

**MEMORIA**



## Memoria de Calidad

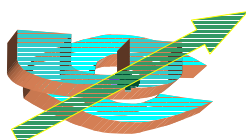
### Plasencia - 2012

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 2012

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

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

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

## 1.- Actuaciones corporativas

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

Unidad de Calidad de Plasencia:

- Dr. Gabriel Martín Clemente (Coordinador de Calidad)
- D. Cecilio Luís del Mazo Martínez (Secretario de la Unidad de Calidad)

## 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	<b>3,79</b>	1,11	0,11
2. La privacidad durante la admisión	98	1,00	5,00	<b>3,86</b>	1,03	0,10
3. La limpieza en recepción	100	1,00	5,00	<b>3,92</b>	0,99	0,10
4. La rapidez en la admisión	99	1,00	5,00	<b>3,61</b>	1,24	0,13
5. La comodidad en el aparcamiento	97	1,00	5,00	<b>3,32</b>	1,27	0,13
6. La amabilidad de los celadores	100	1,00	5,00	<b>3,93</b>	1,02	0,10
7. La amabilidad del personal de enfermería	100	1,00	5,00	<b>4,01</b>	1,04	0,10
8. La atención que le prestó enfermería	100	1,00	5,00	<b>3,89</b>	1,06	0,11
9. Enfermería le mantuvo informado	100	1,00	5,00	<b>3,57</b>	1,12	0,12
10. La preocupación de enfermería por su privacidad	100	1,00	5,00	<b>3,54</b>	1,13	1,13
11. La preparación de enfermería	100	1,00	5,00	<b>3,70</b>	1,04	0,10
12. El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria	99	1,00	5,00	<b>3,14</b>	1,32	0,13
13. La amabilidad del médico	100	1,00	5,00	<b>4,18</b>	1,16	0,12
14. La duración de la consulta	99	1,00	5,00	<b>3,51</b>	1,26	0,13
15. El interés del médico por su problema de salud	100	1,00	5,00	<b>4,05</b>	1,18	0,12
16. La claridad del médico para explicar	100	1,00	5,00	<b>4,18</b>	1,09	0,11
17. La preparación del médico	100	1,00	5,00	<b>4,03</b>	1,08	0,11
18. Las instrucciones al alta para el tratamiento	100	1,00	5,00	<b>3,88</b>	1,10	0,11
19. La espera para pruebas de laboratorio	100	1,00	5,00	<b>3,49</b>	1,16	0,12
20. La amabilidad de las personas en radiología	99	1,00	5,00	<b>3,85</b>	1,06	0,11
21. El tiempo de espera para radiología	99	1,00	5,00	<b>3,59</b>	1,10	0,11
22. La amabilidad para con los familiares	100	1,00	5,00	<b>3,67</b>	1,09	0,11
23. Mantuvieron informados a los familiares	100	1,00	5,00	<b>3,63</b>	1,16	0,12
24. La limpieza y el confort en la sala de espera	99	1,00	5,00	<b>3,51</b>	1,08	0,11
25. La limpieza del área de urgencias	99	1,00	5,00	<b>3,73</b>	0,97	0,10
26. El personal le trató de forma correcta	100	1,00	5,00	<b>3,87</b>	1,05	0,11
27. El personal de urgencias se identificó	99	1,00	5,00	<b>3,25</b>	1,30	0,13
28. La información sobre retrasos que haya podido tener	99	1,00	5,00	<b>3,07</b>	1,25	0,13
29. Si pudiera elegir, probabilidad de acudir a esta urgencias	99	1,00	5,00	<b>3,57</b>	1,22	0,12
30. Satisfacción global en sus visita al servicio de urgencias	100	1,00	5,00	<b>3,74</b>	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 2011-2012: Satisfacción global media **3,74** (3,74x20=74,8) **+8,7%**

### Incremento del 8,7% en la satisfacción global en Urgencias 2011-2012 sobre 2010

### Sin diferencias estadísticamente significativas la satisfacción global en Urgencias 2011-2012 sobre la encuesta anterior 2009-2010

(Tabla: ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) 2011-2012/2009-2010)

<u>ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) 2011/2009</u>	<b>N 2011 2012</b>	<b>Media 2011-12</b>	<b>N 2009 2010</b>	<b>Media 2009- 10</b>	Estadístico <b>F</b>	Probabilidad <b>p</b>
1. La amabilidad de las personas en recepción	100	<b>3,79</b>	81	<b>3,74</b>	0,10	0,76
2. La privacidad durante la admisión	98	<b>3,86</b>	79	<b>3,72</b>	0,78	0,38
3. La limpieza en recepción	100	<b>3,92</b>	79	<b>3,82</b>	0,45	0,50
4. La rapidez en la admisión	99	<b>3,61</b>	80	<b>3,59</b>	0,01	0,92
5. La comodidad en el aparcamiento	97	<b>3,32</b>	79	<b>3,18</b>	0,56	0,45
6. La amabilidad de los celadores	100	<b>3,93</b>	82	<b>3,84</b>	0,35	0,55
7. La amabilidad del personal de enfermería	100	<b>4,01</b>	82	<b>4,05</b>	0,06	0,81
8. La atención que le prestó enfermería	100	<b>3,89</b>	81	<b>3,99</b>	0,38	0,54
9. Enfermería le mantuvo informado	100	<b>3,57</b>	82	<b>3,59</b>	0,01	0,93
10. La preocupación de enfermería por su privacidad	100	<b>3,54</b>	79	<b>3,61</b>	0,16	0,69
11. La preparación de enfermería	100	<b>3,70</b>	81	<b>3,72</b>	0,01	0,92
12. El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria	99	<b>3,14</b>	81	<b>3,20</b>	0,08	0,78
13. La amabilidad del médico	100	<b>4,18</b>	82	<b>4,06</b>	0,46	0,50
14. La duración de la consulta	99	<b>3,51</b>	81	<b>3,65</b>	0,68	0,41
15. El interés del médico por su problema de salud	100	<b>4,05</b>	82	<b>3,93</b>	0,47	0,49
16. La claridad del médico para explicar	100	<b>4,18</b>	82	<b>4,04</b>	0,74	0,39
17. La preparación del médico	100	<b>4,03</b>	82	<b>3,80</b>	2,06	0,15
18. Las instrucciones al alta para el tratamiento	100	<b>3,88</b>	79	<b>3,84</b>	0,08	0,78
19. La espera para pruebas de laboratorio	100	<b>3,49</b>	79	<b>3,44</b>	0,07	0,80
20. La amabilidad de las personas en radiología	99	<b>3,85</b>	79	<b>3,97</b>	0,71	0,40
21. El tiempo de espera para radiología	99	<b>3,59</b>	79	<b>3,61</b>	0,02	0,89
22. La amabilidad para con los familiares	100	<b>3,67</b>	78	<b>3,72</b>	0,09	0,77
23. Mantuvieron informados a los familiares	100	<b>3,63</b>	78	<b>3,65</b>	0,02	0,90
24. La limpieza y el confort en la sala de espera	99	<b>3,51</b>	82	<b>3,49</b>	0,01	0,91
25. La limpieza del área de urgencias	99	<b>3,73</b>	82	<b>3,67</b>	0,16	0,69
26. El personal le trató de forma correcta	100	<b>3,87</b>	82	<b>3,85</b>	0,01	0,92
27. El personal de urgencias se identificó	99	<b>3,25</b>	78	<b>3,27</b>	0,01	0,93
28. La información sobre retrasos que haya podido tener	99	<b>3,07</b>	76	<b>3,07</b>	0,00	0,98
29. Si pudiera elegir, probabilidad de acudir a esta urgencias	99	<b>3,57</b>	79	<b>3,57</b>	0,00	0,98
30. Satisfacción global en sus visita al servicio de urgencias	100	<b>3,74</b>	82	<b>3,71</b>	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
<b>30. Satisfacción global o respuesta estándar</b>	<b>Referencia</b>	<b>99,99</b>	<b>3,71</b>	<b>26,95 100%</b>
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 laboratorio (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 2011-2012

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 Triaje
- Sala de Triaje
- 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:2011-2012

Evaluación: Existencia del Protocolo del Triaje

Existencia de los mencionados Trípticos

Comprobación visual los días 18 y 19 de junio de 2012 (mañana) y el 26 de junio de 2012

(tarde), por parte de la Unidad de Calidad de la utilización efectiva de la Sala de Triaje 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 2012.

### **Estudio Anual de Reclamaciones en el Hospital 2012**

Evaluación: En el mencionado estudio se producen 272 reclamaciones; cifra similar a las 268 que realizaron los usuarios en 2011.

Por servicios, destacan ( $\geq 7\%$ ) los Servicios de: Reumatología (12%), Traumatología (11%), Urgencias (9%) y Digestología (7%).

En cuanto a los motivos de reclamación, destacan ( $\geq 7\%$ ): Disconformidad con la atención (41%), Organización y normas (8%), Lista de espera (7%), Demora en la asistencia (7%) y Trato personal (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.
- Mejorar la Atención, la Organización, las listas de Espera, la Demora y el Trato.

