

**Servicio de Salud de Castilla la Mancha**

**METODOLOGÍA DE MEJORA Y EVALUACIÓN  
DEL PLAN DE CALIDAD DEL SESCAM 2003**

# Índice

Introducción.

- a) Objetivos de Calidad Institucionales.
- b) Objetivos de Calidad de Atención Primaria.
- c) Objetivos de Calidad de Atención Especializada.
- d) Objetivos de Calidad de la Atención Sanitaria de Urgencias y Emergencias.
- e) Objetivos de Calidad comunes. Continuidad de Cuidados.

Anexos.

Referencias bibliográficas.

## Introducción

En el Decreto 1/2002 sobre la estructura orgánica y funciones del Sescam se establece que es competencia de la Gerencia del Sescam el establecimiento de políticas encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de Castilla la Mancha. Por su parte, el Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010 obliga a alcanzar un modelo integrado de resolución de los problemas de salud, dirigido a conseguir la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias con niveles de excelencia. El Objetivo 7.6.6 de este Plan señala que se deben conocer los niveles de calidad alcanzados en los centros y servicios sanitarios que configuran el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, así como el nivel de satisfacción de los usuarios.

El Plan de Calidad Total del INSALUD<sup>1</sup> concretó las prioridades institucionales al establecer las líneas estratégicas que debían seguir todos los centros de la organización, que siguen siendo válidas:

- Promocionar la importancia estratégica de la calidad en el desarrollo de los fines del Servicio de Salud.
- Crear una cultura de cambio en la organización.
- Orientar los servicios hacia el ciudadano.
- Impulsar las medidas encaminadas a la mejora de procesos y prevención de errores.
- Desarrollar la formación del personal en calidad.
- Evaluar el grado de consecución de objetivos.

Transcurrido casi un año desde las transferencias sanitarias, el Sescam se ha marcado como objetivo el mejorar progresivamente la atención sanitaria prestada, alcanzando un grado de excelencia que sitúe a esta organización entre las mejores de España y la Unión Europea. El nuevo marco de gestión descentralizado permite acercar la asistencia a las necesidades de los ciudadanos<sup>2</sup>. La mayor proximidad al usuario debe permitir que sus demandas y preferencias sean más importantes en el diseño de los servicios asistenciales<sup>3,4</sup>.

El Plan de Calidad de un Servicio de Salud establece medidas para aumentar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, desarrollando una asistencia efectiva, eficiente, segura, y basada en la mejor evidencia científica disponible<sup>5</sup>. A lo largo de la etapa INSALUD, se desarrolló un Plan de Calidad siguiendo una serie de prioridades institucionales. El Plan de Calidad del Sescam 2003 mantiene todavía la estructura básica de dicho Plan, aunque incorpora algunas novedades significativas, como la integración de los programas de calidad Atención Primaria y Atención Especializada en un Plan de Calidad conjunto. Otros objetivos de calidad son compromisos adquiridos por el Sescam o por la Consejería de Sanidad, plasmados en el Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010, o en el Contrato de Gestión del Sescam.

El Plan de Calidad del Sescam es un Plan anual de objetivos de calidad, articulado en el Contrato de Gestión. Existen aspectos en los que se pueden lograr mejoras, como son: conseguir la participación multidisciplinaria en la mejora de la calidad por parte de los profesionales de la organización, mejorar la gestión de los procesos en las diferentes áreas, adaptar los procesos a las necesidades y expectativas de los pacientes, y lograr que las actividades desarrolladas se basen en la mejor evidencia científica disponible y sean eficientes.

El Plan de Calidad del año 2003 comienza varios objetivos institucionales, que se plantean a nivel de Servicios Centrales. El Plan continua con los objetivos de calidad de Atención Primaria, y con los de Atención Especializada. En este último caso, los estándares de la organización reflejan el nivel de calidad alcanzado en estos años en una serie de objetivos comunes para todos los hospitales. Posteriormente, en la parte de objetivos comunes, se mantienen varios de ellos correspondientes a años anteriores, para los cuales aun existe un margen de mejora, a la vez que se incorporan nuevos objetivos, derivados de las líneas estratégicas y del concepto de calidad total<sup>6,7,8</sup>. A continuación, se incluye la monitorización de una serie de indicadores, que está siendo útil para detectar problemas de calidad. El Plan de Calidad del 2003 modifica poco los indicadores de años anteriores. Los hospitales deben continuar con el desarrollo de su propio Plan de Calidad, que, además de las líneas generales, tenga en cuenta también sus características y necesidades específicas. La siguiente parte del Plan de Calidad contempla algunos objetivos de calidad de Atención de Urgencias y Emergencias. La parte final del Plan incluye objetivos de mejora comunes a todos los niveles asistenciales, asegurando de esta forma la continuidad de cuidados. Todos estos aspectos configuran el Plan de Calidad del Sescam 2003, teniendo en cuenta los elementos esenciales de la gestión de la calidad total: liderazgo, mejora continua<sup>9</sup>, adhesión de los profesionales, circulación de la información, mejora de procesos, costes económicos<sup>10,11</sup>, y satisfacción del paciente<sup>12,13</sup>.

El Plan de Calidad 2003 debe ser evaluado antes del 15 de septiembre de 2003, para poder disponer de los resultados en la negociación del Contrato de Gestión del año siguiente. La metodología de evaluación será similar a la aplicada este año, si bien se incluirán algunas mejoras. En este documento no se expone dicha metodología, pero se enumeran los indicadores que se utilizarán para medir los objetivos de calidad.

A lo largo del año 2003 se diseñará un nuevo Plan de Calidad Asistencial a implantar a partir del 2004. Se trata de una excelente oportunidad de diseñar un Plan de Calidad Asistencial moderno y práctico, asumido como propio por los profesionales y los ciudadanos de la Región. Para ello, se contará con la participación de los profesionales implicados, los responsables del Sescam y los usuarios. Todo el proceso debe coordinarse con otros Servicios de Salud de las CC.AA., para incorporar las novedades positivas que se desarrollen en otros lugares<sup>14</sup>. Asimismo, habrá que tener en cuenta el desarrollo de la nueva Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>15</sup>, que podrá tener repercusiones en los Sistemas de Salud de las CC.AA.<sup>16,17,18</sup>.

Este documento tiene por base el Plan de Calidad del Sescam 2003. Sobre él, en cada objetivo se introducen dos nuevos apartados:

- **METODOLOGÍA DE MEJORA** Consiste en experiencias, estrategias y herramientas que permiten obtener mejoras en el área de interés.
- **METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.** Basándose en la metodología de evaluación de años anteriores, se incluye una nueva metodología más precisa que permite una mejor comparación de resultados entre centros.
  - Los **Criterios** de evaluación de la calidad son los disponibles en la literatura científica actual y los que se utilizan en los centros y servicios sanitarios que conforman el SESCAM.
  - Los **indicadores.** Se modifica en parte su diseño.
  - Los **Estándares:** en función de los datos aportados por la realidad asistencial (nuestros resultados, resultados en otras CCAA, experiencias quizás internacionales). En ocasiones es posible establecer un estándar debido a la variabilidad de fuentes consultadas o más frecuentemente por ausencia de datos de referencia.

En el apartado de Metodología de Mejora, a veces se proponen acciones e indicadores para evaluar dichas acciones. Estos nuevos indicadores se mantienen en este apartado (Mejora), para diferenciarlos de los indicadores recogidos en el apartado de Metodología de Evaluación. En este último caso, su medición es obligatoria (indicadores incluidos en el Contrato de Gestión).

## **a) Objetivos de Calidad Institucionales**

OBJETIVO I1. Elaborar y poner a disposición de los ciudadanos la Carta de Servicios del Sescam.

OBJETIVO I2. Divulgar a los ciudadanos algunos aspectos del Plan de Calidad del Sescam a través de un portal en Internet (Objetivo del Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 2002).

OBJETIVO I3. Lograr que los centros concertados dispongan de un Plan de Calidad (Objetivo del Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 2002).

OBJETIVO I4. Diseñar un nuevo Plan de Calidad de Asistencia Sanitaria 2004- con la participación de directivos, expertos, profesionales y ciudadanos.

OBJETIVO I5. Participar en proyectos de evaluación y mejora de la calidad asistencial a nivel nacional.

## **Objetivos de Calidad Institucionales.**

La mejora continua de la calidad debe involucrar a toda la organización, atravesando los distintos niveles organizativos. Algunos objetivos de calidad son competencia de los Servicios Centrales del Sescam.

### OBJETIVO I1. Elaborar y poner a disposición de los ciudadanos la Carta de Servicios del Sescam.

La Carta de Servicios es un documento que informa a los ciudadanos sobre los servicios que tiene encomendada una determinada institución o área administrativa, y acerca de los compromisos de calidad en su prestación y los derechos de los ciudadanos en relación a estos servicios. Su elaboración se ha regulado a nivel nacional mediante Real Decreto<sup>19</sup>, y a nivel regional, se recoge en el Decreto 30/1999 de 30 de marzo y en el objetivo 34 del Plan Funciona<sup>20</sup>.

### OBJETIVO I2. Divulgar a los ciudadanos algunos aspectos del Plan de Calidad del Sescam a través de un portal de Internet (Objetivo del Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 2002).

La sociedad actual demanda cada vez más información, para poder tomar decisiones fundamentadas<sup>21</sup>. Por ello, el Sescam pretende divulgar la información que se considere pertinente acerca del Plan de Calidad. Para ello, se dispone de una página web alojada en la página de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. La divulgación de información sobre la calidad de los servicios asistenciales presenta dificultades técnicas y conceptuales que hay que tener en cuenta, y se debe ser muy cuidadoso para evitar originar confusión y problemas añadidos<sup>22</sup>.

Diversas entidades e instituciones están avanzando en la divulgación de información médica con el objeto de lograr la participación de los pacientes en el proceso asistencial. Así, por ejemplo, la Colaboración Cochrane presenta resúmenes de las revisiones sistemáticas para pacientes. Algunas revistas científicas, como JAMA<sup>23</sup>, también preparan resúmenes para pacientes.

### OBJETIVO I3. Lograr que los centros concertados dispongan de un Plan de Calidad (Objetivo del Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 2002)

Una parte importante de la atención sanitaria en la región es prestada por centros sanitarios privados concertados. La atención prestada en estos centros debe de ser de calidad, y el Sescam está obligado a comprobar que es así.

### OBJETIVO I4. Diseñar un nuevo Plan de Calidad con la participación de directivos, expertos, profesionales y pacientes.

A lo largo del año 2003 se diseñará un nuevo Plan de Calidad de Atención Sanitaria para el Sescam. Se deberá elegir algún modelo de gestión de la calidad, que probablemente será el de la EFQM por ser el más actual y aceptado en estos momentos, y ser compatible y complementario a otras normas de calidad y programas de acreditación<sup>24,25,26</sup>. No se trata de introducir un Plan totalmente nuevo, sino de mantener aquellas experiencias positivas previas, y coordinarse con las experiencias y los avances que se produzcan en otras Comunidades Autónomas<sup>27,28</sup> y a nivel internacional<sup>29</sup>. Durante el año 2002, en la mayoría del antiguo territorio INSALUD, se ha mantenido al menos parcialmente el Plan de Calidad de Atención Especializada. Ha sido un punto de referencia importante, que seguirá siendo la base del Plan de Calidad 2003, y del que se aprovechará lo que se considere oportuno entre todos para los próximos años.

En el proceso de diseño del nuevo Plan de Calidad 2004 deberán participar todos los agentes implicados: directivos, profesionales, expertos, responsables de calidad y pacientes. Estos últimos suelen ser los menos consultados a la hora de establecer el diseño de los servicios de salud. Es necesario articular algún sistema de participación de los usuarios, que influya realmente en el diseño del Plan de Calidad.

#### OBJETIVO I5. Participar en proyectos de evaluación y mejora de la calidad asistencial a nivel nacional.

El Sescam debe competir en calidad con el resto de Servicios de Salud de nuestro país. Por ello, es importante participar en aquellas iniciativas que permitan comparar resultados, con el objetivo de aprender de las buenas prácticas de los demás y divulgar las nuestras.

Una de las iniciativas de mayor interés en este sentido es el Proyecto Top 20 de lasist. Pretende aportar una metodología de evaluación en base a datos objetivos y disponibles de forma rutinaria (CMBD), ofrecer una comparativa de los hospitales en España por niveles estructurales, para identificar áreas de mejora en funcionamiento, calidad asistencial y eficiencia<sup>30</sup>. Además, trata de reconocer a los hospitales que muestran los mejores resultados. El programa Top 20, sin embargo, tiene limitaciones metodológicas que hay que tener en cuenta<sup>31</sup>.

## b) Objetivos de Calidad de Atención Primaria

### b.1) Objetivos obligatorios

OBJETIVO AP1. Lograr el liderazgo en calidad asistencial por parte del Equipo Directivo del Área.

OBJETIVO AP2. Designar un responsable/coordinador de calidad asistencial del Área.

OBJETIVO AP3. Conocer la situación de partida en la mejora de calidad en el Área.

OBJETIVO AP4. Crear o mantener la Comisión de Calidad del Área.

OBJETIVO AP5. Creación o mantenimiento de un registro de proyectos de mejora de la calidad.

OBJETIVO AP6. Mejora de la calidad de la Historia Clínica (Objetivo recogido en el Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).

OBJETIVO AP7. Elaborar y actualizar guías farmacoterapéuticas. (Objetivo recogido en el Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).

OBJETIVO AP8. Introducir guías de práctica clínica. (Objetivo recogido en el Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).

OBJETIVO AP9. *Población:*

Pacientes que sufren caída durante el ingreso y/o presentan riesgo de lesión.

*Metodología:*

- Elaboración de registro que permita la monitorización de caídas, consecuencias, y motivo.

<i>INDICADORES</i>	<b>HOSPITAL</b>
<b>Nº de caídas declaradas al año</b>	
<b>Nº de unidades que declaran</b>	
<b>% Pacientes ilesos post-caída</b>	
<b>% Pacientes identificados previamente de riesgo</b>	

<b>% Pacientes con protección previa</b>	
<b>% Pacientes con protección posterior</b>	

*Dimensión: Riesgo, efectividad*

- Evaluación de Cuidados de Enfermería a pacientes con riesgo de lesión”

**Propósito:**

El riesgo de traumatismo está relacionado con la alteración del estado cognitivo (Déficit de memoria, Deterioro de la interpretación del entorno) y dependencia parcial o total relacionadas con Intolerancia a la actividad o Alteración de la movilidad física.

La evaluación irá dirigida a conocer si se han establecido las acciones necesarias de prevención y/o protección a pacientes identificados de riesgo.

**Criterios**

*Valor*

Consta en H <sup>a</sup> de enfermería si/no riesgo de traumatismo	2
Registradas las medidas preventivas	1
El paciente/familia conoce las causas del riesgo	1
La familia demuestra habilidades en las medidas preventivas	2
Los dispositivos de ayuda están al alcance del paciente	1
La habitación está libre de obstáculos	1

**\*La suma de los criterios es 8, el nivel de cumplimiento será sustancialmente adecuado si la suma es = 6 o > 6 (75%).**

**Indicador:**

- Pacientes con riesgo de lesión, con cuidados de enfermería según protocolo

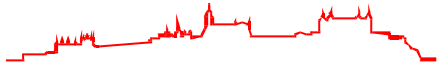
**Dimensión: Efectividad**

*Fórmula del indicador:*

$$\frac{\text{Nº de pacientes con cuidados de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº Total de pacientes con riesgo de lesión}}$$

Periodo de estudio: Un día cada trimestre (4 evaluaciones al año) Resultado $\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 =$ Nivel alcanzado
--

**\*Se adjunta Hoja de Registro, para analizar con el Grupo**



COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

## REGISTRO DE ACCIDENTES/CAÍDAS

Etiqueta de identificación o en su defecto:	
Nombre	
1º Apellido	
2º Apellido	
Sexo	Fecha de nacimiento

1.- ESTADO DEL PACIENTE ANTES DEL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/> 1.0 Orientado	<input type="checkbox"/> 1.3 Obnubilado
<input type="checkbox"/> 1.1 Desorientado	<input type="checkbox"/> 1.4 Inconsciente
<input type="checkbox"/> 1.2 Agitado	<input type="checkbox"/> 1.5 Postoperatorio inmediato
2.- MEDICADO CON:	
<input type="checkbox"/> 2.0 Analgésicos, especificar _____	<input type="checkbox"/> 2.3 Antihipertensivos
<input type="checkbox"/> 2.1 Antidepresivos, Hipnóticos o Sedantes	<input type="checkbox"/> 2.4 Vasodilatadores
<input type="checkbox"/> 2.2 Antihistamínicos	<input type="checkbox"/> 2.5 Otros: _____
3.- IDENTIFICADO COMO PACIENTE DE RIESGO	
<input type="checkbox"/> 3.0 Si	<input type="checkbox"/> 3.1 No
4.- MEDIDAS PREVIAS DE SEGURIDAD	
<input type="checkbox"/> 4.0 Educación sanitaria	<input type="checkbox"/> 4.2 Sujeción del paciente
<input type="checkbox"/> 4.1 Barandillas	<input type="checkbox"/> 4.3 Otras: _____
5.- NIVEL DE DEPENDENCIA	
<input type="checkbox"/> 5.0 Independiente	<input type="checkbox"/> 5.2 Dependencia total
<input type="checkbox"/> 5.1 Dependencia parcial	
6.- LUGAR DEL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/> 6.0 En la habitación	<input type="checkbox"/> 6.5 Levantándose de silla/sillón
<input type="checkbox"/> 6.1 En el aseo	<input type="checkbox"/> 6.6 Deambulando
<input type="checkbox"/> 6.2 En el pasillo	<input type="checkbox"/> 6.7 Traslado
<input type="checkbox"/> 6.3 Desde la cama durante reposo/sueño	<input type="checkbox"/> 6.8 <b>Hora de la caída:</b> _____
<input type="checkbox"/> 6.4 Levantándose de la cama	
7.- MOTIVO DE LA CAÍDA	
<input type="checkbox"/> 7.0 Iluminación insuficiente	<input type="checkbox"/> 7.3 Tropieza con mobiliario
<input type="checkbox"/> 7.1 Suelo húmedo o encerado	<input type="checkbox"/> 7.4 Mareo/pérdida de conciencia
<input type="checkbox"/> 7.2 Calzado no adecuado	<input type="checkbox"/> 7.5 Otra causa, especificar: _____
8.- CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE/CAÍDA	
<input type="checkbox"/> 8.0 Ileso	<input type="checkbox"/> 8.4 Heridas
<input type="checkbox"/> 8.1 Contusiones	<input type="checkbox"/> 8.5 Pérdida de conciencia
<input type="checkbox"/> 8.2 Fracturas	<input type="checkbox"/> 8.6 Otras: _____
<input type="checkbox"/> 8.3 Hematomas	
9.- LESIONES EN:	
<input type="checkbox"/> 9.0 Cabeza	<input type="checkbox"/> 9.3 Espalda
<input type="checkbox"/> 9.1 Cara	<input type="checkbox"/> 9.4 Miembro superior
<input type="checkbox"/> 9.2 Pecho	<input type="checkbox"/> 9.5 Miembro inferior
10.- DESPUÉS DEL ACCIDENTE:	
<input type="checkbox"/> 10.0 Educación sanitaria	<input type="checkbox"/> 10.3 Se informa al médico
<input type="checkbox"/> 10.1 Barandillas	<input type="checkbox"/> 10.4 Se avisa a la familia
<input type="checkbox"/> 10.2 Sujeción del paciente	
UNIDAD <input type="text"/>	Enfermera que notifica el accidente _____
FECHA <input type="text"/>	Firma _____

**\*Cumplimente este registro si se produce una caída y entreguelo a su Supervisora de Unidad ó Supervisora de guardia.**  
 Dirección de Enfermería. Unidad de Calidad Asistencial

OBJETIVO AP10. Todos los centros de salud dispondrán de un documento que describa la oferta de servicios del centro (objetivo del CG Consejería de Sanidad-Sescam 2002/2003).

OBJETIVO AP11. Implantar el programa de recepción y tramitación de quejas/reclamaciones y sugerencias/felicitaciones de los usuarios.

OBJETIVO AP12. Elaborar el Informe Anual de Calidad del Área.

## b.2) Objetivos opcionales

OBJETIVO AP13. Elaborar un procedimiento de validación de proyectos.

## **Objetivos de calidad de Atención Primaria.**

El Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010 establece como objetivo 7.6.6 la instauración de un sistema de garantía de calidad para Atención Primaria antes del año 2005<sup>32</sup>. Asimismo, el objetivo 7.2.5. obliga a elevar la calidad de los servicios de Atención Primaria para conseguir la excelencia clínica y la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos.

La cartera de servicios ha sido una herramienta útil para la planificación sanitaria, como herramienta de gestión y de evaluación de la calidad<sup>33</sup>. Sin embargo, como herramienta de mejora de la calidad, la cartera de servicios presenta limitaciones metodológicas y conceptuales. En estos momentos se está replanteando la cartera de servicios, de forma que en el Plan de Calidad de 2003, se incluyen objetivos complementarios e independientes a la evaluación de la cartera.

El Plan de Calidad 2003 establece primero una serie de objetivos de obligado cumplimiento en todas las Áreas. La segunda parte recoge objetivos propuestos como opcionales.

### **b.1) Objetivos obligatorios**

#### OBJETIVO AP1. Lograr el liderazgo en calidad asistencial por parte del Equipo Directivo del Área.

Aunque cualquier Equipo de Atención Primaria puede tener iniciativas en la mejora de la calidad, se considera fundamental que exista un compromiso explícito de la Dirección, y que ésta facilite la formación y el apoyo necesario a los profesionales<sup>34,35</sup>.

Los equipos directivos deberán:

- Favorecer la planificación, seguimiento y difusión de las actividades de gestión de la calidad en el Área.
- Potenciar la participación de los profesionales en la implantación y desarrollo de los Ciclos de Mejora de la Calidad.
- Integrar, dentro de las líneas de mejora que se diseñen, los aspectos de calidad científico-técnica o percibida en los que ya se está trabajando.
- Potenciar la formación en conceptos y herramientas de Gestión de la Calidad.
- Impulsar y favorecer el trabajo técnico de las Comisiones de Calidad creadas.
- Elaborar un Informe Anual con las actuaciones llevadas a cabo en el Área.
- Prestar el apoyo necesario a los Responsables de Calidad de Área: apoyo administrativo, tiempo de dedicación, despacho, ordenador, espacio de almacenamiento de documentación, facilidad para desplazamientos a reuniones y congresos, etc.

Indicador AP1.1. ¿En qué grado presta el equipo directivo la formación y apoyo necesario a los profesionales?

**Indicador AP1.2.** ¿Algún miembro del equipo directivo pertenece a la Comisión de Calidad del Área?

OBJETIVO AP2. Designar un responsable/coordinador de calidad asistencial del Área.

Sus funciones serán:

- Apoyar a la Dirección Gerencia en todos los temas relacionados con la calidad asistencial.
- Asesorar metodológicamente a sus compañeros acerca de la mejora continua y la evaluación de la calidad asistencial.
- Participar en la evaluación anual del Plan de Calidad y enviar los resultados al Sescam.
- Ser la persona de referencia en el área de cara al resto de Áreas de Atención Primaria y a la institución.

El Responsable del Área no es el encargado de realizar todos los trabajos de calidad, sino que debe facilitar las actividades de mejora y transmitir la cultura de la calidad a los profesionales y trabajadores.

**Indicador AP2.** ¿Existe un responsable/coordinador de calidad del Área?

OBJETIVO AP3. Conocer la situación de partida en la mejora de calidad en el Área.

Es necesario conocer:

- Objetivos de la Gerencia en mejora de la calidad.
- Perfil de los profesionales del Área.
- Necesidades de formación de calidad.
- Experiencias desarrolladas en mejora de calidad y evaluación.
- Proyectos que se están desarrollando,

Para ello, es recomendable (pero no obligatorio) aplicar una encuesta sobre la situación de la mejora de la calidad en el Área (Anexo 1). Las Áreas pueden conocer su situación de otra forma si lo consideran oportuno.

**Indicador AP3.** ¿Se ha estudiado la situación del Área en la mejora de calidad?

OBJETIVO AP4. Crear y mantener la Comisión de Calidad del Área.

Sus funciones son:

- Fomentar el diseño y desarrollo de los proyectos de mejora de la calidad en el Área.
- Potenciar la participación de los profesionales de los EAP o Gerencia en la mejora de la calidad.
- Establecer un modelo estandarizado y consensuado de presentación de proyectos de mejora
- Establecer un registro de proyectos del área.
- Poner a disposición de los profesionales del área, documentación y bibliografía que sirvan de herramientas de apoyo en el diseño y desarrollo de proyectos de mejora de la calidad, como por ejemplo un procedimiento para la validación de los proyectos.
- Impulsar actividades de formación e investigación.
- Difundir y dar a conocer a los profesionales los proyectos de mejora realizados y sus resultados.

**Indicador AP4.1.** ¿Existe la Comisión de Calidad del Área?

**Indicador AP4.2.** Número de reuniones de la Comisión de Calidad en el 2003.

En el Anexo 2 se propone un modelo de reglamento de funcionamiento interno de una Comisión de Calidad de Área.

Algunos problemas de calidad son susceptibles de ser abordados mediante grupos de mejora continua, que pueden constituirse y trabajar de forma más ágil que las Comisiones<sup>36</sup>.

**OBJETIVO AP5. Creación o mantenimiento de un registro de proyectos de mejora de la calidad.**

Se trata de establecer un sistema de información en el ámbito del Área, como fuente de información para la gestión de proyectos de mejora de calidad, que permita planificar y evaluar periódicamente el desarrollo de los objetivos de calidad y proporcionar información a los profesionales del Área a los órganos de participación y dirección (Comisión de Dirección, Consejo de Gestión, Comisión de Calidad, etc.) y a los Servicios Centrales.

El registro debe contener la siguiente información:

- Título del proyecto.
- Proyecto específico de un EAP o enmarcado en uno más amplio del Área.
- EAP en el que se desarrolla el proyecto o EAPs que participan, en caso de ser un proyecto de Área.
- Documentación mínima de cada proyecto: dimensión de calidad que aborda (científico- técnica, accesibilidad, satisfacción de los usuarios, efectividad, eficiencia), aspecto de mejora (documentación clínica, manejo de enfermedades crónicas, calidad de prescripción, cita telefónica, información al usuario, etc.), breve justificación y principales objetivos.

- Fecha de inicio del proyecto: puede considerarse la fecha en la que se presenta un proyecto para validación.

Situación del proyecto en alguna de estas fases:

Proyecto en curso: Diseño, evaluación inicial realizada, fase de implantación de medidas correctoras, primera reevaluación realizada, mantenimiento del ciclo de mejora, monitorización.

Proyecto interrumpido antes de haber completado un ciclo de mejora (primera reevaluación).

Proyecto finalizado.

- Cronograma previsto para las fases definidas previamente.
- Responsable del proyecto y datos para su localización.

**Indicador AP5.1.** ¿Se ha creado un registro de proyectos de mejora de la calidad?

**Indicador AP5.2.** Número de proyectos de mejora registrados durante el año.

#### OBJETIVO AP6. Mejora de la calidad de la Historia Clínica.

Es un Programa de evaluación externa que será realizado por la inspección del Sescam en colaboración con las Sociedades Científicas Regionales de Atención Primaria (Objetivo recogido en el Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 02).

**Indicador AP6.** Porcentaje de EAP que tiene implantado el modelo de Historia Clínica Normalizada (indicador del Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010).

#### OBJETIVO AP7. Elaborar o adaptar y actualizar guías farmacoterapéuticas. (Objetivo recogido en el Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam).

Las Áreas deberán actualizar las guías farmacoterapéuticas con la periodicidad que consideren necesaria.

**Indicador AP7.** ¿Dispone el Área de Salud de una guía farmacoterapéutica actualizada?

## OBJETIVO AP8. Introducir guías de práctica clínica o protocolos de actuación en algún Centro de Salud del Área.

Las guías de práctica clínica son “Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática con la intención de guiar o asistir a los profesionales y a los pacientes sobre que decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y circunstancias clínicas específicas”. Las guías de práctica clínica (GPC) pueden mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, siempre que estén bien diseñadas y se apliquen en la práctica<sup>37</sup>.

