

Gerencia del Area de Salud de Plasencia

The logo consists of a green square with the letters 'SES' in white, tilted at an angle. Above the square are three overlapping, torn-edge shapes in shades of green and light green.

SES

Memoria 2013



Centro de Salud Plasencia III. La Data

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.....	62
7.3.- Asistencial: equipos atención primaria, u. apoyo y u. transversales.....	64
7.4.- Asistencial: atención hospitalaria	68
8.- Calidad asistencial	75
9.- Formación e investigación	141
10.- Datos económicos	
10.1.- Gastos	147
10.2.- Ingresos. Facturación y cargos.....	147



1.- PRESENTACIÓN

El ejercicio 2013 ha sido con toda seguridad uno de los años más complicados de gestión desde el punto de vista presupuestario donde las inversiones se redujeron de manera notable.

Ha sido un año en que se ha trabajado en preparar de manera estratégica otros proyectos, que verán la luz en 2014 y/o 2015, como son los preparativos para la creación de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, posibilitando con ello el impulso y crecimiento de la actividad quirúrgica del Centro.

Agradecer el interés, apoyo y colaboración a todos los profesionales de nuestro Hospital, sin ellos nada de esto sería posible.

“Tu mejor capital es tu salud. Aprovéchala. Si es buena no la malogres;

si no lo es, no la estropees más”. ([Pablo R. Picasso](#))

Luis Martín Recuero
Gerente del Área de Salud de Plasencia

22 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
- Pinofrankueado
- Plasencia I
- Plasencia II
- Plasencia III
- Serradilla





3.- POBLACIÓN Y TARJETAS SANITARIAS

3.1.-Población

(Fuente I.N.E. Padrón municipal 01/01/2013)

	<u>Total</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
Extremadura	1.104.004	548.054	555.950
Porcentaje.....	100,00%	49,64 %	50,36 %
Provincia de Cáceres.....	410.275	203.758	206.517
Porcentaje.....	100,00%	49,66 %	50,34 %
Área de Salud de Plasencia.....	113.066	56.584	56.482
Porcentaje.....	100,00%	50,05%	49,95%
Ciudad de Plasencia	41.047	19.952	21.095
Porcentaje.....	100,00%	48,61%	51,39 %

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	41.047	19.952	21.095
Abadía	333	187	146
Aceituna	603	310	293
Ahigal.....	1.468	758	710
Alagón del Río	889	443	446
Aldeanueva de la Vera.....	2.168	1.060	1.108
Aldeanueva del Camino.....	797	391	406
Aldehuela de Jerte.....	379	202	177
Arroyomolinos de la Vera.....	485	243	242
Baños de Montemayor.....	764	365	399
Barrado	439	230	209
Cabezabellosa	396	205	191
Cabezuela del Valle	2.431	1.247	1.184
Cabrero	351	186	165
Caminomorisco	1.141	590	551
Carcaboso	1.115	562	553
Casar de Palomero	1.350	685	665
Casares de las Hurdes	445	223	222
Casas del Castañar	577	281	296
Casas del Monte	822	416	406
Cerezo	182	90	92
Collado.....	152	83	69
Cuacos de Yuste	891	457	434
Galisteo.....	974	475	499

Garganta la Olla.....	955	511	444
Garganta (La)	467	255	212
Gargantilla	426	215	211
Gargüera.....	110	59	51
Granja (La).....	362	190	172
Guijo de Galisteo	1.612	815	797
Guijo de Granadilla	587	306	281
Hernán-Pérez	495	253	242
Hervás	4.193	2.066	2.127
Jaraíz de la Vera.....	6.591	3.285	3.306
Jarilla	152	75	77
Jerte.....	1.320	677	643
Ladrillar	193	105	88
Malpartida de Plasencia.....	4.725	2.369	2.356
Marchagaz	228	118	110
Mirabel	691	346	345
Mohedas de Granadilla.....	903	459	444
Montehermoso.....	5.852	2.998	2.854
Navaconcejo	1.940	981	959
Nuñomoral	1.383	736	647
Oliva de Plasencia	273	151	122
Palomero	380	195	185
Pasarón de la Vera	653	314	339
Pesga (La)	1.130	589	541
Pinofranqueado	1.678	890	788
Piornal.....	1.562	790	772
Pozuelo de Zarcón.....	491	239	252
Rebollar	227	113	114
Riobobos.....	1.351	701	650
Santa Cruz de Paniagua.....	351	187	164
Santibáñez el Bajo.....	751	385	366
Segura de Toro.....	177	86	91
Serradilla.....	1.637	830	807
Tejeda de Tiétar.....	858	462	396
Tomavacas	1.176	612	564
Torno (El).....	910	481	429
Torrecilla de los Ángeles.....	660	344	316
Torrejón el Rubio	625	316	309
Torremenga	653	348	305
Valdastillas.....	334	174	160
Valdeobispo	728	356	372
Villa del Campo.....	523	259	264
Villanueva de la Sierra	450	224	226
Villar de Plasencia	232	117	115
Zarza de Granadilla	1.872	961	911
Valdelamatanza (provincia de Salamanca)	170	89	81
Suma	113.066	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	3.406	3,06 %	67,09 %	32,91 %
Ahigal.....	1.290			
Guijo de Granadilla.....	600			
Marchagaz.....	285			
Palomero	414			
Pantano de Gabriel y Galán	52			
Santibáñez el Bajo.....	765			
Z.S. Aldeanueva del Camino	4.756	4,27 %	72,57 %	27,43 %
Abadía	295			
Aldeanueva del Camino	1.189			
Casas del Monte.....	686			
Gargantilla	381			
Granja (La)	314			
Segura de Toro.....	179			
Valdelamatanza (provincia de Salamanca).....	123			
Zarza de Granadilla	1.589			
Z.S. Cabezuela del Valle.....	7.197	6,46 %	77,71 %	22,29 %
Cabezuela del Valle.....	2.941			
Jerte.....	1.087			
Navaconcejo.....	1.897			
Rebollar	199			
Tornavacas.....	1.073			
Z.S. Casas del Castañar	3.944	3,54 %	69,61 %	30,39 %
Barrado.....	441			
Cabrero.....	328			
Casas Del Castañar	634			
Piornal	1.460			
Torno (El).....	758			
Valdastillas	323			
Z.S. Hervás	5.179	4,65 %	75,15 %	24,85 %
Baños de Montemayor	601			
Garganta (La)	384			
Hervás	4.194			
Z.S. Jaraíz de la Vera	12.579	11,29 %	77,95 %	22,05 %
Aldeanueva de la Vera	1.910			
Arroyomolinos de la Vera	398			
Collado	74			
Cuacos de Yuste	727			
Garganta la Olla	878			
Jaraíz de la Vera.....	7.568			
Pasarón de la Vera.....	578			
Torremenga	446			

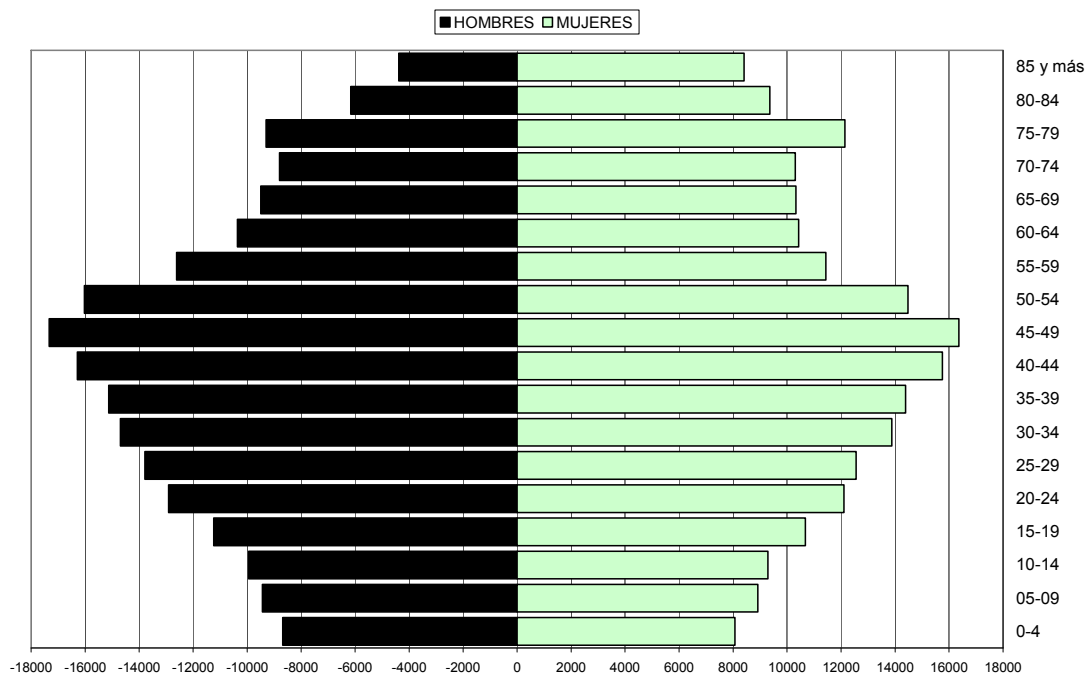
Z.S. Mohedas de Granadilla	3.288	2,95 %	66,44 %	33,56 %
Azabal.....	309			
Casar de Palomero.....	666			
Cerezo	171			
Mohedas de Granadilla	1.018			
Pesga (La)	1.035			
Rivera Oveja.....	89			
Z.S. Montehermoso.....	9.737	8,74 %	74,21 %	25,79 %
Aceituna.....	560			
Bronco (El).....	26			
Guijo de Galisteo	322			
Hernán Pérez	414			
Montehermoso.....	6.075			
Pozuelo de Zarzón	490			
Santa Cruz de Paniagua	279			
Torrecilla de Los Angeles	602			
Villa Del Campo.....	490			
Villanueva de la Sierra.....	479			
Z.S. Nuñomoral	2.108	1,89 %	64,55 %	35,45 %
Aceitunilla	75			
Arrolobos	106			
Asegur	104			
Cabezo	49			
Carabusino	58			
Casares de Las Hurdes.....	129			
Casarrubia	0			
Cerezal	0			
Fragosa	270			
Gasco (El).....	110			
Heras	0			
Huetre.....	154			
Ladrillar.....	85			
Martilandrán.....	0			
Mestas (Las).....	28			
Nuñomoral	569			
Riomalo de Abajo	45			
Riomalo de Arriba	2			
Robledo	25			
Rubiaco	76			
Vegas de Coria.....	223			
Z.S. Pinofranqueado	2.788	2,50 %	76,17 %	23,83 %
Aceña (La)	0			
Aldehuela.....	18			
Cambrón.....	13			
Cambroncino	173			
Caminomorisco.....	716			
Castillo.....	71			
Dehesilla	0			
Erías	60			

Horcajo	58			
Huerta	39			
Mesegal	25			
Muela	59			
Ovejuela	81			
Pedro Muñoz	61			
Pinofranqueado	1.310			
Robledo	42			
Sauceda	62			
Z.S. Plasencia I (Zona Centro)	18.631	16,72 %	78,38 %	21,62 %
Plasencia	17.714			
Gargüera	125			
Tejeda de Tiétar	635			
Valdeñigos	157			
Z.S. Plasencia II (Zona Sur)	16.990	15,25 %	80,31 %	19,69 %
Plasencia	8.063			
Alagón	840			
Aldehuela Del Jerte	346			
Carcaboso	993			
Galisteo	859			
Malpartida de Plasencia	3.787			
Pradochano	117			
Riolobos	1.177			
San Gil	165			
Valdeobispo	643			
Z.S. Plasencia III (Zona Norte)	18.151	16,29 %	86,31 %	13,69 %
Plasencia	17.317			
Cabezabellosa	319			
Jarilla	123			
Oliva de Plasencia	211			
Villar de Plasencia	181			
Z.S. Serradilla	2.678	2,40 %	69,59 %	30,41 %
Mirabel	582			
Serradilla	1.586			
Torrejón El Rubio	510			
Villarreal de San Carlos	0			
Total T.S.I. Área de salud de Plasencia	111.432	100,00 %	77,55 %	22,45 %

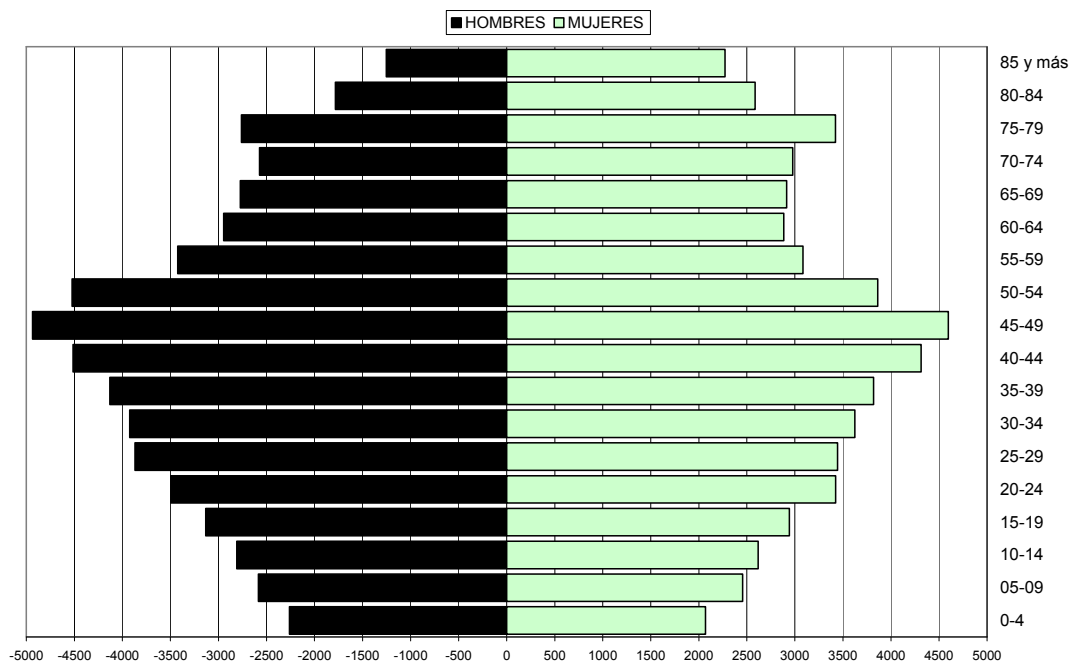
Fuente: Civitas

Pirámide de población Año 2.013

Pirámide de población provincia de Cáceres



Pirámide de población Área de Salud de Plasencia



4.- ORDENACIÓN SANITARIA DEL ÁREA

4.1 Recursos humanos

(Diciembre 2013)

Personal directivo de área	10
Atención primaria	
Personal facultativo médico	135
Personal facultativo atención continuada y emergencias	50
Personal facultativo farmacéuticos y veterinarios	45
Psicólogos	6
Enfermeros, fisioterapeutas y matronas	134
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.....	11
Logopedas.....	2
Suma	493
Atención especializada	
Facultativos especialistas de área	166
Psicólogos	3
Enfermeros, fisioterapeutas y matronas	256
Técnicos especialistas.....	45
Auxiliares de Enfermería	160
Auxiliares administrativos	117
Personal subalterno.....	82
Personal de hostelería.....	58
Otro personal de gestión y servicios.....	48
Suma	935
Personal en formación	
Médicos Internos Residentes	40
Personal de Enfermería en Formación.....	6

4.2 Recursos Materiales

En atención comunitaria

Centros de Salud (C.S.).....	14
Consultorios Locales (C.L.)	98
Puntos de Atención Continuada (P.A.C.)	15
Puntos de atención a la Cronicidad.....	2
Electrocardiógrafo	102 (C.S. y C.L.)
Espirómetros	49 C.S.
Desfibriladores.....	96 (C.S., P.A.C. y C.L.)
Carros de parada.....	33 (C.S., P.A.C. y C.L.)
Maletines de Emergencias	C.S. P.A.C. y C.L.
Pulsioxímetros	C.S., P.A.C. y C.L.
Equipos de cirugía menor.....	14 C.S. y C.L.
Ecógrafos	13
Equipos Monitorización Ambulatoria Presión Arterial.....	5
Terminales Telemedicina.....	4
Retinógrafo.....	2
Unidades de Salud Bucodental	6
Unidades de Fisioterapia.....	13
Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica	18
Equipos de Salud Mental.....	1
Equipos de Salud Mental Infanto Juvenil.....	1
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

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	1.517
102: Promoción de hábitos saludables y autocuidados en la infancia y adolescencia	12.229
103: Prevención de patología cardiovascular	13.680
104: Prevención de enfermedades transmisibles: vacunaciones infantiles	
111: Detección precoz de errores congénitos del metabolismo.....	1.378
112: Detección precoz de hipoacusias infantiles	5.395
113: Detección precoz de displasia del desarrollo de cadera	1.350
114: Detección precoz de criptorquidia	673
115: Detección precoz de anomalías oculares y de la visión.....	11.249
121: Supervisión del crecimiento y desarrollo físico	13.827
122: Supervisión del desarrollo psicomotor y el aprendizaje	11.325
201: Promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad en relación con la alimentación	272
202: Promoción de hábitos saludables y prevención de conductas de riesgo en relación con la actividad sexual	409
203: Promoción de la salud en relación con: ejercicio, consumo de tóxicos y otras conductas de riesgo	549
301: Consulta preconcepcional	584
302: Captación y valoración de la mujer embarazada	752
303: Seguimiento de la mujer embarazada.....	504
304: Educación maternal	191
305: Consulta puerperal.....	545
311: Información y seguimiento de tratamientos anticonceptivos	9.882
312: Seguimiento de la mujer que utiliza anticoncepción hormonal.....	2.873
313: Implantación y seguimiento de DIU por el EAP	972
321: Diagnóstico precoz de cáncer de cervix.....	14.316
322: Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio	5.752
323: Diagnóstico precoz de cáncer de mama	6.837
330: Atención a la mujer en el climaterio	3.088
401: Atención a pacientes con hipertensión arterial.....	13.326
402: Atención a pacientes con diabetes.....	5.236
403: Atención a pacientes con dislipemias	9.593
404: Atención a pacientes con obesidad.....	8.142
405: Atención a pacientes con EPOC	999
410: Atención a pacientes con VIH-SIDA.....	32
420: Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	390
430: Atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil	3.847
440: Atención al cuidador del paciente dependiente.....	224
451: Atención a fumadores y apoyo a la deshabitación del tabaco	837
452: Atención al consumidor excesivo de alcohol.....	452

500: Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos	563
601: Atención al paciente con trastorno de ansiedad	186
602: Atención al paciente con trastorno depresivo	237
701: Educación para la salud grupal y en centros educativos	2
702: Educación para la salud en la adolescencia	88
703: Educación para la salud en materia de salud sexual y reproductiva.....	1.486
704: Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Diabetes.....	2.092
705: Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Obesidad.....	2.944
706: Educación para la salud: Prevención de Zoonosis	147
711: Calendario vacunal del joven	
712: Vacunación de la gripe.....	
713: Vacunación del tétanos y difteria (Td) en el adulto	
714: Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo	
715: Vacunación antineumocócica en el adulto	
716: Vacunación de la varicela en el adulto.....	
717: Vacunación de la rubéola en el adulto	
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.....	
721: Prevención de enfermedades cardiovasculares	66.242
731: Atención a la familia	22
732: Prevención del síndrome del “nido vacío”	39
733: Prevención de conductas de riesgo de los hijos	53
734: Prevención de malos tratos.....	12
800: Tratamientos fisioterapéuticos básicos	2.268
900: Servicio de cirugía menor en atención primaria	222

(*) 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:
 - Presenciación 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 nueva Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Instalación de 4 Torres de Refrigeración para la mejora de los sistemas de aire acondicionado del Hospital Virgen del Puerto.
- Traslado de la Gerencia del Área de Salud de Plasencia al Hospital Virgen del Puerto (Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Salud Pública, Dirección de Atención Primaria y Tarjetas Sanitarias).

