

Hospital General de Ciudad Real
Estrategias de mejora
2008 - 2010



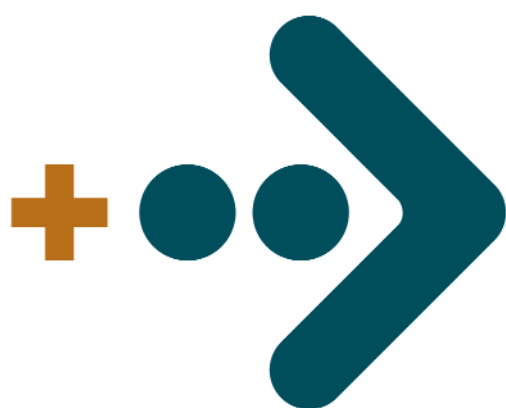


© de la edición: Hospital General de Ciudad Real.
© de los textos: los autores
© de las fotografías: los autores

Coordinación editorial: Hospital General de Ciudad Real
Diseño y realización editorial: Estudio Villanueva.

Fotografías: Hospital General de Ciudad Real

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y ss. Código Penal).



Hospital General de Ciudad Real
Estrategias de mejora
2008 - 2010

prólogo

Jesús Fernández Sanz
Director Gerente





El documento *HGCR: Estrategias de Mejora 2008-2010* es fruto del consenso sobre las acciones a desarrollar para seguir avanzando hacia donde queremos que nuestro Hospital se encamine en los tres próximos años.

En el libro se establecen en qué grandes áreas de interés tenemos que trabajar (**líneas estratégicas**) y mediante qué **planes de acción** concretos podemos centrarnos para aproximarnos a lo que queremos.

Nuestra intención, al introducir el sistema de 'Dirección por Objetivos' es facilitar la participación de un gran número de personas, enfocando su actividad hacia las 'metas', identificando las prioridades, y armonizando las acciones para conseguir los objetivos grupales. El documento refleja la concreción a nivel local de las principales líneas directrices marcadas por el Servicio Castellano-Manchego de Salud mediante el **Contrato de Gestión, el Plan de Calidad y el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente (objetivos institucionales)**. Además, con el presente plan de trabajo pretendemos potenciar aquellas iniciativas y acciones que se están realizando bien e identificar cuáles se pueden mejorar, aprendiendo de nuestros errores. Es un **documento abierto**, en el que se irán incluyendo futuras líneas de mejora, así como los resultados de la evaluación de las acciones que hayan sido implementadas.

Lo ideal sería poder contar con las aportaciones de todos los profesionales del hospital, pero es una tarea que se escapa a nuestras posibilidades. Por ello, nuestro propósito es contar con **grupos representativos** de los diferentes estamentos del hospital. Agradecemos la colaboración de todas las personas que contribuyen cada día a mejorar la atención sanitaria a nuestros ciudadanos.





 autores

Fase 1. Equipo Directivo

D. Jesús Fernández Sanz. Director Gerente
D. José Luis Cuadra Díaz. Director Médico
D. José Antonio Rubio-Manzanares Bermejo. Director Quirúrgico
Dña. Josefina Ortiz Valdepeñas. Directora de Enfermería
Dña. Carmen Sánchez- Mora Prieto. Directora de Gestión y SS.GG.
Dña. Isabel Solano Herrera. Subdirectora Médica
Dña. Teresa Rodríguez Cano. Subdirectora de I,D,F y OCAU
Dña. M^a Dolores Romero Aguilera. Subdirectora Médica
Dña. Ana Figueras Juárez. Subdirectora Médica
D. César Moreno-Chocano Gutiérrez. Subdirector de Enfermería
Dña. M^a José Fernández Pacheco. Subdirectora de Enfermería
Dña. Paloma Sánchez González. Subdirectora de Enfermería
D. Andrés Gómez Blanco. Subdirector de Gestión
Dña. Cristina Quintana Jimón. Subdirectora de Gestión
D. Carmelo Madrid Fernández. Subdirector de Gestión
D. Luis Calahorra Fernández. Coordinador De Calidad
D. Francisco Manuel Vera Ruiz. Jefe De S^o Admisión
D. Marcial García Rojo. Coordinador de los Sistemas de Información

Fase 2. Unidad de Calidad. Comisión de Calidad y Comisiones Clínicas

Dña. María Armenteros Lechuga. Responsable de Calidad de Servicios no Asistenciales
Dña. Ester Lagos Pantoja. Responsable de calidad de Enfermería
Comisión de Dirección de Calidad
Comisión Central de Garantía de Calidad
Comisión de Investigación
Comisión de Docencia
Comisión de Formación Continuada
Comisión de Historias Clínicas
Comisión de Historia Clínica Electrónica-Mambrino

Fase 3. Junta Técnico Asistencial y Grupos de Trabajo





índice



13	1.- Introducción	
14	El Hospital General de Ciudad Real y su entorno. Análisis de la situación de partida.	
16	El Hospital que queremos. Objetivos 2008-2010.	
17	2.- Fases del diseño y desarrollo	
21	3.- Misión del HGCR	
23	4.- Visión del HGCR	
25	5.- Valores del HGCR	
27	6.- Retos y oportunidades	
33	7.- Plan de acción	
41	8.- Objetivos	
42	Objetivos generales	
43	Objetivos específicos. ESTRATEGIAS DE MEJORA	
46	ESTRATEGIA 1: Desarrollo tecnológico.	
54	ESTRATEGIA 2: Desarrollo organizacional. Actividad asistencial. Seguimiento presupuestario.	
60	ESTRATEGIA 3: Desarrollo de la investigación.	
63	ESTRATEGIA 4: Desarrollo de la docencia.	
66	ESTRATEGIA 5: Gestión de la calidad.	
73	ESTRATEGIA 6: Desarrollo profesional. Formación continuada.	
76	ESTRATEGIA 7: Trabajo por la seguridad del paciente.	
94	ESTRATEGIA 8: Autonomía del paciente, información y documentación clínica.	
102	ESTRATEGIA 9: Plan de los pequeños detalles.	
109	9.- Cuadros de mando estratégicos	
163	10.- Grupos de trabajo	
175	Anexos	
205	Bibliografía	







Introducción

1.1. El Hospital General de Ciudad Real y su entorno. Análisis de la situación de partida.

Con una plantilla cercana a 3.000 trabajadores y una actividad de 23.000 ingresos, 80.000 urgencias, 355.000 consultas y 16.000 intervenciones quirúrgicas anuales, es un hospital de segundo nivel. Su área de influencia abarca 32 zonas básicas de salud que integran a una población de 328.506 habitantes. El Hospital General de Ciudad Real (HGCR) es referencia para una población de 550.000 habitantes en servicios como Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Oncología Radioterápica, Hemodinámica y Cuidados Infantiles. Además es referencia a nivel autonómico para Medicina Nuclear y Trastornos de la Conducta Alimentaria. En el [Anexo 1 \(pag.176\)](#), se resumen los aspectos relativos a la dotación de servicios, camas, equipamiento y tecnología.



Hospital de Alarcos (Izqda. arriba), Hospital del Carmen (Dcha. arriba) y Hospital General de Ciudad Real (abajo).

En los últimos años, el HGCR se ha destacado por la adaptación al proceso de cambio desde el Complejo Hospitalario de Ciudad Real (CHCR, es decir Hospital de Alarcos y Hospital del Carmen) a un único Hospital General. Ello ha conllevado no sólo cambios estructurales, sino importantes repercusiones desde el punto de vista funcional y de las interacciones dentro de los diferentes componentes de la institución. Además el HGCR destaca por la incorporación de la tecnología más avanzada (Historia clínica electrónica, telemedicina) y el equipamiento de última generación para los medios diagnósticos y terapéuticos.



El compromiso con la docencia ha traído consigo la acreditación docente de nuevas especialidades, hasta un total de 21, con un alto potencial para añadir valor en los próximos años (Anexo 2. Pag 185).

El usuario como protagonista.

En el ámbito del SESCAM la preocupación que en los últimos años se viene manifestando por todos los aspectos relativos a la Calidad Asistencial y la Atención al Usuario se ha puesto de manifiesto a través de distintas iniciativas, que alcanzan su punto álgido con la creación de la **Dirección General de Calidad Asistencial y Atención al Usuario** (decreto 129/2007, de 17 de julio, de estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos del SESCAM, (DOCM nº 152, de 20 de julio). El objetivo específico de esta Dirección General es el de *dotar de una estructura funcional y administrativa que facilite y coordine el trabajo en estas dos áreas y su coordinación con el resto de los Servicios y con la propia Dirección General, y dotarla*



de los recursos materiales y humanos necesarios. El Hospital está realizando además un importante esfuerzo por orientar sus servicios al ciudadano, destacando las siguientes iniciativas en este sentido:

- Proyecto de Escuela de Padres.
- Proyecto Lactancia Materna.
- Hotel de Madres.
- Proyecto sobre el buen manejo de la información al paciente.
- Oficina Jurídica para la Práctica Asistencial.

Compromiso con la calidad.

Como órgano colegiado que integra las unidades y servicios comprometidos especialmente con la mejora de la Calidad, se ha creado la Comisión de Dirección de Calidad, que agrupa a las personas que lideran diferentes aspectos relacionados con la calidad (**Anexo 3. Pag. 187**). Igualmente, la creación de la Subdirección de Investigación, Docencia, Formación Continuada y Calidad ha contribuido a reforzar el papel del equipo directivo en la planificación, gestión y mejora de dichos aspectos estratégicos.

Organigrama.

Anexo 4.(Pag.189)

1.2. El Hospital que queremos.



16

Tomando el mencionado punto de partida, un hospital con gran volumen asistencial, que atiende a pacientes incluso fuera de nuestra área Sanitaria y que se ha situado a la cabeza del Sistema Sanitario en el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC), buscamos que nuestro hospital consiga **avanzar en un programa de mejora continua de la calidad. Asimismo queremos consolidar la actividad docente e impulsar la investigación como aspectos esenciales para el enriquecimiento de la calidad asistencial. Queremos que el nuestro sea un hospital asistencial y docente.**



Fases del diseño y desarrollo



El presente libro en su conjunto es el resultado de un trabajo que exige un esfuerzo importante pero que resulta imprescindible para ponerse de acuerdo todas las personas que trabajan en el hospital y para conocer cómo podemos contribuir cada uno de nosotros a mejorar día a día la atención sanitaria. Para elaborarlo hemos definido las principales metas y objetivos y, tras analizarlos hemos decidido el camino más adecuado para lograrlos.

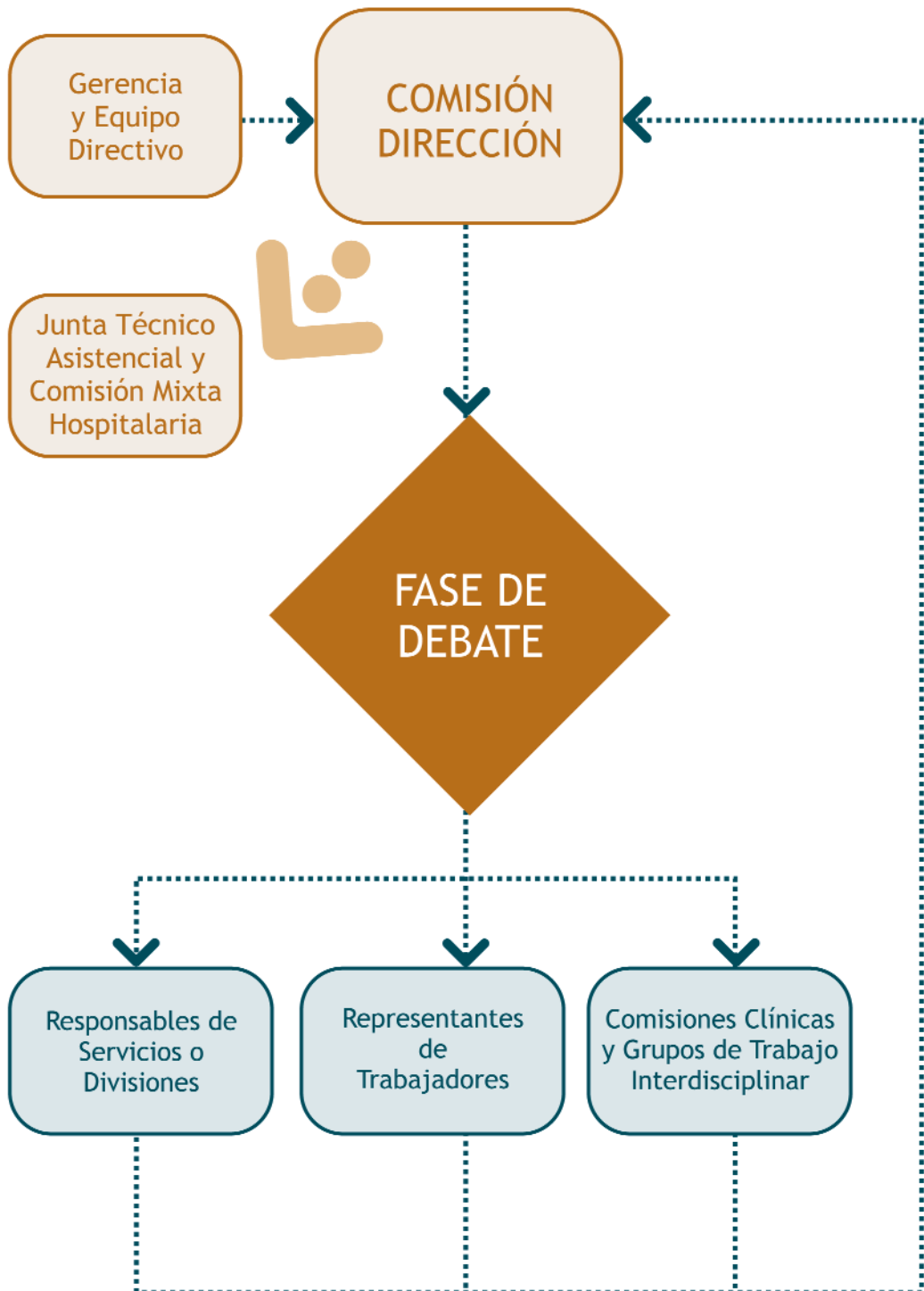
Para su desarrollo es imprescindible el compromiso de los profesionales, por lo que se utilizarán una serie de instrumentos de gestión que favorezcan el logro de resultados (cuadro de mando de objetivos de Calidad, Formación Continuada e Investigación).

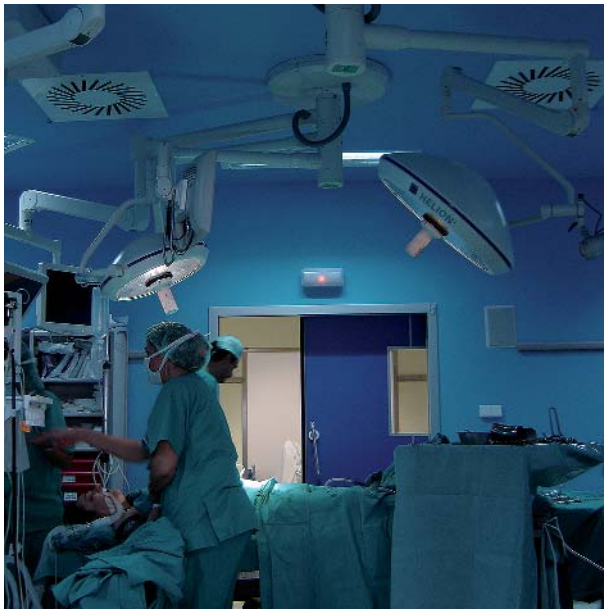
En el diseño se han tenido en cuenta una serie de conceptos fundamentales que se definen a continuación:

1. La **MISIÓN**, que nos orienta hacia dónde dirigirnos. La Misión del hospital supone nuestra razón de ser y refleja qué tenemos que hacer, para qué tenemos que hacerlo y para quién tenemos que hacerlo.
2. La **VISIÓN**. Supone concretar en pocas frases cómo queremos que sea nuestro hospital dentro de unos años.
3. Los **VALORES**. Que tenemos establecidos nos ayudarán en el día a día a alcanzar esta visión.
4. Las estrategias de mejora tienen unos **INDICADORES** para saber en qué medida nos vamos acercando a cumplir los objetivos. En el conjunto de indicadores se incluyen aquellos propuestos desde el SESCAM anualmente a través del Contrato de Gestión.
5. Finalmente, los **RESULTADOS**. Que sirven para continuar en la misma línea o modificar los planes existentes. Dichos resultados serán incluidos en futuras versiones una vez realizada la evaluación.



2.1. Fases del diseño.







Misión del HGCR 



El **HGCR** es un hospital público del Servicio Castellano-Manchego de Salud, (SESCAM) cuyo fin es *mejorar el nivel de salud de la población y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes mediante servicios sanitarios especializados, asegurando un adecuado nivel de rapidez en la respuesta.*

La asistencia prestada se adecuará a la cartera de servicios autorizada y debe cumplir criterios de calidad y eficiencia. Para ello asumimos como guía de actuación:

- **La formación continuada** y el aumento del grado de implicación de los profesionales, con especial atención a la **formación de especialistas** (MIR, PIR, FIR, EIR).
- **La implementación de buenas prácticas basadas en la mejor evidencia disponible y la adecuación del uso de medios diagnósticos y terapéuticos.**
- **Impulsar la participación y el desarrollo de proyectos de investigación,** a nivel europeo, nacional y regional.
- **Fomentar la comunicación con Atención Primaria para garantizar la continuidad asistencial.**
- Asimismo se pretende el incremento progresivo en la participación en el programa de prácticas hospitalarias para la **formación pre-grado** de las diferentes profesiones sanitarias y aquellas relacionadas.



