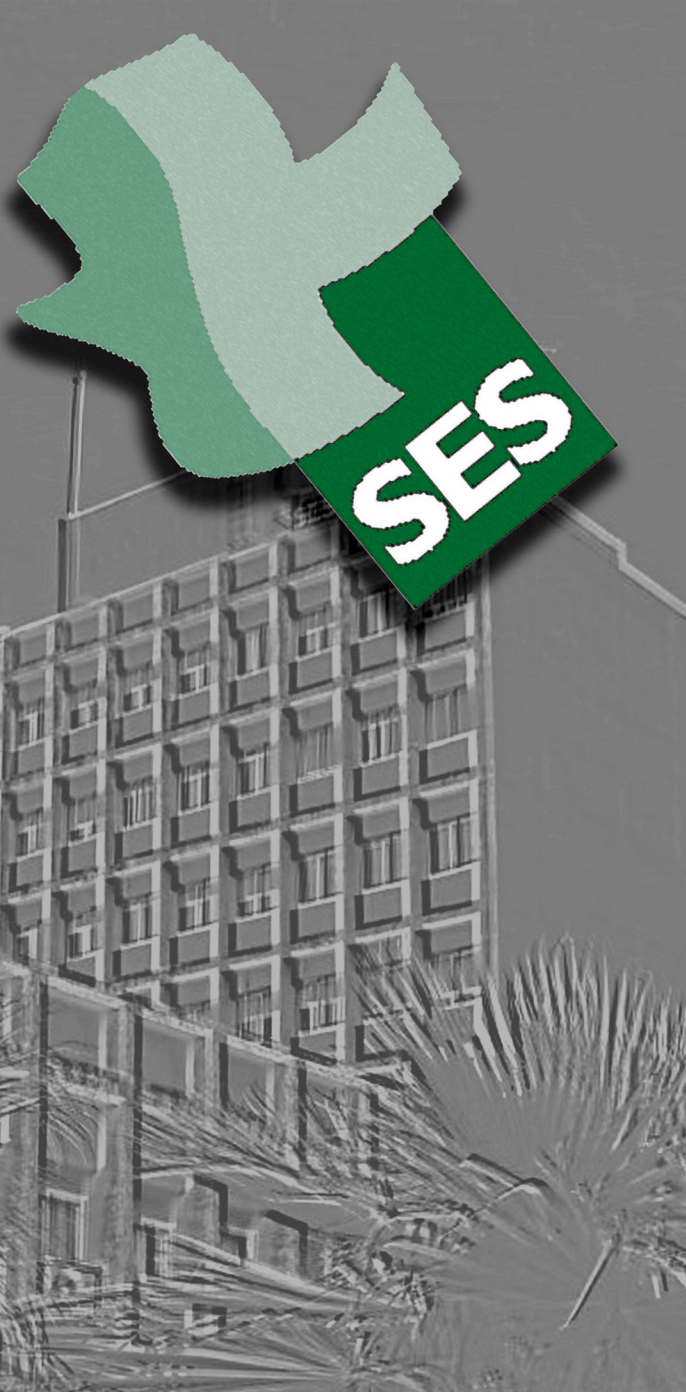


Gerencia del Area de Salud de Plasencia



Memoria 2012



Centro de Salud de Serradilla

Edita: Gerencia del Área de Salud de Plasencia
Servicio Extremeño de Salud
Consejería de Salud y Política Social
Gobierno de Extremadura

Dirección: Luis Martin Recuero

Coordinación: Departamento de Control de Gestión

Fotografía: Departamento de Audiovisuales

ÍNDICE

1.- Presentación	5
2.- Estructura del área de salud	7
3.- Población y tarjetas sanitarias	
3.1.- Población	9
3.2.- Tarjetas sanitarias individuales por zonas básicas de salud	11
4.- Ordenación sanitaria del área	
4.1.- Recursos humanos	15
4.2.- Recursos materiales	16
5.- Cartera de Servicios	
5.1.- Atención comunitaria. Equipos atención primaria y unidades de apoyo	19
5.2.- Centros de drogodependencia de Extremadura	20
5.3.- Equipo de cuidados paliativos	21
5.4.- Salud mental	21
5.5.- Unidad del dolor	22
5.6.- Atención hospitalaria	23
6.- Nuevas acciones / Infraestructuras	27
7.- Actividad	
7.1.- Salud pública y administración sanitaria	29
7.2.- Educación para la salud	67
7.3.- Asistencial: equipos atención primaria, u. apoyo y u. transversales	70
7.4.- Asistencial: atención hospitalaria	76
8.- Prestación farmacéutica	
8.1.- Prestación farmacéutica en el área de salud	83
8.2.- Actividades de uso racional del medicamento	84
9.- Calidad asistencial	93
10.- Formación e investigación	153
11.- Datos económicos	
11.1.- Gastos	155
11.2.- Ingresos. Facturación y cargos	155



1.- PRESENTACIÓN

El año 2012 vino determinado por un marco de extraordinarias dificultades económicas y financieras a las que la Comunidad de Extremadura, como el resto de Administraciones Españolas, tuvo que hacer frente, y que nos condujo, como gestores de un servicio público esencial como es el sanitario, a trabajar intensamente con el objetivo de contener el gasto y de mantener una asistencia de calidad, optimizando al máximo los recursos para ser más eficientes.

Ha sido, por tanto, un año en el que nuestros hospitales y centros de salud han realizado un gran esfuerzo por conjugar la calidad asistencial con el ahorro y la reducción de costes.

Por ello, no quiero terminar esta presentación sin dar las gracias por su esfuerzo y dedicación, a los profesionales y a los directivos que trabajan en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia y sin los cuales todo este “milagro” no sería posible.

*“Si podéis curar, curad; si no podéis curar, calmad;
si no podéis calmar, consolad”. (Augusto Murry)*

Luis Martín Recuero
Gerente del Área de Salud de Plasencia

1 de Octubre de 2.014.



2.- ESTRUCTURA DEL ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA



Zonas de Salud Área VII.

- Ahigal
- Aldeanueva del Camino
- Cabezuela del Valle
- Casas del Castañar
- Hervás
- Jaraíz de la Vera
- Mohedas de Granadilla
- Montehermoso
- Nuñomoral
- Pinofranqueado
- Plasencia I
- Plasencia II
- Plasencia III
- Serradilla





3.- POBLACIÓN Y TARJETAS SANITARIAS

3.1.-Población

(Fuente I.N.E. Padrón municipal 01/01/2012)

	<u>Total</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
Extremadura	1.108.130	550.324	557.806
Porcentaje.....	100,00%	49,66 %	50,34 %
Provincia de Cáceres.....	413.597	205.634	207.963
Porcentaje.....	100,00%	49,72 %	50,28 %
Área de Salud de Plasencia.....	114.296	57.390	56.906
Porcentaje.....	100,00%	50,21%	49,79%
Ciudad de Plasencia	41.002	19.975	21.027
Porcentaje.....	100,00%	48,72%	51,28 %

Población por municipios, área de salud de Plasencia

(Fuente I.N.E. Padrón municipal 01/01/2012)

<u>Municipio</u>	<u>Total</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
Plasencia	41.002	19.975	21.027
Abadía	330	182	148
Aceituna.....	626	323	303
Ahigal.....	1.462	761	701
Alagón del Río	841	420	421
Aldeanueva de la Vera.....	2.190	1.075	1.115
Aldeanueva del Camino.....	799	399	400
Aldehuela de Jerte.....	380	203	177
Arroyomolinos de la Vera.....	490	244	246
Baños de Montemayor.....	766	375	391
Barrado	451	237	214
Cabezabellosa	397	204	193
Cabezuela del Valle	2.443	1.266	1.177
Cabrero.....	371	198	173
Caminomorisco.....	1.211	635	576
Carcaboso	1.137	578	559
Casar de Palomero	1.419	718	701
Casares de las Hurdes	489	246	243
Casas del Castañar	620	300	320
Casas del Monte	817	412	405
Cerezo	185	88	97
Collado.....	164	87	77
Cuacos de Yuste	894	456	438
Galisteo.....	1.046	522	524
Garganta la Olla.....	1.009	536	473

Garganta (La)	477	261	216
Gargantilla	426	217	209
Gargüera.....	119	64	55
Granja (La).....	361	192	169
Guijo de Galisteo	1.631	827	804
Guijo de Granadilla	607	308	299
Hernán-Pérez	496	255	241
Hervás	4.190	2.063	2.127
Jaraíz de la Vera.....	6.727	3.372	3.355
Jarilla	155	77	78
Jerte.....	1.329	676	653
Ladrillar	204	109	95
Malpartida de Plasencia.....	4.782	2.397	2.385
Marchagaz	238	125	113
Mirabel	702	356	346
Mohedas de Granadilla.....	953	483	470
Montehermoso.....	5.884	3.020	2.864
Navaconcejo	1.975	997	978
Nuñomoral	1.411	750	661
Oliva de Plasencia.....	304	169	135
Palomero	412	216	196
Pasarón de la Vera	663	318	345
Pesga (La)	1.121	586	535
Pinofrankeado	1.670	890	780
Piornal.....	1.550	780	770
Pozuelo de Zarcón.....	552	273	279
Rebollar	224	110	114
Riobobos.....	1.349	710	639
Santa Cruz de Paniagua.....	291	160	131
Santibáñez el Bajo.....	797	410	387
Segura de Toro.....	191	90	101
Serradilla.....	1.684	864	820
Tejeda de Tiétar.....	873	471	402
Tomavacas	1.181	618	563
Torno (El).....	953	504	449
Torrecilla de los Ángeles.....	682	359	323
Torrejón el Rubio	577	297	280
Torremenga	652	351	301
Valdastillas.....	361	192	169
Valdeobispo	743	370	373
Villa del Campo.....	538	263	275
Villanueva de la Sierra	466	231	235
Villar de Plasencia	236	117	119
Zarza de Granadilla	1.850	963	887
Valdelamatanza (provincia de Salamanca)	170	89	81
Suma	114.296	57.390	56.906

3.2.- Tarjetas sanitarias individuales por zonas de salud

	<u>Nº. Tarjetas</u>	<u>% Área</u>	<u>% < 65 años</u>	<u>% >= 65 años</u>
Z.S. Ahigal	3.410	3,06 %	67,09 %	32,91 %
Ahigal.....	1.272			
Guijo de Granadilla.....	602			
Marchagaz.....	293			
Palomero	411			
Pantano de Gabriel y Galán	56			
Santibáñez el Bajo.....	776			
Z.S. Aldeanueva del Camino	4.746	4,26 %	72,57 %	27,43 %
Abadía	285			
Aldeanueva del Camino	1.197			
Casas del Monte.....	682			
Gargantilla	378			
Granja (La)	323			
Segura de Toro.....	182			
Valdelamatanza (provincia de Salamanca)	123			
Zarza de Granadilla	1.576			
Z.S. Cabezuela del Valle	7.117	6,39 %	77,71 %	22,29 %
Cabezuela del Valle.....	2.865			
Jerte.....	1.086			
Navaconcejo.....	1.876			
Rebollar	206			
Tornavacas.....	1.084			
Z.S. Casas del Castañar	3.903	3,50 %	69,61 %	30,39 %
Barrado.....	436			
Cabrero.....	335			
Casas Del Castañar	617			
Piornal	1.446			
Torno (El).....	753			
Valdastillas	316			
Z.S. Hervás	5.112	4,59 %	75,15 %	24,85 %
Baños de Montemayor	604			
Garganta (La)	384			
Hervás	4.124			
Z.S. Jaraíz de la Vera	12.524	11,24 %	77,95 %	22,05 %
Aldeanueva de la Vera	1.915			
Arroyomolinos de la Vera	404			
Collado	69			
Cuacos de Yuste	741			
Garganta la Olla	882			
Jaraiz de la Vera.....	7.500			
Pasarón de la Vera.....	568			
Torremenga	445			

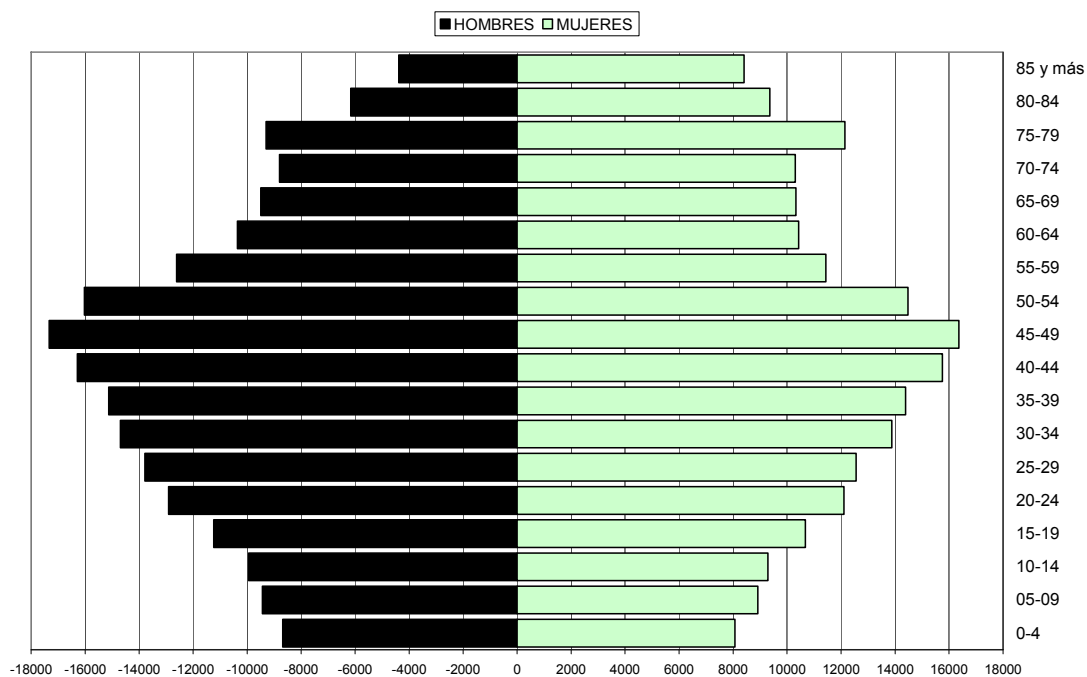
Z.S. Mohedas de Granadilla	3.292	2,95 %	66,44 %	33,56 %
Azabal.....	326			
Casar de Palomero.....	674			
Cerezo	167			
Mohedas de Granadilla	1.009			
Pesga (La)	1.028			
Rivera Oveja.....	88			
Z.S. Montehermoso.....	9.760	8,76 %	74,21 %	25,79 %
Aceituna.....	560			
Bronco (El).....	25			
Guijo de Galisteo	331			
Hernán Pérez	401			
Montehermoso.....	6.090			
Pozuelo de Zarzón	490			
Santa Cruz de Paniagua	282			
Torrecilla de Los Angeles	612			
Villa Del Campo.....	487			
Villanueva de la Sierra.....	482			
Z.S. Nuñomoral	2.138	1,92 %	64,55 %	35,45 %
Aceitunilla	79			
Arrolobos	109			
Asegur	108			
Cabezo	47			
Carabusino	61			
Casares de Las Hurdes.....	118			
Casarrubia	30			
Cerezal	124			
Fragosa	159			
Gasco (El).....	113			
Heras	8			
Huetre.....	124			
Ladrillar.....	96			
Martilandrán.....	126			
Mestas (Las).....	27			
Nuñomoral	429			
Riomalo de Abajo	49			
Riomalo de Arriba	5			
Robledo	27			
Rubiaco	73			
Vegas de Coria.....	226			
Z.S. Pinofranqueado	2.751	2,47 %	76,17 %	23,83 %
Aceña (La)	87			
Aldehuela.....	18			
Cambrón.....	13			
Cambroncino	173			
Caminomorisco.....	618			
Castillo.....	72			
Dehesilla	14			
Erías	61			

Horcajo	51			
Huerta	43			
Mesegal	28			
Muela	59			
Ovejuela	84			
Pedro Muñoz	68			
Pinofranqueado	1.254			
Robledo	41			
Sauceda	67			
Z.S. Plasencia I (Zona Centro)	18.895	16,96 %	78,38 %	21,62 %
Plasencia	17.962			
Gargüera	129			
Tejeda de Tiétar	648			
Valdeñigos	156			
Z.S. Plasencia II (Zona Sur)	17.029	15,28 %	80,31 %	19,69 %
Plasencia	8.068			
Alagón	853			
Aldehuela Del Jerte	352			
Carcaboso	992			
Galisteo	868			
Malpartida de Plasencia	3.769			
Pradochano	122			
Riolobos	1.180			
San Gil	167			
Valdeobispo	658			
Z.S. Plasencia III (Zona Norte)	18.007	16,16 %	86,31 %	13,69 %
Plasencia	17.129			
Cabezabellosa	328			
Jarilla	123			
Oliva de Plasencia	217			
Villar de Plasencia	210			
Z.S. Serradilla	2.754	2,47 %	69,59 %	30,41 %
Mirabel	606			
Serradilla	1.613			
Torrejón El Rubio	535			
Villarreal de San Carlos	0			
Total T.S.I. Área de salud de Plasencia	111.438	100,00 %	77,55 %	22,45 %

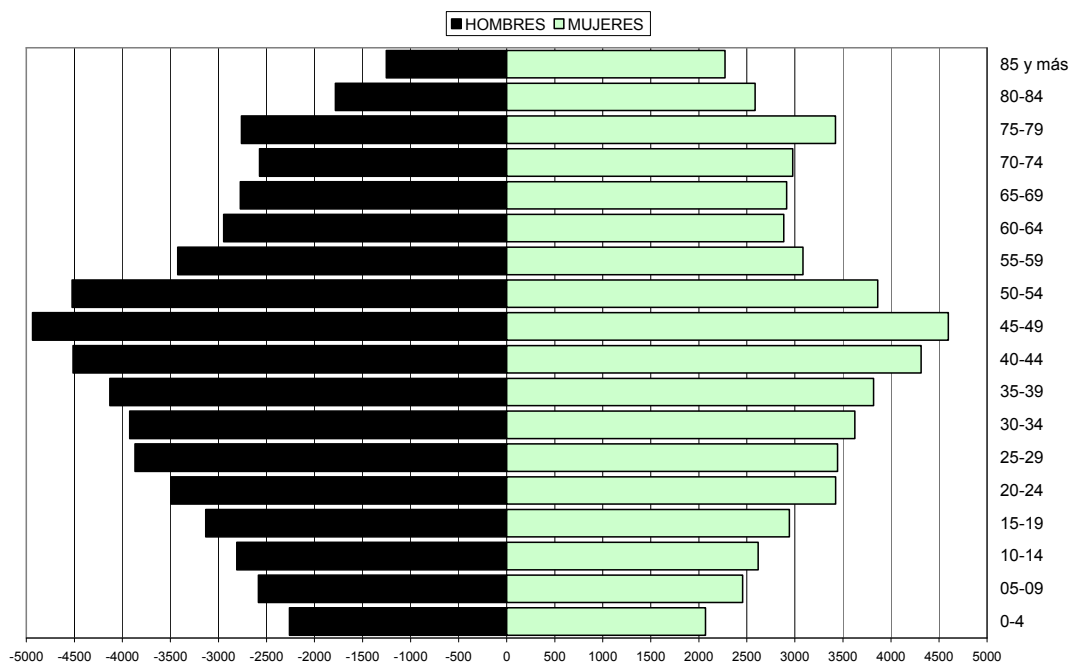
Fuente: Civitas

Pirámide de población Año 2.012

Pirámide de población provincia de Cáceres



Pirámide de población Área de Salud de Plasencia



4.- ORDENACIÓN SANITARIA DEL ÁREA

4.1 Recursos humanos

(Diciembre 2012)

Personal directivo de área	10
Atención primaria	
Personal facultativo médico	135
Personal facultativo atención continuada y emergencias	48
Personal facultativo farmacéuticos y veterinarios	44
Psicólogos	6
Enfermeros, fisioterapeutas y matronas	135
Enfermeros atención continuada y emergencias.....	47
Técnicos, higienistas y auxiliares de enfermería	17
Auxiliares administrativos	31
Personal subalterno.....	15
Otro personal de gestión y servicios.....	10
Logopedas.....	2
 Suma	 490
Atención especializada	
Facultativos especialistas de área	166
Psicólogos	3
Enfermeros, fisioterapeutas y matronas	257
Técnicos especialistas.....	41
Auxiliares de Enfermería	163
Auxiliares administrativos	119
Personal subalterno.....	82
Personal de hostelería.....	58
Otro personal de gestión y servicios.....	48
 Suma	 937
Personal en formación	
Médicos Internos Residentes	43
Personal de Enfermería en Formación.....	3

4.2 Recursos Materiales

En atención comunitaria

Centros de Salud (C.S.).....	14
Consultorios Locales (C.L.)	92
Puntos de Atención Continuada (P.A.C.)	14
Centros de Orientación y Planificación Familiar	3
CEDEX	2
Unidades Medicalizadas de Emergencias	3
Equipo de Cuidados Paliativos	1
Unidad del Dolor	1
Unidad Logopedia	1
Equipos de Salud Mental	1
Equipos de Salud Mental Infanto Juvenil	1
Unidades de Salud Bucodental	7
Unidades de Fisioterapia.....	13
Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica	19
Electrocardiógrafo	103 (C.S.-C.L.-PAC)
Espirómetros	21
Desfibriladores.....	96 (C.S., P.A.C. y C.L.)
Carros de parada.....	33 (C.S., P.A.C. y C.L.)
Pulsioxímetros	45
Equipos de cirugía menor.....	14 (C.S. y C.L.).
Ecógrafos	13
Equipo aerosolterapia.....	49
Equipo aspiración secreciones	37
Equipos Monitorización Ambulatoria Presión Arterial.....	5
Terminales Telemedicina.....	4
Retinógrafos	2