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:
 - Arroyomolinos de la Vera Reforma
 - Casar de Palomero Equipamiento
 - Casar de Palomero (Rivera Oveja) Equipamiento
 - Gargantilla Construcción
 - Malpartida de Plasencia Equipamiento
 - Riomalo de Arriba (Ladrillar) Equipamiento



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	48	
Resultados positivos	0	
Resultados negativos.....	48	
Resultados retirados / decomisados	0	
Resultados liberados	0	
Actuaciones por zona de salud		
Ahigal	46	95
Cabezuela del Valle.....	48	100
Mohedas de Granadilla.....	46	95
Casas del Castañar.	41	85
Hervas.....	48	100
Jaraiz de la Vera	45	93
Plasencia I	41	85
Montehermoso	48	100
Aldeanueva del Camino.....	41	85
Nuñomoral	48	100
Pinofranqueado.....	48	100

Plasencia III	48	100
Plasencia II	48	100
Serradilla.....	46	95

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: 1470

De oficio: 433

A petición del interesado: 0

Programados: 1037

Por zonas de salud:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Ahigal.....	27	47
Aldeanueva del Camino.....	41	54
Cabezuela del Valle.....	64	104
Casas del Castañar.....	42	85
Hervas.....	93	158
Jaraiz de la Vera.....	54	110
Mohedas de Granadilla.....	25	38
Montehermoso.....	35	58
Nuñomoral.....	40	56
Pinofranqueado.....	37	62
Plasencia I.....	86	121
Plasencia II.....	80	108
Plasencia III.....	148	374
Serradilla.....	30	82
<u>Total 2013.....</u>	802	1457
Total 2012.....	775	1290

Por tipo de establecimiento:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Bar.....	404	599
Cafetería.....	15	16
Hamburguesería / Pizzería / Bocatería.....	16	31
Restaurante.....	175	315
Salones de bodas / banquetes.....	12	22
Comida para llevar.....	15	21
Heladería / pastelería / bollería / churrería.....	17	22
Máquinas expendedoras.....	2	2
Centro educativo.....	35	108
Centro sanitario.....	6	19
Residencia de mayores.....	35	153

Alojamiento turístico.....	27	52
Guardería.....	7	15
Albergue / colonia escolar.....	21	37
Centro de día.....	15	45
<u>Total</u>	802	1457

Comercio minorista de alimentación:

Total controles realizados en el Área: 1023

De oficio: 239

A petición del interesado: 0

Programados: 898

Por zonas de salud:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Ahigal.....	15	36
Aldeanueva del Camino.....	31	45
Cabezuela del Valle.....	38	79
Casas del Castañar.....	22	61
Hervas.....	36	128
Jaraiz de la Vera.....	61	111
Mohedas de Granadilla.....	22	48
Montehermoso.....	42	71
Nuñomoral.....	11	32
Pinofranqueado.....	14	41
Plasencia I.....	106	186
Plasencia II.....	151	151
Plasencia III.....	61	61
Serradilla.....	51	51
<u>Total 2013</u>	661	1101
Total 2012.....	528	1137

Por tipo de establecimiento:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Gran superficie.....	2	6
Supermercado.....	221	423
Ultramarino.....	170	221
Carnicería.....	100	300
Pescadería.....	15	32
Frutería.....	35	44

Congelados.....	15	8
Panadería / pastelería.....	45	35
F. secos / encurtidos / golosinas / helados	35	24
Mercado de abasto	3	3
Venta especializada.....	16	1
Venta en máquinas expendedoras	1	1
Herbolario	3	3
<u>Total</u>	661	1101

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

Total controles realizados en el Área: 843

De oficio: 259

A petición del interesado: 64

Programados: 656

Por zonas de salud:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Ahigal.....	14	39
Aldeanueva del Camino.....	22	57
Cabezuela del Valle.....	60	127
Casas del Castañar.....	25	97
Hervas.....	9	70
Jaraiz de la Vera.....	42	123
Mohedas de Granadilla.....	13	28
Montehermoso.....	25	88
Nuñomoral.....	12	19
Pinofranqueado.....	13	38
Plasencia I.....	12	41
Plasencia II.....	12	181
Plasencia III.....	67	26
Serradilla.....	12	45
<u>Total 2013</u>	338	979
Total 2012.....	343	843

Por tipo de establecimiento:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Carnes y derivados, aves y caza.....	49	300
Pescados, crustáceos, moluscos y derivados.....	4	16
Huevos y derivados.....	3	6

Leche y derivados.....	7	45
Grasas comestibles.	14	52
Vegetales y derivados.....	80	330
Edulcorantes naturales y derivados.....	5	11
Condimentos y especias.....	18	90
Platos preparados y precocinados.....	6	14
Agua de bebida / hielo	1	1
Helados.....	1	2
Bebidas no alcohólicas.....	2	1
Bebidas alcohólicas.....	11	21
Materiales en contacto con alimentos.....	3	4
Almacenistas, distribuidores, env, import.....	45	86
Total.....	338	979

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
- Crustáceos
- 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
Galletas	Gluten	1	0	Plasencia I
Bollería	Proteína de huevo	1	0	Plasencia II
Cereales desayuno	Alérgenos frutos secos	1	0	Plasencia I
Fiambre	Proteína huevo	1	1	Plasencia II
Vino	Proteína huevo	1	0	Plasencia III
Pan tostado	Proteína leche	1	0	Serradilla
Bebida soja	Proteína leche	1	0	Plasencia I
Fiambre	Proteína leche	1	0	Plasencia I
Chocolate	Frutos secos	1	1	Aldeanueva C.
Bizcocho	Frutos secos	1	0	Montehermoso
Salsa	Frutos secos	1	0	Pinofr.
Pan semilla	Frutos secos	1	0	Plasencia II
Hamburguesa	Proteína soja	1	1	Plasencia II
Salchicha	Proteína soja	1	0	Plasencia II
Total.		17	3	

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 tomadasº positivas</u>	
Jaraiz de la Vera.....	Aves	38	
Plasencia II.....	Porcino	11	0
	Ovino	4	0

	Huevo	7	0
Plasencia I	Ovino	8	0
	Bovino	1	0
	Porcino	6	0
	Huevo	4	0
Plasencia III.....	Huevo	6	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	Cabezuela V.
		1	0	Jaraiz V.
		1	0	Monteherm.
Patatas.....		2	0	Plasencia II
Total.....		9	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	2	0	Ahigal
		2	0	Pinofranqueado
		2	0	Nuñomoral
		2	0	Mohedas G.
		3	0	Hervás
		2	0	Serradilla
		2	0	Plasencia I
Espinacas.....	Nitrato / Nitrito	2	0	Montehermoso
		2	0	Aldeanueva C.
		2	0	Mohedas G
		3	0	Plasencia II
		2	0	Plasencia I
		2	0	Plasencia I
		2	0	Ahigal
Acelgas.....	Nitrato / Nitrito	2	0	Ahigal
		2	0	Plasencia II
		2	0	Aldeanueva C.
		7	0	Mohedas G.
Rúcula.....	Nitrato / Nitrito	1	0	Plasencia I
		1	0	Jaraíz de la Vera
		1	0	Hervás
		2	0	Plasencia III
Alimentos Infantiles.....	Nitrato/nitrito	2	0	Plasencia I
		2	0	Plasencia II
		1	0	Plasencia III
Total.....		53	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>Nº positivos</u>	<u>Sustancia</u>	<u>Matriz</u>	<u>Muestras</u>
A2	Tirostáticos.....	Tiroides	2 Bovino	0
		Músculo	10 Aves	0
A5	B Agonistas	Hígado	2 Porcino	0
			2 Bovino	0

		Pelo	2 Lidia	0
B2c	Piretroides.....	Grasa	2 Bovino	0
			2 Porcino	0
			2 Ovino	0
			2 Caprino	0
			10 Aves	0
A6	Cloranfenicol.....	Músculo	2 Bovino	0
			1 Porcino	0
			10 Aves	0
		Leche	5 cabra	0
B1	Antibióticos.....	Músculo	2 Bovino	0
			2 Ovino	1
			1 Caprino	0
			5 Porcino	0
			20 Aves	0
		Miel	8 Miel	0
		Leche	1 Leche	0
		Huevo	1 Huevo	0
B3a	Tranquilizantes.....	Hígado	2 Porcino	0
			1 Lidia	0
B2f	Corticosteroides.....	Hígado	2 ovino	0
B2f	Amitraz.....	Músculo	2 Ovino	0
B3a	Organoclorados.....	Grasa	1 Bovino	0
			5 Ovino	0
			2 Porcino	0
			10 Aves	0
			1 Caprino	0
			1 Lidia	0
		Huevo	1 Huevo	0
Total.....			119	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</u>	<u>Nº positivo</u>	<u>Zona de salud</u>
Producto cárnico.....	Nitrato, nitrito	5	0	Hervás
		3	0	Plasencia II
		6	0	Cabezuela V.
		4	0	Jaraíz de la V.
		3	0	Casas del Castañar
		5	0	Aldeanueva C.
		2	0	Nuñomoral
		2	0	Pinofranqueado
		1	0	Plasencia II
		2	0	Serradilla
		1	0	Hervás
		2	0	Plasencia I
		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:

<u>Matriz</u>	<u>Sustancia</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>Nº positivo</u>	<u>Zona de salud</u>
Queso.....	Salmonella	1	0	Jaraíz de la Vera
Queso.....	Listeria	1	0	Jaraíz de la Vera
Producto cárnico.....	Salmonella	1	0	Aldeanueva C.
Producto cárnico.....	Salmonella	1	0	Hervás
Carne picada.....	Salmonella	1	0	Plasencia II
Pimentón.....	Salmonella	1	0	Jaraíz de la Vera
	Listeria	1	0	Aldeanueva del C.
Superficie.....	Listeria	1	0	Jaraíz de la Vera
	Listeria	1	0	Hervás
Total.....			9	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:

<u>Matriz</u>	<u>Sustancia</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>Nº positivo</u>	<u>Zona de salud</u>
Pescado.....	Anisakis	1	1	Cabezuela del V.
Pescado.....	Anisakis	1	0	Hervás
Pescado.....	Anisakis	1	0	Pinofranqueado
Pescado.....	Anisakis	1	0	Casas del C.

Pescado.....	Anisakis	1 0	Montehermoso
Pescado.....	Anisakis	1 1	Aldeanueva C.
Pescado.....	Anisakis	1 0	Mohedas G.
Pescado.....	Anisakis	1 0	Plasencia I
Pescado.....	Anisakis	1 1	Jaraíz de la Vera
Pescado.....	Anisakis	1 1	Plasencia III
Pescado.....	Anisakis	1 0	Plasencia II
Total.....		11 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+ aflatoxina	10	0	Aldeanueva C.
Pimentón.....	Ocratoxina+ aflatoxina	22	1	Jaraiz V.
Pimentón.....	Ocratoxina+ aflatoxina	2	0	Plasencia III
Pimentón.....	Ocratoxina+ aflatoxina	2	0	Montehermoso
Cereales desayuno.....	Zearelenona	1	0	Plasencia I
Cereales desayuno.....	fumonisina	2	0	Cabezuela V.
Frutos secos.....	Aflatoxinas	1	0	Plasencia I
Aperitivo maiz.....	Zearelenona	1	0	Plasencia II
Cereales maiz.....	Ocratoxina	1	0	Plasencia II
Tortitas maiz.....	Zearelenona	1	0	Plasencia III
Café.....	Ocratoxina	1	0	Plasencia II
Higos secos.....	Fumonisina	2	0	Casas Castañar
Total.....		46	0	

Programa de control plaguicidas en productos hortofrutícolas:

<u>Matriz</u>	<u>Sustancia</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>Nº positivo</u>	<u>Zona de salud</u>
Lechuga.....	Plaguicidas	2 0	Jaraiz de la Vera	
Espinacas.....	Plaguicidas	2 0	Montehermoso	
Acelgas.....	Plaguicidas	1 0	Mohedas de Glla.	
			2 0	Ahigal
Alim. Infantiles.....	Plaguicidas	3 0	Plasencia II	
Peras	Plaguicidas	5 0	Plasencia II	
Manzanas	Plaguicidas	5 0	Plasencia II	
Cerezas	Plaguicidas	1 0	Cabezuela del Valle	
Cerezas	Plaguicidas	1 0	Casas del Castañar	
Cerezas	Plaguicidas	1 0	Jaraiz de la Vera	
Cerezas	Plaguicidas	1 0	Plasencia II	
Puerros.....	Plaguicidas	1 0	Hervás	
Vino.....	Plaguicidas	1 0	Plasencia I	
			1 0	Plasencia II
Arroz.....	Plaguicidas	2 0	Plasencia I	
Total.....		29	0	

Programa plaguicidas productos de origen animal:

<u>Matriz</u>	<u>Sustancia</u>	<u>Nº muestras</u>	<u>Nº positivo</u>	<u>Zona de salud</u>
Grasa porcino.....		Organoclorados	1 0	Plasencia II
Tocino.....		Organoclorados	1 0	Plasencia III
			1 0	Jaraíz Vera
Leche de vaca.....		Organoclorados	1 0	Ahigal
		1	0	Mohedas Glla.

Programa control de higiene sector comidas preparada:

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>Zona de salud</u>	<u>Nº muestras tomadas</u>	<u>Nº muestras positivas</u>
Ahigal.....	4	0
Aldeanueva del Camino.....	4	0
Cabezuela del Valle.....	4	0
Casas del Castañar.....	4	0
Hervás.....	4	0
Jaraíz de I Vera.....	4	0
Mohedas de Granadilla.....	4	0
Montehermoso.....	4	0
Nuñomoral.....	4	0
Pinofnanqueado.....	4	0
Plasencia I.....	4	0
Plasencia II.....	8	0
Plasencia III.....	25	0
Serradilla.....	4	0
Total.....	81	0

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.

	<u>Matriz</u>	<u>Nº muestras tomadas nº positivas</u>	
Jaraiz de la Vera.....	Aves	12	0
Plasencia II.....	Porcino	1	0
Plasencia I.....	Bovino	2	1
Total.....		15	1

Sector lácteo:

Microorganismos: E. Coli, Estafilococo coagulasa +.

Matriz: Queso fresco y queso curado

	<u>Nº muestras tomada</u>	<u>nº positivas</u>
Jaraiz de la Vera.....	1	0
Plasencia II.....	2	0

Encefalopatías espongiformes transmisibles:

Conforme al Reglamento (CE) Nº 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"):

Nº ovinos > 18 meses.....	56
Nº caprinos > 18 meses:.....	48
Muestras positivas:.....	0

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

Nº de bovinos > 72 meses	86
Nº bovinos > 72 meses procedentes de actividades taurinas.....	27
Nº Bovinos >36 meses con signos de alguna patología inspección antem....	0
Nº bovinos > 36 meses a los que se ha realizado sacrificio de urgencia.....	18
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.....	526	500	0	24660	27442	934	9729,95
Cárnicas Plasencia	367	874	633	60590	9114	3483	15306,42
Jaraiz de la Vera.....	0	21	0	311	368	0	235
Total área 2013.....	893	1395	633	85561	36924	4417	25271,37

Bienestar animal en mataderos:

Nº mataderos: 4

<u>Punto de control</u>	<u>Programados</u>	<u>Programados realizados</u>	<u>No programados realizados</u>
En el matadero.....	11	11	72
Transporte.....	12	12	3
Total.....	23	23	75
<u>Deficiencias</u>		<u>Nº</u>	
Estructurales.....		7	
Operacionales.....		5	
Formación.....		2	
Documentación.....		6	

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.

