COMPLEJO
HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO
DE ALBACETE

sescam

PLAN DE CALIDAD

UCA
CHUA

Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete

Unidad de Calidad

Albacete. Año 2003.

Índice.

I. Justificación.	Pag. 3
II. Objetivos.	Pag. 4
III. Metodología.	
A. Unidad de Calidad.	Pag. 6
B. Estrategias de mejora de la calidad.	Pag. 7
IV. Estrategia de implantación.	Pag. 10
V. Evaluación.	
A. Control de calidad.	Pag. 12
B. Evaluación de los indicadores de calidad.	
1. Estándares de la Organización.	Pag. 12
2. Objetivos Comunes.	Pag. 13
3. Monitorización de indicadores.	Pag. 13
C. Memoria Anual del Plan de Calidad.	Pag. 13

I. Justificación.

El Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) es el organismo competente para el establecimiento de las políticas encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de la región. Teniendo en cuenta los objetivos del Plan de Salud 2001-2010 de Castilla La Mancha, el SESCAM está obligado a conocer los niveles de calidad alcanzados en los centros y servicios sanitarios que configuran el Servicio de Salud, así como el nivel de satisfacción de los usuarios. Por este motivo ha desarrollado un nuevo Plan de Calidad para el año 2003, el cual tiene como uno de sus objetivos el impulsar el desarrollo de planes de calidad propios en los hospitales.

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.

La puesta en marcha de Planes de Calidad, basados en la filosofía de la Calidad Total, en múltiples centros hospitalarios del mundo ha demostrado que se trata de una herramienta fundamental para la mejora continua de la asistencia sanitaria, permitiendo ofrecer el máximo de calidad asistencial con los recursos disponibles. Esto ha hecho que el concepto de "Calidad Total" se haya convertido en el eje de actuación en la gestión de los hospitales. Se trata de una estrategia cuya puesta en práctica se basa en la definición, desarrollo y evaluación de los procesos, a partir de lo cual se obtienen unos resultados que permiten asegurar unos estándares de calidad y realizar una serie de modificaciones periódicas, produciéndose así la mejora continua.

El Plan de Calidad pretende impulsar un cambio cultural en el Centro que favorezca el liderazgo de los directivos en la gestión de la calidad e implique a todos los trabajadores. Se intenta que la mejora continua de la calidad y su evaluación sean vistas como una responsabilidad profesional y que formen parte de las actividades habituales, de manera que se incremente progresivamente el nivel de calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos. Una vez alcanzado el cambio, el Plan de Calidad deberá garantizar que en el hospital esté implantado un sistema para monitorizar, mantener y mejorar la calidad, y que los resultados de la asistencia, medidos desde el punto de vista clínico, de satisfacción y costes, estén dentro de unos estándares de calidad.

Este nuevo Plan de Calidad del Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete se ha elaborado con la finalidad de alcanzar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, lo cual pretende conseguir mediante el desarrollo de una asistencia eficiente, segura y basada en la mejor evidencia científica disponible. Para ello, bs pilares en los que se basa el Plan son: 1) las prestaciones de una asistencia de alta calidad, utilizando el principio de funcionamiento de la "Calidad Total"; 2) la orientación de los servicios sanitarios hacia las necesidades de los usuarios; y 3) la integración generalizada de los profesionales en la mejora de la calidad.

II. Objetivos.

El objetivo último del presente Plan de Calidad es conseguir elevar la calidad del Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete en todos sus aspectos. Los objetivos generales y específicos de este Plan de Calidad parten de las líneas estratégicas del Contrato de Gestión de Atención Especializada del SESCAM.

El Plan de Calidad Total del INSALUD 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.

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.

Los objetivos del presente Plan de Calidad se resumen en los siguientes puntos:

- Promover las actuaciones para conseguir una gestión de la organización basada en la mejora continua, que garantice la eficacia y eficiencia de la asistencia sanitaria.
- Elaborar e implantar un Plan de Formación en Calidad dirigido a la difusión de la cultura, metodología y herramientas de gestión para la mejora continua de la calidad.
- Mejorar la gestión de los procesos en las diferentes áreas.
- Desarrollar e implantar guías de práctica clínica, protocolos y vías clínicas.
- Fomentar la participación de los pacientes en el proceso asistencial.
- Adaptar los procesos a las necesidades y expectativas de los pacientes.
- Conseguir la participación multidisciplinaria de los profesionales de la Organización en la mejora de la calidad.
- Elaborar e implantar un Plan de Comunicación Interna que permita informar sobre la calidad a los profesionales de forma autorizada y creíble.
- Obtener la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, desarrollando una asistencia eficiente, segura, y basada en la mejor evidencia científica disponible.
- Desarrollar políticas activas que potencien la creación y funcionamiento de la Comisiones Clínicas.
- Desarrollar e implantar un Plan de Educación para la Salud con la finalidad de que los pacientes aprendan los aspectos más relevantes de sus enfermedades, practiquen las medidas preventivas, aprendan sus derechos y obligaciones en la Sanidad Pública, conozcan las posibilidades y limitaciones de los profesionales sanitarios, del Hospital y del Servicio de Salud, y participen en el correcto funcionamiento de la asistencia sanitaria.
- Elaborar y poner a disposición de los ciudadanos la Carta de Servicios.
- Divulgar a la población general los resultados del Plan de Calidad.
- Elaborar Protocolos de Actuación para los problemas de salud más prevalentes en coordinación con el nivel de Atención Primaria.
- Desarrollar planes de mejora en la comunicación a los usuarios, de manera que se les informe sobre los servicios que se ofrecen, los profesionales que tienen adscritos, el personal de guardia, los horarios y situación de las distintas consultas, los teléfonos y direcciones de interés, las normas de funcionamiento y los procedimientos y tramitaciones necesarias para el acceso a las distintas prestaciones sanitarias.
- Proporcionar a los ciudadanos una tramitación cómoda y sencilla de los principales procedimientos administrativos necesarios para recibir de forma adecuada la atención que precisen.
- Cumplir los objetivos de calidad del Plan de Calidad de Atención Especializada del SESCAM.

III. Metodología.

Las estrategias a poner en marcha para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y la satisfacción del usuario se centrarán en las áreas clave de actuación establecidas por los Órganos Directivos del Centro. La puesta en práctica de los métodos de gestión de la calidad requiere la colaboración de los profesionales, siendo todo el proceso liderado y supervisado por la Dirección del Centro, y coordinado por los responsables de la Unidad de Calidad.

A. Unidad de Calidad.

La creación de Unidades de Calidad en los hospitales ha permitido coordinar y mejorar todas las actividades relacionadas con la mejora continua de la calidad asistencial. La Unidad de Calidad es la encargada de definir los objetivos y coordinar los métodos a emplear para la mejora de la calidad, bajo la dirección de la Gerencia del Centro. Las funciones asignadas a la Unidad de Calidad son las siguientes:

- Asesorar al equipo directivo en el diseño del Plan de Calidad del Centro y su estrategia de implantación.
- Impulsar la constitución y el funcionamiento de las Comisiones Clínicas y de la Comisión Central de Garantía de Calidad.
- Colaborar con la Dirección Médica en la definición de los objetivos de las Comisiones Clínicas.
- Dinamizar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas, fomentando la participación de todos sus miembros y favoreciendo la eficacia de sus sesiones.
- Colaborar con la Gerencia en el pacto de los objetivos de calidad con cada uno de los Servicios.
- Diseñar el Plan de Seguimiento y evaluación de objetivos y colaborar con la Gerencia en el control del cumplimiento de los mismos, y elaborar la Memoria anual del Plan de Calidad.
- Promover la participación de los profesionales en las actividades de mejora de la calidad desarrolladas en el Centro.
- Facilitar apoyo logístico y metodológico a los profesionales que participen en las actividades de mejora de la calidad.
- Organizar y llevar a cabo actividades docentes en mejora de la calidad.
- Impulsar la realización de actividades tendentes a la mejora de la calidad, procurando la difusión interna y externa de las mismas.
- Colaborar con la Comisión Mixta del Hospital en todos los temas relativos a la calidad asistencial, e informarla de las actividades desarrolladas en el Hospital.
- Adecuar e implantar otras funciones que el SESCAM marque de manera corporativa en materia de calidad.