En atención especializada

Camas instaladas en hospitalización.....	250
·Médicas	67
·Quirúrgicas.....	112
·Pediátricas	17
·Neonatólogicas	12
·Obstétricas	16
·Unidad de Cuidados Intensivos	8
Unidad de Hospitalización Breve Psiquiatría.....	18
Locales de consulta en hospital.....	44
Locales de consulta en centro de especialidades	7
Puestos hospital de día	22
- Médicos.....	16
- Quirúrgicos (CMA)	6
Quirófanos instalados	6
· Programados.....	5
· Urgencias	1
Camas de reanimación postquirúrgica	8
Salas de Partos	2
Boxes en Urgencias	9
Camas de observación en Urgencias	6
Tomografía computerizada (TC) en radiodiagnóstico.....	2
Resonancia magnética nuclear	1
Mamógrafo	1
Ecógrafos	
Cardiología	2
Cirugía.....	1
Endocrinología	1
Obstetricia y ginecología	5
Oftalmología	1
Radiodiagnóstico.....	2
Reumatología	1
Unidad de Cuidados Intensivos.....	1
Urología.....	2
Salas de radiografía convencional en hospital	2
Salas de radiografía convencional en centro de especialidades	3
Telemando RX en hospital	1
Ortopantógrafo en centro de especialidades.....	1
Arco multifuncional radioquirúrgico.....	2
Láser oftalmológico YAG	1
Tomografía computerizada (TC) en radioterapia.....	1
Acelerador lineal de electrones radioterapia	1
Planificador tratamientos radioterapia	1



5.- CARTERA DE SERVICIOS

5.1.- Atención comunitaria. Equipos de atención primaria y unidades de apoyo

<u>Servicio</u>	<u>Numerador (*)</u>
101: Promoción de la lactancia materna	1.640
102: Promoción de hábitos saludables y autocuidados en la infancia y adolescencia	11.568
103: Prevención de patología cardiovascular	13.063
104: Prevención de enfermedades transmisibles: vacunaciones infantiles	14.504
111: Detección precoz de errores congénitos del metabolismo	1.549
112: Detección precoz de hipoacusias infantiles	5.417
113: Detección precoz de displasia del desarrollo de cadera	1.470
114: Detección precoz de criptorquidia	680
115: Detección precoz de anomalías oculares y de la visión	10.818
121: Supervisión del crecimiento y desarrollo físico	13.214
122: Supervisión del desarrollo psicomotor y el aprendizaje	10.856
201: Promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad en relación con la alimentación	256
202: Promoción de hábitos saludables y prevención de conductas de riesgo en relación con la actividad sexual	411
203: Promoción de la salud en relación con: ejercicio, consumo de tóxicos y otras conductas de riesgo	525
301: Consulta preconcepcional	545
302: Captación y valoración de la mujer embarazada	927
303: Seguimiento de la mujer embarazada	853
304: Educación maternal	391
305: Consulta puerperal	664
311: Información y seguimiento de tratamientos anticonceptivos	9.687
312: Seguimiento de la mujer que utiliza anticoncepción hormonal	2.757
313: Implantación y seguimiento de DIU por el EAP	950
321: Diagnóstico precoz de cáncer de cervix	13.529
322: Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio	5.849
323: Diagnóstico precoz de cáncer de mama	6.816
330: Atención a la mujer en el climaterio	2.813
401: Atención a pacientes con hipertensión arterial	13.670
402: Atención a pacientes con diabetes	5.378
403: Atención a pacientes con dislipemias	9.723
404: Atención a pacientes con obesidad	8.233
405: Atención a pacientes con EPOC	1.040
410: Atención a pacientes con VIH-SIDA	33
420: Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	453
430: Atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil	3.944
440: Atención al cuidador del paciente dependiente	218
451: Atención a fumadores y apoyo a la deshabitación del tabaco	794
452: Atención al consumidor excesivo de alcohol	456

500: Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos	64
601: Atención al paciente con trastorno de ansiedad	174
602: Atención al paciente con trastorno depresivo	227
701: Educación para la salud grupal y en centros educativos	113
702: Educación para la salud en la adolescencia	86
703: Educación para la salud en materia de salud sexual y reproductiva.....	1.489
704: Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Diabetes.....	1.891
705: Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Obesidad.....	2.624
706: Educación para la salud: Prevención de Zoonosis	149
711: Calendario vacunal del joven	0
712: Vacunación de la gripe.....	19.170
713: Vacunación del tétanos y difteria (Td) en el adulto	18.948
714: Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo	932
715: Vacunación antineumocócica en el adulto	8.102
716: Vacunación de la varicela en el adulto.....	3
717: Vacunación de la rubéola en el adulto	17
718: Indicación y administración en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran: Quimioprofilaxis de la Tuberculosis.....	0
721: Prevención de enfermedades cardiovasculares	61.175
731: Atención a la familia	23
732: Prevención del síndrome del “nido vacío”	38
733: Prevención de conductas de riesgo de los hijos	53
734: Prevención de malos tratos.....	10
800: Tratamientos fisioterapéuticos básicos	2.063
900: Servicio de cirugía menor en atención primaria	394

(*) Fuente de datos: JARA asistencial. 31/12/2012

5.2.-Centros de drogodependencia de Extremadura (CEDEX)

- Información y orientación.
- Programa de prevención.
- Programas asistenciales:
 - Programa de desintoxicación de todas las drogas.
 - Programa de reducción de daño de todas las drogas.
 - Programa diagnóstico de patologías asociadas.
 - Programa de detección de drogas de abuso en orina.
 - Programa de deshabitación de todas las drogas.
- Programa de reincorporación social y laboral.
- Docencia, formación e investigación.
- Coordinación con otras instituciones y recursos gestionados por otras entidades.

5.3.- Equipo soporte cuidados paliativos (ESCP)

- Nivel de servicios básicos (atención primaria y especializada)
 - Registro de casos.
 - Plan consensuado con el equipo de cuidados paliativos.
 - Información al paciente y sus familiares.
 - Contacto mínimo semanal con el paciente.
 - Evaluación de síntomas.
 - Control del dolor no complejo y otros síntomas.
 - Contacto con el ESCP para resolver situaciones de complejidad.
 - Soporte de atención psicológica y social.
 - Visita diaria a pacientes ingresados.

- Nivel de servicios avanzados (ESCP)
 - Registro de casos.
 - Plan consensuado con atención primaria y especializada.
 - Docencia a niveles básico, intermedio y avanzado.
 - Evaluación periódica de casos.
 - Detección de la complejidad.
 - Evaluación y control de síntomas complejos en el hospital y la comunidad (mediante asesorías, consultas, interconsultas hospitalarias, visitas hospitalarias o visitas domiciliarias)
 - Investigación.
 - Revisión de la mejor evidencia científica disponible.
 - Elaboración y actualización de guías clínicas.
 - Divulgación del programa.
 - Colaboración con el diseño de los indicadores de calidad.

5.4.- Salud mental

Equipo de salud mental

- Atención especializada básica: equipo de salud mental
 - Diagnóstico:
 - Psiquiátrico
 - Psicólogo
 - Tratamiento:
 - Farmacológico
 - Psicoterapéutico
 - De enfermería
 - Apoyo a la atención primaria:
 - Interconsultas
 - Sesiones clínicas
 - Intervención en crisis y atención a las urgencias de 8 a 15 horas.
- Atención hospitalaria: Hospital Virgen del Puerto / Centro Sociosanitario de Plasencia
 - Atención a las urgencias:
 - Específica 24 horas
 - Atención hospitalaria agudos:
 - Unidad de hospitalización breve
 - Diagnóstico pluridimensional
 - Intervención terapéutica
 - Interconsultas hospitalarias
- Rehabilitación comunitaria: convenio con Excmo. Ayunt. de Plasencia.

- Centro de rehabilitación:
 - Rehabilitación de habilidades
 - Asesoramiento y apoyo familiar
 - Soporte en la comunidad
- Programas de coordinación:
 - Comisión de salud mental de área
 - Intervención en situaciones de crisis
 - Subcomisión de gestión de casos

Equipo de salud mental infanto-juvenil

- Atención especializada : equipo de salud mental
 - Diagnóstico:
 - Psiquiátrico
 - Psicólogo
 - Tratamiento:
 - Farmacológico
 - Psicoterapéutico
 - De enfermería
 - Apoyo a la Atención Primaria:
 - Interconsultas
 - Sesiones clínicas
- Atención hospitalaria: Hospital Virgen del Puerto / Centro Sociosanitario de Plasencia
 - Atención a las urgencias:
 - Específica 24 horas
 - Atención hospitalaria agudos:
 - Unidad de hospitalización breve
 - Diagnóstico pluridimensional
 - Intervención terapéutica
 - Interconsultas hospitalarias
- Programas de coordinación:
 - Comisión de salud mental de área
 - Subcomisión de gestión de casos
 - Intervención en situaciones de crisis

5.5.- Unidad del Dolor.

- Asistencia:
 - Pacientes nuevos.
 - Revisiones.
 - Evaluaciones Psicológicas.
 - Asistencia individual a pacientes.
 - Asistencia grupal de pacientes
- Programas de Coordinación:
 - Otros profesionales: Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental, Servicios Sociales, Cuidados Paliativos.
 - Coordinador Regional de las Unidades del Dolor.
 - Asociaciones relacionadas.

- Docencia e investigación:
 - Presencia de la Unidad a los Equipos de Atención Primaria.
 - Sesiones clínicas y Talleres.
 - Reuniones de equipo
 - Elaboración de Protocolos

5.6.- Atención hospitalaria

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento – Hospitalización

Hospitalización

Medicina Interna
Cardiología
Digestivo
Endocrinología y Nutrición
Geriatría
Nefrología
Neurología
Oncología Médica
Oncología Radioterápica
Hematología Clínica
Cirugía General y Digestiva
Cirugía Ortopédica y Traumatológica
Otorrinolaringología
Oftalmología
Urología
Ginecología
Obstetricia
Pediatría
Neonatología
Cuidados Paliativos
Psiquiatría

Hospitalización Intensiva

Unidad de Cuidados Intensivos
Reanimación y Recuperación Postanestésica

Hospital de Día

Cirugía Mayor Ambulatoria
Oncología
Hematología
Medicina Interna
Alergología
Especialidades: Nefrología, Digestivo, Reumatología, Neurología

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento – Consultas Externas

Consultas Externas

- Medicina Interna
- Alergología
- Cardiología
- Digestivo
- Endocrinología y Nutrición
- Geriatría
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Neuropsicología
- Oncología Médica
- Oncología Radioterápica
- Reumatología
- Hematología y Hemoterapia
- Dermatología
- Psiquiatría
- Cirugía General y Digestiva
- Cirugía Ortopédica y Traumatológica
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Urología
- Ginecología
- Obstetricia
- Pediatría
- Cuidados Paliativos
- Marcapasos
- Rehabilitación

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento – Atención Ambulatoria

Alergología

- Pruebas funcionales respiratorias-test metacolina
- Test Oxido nítrico exhalado
- Inmunoterapia
- Pruebas Cutáneas
- Pruebas de provocación o de exposición controlada
- Pruebas de función respiratoria
- Tratamientos de Inmunoterapia y administración de terapia biológica

Cardiología

- Holter
- Ecocardiograma
- Ergometría

Cirugía

- Eco Doppler Vascular
- Cirugía Bariátrica
- Cirugía Endoanal

Diagnostico Prenatal

Digestivo

Endoscopias
Manometrías y Phmetrías

Nefrología

Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial

Neurofisiología

Potenciales Evocados
Electroneurofisiología

Neumología

Broncoscopias
Pruebas Funcionales Respiratorias
Poligrafías
Consulta Alta Resolución Tumores

Otorrinolaringología

Audiometrías
Otoemisiones acústicas

Urología

Cistoscopias
Estudios urodinámicos
Biopsias prostáticas

Urgencias – Servicios Centrales

Urgencias

Bloque Quirúrgico

Quirófanos
Anestesiología, Reanimación y Cuidados Críticos

Anatomía Patológica

Diagnostico por Imagen

Radiología General
Tomografía Axial Computerizada
Mamografía
Ecografía
Ortopantomografía
Resonancia Magnética Nuclear

Laboratorios

Análisis Clínicos
Hematología y Hemoterapia
Bioquímica
Microbiología y Parasitología
Inmunología

Radiofísica

Radioterapia

Banco de Sangre

Rehabilitación y Fisioterapia

Farmacia Hospitalaria

Admisión y Documentación Clínica

Logopedia

Otros

Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales

Medicina Preventiva y Salud Pública

Docencia

Biblioteca

Atención al Usuario

Servicios Religiosos

Cuidados de Enfermería

Unidad de Calidad

Sistemas de Información

6.- NUEVAS ACCIONES E INFRAESTRUCTURAS

Apertura de nuevos servicios y unidades

- Apertura de la Segunda Fase de Radiodiagnóstico

Obras y equipamientos

- Obras y equipamientos en Consultorios y Centros de Salud a través de subvenciones por parte de la Consejería de Salud y Política Social:

- Baños de Montemayor..... Reforma
- Cuacos de Yuste..... Reforma

Otros

- Adscripción de Plazas del SEPAD a la Gerencia del Área de Salud de Plasencia (Servicio Extremeño de Salud)



7.- ACTIVIDAD

7.1.- Salud pública y administración sanitaria:

7.1.1.- Seguridad alimentaria, Zoonosis, Educación para la salud, Atención veterinaria continuada y Tasas seguridad alimentaria:

7.1.1.1.- Seguridad alimentaria:

Las actuaciones en materia de seguridad alimentaria son realizadas por los Servicios Veterinarios (en el caso de productos de origen animal y frutas y hortalizas frescas) y por los Servicios Farmacéuticos (productos de origen vegetal excepto frutas y hortalizas frescas).

Se justifican por la necesidad de garantizar la salud de los consumidores mediante la adopción de medidas preventivas en lo relativo a la elaboración/ comercialización de alimentos desde la producción primaria hasta el consumidor final ("de la granja a la mesa") todo ello como consecuencia del mandato de la Comisión Europea (cumplimiento de la legislación alimentaria que tiene como pilares fundamentales el Reglamento 178/2002, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria, Reglamento 852/2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios, Reglamento 853/2004, por el que se establecen normas específicas de higiene de los alimentos de origen animal, Reglamento 854/2004, por el que se establecen normas específicas para la organización de controles oficiales de los productos de origen animal destinados a consumo humano y el Reglamento 882/2004, sobre los controles oficiales efectuados para garantizar la verificación del cumplimiento de la legislación en materia de piensos y alimentos y la normativa sobre salud animal y bienestar de los animales).

La citada normativa establece que los Estados miembros garantizarán que se efectúen controles oficiales con regularidad, basados en los riesgos y con la frecuencia apropiada. Para ello los Estados miembros garantizarán que el personal que lleve a cabo los controles oficiales no esté sometido a ningún conflicto de intereses. Además indica que los estados miembros velarán por que existan los recursos económicos adecuados para facilitar los recursos personales y de otro tipo necesarios para efectuar los controles oficiales por los medios que se consideren oportunos, incluida la imposición general o el establecimiento de tasas o gravámenes.

Dichas actividades se realizan básicamente de la siguiente manera:

- Programadas: a través del Plan Nacional plurianual de control de la cadena alimentaria.
- De oficio: a iniciativa de los Servicios Veterinario y/o Farmacéuticos Oficiales.
- A petición del interesado: autorizaciones sanitarias, visitas de asesoramiento, etc...
- Situaciones de urgencia: alertas alimentarias y brotes de origen alimentario.

7.1.1.1.1.- Alertas alimentarias. Sistema coordinado de intercambio rápido de información

El sistema coordinado de intercambio rápido de información es una red de comunicación a nivel de la Unión Europea en el que intervienen todos los estamentos de la administración (local, autonómica, nacional y comunitaria) así como las empresas alimentarias y de la que son participantes activos y esenciales los Servicios Veterinarios Oficiales y Servicios Farmacéuticos Oficiales.

El objetivo de esta red es asegurar la vigilancia de los riesgos sanitarios y nutricionales derivados de los alimentos tratando de evitar que un alimento o pienso que posea un riesgo grave, directo o indirecto para la salud humana llegue al consumidor.

El mecanismo es el siguiente:

Cuando un miembro de la red posea información relativa a la existencia de un riesgo grave, directo o indirecto para la salud humana derivado de un alimento o de un pienso, notificará inmediatamente esta información a la Comisión a través del sistema de alerta rápida y ésta lo comunicará inmediatamente a los miembros de la red. A su vez los Estados miembros notificarán a la Comisión las medidas que se adopten para restringir la comercialización de alimentos o piensos, retirarlos del mercado o recuperarlos si ya han sido suministrados a los consumidores, con el fin de proteger la salud humana contra un riesgo que exigen una acción rápida. Por parte de todos los eslabones de la red se realizará una búsqueda activa de los alimentos en todas las fases de la cadena de producción / distribución de alimentos con el fin de realizar una retirada activa y bajo control oficial del producto.

A nivel nacional el punto de contacto es la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición que coordina a su vez la red nacional formada por las Comunidades autónomas, Ciudades autónomas, Federación de fabricantes de alimentos y bebidas, Ministerio de Defensa, Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Sanidad exterior).

A nivel autonómico la red está formada por la Dirección General de Salud Pública y 4 Direcciones de Salud (con 2 puntos de contacto permanente todos los días del año en cada Dirección de Salud).

Las alertas son gestionadas en cuatro niveles:

- Alertas: Riesgo grave inmediato y riesgo grave no inmediato.
- Informaciones.
- Rechazos
- Varios

	<u>Número</u>	<u>Cobertura</u>
Nº de alertas	108	
Resultados positivos	2	
Resultados negativos.....	106	
Resultados retirados / decomisados	0	
Resultados liberados	0	
Actuaciones por zona de salud		
Ahigal	107	99
Cabezuela del Valle.....	77	71
Mohedas de Granadilla.....	97	89,8
Casas del Castañar.	108	100
Hervas.....	26	24
Jaraiz de la Vera	108	100
Plasencia I	91	84,3
Montehermoso	92	85
Aldeanueva del Camino.....	99	91,7
Nuñomoral	99	91,7
Pinofranqueado.....	94	87

Plasencia III	104	96,3
Plasencia II	108	100
Serradilla.....	104	96,3

7.1.1.1.2.- Control oficial establecimientos alimentarios:

El control oficial en los establecimientos alimentarios del Área de Plasencia se realiza del siguiente modo:

- De oficio.
- A petición del interesado.
- Programado.

El programado se basa en los siguientes programas: control general de empresas alimentarias y programa del control de los autocontroles. El objetivo de ambos programas es garantizar el cumplimiento por parte de los operadores alimentarios de la legislación alimentaria con el fin de poner alimentos seguros a disposición del consumidor.

Estos controles se llevan a cabo en todas las fases de la cadena alimentaria: elaboradores, envasadores, almacenistas, distribuidores sin depósito, establecimientos de comidas preparadas y comercio minorista de alimentación.

La priorización de los controles se realiza en función del riesgo de cada establecimiento (peligrosidad, valoración del riesgo por parte de la aplicación Jara y la valoración del riesgo por parte del Facultativo Veterinario y Farmacéutico).

Los aspectos a controlar son los siguientes:

- Inspección:
 - Examen del establecimiento.
 - Examen de las materias primas.
 - Examen de procesos de fabricación.
 - Examen del producto final.
 - Examen de manipuladores.
- Verificación:
 - Examen de trazabilidad.
 - Examen de los sistemas de vigilancia de la empresa.
- Auditoría de los sistemas de autocontroles de la empresa.

Actividades consecutivas:

- Comunicación del resultado del control oficial.

- Adopción de medidas: apercibimiento con o sin plazo, inicio de expediente sancionador, cese de actividad, comunicación del riesgo (prealerta), etc...
- Anotación de los datos del control en la aplicación “Jara SP”.
- Anotación de las medidas adoptadas.
- Seguimiento de los incumplimientos con el fin de corregir la situación.

Establecimientos de comidas preparadas:

Total controles realizados en el Área: 1290

De oficio: 291

A petición del interesado: 3

Programados: 996

Por zonas de salud:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Ahigal.....	25	36
Aldeanueva del Camino.....	50	65
Cabezuela del Valle.....	62	103
Casas del Castañar.....	45	91
Hervas.....	93	178
Jaraiz de la Vera.....	62	118
Mohedas de Granadilla.....	28	74
Montehermoso.....	38	57
Nuñomoral.....	38	46
Pinofranqueado.....	37	68
Plasencia I.....	76	97
Plasencia II.....	82	109
Plasencia III.....	109	138
Serradilla.....	30	110
<u>Total 2012.....</u>	<u>775</u>	<u>1290</u>
Total 2011.....	761	1324

Por tipo de establecimiento:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Bar.....	346	512
Cafetería.....	15	20
Hamburguesería / Pizzería / Bocatería.....	20	20
Restaurante.....	188	309
Salones de bodas / banquetes.....	13	17
Comida para llevar.....	17	19

Heladería / pastelería / bollería / churrería.....	22	27
Máquinas expendedoras.....	4	6
Centro educativo.....	34	97
Centro sanitario.....	6	12
Residencia de mayores	33	139
Alojamiento turístico.....	31	50
Guardería.....	7	15
Albergue / colonia escolar	25	3
Centro de día.....	14	44
<u>Total</u>	775	1290

Comercio minorista de alimentación:

Total controles realizados en el Área: 1137

De oficio: 192

A petición del interesado: 2

Programados: 1123

Por zonas de salud:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Ahigal.....	12	34
Aldeanueva del Camino.....	34	87
Cabezuela del Valle.....	39	80
Casas del Castañar.....	21	101
Hervas.....	35	147
Jaraiz de la Vera	58	135
Mohedas de Granadilla	21	60
Montehermoso	44	109
Nuñomoral	9	28
Pinofranqueado.....	14	48
Plasencia I	109	225
Plasencia II	38	85
Plasencia III	78	116
Serradilla.....	16	77
<u>Total 2012</u>	528	1137
Total 2011.....	525	1238

Por tipo de establecimiento:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Gran superficie.....	2	5
Supermercado... ..	175	415
Ultramarino.	123	243
Carnicería.	94	320
Pescadería.....	15	31
Frutería	31	29
Congelados.....	10	9
Panadería / pastelería.....	35	32
F. secos / encurtidos / golosinas / helados	24	31
Mercado de abasto	3	2
Venta especializada	12	1
Venta en máquinas expendedoras	1	15
Herbolario	3	4
<u>Total</u>	528	1137

Industrias inscritas en el Registro general sanitario de empresas alimentarias y alimentos:

Total controles realizados en el Área: 843

De oficio: 197

A petición del interesado: 62

Programados: 584

Por zonas de salud:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Ahigal.....	14	23
Aldeanueva del Camino.....	22	53
Cabezuela del Valle.....	60	91
Casas del Castañar.....	25	98
Hervas.....	9	37
Jaraiz de la Vera	42	93
Mohedas de Granadilla.....	13	41
Montehermoso	30	94
Nuñomoral	12	17
Pinofranqueado.....	13	29
Plasencia I	12	21
Plasencia II	12	21
Plasencia III	67	143

Serradilla.....	12	82
<u>Total 2012</u>	343	843
Total 2011.....	357	846

Por tipo de establecimiento:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Carnes y derivados, aves y caza.....	49	235
Pescados, crustáceos, moluscos y derivados.	4	8
Huevos y derivados.....	3	3
Leche y derivados.....	7	36
Grasas comestibles.....	14	45
Cereales, harinas y derivados.....	85	135
Vegetales y derivados.....	80	240
Edulcorantes naturales y derivados.....	5	9
Condimentos y especias.....	18	34
Platos preparados y precocinados.....	6	17
Agua de bebida / hielo.....	1	1
Helados.....	1	1
Bebidas no alcohólicas.....	2	2
Bebidas alcohólicas.....	11	21
Aditivos, aromas y coadyuvantes tecnol.....	4	2
Materiales en contacto con alimentos.....	3	0
Almacenistas, distribuidores, env, import.....	50	54
Total.....	343	843

7.1.1.1.3 Programas seguridad alimentaria:

Programa de control de alérgenos y Sustancias que provocan intolerancias Presentes en los alimentos:

Las reacciones adversas a los alimentos , como las alergias , son un problema emergente. La prevalencia oscila entre el 1% y el 3% en la población adulta y entre el 4% y el 6% en los niños. Cada vez son mas las personas que sufren este tipo de patología relacionada con la alimentación. Por este motivo , los sistemas de control oficial deben llevar a cabo un exhaustivo control en el procesado de los alimentos y evitar a posible contaminación por nutrientes alérgenos.