### Estudio Anual de Quejas en el Hospital 2012

#### RESUMEN DE QUEJAS POR ACTIVIDADES

Tipo	Nº quejas	Porcentaje
CITAS	874	36,6%
INFORMACIÓN	833	34,9%
DOCUMENTACIÓN	168	7,0%
LEY DE PLAZOS	72	3,0%
SEGUNDA OPINIÓN	48	2,0%
CAMBIO ESPEC	31	1,3%
DERIV.	122	5,1%
ERROR PTC.	16	0,7%
OTROS	223	9,3%
<b>TOTAL</b>	<b>2.387</b>	<b>100,0%</b>



Evaluación: En el mencionado estudio los mayores volúmenes de quejas se refieren globalmente a la información, sobre dos apartados; la información sobre las citas y a la información en general.

- Es preciso mejorar la información a los usuarios en el ámbito hospitalario.

### Reunión de los Consejos de Salud en el Área de Plasencia

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

Reuniones de los Consejos de Salud de Zona

Año 2012

14 de marzo de 2012 Constitución del CSZ de Cabezuela del Valle.

16 de marzo de 2012 Constitución del CSZ de Serradilla.

21 de marzo de 2012 Constitución del CSZ de Plasencia (SUR) San Miguel

22 de marzo de 2012 Constitución del CSZ de Hervás.

11 de abril de 2012 Constitución del CSZ de Jaraíz de la Vera.

12 de abril de 2012 Constitución del CSZ de Ahigal.

16 de abril de 2012 Constitución del CSZ de Mohedas de Granadilla.

4 de junio de 2012 Constitución del CSZ de Montehermoso.

12 de junio de 2012 reunión extraordinaria del CSZ de Montehermoso.

31 de octubre de 2012 2ª reunión anual del CSZ de Jaraíz de la Vera.

12 de noviembre de 2012 2ª reunión anual del CSZ de Hervás.

En total 11 reuniones de Consejos de Salud de Zona, 8 para constituir el consejo, 1 reunión extraordinaria y 2 segundas reuniones.

El orden del día de las reuniones para la constitución de los consejos ha sido siempre:

1. Bienvenida y presentación de los miembros. Constitución del Consejo de Salud de Zona.
2. Exposición por parte del presidente de la definición y funciones del Consejo de Salud de Zona.
3. Establecimiento y aprobación del Régimen de funcionamiento del Consejo de Salud de Zona.
4. Definición de las tareas a desarrollar para exponer en la próxima reunión.
5. Ruegos y preguntas.

El orden del día de la Reunión extraordinaria de 12 de junio de 2012 del CSZ de Montehermoso fue:

1. Aprobación del acta del Consejo de Salud de Zona celebrado el de junio de 2012.
2. Cierre del Punto de Atención Continuada de Villanueva de la Sierra.
3. Otros asuntos de interés
4. Ruegos y preguntas.

## Análisis de barreras arquitectónicas

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

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><b><u>ENCUESTA DE ACCESIBILIDAD A CENTROS DE SALUD (VAFES):</u></b></p> <p><b>Centros de Salud de .....</b></p> <p><b>Coordinador..... Tlf.....</b></p> <p><b>Preguntas al Aux.Admvo.</b></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><b>Corroboración por parte del coordinador o responsable del CS.</b></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 de la encuesta telefónica sobre la accesibilidad a los once Centros de Salud Rurales los días 25 y 26 de octubre del 2012.
- 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 y los responsables sugieren como medida de seguridad la colocación de bandas antideslizantes. De la misma manera, en el C.S. de Casas del Castañar, la puerta de acceso al Centro abre para adentro, lo que dificulta la salida a los usuarios con silla de ruedas
- Inspección visual anual los días 2, 3 y 8 de octubre de 2012 del Hospital “Virgen del Puerto”, de su Edificio de Consultas y sus entornos; del Centro de Especialidades “Luis de Toro” y su entorno; y de los tres Centros de Salud de Plasencia y su entorno, para comprobar la inexistencia de barreras arquitectónicas, en concordancia con el Decreto 8/2003 (DOE Nº 22).
- Inspección de las obras de Reforma y Ampliación del Hospital “Virgen del Puerto” del 25 y 26 de octubre de 2012 (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 2011-2012 se corresponden con el objetivo pactado en la Planificación 2010-2011).

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:

La Unidad Básica de Prevención ha efectuado 44 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 %.

A lo largo de tres días elegidos al azar, durante una hora en una zona concurrida del hospital, se realiza el conteo de los trabajadores y de estos los correctamente identificados.

#### RESULTADO

- Día 22 de julio de 2012: plantas 6ª, 4ª, 2ª de Especialidades y 1ª de Pediatría-Neonatos. Trabajadores contabilizados e identificados correctamente 50.

- Día 23 de julio de 2012, se observa el personal de Mantenimiento, Radiodiagnóstico, Laboratorio, y Lavandería. Trabajadores contabilizados e identificados correctamente 24.

- Día 23 de julio de 2012, se inspecciona el guardarropa de la Lavandería, 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, en una muestra de 150 uniformes.

- Día 24 de julio de 2012, Servicio de Cocina, Farmacia, Anatomía Patológica, Rehabilitación y Edificio de Consultas Externas. Trabajadores contabilizados e identificados correctamente 62.

Se comprueba 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 2014.

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

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad

Encuesta de Opinión bianual sobre la Calidad Hospitalaria, realizada por la Unidad de Calidad del Área - (SERVQHOS) años pares.

### RESULTADOS

#### DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

	N	Bien y Muy Bien %	Mal y Muy Mal %
1. La tecnología de los equipos médicos de diagnóstico	127	100	0
2. La apariencia (limpieza y uniforme) del personal	127	96,9	3,1
3. Las indicaciones (señalizaciones) para saber donde ir	127	95,3	4,7
4. El interés del personal por cumplir lo que promete	127	89,1	10,9
5. El estado de las habitaciones, apariencia, comodidad	127	84,3	15,7*
6. La información que los médicos proporcionan	127	92,1	7,9
7. El tiempo de espera para ser atendido por un médico	127	89	11*
8. La facilidad para llegar al hospital	127	97,6	2,4
9. El interés del personal por solucionar problemas	127	89,7	10,3
10. La puntualidad de las consultas médicas	127	86,7	13,3*
11. La rapidez con que se consigue lo que se necesita	127	86,7	13,3*
12. La disposición del personal para ayudar	127	89	11
13. La confianza, seguridad, que transmite el personal	127	93,7	6,3
14. La amabilidad, cortesía del personal	127	90,6	9,4
15. La preparación del personal para realizar su trabajo	127	92,9	7,1

16. El trato personalizado que se da a los pacientes	127	<b>92,1</b>	7,9
17. Compresión por el personal de las necesidades del paciente	127	<b>89,7</b>	10,3
18. La información que los médicos dan a los familiares	127	<b>92,1</b>	7,9
19. El interés del personal de enfermería por los pacientes	127	<b>91,3</b>	8,7
20. Nivel de satisfacción global por cuidados sanitarios	127	<b>92,8</b>	7,2

\* =  $Mb < [(Mm+M) \times 3]$

Asterisco (\*) puntuaciones “Muy bien” no superan en 2/3 la suma de puntuaciones “Muy mal” y “mal”

$Mb < [(Mm+M) \times 3]$

Porcentaje de pacientes satisfechos reflejados en la pregunta 20: Calificación general de la asistencia 2012: 92,8 % (satisfacción normal, bien y muy bien), levemente superior al 89,7% de 2010

### PUNTUACIONES MEDIAS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

	N	IC 95% límite Inf	IC 95% límite Sup	Media	Desv. Típ.	Error
1. La tecnología de los equipos médicos de diagnóstico	127	6,97	7,71	<b>7,34</b>	2,12	0,19
2. La apariencia (limpieza y uniforme) del personal	127	7,08	7,88	<b>7,48</b>	2,29	0,20
3. Las indicaciones (señalizaciones) para saber donde ir	127	6,65	7,51	<b>7,08</b>	2,44	0,22
4. El interés del personal por cumplir lo que promete	127	6,91	7,82	<b>7,36</b>	2,57	0,23
5. El estado de las habitaciones, apariencia, comodidad	127	6,56	7,65	<b>7,10</b>	3,09	0,28
6. La información que los médicos proporcionan	127	6,98	7,90	<b>7,44</b>	2,62	0,23
7. El tiempo de espera para ser atendido por un médico	127	6,28	7,21	<b>6,75</b>	2,63	0,23
8. La facilidad para llegar al hospital	127	6,85	7,68	<b>7,26</b>	2,35	0,21
9. El interés del personal por solucionar problemas	127	6,82	7,74	<b>7,28</b>	2,61	0,23
10. La puntualidad de las consultas médicas	127	6,09	7,05	<b>6,57</b>	2,73	0,24
11. La rapidez con que se consigue lo que se necesita	127	6,29	7,25	<b>6,77</b>	2,72	0,24
12. La disposición del personal para ayudar	127	6,91	7,89	<b>7,40</b>	2,76	0,25
13. La confianza, seguridad, que transmite el personal	127	7,09	7,99	<b>7,54</b>	2,53	0,23
14. La amabilidad, cortesía del personal	127	7,21	8,19	<b>7,70</b>	2,79	0,25
15. La preparación del personal para realizar su trabajo	127	6,80	7,73	<b>7,26</b>	2,63	0,23
16. El trato personalizado que se da a los pacientes	127	6,99	7,93	<b>7,46</b>	2,68	0,24
17. Compresión por el personal de las necesidades del paciente	127	6,51	7,46	<b>6,98</b>	2,71	0,24
18. La información que los médicos dan a los familiares	127	6,79	7,83	<b>7,31</b>	2,95	0,26
19. El interés del personal de enfermería por los pacientes	127	7,09	8,03	<b>7,56</b>	2,63	0,23
20. Nivel de satisfacción global por cuidados sanitarios	127	7,44	8,22	<b>7,83</b>	2,20	0,20