Visión del HGCR 



- Queremos ser un hospital de excelente calidad en la prestación de servicios, tanto desde el punto de vista técnico como humano.
- En permanente estado de búsqueda, de adaptación a los cambios tecnológicos y del entorno, de mejora en conocimientos, aptitudes y adecuación de las prácticas a la mejor evidencia disponible.
- Que logre resultados satisfactorios en nuestros clientes.
- Conseguir un buen grado de desarrollo e implicación de los profesionales.



Valores del HGCR 





Los valores que presenta el HGCR son coherentes con los reflejados en el Plan de Calidad del SESCAM que son:

- Trabajo para el paciente
- Orientación a los resultados
- Apuesta por la innovación
- Respeto
- Comunicación
- Trabajo en equipo. Participación de los profesionales
- Eficiencia

Retos y oportunidades



6.1. Personal

Oportunidades	Retos
<ul style="list-style-type: none">- Mejor dimensionamiento actual de la plantilla orgánica.- Plantillas con buena cualificación. Edad media no elevada.	<ul style="list-style-type: none">- Incrementar el grado de implicación y el compromiso con la organización.

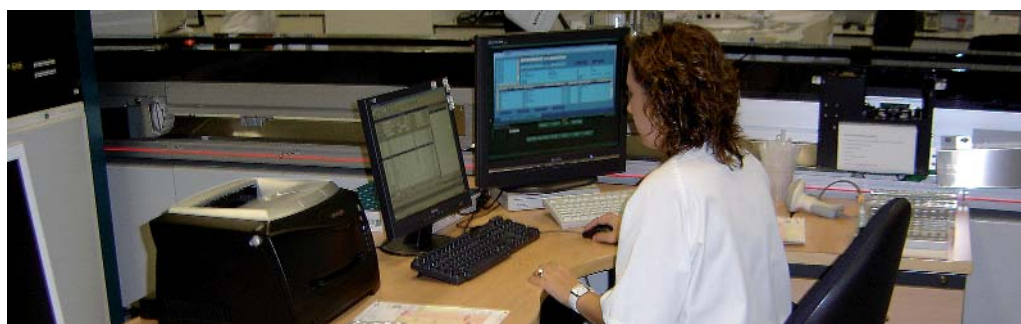
6.2. Infraestructura y Equipamiento

Es una oportunidad la importante dotación actual de medios diagnósticos y terapéuticos con que cuenta el HGCR. Es un reto lograr la adecuación del uso de dichos recursos.



6.3. Tecnologías de la Información y comunicaciones

Oportunidades	Retos
<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada dotación y grado de desarrollo del Servicio de Sistemas de Información. - Pruebas de diagnóstico por Imagen digitalizada. - Existe voluntad para llevar a cabo el desarrollo de la Historia digital. 	<ul style="list-style-type: none"> - HC informatizada en desarrollo. - Integración entre la historia clínica de atención primaria (Turriano) y la de atención especializada (Mambrino).



6.4. Organización Asistencial y Oferta de Servicios

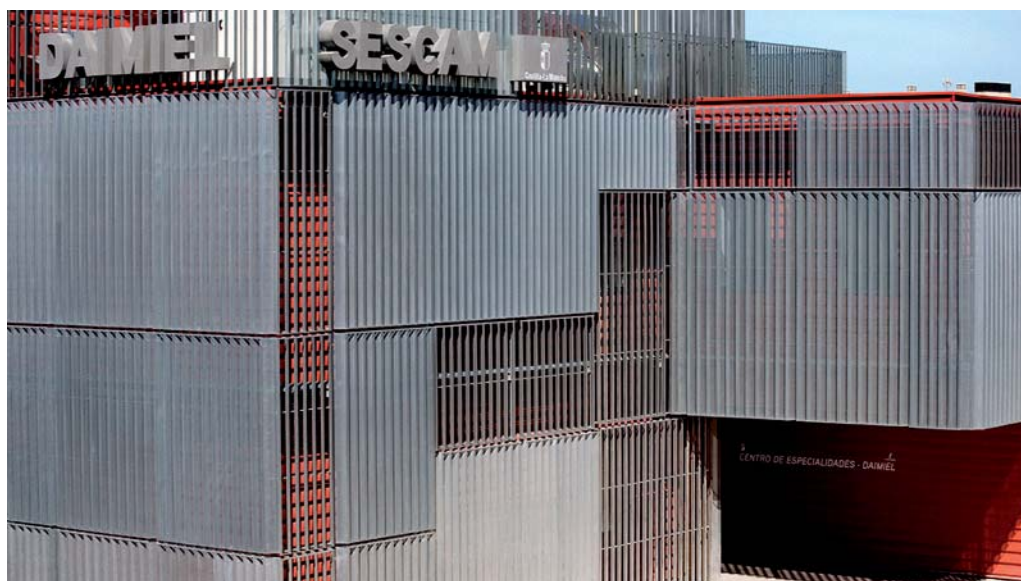


29

Oportunidades	Retos
<ul style="list-style-type: none"> - Control de las demoras para recibir atención sanitaria. - Potenciar programas asistenciales a colectivos, mujer, niños, salud mental, pacientes terminales, etc. - Nueva organización de la dirección médica (Anexo 5. Pag.190) 	<ul style="list-style-type: none"> - Avanzar en la ambulatorización de los procesos. - Mejora en los niveles de resolución y Nuevas Acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar un Estudio de apertura de Unidades / Consultas Específicas en relación con enfermedades muy prevalentes o de alta carga social (Demencias, Ictus, Infecciosas, Dolor torácico, etc...). - Conseguir la autogestión clínica de alguna Unidad.

6.5. Cooperación con Atención Primaria

Oportunidades	Retos
<ul style="list-style-type: none"> - Apertura del Centro de Especialidades de Daimiel (CEDT) que integra la atención Primaria y Especializada en un mismo edificio. - Inicio de algunos Programas de coordinación Inter-niveles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento y evaluación de los programas iniciados. - Avanzar en la gestión por procesos que favorezca la continuidad asistencial.



Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Daimiel (CEDT).

6.6. Política de Calidad

Oportunidades	Retos
<ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Calidad con un responsable por cada división. - Política medioambiental bien desarrollada. Existencia de un Plan de Gestión Integral de Residuos. - Existencia de un compromiso activo por parte de la Gerencia en impulsar la política de calidad. El Director Gerente lidera una Comisión de Dirección de Calidad que aglutina todas las iniciativas individuales en pro de la mejora de la calidad. - Existen Servicios preparados para iniciar un proceso de acreditación. - Buen grado de adherencia al Plan de Calidad del Sescam. - Objetivos de calidad diseñados de forma individualizada por servicios, con un pacto y seguimiento anual. - Mejora del funcionamiento de las comisiones hospitalarias. - Implantación de algunos grupos de mejora de procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la cultura de la calidad en todas las capas de la organización. - Formar en actitudes en pro de la búsqueda de la excelencia especialmente a colectivos en proceso de capacitación. - Aumento del número de procesos de gestión normalizados. - Mejora de la Seguridad del Paciente como compromiso institucional.



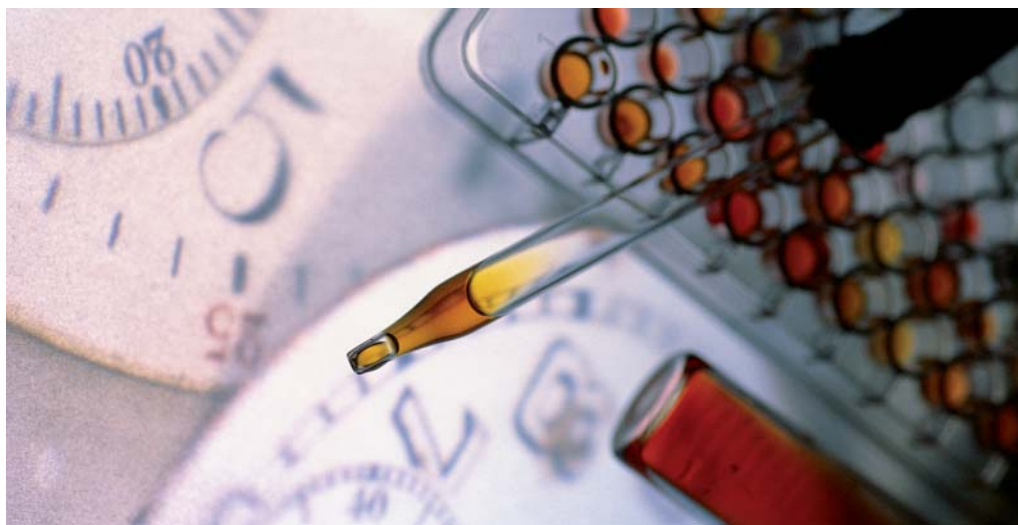
6.7. Docencia y Formación Continuada

Oportunidades	Retos
<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de un Plan de Formación continuada. - Aumento en el número de Servicios que han obtenido la acreditación docente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el sistema de evaluación y control del cumplimiento de los objetivos. Detección de necesidades. - Mejorar en el carácter transversal de la docencia. Potenciar la formación integral del residente en el hospital.

Oportunidades	Retos
<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de algunos acuerdos de colaboración con algunas áreas docentes de carácter universitario (UNED, UCLM, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Medicina, Trabajo Social) para la realización de prácticas en el HGCR. - Evaluación satisfactoria de los alumnos de medicina de las prácticas realizadas en diferentes servicios de nuestro hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar no solo la enseñanza de competencias técnicas, sino las como en habilidades relacionales y sociales. - Incorporar el uso de metodologías innovadoras, tanto de simulación como de autoaprendizaje, incorporando metodologías de e-training, simulación robótica, simulación virtual y simulación escénica. - Aumento en la participación de los residentes en las sesiones clínicas y actividades formativas. - Conseguir la docencia pre-grado en el HGCR en Medicina.

6.8. Investigación

Oportunidades	Retos
<ul style="list-style-type: none"> - Voluntad de la gerencia de impulsar la investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar un servicio de Investigación e implantar líneas estratégicas de investigación a desarrollar en distintas unidades.



Plan de acción



7.1. Diseño y edición de las estrategias

7.1.1. Análisis de la situación de partida.

- Análisis interno de la situación de partida: Equipo directivo. Consulta con responsables de Unidades y/o servicios.
- Consulta con la Junta Técnico Asistencial.
- Análisis de las necesidades y expectativas de los grupos de interés (Comisiones Clínicas, Jefes de Servicio, Supervisores, Responsables).

7.1.2. Consenso y redacción del documento.

- Reunión del equipo directivo para definir la misión, visión los valores. Identificar los objetivos y estrategias básicas.
- Reuniones del equipo para consensuar objetivos y establecer indicadores.
- Presentación a las diferentes comisiones y grupos de interés.
- Reunión del equipo directivo para análisis de las principales modificaciones surgidas tras las discusiones en grupo.

- Cronograma

Fase	Actividad	Inicio Fin	Nº Reuniones	Grupo
INICIO de la planificación.	Metodología y distribución por áreas de interés.	Octubre 2007	1	Equipo Directivo
Objetivos Asistenciales.	Elaboración de los Objetivos Asistenciales y presentación en la Comisión de Dirección y Junta Técnico Asistencial.	Noviembre 2007	2	Dirección Médica



Fase	Actividad	Inicio Fin	Nº Reuniones	Grupo
- Análisis de documentos y de la situación de partida. - Definición de la Misión, Visión y Valores.	- Encuesta de Satisfacción del SESCAM. - Contrato de Gestión. - Plan de Calidad del SESCAM. - Revisión Bibliográfica.	Noviembre 2007	2	Equipo Directivo
Definición de Objetivos y Acciones Específicas.	- Designación de responsables y grupos de trabajo. - Propuesta de objetivos y acciones.	Enero 2008	6	Equipo Directivo
PROPUESTA DEFINITIVA: Reuniones de Grupos de Trabajo.	- Revisión de Objetivos y planes de acción. - Propuesta definitiva.	Marzo 2008	2	Responsable y grupos de trabajo



7.2. Difusión e implementación.

a.- Difusión.

Establecimiento de objetivos anuales por servicios y unidades (Objetivos de I, D, FC y Calidad). Cuadro de mandos elaborado a partir del Contrato de Gestión, Del Plan de Calidad y del presente Plan Estratégico.

b.- Implementación.

Evaluación y actualización de dichos objetivos.

- Cronograma

Fase	Actividad	Inicio Fin	Grupo
Edición	Correcciones tipográficas, formato definitivo.	1 2 2008 a 25 3 2008	Comité editorial
Comunicación	Presentación, Distribución, Divulgación.	Marzo - Abril 2008	Responsables de las estrategias
Desarrollo	Desarrollo de los planes de acción.	Todo el año	Responsables de las estrategias y grupos de trabajo.
Reuniones de seguimiento	Seguimiento de los objetivos.	1 Trimestre	Lideradas por los responsables.
Evaluación	Evaluación de objetivos.	Semestral en Comisión de Dirección	Presidida por el Director Gerente.



7.2.1. Análisis de la situación de partida.

Además del proceso de reflexión realizado en el seno del equipo directivo, cuyos resultados se resumen en el esquema “oportunidades vs retos”, y de los objetivos de las comisiones clínicas, se utilizaron los resultados de la ‘Encuesta de Satisfacción de los Usuarios’ del 2006 correspondientes al área de Atención Especializada de Ciudad Real como fuente de datos sobre las expectativas y opiniones de los usuarios. Una síntesis de dichos datos se presenta a continuación:

- Respecto a la GAE de Ciudad Real, los aspectos a mejorar en **Post-Hospitalización** más citados coinciden con el total del SESCOAM, intercambiando los puestos. Así tenemos “Cita para especialistas” con un 10,3 %, seguido de “Información al paciente sobre su problema de salud y pautas a seguir”, con un 8,3 % y “Mayor seguimiento médico”, el 6,67%.

El 50,1 % de los usuarios no identifica ningún aspecto a mejorar.

ASPECTOS DE MEJORA. POST-HOSPITALIZACIÓN

Gerencia Atención Especializada CIUDAD REAL. RESULTADOS 2006



- En **Consultas Externas**, respecto a la GAE de Ciudad Real, los dos primeros aspectos a mejorar más citados coinciden con los del total del SESCAM, “Cita para especialista” y “Tiempo de espera para entrar en consulta”, con un 40,4% y 22,1%, respectivamente. En tercer lugar estaría “Sala de espera” (desordenada, pequeña...) con un 10,3%.

El 20,5 % de los usuarios no identifica ningún aspecto a mejorar.

ASPECTOS DE MEJORA. CONSULTAS EXTERNAS DE LOS HOSPITALES

Gerencia Atención Especializada CIUDAD REAL. RESULTADOS 2006

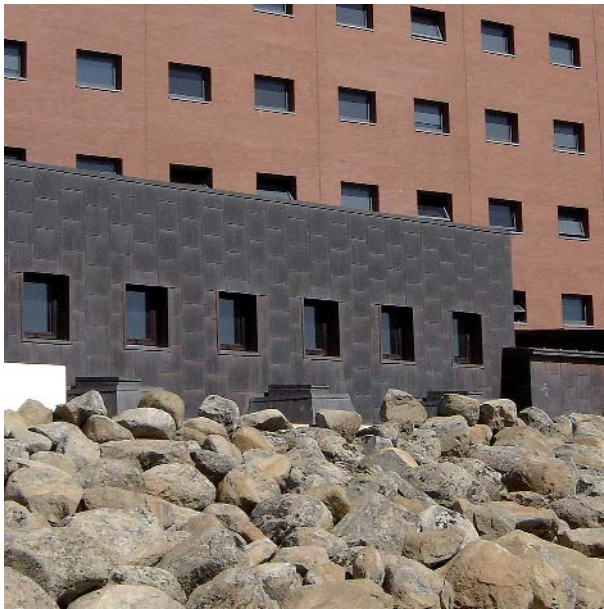


- Respecto a las **Urgencias** de la GAE de Ciudad Real, las sugerencias coinciden con el total del SESCOAM, intercambiando el segundo y tercer lugar con un 8,6% y 8,2%. Como primera mención se mantiene "Tiempo de Espera" con 13,9%. No cita ningún aspecto a mejorar el 41,6 %.

ASPECTOS DE MEJORA. URGENCIAS HOSPITAL

Gerencia Atención Especializada CIUDAD REAL. RESULTADOS 2006







Objetivos



8.1 Objetivos generales

- **Cumplir las necesidades que marca el Sistema Sanitario Regional para el Hospital** (Contrato de Gestión).
- **Cumplir las Directrices del Plan de Calidad del SESCAM, adaptándolas al contexto de nuestro Hospital mediante el propio Plan de Calidad del HGCR.**
- **Cumplir las Directrices de la nueva Dirección General de Calidad y Atención al Usuario del SESCAM.**
- **Cumplir las necesidades y expectativas de Salud de la Población.**
- **Disponer de profesionales cualificados y satisfechos para llevar a cabo el proyecto del hospital.**
- **Gestión de la mejora continua de los procesos.**
- **Fomentar la coordinación con:** otros hospitales, atención primaria, asociaciones de pacientes y sociedades científicas.