Bajo la actual legislación de la Unión Europea el Real Decreto 2220/2004 establece que cualquier alimento que contenga algún ingrediente que pueda provocar alergias o intolerancias en los consumidores deberá aparecer como tal en el etiquetado del producto final. La directiva 2003/89/CE , en vigor a partir de 26/11/2005 establece que todos los productos comercializados deberán informar en su etiquetado de la posible presencia de los siguientes ingredientes:

- Cereales que contienen gluten y productos derivados
- Huevos y productos a base de huevos
- Pescado y productos a base de pescado
- Crustaceos
- Cacahuetes
- Soja
- Frutos de Cáscara
- Apio
- Mostaza
- Granos de Sésamo
- Anhídrido Sulfuroso y Sulfitos .

Es por ello que se hace necesario establecer un calendario de muestreo con el fin de comprobar que en etiquetado se informa sobre la presencia de determinados ingredientes y en caso de no declarar el ingrediente comprobar que efectivamente el ingrediente no está en la composición del alimento.

<u>Matriz</u>	<u>Alérgeno/intolerancia</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>Nº positivos</u>	<u>Zona de salud</u>
Pastas alimenticias	Gluten	1	0	Plasencia III
Bollería	Gluten	1	0	Plasencia II
Harina	Gluten	1	0	Plasencia I
Harina	Gluten	1	0	Plasencia II
Galletas	Gluten	1	0	Plasencia I
Galletas	Gluten	1	0	Plasencia III
Bollería	Proteína de huevo	1	0	Plasencia II
Cereales desayuno	Alergenos frutos secos	1	0	Plasencia I
Total.		8	0	

Programa investigación de antibióticos en productos de origen animal:

El uso de antibióticos, ha sido una de las principales herramientas en el control de numerosas enfermedades infecciosas de origen bacteriano en los animales. Esto tienen como consecuencia la aparición de residuos en los productos de origen animal, y cuya ingestión puede suponer un riesgo para la salud pública, en caso de no respetar los periodos de supresión, por lo que es necesario su control exhaustivo.

Por tanto, para cumplir con las directrices marcadas en el Plan Plurianual de control de la cadena alimentaria, así como con las normas reguladoras vigentes, y a fin de proteger la salud de los consumidores, se pone en marcha un Plan de muestreo para la investigación de antibióticos en productos de origen animal, el cuál servirá de refuerzo al Plan de Investigación de Residuos que se viene ejecutando desde hace años, en cumplimiento del Real Decreto 1749/1998, por el que se establecen las medidas de control aplicables a determinadas sustancias y sus residuos en los animales vivos y sus productos.

Muestras tomadas en matadero y en comercio minorista en el caso de huevos.

	<u>Matriz</u>	<u>Nº muestras tomadas nº positivas</u>	
Jaraiz de la Vera.....	Aves	46	0
	Porcino	2	0
Plasencia II.....	Porcino	5	0
	Ovino	2	0
	Huevo	3	0
Plasencia I	Ovino	3	0
	Bovino	1	0
	Lidia	4	0
	Porcino	4	0
	Huevo	2	0
Serradilla.....	Huevo	2	0
Casas del Castañar.....	Huevo	2	0
Ahigal.....	Huevo	2	0
Mohedas de Glla.....	Huevo	3	0
Pinofranqueado.....	Huevo	3	0
Total.....		84	0

Programa de control de metales pesados en alimentos:

Dentro del programa de control de contaminantes , se establece un programa de investigación de residuos de metales pesados Pb y Cd en aceite de oliva, arroz y pescado para así poder evaluar el contenido o la presencia de estos metales pesados en los alimentos.

<u>Matriz</u>	<u>Sustancia</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>Nº positivos</u>	<u>Zona de salud</u>
Aceite de Oliva.....	Plomo, Cadmio	1	0	Plasencia II
		1	0	Montehermoso
		1	0	Jaraiz V.
Arroz.....	Plomo, Cadmio	1	0	Aldeanueva C.
Pescado.....	Plomo, Cadmio	1	0	Plasencia II
		1	0	Plasencia III
Total.....		6	0	

Programa investigación de nitratos en hortalizas:

Los nitratos están ampliamente distribuidos en los alimentos, siendo la principal fuente de exposición humana a nitratos el consumo de verduras y hortalizas, y en menor medida, el agua de bebida y otros alimentos. Algunas especies de vegetales acumulan los nitratos en sus partes verdes. Por tanto, los cultivos de hoja como las lechugas y espinacas generalmente presentan mayores concentraciones de nitratos. Los nitratos también son usados en agricultura como fertilizantes y en el procesado de alimentos como aditivo alimentario autorizado.

Su toxicidad viene determinada por su conversión a nitrito. El nitrato puede transformarse en nitrito por reducción bacteriana tanto en los alimentos (durante el procesado y el almacenamiento), como en el propio organismo (en la saliva y el tracto gastrointestinal). Los nitritos en sangre oxidan el hierro de la hemoglobina produciendo metahemoglobinemia, incapaz de transportar el oxígeno, muy frecuente en bebés (“Síndrome del bebé azul”). Por otro lado, los nitratos reaccionan con los aminoácidos de los alimentos en el estómago, produciendo nitrosaminas y nitrosamidas, sustancias que han demostrado tener efectos cancerígenos.

Es por ello por lo que se implanta un programa de muestreo en vegetales, con el fin de dar cumplimiento al Reglamento 1881/2006 por el que se fija el contenido máximo de determinados contaminantes en los productos alimenticios, en espinacas, lechugas y alimentos infantiles.

<u>Matriz</u>	<u>Sustancia</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>Nº positivos</u>	<u>Zona de salud</u>
Lechuga.....	Nitrato / Nitrito	3	0	Montehermoso
	Nitrato / Nitrito	2	0	Plasencia III
Espinacas.....	Nitrato / Nitrito	2	0	Plasencia II
	Nitrato / Nitrito	2	0	Plasencia I
	Nitrato / Nitrito	2	0	Plasencia III
Acelgas.....	Nitrato / Nitrito	2	0	Jaraíz de la Vera
	Nitrato / Nitrito	2	0	Hervás
	Nitrato / Nitrito	2	0	Cabezuela del Valle
Rúcula.....	Nitrato / Nitrito	2	0	Plasencia III
Total.....		20	0	

Plan Nacional de Investigación de residuos:

En cumplimiento del RD 1749/1998, la Dirección General de Salud Pública, como órgano que ostenta la vocalía de la Comisión Nacional del PNIR, ha establecido la Planificación General de la Campaña para la Comunidad Autónoma, determinando el número de muestras que se deben analizar para cada grupo de sustancias tanto en animales vivos (muestreo que gestiona la Consejería de Agricultura) como en productos alimenticios (muestreo gestionado por el SES).

<u>Grupo</u>	<u>Sustancia</u>	<u>Matriz</u>	<u>Muestras</u>	<u>Nº positivos</u>
A2	Tirostáticos.....	Tiroides	2 Bovino	0
		Músculo	9 Aves	0
A5	B Agonistas	Hígado	1 Porcino	0
			2 Bovino	0
		Pelo	1 Lidia	0
B2c	Piretroides.....	Grasa	2 Bovino	0
			2 Porcino	0
			2 Ovino	0
			1 Caprino	0
			10 Aves	0
A6	Cloranfenicol.....	Músculo	2 Bovino	0

			2 Porcino	0
			10 Aves	0
B1	Antibióticos.....	Músculo	2 Bovino	0
			2 Ovino	0
			2 Caprino	0
			5 Porcino	0
			20 Aves	0
		Miel	7 Miel	0
		Leche	2 Leche	0
		Huevo	1 Huevo	0
B3a	Tranquilizantes.....	Suero	1 Porcino	0
			1 Lidia	0
B2f	Amitraz.....	Músculo	2 Ovino	0
B3a	Organoclorados.....	Grasa	1 Bovino	0
			2 Ovino	0
			2 Porcino	0
			10 Aves	0
			1 Caprino	0
			1 Lidia	0
		Huevo	1 Huevo	0
Total.....			109	0

Programa investigación de nitratos en productos cárnicos:

En la comunidad autónoma de Extremadura el sector de productos cárnicos tiene una gran importancia y relevancia. En la elaboración de los mismos se utilizan aditivos como son los nitratos y nitritos, los cuales están permitidos, ya que intervienen en la inhibición del crecimiento del Clostridium Botulinum, pero su uso está limitado, según se establece en el Real Decreto 142/2002, por el que se aprueba la lista positiva de aditivos distintos de colorantes y edulcorantes para su uso en la elaboración de productos alimenticios, así como sus condiciones de utilización.

Con el fin de poder comprobar si se está cumpliendo la legislación vigente al respecto e identificar posibles peligros, además de cumplir con las directrices marcadas en el Plan de Control Plurianual de la Cadena alimentaria, se instaura un programa para el control de nitratos/nitritos en los productos cárnicos puestos en el mercado a disposición del consumidor.

<u>Matriz</u>	<u>Sustancia</u>	<u>Nº muestras/Nº positivo/Zona de salud</u>
Producto cárnico.....	Nitrato, nitrito	4 0 Aldeanueva C.
		3 0 Cabezuela V.
		2 0 Jaraiz V.
		1 0 Casas del Castañar
		4 0 Mohedas Glla.
		2 0 Nuñomoral

	3	0	Pinofranqueado
	2	0	Plasencia II
	1	0	Serradilla
	4	0	Hervás
Total.....	26	0	

Programa de control de los criterios de seguridad alimentaria sector lácteo y cárnico:

En base al Reglamento 2073/2005, criterios microbiológicos aplicables a los productos alimenticios se realiza el siguiente muestreo:

Matriz	Sustancia	Nº muestras	Nº positivo	Zona de salud
Queso.....	Salmonella	1	0	Jaraíz de la Vera
Queso.....	Listeria	1	0	Jaraíz de la Vera
Queso.....	Salmonella	1	0	Plasencia III
Queso.....	Listeria	1	0	Plasencia III
Queso.....	Salmonella	1	0	Plasencia II
Queso.....	Listeria	1	1	Plasencia II
Producto cárnico.....	Salmonella	1	0	Aldeanueva C.
Producto cárnico.....	Listeria	1	0	Aldeanueva C.
Producto cárnico.....	Salmonella	1	0	Montehermoso
Producto cárnico.....	Listeria	1	0	Montehermoso
Producto cárnico.....	Salmonella	1	0	Hervás
Producto cárnico.....	Listeria	1	0	Hervás
Producto cárnico.....	Salmonella	1	0	Jaraíz de la Vera
Producto cárnico.....	Listeria	1	0	Jaraíz de la Vera
Producto cárnico.....	Salmonella	1	0	Casas del Castañar
Producto cárnico.....	Listeria	1	0	Casas del Castañar
Carne picada.....	Salmonella	1	0	Plasencia I
Carne picada.....	Salmonella	1	0	Plasencia II
Carne picada.....	Salmonella	1	0	Plasencia III
Total.....		19	0	

Programa de control de anisakis en productos pesqueros:

El *Anisakis* spp. Es un parásito que se encuentra en el pescado y cuyas larvas pasan activas al aparato digestivo humano al ingerir pescado crudo o insuficientemente cocinado, provocando alteraciones digestivas y reacciones alérgicas. La anisakiasis humana, en sus vertientes parasitarias y alérgica, es un problema de salud pública cuya incidencia, está aumentando en los últimos años, aumento que podría ser debido a una mayor infestación del pescado capturado en todos los mares y consumido en España, así como un cambio en la tendencia de consumo, por lo que su control se considera importante.

Por ello se realiza el siguiente muestreo:

Matriz	Sustancia	Nº muestras	Nº positivo	Zona de salud
Pescado.....	Anisakis	2	0	Plasencia I
Pescado.....	Anisakis	2	1	Plasencia II
Pescado.....	Anisakis	2	1	Plasencia III
Pescado.....	Anisakis	1	1	Cabezuela del Valle
Pescado.....	Anisakis	1	1	Jaraíz de la Vera
Total.....		8	4	

Programa de control micotoxinas en alimentos:

En base al Reglamento 1881/2006, de 19 de Diciembre de 2006, de la Comisión, por el que se fija el contenido máximo de determinados contaminantes en los productos alimenticios.

<u>Matriz</u>	<u>Sustancia</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>Nº positivo</u>	<u>Zona de salud</u>
Pimentón.....	Ocratoxina	5	0	Aldeanueva C.
Pimentón.....	Ocratoxina	13	0	Jaraiz V.
Pimentón.....	Ocratoxina	1	0	Plasencia III
Pimentón.....	Ocratoxina	1	0	Montehermoso
Cereales desayuno.....	Zearelenona	1	0	Plasencia I
Cereales desayuno.....	Zearelenona	1	0	Plasencia II
Frutos secos.....	Aflatoxinas	1	0	Plasencia I
Frutos secos.....	Aflatoxinas	1	0	Plasencia III
Cereales maíz.....	Ocratoxina	1	0	Plasencia II
Pimentón.....	Ocratoxina	17	0	Jaraíz de la V.
Pimentón.....	Ocratoxina	6	0	Aldeanueva C.
Pimentón.....	Ocratoxina	1	0	Plasencia III
Pimentón.....	Ocratoxina	1	0	Montehermoso
Total.....		51	0	

Programa de control plaguicidas en productos hortofrutícolas:

Matriz	Sustancia	Nº muestras	Nº positivo	Zonade salud
Lechuga.....	Plaguicidas	2	0	Aldeanueva C.
Espinacas.....	Plaguicidas	2	0	Plasencia II
Acelgas.....	Plaguicidas	2	0	Plasencia II
Alim. Infantiles.....	Plaguicidas	3	0	Plasencia I
Peras	Plaguicidas	5	0	Plasencia II
Manzanas	Plaguicidas	5	0	Plasencia II
Cerezas	Plaguicidas	4	0	Cabezuela Valle

Cerezas	Plaguicidas	1	0	Casas Castañar
Cerezas	Plaguicidas	1	0	Jaraiz Vera
Cerezas	Plaguicidas	1	0	Plasencia II
Total.....		26	0	

Programa plaguicidas productos de origen animal:

Matriz	Sustancia	Nº muestras	Nº positivo	Zona salud
Grasa porcino.....	Organoclorados	1	0	Plasencia II
Grasa porcino.....	Organoclorados	1	0	Plasencia I

Programa control de higiene sector comidas preparadas:

Muestras de comidas preparadas:

Microorganismos a investigar: Gérmenes indicadores (Aerobios mesófilos, Enterobacteriaceas lactosa positiva) gérmenes testigos de falta de higiene (Escherichia coli, Staphylococcus aureus) y patógenos (Salmonella, Listeria monocytogenes)

<u>Tipo establecimiento</u>	<u>Número de muestras tomadas</u>	<u>Nº positivas</u>	<u>Zona de salud</u>
Centro infantil.....	3	0	Plasencia I
	2	0	Plasencia II
Centro educativo.....	5	0	Plasencia I
	2	0	Montehermoso
	2	0	Pinofranqueado
	2	0	Jaraiz de la Vera
Residencia ancianos...	2	0	Ahigal
	5	0	Mohedas G.
	1	0	Cabezuela V.
	2	0	Casas Castañar
	5	0	Plasencia II
Centro Sanitario.....	30	0	Plasencia III
Centro sociosanitario...	2	0	Plasencia III
	4	0	Nuñomoral
	2	0	Pinofranqueado
	4	0	Jaraiz de la Vera
	2	0	Aldeanueva C.
	2	0	Cabezuela V.
	2	0	Ahigal
Restaurante.....	2	0	Plasencia III

	2	0	Montehermoso
	1	0	Mohedas G.
	3	0	Cabezuela V.
	2	0	Casas del C.
	2	0	Aldeanueva C.
	1	0	Plasencia II
Hotel.....	6	0	Hervás
	2	0	Casas del C.
Total.....	100	0	

Muestras de superficies en contacto con alimentos:

Microorganismos a investigar: enterobacterias, aerobios mesófilos, mohos y levaduras y Staphylococcus

Zona de salud	Nº muestras tomadas	Nº muestras positivas
Ahigal.....	6	0
Aldeanueva del Camino.....	6	0
Cabezuela del Valle.....	6	0
Casas del Castañar.....	6	0
Hervás.....	6	0
Jaraíz de I Vera.....	6	0
Mohedas de Granadilla.....	6	0
Montehermoso.....	4	0
Nuñomoral.....	4	0
Pinofranqueado.....	4	0
Plasencia I.....	2	1
Plasencia II.....	2	0
Plasencia III.....	28	2
Serradilla.....	4	1
Total.....	90	4

Programa de higiene de los procesos en establecimientos de carnes frescas y en centros lácteos elaboradores de quesos:

Muestras: canales de bovino, ovino, caprino, porcino, aves.

Microorganismos a investigar: salmonella, enterobacterias, aerobios mesófilos en bovino, ovino, porcino, caprino y en el caso de aves salmonella.

Matriz	Nº muestras tomadas	nº positivas
Jaraiz de la Vera.....	Aves 6	0
Plasencia II.....	Porcino 4	0
Plasencia I.....	Bovino 2	0

	Ovino	3	0
	Caprino	1	0
Total.....		16	0

Muestras superficies en contacto con los alimentos:

Placas VRBG (enterobacteriaceas) y PCA (Aerobios mesófilos)

	Nº muestras tomada	nº positivas
Ahigal.....	2	0
Aldeanueva C.....	2	0
Mohedas de Granadilla.....	2	0
Serradilla.....	2	0
Hervás.....	2	0
Nuñomoral.....	2	0
Pinofranqueado.....	2	0
Plasencia I.....	2	0
Plasencia II.....	2	0
Plasencia III.....	2	0
Jaraiz de la Vera.....	2	0
Montehermoso.....	2	0
Cabezuela del Valle.....	2	0
Casas del Castañar.....	2	0
Total.....	24	0

Sector lácteo:

Microorganismos: E. Coli, Estafilococo coagulasa +.

Matriz: Queso fresco y queso curado

	Nº muestras tomada	nº positivas
Jaraiz de la Vera.....	2	0

Programa de control de la trazabilidad en establecimientos del comercio minorista de la carne:

	Censo	Nº Controles oficiales
Ahigal.	10	10
Aldeanueva del Camino...	20	20
Cabezuela del Valle.	8	8
Casas del Castañar.	14	14
Hervas.	17	17
Jaraiz de la Vera	37	37
Mohedas de Granadilla	12	12
Montehermoso	26	24

Nuñomoral	8	8
Pinofranqueado	7	7
Plasencia I	37	37
Plasencia II	14	14
Plasencia III	17	17
Serradilla.	3	3
Total	230	228

Encefalopatías espongiformes transmisibles:

Conforme al Reglamento (CE) N° 999/2001, por el que se establecen disposiciones para la prevención, el control y la erradicación de determinadas encefalopatías espongiformes transmisibles y Real Decreto 3454/2000, por el que se establece y regula el Programa Integral coordinado de vigilancia y control de las encefalopatías espongiformes transmisibles de los animales.

Realización de test rápidos en relación con la enfermedad de la tembladera ("Scrapie"):

N° ovinos > 18 meses.....	10
N° caprinos > 18 meses:.....	218
Muestras positivas:.....	0

Realización de test rápidos en relación con la encefalopatía espongiforme bovina tras aumentar el tramo de edad a los 72 meses:

N° de bovinos > 72 meses	93
N° bovinos > 72 meses procedentes de actividades taurinas.....	0
N° Bovinos >36 meses con signos de alguna patología inspección antem....	1
N° bovinos > 36 meses a los que se ha realizado sacrificio de urgencia.....	6
Muestras positivas.....	0

Control de la retirada de Materiales Específicos de Riesgo (MER) en relación con las encefalopatías espongiformes bovinas:

Conforme al Real Decreto 1911/2000, por el que se regula la destrucción de los materiales especificados de riesgo en relación con las encefalopatías espongiformes transmisibles

<u>Matadero</u>	Bovinos	Bovinos	Bovinos	Bovino	Ovi/cap	Ovi/cap	Ovi/cap
	<u><12mes.</u>	<u>12-30 m.</u>	<u>>30mes.</u>	<u>Kg.MER.</u>	<u><12mes.</u>	<u>>12mes.</u>	<u>Kg.MER</u>
Incaex s.l.....	390	290	3	15357	17136	1967	1928,96
Cárnicas Plasencia	540,7	722	163	42917,51	19515	2612	16227
Jaraiz de la Vera	1	34	0	509	684	0	340
Total área 2012.....	931,7	1046	166	58783,51	37335	4579	18495,96

Bienestar animal en mataderos:

N° mataderos: 4

<u>Punto de control</u>	<u>Programados</u>	<u>Programados realizados</u>	<u>No programados realizados</u>
En el matadero.....	10	10	24
Transporte.....	12	12	4
Total.....	22	22	28

<u>Deficiencias</u>	<u>Nº</u>
Estructurales.....	11
Operacionales.....	8
Formación.....	2
Documentación.....	0

7.1.1.2.-Zoonosis:

La salud animal es un factor clave para prevenir problemas de Salud Pública. Es por ello que la vigilancia de la salud animal es una actuación básica para preservar la salud pública, tal y como ha puesto de manifiesto la Comisión Europea.