<u>Zona de salud</u>	<u>Activid.</u>	<u>Jabalíes</u>	<u>Venados</u>	<u>Decom.tuberculosis</u>		<u>Decomisos</u>
				<u>Jabalíes</u>	<u>Venados</u>	<u>Triquina</u>
Ahigal.....	0	0	0	0	0	0
Aldeanueva C.....	14	14	356	1	2	0
Cabezuela.....	15	15	58	0	2	0
Casas Castañar.....	0	0	0	0	0	0
Hervás.....	4	9	15	0	0	0
Jaraíz de la Vera.....	20	140	29	0	2	1
Mohedas G.....	6	9	0	0	0	0
Montehermoso.....	4	28	38	0	0	0
Nuñomoral.....	13	16	46	0	0	0
Pinofranqueado.....	18	77	0	0	0	0
Plasencia I.....	0	0	181	0	0	0
Plasencia II.....	16	82	0	5	9	0
Plasencia III.....	8	32	0	0	0	0
Serradilla.....	58	451	1352	13	7	2
Total Área 2013.....	176	1007	2075	19	22	3

7.1.1.2.2. -Campaña 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.....	60	86
Aldeanueva C.....	36	64
Cabezuela.....	187	275
Casas Castañar.....	129	186
Hervás.....	8	13
Jaraíz de la Vera.....	58	95

Mohedas G.....	57	93
Montehermoso.....	35	60
Nuñomoral.....	30	53
Pinofranqueado.....	23	33
Plasencia I.....	29	48
Plasencia II.....	121	93
Plasencia III.....	15	25
Serradilla.....	30	37
Total Área 2013.....	818	1161

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	43	2985Cisticercosis
	0		
	Brucelosis	0	
	Tuberculosis	1	
Ovino.....	Otras zoonosis	113	24093
	Hidatidosis	270	
	Cisticercosis	0	
	Brucelosis	0	
Caprino.....	Otras zoonosis	15	18267
	Hidatidosis	140	
	Cisticercosis	0	
	Brucelosis	0	
Porcino.....	Otras zoonosis	0	25649Cisticercosis
	Hidatidosis	0	
	100		
Aves.....	Brucelosis	0	11316802
	Otras zoonosis	15	

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	379	3
	Porcino	1161	0
Tuberculosis	jabalí	1007	19
	Porcino	1161	0
	Ciervo, gamo	2075	22
Hidatidosis	jabalí	1007	0
	Porcino	1161	0
	Ciervo, gamo	2075	0
Cisticercosis	jabalí	1007	0
	Porcino	2075	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.....		7	0	
Aldeanueva del Camino.....		8	0	
Cabezuela del Valle.....		4	0	
Casas del Castañar.....		6	0	
Hervás.....		7	0	
Jaraíz de la Vera.....		0	0	
Mohedas de Granadilla.....		3	0	
Montehermoso.....		9	0	
Nuñomoral.....		0	0	
Pinofranqueado.....		11	0	
Plasencia I.....		12	0	
Plasencia II.....		21	0	
Plasencia III.....		9	0	
Serradilla.....		5	0	
Total:.....		102	0	

Murciélago: 0

Zorro: 1

Gato: 8

Hurón: 0

Ratón: 0

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	4
Cabezuela del Valle.....	1	3
Casas del Castañar.....	0	0
Hervas.....	0	0

Jaraiz de la Vera	1	14
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	3
Total 2013.....	7	32

Controles comercio minorista:

	<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>
Gran superficie.....	2	6
Supermercado... ..	221	423
Ultramarino.	170	221

Controles comidas preparadas

<u>Censo</u>	<u>Nº Controles oficiales</u>	
Ahigal.....	27	47
Aldeanueva del Camino.....	41	54
Cabezuela del Valle.....	64	104
Casas del Castañar.	42	85
Hervas.....	93	158
Jaraiz de la Vera	54	110
Mohedas de Granadilla	25	38
Montehermoso	35	58
Nuñomoral	40	56
Pinofranqueado.....	37	62
Plasencia I	86	121
Plasencia II	80	108
Plasencia III	148	374
Serradilla.....	30	82
<u>Total 2013</u>	802	1457
Total 2012.....	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.....	0	0	0	0
Aldeanueva C.....	97	673	665	1435
Cabezuela.....	23	714	293	1030
Casas Castañar.....	7	240	92	339
Hervás.....	15	700	320	1035
Jaraíz de la Vera.....	4	1037	112	1153
Mohedas G.....	10	500	260	770
Montehermoso.....	34	342	225	601
Nuñomoral.....	0	350	6	356
Pinofranqueado.....	18	790	706	1514
Plasencia I.....	5	430	130	565
Plasencia II.....	60	310	285	655
Plasencia III.....	8	650	280	938
Serradilla.....	7	660	300	967
Total Área 2013.....	281	6746	3374	10401

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

<u>Especie</u>	<u>Nº Animales</u>	<u>Decomisos</u>
<u>animal</u>	<u>investigados</u>	<u>Parciales</u>
Bovino.....	2985	43
Ovino.....	24093	100
Porcino.....	25649	0
Jabalí.....	1007	0

- 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.....	6
Casas Castañar.....	0
Hervás.....	0

Jaraíz de la Vera.....	0
Mohedas G.....	0
Montehermoso.....	0
Nuñomoral.....	0
Pinofranqueado.....	2
Plasencia I.....	0
Plasencia II.....	0
Plasencia III.....	0
Serradilla.....	0
Total Área 2013.....	10

7.1.4- 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 toxiinfección, 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>2013</u>
Nº guardias de presencia física / act. programadas a demanda.....	264
Nº actividades cinegéticas celebradas.....	176
Nº veterinarios nombrados para actividades cinegéticas.....	125
Nº de venados inspeccionados.....	2075
Nº jabalíes inspeccionados.....	1007
Promedio de piezas de caza inspeccionadas por veterinario nombrado.....	24,65
Nº veterinarios nombrados para digestión artificial.....	35
.Nº jabalíes reconocidos de triquina mediante digestión artificial.....	379
Promedio jabalíes reconocidos mediante digestión artificial por Vet.....	10,82
Nº de servicios de matanzas domiciliarias.....	27
Nº de cerdos inspeccionados en fin de semana.....	364
Actuaciones de control oficial en restauración colectiva.....	104
Actuaciones de control oficial en comercio minorista.....	10
Actuaciones de control oficial en industrias alimentarias.....	21
Nº de tomas de muestras programa de calidad comidas preparadas.....	0
Actuaciones en zoonosis.....	5
Alertas gestionadas.....	19
Actuaciones en brotes de origen alimentario durante	2
Veterinarios nombrados en actividades taurinas.....	71
Nº de reses de lidia inspeccionadas.....	469
Nº de reses inspeccionadas por veterinario.....	6.6

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

Actividades cinegéticas

- Nº actividades cinegéticas: 176.
- Importe por actividad cinegética 176,04 euros.
- Total tasas actividades cinegéticas: $176 \times 176,04 = 30983,04$ 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: $1823 \times 8,99 = 16388,77$ euros.
- Total tasas actividades cinegéticas: $30983 + 16388,77 = 47371,77$ euros.

Pruebas parasitológicas matanzas domiciliarias:

- Nº animales sacrificados: 1161
- Importe por cada cerdo sacrificado: 2,34 euros.
- Total tasas matanzas domiciliarias: $1161 \times 2,34 = 2716,74$

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

- Nº autorizaciones tramitadas: 11
- Importe por cada autorización: 53,99 euros.
- Total tasas autorizaciones: $11 \times 53,99 = 592,79$ euros.

Tramitación de anotación en el Registro sanitario de industrias:

- Nº tramitaciones: 50
- Importe por cada trámite: 89,99 euros.
- Total tasas por tramitaciones: $50 \times 89,99 = 4499,5$ 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: 53,99 euros.
- Total tasas por tramitaciones: $15 \times 53,99 = 809,85$ euros

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

Matadero de aves:

- Nº Pollos sacrificados: 11316802
- Importe por cada canal: 0,005414 euros
- Total tasas inspección matadero aves: $11316802 \times 0,005414 = 61269,166$ euros.

Matadero vacuno:

- Nº vacunos pesados (mayor de 218 Kg): 2967
- Importe por cada canal vacuno pesado: 5,40 euros.
- Total tasas vacuno pesado: $2967 \times 5,40 = 16021,8$ euros
- Nº Vacunos jóvenes (< 218 Kg): 18
- Importe por canal vacuno jóvenes: 2,16 euros
- Total tasas vacuno joven: $18 \times 2,16 = 38,88$

Matadero ovino / caprino

- Nº ovinos / caprinos menores de 12 Kg: 28097
- Importe por cada canal ovino / caprino menor 12 Kg: 0,162397
- Total tasa ovino / caprino menor de 12 Kg: $28097 \times 0,162397 = 4532,86$ euros
- Nº ovinos / caprinos mayores de 12 Kg: 18267
- Importe por cada canal ovino / caprino mayor de 12 Kg: 0,270661
- Total tasa ovino / caprino mayor de 25 Kg: $18267 \times 0,267981 = 4895,2$ euros

Matadero porcino:

- Nº porcinos menores de 25 Kg: 3640
- Importe porcinos menores de 25 Kg: 0,541323
- Total tasas porcinos menores: $3640 \times 0,541323 = 591,12$ euros
- Nº porcinos mayores de 25 Kg: 22009
- Importe porcino mayor de 25 Kg: 1,08
- Total tasas porcinos mayores de 25 Kg: $22009 \times 1,08 = 23769,72$

Total tasas mataderos: 136265,36 euros.

7.1.2.- Salud ambiental

7.1.2.1.- Campaña de control de aguas de consumo humano

Abastecimientos

Zona de salud	Gestión total	Gestión parcial	<u>Total abastecimientos Caracterizados</u>
Ahigal.....	3	1	8
Aldeanueva del Camino....	5	1	19
Cabezuela del Valle	5	0	5
Casas del Castañar	6	1	7
Hervás	3	1	3
Jaraiz de la Vera	8	0	9
Mohedas de Granadilla.....	4	2	15
Montehermoso	5	1	10
Nuñomoral	13	0	13
Pinofranqueado	15	1	15
Plasencia I	3	2	4

Plasencia II	9	1	10
Plasencia III	4	1	5
Serradilla.....	4	0	4
Total área.....	91	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.....	3	4	0	3	6	16
Aldeanueva del Camino...	6	2	4	4	9	25
Cabezuela.....	9	1	4	1	5	20
Casas Castañar.....	8	2	5	8	6	29
Hervás.....	10	1	4	2	3	20
Jaraíz de la Vera.....	14	4	3	2	9	32
Mohedas de Granadilla...	10	4	1	5	7	27
Montehermoso.....	10	1	3	10	10	34
Nuñomoral.....	22	1	15	9	20	67
Pinofranqueado.....	19	1	15	15	18	68
Plasencia I.....	5	5	1	2	4	17
Plasencia II.....	12	5	5	7	10	39
Plasencia III.....	7	3	2	3	5	20
Serradilla.....	6	3	1	5	4	19
Total área.....	134	37	63	73	116	423

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.....	18	3
Cabezuela del Valle.....	10	3
Casas del Castañar.....	12	2
Hervás.....	6	3
Jaraíz de la Vera.....	18	2
Mohedas de Granadilla.....	12	0
Montehermoso.....	20	3
Nuñomoral.....	36	10
Pinofranqueado.....	28	21
Plasencia I.....	7	1
Plasencia II.....	18	1
Plasencia III.....	8	1
Serradilla	8	1
Total Área.....	213	51

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.....	4	0
Aldeanueva del Camino.....	4	0
Cabezuela del Valle.....	2	0
Casas del Castañar.....	4	1

.Hervás.....	2	0
Jaraíz de la Vera.....	6	0
Mohedas de Granadilla.....	4	1
Montehermoso.....	4	4
Nuñomoral.....	2	0
Pinofranqueado.....	2	0
Plasencia I.....	4	0
Plasencia II.....	4	0
Plasencia III.....	6	2
Serradilla.....	6	3
Total Área.....	54	11

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.....	0	0
Aldeanueva del Camino.....	1	0
Cabezuela del Valle.....	1	0
Casas del Castañar.....	0	0
Hervás.....	0	0
Jaraíz de la Vera.....	0	0
Mohedas de Granadilla.....	1	0
Montehermoso.....	2	0
Nuñomoral.....	0	0
.Pinofranqueado.....	0	0
Plasencia I.....	2	0
Plasencia II.....	0	0
Plasencia III.....	0	0
Serradilla.....	0	0
Total Área.....	7	0

7.1.2.2.- Piscinas de uso colectivo (Programa autonómico de vigilancia), incluye muestras de pretemporada y piscinas climatizadas.

<u>Zona de salud</u>	<u>Censo</u>	<u>Nº piscinas controladas</u>	<u>Nº auditorias</u>	<u>Muestras oficiales*</u>	<u>Muestras of. tomadas</u>	<u>Muestras no</u>
<u>Conformes (Fqco) (Fqco+microb)</u>						
Ahigal.....	6	6	32	2	2	2
Aldeanueva C.....	4	4	41	0	2	2
Cabezuela.....	11	11	27	2	2	2
Casas Castañar.....	6	6	42	1	2	1
Hervás.....	16	12	81	0	3	3
Jaraíz de la Vera.....	16	12	38	5	2	2
Mohedas G.....	3	3	8	2	1	1
Montehermoso.....	7	7	21	3	2	0
Nuñomoral.....	2	2	4	1	1	1
Pinofranqueado.....	2	2	5	1	1	1
Plasencia I.....	5	4	34	2	1	1
Plasencia II.....	10	9	15	4	2	2
Plasencia III.....	9	9	39	8	5	3

Serradilla.....	5	5	1	1	2	0
Total área.....	102	92	388	32	28	21

*Parámetros analizados: fisicoquímicos (PH,turbidez, oxidabilidad con permanganato, conductividad, nitratos ,alcalinidad, amoniaco, aluminio, hierro, cobre) y microbiológicos (coliformes fecales, estreptococos fecales, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, clostridios, sulfitorreductores).

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

Zona de salud	Nº visitas de		Nº muestras oficiales	Nº m. no conformes	Nº Com. a los Aytos.
	Censo	inspección			
Ahigal.....	1	11	9	0	9
Aldeanueva C.....	5	45	45	3	4
Cabezuela V.....	7	70	63	0	2
Casas Castañar.....	2	20	18	0	18
Hervás.....	1	11	8	1	8
Jaraíz de la Vera.....	4	37	36	2	10
Mohedas G.....	3	27	27	1	18
Montehermoso.....	2	18	17	0	4
Nuñomoral.....	1	9	9	0	9
Pinofranqueado.....	1	10	9	0	8
Plasencia I.....	1	10	9	0	9
Total área.....	28	268	250	7	99

*Parámetros analizados: Fisicoquímicos (aceites minerales, tensoactivos, fenoles, oxígeno disuelto, flotantes, pH) y microbiológicos , E.coli,, enterococos fecales)

7.1.2.4.- 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	1	12	0	0
Aldeanueva C.....	3	1	7	0	17	0	0
Cabezuela.....	0	1	4	2	5	0	0
Casas Castañar.....	0	5	6	2	9	0	0
Hervás.....	0	0	37	25	80	0	2
Jaraíz de la Vera.....	0	1	6	2	8	1	0
Mohedas G.....	0	0	4	0	7	0	0
Montehermoso.....	2	1	7	0	10	0	0
Nuñomoral.....	0	0	8	0	16	0	0
Pinofranqueado.....	0	0	10	0	9	0	0
Plasencia I.....	2	0	11	2	17	0	0
Plasencia II.....	3	0	10	0	10	4	0
Plasencia III.....	1	0	15	0	21	1	1
Serradilla.....	1	0	0	0	1	0	0
Total área.....	11	5	115	12	222	6	3

* Establecimientos con muestras no conformes (oficiales y/o plan de autocontrol)

7.1.2.5.- Registro oficial de establecimientos y servicios plaguicidas.

Renovación inscripción:1

Inscripción nueva:2

7.1.3.- Policía sanitaria mortuoria

	<u>Nº de traslados</u>
Traslado a otras Comunidades Autónomas.....	13
Traslado a otros países	1
Traslado de otras Comunidades Autónomas.....	2
Traslado de otros países	0
	<u>Nº de traslados</u>
Castilla y León	7
Madrid.....	2
País Vasco.....	1
Zaragoza.....	1
Castilla la Mancha	2
Total área	13+1 a otros países
Autorizaciones Velatorios.....	1
Autorizaciones Tanatorios	1
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	Cabezuela	Autorización	1
	Jaraíz	Autorización	1
	Montehermoso	Renovación	1
	Plasencia III	Autorización	1
Centro fisioterapia	Cabezuela	Autorización	1
	Montehermoso	Autorización	1
Producto sanitario a medida	Plasencia I	Renovación	1
Centro audiológica	Plasencia I	Renovación	1
Centros de reconocimiento médico	Plasencia II	Autorización	1
	Montehermoso	Autorización	1
Clínicas podológicas	Plasencia I	Renovación	1
	Cabezuela	Renovación	1
	Jaraíz de la Vera	Renovación	1
Centros polivalentes	Plasencia II	Autorización	1
	Plasencia I	Renovación	1
Hospital General	Plasencia I	Modificación	1
Consultas médicas	Plasencia I	Renovación	1
Oficinas de farmacia	Casas del Castañar	Cambio Titular	1
	Jaraíz	Cambio Titular	1
Total Área			19

7.1.5.- Ambulancias

Inspecciones para autorización inicial	3
Inspecciones para renovaciones	41
Baja	8

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: 44
- Importe: 16,48
- Tasa generada: 725,12

Traslado de un cadáver sin inhumar a otras Comunidades:

- Traslados: 13
- Importe: 19,93 euros.
- Tasa generada: 259.09:

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

- Actuaciones realizadas: 17
- Importe: 95.14 euros.
- Tasa generada: 1617,38

Autorización transmisión oficinas de farmacia:

- Legalización y sellado de libros de actividades sanitarias:
 - Actuaciones realizadas:2
 - Importe: 18,15 euros.
 - Tasa generada: 36,3

7.1.7.- Sistema de vigilancia epidemiológica

Porcentaje de declaración anual por zona básica de salud

<u>Zonas de Salud</u>	<u>Porcentaje</u>
Ahigal	99,62
Aldeanueva del Camino	88,73
Cabezuela del Valle	95,70
Casas del Castañar	99,62
Hervás	93,48
Jaraiz de la Vera	96,71
Mohedas de Granadilla	99,68
Montehermoso	42,92
Nuñomoral	99,52
Pinofranqueado	96,15
Plasencia I	90,63
Plasencia II	95,35
Plasencia III	76,26
Serradilla	98,85
Total área	91,08

Incidencia de las enfermedades de declaración obligatoria

	<u>Nº de Casos Declarados</u>	<u>Tasa 10⁵ habitantes</u>
Gripe	1863	1629,92
Varicela	245	214,35
Rubéola	0	0
Parotiditis	39	34,12
Sarampión	1*	0,875
Parálisis Flácida Aguda(Polio)	0	0
Tos ferina	0	0
Hepatitis A	3	2,62
Hepatitis B	0	0
Hepatitis C	0	0
Infección gonocócica	3	2,62
Triquinosis	0	0
Tuberculosis respiratoria	8	7
Tuberculosis Otras localizaciones	2	1,75
Legionelosis	0	0
Brucelosis	1	0,875
Hidatidosis	0	0
Fiebre Exantemática Mediterránea	2	1,75

Enfermedad meningocócica	0	0
Carbunco cutáneo	0	0
Enfermedad invasora por Neumococo	2	1,75
Sífilis	0	0

* Caso sospechoso por la clínica y declarado como tal, pero no confirmado por laboratorio, ni por epidemiología

Brotos o situaciones de alerta notificados

<u>Enfermedad</u>	<u>Agente Etiológico</u>	<u>Localidad</u>
Gastroenteritis Aguda.....	Norovirus	Plasencia (Centro Sociosanitario)
Parotiditis Infecciosa.....	Virus de la Parotiditis	Hervás (IES "Valle del Ambroz")
Parotiditis Infecciosa.....	Virus de la Parotiditis	Plasencia (IES "Gabriel y Galán")
Brote familiar de Tuberculosis....	<i>M. tuberculosis</i>	Jerte (Caso índice, TBC laríngea)

No hubo otro tipo de brotes declarados.

