amabilidad de los celadores	6	50,6	3,67	13,79	51,2
21. El tiempo de espera para radiología	24	45,5	3,53	12,89	47,8
24. La limpieza y el confort en la sala de espera	25	41,6	3,38	12,31	45,7
25. La limpieza y confort en la sala de espera	26	43,3	3,61	11,99	44,5
20. La amabilidad de las personas en radiología	27	45,8	3,90	11,74	43,6
3. La limpieza en recepción	28	41,2	3,60	11,44	42,5

Las necesidades de actuación las hemos ordenado en la Tabla PROPUESTA DE ACTUACIÓN tomando como referencia el indicador de mejora de la satisfacción global (ítem 30), que equivale a 26,95 y al que le damos el valor del 100 % de **importancia para la actuación**. Los demás indicadores de mejora irán ordenados de mayor a menor según su porcentaje de importancia para la actuación, en relación con la satisfacción global.

La importancia para actuación está basada por consiguiente en los indicadores de mejora. Pero, hay puntuaciones medias de satisfacción que tienen poco margen de mejora, dado que son muy elevadas. Por consiguiente, hay que actuar sobre las áreas cuya satisfacción sea baja para mejorarlas y mantener aquellas cuyo nivel de satisfacción sea elevado. Tal como observamos en la Tabla PROPUESTA DE ACTUACIÓN, el **orden de actuación** se establecería sobre los ítems: El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria (12), La espera para pruebas de laboratorios (19), la información sobre retrasos que haya podido tener (28), etc.

Medidas de mejora en base a la encuesta

Estudio de Satisfacción de Urgencias Unidad de Calidad de Plasencia 2011

Objetivos:

- a.- Difusión de los resultados de la encuesta
 - Difusión al área implicada
 - Página web (areasaludplasencia.es)

- b.- Mejorar la cultura de la organización en el Área de Urgencias
 - Mejorar los retrasos (espera de atención) mediante los Procesos de Urgencias
 - Mejorar el trato
 - Mejorar la información a los familiares

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 (**resultados de satisfacción con puntuación media por encima de 3,10**)
 - Información al paciente sobre los retrasos
 - Trato de todo el personal
 - La preparación y la amabilidad del personal sanitario
 - Información por parte del médico: diagnóstico, tratamiento e instrucciones

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:2011

Evaluación: Existencia del Protocolo del Triage

Existencia de los mencionados Trípticos

Comprobación visual los días 15 y 16 de junio de 2011 (mañana) y el 22 de junio de 2011 (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.

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 2011 y Estudio Anual de Satisfacción del Usuario 2011.

Estudio Anual de Reclamaciones 2011

Evaluación: En el mencionado estudio (447 reclamaciones: - 14%; 520 en 2010), el 61% (53% en 2010: + 8) de las reclamaciones corresponden al Hospital y el 39% (43% en 2009: - 8) a los Centros de Salud.

En el Hospital, destacan ($\geq 7\%$) los Servicios de TRA (11%:-3), URG (7%:-4), Admisión de Consultas (7%). En los Centros de salud, destacan Medicina General (35%), Urgencias (14%), Pediatría (7%), Administración Atención Primaria (7%).

En cuanto al personal más reclamado, destacan el personal facultativo (32%), personal directivo (9%).

Con respecto al motivo, destacan las citaciones (36%: -6), la disconformidad con la atención (26%: +4) y la falta de asistencia (7%).

Medidas de mejora:

- Mantenimiento y mejora de propuestas sobre anulaciones, desprogramaciones y reprogramaciones intempestivas de las citas, que se incluyen en el Sistema de Gestión Por Procesos
- Mantenimiento y mejora de: gestión operativa la solicitud de consultas sucesivas (Servicio de Admisión)
- Mantenimiento y mejora del Proceso Admisión de Consultas Externas
- Mantenimiento y mejora 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 en los servicios que contestan.
- Coordinación entre servicios para las reclamaciones que llegan por la vía del Defensor de los Usuarios (menos de 10 días)
- Contestar ajustadamente al motivo de la reclamación.
- Incluir en la reclamación la propuesta de mejora del reclamante.
- Mejoras estructurales sugeridas por los usuarios: habilitación en la 4ª planta de una sala de estar para familiares de pacientes ingresados en UCI; Mejoras en los cuartos de baño del edificio de consultas (agarraderos, dispensadores, colgadores de bolsos, etc.)

Estudio Anual del Grado de Satisfacción del Usuario 2011

Evaluación: En el mencionado estudio de las Ideas y Sugerencias de los pacientes hospitalizados en 2011.

- ¿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); limpieza y temperatura (habitación); puntualidad y temperatura de menús (comida); identificación, circuitos e información (profesionales); la intimidad.
- MEDIDAS: mejorar la autoidentificación ante el paciente, la información y los horarios de comida; 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.

Última 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 y arreglo de los problemas de desprendimiento de plaquetas de la fachada, ejecutado por el servicio de Mantenimiento.
- Confección de cono de viento para el helicóptero efectuada por el servicio de Lencería y Vestuario.

Unidad de Calidad:

- Programa VAFES (Valoración de la Accesibilidad Física a los Entornos Sanitarios)
- Mantenimiento de la Encuesta de Accesibilidad del Programa VAFES a los Centros de Salud

<p><u>ENCUESTA DE ACCESIBILIDAD A CENTROS DE SALUD (VAFES):</u></p> <p>Centros de Salud de</p> <p>Coordinador..... Tlf.....</p> <p>Preguntas al Aux.Admvo.</p> <p>1.- ¿Manifiestan los pacientes dificultad para acceder con sillas de ruedas desde la calle al recinto del CS.? (Sin incluir edificio). – SI NO –</p> <p>2.- ¿Manifiestan los pacientes dificultad para transitar con sillas de ruedas desde la entrada al recinto del CS hasta el edificio?. – SI NO –</p> <p>3.- ¿Manifiestan los pacientes dificultad para acceder con sillas de ruedas desde la entrada al edificio hasta el interior del mismo?. – SI NO –</p> <p>4.- ¿Manifiestan los pacientes dificultad para acceder con sillas de ruedas desde la entrada del edificio hasta el mostrador– SI NO –, las consultas– SI NO –, la sala de urgencias– SI NO –, la sala de curas– SI NO –, los aseos y los ascensores– SI NO –, otros servicios del CS (teléfonos, zonas interiores de tránsito, etc.) – SI NO –?.</p> <p>Corroboración por parte del coordinador o responsable del CS.</p> <p>1.- ¿Se tiene conocimiento de que los pacientes manifiestan alguna dificultad para acceder con sillas de ruedas desde la calle al recinto del CS.? (Sin incluir edificio). – SI NO –</p> <p>2.- ¿Se tiene conocimiento de que los pacientes manifiestan alguna dificultad para transitar con sillas de ruedas desde la entrada al recinto del CS hasta el edificio?. – SI NO –</p> <p>3.- ¿Se tiene conocimiento de que los pacientes manifiestan alguna dificultad para acceder con sillas de ruedas desde la entrada al edificio hasta el interior del mismo?. – SI NO –</p> <p>4.- ¿Se tiene conocimiento de que los pacientes manifiestan alguna dificultad para acceder con sillas de ruedas desde la entrada del edificio hasta el mostrador– SI NO –, las consultas– SI NO –, la sala de urgencias– SI NO –, la sala de curas– SI NO –, los aseos y los ascensores– SI NO –, otros servicios del CS (teléfonos, zonas interiores de tránsito, etc.) ? – SI NO –.</p>

- Pasación a los once Centros de Salud Rurales los días 20,21 y 22 de Septiembre de 2011. No se detectaron deficiencias de accesibilidad. Si bien en el C.S. de Pinofranqueado se sigue helando la rampa de acceso de público durante el invierno.
- Inspección visual anual los días 4 y 5 de octubre de 2011 del Hospital “Virgen del Puerto”, de su Edificio de Consultas y sus entornos; del Centro de Especialidades “Luís 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 Nº 22).
- Inspección visual el 8 de octubre del C.S. Plasencia III (La Data). En esta evaluación no se advirtieron anomalías ni se manifestó ninguna incidencia por parte del coordinador del centro, con respecto al decreto.
- Inspección de la obras de Reforma y Ampliación del Hospital “Virgen del Puerto” del 18 al 20 de octubre de 2011 (habitación individual y ampliación de la planta física de servicios y unidades), comprobando que la accesibilidad a todas las instalaciones es 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 2010-2011 se corresponden con el objetivo pactado en la Planificación 2009-10).