El Veterinario ha jugado a lo largo de la historia un papel muy importante en la prevención de muchas enfermedades humanas procedentes de los animales (rabia, triquinosis, toxoplasmosis, hidatidosis, tuberculosis o la fiebre de Malta).

Casi dos tercios del total de las enfermedades transmisibles humanas son zoonóticas, tres de cada cuatro enfermedades emergentes humanas son también zoonóticas, el 80% de los patógenos animales tiene más de un hospedador y el 80% de los agentes que tienen uso potencial como armas biológicas son patógenos de origen animal, sin olvidar que las zoonosis alimentarias son las que reciben más atención y la razón de ser de muchas de las actividades de la seguridad alimentaria (encefalopatías espongiiformes, salmonelosis, campylobacteriosis, listeriosis, triquinosis, estas últimas enfermedades que afectan a centenares de miles de personas en la Unión Europea).

Por todo lo anterior se justifican las distintas actuaciones en materia de zoonosis realizadas por los Servicios Veterinarios.

7.1.1.2.1.- Actividades cinegéticas:

Las actuaciones de los Servicios Veterinarios Oficiales en actividades cinegéticas, van encaminadas a garantizar la aptitud de las carnes que se ponen a disposición del consumidor bien en régimen de autoconsumo bien cuando van destinadas las carnes a salas de tratamiento de caza.

Incluye las siguientes actuaciones:

- Inspección sanitaria de las piezas.
- En el caso de que el destino de los jabalíes sea para consumo particular: toma de muestra y determinación de triquina.
- Control de los medios de transporte.
- Marcado de las piezas incluido los decomisos.
- Control de la eliminación de los subproductos generados.
- Emisión de los correspondientes certificados sanitarios.
- Precintado de los trofeos de caza generados así como emisión del correspondiente documento de traslado de los mismos.

Decom.tuberculosis Decomisos

<u>Zona de salud</u>	<u>Activid.</u>	<u>Jabalíes</u>	<u>Venados</u>	<u>Jabalíes</u>	<u>Venados</u>	<u>Triquina</u>
Ahigal.....	0	0	0	0	0	0
Aldeanueva C.....	9	118	140	0	0	0
Cabezuela.....	19	76	32	0	0	1
Casas Castañar.....	0	0	0	0	0	0
Hervás.....	4	15	0	0	0	1
Jaraíz de la Vera.....	21	154	24	0	0	1
Mohedas G.....	9	22	21	2	0	1
Montehermoso.....	3	16	0	1	0	0
Nuñomoral.....	9	10	4	0	0	0
Pinofranqueado.....	21	83	41	1	2	0
Plasencia I.....	0	0	0	0	0	0
Plasencia II.....	23	124	497	22	8	0
Plasencia III.....	8	62	0	0	0	0
Serradilla.....	54	643	1735	33	17	5
Total Área 2012.....	180	1323	2473	59	27	9

7.1.1.2.2. -Campana de sacrificios de cerdos de consumo familiar:

Las actividades realizadas por los Servicios Veterinarios en matanzas domiciliarias son las siguientes:

- Asesoramiento a los Ayuntamientos y población general sobre la campaña de sacrificio de cerdos así como en materia de higiene de los alimentos.
- Velar por el cumplimiento de las normas en bienestar animal en particular durante el aturdimiento.
- Inspección postmortem de manera sistemático.
- Análisis micrográfico para la detección de triquinella.
- Control de la destrucción de los decomisos.
- Emisión del certificado correspondiente de aptitud.

<u>Zona de salud</u>	<u>Nº matanzas</u>	<u>Nº animales</u>
Ahigal.....	174	240
Aldeanueva C.....	37	77
Cabezuela.....	252	374
Casas Castañar.....	193	180
Hervás.....	20	37
Jaraíz de la Vera.....	73	121
Mohedas G.....	99	156
Montehermoso.....	61	101

Nuñomoral.....	116	191
Pinofranqueado.....	26	46
Plasencia I.....	53	77
Plasencia II.....	152	289
Plasencia III.....	24	37
Serradilla.....	56	68
Total Área 2012.....	1336	1994

7.1.1.2.3. -Declaración de agentes zoonóticos:

En virtud del Real Decreto 1940/2004, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos.

Matadero:

Especie animal	<u>Diagnóstico</u>	<u>Nº Animales</u>	<u>Nº Animales</u>
	<u>Anatomopatológico</u>	<u>Afectados</u>	<u>Sacrificados</u>
Bovino.....	Hidatidosis	46	2221
	Cisticercosis	0	
	Brucelosis	0	
	Tuberculosis	0	
	Otras zoonosis	142	
Ovino.....	Hidatidosis	292	26978
	Cisticercosis	0	
	Brucelosis	0	
	Otras zoonosis	90	
Caprino.....	Hidatidosis	141	16606
	Cisticercosis	0	
	Brucelosis	0	
	Otras zoonosis	0	
Porcino.....	Hidatidosis	0	27751
	Cisticercosis	137	
	Brucelosis	0	
	Otras zoonosis	0	
Aves.....			17316802

Animales silvestres y matanzas domiciliarias:

<u>Diagnóstico</u>	<u>Especie</u>	<u>Nº Animales</u>	<u>Nº Animales</u>
<u>Anatomopatológico</u>	<u>animal</u>	<u>investigados</u>	<u>afectados</u>
Triquina	jabalí	1323	9
	Porcino	1994	0
Tuberculosis	jabalí	1323	59
	Porcino	1994	0
	Ciervo, gamo	2473	27
Hidatidosis	jabalí	1323	0
	Porcino	1994	0
	Ciervo, gamo	2473	0
Cisticercosis	jabalí	1323	0
	Porcino	11994	0

7.1.1.2.4.-Control de rabia:

Se trata de una de las zoonosis más importantes, y por ello es un serio problema de Salud Pública debido a la gravedad clínica.

En la actualidad España está libre de rabia terrestre desde 1978, salvo la provincia de Toledo, las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla en las que se dan casos importados de forma esporádica. No obstante dada la proximidad geográfica con países endémicos, intenso tráfico de personas y animales se hace necesario no bajar la guardia e insistir en las medidas de control de la vacunación de los animales, actuaciones de vigilancia y puesta en observación de animales agresores así como de controles en frontera.

En el control y erradicación de esta enfermedad como en el resto de las zoonosis el Veterinario Oficial juega un papel fundamental y decisivo.

Las actuaciones en materia de control de rabia vienen definidas en el Plan Nacional de contingencia de control de rabia en animales domésticos:

- Colaborar con los Ayuntamientos en el censado de los animales domésticos.
- Puesta en observación de animales agresores.
- Cumplimentar ficha epidemiológica.
- Control documental del pasaporte del animal (obligación de vacunar en Extremadura a perros cada 2 años a partir del 3er mes de nacimiento).
- Gestión del envío de muestras al Laboratorio de Salud Pública de Badajoz y de ahí al Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III).

Total agresiones: 100

<u>Especie:</u>	<u>Zona de salud</u>	<u>Nº Animales</u>	<u>Resultado</u>
		<u>Observados</u>	<u>Positivo</u>
Canina:			
	Ahigal.....	4	0
	Aldeanueva del Camino.....	6	0

Cabezuela del Valle.....	5	0
Casas del Castañar.....	3	0
Hervás.....	6	0
Jaraíz de la Vera.....	0	0
Mohedas de Granadilla.....	9	0
Montehermoso.....	13	0
Nuñomoral.....	2	0
Pinofranqueado.....	14	0
Plasencia I.....	5	0
Plasencia II.....	11	0
Plasencia III.....	17	0
Serradilla.....	9	0
Total:.....	110	0

Murciélago: 0

Zorro: 0

Gato: 11

Hurón: 1

Ratón: 1

7.1.1.2.5: Programa de lucha contra la Brucelosis:

Las líneas de actuación son las siguientes:

- Vigilancia y control de la brucelosis animal: Servicios Veterinarios Oficiales de las Oficinas Veterinarias de Zona (Consejería de agricultura, desarrollo rural medio ambiente y energía).
- Vigilancia y control de leche, productos lácteos en industrias, comercio minorista, venta ambulante y restauración.

Controles en industrias lácteas:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Ahigal.....	0	0
Aldeanueva del Camino.....	1	3
Cabezuela del Valle.....	1	0
Casas del Castañar.....	0	0
Hervas.....	0	0
Jaraiz de la Vera.....	1	18
Mohedas de Granadilla.....	0	0
Montehermoso.....	0	0
Nuñomoral.....	0	0

Pinofranqueado.....	0	0
Plasencia I	0	0
Plasencia II	3	8
Plasencia III	0	0
Serradilla.....	1	7
Total 2011.....	7	36

Controles comercio minorista:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Gran superficie.....	2	5
Supermercado... ..	178	415
Ultramarino.	123	241

Controles comidas preparadas

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Ahigal.....	25	36
Aldeanueva del Camino.....	50	65
Cabezuela del Valle.....	62	103
Casas del Castañar.....	45	91
Hervas.....	93	178
Jaraiz de la Vera	62	118
Mohedas de Granadilla.....	28	74
Montehermoso	38	57
Nuñomoral	38	46
Pinofranqueado.....	37	68
Plasencia I	76	97
Plasencia II	82	109
Plasencia III	109	138
Serradilla.....	30	110
<u>Total 2012</u>	775	1290

- Vigilancia y control de la brucelosis humana (enfermedad de declaración obligatoria y estudio de brotes).
- Educación sanitaria (en el punto 7.1.3)

7.1.1.2.6.-Programa control hidatidosis:

Las actuaciones en el control de la hidatidosis son:

- Vigilancia y Control de la Equinococosis canina: nº Desparasitación canina.

<u>Zona de salud</u>	<u>Ganado</u>	<u>Caza</u>	<u>Compañía</u>	<u>Totales</u>
Ahigal.....	37	36	11	84

Aldeanueva C.....	87	586	522	1193
Cabezuela.....	35	612	418	1065
Casas Castañar.....	13	395	184	592
Hervás.....	14	709	332	1055
Jaraíz de la Vera.....	4	1095	40	1139
Mohedas G.....	12	534	273	819
Montehermoso.....	35	417	273	722
Nuñomoral.....	0	363	6	369
Pinofranqueado.....	18	786	706	1210
Plasencia I.....	7	420	147	574
Plasencia II.....	73	325	290	688
Plasencia III.....	0	357	188	545
Serradilla.....	9	661	283	953
Total Área 2012.....	344	7296	3673	11008

- Vigilancia y Control de la Hidatidosis animal: control decomisos en matadero (declaración agentes zoonóticos)

<u>Especie</u> <u>animal</u>	<u>Nº Animales</u> <u>investigados</u>	<u>Decomisos</u> <u>Parciales</u>
Bovino.....	2221	117
Ovino.....	26978	46
Porcino.....	27751	3
Jabalí.....	1323	2

- Vigilancia y Control de la Hidatidosis humana (declaración de la enfermedad)
- Educación Sanitaria de la población. (en el punto 7.1.3)

7.1.1.3.-Educación para la salud: formación en materia de higiene alimentaria.

<u>Zona de salud</u>	<u>Nº Actos Formativos</u>
Ahigal.....	0
Aldeanueva C.....	0
Cabezuela.....	8
Casas Castañar.....	0
Hervás.....	0
Jaraíz de la Vera.....	0
Mohedas G.....	4
Montehermoso.....	0

Nuñomoral.....	2
Pinofranqueado.....	2
Plasencia I	0
Plasencia II.....	0
Plasencia III.....	0
Serradilla.....	0
Total Área 2012	16

7.1.1.4.- Atención veterinaria continuada:

La Atención Veterinaria Continuada, permite realizar el control oficial de las actividades de la Veterinaria de Salud Pública durante todos los días del año.

Las actividades realizadas por los Servicios Veterinarios Oficiales durante la jornada de tarde, y guardia de presencia física, en un principio son una prolongación de las actividades realizadas durante la jornada matinal, si bien existen una serie de actividades a demanda que necesariamente han de ser realizadas durante la tarde, tales como actividades cinegéticas, sacrificios en mataderos durante determinadas épocas, matanzas domiciliarias así como otras que requieren urgencia, tales como actuaciones ante alertas alimentarias o brotes de origen alimentario.

Resumiendo las actividades que desarrollan los S.V.O. son las siguiente:

- Actuaciones en actividades cinegéticas: inspección postmortem de canales, declaración de aptitud bien para el transporte bien para el consumo, precintado de canales, precintado de trofeos, precintado de decomisos, emisión de certificados y control de la destrucción de subproductos.
- Actuaciones ante zoonosis: control de brucelosis en establecimientos, puesta en observación de animales agresores así como seguimiento, finalización y toma de muestras en caso necesario.
- Alertas alimentarias: evaluación del riesgo de alertas alimentarias recibidas, visita de inspección a establecimientos alimentarios, inmovilización en caso necesario, control de la retirada, etc...
- Educación para la salud: actuaciones de educación tanto a población general como a manipuladores de alimentos, organizando, impartiendo cursos y charlas de e.d.s. así como evaluación de las mismas. También se realizan auditorías tanto de cursos impartidos por empresas privadas de formación de manipuladores de alimentos.
- Actuaciones en matadero: A demanda del operador alimentario.
- Control oficial en industrias alimentarias, comercio minorista y establecimientos de comidas preparadas con el fin de garantizar la seguridad alimentaria de lunes a viernes en jornada de tarde y mañana. Las actividades incluyen preparación de las actuaciones, inspección, auditoría, verificación, toma de decisiones, emisión de informes, etc.
- Actuaciones ante brotes de origen alimentario: interviniendo en la visita de inspección al establecimiento, toma de muestras, encuestas de manipuladores, investigación del posible origen de la toxoinfección, etc.

- Matanzas domiciliarias: A demanda de la población: Inspección postmortem, toma de muestras y análisis triquinoscópico, control de la destrucción de descomisos y subproductos, emisión de certificados.
- Toma de muestras: Realizar toma de muestras en establecimientos alimentarios conforme a los programas de control oficial.
- Otros: Estudio de documentación, legislación, elaboración de informes, escritos, trabajos administrativos, etc...

Guardias de presencia física:

Desde la Dirección de Salud se nombra un veterinario de guardia (de manera rotatoria) en jornada festiva para todo el Área de Plasencia (de 8:00 a 22:00 horas y localizada de 22:00 a 8:00 del día siguiente). En épocas donde no hay matanzas domiciliarias ni actividades cinegéticas, cada profesional de guardia ha de realizar dos actuaciones de control oficial a dos establecimientos de área, amén de otras actuaciones con motivo de alertas alimentarias o brotes alimentarios que puedan surgir. En época de matanzas y monterías cada profesional realiza hasta un máximo de dos monterías y 20 cerdos de matanzas domiciliarias inspeccionados.

El resultado es el siguiente:

	<u>2012</u>
Nº guardias de presencia física / act. programadas a demanda.....	257
Nº actividades cinegéticas celebradas.....	165
Nº veterinarios nombrados para actividades cinegéticas.....	136
Nº de venados inspeccionados.....	2473
Nº jabalíes inspeccionados.....	1323
Promedio de piezas de caza inspeccionadas por veterinario nombrado.....	27,9
Nº veterinarios nombrados para digestión artificial.....	39
Nº jabalíes reconocidos de triquina mediante digestión artificial.....	448
Promedio jabalíes reconocidos mediante digestión artificial por Vet.....	11,48
Nº de servicios de matanzas domiciliarias.....	31
Nº de cerdos inspeccionados en fin de semana.....	445
Actuaciones de control oficial en restauración colectiva.....	150
Actuaciones de control oficial en comercio minorista.....	27
Actuaciones de control oficial en industrias alimentarias.....	0
Nº de tomas de muestras programa de calidad comidas preparadas.....	0
Actuaciones en zoonosis.....	13
Alertas gestionadas.....	23
Actuaciones en brotes de origen alimentario durante	0
Veterinarios nombrados en actividades taurinas.....	5
Nº de reses de lidia inspeccionadas.....	30
Nº de reses inspeccionadas por veterinario.....	6

7.1.1.5.-Gestión de tasas y gravámenes públicos: seguridad alimentaria.

Actividades cinegéticas (15052-5)

- Nº actividades cinegéticas: 165.
- Importe por actividad cinegética 176,04 euros.
- Total tasas actividades cinegéticas: $165 \times 176,04 = 29046,6$ euros.
- Nº de animales abatidos procedentes de monterías en las que se han abatido más de 20 piezas: 1853 piezas.
- Importe por cada animal en actividades cinegéticas que han abatido más de 20 piezas: 8,99 euros / pieza.
- Total tasas animales abatidos procedentes de monterías con más de 20 piezas: $1853 \times 8,99 = 16655,47$ euros.
- Total tasas actividades cinegéticas: $30544,89 + 10955,9 = 45705,07$ euros.

Pruebas parasitológicas matanzas domiciliarias: (15053-4)

- Nº animales sacrificados: 1994
- Importe por cada cerdo sacrificado: 2,32 euros.
- Total tasas matanzas domiciliarias: $1833 \times 2,32 = 4626,08$ euros

Tramitación de anotaciones en el Registro de autorización sanitaria de establecimientos de evisceración de especies de caza silvestre: (15051-6)

- Nº autorizaciones tramitadas: 2
- Importe por cada autorización: 53,46 euros.
- Total tasas autorizaciones: $2 \times 53,46 = 106,42$ euros.

Tramitación de anotación en el Registro sanitario de industrias:

- Nº tramitaciones: 64
- Importe por cada trámite: 89,10 euros.
- Total tasas por tramitaciones: $64 \times 89,1 = 6278,4$ euros.

Tramitación de anotaciones en cualquiera de los registros sanitarios creados o gestionados por la Consejería de Sanidad:

- Establecimientos comidas preparadas: 68
- Establecimientos comercio menor de carne: 15
- Ingresos por cada trámite: 53,46 euros
- Total tasas por tramitaciones: $83 \times 53,46 = 4437,18$ euros

Tasa por inspección y controles sanitarios de animales y sus productos:

Matadero de aves:

- Nº Pollos sacrificados: 17316802
- Importe por cada canal: 0,005360 euros
- Total tasas inspección matadero aves: $1731680 \times 0,005360 = 92818,05$ euros.

Matadero vacuno:

- Nº vacunos pesados (mayor de 218 Kg): 1228
- Importe por cada canal vacuno pesado: 5,35 euros.
- Total tasas vacuno pesado: $1228 * 5,35 = 6569,8$ euros
- Nº Vacunos jóvenes (< 218 Kg): 993
- Importe por canal vacuno jóvenes: 2,14 euros
- Total tasas vacuno joven: $993 * 2,14 = 2125,02$

Matadero ovino / caprino

- Nº ovinos / caprinos menores de 12 Kg: 20489
- Importe por cada canal ovino / caprino menor 12 Kg: 0,160789
- Total tasa ovino / caprino menor de 12 Kg: $20489 * 0,160789 = 3294,4$ euros
- Nº ovinos / caprinos mayores de 12 Kg: 23095
- Importe por cada canal ovino / caprino mayor de 12 Kg: 0,267981
- Total tasa ovino / caprino mayor de 25 Kg: $23095 * 0,267981 = 6189,02$ euros

Matadero porcino:

- Nº porcinos menores de 25 Kg: 8285
- Importe porcinos menores de 25 Kg: 0,535963
- Total tasas porcinos menores: $8285 * 0,535963 = 4440,45$ euros
- Nº porcinos mayores de 25 Kg: 19466
- Importe porcino mayor de 25 Kg: 1,07
- Total tasas porcinos mayores de 25 Kg: $19466 * 1,07 = 20828,62$
- Total tasas mataderos: $136265,36$ euros.