Casos graves de Gripe ingresados

CASOS GRAVES DE GRIPE INGRESADOS	1
CURACIONES.....	0
FALLECIMIENTOS	1

En el año 2013 sólo se declaró 1 caso de gripe grave ingresado.

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 2013 se han desarrollado en los Equipos de Atención Primaria del Área de Salud de Plasencia las siguientes actividades:

- ALDEANUEVA DEL CAMINO
 - EDUCACIÓN DE DIABETES PARA FORMADORES. 1 HORA. ALUMNOS Y PROFESORES COLEGIO PUBLICO DE ABADÍA.
 - EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES. 8 HORAS. IES. ZARZA GRANADILLA

- CABEZUELA DEL VALLE:
 - EDUCACIÓN SEXUAL. 6 HORAS. C. SAN JOSÉ DE PLASENCIA.
 - ADMINISTRACIÓN, CONSERVACIÓN Y MANEJO DE FÁRMACOS. RESD. ANCIANOS. 1,30 HORAS.
 - ZONOSIS, SEGURIDAD ALIMENTARIA, AGUAS DE CONSUMO Y ZONAS DE BAÑO. 1 HORA.
 - FORMACIÓN EN MATERIA DE HIGIENE Y SALUD ESCOLAR . COLEGIO PUBLICO. 1 HORA.
 - FORMACIÓN Y PREVENCIÓN EN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VIRICA A TRAVES DE ANIMALES . COLEGIO PUBLICO . 1 HORA

- CASAS DEL CASTAÑAR:
 - ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA . 24 HORAS.
 - EDUCACIÓN AMBITO ESCOLAR EN TOXICOMANIAS. 1 HORA. COLEGIO PUBLICO
 - ATENCIÓN AL PACIENTE POLIMEDICADO. AYUNTAMIENTO PIORNAL. 1 HORA.
 - FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA COMARCA. ASOCIACIÓN DE MUJERES VALLE DEL JERTE. 1 HORA.

- HERVÁS:
 - CHARLA INFORMATIVA SOBRE LA DIABETES EN EL IES VALLE DEL AMBROZ..1 HORA.

- JARAIZ DE LA VERA:
 - EDUCACIÓN SEXUAL Y AFECTIVA . 56 HORAS.

- SEXUALIDAD EN LA PRIMERA INSTANCIA DIRIGIDO A PADRES. 1HORA. AMPA COLEGIO JARAIZ.
 - INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SOCIAL VIH. 1 HORA. COLEGIO JARANDA.
- PINOFRANQUEADO:
- EDUCACIÓN SEXUAL EN EL IES GREGORIO MARAÑÓN. 6 HORAS.
- PLASENCIA I:
- EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS IES PARQUE DE MONFRAGÜE . 2 HORAS.
- PLASENCIA II:
- HIGIENE Y CUIDADOS PARA LA SALUD ORAL. 1 HORA. IES. SANTA BARBARA
 - EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL. 3 HORAS. IES. GALISTEO/ IES SANTA BARBARA
- PLASENCIA III:
- CHARLAS SOBRE PEDICULOSIS Y SU TRATAMIENTO.1 HORA. AMPA COLEGIO PAZ.
 - PRACTICA CORRECTA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS. 1 HORA. HOSPITAL PLASENCIA.
- EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS
- PROCESOS PSICOLÓGICOS DEL ENFERMO ONCOLÓGICO. POBLACIÓN EN Carcaboso. 1 HORA.
- UNIDAD DEL DOLOR DE PLASENCIA
- TALLER DE AFRONTAMIENTO. 18 HORAS. PACIENTES DE LA UNIDAD
 - TALLER DE LUMBARGIA. 8 HORAS. PACIENTES DE LA UNIDAD.
- OFICINA DE IGUALDAD Y VIOLENCIA DE GENERO. PLASENCIA
- FORMACIÓN PARA LA DETECCIÓN Y DERIVACIÓN DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO PARA EL PERSONAL SANITARIO. 4 HORAS. PESONAL SANITARIO HOSPITAL.

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	768.040
Consulta demanda	566.195
Consulta administrativa	178.604
Consulta conc / prog	23.241
Atendidos domicilio	9.647
Presión asistencial	31,84
Frecuentación	8,84

Pediatría

Número de consultas	
Atendidos en centro	73.348
Consulta demanda	57.363
Consulta administrativa	2.321
Consulta conc / prog	13.664
Atendidos domicilio	103
Presión asistencial	19,54
Frecuentación	5,79

Derivaciones al segundo nivel asistencial 37.197

Enfermería:

Número de consultas	
Atendidos en centro	463.298
Consulta demanda	236.038
Consulta programada	170.228
Consulta por otras causa	57.032
Atendidos en domicilio	16.400
En domicilio programado.....	15136
En domicilio por otras causas.....	1.264

Presión asistencial	17,80
Frecuentación	4,92

Total de usuarios de A.P. en extracción periférica..... 13.731

Atención continuada

	<u>Usuarios</u>	<u>Usuarios/Día</u>
Actividad interviene facultativo exclusivamente		
Usuarios atendidos centro	37.600	145,37
Usuarios atendidos domicilio	2.197	8,49
Derivados hospital	783	3,03
Actividad interviene enfermería exclusivamente		
Usuarios atendidos centro	8.047	31,11
Usuarios atendidos domicilio	701	2,71
Usuarios tratamiento programado	10.191	39,40
Actividad interviene facultativo y enfermería conjuntamente		
Usuarios atendidos centro	60.277	233,04
Usuarios atendidos domicilio	4.067	15,72
Derivados hospital	2.643	10,22

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.- 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.....	531	160	3,32
Revisiones	1.881	160	11,76
Totales	2.412	160	15,08
Enfermería	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	583	191	3,05
Revisiones	1.406	191	7,36
Totales	1.989	191	10,41

Jaraiz de la Vera

Medicina	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	77	51	1,51
Revisiones	486	51	9,53
Totales	563	51	11,04
Enfermería	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	271	86	3,15
Revisiones	499	86	5,80
Totales	770	86	8,95

Plasencia II

Medicina	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	163	99	1,65
Revisiones	1185	99	11,97
Totales	1348	99	13,62
Enfermería	<u>Usuarios</u>	<u>Días</u>	<u>Usuar./día</u>
Nuevas.....	360	123	2,93
Revisiones	833	123	6,77
Totales	1.193	123	9,70

7.3.3.2 .- Centros de drogodependencias de Extremadura (CEDEX)

Prevalencia por consumo de sustancias

	<u>Heroína</u>	<u>Cocaína</u>	<u>Alcohol</u>	<u>Tabaco</u>	<u>Otros</u>
Plasencia	0	42	93	8	148
Jaraiz de la Vera	0	2	22	6	39
Total	0	44	115	14	187

Prevalencia de tratamientos con Metadona

	<u>Tratamientos normalizados</u>	<u>Reducción del daño</u>
Plasencia	1.256	300
Jaraiz de la Vera	27	12
Total	1.283	312

7.4.- Actividad asistencial: atención especializada

7.4.1.-Indicadores de actividad (2013)

▪ Camas en funcionamiento (media)	230,33
▪ Quirófanos en funcionamiento programados.....	5
▪ Quirófanos en funcionamiento urgentes.....	1
▪ Frecuentación hospitalización (por mil habitantes)	91,20
▪ Frecuentación de consultas (por mil habitantes)	1.718,16
▪ Índice de funcionamiento (EMC/EMN)	1,0037
▪ I.E.M.A. (EM Selec/EMF)	0,9848
▪ Casuística (EMF/EMN).....	0,993
▪ Peso Medio GRDs altas hospitalización.....	1,4868
▪ Peso Medio GRDs cirugía ambulatoria programada	0,9277
▪ Estancia media de las altas	5,93
▪ Estancia media ajustada por funcionamiento	5,39
▪ Estancia media ajustada por casuística	5,45
▪ Índice de ocupación.....	73,53 %
▪ Índice de rotación	45,26 %
▪ % Ingresos programados	24,70 %
▪ Presión de urgencias En hospitalización	75,30 %
▪ % Urgencias ingresadas desde servicio de urgencias	18,24 %
▪ Urgencias / día	102,94
▪ Intervenciones quirúrgicas urgentes / día.....	3,64
▪ Relación consultas sucesivas / nuevas	2,09
▪ Partos / día	2,10

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	528	7,68
373	Parto vaginal sin complicaciones.....	417	2,55
370	Cesárea, con complicaciones.....	229	3,78
209	Sustitución artic. mayor exc.cadera & reimplante miembro inf.	211	5,94
430	Psicosis	210	14,18
87	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria.....	191	6,28
630	Neonato, peso nacer >2499 g, sin p.quir.signif., con otros problemas	189	3,53
359	Proc. sobre útero & anejos por ca.in situ & proceso no mal. sin cc.....	162	4,30
588	Bronquitis & asma edad>17 con cc mayor	162	6,71
816	Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal edad < 18 sin cc	157	2,14
14	Ictus con infarto	145	5,36
208	Trastornos del tracto biliar sin cc.....	123	4,75
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad>17 sin cc	118	2,05
311	Procedimientos transuretrales.....	109	4,31
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones.....	100	6,80
225	Procedimientos sobre la piel	97	2,13
629	Neonato, peso nacer >2499 g, sin p.quir.signif., diag neonato normal	97	2,29
381	Aborto con dilatación & legrado, aspiración o histerectomía.....	96	1,44
211	Proc. de cadera y fémur excepto articulación o histerotomía.....	95	6,62
122	Trast.circulatorios con iam sin compl. Mayores alta con vida.....	92	4,65
494	Colecistectomía laparoscopica sin explorac. conducto biliar sin cc.....	92	3,13
544	Icc & arritmia cardiaca con cc mayor.....	91	7,11
101	Otros diagnósticos de aparato respiratorio con complicaciones.....	89	7,03
219	Proc. Extr.Inferior Húmero exc.cadera, pie, fémur edad>17 sin cc	89	3,76
372	Parto vaginal con complicaciones	89	2,76
116	Otras implantaciones de marcapasos cardiaco permanente.....	87	2,99

G.R.Ds cirugía ambulatoria programada

		<u>Nº casos</u>
270	Procedimientos sobre piel, t. subcutáneo & mama sin cc	955
39	Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	782
284	Trastornos menores de la piel sin cc	283
42	Procedimientos intraoculares excepto retina, iris & cristalino.....	262
6	Liberación de túnel carpiano	168
359	Proc. utero & anejos por ca.in situ & proceso no maligno sin cc.....	140
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad>17 sin cc.....	139
40	Procedimientos extraoculares excepto orbita edad>17.....	138
369	Trastornos menstruales & otros problemas ap. genital femenino.....	102
162	Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad>17 sin cc.....	91
40	Procedimientos extraoculares excepto orbita edad>17.....	86
369	Trastornos menstruales y otros problemas de aparato genital femenino	72
350	Inflamación de aparato genital masculino	65
229	Proc. mano o muñeca, excepto proc.mayores s.articulación sin cc	57
119	Ligadura & stripping de venas	49

227	Procedimientos sobre tejidos blandos sin cc.....	47
225	Procedimientos sobre el pie	47
160	Prodedimientos sobre hernia excepto inguinal&femoral edad>17 sin cc	41
466	Cuidados Posteriores sin historia de neo.maligna como diag.secundario	41
267	Procedimientos de región perianal&enfermedad pilonidal.....	38

7.4.3.- Actividad asistencial.

Hospital Virgen del Puerto y Centro de Especialidades Luis de Toro

Hospitalización

Ingresos externos	10.428
• Ingresos urgentes.....	7.850
• Ingresos programados	2.574
Altas definitivas.....	10.393
• Altas a domicilio.....	9.636
• Altas por traslado.....	182
• Altas voluntarias	38
• Exitus.....	488
• Otras y Centros Sociosanitarios	50
Estancias	61.820
Estancia media	5,93
Media de camas ocupadas /día.....	169,37

Quirófanos

Total Intervenciones Quirúrgicas.....	7.628
• Interv. quirúrgicas programadas hospitalizadas	2.334
• Interv. quirúrgicas programadas ambulantes	3.216
• Interv. quirúrgicas programadas CMA.....	709
• Interv. quirúrgicas urgentes hospitalizadas	1.186
• Interv. quirúrgicas urgentes ambulantes.....	183

Consultas externas

Consultas nuevas	62.893
• Consultas nuevas en hospital.....	47.216
• Consultas nuevas en centro Especialidades	15.677
Consultas sucesivas	131.373
• Consultas sucesivas en hospital.....	101.758
• Consultas sucesivas en centro de Especialidades.....	29.615
Consultas totales	194.266
Relación sucesivas/nuevas	2,09
Consultas atendidas derivadas de atención primaria	32.365
Porcentaje consultas at. derivadas de atención primaria	51,5%

Hospital de Día

Tratamientos oncohematológicos.....	4.252
-------------------------------------	-------

Radioterapia	
Sesiones de radioterapia	6.834
Paritorio	
Partos vía Vaginal	512
Partos con cesárea.....	254
Total partos.....	766
Porcentaje de cesáreas	33,2%
Niños nacidos vivos	772
Urgencias	
No Ingresadas	30.719
Ingresadas.....	6.855
Urgencias totales	37.574
Servicios centrales	
Radiodiagnóstico en hospital (total exploraciones)	71.813
• Mamografías.....	2.618
• Screening de mama	1.250
• Ecografías	11.725
• T.A.C.	8.194
• R.N.M.	3.618
• Radiografía convencional	44.139
• Exploraciones especiales	269
Radiografía convencional en centro de especialidades	24.214
Anatomía patológica (estudios)	15.024
Determinaciones analíticas.....	1.963.823
Bioquímica	1.621.205
Hematología.....	283.377
Microbiología.....	59.241

Hospitalización

<u>Servicio</u>	<u>Ingresos</u>	<u>Estancias</u>	<u>Est. Media</u>	<u>Peso GRD</u>
			<u>Depurada</u>	<u>Depurado</u>
Cardiología	233	518	3,59	2,35
Cirugía	1.719	9.196	5,23	1,47
Digestivo	199	799	4,18	1,21
Endocrinología	28	91	3,50	0,86
Ginecología	529	1.653	3,53	1,04
Geriatría	1.319	9.586	7,08	1,89
Hematología	100	642	6,49	2,18
Medicina Interna	1.606	11.966	7,58	1,76
Nefrología	36	330	8,57	1,61
Neonatología	420	1.655	3,82	0,82
Neumología	5	12	20	2,23
Neurología	502	2.522	5,31	1,78
Obstetricia	1.017	2.635	2,77	0,76
Oftalmología	24	79	2,80	1,14
Oncología Medica	106	605	6,70	1,78
Oncología Radioterápica	8	135	15,25	2,21
Otorrinolaringología	283	1.181	3,40	1,10
Pediatría	635	1.565	2,34	0,67
Psiquiatría	473	5.240	10,61	1,07
Traumatología	1.269	5.099	4,57	1,98
Unidad Cuidados Intensivos	508	1.817	3,77	3,60
Unidad Cuidados Paliativos	123	681	6,11	1,72
Urología	679	3.692	5,29	1,16
Total (ingresos sólo los externos)	10.428	61.699	5,31	1,49

* 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	679	249	419	517	63	1.927
Dermatología		1.069			27	1.096
Ginecología	259	124	191	400	25	999
Oftalmología	12	1.166		24	17	1.219
Otorrinolaringología	203	86		10	9	308
Traumatología	825	369	98	155	39	1.486
U. C. I. (Marcapasos)				1		1
Urología	317	153	1	78	2	551
Digestivo – Otros	38			1	1	40
Total	2.333	3.216	709	1.186	183	7.628

Peso medio GRD en intervenciones programadas ambulatorias:

<u>Servicio</u>	<u>Peso medio</u>
Cirugía	0,93
Dermatología	0,88
Ginecología.....	0,83
Oftalmología	1,06
Otorrinolaringología	1,06
Tramautología.....	1,11
Urología	0,64
Total.....	0,95

Hospital de día

<u>Servicio</u>	<u>Tratamientos</u>
Oncología	3.723
Hematología	529
Total.....	4.252

Consultas Externas

Especialidad	Consultas Nuevas	Consultas Sucesivas	Totales	Suc. / Nuev.
Alergia	2.305	6.044	8.349	2,62
Cardiología	1.457	2.136	3.593	1,47
Dermatología	4.265	4.395	8.660	1,03
Digestivo	1.168	3.367	4.535	2,88
Endocrinología	1.364	6.187	7.551	4,54
Geriatría	24	193	217	8,04
Hematología	612	2.522	3.134	4,12
Medicina Interna	572	1.200	1.772	2,10
Nefrología	603	3.663	4.266	6,07
Neumología	1.113	4.067	5.180	3,65
Neurología	2.686	6.141	8.827	2,29
Oncología Médica	539	7.002	7.541	12,99
Oncología Radioterapica	451	5.183	5.634	11,49
Rehabilitación	2.790	4.542	7.332	1,63
Reumatología	1.642	6.729	8.371	4,10
Salud Mental	2.944	11.657	14.601	3,96
Unidad de Cuidados Paliativos	259	215	474	0,83
Marcapasos - UCI	830	-	830	-
Cirugía General	3.895	4.652	8.547	1,19
Urología	2.591	4.238	6.829	1,64
Traumatología	5.864	13.874	19.738	2,37
Otorrinolaringología	5.659	5.987	11.646	1,06
Oftalmología	7.715	15.018	22.733	1,95
Ginecología	3.168	5.778	8.946	1,82
Preanestesia	4.919	-	4.919	-
Pediatría	795	2.110	2.905	2,65
Obstetricia	1.717	4.464	6.181	2,60
Prev. Riesgos Laborales	946	9	955	0,01
TOTAL	62.893	131.373	194.266	2,09

8.- 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	0,00	10,00	7,18	2,37	0,24
2. La privacidad durante la admisión	100	0,00	10,00	6,95	2,50	0,25
3. La limpieza en recepción	100	0,00	10,00	7,05	2,52	0,25
4. La rapidez en la admisión	100	0,00	10,00	6,43	3,22	0,32
5. La comodidad en el aparcamiento	100	0,00	10,00	6,30	2,79	0,28
6. La amabilidad de los celadores	100	0,00	10,00	7,40	2,43	0,24
7. La amabilidad del personal de enfermería	100	0,00	10,00	7,60	2,68	0,27
8. La atención que le prestó enfermería	100	0,00	10,00	7,23	2,97	0,30
9. Enfermería le mantuvo informado	100	0,00	10,00	6,38	3,06	0,31
10. La preocupación de enfermería por su privacidad	100	0,00	10,00	6,55	2,88	0,29
11. La preparación de enfermería	100	0,00	10,00	6,75	2,88	0,29
12. El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria	100	0,00	10,00	5,48	3,46	0,35
13. La amabilidad del médico	100	0,00	10,00	7,28	2,89	0,29
14. La duración de la consulta	99	0,00	10,00	6,36	2,73	0,27
15. El interés del médico por su problema de salud	100	0,00	10,00	6,78	3,24	0,32
16. La claridad del médico para explicar	100	0,00	10,00	6,92	3,02	0,30
17. La preparación del médico	100	0,00	10,00	7,23	2,77	0,28
18. Las instrucciones al alta para el tratamiento	100	0,00	10,00	6,85	2,60	0,26
19. La espera para pruebas de laboratorio	100	0,00	10,00	6,23	2,98	0,30
20. La amabilidad de las personas en radiología	100	0,00	10,00	7,45	2,30	0,23
21. El tiempo de espera para radiología	100	0,00	10,00	6,80	2,33	0,23
22. La amabilidad para con los familiares	100	0,00	10,00	6,65	2,69	0,27
23. Mantuvieron informados a los familiares	100	0,00	10,00	6,73	2,75	0,27
24. La limpieza y el confort en la sala de espera	100	0,00	10,00	6,33	2,85	0,29
25. La limpieza del área de urgencias	99	0,00	10,00	6,57	2,73	0,27
26. El personal le trató de forma correcta	100	0,00	10,00	6,80	2,54	0,25
27. El personal de urgencias se identificó	100	0,00	10,00	6,03	3,18	0,32
28. La información sobre retrasos que haya podido tener	100	0,00	10,00	4,95	3,35	0,34
29. Si pudiera elegir, probabilidad de acudir a esta urgencias	100	0,00	10,00	6,20	3,21	0,32
30. Satisfacción global en sus visita al servicio de urgencias	100	0,00	10,00	6,63	3,23	0,32

Estudio Unidad de Calidad de Plasencia 2011-2012: Satisfacción global media 7,48

Estudio Unidad de Calidad de Plasencia 2013-2014: Satisfacción global media 6,63 (- 11,4%)

Descenso del 11,4% en la satisfacción global en Urgencias 2013-2014 sobre 2011-12;
que equivale a -8,5 puntos porcentuales

Destacan en su descenso: La información sobre los retrasos, La claridad del médico para explicar (-19%), El interés del médico por su problema de salud (-16%), La amabilidad del médico (-13%), El tiempo de espera (-13%) y El trato del personal (-12%). Suspendiendo con claridad la información sobre los retrasos, que no alcanza el 5 sobre 10 (4,95), descendiendo en un 13% el porcentaje de usuarios que querría volver a este Servicio de Urgencias si pudiera elegir otro.