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:

La Unidad Básica de Prevención ha efectuado 64 actuaciones documentadas, encaminadas al fomento de la seguridad de los trabajadores del área.

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 %.

Tres días elegidos al azar, durante una hora en una zona concurrida del hospital, contar las personas y de éstas las correctamente identificadas.

RESULTADO

- Día 11 de julio, plantas 6ª, 4ª (incluida UCI), Radioterapia y Oncología. Trabajadores contabilizados e identificados correctamente 40.

- Día 12 de julio, planta 2ª de especialidades y maternidad; laboratorio, rehabilitación cocina y lencería. Trabajadores contabilizados e identificados correctamente 80. En este día se inspecciona en las dependencias de lavandería el guardarropas donde se almacenan las prendas de los Centros de Salud de Ahigal, Cabezuela del Valle, Casas del Castañar, Hervás, Jaraíz de la Vera, Montehermoso, Aldeanueva del Camino, Nuñomoral, Pinofranqueado, Serradilla y Mohedas de Granadilla, Plasencia I, Plasencia II, Plasencia III y Centro de Especialidades, comprobándose que dichas prendas están identificadas correctamente.

- Día 13 de julio Servicio de Urgencias, Anatomía Patológica, Admisión de Urgencias, SAU, Derivaciones, Documentación Clínica, Codificación, Contratación y Administración, Unidad de Calidad y Citas de Radiología. Trabajadores contabilizados e identificados correctamente 52.

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 2012.

Satisfacción de los usuarios de las Unidades de Hospitalización

Competencia de elaboración:

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: 40 (59 en 2010)

Acogida: índice de satisfacción	78% (- 14, sobre 2010)	valoradas excelentes y buenas.
Profesionales: índice de satisfacción	87% (- 10, sobre 2010)	valoradas excelentes y buenas.
Habitación: índice de satisfacción	73% (- 20, sobre 2010)	valoradas excelentes y buenas.
Comida y restauración: índice de satisf.	76% (- 17, sobre 2010)	valoradas excelentes y buenas.

Índice de satisfacción general (satisfechos y muy satisfechos) 87%, insatisfechos 9%, NS/NC 4%
Inferior satisfacción en 2 puntos porcentuales con respecto a 2010 (87% frente al 89% de 2010)

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:

Mantenimiento en la satisfacción general.

Mejorar la habitación y la comida

2º: Años pares: Unidad de Calidad

Porcentaje de pacientes satisfechos reflejados en la pregunta 50: Calificación general de la asistencia 2010: 89,7 % (satisfacción normal, bien y muy bien), similar al 87% de 2011

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 96 % de los CI adaptados a la Ley

El 97 % de los CI se encuentran en la H^aC^a

Estudio realizado los días 28 y 29 de noviembre de 2011 por la Unidad de Calidad: sobre un total de 570 intervenciones quirúrgicas programadas durante el mes de octubre, de la que hemos elegido una muestra al azar.

- Muestra 80 intervenciones (14%).
- Consentimiento Informado en la H^a Clínica, 76 (95%).
- Servicios: Cirugía, Traumatología, Ginecología, Urología, Oftalmología, Dermatología y O.R.L.
- Según el catálogo de consentimientos informados del H. Virgen del Puerto, el 96% 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, se ha terminado en 2010 y se ha revisado en 2011.

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

CAPÍTULO 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 y los hijos, 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 (2,5 en 2011). >95% Historias facilitadas 818: 98% (14: 2% denegadas según normas).

Peticiones del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI): 12

Peticiones de facultativos ajenos al área, para continuidad asistencial: 123

Total peticiones 2011: 967

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.

Se mantiene pendiente la acción mejora detectada en 2010 y comprobar su evolución en 2012: Estudio de Morbilidad "Episiotomía vs Desgarro Perineal"

Resultados:

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

De los 587 partos por vía vaginal, la episiotomía se practicó al 56,4% de las parturientas y los desgarros, en ausencia de episiotomía, supusieron 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 2011

- 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 2010
 - Difusión 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

9.1.2.- 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:

- Se comunica que la Guía de Buenas Prácticas la está elaborando el Comité de Bioética Asistencial del área. Este Manual de Estilo tiene 8 dimensiones: 1.- Justificación y alcance; 2.- Lenguaje escrito; 3.- Lenguaje hablado; 4.- Lenguaje no verbal; 5.- Confidencialidad e intimidad; 6.- Disposición de escuchar; 7.- Gestión de conflictos; 8.- Autoidentificación, referencia e información
- 9.- Lealtad a la institución, utilización de recursos, proveedores y responsabilidad social
- se presentan los resultados preliminares del Estudio: "ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO O CALIDAD DE VIDA LABORAL" 2010-2011 en el Área de Salud de Plasencia.

La Calidad de Vida Laboral (CVL) es mejor en AP que en AE. Concretamente en AE la CVL suspende en: Repercusión del Trabajo Sobre la Salud, Adecuación del Medio Físico, el Clima de Relaciones Laborales y la Valoración por los Jefes.

En la próxima reunión en septiembre se presentaran los datos preliminares de las sugerencias y propuestas, para posteriormente enviar los resultados a todos los trabajadores del área.

Se solicita que se comparen los datos de esta encuesta con la encuesta de Clima Laboral realizada por la Consejería de Sanidad en 2008.

Resumen de los datos preliminares:

ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO O CALIDAD DE VIDA LABORAL 2010-2011

ÍNDICE

I. - INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....	
- Modelo de Encuesta.....	
II. - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL TRABAJADOR.....	
III. - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL TRABAJADOR.....	
IV. - ANÁLISIS INFERENCIAL DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL TRABAJADOR EN FUNCIÓN DE SU PERFIL.....	
V. - ANÁLISIS DE LAS SUGERENCIAS Y PROPUESTAS.....	
VI. - ANÁLISIS DE PRIORIZACIÓN.....	
VII. - PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA FOMENTAR LA CALIDAD DE VIDA LABORAL.....	

Este estudio, como cualquier documento de mejora de la calidad, está sujeto a la mejora continua, es decir a sugerencia, opiniones y cambios de enfoque. De igual manera, el benchmarking, esto es la comparación, está abierta para realizarse en el mismo ámbito, tanto en nuestra área como con respecto a las otras áreas de salud y a otros organismos evaluadores.

OBJETIVO: mejorar la seguridad de la atención disminuyendo los riesgos que sufre el trabajador
ENCUESTA:

Se han enviado 1458 encuestas (98 %) a 1490 trabajadores (sobre un total de 1564, de los que se han excluido MIR's y argos directivos).

Se han recibido 519 encuestas debidamente cumplimentadas (35,6%).

Se han realizado 383 sugerencias y propuestas (73,8%)

- Se presenta la Memoria de Calidad de 2010, que abarca seis dimensiones:

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:

7. Actuaciones corporativas (en el SES). Cumplimentación de los indicadores de calidad del contrato de gestión del Área con el SES.

8. Actuaciones institucionales en el Área de Salud.

9. 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.

10. 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).

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

12. 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.

Destaca el punto 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

- 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.

Se presentaron los seis ejes del Plan y se acordó presentar un esquema del eje 4: Gestión de Riesgos en la próxima reunión de la comisión para su mejora en el próximo año, que contendría los siguientes puntos:

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).

Se presentó el Balance Económico de la Gestión de Calidad 2009-2010, arrojando una justificación y, por consiguiente, unos ingresos de 296.700€, de los cuales el 43% (151.300€) los habría recuperado la Unidad de Calidad mediante la elaboración de los estándares requeridos.



Balance económico de la gestión de calidad 2010

(Presentado en la reunión de la Comisión de Calidad del 30-11-2011)

Justificación

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 59 objetivos institucionales supone 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.

Presentación de la Memoria de Calidad 2010.

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).