B. Estrategias de mejora de la calidad.

Para poder llevar a cabo las acciones de mejora de la calidad deberán aplicarse aquellas herramientas de gestión que han demostrado ser efectivas, entre las que se incluyen las siguientes:

1. Benchmarking.

Se estudiará lo que hacen otros centros respecto a la gestión de la calidad y se intentará identificar a los mejores en este sentido. Se compararán nuestros procesos y servicios con los de los mejores c entros, se intentará conocer los logros de los mismos y, a partir de esto, se aplicarán los cambios para mejorar con lo que se ha aprendido.

2. Gestión por Procesos.

La gestión por procesos en la asistencia sanitaria es un sistema de planificación y administración encaminado a disminuir la variabilidad de la práctica clínica y caracterizado por la concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio, y la evaluación de todo ello de manera que se puedan detectar los problemas e introducir cambios para la mejora de la calidad de los servicios.

Para conseguir lo expuesto, los métodos utilizados se sustentan en la mejor práctica clínica a través de la medicina basada en la evidencia y la elaboración e implantación de Guías de Práctica Clínica, Protocolos Clínicos y Vías Clínicas. Se pretende asegurar el abordaje de los problemas de salud de forma homogénea desde una visión centrada en el paciente, los profesionales y en el proceso asistencial en sí mismo.

Para alcanzar este objetivo, en primer lugar, se deberán identificar los procesos clave o prioritarios de la Organización, sobre los cuales se actuará de forma progresiva según su importancia. La gestión de estos procesos requerirá la implantación de una cultura de la medicina basada en la evidencia, caracterizada por la búsqueda, valoración y utilización de los conocimientos derivados de la investigación; la implantación de Guías de Práctica Clínica, bien las de las Sociedades Científicas o bien las elaboradas por los propios profesionales del Centro; y el desarrollo y puesta en práctica de Protocolos Clínicos y Vías Clínicas.

3. Comunicación Interna.

Entre las diferentes herramientas de gestión utilizadas para alcanzar la mejora continua de la calidad destaca la comunicación interna. El éxito de cualquier cambio radica en una efectiva comunicación a los profesionales, porque es una herramienta fundamental para ganar apoyo de aquellos que, en definitiva, son los responsables de implementar las mejoras. Por ello, se hace necesario elaborar e implantar un Plan de Comunicación Interna que permita informar sobre la calidad a los profesionales, de forma autorizada y creíble.

4. Comunicación Externa.

Para poder conseguir una verdadera mejora de la calidad es necesario también desarrollar un Plan de Comunicación Externa, que permita informar a los usuarios sobre el tipo y nivel de los servicios, les involucre en las mejoras y posicione la imagen de calidad del Centro. La percepción final de las mejoras conseguidas depende del usuario, por lo que es muy importante comunicarlas convenientemente. Para ello, se mejorará la información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos ante la Sanidad, la organización y funcionamiento del Sistema de Salud y del Hospital, la prestación de los servicios, las normas y recomendaciones sanitarias de mayor interés, así como la información clínica que permita la participación del paciente en las decisiones médicas.

5. Formación en Calidad.

Está demostrado que la mejora de los conocimientos de los profesionales en gestión de la calidad es beneficiosa para el hospital, ya que aumenta la motivación del trabajador y contribuye a introducir la filosofía de la Calidad Total. Por ello, se elaborará un Plan de Formación en Calidad específico dirigido a la difusión de la cultura, metodología y herramientas de gestión clínica para la mejora continua de la calidad y eficiencia. Será un Plan multidisciplinario, flexible, dinámico, dirigido a objetivos específicos y proyectos concretos en línea con las principales áreas de mejora del Centro y las necesidades de los profesionales, y sometido a seguimiento y evaluación para conocer el impacto de la formación en los resultados.

6. Educación para la Salud.

Otro de los aspectos importantes en el proceso de mejora de la calidad es la educación de los usuarios de los servicios sanitarios. Está demostrado que las políticas preventivas sobre ciertos hábitos nocivos mejoran la salud de los pacientes, ya que consiguen que éstos conozcan, se sensibilicen y se impliquen afectivamente con un estilo de vida saludable. Por ello, estos pacientes solicitan menos asistencia sanitaria y, cuando enferman, los resultados clínicos que se obtienen con ellos son más rápidos y satisfactorios, con lo que consumen menos recursos y contribuyen a mejorar la calidad del sistema de salud que les atiende. Por otro lado, la calidad de los resultados del proceso de asistencia depende también en gran medida del conocimiento, habilidades, esfuerzos y motivaciones del paciente ante el sistema sanitario. Aquellos que siguen las prescripciones, aseguran la comunicación médico/paciente, participan en las decisiones y trabajan para mejorar su salud, intervienen activamente en la mejora de la calidad asistencial.