ANÁLISIS DE MEDIAS 2013/2011	N 2013	Media 2013	N 2011	Media 2011	Diferencia 2013-2011	
1. La amabilidad de las personas en recepción	100	7,18	100	7,58	-0,40	- 5,3 %
2. La privacidad durante la admisión	100	6,95	98	7,72	-0,77	- 10 %
3. La limpieza en recepción	100	7,05	100	7,84	-0,79	- 10,1 %
4. La rapidez en la admisión	100	6,43	99	7,22	-0,79	- 10,9 %
5. La comodidad en el aparcamiento	100	6,30	97	6,64	-0,34	- 5,1 %
6. La amabilidad de los celadores	100	7,40	100	7,86	-0,46	-5,9 %
7. La amabilidad del personal de enfermería	100	7,60	100	8,02	-0,42	- 5,2 %
8. La atención que le prestó enfermería	100	7,23	100	7,78	-0,55	- 7,1%
9. Enfermería le mantuvo informado	100	6,38	100	7,14	-0,76	- 10,6 %
10. La preocupación de enfermería por su privacidad	100	6,55	100	7,08	-0,53	- 7,5 %
11. La preparación de enfermería	100	6,75	100	7,40	-0,65	- 8,8 %
12. El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria	100	5,48	99	6,28	-0,80	- 12,7 %
13. La amabilidad del médico	100	7,28	100	8,36	-1,08	- 12,9 %
14. La duración de la consulta	99	6,36	99	7,02	-0,66	- 9,4 %
15. El interés del médico por su problema de salud	100	6,78	100	8,10	-1,32	- 16,3 %
16. La claridad del médico para explicar	100	6,92	100	8,36	-1,44	- 17,2 %
17. La preparación del médico	100	7,23	100	8,06	-0,83	- 10,3 %
18. Las instrucciones al alta para el tratamiento	100	6,85	100	7,76	-0,91	- 11,7 %
19. La espera para pruebas de laboratorio	100	6,23	100	6,98	-0,75	- 10,7 %
20. La amabilidad de las personas en radiología	100	7,45	99	7,70	-0,25	- 3,2 %
21. El tiempo de espera para radiología	100	6,80	99	7,18	-0,38	- 5,3 %
22. La amabilidad para con los familiares	100	6,65	100	7,34	-0,69	- 9,4 %
23. Mantuvieron informados a los familiares	100	6,73	100	7,26	-0,53	- 7,3 %
24. La limpieza y el confort en la sala de espera	100	6,33	99	7,02	-0,69	- 9,8 %
25. La limpieza del área de urgencias	99	6,57	99	7,46	-0,89	- 11,9 %
26. El personal le trató de forma correcta	100	6,80	100	7,74	-0,94	- 12,1 %
27. El personal de urgencias se identifico	100	6,03	99	6,50	-0,47	- 7,2 %
28. La información sobre retrasos que haya podido tener	100	4,95	99	6,14	-1,19	- 19,4 %
29. Si pudiera elegir, probabilidad de acudir a esta urgencias	100	6,20	99	7,14	-0,94	- 13,2 %
30. Satisfacción global en sus visita al servicio de urgencias	100	6,63	100	7,48	-0,85	- 11,4 %

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	17	70,4	7,18	9,81
2. La privacidad durante la admisión	24	63,6	6,95	9,15
3. La limpieza en recepción	23	64,2	7,05	9,11
4. La rapidez en la admisión	26	60,7	6,43	9,44
5. La comodidad en el aparcamiento	28	44,4	6,30	7,05
6. La amabilidad de los celadores	21	66,4	7,40	8,97
7. La amabilidad del personal de enfermería	9	75,5	7,60	9,93
8. La atención que le prestó enfermería	14	71,9	7,23	9,94
9. Enfermería le mantuvo informado	10	74,9	6,38	11,74
10. La preocupación de enfermería	20	66,4	6,55	10,14
11. La preparación de enfermería	8	75,9	6,75	11,24
12. El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria	4	77,9	5,48	14,22
13. La amabilidad del médico	22	66,3	7,28	9,11
14. La duración de la consulta	3	78,4	6,36	12,33
15. El interés del médico por su problema de salud	6	77,8	6,78	11,47
16. La claridad del médico para explicar	13	74,0	6,92	10,69
17. La preparación del médico	6	70,7	7,23	9,78
18. Las instrucciones al alta para el tratamiento	1	81,9	6,85	11,96
19. La espera para pruebas de laboratorio	2	78,8	6,23	12,65
20. La amabilidad de las personas en radiología	27	48,7	7,45	6,54
21. El tiempo de espera para radiología	19	68,2	6,80	10,03
22. La amabilidad para con los familiares	15	70,7	6,65	10,63
23. Mantuvieron informados a los familiares	5	77,8	6,73	11,56
24. La limpieza y el confort en la sala de espera	25	63,5	6,33	10,03
25. La limpieza del área de urgencias	18	69,1	6,57	10,52
26. El personal le trató de forma correcta	12	74,2	6,80	10,91
27. El personal de urgencias se identificó	7	75,9	6,03	12,59
28. La información sobre retrasos que haya podido tener	11	74,3	4,95	15,01

* : 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	6,63	15,08	100%
28. La información sobre retrasos que haya podido tener	1	74,3	4,95	15,01	99,5
12. El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria	2	77,9	5,48	14,22	94,3
19. La espera para pruebas de laboratorio	3	78,8	6,23	12,65	83,9
27. El personal de urgencias se identificó	4	75,9	6,03	12,59	83,5
14. La duración de la consulta	5	78,4	6,36	12,33	81,7
18. Las instrucciones al alta para el tratamiento	6	81,9	6,85	11,96	79,3
9. Enfermería le mantuvo informado	7	74,9	6,38	11,74	77,9
23. Mantuvieron informados a los familiares	8	77,8	6,73	11,56	76,7
15. El interés del médico por su problema de salud	9	77,8	6,78	11,47	76,1
11. La preparación de enfermería	10	75,9	6,75	11,24	74,6
26. El personal le trató de forma correcta	11	74,2	6,80	10,91	72,4
16. La claridad del médico para explicar	12	74,0	6,92	10,69	70,9
22. La amabilidad para con los familiares	13	70,7	6,65	10,63	70,5
25. La limpieza del área de urgencias	14	69,1	6,57	10,52	69,7
10. La preocupación de enfermería	15	66,4	6,55	10,14	67,2
21. El tiempo de espera para radiología	16	68,2	6,80	10,03	66,5
24. La limpieza y el confort en la sala de espera	17	63,5	6,33	10,03	66,5
7. La amabilidad del personal de enfermería	18	75,5	7,60	9,93	65,9
8. La atención que le prestó enfermería	19	71,9	7,23	9,94	65,9
1. La amabilidad de las personas en recepción	20	70,4	7,18	9,81	65,0
17. La preparación del médico	21	70,7	7,23	9,78	64,8
4. La rapidez en la admisión	22	60,7	6,43	9,44	62,6
2. La privacidad durante la admisión	23	63,6	6,95	9,15	60,7
3. La limpieza en recepción	24	64,2	7,05	9,11	60,4
13. La amabilidad del médico	25	66,3	7,28	9,11	60,4
6. La amabilidad de los celadores	26	66,4	7,40	8,97	59,5
5. La comodidad en el aparcamiento	27	44,4	6,3	7,05	46,7
20. La amabilidad de las personas en radiología	28	48,7	7,45	6,54	43,3

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: La información sobre retrasos que haya podido tener (28), El tiempo que esperó hasta la atención sanitaria (12), La espera para pruebas de laboratorio (19), El personal de urgencias se identificó (27), etc.

Medidas de mejora en base a la encuesta

Estudio de Satisfacción de Urgencias Unidad de Calidad de Plasencia 2013-2014

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 7)

La amabilidad del personal de enfermería

La amabilidad del personal de radiología

La amabilidad de los celadores

La amabilidad del médico

La preparación del médico

La atención que le prestó enfermería

La amabilidad de las personas en recepción

La limpieza en recepción

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:2013-2014

Evaluación: Existencia del Protocolo del Triage

Existencia de los mencionados Trípticos

Comprobación visual los días 20 y 21 de junio de 2013 (mañana) y el 25 de junio de 2013

(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 2013.

Estudio Anual de Reclamaciones en el Hospital 2013

Evaluación: En el mencionado estudio se producen 295 reclamaciones; cifra ligeramente superior a las 272 que realizaron los usuarios en 2011.

Por servicios, destacan ($\geq 7\%$) los Servicios de: Reumatología (16%), Urgencias (10%) y Digestología (9%).

En cuanto a los motivos de reclamación, destacan ($\geq 7\%$): Insuficiente o inadecuada organización (23%) y Disconformidad con la atención (13).

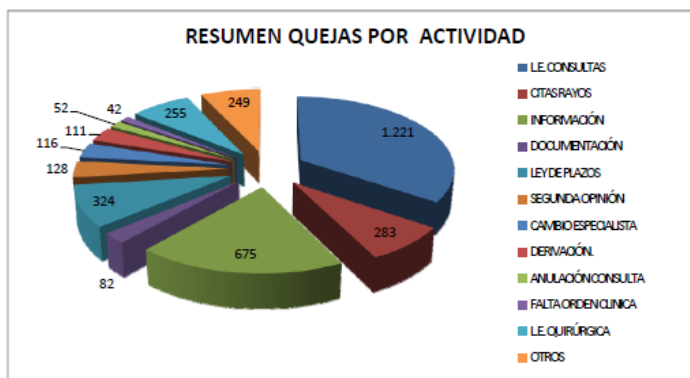
Medidas de mejora:

- 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 2013

RESUMEN DE QUEJAS POR ACTIVIDADES

Tipo	Nº quejas	Porcentaje
L.E. CONSULTAS	1.221	34,51%
CITAS RAYOS	283	8,00%
INFORMACIÓN	675	19,08%
DOCUMENTACIÓN	82	2,32%
LEY DE PLAZOS	324	9,16%
SEGUNDA OPINIÓN	128	3,62%
CAMBIO ESPECIALISTA	116	3,28%
DERIVACIÓN.	111	3,14%
ANULACIÓN CONSULTA	52	1,47%
FALTA ORDEN CLINICA	42	1,19%
L.E. QUIRÚRGICA	255	7,21%
OTROS	249	7,04%
TOTAL	3.538	100,00%



Evaluación : En el mencionado estudio los mayores volúmenes de quejas se refieren a

- La Lista de Espera de Consultas
- La información en general
- La Ley de Plazos
- Las Citas de Radiodiagnóstico
- La Lista de Espera Quirúrgica.
- Es preciso mejorar Los Tiempos de Espera para a Atención y 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.

Ejecución: Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

Reuniones de los Consejos de Salud de Zona

Año 2013

22 de marzo de 2013 Constitución del CSZ de Plasencia (CENTRO) Luis de Toro.

26 de marzo de 2013 Constitución del CSZ de Plasencia (NORTE) La Data.

20 de mayo de 2013 Constitución del CSZ de Aldeanueva del Camino.

12 de junio de 2013 reunión extraordinaria del CSZ de Montehermoso.

18 de diciembre de 2013 Constitución del CSZ de Pinofranqueado.

En total 5 reuniones de Consejos de Salud de Zona, 4 para constituir el consejo, 1 reunión extraordinaria.

El orden del día de las reuniones para la constitución de los consejos han 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 2013 del CSZ de Montehermoso fue:

1. Aprobación del acta del Consejo de Salud de Zona celebrado el 12 de junio de 2012.
2. Situación sanitaria en la Zona Básica de Salud.
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>

En el Centro de Salud de Pinofranqueado se sigue helando la rampa de acceso al público durante el invierno y aún no se ha solucionado, sugieren como medida de seguridad la colocación de bandas antideslizantes (1).

En el Centro de Salud 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 (2) y sigue sin solucionarse.

En el resto de Centros no hay incidencias ni reclamación alguna.

C. S. AHIGAL	73400	Ninguna incidencia.
C. S. ALDEANUEVA DE LA VERA	73500	Ninguna incidencia.
C. S. CABEZUELA DEL VALLE	73600	Ninguna incidencia.
C. S. CASAS DEL CASTAÑAR	73700	(2).
C. S. HERVÁS	73800	Ninguna incidencia.
C. S. JARAZ DE LA VERA	73900	Ninguna incidencia.
C. S. PINO FRANQUEADO	74000 /01	(1).

C. S. MOHEDAS DE GRANADILLA 74013 Ninguna incidencia.

C. S. MONTEHERMOSO 74100 Ninguna incidencia.

C. S. NUÑOMORAL 74200 Ninguna incidencia.

C. S. SERRADILLA 74700 Ninguna incidencia.

- Mantenimiento de la Encuesta de Accesibilidad a los Centros de Salud.
- Pasación de la encuesta telefónica sobre la accesibilidad a los once Centros de Salud Rurales los días 30 y 31 de octubre del 2013.
- 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 (1). 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 (2). Los problemas de ambos C.S siguen si solucionarse.
- Inspección visual anual los días 15, 22 y 25 de octubre de 2013 del Hospital "Virgen del Puerto", de su Edificio de Consultas y sus entornos; del Centro de Especialidades "Luis de Toro" y su entorno; y de los tres Centros de Salud de Plasencia y su entorno, para comprobar la inexistencia de barreras arquitectónicas, en concordancia con el Decreto 8/2003 (DOE N° 22).
- Inspección de la obras de Reforma y Ampliación del Hospital "Virgen del Puerto" del 28 y 29 de octubre de 2013 (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 2012-2013).

Interpretación de resultados /análisis de causas /sugerencias:

La Unidad Básica de Prevención ha efectuado 40 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 27 de agosto de 2013: plantas 5ª, 3ª, 2ª de Especialidades y 2ª Maternidad. Trabajadores contabilizados e identificados correctamente 39.

- Día 28 de agosto de 2013: se observa, el personal de Almacén, Farmacia, Laboratorio, Anatomía Patológica y Esterilización. Trabajadores contabilizados e identificados correctamente 26.

- Día 28 de agosto de 2013, se inspecciona el guardarropa de la Lavandería, donde se almacenan las prendas de los Centros de Salud de Ahigal, Cabezuela del Valle, Casas del Castañar, Hervás, Jaraíz de la Vera, Montehermoso, Aldeanueva del Camino, Nuñomoral, Pinofranqueado, Serradilla y Mohedas de Granadilla, Plasencia I, Plasencia II, Plasencia III y Centro de Especialidades, comprobándose que dichas prendas están identificadas correctamente, en una muestra de 150 uniformes.

- Día 29 de agosto de 2013: Admisión de Urgencias, Contratación Administrativa, S.A.U. Tarjeta Sanitaria, Registro General y Urgencias. Trabajadores contabilizados e identificados correctamente 60.

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. Comprensión 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 %
- Instalaciones11 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 relaciones 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 93% de los CI se encuentran en la H^aC^a

Estudio realizado los días 11y 12de noviembre de 2013 por la Unidad de Calidad: sobre un total de 642 intervenciones quirúrgicas programadas durante el mes de octubre, de la que hemos elegido una muestra al azar.

- Muestra 90intervenciones (14).
- Consentimiento Informado en la H^a Clínica, 84 (93%).
- 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

CAPITULO II. CARTA PÚBLICA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL ORGANO O UNIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO
2. RELACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS
3. NORMATIVA REGULADORA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS
4. COMPROMISOS DE CALIDAD
5. DERECHOS Y PARTICIPACIÓN DE LOS CIUDADANOS
 - 5.1. Derechos de los ciudadanos
 - 5.2. Formas de colaboración y participación de los ciudadanos y empleados públicos
6. SISTEMA DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

ANEXO I. CUADRO DE INDICADORES

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

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

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

Competencia de: Área de Documentación Clínica del Servicio de Admisión

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

La entrega de la documentación Clínica se efectúa con los propietarios de la misma: paciente o persona en quien delegue; ambos padres, en caso de menores; quien tenga la guardia y custodia del hijo, en caso de separación; heredero legal 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 (2,7 en 2013). >95% Historias facilitadas 710: 98% (10: 1% denegadas según normas).