Resumen tasas seguridad alimentaria:

<u>Concepto</u>	<u>Nº código</u>	<u>Tasas:</u>
Control sanitario actividades cinegéticas.....	15052-5	45705,07 euros
Pruebas parasitológicas matanzas domiciliarias.....	15053-4	4626,08
Tramitación registro centro evisceración.....	15051-6	106,42
Tramitación registro sanitario industrias.....	15051-6	6278,4
Tramitación otros registros alimentos.....	15051-6	4437,18
Inspección y control sanitario animales matadero.	15054-3	136265,36
<u>Total.....</u>		197418,51 euros

7.1.2.- Salud ambiental

7.1.2.1.- Campaña de control de aguas de consumo humano

Abastecimientos

<u>Zona de salud</u>	<u>Gestión total</u>	<u>Gestión parcial</u>	<u>Total abastecimientos Caracterizados</u>
Ahigal.....	4	1	6
Aldeanueva del Camino....	4	1	9
Cabezuela del Valle.....	5	0	5
Casas del Castañar.....	6	2	7
Hervás.....	3	1	3
Jaraiz de la Vera.....	7	0	9
Mohedas de Granadilla.....	4	1	5
Montehermoso.....	4	1	10
Nuñomoral.....	13	0	13
Pinofranqueado.....	15	0	15
Plasencia I.....	3	2	4
Plasencia II.....	10	1	10
Plasencia III.....	3	1	5
Serradilla.....	5	1	4
Total área.....	86	12	97

Infraestructuras

<u>Zona de salud</u>	<u>Censo</u>					
	<u>Captaciones</u>	<u>ETAP's</u>	<u>UT</u>	<u>Depósitos</u>	<u>Redes</u>	<u>Inspecciones</u>
Ahigal.....	4	4	0	1	7	17
Aldeanueva del Camino...	6	1	9	9	9	25
Cabezuela.....	8	1	3	1	4	10
Casas Castañar.....	6	2	4	6	5	20
Hervás.....	8	0	4	2	1	7
Jaraíz de la Vera.....	14	4	3	2	8	7
Mohedas de Granadilla...	10	4	1	5	7	9
Montehermoso.....	10	1	3	10	10	12
Nuñomoral.....	26	1	14	10	20	42
Pinofranqueado.....	19	1	14	17	17	28
Plasencia I.....	5	2	1	2	4	9
Plasencia II.....	9	4	5	7	9	12
Plasencia III.....	7	3	2	3	5	14
Serradilla.....	4	6	0	5	4	21
Total área.....	139	31	64	55	120	242

Tomas de muestras de aguas de consumo humano dentro del programa de vigilancia autonómico de aguas de consumo humano

<u>Zonas de Salud</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>No conformes</u>
Ahigal.....	12	0
Aldeanueva del Camino.....	8	2
Cabezuela del Valle.....	8	1
Casas del Castañar.....	11	0

Hervás.....	4	1
Jaraíz de la Vera.....	14	3
Mohedas de Granadilla.....	14	1
Montehermoso.....	20	8
Nuñomoral.....	42	21
Pinofranqueado.....	34	16
Plasencia I.....	8	0
Plasencia II.....	15	2
Plasencia III.....	10	1
Serradilla.....	8	3
Total Área.....	208	59

Toma de muestras de trihalometanos dentro del programa de vigilancia autonómico de aguas de consumo humano

<u>Zonas de Salud</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>No conformes</u>
Ahigal.....	2	0
Aldeanueva del Camino.....	0	0
Cabezuela del Valle.....	2	0
Casas del Castañar.....	2	0
.Hervás.....	2	0
Jaraíz de la Vera.....	6	0
Mohedas de Granadilla.....	8	2
Montehermoso.....	4	4
Nuñomoral.....	2	0
Pinofranqueado.....	0	0
Plasencia I.....	6	0
Plasencia II.....	8	0
Plasencia III.....	6	2
Serradilla.....	4	0
Total Área.....	52	8

Toma de muestras de plaguicidas dentro del programa de vigilancia autonómico de aguas de consumo humano

<u>Zonas de Salud</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>No conformes</u>
Ahigal.....	1	0
Aldeanueva del Camino.....	0	0
Cabezuela del Valle.....	1	0
Casas del Castañar.....	1	0
Hervás.....	1	0
Jaraíz de la Vera.....	0	0
Mohedas de Granadilla.....	0	0
Montehermoso.....	1	0
Nuñomoral.....	0	0
.Pinofranqueado.....	0	0
Plasencia I.....	1	0
Plasencia II.....	0	0
Plasencia III.....	0	0
Serradilla.....	0	0
Total Área.....	6	0

7.1.2.2.- Piscinas de uso colectivo (Programa autonómico de vigilancia)

Zona de salud	Nº piscinas		Muestras oficiales*	Muestras no conformes	
	Censo	controladas			Nº controles
Ahigal.....	6	5	49	2	0
Aldeanueva C.....	4	5	31	0	0
Cabezuela.....	10	8	19	2	1
Casas Castañar.....	7	6	26	1	0
Hervás.....	11	7	17	0	0
Jaraíz de la Vera.....	16	15	13	5	0
Mohedas G.....	3	1	3	2	1
Montehermoso.....	8	8	33	3	0
Nuñomoral.....	2	1	6	1	0
Pinofranqueado.....	2	2	22	1	0
Plasencia I.....	6	4	37	2	1
Plasencia II.....	9	8	29	4	2
Plasencia III.....	16	16	39	8	1
Serradilla.....	5	5	4	1	0
Total área.....	105	91	333	37	6

*Parámetros analizados: fisicoquímicos (PH, color, turbidez, conductividad, oxidabilidad, nitratos, amonio, aluminio, hierro, cobre) y microbiológicos (coliformes fecales, estreptococos fecales, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, Salmonella y otros patógenos).

7.1.2.2.- Zonas de Baño (Programa autonómico de vigilancia)

Zona de salud	Censo	Nº visitas de inspección	Nº muestras oficiales	Nº m. no conformes	Nº Com. a los Aytos.
Aldeanueva C.....	5	44	44	3	14
Cabezuela V.....	7	70	63	0	0
Casas Castañar.....	2	18	18	0	1
Hervás.....	1	9	9	6	8
Jaraíz de la Vera.....	4	37	37	3	18
Mohedas G.....	3	27	27	1	27
Montehermoso.....	0	11	9	0	3
Nuñomoral.....	1	9	9	0	8
Pinofranqueado.....	1	13	9	0	9
Plasencia I.....	1	11	10	1	3
Total área.....	26	262	244	14	101

*Parámetros analizados: Fisicoquímicos (aceites minerales, tensoactivos, fenoles, oxígeno disuelto, flotantes, ph, color, amoniaco, nitratos, fosfatos, turbidez y sulfatos) y microbiológicos (coliformes totales, coliformes fecales, estreptococos fecales)

7.1.2.3.- Instalaciones de riesgo de Legionella

Zona de salud	Nº Instalaciones mayor riesgo controladas				Nº Visitas inspección	Muestras	nº no conf
	TR	CE	SACAR	SACAC			
Ahigal.....	0	0	7	0	16	0	0
Aldeanueva C.....	2	1	7	0	17	0	0
Cabezuela.....	0	1	4	2	9	1	0
Casas Castañar.....	0	5	7	2	16	0	0

Hervás.....	0	0	15	4	46	1	0
Jaraíz de la Vera.....	1	0	6	1	10	1	0
Mohedas G.....	0	0	5	0	14	0	0
Montehermoso.....	2	1	6	0	8	0	0
Nuñomoral.....	0	0	9	0	13	0	0
Pinofranqueado.....	0	0	10	1	11	1	0
Plasencia I.....	2	0	11	2	21	0	0
Plasencia II.....	3	0	9	0	12	0	0
Plasencia III.....	1	0	14	0	18	2	0
Serradilla.....	1	0	1	0	1	0	0
Total área.....	12	8	112	12	263	6	0

7.1.3.- Policía sanitaria mortuoria

	<u>Nº de traslados</u>
Traslado a otras Comunidades Autónomas.....	19
Traslado a otros países	1
Traslado de otras Comunidades Autónomas.....	2
Traslado de otros países	0

	<u>Nº de traslados</u>
Castilla y León	8
Madrid.....	5
País Vasco.....	1
Cataluña	1
Andalucía	1
Asturias	1
Castilla la Mancha	2
Total área	19
Autorizaciones Velatorios.....	2
Autorización modificaciones cementerios	1

7.1.4.- Inspecciones para autorización establecimientos, centros y servicios sanitarios

<u>Centro / establecimiento</u>	<u>Zona de salud</u>	<u>Motivo</u>	<u>Inspecciones</u>
Clínicas Dentales	Pinofranqueado	Renovación	1
Ópticas	Plasencia I	Autorización	1
Centro fisioterapia	Plasencia I	Autorización	1
Centros de reconocimiento médico	Plasencia I	Renovación	1
Clínica podológica	Plasencia III	Renovación	1
	Plasencia I	Renovación	1
	Jaraíz de la Vera	Autorización	1
Centros polivalente	Plasencia I	Renovación	1
Servicios sanitarios integrados en organización no sanitaria	Hervás	Renovación	1
Consultorios	Ahigal	Autorización	1

	Montehermoso	Autorización	1
	Nuñomoral	Autorización	1
Hospitales generales	Plasencia I	Ampliación act	1
Oficinas de farmacia	Jaraíz de la Vera	Cambio titular	1
	Plasencia II	Traslado	2
	Mohedas Glla	Traslado	1
Botiquín	Plasencia II	Cambio titular	1
Depósito medicamentos	Plasencia I	Autorización	1
Total Área			19

7.1.5.- Ambulancias

Inspecciones para autorización inicial	11
Inspecciones para renovaciones	34
Baja	9

7.1.6 Tasas salud ambiental, oficinas de farmacia, ambulancias, policía sanitaria mortuoria y centros sanitarios:

Estudio, examen y expedición de certificados de vehículos destinados al transporte sanitario:

- Unidades: 45
- Importe: 16,32 euros.
- Tasa generada: 734,4 euros

Traslado de un cadáver sin inhumar a otras Comunidades:

- Traslados: 19
- Importe: 19,73 euros.
- Tasa generada: 374,87 euros

Tramitación de anotaciones en el Registro de empresas funerarias:

- Nº tramitaciones: 2
- Importe: 89,1 euros.
- Tasa generada: 178,2 euros

Expedición de carnet responsable de mantenimiento de piscinas:

- Carnet expedidos: 52
- Importe: 4,57
- Tasa generadas: 237,54 euros

Obtención / renovación de la autorización administrativa de funcionamiento de establecimientos sanitarios:

- Actuaciones realizadas: 10.

- Importe: 94,2 euros.
 - Tasa generada: 94,2
- Autorización transmisión oficinas de farmacia:**
- Autorización traslado ordinario de oficinas de farmacia:
 - Actuaciones realizadas: 2
 - Importe: 418,8 euros.
 - Tasa generada: 837,6
 - Autorización de retorno, instalación y funcionamiento:
 - Actuaciones realizadas: 1
 - Importe: 304,42 euros.
 - Tasa generada: 304,42
 - Autorización de transmisión de oficinas de farmacia:
 - Actuaciones realizadas: 1
 - Importe: 355,74 euros.
 - Tasa generada: 355,74
 - Autorización de instalación y funcionamiento de botiquín farmacéutico y vinculación a oficina de farmacia:
 - Actuaciones realizadas: 1
 - Importe: 253,68 euros.
 - Tasa generada: 253,68
 - Autorización de instalación y funcionamiento de los depósitos de medicamentos:
 - Actuaciones realizadas: 1
 - Importe: 150,53 euros.
 - Tasa generada: 150,53
 - Legalización y sellado de libros de actividades sanitarias:
 - Actuaciones realizadas: 1
 - Importe: 17,97 euros.
 - Tasa generada: 17,97
 - Comprobación de la obra terminada y emisión de informe previo velatorio:
 - Actuaciones realizadas: 1
 - Importe: 511,02 euros.
 - Tasa generada: 511,02
- Total tasas: 4050,17**

7.1.7.- Distribución y gestión de vacunas

Vacunación antirrábica post exposición

Durante el año 2012 se administró una vacuna de Rabia por mordedura de Hurón en la Zona de Salud de Nuñomoral.

Vacunaciones a viajeros internacionales

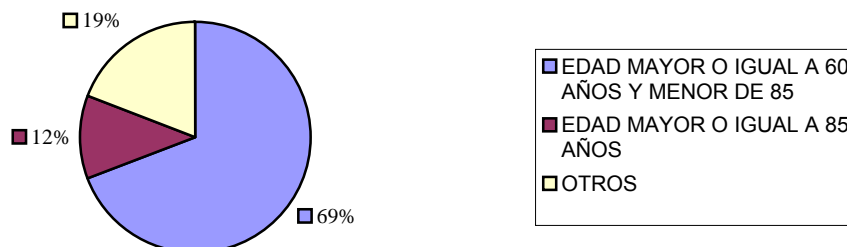
Como en años anteriores se informó a un buen número de consultas por parte de usuarios que querían realizar viajes a países extranjeros, fueron remitidos a vacunaciones internacionales dependiente del departamento de sanidad exterior de Ministerio de Sanidad y Consumo.

Vacunación antigripal

Por circular de la Dirección General de Salud Pública sobre Campaña de Vacunación frente a la Gripe Estacional, el registro de los pacientes se realiza mediante el programa JARA.

Grafico 1. % Dosis administradas de vacuna antigripal campaña 2012/2013

DOSIS ADMINISTRADAS



Distribución y Gestión de Vacunas. Porcentaje de distribución de vacunas

Zona de Salud	Porcentaje
Ahigal	2,17
Aldeanueva del Camino	5,45
Cabezuela del Valle	7,69
Casas del Castañar	3,19
Hervás	4,97
Jaraíz de la Vera	10,98
Mohedas de Granadilla	2,98
Montehermoso	9,78
Nuñomoral	2,70
Pinofranqueado	3,11
Plasencia I	15,53
Plasencia II	15,43
Plasencia III	16,22
Serradilla	1,72

Dosis suministradas desde el Área de Salud de Plasencia

Zonas de Salud	Año 2.012	Año 2.011	Año 2.010
Ahigal	240	438	464
Aldeanueva del Camino	603	639	1.038
Cabezuela del Valle	851	1250	1.357
Casas del Castañar	353	473	956
Hervas	549	1068	980
Jaraiz de La Vera	1214	1570	2.828
Mohedas de Granadilla	330	310	443
Montehermoso	1081	1306	2.187

Nuñomoral	298	153	484
Pinofranqueado	344	392	385
Plasencia I	1717	2489	2.765
Plasencia II	1793	2427	4.283
Plasencia III	1465	2239	3.921
Serradilla	190	330	700
Total área	11.028	15.084	22.791

Otras vacunas

<u>Vacuna</u>	<u>Unidades dispensadas</u>
Virus del Papiloma Humano en niñas de 14 años	1378
Neumococo Conjugada	208
Haemophilus influenzae B	10
Hepatitis B adulto	300
Polio inactivada.....	30
Hepatitis A adulto	6

7.1.8.- Sistema de vigilancia epidemiológica

Porcentaje de declaración anual por zona básica de salud

<u>Zonas de Salud</u>	<u>Porcentaje</u>
Ahigal	98,33
Aldeanueva del Camino	80,7
Cabezuela del Valle	80,21
Casas del Castañar	97,57
Hervás	74,75
Jaraiz de la Vera	97,33
Mohedas de Granadilla	97,8
Montehermoso	47,38
Nuñomoral	97,56
Pinofranqueado	96,15
Plasencia I	84,49
Plasencia II	84,99
Plasencia III	68,82
Serradilla	99,23
Total área	86,80

Incidencia de las enfermedades de declaración obligatoria

	<u>Nº de Casos Declarados</u>	<u>Tasa 10⁵ habitantes</u>
Gripe	4166	3644,79
Varicela	182	159,23
Rubéola	0	0

Parotiditis	9	7,87
Sarampión	0	0
Parálisis Flácida Aguda(Polio)	0	0
Tos ferina	0	0
Hepatitis A	5	4,37
Hepatitis B	1	0,87
Hepatitis C	1	0,87
Infección gonocócica	1	0,87
Triquinosis	0	0
Tuberculosis respiratoria	11	9,62
Tuberculosis Otras localizaciones	5	4,37
Legionelosis	5	4,37
Brucelosis	0	0
Hidatidosis	0	0
Fiebre Exantemática Mediterránea	2	1,75
Enfermedad meningocócica	0	0
Carbunco cutáneo	0	0
Enfermedad invasora por Neumococo	8	7,00
Sífilis	1	0,87

Brotos o situaciones de alerta notificados

<u>Enfermedad</u>	<u>Agente Etiológico</u>	<u>Localidad</u>
Gastroenteritis Aguda.....	Salmonella grupo D	Jaraíz de la Vera
Gastroenteritis Aguda.....	Desconocida	Baños de Montemayor

7.2.- Educación para la salud

La Educación para la Salud (EpS) es la herramienta fundamental de promoción de la salud. Su objetivo es mantener e incrementar los conocimientos y habilidades en salud de la población, que ayuden a ésta a conseguir unos niveles óptimos de salud. La OMS plantea la necesidad de la EpS, como una de las herramientas más efectivas de las que se dispone para afrontar los principales problemas de salud y los nuevos retos sociosanitarios. La educación para la Salud puede y debe llevarse a cabo en el centro sanitario (de forma individualizada o grupal), en la escuela y en la comunidad.

Durante el año 2012 se han desarrollado en los Equipos de Atención Primaria del Área de Salud de Plasencia las siguientes actividades:

- **AHIGAL:**
 - EDUCACIÓN A DIABÉTICOS
 - AYUDA A DOMICILIO (4)
 - SALUD BUCODENTAL (2)

- **CABEZUELA DEL VALLE:**
 - EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES EN 2 IES
 - EDUCACIÓN SEXUAL EN PLASENCIA, C. SAN JOSÉ
 - ZONOSIS, SEGURIDAD ALIMENTARIA, AGUAS DE CONSUMO Y ZONAS DE BAÑO (8 CHARLAS)
 - PRESTACIONES A LA MATERNIDAD.

- **CASAS DEL CASTAÑAR:**
 - SALUD BUCODENTAL (2)
 - EDUCACIÓN A DIABÉTICOS (3)
 - ESCUELAS SALUDABLES PIORNAL Y CONSEJO RED DE ESCUELAS SALUDABLES
 - AYUDA A DOMICILIO

- **HERVÁS:**
 - SALUD BUCODENTAL
 - AYUDA A DOMICILIO
 - CHARLA INFORMATIVA SOBRE LA DIABETES EN EL IES
 - GUIA PARA PADRES Y NIÑOS CON ESCOLIOSIS
 - ZONOSIS Y AGUAS RESIDUALES

- **JARAIZ DE LA VERA:**
 - SALUD BUCODENTAL
 - EDUCACIÓN A DIABÉTICOS (3))
 - MANEJO EPOC
 - SALUD BUCODENTAL
 - DESAYUNO Y RECREO
 - PREVENCIÓN DEL SIDA EN POBLACIÓN INMIGRANTE
 - EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL EN LOS 2 IES (6).

- MOHEDAS:
 - HIGIENE Y SEGURIDAD ALIMENTICIA (2)
- NUÑOMORAL:
 - SALUD BUCODENTAL
 - ZONOSIS , HIDATIDOSIS, BRUCELOSIS Y OTRAS
 - HIGIENE ALIMENTARIA
 - EDUCACIÓN A DIABÉTICOS (CON MEMORIA)
- PINOFRANQUEADO:
 - EDUCACIÓN SEXUAL EN EL IES
 - BRUCELOSIS
 - HIDATIDOSIS
- PLASENCIA I:
 - AYUDA A DOMICILIO
 - EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS IES (5)
 - PARTICIPACIÓN EN LA II SEMANA DE LA SALUD EN EL IES PARQUE DE MONFRAGÜE
 - PRACTICAS DEPORTIVAS EN EL CP MIRALVALLE
 - ALMUERZO SALUDABLE CP MIRALVALLE
 - VISITA DE LA ES. DE PODOLOGIA E INFORMACIÓN EN EL CP MIRALVALLE
 - CONCURSO SALUD Y ALIMENTACIÓN EN EL CP DE MIRALVALLE. GANADORES
 - VISITA A LAS ISLAS CANARIAS Y CONSUMO DEL PLÁTANO EN EL CP MIRALVALLE
- ACTIVIDADES Eps IES PEREZ COMENDADOR:
 - Primeros auxilios (2)
 - Donación médula ósea (2)
 - Donación de sangre (2)
 - Donación de órganos (2)
 - Educación sexual (2)
 - Prevención Sida (3)
 - Prevención obesidad y diabetes
 - Higiene postural (3)
 - Prevención accidentes de tráfico (2)
 - Desayuno saludable (3)
 - Prevención consumo de alcohol (2)
 - Visita instalaciones del banco de sangre
- PLASENCIA II:
 - EDUCACIÓN SEXUAL DEL COPF
 - EDUCACIÓN A DIABÉTICOS (VALDEOBISPO-ALDEHUELA)
 - EDUCACIÓN A ASMÁTICOS (VALDEOBISPO- ALDEHUELA)

➤ PLASENCIA III:

- EDUCACIÓN A ASMÁTICOS
- EDUCACIÓN A DIABÉTICOS (2)
- EL DESAYUNO Y EL RECREO (4 SESIONES)
- HIGIENE POSTURAL COLEGIOS PLASENCIA
- II SEMANA DE LA SALUD EN EL IES PARQUE DE MONFRAGUE:
 - Alcohol y adolescencia (Consuelo Guerri)
 - Lenguaje de signos (ASCAPAS)
 - Anorexia y bulimia (AETAEX)
 - Donar sangre, salvar vidas(Equipo Hermandad Donantes de Sangre)
 - Menores consumidores. Drogas (AFAVAL)
 - Donación de médula ósea y sangre de cordón umbilical (ASOCIACIÓN DE MÉDULA ÓSEA)
 - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (COMITÉ ANTISIDA)
 - Educación sexual y métodos anticonceptivos.(T. SOCIAL COPF PLASENCIA)
 - Acoso escolar(POLICÍA LOCAL)
 - Deporte y nutrición
 - Transplante de órganos
 - Internet (POLICÍA LOCAL)
 - Visionado del documental-corto"Elige siempre cara"
 - Lesiones medulares por accidentes(AESLEME).

➤ SERRADILLA:

- EDUCACIÓN A DIABÉTICOS
- SALUD BUCODENTAL

Además de las actividades de Educación para la Salud en los Centros de Salud del Área de Plasencia se han llevado a cabo algunas reuniones de coordinación de actividades de EpS:

- 28 de Febrero de 2012 = Reunión de la Coordinadora de EpS, en la Sala de Juntas de la Gerencia de Salud de Plasencia con los profesionales que trabajan la Educación sexual en los Institutos de Enseñanza Secundaria del Área.
- 11 de Abril de 2012 = Reunión de la Coordinadora de EpS Piedad Blanco en el IES Pérez Comendador de Plasencia, perteneciente a la Red de Escuelas Promotoras de Salud, para evaluar el trabajo llevado a cabo en materia de EpS en el Centro Educativo y planteamiento de trabajo para el curso próximo.
- 15 de Mayo de 2012: Convocatoria de reunión de la Concejalía de Igualdad del Ayto de Plasencia en la Sede de la Policía Local para formar una Mesa Local contra la violencia de Género.
- Junio de 2012 : Reunión con los profesionales del C.P. Máximo Cruz Rebosa de Piornal, perteneciente a la Red de Escuelas de Inteligencia Emocional. Actividades realizadas en el curso y proyecto de trabajo para el próximo. La Gerencia de Salud colabora desde hace años con este Centro, siendo Piedad Blanco, José Luis Prieto y la matrona los profesionales que aportan su trabajo, tanto en el Centro educativo como en el centro de salud.
- 8 de Octubre de 2012: Reunión de la Subdirectora de Enfermería y la Coordinadora de Eps con los profesionales de la EpS para elaborar el plan de trabajo para el 2012/13.

- 7 de Noviembre de 2012 = Encuentro con los profesionales de los Departamentos de Orientación de los IES y Centros Educativos Concertados del Área y la Subdirección de Enfermería de la Gerencia de Salud de Plasencia: Motivo : Presentación y Exposición del Proyecto de Educación Afectivo-Sexual. Entrega del DVD del Proyecto a cada representante de un centro educativo.