El objetivo consiste en la introducción de GPC en, al menos, un centro de salud, en el que se considere que se den las circunstancias adecuadas. Hay que tener en cuenta que la introducción de una GPC requiere del consenso previo por parte de los profesionales.

Los protocolos asistenciales son un conjunto de normas de actuación clínica de obligado cumplimiento en situaciones o circunstancias clínicas concretas.

## **METODOLOGÍA DE MEJORA**

La elaboración de GPC, aunque sean de elevada calidad, no es suficiente para que se produzca una mejora significativa en los resultados de la asistencia sanitaria.

Las principales barreras para la adopción de GPC tienen relación con los facultativos, con la prestación de servicios y con el contexto organizativo<sup>38</sup>.

- Las barreras relacionadas con los propios clínicos . Una estrategia de implantación puede resultar inefectiva cuando los facultativos conocen la guía, pero no la adoptan porque no creen en las recomendaciones que en ella figuran, entran en conflicto con sus creencias o práctica habitual, piensan que constituyen una interferencia (vulnera la “libertad clínica”) o que está diseñada para reducir costes y no para aumentar la calidad.
- Las barreras relacionadas con las GPC y la prestación de servicios. Incluyen la existencia de GPC no utilizables por su complejidad y/o extensión, guías disponibles en formatos poco “amigables”, guías no aplicables a nivel local (no adaptadas a las condiciones locales de práctica), guías que recomiendan el uso de recursos no disponibles , o que no consideran el contexto social de la prestación de la atención (pacientes, colegas y autoridades sanitarias).
- Las barreras relativas al contexto organizativo incluyen aspectos como la disponibilidad de recursos, el clima laboral, la cultura de trabajo, la percepción de aumento de carga de trabajo por el uso de la GPC, sospechas de inferencias políticas en la práctica médica, etc.
- Los problemas de estructura de diversa índole: falta de tiempo y recursos, déficits de formación e información, no adaptación del conocimiento externo a las características locales de la práctica, inexistencia de directrices políticas

transparentes. En definitiva, la ausencia de introducción de elementos motivadores del cambio, parecen estar en el origen de las barreras al desarrollo de las GPC.

Comentar las estrategias de introducción de GPC.

## **METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN**

**Indicador AP8.1** Número de Guías de Práctica Clínica introducidas en el Área.

**Indicador AP8.2** Porcentaje de EAP que tienen implantados protocolos de actuación para los procesos más prevalentes (indicador recogido en el Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010).

OBJETIVO AP9. Plan de acogida al nuevo trabajador.

La incorporación de un trabajador a un centro es un momento clave en la vida laboral. Para el nuevo trabajador, supone un momento de gran tensión. Para beneficio de los trabajadores y la institución, es conveniente que se establezcan claramente las actividades de acogida. Estas actividades pueden consistir en un acto de bienvenida, una charla en la que se oriente a los recién incorporados acerca de las características del centro y del área, de la cultura de la organización, sistema retributivo, normas, etc. También es importante ofrecer información práctica, como accesos, documentación interna, etc. Es recomendable elaborar una guía con la información por escrito.

**Indicador AP9.1** ¿Existe en el Área un Plan de acogida al nuevo trabajador?

**Indicador AP9.2.** Porcentaje de nuevos trabajadores a los que se les aplicó el Plan de Acogida al nuevo trabajador.

OBJETIVO AP 10. Todos los centros de salud dispondrán de un documento que describa la oferta de servicios del centro (objetivo del CG Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).

El documento debe describir los servicios, horarios, programas, actuaciones, estándares de demora máxima, forma de solicitud, reclamaciones, información complementaria, teléfono de atención al cliente, y teléfono de la Dirección.

**Indicador AP10.** Porcentaje de centros de salud que disponen de un documento describiendo la oferta de servicios del centro.

OBJETIVO AP11. Implantar el programa de recepción y tramitación de quejas/reclamaciones y sugerencias/felicitaciones de los usuarios.

**Indicador AP11.1.** Porcentaje de EAP que tiene implantado el Programa de recepción y tramitación de quejas/reclamaciones de los usuarios (Indicador del Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010).

**Indicador AP11.2.** Porcentaje de EAP que tiene implantado el Programa de recepción y tramitación de sugerencias/felicitaciones de los usuarios.

OBJETIVO AP12. Elaborar el Informe Anual de Calidad del Área .

En el Informe se recogerán los proyectos de mejora en marcha, sus resultados, etc. Dicho informe se podrá integrar en la Memoria anual del Área.

**Indicador AP12.** ¿Se ha elaborado el informe Anual de Calidad del Área del año 2002?

## **b.2) Objetivos opcionales**

OBJETIVO AP13. Elaborar un procedimiento de validación de proyectos.

La intención del objetivo es desarrollar un circuito y un procedimiento para respaldar las iniciativas de mejora, en cuanto a su adecuación respecto a los objetivos de mejora del Área, así como a su idoneidad metodológica. Este apoyo deberá garantizarse por parte de la Gerencia/ Responsable de calidad del Área/ Comisión de calidad, paralelamente al impulso de las iniciativas de los EAPs.

El procedimiento de validación será desarrollado, preferentemente, por la Comisión de Calidad y propuesto al Consejo de Gestión del Área. El procedimiento debe contemplar:

- Circuitos, responsables, tiempos, documentación requerida.
- En cuanto a los contenidos, la validación deberá abordar aspectos como:
  - Oportunidad y relevancia de la propuesta: para el EAP, para el Área, para la institución en general.

- Idoneidad del diseño: Definición y caracterización del problema criterios e indicadores establecidos, diseño del estudio cronograma previsto.
- Factibilidad del proyecto y "oportunidades de éxito", amenazas y dificultades.
- Recomendaciones para mejorar la viabilidad del proyecto, si es necesario y posible.

Como ejemplo, un problema frecuente en el diseño de nuevos proyectos, especialmente cuando se trata de la primera experiencia, es la validez y fiabilidad de los criterios e indicadores, que obligan en ocasiones a modificarlos después de la evaluación inicial, con lo que la segunda evaluación no puede compararse con la primera. Para evitar este problema, o al menos paliarlo, una buena medida es hacer una pequeña prueba piloto en la fase de diseño, que permita testar los criterios e indicadores y mejorarlos antes de utilizarlos en la evaluación.

Los proyectos de mejora de la calidad deben abordar un problema u oportunidad de mejora concreto, siguiendo el esquema<sup>39</sup>:

- Definición del problema.
- Dimensión estudiada (preferiblemente, científico-técnica).
- Formulación de criterios, indicadores y estándares<sup>40</sup>.
- Diseño del estudio de evaluación.
- Análisis de resultados y propuesta de mejoras.
- Informe final con recomendaciones, cronograma y reevaluación prevista.

<b>Indicador AP13.1.</b> ¿Se dispone de un procedimiento de validación de proyectos?
--

<b>Indicador AP13.2.</b> Número de proyectos de Mejora Validados
--

## **c) Objetivos de Calidad de Atención Especializada**

### **C1. Estándares de la Organización**

#### *Estándares de calidad percibida y derechos de los pacientes*

ESTÁNDAR AE1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación y parto.

ESTÁNDAR AE2. El hospital dispone de un plan de acogida a los pacientes.

ESTÁNDAR AE3. El hospital facilita el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.

ESTÁNDAR AE4. El hospital gestiona correctamente las reclamaciones de los pacientes y familiares.

ESTÁNDAR AE5. El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.

#### *Estándares de calidad científico-técnica*

ESTÁNDAR AE6. El hospital tiene un sistema de vigilancia y control de la infección nosocomial.

ESTÁNDAR AE7. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

ESTÁNDAR AE8. Se realiza correctamente el proceso de donación y transplante de órganos.

#### *Estándares de liderazgo y cultura de la calidad*

ESTÁNDAR AE9. Liderazgo de la Dirección Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

### **C2. Programa de mejora de la calidad común a todos los hospitales**

#### **C.2.1. Objetivos obligatorios**

##### *Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes*

OBJETIVO GENERAL AE1. Mejorar la información a pacientes y familiares.

*OBJETIVO OPERATIVO AE1.1. Conseguir que todos los Servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un Plan de Información.*

*OBJETIVO OPERATIVO AE1.2. Elaborar un documento que describa la oferta de servicios del centro. Guía del Usuario. (Objetivo del CG Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).*

OBJETIVO GENERAL AE2. Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

*OBJETIVO OPERATIVO AE2.1. Utilizar alguna encuesta de satisfacción en los hospitales. (Objetivo del Plan de Salud de Castilla la Mancha 2004).*

#### *Objetivos de calidad científico-técnica*

OBJETIVO GENERAL AE3. Mejorar la calidad y la eficiencia de procesos.

*OBJETIVO OPERATIVO AE3.1. Implantar guías de práctica clínica.*

*OBJETIVO OPERATIVO AE3.2. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.*

*OBJETIVO OPERATIVO AE3.3. Aumentar la implantación y la evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos.*

*OBJETIVO OPERATIVO AE3.4. Implantar protocolos en los servicios no asistenciales.*

OBJETIVO GENERAL AE4. Utilización de alta tecnología en base a la evidencia científica disponible.

*OBJETIVO OPERATIVO AE4.1. Mejorar la utilización de RNM y TAC de acuerdo a protocolo.*

OBJETIVO GENERAL AE5. Reducir los sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria.

*OBJETIVO OPERATIVO AE5.1. Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados.*

*OBJETIVO OPERATIVO AE5.2. Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos.*

OBJETIVO GENERAL AE6. Mejorar la calidad de la prescripción farmacéutica.

*OBJETIVO OPERATIVO AE6.1. Disponer de una Guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel (y soporte electrónico allí donde sea posible), con difusión y actualización periódica. (Objetivo del CG Consejería-Sescam 02-03).*

*OBJETIVO OPERATIVO AE6.2. Disponer de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos, para su utilización en el momento de la prescripción, tanto al ingreso como al alta hospitalaria.*

#### *Objetivos de gestión clínica*

OBJETIVO GENERAL AE7. Mejorar la gestión clínica.

*OBJETIVO OPERATIVO AE7. Implantación y evaluación de las guías de gestión del INSALUD.*

OBJETIVO GENERAL AE8. Mejorar los sistemas de información.

*OBJETIVO OPERATIVO AE8.1 Disponer de informe de alta el mismo día del alta del paciente*

*OBJETIVO OPERATIVO AE8.2. Mejorar la calidad del informe de alta.*

*OBJETIVO OPERATIVO AE8.3. Desarrollar un modelo de historia clínica normalizada y en soporte electrónico. (Objetivo incluido en el Plan de Salud 2001-2010).*

OBJETIVO GENERAL AE9. Divulgar la experiencia del Plan de Calidad del hospital.

*OBJETIVO OPERATIVO AE9.1. Realizar la Memoria del Plan de Calidad del hospital.*

*OBJETIVO OPERATIVO AE9.2. Divulgar las experiencias de calidad en congresos, revistas científicas, etc.*

OBJETIVO GENERAL AE10. Aumentar la participación de los profesionales en el Plan de Calidad.

*OBJETIVO OPERATIVO AE10. Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas y los grupos de mejora. (Objetivo del CG Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).*

OBJETIVO GENERAL AE11. Mejorar el funcionamiento de la Unidad de Calidad del hospital.

*OBJETIVO OPERATIVO AE11. Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la Unidad de Calidad, bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue.*

#### *Objetivos de satisfacción del cliente interno*

OBJETIVO GENERAL AE12. Potenciar la formación continuada del personal sanitario. (Objetivo del CG Consejería de Sanidad Sescam 03).

*OBJETIVO OPERATIVO AE12. Aumentar el número de profesionales sanitarios formados en calidad asistencial.*

OBJETIVO GENERAL AE13. Reducir el tabaquismo en el personal sanitario.

*OBJETIVO OPERATIVO AE13. Mejorar la implantación de las medidas sobre normas de uso del tabaco.*

OBJETIVO GENERAL AE14. Mejorar la incorporación de nuevos trabajadores.

*OBJETIVO OPERATIVO AE14. Desarrollar un programa de acogida al nuevo trabajador (Objetivo del CG Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).*

OBJETIVO GENERAL AE15. Mejorar la comunicación interna en la organización.

*OBJETIVO OPERATIVO AE15. Establecer un plan de comunicación interno. (Objetivo de la Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).*

#### *Objetivos socio-sanitarios*

OBJETIVO GENERAL AE16. Detectar los pacientes con riesgo social al ingreso

*OBJETIVO OPERATIVO AE16. Implantar un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.*

*OBJETIVO OPERATIVO AE17. Colaborar con ONGs en proyectos nacionales e internacionales.*

### **C.2.2. Objetivos opcionales**

*OBJETIVO OPERATIVO AE 18. El hospital tiene un sistema de Alerta para la detección de pacientes portadores de gérmenes resistentes.*

*OBJETIVO 19. Desarrollar un sistema de vigilancia y control de la contaminación microbiológica del medio ambiente hospitalario.*

### **C3. Monitorización de indicadores**

*Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD y otras bases de datos*

- Mortalidad potencialmente evitable.
- Tasa de mortalidad neonatal.
- Tasa de mortalidad perioperatoria específica por proceso.
- Altas y estancias potencialmente ambulatorias.
- Tasa de cesáreas.
- Reingresos urgentes de la misma categoría diagnóstica mayor (CDM).
- Estancias prequirúrgicas.
- Ingresos tras cirugía mayor ambulatoria.

*Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos en los hospitales.*

- Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.
- Sistema de vigilancia de las úlceras por presión.
- Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.
- Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.
- Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.
- Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.
- Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).
- Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.
- Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.
- Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas.
- Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.
- Porcentaje de pacientes ASA I a quienes se realiza radiografía de tórax en el estudio preoperatorio sin estar indicado.
- Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias.
- Calidad de investigación y docencia. Número de sesiones generales del hospital.

### **C4. Plan de Calidad del Hospital.**

## **Objetivos de Calidad de Atención Especializada.**

El Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010 recoge el compromiso de instaurar un sistema de garantía de Calidad para Atención Especializada antes del año 2006. Se cuenta con una importante experiencia previa en la etapa del INSALUD que va a ser aprovechada. Por ello, el Programa de Calidad de Atención Especializada del Sescam para el año 2003 sigue siendo aproximadamente el del INSALUD, si bien se realizan algunos cambios, introduciendo algunos objetivos y eliminando otros.

### **C1. Estándares de calidad para el conjunto de los hospitales**

El Plan de Calidad del Contrato de Gestión del INSALUD incluyó al lo largo de varios años una serie de objetivos en los que se consiguieron buenos resultados en la mayoría de los hospitales. Por tanto, estos objetivos alcanzados se consideran estándares de calidad que el Sescam quiere mantener.

La medición del cumplimiento de estos estándares se basa en la autoevaluación, que es una de las herramientas más importantes en la mejora de la calidad asistencial<sup>41,42</sup>. Para ello, el hospital aplicará una escala cualitativa, señalando en que nivel se encuentra. Dicha escala se basa en la utilizada por la *Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations* en la evaluación de sus estándares<sup>43</sup>.

### **Estándares de calidad percibida y derechos de los pacientes**

ESTÁNDAR AE1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación y parto.

#### **CRITERIOS:**

- El hospital oferta explícitamente la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante la dilatación y parto.
- El hospital permite la presencia de un acompañante durante todo el proceso de dilatación y parto, si la mujer desea estar acompañada.
- Sólo ante circunstancias clínicas que lo desaconsejen (por ejemplo, parto distócico), o circunstancias arquitectónicas insoslayables, no se permitirá la presencia de un acompañante.
- Las circunstancias clínicas antes aludidas, especialmente las más frecuentes, se han analizado previamente en el servicio entre médicos y matronas y se han establecido criterios fundamentados, explícitos y compartidos.
- Cuando se dan o sobrevienen circunstancias clínicas que desaconsejen la presencia de acompañante, se explica debidamente a la mujer y acompañante los motivos que impiden que esté acompañada y se deja constancia de esta circunstancia en la historia clínica.
- El hospital realiza una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Nivel de cumplimiento

1      2      3      4      5      6

ESTÁNDAR AE 2. El hospital dispone de un plan de acogida a los pacientes.

### CRITERIOS

- El plan de acogida tiene el objetivo de ayudar a los pacientes a conocer la organización en la que van a ser atendidos.
- Es un plan que se ha elaborado con participación multidisciplinar de profesionales y se ha aprobado por el órgano hospitalario correspondiente.
- Establece el servicio/s del hospital que tiene la responsabilidad de llevarlo a cabo.
- Asigna responsabilidades claras a las personas encargadas de llevarlo a cabo.
- Es de aplicación para todos los pacientes que ingresan en el hospital.
- Está documentado.
- Se acompaña de la entrega al paciente de una guía sobre el hospital, con información relevante para el paciente.
- El hospital realiza una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Nivel de cumplimiento

1      2      3      4      5      6

ESTÁNDAR AE3. El hospital facilita el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.

### CRITERIOS

- El hospital facilita que los padres acompañen a sus hijos, salvo problemas estructurales que lo impidan.
- Si existen problemas estructurales que lo impiden parcialmente, el hospital tiene elaborados unos criterios que priorizan las circunstancias para el acompañamiento de uno de los padres (Ej. edad del niño, gravedad, lejanía del domicilio, etc.)
- El hospital ofrece a los padres las máximas comodidades posibles.
- El hospital realiza una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Nivel de cumplimiento

1      2      3      4      5      6

ESTÁNDAR AE4. El hospital gestiona correctamente las reclamaciones de los pacientes y familiares.

Este estándar forma parte del Contrato de Gestión de la Consejería de Sanidad y el Sescam 2002.

### CRITERIOS

- El hospital tiene asignado el servicio responsable de la gestión de las reclamaciones.
- Los pacientes reciben información apropiada acerca de cómo hacer una reclamación<sup>44</sup>.
- El servicio cuenta con un sistema que garantiza que se contestan en un plazo menor de 30 días.

- Existe algún procedimiento por escrito que describa el circuito habitual.
  - Las contestaciones a las reclamaciones son motivadas y se adaptan, como mínimo, a los criterios establecidos en el manual de funciones del Servicio de Atención al Usuario<sup>45</sup>.
- 
- Se evalúan las causas de reclamación más frecuentes. Dicha evaluación se encuentra documentada.
  - Los resultados de esta evaluación se difunden a las personas implicadas y se llevan a cabo las medidas necesarias para mejorar.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Nivel de cumplimiento

1      2      3      4      5      6

### ESTÁNDAR AE5. El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.

En la Ley General de Sanidad<sup>46</sup> y en la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla la Mancha<sup>47</sup> se recoge el derecho de los pacientes a conocer la información disponible sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad. Los facultativos deben ofrecer la información en términos adecuados, comprensibles y suficientes<sup>48,49</sup>. El proceso de la información es fundamentalmente verbal, pero además, ante intervenciones o pruebas diagnósticas de riesgo, el paciente debe leer y firmar un documento de consentimiento informado<sup>50</sup>. Este documento debe contener la información suficiente que permita al paciente participar en la toma de decisiones y otorgar o denegar su consentimiento<sup>51</sup>. Por desgracia, en muchos casos el proceso de consentimiento informado sigue estando limitado a la lectura del documento<sup>52</sup>.

Desde el año 2001, la evaluación de la implantación de documento de consentimiento informado es realizada por la Inspección del INSALUD. Dicha evaluación se realizaba con una metodología consensuada con el Área de Calidad de Atención Especializada del INSALUD. Para el año 2003, la Inspección del Sescam continuará con la evaluación e inspección del consentimiento informado. De todas maneras, dada la gran importancia del objetivo, se mantiene la autoevaluación como estándar. Los hospitales que quieran profundizar más, pueden realizar un estudio más sencillo siguiendo la metodología del muestreo para la aceptación de lotes<sup>53</sup>.

Como novedad, este año se introduce un nuevo criterio, el relativo a la formación para mejorar el trato y comunicación con los pacientes.

### CRITERIOS

- El proceso de la información es fundamentalmente verbal.
- Se realizan actividades de formación para mejorar el trato y comunicación con los pacientes (objetivo del Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 2002)

- Ante intervenciones o pruebas diagnósticas de riesgo, se utiliza un documento de consentimiento informado (DCI).
- El DCI contiene la información suficiente para que el paciente participe en la toma de decisiones.
- Los DCI se han adaptado a las características del hospital, y han sido aprobados por la comisión correspondiente.
- Los DCI están correctamente firmados por médico y paciente, y ambos están identificados.
- Los documentos elaborados por el hospital se adaptan a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad<sup>54,55</sup> o del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de Oviedo<sup>56</sup>.

## METODOLOGÍA DE MEJORA

- **Homogeneizar contenidos.** Por ejemplo, mediante un formato común que podría ser informatizado. En este formato se decide qué apartados deben constar (garantizando de este modo unos mínimos).
- Implicación de los profesionales sanitarios en la elaboración de los documentos de CI. Revisión del contenido, incidiendo en los siguientes aspectos: complejidad estructural y de vocabulario<sup>57</sup>.
- Una variable interesante para medir la calidad y la comprensibilidad de la información es el **grado de legibilidad**. Por ello, resulta imprescindible contar con instrumentos que nos permitan evaluar el grado de legibilidad de estos documentos. En el mundo anglosajón ya existían desde hace tiempo instrumentos de análisis de la legibilidad (*fórmula de Flesch, escala de Fry, índice de Smog, etc.*) Una de las más utilizadas es la fórmula de legibilidad de Flesch. Desde el año 1997, se dispone en castellano de una versión informatizada, que constituye una herramienta más del programa Microsoft Word<sup>58</sup>.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Nivel de cumplimiento

1      2      3      4      5      6

### Estándares de calidad científico-técnica

ESTÁNDAR AE6. El hospital tiene un sistema de vigilancia y control de la infección nosocomial.

Se denomina infección nosocomial a todo proceso infeccioso que ocurre durante la hospitalización, a veces después, y que no estaba presente o incubándose en el momento de la admisión del enfermo<sup>59</sup>. La infección nosocomial es uno de los mayores problemas, en términos de morbilidad y mortalidad, y en coste económico, a los que se enfrentan las instituciones sanitarias. Algunos estudios demostraron que al menos un tercio de las tasas de infección hospitalaria pueden reducirse actuando sobre factores

modificables<sup>60,61</sup>. El sistema de vigilancia y control de la infección nosocomial es un objetivo que estuvo incluido en el Contrato de Gestión de los hospitales del INSALUD desde 1994<sup>62</sup>, que pasó a considerarse estándar en el año 2000. Dada su gran importancia, debe seguir siendo un estándar del Sescam.

El objetivo de años anteriores de diseño y aplicación de protocolos de profilaxis antimicrobiana queda incluido como criterio en este estándar.

#### CRITERIOS

- El hospital tiene implantado un sistema de vigilancia y control de la infección.
- El sistema de vigilancia ha sido diseñado de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende, con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados y de los expertos en infección hospitalaria.
- El sistema adoptado por el hospital se encuentra documentado.
- Están definidos el servicio y personas responsables y se describen las actividades que se deben llevar a cabo.
- Se dispone de protocolos actualizados de actuación (profilaxis antimicrobiana, control de brotes, etc.)
- Se monitorizan los factores de riesgo, las tasas de infección (prevalencia y/o incidencia) y las tendencias.
- Se difunde la información a todos los implicados.
- Se analizan las causas y se implantan las acciones necesarias para mejorar.

#### METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Nivel de cumplimiento

1      2      3      4      5      6

ESTÁNDAR AE7. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

#### CRITERIOS

- Existe un protocolo escrito sobre criterios de sondaje (inicio y retirada) y los cuidados de enfermería del paciente sondado, que ha sido consensuado multidisciplinarmente.
- El protocolo se ha difundido en todas las unidades y a todos los profesionales implicados (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc.)
- El hospital utiliza sistemas de sondaje cerrados, salvo para aquellas circunstancias en que no son precisos y que constan explícitamente en el protocolo.
- El hospital realiza una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas.
- En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

#### METODOLOGÍA DE MEJORA

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON SONDAJE VESICAL PERMANENTE

### Propósito:

Minimizar el riesgo de infección.

### Población:

Pacientes ingresados con sondaje vesical con permanencia prevista de más de 48 horas y sin hematuria intensa.

### Criterios:

Valor

1	Consta en los registros de enfermería la fecha de inserción	2
2	Consta en los registros de enfermería el calibre de la sonda	1
3	Se realiza la higiene de genitales diariamente	2
4	Al realizar la higiene, se gira la sonda en sentido rotatorio	1
5	Mantiene la bolsa por debajo del nivel de la vejiga	1
6	Sabe el paciente/familia que debe permanecer la bolsa por debajo del nivel vesical	1
7	Cuelga la bolsa del soporte adecuado	1
<b>8</b>	<b>Utiliza bolsa de circuito cerrado</b>	<b>3</b>
9	Tiene el tubo inferior de drenaje sujeto en su soporte (ojal)	1
10	Se vacía sistemáticamente c/24 horas y cuando lo precise	1
11	El tubo de drenaje permanece sin retorcer o acodado	1

\*La suma de los criterios es de 15, el nivel de cumplimiento adecuado se establece en =13 o >13 puntos (87%)

### Indicadores:

#### 1.-Pacientes con sondaje vesical de acuerdo al protocolo

Fórmula de los indicadores:

$\frac{\text{Nº de pacientes con cuidados de acuerdo al protocolo del SVP} \times 100}{\text{Nº Total de pacientes con sondaje vesical}}$

Periodo de estudio: Un día cada semestre, en todas las Unidades de hospitalización.

Resultado

$\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 =$

Nº

Nivel alcanzado:

#### 2.- Pacientes con circuito cerrado

$\frac{\text{Nº de pacientes con Circuito Cerrado} \times 100}{\text{Nº Total de pacientes evaluados}}$

Periodo de estudio: Un día cada semestre, en todas las Unidades de hospitalización.

Resultado

$\frac{\text{N}^\circ \quad \quad \quad \times 100 =}{\text{N}^\circ}$ <p>Nivel alcanzado</p>
---

Resultados:

Hospital	Pacientes observados SVP	Cumple protocolo SVP si resultado > 13	Grado de cumplimiento SVP	Grado de cumplimiento C. Cerrado

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Nivel de cumplimiento

1      2      3      4      5      6

ESTÁNDAR AE8. Se realiza correctamente el proceso de donación y transplante de órganos.

<p><b>CRITERIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El hospital tiene implantado el protocolo de la Organización Nacional de Transplantes (ONT) para mejorar el proceso y aumentar la tasa de donaciones.</li> <li>- El hospital realiza una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y la evaluación se encuentra documentada.</li> <li>- Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.</li> <li>- El hospital envía los datos en plazo a la ONT.</li> </ul>
--

## Estándares de liderazgo y cultura de la calidad

## ESTÁNDAR AE9. Liderazgo de la Dirección Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

El gestor sanitario debe ser capaz de liderar la implantación y desarrollo del Plan de Calidad de su organización<sup>63</sup>. Para ello, cuenta con herramientas como la gestión clínica y la medicina basada en la evidencia, que suponen un punto de encuentro con los profesionales sanitarios. Es necesario lograr una mejor cooperación entre directivos, gestores y clínicos<sup>64,65</sup>. Los gestores disponen también de instrumentos como las comisiones clínicas, los grupos de mejora de la calidad, la incentivación, etc. La función de liderazgo es fundamental en los modelos modernos de gestión de calidad<sup>66,67,68</sup>.

### CRITERIOS

- El Director Gerente se implica activa y personalmente en las actividades de mejora de la calidad.
- El Gerente estimula y anima la asunción de responsabilidades (empowerment) de los profesionales en la mejora de la calidad asistencial.
- Cuando se detecta un problema de calidad, el Gerente adopta las medidas necesarias para solucionarlo.
- Convoca de forma sistemática reuniones del Comité de Calidad del hospital<sup>1</sup>.
- Conoce todas aquellas iniciativas de mejora de la calidad que se están llevando a cabo en el hospital.
- Celebra como mínimo una sesión hospitalaria anual para mostrar los objetivos y resultados del Plan de Calidad.
- Acuerda y firma los objetivos de calidad, al igual que el resto de objetivos, con cada uno de los responsables de los servicios del hospital.
- Facilita el personal, tiempo y la formación necesarios para que los profesionales puedan participar en actividades de planificación, evaluación y mejora de la calidad de la asistencia.
- Reconoce los resultados de calidad de los servicios, con variaciones en la distribución de la productividad variable u otros incentivos.
- Ha acordado con el coordinador de calidad el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del hospital<sup>69</sup>.
- Ha acordado con el coordinador un cronograma de reuniones y método de trabajo con los distintos servicios y unidades del hospital.
- El profesional de enfermería responsable de calidad está integrado en la Unidad de Calidad.
- Mantiene de forma periódica reuniones con el Coordinador de Calidad.
- Ha asignado recursos a la Unidad de Calidad: despacho, apoyo administrativo, dirección de correo electrónico, etc.

### METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Nivel de cumplimiento

1      2      3      4      5      6

### METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN (COMÚN A TODOS LOS ESTÁNDARES)

---

<sup>1</sup> Comisión Central de Garantía de Calidad o el comité multidisciplinar que participa en el Plan de Calidad.

La medición del cumplimiento de estos estándares se basa en la autoevaluación, que es una de las herramientas más importantes en la mejora de la calidad asistencial. Para ello, el hospital aplicará una escala cualitativa, señalando en que nivel se encuentra. Dicha escala se basa en la utilizada por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* en la evaluación de sus estándares.

El nivel que se adjudique el hospital en la evaluación final deberá estar basado en argumentos sólidos y mostrarse debidamente documentado. Ambos serán requeridos si el hospital es objeto de una auditoría para verificación de los resultados.

Se adjunta la escala del nivel de cumplimiento. Cada hospital lo debe cumplimentar según su interpretación en función del número de requisitos por cada estándar y del grado de cumplimiento de cada requisito.

Se mantiene la categorización en los niveles tomados de la Joint Commission, aunque habitualmente los resultados se polarizan en 2 o 3 de las categorías. Pero además de aportar una información más desagregada permiten la comparación con años anteriores.

<b>Nivel de cumplimiento<sup>0</sup></b>	
Cumplimiento sustancial. El hospital cumple debidamente con los principales requisitos del estándar.	1
Cumplimiento significativo. El hospital cumple la mayoría de requisitos del estándar.	2
Cumplimiento parcial. El hospital cumple con algunos de los requisitos del estándar.	3
Cumplimiento mínimo. El hospital cumple pocos de los requisitos del estándar.	4
No cumplimiento. El hospital no cumple con los requisitos del estándar.	5
No aplicable. El estándar no es aplicable en el hospital.	6

Los Servicios de Inspección del Sescam evaluarán la implantación del consentimiento informado dentro del Plan Anual de Inspección Sanitaria correspondiente al año 2003.

## **C2. Objetivos de calidad para el conjunto de los hospitales**

### **C.2.1. Objetivos obligatorios**

Esta parte del Plan de Calidad incluye un conjunto de objetivos comunes para todos los hospitales, relacionados con áreas donde aún quedan oportunidades de mejora y otras que se consideran prioridades de la organización.

Estos objetivos son objeto de pacto anual y los resultados obtenidos de los indicadores que se proponen, homogéneos para todos los hospitales, serán valorados en la doble vertiente de consecución del pacto y nivel de calidad alcanzado.

### **Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes**

En el ámbito deben adaptarse herramientas para adecuar cada vez más los servicios ofrecidos a las expectativas y necesidades de los pacientes. Los objetivos de esta sección están relacionados con los derechos y deberes de los pacientes, así como con su participación.

#### **OBJETIVO GENERAL AE1. Mejorar la información a pacientes y familiares.**

*OBJETIVO OPERATIVO AE1.1. Conseguir que el hospital elabore una Guía de Información a pacientes y familiares, y que todos los servicios que precisen informar tengan un Plan de Información de acuerdo a esta Guía.*

Mejorar la información es una de las metas del Plan de Calidad, de acuerdo con la línea estratégica de la Institución de orientar los servicios al ciudadano. La información permite al paciente participar con el médico en la toma de decisiones, adecuar sus expectativas, mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, etc., lo que redundará en una mayor calidad técnica y percibida de la atención sanitaria<sup>71,72,73</sup>.

Cada persona tiene una percepción diferente de su enfermedad y de los posibles tratamientos. Por ello, ante una situación idéntica, pueden elegir alternativas terapéuticas distintas. Los estudios muestran que muchos pacientes tienen claras preferencias respecto a los posibles tratamientos, si bien otros no desean jugar un papel activo en su asistencia<sup>74</sup>. En cualquier caso, hay que brindar la oportunidad al paciente para participar en la toma de decisiones en su proceso (shared decision making<sup>75</sup>)

Los hospitales deben elaborar una Guía con los criterios que se deben seguir en el proceso de información a pacientes y familiares (Guía Hospitalaria sobre la Información a Pacientes y Familiares)<sup>76</sup>. Esta Guía debe incluir todos aquellos aspectos relevantes que contribuyan a mejorar la calidad de la información, como: señalización del servicio,

directorio de facultativos y supervisoras de enfermería, identificación del personal sanitario, designación del facultativo responsable del proceso asistencial del paciente, existencia de lugares y horarios definidos para informar a los familiares, proceso de información al paciente (evolución, pruebas, procedimientos, alta), procedimiento de consentimiento informado cuando sea necesario, material informativo de apoyo, etc.

La Guía debe servir para la elaboración del Plan de Información de los servicios y para orientar ante problemas frecuentes que afectan tanto a los pacientes como a los equipos asistenciales. Es importante que en la elaboración de esta Guía participen, junto con otros profesionales del hospital, miembros del Servicio de Atención al Usuario, del Comité de Ética y Coordinador de Calidad. Una vez elaborada, la Guía debe ser adecuadamente difundida en el hospital. Además, se elaborarán los planes de cada Servicio, teniendo en cuenta sus características y las necesidades del Servicio y de los pacientes. El Plan de Información del Servicio debe plasmarse por escrito, siguiendo el diseño y formato indicado en la Guía Hospitalaria, y debe ser conocido y aceptado por todos los miembros del Servicio.

**Indicador AE1.1.** Porcentaje de servicios que precisan informar, que tienen un plan documentado de información a pacientes y familiares de acuerdo a las líneas de la Guía Hospitalaria sobre la Información a pacientes y familiares.

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº Sº clínicos que tienen un plan documentado para la información de acuerdo a la Guía} \times 100}{\text{Nº total de servicios clínicos que precisan informar a pacientes y familiares}}$$

Para considerar que un Servicio dispone de Plan de Información, este deberá constar por escrito, y se ajustará en líneas generales a la Guía Hospitalaria para la información a pacientes y familiares.

Resultado:

Nº \_\_\_\_\_ x 100 = ..... %  
 Nº \_\_\_\_\_

Pacto en el CG 03 ..... Resultado alcanzado .....

Plan de información	
Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	<50

*OBJETIVO OPERATIVO AE1.2. Elaborar un documento que describa la oferta de servicios del centro: Guía del Usuario. (Objetivo del CG Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).*

Este objetivo sustituye al estándar 3 del año 2001 (el hospital entrega a los pacientes una guía del hospital).

La estructura que se sugiere para este documento es la siguiente:

- Presentación del Director Gerente del SESCAM (hoja encartada)

Índice:

- Bienvenida del Director Gerente del Hospital
- Información general:
  - Emplazamiento
  - Ubicación, dirección, etc.
  - Cartera de servicios que proporciona el hospital
  - Recomendaciones de interés

Ingreso:

- Admisión
- Documentación necesaria para formalizar el ingreso
- Horario
- Servicio de Atención al Usuario

Estancia:

- El personal que le atiende (descripción profesionales)
- Consentimiento informado
- Objetos de uso personal
- Aseo personal
- Medicación
- Comidas
- Tabaco
- Silencio
- TV y teléfono
- Visitas (referencia a menores)

Alta:

- Alta médica
- Alta voluntaria

Donaciones:

- Donación de sangre
- Donación de órganos y tejidos

Servicios de interés:

- Traslado en Ambulancia
- Teléfono público
- Cafetería-Restaurante
- Servicios religiosos
- Servicios Fúnebres-Túmulos
- Biblioteca
- Voluntariado
- Cajero automático

- Peluquería
- Prensa y revistas

Derechos y deberes del usuario (Art. 3, 4 y 4 Ley de Ordenación Sanitaria)

Plano de distribución de Servicios del hospital por plantas y especialidades

<b>Indicador AE1.2.</b> ¿Se ha elaborado el documento de oferta de servicios del centro?
--

OBJETIVO GENERAL AE2. Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

*OBJETIVO OPERATIVO AE2.1. Utilizar alguna encuesta de satisfacción del usuario (Objetivo del Plan de Salud de Castilla la Mancha 2004).*

La calidad percibida constituye uno de los puntales básicos de la mejora continua de la calidad, puesto que en definitiva la asistencia sanitaria gira en torno al paciente, es el centro de atención de la organización sanitaria. Según Deming: “una organización sólo alcanzará el éxito a medio plazo si es capaz de comprender y mejorar continuamente su capacidad de satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus clientes”.<sup>1</sup> Conocer la opinión de los pacientes permite detectar aspectos de la atención susceptibles de ser mejorados y adaptar los servicios de salud a sus necesidades.<sup>77,78,79</sup>

Todos los modelos de gestión de la calidad total actuales están orientados hacia el cliente. Para diseñar un servicio adecuado, es necesario documentar las preferencias y expectativas de los pacientes de la forma más objetiva posible<sup>80,81,82</sup>. 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<sup>83,84</sup>. Estas expectativas van cambiando con el tiempo, y generalmente van aumentando<sup>85</sup>. La relación entre la calidad esperada y la percibida condiciona el grado de satisfacción<sup>86</sup>. La satisfacción es el resultado de la diferencia entre las expectativas (esperanza de conseguir) que poseía el paciente de la asistencia sanitaria y las percepciones de la experiencia una vez recibida. “lo que el paciente esperaba de un servicio y lo que realmente ha recibido”. Es la Teoría de la Desconfirmación (la más dominante en los modelos de satisfacción no sanitarios).<sup>2,3</sup>

El INSALUD desarrolló un proyecto para el diseño de una nueva encuesta de posthospitalización mediante la metodología de los grupos focales en la que participaron profesionales y pacientes de siete hospitales de distintos ámbitos geográficos. Este proyecto dio como resultado una nueva encuesta basada en el Informe del Usuario<sup>87,88</sup>. Por diversos motivos, se retrasó la introducción de la nueva encuesta. Los hospitales del INSALUD han seguido utilizando diversas encuestas como el SERVQHOS<sup>89</sup>. Últimamente se están publicando experiencias en la utilización de encuestas tipo Informe de Usuario<sup>90</sup>.

Los hospitales del Sescam están utilizando distintas encuestas: INSALUD, Servqhos, y otras diseñadas por ellos mismos<sup>91</sup>. El Sescam considera que cada hospital puede utilizar la encuesta que considere oportuna, siempre que esté diseñada y sea aplicada con una metodología correcta. Un objetivo específico del Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010 es implantar un sistema de consulta directa a los usuarios que recoja su grado de satisfacción antes del año 2004.

Las encuestas de satisfacción no son un fin en sí mismas sino que fueron diseñadas con un propósito en concreto: evaluar la situación actual para detectar oportunidades de mejora, y adoptar las medidas necesarias que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria, centrada y orientada hacia el paciente.

## **METODOLOGÍA DE MEJORA**

Las encuestas de satisfacción son el método cuantitativo más extendido en el ámbito sanitario para evaluar la satisfacción del paciente. Sin embargo, se cuestiona si sirven para discriminar los pacientes satisfechos de los insatisfechos. En numerosos estudios la satisfacción global con la asistencia es muy alta y no se corresponde con la existencia de insatisfacción en ciertas áreas más específicas, algo que ocurre a menudo con la información que suministran los profesionales. Para una mayor sensibilidad es preferible combinar preguntas que abarquen tanto aspectos globales como específicos, mediante cuestionarios multidimensionales.

Hall y Dorman en 1988 estudiaron mediante un meta-análisis los componentes de la satisfacción que son recogidos por las encuestas de satisfacción<sup>92</sup>:

- Humanidad en la asistencia (65%)
- Información (50%)
- Calidad global (45%)
- Competencia profesional (43%)
- Burocracia y Administración (28%)
  - Accesibilidad (27%)
  - Costes (18%)
  - Facilidades físicas (16%)
  - Continuidad de cuidados (6%)
  - Resultados (4%)

Al profundizar en los resultados de las encuestas nos encontramos con diversos problemas y dificultades en la medición de un concepto tan complejo como la satisfacción<sup>93,94</sup>.

- Validez externa: las encuestas adaptadas a un servicio específico dificultan la posibilidad de comparación de resultados (validez interna *versus* validez externa).
- Sesgos de selección de la muestra:
  - Tasa elevada de no-respuesta (20-50%): dependiente de la modalidad de administración. ¿Quiénes no responden están más insatisfechos o no existe ninguna diferencia con el resto?
  - Falta de representatividad de la muestra: exclusión de ciertos grupos de pacientes según idioma, raza, nivel cultural, nivel de conciencia,...
- La manifestación de la insatisfacción: los altos índices de satisfacción reflejados por las encuestas deberían orientar los esfuerzos a descubrir causas de insatisfacción que quedan ocultas.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La satisfacción del paciente se puede evaluar de diferentes formas, y la elección de la metodología depende de los objetivos de nuestro estudio (satisfacción, percepciones o estándares de asistencia,...) La metodología más recomendable para explorar la satisfacción de los pacientes es combinar las técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas.

- Cualitativas: grupos focales, sondeos de opinión, círculos de calidad o grupos de mejora; identifican puntos fuertes y áreas de mejora.
- Cuantitativas: La encuesta de satisfacción es el método cuantitativo más extendido en el ámbito sanitario. Otros: hojas de sugerencias, entrevistas,...

Los cuestionarios de satisfacción se han debatido por ser instrumentos sin una metodología robusta, faltos de consistencia interna y sensibilidad. Las innovaciones en este sentido han partido del campo empresarial, con la creación del cuestionario SERVQUAL, cuya adaptación al ámbito hospitalario en España es el cuestionario SERVQHOS<sup>95</sup>, que cuenta con 4 dimensiones:

Calidad del Servicio	Empatía, fiabilidad y capacidad de respuesta
Ética percibida	CI, derechos pacientes, esperas excesivas y riesgos innecesarios.
Relación con el médico	Confianza, información y estancia necesaria.
Tangibilidad	Facilidades físicas y aspecto instalaciones-personal.

El SERVQHOS es la encuesta más ampliamente utilizada por los hospitales del Sescam. Por ello, será la encuesta de elección para realizar estudios comparativos entre centros.

En Suecia, se cuestionó la validez de los estudios sobre satisfacción de los pacientes con los servicios de salud, ensayando otro tipo de instrumentos orientados a determinar las áreas problemáticas susceptibles de mejora, así como las actividades consideradas de buena praxis realizadas durante la hospitalización o consulta. Se introdujeron dos métodos para aproximarse a las preferencias de los pacientes<sup>96,97</sup>: Cuestionario "Quality of care from the patient's perspective" (QPP), desarrollado en el ámbito sanitario por médicos y psicólogos, su mayor ventaja son sus preguntas fácilmente comprensibles y validadas y el Cuestionario "Quality, Satisfaction, Performance" (QSP).

<b>Indicador AE2.1a.</b> ¿Utiliza el hospital algún tipo de encuesta de satisfacción del usuario?
---

Si  
No

Indicador 2.2. ¿Qué encuesta? (describir brevemente)

.....

**Indicador AE2.1b.** ¿Se utilizan los resultados de la encuesta para adoptar medidas de mejora?

*OBJETIVO OPERATIVO 2.2. Aumentar la implantación de la receta en Consultas Externas y al alta hospitalaria (excluyendo las altas del área de Urgencias)*

## **METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN**

**Indicador AE2.2.** Porcentaje de pacientes que han recibido todas las primeras recetas al alta y en consultas externas respecto del total de pacientes que debían recibir primeras recetas.

### *Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº pacientes a los que se les ha facilitado la totalidad de primeras recetas que necesitaban al alta y consultas externas}}{\text{Nº total de pacientes (alta y en consultas externas) que precisaron al menos alguna primera receta}} \times 100$$

Muestreo estratificado en función de si son pacientes al alta o de consultas externas. Por tanto se exige representatividad para ambas categorías.

En cada control de enfermería del hospital (o en algunos que representen todas las áreas) y en las consultas externas, mediante una hoja de registro se recogerá la información necesaria para obtener el indicador en la que constará para cada alta / consulta durante ese día:

1º - ¿Se le ha prescrito algún tratamiento nuevo?

2º - Si es así: ¿Se le han suministrado a paciente la totalidad de primeras recetas correspondientes?

Los datos se recogerán de martes a jueves cada semana, durante el periodo de tiempo necesario para completar el tamaño muestral necesario. Se sugiere utilizar una prevalencia del 50%, alfa=0'05 y error máximo aceptable un 10%.

Resultado:

$$\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$$

Pacto en el CG 02 ..... Resultado alcanzado.....

Plan de información	
Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79

D	50-69
E	<50

El numerador debe estar constituido sólo por aquellos pacientes que recibieron la totalidad de las primeras recetas que se le habían prescrito.

### **Objetivos de calidad científico-técnica**

La Medicina Basada en la Evidencia trata de que la toma de decisiones clínicas e institucionales se fundamente en la mejor información científica disponible<sup>98,99,100</sup>. Su éxito se debe a la constatación de la gran variabilidad de la práctica clínica, no explicable por diferencias en la población, la búsqueda de prácticas seguras y efectivas, y el creciente gasto sanitario<sup>101,102</sup>. Las instituciones responsables de la asistencia sanitaria deben promover que la práctica clínica esté basada en evidencia y los profesionales sanitarios deben considerar como una responsabilidad ética la actualización de sus conocimientos y el consenso con otros profesionales.

La mejora de la calidad de la asistencia conlleva, entre otros aspectos, definir la práctica correcta, aplicarla adaptándola al contexto y evaluar posteriormente su aplicación y resultados. Ello permitiría aumentar la satisfacción de los pacientes, disminución del riesgo de complicaciones, mejora de los resultados clínicos y adecuación del gasto sanitario<sup>103</sup>.

Un proceso comprende una serie de actividades realizadas por diferentes departamentos o servicios de la Institución Sanitaria, que añaden valor y que ofrecen un servicio a su cliente<sup>104, 105</sup>. Este cliente podrá ser tanto un "cliente interno" (otro servicio) como un "cliente externo" (paciente/acompañante)<sup>106</sup>. Muchas veces, un determinado proceso genera un producto que no llega al cliente final, sino a un cliente intermedio, por ejemplo, otro servicio del hospital<sup>107</sup>. Un error en un proceso de este estilo repercute sobre los trabajadores del siguiente Servicio.

La gestión por procesos (*Business Process Management*) es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización.

La gestión de procesos aporta una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes. No hay que olvidar que los procesos lo realizan personas y los productos los reciben personas, y por tanto, hay que tener en cuenta en todo momento las relaciones entre proveedores y clientes<sup>108</sup>.

La gestión de procesos asistenciales consiste en planificar, ejecutar, controlar y mejorar la calidad la atención a los pacientes sometidos a un determinado proceso asistencial<sup>109</sup> (diagnóstico, terapéutico, preventivo o rehabilitador). En los últimos años, el desarrollo de herramientas de gestión de procesos<sup>110</sup>, y especialmente de las vías

clínicas, ha supuesto un avance importante en la protocolización y racionalización de la práctica asistencial<sup>111, 112</sup>.

### OBJETIVO GENERAL AE3. Mejorar la calidad y la eficiencia de procesos.

#### *OBJETIVO OPERATIVO AE3.1. Implantar guías de práctica clínica.*

Las guías de práctica clínica son “Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática con la intención de guiar o asistir a los profesionales y a los pacientes sobre que decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y circunstancias clínicas específicas”. Las guías de práctica clínica (GPCs) pueden mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, siempre que estén bien diseñadas y se apliquen en la práctica.

No son GPC los protocolos asistenciales (conjunto de normas de actuación clínica de obligado cumplimiento en situaciones o circunstancias clínicas concretas) ni las vías clínicas (planes asistenciales que definen y ordenan secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible). La Comunidad de Castilla la Mancha participa en un proyecto (Proyecto Guíasalud) para conocer la implantación y la calidad de las GPCs en nuestro país.

Este objetivo engloba a otros objetivos de años anteriores, como la implantación de GPCs de las Sociedades Científicas, o la elaboración de GPCs en urgencias.

<b>Indicador AE3.1.</b> Número de guías de práctica clínica implantadas en el hospital.
---

#### *OBJETIVO OPERATIVO AE3.2. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.*

Los hospitales deben decidir en que aspecto de los cuidados de enfermería van a mejorar durante el año 2003. Se deberían priorizar cuidados que afecten a un gran número de pacientes, como el protocolo de la preparación prequirúrgica, cuidados de catéteres, etc.

## METODOLOGÍA DE MEJORA

### *CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CATÉTER PERIFÉRICO*

#### *Propósito:*

Minimizar el riesgo de infección

#### *Población:*

Pacientes ingresados que precisan, por tratamiento IV, mantenimiento de catéter periférico con/sin sueroterapia.

Criterios:

1	Registrada la fecha de inserción	2
2	Registrado el tipo de catéter	1
3	Registrada valoración diaria del estado de la vía	1
4	El paciente conoce los signos de flebitis	1
5	El paciente conoce los cuidados al movilizarse	1
	<b>*Con sueroterapia:</b>	
6	Suero sin agujas	2
7	Sistema sin acodaduras	1
8	Sistema de goteo fijo con bucle para evitar accidentes	1
9	Consta fecha de cambio en el sistema de perfusión o en H <sup>a</sup> de enfermería	1

**\*La suma de los criterios para pacientes con sueroterapia es de 11, el nivel de cumplimiento adecuado se establece =9 o >9 (82%).**

**Para pacientes con terminal heparinizado la suma es de 6, el nivel de cumplimiento adecuado es de =5 o >5 (83%)**

**Indicador.-**

- Pacientes con catéter periférico de acuerdo a protocolo.

*Fórmula del indicador:*

$$\frac{\text{Nº de pacientes con cuidados de acuerdo al protocolo del Catéter Periférico} \times 100}{\text{Nº Total de pacientes con catéter periférico}}$$

Periodo de estudio: Cada semestre, un día en cada Unidad de hospitalización. Resultado $\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 =$
---

Hospital	Nº camas	Pacientes con catéter periférico	Pacientes con sueroterapia	Pacientes con terminal heparinizado	Cumplen protocolo sueroterapia	Cumplen protocolo terminal	Grado de cumplimiento sueroterapia	Grado de cumplimiento terminal	Grado de cumplimiento catéter periférico

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUIRÚRGICOS. PREOPERATORIO EN CIRUGÍA PROGRAMADA**

Se propone la elaboración de **La Guía de Cuidados al Paciente Quirúrgico** que establezca las líneas de actuación de los profesionales que intervienen en el PROCESO, con el objetivo de mantener y proporcionar seguridad al paciente, así como de ayudarlo a su integración en el Hospital, garantizarle la calidad en los cuidados básicos y terapéuticos, y proporcionarle la ayuda necesaria para la reincorporación a su entorno habitual, asegurando la continuidad asistencial.

Propósito:

Minimizar el riesgo de infección, garantizar la seguridad del paciente y mejorar la coordinación interprofesional.

Población:

Pacientes con intervención quirúrgica programada.

Evaluación:

Se realizará a la llegada del paciente al antequirófono, por la enfermera circulante.

Criterios

Valor

1	Baño o ducha el día de la intervención	2
2	Higiene bucal y enjuagues con el antiséptico de elección el día de la intervención	3
3	Rasurada la zona operatoria según protocolo, el día de la intervención	2
4	Con las uñas limpias, cortas y sin esmalte	1
5	Ropa de cama limpia	1
6	Sin objetos personales metálicos	1
7	Constantes registradas	1
8	Hª clínica completa	1
9	En ayunas, al menos 8 horas antes	2
10	Camisón abierto	1
	<b>*Cumplimentación de registros de enfermería:</b>	
11	Consta alergia. Si conocidas están descritas	2
12	Valoración de necesidades	1
13	Otras patologías de interés	1
14	Si tratamiento pautado, consta administración del mismo	1

**\*La suma de los 10 primeros criterios es 15, el nivel de cumplimiento se establece si la suma es = 13 o >13 (86%).**

**La cumplimentación de registros se establece si la suma es = 4 o > 4 (80%)**

**Los criterios propuestos para la evaluación son numerosos, pero nos facilita establecer acciones de mejora, según los resultados, para cada uno de los objetivos.**

Indicadores:

Pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con cuidados de acuerdo al protocolo } \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{ Total de pacientes evaluados}}$$

Periodo de estudio: Un día cada trimestre (4 evaluaciones al año)

Resultado

$$\frac{\text{N}^{\circ}}{\text{N}^{\circ}} \times 100 =$$

Cumplimentación de registros de enfermería.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con registros de acuerdo al protocolo } \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{ Total de pacientes evaluados}}$$

Periodo de estudio: Un día cada trimestre (4 evaluaciones al año)

Resultado

$$\frac{\text{N}^{\circ}}{\text{N}^{\circ}} \times 100 =$$

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

**Indicador AE3.2.** Número de protocolos de enfermería desarrollados, implantados y evaluados en el hospital.

*OBJETIVO OPERATIVO AE3.3. Aumentar la implantación y la evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos.*

Las vías clínicas son herramientas de mejora de la calidad que tienen el objetivo de mejorar el trabajo multidisciplinar en equipo. Son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico previsible<sup>113,114</sup>. Tienen la ventaja de integrar las guías y protocolos que han sido introducidos en la práctica clínica<sup>115</sup>. Coordinan y ensamblan las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más estimados por los profesionales sanitarios (calidad científico-técnica y coordinación entre profesionales sanitarios<sup>116,117</sup>), como los de los enfermos (información y ajuste de las expectativas<sup>118</sup>) y además, aspectos de eficiencia y gestión de costes<sup>119,120,121</sup>.

Las vías clínicas ofrecen los mecanismos para revisar los procesos, prácticas, estándares y resultados de la asistencia sanitaria, resultando una mejora de la calidad de la asistencia y de los resultados para los pacientes. Su diseño y puesta en marcha

es una oportunidad para revisar de forma crítica la práctica asistencial existente, introduciendo los cambios necesarios para adecuar dicha práctica a la evidencia científica actual<sup>122</sup>.

Las vías clínicas están muy implantadas en los EE.UU.<sup>123</sup>. En nuestro país ya existe cierta experiencia en el desarrollo e implantación de vías clínicas<sup>124,125,126,127</sup>. Para el año 2003, el Sescam debe continuar en esta línea, implantando al menos tres vías clínicas, y además, mostrar resultados de la evaluación de las vías clínicas ya implantadas. La elección de los procesos debe basarse en su frecuencia, coste, gravedad, y riesgo para los pacientes.

Aunque las vías clínicas son la principal herramienta de gestión de procesos, algunos centros han desarrollado otra metodología, como la gestión integrada de procesos, que también es adecuada para cumplir este objetivo, siempre que tenga características similares a las de las vías clínicas<sup>128</sup>. La gestión de procesos permite normalizar la actuación de los servicios sanitarios, reducir la variabilidad de la práctica clínica, adaptarse a los recursos disponibles, garantizando así la eficiencia, efectividad y calidad de los servicios<sup>129</sup>.

Para el año 2003, será obligatorio diseñar e implantar al menos una vía clínica conjunta Atención Primaria-Atención Especializada. El Área y el hospital decidirán el proceso que van a gestionar.

<b>Indicador AE3.3.</b> Número de vías clínicas / sistemas de gestión de procesos implantadas y evaluadas en el hospital.
---

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Pacto en el CG 03..... Nº vías clínicas /sistemas de gestión de procesos implantados y evaluados en el hospital.....
---

Las vías deben estar implantadas y evaluadas.

### *OBJETIVO OPERATIVO AE3.4. Implantar protocolos en los servicios no asistenciales.*

El Plan de Calidad incluido dentro del Contrato de Gestión de los hospitales del INSALUD se había centrado tradicionalmente en los servicios asistenciales. Para ir avanzando en la mejora de la calidad en toda la organización, ya en 1999 se decidió incorporar el resto de servicios del hospital a dicho Plan. Para el año 2003, los servicios no asistenciales de los hospitales del Sescam deben continuar estableciendo sus propios objetivos, en función de sus problemas. Además, será necesario pactar al menos un objetivo de calidad con las áreas de limpieza y cocina.