Peticiones del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI): 15

Peticiones del Juzgado: 30

Peticiones de facultativos ajenos al área, para continuidad asistencial: 147

Total peticiones 2013: 912

Este apartado está perfectamente establecido y asegurado su mantenimiento.

Realización del Plan de Acogida a los Profesionales

Competencia de elaboración:

Dirección de RRHH (Guía de Acogida al Nuevo Trabajador)

Dirección de Enfermería de AE (Guía de Acogida al Personal de Enfermería de Nueva Incorporación)

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

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

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

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

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

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

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

Mejorar la humanización del parto.

Competencia de elaboración:

Servicio de Togoginecología

Unidad de Calidad (Elabora documento base en 2008)

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

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

El PMAP tiene como objetivo mejorar la humanización del parto.

Se mantiene pendiente la acción mejora detectada en 2010, divulgada en 2013 y comprobar su evolución en 2014: 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 459 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 Multiparas = 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 2013

- 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 2013

- 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 2013.
- 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: 2013
- 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

Dos reuniones documentadas.

Acuerdos:

- Se presentan los resultados del Estudio: “SATISFACCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS 2012”, con los siguientes resultados que son remitidos en 2013 por carta a todos los profesionales implicados:

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 relaciones de los trabajadores con los pacientes revela un alto grado de humanización asistencial*

FELICITACIÓN A LAS ÁREAS ASISTENCIALES IMPLICADAS

Transmitimos a las Unidades de Hospitalización

- Personal de enfermería
- Facultativos
- Personal subalterno y resto de trabajadores que trabajan en las plantas de hospitalización

nuestra más justificada felicitación

- por el alto nivel de calidad asistencial demostrado en su quehacer cotidiano
- por acrecentar la humanización de la asistencia demostrada en la elevada calidad del trato a los pacientes
- por contribuir a la buena imagen del hospital ante la sociedad

La Unidad de Calidad trabaja desde 2010 en el Desarrollo de un Programa específico de Fomento y Reconocimiento del Desempeño (Actividad Laboral (PRAL), recogiendo la visión que expone la Unidad de Calidad en la web “...Y todo ello en un marco de optimización de la calidad laboral de

los trabajadores del área, desde la perspectiva de la colaboración, la promoción y el bienestar, tanto individual como colectivo.” (<http://www.areasaludplasencia.es/wasp/1/p161.php>). Para ello, tiene en cuenta la necesidad de una política de reconocimiento y promoción del desempeño laboral, que encuentra una excelente fuente de información en las encuestas de satisfacción; promoviendo, tanto una felicitación directa en los resultados de la encuesta, como una felicitación posterior al análisis de dicha encuesta.

- Se presenta la Memoria de Calidad de 2012, 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 2011 a 2015:

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

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.

2012: 83,6%

2013: 83,6%

Se mantienen y se estacionalizan los parámetros de cumplimiento.

- 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, ampliándolo y desarrollándolo en el apartado de Seguridad del Paciente: Gestión de Riesgos, que contendría los siguientes puntos:

Gestión de Riesgos Clínicos (Seguridad del Paciente), Estructurales (seguridad de las infraestructuras y su funcionamiento) y del Personal (seguridad y calidad de vida laboral de nuestras personas).

Se presentó el Balance Económico de la Gestión de Calidad 2011-2012, arrojando una justificación del 83,56% de los indicadores (con un montante de 290.800€), de los cuales el 45% de los indicadores (157.300€) los habría recuperado la Unidad de Calidad mediante la elaboración de los estándares requeridos.



Balance económico de la gestión de calidad 2012

(Presentado en reunión de la Comisión de Calidad en 2013)

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 2012.

La memoria se corresponde con los 6 ejes básicos del Plan de Calidad 2011-2015 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>PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR LA UNIDAD DE CALIDAD</u>
1.	Evaluar la satisfacción de pacientes y familiares en servicios de urgencias de centros hospitalarios.	Satisfacción global = ó > media SES <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 ^o 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 <7 días <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>

SUBTOTAL		14 ÍTEMS DE 16	<u>87,5%</u>	<u>51,1%</u>
EUROS			<u>82.600€</u>	<u>42.200€</u>
B.- OBJETIVOS DE CALIDAD CIENTÍFICO – TÉCNICA				
	OBJETIVO	INDICADOR	PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR LA UNIDAD DE CALIDAD	
		CUMPLIMIENTO		
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 Comisiones Clínicas hospitalarias.	- 4 reuniones documentadas/comisión <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>	
SUBTOTAL		11 ÍTEMS DE 14	<u>78,6%</u>	<u>61,4%</u>
EUROS			<u>64.900€</u>	<u>39.800€</u>

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

	OBJETIVO	INDICADOR	
		CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR LA UNIDAD DE CALIDAD
1.	Desarrollar acciones de mejora como resultado de las propuestas de mejora derivadas del procedimiento de gestión de reclamaciones.	- 3 acciones de mejora resultado de reclamaciones documentadas <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	
		CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE ELABORACIÓN POR LA UNIDAD DE CALIDAD
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>	<u>100%</u>
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>	<u>100%</u>
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	
EUROS		<u>63,3%</u> <u>64.900€</u>	<u>18,2%</u> <u>18.600€</u>

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

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

83,56 45,22%

EUROS

290.800€ 157.300€

- Se presenta y se discute la incorporación de los Indicadores de Calidad y Seguridad del Paciente del R.D. de Asistencia Sanitaria Transfronteriza

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

Competencia de elaboración: Presidente de cada Comisión

Comisión de Historias Clínicas	2
Comisión de Tumores	47
Comisión de Quirófanos	36
Comisión de Bioética (CBA)	2
Comisión de Farmacia	2
Comisión de Hematología y Hemoterapia	2
Comisión de Protocolos, Guías y Vías	1
Comisión de Gestión de Riesgos Sanitarios y Segur. del Pac	3
Comisión de Infecciones Hosp., Profilaxis y Polit. Antibiotica.....	2
Comisión de Nutrición y Dietética	1

Minimizar las úlceras por presión en pacientes hospitalizados

Competencia de elaboración: Dirección de Enfermería

Indicador: 46 casos / 10.407 ingresos = 0,44 %: < 0,5 % de pacientes hospitalizados

Criterios de evaluación:

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

Objetivo cumplido 0,44% 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: 53,6 % Cordones Umbilicales Donados

Análisis:

769 partos

Excluidos

258 Cesáreas

72 Riesgos infecciosos

170 No ofertados en origen

126 Embarazos de dudoso control

Total 616

Donaciones 2013: 82 ; donaciones 2012: 68

769 partos – 616 exclusiones = 153 posibles

82 donaciones / 153 posibles = 63,6%

Controlar las infecciones nosocomiales:

Competencia de elaboración:

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

Dirección de salud

Unidad de calidad

Sistema de vigilancia infección nosocomial documentada

- EPINE: Vigilancia de la infección nosocomial 2013 Hospital "Virgen del Puerto"
- Pacientes estudiados 177: 51,41% hombres y 48,59% mujeres; con una media de edad y DT de 61 y 25,4.

EPINE - 2013

RESULTADOS GLOBALES

PREVALENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES Y COMUNITARIAS

Nº Total de pacientes estudiados (N): 177

Hombres: 91 (51.41 %)
Mujeres: 80 (48.59 %)

Media de edades (DE): 61.02 (25.36) años
Mediana de edades (P²⁵-P⁷⁵): 68.00 (48.0-79.0) años

Nº de infecciones nosocomiales adquiridas en el centro en este ingreso(a): 10
 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): 4
 Nº de nosocomiales adquiridas en **otro ingreso** en otros hospitales(d): 4
 Total infecciones nosocomiales **existentes al ingreso**(c+d=e): 4
 Total pacientes con infección nosocomial existente al ingreso(f): 4

Nº de infecciones comunitarias(g): 43
 Nº de pacientes con infección comunitaria(h): 43

Nº de pacientes con infección de ambos tipos (nosocomial y comunitaria): 1

Total infecciones nosocomiales(a+e): 14
 Total infecciones(a+e+g): 57
 Total pacientes con alguna infección: 54

Prevalencia de infecciones nosocomiales adquiridas en el centro en este ingreso(a/N)
 (P%) 5.65 (2.71-10.39)

Prevalencia de pacientes con inf. nosoc. adquirida en el centro en este o anterior ingreso(b/N)
 (P%) 6.78 (3.55-11.54)

Prevalencia de infecciones nosocomiales existentes al ingreso (e/N)
 (%P) 2.26 (0.62-5.79)

Prevalencia de pacientes con infec. nosoc. existente al ingreso (f/N)
 (%P) 2.26 (0.62-5.68)

Prevalencia de infecciones comunitarias (g/N)
 (P%) 24.29 (17.58-32.72)

Prevalencia de pacientes con infección comunitaria (h/N)
 (%P) 24.29 (18.17-31.30)

- Prevalencia de infección nosocomial 2013: 5,65% (aumento de 0,74 puntos porcentuales)
En 2012: 4,91%

- 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 2013 fue de **207**.

Correspondieron:

62 ROTAVIRUS (29,9%)
 44 SALMONELLA SPP. (21,3%)
 32 CAMPYLOBACTER JEJUNI (15,5%)
 13 STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (6,3%)
 10 VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (4,8%)
 9 MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (4,3%)
 8 GIARDIA LAMBLIA (3,0%)
 8 TRICHOMONAS VAGINALIS (3,0%)
 7 ADENOVIRUS 40/41 (3,4%)
 4 CHLAMYDIA TRACHCHOMATIS (1,9%)
 3 H.I.V. (1,1%)
 2 HEPATITIS A (1,0%)
 2 NEISERIA GONORRHOEAE (1,0%)
 1 ENTEROBIUS VERMICULARIS (0,5%)
 1 ENTEROVIRUS (0,5%)
 1 YERSINIA ENTEROCOLÍTICA (0,5%)

Cabe destacar que en 2013 no se declaró por el Laboratorio del Hospital Virgen del Puerto ningún Ag de LEGIONELLA PNEUMOPHILA (en orina) positivo.

NO se declaró NEISSERIA MENINGITIDIS.

En el año 2013 no se detectó ningún brote nosocomial.

- Proceso Codificación (CMBD): Infección posoperatoria
 - 100% cumplimiento Protocolo de Sondaje (Revisados 25 pacientes hospitalizados, el 14 de noviembre de 2013: los 25 enfermos ingresados con sonda vesical se ajustan al protocolo)
 - 40 pacientes (sobre un total de 40) 100% pacientes con profilaxis AB según el protocolo de “Profilaxis antibiótica quirúrgica”:
 - 10/10 hernias inguinales; 10/10 hipertrofias de adenoides; 10/10 prótesis de caderas y rodillas y 10/10 cesáreas)

Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta x100

Nº de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)

Periodo de estudio año 2013 completo

Cirugía: 10; Tocología: 10; O.R.L.: 10; Traumatología: 10.

Resultado

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

Pacto en el CG2012 > al 80%..... Resultado alcanzado 100%

Desarrollo y Evaluación de Procesos

Competencia de elaboración: Unidad de Calidad

Guías

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

Procesos Elaborados

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

Procesos en fase de desarrollo

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

Estableciendo:

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

Potenciar la realización de autopsias clínicas

Competencia de elaboración:

Dirección Médica de Atención Especializada
Secretaría de Anatomía Patológica

Aunque se ha realizado UNA AUTOPSIA CLÍNICAS en 2013, 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 2503

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 99,59%.

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

Se extrae una muestra de 400 informes: 12 informes carecen de fecha de nacimiento y de sexo y de domicilio del paciente, (lo cual parece obedecer a un error sistemático en un día).

Resultado:

$$\frac{N^{\circ} (200 \times 22) - 36}{N^{\circ} 200 \times 22} \times 100 = \frac{8.764}{8.800} \times 100 = 99,59 \%$$

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 2013 / 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 75 de las Inclusiones en Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 94% de ILS's conforme a protocolo.

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

3. Prótesis de Rodilla (715.26 + 81.54/81.55): Considerados los Criterios de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica conforme a las propuestas de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología la MBE, se han estudiado 20 inclusiones; encontrando 19 de las Inclusiones Lista de Espera (ILE) conforme al protocolo. Resultado: 95% 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

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

Metodología: Se han estudiado los TAC's y las RMN's realizados del 01-05-2013 al 30-06-2013; 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 petionario en la que se justifica la realización de la TAC o RNM.

Se han evaluado 130 TAC's y 30 RMN's.

Periodo de estudio TAC: 01-05-2013 al 30-06-2013 Periodo de estudio RMN: 01-05-2013 al 30-06-2013

Población estudiada: 130

Población estudiada: 30

Resultado <u>Indicados</u>	Resultado <u>Correlación Clínico-Diagnóstica</u>	<u>Indicadas</u>	<u>Correlación Clínico-Diagnóstica</u>
$\frac{N^{\circ} 130}{N^{\circ} 130} \times 100 = 100\%$	$\frac{N^{\circ} 115}{N^{\circ} 130} \times 100 = 88\%$	$\frac{N^{\circ} 30}{N^{\circ} 30} \times 100 = 100\%$	$\frac{N^{\circ} 28}{N^{\circ} 30} \times 100 = 93\%$

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 2013.
- Revisión (por parte de la Oficina de Medicina Basada en la Evidencia de la Unidad de Calidad) de los Protocolos de Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica en las especialidades de Oftalmología y Traumatología.

PROTOCOLO DE INCLUSIÓN EN LEQ (ILEQ): HALLUX VALGUS

CRITERIOS	INDICACIÓN	Indic 1	Indic 2	Indic 3	Indic 4	Indic 5
Demográficos ●	Sexo	Mujer	Hombre			
	Edad	> 50	> 60	> 50		
CLÍNICOS ■	Inflamación	SI	SI			
	Dolor	SI	SI			
	Función					
	Ángulo MTT-F > 30°	SI	SI	SI		
	Ángulo IMTT _{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

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

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

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

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

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

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

	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

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 16% de las reclamaciones corresponden a Reumatología, el 10% a Urgencias, el 9% Digestología, el 7% a Neurología, el 6% a Ginecología y el 5% a Resonancia Magnética . Para corregir estos problemas se diseñan los Procesos Reumatología, Atención Médica al Paciente Urgente, Atención de Enfermería al Paciente Urgente, Digestología, Neurología y Ginecología; dentro de la Gestión por Procesos
- En cuanto los motivos de reclamación se intentan mejorar: Coordinación insuficiente o inadecuada (23%) y Disconformidad con la atención (13%).

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 y continuadas hasta 2013.

- 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 48 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 2013.

No hay ninguna reclamación sobre caídas.

2013: 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 2013

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". Diseño de la Difusión en 2013, para ejecutarla en 2014.

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

Mantenimiento del Plan de Autoprotección (Catástrofes) del Hospital Virgen del Puerto durante el año 2013, que se ha comenzado a implantar y ejecutar durante 2012 y que había sido revisado en 2011.

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

Competencia de elaboración: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

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

Cantidad de residuos del tipo III deben ser inferiores a 0,37 kg./cama/día.

Cantidad de residuos del tipo IV deben ser inferiores a 0,05 kg./cama/día.

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

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

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

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

Mejorar la seguridad de pacientes en el Área.

Competencia de elaboración:

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

Área de Enfermería de Seguridad Clínica

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

Unidad de Calidad

- Plan Integrado de Gestión de Riesgos del Área de Plasencia 2011-2015
- Áreas de Actuación: Gestión de Riesgos Clínicos (Seguridad del Paciente), Estructurales (Establecimientos Sanitarios, Repercusión social), De las Personas (Tipo de Trabajo: Riesgos Laborales; Organización de los Grupos Humanos: Riesgos Organizacionales)
- Elaboración del Estudio de Bienestar Laboral 2011-2012: Elaborada y pasada la Encuesta de Calidad de Vida Laboral. Fase de Diseño en 2011. Fase de Evaluación en 2012. Fase de publicación 2013.
- Diseñadas las actuaciones para 2013-14.
- Documentación del Estudio de Reconocimiento del Desempeño Laboral para ejecutarlo en 2013-2014. Elaborada la Sistemática de Felicitaciones y Reconocimiento del Desempeño.