### ANÁLISIS DE LAS SUGERENCIAS

El 46 % de los pacientes que han participado (81 de 176), ha realizado sugerencias o comentarios; destacando:

- OBSERVACIONES TOTALES ..... 80 ..... 100,00 %
- FELICITACIONES .....25 ..... 31,25 %

- SUGERENCIAS DE MEJORA ..... 52 ..... 65,00 %
- DESESTIMADAS ..... 3 ..... 3,75 %

Las felicitaciones se refieren esencialmente al trato y la atención general al paciente ingresado. La frase más utilizada por los participantes es “todo muy bien...”.

Detalle de las sugerencias de mejoras por apartados:

- Amabilidad y trato ..... 17 ..... 32,7 %
- Organización..... 14 ..... 26,9 %
- Instalaciones .....11 ..... 21,2 %
- Información..... 3 ..... 5,8 %
- Espera..... 3 ..... 5,8 %
- Comidas ..... 2 ..... 3,9 %
- Organización de visitas ..... 1 ..... 1,9 %
- Otros..... 1 ..... 1,9 %

Es preciso prestar mayor atención a la organización del centro y a las instalaciones y mejorar ciertos aspectos relacionados con la amabilidad y el trato.

### CONCLUSIONES

- *El Índice de Satisfacción Global es del 92%*
- *La media de satisfacción es superior al 6,5 sobre 10, superando en la mayoría de los casos el 7 sobre 10*
- *El índice de Recomendación del Centro es del 81%*
- *El desconocimiento del nombre del médico es del 26%*
- *El desconocimiento del nombre de la enfermera es del 60%*
- *El 84% reconoce haber recibido suficiente información sobre su proceso*
- *El buen nivel de las relacionales de los trabajadores con los pacientes revela un alto grado de humanización asistencial*

## **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 95 % de los CI se encuentran en la H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>

Estudio realizado los días 14 y 15 de noviembre de 2012 por la Unidad de Calidad: sobre un total de 546 intervenciones quirúrgicas programadas durante el mes de octubre, de la que hemos elegido una muestra al azar.

- Muestra 80 intervenciones (15%).
- Consentimiento Informado en la H<sup>a</sup> 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 y 2012.

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 ORGANISMO 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 (2,6 en 2012). >95% Historias facilitadas 699: 98% (12: 2% denegadas según normas).

Peticiones del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI): 14

Peticiones del Juzgado: 38

Peticiones de facultativos ajenos al área, para continuidad asistencial: 136

Total peticiones 2012: 899

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”

#### **DISEÑO DEL ESTUDIO ELABORADO POR LA UNIDAD DE CALIDAD**

- Se seleccionaron todos los partos consecutivos a lo largo de un año (2011), obteniendo una serie anual completa de 873 partos totales
- Se desestimaron las cesáreas y los partos gemelares
- Se desestimaron los partos de los que no se pudieron obtener datos de las variables imprescindibles
  - Edad
  - Paridad

- Semanas de gestación
  - Duración del parto
  - Peso del RN
  - Presencia o ausencia de desgarro perineal
  - Realización o no de la episiotomía
- Se obtuvo una muestra de 457 partos (52% del total)
- La proporción de controles (sin desgarro perineal) con respecto a los casos (con desgarro perineal) fue de 3,5 a 1

## RESULTADOS

- El Desgarro Perineal NO está asociado a la Edad
  - OR = 1
  - p = 0,9
  - IC 95% = 0,6-1,8
  - Chi 2= 0,02
- El Desgarro Perineal NO está asociado a la Semana de Gestación
  - OR = 1,4
  - p = 0,2
  - IC 95% = 0,8-2,2
  - Chi 2= 1,5
- OR del Desgarro Perineal en Ausencia de Episiotomía = 39,5
  - p < 0,0001
  - IC 95% = 18,4-84,9
  - Chi 2= 160
- OR del Desgarro Perineal en Múltiparas = 2,74
  - p < 0,0001
  - IC 95% = 1,66-4,53
  - Chi 2= 16,2

Duración del Parto en las parturientas que han sufrido un Desgarro Perineal (N = 101)

Media = 7,2 hrs.  
Desviación Típica = 5,2 hrs.  
IC 95% = 6,2 – 8,3 hrs.

Duración del Parto en las parturientas que no han sufrido un Desgarro Perineal (N = 352)

Media = 8,6 hrs.  
Desviación Típica = 6,4 hrs.  
IC 95% = 7,9 – 9,3 hrs.

gl = 1 - 453  
**F** = 4,1  
p = 0,04

Peso del Recién Nacido en las parturientas que han sufrido un Desgarro Perineal

Media = 3288 grs.  
Desviación Típica = 438 grs.  
IC 95% = 3202 – 3375 grs.

Peso del Recién Nacido en las parturientas que no han sufrido un Desgarro Perineal

Media = 3188 grs.  
Desviación Típica = 428 grs.  
IC 95% = 3144 – 3233 grs.

gl = 1 - 453  
**F** = 4,2  
p = 0,04

## CONCLUSIONES

- El Desgarro Perineal está Asociado a la Ausencia de Episiotomía
- El Desgarro Perineal está Asociado a la Multiparidad
- El Duración del Parto es menor en las Parturientas que han sufrido un Desgarro Perineal
- El Peso del Recién Nacido es mayor en las Puérperas que han sufrido un Desgarro Perineal

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 2012

- 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 2012

- 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 2012
  - Difusión de la Encuesta de Urgencias 2011.
- 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: 2012
  - Mantenimiento de la 2ª Opinión

## 1.2.- Objetivos de calidad científico – técnica

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

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

Competencia de elaboración: Unidad de calidad

Cuatro reuniones documentadas.

Acuerdos:

- se presentan los resultados del Estudio: "ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO O CALIDAD DE VIDA LABORAL" 2011-12 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 se presentaran los datos preliminares de las sugerencias y propuestas, para posteriormente enviar los resultados a todos los trabajadores del área.

#### Resumen de los datos:

### **ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO O CALIDAD DE VIDA LABORAL 2011-2012**

#### 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 2011, 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 2011 sobre 2010**

Porcentaje de Cumplimiento de los objetivos de Calidad del SES

2010: 83,6%

2011: 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 seguir trabajando sobre el eje 4: Gestión de Riesgos, 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 2011-2012, arrojando una justificación del 83,56% de los indicadores (con un montante de 290.800€), de los cuales el 45% de los indicadores (157.300€) los habría recuperado la Unidad de Calidad mediante la elaboración de los estándares requeridos.



### Balance económico de la gestión de calidad 2011

(Presentado en reunión de la Comisión de Calidad en 2012)

#### **Justificación**

La importancia de los objetivos institucionales no es sólo cualitativa, sino también económica, ya que supone una justificación 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 2011.**

La memoria se corresponde con los 6 ejes básicos del Plan de Calidad 2010-2014 y está disponible en la página web del área ([areasaludplasencia.es](http://areasaludplasencia.es)).