8.2 Objetivos específicos. ESTRATEGIAS DE MEJORA

ESTRATEGIA 1: DESARROLLO TECNOLÓGICO.

ESTRATEGIA 2: DESARROLLO ORGANIZACIONAL. ACTIVIDAD ASISTENCIAL. SEGUIMIENTO PRESUPUESTARIO.

ESTRATEGIA 3: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

ESTRATEGIA 4: DESARROLLO DE LA DOCENCIA.

ESTRATEGIA 5: GESTIÓN DE LA CALIDAD.

ESTRATEGIA 6: DESARROLLO PROFESIONAL. FORMACIÓN CONTINUADA.

ESTRATEGIA 7: TRABAJO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

ESTRATEGIA 8: AUTONOMÍA DEL PACIENTE, INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

ESTRATEGIA 9: PLAN DE LOS PEQUEÑOS DETALLES.







Estrategia1: DESARROLLO TECNOLÓGICO

Justificación.

La presente Estrategia está basada en el propio “**Plan Estratégico de Sistemas de Información del HGCR**” (PESI), instrumento de mejora de los servicios ofrecidos a los usuarios y profesionales del Hospital General de Ciudad Real (HGCR), a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Su duración es de enero 2008 a diciembre de 2010.

Entorno.

El PESI se desarrolla en un marco institucional que incluye un ámbito europeo, en el que ha de considerarse la **iniciativa i2010 de la Comunidad Europea**, que consiste en la creación de un Espacio Europeo de la Información, Innovación y Servicios Públicos (eHealth). Por otra parte, en el contexto de España, cabe contemplar el **Programa Ingenio 2010** y dentro de éste, el **Plan Avanza** de la entidad Red.es (“Sanidad en línea”), que tiene como objetivo la alineación de España con el resto de Europa en las TIC.

En el entorno de Castilla La Mancha, ha de tenerse en cuenta el Plan de Salud regional (hasta 2010), el Plan de Calidad del SESCAM (2002-2007) y, más específicamente relacionado con las TIC, el **Plan Director de Sistemas 2008-2009 (Pericles II)** puesto en marcha por el Áreas de Tecnologías de la Información del SESCAM.

El PESI en el HGCR se desarrollará, por tanto, influido por el proyecto regional para las TIC en Sanidad (Pericles II) y en un marco de colaboración entre el Servicio de Informática del HGCR y el Área de Tecnologías de la Información, gracias a las reuniones del **Comité de Informática del SESCAM** y a las reuniones entre los responsables del Área de Tecnologías de la Información del SESCAM y la Dirección del HGCR o sus representantes.

Por otra parte, el SESCAM apuesta por el uso de aplicaciones de código abierto (“open source”) siempre que sea posible y el uso de estándares de informática médica (HL7, DICOM, IHE, etc.).

Por su parte, el HGCR ha de hacer frente a un área sanitaria de población creciente y en el que cada vez se demanda un número mayor de servicios sanitarios.

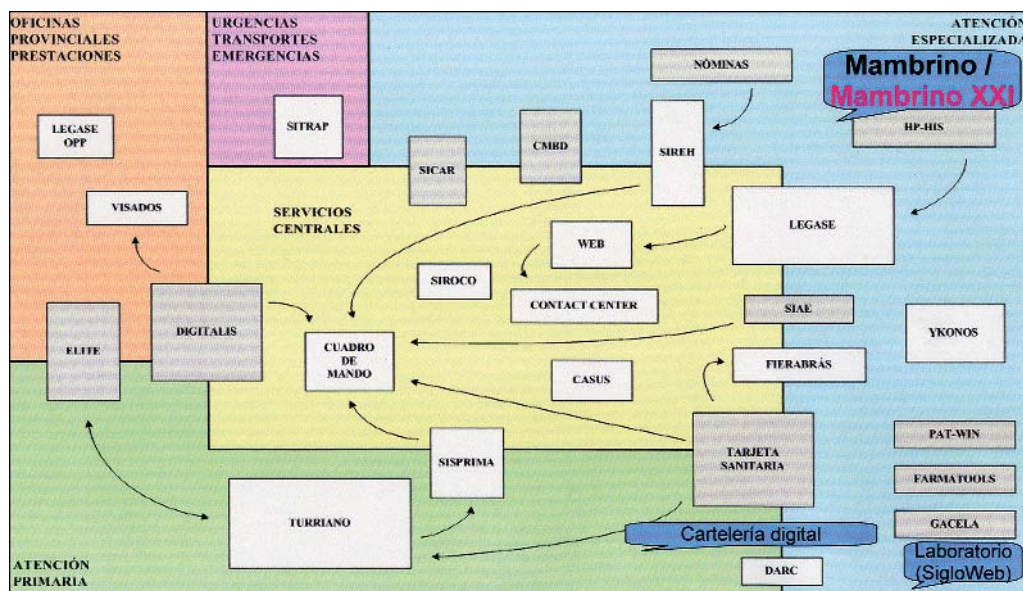
Situación actual.

Los sistemas de información del HGCR son un complejo conjunto de aplicaciones informáticas, algunas propias y otras compartidas con el resto de la región. La principal característica del HGCR es la existencia de un sistema de información clínico-hospitalario (Mambrino, basado en HP-HCIS, desarrollado por empresa Hewlett-Packard), que desde 2002 ha permitido ampliar al ámbito de la gestión clínica las funcionalidades del anterior sistema de información hospitalario (HP-HIS1), del cual se siguen utilizando algunas aplicaciones (lista de espera, gestión de camas, quirófanos, etc.). Sin embargo, este sistema no es el mismo que actualmente se está



implantando en otros hospitales de la región (Mambrino XXI), ni utiliza los mismos programas de integración para comunicar distintos programas entre sí (en HGCR se utiliza Rhapsody), ya que en otros hospitales se está instalando, de acuerdo al proyecto regional Mambrino XXI, un software llamado Selene de la empresa Siemens y en el que se utiliza el **motor de integración Higiea** para comunicar aplicaciones informáticas entre sí. Todo ello, conlleva dificultades técnicas y de acuerdo institucional.

En cuanto al resto de aplicaciones, la siguiente figura resume la relación entre ellas:



Los proyectos relacionados con TIC que el SESCAM está llevando a cabo actualmente son:

- Desarrollo de infraestructuras (redes de comunicaciones)
- Pericles II (2008-9): Historia Clínica Electrónica (HCE): Proyecto Hospital XXI, Ciudadanos, Innovación, Gestión interna.
- CIP (Mambrino XXI y Turriano).
- Esculapio (equipamiento) – Turriano (HCE) en Atención Primaria.
- Receta electrónica (2007) y visado.
- Web SESCAM y contact center (2008).
- Tarjeta sanitaria electrónica (2006).
- Telemedicina, telediagnóstico.



- CITIs, CAD, RFID, CISOS (Open source).
- Centros de respaldo y centros de apoyo.
- Montesinos: Data Warehouse corporativo (cuaderno de mando).

Cabe destacar el **Proyecto Hospital XXI de Historia Clínica Electrónica (HCE)**, que no sólo incluye dotar a los hospitales de un moderno sistema de información clínica-hospitalaria (Mambrino XXI), sino que incluye la digitalización de historias clínicas (un proyecto ya desarrollado en el HGCR con la puesta en marcha del Centro de Especialidades de Daimiel), las aplicaciones departamentales (como Ykonos para Radiología, o Serendipia para Anatomía Patológica) y que también enlaza con el proyecto Montesinos (explotación de la información).

Objetivos generales.

El PESI 2008-2010 es coherente con una trayectoria del HGCR que busca **efectividad y calidad del servicio al ciudadano y mejora de la gestión interna usando las TIC**.

El Plan tiene como **objetivos estratégicos**:

- Poner la informática al servicio de los objetivos de la Dirección-Gerencia del centro.
- Implantar nuevas aplicaciones y mejorar las actuales.
- Diseñar el modelo de información del futuro del HGCR.
- Proponer a los Servicios Centrales la evolución de las plataformas actuales y renovar la infraestructura.
- Establecer los modelos de gestión tecnológica adecuados a los nuevos retos.

El desarrollo de los objetivos estratégicos arriba mencionados ha de tener en cuenta los objetivos recientemente planteados por el SESCOAM en relación con las TIC:

- Extender un sistema de teleradiología para todo el Sistema Nacional de Salud.
- Implantar Sistemas de **telemedicina** en Dermatología, Anatomía Patológica, Oncología y Oftalmología.
- Implantar en todas las áreas de salud la citación al médico de cabecera desde casa a través de Internet.
- Extender a todos los hospitales y centros de especialidades el uso de la telefonía IP para derivación de citas.
- Consolidar la **Historia Clínica Única Electrónica**.
- Implantar la **Receta Electrónica**.



Líneas de acción.

En base a los antecedentes descritos, el PESI propone las siguientes acciones específicas:

1- MEJORAR EL USO DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE)

La evolución futura de la HCE incluye un ámbito mayor que el puramente hospitalario e incluso debe ser más ambicioso que disponer de una historia clínica de área sanitaria (**integración Primaria-Especializada**) y debe ir enfocada a una integración incluso a nivel europeo, tal y como marca el proyecto Historia Clínica Digital (resumida) del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, la HCE del HGCR debe cumplir los siguientes requisitos:

- **Integración** en el sistema de información clínico-hospitalario **regional**.
- Criterios de **Calidad** exigibles a la empresa (en nuestro caso, HP) y al HGCR (desde el equipo de desarrollo o formación hasta el compromiso de los usuarios).
- **Derecho** del paciente al acceso a su propia historia clínica.
- HCE resumida (proyecto **nacional-europeo**).
- **Automatizar** procesos de apoyo (ayuda a los usuarios).

La integración de la HCE del HGCR con el sistema de información clínico-hospitalario regional conlleva una futura evolución del sistema disponible actualmente hacia el proyecto **Mambrino XXI**.

Esa futura evolución a Mambrino XXI requiere realizar mejoras en el sistema actualmente disponible en el HGCR (Mambrino).

Un objetivo considerado prioritario en la mejora de Mambrino es la integración entre Atención Primaria y el HGCR. Esta "integración" conlleva:

- Conexión con Turriano: Citación, agendas, historias clínicas y prescripción electrónica.
- Pruebas clínicas y de imagen de la Atención Especializada.
- Colaboración entre profesionales, usando herramientas como videoconferencia y fomentando el trabajo compartido en:
 - Formación
 - Investigación

2- EFICACIA PROFESIONAL EN EL USO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Aunque el Sistema de Información de Admisión forma parte de Mambrino, se han detectado algunas deficiencias o posibilidades de mejora, fundamentalmente en:

- Ley de Garantías en Atención Sanitaria Especializada y decretos 9/2003 y 8/2005.
- Proceso de citaciones.
- Proceso de altas.
- Comunicación con pacientes: SMS, correo electrónico, web.
- Comunicación con otros centros.



- Pulseras RFID: Resolver circuito en admisión, urgencias, salas de rayos,...

También se consideran esenciales, para mejorar el trabajo de los profesionales del HGCR llevar a cabo las siguientes acciones:

- Mejoras en Gestión:
 - Cuaderno de mandos.
 - Proyecto Montesinos (Data Warehouse centralizado).
- Mejoras en documentación clínica:
 - Consenso en documentos y terminología.
 - Búsquedas y listados.
- Mejoras para búsquedas de problemas médicos:
 - Búsquedas por patologías, por tipo de pruebas ...

3- ACCESIBILIDAD Y MEJORAS EN LA ENTRADA DE DATOS

Es importante recordar que no todos los usuarios tienen la misma capacidad de uso eficiente de sistemas informáticos, por lo que es necesario adaptar los programas informáticos y los dispositivos físicos (pantallas, teclados, ratones,..) para dar respuesta personalizada a cada caso. Las siguientes herramientas pueden ser de utilidad:

- Adaptación de vistas para usuarios con problemas de visión.
- Mejoras de interfaz gráfica de usuario.
- Sistemas de reconocimiento de voz.
- Identificación: lectores código de barras, radiofrecuencia (RFID).

4- INFORMACIÓN Y SERVICIOS DIRIGIDOS AL PÚBLICO

Los servicios ofrecidos a los usuarios que son atendidos en el HGCR también pueden ser susceptibles de mejoras a través de las TIC. Uno de los principales aspectos que puede mejorar es la información que se ofrece a los usuarios o servicios ya demandados por pacientes o familiares y que podemos clasificar en:

- Canal interno:
 - Cartelería electrónica:
 - Información general (difusión científica, información corporativa,...).
 - Información asistencial: información en directo en consultas y urgencias.
 - Puntos de Información.
- Canal externo:
 - Mensajería SMS y correo electrónico
 - Página web
- Al servicio del ciudadano:
 - Videoconferencia niño-escuela
 - Wifi para acompañantes



5- CANAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A LOS EMPLEADOS

También los empleados tienen demandas, cada vez más complejas de información, a las que a menudo se da respuesta a través del Portal del empleado del HGCR, pero que debe ser mejorado mediante:

- Nuevas aplicaciones y mejora de las actuales (guardias, vacaciones, mantenimiento).
- Integración con comunicaciones (teléfono, correo electrónico).
- Web dinámica: Chats, foros, edición compartida de documentos (wiki), integración con correo electrónico.

Es importante también fomentar el uso de videoconferencia no sólo en las salas con sistemas fijos o mediante el uso de sistemas portátiles, sino instalando a los profesionales que lo precisen un sistema de videoconferencia personal.

6- SISTEMAS DE APOYO A CALIDAD, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Las TIC puede aportar las siguientes mejoras en Calidad, Formación e Investigación:

- Sistema de Información específico para gestión de proyectos/publicaciones.
- Sistema de información de Biblioteca.
- Suscripción y conexión a bases de datos científicas (regionales y externas).
- Datos anónimos extraídos de Mambrino (ver legislación).
- Legislación: LOPD, Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.
- Web dinámica (ver canal de información).

Conviene insistir que la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica añada matices en los criterios de confidencialidad, calidad y seguridad de la información utilizada con fines de investigación, entre los que destacamos:

- *Artículo 2. Principios y garantías de la investigación biomédica.*
 - *C) ... con garantías de confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal y de las muestras biológicas, en especial en la realización de análisis genéticos.*
- *Artículo 5. Protección de datos personales y garantías de confidencialidad.*
 - *2. La cesión de datos de carácter personal a terceros ajenos a la actuación médico-asistencial o a una investigación biomédica, requerirá el consentimiento expreso y escrito del interesado.*
 - *3. Se prohíbe la utilización de datos relativos a la salud de las personas con fines distintos a aquéllos para los que se prestó el consentimiento.*

7- IMPULSAR MEJORAS PROCESOS EN INFORMÁTICA

Para que las TIC puedan ayudar eficientemente a pacientes, familiares y a los profesionales de la salud, requieren un sólido soporte tecnológico y organizativo. Para ello, se propone continuar y ampliar actuaciones que ya están llevando en el Servicio de Informática del HGCR:

- Análisis de procesos actuales, oportunidades de mejoras:



- Catálogo de aplicaciones informáticas.
- Plan de contingencia.
- Soluciones regionales para problemas comunes:
 - Gestión eficiente de usuarios en todas las aplicaciones.
 - Desarrollos "a medida".

8- DESARROLLO TECNOLÓGICO

Dado que este plan recoge objetivos que han de desarrollarse durante tres años, es previsible que los avances tecnológicos en TIC, en Medicina o en Ingeniería, también tengan que ser incorporados. Por ello, el plan debe contemplar:

- Nuevos entornos de programación y sistemas hardware.
- Tecnología biomédica:
 - Nuevas aplicaciones: CAD, análisis de imagen.
 - Nuevos dispositivos: PET-TAC, escáneres de preparaciones, procesos robotizados en laboratorio.

PLANIFICACIÓN DE LAS ACCIONES ESPECÍFICAS:

Se proponen como objetivos inmediatos , es decir, durante el año 2008:

1- Llevar a cabo mejoras en:

- Lista de espera.
- Admisión.
- Urgencias.
- Hospitalización.
- Catálogo de Radiodiagnóstico.
- Catálogo de Laboratorio.
- Salud Laboral.
- Puesta en marcha de las integraciones entre Mambrino y Endoscopia y Patología.

2- Evaluar la conveniencia o no de mantener el modelo mixto de datos actual (HIS1+HCIS) o evolucionar hacia un modelo único de datos HP-HCIS.

3- Avanzar en:

- Prescripción electrónica,
- Documentación clínica (informes / protocolos),
- Telemedicina: Dercam (Teledermatología), Medicina Nuclear, Atención Primaria y revisar las integraciones de Mambrino con otras aplicaciones.

Para el año 2009, las actuaciones previstas pueden centrarse en:

- 1- La mejora de las aplicaciones existentes.
- 2- Fomentar el desarrollo de aplicaciones informáticas usando tecnología web (incluso en aplicaciones departamentales).
- 3- Evolucionar hacia una gestión de toda la imagen médica en PACS, analizar el



motor de integraciones utilizados por otros centros del SESCAM (p. ej. Higeia) y revisar la arquitectura de Sistemas (mejoras en cabinas de discos, sistemas de respaldo, etc.).