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

Competencia de elaboración:

Unidad de Calidad

Actuación complementaria: diseño de las funciones para la Comisión de Gestión de Riesgos Sanitarios y de Seguridad del Paciente iniciada 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 2013-I

	<u>2013</u>	<u>2012</u>
▪ % Altas hospitalarias codificadas	99,96%	99,32%
▪ Número de Altas hospitalarias codificadas.....	10.407	10.360
▪ GRD's inespecíficos:	0,8%	0,7%
▪ Número de diagnósticos codificados por alta:	6,37	5,33
▪ Número de procedimientos codificados por alta:	5,80	5,97
▪ IEMA	0,95	0,88
▪ Peso medio	1,55	1,55
▪ Estancia media de las altas	5,43	5,45
▪ Tasas de cesáreas.....	33,55%	33,46%
▪ Tasas de partos con anestesia epidural	11,53%	11,32%

Cuadro de Mandos del CMBD de hospitalización 2013-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	4	4,00	1,9196	4,45	-0,45	3,08	5,10	0,7845	1,1449	0,6912	-4	-0,02
CAR - Cardiología	225	3,59	2,3511	6,80	-3,21	5,40	5,21	0,6889	0,7661	0,7933	-365	-1,01
CGD - Cirugía General y Digestiva	1.348	5,23	1,4668	5,92	-0,69	5,52	5,15	1,0153	0,8704	0,9326	106	0,30
DIG - Digestivo	181	4,18	1,2073	6,13	-1,95	4,61	5,50	0,7591	0,8981	0,7519	-240	-0,67
END - Endocrinología	28	3,50	0,8562	4,95	-1,45	3,59	4,80	0,7292	0,9697	0,7254	-36	-0,10
GIN - Ginecología	461	3,53	1,0372	3,40	0,13	2,90	3,27	1,0809	0,9603	0,8519	122	0,34
GRT - Geriátrica	1.136	7,08	1,8938	6,60	0,48	6,52	7,02	1,0082	1,0636	0,9883	65	0,18
HEM - Hematología Clínica	94	6,49	2,1759	7,18	-0,69	7,56	7,20	0,9012	1,0033	1,0532	-67	-0,19
MIR - Medicina Interna	1.321	7,58	1,7572	6,69	0,89	7,90	6,64	1,1413	0,9923	1,1801	1.240	3,44
MIV - Medicina Intensiva	227	3,77	3,5999	8,14	-4,37	5,86	6,38	0,5899	0,7845	0,7205	-594	-1,65
NEF - Nefrología	30	8,57	1,6118	7,16	1,41	9,71	6,06	1,4141	0,8463	1,3559	75	0,21
NEO - Neonatología	412	3,82	0,8219	4,88	-1,06	4,10	3,97	0,9622	0,8130	0,8396	-62	-0,17
NML - Neumología	1	20,00	2,2282	7,85	12,15	20,00	7,85	2,5488	1,0000	2,5488	12	0,41
NRL - Neurología	474	5,31	1,7761	6,53	-1,22	4,39	6,26	0,8472	0,9593	0,6730	-453	-1,26
OBS - Obstetricia	905	2,77	0,7593	2,91	-0,14	2,86	2,88	0,9611	0,9894	0,9814	-101	-0,28
OFT - Oftalmología	20	2,80	1,1419	2,36	0,44	2,62	2,43	1,1528	1,0288	1,1097	7	0,02
ONC - Oncología	80	6,70	1,7804	7,50	-0,80	9,30	5,89	1,1368	0,7855	1,2389	64	0,18
ORL - Otorrinolaringología	207	3,40	1,0971	4,24	-0,83	4,19	2,58	1,3162	0,6101	0,9898	169	0,47
PED - Pediatría	620	2,34	0,6713	4,97	-2,63	2,68	3,10	0,7557	0,6236	0,5396	-470	-1,31
PSQ - Psiquiatría	453	10,61	1,0666	8,41	2,20	8,81	10,91	0,9725	1,2969	1,0471	-136	-0,38
RDT - Oncología Radioterápica	4	15,25	2,2078	7,24	8,01	8,46	7,20	2,1169	0,9955	1,1688	32	0,11
TRA - Traumatología Cir. Ortopédica	1.033	4,57	1,9796	5,88	-1,31	4,45	5,21	0,8776	0,8862	0,7569	-658	-1,83
UCP - Unidad de Cuidados Paliativos	114	6,11	1,7195	7,29	-1,18	5,50	7,02	0,8697	0,9631	0,7547	-104	-0,29
URO - Urología	548	5,29	1,1596	5,00	0,29	5,77	4,22	1,2529	0,8438	1,1530	585	1,62
Total general	9.926	5,31	1,4938	6,22	-0,91	6,05	5,39	0,9848	0,8662	0,9719	-814	-2,26

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

Cuadro de Mandos del CMBD de Cirugía ambulatoria

	2013	2012
▪ Peso Medio GRD's cirugía ambulatoria programada.....	0,95	0,96
▪ Codificación de Cirugía Ambulatoria	97,83 %	100,00 %
▪ Procesos de Cirugía Ambulatoria	4.062	3.906
▪ Estancias evitadas.....	8.262	7.833

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

* Cáceres no realizó evaluación

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

Porcentaje de Cumplimiento de los objetivos de Calidad del SES

2013: 83,60%

2012: 83,60%

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: 43 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 41 actuaciones

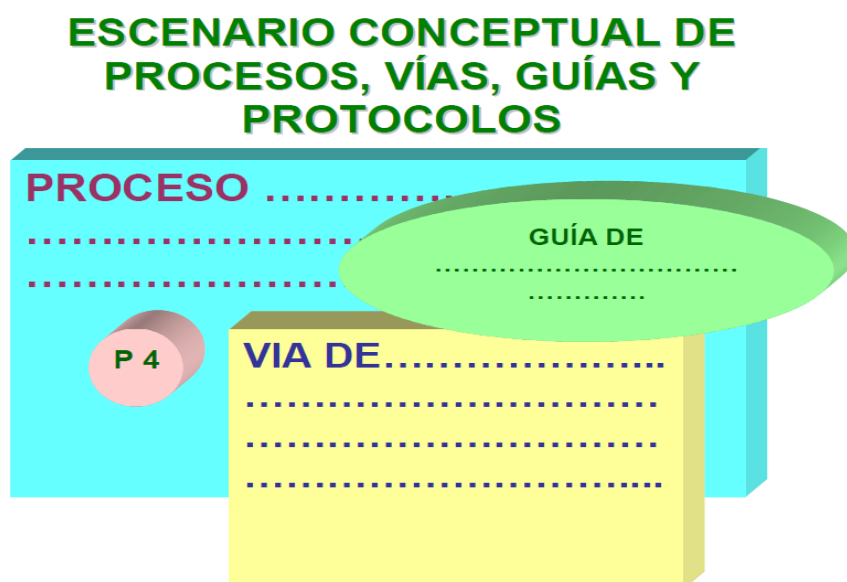
Impulso de Actividades y su Difusión: 29 actuaciones

Colaboración con la Comisión De Dirección: 3 actuaciones

9.3.- Gestión de procesos

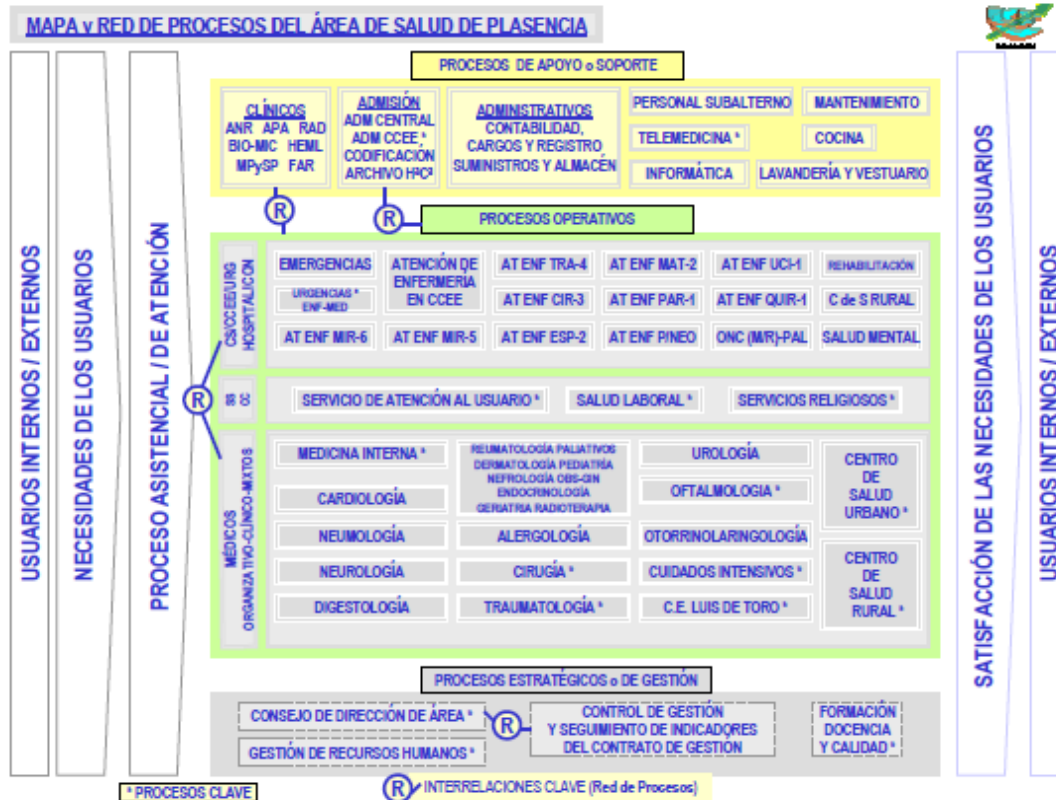
Actualización de los Conceptos Generales y la Justificación de la Gestión por Procesos (GPP)

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



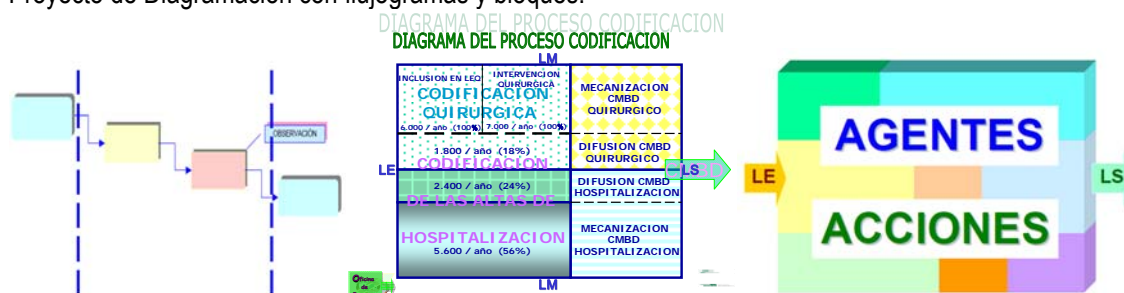
Desarrollo de las competencias de La Oficina de Procesos. Asesoramiento y apoyo en la elaboración de la estructura de los procesos: conceptualización, documentación, elementos, sistemática, indicadores, equipos, responsables y mejora continua.

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 entre procesos).

Proyecto de Diagramación con flujogramas y bloques.



Diseño De Procesos: 26 Procesos Elaborados, 3 Procesos en fase de Desarrollo y 4 Procesos en fase de Diseño.

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

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

ELEMENTOS DEL PROCESO MEDICINA INTERNA

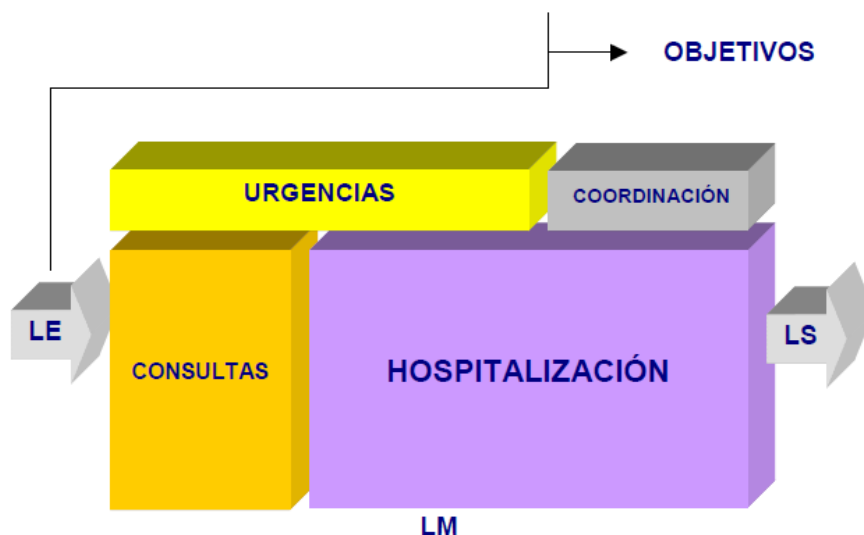


DIAGRAMA DE BLOQUE

LE (Límite de Entrada): Pacientes y actuaciones; LS (Límite de salida): Resoluciones y resultados; LM (Límite 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	2012	2011	2010
INDICADORES DE RECURSOS			
Facultativos Especialistas de Área (FEA)	8,16	9,11	10,5
Enfermeros y Auxiliares de Clínica	1,00	1,00	1,4
INDICADORES DE ACTIVIDAD			
Ingresos / Ingresos:FEA	1.510 / 185	1.596 / 175	1.709 / 163
Consultas Nuevas / C. Nuevas:FEA	520 / 64	614 / 67	442 / 42
Urgencias / Urgencias:FEA	42 / 5	48 / 5	28 / 3
INDICADORES DE CALIDAD			
CIENTIFICO-TÉCNICA			
Vía de			
Guías de la SEMI			
Protocolo de			
RELACIONAL			
Satisfacción Pacientes (de 0 a 100)	81,1		73,7
Satisfacción Trabajadores (de 0 a 10) ²⁰¹⁰⁻¹¹		5,88	5,88
EFICIENCIA			
Coste del Servicio / Coste:FEA	4.653.479 / 570.279	4.931.905 / 541.373	5.204.783 / 525.736
Peso GRD's hospitalización / Coste GRD	1,95 / 5.635	1,92 / 5.549	2,08 / 6.011
Estancia Media	6,66	6,46	6,37
Relación Consultas Sucesivas / Nuevas	2,13	1,91	2,62
Rendimiento de Hospitalización: en UCH's / en €	2.944 / 8.508.160	3.064 / 8.854.960	3.555 / 10.273.950

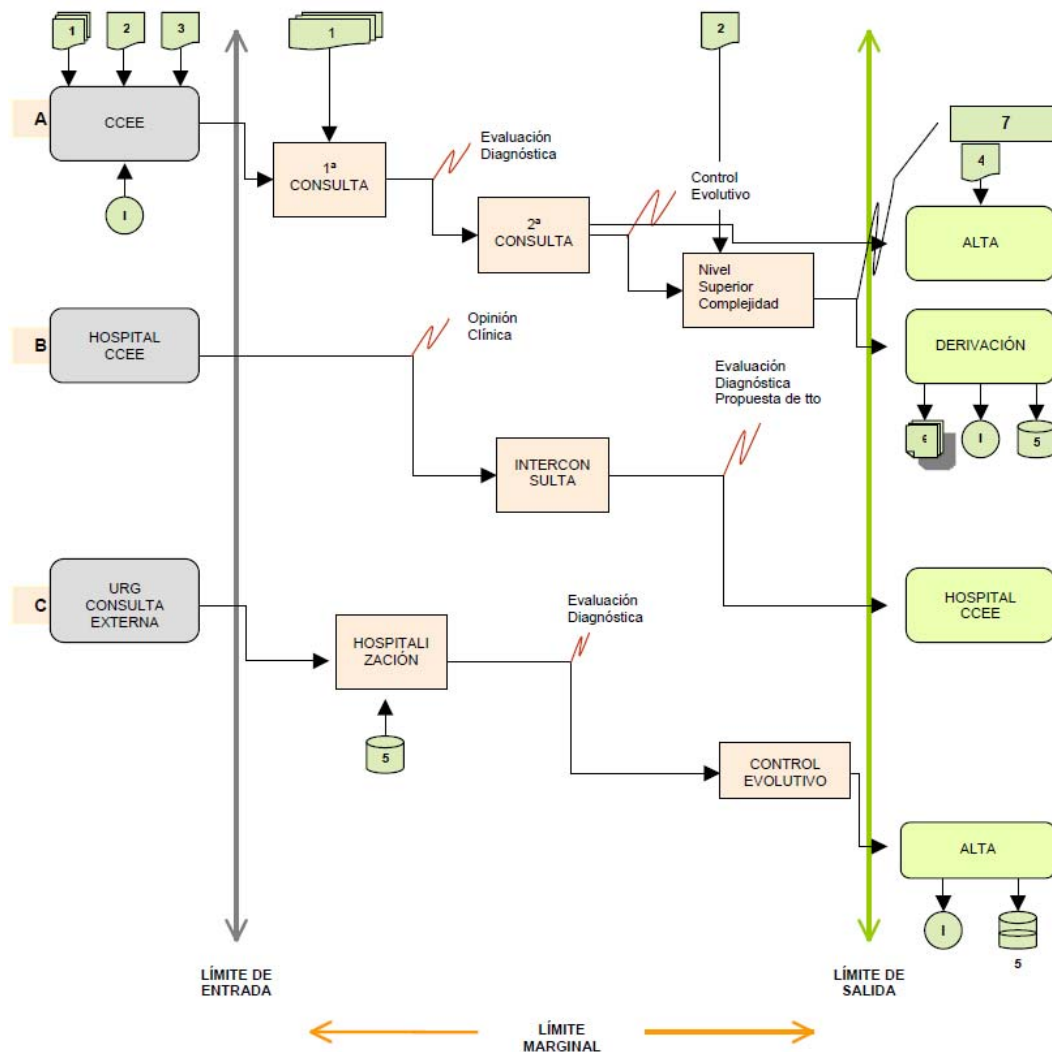
Rendimiento Hospitalización = UCH's x Tarifa UCH. Coste GRD = Peso GRD's x Tarifa UCH.
UCH's (Ingresos x Peso): nº de Unidades de Complejidad Hospitalaria generadas en hospitalización. Tarifa UCH del H. Virgen del Puerto 2.890€.



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

APROBADO POR LA OFICINA DE PROCESOS: 17/05/2013

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: Hospitalización.

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. 25 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.

INFORME DE SITUACIÓN

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE PLASENCIA

José Miguel García Arraus	Medicina preventiva
Alberto Pérez García	FEA del Servicio de Cirugía
Gabriel Martín Clemente	Coordinador de Calidad
Y otros profesionales del Área que asisten a reuniones de forma intermitente	

• OTROS PROFESIONALES IMPLICADOS Y COLABORADORES EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Además de los profesionales miembros del Comité de seguridad del paciente del Área, la Unidad de Calidad tienen identificado a otros profesionales del Área que estén implicados, plantean e intervienen en actuaciones de seguridad del paciente.

- Antonio Villafaína Barroso, Farmacéutico de Área. Atención Primaria.

• ACTUACIONES EN MATERIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE LLEVADAS A CABO ULTIMAMENTE

Elaborado directamente por la Unidad de Calidad: UC; el resto: coordinado por la Unidad de Calidad

- Análisis de los Resultados de la Encuesta de Satisfacción con el Trabajo o Calidad de Vida Laboral. (UC)
- Análisis de satisfacción de pacientes en urgencias y hospitalizados. (UC)
- Resultados y Evaluación del Programa VAFES (Valoración de la Accesibilidad Física a los Entornos Sanitarios) (UC)
- Constitución de varias Comisiones Clínicas del Área: de Seguridad del Paciente, de infección nosocomial, de farmacia hospitalaria, de nutrición y dietética, de garantía de calidad en radiodiagnóstico y en radioterapia. (UC)
- Oficina de Gestión de Riesgos del Área: Evaluación y Rediseño (Integración de todas las actuaciones en Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos) (UC)
- Plan Integrado de Gestión de Riesgos Clínicos del Área 7: Evaluación y Rediseño (UC)
- Desarrollo del Programa de Higiene de Manos (UC)
- Detección de complicaciones quirúrgicas (UC)
- Control de infecciones nosocomiales: EPINE
- Errores de medicación
- Identificación y protección de pacientes vulnerables.
- Evaluación del Plan de Abordaje para la Mejora de la Atención al Parto (Modelo de Mejora para la Humanización del Parto) (UC)
- Formación: medicación, seguridad del paciente, higiene de manos
- ENEAS (2ª parte): análisis de historias clínicas
- Detección de sobremedicación y envenenamientos por uso terapéutico que provocan Hospitalización: Análisis Multicéntrico en las 8 áreas del SES (N = 2.800) (UC)
- Adaptación del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria al Área de Salud (UC)
- Evaluación de los Riesgos Laborales
- Evaluación de los Riesgos Estructurales (UC)

Programa de Seguridad del Paciente
Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales (SES)

A.- RIESGOS CLÍNICOS

Diseño de la Planificación de Seguridad del Paciente 2013-2017 (Unidad de Calidad)

ANÁLISIS DE SITUACIÓN (DAFO)

Debilidades

Insuficiente

- Cultura de seguridad
- Liderazgo e implicación
- Recursos humanos
- Conocimiento de la epidemiología de los efectos adversos

Amenazas

- Asistencia sometida a discontinuidad de cuidados
- Complejidad de la tecnología

Fortalezas

- Planes de cuidados
- Modelo de Calidad
- Políticas de seguridad (Identificación del paciente, Protocolización, Indicadores de Seguridad, encuestas de satisfacción)

Oportunidades

- Globalización de la seguridad
- Planificación en seguridad

ESTRUCTURA DISPONIBLE ACTUALMENTE

Oficina de Gestión de Riesgos (Unidad de Calidad)

Comisión de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente

Observatorio de Seguridad del Paciente del Área

- Presidente de la Comisión
- Secretario de la Comisión
- Farmacéutico de Área
- Coordinador de Calidad

ACTUACIONES

Fomentar la Participación

- Continuidad de los profesionales implicados

Sistemas de Información Sanitaria

- Registros (Reclamaciones, Sistema de Notificación, CMBD, Infecciones Nosocomiales, Farmacovigilancia...)