7.3.- Actividad asistencial: equipos de atención primaria, unidades de apoyo y unidades transversales

7.3.1.- Equipos de atención primaria

Medicina de familia

Número de consultas	
Atendidos en centro	795.983
Consulta demanda	581.052
Consulta administrativa	191.511
Consulta conc / prog	23.420
Atendidos domicilio	9.341
Presión asistencial	32,97
Frecuentación	9,10

Pediatría

Número de consultas	
Atendidos en centro	71.662
Consulta demanda	53.941
Consulta administrativa	5.660
Consulta conc / prog	12.061
Atendidos domicilio	157
Presión asistencial	18,69
Frecuentación	5,01

Derivaciones al segundo nivel asistencial 36.729

Enfermería:

Número de consultas	
Atendidos en centro	459.037
Consulta demanda	214.000
Consulta programada	150.698
Consulta por otras causa	94.339
Atendidos en domicilio	15.143
En domicilio programado	12.841
En domicilio por otras causas	2.302

Presión asistencial 17,63
Frecuentación 4,89

Total de usuarios de A.P. en extracción periférica..... 20.834

Atención continuada

	<u>Usuarios</u>	<u>Usuarios/Día</u>
Actividad interviene facultativo exclusivamente		
Usuarios atendidos centro	27.004	93,29
Usuarios atendidos domicilio	1.389	4,79
Derivados hospital	918	3,11
Actividad interviene enfermería exclusivamente		
Usuarios atendidos centro	6.838	23,62
Usuarios atendidos domicilio	607	2,10
Usuarios tratamiento programado	14.800	51,13
Actividad interviene facultativo y enfermería conjuntamente		
Usuarios atendidos centro	72.293	249,76
Usuarios atendidos domicilio	6.683	23,09
Derivados hospital	3.226	11,15

7.3.2.- Unidades de apoyo

Matronas

Número usuarios atendidos en centros salud.....	18.012
Número usuarios atendidos en domicilio	11
Número sesiones de Educación para la salud.....	969

Unidades de fisioterapia

Número de usuarios atendidos (individual + grupos).....	5.684
Número total de sesiones (individual + grupos)	54.929
Nº total de usuarios que inician ttº procedente de A.P	1.584
Nº total de usuarios que inician ttº procedente de Hospital	947
Lista de espera: nº días espera para inicio ttº (media).....	38

Unidades de salud bucodental

Nº total consultas atendidas por demanda odontológica	13.342
Nº total consultas en Programa de Salud Bucodental	1.550

7.3.3.- Unidades transversales

7.3.3.1 .- Centros de orientación y planificación familiar (COPF)

Plasencia I

Medicina	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	696	207	3,36
Revisiones	2.219	207	10,72
Totales	2.915	207	14,08

Enfermería	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	498	180	2,77
Revisiones	1.617	180	8,98
Totales	2.115	180	11,75

Jaraiz de la Vera

Medicina	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	54	32	1,69
Revisiones	173	32	5,41
Totales	227	32	7,09

Enfermería	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	340	83	4,10
Revisiones	515	83	6,20
Totales	855	83	10,30

Plasencia II

Medicina	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	141	86	1,64
Revisiones	681	86	7,92
Totales	822	86	9,56

Enfermería	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	385	117	3,29
Revisiones	825	117	7,05
Totales	1.210	117	10,34

7.3.3.5.- Unidades medicalizadas de emergencias (U.M.E.).

Gestionadas desde CCU 112

UME 7.1 (Plasencia)

Salidas	750
Media de salidas por día.....	2,05
Total de pacientes atendidos.....	750
Accidentes de tráfico atendidos.....	66
Síndromes coronarios agudos atendidos.....	20

UME 7.2 (Caminomorisco)

Salidas	218
Media de salidas por día.....	0,60
Total de pacientes atendidos.....	218
Accidentes de tráfico atendidos.....	13
Síndromes coronarios agudos atendidos.....	14

UME 7.3 (Jaraíz de la Vera)

Salidas	435
Media de salidas por día.....	1,19
Total de pacientes atendidos.....	435
Accidentes de tráfico atendidos.....	15
Síndromes coronarios agudos atendidos.....	10

7.3.3.6.- Equipo de soporte de cuidados paliativos

Visitas realizadas exclusivamente por personal de cuidados paliativos

	<u>Hospitalarias</u>	<u>Domiciliarias</u>	<u>Cons. Externas</u>
Medicina	601	6	79
Enfermería	116	50	99
Medicina y Enfermería	292	111	473
Psicología	78	61	141
Totales	1.087	228	792

Asesorías:

A Pacientes / Familiares	2.452
A Profesionales.....	2.112
Pacientes que entran en Programa	221
Pacientes que salen de Programa.....	206

7.3.3.7. Unidad del Dolor.

Medicina	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	96	211	0,45
Revisiones	569	211	2,70
Totales	665	211	3,15
Atención telefónica a pacientes	197		
Enfermería	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	90	220	0,41
Revisiones	464	220	2,11
Totales	554	220	2,52
Atención telefónica a pacientes	202		
Psicología	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	34	215	0,16
Revisiones	336	215	1,56
Totales	370	215	1,72
Atención telefónica a pacientes	85		

7.4.- Actividad asistencial: atención especializada

7.4.1.-Indicadores de actividad (2012)

▪ Camas en funcionamiento (media)	222,97
▪ Quirófanos en funcionamiento programados.....	5
▪ Quirófanos en funcionamiento urgentes.....	1
▪ Frecuentación hospitalización (por mil habitantes)	90,49
▪ Frecuentación de consultas (por mil habitantes)	1.557,05
▪ Índice de funcionamiento (EMC/EMN)	0,9566
▪ I.E.M.A. (EM Selec/EMF)	0,9306
▪ Casuística (EMF/EMN).....	1,0181
▪ Peso Medio GRDs altas hospitalización.....	1,5501
▪ Peso Medio GRDs cirugía ambulatoria programada	0,9408
▪ Estancia media de las altas	5,74
▪ Estancia media ajustada por funcionamiento	6,49
▪ Estancia media ajustada por casuística	5,89
▪ Índice de ocupación.....	72,47 %
▪ Índice de rotación	46,39 %
▪ % Ingresos programados	24,96 %
▪ Presión de urgencias En hospitalización	75,04 %
▪ % Urgencias ingresadas desde servicio de urgencias	18,12 %
▪ Urgencias / día	101,94
▪ Intervenciones quirúrgicas urgentes / día.....	3,47
▪ Relación consultas sucesivas / nuevas	1,90
▪ Partos / día	2,16

7.4.2.- GRDs más frecuentes

G.R.D.s hospitalización

		<u>Nº casos</u>	<u>Estancia M. Depurada</u>
541	Neumonía simple y o.trast.resp.exc. bronquitis & asma con cc mayor	573	7,39
373	Parto vaginal sin complicaciones.....	445	2,51
544	Icc & arritmia cardiaca con cc mayor.....	248	6,30
370	Cesárea, con complicaciones.....	239	3,92
430	Psicosis.....	220	12,99
630	Neonato, peso nacer >2499 g, sin p.quir.signif., con otros problemas	220	0,94
209	Sustitución artic. mayor exc.cadera & reimplante miembro inf.....	186	6,14
359	Proc. sobre útero & anejos por ca.in situ & proceso no mal. sin cc.....	180	4,11
588	Bronquitis & asma edad>17 con cc mayor.....	139	6,29
816	Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal edad < 18 sin cc.....	134	2,05
14	Ictus con infarto.....	130	5,50
208	Trastornos del tracto biliar sin cc.....	127	5,82
629	Neonato, peso nacer >2499 g, sin p.quir.signif., diag neonato normal	124	1,18
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones.....	111	7,15
122	Trast.circulatorios con iam sin compl. Mayores alta con vida.....	107	4,22
381	Aborto con dilatación & legrado, aspiración o histerectomía.....	106	1,49
211	Proc. de cadera y fémur excepto articulación mayor edad>17 sin cc..	104	6,15
311	Procedimientos transuretrales sin cc.....	101	5,07
494	Colecistectomía laparoscópica sin explorac. conducto biliar sin cc.....	96	2,54
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad>17 sin cc.....	95	2,02
372	Parto vaginal con complicaciones.....	89	2,66
540	Infecciones e inflamaciones respiratorias exc.neumonía simple con cc mayor	81	7,92
101	Otros diagnósticos de aparato respiratorio con cc.....	78	6,33
87	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria.....	77	4,55
204	Trastornos de páncreas excepto neoplasia maligna.....	76	7,35

G.R.Ds cirugía ambulatoria programada

		<u>Nº casos</u>
39	Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía.....	979
270	Procedimientos sobre piel, t. subcutáneo & mama sin cc.....	892
42	Procedimientos intraoculares excepto retina, iris & cristalino.....	271
284	Trastornos menores de la piel sin cc.....	210
40	Procedimientos extraoculares excepto órbita edad>17.....	153
359	Proc. útero & anejos por ca.in situ & proceso no maligno sin cc.....	141
6	Liberación de túnel carpiano.....	124
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad>17 sin cc.....	123
369	Trastornos menstruales & otros problemas ap. genital femenino.....	97
350	Inflamación de aparato genital masculino.....	59
466	Cuidados Posteriores sin historia de neo.maligna como diag.secundario	50
351	Esterilización, varón.....	47
362	Interrupción tubarica por endoscopia.....	47
232	Artroscopia.....	45
867	Escisión local y extr. dispositivo fijación interna excepto cadera.....	43
267	Procedimientos de región perianal&enfermedad pilonidal.....	41

119	Ligadura & stripping de venas	40
227	Procedimientos sobre tejidos blandos sin cc.....	35
158	Procedimientos sobre ano y enterostomía sin cc	32
160	Procedimientos sobre hernia excepto inguinal&femoral edad>17 sin cc	32
169	Procedimientos sobre boca sin cc.....	28

7.4.3.- Actividad asistencial.

Hospital Virgen del Puerto y Centro de Especialidades Luis de Toro

Hospitalización

Ingresos externos	10.343
• Ingresos urgentes.....	7.761
• Ingresos programados	2.582
Altas definitivas.....	10.337
• Altas a domicilio.....	9.572
• Altas por traslado.....	218
• Altas voluntarias	36
• Exitus.....	452
• Otras y Centros Sociosanitarios	59
Estancias	59.141
Estancia media	5,72
Media de camas ocupadas /día.....	161,59

Quirófanos

Total Intervenciones Quirúrgicas.....	7.496
• Interv. quirúrgicas programadas hospitalizadas	2.401
• Interv. quirúrgicas programadas ambulantes	3.123
• Interv. quirúrgicas programadas CMA.....	686
• Interv. quirúrgicas urgentes hospitalizadas	1.119
• Interv. quirúrgicas urgentes ambulantes.....	167

Consultas externas

Consultas nuevas	61.293
• Consultas nuevas en hospital.....	46.840
• Consultas nuevas en centro Especialidades	14.453
Consultas sucesivas	116.672
• Consultas sucesivas en hospital.....	92.448
• Consultas sucesivas en centro de Especialidades.....	24.224
Consultas totales	177.965
Relación sucesivas/nuevas	1,90
Consultas atendidas derivadas de atención primaria	31.639
Porcentaje consultas at. derivadas de atención primaria	51,62%

Hospital de Día

Tratamientos oncohematológicos.....	3.954
-------------------------------------	-------

Radioterapia	
Sesiones de radioterapia	6.439
Paritorio	
Partos vía Vaginal	520
Partos con cesárea.....	269
Total partos.....	789
Porcentaje de cesáreas	41,50%
Niños nacidos vivos	805
Urgencias	
No Ingresadas	30.547
Ingresadas.....	6.762
Urgencias totales.....	37.309
Servicios centrales	
Radiodiagnóstico en hospital (total exploraciones)	74.831
• Mamografías.....	2.884
• Screening de mama	1.437
• Ecografías	11.184
• T.A.C.	7.255
• R.N.M.	3.395
• Radiografía convencional	48.426
• Exploraciones especiales	250
Radiografía convencional en centro de especialidades	19.055
Anatomía patológica (estudios)	13.707
Determinaciones analíticas.....	1.875.206
Bioquímica	1.546.062
Hematología.....	273.459
Microbiología.....	55.685

Hospitalización

<u>Servicio</u>	<u>Ingresos</u>	<u>Estancias</u>	<u>Est. Med</u>	<u>Peso GRD</u>
			<u>Depurada</u>	<u>Depurado</u>
Cardiología	194	718	3,70	2,25
Cirugía	1.559	10.726	5,82	1,59
Digestivo	199	1.035	4,51	1,31
Endocrinología.....	23	70	3,04	0,87
Ginecología.....	461	1.698	3,33	0,99
Geriatría.....	1.113	8.427	6,92	2,10
Hematología	68	566	8,10	2,76
Medicina Interna	1.289	9.769	7,15	1,95
Nefrología	36	266	7,39	1,83
Neonatología	450	1.018	2,01	0,91
Neumología	3	11	3,67	1,24
Neurología	380	1.856	4,80	1,71
Obstetricia.....	998	2.817	2,78	0,75
Oftalmología	41	177	4,08	0,90
Oncología Medica.....	207	1.391	6,18	1,90
Oncología Radioterápica	18	259	9,47	1,75
Otorrinolaringología	280	1.301	3,13	1,04
Pediatría	632	1.621	2,50	0,68
Psiquiatría.....	453	5.281	10,56	1,10
Traumatología.....	1.023	5.016	4,67	1,98
Unidad Cuidados Intensivos	234	739	3,04	3,74
Unidad Cuidados Paliativos.....	101	719	5,99	1,70
Urología	584	3.885	5,39	1,21
Total (ingresos sólo los externos)	10.343	59.141	5,17	1,55

* En los ingresos por servicio están incluidos los ingresos externos más los traslados interservicios.

Quirófanos

<u>Servicio</u>	<u>Programadas</u>			<u>Urgentes</u>		<u>Total</u>
	<u>Hospit.</u>	<u>Ambulantes</u>	<u>CMA</u>	<u>Hospit.</u>	<u>Ambulantes</u>	
Cirugía	696	223	372	509	78	1.878
Dermatología	1	965			16	982
Ginecología.....	282	84	219	351	19	955
Oftalmología	21	1.387		8	18	1.434
Otorrinolaringología	227	78		16	4	325
Traumatología.....	799	246	95	144	28	1.312
U. C. I. (Marcapasos).....	1	11		2		14
Urología	346	129		39	4	518
Digestivo – Otros	28			50		78
Total.....	2.401	3.123	686	1.119	167	7.496

Peso medio GRD en intervenciones programadas ambulatorias:

<u>Servicio</u>	<u>Peso medio</u>
Cirugía	0,89
Dermatología	0,87
Ginecología.....	0,85
Oftalmología	1,05
Otorrinolaringología	0,99
Tramautología.....	1,01
Urología	0,62
Total.....	0,94

Hospital de día

<u>Servicio</u>	<u>Tratamientos</u>
Oncología	3.434
Hematología	520
Total.....	3.954

Consultas Externas

Especialidad	Consultas Nuevas	Consultas Sucesivas	Totales	Suc. / Nuev.
Alergia	2.482	5.777	8.259	2,33
Cardiología	1.531	1.955	3.486	1,28
Dermatología	3.910	4.111	8.021	1,05
Digestivo	1.191	3.328	4.519	2,79
Endocrinología	1.435	5.348	6.783	3,73
Geriatría	44	427	471	9,70
Hematología	627	2.304	2.931	3,67
Medicina Interna	520	1.107	1.627	2,13
Nefrología	627	2.644	3.271	4,22
Neumología	1.246	3.330	4.576	2,67
Neurología	2.835	6.554	9.389	2,31
Oncología Médica	892	6.407	7.299	7,18
Oncología Radioterapica	550	4.633	5.183	8,42
Rehabilitación	2.615	3.995	6.610	1,53
Reumatología	1.705	5.426	7.131	3,18
Salud Mental	1.131	6.970	8.101	6,16
Unidad de Cuidados Paliativos	242	146	388	0,60
Marcapasos - UCI	845	-	845	-
Cirugía General	3.183	4.606	7.789	1,45
Urología	1.945	3.242	5.187	1,67
Traumatología	5.811	11.929	17.740	2,05
Otorrinolaringología	3.960	5.032	8.992	1,27
Oftalmología	11.170	14.886	26.056	1,33
Ginecología	2.860	5.862	8.722	2,05
Preanestesia	5.104	-	5.104	-
Pediatría	1.033	2.152	3.185	2,08
Obstetricia	1.561	4.466	6.027	2,86
Prev. Riesgos Laborales	238	35	273	0,15
TOTAL	61.293	116.672	177.965	1,90

8.- PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

8.1.- Prestación farmacéutica en el área de salud

Durante el año 2012, la prestación Farmacéutica en el área de salud de Plasencia a través de recetas médicas (dispensadas de enero a diciembre) ha evolucionado de la siguiente manera.

Gasto Farmacéutico a través de recetas médicas

En la tabla se muestra el gasto farmacéutico imputado final, así como los indicadores cuantitativos de gasto y consumo de recetas y habitantes.

	2011	2012	% VARIACIÓN
Recetas Totales	2.626.367	2.545.519	- 3,18
Gasto por Hab.Activo	83,23	77,74	- 7,06
Gasto por Hab.Pens	811,45	704,71	- 15,15
Recetas Activo por Mes	0,77	0,75	- 2,67
Recetas Pensionista por Mes	4,95	4,79	- 3,34
Gasto Receta de Activo	8,96	8,6	- 4,19
Gasto Receta de Pensionista	13,65	12,25	- 11,43
Gasto por Receta	12,34	11,24	- 9,76
Gasto Final Acumulado	32.410.906,14 €	28.620.109,57 €	- 13,25

Indicadores de calidad de prescripción (ICP) en atención primaria

La tabla incluye los valores alcanzados de los Indicadores de Calidad de Prescripción incluidos en el programa de prestación farmacéutica SPFAR

INDICADORES	2011	2012	% VARIACIÓN
DHD antibióticos	23,99	23,03	- 4,17
%DHD cort inhalados elecc/DHD cort inhal + asoc	17,1	11,69	-46,28
%DHD Metformina + sulfonilurea / DHD ADO	77,13	73,89	- 4,38
%Env Intercambiables/total espec programa Inter	64,68	65,98	1,97
%DHD antidepresivos elección/DHD antidepresivos	39,85	39,02	- 2,13
%DHD antibióticos elec/DHD antibióticos totales	85,55	84,83	- 0,85

%DHD antibióticos elec ped/ DHD antibióticos totales	82,42	81,27	- 1,42
%DHD Penicilinas / DHD antibióticos totales	68,33	67,61	-1,06
Indicador de antiasmáticos en pediatría	38,92	27,78	- 40,10
% Envases Genéricos / total	30,57	35,79	14,59
% DHD Omeprazol / DHD ibp	80,83	80,23	-0,75
% DHD Estatinas de elección / DHD total estatinas	43,17	40,49	-6,62
% DHD AINES de elección/ DHD AINES totales	52,33	48,56	- 7,76
% DHD ARAII / DHD ARAII+IECAS	47,56	48,06	1,04
% Novedades C ó D / total especialidades	3,85	3,64	-5,77
% Prescripción por P.Activo/total especialidades	29,04	39,68	26,81
% Guia Farmacoterapéutica /total especialidades	61,37	61,39	0,03

8.2.- Actividades de uso racional del medicamento

Elaboración y remisión de informes de consumo farmacéutico.

Se ha remitido a todos los facultativos del Área, información sobre su gasto farmacéutico y seguimiento presupuestario, dicha información se ha obtenido del programa DIGITALIS y/o SPFAR. Esta misma información se ha remitido a los farmacéuticos de equipo para su evaluación.

Elaboración y remisión de los informes de consumo farmacéutico: perfiles de prescripción a nivel de subgrupo terapéutico, especialidades farmacéuticas y principios activos, con indicación del número de Envases, PVP, nº de DDD y COSTE/DDD indicadores de calidad de prescripción para ambos niveles asistenciales desagregados por equipos o servicios y CIAS.

Presupuesto de farmacia

En el año 2012 no hubo reparto del presupuesto de farmacia

Evaluación del cumplimiento del contrato de gestión: productividad variable ligada al uso racional del medicamento

En el año 2012 no se firmó contrato de gestión.

Programas de Intercambiabilidad Terapéutica (PIT) intraequipo que contemple la participación de múltiples profesionales:

Los Programas de Intercambiabilidad Terapéutica (PIT) se están convirtiendo en una herramienta básica a la hora de aumentar la eficiencia del SNS. Hemos contemplado la instauración de un PIT en donde los distintos profesionales sanitarios se impliquen en la mejora del perfil prescriptor del equipo. El farmacéutico estudió la posibilidad de intercambio en los casos de pacientes con una especial complejidad, el DUE sugirió la posibilidad de intercambio y ayudó en la educación del paciente favoreciendo la cumplimentación terapéutica y el medico realizará los distintos intercambios. Consideramos los siguientes grupos terapéuticos:

Estatinas:

El cambio de estatinas hacia la utilización de especialidades más eficientes es un objetivo prioritario de todos los Servicios Nacionales de Salud. La evidencia disponible no establece diferencias en eficacia entre las distintas estatinas cuando se emplean en dosis equipotentes¹.

La Simvastatina, Atorvastatina, y Pravastatina, a dosis estandar, tienen efectos similares a largo plazo en la prevención cardiovascular². Por lo tanto, es necesario conseguir una prescripción más eficiente, lo que supondría principalmente el intercambio de atorvastatinas y pravastatinas por Simvastatinas.

<u>Principio</u>	<u>Activo</u>	<u>Dosis Equivalente</u>	<u>Coste DDD</u>	<u>Intercambiabilidad terapéutica</u>
Simvastatina		20 Mg.	0.17€	Simvastatina
Atorvastatina		10 Mg.	0.64€	
Pravastatina		40 Mg.	0.67€	
Lovastatina		40 Mg.	0.39€	No intercambiable
Fluvastatina		80 Mg.	0.63€	No intercambiable

Inhibidores de la bomba de protones

El intercambio de los inhibidores de la bomba de protones está ampliamente estudiado³, se contempló la intercambiabilidad por omeprazol del resto de los principios activos del grupo.

<u>Principio Activo</u>	<u>Dosis Equivalente</u>	<u>Coste DDD</u>	<u>Intercambiabilidad terapéutica</u>
Omeprazol	20 Mg.	0.20 €	
Lansoprazol	30 Mg.	1.02 €	
Pantoprazol	40 Mg.	1.29 €	
Rabeprazol	20 Mg.	1.57 €	
Esomeprazol	20 Mg.	1.69 €	

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

¹ SIGN. Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease, 2007.