Es previsible que en **2010** los esfuerzos se centren hacia una evolución del sistemas de información clínico-hospitalario del HGCR hacia Mambrino XXI, a la vez que el hospital se integra en otros proyectos regionales como el de Telepatología (Serendipia II).

Recursos Necesarios

Es necesario disponer del adecuado equipo humano para el desarrollo de este plan. Para ello, el principal activo con el que contamos son los profesionales del Servicio de Informática del HGCR, junto con la estrecha colaboración del Área de Tecnologías de la Información del SESCAM.

Los desarrollos informáticos necesarios muy probablemente serán llevados a cabos por empresas especializadas. La implantación y mejora de cada sistema requiere la colaboración de todos los profesionales del HGCR, creando grupos de trabajo.

Es esencial coordinar todas las actuaciones con los proyectos institucionales del SESCAM, y contar con el apoyo económico desde el SESCAM. Un ejemplo de este apoyo necesario es la revisión del contrato con HP para el mantenimiento de Mambrino con Hewlett-Packard (actualmente en revisión).

La mejora en recursos humanos conlleva una adecuada formación continuada de los directivos, ingenieros informáticos y profesionales de salud en TIC, a través de cursos, asistencia a congresos, suscripción a revistas y formación especializada en proyectos regionales: Ykonos, Serendipia, Dercam.

Paralelamente, el HGCR colaborará con los centros de innovación en tecnologías de la información (CITIs) que se crean en colaboración con el Área de Tecnologías de la Información del SESCAM, algunos de los cuáles ya han dado lugar a concursos públicos (Serendipia, en el CITI de Anatomía Patológica del HGCR) y otros están a punto de pasar a fase de concurso público (Dercam, en el CITI de Dermatología del HGCR) o están diseñando el sistema de información (CITI de Medicina Nuclear del HGCR).

Este proceso de innovación conlleva la participación activa de médicos, enfermeros e informáticos en estándares internacionales, como HL7, DICOM, IHE y SNOMED.

El **Coordinador de sistemas de información** del HGCR debe fomentar el contacto con y entre los profesionales en los aspectos relacionados con las TIC. Esto puede ser llevado a cabo mediante:

- Canal dinámico (web) para conocer los problemas existentes.
- Participación en Comisiones:
 - Historia Clínica
 - Mambrino
 - Formación, Docencia e Investigación
- Reuniones periódicas con Jefes de Servicio.
- Encuestas de satisfacción.



Estrategia 2:

DESARROLLO ORGANIZACIONAL. ACTIVIDAD ASISTENCIAL. SEGUIMIENTO PRESUPUESTARIO

Justificación.

La misión prioritaria de nuestra organización es **ser capaz de dar respuesta de una manera eficiente a las necesidades asistenciales y responder a los objetivos institucionales que marca el SESCAM a través del Contrato de Gestión (CG).**

Como se indica en las líneas generales del CG, *las líneas que han seguido para los sucesivos Contratos de Gestión, son acordes con el desarrollo del Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010, con el Pacto por la Sanidad, y en el Acuerdo para el Desarrollo de la Sanidad de Castilla La Mancha, firmados tanto con las principales fuerzas sociales de la Región, como con las Organizaciones Sindicales.*

Para alcanzar los objetivos prioritarios del CG, que se resumen en la tabla, desde las respectivas direcciones asistenciales y de gestión hemos de trabajar de manera coordinada y en estrecho contacto con los principales responsables de las diferentes áreas. Ello requiere mantener **canales fluidos de comunicación de forma tanto vertical como transversal**. De esta forma, se dará suficiente difusión *de modo que los trabajadores y sus representantes conozcan en tiempo y forma los objetivos pactados.*



Objetivos fundamentales del CG para el año 2008

Mantener y mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias. Esto requiere:

- Contar con un correcto control de las demoras y su garantía por Ley.
- Desarrollar las consultas de alta resolución.
- Potenciar la atención ambulatoria y semiambulatoria a través tanto de la CMA como por los hospitales de día.

Consolidar proceso de apertura de nuevos centros: Hospitales y CEDTs con la mejor calidad asistencial y con la cartera de servicios prevista en los planes funcionales.

Mejora en la calidad de la información clínica, incluyendo tanto los propios informes como los circuitos de difusión de los mismos.

Optimizar la prescripción farmacéutica atendiendo tanto a la calidad de lo prescrito como a su coste.

Monitorizar y en su caso ajustar adecuadamente las indicaciones de los distintos actos médicos: derivaciones a especialistas, indicaciones de exploraciones diagnósticas, quirúrgicas y de transporte sanitario.

Cumplimiento de los plazos de remisión de la información de carácter asistencial, económico, de recursos humanos y de gestión, así como optimizar la fiabilidad de su contenido.

Fomentar el respeto al **derecho de los pacientes en su libre decisión respecto de las actuaciones profesionales** conducentes al cuidado de su salud. Asimismo incidir en una **mejora en la percepción del trato recibido** en aspectos asistenciales y de confort físico y psíquico.

Cumplir el presupuesto reflejado en el Contrato de Gestión.

La Estrategia 2, referente al desarrollo organizacional, abarca tanto el desarrollo de un plan de acción para alcanzar los **objetivos asistenciales**, como aquellas actuaciones que favorezcan un mejor **seguimiento y control presupuestario**. No cabe duda de que el desempeño de la actividad en un hospital, requiere la aplicación de una serie de **recursos humanos**, materiales y tecnológicos que son **limitados** y que han de ser distribuidos de forma **equitativa**, por lo que su uso ha de ser **eficiente**. Por ello, todos debemos realizar un esfuerzo por analizar nuestro comportamiento en cuanto al uso de recursos, y optimizar dicha utilización para que esta sea apropiada. La información integrada económico-asistencial será sin duda una herramienta valiosa para avanzar en ese proceso.



Situación actual.

Durante los dos últimos meses del año 2005 y Enero del 2006, los dos hospitales que conformaban el Complejo Hospitalario de Ciudad Real fueron integrados en un solo edificio, el Hospital General de Ciudad Real (HGCR), cuya puesta en marcha planteó la necesidad de adecuación de personas, estructuras y procesos al cambio producido.

Con el traslado al nuevo Hospital, se produjo una nueva distribución de unidades y servicios ya existentes (fusión en algunos casos y bifurcación en otros), así como la creación de nuevos servicios y especialidades que requerían nueva tecnología y nuevo material fungible. Sin duda, la apertura del Hospital General ha significado una mejora evidente tanto de la oferta asistencial como de los recursos, tanto materiales como humanos. Con respecto a los recursos materiales, que aumentaron considerablemente, tanto en número como en nuevos productos, desde la División de Enfermería se planteó la necesidad de ajustar los productos de material fungible y equipamiento con el consumo y requerimientos que realmente iba a tener cada una de las unidades de enfermería. Además, se modificó el patrón de uso de algunos

materiales si dicho patrón era considerado inadecuado. Con objeto de llevar a cabo este proyecto de ajuste de la dotación, se desarrolló un circuito para la gestión de los Recursos Materiales (fungibles y de equipamiento). El nuevo circuito permite establecer un nexo de conexión entre la División de Enfermería con la División de Gestión, ambas implicadas en la adquisición, organización y distribución de dichos recursos. Con respecto a las nuevas tecnologías, procedimientos y actividades asistenciales ofertadas, si bien mucho se ha avanzado, tenemos que seguir trabajando por la protocolización de las actividades en base a la mejor evidencia disponible y por instaurar la cultura de la auto-evaluación.

2.A. ESTRATEGIA 2ª. Desarrollo organizacional y objetivos asistenciales.

Objetivos generales.

- Establecer como herramienta básica de trabajo el Contrato de Gestión Clínico Asistencial (C.G.C.A.)
- Implicar a los Servicios en el proceso de descentralización y externalización de la Atención Hospitalaria y en la intervención en la Comunidad.
- Fomentar la participación activa del hospital en la definición de las estrategias de control y seguimiento de las patologías más prevalentes.

Estos objetivos generales se plasmarán en los objetivos y acciones específicas que se detallan a continuación:

Líneas de acción.

1- REFERENTES A LA GESTIÓN:

- Desarrollar algún área de clínica de **autogestión**.
- Avanzar hacia la **descentralización** de los Servicios.
- Optimización de la **prescripción** farmacéutica.

2- REFERENTES A LA ASISTENCIA:

- Responder a la demanda, de acuerdo con el **Contrato de Gestión**.
- Dirigir la asistencia al **proceso**.
- Mejorar la calidad de la **información clínica**.
- Mejorar la percepción del trato **recibido**.
- Monitorizar y (en ciertos casos) proponer mejoras en las indicaciones de los distintos actos médicos (derivaciones a especialistas, indicaciones de exploraciones diagnósticas, quirúrgicas y de transporte sanitario).



3- REFERENTE A LA ORGANIZACIÓN:

- Incrementar la **descentralización** de las citas en consultas externas.
- Adaptar en lo posible el número de consultas al número de facultativos.
- Desarrollo operativo de la actividad en el **Hospital de Día (HD)**.
- Desarrollo (en los Servicios que ello sea posible) de la **hospitalización a domicilio**.
- Mejorar los circuitos en relación a pacientes y familiares.

Acciones específicas.

Se llevarán acabo mediante el **pacto de objetivos por Servicios**. Para ello quedarán recogidos, en un cuadro de mandos, los objetivos del Contrato de Gestión y aquellos objetivos particulares que se acuerden con los distintos Servicios. Se pretenderá que estos objetivos giren en torno a las siguientes áreas:

AREA DE CONSULTAS:

- ORIENTACIÓN AL PACIENTE en la gestión de las agendas:

- Cumplimiento del horario en el inicio de la consulta.
- Adaptar las agendas a los horarios reales.
- Evitar suspensiones.

- ORIENTACIÓN AL PROCESO

- Se propondrá la implantación real de **protocolos de diagnóstico y seguimiento de las patologías más prevalentes** de cada servicio, a fin de adecuar la petición de pruebas complementarias a las necesidades clínicas reales. Dichos protocolos serán validados por la Comisión de Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos que se encargará de evaluar el grado de cumplimentación.

- Se fomentará la identificación por el servicio de procesos susceptibles de **alta resolución** así como las consultas de alta resolución realizadas.

- Fomentar la **consulta de enfermería**.

- Identificación de actividades susceptibles de ser realizadas en la consulta de enfermería en el Servicio e implantación de una consulta de enfermería en las Unidades / Servicios con contenido adecuado para ello.

AREA DE URGENCIAS:

- ORIENTACIÓN AL PACIENTE:

- Mejora del **confort y la intimidad**.
- Mejora de la **calidad percibida y de la información**.



- Desarrollo y mantenimiento de un folleto específico de Urgencias con datos sobre organización, circuitos, información, etc. Para ser distribuidos a los usuarios de las mismas.

- ORIENTACIÓN AL PROCESO:

- **Coordinación** con el resto de los Servicios.
- **Optimización de los ingresos.**
- **Prevención de los ingresos innecesarios.** Para ello se debería detectar la problemática y riesgo social al ingreso, siendo clave en este punto la información recogida en la Historia de Enfermería.
- Implantación de un Sistema de **triaje** eficaz.
- Implantación de una **consulta de resolución rápida** para la patología de baja complejidad.

AREA DE HOSPITALIZACIÓN:

- ORIENTACIÓN AL PACIENTE:

- Mejora del pase de visita y altas.
- Realizar el pase de visita los Sábados y Festivos.
- Mejora en la calidad de los informes de alta.
- Llevar a cabo acciones orientadas a disminuir el número de pacientes fuera de sus unidades (periféricos). Para ello se debería:
 - Adecuar las camas hospitalarias a las necesidades actuales.
 - Adecuar la asignación de pacientes al Servicio correspondiente.
 - Adecuar las estancias hospitalarias.
- Asegurar la coordinación y continuidad asistencial de los cuidados entre AP y AE. Para ello deberá facilitarse la visita del Médico de Atención Primaria a sus pacientes hospitalizados cuando este lo demande.
- Organización de la interconsulta hospitalaria de modo eficiente.
- Potenciar y adecuar los Hospitales de Día. Estudio de nuevas formas de Hospitalización para evitar estancias Hospitalarias.

AREA QUIRÚRGICA :

- ORIENTACIÓN AL PACIENTE:

- Mejorar el confort, adecuando las zonas de espera de pacientes y familiares.
- Mejorar los circuitos de información, mediante la revisión de los procedimientos de consentimiento informado y la protocolización de la información a familiares.

- ORIENTACIÓN AL PROCESO:

- Creación de la Comisión de Quirófano:
 - Mejorar la ocupación de los quirófanos.
 - Organizar y programar.



- Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria:
 - Desarrollo operativo de la actividad en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), avanzando en la ambulatorización de los procesos.
 - Definición de procesos y recursos.
 - Asignación de éstos por Servicios.
- Responder a la demanda y al contrato de gestión:
 - Pacto de objetivos por Servicios para:
 - Monitorizar los rendimientos quirúrgicos y realizar una planificación optimizada de los partes quirúrgicos.

2.B. ESTRATEGIA 2ª. Seguimiento y control presupuestario.

Justificación.

Los mecanismos de control presupuestario en los hospitales, la contabilidad presupuestaria y la contabilidad analítica, medir los resultados, comparar y ver su grado de ajuste a los objetivos previstos. Por una parte, la **Contabilidad Presupuestaria** es la rama de la Contabilidad Pública, que recoge gastos e ingresos según la clasificación económica presupuestaria, para seguimiento y control de presupuesto del centro, medir los resultados y compararlos con los objetivos previstos. Por otra parte, la **Contabilidad Analítica** es la rama de la Contabilidad Presupuestaria, cuya metodología integrando los costes del mismo frente a la actividad realizada, para conocimiento del coste unitario de cada unidad de producción.

Objetivo general.

El objetivo general de la estrategia de seguimiento y control presupuestario es conocer periódicamente las desviaciones del gasto en el HGCR con respecto a los objetivos pactados, para así lograr un mejor **Control Presupuestario** a través del seguimiento permanente de los indicadores económicos. El control presupuestario determinará mensualmente las desviaciones positivas o negativas del gasto con respecto al presupuesto establecido anualmente en el Contrato de Gestión y su reflejo de análisis interanual.

Lineas de acción.

1- REALIZAR UN ANÁLISIS COMPARATIVO INTERANUAL.

La información para dicho análisis se obtendrá mediante la cumplimentación mensual de los Cuadros de mando correspondientes al Capítulo I (remuneración de personal), del capítulo II, es decir, gasto farmacéutico y gasto presupuestario por pruebas así como otras actividades asistenciales concertadas.



2- REALIZAR UN ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE GESTIÓN.

Establecer un sistema de control y seguimiento presupuestario y su posible **desviación con respecto al contrato de Gestión y al crecimiento interanual**. Ello se llevará a cabo a través del seguimiento de indicadores que quedarán registrados en los cuadros de mando.

3- ANÁLISIS ECONÓMICO ASISTENCIAL.

Al final de cada semestre se editará un documento de **Análisis Económico asistencial**, donde se apreciarán los aspectos de mejora y continuidad para el siguiente período. Dicho documento servirá de base para el análisis y la mejora en aquellos servicios de mayor gasto o desviación.

4- CONTABILIDAD ANALÍTICA.

Seguimiento de los Servicios a través de la **Contabilidad Analítica** y acercamiento de la información sobre el análisis de costes a los propios Servicios.

Estrategia 3: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación.

Quien no sabe lo que busca, no ve lo que encuentra. (Claude Bernard)



60

La investigación biomédica es un instrumento fundamental para la mejora de la calidad de la asistencia. Por ello, conscientes de esa necesidad y en línea con el plan de fomento de la Investigación Sanitaria en Castilla la Mancha, impulsado desde la Consejería de Sanidad, a través de entidades como la FISCAM y la propia Secretaría General del SESCAM en su área de Investigación, el HGCR no debe quedarse rezagado. Hay que realizar una apuesta por el apoyo a aquellos profesionales que incorporan la investigación como una tarea sobreañadida a la ya de por sí extensa labor asistencial, así como por la creación de una Unidad de Investigación cuyos resultados sean extrapolables a la propia realidad asistencial.

Situación actual.

La creación a finales del 2006 de la actual Subdirección de I, D, F y Calidad es un reflejo del interés de la Gerencia por impulsar la Investigación, Docencia y Calidad como aspectos estratégicos de la Organización. Desde dicha Subdirección y en colaboración con la renovada Comisión de Investigación, se ha elaborado un "Proyecto de Impulso a la Investigación en el HGCR" (**Anexo 6. Pag.192**) que parte de un análisis del entorno y de la definición de las líneas prioritarias a desarrollar. A pesar de numerosas dificultades que ralentizan la puesta en marcha de este proyecto, esperamos que para el 2010 las acciones llevadas a cabo se materialicen en la consecución de buen número de los resultados deseados.

Objetivos generales.