Destaca el eje 1 (Actuaciones Corporativas), donde se ha logrado un nivel de cumplimiento del 83,6%. La elaboración directa de la Unidad de Calidad ha sido el 45,22%. El Área de Plasencia ha conseguido justificar 290.800€ por este concepto, de los cuales 151.300 los ha logrado justificar la Unidad de Calidad (51,7%). Anexo adjunto



<b>SUBTOTAL</b>		<b>14 ÍTEMS DE 16</b>	
<b>EUROS</b>		<b>87,5%</b>	<b>51,1%</b>
		<b>82.600€</b>	<b>42.200€</b>
<b>B.- OBJETIVOS DE CALIDAD CIENTÍFICO – TÉCNICA</b>			
	<b>OBJETIVO</b>	<b>INDICADOR</b>	
		<b>CUMPLIMIENTO</b>	<b>PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR LA UNIDAD DE CALIDAD</b>
1.	Garantizar el funcionamiento de la Comisión de Calidad	- 4 reuniones documentadas/comisión <b>1/2</b>	<b>100%</b>
2.	Garantizar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas hospitalarias.	- 4 reuniones documentadas/comisión <b>1/2</b>	<b>50%</b>
3.	Minimizar las úlceras por presión en pacientes hospitalizados	< 0,5% de pacientes hospitalizados <b>SI</b>	<b>---</b>
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 <b>SI</b>	<b>---</b>
5.	Optimizar la Donación del Cordón Umbilical	> 40% de cordones umbilicales donados. <b>SI</b>	<b>---</b>
6.	Controlar las infecciones nosocomiales.	- Sistema de vigilancia infección nosocomial doc. - 100% cumplimiento protocolo sondaje - >80% pacientes con profilaxis AB según protocolo. <b>SI</b>	<b>50%</b>
7.	Desarrollar y evaluar 3 procesos según la metodología de la Gestión por Procesos	Existencia del documento de los procesos desarrollados <b>SI</b>	<b>100%</b>
8.	Potenciar la realización de autopsias clínicas.	- Realizar al menos 5 en el año <b>---</b>	<b>---</b>
9.	Cumplimentar de forma exhaustiva los contenidos del informe de alta hospitalaria.	- >90% informes de alta con criterios predeterminados <b>SI</b>	<b>100%</b>
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. <b>SI</b>	<b>100%</b>
11.	Correlación clínico-diagnóstica en pruebas de alta tecnología.	>80% TAC >80% RMN <b>SI</b>	<b>100%</b>
12.	Desarrollo de un protocolo clínico para la minimización del dolor postquirúrgico	Existencia del documento del protocolo <b>SI</b>	<b>---</b>
13.	Notificación de prealtas al paciente y servicios relacionados	>50% altas notificadas con antelación (24 h) <b>---</b>	<b>---</b>
14.	Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad científico-técnica en el Área Sanitaria	<b>SI</b>	<b>75%</b>
<b>SUBTOTAL</b>		<b>11 ÍTEMS DE 14</b>	
<b>EUROS</b>		<b>78,6%</b>	<b>61,4%</b>
		<b>64.900€</b>	<b>39.800€</b>

### 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 <b>SI</b>	---
2.	Desarrollar acciones de mejora para la prevención de accidentes laborales.	- 3 acciones de mejora documentado <b>SI</b>	---
3.	Registrar, estudiar y actuar para la prevención de caídas de pacientes hospitalizados.	- Documento de protocolo para evitar caídas. <b>SI</b>	---
4.	Registrar, estudiar y acciones de mejora en relación a los sucesos adversos producidos por medicamentos.	- Sistema documentado de notificación de sucesos adversos por medicamentos. - N° notificaciones <b>SI</b>	<b>75%</b>
5.	Actualizar Planes de Catástrofes Internas y Externas.	- 50% revisados en los 2 últimos años. <b>SI</b>	---
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. <b>1/4</b>	---
7.	Mejorar la seguridad de pacientes	- 3 acciones desarrolladas documentadas <b>SI</b>	<b>50%</b>
8.	Creación y desarrollo de la Unidad de Gestión de Riesgos del Área	- Documento de creación <b>SI</b>	<b>50%</b>
9.	Colaborar en la mejora de la Gestión Medioambiental	- Programa de eliminación de mercurio - Programa de Gestión Ambiental <b>SI</b>	<b>50%</b>
10.	Favorecer el ahorro energético	- Programa de optimización energética disminuyendo el consumo innecesario <b>SI</b>	<b>100%</b>
11.	Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad en la gestión de riesgos sanitarios en el Área Sanitaria	<b>SI</b>	<b>20%</b>
<b>SUBTOTAL</b>		<b>10,3 ÍTEMS DE 11</b>	
<b>EUROS</b>		<b>93,6%</b> <b>60.700€</b>	<b>33,5%</b> <b>21.700€</b>

### 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 <b>SI</b>	---
2.	Disminuir los GRDs inespecíficos	<1% GRDs inespecíficos <b>SI</b>	---
3.	Mejorar la media de diagnósticos codificados.	>4 diagnósticos por alta	

		<b>SI</b>	---
4.	Mejorar la media de procedimientos codificados.	>3 procedimientos por alta <b>SI</b>	---
5.	Mantener el IEMA	IEMA < 1,00 <b>SI</b>	---
6.	Mejorar el Índice de case-mix o peso medio.	>2% peso medio <b>SI</b>	---
7.	Análisis de las estancias evitables.	Disminuir un 5% <b>SI</b>	<b>100%</b>
8.	Análisis de reingresos.	Disminuir un 3% <b>SI</b>	---
9.	Análisis de mortalidad.	% mortalidad <4 ---	---
10.	Optimizar la estancia media.	Disminuir 1% EM global Disminuir 1% EM depurada <b>SI</b>	<b>100%</b>
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 <b>SI</b>	---
14.	Mejorar el índice de case-mix o peso medio de a cirugía ambulatoria y hospital de día	>1% peso medio <b>SI</b>	---
15.	Codificar las urgencias hospitalarias no ingresadas	>50 % codificación urgencias no ingresadas ---	---
<b><u>SUBTOTAL</u></b>		<b>11 ÍTEMS DE 15</b>	
<b>EUROS</b>		<b><u>63,3%</u></b>	<b><u>18,2%</u></b>
		<b><u>64.900€</u></b>	<b><u>18.600€</u></b>

## 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 <b>SI</b>	<b>100%</b>
2.	Desarrollo de mejoras en base a la Autoevaluación	Al menos 2 <b>SI</b>	<b>100%</b>
3.	Desarrollo de medidas específicas de mejora en la autoevaluación y acreditación en el Área Sanitaria	<b>SI</b>	<b>100%</b>
<b><u>SUBTOTAL</u></b>		<b>3 ÍTEMS DE 3</b>	
<b>EUROS</b>		<b><u>100%</u></b>	<b><u>100%</u></b>
		<b><u>17.700€</u></b>	<b><u>17.700€</u></b>

**TOTAL (objetivos A, B, C, D, E)**

**EUROS**

49,3 ÍTEMS DE 59

**83,56**

**45,22%**

**290.800€**

**157.300€**

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

Competencia de elaboración: Presidente de cada Comisión

Comisión de Historias Clínicas .....	3
Comisión de Tumores .....	47
Comisión de Quirófanos .....	38
Comisión de Bioética (CBA) .....	2
Comisión de Farmacia .....	2
Comisión de Hematología y Hemoterapia .....	3
Comisión de Investigación, Docencia y Formación .....	2
Comisión de Protocolos, Guías y Vías .....	2
Comisión de Gestión de Riesgos Sanitarios y Segur. del Pac ....	2
Comisión de Infecciones Hosp., Profilaxis y Polit. Antibiotica.....	2
Comisión de Nutrición y Dietética .....	2

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

Competencia de elaboración: Dirección de Enfermería

Indicador: 35 casos / 10.360 ingresos = 0,33 %: < 0,5 % de pacientes hospitalizados

Criterios de evaluación:

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

Objetivo cumplido 0,33% 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: 39,5 % Cordones Umbilicales Donados

Análisis:

813 partos  
Excluidos  
272 Cesáreas  
62 Riesgos infecciosos  
163 No ofertados en origen  
144 Embarazos de dudoso control  
Total 641

Donaciones 2012: 68 ; donaciones 2011: 74

813 partos –641 exclusiones = 172 posibles

68 donaciones / 172 posibles = 39,5%

#### **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 2012 Hospital “Virgen del Puerto”
- Pacientes estudiados 163: 50,92% hombres y 49,08% mujeres; con una media de edad y DT de 59,25 y 25,66.

EPINE - 2012

RESULTADOS GLOBALES

PREVALENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES Y COMUNITARIAS

Nº Total de pacientes estudiados (N):	163
Hombres:	83 (50.92 %)
Mujeres:	80 (49.08 %)
Media de edades (DE):	59.25 (25.66) años
Mediana de edades (P <sup>25</sup> -P <sup>75</sup> ):	67.00 (46.0-79.0) años

Nº de infecciones nosocomiales adquiridas en el centro en este ingreso(a):	9
Nº de pacientes con infección nosocomial adquirida en el centro en este ingreso (b):	8
Nº de infecciones nosocomiales adquiridas en <b>otro ingreso</b> en este Hospital(c):	2
Nº de nosocomiales adquiridas en <b>otro ingreso</b> en otros hospitales(d):	3
Total infecciones nosocomiales <b>existentes al ingreso</b> (c+d=e):	5
Total pacientes con infección nosocomial existente al ingreso(f):	5
Nº de infecciones comunitarias(g):	23
Nº de pacientes con infección comunitaria(h):	23
Nº de pacientes con infección de ambos tipos (nosocomial y comunitaria):	0
Total infecciones nosocomiales(a+e):	14
Total infecciones(a+e+g):	37
Total pacientes con alguna infección:	36
<b>Prevalencia de infecciones nosocomiales adquiridas en el centro en este ingreso(a/N)</b>	
(P%) <b>4.91</b> (1.58-8.24)	
Prevalencia de pacientes con inf. nosoc. adquirida en el centro en este o anterior ingreso(b/N)	
(P%) <b>6.13</b> (2.44-9.82)	
Prevalencia de infecciones nosocomiales existentes al ingreso (e/N)	
(P%) <b>3.07</b> (0.85-8.21)	
Prevalencia de pacientes con infec. nosoc. existente al ingreso (f/N)	
(%P) <b>3.07</b> (0.85-8.21)	
Prevalencia de infecciones comunitarias (g/N)	
(P%) <b>14.11</b> (8.75-19.47)	
Prevalencia de pacientes con infección comunitaria (h/N)	
(%P) <b>14.11</b> (8.75-19.47)	

- Prevalencia de infección nosocomial 2012: **4,91%** (disminución de 0,86 puntos porcentuales)  
En 2011: 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 2012 fue de **186**.