Se consideran servicios no asistenciales: Administración, Control de Gestión, Gestión Económica, Intervención, Admisión, Documentación, Archivos, Atención al Usuario, Alimentación, Informática, Lavandería, Limpieza, Mantenimiento, Seguridad y Comunicaciones, Suministros y Personal Auxiliar.

## METODOLOGÍA DE MEJORA

### **Unidades de lencería/lavandería hospitalaria (propia o concertada)**

Contenidos mínimos del protocolo:

- 1.- Descripción del circuito de ropa sucia y ropa limpia.
- 2.- Contenidos relacionados con el mantenimiento y provisión de ropa limpia:
  - Sistema de provisión de ropa limpia y su aseguramiento (stock de ropa que tiene que disponer cada servicio de lencería para dar respuesta a la demanda diaria y ante posibles contingencias).
  - Sistema de distribución de ropa limpia (si se dispone de sistema de registro, de control).
  - Sistema de almacenamiento de ropa limpia para evitar posibles contaminaciones.
- 3.- Contenidos relacionados con el proceso o manipulación de todo tipo de ropa sucia
  - Sistema de recogida de ropa sucia.
  - Sistema de identificación de bolsas de recogida de ropa sucia y de ropa contaminada.
    - Sistema de tratamiento específico para ropa contaminada. (ver referencias legales y evidencia científica antes de la inclusión de este epígrafe).

### *Unidades de Cocina*

Deberá contener aspectos relacionados con:

- Pedido de víveres
- Almacenamiento.
- Elaboración de dietas
- Emplatado
- Circuito de distribución de las dietas solicitadas.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

<b>Indicador AE3.4.</b> Número de protocolos / guías de actuación documentadas implantadas y evaluadas por servicios no asistenciales en el hospital
--

Pacto en el CG 02..... Nº protocolos / guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas por servicios no asistenciales en el hospital.....
---

OBJETIVO GENERAL AE4. Utilización de alta tecnología en base a la evidencia científica disponible.

*OBJETIVO OPERATIVO AE4.1. Mejorar la utilización de RNM y TAC de acuerdo a protocolo.*

El sistema sanitario actual está determinado por un desarrollo tecnológico cada vez más complejo. La evaluación de las tecnologías médicas es fundamental, para conocer el efecto de las nuevas técnicas sobre los pacientes, los estilos de práctica clínica, y el coste sanitario<sup>130</sup>.

Desde 1998, los hospitales del INSALUD con una tasa de utilización por encima de la media de su grupo en RNM, TAC, oxigenoterapia y litotricia, han trabajado en la implantación de protocolos con los criterios de utilización y en su evaluación. De esta forma, se cumplía con el objetivo de promover la utilización adecuada de los recursos.

Igual que en el año anterior, para el año 2003, sería interesante conocer la utilidad clínica que están ofreciendo las pruebas de alta tecnología. Para ello, se solicitará a los hospitales que estudien:

- Tasa de utilización, comparándose con los hospitales de su grupo.
- Grado de adhesión al protocolo.
- Adecuación del protocolo, tomando como referencia los protocolos sobre utilización de RNM<sup>131</sup> y TAC<sup>132</sup> de Osakidetza.
- Opcionalmente, se sugerirá a los hospitales estudiar la efectividad del protocolo, mediante la concordancia entre las indicaciones clínicas y los hallazgos de la RMN.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

**Indicador AE4.1a.** Porcentaje de pruebas de RNM realizadas con indicación de acuerdo a protocolo.

### *Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº de pruebas clasificada como indicacion A y B x 100}}{\text{Nº de pruebas estudiadas}}$$

Muestreo aleatorio simple sobre número de pruebas realizadas en un periodo no inferior al mes natural, con un error alfa del 5%, una precisión del 10% y una prevalencia de 75%.

Cada una de las pruebas estudiadas será clasificada como:

- Uso en relación con indicación clasificada como RNM técnica de elección (A) o bien es catalogada como complementaria y es utilizada como complementaria. (B )
- Uso en relación con una indicación no incluida en protocolo (C) o bien es catalogada como complementaria y utilizada como de elección (D).

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

Periodo de estudio.....  
 Población total del periodo de estudio.....  
 Población estudiada:  
 Total  
 Muestra

**Resultado**

Nº x 100 = ..... %

Nº

Pacto en el CG02 .....



Las caídas de los pacientes hospitalizadas son consideradas como un efecto iatrogénico del proceso asistencial. Su incidencia oscila mucho de unos centros a otros (2-6%), dependiendo no solo de las condiciones estructurales del centro, sino también de los perfiles de pacientes incluidos en los estudios. Si bien la mayoría de las caídas no provocan daños graves (generalmente las fracturas se presentan en menos del 5% de las ocasiones) pueden contribuir a la pérdida de la confianza y de movilidad del paciente, ocasionando una reducción de la calidad de vida. Por ello, son un indicador de baja calidad del proceso asistencial. Las caídas se pueden reducir, tras el análisis de su frecuencia y de sus causas<sup>137</sup>, y la aplicación de medidas de control<sup>138</sup>. El objetivo, por lo tanto, es cuantificar el número de caídas y establecer medidas para reducirlas.

## METODOLOGÍA DE MEJORA

Muchos de los hospitales tienen implantado un programa de prevención de caídas, llevando a cabo el registro y monitorización de las mismas. Son bien conocidos los problemas relacionados con la cumplimentación de estos registros, fundamentalmente por el carácter voluntario de la notificación. Consideramos que este suceso adverso de la asistencia sanitaria ha de ser evaluado para la posterior implantación de acciones de mejora que conlleven una disminución de las caídas producidas durante el periodo de hospitalización.

Proponemos para aquellos hospitales que no tengan implantado la monitorización de este objetivo, 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

## *REGISTRO DE CAÍDAS*

Población:

Pacientes que sufren caída durante el ingreso y/o presentan riesgo de lesión.

Metodología:

Elaboración de registro que permita la monitorización de caídas, consecuencias, y motivo.

INDICADORES	HOSPITAL
<b>Nº de caídas declaradas al año</b>	
<b>Nº de unidades que declaran</b>	
<b>% Pacientes ilesos post-caída</b>	
<b>% Pacientes identificados previamente de riesgo</b>	
<b>% Pacientes con protección previa</b>	
<b>% Pacientes con protección posterior</b>	

Dimensión:

Riesgo,

efectividad

## Evaluación de Cuidados de Enfermería a pacientes con riesgo de lesión”

Propósito:

El riesgo de traumatismo está relacionado con la alteración del estado cognitivo (Déficit de memoria, Deterioro de la interpretación del entorno) y dependencia parcial o total relacionadas con Intolerancia a la actividad o Alteración de la movilidad física.

La evaluación irá dirigida a conocer si se han establecido las acciones necesarias de prevención y/o protección a pacientes identificados de riesgo.

<b>Criterios</b>	<b>Valor</b>
Consta en Hª de enfermería si/no riesgo de traumatismo	2
Registradas las medidas preventivas	1
El paciente/familia conoce las causas del riesgo	1
La familia demuestra habilidades en las medidas preventivas	2
Los dispositivos de ayuda están al alcance del paciente	1
La habitación está libre de obstáculos	1

**\*La suma de los criterios es 8, el nivel de cumplimiento será sustancialmente adecuado si la suma es = 6 o > 6 (75%).**

Indicador:

Pacientes con riesgo de lesión, con cuidados de enfermería según protocolo

Dimensión: Efectividad

Fórmula del indicador:

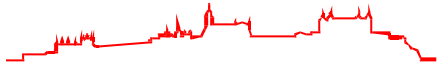
$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con cuidados de acuerdo al protocolo}}{\text{N}^{\circ} \text{ Total de pacientes con riesgo de lesión}} \times 100$$

Periodo de estudio: Un día cada trimestre (4 evaluaciones al año)

Resultado

$$\frac{\text{N}^{\circ}}{\text{N}^{\circ}} \times 100 =$$

**\*Se adjunta Hoja de Registro, para analizar con el Grupo**



COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

# REGISTRO DE ACCIDENTES/CAÍDAS

Etiqueta de identificación o en su defecto:	
Nombre	
1º Apellido	
2º Apellido	
Sexo	Fecha de nacimiento

1.- ESTADO DEL PACIENTE ANTES DEL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/> 1.0 Orientado	<input type="checkbox"/> 1.3 Obnubilado
<input type="checkbox"/> 1.1 Desorientado	<input type="checkbox"/> 1.4 Inconsciente
<input type="checkbox"/> 1.2 Agitado	<input type="checkbox"/> 1.5 Postoperatorio inmediato
2.- MEDICADO CON:	
<input type="checkbox"/> 2.0 Analgésicos, especificar _____	<input type="checkbox"/> 2.3 Antihipertensivos
<input type="checkbox"/> 2.1 Antidepresivos, Hipnóticos o Sedantes	<input type="checkbox"/> 2.4 Vasodilatadores
<input type="checkbox"/> 2.2 Antihistamínicos	<input type="checkbox"/> 2.5 Otros: _____
3.- IDENTIFICADO COMO PACIENTE DE RIESGO	
<input type="checkbox"/> 3.0 Si	<input type="checkbox"/> 3.1 No
4.- MEDIDAS PREVIAS DE SEGURIDAD	
<input type="checkbox"/> 4.0 Educación sanitaria	<input type="checkbox"/> 4.2 Sujeción del paciente
<input type="checkbox"/> 4.1 Barandillas	<input type="checkbox"/> 4.3 Otras: _____
5.- NIVEL DE DEPENDENCIA	
<input type="checkbox"/> 5.0 Independiente	<input type="checkbox"/> 5.2 Dependencia total
<input type="checkbox"/> 5.1 Dependencia parcial	
6.- LUGAR DEL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/> 6.0 En la habitación	<input type="checkbox"/> 6.5 Levantándose de silla/sillón
<input type="checkbox"/> 6.1 En el aseo	<input type="checkbox"/> 6.6 Deambulando
<input type="checkbox"/> 6.2 En el pasillo	<input type="checkbox"/> 6.7 Traslado
<input type="checkbox"/> 6.3 Desde la cama durante reposo/sueño	<input type="checkbox"/> 6.8 <b>Hora de la caída:</b> _____
<input type="checkbox"/> 6.4 Levantándose de la cama	
7.- MOTIVO DE LA CAÍDA	
<input type="checkbox"/> 7.0 Iluminación insuficiente	<input type="checkbox"/> 7.3 Trepieza con mobiliario
<input type="checkbox"/> 7.1 Suelo húmedo o encerado	<input type="checkbox"/> 7.4 Mareo/pérdida de conciencia
<input type="checkbox"/> 7.2 Calzado no adecuado	<input type="checkbox"/> 7.5 Otra causa, especificar: _____
8.- CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE/CAÍDA	
<input type="checkbox"/> 8.0 Ileso	<input type="checkbox"/> 8.4 Heridas
<input type="checkbox"/> 8.1 Contusiones	<input type="checkbox"/> 8.5 Pérdida de conciencia
<input type="checkbox"/> 8.2 Fracturas	<input type="checkbox"/> 8.6 Otras: _____
<input type="checkbox"/> 8.3 Hematomas	
9.- LESIONES EN:	
<input type="checkbox"/> 9.0 Cabeza	<input type="checkbox"/> 9.3 Espalda
<input type="checkbox"/> 9.1 Cara	<input type="checkbox"/> 9.4 Miembro superior
<input type="checkbox"/> 9.2 Pecho	<input type="checkbox"/> 9.5 Miembro inferior
10.- DESPUÉS DEL ACCIDENTE:	
<input type="checkbox"/> 10.0 Educación sanitaria	<input type="checkbox"/> 10.3 Se informa al médico
<input type="checkbox"/> 10.1 Barandillas	<input type="checkbox"/> 10.4 Se avisa a la familia
<input type="checkbox"/> 10.2 Sujeción del paciente	
UNIDAD <input type="text"/>	Enfermera que notifica el accidente _____
FECHA <input type="text"/>	Firma _____

**\*Cumplimente este registro si se produce una caída y entreguelo a su Supervisora de Unidad ó Supervisora de guardia.**  
 Dirección de Enfermería. Unidad de Calidad Asistencial

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

**Indicador AE5.1.** ¿Ha realizado el hospital estudios sobre la incidencia de caídas en pacientes hospitalizados?

Si

No

Pacto CG 03..... Resultado alcanzado.....

*OBJETIVO OPERATIVO AE5.2. Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos.*

Un número importante de pacientes sufren acontecimientos adversos producidos por el tratamiento hospitalario. Gran parte de dichos sucesos se deben a los medicamentos. Algunos de ellos no son prevenibles (reacciones adversas), pero otra parte puede ser evitada: aquella debida a los errores en la medicación.

Un error de medicación es “cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Esos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización<sup>139</sup>”. Los errores de medicación son frecuentes, llegando a afectar a más del 6% de los pacientes hospitalizados<sup>140</sup>. El aumento constante en la utilización de fármacos puede agravar este problema<sup>141</sup>.

Los errores pueden causar o no un efecto adverso en el paciente, es decir, una lesión resultante de la intervención médica. La mayoría de los errores de la medicación no producen daño. Sin embargo, globalmente las consecuencias sobre la salud de los pacientes son muy importantes. En EE.UU, se estima que los errores relacionados con la medicación producen 7.000 muertes al año<sup>142</sup>, constituyendo así un grave problema de salud pública. Los errores también tienen consecuencias graves sobre los propios profesionales<sup>143,144,145</sup>.

Es necesario contar con sistemas que detecten a tiempo dichos errores, para evitar o mitigar sus efectos<sup>146,147</sup>. Existen técnicas que pueden reducir su frecuencia<sup>148</sup>. Se debe realizar un abordaje preventivo, que no busque la culpabilización, sino la concienciación y participación del personal sanitario. La mayoría de los errores no se deben a la negligencia de los profesionales, sino a fallos propios del sistema. No se debe buscar quién causó el error, sino analizar qué circunstancias lo motivaron. Para ello, desde el Plan de Calidad se propone que el hospital realice al menos una acción para reducir los errores en la medicación.

Existen distintos factores que facilitan los errores de medicación. En primer lugar, el elevado número de fármacos existentes, y su rápido aumento en los últimos años. Los fármacos son cada vez más complejos. Los etiquetados cambian, y muchos fármacos tienen nombres similares. Los envases también pueden ser muy parecidos. El número de prescripciones ha aumentado considerablemente. El sistema sanitario a su vez es complejo y segmentado, dificultando la comunicación entre los distintos profesionales implicados. Por último, una proporción importante de pacientes no sigue las instrucciones de la prescripción, por distintas causas.

Una fuente importante de errores y de tiempo perdido es la ilegibilidad de las prescripciones. La tradicional “mala letra” de los médicos puede tener consecuencias muy graves. La ilegibilidad dificulta la comunicación entre los médicos prescriptores, enfermeras, farmacéuticos y pacientes. Puede suponer un retraso en la administración del fármaco, pero también, puede acarrear consecuencias más graves, si se interpreta mal el principio activo, la dosis, la forma o frecuencia de administración.

## METODOLOGÍA DE MEJORA

### Métodos de detección de errores en la medicación (Otero MJ).

- Notificación voluntaria.
- Revisión de historias clínicas.
- Monitorización de señales de alerta.
- Monitorización automatizada.

Sistemas de prescripción electrónicos. Estos sistemas han demostrado su eficacia para prevenir errores. Además, tienen algunas ventajas añadidas:

- Se pueden tener bases de datos de medicamentos en el ordenador, de forma precisa y actualizada.
- Se pueden programar alarmas acerca de interacciones, sobredosisificación, alergias, etc.
- Facilitan el intercambio de información con otros profesionales.
- Pueden reducir costes (ahorran tiempo, informan sobre medicamentos genéricos y alternativas más económica, etc).

### Medidas de prevención de errores de medicación (Carrasco G)

#### *Médicos*

- Evitar órdenes imprecisas.
- Registro de órdenes médicas en el ordenador.
- Evitar órdenes verbales.

#### *Farmacéuticos*

- No acumular órdenes para verificación de dispensación urgente.

- Mejorar comunicación con farmacéuticos de fin de semana.
- Anotar clarificaciones.
- Protocolos de administración intravenosa de medicamentos con estrecho índice terapéutico.

#### *Enfermeras*

- Revisión sistemática de todas las órdenes médicas.
- Promover la prescripción informatizada entre los médicos.

#### *Programa informático*

- Adaptar el programa a las necesidades de pacientes cardiológico y pediátricos.
- Mejorar y simplificar el formato del perfil terapéutico de medicamentos.

#### *Organización*

- Formación de un grupo de trabajo de errores al que se comunican los de mayor significación clínica, realiza estudios de observación y estimula la puesta en marcha de acciones de mejora.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

**Indicador AE5.2.** ¿Ha implantado el hospital, al menos, una medida de mejora para reducir los efectos adversos producidos por los medicamentos?

Se considerarán medidas de mejora alguna de las siguientes:

- estudios específicos que cuantifiquen su frecuencia y causas
- estudios sobre la calidad de la prescripción
- implantación de sistemas de prescripción electrónicos
- implantación de un sistema estandarizado de notificación de los errores de medicación
- establecimiento de grupos de mejora

Si

No

### **Objetivo nuevo. Identificación inadecuada de pacientes. Aplicación voluntaria en 2003.**

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia. (Fuente: Alerta nº 1: "Inadecuada identificación de pacientes". Alerta de Seguridad del Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes (CISP) promovido por la Fundación Avedis Donabedian y la Fundación MAFRE Medicina).

La forma más habitual de identificación de los pacientes en centros sanitarios es el número de habitación o de cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o por el hecho de que respondan a un nombre determinado. De acuerdo con la *American Hospital Association*, la identificación verbal no se debería hacer porque los pacientes pueden estar sedados, con pérdida de atención, indiferentes, confusos o simplemente incapaces de responder. Los pacientes también pueden tener barreras de lenguaje, idiomáticas, problemas de audición o ser demasiado jóvenes, aspectos todos que pueden aumentar la probabilidad de errores y atentar contra la seguridad en la atención de los pacientes.

## METODOLOGÍA DE MEJORA

Un primer paso en la correcta identificación de los pacientes es la utilización de un brazalete identificativo, que permita en todo momento conocer su filiación. Se ha observado una notable disminución de alrededor de un 50% en los errores asociados a la inadecuada identificación de los pacientes con el uso de un brazalete. En éste debería constar de forma legible, el nombre, apellido y número de historia clínica del paciente y ser colocado en el momento del ingreso del paciente al centro y no sacársele hasta el momento del alta hospitalaria. De ésta forma, todos los procedimientos se realizarían con el paciente con su brazalete. Cada hospital debiera aplicar una normativa sobre la utilización del brazalete identificativo<sup>149</sup>. Cuando se aplica este tipo de tecnología en el ámbito del medicamento, por ejemplo, se produce una disminución del 33% en los errores del "fármaco inadecuado", de un 43% en los errores del "momento inadecuado", de un 52% en la "omisión de la dosis" y de un 47% en los errores de transcripción. Existen razones fundadas, por tanto, como para asumir que la identificación adecuada de los pacientes es un desafío para los centros asistenciales.

Los artículos a los que se hace referencia en esta Alerta de seguridad son:

- Rappoport A. A hospital patient and laboratory machine-readable identification system (MRIS) revisited. *J Med Syst* 1984;8:133-156.
- Weilert M, Tilzer LL. Putting bar codes to work for improved patient care. *Clin Lab Med* 1991;11:227-238.
- Longe K. The status of bar codes in hospitals: a survey report. *Hospital Technology Series* Chicago: American Hospital Association; 1989:8.
- Garza D, Murdock S, Garcia L, Trujillo JM. Bar codes in the clinical laboratory. *Clin Lab Sci* 1991;4:23-25
- Zarowitz BJ, Petitta A, Rudis MI, Horst HM, Hyzy R. Bar code documentation of pharmacotherapy services in intensive care units. *Pharmacotherapy* 1996;16:261-266.
- Puckett F. Medication-management component of a point-of-care information system. *Am J Health-Syst Pharm* 1995;52:1305-1309.
- Linden J, Paul B, Dressler K. A report of 104 transfusion errors in New York State. *Transfusion* 1992;32:601-606.
- Bates D. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMJ* 2000;320:788-791.
- Chua R, Cordell W, Ernsting K, Bock H, Nyhuis A. Accuracy of bar codes versus handwriting for recording trauma resuscitation events. *Ann Emerg Med* 1993;22:1545-1550.
- Renner S, Howanitz P, Bachner P. Wristband identification error reporting in 712 hospitals. *Arch Pathol Lab Med* 1993;117:573-577.
- American Hospital association –1992:Quality management . Management Advisory Catalog N° 049735, Chicago, AHA Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Sentinel Event Alert, publicaciones año 1998-2002.

OBJETIVO GENERAL AE6. Mejorar la calidad de la prescripción farmacéutica.

*OBJETIVO OPERATIVO AE6.1. Disponer de una Guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel y soporte electrónico allí donde sea posible, difusión y actualización periódica (Objetivo del CG Consejería-Sescam 02-03).*

La Guía Farmacoterapéutica ha de ser elaborada de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende según criterios de eficacia, seguridad, coste y necesidad.

La Guía Farmacoterapéutica debe estar disponible en formato de base de datos que se actualiza después de cada modificación, tanto para su difusión a través de los sistemas informatizados de prescripción como para la evaluación de la adhesión de la prescripción. Los principios activos y especialidades farmacéuticas que la conforman se codifican según el Nomenclator Oficial del INSALUD.

La actualización en soporte papel tendrá una actualización mínima anual, mediante la forma que el hospital estime oportuno (nueva edición, anexo a una edición anterior, etc.)

Para incluir un medicamento en la guía farmacoterapéutica, se debe disponer de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos, tal como se recogía en el Plan de Calidad de años anteriores (este año no se evalúa como objetivo).

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

<p><b>Indicador 6.1.</b> ¿Dispone el hospital de una guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel (y soporte electrónico allí donde sea posible), con difusión y actualización periódica?</p>
--

Si

No

La edición impresa de la Guía Farmacoterapéutica debe contemplar la farmacoterapia del área de ambulantes.

*OBJETIVO OPERATIVO AE6.2. Disponer de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos, para su utilización en el momento de la prescripción, tanto al ingreso como al alta hospitalaria.*

En nuestro país, existe una elevadísima oferta de medicamentos homólogos, es decir, numerosas sustancias relacionadas química y terapéuticamente o varias formas farmacéuticas de una misma molécula para idéntica vía de administración. Esta elevada oferta no contribuye precisamente a un conocimiento amplio y detallado de los medicamentos para un uso correcto en el hospital, por lo que se trabajará en ajustar esta excesiva oferta a una selección más sencilla y racional que facilite la toma de decisiones en el momento de la prescripción.

Para ello, la Comisión de Farmacia y Terapéutica elaborará un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos, en el que se incluirán los medicamentos homólogos y formas farmacéuticas más prescritas al ingreso y al alta en el hospital y su

correspondiente equivalente terapéutico en la Guía Farmacoterapéutica y la pauta equivalente para la indicación mas frecuente.

El Protocolo de Equivalentes Terapéuticos debe actualizarse periódicamente, incluyendo los equivalentes terapéuticos de los principios activos y formas farmacéuticas de reciente comercialización y debe ser difundido entre el personal facultativo del centro para su utilización en el momento de la prescripción, a ser posible a través de los sistemas de prescripción informatizada.

**Indicador AE6.2.** ¿Dispone el hospital de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos para al menos un grupo terapéutico?

Si

No

El modelo de informe técnico debe contemplar, al menos, los siguientes apartados:

1. Identificación del fármaco y autores del informe
2. Solicitud de indicaciones y servicios
3. Área descriptiva del medicamento
4. Área de farmacología
5. Evaluación de la eficacia
6. Evaluación de la seguridad
7. Evaluación económica
8. Indicaciones y servicios aprobados.
9. Condiciones de uso en el hospital especificando si la inclusión del fármaco va acompañada con la propuesta de retirada de algún otro fármaco
10. Bibliografía.

El hospital establecerá unos criterios para cumplimentar cada apartado de este modelo.

### **Objetivos de gestión clínica**

La gestión clínica trata de aunar los puntos de vista de los directivos y clínicos, tendiendo un puente entre ambos tipos de profesionales, que no siempre se habían entendido correctamente<sup>150</sup>. Los directivos deben liderar el proceso y facilitar autonomía a los clínicos, mientras que estos últimos deben asumir su responsabilidad en la gestión adecuada de los recursos disponibles<sup>151,152</sup>.

#### **OBJETIVO GENERAL AE7. Mejorar la gestión clínica.**

*OBJETIVO OPERATIVO AE7. Implantación y evaluación de las guías de gestión del INSALUD.*

Los profesionales del INSALUD colaboraron de forma multidisciplinar en la elaboración de guías que desarrollan criterios para una gestión integrada y de calidad. De momento, los hospitales del Sescam deben continuar implantando estas guías y establecer los mecanismos necesarios para su difusión y utilización.

Las guías desarrolladas son:

- Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica<sup>153</sup>.
- Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada<sup>154</sup>.
- Guía para la evaluación y mejora de los servicios de Farmacia Hospitalaria<sup>155</sup>.
- Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión<sup>156</sup>.
- Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos<sup>157</sup>.
- Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica<sup>158</sup>.

Por otra parte, es necesario que los hospitales sigan elaborando el manual de calidad total en cada laboratorio clínico.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

**Indicador AE7.1.** Porcentaje de cumplimiento de los criterios sobre implantación y evaluación de las guías del INSALUD.

**Indicador AE7.1.1.** Porcentaje de cumplimiento de los criterios sobre implantación y evaluación de la guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica.

*Fórmula del indicador*

$\frac{\text{N}^\circ \text{ criterios cumplidos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de criterios}}$

<b>Criterios GUÍA PARA LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.-¿Existe en el hospital un documento de inclusión en LEQ con los parámetros definidos en la guía?		
2.- ¿Dispone el hospital de una Comisión de Programación Quirúrgica?		
3.-¿Dispone el hospital de un Catálogo de Procedimientos de cada especialidad quirúrgica?		
4.- Al incluir un paciente en LEQ ¿se le da la información indicada en el Anexo 2 de la Guía?		
5.- ¿Está centralizada en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica la gestión de pacientes en LEQ?		

Resultado:

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

Nº

Pacto en el CG 03 ..... Resultado alcanzado .....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....  
 .....

→ Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada

**Indicador AE7.1.2. Porcentaje de cumplimiento de los criterios sobre implantación y evaluación de la guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada.**

*Fórmula del indicador*

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$$

<b>Criterios GUÍA PARA LA GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.-¿Está informatizada la citación de las consultas externas en el Hospital?		
2.-¿Está informatizada la citación de las consultas externas en los Centros de Especialidades Periféricos?		
3.-¿Dispone el hospital de un documento de autorización para solicitar la desprogramación de consultas externas?		
4.- ¿Son citadas las consultas sucesivas en la propia consulta del especialista?		
5.- ¿Existe un protocolo documentado para las llamadas de recordatorio telefónico de cita?		

Resultado:

$$\frac{\text{Nº} \quad \quad \quad \times 100}{\text{Nº}} = \dots\dots\dots \%$$

Pacto en el CG 03 ..... Resultado alcanzado .....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....  
 .....

→ Guía para la evaluación y mejora de la Farmacia Hospitalaria

**Indicador AE7.1.3. Puntuación obtenida en la evaluación del servicio de farmacia hospitalaria siguiendo las pautas de la guía para la evaluación y mejora de la Farmacia Hospitalaria.**

Resultado:

$$\frac{\text{Nº} \quad \quad \quad \times 100}{\text{Nº}} = \dots\dots\dots \%$$

Pacto en el CG 03 ..... Resultado alcanzado .....

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....  
 .....

→ Guía de cuidados enfermeros (Úlceras por presión)

**Indicador AE7.1.4. Porcentaje de cumplimiento de los criterios sobre implantación y evaluación de la guía de gestión de cuidados enfermeros ( Úlceras por presión).**

*Fórmula del indicador*

$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$

Nº total de criterios

<b>Criterios GUÍA DE CUIDADOS ENFERMEROS ( Úlceras por presión)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.-¿Se realiza la valoración de riesgo/no riesgo de UPP a los pacientes ingresados según la escala de Norton?		
2.-¿Dispone el hospital de registros donde se especifique el tipo y localización las úlceras por presión?		
3.-¿Utiliza el Hospital los planes de cuidados descritos en la Guía de cuidados enfermeros para la prevención y tratamiento de las UPP?		
4.- ¿ Realiza el hospital estudios de incidencia de las úlceras por presión?		