² Zhou Z, Rahme E, Pilote L. Are statins created equal? Evidence from randomized trials of pravastatin, simvastatin, and atorvastatin for cardiovascular disease prevention. [Evid Based Cardiovasc Med. 2006 Jun;10\(2\):135-7.](#)

³ Lakey S. Proton Pump Inhibitors Clinical Pearls for the Washington Rx Therapeutic Interchange Program (TIP), Pharmacy Fellow, Gero-Psychiatry University of Washington School of Pharmacy. Accesible desde: <http://aeholland.com/ticprotonpump404.pdf>

	% DHD Estatinas de elección / DHD total estatinas	% DHD Omeprazol / DHD ibp
EAP Nuñomoral	63,20	85,75
EAP Plasencia II (Sur)	47,76	83,51
EAP Montehermoso	46,03	79,73
EAP Pinofranqueado	43,75	82,87
EAP Casas del Castañar	43,58	79,22
EAP Aldeanueva del Camino	42,47	81,12
EAP Plasencia III (Norte)	41,16	81,01
EAP Ahigal	40,68	81,35
EAP Mohedas de Granadilla	40,23	75,10
EAP Jaraíz de la Vera	39,07	77,99
EAP Hervás	36,19	76,65
EAP Cabezuela del Valle	35,53	77,25
EAP Plasencia I (Luis de Toro)	34,38	81,89
EAP Serradilla	31,83	79,92

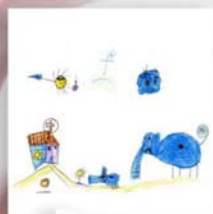
VII jornadas para el uso adecuado del medicamento

Bajo el lema “imaginación y creatividad para el Uso adecuado del medicamento” se desarrollaron las VII jornadas para el uso adecuado del medicamento con gran éxito de público. Adjuntamos el programa.

VII jornadas

Plasencia, otoño 2012

"imaginación
y creatividad
para el uso
adecuado del
medicamento"



información e inscripciones: www.areasaludplasencia.es

organiza: unidad docente del área de salud de plasencia

7/11 Inauguración de las Jornadas

Cineforum: "Influencia del ámbito familiar y comunitario en el uso de medicamentos"

Antonio Villafaina Barroso. *Farmacéutico de Área.*
Salón de Actos Hospital "Virgen del Puerto"
de 10:00 a 14:00 ó de 17:00 a 21:00 h.

8/11 Seminario Teórico-Práctico: "El ejercicio físico al servicio de la salud en patologías de riesgo"

Alberto Muñoz Arribas. *Graduado en Ciencias del Deporte. Máster Universitario en Actividad Física y Salud.*
Adrién Rubén Martí. *Graduado en Ciencias del Deporte. Máster Universitario en Actividad Física y Salud.*
Lugar de celebración por determinar
de 10:00 a 14:00 ó de 17:00 a 21:00 h.

12/11 Seminario: "Notificando y aprendiendo en seguridad con el uso de los medicamentos".

Rosaura Toribio Felipe . *Diplomada Universitaria en Enfermería. EIR Atención Familiar y Comunitaria.*
Beatriz Rodríguez Pérez. *Diplomada Universitaria en Enfermería. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales SES. Programa Seguridad de Paciente SES.*
Salón de Actos Hospital "Virgen del Puerto"
de 10:00 a 14:00 ó de 17:00 a 21:00 h.

22/11 Seminario: "Estrategias para control del estrés en profesionales sanitarios".

Arnulfo González Sánchez. *Psicólogo Clínico. Especialista en Psicología Clínica.*
Lugar de celebración por determinar
de 10:00 a 14:00 ó de 17:00 a 21:00 h.

28/11 Seminario: "Cómo se evalúa una vacuna. Ejemplo particular: Vacuna neumocócica conjugada para adultos"

Galo A. Sánchez Robles. *Farmacéutico. Responsable de la Oficina de Evaluación de Medicamentos de Extremadura.*
Lugar de celebración por determinar
de 12:30 a 14:30 ó de 17:00 a 19:00 h. h.

30/11 Taller Teórico-Práctico: "Cocinar en patologías crónicas: Aspectos culinarios imprescindibles. Puesta en práctica de recetas"

Miguel Ángel Guillén Arroyo. *Diplomado en Enfermería. Técnico Superior en Restauración Hospitalaria.*
Escuela Superior de Cocina de Plasencia.
de 17:00 a 21:00 h.

Programa de mejora de la seguridad del paciente polimedocado (PSPP)

A lo largo de 2012 hemos continuado con el programa de mejora de la seguridad del paciente polimedocado, que se reorientó hacia la notificación y el aprendizaje continuo a partir de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, para ello se realizó un documento que se implantó en todo el área a lo largo de 2013 y que se adjunta:



.....
Doblar por la línea de puntos, grapar y enviar por valija a:

Programa de seguridad del paciente
Unidad de Calidad
Hospital Virgen del Puerto
Paraje de Valcorchero s/n
10600. Plasencia

grapa

grapa

Programa de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente

Comunicación de incidentes

Centro donde ocurrió el incidente: _____

Unidad o Servicio: _____

Fecha en la que ocurrió el incidente: _____

Hora aproximada en la que ocurrió el incidente: _____

A continuación solicitamos sus datos de contacto. **Esta información es opcional** y sólo se utilizará para contar con usted si fuese necesario hacer un estudio más detallado del incidente e informarle de forma individual sobre las áreas de mejora propuesta (con el fin de elaborar recomendaciones útiles en la mejora de la seguridad del paciente). Sus datos de contacto se borrarán tras un periodo de 10 días.

Dirección de e-mail: _____

Nombre del notificante: _____

Profesión del notificante: _____

Centro de trabajo: _____

Unidad o servicio: _____

Herramienta de notificación electrónica disponible en:

www.areasaludplasencia.es

Daños en el paciente.

Edad: _____ Sexo: _____

Tipo de incidente

- Situación con capacidad de causar un incidente
 Incidente que "casi ocurre" pero se evitó a tiempo
 Incidente que causó daños al paciente

Grado de daño

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> El incidente se produjo pero no le causó daños al paciente | <input type="checkbox"/> Causó daño temporal y precisó intervención | <input type="checkbox"/> Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida |
| <input type="checkbox"/> No causó daño, pero el paciente precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño | <input type="checkbox"/> Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización. | <input type="checkbox"/> Causó la muerte del paciente |
| | <input type="checkbox"/> Causó daño permanente | |

Tipo de daño

- Físico
 Psicológico
 Social
 Desconocido
 Otro: _____

Factores contribuyentes (esta información es muy relevante)

Por favor describa con tanto detalle como sea posible cuáles piensa usted que fueron las **causas** que pudieron motivar el incidente (por ejemplo problemas de comunicación, personal insuficiente, etc...). Es importante que describa todos los factores que usted piense que pudieron contribuir al evento)

Señale en cuál/cuáles de las siguientes categorías incluiría los factores contribuyentes relacionados con el caso.

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Factores profesionales | <input type="checkbox"/> Factores externos | <input type="checkbox"/> Factores de la organización |
| <input type="checkbox"/> Entorno de trabajo / instalaciones / equipamiento | <input type="checkbox"/> Factores relacionados con el paciente | <input type="checkbox"/> Otros: |

Subcategorías - Factores profesionales

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Formación / conocimiento / competencia de los profesionales | <input type="checkbox"/> Comportamiento / conducta de los profesionales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comunicación | <input type="checkbox"/> Factores estresantes / emociones / fatiga |

Medidas para reducción de riesgo

Por favor indique detalladamente qué medidas aconsejaría para prevenir incidentes similares en el futuro.

Este documento también está disponible en formato electrónico en la dirección:
<http://www.areasaludplasencia.es/wasp/3/psegrpac.php>

9.- CALIDAD ASISTENCIAL

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

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

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

9.1.- Actuaciones corporativas

La importancia de los objetivos institucionales no es sólo cualitativa, sino también económica, ya que supone un incremento extra del 0,5 % sobre 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)

9.1.1.- Objetivos de calidad percibida y derechos de los usuarios

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

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

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad del Área de Plasencia

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

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

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

Tabla PRIORIZACIÓN

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

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

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

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

Tabla PROPUESTA DE ACTUACIÓN

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

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

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

Sala de Triage

Trípticos conteniendo la información precisa y el nombre de los sanitarios

responsables del paciente

Elaboración del Proceso Atención de Enfermería al Paciente de Urgencias

c.- Mantener los puntos fuertes (resultados de satisfacción con puntuación media por encima de 3,10)

Información al paciente sobre los retrasos

Trato de todo el personal

La preparación y la amabilidad del personal sanitario

Información por parte del médico: diagnóstico, tratamiento e instrucciones

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:2011-2012

Evaluación: Existencia del Protocolo del Triage

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 Triage y de la entrega de los Trípticos, cumplimentados, a los pacientes.

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

Competencia de elaboración: SAU

Objetivos:

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

Indicadores:

- Criterios de cumplimiento elaborados y cumplidos al 100 %.
- Estudio Anual de Reclamaciones y Quejas 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%).

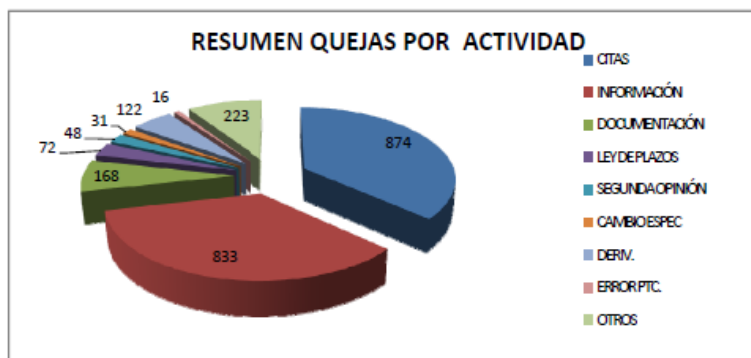
Medidas de mejora:

- 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%
TOTAL	2.387	100,0%



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

- Pasación 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 “Luís de Toro” y su entorno; y de los tres Centros de Salud de Plasencia y su entorno, para comprobar la inexistencia de barreras arquitectónicas, en concordancia con el Decreto 8/2003 (DOE N° 22).
- Inspección de la 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 2021, 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, Jaraiz de la Vera, Montehermoso, Aldeanueva del Camino, Nuñomoral, Pinofranqueado, Serradilla y Mohedas de Granadilla, Plasencia I, Plasencia II, Plasencia III y Centro de Especialidades, 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	92,1	7,9

17. Compresión por el personal de las necesidades del paciente	127	89,7	10,3
18. La información que los médicos dan a los familiares	127	92,1	7,9
19. El interés del personal de enfermería por los pacientes	127	91,3	8,7
20. Nivel de satisfacción global por cuidados sanitarios	127	92,8	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	7,34	2,12	0,19
2. La apariencia (limpieza y uniforme) del personal	127	7,08	7,88	7,48	2,29	0,20
3. Las indicaciones (señalizaciones) para saber donde ir	127	6,65	7,51	7,08	2,44	0,22
4. El interés del personal por cumplir lo que promete	127	6,91	7,82	7,36	2,57	0,23
5. El estado de las habitaciones, apariencia, comodidad	127	6,56	7,65	7,10	3,09	0,28
6. La información que los médicos proporcionan	127	6,98	7,90	7,44	2,62	0,23
7. El tiempo de espera para ser atendido por un médico	127	6,28	7,21	6,75	2,63	0,23
8. La facilidad para llegar al hospital	127	6,85	7,68	7,26	2,35	0,21
9. El interés del personal por solucionar problemas	127	6,82	7,74	7,28	2,61	0,23
10. La puntualidad de las consultas médicas	127	6,09	7,05	6,57	2,73	0,24
11. La rapidez con que se consigue lo que se necesita	127	6,29	7,25	6,77	2,72	0,24
12. La disposición del personal para ayudar	127	6,91	7,89	7,40	2,76	0,25
13. La confianza, seguridad, que transmite el personal	127	7,09	7,99	7,54	2,53	0,23
14. La amabilidad, cortesía del personal	127	7,21	8,19	7,70	2,79	0,25
15. La preparación del personal para realizar su trabajo	127	6,80	7,73	7,26	2,63	0,23
16. El trato personalizado que se da a los pacientes	127	6,99	7,93	7,46	2,68	0,24
17. Compresión por el personal de las necesidades del paciente	127	6,51	7,46	6,98	2,71	0,24
18. La información que los médicos dan a los familiares	127	6,79	7,83	7,31	2,95	0,26
19. El interés del personal de enfermería por los pacientes	127	7,09	8,03	7,56	2,63	0,23
20. Nivel de satisfacción global por cuidados sanitarios	127	7,44	8,22	7,83	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 %
- FELICITACIONES25 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^aC^a

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^a Clínica, 76 (95%).
- Servicios: Cirugía, Traumatología, Ginecología, Urología, Oftalmología, Dermatología y O.R.L.
- Según el catálogo de consentimientos informados del H. Virgen del Puerto, el 96% están adaptados a la Leyes 41/2002 y 3/2005.

Carta de servicios de los Centros Sanitarios

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad.

La carta de Servicios del Hospital se comenzó a elaborar y planificar en 2008, se ha terminado en 2010 y se ha revisado en 2011 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 Ginecología
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 Púerperas 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

9.1.2.- Objetivos de calidad científico – técnica

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

Garantizar el funcionamiento de la Comisión de Garantía de la Calidad

Competencia de elaboración: Unidad de calidad

Cuatro reuniones documentadas.

Acuerdos: Se 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:

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.

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.



Unidad de Calidad

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).

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

A.- OBJETIVOS DE CALIDAD PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO			
	OBJETIVO	INDICADOR	
		<u>CUMPLIMIENTO</u> <u>LA</u>	<u>PORCENTAJE DE</u> <u>ELABORACIÓN POR</u> <u>UNIDAD DE CALIDAD</u>
1.	Evaluar la satisfacción de pacientes y familiares en servicios de urgencias de centros hospitalarios.	Satisfacción global = ó > media SES <u>SI</u>	---
2.	Cumplir la Orden de la CSyC de 26 de noviembre de 2003, sobre tramitación de reclamaciones y sugerencias y de la instrucción del DG del SES al respecto.	- >90% cumplimiento <u>SI</u>	---
3.	Crear y/o desarrollar los órganos de participación del Área de Salud: Consejos de Salud de Área	- Una reunión documentada del Consejo de Salud de Área	

		<u>SI</u>	---
4.	Medidas de mejora de los entornos hospitalarios incluidas las de eliminación de barreras arquitectónicas	- 3 medidas ejecutadas en el año documentadas. <u>SI</u>	<u>66%</u>
5.	Cumplir la Instrucción 5/2002 sobre identificación de profesionales.	- >90% personal identificado <u>SI</u>	<u>100%</u>
6.	Evaluar la satisfacción de pacientes en Atención Primaria	Satisfacción global = ó > media SES ---	---
7.	Evaluar la satisfacción de los usuarios hospitalizados	Satisfacción global = ó > media SES <u>SI</u>	<u>100%</u>
8.	Protocolizar la acogida a usuarios y familiares en centros hospitalarios.	Documento Guía de acogida <u>SI</u>	---
9.	Revisar, adecuar y aplicar los consentimientos informados conforme a la Ley 41/2002.	- 90% de los CI adaptados a la Ley y se encuentren en la H ^a C <u>SI</u>	<u>100%</u>
10.	Desarrollar la carta de servicios de los centros sanitarios.	- 5 servicios y/o unidades y/o centros con la carta de servicios <u>SI</u>	<u>100%</u>
11.	Garantizar el acceso a la historia clínica por parte de los usuarios conforme a la normativa vigente	- Normativa interna documentada - >95% Historias facilitadas - Tiempo medio <7días <u>SI</u>	<u>50%</u>
12.	Realizar un plan de acogida a los profesionales en algún dispositivo del Área o en su conjunto	- Existencia del documento <u>SI</u>	---
13.	Seguimiento telefónico proactivo a pacientes dados de alta.	- >50% llamadas a pacientes dados de alta ---	---
14.	Mejorar la humanización del parto	- Al menos una medida de mejora de las contempladas en el Plan <u>SI</u>	<u>50%</u>
15.	Apoyar las propuestas realizadas por los SAU en relación a la mejora en la atención a usuarios	- Al menos dos medidas de mejora propuestas y realizadas <u>SI</u>	<u>50%</u>
16.	Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad percibida y derechos de los usuarios en el Área Sanitaria	<u>SI</u>	<u>100%</u>
<u>SUBTOTAL</u>		14 ÍTEMS DE 16	
EUROS		<u>87,5%</u> <u>82.600€</u>	<u>51,1%</u> <u>42.200€</u>

B.- OBJETIVOS DE CALIDAD CIENTÍFICO - TÉCNICA

	OBJETIVO	INDICADOR	
		<u>CUMPLIMIENTO</u> <u>LA</u>	<u>PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR</u> <u>UNIDAD DE CALIDAD</u>
1.	Garantizar el funcionamiento de la Comisión de Calidad	- 4 reuniones documentadas/comisión <u>1/2</u>	<u>100%</u>
2.	Garantizar el funcionamiento de las	- 4 reuniones documentadas/comisión	

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

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

	OBJETIVO	INDICADOR	
		<u>CUMPLIMIENTO</u> <u>LA</u>	<u>PORCENTAJE DE</u> <u>ELABORACIÓN POR</u> <u>LA</u> <u>UNIDAD DE CALIDAD</u>
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 <u>SI</u>	---
2.	Desarrollar acciones de mejora para la prevención de accidentes laborales.	- 3 acciones de mejora documentado <u>SI</u>	---
3.	Registrar, estudiar y actuar para la prevención de caídas de pacientes hospitalizados.	- Documento de protocolo para evitar caídas. <u>SI</u>	---
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. - Nº notificaciones <u>SI</u>	<u>75%</u>
5.	Actualizar Planes de Catástrofes Internas y Externas.	- 50% revisados en los 2 últimos años. <u>SI</u>	---
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. <u>1/4</u>	---
7.	Mejorar la seguridad de pacientes	- 3 acciones desarrolladas documentadas <u>SI</u>	<u>50%</u>
8.	Creación y desarrollo de la Unidad de Gestión de Riesgos del Área	- Documento de creación <u>SI</u>	<u>50%</u>
9.	Colaborar en la mejora de la Gestión Medioambiental	- Programa de eliminación de mercurio - Programa de Gestión Ambiental <u>SI</u>	<u>50%</u>
10.	Favorecer el ahorro energético	- Programa de optimización energética disminuyendo el consumo innecesario <u>SI</u>	<u>100%</u>
11.	Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad en la gestión de riesgos sanitarios en el Área Sanitaria	<u>SI</u>	<u>20%</u>
<u>SUBTOTAL</u>		10,3 ÍTEMS DE 11	
EUROS		<u>93,6%</u> <u>60.700€</u>	<u>33,5%</u> <u>21.700€</u>

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

	OBJETIVO	INDICADOR	
		<u>CUMPLIMIENTO</u> <u>LA</u>	<u>PORCENTAJE DE</u> <u>ELABORACIÓN POR</u> <u>LA</u> <u>UNIDAD DE CALIDAD</u>
1.	Codificar las altas hospitalarias.	100% altas codificadas <u>SI</u>	---

2.	Disminuir los GRDs inespecíficos	<1% GRDs inespecíficos <u>SI</u> ---
3.	Mejorar la media de diagnósticos codificados.	>4 diagnósticos por alta <u>SI</u> ---
4.	Mejorar la media de procedimientos codificados.	>3 procedimientos por alta <u>SI</u> ---
5.	Mantener el IEMA	IEMA < 1,00 <u>SI</u> ---
6.	Mejorar el Índice de case-mix o peso medio.	>2% peso medio <u>SI</u> ---
7.	Análisis de las estancias evitables.	Disminuir un 5% <u>SI</u> 100%
8.	Análisis de reingresos.	Disminuir un 3% <u>SI</u> ---
9.	Análisis de mortalidad.	% mortalidad <4 --- ---
10.	Optimizar la estancia media.	Disminuir 1% EM global Disminuir 1% EM depurada <u>SI</u> 100%
11.	Optimizar la tasa de cesáreas.	<27% --- ---
12.	Optimizar la tasa de partos con anestesia epidural.	>75% --- ---
13.	Mejorar la codificación de cirugía ambulatoria y hospital de día	>90 % codificación CA <u>SI</u> ---
14.	Mejorar el índice de case-mix o peso medio de a cirugía ambulatoria y hospital de día	>1% peso medio <u>SI</u> ---
15.	Codificar las urgencias hospitalarias no ingresadas	>50 % codificación urgencias no ingresadas --- ---
<u>SUBTOTAL</u>		11 ÍTEMS DE 15 <u>63,3%</u> 18,2%
EUROS		<u>64.900€</u> 18.600€

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

	OBJETIVO	INDICADOR	
		<u>CUMPLIMIENTO</u> <u>LA</u>	<u>PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR</u> <u>UNIDAD DE CALIDAD</u>
1.	Centros o Servicios en proceso de acreditación	Al menos 2 <u>SI</u>	100%
2.	Desarrollo de mejoras en base a la Autoevaluación	Al menos 2 <u>SI</u>	100%
3.	Desarrollo de medidas específicas de mejora en la autoevaluación y acreditación en el Área Sanitaria	<u>SI</u>	100%
<u>SUBTOTAL</u>		3 ÍTEMS DE 3	

EUROS	<u>100%</u> <u>17.700€</u>	<u>100%</u> <u>17.700€</u>
TOTAL (objetivos A, B, C, D, E)	49,3 ÍTEMS DE 59	
EUROS	<u>83,56</u>	<u>45,22%</u>
	<u>290.800€</u>	<u>157.300€</u>

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. Antibiótica.....	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 ²⁵ -P ⁷⁵):	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 otro ingreso en este Hospital(c):	2
Nº de nosocomiales adquiridas en otro ingreso en otros hospitales(d):	3
Total infecciones nosocomiales existentes al ingreso (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
Prevalencia de infecciones nosocomiales adquiridas en el centro en este ingreso(a/N)	
(P%)	4.91 (1.58-8.24)
Prevalencia de pacientes con inf. nosoc. adquirida en el centro en este o anterior ingreso(b/N)	
(P%)	6.13 (2.44-9.82)
Prevalencia de infecciones nosocomiales existentes al ingreso (e/N)	
(P%)	3.07 (0.85-8.21)
Prevalencia de pacientes con infec. nosoc. existente al ingreso (f/N)	
(%P)	3.07 (0.85-8.21)
Prevalencia de infecciones comunitarias (g/N)	
(P%)	14.11 (8.75-19.47)
Prevalencia de pacientes con infección comunitaria (h/N)	
(%P)	14.11 (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)

$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)}} \times 100$

Periodo de estudio año 2012 completo

Cirugía: 10; Tocolgía: 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:

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

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 Sº de Oftalmología de Hospital Virgen del Puerto (HVPT), se han estudiado 80 inclusiones; encontrando 76 de las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 95% de ILS´s conforme a protocolo.