Correspondieron:

22	SALMONELLA SPP.	(11,8%)
50	ROTAVIRUS	(26,9%)
25	VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL	(13,4%)
12	GIARDIA LAMBLIA	(6,5%)
20	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	(10,8%)
12	CAMPYLOBACTER JEJUNI	(6,5%)
6	H.I.V.	(3,2%)
4	TRICHOMONAS VAGINALIS	(2,2%)
13	ADENOVIRUS 40/41	(7,0%)
2	CRYPTOSPORIDIUM	(1,1%)
4	CHLAMYDIA SPP.	(2,2%)
1	TREPONEMA PALLIDUM	(0,5%)
5	HEPATITIS A	(2,7%)
1	LISTERIA MONOCYTOGENES	(0,5%)
1	NEISERIA GONORRHOEAE	(0,5%)
1	TAENIA SAGINATA	(0,5%)
5	LEGIONELLA PNEUMOPHILA	(2,7%)
1	ENTEROBIUS VERMICULARIS	(0,5%)
1	CRYPTOCOCCUS SP.	(0,5%)

Cabe destacar que en 2012 se declararon por el Laboratorio del Hospital Virgen del Puerto 5 Ag de LEGIONELLA PNEUMOPHILA (en orina) positivo.

- Proceso Codificación (CMBD): Infección posoperatoria

- 100% cumplimiento Protocolo de Sondaje (Revisados 25 pacientes hospitalizados, el 12 de noviembre de 2012: los 25 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 2012 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 CG2012 > 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
- P Alergología

### Estableciendo:

- Área organizativa
- Agentes y acciones
- Competencias
- Diagramación

Documentación Asociada

**Potenciar la realización de autopsias clínicas**

Competencia de elaboración:

Dirección Médica de Atención Especializada

Secretaría de Anatomía Patológica

Aunque se han realizado DOS AUTOPSIAS CLÍNICAS en 2012, no se potencia la realización de las mismas, 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 y del Informe de Alta de Urgencias**

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad

Área de Documentación Clínica del Servicio de Admisión

Informes de Alta Hospitalaria: cumplen con los criterios establecidos en un 100%.

Periodo de estudio: 01-05-2012 a 31-05-2012

Población total del periodo de estudio: muestra de 500 altas de un total de 937

Resultado:

$$\frac{\text{N}^\circ (500 \times 22)}{\text{N}^\circ 500 \times 22} \times 100 = \frac{11.000}{11.000} \times 100 = 100 \%$$

Pacto en el CG 2012 > 90%. Resultado alcanzado 100%

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

Recomendaciones terapéuticas..... si

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

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias

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

Con respecto a los Informes de Alta de Urgencias, cumplen con los criterios establecidos en un 99,80%.

Periodo de estudio: 01-05-2012 a 31-05-2012

Se extrae una muestra de 200 informes: 7 informes, los cuales carecen de fecha de nacimiento y de sexo y de domicilio del paciente.

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} (200 \times 22) - 21}{N^{\circ} 200 \times 22} \times 100 = \frac{4.379}{4.400} \times 100 = 99,50 \%$$

### **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 2012 / 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<sup>o</sup> de Oftalmología de Hospital Virgen del Puerto (HVPT), se han estudiado 80 inclusiones; encontrando 76 de las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 95% de ILS's conforme a protocolo.

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

3. Prótesis de Rodilla (715.26 + 81.54/81.55): Considerados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología la MBE, se han estudiado 20 inclusiones; encontrando 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 2012  
Muestra del periodo de estudio: N = 140  
Procedimiento: Catarata Senil, Hernia Inguinal, Prótesis de Rodilla, HBP.

Población estudiada:

Muestra: 140

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} \ 134}{N^{\circ} \ 140} \times 100 = 95,7\%$$

Pacto en el CG2012 > 90%..... Resultado alcanzado 95,7%  
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*

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

Metodología: Se han estudiado los TAC's y las RMN's realizados del 01-05-2012 al 30-06-2012; 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 RNM.

Se han evaluado 187 TAC's y 30 RMN's.

Periodo de estudio TAC: 01-05-2012 al 30-06-2012

Población total del periodo de estudio: 187

Población estudiada: 187

Resultado

Indicados Correlación Clínico-Diagnóstica

$\frac{N^{\circ} 186}{N^{\circ} 187} \times 100 = 99,5\%$   $\frac{N^{\circ} 172}{N^{\circ} 187} \times 100 = 91,9\%$

Nº 187

Nº 187

Pacto en el CG 2012 > 80%

Periodo de estudio RMN: 01-05-2012 al 30-06-2012

Población total del periodo de estudio: 30

Población estudiada: 57

Resultado

Indicadas Correlación Clínico-Diagnóstica

$\frac{N^{\circ} 30}{N^{\circ} 30} \times 100 = 100\%$   $\frac{N^{\circ} 29}{N^{\circ} 30} \times 100 = 96,6\%$

Nº 30

Nº 30

Pacto en el CG 2012 > 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

- Diseño para la elaboración del Protocolo de indicación de TAC
- Diseño para la elaboración del Protocolo de indicación RMN
- Mantenimiento del Comité de Bioética Asistencial del Área con 2 reuniones en 2012.
- 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	INDICACIÓN	Gonartrosis	Gonartrosis	Gonartrosis	Necrosis Avascular	
<b>CRITERIOS</b>						
CLÍNICOS	Inflamación	destruictiva <input type="checkbox"/>	refractario al tratamiento <input type="checkbox"/>	rigidez articular que impide la marcha <input type="checkbox"/>		
	Dolor					
	Función	inestabilidad articular o subluxación <input type="checkbox"/>	imposibilidad marcha <input type="checkbox"/>			
	fragmento óseo necrosado			unido a la estructura <input type="checkbox"/> libre en la cavidad articular <input type="checkbox"/>		
Sociolaborales •						ILT
ILEQ		SI	SI	SI	SI	SI

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

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

	INDICACIÓN	Roturas meniscales no degenerativas (no artrósicas)			
<b>CRITERIOS</b>					
CLÍNICOS	Tipo	En asa de cubo <input type="checkbox"/>	Parciales		
	Función		Dificultad en la marcha <input type="checkbox"/>		
	Dolor		Dolor		
Sociolaborales •					ILT
ILEQ		SI	SI		SI

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

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

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

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

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

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

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

- Diseño de los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en la especialidad de Urología (2013).
- 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 2012, con 22 criterios; con un porcentaje de cumplimentación del 99,8% (falta la fecha de nacimiento, el sexo y el domicilio en 7 informes).  
 Fórmula:  $(n^{\circ} \text{ criterios} \times n^{\circ} \text{ altas}) - n^{\circ} \text{ criterios incumplidos} / (n^{\circ} \text{ criterios} \times n^{\circ} \text{ altas}) \times 100$   
 $(200 \times 22) - 21 / (200 \times 22) \times 100 = 99,5 \%$
  - 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)

### 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 12% de las reclamaciones corresponden a Reumatología, el 11% a Traumatología, el 9% a Urgencias y el 7% Digestología. Para corregir estos problemas se diseñan los Procesos Reumatología, Traumatología Médico Quirúrgica y Proceso Atención de Enfermería al Paciente Urgente, dentro de la Gestión por Procesos
- En cuanto los motivos de reclamación se intentan mejorar: Disconformidad con la atención (41%), Organización y normas (8%), Lista de espera (7%), Demora en la asistencia (7%) y Trato personal (7%).

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 45 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 2012.

No hay ninguna reclamación sobre caídas.

2012: 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 2012

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**". Difusión en 2012.

### 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 8 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.

#### RESULTADOS (provisionales)

Tener menos de 65 años y vivir en el medio rural es un factor de protección frente al envenenamiento en los EA

Tener menos de 65 años y vivir en el área de Cáceres o Mérida está asociado a una mayor posibilidad de envenenamiento en los EA

Tener menos de 65 años y padecer un EA por anticoagulantes está asociado a una menor posibilidad de envenenamiento en estos EA

Tener menos de 65 años y padecer un EA por fármacos para el sistema cardiovascular está asociado a una menor posibilidad de envenenamiento en estos EA

Tener menos de 65 años y padecer un EA por fármacos para el sistema nervioso central está asociado a una mayor posibilidad de envenenamiento en estos EA

Los envenenamientos que acontecen en los efectos adversos están asociados a la menor edad de los pacientes

Es preciso enfocar los programas de seguridad del paciente teniendo en cuenta aspectos como la edad, el lugar de residencia o el tipo de fármaco

**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 2012 se ha comenzado a implantar y ejecutar el Plan de Autoprotección (Catástrofes) del Hospital virgen del Puerto, que había sido revisado en 2011.