- Potenciar **líneas prioritarias de investigación**.
- Impulsar la creación de una **Unidad de Investigación Experimental y Traslacional**.
- **Desarrollar los sistemas de información**, de forma que el proceso de gestión de datos se facilite a los investigadores (creación de formularios, bases de datos de fácil manejo, etc).
- **Crear alianzas estratégicas**: potenciar el desarrollo de convenios de colaboración con otras instituciones (Universidad), para llevar a cabo proyectos de investigación conjuntos. Desarrollar en todo lo posible la relación con la Facultad de Medicina de la UCLM.
- Impulsar la **participación en proyectos de investigación colaborativa**, nacionales y extranjeros.
- Conseguir proyectos que incluyan **becarios** investigadores.

Líneas de acción.

1- REALIZAR UN PLAN ANUAL DE FORMACIÓN EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Dicho plan de carácter teórico práctico que abarque a los profesionales de las tres divisiones, con especial énfasis en los profesionales en formación y los profesionales de enfermería.

2- POTENCIAR LA UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO Y LOGÍSTICO.

Ello requiere personal suficientemente formado en metodología para la solicitud de proyectos de investigación, así como en análisis estadístico, que cubra las necesidades de los profesionales con interés en la investigación.

3- CREAR UN GRUPO DE INTERÉS EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

El grupo estará relacionado con la comisión de investigación y tengan un seguimiento de sus proyectos.

4- INCENTIVAR LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA DE LOS PROFESIONALES.

Se creará un **premio** a la mejor comunicación, mejor artículo y mejor tesis doctoral, en colaboración con la Comisión de Investigación.

5- PROMOVER LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA.

Para ello se incluirá la investigación en el **cuadro de mandos de objetivos** a pactar anualmente con los servicios.



6- FORTALECIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN INTERINSTITUCIONAL.

Fortalecer la comunicación relativa a aspectos de interés para el desarrollo de la estrategia de impulso a la investigación con las instancias representativas de la comunidad científica (UCLM) y estructuras de decisión (Dirección General de Planificación Sanitaria, FISCAM).



Estrategia 4:

DESARROLLO DE LA DOCENCIA

Justificación.

En los últimos años ha tenido lugar un incremento significativo del número de especialidades acreditadas para la docencia en el HGCR. Nuestro fin no solo ha de ser lograr un aumento cuantitativo, sino dar un salto cualitativo que redunde en un mejor desarrollo competencial de nuestros futuros especialistas.

Situación actual.

Desde el año 2006 hay 5 especialidades nuevas acreditadas: Aparato Digestivo, Anestesia y Reanimación (2 plazas) y Medicina Preventiva. y en el 2007 se ha concedido la acreditación de Cardiología y Pediatría. Con estas son 21 las especialidades acreditadas. Aunque la formación clínica de nuestros profesionales es buena, es mejorable la formación integral del residente en aspectos más transversales y hay que trabajar para que los residentes tengan un papel más activo con presencia en los órganos de participación y grupos de mejora del hospital. Igualmente, hay que dar un papel más activo a la Comisión de Docencia y trabajar por el seguimiento evaluación y supervisión de la formación de los especialistas.

Objetivos generales.

- Objetivos Cuantitativos:

- Aumentar el número de especialidades acreditadas. Próximas a acreditar: Medicina Intensiva, Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía Maxilofacial, Rehabilitación.
- Aumentar el número de residentes (segundo residente) en las siguientes especialidades:
 - Traumatología.
 - Cirugía General.
 - Obstetricia.
 - Radiología.
 - Pediatría.
 - Psiquiatría.

- Objetivos Cualitativos:

- Ser competitivos en la formación de especialistas, aumentando la capacidad de atracción.
- Ser competitivos en cuanto a capacidad para la **docencia pre-grado**.



- **Mejorar el seguimiento y evaluación de los programas docentes por parte de la Comisión de Docencia** y de las distintas unidades. Conseguir sistemas de evaluación objetiva.
- Definir el **programa anual de formación de residentes**, tanto general como específico de la especialidad.
- Implementar la práctica del libro del residente como plan individualizado de formación.
- El programa general formativo debe incluir los siguientes contenidos: Urgencias, RCP básica y avanzada y radiología, el programa general debe incluir formación en el desarrollo de aptitudes, habilidades de comunicación y trabajo en equipo.
- Definir las funciones y tiempo de dedicación del tutor de residentes de cada especialidad.

Líneas de acción.

1- COMPLETAR LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

Se definirán los flujos de información entre los distintos elementos, incluyendo la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Mayor dedicación a la docencia de los recursos humanos disponibles.

2- MEJORAR EL PROGRAMA DE ACOGIDA AL RESIDENTE, TANTO GENERAL DEL HOSPITAL COMO DE LA ESPECIALIDAD.

Actualizar el documento de acogida donde se recoja la información de interés demandada por el residente (programa de la especialidad, calendario de acogida, estructura física del hospital, documentos de evaluación, normas de funcionamiento).

3- MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERNA.

Conseguir una **comunicación** de los implicados en la docencia entre sí, así como con los propios residentes, para la adecuada difusión de acciones formativas. Desarrollar vías de comunicación interna en colaboración con el área de nuevas tecnologías (plataforma de mensajería web).

4- IMPLICACIÓN DE LOS RESIDENTES.

Conseguir mayor implicación de los residentes en los órganos de participación del hospital. Creación de una Subcomisión de Docencia específica de residentes con participación homogénea de todas las especialidades donde discutir temas de especial relevancia.

5 - MEJORAR EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DOCENTE.

Diseño de una **base de datos docente**, que integre la información relativa a los residentes (participación en actividades formativas, rotaciones, trabajos de investigación, etc.).

6- UNIFICAR NORMAS DE FUNCIONAMIENTO INTERNO.

Elaborar por parte del Servicio de Urgencias **normas para la adecuada distribución de las guardias de los residentes** y que garanticen la supervisión de su actividad asistencial y formativa.

7- CONTROL DE ASISTENCIA A ACTIVIDADES FORMATIVAS.

Controlar la **asistencia** de los residentes a sesiones clínicas generales y específicas. Se llevará a cabo un registro de la misma mediante la firma del listado de asistentes.

8- PARTICIPACIÓN.

Potenciar la **participación** activa de los residentes en las sesiones. Se valorará la participación en sesiones generales en la evaluación anual.

9- TUTORIZACIÓN.

Mejorar la **tutorización** de las sesiones clínicas. El formato de las sesiones específicas de residentes será el desarrollo de un caso clínico previamente consensuado con el tutor que asistirá a la exposición de la misma.

10- INCENTIVAR LA BÚSQUEDA DE LA EXCELENCIA POR PARTE DE LOS RESIDENTES.

Institucionalizar el **Premio al mejor Residente y mejor trabajo de investigación en la Acto de Despedida de cada promoción.**

11- PLAN DE FORMACIÓN.

Incluir en el programa de formación temas como:

- Bioética y aspectos legislativos: ley de Autonomía.
- Calidad. Gestión por procesos.
- Investigación
- Manejo de entrevista. Comunicación de malas noticias.
- Trabajo en equipo.

12- APOYO A LA INVESTIGACIÓN.

Apoyar la producción científica de los residentes incorporándolos de manera progresiva a las líneas de investigación hospitalaria. Reconocimiento explícito de la actividad investigadora en la evaluación anual del residente.

13- FORMACIÓN COMPLEMENTARIA.

Se facilitará la **formación específica complementaria en rotaciones de otros hospitales de la región.** Se desarrollarán **convenios de rotaciones electivas con otros hospitales** que agilicen los trámites administrativos y respondan a los objetivos docentes planteados por el programa de cada especialidad. Igualmente, se facilitará la estancia formativa en aquellos centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio docente.

14- ACTIVIDAD DE LOS TUTORES.

Fomento de la **actividad docente de los tutores.** Creación de una **base de datos** con los tutores acreditados así como **ofertar y facilitar la asistencia a cursos específicos para los mismos** (metodología docente...).

15- PLAN DE CALIDAD DOCENTE.

Se garantizarán líneas de **mejora continua de la calidad docente percibida por los residentes.** Se llevará a cabo un **documento de mejora docente** específico en respuesta a las contraevaluaciones de los residentes.

Estrategia 5:

GESTIÓN DE LA CALIDAD

(Anexo 3. Pag.187)

Objetivos generales.

- Aumentar la difusión e implantación del **Plan de Calidad del SESCOAM**.
- Desarrollo e implantación del **Plan de Calidad Interno del HGCR** mediante sistema de pacto de objetivos de los planes de calidad de los servicios y unidades.
- Facilitación y coordinación de las actividades de las diferentes comisiones clínicas a través de la **Comisión Central de Garantía de Calidad**.
- Facilitar la interrelación y coordinación de todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la Calidad.
- Contribución al Plan de Comunicación interno y externo a través del grupo de comunicación.
- Diseño y rediseño de procesos asistenciales y administrativos mediante el fomento de la utilización de **vías clínicas y de procesos no asistenciales**.
- Incrementar la **normalización** de los procesos asistenciales, administrativos y técnicos.
- Fomentar la **investigación en calidad**.
- Fomentar el desarrollo del **Plan de Gestión Medioambiental**, con el que ya cuenta el hospital, cuyas líneas de actuación son:
 - La gestión de los residuos en el hospital mediante un Plan de Gestión de residuos propio.
 - Vigilancia de emisiones a la atmósfera y al agua.
 - La educación ambiental, en lo referente al primer punto.
 - Preparación para la certificación ISO 14000 (UCLM).
- Seguimiento de los programas de **Garantía y Control de Calidad** en servicios que manejan radiaciones ionizantes y conseguir la certificación (norma ISO) para dichos servicios.



Líneas de acción.

1-PACTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD PARA TODAS LAS UNIDADES Y SERVICIOS.

Justificación

El modelo de Pacto de Objetivos de Calidad del HGCR está correctamente diseñado y actualizado. Como ya es conocido es la herramienta ideal para dar a conocer la política de Calidad del SECAM y del Centro y mediante su evaluación periódica permite establecer ciclos de mejora continua.

Situación actual

En la actualidad estos objetivos han sido dados a conocer a todos los servicios quirúrgicos, a la mayoría de los médicos, a las unidades de enfermería y a la mayoría de los servicios no asistenciales. (Primera reunión), sin embargo el seguimiento es irregular por diversos motivos:

1- Desde las transferencias el pacto anual de objetivos con los servicios y unidades, no es una prioridad. No se han consolidado pactos en otras áreas (asistencial, docente, investigadora). A pesar del respaldo de la Dirección la inexistencia de un sistema de dirección por objetivos para los servicios y unidades merma la efectividad del sistema.

2 - El reparto de la productividad lineal. Esto dificulta la incentivación por el cumplimiento de los objetivos al recibirse la misma, sean o no cumplidos. Es deseable que esta productividad se pueda ligar al cumplimiento de los objetivos y buscar otros sistemas de incentivación mediante formación, participación en grupos, etc.

Acciones de mejora

Se plantean los siguientes pasos para el cumplimiento de objetivos:

1- Se hará una revisión de los objetivos actuales incorporando aquellos se susciten durante la elaboración de estas líneas estratégicas, pudiéndose incluir objetivos de otras áreas relacionadas con la calidad (medio ambiente, seguridad, comisiones clínicas, etc.).

2- Objetivos consensuados y complementarios entre las tres divisiones (fichas quirúrgicas, informes de alta, vías clínicas, plan de acogida, plan de los pequeños detalles...).

3- Clasificación de los objetivos de acuerdo a los 9 criterios mayores del modelo EFQM.

4- La propuesta de objetivos se realizará por el responsable de calidad de cada área y será revisada por la Subdirectora de FDI y OCAU y los directores correspondientes.



5- La dirección médica tiene previsto el inicio de pacto de Objetivos con los Servicios, aprovechando esta iniciativa Los Directores Médicos en el momento de hacer la introducción sobre los objetivos a pactar, harían referencia a los objetivos de calidad, solicitando a los responsables de los servicios la confirmación (en los casos en que esté nombrado) o el nuevo nombramiento del responsable de calidad del Servicio. En una reunión posterior La Subdirectora de F.D.I. y OCAU y el Coordinador de Calidad presentarían los objetivos y harían entrega del material necesario para su cumplimiento (instalación en el perfil del servicio o unidad de carpeta que incluye el documento definitivo con los objetivos, Plan de Calidad, Plan Perseo, vías clínicas, protocolos, planes de cuidados, recomendaciones para actualización de consentimientos, etc.).

6- El pacto de objetivos para la División de Enfermería se llevará a cabo de la siguiente manera: el responsable de calidad de Enfermería se reunirá con la Dirección de Enfermería la Subdirectora de F.D.I. y OCAU para presentar la propuesta de objetivos para su valoración; la Dirección de Enfermería se encargará de presentarlo a los supervisores de área y éstos a su vez a sus correspondientes unidades para realizar el pacto de objetivos. Los cambios que puedan surgir serán remitidos a la Unidad de Calidad para realizar las modificaciones pertinentes. Una vez realizadas las modificaciones se procederá a la firma de objetivos en una reunión a la que asistirán las partes implicadas y se hará entrega de la documentación necesaria para su cumplimiento (carpeta electrónica).

7- En el caso de los servicios no asistenciales, la responsable de calidad presentará el pacto de objetivos a la Dirección Gerencia, a la Subdirección de F.D.I. y OCAU, a la Dirección de Gestión y SS.GG. o a la Dirección de Gerencia para su valoración. En caso de ser necesaria alguna modificación se remitirán a la Unidad de Calidad. Una vez realizadas las modificaciones se procederá a la firma del pacto de objetivos con las partes implicadas y se hará entrega de la documentación necesaria para su cumplimiento (carpeta electrónica).

8- El Director Gerente o las Directoras en los casos en que consideren pueden delegar en la Subdirectora de I.D.F. y OCAU y no asistir a las reuniones.

9- La duración del pacto se puede establecer en 12, 18 ó 24 meses, pudiendo existir un cronograma para cada objetivo.

10- Las reuniones de seguimiento y evaluación se seguirían formalmente intentando respetar los periodos acordados (6-8 meses).

11- Cada responsable de Calidad de cada área llevará un cuaderno en el que se registren las fechas de las reuniones, los acuerdos tomados respecto a los objetivos y niveles pactados y toda la información que pueda resultar de utilidad. Estos datos junto a los documentos en los que se recoge el pacto de objetivos con las firmas constituirán la documentación básica para la evaluación de este objetivo.

12- Los resultados de la evaluación se presentarían en la sesión o en reuniones de cada servicio o unidad.



2- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD DEL SESCAM, DE LA PROPUESTA DE NIVELES, Y DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL FISCAM.

Justificación

Difícilmente podremos establecer ciclos de mejora si no conocemos la situación en la que nos encontramos y lo que se espera de nosotros por parte de nuestros pacientes y de nuestros Servicios Centrales.

En la actualidad se realiza una evaluación de los objetivos de Calidad del Plan de Calidad, alguno de los cuales se incluyen como obligatorios en el contrato de gestión. El SESCAM elabora un informe en el que se presentan los resultados de la evaluación del Plan de Calidad de nuestra Gerencia y del Global de las Gerencias del SESCAM.

FISCAM realiza una encuesta de satisfacción a los usuarios de las gerencias de atención primaria y especializada del SESCAM. En especializada se analizan por separado hospitalización, consultas y urgencias y en cada caso se hace referencia la opinión respecto al personal facultativo, personal de enfermería y al servicio prestado, haciendo un estudio de la evolución de los resultados en los 4 últimos años. Algunos de esos resultados se presentan en la parte introductoria del presente documento.

Ambos estudios de Benchmarking respecto a los Hospitales de nuestra región aportan una información importante sobre las expectativas en lo referente a Calidad por Servicios Centrales (propuesta de niveles pactados) y de lo que opinan los usuarios de nuestros profesionales y la forma en que se prestan los servicios. El conocimiento de estos resultados objetivos es de utilidad para incentivar a la mejora en los casos en que la evaluación sea menos satisfactoria y de reconocimiento en los casos en que los resultados sean favorables.

Situación actual

Los resultados de la evaluación de los objetivos del Plan de Calidad se presentan en la Comisión de Dirección y en la Comisión Central de Garantía de Calidad y se analizan y se establecen propuestas de mejora en la Comisión de Dirección de Calidad.

El informe del SESCAM con los resultados de todas las gerencias se recibe en enero por correo y tras una revisión somera se archiva sin darle difusión.

Igualmente ocurre con la encuesta de satisfacción a los usuarios del SESCAM que se presenta en la Comisión de Dirección de Calidad y no se le da otra difusión.

La Unidad de Calidad elabora anualmente una memoria en la que se detalla la evaluación del plan de calidad. Esta memoria se remite al Director y al Servicio de Calidad del SESCAM y se archiva en la unidad pero tampoco se hace pública.

Acciones de mejora

1- Tras el envío de los resultados de la evaluación del Plan de Calidad del SESCAM (noviembre), se realizará un análisis por parte de la Unidad de Calidad del resultado de la evaluación de los objetivos. En los casos en los que el resultado no alcance el nivel pactado se detallarán los criterios de buena práctica que no se hayan cumplido. El estudio se presentará en la Comisión de Dirección de calidad donde están representadas todas las áreas de trabajo en calidad, tras analizarse



las causas y posibles soluciones se elevarán a propuestas de mejora y se transmitirán a los interesados para organizar su puesta en marcha y conseguir la mejora en el ciclo siguientes.