Destaca el eje 1 (Actuaciones Corporativas), donde se ha logrado un nivel de cumplimiento del 87,5%, superior al 80,7 de 2009. La elaboración directa de la Unidad de Calidad ha sido el 43,47% (elaboración del 51% del total del área). El Área de Plasencia ha conseguido ingresar 296.700€ por este concepto, de los cuales 151.300 los ha logrado la Unidad de Calidad (51%). Anexo adjunto

A.- OBJETIVOS DE CALIDAD PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO

	OBJETIVO	INDICADOR	
		<u>CUMPLIMIENTO</u>	<u>PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR LA UNIDAD DE CALIDAD</u>
1.	Evaluar la satisfacción de pacientes y familiares en servicios de urgencias de centros hospitalarios.	Satisfacción global = ó > media SES SI	---
2.	Cumplir la Orden de la CSyC de 26 de noviembre de 2003, sobre tramitación de reclamaciones y sugerencias y de la instrucción del DG del SES al respecto.	- >90% cumplimiento SI	---

3.	Crear y/o desarrollar los órganos de participación del Área de Salud: Consejos de Salud de Área	- Una reunión documentada del Consejo de Salud de Área SI ---
4.	Medidas de mejora de los entornos hospitalarios incluidas las de eliminación de barreras arquitectónicas	- 3 medidas ejecutadas en el año documentadas. SI 66%
5.	Cumplir la Instrucción 5/2002 sobre identificación de profesionales.	- >90% personal identificado SI 100%
6.	Evaluar la satisfacción de pacientes en Atención Primaria	Satisfacción global = ó > media SES --- ---
7.	Evaluar la satisfacción de los usuarios hospitalizados	Satisfacción global = ó > media SES SI 66%
8.	Protocolizar la acogida a usuarios y familiares en centros hospitalarios.	Documento Guía de acogida SI ---
9.	Revisar, adecuar y aplicar los consentimientos informados conforme a la Ley 41/2002.	- 90% de los CI adaptados a la Ley y se encuentren en la H ^a C SI 100%
10.	Desarrollar la carta de servicios de los centros sanitarios.	- 5 servicios y/o unidades y/o centros con la carta de servicios SI 100%
11.	Garantizar el acceso a la historia clínica por parte de los usuarios conforme a la normativa vigente	- Normativa interna documentada - >95% Historias facilitadas - Tiempo medio <7días SI 50%
12.	Realizar un plan de acogida a los profesionales en algún dispositivo del Área o en su conjunto	- Existencia del documento SI ---
13.	Seguimiento telefónico proactivo a pacientes dados de alta.	- >50% llamadas a pacientes dados de alta --- ---
14.	Mejorar la humanización del parto	- Al menos una medida de mejora de las contempladas en el Plan SI 50%
15.	Apoyar las propuestas realizadas por los SAU en relación a la mejora en la atención a usuarios	- Al menos dos medidas de mejora propuestas y realizadas SI 50%
16.	Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad percibida y derechos de los usuarios en el Área Sanitaria	SI 100%
SUBTOTAL		14 ÍTEMS DE 16
EUROS		87,5% 44% 82.600€ 41.500€

B.- OBJETIVOS DE CALIDAD CIENTÍFICO – TÉCNICA

	OBJETIVO	INDICADOR	
		CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR LA UNIDAD DE CALIDAD
1.	Garantizar el funcionamiento de la Comisión de Calidad	- 4 reuniones documentadas/comisión SI 100%	
2.	Garantizar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas hospitalarias.	- 4 reuniones documentadas/comisión SI 50%	
3.	Minimizar las úlceras por presión en pacientes	< 0,5% de pacientes hospitalizados	

	hospitalizados	SI	---
4.	Mejorar la RCP de los pacientes ingresados en plantas de hospitalización	- Existencia de protocolo de RCP en las plantas de hospitalización - % de personal de enfermería de hospitalización con curso de RCP	SI ---
5.	Optimizar la Donación del Cordón Umbilical	> 40% de cordones umbilicales donados.	SI ---
6.	Controlar las infecciones nosocomiales.	- Sistema de vigilancia infección nosocomial doc. -100% cumplimiento protocolo sondaje - >80% pacientes con profilaxis AB según protocolo.	SI 50%
7.	Desarrollar y evaluar 3 procesos según la metodología de la Gestión por Procesos	Existencia del documento de los procesos desarrollados	SI 100%
8.	Potenciar la realización de autopsias clínicas.	-Realizar al menos 5 en el año	--- ---
9.	Cumplimentar de forma exhaustiva los contenidos del informe de alta hospitalaria.	- >90% informes de alta con criterios predeterminados	SI 100%
10.	Evaluar la inclusión en LEQ de cuatro patologías o procedimientos entre los más frecuentes del Área.	-% pacientes incluidos en LEQ conforme al protocolo del centro. -% pacientes intervenidos de los incluidos.	SI 100%
11.	Correlación clínico-diagnóstica en pruebas de alta tecnología.	>80% TAC >80% RMN	SI 100%
12.	Desarrollo de un protocolo clínico para la minimización del dolor postquirúrgico	Existencia del documento del protocolo	SI ---
13.	Notificación de prealtas al paciente y servicios relacionados	>50% altas notificadas con antelación (24 h)	--- ---
14.	Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad científico-técnica en el Área Sanitaria		SI 75%
<u>SUBTOTAL</u>		12 ÍTEMS DE 14	
EUROS		76,9% 70.800€	56,3% 51.800€

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

	OBJETIVO	INDICADOR	
		CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR LA UNIDAD DE CALIDAD
1.	Desarrollar acciones de mejora como resultado de las propuestas de mejora derivadas del procedimiento de gestión de reclamaciones.	- 3 acciones de mejora resultado de reclamaciones documentadas	SI ---
2.	Desarrollar acciones de mejora para la prevención de accidentes laborales.	- 3 acciones de mejora documentado	SI ---
3.	Registrar, estudiar y actuar para la prevención de caídas de pacientes hospitalizados.	- Documento de protocolo para evitar caídas.	SI ---
4.	Registrar, estudiar y acciones de mejora en relación a los	- Sistema documentado de notificación de sucesos	

	sucesos adversos producidos por medicamentos.	adversos por medicamentos. - Nº notificaciones SI 75%
5.	Actualizar Planes de Catástrofes Internas y Externas.	- 50% revisados en los 2 últimos años. SI ---
6.	Cumplir la Guía de Gestión de Residuos del Servicio Extremeño de Salud.	- Registro documentado de los residuos III y IV. - Cantidades del Tipo III < 0.37 Kg/cama/día - Cantidades del tipo IV < 0.05 Kg/cama/día - 100% contenedores según guía. 1/3 ---
7.	Mejorar la seguridad de pacientes	- 3 acciones desarrolladas documentadas SI 50%
8.	Creación y desarrollo de la Unidad de Gestión de Riesgos del Área	- Documento de creación SI 50%
9.	Colaborar en la mejora de la Gestión Medioambiental	- Programa de eliminación de mercurio - Programa de Gestión Ambiental SI 50%
10.	Favorecer el ahorro energético	- Programa de optimización energética disminuyendo el consumo innecesario SI 100%
11.	Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad en la gestión de riesgos sanitarios en el Área Sanitaria	SI 20%
SUBTOTAL		10,3 ÍTEMS DE 11
EUROS		93,6% 33,5% 60.700€ 21.700€

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

	OBJETIVO	INDICADOR	
		CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR LA UNIDAD DE CALIDAD
1.	Codificar las altas hospitalarias.	100% altas codificadas SI ---	
2.	Disminuir los GRDs inespecíficos	<1% GRDs inespecíficos SI ---	
3.	Mejorar la media de diagnósticos codificados.	>4 diagnósticos por alta SI ---	
4.	Mejorar la media de procedimientos codificados.	>3 procedimientos por alta SI ---	
5.	Mantener el IEMA	IEMA < 1,00 SI ---	
6.	Mejorar el Índice de case-mix o peso medio.	>2% peso medio SI ---	
7.	Análisis de las estancias evitables.	Disminuir un 5% SI 100%	
8.	Análisis de reingresos.	Disminuir un 3% SI ---	
9.	Análisis de mortalidad.	% mortalidad <4 --- ---	