### **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 deben ser inferiores a 0,37 kg./cama/día.

Cantidad de residuos del tipo IV deben ser inferiores a 0,05 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 2011-2012: Elaborada y pasada la Encuesta de Calidad de Vida Laboral. Fase de Diseño en 2011. Fase de Evaluación en 2012. Fase de publicación 2013.
- Diseñadas las actuaciones para 2013-14.
- Documentación del Estudio de Reconocimiento del Desempeño Laboral para ejecutarlo en 2013-2014. 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 Comisión de Gestión de Riesgos Sanitarios y 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

- Evaluación del 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.

### **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.

Cuadro de Mandos del CMBD de hospitalización 2012-I

	2012	2011
▪ % Altas hospitalarias codificadas .....	99,32 %	99,8 %
▪ Número de Altas hospitalarias codificadas.....	10.360	9.979
▪ GRD's inespecíficos: .....	0,7%	0,5%
▪ Número de diagnósticos codificados por alta: .....	6,40	5,33
▪ Número de procedimientos codificados por alta: .....	5,97	5,69
▪ IEMA .....	0,88	0,86
▪ Peso medio .....	1,55	1,50
▪ Estancia media de las altas .....	5,45	5,6
▪ Tasas de cesáreas.....	33,46 %	36,31 %
▪ Tasas de partos con anestesia epidural .....	11,32 %	11,45 %

### Cuadro de Mandos del CMBD de hospitalización 2012-II

Servicio Alta	Altas Depuradas	E. Media Depurada	Peso Medio Depurado	E. Media Norma	Diferencia Norma	EMAC	EMAF	IEMA	Índice de Casuístico	Índice Funcional	Est. Evitables	Cama Día Evitable
ANR - Anestesiología y Reanimación	13	1,89	1,0349	3,80	-1,91	2,21	3,51	0,4824	0,9744	0,8136	-24	-0,07
CAR - Cardiología	194	3,70	2,2473	6,07	-2,37	4,93	5,26	0,7031	0,8672	0,8129	-303	-0,84
CGD - Cirugía General y Digestiva	1.447	5,82	1,5895	6,53	-0,71	6,43	5,49	1,0599	0,8408	0,9833	478	1,32
DIG - Digestivo	192	4,51	1,3096	6,81	-2,30	3,76	5,87	0,7687	0,8815	0,5519	-261	-0,72
END - Endocrinología	23	3,04	0,8706	5,88	-2,84	4,58	4,72	0,8452	0,8017	0,7781	-38	-0,11
GIN - Ginecología	443	3,33	0,9970	2,98	0,35	3,50	3,13	1,0845	1,0508	1,1728	90	0,25
GRT - Geriatría	1.081	8,92	2,0957	6,90	0,02	6,25	7,44	0,9296	1,0792	0,9057	-565	-1,57
HEM - Hematología Clínica	67	8,10	2,7640	7,47	0,63	6,91	8,01	1,0118	1,0716	0,9248	6	0,02
MIR - Medicina Interna	1.258	7,15	1,9494	6,87	0,48	7,09	7,03	1,0164	1,0544	1,0625	145	0,40
MIV - Medicina Intensiva	233	3,04	3,7374	7,49	-4,46	4,96	6,90	0,4406	0,9201	0,8624	-899	-2,50
NEF - Nefrología	36	7,39	1,8338	7,82	-0,23	6,82	6,92	1,0677	0,9085	0,8953	17	0,05
NEO - Neonatología	441	2,01	0,9144	5,27	-3,25	2,54	4,09	0,4925	0,7765	0,4821	-915	-2,54
NML - Neumología	3	3,67	1,2357	6,97	-3,30	2,02	6,11	0,8003	0,8765	0,2902	-7	-0,05
NRL - Neurología	378	4,80	1,7094	6,92	-2,12	4,25	6,45	0,7443	0,9322	0,8144	-623	-1,73
OBS - Obstetricia	989	2,78	0,7531	2,91	-0,13	2,85	2,84	0,9797	0,9752	0,9801	-57	-0,16
OFT - Oftalmología	40	4,08	0,9037	2,42	1,66	3,24	2,58	1,5810	1,0885	1,3401	60	0,17
ONC - Oncología	202	6,18	1,8982	7,36	-1,19	6,54	6,90	0,8950	0,9373	0,8875	-146	-0,41
ORL - Otorrinolaringología	240	3,13	1,0363	4,34	-1,21	3,64	2,59	1,2064	0,5970	0,8380	128	0,36
PED - Pediatría	625	2,50	0,6771	5,25	-2,76	3,14	3,25	0,7886	0,8181	0,5971	-470	-1,30
PSQ - Psiquiatría	431	10,56	1,1028	8,09	2,47	3,84	11,08	0,9528	1,3707	0,4753	-225	-0,63
RDT - Oncología Radioterápica	15	9,47	1,7541	7,19	2,27	8,97	7,30	1,2974	1,0143	1,2470	33	0,09
TRA - Traumatología Cir. Ortopédica	987	4,67	1,9795	5,51	-0,85	4,38	5,43	0,8801	0,9843	0,7937	-749	-2,08
UCP - Unidad de Cuidados Paliativos	97	5,99	1,8975	7,23	-1,24	5,88	7,00	0,8551	0,9688	0,8100	-98	-0,27
URO - Urología	522	5,39	1,2121	5,54	-0,15	5,48	4,26	1,2866	0,7881	0,9889	592	1,85
<b>Total general</b>	<b>9.957</b>	<b>5,17</b>	<b>1,5501</b>	<b>6,31</b>	<b>-1,14</b>	<b>5,45</b>	<b>5,55</b>	<b>0,9306</b>	<b>0,8801</b>	<b>0,8634</b>	<b>-3.834</b>	<b>-10,65</b>

Los datos depurados corresponden a las altas excluyendo pacientes outliers y aquellos con estancia de 0 días y alta a domicilio  
EMAC: Estancia media ajustada por la casuística del Estándar (se calcula aplicando la EM del Hospital a los GRDs del Estándar)  
EMAF: Estancia media ajustada por el funcionamiento del Estándar (se calcula aplicando la EM del Estándar a los GRDs del Hospital)  
IEMA: Índice de Estancia Media Ajustada (EM hospital / EMAF)  
Un IEMA mayor a 1 indica un peor funcionamiento respecto del Estándar  
Un IEMA menor a 1 indica un mejor funcionamiento respecto del Estándar  
Índice Casuístico: Un índice menor a 1 indica que la casuística del Hospital es menos compleja en el sentido de que tiene una menor proporción de casos con estancias prolongadas según el funcionamiento del Estándar (EMAF / EM estándar)  
Índice Funcional: Relaciona el funcionamiento del Hospital respecto del Estándar (EMAC / EM estándar)  
Un IF mayor a 1 indica una menor eficiencia respecto del Estándar  
Estancias Evitables: Estancias ahorradas o gastadas respecto del estándar (Altas \* Diferencia EM)  
Cama Día Evitable: Ocupación de Camas ahorradas o consumidas (Est. Evitables / Días Periodo)

### Cuadro de Mandos del CMBD de Cirugía ambulatoria

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
▪ Peso Medio GRD´s cirugía ambulatoria programada .....	0,96	0,89
▪ Codificación de Cirugía Ambulatoria .....	100,00 %	100,00 %
▪ Procesos de Cirugía Ambulatoria .....	3.906	3.944

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

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

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

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

Competencia de elaboración:  
Unidad de Calidad

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

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

Competencia de elaboración:  
Unidad de Calidad

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

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

Competencia de elaboración:

## Unidad de Calidad

CONCEPTO  
ACTUACIONES  
CRONOGRAMA  
COMPETENCIAS

### CONCEPTO

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

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

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

### ACTUACIONES: Establecimiento de:

Misión, Visión y Valores

Grupos de Interés

Gestión de Procesos: Mapa de Procesos y abordaje de procesos

Estructura, Acciones y Resultados, asociados a los procesos

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

Calidad Relacional (usuarios, trabajadores, entorno)

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

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

Diseño de Auditorías Internas

### CRONOGRAMA, por trimestres

### COMPETENCIAS

Atribuidas a los Grupo de Mejora

## 1.6.- Benchmarking área de salud

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

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

\* Cáceres no realizó evaluación

## 1.7.- Benchmarking área de salud de Plasencia 2012 sobre 2011

Porcentaje de Cumplimiento de los objetivos de Calidad del SES

2011: 83,60%

2012: 83,56%

Similar cumplimiento al anterior ejercicio

## 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: 37 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 49 actuaciones