Por todo ello, entre las acciones dirigidas a mejorar la calidad en el Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete se incluirá un Plan de Educación para la Salud, el cual estará constituido por una serie de proyectos y programas con la finalidad de que los pacientes aprendan los aspectos más relevantes de sus enfermedades, practiquen las medidas preventivas, aprendan sus derechos y obligaciones ante la Sanidad Pública, conozcan las posibilidades y limitaciones de los profesionales sanitarios, del Hospital y del Servicio de Salud, y participen en el correcto funcionamiento de la asistencia sanitaria.

7. Comisiones Clínicas.

Las Comisiones Clínicas son grupos de trabajo que forman parte de la estructura organizativa del Plan de Calidad de todos los hospitales. Estos grupos de trabajo elaboran criterios de actuación a partir del consenso entre expertos, por lo que son un instrumento indispensable para la definición de la práctica clínica correcta y adecuada, y permiten resolver de forma interdisciplinar los problemas clínicos. Además, las Comisiones Clínicas definen y pactan sus objetivos con los responsables de calidad, incluyéndose estos objetivos en el Contrato de Gestión del Centro. Las Comisiones Clínicas se consideran unos órganos de participación multidisciplinar de profesionales en la gestión y mejora de la calidad. Su papel es de gran importancia porque constituye un índice de calidad del hospital.

Por ello, se potenciará la creación y funcionamiento de las Comisiones Clínicas, pero siempre en relación con los objetivos del Centro, de manera que únicamente se crearán y potenciarán aquellas que se piense que son necesarias para alcanzar los objetivos de mejora de la calidad. El Plan de Calidad incluirá un proyecto de mejoras en el funcionamiento de las Comisiones Clínicas que tendrá en cuenta los siguientes objetivos:

- Fomentar la participación de todos los miembros de las Comisiones Clínicas.
- Garantizar la eficacia de las sesiones de las Comisiones Clínicas.
- Favorecer la colaboración entre los responsables de calidad del Centro y la Dirección Médica en la definición de los objetivos de las Comisiones Clínicas.
- Establecer relaciones entre las Comisiones Clínicas y los Servicios con el objetivo de elaborar guías o criterios de utilización adecuada de servicios en procesos prevalentes, como una herramienta de ayuda a los clínicos en la toma de decisiones.
- Impulsar la constitución de nuevas Comisiones Clínicas según las necesidades.

IV. Estrategia de implantación.

La implantación del Plan de Calidad del Centro comienza con la voluntad de los Órganos Directivos de promover un cambio en las estructuras y funcionamiento de toda la Organización con la intención de conseguir la Calidad Total. La Dirección establecerá las áreas clave de actuación y las directrices de las reformas a llevar a cabo, en las cuales se centrarán las estrategias a poner en marcha para mejorar la calidad del servicio y la satisfacción del usuario. La implementación del presente Plan de Calidad seguirá una estrategia general que será coordinada por la Unidad de Calidad a partir de las instrucciones de los Órganos Directivos del Centro y se adaptará a las futuras directrices que en materia de calidad dicte el SESCAM.

1. Anuncio de la implantación del Plan de Calidad.

El apoyo de los trabajadores y profesionales al Plan de Calidad del Centro es proporcional al grado de conocimiento que tienen del mismo, de manera que será ignorado si no es comunicado de forma efectiva. Por lo tanto, es preciso anunciar la implantación del Plan de Calidad a través de los circuitos internos de comunicación, informando convenientemente de todos sus puntos y mostrando la total responsabilidad sobre el mismo por parte de los Órganos Directivos. La Gerencia del Complejo Hospitalario es la responsable de anunciar la implantación del Plan de Calidad y explicar sus objetivos y metodología y, posteriormente, comunicar sus resultados, lo cual hará a través de las vías habituales de comunicación interna.