10.	Optimizar la estancia media.	Disminuir 1% EM global Disminuir 1% EM depurada SI 100%
11.	Optimizar la tasa de cesáreas.	<27% --- ---
12.	Optimizar la tasa de partos con anestesia epidural.	>75% --- ---
13.	Mejorar la codificación de cirugía ambulatoria y hospital de día	>90 % codificación CA SI ---
14.	Mejorar el índice de case-mix o peso medio de a cirugía ambulatoria y hospital de día	>1% peso medio SI ---
15.	Codificar las urgencias hospitalarias no ingresadas	>50 % codificación urgencias no ingresadas --- ---
<u>SUBTOTAL</u>		11 ÍTEMS DE 15 63,3% 18,2%
EUROS		64.900€ 18.600€

E.- OBJETIVOS DE CALIDAD EN RELACIÓN CON LA AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS

	OBJETIVO	INDICADOR	
		CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR LA UNIDAD DE CALIDAD
1.	Centros o Servicios en proceso de acreditación	Al menos 2 SI	100%
2.	Desarrollo de mejoras en base a la Autoevaluación	Al menos 2 SI	100%
3.	Desarrollo de medidas específicas de mejora en la autoevaluación y acreditación en el Área Sanitaria	SI	100%
<u>SUBTOTAL</u>		3 ÍTEMS DE 3	100%
EUROS		17.700€	17.700€
<u>TOTAL (objetivos A, B, C, D, E)</u>		50,3 ÍTEMS DE 59	85,25% 43,47%
EUROS		296.700€	151.300€

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	41
Comisión de Quirófanos	36
Comisión de Bioética (CBA)	3

Comisión de Calidad..... 4

Minimizar las úlceras por presión en pacientes hospitalizados

Competencia de elaboración: Dirección de Enfermería

Indicador: 27 casos / 9.979 ingresos = 0,27 %: < 0,5 % de pacientes hospitalizados

Criterios de evaluación:

Mantenimiento del Protocolo de Úlceras Por Presión (elaborado en octubre de 2004)

Objetivo cumplido 0,27% 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

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

Indicador: 38,5 % Cordones Umbilicales Donados

Análisis:

873 partos

Excluidos

317 Cesáreas

72 Riesgos infecciosos

157 No ofertados en origen

135 Embarazos de dudoso control

Total 681

Donaciones 2011: 74; donaciones 2010: 74

873 partos –681 exclusiones = 192 posibles

74 donaciones / 192 posibles = 38,5%

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 2011 Hospital "Virgen del Puerto"
- Pacientes estudiados 156 (55,77% hombres y 43,59% mujeres; con una media de edad y DT de 60,49 y 24,44)

EPINE - 2011	
RESULTADOS GLOBALES	
PREVALENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES Y COMUNITARIAS	
Nº Total de pacientes estudiados (N):	156
Hombres:	87 (55.77 %)
Mujeres:	68 (43.59 %)
No existe información sobre el sexo en:	1 (0.64 %)
Media de edades (DE):	60.49 (24.44) años
Mediana de edades (Min - Max):	70.00 (0.0-99.0) años
<hr/>	
Nº de infecciones nosocomiales adquiridas en el centro (a):	9
Nº de pacientes con infección nosocomial adquirida en el centro (b):	9
Nº de infecciones nosocomiales adquiridas en otro ingreso (c):	2
Nº de infecciones quirúrgicas notificadas como comunitarias (d):	0
Total infecciones nosocomiales existentes al ingreso (c+d=e):	2
Total pacientes con infección nosocomial existente al ingreso (f):	2
Nº de infecciones comunitarias (g):	36
Nº de pacientes con infección comunitaria (h):	32
Nº de pacientes con infección de ambos tipos (nosocomial y comunitaria):	1
Total infecciones nosocomiales (a+e):	11
Total infecciones (a+e+g):	47
Total pacientes con alguna infección:	42
<hr/>	
Prevalencia de infecciones nosocomiales adquiridas en el centro (a/N) (P%)	5.77
Prevalencia de pacientes con inf. nosoc. adquirida en el centro (b/N) (%P)	5.77
intervalo de confianza al 95 %	2.11 - 9.43
<hr/>	
Prevalencia de infecciones nosocomiales existentes al ingreso (e/N) (P%)	1.28
Prevalencia de pacientes con infec. nosoc. existente al ingreso (f/N) (%P)	1.28
intervalo de confianza al 95 %	0.00 - 3.05
<hr/>	
Prevalencia de infecciones comunitarias (g/N) (P%)	23.08
Prevalencia de pacientes con infección comunitaria (h/N) (%P)	20.51
intervalo de confianza al 95 %	14.18 - 26.85

- Prevalencia de infección nosocomial 5,77%

- SIM: Documento técnico para la detección de brotes nosocomiales Hospital “Virgen del Puerto”

SIM (Sistema de Información Microbiológica):

El número total de declaraciones realizadas por el laboratorio del Hospital Virgen del Puerto en 2011 fue de **143**.

Correspondieron:

- 41 SALMONELLA SPP. (28,7%)
- 29 ROTAVIRUS (20,3%)
- 16 VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (11,2%)
- 16 GIARDIA LAMBLIA (11,2%)
- 13 STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (9,1%)
- 11 CAMPYLOBACTER JEJUNI (7,7%)
- 4 H.I.V. (2,8%)
- 4 TRICHOMONAS VAGINALIS (2,8%)
- 3 ADENOVIRUS 40/41 (2,1%)
- 2 CRYPTOSPORIDIUM (1,4%)
- 1 CHLAMYDIA TRACHOMATIS (0,7%)
- 1 COXIELLA BURNETTI (0,7%)
- 1 TREPONEMA PALLIDUM (0,7%)
- 1 TOXOPLASMA GONDII (0,7%)

Cabe destacar que en 2011 no se obtuvo en el Laboratorio del Hospital Virgen del Puerto ningún Ag de LEGIONELLA (en orina) positivo. Tampoco se aisló NEISSERIA MENINGITIDIS.

- Proceso Codificación (CMBD): Infección posoperatoria
 - 100% cumplimiento Protocolo de Sondaje (Revisados 24 pacientes hospitalizados, el 24 de noviembre de 2011: los 24 enfermos ingresados con sonda vesical se ajustan al protocolo)
 - 40 pacientes (sobre un total de 40) 100% pacientes con profilaxis AB según el protocolo de “Profilaxis antibiótica quirúrgica”:
 - 10/10 hernias inguinales; 10/10 hipertrofias de adenoides; 10/10 prótesis de caderas y rodillas y 10/10 cesáreas)

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 2011 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 CG2011 > al 80%..... Resultado alcanzado 100%

Desarrollo y Evaluación de Procesos

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

Guías

- Guía Práctica de Elaboración de Procesos
- Guía Práctica de Documentación Asociada

Procesos Elaborados

- P Codificación
- P Anestesia y Reanimación del Paciente Quirúrgico
- P Asistencia Religiosa
- P Atención de Enfermería al Paciente Urgente
- P Salud Laboral
- P Oftalmología Médico Quirúrgica
- P Admisión de Consultas Externas
- P Admisión Central
- P Laboratorio de Análisis Clínicos
- P Digestología Diagnóstico Terapéutica
- P Nefrología Clínica
- P Lavandería y Vestuario
- P Atención de Enfermería a la Paciente Toco-Ginecológica
- P Cocina y Restauración
- P Atención de Enfermería al Paciente de Medicina Interna 6ª Planta
- P Urología Médico Quirúrgica
- P Oncología Radioterápica
- P Almacén,
- P Personal Subalterno
- P Cirugía Médico Quirúrgica
- P Traumatología Médico Quirúrgica
- P Atención de Enfermería al Paciente de Medicina Interna 5ª Planta
- P Atención de Enfermería al Paciente de Cirugía
- P Atención de Enfermería al Paciente de URO, ORL Y OFT 2ª Planta,

Procesos en fase de desarrollo

- 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 no se ha realizado ninguna en 2011 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: 01-10-2011 a 31-10-2011

Población total del periodo de estudio: muestra de 400 altas de un total de 909

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} (400 \times 22) - 9}{N^{\circ} 400 \times 22} \times 100 = \frac{8.791}{8.800} \times 100 = 99,9 \%$$

Pacto en el CG 2011 > 90%. Resultado alcanzado 99,9%

<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 no (9)
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 2011 / 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 S^o de Oftalmología de Hospital Virgen del Puerto (HVPT), se han estudiado 80 inclusiones; encontrando 75 de las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 94% 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 18 de las Inclusiones Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 90% 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 2011

Muestra del periodo de estudio: N = 140

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

Población estudiada:

□ Muestra: 140

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} 133}{N^{\circ} 140} \times 100 = 95\%$$

Pacto en el CG2011 > 90%..... Resultado alcanzado 95%

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

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pruebas en las que se ha comprobado la sospecha diagnóstica}}{N^{\circ} \text{ de pruebas estudiadas}} \times 100$$

Metodología: Se han estudiado los TAC's realizados del 15-04-2011 al 15-06-2011 y las RMN's realizadas del 15-02-2011 la 15-06-2011; 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.