Resultado: $\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$ Pacto en el CG 03 ..... Resultado alcanzado .....
--

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....  
 .....

→ Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos

**Indicador AE7.1.5 Porcentaje de cumplimiento de los criterios sobre implantación y evaluación del catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos.**

*Fórmula del indicador*

$\frac{\text{Nº criterios cumplidos} \times 100}{\text{Nº total de criterios}}$

Nº total de criterios

<b>Criterios CATÁLOGO DE PRUEBAS DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

1.-¿La Cartera de servicios de los laboratorios se adapta al catálogo en cuanto a Nomenclatura?		
2.-¿La Cartera de servicios de los laboratorios se adapta al catálogo en cuanto a Codificación?		

<p>Resultado:</p> <p><math>\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%</math></p> <p>Pacto en el CG 03 ..... Resultado alcanzado .....</p>
--

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

.....

→ Guía de gestión de los servicios de Admisión y Documentación Clínica

**Indicador AE7.1.6. Porcentaje de cumplimiento de los criterios sobre implantación y evaluación de la Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC).**

*Fórmula del indicador*

$\frac{N^{\circ} \text{ criterios cumplidos} \times 100}{N^{\circ} \text{ total de criterios}}$

<b>Criterios GUÍA PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (SADC)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de pacientes?		
2.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de la documentación clínica?		
3.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de la información asistencial?		
4.- ¿Son autorizados los traslados por el SADC?		
5.- ¿Gestiona el SADC el estudio preoperatorio de los pacientes de LEQ?		
6.-¿Gestiona el SADC la citación de pruebas diagnósticas?		
7.-¿Existe una única historia clínica por paciente en el hospital?		
8.-¿Existen archivos de Historias Clínicas periféricos en el hospital?		
9.- ¿Está centralizado el proceso de codificación en el SADC?		
10.-¿Elabora el SADC los cuadros de mando de actividad asistencial?		

<p>Resultado:</p> <p><math>\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%</math></p> <p>Pacto en el CG 03 ..... Resultado alcanzado .....</p>
--

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....  
 .....

**OBJETIVO GENERAL AE8. Mejorar los sistemas de información**

La historia clínica es una fuente de datos fundamental para los sistemas de información Sanitarios<sup>159,160</sup>. En los próximos años, probablemente se irá imponiendo la informatización y digitalización de la documentación clínica, pero seguirá siendo básico que contenga una información de calidad. El documento más importante de la historia clínica es el informe de alta.

*OBJETIVO OPERATIVO AE 8.1. Disponer de informe de alta el mismo día del alta del paciente.*

El informe se debe realizar lo antes posible, ya que es más fácil que se registre toda la actividad, si se cumplimenta el mismo día que el paciente es dado de alta, que si se hace días después.

**METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN**

**Indicador AE8.1. Porcentaje de informes de alta disponibles el mismo día del alta del paciente**

*Fórmula del indicador:*

El periodo de tiempo se determinará por el propio hospital.  
 Se recomienda un tamaño muestral, al menos, aproximado a:  
 -Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales de los grupos 1, 2, 5.  
 -Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales de los grupos 3 y 4.

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

<p>Periodo de estudio.....</p> <p>Población total del periodo de estudio.....</p> <p>Población estudiada:</p> <p>Total</p> <p>Muestra</p> <p><b>Resultado.</b></p> <p><math>\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%</math></p>
--

*OBJETIVO OPERATIVO AE8.2. Mejorar la calidad del informe de alta.*

El informe de alta tiene gran importancia, ya que es una fuente básica para realizar la codificación del CMBD<sup>161</sup>. De acuerdo a la Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984<sup>162</sup>, el informe de alta debe contener los datos administrativos y clínicos necesarios para la cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Un informe de alta exhaustivo, donde se reflejen los datos administrativos y la información clínica que emana de la actividad (procedimientos quirúrgicos y terapéuticos, diagnóstico principal y secundarios, complicaciones etc.) es un requisito imprescindible para la posterior codificación del proceso y análisis del case-mix del hospital. Los informes de alta pueden servir también para la realización de estudios clínicos o epidemiológicos. Además, es un documento muy útil para el médico de Atención Primaria, y por tanto, un elemento fundamental en la continuidad de la atención sanitaria<sup>163</sup>. Se ha señalado que los informes de alta presentan carencias, especialmente en lo relativo a los datos de tipo administrativo y de carácter demográfico<sup>164</sup>.

Un objetivo adicional incluido en el Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010 es el desarrollo de un modelo normalizado de informe de alta hospitalaria.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

### *Fórmula del indicador:*

$$\frac{\text{Nº de informes de alta que cumplen los criterios de adecuación establecidos por el hospital} \times 100}{\text{Nº total de informes de alta evaluados}}$$

A partir de los informes de alta de pacientes dados de alta durante el año 2002, y durante el periodo que determine el hospital.

Se recomienda un tamaño, al menos, aproximado a:

Nº de altas consecutivas producidas en 15 días en los hospitales del grupo 1,2,5

Nº de altas consecutivas producidas en 1 semana en los hospitales del grupo 3 y 4

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

La evaluación se ha hecho:

- Sólo con el Informe de alta
- Contrastando los datos del informe de alta con la HC

Periodo de estudio.....

Población total del periodo de estudio.....  
Población estudiada:  
Total  
Muestra

**Resultado.**

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

Pacto en el CG 03 ..... Resultado alcanzado .....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

A pesar de que el indicador habla de los criterios establecidos en cada hospital y teniendo en cuenta los problemas que se han producido en la evaluación de este objetivo, para unificar criterios sugerimos la utilización de la siguiente planilla con el fin de considerar los ítems a estudiar.

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

Fuente: ORDEN 6 DE Septiembre 1984 (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO)

\*ítems añadidos desde la SGAE INSALUD en 2001

**Indicador AE8.2.a.** Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

**Indicador AE8.2.b.** ¿Dispone el hospital de un modelo normalizado de informe de alta hospitalaria?

*OBJETIVO OPERATIVO AE8.3. Desarrollar un modelo de historia clínica normalizada y en soporte electrónico (Objetivo incluido en el Plan de Salud 2001-2010).*

**Indicador AE8.3.** ¿Cuenta el hospital con un modelo de historia clínica normalizado y en soporte electrónico?

OBJETIVO GENERAL AE9. Divulgar la experiencia del Plan de Calidad del hospital.

*OBJETIVO OPERATIVO AE9.1. Realizar la Memoria del Plan de Calidad del hospital.*

La realización de la memoria del Plan de Calidad del hospital tiene como principal objetivo divulgar el Plan de Calidad del hospital en su ámbito: profesionales, ciudadanos, etc. Además, permite al Sescam conocer con más detalle las actividades de calidad realizadas en los hospitales. Disponer de buenas memorias, que sean de utilidad para otros centros sanitarios, favorece el proceso de aprendizaje y aumenta el prestigio del Sescam en relación a los demás Servicios de Salud.

La memoria debe procurar cumplir ciertas características. Debe contener como mínimo una introducción, descripción del Plan de Calidad del hospital con sus resultados, valoración de los mismos, medidas de mejora a adoptar, y conclusiones. Existen recomendaciones para elaborar memorias generales de los hospitales, que pueden aplicarse también a la Memoria del Plan de Calidad<sup>165</sup>.

Algunas de las memorias de los hospitales estarán disponibles en la página web del Sescam. De esta forma, se favorece el intercambio de conocimientos y experiencias.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

**Indicador AE9.1.** ¿Ha realizado el hospital la memoria del Plan de Calidad 2002?

Si  
No

La memoria debe contener como mínimo una introducción, descripción del Plan de Calidad del hospital, resultados, valoración de los mismos, medidas de mejora a adoptar, y conclusiones.

*OBJETIVO OPERATIVO AE9.2. Divulgar las experiencias de calidad en congresos, revistas científicas, etc.*

La publicación de las experiencias de los hospitales del Sescam en revistas científicas y congresos es útil para divulgar el trabajo realizado a nivel nacional e internacional. El congreso anual de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) es una oportunidad excelente para intercambiar experiencias y contactar con profesionales de otros Servicios de Salud.

**Indicador AE9.2.** Número de publicaciones relacionadas con la calidad a lo largo del año 2003.

OBJETIVO GENERAL AE10. Aumentar la participación de los profesionales en el Plan de Calidad.

*OBJETIVO OPERATIVO AE10. Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas y los grupos de mejora (Objetivo del CG Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).*

Las comisiones clínicas son órganos de participación multidisciplinar de los profesionales para la mejora de la calidad<sup>166,167</sup>. Están formadas por grupos de expertos, y facilitan la labor directiva<sup>168</sup>. El Real Decreto 521/87 definió un mínimo de comisiones clínicas que han de establecerse en los centros<sup>169</sup>.

La participación de los profesionales es una de las claves en el éxito del Programa de Calidad<sup>170,171,172,173</sup>. De lo contrario, los profesionales experimentan los cambios organizativos como algo externo e impuesto<sup>174</sup>. Las Comisiones no se deben considerar como un instrumento de control, sino como grupos de expertos para mejorar la gestión<sup>175</sup>.

El valor de las comisiones clínicas es incuestionable por las siguientes razones:

- Están recogidas en textos legales de obligado cumplimiento.
- Tienen un carácter permanente en el tiempo, con las renovaciones oportunas.
- Coordinan e integran profesionales que pertenecen a distintos departamentos con funciones diferentes.
- Suministran opinión y consejo con una perspectiva amplia, para tomar decisiones con una base segura.

Aun reconociendo la importancia de las comisiones clínicas del hospital como instrumento de la Dirección en la gestión de la calidad, puede ser positivo extender la medición de este indicador de participación a otros grupos menos formales (círculos de calidad, grupos de mejora<sup>176,177</sup>). Los círculos de calidad están incluidos como objetivo en el Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 2002. Estos grupos tienen las siguientes características:

- Estructuras menos formales, sin continuidad temporal que puede ocuparse de problemas puntuales.
- Se pueden circunscribir a un ámbito más reducido. Por ejemplo, un servicio con un problema definido, en el desarrollo de una vía clínica, o la reingeniería de determinado proceso.
- Integradas por profesionales de distintas categorías dentro de un departamento, con lo cual el compromiso por la calidad se extiende a ámbitos más amplios que los facultativos (la calidad concierne a todos).
- Pueden utilizar metodologías muy prácticas para realizar mejoras continuas, como el ciclo PDCA<sup>178</sup>.

## **METODOLOGÍA DE MEJORA**

**Indicador AE10a.** Número de reuniones anuales de las comisiones clínicas obligatorias.

**Indicador AE10b.** Número de reuniones anuales de los grupos de mejora.

OBJETIVO GENERAL AE11. Mejorar el funcionamiento de la Unidad de Calidad del hospital.

*OBJETIVO OPERATIVO AE11. Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la Unidad de Calidad, bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue.*

En algunos hospitales, en las Unidades de Calidad existen áreas de trabajo separadas y falta de integración de los profesionales médicos, de enfermería, y profesionales no sanitarios. Es necesario desarrollar una verdadera Unidad de Calidad con objetivos comunes, y objetivos específicos de área, coordinados entre sí, con dependencia funcional del Coordinador de Calidad y bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue. Progresivamente deberá incorporarse a la Unidad de Calidad un profesional no sanitario.

**Indicador AE11.** Número de componentes de la Unidad de Calidad

### **Objetivos de satisfacción del cliente interno**

Las organizaciones deben delegar atribuciones y responsabilidades para resolver problemas. Los trabajadores exigen cada vez más autonomía, desarrollo personal y autorrealización<sup>179</sup>. La dirección debe saber delegar funciones y comprometer a todos los trabajadores (empowerment<sup>180</sup>). Cualquier política de calidad debe contar con los trabajadores sanitarios, y debe tratar de aumentar su motivación.

OBJETIVO GENERAL AE12. Potenciar la formación continuada del personal sanitario

(Objetivo del CG Consejería de Sanidad Sescam 03).

**OBJETIVO OPERATIVO AE12.** *Aumentar el número de profesionales sanitarios formados en calidad asistencial.*

Una de los aspectos más importantes en las organizaciones que tratan de adaptar la calidad total es la formación del personal<sup>181,182</sup>. La formación en calidad trata de lograr que el personal sanitario mejore los servicios que presta, respecto a la manera de tratar, informar, diagnosticar, curar y cuidar a los pacientes<sup>183</sup>. Además, la formación consigue mejorar la participación de los profesionales sanitarios en los planes de calidad total. Por desgracia, una parte considerable de los profesionales observa el desarrollo de la calidad asistencial con escepticismo, o rechazo<sup>184</sup>. Para lograr que la participación sea lo más efectiva posible, hay que aumentar el nivel de formación y compromiso del personal en el campo de la calidad asistencial. Para ello, hay que ofertar cursos de formación adecuados, e incentivar la formación continuada y la investigación de calidad.

La formación en calidad debe ir dirigida a los componentes de los equipos directivos, a los profesionales sanitarios, y en general, a todo el personal de la organización. El objetivo del Sescam para el año 2002 es que todos los hospitales deberían organizar, al menos, un curso de calidad asistencial.

**METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN**

**Indicador AE12.1.** Número cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial.

Nº de cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial  
Pacto en el CG03..... Resultado alcanzado.....

**Indicador AE12.2.** Número de profesionales que asistieron a los cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial.

Nº de profesionales que asistieron  
Pacto en el CG03..... Resultado alcanzado.....

**Indicador AE12.3.** Número de Servicios que han puesto en marcha algún ciclo de mejora de la calidad asistencial.

OBJETIVO GENERAL 13. Reducir el tabaquismo en el personal sanitario.

*OBJETIVO OPERATIVO 13. Mejorar la implantación de las medidas sobre normas de uso del tabaco.*

El tabaquismo es la primera causa de morbilidad y mortalidad evitable en nuestra sociedad<sup>185</sup>. A nivel mundial, se calcula que un tercio de la población adulta es fumadora. El tabaco produce 4 millones de muertes anuales en el mundo<sup>186</sup>. En España, el tabaquismo es un grave problema de salud pública<sup>187</sup>, produciendo unas 40.000 muertes anuales<sup>188,189</sup>. También se ha demostrado que la inhalación de humo ambiental, tabaquismo pasivo, supone un riesgo para las personas no fumadoras. Los costes sanitarios y sociales ocasionados por las muertes prematuras y las enfermedades atribuibles al tabaquismo son muy elevados. Existen varias razones para establecer medidas para limitar el consumo de tabaco<sup>190</sup>:

- Proteger la salud de los trabajadores y conseguir ambientes de trabajo seguros y saludables.
- Aplicar la legislación vigente.
- Responder a la creciente demanda por parte de la opinión pública.

Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la importancia de su participación activa en la reducción del hábito tabáquico de la población, por las cuatro funciones que desempeñan: modélica, social, educadora y de apoyo<sup>191,192</sup>.

El objetivo es mejorar la implantación en los hospitales de las medidas establecidas en el Real Decreto 192/88 sobre normas de uso del tabaco y que están basadas en la normativa de la OMS, refrendadas por los países europeos<sup>193</sup>:

- Señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios.
- Habilitar áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

La meta final es conseguir "hospitales sin tabaco".

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

<b>Indicador AE13. Medidas adoptadas contra el tabaco.</b>
--

**Indicador AE 13.1. Existe señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios, salvo en zonas permitidas.**

Si  
No

**Indicador AE13.2. Se han habilitado áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.**

Si

No

**Indicador AE13.3. Se han llevado a cabo otras acciones complementarias para la prevención del tabaquismo.**

Si

No

Señalar las acciones llevadas a cabo:

1.....

2.....

3.....

Ejemplos:

- Extensión de la señalización antitabaco en el hospital: plantas, servicios centrales, etc.
- Incluir información sobre la prohibición de fumar y los lugares habilitados para fumadores en los folletos informativos que se entregan al paciente dentro del Programa de Acogida.
- Implantar el día sin tabaco en el centro sanitario.
- Actividades en formación.
- Desarrollo de un programa integral de prevención del tabaquismo.

## OBJETIVO GENERAL AE14. Mejorar la incorporación de nuevos trabajadores.

*OBJETIVO OPERATIVO AE14. Desarrollar un programa de acogida al nuevo trabajador. (Objetivo del CG Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).*

La incorporación de un trabajador a un centro sanitario es un momento clave en la vida laboral<sup>194</sup>. Para el nuevo trabajador, supone un momento de gran tensión. Para beneficio de los trabajadores y la institución, es conveniente que se establezcan claramente las actividades de acogida. Estas actividades pueden consistir en un acto de bienvenida, una charla en la que se oriente a los recién incorporados acerca de las características del hospital y del área, de la cultura de la organización, sistema retributivo, normas, etc. También es importante ofrecer información práctica, como accesos, documentación interna, etc. Es recomendable elaborar una guía con la información por escrito<sup>195</sup>.

### METODOLOGÍA DE MEJORA

#### *Propósito:*

1.- Es necesario que los nuevos trabajadores que se incorporen, de forma temporal o definitiva, conozcan en el menor tiempo posible las características de las Unidades, cuidados y actividades que se realizan, ya que ello facilita su integración y mejora las relaciones interpersonales; y éstos, son dos aspectos necesarios para asegurar una asistencia de calidad.

#### *Plan de actuación:*

- Documentar la estructura, organización y actividad -asistencial y no asistencial- de la Unidad:
  - Descripción y ubicación de las distintas áreas
  - Identificación del material no fungible de la Unidad
  - Recursos humanos. Turnos y cobertura establecida.
  - Definición de puestos de trabajo, funciones, organización, actividades asistenciales, actividades formativas (Cursos, congresos etc).
  - Protocolos de los procedimientos y/o técnicas más frecuentes, de mayor riesgo y los que precisan actuación rápida.
  
- Elaborar el Manual de Acogida al nuevo trabajador, para entregar a su llegada a la Unidad. Constará de:
  - Descripción de la Unidad, turnos y cobertura establecida, organización, catálogo de Intervenciones, protocolos y signos y síntomas de alarma de complicaciones más relevantes.
  
- Entrega del manual al personal de enfermería de nueva incorporación.  
Recogida de opinión de los profesionales que reciben el manual.

- Identificación de problemas y establecimiento de acciones de mejora, si no cubriera las expectativas de los profesionales.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

<b>Indicador AE14.</b> ¿Dispone el hospital de un programa de acogida al nuevo trabajador?
--

Si  
No

Datos 2001 ð                      Datos 2002 ð

¿Dispone el hospital de una guía documentada sobre el programa de acogida?

Si  
No

CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Las áreas a abordar en la guía tendrán que estar orientadas hacia:

- ✓ 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.

### OBJETIVO GENERAL AE15. Mejorar la comunicación interna en la organización.

*OBJETIVO OPERATIVO AE15. Establecer un plan de comunicación interno (Objetivo de la Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).*

La comunicación interna dirigida a los profesionales debe mejorar. Para ello, el Plan de Calidad Total del INSALUD proponía una serie de acciones, como son: difundir las iniciativas de mejora, y establecer un plan de comunicación interna y externa (ciudadanos, medios de comunicación). Así, las gerencias deben adoptar las medidas necesarias para que las decisiones tomadas por los órganos ejecutivos (Comisión Paritaria A.P-A.E) lleguen a todos los profesionales implicados.

Se deben combinar las formas de comunicación clásica con algunas nuevas, como la utilización de la intranet, allí donde sea factible, que está resultando muy útil. Otra medida a aplicar es la creación de un boletín en el centro (objetivo del Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-Sescam 2002).

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN



Pacto en el CG02 .....	Resultado alcanzado
.....	

*OBJETIVO OPERATIVO AE17. Colaborar con ONGs en proyectos nacionales e internacionales.*

El auge de las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) refleja la preocupación de la sociedad por realizar actividades efectivas frente a los diversos problemas sociales. Los centros sanitarios tienen experiencia en la colaboración nacional e internacional con las ONGs, a través de sus profesionales, a la vez que pueden beneficiarse de la actividad que estas desarrollan.

**Indicador AE17.1.** Número de ONGs que colaboran con el Servicio de Trabajo Social durante el ingreso (acompañamiento de pacientes, familiares, inmigrantes)

**Indicador AE17.2** Número de Programas de Cooperación con el Desarrollo con los que colabora el hospital a través de sus profesionales

### **C.2.2. Objetivos opcionales**

OBJETIVO AE 18. El hospital tiene un sistema de Alerta para la detección de pacientes portadores de gérmenes resistentes.

La resistencia de los microorganismos a los antibióticos es un problema que afecta tanto al hospital como a la Comunidad<sup>198</sup>. Una de las potenciales fuentes de infección dentro del ámbito hospitalario la constituyen los sujetos portadores de gérmenes resistentes, que si bien pueden no desencadenar patología alguna en los mismos sí pueden transmitirse a enfermos comprometidos agravando su patología. Para paliar esta situación además de las medidas de precaución estándar es importante disponer de un sistema que identifique los potenciales portadores con la finalidad de aislarlos de otros enfermos y realizar el tratamiento preventivo adecuado para la erradicación de estos microorganismos.

**CRITERIOS**

- El hospital tiene implantado un sistema de Alerta y aislamiento de pacientes portadores potenciales de gérmenes multirresistentes .
- El sistema de Alerta ha sido diseñado de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende, con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados y de los expertos en infección hospitalaria.
- El sistema adoptado por el hospital se encuentra documentado.

- Están definidos el servicio y personas responsables y se describen las actividades que se deben llevar a cabo.
- Se dispone de protocolos actualizados de actuación (aislamientos, cultivos, medidas de control etc.)
- Se monitorizan los factores de riesgo (ingresos anteriores, residencias de ancianos, casas de cuidados) las tasas de infección (prevalencia y/o incidencia) y las tendencias de este tipo de pacientes.
- Se difunde la información a todos los implicados incluido el médico de atención primaria alta.

**Indicador AE18** ¿Se dispone de un sistema de alerta para la detección de pacientes portadores de gérmenes resistentes?

OBJETIVO 19. Desarrollar un sistema de vigilancia y control de la contaminación microbiológica del medio ambiente hospitalario.

La actividad hospitalaria se caracteriza por ser constante, con el consiguiente desgaste del hospital; por ello el mantenimiento de las instalaciones en condiciones óptimas es un requisito necesario para garantizar la calidad de las prestaciones.

La infección nosocomial, que ya es un problema de los hospitales, también puede tener su origen en fuentes medio-ambientales y por microorganismos no habituales que tienen una gran repercusión social y epidemiológica (Legionella, Aspergillus) o por gérmenes multirresistentes propios del ámbito hospitalario (Pseudomonas) originando brotes nosocomiales<sup>199,200</sup>

Si bien es muy difícil y costoso erradicar la contaminación de estos gérmenes del medio ambiente hospitalario, es posible vigilar y controlarla en las instalaciones para detectar las situaciones de riesgo y aplicar las correcciones preventivas oportunas a cada caso concreto.

**CRITERIOS**

- El hospital tiene implantado un sistema de vigilancia y control de la contaminación microbiológica del medio ambiente hospitalario.
- El sistema de vigilancia ha sido diseñado de acuerdo al tipo de hospital, su antigüedad e instalaciones, con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados y de los expertos en infección hospitalaria.
- El sistema adoptado por el hospital se encuentra documentado.
- Están definidos el servicio y personas responsables y se describen las actividades que se deben llevar a cabo.
- Se dispone de protocolos actualizados de actuación (mantenimiento y/o tratamiento preventivo de las instalaciones, control de brotes, etc.)
- Se monitorizan los factores de riesgo, los niveles de contaminación y las tendencias.
- Se ha realizado un registro con informes periódicos de la situación medio ambiental de bioseguridad en la Dirección Gerencia.
- Se difunde la información a todos los implicados.
- Se analizan las causas y se implantan las acciones necesarias para mejorar.

**Indicador AE19** ¿Se dispone de un sistema de vigilancia y control de la contaminación microbiológica del medio ambiente hospitalario?

## OBJETIVO 20. Realizar actividades para disminuir el impacto medioambiental.

El primer paso para minimizar el impacto medioambiental de la actividad hospitalaria es conseguir una buena gestión de residuos dentro del hospita<sup>201</sup>. Esto último se hace imprescindible, dada la producción creciente y la variedad de los mismos que diariamente se generan, siendo la característica principal su potencial contaminación biológica lo que constituye un riesgo para la salud y el ecosistema<sup>202</sup>.

- El hospital tiene diseñado e implantado un Sistema Integral de Gestión de Residuos.
- El hospital tiene establecidas medidas para la reducción del consumo de agua.
- El hospital favorece el reciclaje de materiales que pueden causar daños ambientales (pilas alcalinas y de mercurio, productos informáticos, tubos fluorescentes, vidrio, etc)

### CRITERIOS

- El hospital tiene implantado un sistema de gestión interna de eliminación de residuos (identificación, segregación, envasado, almacenamiento, transporte interno y eliminación centralizada y tratamiento si se produce en el propio centro) .
- El hospital tiene establecidas medidas para la adecuación del consumo de agua a sus necesidades.
- El hospital tiene establecidas medidas para el reciclaje de materiales que pueden causar daños ambientales
- El sistema de gestión ha sido diseñado de acuerdo al tipo de hospital, instalaciones y pacientes que atiende, con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados y de los expertos en infección hospitalaria.
- El sistema adoptado por el hospital se encuentra documentado.
- Están definidos el servicio y personas responsables y se describen las actividades que se deben llevar a cabo.
- Se dispone de protocolos actualizados de actuación (normas de limpieza, desinfección, residuos infecciosos, químicos, radiactivos, etc.)
- Se monitoriza la segregación, envasado, almacenamiento, transporte y las tendencias en la producción de residuos.
- Se difunde la información a todos los implicados.
- Se analizan las causas y se implantan las acciones necesarias para mejorar.

### **C3. Monitorización de indicadores**

La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad<sup>203,204</sup>. Esta actividad tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir<sup>205,206,207</sup>. La monitorización de indicadores de calidad sirve como complemento a la evaluación de los objetivos comunes. Su utilidad ha sido demostrada en programas de evaluación de indicadores, como el HEDIS<sup>208,209</sup>, el “Maryland Hospital Association Quality Indicator Project”<sup>210</sup>, o el “University Hospital Consortium”<sup>211</sup>. Por desgracia, en nuestro país todavía no se ha consensuado un conjunto de indicadores de calidad, que permita realizar comparaciones válidas<sup>212</sup>. Por ello, el Sescam mantiene los indicadores utilizados en años anteriores por el INSALUD, si bien deberán ser revisados en los próximos años.

Una parte de los indicadores de calidad pueden ser calculados a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que se analiza de forma centralizada. 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. El CMBD en Castilla la Mancha está regulado por el Decreto 73/2002 de 14 de mayo de 2002 (DOCM 17 de mayo de 2002). Este decreto afecta al CMBD de los episodios de hospitalización, cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios.

Los indicadores de calidad extraídos del CMBD tienen ciertas limitaciones metodológicas, lo que obliga a una utilización responsable de los datos, tanto a nivel local como al nivel de la organización. 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. A pesar de sus limitaciones, el sistema de información CMBD ha tenido éxito y se está mejorando y ampliando<sup>213</sup>.

Existen otra serie de indicadores que no se pueden obtener automáticamente de los sistemas de información del CMBD y que precisan estudios específicos en los hospitales. Algunos son indicadores clínicos y otros evalúan la adecuación de la atención sanitaria. En general, hay que procurar utilizar indicadores que tengan una fácil interpretación clínica o de gestión, y sean útiles para que los profesionales mejoren su práctica asistencial<sup>214</sup>. Para el año 2003, se mantienen los indicadores que están siendo útiles en la mejora continua de la calidad asistencial, si bien de cara al 2004, será necesario realizar

#### **Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD y otras bases de datos**

Muchos de los resultados del grupo de indicadores incluidos en el Plan de Calidad se obtienen de la explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Estos indicadores pueden ser monitorizados en los hospitales y sus resultados ser conocidos por los servicios clínicos y/o las comisiones de calidad responsables de su valoración.