2- Tras la recepción de los resultados de la evaluación de los hospitales de la región, la Unidad de Calidad preparará una presentación en la que se subrayen los aspectos más relevantes. Esta se presentará en la Comisión de Dirección de Calidad y se hará presentará una sesión general del hospital. Para esta sesión se intentará reforzar la convocatoria a todos los sectores implicados ya que habitualmente se trata de sesiones de carácter clínico También se presentará en as sesiones de enfermería. En estas sesiones se hará hincapié en las propuestas de niveles.

3- Tras la recepción de los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios, la unidad de calidad y la responsable del SAU prepararán una presentación en la que se haga hincapié en los aspectos más relevantes. Esta se presentará en la Comisión de Dirección de Calidad, en una sesión general del hospital y en las sesiones de enfermería. Para esta sesión se intentará reforzar la convocatoria a todos los sectores implicados.

4- En los casos en los que los resultados sean especialmente desfavorables se convocará una sesión específica de presentación de los resultados para los profesionales implicados.

5- Ambos estudios y la memoria de calidad se colgarán en el portal en el área de calidad con una llamada para fomentar el acceso a los mismos.

3- IMPLANTACIÓN DEFINITIVA DEL PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN

Justificación

El plan de Calidad del SESCOAM en su objetivo 6b.2 hace referencia a la aplicación del plan de recepción al paciente en hospitalización, ya que es una situación que produce estrés para los pacientes y familiares y este se podía minimizar con medidas sencillas. El Plan debe haber sido elaborado por representantes de todos los profesionales que intervienen, estar documentado y evaluado y se debe entregar al paciente una guía de información en la que se incluyan sus derechos y deberes.

Situación actual

El plan está diseñado e incluye la recepción de los pacientes por el servicio de admisión, entrega de la guía del usuario (no se cumple), acompañamiento a los pacientes que ingresan por parte del SAU y PIU (se cumple), recepción en planta por enfermería con entrega de hoja de información actualizada sobre el funcionamiento de la planta, responsables, horarios de comidas, de visitas, información, etc. (en muchos casos se acoge sin documento).



El cumplimiento de este proceso falla en lo referente a los documentos:

- 1- La guía de acogida está terminada y pendiente de revisión definitiva.
- 2- Las hojas de información no han sido actualizadas.
- 3- La documentación y la evaluación del mismo son deficientes.

Acciones de Mejora

1- Se solventarán los problemas que tienen paralizada la edición definitiva de la guía de acogida mediante un grupo de revisión con un plazo cerrado y la resolución de los problemas informáticos con el servicio de informática. Esta guía se ha de adaptar al modelo remitido por la Oficina de Atención al Usuario del SESCAM.

2- Una vez editada se entregará a todos los pacientes que ingresen tanto desde hospitalización como desde urgencias (establecer quien la entrega).

3- Para la renovación de las instrucciones para elaborar las hojas de información se tomará como base el documento previo, actualizado por los profesionales que intervienen (enfermería, facultativos, etc.). La actualización de los aspectos relacionados con la legislación vigente y las recomendaciones en lo referente a información correrá a cargo de la Subdirección Gestión y Servicios Generales: Asesoría Jurídica.

4- Con este manual y documento patrón se pedirá cada servicio y a las unidades de enfermería correspondientes que elaboren la hoja de información con las particularidades de cada servicio o unidad.

5- A su llegada a la planta será acogido por el personal de enfermería que entregará la nueva hoja de información renovada.

6- Se establecerá un sistema de evaluación (Ej.: encuesta para los usuarios incluido en la guía sobre el sistema de acogida).



71

4- AVANZAR EN LAS LÍNEAS INICIADAS EN LA GESTIÓN POR PROCESOS

Justificación

La gestión por procesos es un elemento clave de todos los sistemas de gestión de la calidad. La gestión por procesos orientada al paciente facilita el paso del mismo por las actividades que son objeto de nuestra organización (asistenciales). El diseño o modelado de los sistemas de gestión por procesos no es lo más complicado, la dificultad estriba en la implantación y en la evaluación continuada. El Plan de Calidad hace referencia a la gestión por procesos en varios puntos.

Situación actual

1. Vías Clínicas.
2. Radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear (Certificación ISO) (DNV).
3. Banco de Sangre (Certificación ISO).

4. Hospitalización Quirúrgica, acogida al nuevo trabajador, admisión de consultas externas (BPMN) (UCLM).
5. Hospitalización Médica (IDEF) (FAD).
6. Salud Mental (IDEF)(Servicios Centrales).
7. Medio Ambiente (ISO 14000) (UCLM).

Aunque la metodología difiere, estas líneas abiertas tienen un objetivo común, que es la mejora de los procesos de nuestra organización. La certificación no debe ser un fin pero su consecución y mantenimiento favorecerá la implantación y evaluación continua. Cada uno de ellos está en distinta fase de implantación.

Acciones de mejora

1. Vías Clínicas: incrementar en número de servicios y unidades que trabajan con vías clínicas (actualmente vascular, nefrología, ginecología y radiología).

2. Radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear (Certificación ISO) (DNV). Fijar una fecha para concluir los manuales marcando el ritmo en las comisiones.

3. Banco de Sangre (Certificación ISO). Dar la difusión necesaria a los documentos y procedimientos. La auditoria para la certificación esta prevista para el primer semestre del 2008.

4. Hospitalización Quirúrgica (BPMN) (UCLM). Terminar el modelado y solicitar la beca para su edición en formato Web. Finalizar el modelado del proceso de acogida al nuevo trabajador y el de los procesos de admisión de consultas externas.

5. Hospitalización Médica (IDEF) (FAD). Constituir el grupo de gestión de camas y varios subgrupos para desarrollar el proceso con la metodología que se decida, organizándose si fuera preciso otras acciones formativas.

6. Salud Mental (IDEF) (Servicios centrales). Continuar con el modelado del proceso dando la difusión necesaria.

7. Medio Ambiente (ISO 14000) (UCLM). Avanzar en la elaboración de la documentación.



Estrategia 6:

DESARROLLO PROFESIONAL. FORMACIÓN CONTINUADA

Justificación.

La formación continuada en los hospitales permite actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales que trabajan en el hospital, para la mejora continua en cuanto al desarrollo de las funciones específicas, así como de la organización y funcionamiento global del Hospital. Tanto es así, que **la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en su Título II, Capítulo IV** la establece como un derecho y una obligación de los profesionales. De ahí la importancia de desarrollar un adecuado Plan de Formación, no como un catálogo de actividades formativas, sino que sus contenidos se han de adecuar a cada una de las líneas estratégicas y prioritarias. Igualmente, se contempla a la institución de manera integral, considerando los problemas que motivan el requerimiento de formación, adaptando la oferta formativa a las diversas categorías ocupacionales orientada a mejorar los conocimientos, habilidades y destrezas que el trabajador debe saber.

Situación actual.

Durante los años 2005 y 2006, caracterizados fundamentalmente por el proceso de adaptación al cambio en el HGCR, las acciones formativas estuvieron centradas fundamentalmente en el correcto manejo de la nueva tecnología y en el entrenamiento del personal destinado a servicios de oferta reciente en el hospital. Ello requirió financiar estancias externas de un buen número de profesionales. El 2007 supuso la vuelta a la normalización de las actividades formativas, con el consiguiente incremento de cursos reglados. La mayor oferta formativa, el acuerdo sobre carrera profesional son factores que influyen sobre el aumento de la demanda. Por ello el Área de Formación, en coordinación con la Subcomisión de Formación Continuada, está trabajando actualmente por la mejora en el proceso de gestión de la formación, mejorando los circuitos, normativa y procedimientos además de llevar a cabo una correcta planificación, seguimiento y evaluación de las actividades.



73

Objetivos generales.

Tal y como marca el Contrato de Gestión, las actividades fijadas por el SESCOAM para el desarrollo de la Formación Continuada serán *Promovidas y Lideradas por el Equipo Directivo del Centro*, y se orientarán a:

- Continuar avanzando en facilitar el esfuerzo, así como en el reconociendo de la producción formativa.

- Consolidar las unidades dedicadas a gestionar las actividades de formación y promover su integración.

- Establecer pactos de objetivos anuales en I,D,F con todos los Servicios y Unidades del Centro que permitan promover entre todos los profesionales una mayor grado de compromiso.

- Contribuir al proceso de modernización de la Gestión del Conocimiento en el SESCAM, promoviendo la implantación, mantenimiento y utilización de los Sistemas de Información y aplicaciones informáticas.

- El Sistema de Organización de la Formación en el SESCAM (SOFOS).

- El Sistema de Teleformación con metodología e-Learning.

- El Portal de la e-Biblioteca (Biblioteca Digital del SESCAM).

- Establecer un sistema reglado de evaluación y seguimiento de la calidad formativa del Plan de Formación llevado a cabo en el Centro.

- Continuar la implantación de procedimientos de solicitud y registro de actividades IDF.

- Incrementar la formación transversal a todo el personal actualizando y perfeccionando los conocimientos más específicos y complejos desde el punto de vista técnico de médicos, enfermeros, técnicos, etc..



Líneas de acción.

1- ESTUDIO DE NECESIDADES.

Realizar anualmente un **estudio de necesidades formativas** y poner en marcha un sistema de **detección de deficiencias y aspectos de mejora** a través de las direcciones correspondientes y de los responsables de equipo.

2- PLAN DE FORMACIÓN.

Desarrollar un **Plan Anual de Formación** continuada que incluya los objetivos, personal destinatario y sistemas de evaluación.

3- EVALUACIÓN.

Evaluar el grado de participación, la adquisición y mantenimiento de competencias tras las acciones formativas, mediante técnicas de análisis longitudinal (ej. técnica del cliente misterioso).

4- FORMACIÓN EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

Estudio y seguimiento del **programa formativo en historia clínica informatizada (Mambrino)**, entre los profesionales.

5- E-FORMACIÓN.

Difundir la oferta de e-learning.

6- FORMACIÓN ESPECÍFICA.

Definir y desarrollar acciones formativas específicas para personal de nueva incorporación, de forma que se facilite en ellos el desarrollo de competencias y se oriente a mejorar la eficacia de dichos profesionales.

7- ACREDITACIÓN DE CURSOS.

Aumentar el número de cursos acreditados por la Comisión de Formación Continua correspondiente.

8- PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT).

Actualizar los PNT de la Unidad de Formación.

9- GESTIÓN POR PROCESOS.

Definir los circuitos, criterios y normas para la propuesta, organización, realización y subvención de actividades formativas.



Estrategia 7:

TRABAJO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Justificación.

Desde las grandes estrategias internacionales a los proyectos locales más específicos y desde los principales Hospitales de referencia a los centros de Atención Primaria, todos los profesionales de la salud persiguen un objetivo común: alcanzar la máxima calidad asistencial y la seguridad en la práctica clínica.

El Plan de Calidad del SNS define también su Estrategia 8 como: "Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS", que se concreta en los objetivos siguientes:

- Promover y desarrollar la cultura de seguridad del paciente.
 - Diseñar y establecer sistemas de información para la comunicación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- Implantar prácticas seguras en el SNS.
- Reforzar los sistemas de calidad para los centros y servicios de transfusión.
- Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la ONT.

Situación actual.

Desde el convencimiento de que los costes humanos y económicos generados por los efectos adversos de la atención sanitaria pueden reducirse, **para el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha la Seguridad del Paciente es más que una prioridad y por tanto lo es también para el Hospital General de Ciudad Real**. De hecho, la Unidad de Gestión de Riesgos Clínicos de nuestro Hospital fue una de las primeras de Europa gestionada por personal sanitario. Además, la Dirección General de Calidad ha promovido el desarrollo de un Plan Estratégico sobre Seguridad del Paciente, actualmente en fase de borrador, cuyas directrices han inspirado la adaptación local de la estrategia, que se presenta a continuación.

Objetivos generales.

- Crear una cultura de seguridad.
- Formación en riesgos clínicos.
- Sistema de notificación de errores (formulario electrónico).
- Sistema de Vigilancia Activa de Eventos Centinela.
- Elaboración de Propuestas para minimizar sucesos adversos evitables.
- Mejora de la hemovigilancia.



- Vigilancia de infecciones nosocomiales.
- Vigilancia de sucesos adversos y reacciones adversas.
- Coordinación con las Comisiones Clínicas (infecciones, tecnología, farmacia, hemoterapia), entre las que existe el interés común de la mejora de la calidad y seguridad. Se ha de exigir evidencia científica a cualquier nueva práctica o programa que se introduzca.

Líneas de acción.

1- CREACIÓN DEL COMITÉ INTERDISCIPLINAR DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Justificación

La seguridad del paciente es uno de los puntos clave del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud y del SESCAM. El servicio de salud está elaborando un plan estratégico de seguridad.

La Unidad de Gestión de Riesgos Clínicos del HGCR centra su actividad en áreas muy concretas, especialmente Cirugía general y de aparato digestivo. Su responsable es referencia en la formación en seguridad del paciente a nivel nacional e internacional. Se hace necesario aprovechar esta circunstancia para crear un grupo amplio para trabajar en lo referente a la gestión de riesgos clínicos con carácter ejecutivo para extender la cultura de la gestión de riesgos a todo el hospital.

Situación actual

En la actualidad se está trabajando en aspectos relacionados con la seguridad del paciente desde distintas perspectivas que se ven reflejadas en esta estrategia: formación en seguridad del paciente, prevención de infecciones mediante el lavado de manos, campañas de información en seguridad, prevención de caídas, notificación de errores relacionados con la medicación, etc.

Algunos profesionales que intervienen en estos grupos de trabajo se reúnen en la Comisión de Dirección de Calidad, entre ellos el representante de la unidad de gestión de Riesgos clínicos, pero no existe ningún órgano específico e interdisciplinar para tratar los aspectos relacionados con la seguridad del paciente que tienen un interés creciente.

Implantación

La Subdirectora de FDI y OCAU, el Responsable de la Unidad de Gestión de Riesgos y al Coordinador de Calidad propondrán al Director Gerente las personas que se consideren más idóneas por trabajar en los distintos ámbitos relacionados con la seguridad para la constitución de este comité.

Una vez constituido este comité, se plantearán sus objetivos, la forma de trabajo, la periodicidad de las reuniones, etc.



2- ANÁLISIS DE INCIDENTES

Justificación

Para mejorar la calidad se deben conocer con antelación los niveles actuales de Seguridad y la incidencia de los efectos adversos e incidentes críticos. Se considera efecto adverso a todo daño originado al paciente secundario al tratamiento proporcionado. Se considera un incidente crítico a la situación que ha estado a punto de provocar daño al paciente pero que ha sido identificada antes de originar el mismo.

La mejora en la seguridad de los pacientes, entendida como la prevención del daño al paciente, se ha convertido en uno de los objetivos principales de los sistemas sanitarios a nivel internacional. A lo largo de los últimos años han ido surgiendo estudios analizando la tasa de incidentes adversos en pacientes hospitalizados que han variado desde el 2,9 % en el estudio de Utah y Colorado, el 3,7% en el Harvard Medical Practice Study, 10% en el estudio de Vincent en el Reino Unido hasta el 16.6% en el estudio realizado en Australia por Wilson. En todos los estudios cerca del 50% de los incidentes eran previsibles y entre el 5% y el 14% tenían consecuencias mortales para el paciente afectado por el mismo.

La publicación del informe del Institute of Medicine (IOM) "To Err is Human: Building a Safer Health System" en el que se extrapolaron los resultados de los principales estudios a la población general de los Estados Unidos y se publicó que cerca de 98.000 personas morían cada año por errores médicos (más que por accidentes de tráfico, cáncer de mama o SIDA) con un coste entre 17.000 y 29.000 millones de dólares, supuso un punto de inflexión en las políticas sanitarias de muchos países que pasaron a considerar la seguridad del paciente como un tema prioritario. El sistema sanitario dejó de parecer tan seguro y se dedicaron grandes cantidades de dinero para investigar en la disminución de los errores médicos



78

En nuestro país sólo se han publicado dos trabajos relacionados con el análisis de incidentes adversos. El primero revisó los efectos adversos y la mortalidad a lo largo de cinco años en un servicio de cirugía general, encontrando una incidencia del 6,3% de efectos adversos. El segundo estudio, se llevó a cabo en 12 hospitales de agudos del P. Vasco. En él se analizaron los efectos adversos que tuvieron lugar sobre una muestra de más de dos mil pacientes ingresados por enfermedades del aparato circulatorio obteniendo una tasa de efectos adversos cercana al 20%. En el momento actual están en marcha proyectos de investigación destinados a conocer la tasa de incidentes adversos en distintos hospitales del Estado, ninguno de los cuales pertenece a la Comunidad de Castilla la Mancha.

Los altos niveles de lesiones iatrogénicas no deben de ser aceptados ya que más de la mitad son previsibles. Es necesario aceptar que el error existe pero antes de intentar disminuir la tasa de incidentes adversos se debe de conocer cual es esa tasa en el centro en el que se quiere mejorar la seguridad.

Cada hospital, por sus características especiales, genera sus propios riesgos y, aunque el tipo de incidentes que se producen son parecidos entre todos los centros, la incidencia de los mismos y las soluciones que se deben de adoptar no siempre

coinciden. Para intentar mejorar la calidad asistencial mejorando la seguridad es esencial conocer los errores que se comenten en los distintos centros y en los distintos departamentos dentro de los hospitales.

El análisis de los accidentes en medicina ha llevado a una comprensión más amplia de las causas que originan los incidentes disminuyendo el enfoque en los individuos y ampliando el estudio de las causas originadas por fallos en la organización

Situación actual

Se analiza la situación actual en el Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo.