Protocolo de indicación de TAC (Elaborado por la Unidad de Calidad)

Protocolo de indicación de RMN (Elaborado por la Unidad de Calidad)

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 RMN.

Se han evaluado 50 TAC's de cráneo, 29 de tórax y 35 de abdomen; así como, 7 RMN's de cráneo, 7 de columna y 2 de miembros.

Periodo de estudio TAC: 15-04-2011 al 15-06-2011

Población total del periodo de estudio.117

Población estudiada: 117

Resultado

<u>Indicados</u>	<u>Correlación Clínico-Diagnóstica</u>
$\frac{N^{\circ} 97}{N^{\circ} 114} \times 100 = 85,1\%$	$\frac{N^{\circ} 93}{N^{\circ} 114} \times 100 = 81,6\%$

Pacto en el CG 2011 > 80%

Periodo de estudio RMN: 15-02-2011 al 15-06-2011

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

Población estudiada: 57

Resultado

<u>Indicadas</u>	<u>Correlación Clínico-Diagnóstica</u>
$\frac{N^{\circ} 14}{N^{\circ} 16} \times 100 = 87,5\%$	$\frac{N^{\circ} 13}{N^{\circ} 16} \times 100 = 81,2\%$

Pacto en el CG 2011 > 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 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

- Prediseño para la elaboración del Protocolo de indicación de TAC
- Prediseño para la elaboración del Protocolo de indicación RMN
- Mantenimiento del Comité de Bioética Asistencial del Área con 3 reuniones en 2011.
- Revisión (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.



PROTOKOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): HALLUX VALGUS

	INDICACIÓN	Indic 1	Indic 2	Indic 3	Indic 4	Indic 5
CRITERIOS						
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 ^{1/2} < 20°	SI	SI			
	Degeneración			SI Artrosis MTT-F		
Sociolaborales ●					ILT	
Psicoestéticos ●						PSICOPATOLOGÍA
ILEQ		SI	SI	SI	SI	SI

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

PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): TÚNEL CAPIANO

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

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

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

CRITERIOS	INDICACIÓN	Coxartrosis	Necrosis Avascular	Fractura subcapital	
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

CRITERIOS	INDICACIÓN	Gonartrosis	Gonartrosis	Gonartrosis	Necrosis Avascular	
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

CRITERIOS	INDICACIÓN	Roturas meniscales no degenerativas (no artrósicas)		
CLÍNICOS	Tipo	En asa de cubo	Parciales	
	Función	Bloqueo	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	
CLÍNICOS	Meniscopatía	Desgarro capsular	
	Rotura meniscal		
Ligamento cruzado	Anquilosis		
Condropatía			
Cuerpo libre			
Sociolaborales ●			ILT
ILEQ	SI	NO	SI

□ 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	CSCP	LABORAL	C. TRAUMÁTICA
CLÍNICOS □ CATARATAS CSCP (SUBCAPSULAR POSTERIOR) CSCA (SUBCAPSULAR ANTERIOR) CN (NUCLEAR) CC (CORTICAL) CT (TRAUMÁTICA)	disminución de la agudeza visual: que medida con agujero estenopeico	< 0,3 □	< 0,4 / □ < 0,5	< 0,5 □	< 0,5 □ CONDUCTOR / ILT	
	Catarata severa con alta opacidad del cristalino	SI	SI	SI		
Sociolaborales □						
Psicoestéticos ●						PSICOPATOLOGÍA
ILEQ		SI	SI	SI	SI	SI

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

- Diseño de los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en la especialidad de Urología (2011).
- Preparación de las áreas de actuación del Plan de Calidad 2010-2014.
- Elaboración de la Memoria Anual de Calidad.
- Desarrollo del Plan de Comunicación.
- % informes de alta de Urgencias con los criterios de calidad de Hospitalización

- Estudiada una muestra de 200 pacientes atendidos durante 14 días alternos en mayo de 2011, con 22 criterios; con un porcentaje de cumplimentación del 99,8% (falta la firma del médico en 8 informes).
Fórmula: $(n^{\circ} \text{ criterios} \times n^{\circ} \text{ altas}) - n^{\circ} \text{ criterios incumplidos} / (n^{\circ} \text{ criterios} \times n^{\circ} \text{ altas}) \times 100$
 $(200 \times 22) - 8 / (200 \times 22) \times 100 = 99,8 \%$
- 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, sobre todo la firma del médico.
- 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)

9.1.3.- 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 11% de las reclamaciones de AE corresponden a Traumatología y el 35% de AP a los Centros de Salud. Para corregir estos problemas se diseñan los Procesos Traumatología Médico Quirúrgica y Proceso Centro de Salud, 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 64 actuaciones de mejora documentadas en el Área de Salud de Plasencia.

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 2011.

No hay ninguna reclamación sobre caídas.

2011: No hay datos de caídas, no se han documentado y cumplimentado según el Registro.

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 2011

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

Unidad de Calidad y Servicio de Admisión

Elaboración del estudio **“Estudio multicéntrico de los ingresos hospitalarios con efectos adversos y envenenamiento a partir del CMBD”**. Ejecución en 2011.

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, el sexo o el lugar de residencia, para enriquecer el contenido de los programas de salud.

MÉTODOS

Se realiza una selección de los datos clínicos del CMBD de hospitalización del año 2009 en 4 áreas del Servicio Extremeño de Salud, de un total de 8.

Se comprueba qué ingresos tienen el código de EA por medicamentos de uso terapéutico: códigos CIE-9-MC desde E930.0 hasta E949.9; y, cuáles de estos padecen envenenamiento: 960.0 a 979.9.

Se realiza un análisis descriptivo de la edad, el sexo, la residencia en el medio rural o urbano, el grupo terapéutico del EA y el envenenamiento, de todas las áreas de salud seleccionadas.

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

Se realiza un ANOVA de la media de edad que cursa con envenenamiento.

Resultado

La N del estudio; es decir, la serie de EA totales es de 1345, que representa un 3% de los ingresos con EA en las 4 áreas de salud. De ellos el 13% cursan con envenenamiento; lo cual representa el 0,6% de los ingresos de todas las áreas estudiadas.

La media de edad es de 66,7, con una DT de 20,3; el 34% son menores de 65 años y 66% mayores. Los hombres y las mujeres están repartidos al 50%; y, el 34% vive en el medio rural y el 66% en el medio urbano.

El porcentaje de EA es: antineoplásicos (16,6), esteroides (14,3); antibióticos (10,9); anticoagulantes (10,4); analgésicos (9,2); sistema cardiovascular (16,3); sistema nervioso central (12%); resto (10,3%).

En el análisis de contingencia de se comprueba: que el envenenamiento en los EA no está asociado al sexo (OR 1,2; Chi^2 1,5; IC 0,9-1,6; p 0,12) ni siquiera en función de la edad. Sin embargo, comprobamos que el EA está asociado a los que tienen menos de 65 años y viven en el medio urbano; frente a los mayores de 65 años o que vivan en el medio rural (OR 2,1; Chi^2 5,9; IC 1,2-3,6; p 0,01).

En el ANOVA comprobamos también que el envenenamiento está asociado a los EA en pacientes más jóvenes (edad media de 59,3 años), frente a los envenenamientos en EA que padecen los pacientes mayores (edad media de 67,8 años), con una F de Snedecor de 27,5 y un a probabilidad asociada muy significativa ($p < 0,0001$).

Concluimos que los envenenamientos son estadísticamente más frecuentes en los pacientes más jóvenes del medio urbano que sufren EA.

Es preciso replantearse los programas de seguridad del paciente cuando se tengan en cuenta la edad o el lugar de residencia.