2. Reuniones con los Jefes de Servicio y Presidentes de las Comisiones Clínicas.

Uno de los primeros pasos en el comienzo de la aplicación práctica del Plan de Calidad debe ser el de las reuniones con los Jefes de Servicio y Presidentes de las Comisiones Clínicas. Los responsables de la Calidad deben ser los que animen las sesiones sobre calidad dirigiéndose a los Jefes de Servicio y Presidentes de las Comisiones Clínicas, los cuales expondrán sus inquietudes respecto a los métodos de mejora de la calidad. El objetivo principal es elaborar guías o criterios de utilización adecuada de servicios en procesos prevalentes, como una herramienta de ayuda a los clínicos en la toma de decisiones. Esto permitirá a los responsables de la Calidad conocer los aspectos específicos de los procesos particulares y, así, diseñar el mejor modo de adaptarlos a los planes de la Organización.

3. Reuniones con los profesionales.

Dado que los trabajadores son imprescindibles para conseguir la mejora de la calidad, se programarán reuniones con todos los profesionales del Centro, para que éstos también den sus opiniones respecto a los cambios a realizar. Los proyectos se elaborarán en colaboración con las personas capacitadas y nunca serán impuestos, y cualquier forma de innovación será valorada. Además, las actuaciones y los métodos aplicados se centrarán en los procesos y no evaluarán la actividad de los trabajadores directamente. La intención es implicar a los profesionales en la filosofía de la Calidad Total y animarles a participar activamente en los procedimientos que les interesen. Con esta finalidad, los profesionales serán convenientemente informados de la implantación, evolución y evaluación del Plan de Calidad, lo que permitirá además hacerles partícipes de los resultados.

4. Elección de los agentes de calidad de los Servicios.

Se intentará que todos los Servicios tengan, al menos, un agente de calidad, el cual actuará como conexión entre los responsables de Calidad y los profesionales, independientemente de que estos últimos también participen en las reuniones. El agente de calidad se encargará de coordinar la implantación de los métodos de mejora de la calidad en su Servicio, participará en la evaluación de los procesos y elaborará la correspondiente Memoria de Calidad.

5. Educación de los profesionales.

El objetivo final del Plan de Formación en Calidad es que los profesionales se impliquen activamente en los cambios para conseguir las mejoras, lo que pretende alcanzar mediante la actualización continuada de los conocimientos en el área de la gestión de la calidad. Por ello, se programarán sesiones divulgativas, como proceso de educación en los conceptos de gestión de la calidad, en las mismas reuniones con los profesionales. Estas sesiones divulgativas se pondrán en práctica desde los primeros momentos de la puesta en marcha del Plan de Calidad. Además, para lograr una verdadera formación continuada en calidad, dichas sesiones se repetirán periódicamente y se mantendrán de forma indefinida.

6. Elaboración consensuada de los proyectos y programas para la mejora de la calidad.

Para la aplicación práctica de los métodos encaminados a la mejora de la calidad, es importante sistematizar toda la información al respecto, para lo cual la programación de las actuaciones se hará de manera consensuada y se plasmará en forma de proyectos y programas. Éstos se desarrollarán orientados hacia la consecución de los objetivos prioritarios del Centro, y serán posteriormente informados de una manera ágil. La elaboración de los mismos se hará con la participación de los profesionales, y a partir de las correspondientes discusiones para alcanzar el máximo consenso, lo que conllevará que las decisiones, al ser tratadas desde diversos puntos de vista, tengan una mayor objetividad y sean más aceptadas de forma generalizada. Por último, los proyectos y programas serán sometidos a una evaluación permanente, para modificarlos según sea necesario y conseguir, así, mejorarlos periódicamente.

V. Evaluación.

La evaluación es la última fase del Plan de Calidad y pretende conocer los problemas y detectar los fallos para, así, aplicar las medidas correctoras que conduzcan al cambio hacia la mejora de la calidad. Por ello, se establecerá como actividad regular un sistema de autoevaluación programado y documentado, que abarcará los diferentes procesos particulares, los proyectos y programas y la globalidad del Plan de Calidad. La finalidad es poner en marcha una evaluación periódica de todos los aspectos del Plan, la cual comenzará desde las primeras fases del inicio de éste y se mantendrá indefinidamente. De esta forma, se establecerá un programa de evaluación que permitirá revisar de forma sistemática y periódica el funcionamiento de los procesos, sus resultados y el grado en el que éstos se aproximan a los estándares marcados. Según sus conclusiones, se modificarán los procesos con la intención de conseguir los objetivos propuestos.