- Incidentes adversos en cirugía:

Se estima que alrededor del 3% de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica sufren un incidente adverso, siendo la mitad de los mismos previsibles. Las complicaciones técnicas, la infección de la herida y el sangrado postoperatorio son responsables de mas de la mitad de los incidentes en esto servicios. Muchos de los incidentes adversos que son clasificados como secundarios a la intervención quirúrgica tras un análisis detallado parecen estar mas relacionados con problemas de manejo en la planta que con cuidados intraoperatorio. Las causas principales para obtener buenos resultados en las intervenciones son la morbilidad asociada del paciente y la capacitación del cirujano. El incremento del peso, la edad y la comorbilidad de los pacientes incrementa de forma importante la aparición de complicaciones en el postoperatorio. Las habilidades del cirujano y de todo el equipo quirúrgico son un requisito obvio para obtener buenos resultados, pero aunque parece claro que un nivel mínimo de habilidad es necesario es mucho más difícil relacionar los niveles de habilidad con los resultados definitivos.

El modelo de Reason de accidentes en grandes organizaciones integra gran parte de la teoría sobre el error humano y el conocimiento del factor humano. De su adaptación al mundo de la salud surge la idea de que los incidentes adversos y las complicaciones suelen ir precedidas de una cadena de pequeños problemas que no suelen tener importancia de forma individual pero que cuando coinciden en el tiempo generan incidentes que pueden ser de gravedad. La identificación de esos problemas se puede realizar mediante el análisis detallado cronológico del incidente y de los factores que han ido contribuyendo a que se produzca el desenlace no deseado. Se han realizado múltiples trabajos sobre incidentes adversos relacionados con la cirugía pero muy pocos han delimitado cuales son los factores importantes que los desencadenan. Los incidentes adversos en cirugía se pueden desencadenar por mala comunicación, mala técnica quirúrgica, malfuncionamiento de equipos, errores por desatención o stress y todos ellos complicados por problemas de la organización. Estos factores han sido poco estudiados hasta el momento actual en el mundo de la cirugía y es uno de los objetivos de este estudio en colaboración con el equipo del Dr Charles Vincent del Imperial College de Londres.

Implantación

1.- Desarrollar un sistema de análisis retrospectivo de historias clínicas que pueda



ser usado por los médicos y enfermeras a cargo directo de los pacientes con el fin de que se puedan detectar, clasificar y describir los incidentes adversos e incidentes críticos.

2.- Identificar los problemas de la organización que originan incidentes adversos y críticos con el fin de corregirlos y evitar que estos aparezcan.

METODOLOGIA: El estudio se realiza en colaboración con la “Clinical Safety Research Unit” del Imperial College de Londres utilizando la metodología descrita por Woloshynowych en 2003 de revisión retrospectiva de historias clínicas en dos etapas. En la primera se realiza un screening de la historia clínica y se identifica si se cumple uno de los criterios para que haya aparecido un incidente adverso o crítico. En la segunda se analizan en detalle las historias identificadas como positivas con especial énfasis en la información relacionada con los factores que han podido originar los incidentes

ÁMBITO DEL ESTUDIO: 150 pacientes ingresados de forma consecutiva en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital General de Ciudad Real. Sujetos del estudio 150 pacientes ingresados de forma consecutiva por vía urgente o programada en el Servicio de Cirugía General Y Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Los datos serán introducidos en un programa estadístico para su análisis

Definiciones: Un incidente adverso debe cumplir tres criterios:

- 1.- Lesión no intencionada o complicación.
- 2.- Origina un incremento de la estancia, o inhabilitación temporal o total, o muerte.
- 3.- La lesión esta causada por el cuidado del paciente.

3- DESARROLLO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

Justificación

El objetivo 9b.2 del Plan de Calidad del SESCAM hace referencia a la reducción de los sucesos adversos producidos por los medicamentos. Un número importante de pacientes sufren acontecimientos adversos producidos por el tratamiento hospitalario.

Los efectos adversos tienen un coste personal y económico muy importante, erosionan la confianza de los pacientes, y dañan a las instituciones. 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.

Los errores de medicación son frecuentes, llegando a afectar a más del 6% de los pacientes hospitalizados. 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, teniendo consecuencias graves sobre los propios profesionales.



Los errores son inevitables. Por ello, dado que no es posible modificar la naturaleza humana, el abordaje correcto es crear sistemas seguros, que ayuden a prevenir los errores, a identificarlos, y a minimizar sus consecuencias. Existen múltiples técnicas que pueden reducir su frecuencia, pero para ello se debe conocer cuales son los errores más frecuentes mediante un sistema de registro. Se debe realizar un abordaje preventivo, que no busque la culpabilización sino la concienciación y participación del personal sanitario. El enfoque culpabilizador sólo lleva a ocultar los errores y a no aprender de ellos. Para ello, los profesionales deben confiar en que la institución hará un uso adecuado de la información procedente de los registros de errores.

Desde el Plan de Calidad se propone que el hospital realice al menos una acción para reducir los errores en la medicación, siendo aconsejable la realización de un registro voluntario y anónimo de errores. La formación de un grupo de trabajo de errores al que se comunican los de mayor significación clínica permite realizar estudios de observación y estimula la puesta en marcha de acciones de mejora.

Situación actual

En la actualidad el Hospital General de Ciudad Real cuenta con:

- 1.- Un sistema de notificación de incidentes relacionados con medicamentos mediante un impreso oficial que ha de ser reevaluado y tomado como documento de partida.
- 2.- Un sistema de notificación de extravasación de medicamentos citostáticos que puede ser considerado una parte importante de los anteriores.

Recientemente el Servicio de Farmacia ha participado en un sistema de autoevaluación externo a través del **"Instituto para el uso seguro de los medicamentos ISMP-España" en desarrollo del Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo**. En él se han testado 232 puntos que permiten evaluar nuestro sistema de utilización de los medicamentos identificando cuáles son los puntos de riesgo y las oportunidades de mejora así como compararnos con el resto de hospitales de España. Se utilizará este documento de trabajo para orientar y planificar las prácticas que conviene identificar e implantar en el proceso de mejora.

Objetivos

Definir e implementar un sistema voluntario con posibilidad de anonimato de comunicación de problemas relacionados con los medicamentos para todo el personal sanitario del hospital.

Implantación

- 1.- Creación de grupo de trabajo interdisciplinar para el desarrollo de los dos puntos siguientes.

A. Diseñar sistema de notificación de problemas relacionados con la medicación:

1. En formato papel y colgado de la página Web del hospital
2. En formato electrónico colgado de la misma página y que cuente con cam-



pos de información cerrados que posibiliten la posterior gestión de la información.
Para desarrollar este punto debemos contar con apoyo de profesionales informáticos

B.- Definir el circuito de información como sigue:

IDENTIFICAR EL PROBLEMA RELACIONADO
CON EL MEDICAMENTO



NOTIFICARLO AL SERVICIO DE FARMACIA



ANALIZARLO EN EL COMITÉ INTERDISCIPLINAR DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE



PLANES DE CONTROL



SEGUIMIENTO

2.- Organizar una sesión general intrahospital explicando los siguientes puntos:

- 1- Los indicadores que evalúa el ISMP y los resultados comparativos que nuestro hospital ha obtenido en relación con otros hospitales nacionales.
- 2- La nueva hoja de notificación de problemas relacionados con los medicamentos.
- 3- Circuito de información.

4- CURSO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Justificación

En el momento actual en los distintos centros de Castilla La Mancha existe personal especializado en la tramitación de las reclamaciones pero este personal cualificado no tiene la posibilidad del análisis de los hechos que originan la reclamación y de proponer medidas para la modificación de los mismos.

El curso está diseñado para formar Personal Sanitario que tenga la capacidad de analizar las reclamaciones y los incidentes, evitar que se repitan y sobre todo prevenirlos. Su misión se completaría con la propuesta de medidas evitarlos y la supervisión de la eficacia de las mismas.

Objetivos del curso

Con la celebración del I Curso de Gestión de Riesgos Clínicos y Seguridad del Paciente se pretende:

1.- Conseguir la formación adecuada en Gestión de Riesgos del personal sanitario que será responsable de su implantación posterior en los distintos Hospitales y centros de Atención Primaria de Castilla-La Mancha.

2.- Crear a lo largo del curso un grupo que serviría de referencia para apoyar los proyectos a lo largo de todo su desarrollo y que sería el núcleo para el diseño de futuros planes dentro del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

3.- Desarrollo de un Programa de Seguridad Asistencial para cada Centro en función de las necesidades y peculiaridades del mismo.

Situación actual

En el hospital General no existía hasta la fecha un curso general y específico sobre seguridad del paciente. Sin embargo se han realizado jornadas promovidas por la Unidad de gestión de Riesgos Clínicos (AEGRIS 2007). En el 2007 algunos profesionales realizaron un curso On-line del Ministerio de Sanidad y Consumo.. Profesionales de nuestro centro participan como profesores o como alumnos en el curso de seguridad del SESCAM.

Implantación

1. - El curso se celebrará en el Hospital General de Ciudad Real. La duración es de 50 horas lectivas que se impartirán entre el 4 de abril y el 16 de mayo del 2008 en jornadas de jueves por la tarde y viernes por la mañana.

2. El curso está pendiente de acreditación por el Ministerio de Sanidad y Consumo y se ha financiado con fondos finalistas del citado ministerio.

3.- La metodología para impartir el curso será mediante conferencias, mesas redondas y casos prácticos, facilitándose a los alumnos el material en formato electrónico.

4.- El curso va dirigido a profesionales sanitarios, licenciados y diplomados y personal administrativo, interesados en la gestión del riesgo sanitario y seguridad asistencial en centros sanitarios. Las plazas convocadas son 50.

5.- El profesorado se compone de personas con experiencia en los diversos ámbitos de la gestión de riesgos a nivel nacional, autonómico y de nuestro hospital.

5- CAMPAÑA DE DIFUSIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA PROFESIONALES Y PACIENTES.

Justificación

Un aspecto fundamental para mejorar la seguridad de los pacientes es la cultura de la organización. Es necesario un cambio radical en la cultura, en los valores de las organizaciones sanitarias. Pasar de una cultura individualista, en la que se intenta hacer recaer la responsabilidad en otro, a una **cultura de la participación y la co-responsabilidad de todos**, empezando por los dirigentes de la organización, continuando por los profesionales, asistenciales y no asistenciales, y finalizando por los pacientes y sus familias. La seguridad es un asunto de todos, y los sucesos adversos



solamente se pueden prevenir desde una perspectiva global, en la que todos aporten su punto de vista.

Son necesarias campañas informativas dirigidas a los tres colectivos implicados en la seguridad del paciente: a los gestores, a los profesionales y a los propios pacientes. Campañas que utilicen todos los soportes necesarios: carteles, videos, información en la página Web... No puede haber cambio cultural si los valores que se proponen no se sustentan en una información rigurosa, fiable y permanentemente actualizada.

Pero también debe propiciarse y fomentarse **la participación activa de los pacientes y de sus cuidadores en la toma de decisiones sobre su salud**, durante todo el proceso de la atención.

Es necesario buscar sistemas más novedosos e imaginativos para incentivar la seguridad, premiar aquello que hacemos bien: las buenas prácticas, como la existencia de **grupos de trabajo para mejorar la seguridad**, la actualización permanente de las vías clínicas, la gestión por procesos... Además, los incentivos no deben ser solamente económicos. Otras formas de reconocimiento del esfuerzo y la dedicación de los profesionales, puede hacerse: facilitando la gestión de proyectos de investigación, la asistencia a acciones formativas, jornadas y congresos, etc.

Y es también igualmente necesario que los profesionales sanitarios asuman el nuevo rol profesional que significa ejercer su profesión en el Siglo XXI. El médico ha dejado de ser el sabio eminente al que el paciente debe obedecer, para convertirse en un experto que pone sus conocimientos, su experiencia y su pericia a disposición del paciente, para que sea el paciente quien tome la decisión.

Situación actual

El HGCR forma parte de un grupo de trabajo constituido en los servicios centrales del SESCAM con una beca del MSC, coordinado por el Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria con el apoyo metodológico del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche, e integrado por profesionales sanitarios de atención primaria y especializada, (compuesto por Médicos especialistas en Medicina de Familia, Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo, Psicólogos, Enfermeros etc). El objetivo de este grupo es la realización de una campaña de difusión de mensajes relacionados con la seguridad del paciente y los profesionales.

Dos miembros de la unidad de calidad y un facultativo de medicina preventiva forman parte del grupo de trabajo del SESCAM al que también está invitado el responsable de la unidad de gestión de riesgos clínicos. Este grupo de trabajo ha venido funcionando durante todo el año, y se prevé que continúe durante 2008. Para los contenidos de la campaña informativa (carteles informativos) se han utilizado los carteles editados con cargo a los fondos finalistas del 2006 (cedidos al Ministerio de Sanidad por la Joint Commission International). Además, se han editado nuevos carteles con lemas más reducidos dirigidos a los profesionales, y carteles dirigidos a los pacientes cuyos contenidos han sido cedidos por la Universidad de los Pacientes.

Los objetivos que se plantearon con este proyecto fueron:



- 1.- Instalar carteles informativos dirigidos a pacientes y profesionales.
- 2.- Conocer las actitudes, conocimientos y experiencias de los profesionales en seguridad del paciente.
- 3.- Conocer si los usuarios han percibido la puesta en marcha de la campaña informativa.
- 4.- Conocer el impacto informativo de la campaña sobre los usuarios midiendo la percepción por su parte de cambios en su actitud cuando acuden al sistema sanitario.

Hasta el momento se han puesto en marcha las siguientes medidas:

- 1.- Complementar la edición de los carteles previamente diseñados con otros que incluyan lemas más cortos, dirigidos a los profesionales, más dos carteles dirigidos a los pacientes.
- 2.- Diseñar una encuesta dirigida a los profesionales (médicos y enfermeros) que se aplicará por correo electrónico a una muestra representativa antes y después de la instalación de los carteles informativos.
- 3.- Diseñar una encuesta de opinión dirigida a los pacientes que se realizará por el “call-center” del Sescam.

En el HGCR se ha constituido un grupo multidisciplinar para trabajar en este sentido, el cual ha tenido ocasión de reunirse en varias ocasiones, desde Julio de 2007, y de enviar propuestas de mensajes para el diseño de carteles y desarrollo de la campaña informativa de Seguridad del Paciente. Es fundamental que este grupo continúe trabajando y crezca siendo capaz de aunar esfuerzos para incrementar la cultura de seguridad en nuestra organización y una asistencia de calidad y mas segura.

Acciones de mejora

Durante el 2008, el grupo de trabajo de la “cultura de seguridad del paciente” continuará su actuación, para lo que se solicitará de nuevo financiación de la Agencia de Calidad del S.N.S. Se pretende continuar también con el apoyo metodológico de la Universidad Miguel Hernández. Las acciones previstas son las siguientes:

- Repetición periódica (una vez al año) de la encuesta dirigida a profesionales y también la encuesta a los pacientes.
- Seminarios – talleres en todas las Gerencias coordinadas por los responsables de calidad de cada Gerencia (coordinador y técnicos de las Unidades de Calidad, y los miembros del grupo de trabajo).
- Nuevas campañas informativas, utilizando medios audiovisuales (pantallas de plasma instaladas en las salas de espera de los hospitales y en los centros de salud).

6- LAVADO DE MANOS Y OTRAS BUENAS PRÁCTICAS

Justificación

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente ha elegido la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria como tema de su primer Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente. Su lema es “Una atención limpia es una



atención mas segura". En lo que respecta a la higiene de manos, dicha Alianza emite un documento de referencia (WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health care) en el que se establece que:

- La mejora de la práctica en la higiene de manos por parte de los profesionales sanitarios constituye una de las medidas más efectivas para prevenir las infecciones nosocomiales y la propagación de microorganismos multiresistentes.

- La observación y la formación combinadas con estrategias de motivación e implicación de los profesionales han demostrado ser primordiales en el fomento de las buenas prácticas en la higiene de manos, mejorándose así la seguridad del paciente.

Es por todo ello que el MSC ha destinado fondos finalistas para trabajos relacionados con estos aspectos.

Situación actual

El Servicio de Medicina Preventiva del HGCR ha recibido una beca en el último mes de 2007 para la realización de un proyecto de mejora de higiene de manos. Dicho proyecto tiene como objetivos:

- Mejorar la formación, información y motivación del personal sanitario acerca de los métodos de higiene de las manos y el uso de guantes.
- Aumentar la práctica correcta en las técnicas de higiene de las manos y de uso correcto de guantes.
- Asegurar la disponibilidad de medios necesarios para la higiene de manos y para el uso correcto de guantes
- Establecer un sistema de monitorización del proceso que nos permita conocer y devolver información acerca de cómo se realiza la higiene de manos y su grado de cumplimiento antes, durante y después de las intervenciones propuestas.

Este Programa está concebido como un plan a largo plazo, por lo que las estrategias y acciones de mejora que se detallan a continuación deben escalarse en un tiempo realización global de 3 a 5 años.

Actualmente está ya en marcha el diseño y realización de un estudio observacional de la situación previa a la intervención, y una encuesta sobre motivación, adherencia, actitudes y conocimientos del personal sanitario respecto a la higiene de manos a fin de recopilar información sobre la higiene y buena práctica de base del HGCR.