Basándose en los resultados y las tendencias, podrán analizar las causas y proponer acciones de mejora.

*Mortalidad potencialmente evitable.* Existen una serie de procesos que, en un determinado rango de edad, no deberían producir mortalidad alguna. Sus datos provienen de los estudios de Holland<sup>215</sup>, quien estableció una tabla de mortalidad evitable para todo el conjunto del sistema sanitario y para la asistencia sanitaria intrahospitalaria. Es un indicador centinela, ya que la aparición de un solo caso obliga a una investigación, para detectar problemas de calidad y corregir aquellas situaciones que pudieran haberlo provocado.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Con la periodicidad que el hospital decida, el sistema informático del hospital realizará una búsqueda para detectar casos de mortalidad que estén incluidos en la tabla de Holland para casos intrahospitalarios. Los servicios recibirán esta información y deberán emitir un informe pormenorizado a la Comisión de Mortalidad o en su defecto a la Dirección Médica en donde se indicará:

- Resumen de historia clínica del caso.
- Estudio pormenorizado de causas de mortalidad.
- Problemas de calidad detectados.
- Resoluciones tomadas en el caso particular.

<b>Nombre del indicador</b>	<b>MORTALIDAD POTENCIALMENTE EVITABLE</b>															
<b>Dimensión de la calidad</b>	Efectividad, Seguridad															
<b>Justificación</b>	Existen una serie de procesos que, en un determinado rango de edad, no deberían producir mortalidad alguna. Es un indicador centinela.															
<b>Fórmula / Formato</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total pacientes fallecidos en el hospital por causas potencialmente evitables} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ pacientes dados de alta por estas causas}}$															
<b>Explicación de términos</b>	Pacientes fallecidos por causas potencialmente evitables, son: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ENFERMEDAD</th> <th>EDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asma (Código 493)</td> <td>5 – 64 años</td> </tr> <tr> <td>Apendicitis (Código 540 al 543)</td> <td>5 – 64 años</td> </tr> <tr> <td>Hernia abdominal (Código 550 al 553)</td> <td>5 – 64 años</td> </tr> <tr> <td>Colelitiasis (Código 574), Colecistitis (Código 575)</td> <td>5 – 64 años</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad materna (Código 640 al 676)</td> <td>Todos</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad perinatal (Código 760 al 779)</td> <td>Todos</td> </tr> </tbody> </table> Fuente: Holland EE, Paul EA, Lakhani A. Avoidable deaths. <i>The Lancet</i> 1988; july 16:169.		ENFERMEDAD	EDAD	Asma (Código 493)	5 – 64 años	Apendicitis (Código 540 al 543)	5 – 64 años	Hernia abdominal (Código 550 al 553)	5 – 64 años	Colelitiasis (Código 574), Colecistitis (Código 575)	5 – 64 años	Mortalidad materna (Código 640 al 676)	Todos	Mortalidad perinatal (Código 760 al 779)	Todos
ENFERMEDAD	EDAD															
Asma (Código 493)	5 – 64 años															
Apendicitis (Código 540 al 543)	5 – 64 años															
Hernia abdominal (Código 550 al 553)	5 – 64 años															
Colelitiasis (Código 574), Colecistitis (Código 575)	5 – 64 años															
Mortalidad materna (Código 640 al 676)	Todos															
Mortalidad perinatal (Código 760 al 779)	Todos															
<b>Población</b>	- N° total de pacientes dados de alta según enfermedades y edades enunciadas anteriormente															

	- Periodo de estudio: 1 mes al año (exceptuando el mes de agosto)
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuente de datos</b>	CMBD
<b>Estándar</b>	0% (La aparición de un solo caso obliga a una investigación, para detectar problemas de calidad y corregir aquellas situaciones que pudieran haberlo provocado)
<b>Comentarios</b>	Los servicios recibirán esta información y deberán emitir un informe pormenorizado a la Comisión de Mortalidad o en su defecto a la Dirección Médica en donde se indicará: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumen de historia clínica del caso.</li> <li>- Estudio pormenorizado de causas de mortalidad.</li> <li>- Problemas de calidad detectados.</li> <li>- Resoluciones tomadas en el caso particular.</li> </ul>

*Tasa de mortalidad neonatal.* Es un indicador de los riesgos neonatales. En su numerador se incluyen todos los recién nacidos fallecidos entre el parto y el día 28 de vida, y en el denominador, todos los recién nacidos.

*Tasa de mortalidad perioperatoria específica por proceso. (bypass coronario, fractura de cadera).* Mortalidad producida en pacientes sometidos a algún procedimiento quirúrgico, en las primeras 48 horas tras la anestesia. Puede calcularse la mortalidad específica para algunos procedimientos frecuentes, por ejemplo, el bypass coronario o en la fractura de cadera. De todas formas, hay que ser especialmente cuidadoso en la interpretación de los resultados de este tipo de indicadores, ya que existen problemas metodológicos que pueden reducir su validez<sup>216,217</sup>.

*Altas y estancias potencialmente ambulatorias.* Se calcula el número de altas y estancias generadas por los pacientes hospitalizados (totales y en el grupo de edad de mayores de 65 años), correspondientes a los GRDs definidos como potencialmente ambulatorios, así como el porcentaje que representan con respecto al total.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Tabla de GRDs potencialmente ambulatorios.

<b>GRD</b>	<b>DESCRIPCION</b>
6	LIBERACIÓN DEL TUNEL CARPIANO
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITREC
40	PROCEDIM.EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD > 17
41	PROCEDIM.EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD < 18
42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRI
55	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BO
59	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17

60	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18
61	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD > 17
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC
160	PROC.SOBRE HERNIA EXCE.INGUI.&FEMORAL>17 SIN CC
162	PROC.SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL >17 SIN CC
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC
228	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTIC., U OTROS CON CC
229	PRO.SOBRE MANO O MUÑECA,EXCE.PROC.MAYORES SIN CC
231	EXCIS.LOCAL&ELIMIN.DISP.FIJACION INT.EXC CAD&FEM
232	ARTROSCOPIA
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROC.NO MAL
267	PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFER.PILONI
339	PROC.SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17
340	PROC.SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18
342	CIRCUNCISION EDAD>17
343	CIRCUNCISION EDAD<18
351	ESTERILIZACION, VARON
361	INTERRUPCION TUBARICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROT
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA
364	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEO
494	COLECISTEC.LAPAR.SIN EXPLORAC.COND.BILIAR SIN CC

*Tasa de cesáreas.* Relación entre el número de cesáreas (GRDs 370, 371, 650 y 651) y el número total de partos más cesáreas (GRDs 370, 371, 372, 373, 374, 375, 650, 651 y 652).

Las tasas de parto por cesárea han aumentado enormemente en todo el mundo, aunque de forma variable, según áreas geográficas y hospitales. En España, la tasa más reciente de cesáreas en los hospitales del INSALUD (1999) se sitúa en el 19,2%. En este aumento, se han implicado factores como la presentación de nalgas, inmadurez fetal, aumento de la utilización de la monitorización fetal, y medicina defensiva. Se ha señalado que uno de los factores que más influye es el estilo de práctica de los médicos<sup>218</sup>. En nuestro país, existen variaciones en la tasa de cesáreas de los hospitales públicos, que no pueden ser explicadas por factores clínicos o de riesgo obstétrico<sup>219</sup>.

Es posible reducir la tasa de cesáreas cuando es excesivamente elevada<sup>220</sup>. Para ello, debe existir estrategias como lograr un compromiso entre la organización y los servicios responsables, mejorar la educación a pacientes y profesionales, monitorización y divulgación de las tasas de cesáreas de un modo no culpabilizador, etc<sup>221</sup>.

*Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).* Los reingresos hospitalarios se han considerado desde hace tiempo como indicadores de interés para evaluar la calidad de la asistencia prestada, si bien su obtención y comparación presenta problemas metodológicos importantes<sup>222</sup>. La tasa global de reingresos está

influida por factores dependientes de la enfermedad y del propio paciente<sup>223</sup>. A pesar de estas limitaciones, el estudio de los reingresos urgentes por la misma CDM en un periodo de tiempo limitado ayuda a detectar problemas de no calidad en la asistencia hospitalaria previa<sup>224</sup>.

*Estancias prequirúrgicas.* Estancia media preoperatoria de las altas (totales y sólo programadas) con GRD quirúrgico que tienen cumplimentado el campo fecha de la intervención y que esta se encuentra comprendida dentro del episodio clínico.

*Ingresos tras cirugía mayor ambulatoria.*

## Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos en los hospitales.

### *Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.*

Mide la cantidad de pacientes que tras ser atendidos en el servicio de urgencias hospitalarias y ser dados de alta, regresa al mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa<sup>225</sup>. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el servicio de urgencias del hospital. Si bien, en sentido estricto deberían tenerse en cuenta únicamente los que vuelven por el mismo motivo, resulta muy difícil, cuando no imposible, considerar si es o no el mismo motivo el que le hace retornar. En este sentido, una complicación o un síntoma nuevo sobrevenido en el curso de un problema no bien resuelto podrían falsear la bondad del dato. Por este motivo es preferible incluir los retornos por cualquier causa, dado que el sesgo introducido es menor y menos relevante.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Tiene el hospital informatizados los registros en urgencias

- Sí
- No

Periodo de tiempo estudiado

.....

Resultado

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

### *Sistema de vigilancia de las úlceras por presión.*

El estudio EPINE es realizado en estos momentos por la gran mayoría de los hospitales del INSALUD. Por ello se solicita la prevalencia de pacientes con úlceras por presión, obtenido por el EPINE ya que es un factor de riesgo de la infección nosocomial. Este dato, al ser recogido con una metodología similar, puede ser comparado; aunque en realidad, está midiendo la prevalencia de pacientes ulcerados, y no la aparición de úlceras durante el ingreso hospitalario.

Además, el hospital debe tener un sistema de vigilancia de las úlceras de acuerdo a sus características. De esta forma, centrará la vigilancia sobre los pacientes o áreas que crea conveniente, para que el esfuerzo realizado se derive en el máximo beneficio para los pacientes. Los indicadores obtenidos pueden ser comparables cuando se mide en pacientes de las mismas características, con metodología similar.

## METODOLOGÍA DE MEJORA

### SISTEMA DE VIGILANCIA DE ULCERAS POR PRESION

- *Población:*  
Todos los pacientes ingresados en las unidades de riesgo.

El sistema de vigilancia se basa en: Prevalencia.

- **Objetivo**

***Determinar pacientes de riesgo***

#### **Indicador**

%de pacientes de riesgo

#### **Fórmula**

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo} * 100}{\text{Nº de pacientes evaluados}}$$

- *Objetivo*  
Establecer los pacientes que desarrollan úlceras por presión

#### **Indicador**

% de pacientes de riesgo/no riesgo que desarrollan UPP

#### **Fórmula**

$$\frac{\text{Nº de pacientes con UPP} * 100}{\text{Nº total de pacientes evaluados (ingresados)}}$$

- *Objetivo*  
Establecer los pacientes de riesgo que desarrollan úlceras nuevas

#### **Indicador**

% de pacientes de riesgo que desarrollan UPP nuevas

#### **Fórmula**

$$\frac{\text{Nº pacientes de riesgo que ha desarrollado UPP durante su estancia} * 100}{\text{Nº de pacientes de riesgo}}$$

Hospital	1 Pacientes ingresados	2 P.con riesgo	3 P. con R. sin UPP	4 P.con UPP	5 P. con UPP nosocom ial	% Pac. Riesgo	% Pac con UPP	% Pac riesgo con UPP	% Pac. con UPP nosoco mial	% Pac. riesgo sin UPP

**Observaciones:**

La monitorización de U.P.P. se realizará a través de los datos recogidos un día de cada mes en todas las unidades de riesgo, excepto en el periodo vacacional.

***Propuesta de acciones de mejora para 2003:***

- Estudio de incidencia en las unidades detectadas de mayor nº de UPP nosocomiales y seguimiento de cuidados en enfermería de acuerdo a protocolo.
- Constituir un **Grupo de Mejora** con unos objetivos concretos:
  - Analizar qué factores son los que con mayor frecuencia condicionan la aparición de las mismas en el Hospital, para establecer los criterios de planificación de cuidados y prevenir su aparición.
  - Determinar las actividades a realizar para el cuidado y tratamiento a pacientes con U.P.P.
  - Revisar y/o elaborar sistemas de registro para seguimiento de cuidados a pacientes con U.P.P.
  - Establecer un sistema de monitorización que permita evaluar la calidad de los cuidados e identificar desviaciones.
  - Monitorizar la vigilancia de las Úlceras Por Presión.
  - Realizar un Informe de Enfermería al Alta para garantizar la continuidad de cuidados a todos los pacientes que:
    - Presentan riesgo de aparición de U.P.P. durante su estancia, al Alta o al Ingreso.
    - Presentan U.P.P. durante su estancia en el C.H.T.,
    - Ingresan con U.P.P. desde su domicilio o residencia habitual.

***\*Se adjunta Hoja de Registro, para analizar con el Grupo***

# EVALUACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

UNIDAD DE ENFERMERÍA \_\_\_\_\_

FECHA DE LA MUESTRA \_\_\_\_\_

Nº de pacientes ingresados el día de la fecha	(1)
Nº de pacientes con riesgo según Escala de Norton Modificada -INSALUD - (Puntuación <14)	(2)
Nº de pacientes de riesgo sin úlceras	(3)
Nº de pacientes con úlceras	(4)
Nº de pacientes que han desarrollado úlceras nuevas en la Unidad	(5)
Nº de pacientes con úlceras procedentes de otra Unidad del Complejo	(6)
Unidades de procedencia:	

*Pega en este impreso la etiqueta de identificación de los pacientes declarados por primera vez en la Unidad.*

*Envía esta hoja a la Unidad de Calidad, el día 4 de cada mes.*

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Fórmula del indicador (*Epine*)

Número de pacientes con úlceras de decúbito  
Número de total de pacientes estudiados (EPINE)

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

*Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.*

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Número de casos de infección nosocomial en un día determinado} \times 100}{\text{Número total de pacientes estudiados en ese día}}$$

Resultado

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

*Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.*

#### METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

*Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.*

#### METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número de infecciones urinarias en pacientes sondados} \times 100}{\text{Número de pacientes sondados}}$$

Resultado

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

*Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.*

#### METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número de infecciones de herida quirúrgica en determinado procedimiento} \times 100}{\text{Número de pacientes intervenidos por dicho procedimiento}}$$

*Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).*

Los hospitales deben de tener un sistema de vigilancia de la infección nosocomial de acuerdo a sus características. Dicho sistema proporciona una serie de medidas de la ocurrencia de infección nosocomial, que permiten al hospital detectar brotes, conocer su evolución en el tiempo, y comparar sus tasas con hospitales de complejidad similar.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Los criterios utilizados para definir infección respiratoria:

Infección respiratoria:

- Neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- Traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica.

<b>Criterio de Infección Respiratoria</b>
Sintomatología clínica + hallazgos radiológicos compatibles
Cavitación de un infiltrado radiológico previo
Cultivo + en líquido pleural concordante con broncoaspirado simple
Hemocultivo + concordante con broncoaspirado simple
Broncoaspirado simple
Broncoaspirado cuantitativo ( $< 10^5$ , de $10^5$ a $10^6$ , $> 10^6$ UFC)
Broncoaspirado con catéter telescópado ( $< 10^3$ , de $10^3$ a $10^4$ , $> 10^4$ UFC)
Lavado bronco alveolar ( $< 10^4$ , de $10^4$ a $10^5$ , $> 10^5$ UFC)
Hallazgos positivos en estudio anatomopatológico
Patógeno primario (Legionella o Micobacteria)
Serología positiva

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número de infecciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica} \times 1000}{\text{Días totales de ventilación mecánica}}$$

Resultado

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 1000 = \dots\dots\dots\%$$

*Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.*

Una de las características que debe tener una asistencia de calidad es la adecuación. La asistencia sanitaria debe ser apropiada a las necesidades, los recursos, y el conocimiento científico<sup>226</sup>. La prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria aumenta el riesgo de eventos adversos, como la infección nosocomial. La reducción del uso innecesario produce una disminución de los tiempos diagnósticos que puede reducir demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico o la atención a los pacientes<sup>227</sup>. La información sobre el uso innecesario a clínicos y gestores se ha mostrado eficaz para reducirlo<sup>228,229</sup>. Por otra parte, se están desarrollando formas de atención domiciliaria alternativas a la hospitalización, como es la hospitalización a domicilio<sup>230</sup>. Estos avances influirán en la forma de entender la atención hospitalaria.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El AEP<sup>231</sup> es un protocolo con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas en pacientes adultos. Trata de identificar las causas, como problemas de organización hospitalaria, pautas de hospitalización conservadoras, falta de recursos asistenciales extrahospitalarios<sup>232</sup>, etc. Este protocolo no evalúa la atención médica que recibe el paciente<sup>233</sup>, sino el nivel asistencial donde esta se presta. Asume que los cuidados que recibe el paciente son adecuados desde el punto de vista clínico. Por lo tanto, existiría una proporción superior de utilización inadecuada no detectada con este instrumento. Existen varias versiones del instrumento, entre ellas, una pediátrica<sup>234</sup>.

El AEP comenzó a ser utilizado hace más de 20 años, y sigue siendo considerado como un instrumento útil y fiable<sup>235</sup>. El análisis de la hospitalización innecesaria permite optimizar la utilización de recursos hospitalarios e identificar las necesidades de dotación de otros tipos de unidades de apoyo (atención de corta estancia, sociosanitaria, etc<sup>236</sup>).

RD.....EM.....EM del grupo.....

Resultado:

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

### *Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.*

Es el porcentaje de intervenciones programadas a realizar con ingreso que son anuladas con posterioridad a su inclusión en parte quirúrgico por cualquier causa, independientemente de que sean sustituidas o no.

Es un cálculo informático sobre la base de datos hospitalaria que registra las intervenciones quirúrgicas programadas. Es importante conocer las causas de las suspensiones para implantar acciones de mejora; por lo tanto se debe establecer un sistema de registro de las causas.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Fórmula del indicador

$$\frac{N^{\circ} \text{ de intervenciones programadas suspendidas} \times 100}{N^{\circ} \text{ de intervenciones programadas}}$$

Periodo de estudio

.....

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

Señalar la causa más frecuente:

CAUSA DE SUSPENSION	
Motivo clínico (desaparece indicación, contraindicación quirúrgica, complicación clínica, etc.)	
Paciente (renuncia, no se presenta, etc.)	
Modificación de la programación en el mismo día por causa imprevista (prolongación intervenciones previas, cirugía urgente)	
Técnica-administrativa (cambio de programación, falta de camas, problemas técnicos, averías, etc.)	
Falta por completar el estudio preoperatorio	
Varios, desconocida	

#### *Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas.*

La actividad desarrollada en consultas externas, surgida como apoyo a la de hospitalización, ha ocupado tradicionalmente un papel secundario frente a ésta. El mayor consumo de recursos de la hospitalización y la atención a casos más complejos de las diferentes especialidades médicas en esta modalidad asistencial, justifica un mayor interés por esta área de gestores y profesionales sanitarios.

En los últimos años, sin embargo, la conjunción de una serie de factores ha modificado este comportamiento promoviendo que las consultas externas cobren un mayor protagonismo. Entre estos factores cabe destacar la tendencia a la atención ambulatoria de los procesos en detrimento de la hospitalización; incremento de la actividad en consultas, como consecuencia lo anterior y del aumento de la demanda; demoras excesivas en consultas externas, con lo que ello supone de pérdida de calidad de la asistencia; deficiencias en la gestión de la actividad de consulta externa que genera insatisfacción en pacientes y profesionales.

El año pasado se incluyó un indicador que medía el porcentaje de suspensión de consultas, pero este indicador no fue definido de forma precisa y por tanto, fue medido de forma heterogénea. El indicador a monitorizar este año se adaptará al contenido y definiciones de la Guía de Gestión de Consultas Externas<sup>237</sup>.

El sistema de información necesario para la gestión de las CCEE y obtención automática de indicadores aún no se ha implantado en todos los hospitales, por lo que la obtención de información sobre estos aspectos deberá llevarse a cabo a través de estudios específicos prospectivos algunos los hospitales.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de citas anuladas} \times 100}{\text{Nº de citas programadas}}$$

$$\frac{\text{Nº de citas reprogramadas} \times 100}{\text{Nº de citas programadas}}$$

Periodo de estudio: durante un mes.

Especialidades a evaluar: aquellas recogidas como de libre elección en el Real Decreto 8/1996 de 15 de Enero: Cardiología, Cirugía General y del aparato Digestivo, Dermatología Médico-Quirúrgica y Veneorología, Aparato Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Neumología, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, ORL, Traumatología y Cirugía ortopédica, y Urología.

### *Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.*

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) son el primer contacto con el hospital para muchos ciudadanos<sup>238</sup>. La imagen del centro está muy mediatizada por la de su Servicio de Urgencias. El tiempo en ser atendido es la causa del 20% de las quejas producidas en estos servicios<sup>239</sup>. El tiempo de permanencia de los pacientes<sup>240</sup> puede ser utilizado como indicador de calidad en la evaluación de los SHU.

Una característica fundamental de la atención urgente es la rapidez. El paciente en urgencias debe ser atendido sin grandes dilaciones con el objetivo de identificar en poco tiempo su problema, y buscarle la solución más adecuada en el contexto real en que se presenta. Un tiempo de estancia prolongado puede significar que existen déficits de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficientes, etc. Existe incluso un porcentaje de pacientes que abandonan los SUH sin haber recibido atención<sup>241</sup>.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

### **Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias.**

- Se ha obtenido del sistema de información de urgencias.
- Se ha realizado un estudio específico
- Se han detectado las causas

Periodo de estudio

.....

Resultado

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

### **Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias.**

Periodo de estudio

.....

Resultado

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

*Porcentaje de pacientes ASA I a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio sin estar indicado*

La radiografía de tórax continúa siendo ampliamente utilizada en el estudio preoperatorio para el despistaje de patología pulmonar a pesar del alto coste y bajo rendimiento demostrado y el carácter acumulativo de las radiaciones<sup>242</sup>.

Según el grupo de expertos que elaboraron el informe “Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático”, realizado por la Agencia de Evaluación Vasca<sup>243</sup> y de otras agencias<sup>244</sup>, no existe evidencia científica documentada de que la radiografía de tórax tenga un efecto favorable en la disminución del riesgo perioperatorio. En el paciente de riesgo ASA I no debe solicitarse radiografía preoperatoria, salvo en los siguientes casos<sup>245,246</sup>;

- Pacientes mayores de 60 años.
- Inmigrantes de países en vías de desarrollo sin radiografía de tórax en los 12 meses anteriores.
- Obesos (IMC mayor de 30)
- Fumadores de más de 20 cigarrillos/día.

En realidad, no todas las agencias consideran las mismas excepciones, pero todavía no existe un consenso al respecto.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes < 60 ASA 1 que tiene RX tórax en el estudio preoperatorio}}{\text{Nº pacientes < 60 ASA 1 con estudio preoperatorio estudiados}} \times 100$$

Resultado

$$\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$$

### *Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias.*

Un reciente estudio en España señala que una parte importante de los accesos venosos practicados en los servicios de urgencia son innecesarios, generando riesgos yatrogénicos, carga de trabajo y coste económico<sup>247</sup>. Es un aspecto novedoso, poco estudiado en nuestro país<sup>248</sup>, y susceptible de ser evaluado y mejorado.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La metodología propuesta consiste en la realización de un estudio prospectivo o retrospectivo (dependiendo de las características específicas del servicio de urgencias de cada hospital y de su sistema de registro).

La población de estudio sería conveniente escogerla en el mes de mayo, evitando de esta forma la estacionalidad que provocaría un sesgo en los resultados. Se realizará un muestreo aleatorio simple en el área de urgencias correspondiente a Medicina Interna (según la tabla aportada para el cálculo del tamaño muestral para estudios de historias clínicas).

Criterios de adecuación: han de presentarse al menos uno de ellos para considerar que el acceso venoso es adecuado.

- 1.- Paciente sometido a TTº intravenoso en el S.U.H.
- 2.- Paciente ingresado en hospitalización tras recibir la atención en el S.U.H.
- 3.- Paciente al que se le ha practicado más de dos extracciones sanguíneas secuenciadas durante su permanencia en el S.U.H.

¿El servicio de urgencias de su hospital está distribuido en áreas?

si

no

Describe las áreas de su servicio de urgencias:

.....  
.....

Fórmula del indicador

Nº pacientes que cumplen criterios de adecuación de acceso venoso

Nº total de pacientes con acceso venoso

Resultado

Nº total de pacientes atendidos en el área de Medicina Interna del S.U.H. ....

Nº de pacientes con acceso venoso .....

Nº de pacientes estudiado .....

Periodo de estudio .....

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

*Calidad de investigación y docencia. Número de sesiones generales del hospital.*

Las funciones investigadora y docente son parte de las actividades realizadas por un hospital, junto a las puramente asistenciales. Por ello, es conveniente que también sean monitorizadas desde el Plan de Calidad.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Indicador

Nº sesiones generales del hospital durante el año

Resultado

Nº sesiones .....

#### **C4. Plan de Calidad del Hospital.**

Los centros hospitalarios tienen la responsabilidad de ofrecer una asistencia de la máxima calidad posible, adecuada a las expectativas y necesidades de la población. Por ello, los centros deben disponer de un Plan de Calidad del Hospital. Dicho plan debe partir de un análisis de las características propias del centro, desarrollando los planes de acción necesarios para la evaluación y mejora continua.

El Plan de Calidad incluido en el Contrato de Gestión proporciona parte de los objetivos a desarrollar en el Plan de calidad del Hospital. Sin embargo, varios servicios no están suficientemente representados en este Plan de Calidad Común. Por ello, es necesario insistir en que el Plan de Calidad del hospital debe ser diseñado en función de sus prioridades, desarrollando y evaluando los objetivos que le correspondan a cada servicio o unidad<sup>249</sup>. Anualmente el hospital debe documentar su Plan de Calidad en una Memoria.

El Plan de Calidad Total del INSALUD establecía una serie de objetivos generales para sus centros (hospitales y centros de salud), que siguen siendo válidos para el Sescam:

- Implementar los objetivos corporativos.
- Impulsar la mejora continua en busca de la excelencia.
- Fomentar la implicación, motivación y mejora de la satisfacción de los profesionales.
- Utilizar adecuadamente los recursos.
- Diseñar un sistema de información integrado.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes del centro.
- Proceso de evaluación.

## **d) Objetivos de Calidad de la Atención Sanitaria de Urgencias y Emergencias**

La Junta de Comunidades de Castilla la Mancha ha asumido la responsabilidad de planificar y organizar la atención sanitaria de carácter urgente a la población de la región.

Objetivo UE1. Mantener un programa de formación en los diversos aspectos de la atención a urgencias para los profesionales de los PAC (Objetivo recogido en el CG Consejería de Sanidad-Sescam 02-03).

Objetivo UE2. Contestar las reclamaciones en menos de 30 días (Objetivo de Calidad del Anexo IV del Contrato de Gestión 02).

Objetivo UE3. Cumplimentar correctamente la hoja de asistencia (Objetivo de Calidad del Anexo IV del Contrato de Gestión 02).

## e) Objetivos de Calidad comunes. Continuidad de cuidados

La continuidad de cuidados o longitudinalidad clínica es “la capacidad de articular una perfecta continuidad en los procesos de atención, con independencia del lugar donde ésta se preste y concentrando lo más cerca posible del paciente los recursos necesarios, con los criterios de máxima calidad, eficacia, efectividad y eficiencia<sup>250</sup>”.

La continuidad de cuidados en salud es una dimensión de la calidad cada vez más importante. La adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en el proceso asistencial debe ser un objetivo prioritario. El usuario de los servicios de salud exige que los servicios se adapten a sus necesidades, y que se den respuestas organizativas a las mismas<sup>251</sup>. Sin embargo, nuestro sistema sanitario todavía no ha alcanzado un adecuado nivel de coordinación entre niveles<sup>252</sup>.