Programas de Seguridad

- Identificación Inequívoca de Paciente (Pulseras, Neonatos,...)
- Seguridad Quirúrgica
- Uso Seguro de Medicamentos
- Barreras Arquitectónicas Contención Mecánica y Caídas
- Úlceras por Presión
- Riesgo Infeccioso y Riesgo Trombótico, asociados a la asistencia
- Errores en la Conexión de Catéteres y Otras Vías
- Continuidad Asistencial
- Higiene de Manos

DIFUSIÓN (Plan de Comunicación para cada programa)

BALANCE ANUAL

Actuaciones actuales

- Identificación inequívoca de pacientes
- Higiene de las manos en los centros sanitarios
- Apoyo al paciente polimedcado
- Notificación de eventos adversos
- Prevención de caídas en los centros sanitarios
- Prevención de úlceras por presión
- Prevención de la infección ligada a la asistencia sanitaria

Áreas clave en seguridad del paciente

- oo Barreras arquitectónicas, señalización y seguridad estructural.
- oo Identificación inequívoca de pacientes.
- oo Comunicación.
- oo Uso seguro de medicamentos.
- oo Infección asociada a la asistencia sanitaria.
- oo Transfusiones y hemoderivados.
- oo Seguridad en la práctica quirúrgica.
- oo Riesgo de caídas y accidentes.
- oo Úlceras por presión.
- oo Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar.
- oo Contención mecánica.
- oo Seguridad en salud mental.
- oo Desnutrición y deshidratación.
- oo Extubaciones no planificadas.
- oo Continuidad asistencial.
- oo Valoración de pacientes con traumatismo en situación de urgencia.
- oo Prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías.
- oo Mejora de la seguridad en la atención al embarazo, el parto y el puerperio.
- oo Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear.
- oo Rehabilitación y Fisioterapia.
- oo Alergia asociada al látex.

Participación en la estrategia regional: MAYO: MES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROGRAMA PRELIMINAR

mayo 2013

mes de la seguridad del **PACIENTE**




Consejería de
Salud y Política Social

GOBIERNO DE EXTREMADURA

MES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2013: ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA
(Unidad de Calidad)

Tipo de Actividad	Título	Fecha de celebración	Lugar de celebración	Dirigido a
Colocación de Cartel en hospital y CCEE y envío del mismo a CS	Salvar la vida está en tus manos Cartel Plantas de Hospitalización Centro de Especialidades (CCEE) Centros de Salud (CS)	30 de abril a 3 de mayo	Área de salud	Todos los trabajadores del área de salud
Comunicación Personalizada mediante Envío de Carta	Salvar la vida está en tus manos Carta Presentación Cinco momentos Plantas de Hospitalización Centro de Especialidades Centros de Salud	30 de abril a 3 de mayo	Área de salud	Facultativos Supervisores
Comunicación Personalizada mediante Envío de Carta de la Evaluación	Comprobación de la instalación de dispensadores de PBA en AE y del suministro de unidades de bolsillo en AP Comprobación del consumo de litros de PBA	6 de mayo a 10 de mayo	Área de salud	- Hospital - Centro de Especialidades - Centros de Salud
Reunión Comisión de Gestión de Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente Tipo mesa redonda	- PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2013-2017 - PROGRAMAS DE SEGURIDAD Pacientes Estructuras Trabajadores	22 mayo	Hospital Virgen del Puerto Reunión Abierta en el Salón de Actos 13 a 15 horas	Todos los trabajadores del área de salud
Comunicación Personalizada mediante Envío de Carta	Prevención de Caídas Úlceras por presión Manipulación de Vías Cateterismo Gases Situaciones de riesgo en las plantas de hospitalización y en los locales de pruebas diagnóstico-terapéuticas Riesgos en el suministro de la medicación Identificación de pacientes vulnerables Identificación inequívoca del paciente mediante pulsera	6 de mayo a 10 de mayo	Hospital Virgen del Puerto	Supervisores y personal sanitario no facultativo
Comunicación Personalizada mediante Envío de Carta del Estudio	Riesgo de desgarro perineal en ausencia de episiotomía en el año 2012	30-31 mayo	Hospital Virgen del Puerto	Obstetras y matronas

Jornada de Trabajo sobre Mantenimiento y mejora	Programa de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente	20 mayo	Hospital Virgen del Puerto Sala de reuniones de 12 a 14 horas	Supervisores
Comunicación Personalizada mediante Envío de Carta	Manejo de la LVSQ	27 a 31 de mayo	Hospital Virgen del Puerto	Facultativos Quirúrgicos y personal sanitario del Bloque Quirúrgico
 <p>Plan ESTRATÉGICO de seguridad de pacientes del Servicio Extremeño de Salud</p>				

B.- RIESGOS ESTRUCTURALES

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

C.- RIESGOS DEL PERSONAL

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA LABORAL 2012-2013 (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.

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: 22 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: 17 actuaciones

Apoyo Logístico y Metodológico: 20 actuaciones

Impulso De Actividades y Su Difusión: 16 actuaciones

Actividades Formativas: 12 actuaciones y 14 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 2012

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.

9.- FORMACIÓN E INVESTIGACION

A. CURSOS.

- Aspectos prácticos del bienestar animal en mataderos de aves. 10 Horas. 15 y 16 de Abril. Dirigido a Veterinarios.
- Aspectos prácticos del bienestar animal en mataderos de animales de abasto. 20 Horas. 17, 18, 19 y 22 de Abril. Dirigido a Veterinarios.
- Contención del paciente con agitación psicomotriz. 10 Horas. 17 de Mayo. Dirigido a Enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería preferentemente de salud mental.
- Actuaciones y recursos para el manejo de las enfermedades raras en Extremadura. 15 horas. 22 y 29 de Mayo. Dirigido a Médicos, Pediatras, Facultativos de Laboratorio, Farmacéuticos, Psicólogos Clínicos y Enfermeras.
- Cuidados específicos del recién nacido sano y patológico. 25 horas. Del 27 al 31 de Mayo. Dirigido a Enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- Terapia ocupacional para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de alteraciones de conducta (UDAC). 20 Horas. Del 10 al 14 de Junio. Dirigido a Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- Abordaje Integral de trastornos conductuales en pacientes con alzheimer y otras demencias. 20 horas. Del 17 al 20 de Junio. Dirigido a Enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- Entrenamiento en habilidades sociales. 20 horas. Del 21 al 24 de Octubre. Dirigido a Enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería
- Actualización en educación para la salud. 15 horas. 24 y 25 de Octubre. Profesionales sanitarios y trabajadores sociales.
- Soporte vital avanzado (Programa ESVAP) de SEMFYC (CERCP). 45 horas. 28 de Octubre al 17 de Noviembre (no presencial) y 18, 19 y 20 de Noviembre (presencial). Médicos y Enfermeras que pueden estar en contacto con pacientes críticos.
- Prevención del burnout y de la fatiga por compasión. 10 horas. 20 y 27 de Noviembre. Médicos, Psicólogos y Enfermeras cuyo trabajo implica la ayuda a otros.
- El nuevo Plan de Salud 2.013 – 2.020. 5 horas. 10 de Diciembre. Profesionales sanitarios del ámbito asistencial y otros profesionales con responsabilidades directivas del ámbito de la gestión y administración.
- Taller de actualización en cefaleas. 30 de Octubre de 2.013.
- La incapacidad temporal en pacientes con trastornos mentales. 4 de Diciembre de 2.013. 10 Horas.
- 2º Congreso Nacional de Enfermería “Un paso hacia delante”. Del 17 al 19 de Abril. 18 Horas. 554 Asistentes.

B. SESIONES CLÍNICAS:

Servicio	Fecha
Traumatología	11 de Enero
Neurología	18 de Enero
Hematología	25 de Enero
Unidad del Dolor	1 de Febrero
Cardiología	8 de Febrero
Microbiología	15 de Febrero
Oncología Médica	22 de Febrero
Endocrinología	1 de Marzo
Pediatría	8 de Marzo
Digestivo	15 de Marzo
Caso cerrado MI	22 de Marzo
Radiología	29 de Marzo
Neumología	5 de Abril
UCI	19 de Abril
Alergología	26 de Abril
Geriatría	3 de Mayo
Ginecología	10 de Mayo
Dermatología	17 de Mayo
Cardiología	24 de Mayo
Microbiología	31 de Mayo
Oncología Médica	7 de Junio
Endocrinología	14 de Junio
Pediatría	21 de Junio
Digestivo	28 de Junio
Caso cerrado MI	

C. OFERTA EN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN PARA LOS MÉDICOS RESIDENTES AFyC EN 2013-2014:

CURSOS

1. I JORNADAS NACIONALES RESIDENTES SEMERGEN
2. Curso "AMF, Actualización en Medicina de Familia" (SEMFYC)
3. IV Curso Actualización en Hepatitis Víricas para médicos de Atención Primaria (13,14 y 15 Mayo 2013). 14 horas lectivas.
4. I Jornadas Nacionales de Diabetes SEMERGEN (14 y 15 Junio 2013)
5. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP)
6. Curso sobre búsqueda bibliográfica y lectura crítica (Marzo 2013)
7. I Encuentro Médico de la Atención Primaria de Extremadura
8. Jornadas de juventud y violencia de género (Noviembre 2013)
9. Curso de formación en el dolor para enfermería ("Consell Catalá de la formació continuada de les professions sanitàries- Comisión de formación continuada del SNS)
10. Curso de Urgencias Cardiológicas (Mayo 2013) COMECA
11. III JORNADA DE RESIDENTES DE MFyC – SEMERGEN EXTREMADURA
12. Jornada "Extremadura sin gluten" (ACEX)

POSTERS NACIONALES:

- Abordaje del paciente inmigrante (II Jornada de residentes de MFyC-SEMERGEN Extremadura)
- Colesteatoma: una afección seria del oído (II Jornada de residentes de MFyC-SEMERGEN Extremadura)
- ¿Todo lo que brilla es oro? (35º Congreso Nacional SEMERGEN)
- Sombras le avisaron.... (35º Congreso Nacional SEMERGEN)
- Dolor episódico (35º Congreso Nacional SEMERGEN)
- Colección subfrénica : a propósito de un caso (35º Congreso Nacional SEMERGEN)
- Dilema Shakespeareano: ¿Mantoux o no Mantoux? (35º Congreso Nacional SEMERGEN)
- Zoster diseminado en paciente oncológico en remisión completa (35º Congreso Nacional SEMERGEN)
- A propósito de una hernia umbilical (35º Congreso Nacional SEMERGEN)
- Memorias de un lactante: "la cinofobia y yo" (35º Congreso Nacional SEMERGEN)
- Una cantera productiva (35º Congreso Nacional SEMERGEN)
- A propósito de la Automedicación (III Jornada residentes SEMERGEN- Extremadura)
- Ictus migrañoso (III Jornada residentes SEMERGEN- Extremadura)
- Dorsalgia evolucionada. Mal de Pott (III Jornada residentes SEMERGEN- Extremadura)
- Enteritis por C. Difficile en anciano (III Jornada residentes SEMERGEN- Extremadura)
- Doble afectación pulmonar aguda (III Jornada residentes SEMERGEN- Extremadura)
- Hematoma pared abdominal (III Jornada residentes SEMERGEN- Extremadura)
- Intoxicación por calcio antagonistas (III Jornada residentes SEMERGEN- Extremadura)
- Dolor episódico (III Jornada residentes SEMERGEN- Extremadura)
- Comunicación sobre Síncope y alteración electrocardiográfica (XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)
- Matricectomía lateral química con fenol 88% (35º Congreso Nacional SEMERGEN)

POSTERS INTERNACIONALES:

- Atrial Fibrillation. Risk factors, profiles and characteristics análisis of a 3rd División Hospital (12th European Congress of Internal Medicine which was held in Prague, Czech Republic) ; 2-5 October, 2013
- II Jornada de Actualización en Donación de órganos y Tejidos para Médicos y Enfermería de los servicios de Urgencias y Emergencias (Abril 2013).
- Curso de Incapacidad Temporal en pacientes con trastornos mentales (SES)
- Curso Actualización Neumología (Mayo 2013). COMECA
- Curso Actualización Menopausia: Tratamientos durante la menopausia ; Programa FAM . Formación continuada de las formaciones sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)
- Encuentro con el experto: Nuevos fármacos en el tratamiento de DM2: Inhibidores SGLT2 (Jornadas Nacionales Diabetes SEMERGEN)
- Taller: Determinación e interpretación del índice-tobillo (Jornadas Nacionales Diabetes SEMERGEN)
- Motivación para el Autocuidado de Enfermedades Cardiovasculares. RedEbersalud
- Programa formativo en riesgo cardiovascular (Comisión de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid . SNS.)
- Curso de Capacitación práctica en investigación clínica: curso básico (Comisión de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid . SNS)
- Curso On – line de formación médica continuada : Exploración biomecánica del tobillo y el pie (Comisión de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid . SNS.)
- Actualizaciones clínicas en Osteoporosis (Comisión de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid . SNS.)
- Certificado de comunicación oral de proyecto de investigación ; Título: Optimización del tratamiento de la Fibrilación Auricular (IV Jornada de residentes de MFyC – SEMERGEN Extremadura)
- Residente Miembro del Comité científico en IV Jornada de residentes de MFyC – SEMERGEN Extremadura
- Curso-taller Manejo vía aérea . COMECA
- Actualización en Oncología para Atención Primaria. COMECA
- Actividad formativa de Salud sexual en Atención Primaria (SEMERGEN)
- Actividad formativa en tratamiento de depresión en comorbilidad con otras enfermedades mentales y físicas;
- Curso de Reumatología ; Imagen en Reumatología Imagen en Reumatología; Ecografía en AR, signos precoces de inflamación articular ; AR rápidamente progresiva ; Medidas de evaluación en EA; A.psoriásica; Manifestaciones extraarticulares en espondiloartropatías; (Comisión de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid . SNS.)
- Valoración del riesgo cardiovascular en patología autoinmune (Comisión de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid . SNS.)
- Valoración clínica de anticuerpos en las enfermedades autoinmunes (Comisión de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid . SNS.)
- Programa formación Neumoprácticas; Elsevier.
- Herramientas de diagnóstico y evaluación del dolor ; Entesopatías; Dolor lumbar; Neuropatías por atrapamiento (Comisión de formación continuada SNS)
- Reunión Internacional sobre intervencionismo percutáneo en cardiopatía estructural y congénita . EBAC.

- 2º Premio “Laboratorios VIR” modalidad de comunicación de Caso Clínico en la III Jornada de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria SEMERGEN Extremadura; Título: A propósito de la automedicación...
- Curso de “Polimedicación y salud: Estrategias para el abordaje integral de los pacientes polimedicados” organizado por el Laboratorio de prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud y Fundesalud
- I Encuentro Médico de la Atención Primaria de Extremadura (SEMFYC/SEMERGEN/SEMG)

CURSOS PARA RESIDENTES:

Cursos	Obligatoriedad	Fechas	Asistentes	Nº Horas
Introducción a la Incapacidad Laboral en la consulta de Atención Primaria		03-abr	11	3
La Historia clínica en Urgencias R1	R1	11-jun	11	1,5
Curso Básico de Urgencias para Residentes (M) R1 R2 R3 R4	R1 Y R2			
Neurología I parte		12-jun	18	1,5
Ginecología-Obstetri		13-jun	12	1,5
ORL		14-jun	10	1,5
Traumatología I parte		17-jun	18	1,5
Urología		18-jun	14	1,5
Pediatría I parte		19-jun	15	1,5
Pediatría II parte		20-jun	16	1,5
Cardiología I parte		24-jun	20	1,5
Paciente Terminal		25-jun	18	1,5
Cardiología II parte		26-jun	18	1,5
Reumatología		27-jun	20	1,5
Respiratorio/Dolor Abdominal. Dg diferencial		28-jun	13	1,5
Digestivo I parte		01-jul	15	1,5
Dolor Abdominal. Dg diferencial/Respiratorio		02-jul	18	1,5
Neurología II parte		03-jul	22	1,5
Endocrino		04-jul	22	1,5
Digestivo II parte		05-jul	18	1,5
Oftalmología		08/07; 15/07	13	1,5
Neurología (Martín)		09/07; 16/07	9	1,5
Traumatología II parte		25-jul	20	1,5
Atención inicial al paciente politraumatizado (T) R1 R2 R3 R4	R1 y R2	de 10 a 13/06		20



10. DATOS ECONÓMICOS

10.1.- Gastos (2013)

Atención especializada y atención primaria

Capítulo I	Gastos de personal	72.373.242,04
Capítulo II	Gastos corrientes en bienes y servicios	28.296.984,58
Total atención especializada y atención primaria		100.670.226,62

Programa de formación

Capítulo I	Gastos de personal	1.749.220,71
Total programa de formación		1.749.220,71
Total presupuesto capítulos I, II.		102.419.447,33

10.2.- Ingresos. Facturación y Cargos (2013)

Ingresos

Cargos a terceros	671.951
Ingresos por canon de cafetería	24.475
Otros ingresos	8.898
Total ingresos	705.324

Facturación y Cargos a Terceros

Facturado

Accidentes de tráfico	193.740
Entidades privadas, compañía seguro libre, particulares,	437.988
Accidentes laborales	133.990
Total facturado.....	765.718

Ingresado

Total cobrado.....	671.951
--------------------	---------