Impulso de Actividades y su Difusión: 33 actuaciones

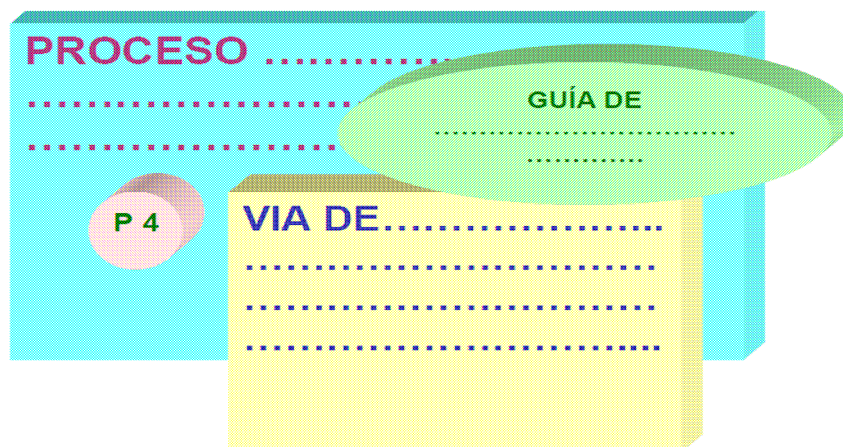
Colaboración con la Comisión De Dirección: 3 actuaciones

## 3.- Gestión de procesos

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

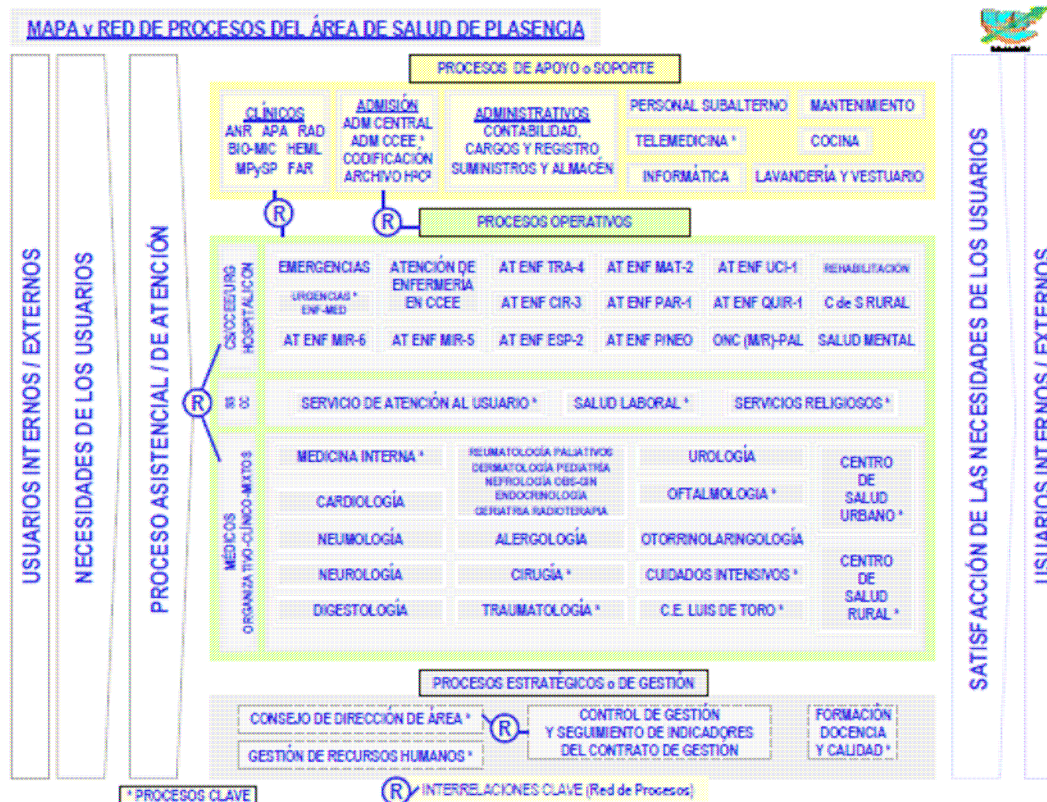
Proyecto y Planificación del Escenario de Calidad Científico-Técnica: Protocolos, Guías, Vías y Procesos

## ESCENARIO CONCEPTUAL DE PROCESOS, VÍAS, GUÍAS Y PROTOCOLOS



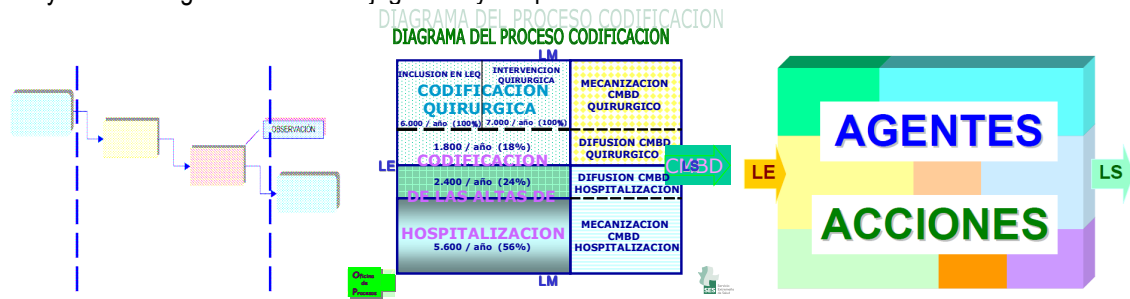
Desarrollo de las competencias de La Oficina de Procesos. Asesoramiento y apoyo en la elaboración de la estructura de los procesos: conceptualización, documentación, elementos, sistemática, indicadores, equipos, responsables y mejora continua.

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.

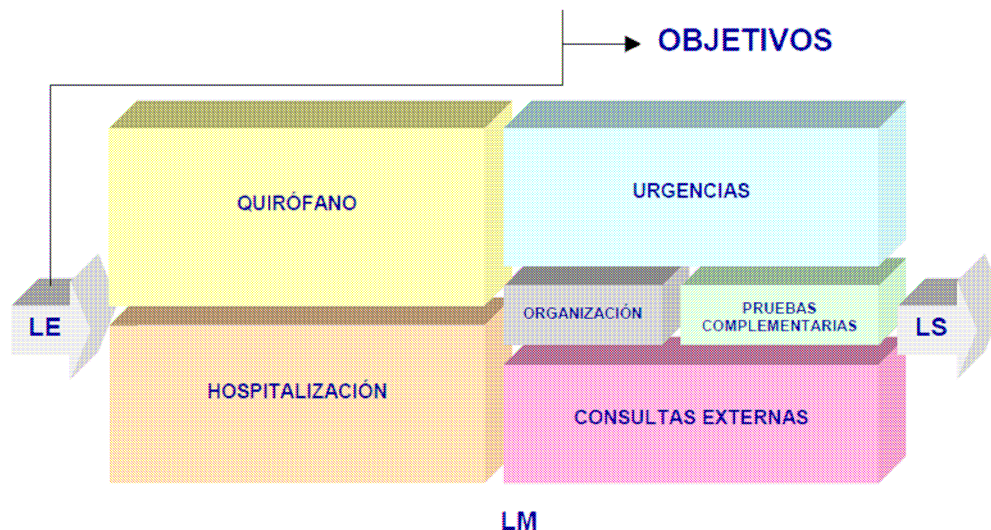


Diseño De Procesos: 24 Procesos Elaborados, 4 Procesos en fase de Desarrollo y 5 Procesos en fase de Diseño.

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

REDISEÑO DE PROCESOS-I (ejemplo: Proceso Cirugía Médico-Quirúrgica)

## ELEMENTOS DEL PROCESO CIRUGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA

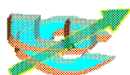


### DIAGRAMA DE BLOQUE

LE (Limite de Entrada): Pacientes y actuaciones; LS (Limite de salida): Resoluciones y resultados; LM (Limite Marginal): Todo lo relacionado con el proceso que no se aborda  
El tamaño de los bloques representa el porcentaje de participación de cada bloque en todo el proceso