### E1. Objetivos obligatorios

OBJETIVO GENERAL CC1. Asegurar la continuidad de cuidados en el Sescam

*OBJETIVO OPERATIVO CC1. Establecer protocolos de actuación con Atención Especializada en el 100% de las Zonas Básicas de Salud (Objetivo recogido en el CG Consejería de Sanidad-Sescam 2003).*

<b>Indicador CC1.</b> Porcentaje de ZBS en las que se han establecido protocolos de actuación con Atención Especializada
--

La continuidad de la asistencia es la adecuación continua de las necesidades del paciente al nivel y tipo adecuados de servicio médico, de salud o social<sup>253</sup>. Los elementos clave para garantizar el cuidado continuado son difundir, conocer y asumir por parte de los profesionales la atención continuada, tener instrumentos que lo faciliten, establecer un circuito o sistema de coordinación a lo largo de la asistencia, señalando los responsables o referentes del proceso en el nivel que se sitúe, y evaluar para poder mejorar<sup>254</sup>.

Algunas de las patologías y/o tratamientos que requieren continuidad de cuidados son las siguientes:

- Enfermedades terminales.
- Enfermedades neurológicas.
- Ancianos con pluripatología.

- Enfermedad cardiaca congestiva.
- Accidente cerebrovascular.
- Nutrición enteral y parenteral.
- EPOC.
- Úlceras por presión.
- Fractura de cadera.
- Ostomías.
- Prótesis de cadera o rodilla
- Incontinencia.
- Curas herida quirúrgica.
- Educación sanitaria.

*OBJETIVO OPERATIVO CC2. Establecer un programa de visita de Médico General/Pediatra/DUE de Atención Primaria a enfermos hospitalizados en 3 Áreas Sanitarias (Objetivo incluido en el CG Consejería de Sanidad-Sescam 03).*

**Indicador CC2.** ¿Se ha establecido en el Área un programa de visita de Médico General/Pediatra/DUE de AP a enfermos hospitalizados?.

*OBJETIVO OPERATIVO CC3. Implantar el programa de seguimiento de altas hospitalarias (Objetivo incluido en el Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010).*

**Indicador CC3.** ¿Se ha implantado el programa de seguimiento de altas hospitalarias?

*OBJETIVO OPERATIVO CC4. Establecer reuniones periódicas entre el Responsable de Calidad de Atención Primaria y el Coordinador de Calidad del hospital.*

**Indicador CC4.** Número de reuniones Responsable de Calidad-Coordinador de Calidad en el año 2003.

## **E2. Objetivos voluntarios**

*OBJETIVO OPERATIVO CC5. Aplicar el Proceso Enfermero y sistematizar la atención de los problemas de salud (Planificación de cuidados)*

El Proceso Enfermero es un método sistemático y organizado de proporcionar Cuidados, centrado en la respuesta de los usuarios a los problemas de salud reales o potenciales. Consta de cinco fases: valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación.

Durante la fase de Planificación se determinan los objetivos a alcanzar por el paciente y las intervenciones a realizar para el logro de los objetivos establecidos. La Planificación de Cuidados permite establecer criterios de actuación uniformes, homologar la práctica enfermera y definir Indicadores para evaluar la calidad de la atención prestada. Supone la sistematización de los cuidados enfermeros para grupos de usuarios con problemas de salud relacionados con el GDR, y su adecuación en patologías de gran prevalencia hace posible su inclusión en la elaboración de las Vías Clínicas.

#### CRITERIOS:

- Los Planes de Cuidados se elaborarán por enfermeras con conocimientos del Proceso Enfermero
- Su elaboración se realizará teniendo en cuenta las patologías de mayor prevalencia y/o situaciones de mayor riesgo.
- Para su implantación serán previamente revisados por un Grupo de enfermeras expertas y aprobados por la Dirección de Enfermería del Centro o Área de Salud.
- Estarán documentados y accesibles para su conocimiento y manejo.

#### INDICADORES:

- Planes de Cuidados elaborados y aprobados.
- Implantación de Planes de cuidados, al Grupo de usuarios seleccionado.
- El Hospital o Área de Salud ha establecido un sistema de evaluación para cada Plan de Cuidados que permita comprobar su adecuación y resultados.

#### **Bibliografía**

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. Ed. Harcourt, 2002.
- McCloskey Joanne C., Bulechek Gloria M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Ed. Síntesis, 2001.
- Johnson M., Maas M., Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Ed Mosby, 2001.
- Luis Rodrigo, M.T., Diagnósticos Enfermeros, un instrumento para la práctica asistencial. Ed. Harcourt Brace. 1997.
- Wesorick B., Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Ed. Doyma 1993.

#### *OBJETIVO OPERATIVO CC6. Elaboración del Informe de Enfermería al alta*

El Informe de Enfermería al Alta es un documento que refleja la situación de salud del usuario al ingreso en Atención Especializada, los cuidados proporcionados durante su estancia y la situación al alta hospitalaria. Favorece la comunicación interprofesional y mejora la coordinación AP-AE facilitando la continuidad de cuidados. Al mismo tiempo, estimula la participación activa del paciente/familia al incluir indicaciones y recomendaciones dirigidas al fomento del autocuidado.

Para la implantación del Informe de Enfermería es conveniente la constitución previa de un Grupo de Trabajo por cada Área de Salud, con enfermeras de A.P. y A. E., que establezca el circuito de llegada del Informe (Entrega al usuario, fax...) e identifique los grupos de pacientes que precisan continuidad de cuidados; por patologías crónicas, mantenimiento y cuidado de catéteres (vasculares, vesicales etc), heridas (vasculares, úlceras por presión, quirúrgicas), etc.

#### CRITERIOS (de cumplimentación):

- Los datos de identificación del paciente aparecerán completos y con letra clara.
- Constará el emisor y el receptor (Hospital y Centro de Salud).
- Se reflejarán los problemas de salud al ingreso y los resueltos al alta.
- Constarán los datos socio-familiares.
- Constarán las Intervenciones y/o cuidados realizados
- Se omitirán recomendaciones a la enfermera de A.P.
- Constará el nombre y apellido de la enfermera que realiza el Informe y un teléfono de contacto.
- Si el paciente/familia han participado en un programa de Educación Sanitaria, se describirán los conocimientos adquiridos.

#### INDICADORES:

- Informes de enfermería realizados y emitidos a A.P., de pacientes que precisan continuidad de cuidados.
- Informes de enfermería realizados de acuerdo a los criterios de cumplimentación.

#### METODOLOGÍA DE MEJORA

##### Objetivo:

Garantizar la continuidad de cuidados.

##### Propósito:

El Informe de Enfermería al Alta es un documento que refleja los cuidados proporcionados al paciente durante su estancia y su situación de salud al alta hospitalaria. Favorece la coordinación AP-AE y fomenta el autocuidado al ofrecer recomendaciones al paciente/familia.

##### Población:

Pacientes que ingresan diagnosticados de .....(Por determinar los GRD o situación cada hospital)

##### Indicadores:

Informes de enfermería realizados de acuerdo a los criterios de cumplimentación.

Criterios	% Resultados
-----------	--------------

Los datos de identificación aparecen completos y con letra clara	
Consta el emisor y el receptor	
Se refleja alteración de la/s necesidad/es o aparece en observaciones	
Constan los datos socio-familiares	
Identificado al menos un Diagnóstico de Enfermería (Dde)	
El/los Dde están relacionados con la necesidad alterada	
Se han omitido recomendaciones dirigidas a la enfermera de A.P.	
Consta el nombre y apellido de la enfermera que realiza el Informe	

Informes de enfermería evaluados:

**Nivel de Calidad:**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de respuestas con SI} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ respuestas posibles con SI}}$$

Informes de Enfermería elaborados a pacientes seleccionados

Fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes de enfermería} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ pacientes dados de Alta de los grupos seleccionados}}$$

**Bibliografía**

Camacho y cols. Informe de enfermería al alta. Rev. Rol de Enfermería 1998; 235: 17-20.  
 Alfambra I. y cols. Informe de alta de enfermería. Una herramienta para la continuidad de cuidados. Index de enfermería 1996; 15: 18-22.

## Anexo 1. Encuesta de mejora de calidad en el Área de Atención Primaria

Esta encuesta será aplicada en cada Equipo de Atención Primaria del Área, y será cumplimentada por el responsable de calidad y/o Coordinador del Equipo.

Objetivos de la encuesta:

- Analizar la situación actual de las actividades de mejora de la calidad en el Área.
- Disponer de información para poder promover el diseño e implantación de proyectos de mejora.

ÁREA DE SALUD:

EAP:

RESPONSABLE DE CALIDAD DEL EAP:

1. ¿Qué proyectos de mejora de calidad se han desarrollado en el EAP en los últimos años?

Título del proyecto	Problema que aborda	Año de inicio	Situación actual (*)

(\*). Por ejemplo: análisis de causas, propuesta de medidas correctoras, reevaluación, monitorización de indicadores, finalizado por resolución del problema, abandonado por diversas causas (especificar), etc.

2. ¿Se utiliza en el EAP algún método de identificación de oportunidades de mejora?.

- ð Casi siempre
- ð A veces
- ð Casi nunca
- ð Nunca
- ð NS/NC

Otras (especificar): \_\_\_\_\_

3. ¿Cuáles son los aspectos que os parece más importante y necesario mejorar en el EAP?.
4. ¿Cómo los habéis detectado y priorizado?.
5. ¿Tenéis previsto comenzar con algún proyecto de mejora próximamente?. En caso afirmativo, ¿de cuál se trata?.
6. ¿Realizáis en vuestro EAP análisis de las posibles causas del problema?.

- ð Casi siempre
- ð A veces
- ð Casi nunca
- ð Nunca
- ð NS/NC

7. ¿Os planteáis posibles medidas correctoras?.

- ð Casi siempre
- ð A veces
- ð Casi nunca
- ð Nunca
- ð NS/NC

8. ¿Se comparten resultados y conclusiones con el EAP?.

- ð Casi siempre
- ð A veces
- ð Casi nunca
- ð Nunca
- ð NS/NC

9. ¿Implantáis las medidas correctoras propuestas?.

- ð Casi siempre
- ð A veces
- ð Casi nunca
- ð Nunca
- ð NS/NC

10. Una vez implantadas las medidas durante el tiempo establecido, ¿hacéis una reevaluación para saber si el problema se ha resuelto?.

- ð Casi siempre
- ð A veces
- ð Casi nunca
- ð Nunca
- ð NS/NC

11. ¿Elaboráis un proyecto escrito de las actividades de mejora de calidad que realizáis en vuestro EAP?.

12. ¿Qué grado de participación tienen los profesionales del EAP en la elaboración y desarrollo de actividades de mejora de calidad?

	Casi siempre participan	A veces participan	Casi nunca participan	Nunca participan	Otros (especificar)
Médicos generales					
Pediatras					
Enfermeras					
Administrativos					
Otros (especificar)					

13. ¿Cuántos profesionales del EAP han recibido algún tipo de formación en calidad, dentro o fuera del Área?.

	Todos	Algunos	Ninguno	NS/NC	Otros (especificar)
Médicos generales					
Pediatras					
Enfermeras					
Administrativos					
Otros (especificar)					

14. ¿Existe en el EAP Comisión de Mejora de Calidad?. En caso afirmativo, ¿qué profesionales la componen?.

15. En cuanto al funcionamiento de la Comisión:

ð La comisión habitualmente plantea al EAP circunstancias que requieren actividades de mejora.

ð El EAP habitualmente presenta a la Comisión problemas sobre los que desearía realizar actividades de mejora.

ð Se plantean ambas situaciones

ð Otras (especificar): \_\_\_\_\_

16. ¿Qué dificultades has encontrado en tu EAP para realizar actividades de Mejora de la Calidad?

17. ¿Qué tipo de apoyo os parece necesario para que se realicen actividades de mejora de calidad?.

	Muy necesario	Necesario	Poco necesario	Nada necesario	NS/NC
Formación					
Guía metodológica para elaborar un proyecto de mejora de calidad.					
Proyectos marco					
Banco de proyectos					
Intercambio de proyectos entre EAPs					
Intercambio de experiencias					
Apoyo metodológico					
Revisión metodológica de proyectos y propuestas de mejora					
Acreditación de proyectos					
Incentivación					
Otros (especificar)					

18. ¿Creéis que puede resultar útil mantener reuniones periódicas en Gerencia con los Responsables de Calidad de los EAPs?

ð Si            ð No            ð No se

¿Con qué periodicidad?

¿Con qué contenidos?

19. Sugerencias, comentarios, observaciones.

Gracias por vuestra colaboración.

## **Anexo 2. Modelo de reglamento de funcionamiento interno de una Comisión de Calidad de Área (Adaptado del Área V de Atención Primaria de Madrid)**

### Introducción

La Comisión de Calidad del Área \_\_\_\_\_ de Atención Primaria del Sescam nace como un órgano asesor de la Gerencia, con el fin de impulsar desde la misma aquellos aspectos relativos a la mejora de la calidad. Especialmente se implicará en promocionar la participación de los profesionales del Área en la implantación y desarrollo de Proyectos de Mejora, así como en su planificación, seguimiento y difusión. El fin último que persiguen sus acciones es la integración de la calidad en el resto de las actividades que se desarrollen tanto en la Gerencia como en las Unidades Clínico-Asistenciales del Área.

### Objetivo

El objetivo principal es potenciar desde la Gerencia las acciones encaminadas a la mejora de la calidad en todos los estamentos y niveles del Área

Este objetivo principal se desglosaría en vados objetivos secundarios:

- Fomentar la autonomía de los Equipos de Atención Primaria o de la Gerencia del Área para diseñar y desarrollar proyectos de mejora de la calidad, mediante la potenciación de la participación de los profesionales de los Equipos o Gerencia en la mejora de la calidad del Área.
- Establecer un registro de proyectos en el Área, para lo cual se creará un banco de proyectos y de ideas.
- Establecer un procedimiento para la validación de proyectos de mejora de la calidad.
- Impulsar aquellas actividades de formación que tengan como objetivo la mejora de la calidad de los Equipos o de la Gerencia del Área.

### Composición

La Comisión de Calidad del Área V de Atención Primaria es un órgano colegiado de asesoría de carácter multidisciplinado en el que tienen cabida todos los estamentos profesionales del Área con las limitaciones únicas derivadas del número de miembros que lo componen.

Estará formado por un máximo de once miembros, entre los cuales habrá un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario.

Corresponde al Presidente:

- Ostentar la representación de la Comisión de Calidad.
- Acordar las convocatorias sean estas ordinarias o extraordinarias, así como fijar el orden del día.
- Presidir y moderar el desarrollo de las sesiones, y suspenderlas cuando a su juicio las circunstancias así lo aconsejen.
- Dirimir con su voto los empates a los efectos de adoptar acuerdos.
- Asegurar el cumplimiento de las leyes u otras normas de obligado cumplimiento.

- Visar las actas y acuerdos de la Comisión de Calidad.

En caso de vacante o ausencia será suplido por el Vicepresidente, o en su defecto por el miembro de la Comisión de Calidad de mayor jerarquía, antigüedad o edad, por este orden, de entre los componentes de la Comisión.

Corresponde al Secretario:

- Asistir a las reuniones de la Comisión de Calidad con voz y voto.
- Efectuar las convocatorias por orden del Presidente, así como las citaciones a los miembros de la Comisión.
- Hacer llegar las convocatorias a los miembros de la Comisión con una antelación mínima de 72 horas en el caso de las reuniones extraordinarias y de 7 días en las ordinarias, con el orden del día, así como la información que se pueda precisar durante la reunión objeto de la convocatoria.
- Recibir las comunicaciones de los Miembros de la Comisión de Calidad.
- Preparar la documentación que se utilizará en las sesiones, redactar las actas y encargarse del archivo y distribución de las mismas según proceda.
- Expedir certificaciones o dictámenes de los acuerdos adoptados, si fueran precisos.

Corresponde a los Miembros de la Comisión de Calidad:

- Asistir a las reuniones de la Comisión de Calidad a las que sean convocados, o en su defecto, comunicar su ausencia al Secretario con al menos 48 (cuarenta y ocho) horas de antelación.
- Participar en los debates que se puedan generar en el transcurso de las reuniones.
- Ejercer su derecho a voto así como el de formular su voto particular, expresando si lo estimara preciso el sentido de su voto y los motivos que lo justifican.
- Formular ruegos y preguntas.

Los miembros de la Comisión de Calidad del Área permanecerán en la misma durante un período de 4 años, salvo circunstancias especiales, Su renovación se realizará a petición propia, si procede, y/o propuesta de Presidente y Vicepresidente.

En caso de producirse una vacante en la Comisión, la propuesta de un nuevo miembro procederá del Presidente y Vicepresidente, y tendrá que ser aprobada por los miembros de la Comisión.

Al margen de los miembros estables de la Comisión, para determinados Proyectos de Mejora se podrán incorporar otros profesionales propuestos por la propia Comisión que compartan puntualmente las tareas de los miembros de ésta.

#### Régimen de funcionamiento

La Comisión de Calidad se reunirá en sesiones ordinarias con una frecuencia al menos trimestral, pudiendo tener lugar cuantas reuniones extraordinarias se estimen necesarias. En cada reunión ordinaria quedará establecida la fecha de la siguiente, que será confirmada por parte del Secretario a los miembros de la Comisión con suficiente antelación.

Para convocar una reunión extraordinaria se deberán cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- Que sea convocada por el Presidente para tratar temas cuya urgencia no permita su tratamiento en las sesiones ordinarias, o

- Que al menos un tercio de los miembros, lo soliciten al Presidente de forma justificada y basada en la urgencia del tema a tratar, que deberá ser tal que no admita su demora hasta la sesión ordinaria siguiente.

Las convocatorias serán notificadas a los miembros por escrito, vía fax, correo ordinario o electrónico, con una antelación de al menos 72 (setenta y dos) horas, debiendo constar en la convocatoria al menos los siguientes datos:

- Identidad del convocante, dirección profesional y teléfono de contacto.

- Lugar y fecha de la reunión.

- Orden del día a tratar en la reunión objeto de la convocatoria.

En el caso de las reuniones ordinarias, para fijar el orden del día el Presidente tendrá en consideración las peticiones formuladas por los miembros hasta una semana antes de la fecha prevista para la reunión.

Los temas a tratar en el orden del día serán respetados dejando al final de cada convocatoria un tiempo para que los miembros hagan los ruegos o preguntas que estimen oportunas.

#### Actas

De cada sesión que se celebre, el Secretario levantará un acta por escrito, en la que se especificará al menos:

- Nombres de los asistentes a la sesión.

- Orden del día tratado en la sesión.

- Lugar y tiempo en que se ha celebrado la sesión.

- Puntos principales de las deliberaciones.

- Contenido de los acuerdos adoptados.

- Fecha prevista de la siguiente reunión ordinaria de la Comisión.

- Discrepancias particulares de los miembros, cuando estos así lo deseen hacer constar.

- Aquellas circunstancias o hechos que por su relevancia merezcan ser recogidos en las actas.

## Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> Plan de Calidad Total del INSALUD. Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria. INSALUD. Madrid 1999.
- <sup>2</sup> Humet C. La calidad asistencial se acerca más al ciudadano. Rev Calidad Asistencial 2002; 17(1): 1-2.
- <sup>3</sup> Repullo JR. Los retos para promover la calidad en el nuevo escenario descentralizado del Sistema Nacional de Salud. Rev Calidad Asistencial 2002; 17 (4): 199-200.
- <sup>4</sup> Lamata F. Las transferencias sanitarias. Una oportunidad para el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, un reto para el Sistema Nacional de Salud. Gestión Hospitalaria 2002; 13(1): 6-8.
- <sup>5</sup> Domínguez Rojas V, Martínez Hernández D, Calle Purón Me, de Juanes Pardo JR. Evaluación de la calidad hospitalaria. En: Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª edición. Ed Masson. Barcelona 2000.
- <sup>6</sup> Goetsch DL, Davis S. Implementing total quality. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1995.
- <sup>7</sup> Galgano A. Calidad total. Clave estratégica para la competitividad de la empresa. Ediciones Díaz de Santos. Madrid 1993.
- <sup>8</sup> Omachonu VK, Ross JE. Total Quality. Kogan Page. London 1995.
- <sup>9</sup> Benbassat J, Taragin M. What is adequate health care and how can quality of care be improved?. International Journal of Health Care Quality 1998;11:58-64.
- <sup>10</sup> Borrego García D. Los costes de la calidad. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- <sup>11</sup> Donabedian A. Quality and cost: choices and responsibilities. Inquiry 1988;25:90-99.
- <sup>12</sup> Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc) 2000;114:460-463.
- <sup>13</sup> Rodríguez Marín J, Mira JJ. La organización sanitaria y su influencia en la calidad. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- <sup>14</sup> Bohigas L. La política de calidad en el Sistema Nacional de Salud. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 476-478.
- <sup>15</sup> Proyecto de Ley 121/000126. Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. [www.congreso.es](http://www.congreso.es)
- <sup>16</sup> Castellón E. La calidad de la Ley de Calidad. El Observador. 13 de diciembre de 2002.
- <sup>17</sup> Sánchez Bayle M. ¿Una Ley para cohesionar el Sistema Nacional de Salud?. El País. 10-dic-02.
- <sup>18</sup> Valoración del Proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Diciembre de 2002.
- <sup>19</sup> Real Decreto 16-7-1999. BOE 10/8/99. Regulación de las cartas de servicios y calidad en prestación.

- 
- <sup>20</sup> Plan Funciona. Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- <sup>21</sup> Peiró S, Lorenzo S. La difusión a los ciudadanos de los resultados de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:391-393.
- <sup>22</sup> Maiz E. La difusión de resultados y la mejora continua de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 85-89.
- <sup>23</sup> <http://www.ama-assn.org/public/journals/patient/index.htm>
- <sup>24</sup> Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(2): 64-66.
- <sup>25</sup> Simón R, Guix J, Nualart L, Surroca RM, Carbonell JM. Utilización de modelos como herramientas de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y Joint Commission. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 308-312.
- <sup>26</sup> Moracho O, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruiz-Álvarez E, Salgado MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 322-329.
- <sup>27</sup> López Viñas ML, Busquets Bou E, Sedano Monasterio E. Acreditación en Cataluña (I). Un sistema para la mejora de la calidad. *Historia. Todo Hospital*. Marzo 2002/184: 111-114.
- <sup>28</sup> Oliveras Gil M, López Viñas ML, Frias Valle JC, Rius Vilardosa J, Busquets Bou E. Acreditación en Cataluña (III). Un sistema para la mejora de la calidad. *Resultados. Todo Hospital*. Junio 2002/187: 307-313.
- <sup>29</sup> Matillon Y, Lachenaye-Llanas C, Goldberg J, Buneau CH, Mounic V. La procedure d'accréditation: une reconnaissance externe de la qualité dans les établissements de santé publics et privés en France. *World Hospitals and Health Services* 2002; 38(2): 19-23.
- <sup>30</sup> García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 107-11.
- <sup>31</sup> Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 119-130.
- <sup>32</sup> Plan de Salud 2001-2010. Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. Consejería de Sanidad. Toledo 2002.
- <sup>33</sup> Jornada de Cartera de Servicios. Conclusiones de los grupos de trabajo. Castillo de la Mota. 20-21 de noviembre de 2001.
- <sup>34</sup> Agra Varela Y, García Boró S, Magrinyà Rull P. Manual de Garantía de Calidad en Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Madrid 1994.
- <sup>35</sup> Marquet Palomar R, Avellana Revuelta E, Davins Miralles JD. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas. I. La planificación de la calidad. *FMC* 1994; 1(1): 7-18.
- <sup>36</sup> Avellana Revuelta E, Davins Miralles J, Marquet Palomer R. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas. III. La mejora de la calidad. *FMC* 1994; 1(3): 156-167.
- <sup>37</sup> Protocolos y Guías de Práctica Clínica. Diario Médico. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Septiembre 2002.
- <sup>38</sup> Análisis del cuestionario sobre implantación y utilización de guías de práctica clínica: instrumentos, recursos y redes. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona 2002.

- 
- <sup>39</sup> Desarrollo de programas de mejora de calidad asistencial en el ámbito INSALUD. Unidad de Calidad Asistencial. Subdirección General de Atención Primaria. INSALUD. Madrid 1999.
- <sup>40</sup> Avellana i Revuelta E, Pico Navarro JA, Urís Selles J. La Calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas. II. La medida de la calidad. FMC 1994; 1(2): 75- 87.
- <sup>41</sup> Sanazaro PJ. Autoevaluación profesional y calidad de la asistencia médica. Control de Calidad Asistencial 1987;2:99-104.
- <sup>42</sup> Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Martín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial 1998;13:92-97.
- <sup>43</sup> Manual de acreditación para hospitales 1996. Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations. Fundación Avedis Donabedian. SG Editores SA. Barcelona 1995.
- <sup>44</sup> National Minimum Standards and Regulations for Independent Health Care. 2002. Department of Health. London: The Stationery Office. (Standards C14 to C16)
- <sup>45</sup> Servicio de Atención al Usuario. Manual de funciones. INSALUD. Madrid 1993.
- <sup>46</sup> Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril).
- <sup>47</sup> Ley 8/2000 de 30 de noviembre, de Ordenación sanitaria de Castilla la Mancha.
- <sup>48</sup> Quintana O. El consentimiento informado. Rev Calidad Asistencial 1999;14:73-75.
- <sup>49</sup> Simón Lorda P. La fundamentación ética de la teoría del consentimiento informado. Rev Calidad Asistencial 1999;14:100-109.
- <sup>50</sup> Sánchez Caro J. El consentimiento informado ante el derecho: una nueva cultura. Rev Calidad Asistencial 1999;14:138-144.
- <sup>51</sup> Fernández Martín J, Sáinz Rojo A, García Caballero J. Evaluación de la calidad de los documentos de consentimiento informado del INSALUD. Rev Calidad Asistencial 1999;14:89-93.
- <sup>52</sup> Herrero A, Reyes A, Gómez S, Donat E. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 706-713.
- <sup>53</sup> Saturno P. Planes de Monitorización. Muestreo para la aceptación de lotes. En: Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Du Pont Pharma. Madrid 1997.
- <sup>54</sup> Grupo de expertos en información y documentación clínica. Documento final. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1998.
- <sup>55</sup> Grupo de expertos en información y documentación clínica. Documento final. Rev Calidad Asistencial 1999;14:76-87.
- <sup>56</sup> Instrumento de ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Publicado en el BOE de 20-X-99 y corregido según BOE de 11-XI-99).
- <sup>57</sup> Navarro Royo C, Monteagudo Piqueras O, Rodríguez Suárez L, Valentín López B, García Caballero J. Legibilidad de los documentos de consentimiento informado del Hospital La Paz. Rev Calidad Asistencial 2002;17(6):331-6.

- 
- <sup>58</sup> Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Concheiro Carro L. Legibilidad de los formularios escritos de consentimiento informado. *Med Clin* 1997; 107: 524-529.
- <sup>59</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Informe sobre infección hospitalaria. *Med Clin (Bar)* 1994;102:20-24.
- <sup>60</sup> Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, Hooton TM. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985;121:182-205.
- <sup>61</sup> Rodríguez-Rumayor G, Fernández Pérez C, Delgado García A, Carrasco Asenjo M, Andradas Aragonés E, De Juan García S, Zimmermann Verdejo M. Relación de la infección nosocomial con la mortalidad hospitalaria. Estudio Multicéntrico. *Med Clin (Barc)* 1993;100:9-13.
- <sup>62</sup> Fernández Martín J, Díez Sebastián J, Sáinz Rojo A. Encuesta sobre los sistemas de vigilancia de la infección nosocomial de los hospitales del INSALUD. *Medicina Preventiva* 1999;5:9-14.
- <sup>63</sup> Humet Cienfuegos-Jovellanos. La responsabilidad del gestor en el impulso y seguimiento de los programas de calidad. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:773-780.
- <sup>64</sup> Cuervo JI. Gestión hospitalaria: reflexiones a propósito de la necesidad de un cambio de modelo. *Revisiones en Salud Pública* 1997;5:149-156.
- <sup>65</sup> Peiró S. Gestión hospitalaria: obsolescencia de un modelo en crisis. *Revisiones en Salud Pública* 1997;5:141-147.
- <sup>66</sup> Modelo EFQM de excelencia. Sector Público y Organizaciones de voluntariado. Club Gestión de Calidad. Madrid 1999.
- <sup>67</sup> Prat A, González M, Trilla A, Asenjo MA. Calidad Asistencial, atención al usuario y relaciones con los medios de comunicación. En: Asenjo MA. *Gestión diaria del hospital*. 2ª edición. Ed Masson. Barcelona 2001.
- <sup>68</sup> Marquet i Palomar R. Gestión de la calidad en atención primaria de salud. En: del Llano Señaris J. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Ed Masson. Barcelona 2000.
- <sup>69</sup> Coordinadores del Programa de Calidad. Circular 2/97 del INSALUD. Madrid, 10-abril-1997.
- <sup>71</sup> Sáinz A, Quintana O. Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento. *Rev Calidad Asistencial* 1994;2:72-74.
- <sup>72</sup> Broggi MA. La información clínica y el consentimiento informado. *Med Clin* 1995;104:218-220.
- <sup>73</sup> Silberman CE. Quality improvement: A patient's perspective. En: Graham NO. *Quality in Health Care*. Aspen Publishers Inc. USA 1995.
- <sup>74</sup> Fundación ISS. La mejora de la adecuación asistencial desde la perspectiva del paciente.
- <sup>75</sup> Patient Preferences in Health Care Decision Making. <http://www.cpmc.columbia.edu/homepages/cmr7001/sdm/html/index.htm>
- <sup>76</sup> Fernández Martín J, Viana Alonso A, Sáinz Rojo A, Moral Iglesias L. Valoración de los planes de información en una red de hospitales públicos. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Granada, octubre 2000.