A. Control de calidad.

La evaluación de la actividades hospitalarias debe basarse, fundamentalmente, en el control y mejora de la calidad. El control de calidad es una operación basada en la información que mide la calidad real y la compara con unos estándares con la intención de detectar las desviaciones y conocer la causa de los problemas, para así implantar la acción correctora que acerque la situación a los niveles que se pretenden. Los procedimientos utilizados para examinar el proceso asistencial se basan en las auditorías, las cuales consisten en la evaluación retrospectiva de la calidad por parte de grupos de profesionales expertos, generalmente del propio Centro (auditorías internas).

B. Evaluación de los indicadores de calidad.

El proceso de evaluación del Plan de Calidad incluye un completo sistema de seguimiento y control de los indicadores de calidad, con la intención final de aplicar la consecuente retroacción sobre los procesos para conseguir la mejora continua de la calidad asistencial. La metodología de evaluación de estos indicadores se incluye como anexo del Plan de Calidad del SESCAM.

1. Estándares de la Organización.

El Plan de Calidad del Contrato de Gestión incluyó, en años anteriores, una serie de objetivos en los que se consiguieron buenos resultados en la mayoría de los hospitales, razón por la que actualmente constituyen estándares de calidad. Aunque los Objetivos Estándares se consideran ya alcanzados, se deben mantener en el futuro, por lo que es necesario planear un proceso de vigilancia continua de los mismos con la intención de valorar periódicamente su grado de cumplimiento. Además, en los casos en los que alguno de estos objetivos no se haya conseguido aún, deben estudiarse las causas y ponerse en marcha las correspondientes soluciones. La evaluación de los estándares se ha simplificado con respecto a la de los demás objetivos de calidad, habiéndose definido una serie de requisitos básicos cuya valoración permite comprobar el grado de cumplimiento de cada estándar.

2. Objetivos comunes.

El Plan de Calidad del INSALUD definió, en años anteriores, un conjunto de objetivos comunes a todos los hospitales, unos relacionados con las áreas donde aún quedan oportunidades de mejora y otros con las prioridades de la Organización, con la intención de que todos los centros trabajaran sobre los mismos aspectos para mejorar la calidad. Esto ha hecho que estos objetivos se hayan ido alcanzando en la mayoría de los hospitales, de manera que empiezan a ser objetivos obligatorios que se deben cumplir de forma generalizada.

3. Monitorización de indicadores.

La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad. Esta actividad tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir. La monitorización de indicadores de calidad sirve como complemento a la evaluación de los objetivos comunes. Su utilidad ha sido demostrada en diferentes programas de evaluación de indicadores.

Una parte de los indicadores pueden ser calculados a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Estos indicadores miden aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad, y permiten comparar los resultados entre los distintos hospitales y entre distintas Organizaciones. Aunque su monitorización tiene ciertas limitaciones metodológicas, algunos resultados muy desviados de la media permiten detectar problemas no conocidos e implantar acciones de mejora para solucionarlos. Existe 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, se emplean indicadores que tienen una fácil interpretación clínica o de gestión, y que son útiles para que los profesionales mejoren su práctica asistencial.

El hospital debe: 1) Analizar los resultados de los indicadores y compararse con el resto de los hospitales de su grupo; 2) Llevar a cabo los estudios que le permitan obtener los indicadores que no se obtienen automáticamente de los sistemas de información; 3) Analizar las causas de los resultados que se desvían de la media, y siempre que aparezca un caso que se considere un suceso centinela; y 4) Llevar a cabo las medidas de mejora o acciones correctoras necesarias.

C. Memoria Anual del Plan de Calidad.

Para poder hacer un seguimiento preciso de todos los procesos implicados en la calidad debe realizarse un balance de todas las actividades realizadas. Para ello, se registrarán los métodos de evaluación y los resultados del Plan de Calidad y se presentarán en forma de memoria. Este documento permite comparar los resultados de los diferentes centros de un sistema sanitario entre sí y con el conjunto de todos ellos, pudiéndose así profundizar en las causas de los problemas y proponer soluciones a los mismos que, si se consiguen, suponen una mejora continuada en la calidad asistencial. Asimismo, el conocimiento generalizado de los resultados dentro de la Organización puede ser estimulante y motivador para los profesionales y les permitirá tomar conciencia de que verdaderamente se realizan algunas formas de control de la calidad.