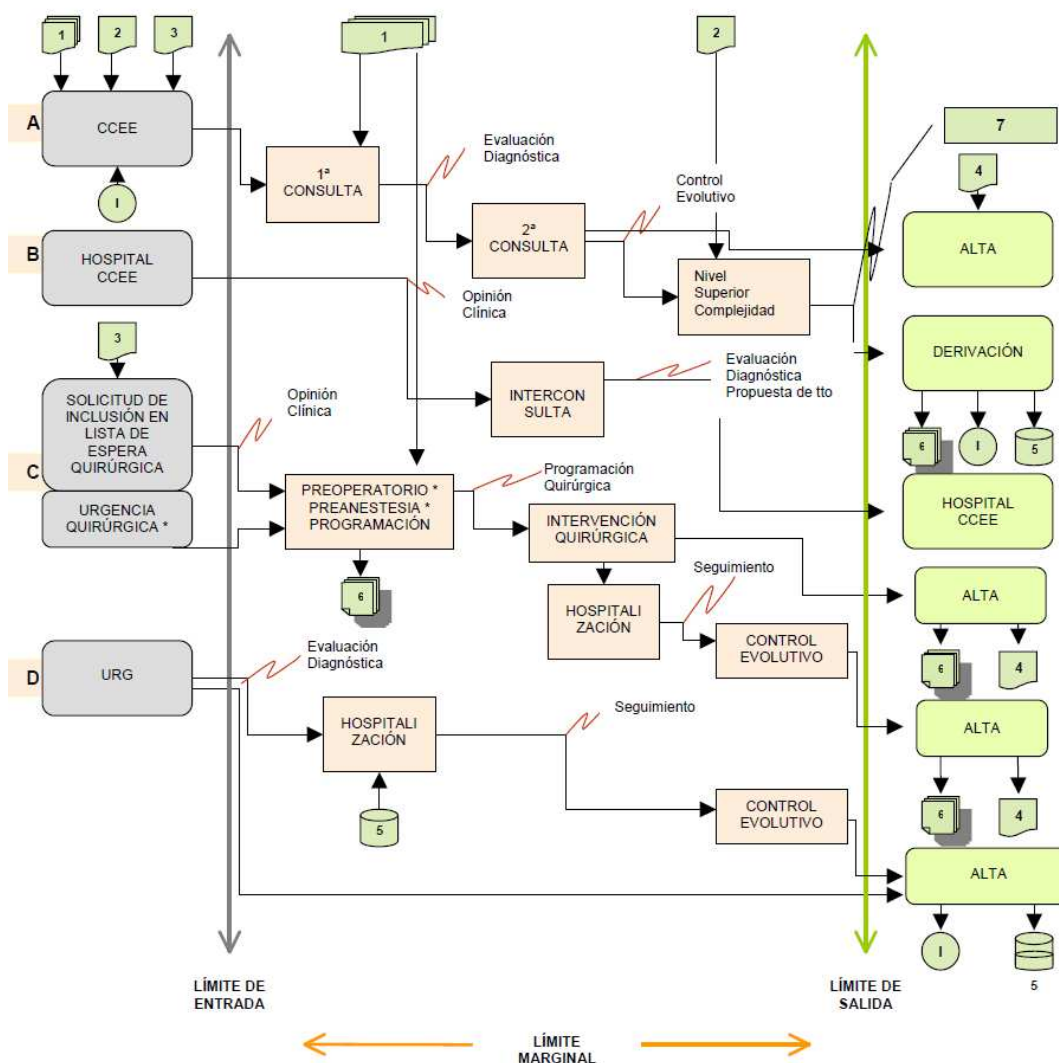
INDICADORES	2010	2009	2008
<b>INDICADORES DE RECURSOS</b>			
Facultativos Especialistas de Área (FEA)	9	9	10,2
Enfermeros y Auxiliares de Clínica	4,1	4,4	1,7
<b>INDICADORES DE ACTIVIDAD</b>			
Ingresos / Ingresos: FEA	1.647 / 183	1.523 / 169	1.508 / 148
Consultas Nuevas / C. Nuevas: FEA	2.925 / 325	2.508 / 279	2.463 / 241
Urgencias / Urgencias: FEA	717 / 80	845 / 94	841 / 82
<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>			
<b>CIENTIFICO-TÉCNICA</b>			
Vía de			
<i>Guías de: la AEC de Cirugía Biliopancreática, Obesidad Mórbida, Mama, Hepática, Endoscópica, Pared Abdominal, Colorectal, Esofagogástrica, Paciente Politraumatizado, Endocrina; Infecciones Quirúrgicas; Gestión Clínica en Cirugía.</i>			
<b>RELACIONAL</b>			
Satisfacción Pacientes (de 0 a 100)	74,1	68,9	68,1
Satisfacción Trabajadores (de 0 a 10) <sup>2010-11</sup>	5,88	---	---
<b>EFICIENCIA</b>			
Coste del Servicio / Coste: FEA	6.640.436 / 737.826	6.490.843 / 721.205	6.188.162 / 606.683
Peso GRD's hospitalización / Coste GRD	1,45 / 4.190€	1,34 / 3.873€	1,25 / 3.612€
Estancia Media	5,83	6,50	7,52
Relación Consultas Sucesivas / Nuevas	1,55	1,84	1,89
Rendimiento Quirúrgico	73,5%	70,5%	63,8%
Complicaciones Posoperatorias / %	99 / 7,17%	97 / 9,23%	92 / 7,49%
Rendimiento de Hospitalización (UCH's) / €	2.388 / 6.901.320	2.041 / 5.898.490	1.885 / 5.447.650

UCH's: nº de Unidades de Complejidad Hospitalaria generadas en hospitalización. Tarifa UCH del H. Virgen del Puerto 2.890€.



Sistema de Mejora Continua de la Calidad (MCC) del Proceso: Análisis DAFO (Deficiencias, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades)  
El Análisis DAFO lo puede solicitar el servicio propietario a la Unidad de Calidad

### REDISEÑO DE PROCESOS-II (ejemplo: Proceso Cirugía Médico-Quirúrgica)



**LEYENDA del Diagrama de Flujo**

1.: Manual, Guía, Vía; 2.: Protocolo; 3.: Indicadores de Calidad del LE; 4.: Indicadores de Calidad del LS; 5.: Base de Datos; 6.: Listados y Estadísticas; 7.: Verificación de Datos; I.: Indicador de Actividad; /: Valor Añadido; □: Fin o Comienzo; □: Actividad.

**LÍNEAS DE ACTIVIDAD o/y LÍNEAS DE PRODUCTOS**

A: Consulta Programada; B: Interconsulta; C: Quirófano; D: Urgencia.

Siguiendo la dinámica establecida por J M Juran (*Manual de control de calidad*, 1951): la actividad que habitualmente se realiza en los centros sanitarios se descompone en procesos. Cada proceso se examina por separado y se divide en los elementos o partes que se consideren oportunos y pertinentes para ser estudiados y mejorados. Este sistema de evaluación de la calidad se denomina Gestión Por Procesos (GPP). La GPP es una herramienta de análisis que nos permite conocer si las actuaciones obedecen a los objetivos planteados y producen los resultados esperados. La GPP es también una herramienta de mejora, ya que hace posible corregir las deficiencias organizativas o de enfoque sin perturbar el trabajo de las personas, sino mejorando las condiciones en que este se realiza. Así pues, la GPP nos permite concretar nuestro campo de actuación, nuestro equipo humano, nuestros objetivos, nuestros clientes y nuestra estrategia de mejora continua.

Autores: Dr. Gabriel Martín Clemente (Coordinador de Calidad del Área 7); D. Cecilio Luis Del Mazo Martínez (Secretario de la Unidad de Calidad).

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

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

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

Difusión y Marketing. 29 actuaciones.

## 4.- Gestión de riesgos

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

- Clínicos (seguridad del paciente)
  - Colaboración en la Documentación y Detección de efectos adversos y complicaciones
  - Diseño de la encuesta de Satisfacción del cliente
- Estructurales (seguridad de las infraestructuras y su funcionamiento)
  - Despliegue del Programa de Ahorro y Reciclaje de Contaminantes Energéticos y Medioambientales (PARCEM)
  - Proyecto de Difusión de la Primera Fase del PARCEM a Centros de Salud
- Del Personal (seguridad y calidad de vida laboral de nuestras personas).
  - Planificación 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 2012 (PROVISIONAL)**  
**-ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO O CALIDAD DE VIDA LABORAL 2011-2012-**

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. 18 actuaciones

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

## 5.- Gestión del conocimiento

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

- Pone a disposición de los profesionales del Área la mejor evidencia científica disponible con el objetivo de colaborar en la mejora de la Efectividad de la Práctica Clínica
- Propone la incorporación de criterios de evidencia científica a las guías de práctica clínica para elevar la Calidad Científico-Técnica
- Asesora en la interpretación de resultados científicos, lectura crítica de artículos y proyectos de investigación
- Emitir y difundir informes, dirigidos a las instancias que se considere que puedan afectar, sobre los hallazgos más relevantes de MBE con cinco niveles de evidencia
- Asesorar sobre la metodología de elaboración de Protocolos, Guías y Vías

Actuaciones Específicas de la Oficina de MBE.

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

Actuaciones de Colaboración en Proyectos: 14 Actuaciones

## 6- Implantación y despliegue del modelo de calidad

Asesoramiento en Implantación y Desarrollo del Modelo de Calidad

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

Asesoramiento en Planificación de Auditorías Internas y Externas

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

Difusión del Modelo Entre Los Profesionales Del Área: 12 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 22 actuaciones

Impulso De Actividades y Su Difusión: 19 actuaciones

Actividades Formativas: 11 actuaciones y 16 de formación en Acreditación

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

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

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

Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio de Calidad sanitaria:

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

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

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

INE: Recogida de Datos sobre Actividad en Investigación 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.