- 
- <sup>77</sup> Wensing M, Grol R. What can patients do to improve health care?. *Health Expectations* 1998;1:37-49.
- <sup>78</sup> Mira JJ. El paciente también contribuye a la mejora del Sistema Sanitario. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000;2:15. Comentario sobre: Wensing M, Grol R. What can patients do to improve health care?. *Health Expectations* 1998;1:37-49.
- <sup>79</sup> Carminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
- <sup>80</sup> Lamata F. Marketing hospitalario. En: Asenjo MA. *Gestión diaria del hospital*. 2ª Ed. Masson. Barcelona 2001.
- <sup>81</sup> Mira JJ, Rodríguez Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérrz Jovér V, Palazón I et al. Causas de satisfacción e insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(5): 273-83.
- <sup>82</sup> Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(1): 22-29.
- <sup>83</sup> Bohigas LL. La satisfacción del paciente. *Gac Sanit* 1995;9:283-286.
- <sup>84</sup> Lledó R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, Asenjo MA. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. *Med Clin (Barc)* 1998;111:211-215.
- <sup>85</sup> Mira JJ. Calidad percibida. Una revolución silenciosa. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 162-163.
- <sup>86</sup> Mira JJ. La satisfacción del paciente como elemento clave en la evaluación de la calidad. Desajustes entre la calidad técnica y la calidad percibida. XXIII Congreso Nacional de Cirugía. [www.aecirujanos.es/formacion/precongreso/documentacion/desajustes.html](http://www.aecirujanos.es/formacion/precongreso/documentacion/desajustes.html)
- <sup>87</sup> Mas A. Elaboración y validación de una encuesta de calidad percibida en pacientes hospitalizados. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 501-507.
- <sup>88</sup> Sáinz A, Martínez JR, Alonso M, Ayuso B, Caamaño C, Marco A et al. Calidad percibida por los pacientes quirúrgicos en un hospital de alta complejidad. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(5): 284-91.
- <sup>89</sup> Mira JJ, Aranz J, Rodríguez Martín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998;4:12-18.
- <sup>90</sup> Hernando P, Lechuga FJ, Gumà JR, Martín-Florido C, Vivancos H, Carrau E, et al. Valoración de la satisfacción en pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio: la utilidad del informe del usuario y los grupos de discusión. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 261-268.
- <sup>91</sup> Bleda García JM, Vega González G. Calidad percibida por los pacientes atendidos en las consultas externas de un complejo hospitalario universitario. *Praxis Sociológica*. Toledo. Julio 2002: 104-114.
- <sup>92</sup> Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y aplicaciones prácticas. Editores: Paz Rodríguez Pérez y Juan García Caballero. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, 2001.

- 
- <sup>93</sup> J Caminal. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
- <sup>94</sup> C Batchelor , DJ Owens, M Read, M Bloor. Patient Satisfaction Studies: Methodology, Management and Consumer Evaluation. *International Journal of Health Quality Assurance* 1994; 7: 22-30.
- <sup>95</sup> Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS un cuestionario para evaluar la calidad percibida. *Medicina Preventiva*, 1998; 4 (4):12-18.
- <sup>96</sup> E Bejerot, H hasselbladh. The construction of the dissatisfied patient. The second international conference on critical management studies, july 2001. University of Manchester, England.
- <sup>97</sup> J Nathorst-Böös, IME Munck, I Eckerlund, C Ekfeldt-Sandberg. An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *Int J Qual Health Care* 2001; 13; 257-264.
- <sup>98</sup> Peiró S, Bernal E, Moliner J. Mejora de la calidad y medicina basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:82-84.
- <sup>99</sup> Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina basada en la evidencia*. Churchill Livingstone España. Madrid 1997.
- <sup>100</sup> Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996;107:377-382.
- <sup>101</sup> Delgado R. "La variabilidad de la práctica clínica". *Revista de Calidad Asistencial*, 1996; 11:177-183.
- <sup>102</sup> Peiró S. La Medicina Basada en la Evidencia y la calidad asistencial. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. *La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- <sup>103</sup> Sánchez Bernal R, Sanado Lampreave LA, Orio Coca I, Fernández de Corres Aguiriano B, Rodríguez Herrera C. ¿Es posible satisfacer expectativas, reducir ineficiencias y mejorar la calidad a través del rediseño de un proceso?. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14 255-258.
- <sup>104</sup> Arcelay Salazar A. Gestión de procesos. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 245-246.
- <sup>105</sup> Daniel i Díez J, Pascual Morón I, Espelt Aluja P, Grifoll Llorens J, Basora Gallisa J, Pous Roura A. Gestión por procesos en un equipo de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 247-254.
- <sup>106</sup> Costa Estany JM. Organización por procesos. En: Gené J, Contel JC. *Gestión en Atención Primaria*. Ed Masson. Barcelona 2001.
- <sup>107</sup> Grau J, Trilla A. Reingeniería: el hospital orientado al paciente. En: Asenjo MA, Bohigas L, Trilla A, Prat A. *Gestión Diaria del Hospital*. 2ª ed. Ed Masson. Barcelona 2001.
- <sup>108</sup> Oteo Ochoa LA, Hernández Yáñez JF. Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En: Del Llano Señarís, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badía J. *Gestión Sanitaria: innovaciones y desafíos*. Ed Masson. Barcelona 2000.
- <sup>109</sup> Losa JE. Utilidad de la gestión de procesos desde el punto de vista clínico. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 300-302.
- <sup>110</sup> McConnelly K. Introduction to IDEF modeling: Function and Information Modeling. [www.c3i.osd.mil/bpr.bprcd/0066.htm](http://www.c3i.osd.mil/bpr.bprcd/0066.htm)

- 
- <sup>111</sup> Membrado Martínez J. Obstáculos y elementos facilitadores para la implantación de la Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias. XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Pamplona, 8-11 de octubre de 2002.
- <sup>112</sup> Mora Martínez JR. Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud. *Revista de Administración Sanitaria* 2002; 6 (21): 135-159.
- <sup>113</sup> Coffey RJ et al. "An introduction to critical paths". En: O'Graham N. "Quality in Health Care". Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg 1995. 139-156.
- <sup>114</sup> Johnson S. Pathways of Care. Blackwell Science. Gran Bretaña 1997.
- <sup>115</sup> Schriefer J. The Joint Commission. The synergy of Pathways and Algorithms: Two tools work better than one. *Journal of Quality Improvement* 1994;20:485-499.
- <sup>116</sup> Cuesta Gómez A, Moreno Ruiz JA; Gutiérrez Martí R. La calidad de la asistencia hospitalaria. Ediciones Doyma. Barcelona 1986.
- <sup>117</sup> Hofmann PA: Critical Path Method: An important tool for coordinating clinical care. *Journal of Quality Improvement* 1993;19:235-246.
- <sup>118</sup> Litwin MS; Shpall AI; Dorey F. Patient satisfaction with short stays for radical prostatectomy. *Urology* 1997;49:898-905.
- <sup>119</sup> Gregor C, Pope S, Werry D, Dodek P. Reduced length of stay and improved appropriateness of care with a clinical path for total knee or hip arthroplasty. *Journal on Quality Improvement* 1996;22:617-627.
- <sup>120</sup> Grimshaw JM, Russell IT: Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-1322.
- <sup>121</sup> Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed?. En: Quality in health care. Theory, application and evolution. Aspen Publishers Inc. Gaithersburg, Maryland 1995.
- <sup>122</sup> Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Rodríguez-Cuellar E, Landa García I, Jaurrieta Mata E. Proyecto Nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. I. Aspectos Generales. *Cir Esp* 2002;71(4):173-80.
- <sup>123</sup> Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 199-207.
- <sup>124</sup> García Caballero J, Díez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. Vías clínicas. *Medicina Preventiva* 1999;5:28-39.
- <sup>125</sup> Viana A, Fernández Martín J, Sáinz Rojo A. Descripción y evaluación de las vías clínicas en una red de hospitales públicos. *Revista de Calidad Asistencial* 2002; 17 (5): 267-72.
- <sup>126</sup> Esteve M, Marbà L, Zaldívar C, Verdaguer A, Serra-Prat M, Berenguer J. Evaluación de la puesta en marcha de 54 trayectorias clínicas en el Hospital de Mataró. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 722-728.
- <sup>127</sup> Grávalos C, Rodríguez-Dapena S, Alcalde J, Martínez-Pueyo I, Castells V, Ruíz-López P. Desarrollo de una vía clínica para mejorar el proceso de tratamiento adyuvante del carcinoma de colon. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 173-180.

- 
- <sup>128</sup> Altamore Caruso G, Álvarez Rodríguez AF, Lorenzo Martínez S. Implantación de la gestión integrada de procesos en la Fundación Hospital Alcorcón. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:307-311.
- <sup>129</sup> Lorenzo Martínez S. ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria?. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:243-244.
- <sup>130</sup> Jovell AJ. Métodos y agencias de evaluación. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- <sup>131</sup> Osteba. Indicaciones del uso apropiado de Resonancia Magnética. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria, marzo 1997.
- <sup>132</sup> Osteba. Tomografía Axial Computarizada: equipamientos y utilización en la CAPV. Indicaciones de uso adecuado. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria, julio 2000.
- <sup>133</sup> Institute of Medicine. *To err is Human*. Washington DC. National Academy Press 1999.
- <sup>134</sup> Medicinas peligrosas. *El País*. Suplemento dominical. 6 de enero de 2003.
- <sup>135</sup> Segura A. Parábola de la moneda y la seguridad de los pacientes. *El País*. 7 de enero de 2003.
- <sup>136</sup> Yourstone SA, Smith HL. Managing System Errors and Failures in Health Care Organizations: suggestions for practice and research. *Health Care Manage Rev* 2002; 27(1): 50-61.
- <sup>137</sup> Isasi Fernández C, Candia Bouso B, Grupo Dinamizadoras Programa Prevención de Caídas. Perfil de pacientes con caídas en unidades de hospitalización. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:747-755.
- <sup>138</sup> De Febrer G, Cortiella A, Yagüez C, Lorenzo-Martínez A, Navarro- Masegosa I. Valoración de la aplicación de un protocolo de caídas en una unidad sociosanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 583.
- <sup>139</sup> Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Por la prevención de los acontecimientos adversos a medicamentos y de los errores de medicación. [www.ismp.org](http://www.ismp.org).
- <sup>140</sup> Carrasco G, Polo C, Lacasa C, Lledó M, Roure C, Gacía C, et al. Costes de la calidad de un programa de prevención de errores de medicación. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 490-492.
- <sup>141</sup> Too much medicine?. *BMJ* 2002;324:859-60.
- <sup>142</sup> A call to action: Eliminate handwritten prescriptions within 3 years. Institute for Safe Medication Practices. April 2000.
- <sup>143</sup> Hilfiker D. Facing our mistakes. *NEJM* 1984;310:118-122.
- <sup>144</sup> Christensen JF, Levinson W, Dunn P. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992;7:424-431.
- <sup>145</sup> Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994;272:1851-1857.
- <sup>146</sup> James BC. Quality management for health care delivery. The Hospital Research and Educational Trust. Chicago 1989.
- <sup>147</sup> Detección de errores de medicación en la dispensación de medicamentos en dosis unitarias: sistema de registro específico. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(8):652-3.

- 
- <sup>148</sup> Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T et al. Systems analysis of adverse drug events. JAMA 1995;274:35-43.
- <sup>149</sup> [www.fadq.org](http://www.fadq.org)
- <sup>150</sup> De Borja de la Quintana Gordon. Programas de calidad en los hospitales españoles: perspectiva de los profesionales de la salud. Todo Hospital 1998;144:105-110.
- <sup>151</sup> Arcelay A. Gestión clínica y calidad asistencial. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- <sup>152</sup> Incorporación de los profesionales. En: Bengoa R, Echebarría K, Fernández JM, Via JM, Camprubí J. Sanidad, la reforma posible. ESADE. MSD. Arazuri (Navarra) 1997.
- <sup>153</sup> Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. INSALUD. Madrid 1998.
- <sup>154</sup> Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada. INSALUD. Madrid 2000.
- <sup>155</sup> Guía para la evaluación y mejora de los servicios de farmacia hospitalaria. INSALUD. Madrid 1998.
- <sup>156</sup> Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Actualización diciembre 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Madrid 2000.
- <sup>157</sup> Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos. INSALUD. Madrid 1998.
- <sup>158</sup> Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica. INSALUD. Madrid 2000.
- <sup>159</sup> Delgado Vila R, Suñol Sala R. La información clínica para el control de calidad asistencial. Todo Hospital 1990. Mayo: 39-43.
- <sup>160</sup> Custodi J, García C. Los sistemas de información en el INSALUD. Rev Calidad Asistencial 2002; 17(3): 166-176.
- <sup>161</sup> Sardá N, Vilà R, Mira M, Canela M, Jarrod M, Masqué J. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria. Med Clin (Barc) 1993;101:241-244.
- <sup>162</sup> Orden 6 septiembre 1984. Sanidad. Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios. BOE 14 de septiembre de 1984 (num 221).
- <sup>163</sup> Manresa Presas JM. El informe de alta hospitalaria: la cenicienta del clínico. Med Clin (Barc) 1993;101:253-254.
- <sup>164</sup> Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD, Díez F, Cruz G. Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. Rev Calidad Asistencial 2002; 17(8):609-12.
- <sup>165</sup> Bohigas L. La memoria anual del hospital. Todo Hospital 1997;133:68-71.
- <sup>166</sup> El papel de las comisiones clínicas hospitalarias. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 28-30 de septiembre de 1994.
- <sup>167</sup> Garrido Cantarero G. Comisiones clínicas de calidad. En: Garrido Cantarero G. Manual de Medicina Preventiva. MSD. Madrid 1998.

- 
- <sup>168</sup> Varó J. Las comisiones clínicas: instrumento directivo en la gestión de la calidad. En: Varó J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid 1993.
- <sup>169</sup> RD 521/1987. Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- <sup>170</sup> Reinertsen JL. Physicians as leaders in the improvement of health care systems. Ann Intern Med 1998;128:833-838.
- <sup>171</sup> Secretary of State for Health. The New NHS. Stationary Office. Reino Unido 1997.
- <sup>172</sup> Lorenzo S, Álvarez F, Altamora G, Pombo N. Hacia la gestión de la calidad total. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- <sup>173</sup> Barba R, Delgado R, Humert C, Suñol R, Vilanova F. La participación de los profesionales en la mejora de la calidad. Rev Calidad Asistencial 1997;12:48-49.
- <sup>174</sup> Berwick DM. Eleven worthy aims for clinical leadership on health system reform. JAMA 1994;272:797-802.
- <sup>175</sup> Las comisiones clínicas: instrumento directivo en la gestión de la calidad. En: Varo J. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Ediciones Díaz de Santos. Madrid 1993.
- <sup>176</sup> Varó J. Círculos de Calidad. En: Varó J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid 1993.
- <sup>177</sup> Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The improvement guide. Jossey-Bass Publishers. San Francisco 1996.
- <sup>178</sup> Renick O. The search for value: a quality improvement cycle linking process, outcomes, and patient satisfaction. The Journal of Health Administration Education 1994;12: 29-36.
- <sup>179</sup> García Motó A, González Solana I, Mallaina García P, Martínez Álvarez MC, Prats León P, Rodríguez Caravaca G. Estudio de la satisfacción laboral y absentismo en personal hospitalario. FIS 96/0332.
- <sup>180</sup> Enríquez Cabo J. EL empowerment: clave del éxito en el entorno competitivo actual. Conferencia Internacional sobre la Calidad en la Gestión. Madrid, 12-13 de febrero de 1997.
- <sup>181</sup> Gracia Romero J, García Mata J, Gil Montalbán EG. Formación médica continuada en un hospital de referencia. ¿Quo vadis?. Med Clin (Barc) 2002; 118(3): 99 -102.
- <sup>182</sup> Lizaur Barbudo MA, Saguer Oliva M, Gómez Roig A. Formación continuada: calidad en el presente, inversión en el futuro. Todo Hospital. Marzo 2002/184: 115-120.
- <sup>183</sup> Medrano Heredia J. La formación de los profesionales ante los nuevos retos de la calidad. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- <sup>184</sup> Moses H, Heysell RM. Clinical quality. The effective relationship of hospital management and the medical staff. En: Wenzel RP. Assessing Quality Health Care. Williams & Wilins. Baltimore 1992.
- <sup>185</sup> Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. BMJ 1994;309:901-11.

- 
- <sup>186</sup> Hurt RD. Tratar el tabaquismo e invertir la tendencia. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos nº 1, 1999. [www.oms.ch](http://www.oms.ch)
- <sup>187</sup> Rodríguez Artalejo F, Hernández Vecino R, Graciani A, Banegas JR, Del Rey Calero J. La contribución del tabaco y de otros hábitos de vida a la mortalidad por cáncer de pulmón en España de 1940 a 1988. *Gac Sanit* 1994;8:272-279.
- <sup>188</sup> González Svatetz CA. No al tabaco, sí a la vida. *Med Clin (Barc)* 1997;108:141-142.
- <sup>189</sup> González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997;109:577-582.
- <sup>190</sup> Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Arrixaca sin humo. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia 2000.
- <sup>191</sup> Salvador-Llivina T. Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la salud pública. *Rev San Hig Pub* 1990;64:585-588.
- <sup>192</sup> González Enríquez J, Salvador Llivina T. Profesionales de la salud y tabaco: avances en España. *Gaceta Sanitaria* 1996;10:1-3.
- <sup>193</sup> Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, por el que se establecen limitaciones en la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población (BOE num 59, de 9 de marzo de 1988).
- <sup>194</sup> Plan de Calidad 2000-2004. Hospital de Calatayud. Calatayud 2000.
- <sup>195</sup> Nuestra empresa, nuestro proyecto. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón 1998.
- <sup>196</sup> Guía de organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. Subdirección General de Atención Especializada. INSALUD. MSC. Madrid 200.
- <sup>197</sup> Clares I, Castellote FJ, Campillo MV, Navarro D. Riesgo social en mayores de 75 años hospitalizados. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 582-83.
- <sup>198</sup> Weinstein Robert A. *Multiply Drug-Resistant Patogens: Epidemiology and Control*. Hospital Infections. Third edition.1992
- <sup>199</sup> Elias J.Anaissie, MD, Scott R. Penzak, PharmD, Cecilia Dignan,MD The Hospital water supply as a Source of Nosocomial Infections, *Arch Intern Med*/vol162, July 8, 2002.
- <sup>200</sup> Recomendaciones para la vigilancia, prevención y Control de Infecciones en Hospitales en Obras. INSALUD, MSC 2000)
- <sup>201</sup> Espigares García M, Álvarez Marante R.,Arias Rodríguez A. Piédrola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública* 10ª edición.2000. cap.31 (338-9).
- <sup>202</sup> Lorenzo Martínez S, et al. Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el Modelo de Excelencia EFQM. (FIS 98/214).
- <sup>113</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial* 1991;6:65-74.
- <sup>204</sup> Gilmore CM, De Moraes Novaes H. *Manual de gerencia de la calidad*. Organización Panamericana de la Salud 1996.

- 
- <sup>205</sup> Saturno Hernández PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:437-443.
- <sup>206</sup> Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). *Control de Calidad Asistencial* 1991;6: 60-64.
- <sup>207</sup> Angaran DM. Selecting, developing, and evaluating indicators. *Am J Hosp Pharm* 1991;48:1931-7.
- <sup>208</sup> Sennet C. An introduction to HEDIS. *Hospital Practice* 1996;june 15:147-148.
- <sup>209</sup> Mainous AG, Talberty J. Assessing quality of care via HEDIS 3.0. *Arch Fam Med* 1998;7:410-413.
- <sup>210</sup> Kazandjian VA, Lied TR. Cesarean section rates: effects of participation in a performance measurement project. *Journal on Quality Improvement* 1998;24:187-196.
- <sup>211</sup> Compendium of clinical indicators. University Hospital Consortium. UHC 1990.
- <sup>212</sup> Mira JJ. Monitorización de indicadores en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 481-482.
- <sup>213</sup> Astier P. Un mínimo básico para definir los productos de la asistencia sanitaria: el CMBD, un modelo en expansión. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 376-377.
- <sup>214</sup> Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB, Plume SK. Building measurement and data collection into medical practice. *Ann Intern Med* 1998;128:460-466.
- <sup>215</sup> Holland EE, Paul EA, Lakhani A. Avoidable deaths. *The Lancet* 1988; july 16:169.
- <sup>216</sup> Muir Gray JA. Evaluación de los resultados obtenidos. En: Muir Gray JA. *Atención Sanitaria Basada en la Evidencia*. Churchill Livingstone. Madrid 1997.
- <sup>217</sup> Quality and performance in the NHS: Clinical Indicators. NHS. June 1999.
- <sup>218</sup> Sarría Santamera A, Sendra Gutiérrez JM. Evolución de la tasa de cesáreas en España: 1984-1988. *Gac Sanit* 1994; 8:209-214.
- <sup>219</sup> Moliner J. Las variaciones en las tasas de cesáreas entre hospitales públicos dependen tanto de factores clínicos como extra-clínicos. Resultados en la Comunidad Valenciana. *Moliner J. Gestión Clínica y Sanitaria* 2000; 2: 138.
- <sup>220</sup> Kimberly G, Hackmeyer G, Gold L, Johnson AI, Platt LD. Using the Continuous Quality Improvement Process to safely lower the cesarean section rate. *Jt Comm J Qual Improv* 1999;25:619-629.
- <sup>221</sup> Libro J. La tasa de cesáreas puede ser reducida mediante intervenciones organizativas. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000; 2: 12.
- <sup>222</sup> Marqués JA, Guerrero M. Reingresos hospitalarios y calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(2): 61-63.
- <sup>223</sup> Nuin MA, Saldaña ML, de Pedro T. ¿Nos informan los reingresos de la calidad de atención hospitalaria?. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(2): 67-78.
- <sup>224</sup> Martínez Marco EA, Aranaz Andrés J. ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial?. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(2): 79-86,
- <sup>225</sup> Documento de trabajo SEMES-INSALUD sobre calidad en urgencias.

- 
- <sup>226</sup> Vader JP. Assessing appropriateness of care. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- <sup>227</sup> Peiró S, Meneu R Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos. Rev calidad asistencial 1997;12:122-136.
- <sup>228</sup> Saturno Hernández PJ, García Hernández L. Evaluación del uso adecuado de la hospitalización; resultados de la aplicación del AEP en un hospital general universitario. I Congreso Nacional y VII Internacional de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias. Santiago de Compostela, 22-25 de septiembre de 1993.
- <sup>229</sup> Restuccia JD, Payne SMC, Lenhart G, Constantine HP, Fulton JP. Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position. Health Care Manage Rev; 1987; 12(3):17-27.
- <sup>230</sup> González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc) 2002; 118(17): 659-664.
- <sup>231</sup> Lorenzo S. Revisión de la utilización de recursos. Estudios realizados en España. Rev calidad asistencial 1997;12:122-136.
- <sup>232</sup> Tejedor Muñoz J, Moro Aguado J, Zancajo Castañares JL, González Pastrana MJ. Identificación de la estancia apropiada en cuatro GRD quirúrgicos como aportaciones al ciclo de mejora de la calidad. Rev Calidad Asistencial 1999;14:767-772.
- <sup>233</sup> Zambrana García JL, Cruz Caparrós G, Martín-Escalante MD. ¿Son realmente objetivos los criterios de adecuación de ingreso hospitalario del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Med Clin Barc 2002;118(4):158.
- <sup>234</sup> Trapero B, Lorenzo S, Alonso B, Pastor V. Evaluación de la adecuación del ingreso y la estancia hospitalaria mediante el Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. Rev Calidad Asistencial 2002;17(8):624-31.
- <sup>235</sup> Lorenzo S. ¿El retorno del AEP?. Vigencia y cambios en su utilización. Rev Calidad Asistencial 2002;17(8):587-8.
- <sup>236</sup> Meneu R. ¿AEP para qué?. Rev Calidad Asistencial 2002;17(8):589-90.
- <sup>237</sup> Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Madrid 2000.
- <sup>238</sup> Barber Pérez P, González López, Valcárcel B. Simulación de una unidad hospitalaria de urgencias y su uso potencial para la gestión. Gaceta Sanitaria 1994; 8(44): 239-247.
- <sup>239</sup> Rodríguez Gutiérrez CR, Romera García MT, Menéndez Rivera JJ, Losa Campillo JL, Mendieta Lázaro JM et al. Estudio de tiempos en el área de urgencia hospitalaria. Gaceta Sanitaria 1992; 6(30): 113-116.
- <sup>240</sup> Soler Pérez W, Chasco Ros FJ, Expeleta Urcelay E, Serrano Rodríguez S. Tiempos de espera en urgencias. Control de calidad interno y externo. Todo Hospital 1996;129 (septiembre): 7-13.
- <sup>241</sup> Ochoa J. SOS desde los servicios de urgencias de los hospitales. Med Clin (Barc) 2002; 118(17): 653-4.

- 
- <sup>242</sup> Fernández Martín J, Alonso Viana A, Sáinz Rojo A, Moral Iglesias L. Utilización innecesaria de la radiografía de tórax prequirúrgica en una red de hospitales públicos. *Revista Clínica Española* 2001; 201.
- <sup>243</sup> Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático. *OSTEBA* Junio 1994.
- <sup>244</sup> Preoperatives routines. The Swedish Council on Technology Assesment in Health Care.
- <sup>245</sup> López de Argumedo M, Asua J. Valoración preoperatoria en cirugía programada. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(1): 30-33.
- <sup>246</sup> Alcalde-Escribano J, Ruiz-López P, Acosta F, Landa I, Lorenzo S, Villeta-Plaza R et al. Estudio Delphi para el desarrollo de pautas de indicación de pruebas preoperatorias. Consenso de anesthesiólogos y cirujanos. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(1): 34-42.
- <sup>247</sup> Velasco Díaz L, Fernández González B, García Rios S, Hernández del Corro E. Evaluación de las vías de acceso venoso innecesarias en un servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2000;114:89-90.
- <sup>248</sup> Peiró S. Demasiadas vías muertas: dos de cada cinco vías de acceso venoso en urgencias hospitalarias son innecesarias. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000;2:16.
- <sup>142</sup> Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Madrid 2000.
- <sup>249</sup> Montserrat D, Martínez JR, Alonso M, Meirás O, Franco A, García I et al. Implantación de un cuadro de mando para seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(2): 93-98.
- <sup>250</sup> Nogueras Rimblas A, Solans Julián P, Monræs Viñas P. Paseo por los servicios sanitarios. En: del Llano Señarís J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badía J. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Ed Masson. Barcelona 2000.
- <sup>251</sup> Torres A, Iledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 232-233.
- <sup>252</sup> Fustero MV, García-Mata JR, Junod B, Bárcena M. ¿Funciona el flujo de información entre los niveles primario y especializado?. Análisis de la continuidad asistencial en un Área de Salud. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 247-252.
- <sup>253</sup> The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Manual de Acreditación para hospitales*. Barcelona. S&B Editores SA. Fundación Avedis Donabedian 1996.
- <sup>254</sup> González-Llinares RM, Aramburu I, Ruiz de Ocenda JR. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17 (4): 232-6.