Planteamos hacer un estudio multicéntrico en 2012 para conocer el alcance de Efectos Adversos de los fármacos de uso terapéutico en todas las áreas del SES.

Estudio multicéntrico de los ingresos hospitalarios con efectos adversos y envenenamiento a partir del CMBD

Autores: Gabriel Martín Clemente****, Belén Benítez Moralejo****, Antonio Villalobos Díaz***, Póloma Grande Villanueva**, Juan Carlos Mosquera Rodríguez*****, José Antonio Sánchez García*
Centros: ***** IJ de Plasencia; **** IJ de Cáceres; *** IJ de Mérida; ** IJ de Navalmoral de la Mata; * IJ de Coria, (Servicio Extremo de Salud)

OBJETIVOS

Subimos 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 polimedización.

Es preciso conocer que 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 que EA conlleven 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, el sexo o el lugar de residencia, para enriquecer el contenido de los programas de salud.

MÉTODOS

Se realiza una selección de los datos clínicos del CMBD de hospitalización del año 2009 en 4 áreas del Servicio Extremo de Salud, de un total de 8.

Se comprueba que ingresos tienen el código de EA por medicamentos de uso terapéutico: códigos CIE-9-MC desde E930.0 hasta E949.9, y, cuáles de estos padecen envenenamiento: 990.0 a 999.9.

Se realiza un análisis descriptivo de la edad, el sexo, la residencia en el medio rural o urbano, el grupo terapéutico del EA y el envenenamiento, de todas las áreas de salud seleccionadas.

Se realiza un análisis de contingencia del envenenamiento en función del sexo, la edad y el lugar de residencia, con tablas tetracólicas 2x2, utilizando los estadísticos: OR, Chi² de Pearson, IC95% y la p-bilateral de Fisher. Así mismo, se realiza un ANOVA de la media de edad que cursa con envenenamiento utilizando los estadísticos F de Studente y la p asociada.

RESULTADOS

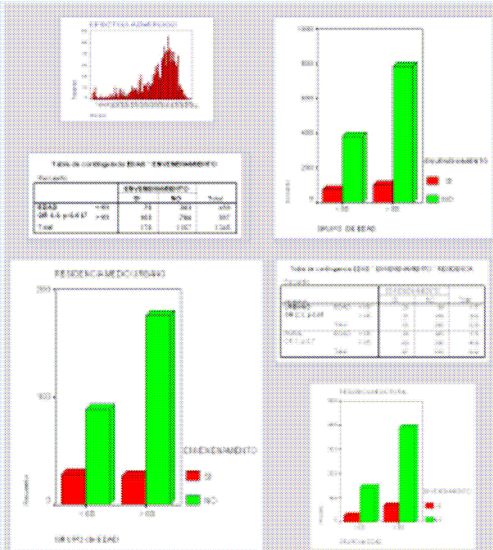
La N del estudio, es decir, la suma de EA totales es de 1345, que representan un 1% de los ingresos con EA en las 4 áreas de salud. De ellos el 33% cursan con envenenamiento, lo cual representa el 0,6% de los ingresos de todas las áreas estudiadas.

La media de edad es de 66,7, con una DT de 20,3, el 34% son menores de 65 años y el 66% mayores. Los hombres y las mujeres están repartidos al 50%, y, el 34% vive en el medio rural y el 66% en el medio urbano.

El porcentaje de EA y envenenamientos es, respectivamente: antineoplásicos (16,6-2,2), sistema cardiovascular (16,7-16,9), esteroides (14,3-3,4), sistema nervioso central (12-20,2), antibióticos (10,9-7,9), anticonceptivos (8,4-14,6), analgésicos (9,2-7,9), resto (10,3-27).

En el análisis de contingencia de se comprueba, que el envenenamiento en los EA está asociado significativamente a los pacientes de menos de 65 años (OR: 1,5, Chi²: 6, IC95%: 1,1-2,1, p: 0,17), pero, no está asociado al sexo (p: 0,2), ni al lugar de residencia (p: 0,5). Sin embargo, en el análisis estratificado en función del sexo y del lugar de residencia, comprobamos que el EA está asociado en mayor medida aún a aquellos pacientes que son menores de 65 años viven en el medio urbano (OR: 2,3; Chi²: 5,9; IC95%: 1,2-3,6; p: 0,02).

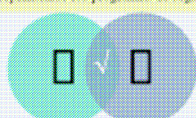
En el ANOVA se confirma que el envenenamiento está asociado a los EA en pacientes más jóvenes (edad media de 59,3 años), frente a los envenenamientos en EA que padecen los pacientes mayores (edad media de 67,8 años), con una F de Studente muy alta (27,5) y un a probabilidad asociada muy significativa (p<0,0001).



CONCLUSIONES

Los envenenamientos que acontecen en los EA por fármacos de uso terapéutico son más frecuentes en los pacientes más jóvenes, incrementándose la fuerza de la asociación en aquellos que viven en el medio urbano.

Es preciso replantearse los programas de seguridad del paciente por la importancia de la edad y el lugar de residencia.



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

Durante el año 2011 ha sido revisado el Plan de Autoprotección (Catástrofes) del Hospital virgen del Puerto, cuya implantación se va a ejecutar en el año 2012.

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

Competencia de elaboración: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Existencia de un Libro de Registro documentado, donde se anotan los Documentos de Control y Seguimiento de las cantidades producidas, especialmente de los residuos tipo III y IV.

Cantidad de residuos del tipo III. 0,48 kg./cama/día.

Cantidad de residuos del tipo IV. 0,07 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 continua planificando 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. Fase de Evaluación en 2011. Fase de publicación 2012.
- Diseñadas las actuaciones para 2012.
- Documentación del Estudio de Reconocimiento del Desempeño Laboral para ejecutarlo en 2011-2012. 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

Actuación complementaria: diseño de las funciones para la futura Comisión Clínica Hospitalaria de Seguridad del Paciente en 2012.

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:

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.

9.1.4.- 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>2011</u>	<u>2010</u>
▪ % Altas hospitalarias codificadas	99,8 %	99,9 %
▪ Número de Altas hospitalarias codificadas.....	9.979	9.487
▪ GRD's inespecíficos:	0,50%	0,90%
▪ Número de diagnósticos codificados por alta:	5,33	5,25
▪ Número de procedimientos codificados por alta:	5,69	5,73
▪ IEMA	0,86	0,90
▪ Peso medio	1,50	1,55

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	
		2011	2010	2011	2010
6	Liberación Del Tunel Carpiano	6-10	1-2	3-4	1-2
36	Procedimientos Sobre Retina	-	1-6	-	12-102
38	Procedimientos Primarios Sobre Iris	-	2-4	-	1-2
39	Procedimientos Sobre Cristalino Con O Sin Vitrec	27-40	10-22	24-35	6-12
40	Procedim.Extraoculares Excepto Orbita Edad > 17	2-2	2-8	1-1	1-5
41	Procedim.Extraoculares Excepto Orbita Edad < 18	-	1-2	-	-
42	Procedimientos Intraoculares Excepto Retina, Iri	3-5	7-17	2-3	3-8
55	Procedimientos Miscelaneos Sobre Oido, Nariz, Bo	58-145	78-204	7-17	16-54
59	Amigdalectomia &/O Adenoidectomia Solo, Edad>17	19-46	13-30	-	1-2
60	Amigdalectomia &/O Adenoidectomia Solo, Edad<18	42-84	37-79	-	-
61	Miringotomía Con Inserción De Tubo Edad > 17	1-2	1-5	-	-
119	Ligadura & Stripping De Venas	28-51	33-71	5-9	5-10
158	Procedimientos Sobre Ano & Enterostomia Sin Cc	79-231	77-182	14-82	13-44
160	Proc.Sobre Hernia Exce.Ingui.&Femoral>17 Sin Cc	62-22	58-185	33-137	29-87
162	Proc.Sobre Hernia Inguinal & Femoral >17 Sin Cc	119-284	115-259	62-159	63-136
163	Procedimientos Sobre Hernia Edad<18	-	-	-	-
225	Procedimientos Sobre El Pie	70-163	50-119	28-67	17-40
227	Procedimientos Sobre Tejidos Blandos Sin Cc	30-74	24-76	5-15	5-24
228	Proc.Mayor Sobre Pulgar O Artic., U Otros Con Cc	3-21	3-6	-	1-2
229	Pro.Sobre Mano O Muñeca,Exce.Proc.Mayores Sin Cc	33-76	24-42	12-31	4-9
231	Excis.Local&Elimin.Disp.Fijacion Int.Exc Cad&Fem	-	-	-	-
232	Artroscopia	4-9	11-29	-	2-11
262	Biopsia De Mama & Excision Local Por Proc.No Mal	10-20	5-10	1-2	1-2
267	Procedimientos De Region Perianal & Enfer.Piloni	8-16	8-17	1-2	-
339	Proc.Sobre Testiculo, Proceso No Maligno Edad>17	20-59	13-57	2-7	2-7
340	Proc.Sobre Testiculo, Proceso No Maligno Edad<18	3-6	1-2	-	-
342	Circuncision Edad>17	-	-	-	-
343	Circuncision Edad<18	-	-	-	-
351	Esterilizacion, Varon	1-2	-	-	--
361	Interrupcion Tubarica Por Laparoscopia & Laparot	10-39	9-62	1-6	2-35
362	Interrupcion Tubarica Por Endoscopia	5-10	9-12	-	-
364	Dilatacion & Legrado, Conizacion Excepto Por Neo	34-63	40-78	5-9	6-10
494	Colecistec.Lapar.Sin Explorac.Cond.Biliar Sin Cc	99-328	87-254	41-160	34-120
TOTALES.....		776-2008	720-1840	247-746	225-724
Diferencia Ingresos Totales—Estancias (%): 2010-2011		+7,7 / +9,1		+9,8 / +3,04	