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

3. Prótesis de Rodilla (715.26 + 81.54/81.55): Considerados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología la MBE, se han estudiado 20 inclusiones; encontrando 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 Periodo de estudio RMN: 01-05-2012 al 30-06-2012

Población total del periodo de estudio: 187 Población total del periodo de estudio: 30

Población estudiada: 187 Población estudiada: 57

Resultado <u>Indicados</u> <u>Diagnóstica</u>	Resultado <u>Correlación Clínico-Diagnóstica</u>	Indicadas	<u>Correlación Clínico-</u>
$\frac{N^{\circ} 186}{N^{\circ} 187} \times 100 = 99,5\%$	$\frac{N^{\circ} 172}{N^{\circ} 187} \times 100 = 91,9\%$	$\frac{N^{\circ} 30}{N^{\circ} 30} \times 100 = 100\%$	$\frac{N^{\circ} 29}{N^{\circ} 30} \times 100 = 96,6\%$

Pacto en el CG 2012 > 80%

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

	INDICACIÓN	Indic 1	Indic 2	Indic 3	Indic 4	Indic 5
CRITERIOS						
Demográficos ●	Sexo	Mujer	Hombre			
	Edad	> 50	> 60	> 50		
CLÍNICOS ■	Inflamación	SI	SI			
	Dolor	SI	SI			
	Función					
	Ángulo MTT-F > 30°	SI	SI	SI		
	Ángulo IMTT _{19/2°} < 20°	SI	SI			
	Degeneración			SI Artrosis MTT-F		
Sociolaborales ●					ILT	
Psicoestéticos ●						PSICOPATOLOGÍA
ILEQ		SI	SI	SI	SI	SI

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

PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): TÚNEL CARPIANO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	INDICACIÓN	Contraindicación	
CRITERIOS			
CLÍNICOS	Meniscopatia		
	Rotura meniscal		
	Ligamento cruzado		Desgarro capsular
	Condropatía		Anquilosis
	Cuerpo libre		
Sociolaborales●			ILT
ILEQ	SI	NO	SI

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

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

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

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

- Diseño de los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en la especialidad de Urología (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)

9.1.3.- Objetivos de calidad en la gestión de riesgos sanitarios

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

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

Gestión de reclamaciones.

Competencia de elaboración:

Gerencia de Área
SAU

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

- El 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 de 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.

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

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

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

Cuadro de Mandos del CMBD de hospitalización 2012-I

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
▪ % 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	1,69	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	1,0590	0,8406	0,9833	476	1,32
DIG - Digestivo	192	4,51	1,3096	6,81	-2,30	3,76	5,87	0,7687	0,8615	0,5519	-261	-0,72
END - Endocrinología	23	3,04	0,8706	5,88	-2,84	4,58	4,72	0,6452	0,8017	0,7781	-38	-0,11
GIN - Ginecología	443	3,33	0,9970	2,98	0,35	3,50	3,13	1,0645	1,0506	1,1728	90	0,25
GRT - Geriátria	1.081	6,92	2,0957	6,90	0,02	6,25	7,44	0,9298	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	6,67	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	0,6624	-899	-2,50
NEF - Nefrología	36	7,39	1,8338	7,62	-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	0,6003	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	0,6144	-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	1,0665	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	1,0383	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	0,7686	0,6181	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	0,8601	0,9843	0,7937	-749	-2,08
UCP - Unidad de Cuidados Paliativos	97	5,99	1,6975	7,23	-1,24	5,86	7,00	0,8551	0,9686	0,8100	-98	-0,27
URO - Urología	522	5,39	1,2121	5,54	-0,15	5,48	4,26	1,2666	0,7681	0,9889	592	1,65
Total general	9.957	5,17	1,5501	6,31	-1,14	5,45	5,55	0,9306	0,8801	0,8634	-3.834	-10,65

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 Período)

Cuadro de Mandos del CMBD de Cirugía ambulatoria

	2012	2011
■ 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

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

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

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

Centros o servicios en proceso de Acreditación o Autoevaluación

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad

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

Desarrollo de Mejoras en base a la Autoevaluación

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad

Elaboración de los Grupos de Interés
Planificación de los Cuadros de Mando
Diseño del Mapa de Procesos
Proyecto y Documentación de Procesos Clave
Desarrollo de Medidas Específicas de Mejora en la Autoevaluación y Acreditación en el Área Sanitaria

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad

CONCEPTO	ACTUACIONES
CRONOGRAMA	
COMPETENCIAS	

CONCEPTO

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

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

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

9.1.6.- Benchmarking área de salud

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

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

* Cáceres no realizó evaluación

9.1.7.- Benchmarking área de salud de Plasencia 2012 sobre 2011

Porcentaje de Cumplimiento de los objetivos de Calidad del SES

2011: 83,60%

2012: 83,56%

Similar cumplimiento al anterior ejercicio

9.2.- Actuaciones institucionales

Coordinación Asistencial.

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

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

Promoción de la Participación de los Profesionales: 37 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 49 actuaciones

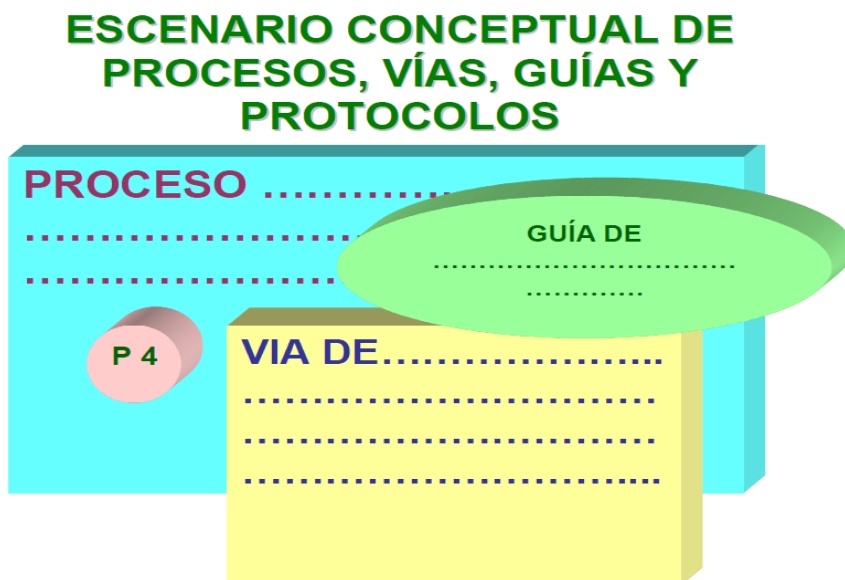
Impulso de Actividades y su Difusión: 33 actuaciones

Colaboración con la Comisión De Dirección: 3 actuaciones

9.3.- Gestión de procesos

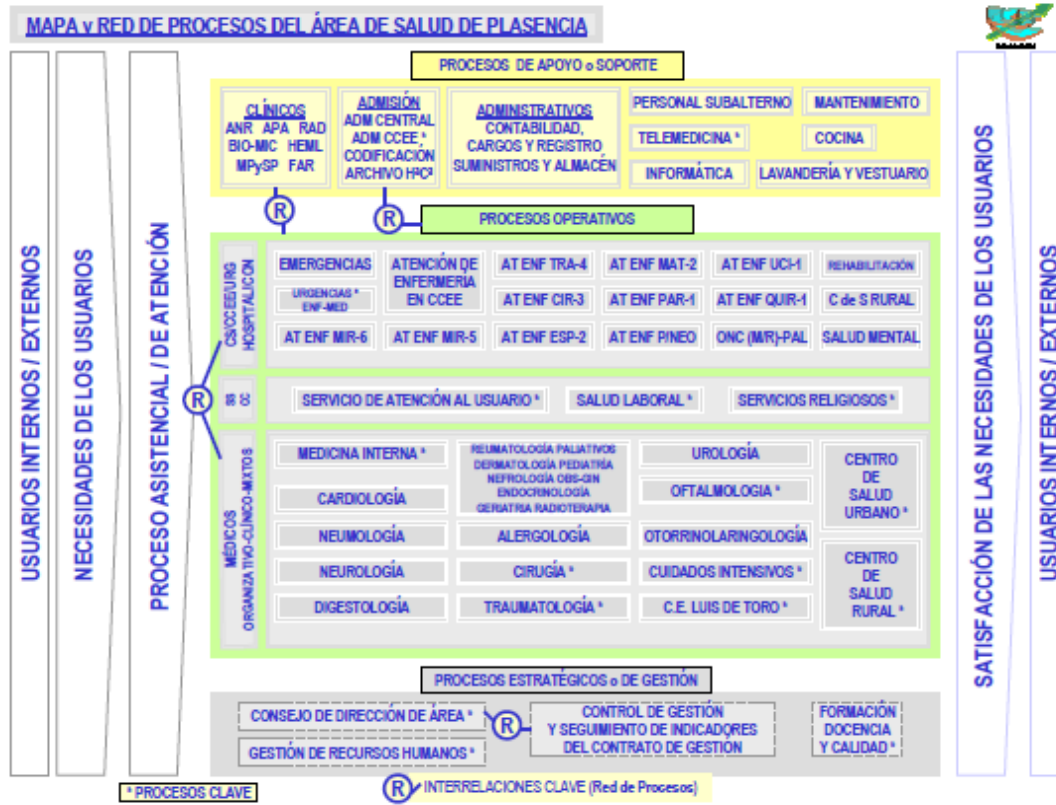
Actualización de los Conceptos Generales y la Justificación de la Gestión por Procesos (GPP)

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



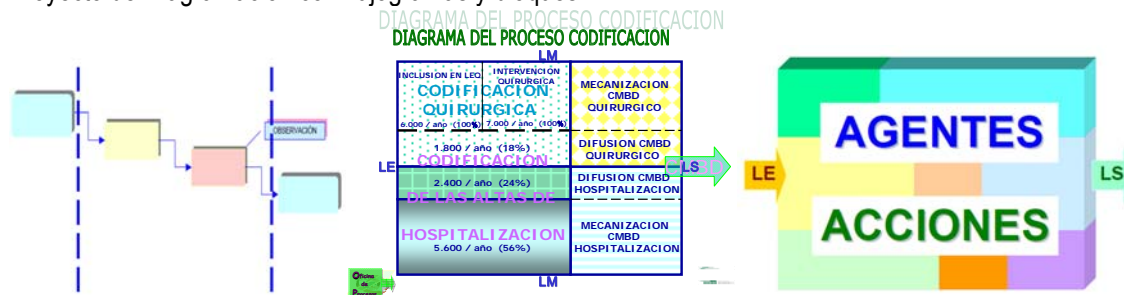
Desarrollo de las competencias de La Oficina de Procesos. Asesoramiento y apoyo en la elaboración de la estructura de los procesos: conceptualización, documentación, elementos, sistemática, indicadores, equipos, responsables y mejora continua.

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



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

Proyecto de Diagramación con flujogramas y bloques.



Diseño De Procesos: 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.

ELEMENTOS DEL PROCESO CIRUGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA



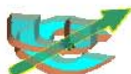
DIAGRAMA DE BLOQUE

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

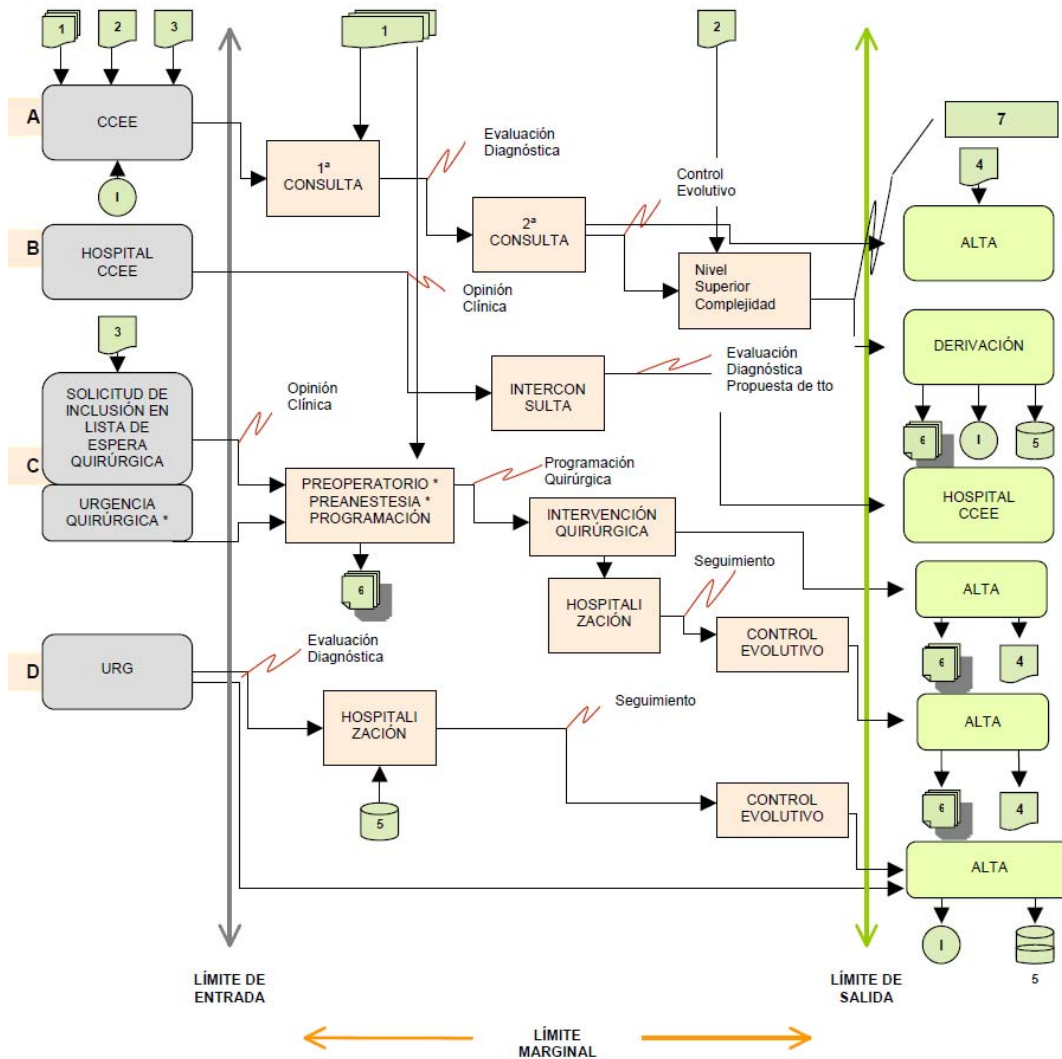
INDICADORES	2010	2009	2008
INDICADORES DE RECURSOS			
Facultativos Especialistas de Área (FEA)	9	9	10,2
Enfermeros y Auxiliares de Clínica	4,1	4,4	1,7
INDICADORES DE ACTIVIDAD			
Ingresos / Ingresos: FEA	1.647 / 183	1.523 / 169	1.508 / 148
Consultas Nuevas / C. Nuevas: FEA	2.925 / 325	2.508 / 279	2.463 / 241
Urgencias / Urgencias: FEA	717 / 80	845 / 94	841 / 82
INDICADORES DE CALIDAD			
CIENTIFICO-TÉCNICA			
Vía de			
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.			
Protocolo de			
RELACIONAL			
Satisfacción Pacientes (de 0 a 100)	74,1	68,9	68,1
Satisfacción Trabajadores (de 0 a 10) ²⁰¹⁰⁻¹¹	5,88	---	---
EFICIENCIA			
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 CURSO PREDECIBLE COORDINACIÓN AP/AE	Vía	SECUENCIAL / FLUJO	ESTANDARIZACIÓN de: -ETAPAS y -PROCEDIMIENTOS
GRUPO DE PACIENTES CON UNA DEMANDA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA Diagnóstica-Terapéutica- Prevención / Global	PROCESO	BLOQUES / FLUJO	ACTIVIDAD DEFINIDA en un SISTEMA ORGANIZATIVO PREEXISTENTE
Áreas de Apoyo			
Áreas Organizativas			
USUARIOS / CLIENTES INTERNOS			

Difusión y Marketing. 29 actuaciones.

9.4.- Gestión de riesgos

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

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

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL 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

9.5.- Gestión del conocimiento

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

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

Actuaciones Específicas de la Oficina de MBE.

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

Actuaciones de Colaboración en Proyectos: 14 Actuaciones

9.6- Implantación y despliegue del modelo de calidad

Asesoramiento en Implantación y Desarrollo del Modelo de Calidad

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

Asesoramiento en Planificación de Auditorías Internas y Externas

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

Difusión del Modelo Entre Los Profesionales Del Área: 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.

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

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

Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio de Calidad sanitaria:

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

Página Web www.areasaludplasencia.es > conoce el área> calidad.

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

INE: Recogida de Datos sobre Actividad en Investigación 2011

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

Acuerdos de Colaboración Con

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

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

10.- FORMACIÓN E INVESTIGACION

Cursos

1. Aprendiendo a publicar un informe grade de ensayos clínicos. 2 y 21 de Febrero, 30 de Marzo, 18 de Abril y 16 de Mayo. 5,50 horas cada edición. 21 asistentes
2. RCP Básica y DEA. 1 de Febrero. 5 Horas. 10 asistentes.
3. Taller básico de entrevista clínica. 10 de Febrero. 6 horas. 12 asistentes.
4. Ciclo Formativo de farmacoterapia. 28 de Febrero, 27 de Marzo y 26 de Abril. 4 horas cada edición. 25 asistentes.
5. Actualización para enfermería en terapia intravenosa: seguridad clínica, mantenimiento y cuidados de los accesos vasculares. 31 de Mayo. 4 horas. 142 asistentes.
6. Desarrollo organizacional en empresas sanitarias. Del 12 de abril al 29 de noviembre. 30 horas. 57 asistentes.
7. Prevención de úlceras por presión, creando marcos para la prevención, controlando la presión y abordando la incontinencia. 19 de abril. 5 horas. 102 asistentes.
8. Avances en el manejo de las úlceras por presión. Desbridamiento, abordaje y tratamiento. 9 de Mayo. 4 horas. 149 asistentes.
9. Terapia de presión negativa. Avances tecnológicos en cicatrización de heridas. 3 de Mayo. 4 horas. 151 asistentes.
10. Cineforum. Influencia del ámbito familiar y comunitario en el uso de medicamentos. 7 de Noviembre. 4 horas. 72 asistentes.
11. El ejercicio físico al servicio de la salud en patologías de riesgo. 8 de Noviembre. 4 horas. 62 asistentes.
12. Notificando y aprendiendo en seguridad con el uso de los medicamentos. 12 de Noviembre. 4 horas. 75 asistentes.
13. Estrategias para control del estrés en profesionales sanitarios. 22 de Noviembre. 4 horas. 82 asistentes.
14. Cómo se evalúa una vacuna. Ej. particular. Vacuna neumocócica. 28 de Noviembre. 2 horas. 60 asistentes.
15. Cocinar en patologías crónicas. Aspectos culinarios imprescindibles. Puesta en práctica de recetas. 30 de Noviembre. 4 horas. 30 asistentes.

Cursos para Residentes:

1. Curso Básico de Ecografía. 25, 26 y 27 de Abril. 12 Horas.
2. Práctica clínica basada en la evidencia. Metodología grade. 5 y 6 de Noviembre. 14 horas.
3. Curso básico de urgencias. Obligatorio R1 y R2.
4. Neurología. Ictus Epilepsia. 26 de Junio. 1,5 horas.
5. Neurología. Exploración. Cefaleas. 28 de Junio. 1,5 horas.
6. Urgencias. Crisis hipertensiva. 4 de Julio. 1,5 horas.
7. Urgencias. Dolor abdominal. Diagnóstico diferencial I. 5 de Julio. 1,5 horas.
8. Cardiología. Arritmias. 12 de Julio. 1,5 horas.
9. Urgencias. Dolor abdominal. Diagnóstico diferencial II. 18 de Julio. 1,5 horas.
10. Traumatología. Urgencias en Traumatología. 26 de Julio. 1,5 horas.

Sesiones Clínicas:

Servicio	Fecha
Traumatología	13 de Enero
Caso cerrado MI	20 de Enero
Nefrología	27 de Enero
Hematología	3 de Febrero
Cardiología	10 de Febrero
Microbiología	17 de Febrero
Oncología Médica	24 de Febrero
Endocrinología	3 de Marzo
Pediatría	10 de Marzo
Digestivo	17 de Marzo
Caso cerrado MI	24 de Marzo
Radiología	31 de Marzo
Neumología	13 de Abril
UCI	20 de Abril
Alergología	27 de Abril
Geriatría	4 de Mayo
Ginecología	11 de Mayo
Dermatología	18 de Mayo
Urgencias	25 de Mayo
Otorrinolaringología	1 de Junio
Urología	8 de Junio
Cirugía General	15 de Junio
Nefrología	22 de Junio
Caso cerrado MI	28 de Septiembre
Cuidados Paliativos	5 de Octubre
Neumología	19 de Octubre
Geriatría	26 de Octubre
Dermatología	9 de Noviembre
Unidad del Dolor	16 de Noviembre
Dermatología	23 de Noviembre
Radiología	30 de Noviembre
Caso cerrado MI	14 de Diciembre
Reumatología	21 de Diciembre

11. DATOS ECONÓMICOS

11.1.- Gastos (2012)

Atención especializada y atención primaria

Capítulo I	Gastos de personal	69.721.595
Capítulo II	Gastos corrientes en bienes y servicios	27.022.392
Total atención especializada y atención primaria		96.743.987

Programa de formación

Capítulo I	Gastos de personal	1.607.721
Total programa de formación		1.607.721

Total presupuesto capítulos I, II.		98.351.708
-----------------------------------------	--	------------

11.2.- Ingresos. Facturación y Cargos (2012)

Ingresos

Cargos a terceros	869.019
Ingresos por canon de cafetería	15.189
Otros ingresos	37.526
Total ingresos	921.734

Facturación y Cargos a Terceros

Facturado

Accidentes de tráfico	238.369
Entidades privadas, compañía seguro libre, particulares,	497.231
Accidentes laborales	125.970
Total facturado	861.570

Ingresado

Total cobrado	869.019
---------------------	---------