Han aumentado los ingresos en los dos tramos (totales 56 ingresos más: +7,7%; mayores de 65 años 22 ingresos más: +9,8%) y las estancias: (+9,1% y +3,04%), respectivamente, en ambos tramos.

	2011	2010
▪ Peso Medio GRD´s cirugía ambulatoria programada	0,89	0,86
▪ Estancia media de las altas	5,6	5,6
▪ Tasas de cesáreas.....	36,31 %	29,42 %
▪ Tasas de partos con anestesia epidural	11,45 %	25,04 %
▪ Codificación de Cirugía Ambulatoria	100,00 %	100,00 %

▪ Procesos de Cirugía Ambulatoria	3.944	4.125
---	-------	-------

9.1.5.- 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 las 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 Grupos de Mejora

9.1.6.- 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 realizó evaluación

9.1.7.- Benchmarking área de salud de Plasencia 2011 sobre 2010

Porcentaje de Cumplimiento de los objetivos de Calidad del SES

2010: 83,6%

2011: 83,6%

Similar cumplimiento al anterior ejercicio

9.2.- 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: 48 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 41 actuaciones

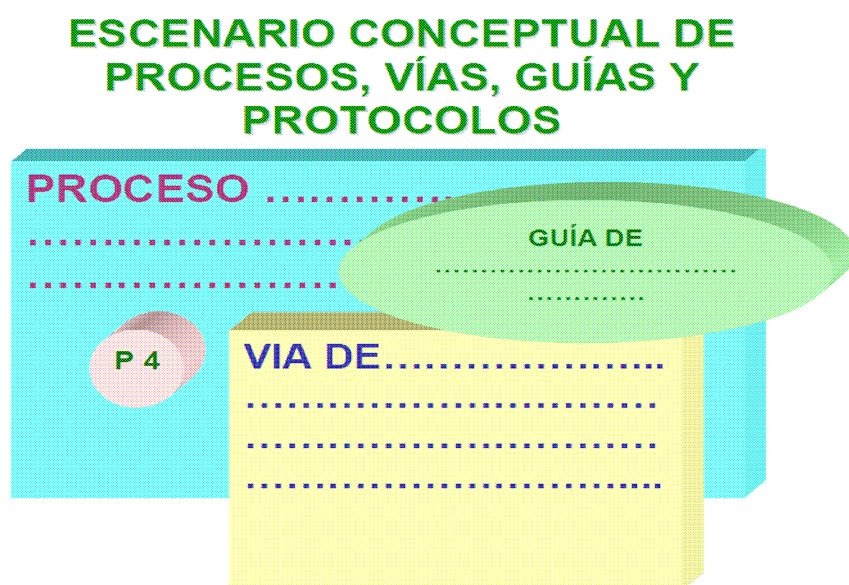
Impulso de Actividades y su Difusión: 27 actuaciones

Colaboración con la Comisión De Dirección: 17 actuaciones

9.3.- Gestión de procesos

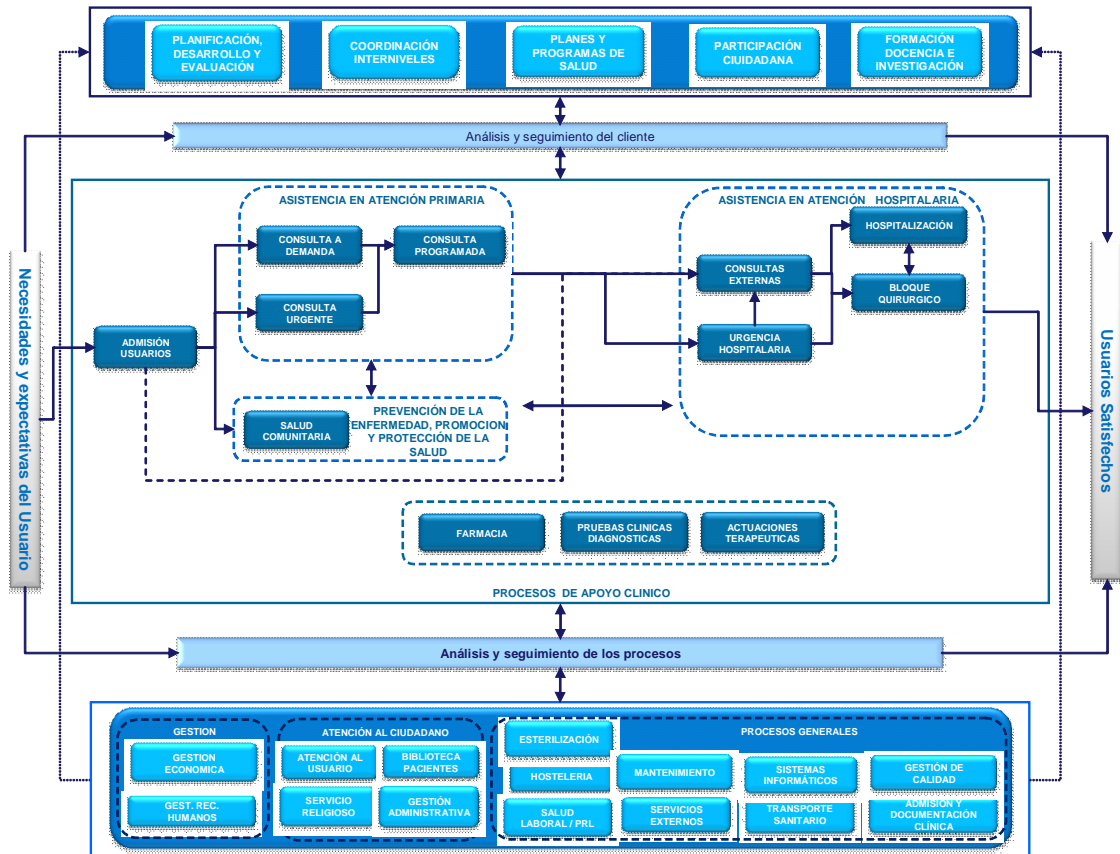
Actualización de los Conceptos Generales y la Justificación de la Gestión por Procesos (GPP)

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



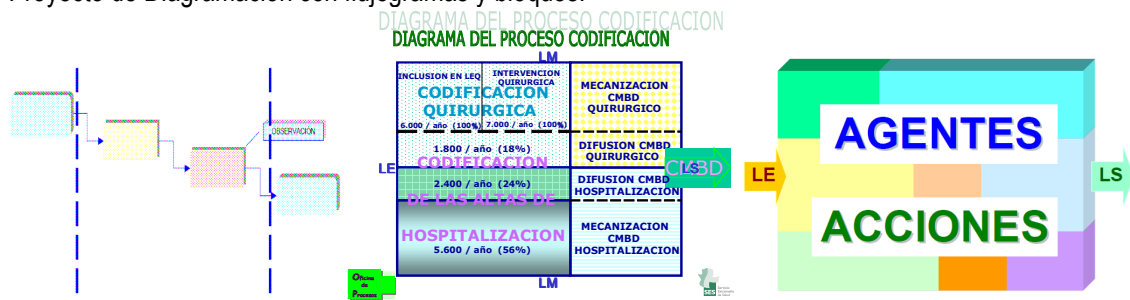
Desarrollo de las competencias de La Oficina de Procesos. Asesoramiento y apoyo en la elaboración de la estructura de los procesos: conceptualización, documentación, elementos, sistemática, indicadores, equipos, responsables y mejora continua.

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 entra procesos).

Proyecto de Diagramación con flujogramas y bloques.



Diseño De Procesos. 23 Procesos elaborados. 3 Procesos en fase de Desarrollo y 6 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

LÍMITE DE ENTRADA	SISTEMA DE GESTIÓN	DIAGRAMACIÓN	REQUISITOS
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 CURSO PREDECIBLE COORDINACIÓN AP/AE	Vía	SECUENCIAL / FLUJO	ESTANDARIZACIÓN de: -ETAPAS y -PROCEDIMIENTOS
GRUPO DE PACIENTES CON UNA DEMANDA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA Diagnóstica-Terapéutica- Prevención / Global	PROCESO	BLOQUES / FLUJO	ACTIVIDAD DEFINIDA en un SISTEMA ORGANIZATIVO PREEXISTENTE
Áreas de Apoyo			
Áreas Organizativas			
USUARIOS / CLIENTES INTERNOS			

Difusión y Marketing. 37 actuaciones.

9.4.- 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 del Estudio 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.

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL 2011 (PROVISIONAL)
-ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO O CALIDAD DE VIDA LABORAL 2010-2011-

ÍNDICE

I. - INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....	
- Modelo de Encuesta.....	
II. - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL TRABAJADOR.....	
III. - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL TRABAJADOR.....	
IV. - ANÁLISIS INFERENCIAL DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL TRABAJADOR EN FUNCIÓN DE SU PERFIL.....	
V. - ANÁLISIS DE LAS SUGERENCIAS Y PROPUESTAS.....	
VI. - ANÁLISIS DE PRIORIZACIÓN.....	
VII. - PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA FOMENTAR LA CALIDAD DE VIDA LABORAL.....	

Este estudio, como cualquier documento de mejora de la calidad, está sujeto a la mejora continua, es decir a sugerencia, opiniones y cambios de enfoque. De igual manera, el benchmarking, esto es la comparación, está abierta para realizarse en el mismo ámbito, tanto en nuestra área como con respecto a las otras áreas de salud y a otros organismos evaluadores.

OBJETIVO: mejorar la seguridad de la atención disminuyendo los riesgos que sufre el trabajador

ENCUESTA:

Se han enviado 1458 encuestas (98 %) a 1490 trabajadores (sobre un total de 1564, de los que se han excluido MIR's y cargos directivos).

Se han recibido 519 encuestas debidamente cumplimentadas (35,6%).

Se han realizado 383 sugerencias y propuestas (73,8%)

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DEL TRABAJADOR (AP-AE)

Médicos	111 (54-57)
Enfermeros	149 (52-97)
Auxiliares de enfermería	62 (7-55)
Celadores	49 (19-30)
Auxiliares administrativos	66 (15-51)
Veterinarios	16 (16-0)
Técnicos	14 (0-14)
Hostelería	13 (0-13)
Mantenimiento	3 (0-3)
Otros	35 (23-12)

ANÁLISIS DESCRIPTIVO E INFERENCIAL DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL TRABAJADOR (AP-AE)

Médicos: en AE más satisfechos que la media en organización, participación, consideración por los compañeros y clima de relaciones; en AP menos satisfechos que la media en participación, resultados del trabajo, valoración por los jefes, repercusiones sobre la salud y satisfacción general, y, más satisfechos en el medio físico.

Los médicos en AE suspenden en medio físico (4,6) y en la salud (4,9); y en AP suspenden en la valoración por los jefes (4,1) y en la salud (4,5).

Las diferencias de los médicos entre AP y AE se establecen en el medio físico (5,8 y 4,6)

Veterinarios: más satisfechos que la media en medio físico y salud y menos satisfechos que la media en participación.

Enfermeros: en AE menos satisfechos que la media en aportación, resultados, valoración por los jefes, consideración por los compañeros, clima de relaciones, salud y satisfacción general; en AP igual de satisfechos que la media.

Los enfermeros en AE suspenden en organización (4,8), participación (4,7), valoración por los jefes (3,9), consideración por los compañeros (4,9), clima de relaciones (4,2) y salud (3,9). En AP no suspenden en nada.

Las diferencias de los enfermeros entre AP y AE se establecen en todas las dimensiones: organización (6,2-4,8), participación (6,6-4,7), aportaciones (7,1-5,1), resultados (6,1-5,2), valoración por los jefes (5-3,9), consideración por los compañeros (6,2-4,9), clima de relaciones (6,4-4,2), medio físico (5,5-3,9), salud (5,2-3,9) y satisfacción general (6,5-5,2).

Técnicos: en AE menos satisfechos que la media en organización.

Suspenden en organización (3,6), participación (4,1), medio físico (4,4) y salud (4,5).

Auxiliares de enfermería: en AE menos satisfechos que la media en aportación, resultados, consideración por los compañeros, salud y satisfacción general; en AP igual de satisfechos que la media.

Los enfermeros en AE suspenden en resultados (4,8), valoración por los jefes (4,1), consideración por los compañeros (4,8), clima de relaciones (4,2), medio físico (3,7) y salud (3,5). En AP no suspenden en nada.

Las diferencias de los enfermeros entre AP y AE se establecen en: participación (8,2-5,1), consideración por los compañeros (7,1-4,8), clima de relaciones (7,5-4,2) y salud (7,5-3,5).

Celadores: en AE menos satisfechos que la media en organización, participación, consideración por los compañeros y, clima de relaciones; en AP más satisfechos que la media en valoración por los jefes y satisfacción general.

Los celadores en AE suspenden en organización (3,9), participación (3,4), valoración por los jefes (3,8), consideración por los compañeros (4,4), clima de relaciones (3,2) y medio físico (3,4). En AP no suspenden en nada.

Las diferencias de los celadores entre AP y AE se establecen en: organización (7-3,9), participación (7,1-3,4), valoración por los jefes (6,7-3,8), consideración por los compañeros (6,6-4,4), clima de relaciones (7-3,2), y satisfacción general (8-6,2).

Auxiliares administrativos: en AE más satisfechos que la media en aportación, resultados, valoración por los jefes, consideración por los compañeros, clima de relaciones, salud y satisfacción general; en AP más satisfechos que la media en resultados.

Los auxiliares administrativos en AE suspenden en medio físico (4,4). En AP suspenden en el medio físico (4,7) y en la salud (4,7).

No hay diferencias entre los auxiliares administrativos de AP y AE.

Hostelería: en AE más satisfechos que la media en aportación, resultados y en el medio físico. Los trabajadores de hostelería no suspenden en nada.

Mantenimiento: en AE igual de satisfechos que la media.

Los trabajadores de mantenimiento suspenden en medio físico (4,2 y salud (4,2).

ANÁLISIS DE LAS SUGERENCIAS: Han presentado más los que peor puntuación tienen

Destacan:

- Fomentar y reconocer el desempeño laboral, con más del 16%
- Disponer de más recursos humanos, con más del 15%
- Mejorar la organización, con más del 10%

ANÁLISIS DE PRIORIZACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL TRABAJADOR (AP-AE)

En AP las medidas de mejora han de centrarse en la salud, los resultados y el medio físico.

En AE las medidas de mejora han de centrarse en la salud, el clima de relaciones y el medio físico.

Análisis de Barreras Arquitectónicas. 17 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

9.5.- 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. 7 Actuaciones

9.6- 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: 16 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 27 actuaciones

Impulso De Actividades y Su Difusión: 23 actuaciones

Actividades Formativas: 10 actuaciones y 18 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.

9.7- 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 > 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 2011

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.