Acciones de mejora

1. Sobre el objetivo de formación en conocimiento y motivación:

Acciones:

- Sesiones clínicas generales: introductoria sobre importancia de la higiene de manos.
- Presentación General de la campaña. Precauciones Estándar y Basadas en la Transmisión.

- Sesiones clínicas específicas para cada unidad clínica.
- Impresión de folletos / Pósters informativos alentando a la higiene de manos personalizado para cada unidad. sobre las propiedades y usos de jabones y soluciones hidroalcohólicas presentes en el HGCR. cuidado de las manos.
- Encuestas de conocimiento sobre higiene de manos y su importancia al personal del HGCR.
- Creación de espacio Web con uso de otros servicios informáticos: videos explicativos y material complementario a las sesiones, cursos etc.

2. Sobre el objetivo de formación en técnica y capacidad:

- Demostraciones en vivo en sesión clínica general.
- Demostraciones en sesiones clínicas en cada unidad.
- Monitorización de la práctica de los profesionales y su grado de adecuación al protocolo.
- Creación de vídeo promotor de la higiene de manos.



3. Sobre el objetivo de disponibilidad:

Acciones:

- Control de la ubicación de los expendedores según criterios de eficiencia y seguridad.
- Control de disponibilidad y funcionamiento mensual mediante registro de los expendedores de SHA, jabón y papel desechable.
- Control de disponibilidad diario mediante registro de los expendedores de SHA, jabón y papel desechable
- Asesoría a la Dirección de Gestión en materia de compras del material relacionado con la campaña.

4. Sobre el objetivo de monitorización:

- Estudios observacionales acerca de cumplimiento en tiempo y forma previos, durante y después de la campaña.
- Dar a conocer los resultados mediante publicaciones e informes específicos.
- Implicación de los líderes de opinión del hospital en la necesidad de demandar dichas prácticas en su entorno de trabajo.

7- IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES

El objetivo 9b.3 del Plan de Calidad del SESCOAM trata de asegurar la adecuada identificación de los pacientes.

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia.

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. 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.

En la actualidad existe un **sistema de identificación del recién nacido**, obligatorio desde 1996 mediante la utilización de las huellas dactilares maternas, asociadas a las plantares del neonato en un documento único. También se han utilizado pulseras madre-hijo. Se exige que las pulseras dispongan de cierres de seguridad y cuenten con las suficientes garantías para evitar roturas o manipulaciones. En marzo del 2000 con objeto de actualizar, mejorar y unificar el procedimiento para la identificación de los recién nacidos, en los hospitales del INSALUD comenzó a implantarse el Documento de identificación sanitaria materno-filial.

Para los adultos el sistema más utilizado es la utilización de un **brazalete identificativo**, con este método 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. 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.

Estos brazaletes pueden ser desde sencillos de plástico más o menos suave para escribir o pegar etiquetas hasta sistemas más complejos con impresoras térmicas de brazaletes que pueden incluir códigos de barras o sistemas de identificación y localización con radiofrecuencia.

En el 2008 el programa de identificación inequívoca del paciente mediante brazaletes identificativos es un objetivo prioritario del Plan de Calidad del SESCAM.

Situación actual

En el **Plan de Calidad del SESCAM** desde hace varios años se hace referencia a que se estaba desarrollando un Proyecto de Identificación del Paciente mediante brazaletes conectados por radiofrecuencia en el Complejo Hospitalario de Ciudad Real, que se aplicaría también en los nuevos Hospitales de próxima apertura. Se ha solicitado un **CITI para identificación de pacientes** y banco de sangre en el HGCR, esto puede conllevar la implantación de soluciones más avanzadas que están pendientes de definir.

En la actualidad se está haciendo correctamente la identificación inequívoca de los recién nacidos pero en los adultos se inició el empleo de brazaletes identificativos en urgencias, respaldado por la Unidad de Gestión de Riesgos Clínicos de forma voluntaria con un seguimiento irregular. Los brazaletes utilizados son de plástico y en ellos se pega la etiqueta identificativa, pudiéndose escribir en los mismos. Dado que su uso no se estableció como obligatorio y se desconoce en muchos casos sus ventajas para la seguridad del paciente se utilizan de forma muy irregular (algunos profesionales comprometidos con la seguridad) y se corta en cualquier momento de la asistencia cuando estorba, se mancha o se destiñe sin llegar a reponerla.

Implantación

1- Estudio previo: El responsable de Calidad de enfermería está recopilando toda la información necesaria sobre dispositivos de identificación de pacientes en lo referente a: justificación de su uso, tipos de brazaletes, sistemas para incluir los datos, posibilidades de incluir códigos de barras o sistemas de radiofrecuencia, experiencias en otros hospitales, costes de los mismos, posibilidades de implantación, etc. Se ha pedido asesoramiento a la unidad de gestión de riesgos clínicos

Con el servicio de informática se valorará la posible integración de las impresoras de etiquetas con los sistemas de información del hospital y la implantación de sistemas avanzados de verificación (lectores de código de barras, radiofrecuencia, etc.).

Con el servicio de Control de Gestión se hará una estimación de las necesidades anuales de brazaletes.



Con el servicio de suministros se hará una valoración económica de la implantación de los diferentes sistemas.

2- Presentación del proyecto: una vez realizado el estudio previo se presentará en la Comisión de Dirección de Calidad y en la comisión de dirección para someterlo a aprobación.

3- Solicitud de fondos finalistas del Ministerio para la financiación del proyecto: Uno de los capítulos para los que se pueden solicitar fondos finalistas es la identificación inequívoca de pacientes. Se redactaría un proyecto en el formato oficial para solicitar la asignación de estos fondos que cubrirían parcialmente su implantación.

4- Propuesta inicial: Los sistemas de creación de etiquetas (impresoras térmicas que pueden estar integradas con los sistemas de información del Hospital) se ubicarían en los puntos de acceso al hospital:

- 1- Admisión de hospitalización.
- 2- Admisión de Urgencias.
- 3- Paritorio (bloque quirúrgico) (en caso de mejorar la implantación en recién nacidos).
- 4- Unidad de Cirugía mayor ambulatoria (podría hacerse con las de admisión).

Para los pacientes que ingresan programados al presentarse en el mostrador de admisión se les entregará el brazalete con la documentación habitual (cuerpo B, Guía de acogida, pegatinas, etc.). Al ser recibidos en planta se verificará la identificación por la enfermera que lo reciba y se le colocará el brazalete que deberá permanecer hasta el alta. En caso de necesitarse reposición o cambio se solicitará nueva pulsera al servicio de admisión.

Para los pacientes que acceden a través del servicio de urgencias al hacer el registro en admisión se les entregará el brazalete junto a la hoja de urgencias y las pegatinas. La enfermera del triaje verificará la identificación y colocará el brazalete que no se retirará hasta el alta de urgencias o de hospitalización.

En los pacientes que acceden a la unidad de CMA la enfermera que lo acoge verificará la identificación y colocará el brazalete que puede haber sido en la unidad o en admisión.

Para los recién nacidos se valorará la posibilidad de integrar los dispositivos de impresión en el sistema actual. El disponer de una máquina de impresión en el bloque quirúrgico facilitaría la reposición de las pulseras que necesiten cambio.

En todos los casos en los pacientes alérgicos se utilizarán brazaletes de color rojo para alertar de posibles reacciones.

En consultas externas, pruebas ambulatorias hospital de día médico y oncohematológico no se aplicarían salvo en casos excepcionales.

Se valorará la posibilidad de poner sistemas de control (escáner, lectores de códigos de barras, etc.) en radiología, pruebas especiales o qui-

rófano para verificar la identificación de los pacientes.

Para fomentar su uso se difundirá la información pertinente para su utilización, a través del portal, sesiones en las que participará la unidad de gestión de riegos clínicos, mandos intermedios, etc.

Para consolidar su implantación se consensuará con las direcciones de enfermería, médica y de gestión un objetivo en los pactos con las Unidades de enfermería y servicios implicados.

8- REDUCIR EL NÚMERO DE CAÍDAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

El objetivo 9b.1 del Plan de Calidad del SESCAM trata de reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados. Las caídas de los pacientes hospitalizados 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, y la aplicación de medidas de control.

Objetivo

El objetivo es cuantificar el número de caídas y establecer medidas para reducirlas, si bien todavía no se dispone de suficiente evidencia acerca de la efectividad de las distintas medidas.

Situación actual

Nuestro hospital tiene implantado un programa de prevención de caídas, debiéndose registrar y monitorizar todas las caídas que se produzcan. 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.

Actualmente, la Comisión de Cuidados se encuentra en proceso de informatizar la hoja de registro de caídas y elaboración de un nuevo protocolo que será aprobado en breve.

Implantación

1- Se difundirá la información necesaria para la valoración del riesgo de caídas, el protocolo de prevención de caídas, la notificación de las mismas y resultados de la evaluación por los medios habituales: portal del empleado, reuniones de pacto y seguimiento y evaluación de objetivos (objetivo incluido en todos las unidades de hospitalización, valorar si encaja en algunas otras unidades), charlas informativas,



sesiones de enfermería, etc. En los casos en los que sea conveniente se notificarán los resultados a otros servicios (ej. radiología), unidades (ej. bloque quirúrgico) o grupo de profesionales (ej. celadores).

2- Hasta la aparición de la hoja informatizada nos proponemos retomar la antigua hoja de registro de caídas. Este registro de caídas será enviado a la Unidad de Calidad de forma anónima para su valoración.

3- Los Cuidados de Enfermería a pacientes con riesgo de lesión son fundamentales para prevenir estos riesgos. Por este motivo en el plan de calidad se evalúan estos cuidados con el propósito de conocer si se han establecido las acciones necesarias de prevención y/o protección a pacientes identificados de riesgo. Por este motivo son necesarias acciones para identificar este riesgo, registrarlo y adoptar las medidas para evitar estos traumatismos.

Siguiendo las recomendaciones del plan de calidad se proponen las siguientes acciones:

- a. Establecer un sistema para la identificación de pacientes con riesgo de caídas: 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. Para esta evaluación se utilizará una escala de valoración del riesgo de caídas de las existentes (adaptada o no). Esta escala se puede desplegar al manejar la hoja de valoración de enfermería informática.
- b. Registro del riesgo de caídas en la hoja de valoración de enfermería. La comisión de cuidados incluirá un ítem en la hoja de valoración de enfermería en el que se registrara si existe o no el riesgo de lesión. (Lo pide el plan de Calidad como criterio de buena práctica a cumplir).
- c. Toma de medidas para la prevención de traumatismos. Además de las medidas existentes en la actualidad se hará una revisión de la literatura para buscar otras posibles medidas. La comisión de cuidados está elaborando un protocolo para prevención de caídas. Una de las medidas es que la habitación esté libre de obstáculos.
- d. En caso de encontrar riesgo de caídas se tomarán las medidas preventivas (según protocolo) y se registrarán en la historia clínica. Los dispositivos de ayuda estarán al alcance del paciente.
- e. Se debe hacer que el paciente/familia conozcan las causas del riesgo. La familia debe desarrollar habilidades en las medidas preventivas.
- f. En caso de producirse una caída se tomarán las medidas que establezca el protocolo tras una caída y se notificará de forma anónima con la hoja a la que se hace referencia en el apartado siguiente. Las hojas notificación de caídas se remitirán a la Unidad de Calidad.

4. Tanto el nuevo protocolo de caídas como el registro de las mismas serán llevados por la comisión de Cuidados a la comisión de Historias Clínicas.



0 Corredor 20

0 Corredor 21

0 Corredor 22



Estrategia 8:

AUTONOMÍA DEL PACIENTE, INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Justificación.

La presente estrategia tiene como objetivo el desarrollo de una serie de objetivos que consoliden los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como los propios del Hospital General de Ciudad Real, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica. Para ello se constituye un grupo de trabajo con una serie de miembros fijos que trabajan en el desarrollo de esta estrategia y que contarán con la participación de otros grupos de trabajo o comisiones clínicas que, por la labor que ya están desarrollando, deben participar activamente en la consecución de los objetivos que se plantean en cada una de las líneas de actuación que contiene la presente estrategia.

Líneas de acción.

1- DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Justificación:

El consentimiento informado se define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

El consentimiento será verbal de forma general, sin embargo hay que prestarlo por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Situación actual:

Tras un análisis de los documentos de consentimiento informado en un nuestro centro sanitario se han observado dos cuestiones:

1- Que no existe un formato homogéneo en los distintos servicios y por tanto existe una gran variabilidad. Estos documentos son por tanto susceptibles de mejora en su aspecto formal.

2- Además, y como cuestión más importante, muchos de ellos son susceptibles de mejora en cuanto a su fondo, es decir en cuanto a su contenido, para adaptarlos mejor a los aspectos legales que en relación al consentimiento informado se con-

tienen en la Ley Básica 41/2002 de 14 Noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y documentación clínica.

El capítulo IV de la mencionada Ley regula el Respeto de la Autonomía del Paciente, y concretamente en los artículos 8, 9 y 10, se establecen los aspectos legales que tienen que ver con el consentimiento informado, límites del consentimiento informado y consentimiento por representación así como las condiciones de la información y consentimiento por escrito.

Acciones de mejora:

Se proponen por tanto las siguientes acciones de mejora, relacionadas con el **objetivo 6 b.4 del Plan de Calidad del SESCAM** que se incluirá en el Contrato de Gestión 2008.

1- Continuar con el proceso de recogida de los documentos de consentimiento informado que existen en la actualidad en el Hospital General de Ciudad Real. Dicho proceso ya se ha iniciado por parte de la Comisión de Historias Clínicas y por parte de la Unidad de Calidad. A partir de ahí, se revisará la forma y el contenido de los mismos para iniciar la de unificación formal y la mejora en la adaptación a la legislación vigente.

2- En cuanto a la forma, la Comisión de Historias Clínicas en colaboración con la Unidad de Calidad, elaborará un documento de consentimiento informado con un formato común con el fin de actualizar y unificar todos los documentos de consentimiento informado.

3- En lo que afecta al contenido y a la adaptación de éste a la Ley de Autonomía del Paciente, se realizará una sesión formativa por parte del responsable de la Unidad de Gestión de Riesgos Clínicos y la Subdirectora de Gestión y SS.GG responsable de la Asesoría Jurídica del hospital para tratar los aspectos legales que deben tenerse en cuenta para la elaboración de este tipo de documentos.

4- Los miembros de la Comisión de Historias Clínicas junto a la Unidad de Calidad comenzarán a reunirse con los distintos servicios asistenciales para trabajar sobre el contenido de aquellos documentos de consentimiento informado que sean susceptibles de mejora.

5- Concluido el proceso descrito se tiene previsto publicitar los documentos en la página web del hospital y elaborar un libro o CD con la recopilación de todos documentos de consentimiento informado de los distintos servicios asistenciales del HGCR.

6- Una vez que se vayan elaborando nuevos documentos de consentimiento informado necesariamente deberán ser aprobados por la Comisión de Historias Clínicas.





2- RECOMENDACIONES A PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA

Justificación y Situación Actual:

La información clínica definida en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica como todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla o mejorarla.

Tras revisar los Resultados de la Encuesta de Satisfacción del Usuario del ejercicio 2006, realizada por la Consejería de Sanidad a través de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM), en lo que hace referencia a uno de los objetivos de la misma que tiene que ver con la obtención de las valoraciones de los usuarios sobre la calidad percibida de los servicios públicos en base a un conjunto de aspectos a evaluar, previamente seleccionados, y entre los que se encontraban la información que los profesionales médicos y de enfermería proporcionaban a los pacientes y usuarios, se observó que la información clínica que se proporciona a los pacientes en el Hospital General de Ciudad Real por parte de los profesionales sanitarios es susceptible de mejora. (Tabla 1)

En esta encuesta se observan datos en los que se refleja que el 6,5% de los entrevistados consideran que el tercer aspecto a mejorar en el conjunto del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha tiene que ver con “La información al paciente sobre los problemas de salud y pautas a seguir”. Sin embargo en la Gerencia de Atención Especializada de Ciudad Real, un 8,3% de los entrevistados son los que consideran que es necesario mejorar este aspecto, situando por tanto, en segundo lugar, esta necesidad de mejora.

Tabla 1. Valoración de la calidad percibida respecto a la información clínica que reciben los pacientes comparando los datos del 2006 del SESCAM vs. GAE de Ciudad Real y la evolución de los últimos 4 años en la mencionada Gerencia.

Media 1 a 5 (Totalmente en desacuerdo-Totalmente de acuerdo).

CALIDAD PERCIBIDA			
VALORACIÓN DEL MÉDICO/A TOTAL RESULTADOS 2006 Información que los médicos proporcionan			
SESCAM		GAE C. REAL	
4,04		3,93	
VALORACIÓN DEL MÉDICO/A GAE CIUDAD REAL. TENDENCIAS 2003-2006 Información que los médicos proporcionan			
2003	2004	2005	2006
4,11	4,18	4,09	3,93
VALORACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESULTADOS 2006 Información que el personal de enfermería proporciona			
SESCAM		GAE C. REAL	
4,02		4,03	
VALORACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA GAE CIUDAD REAL. TENDENCIAS 2003-2006 Información que el personal de enfermería proporciona			
2003	2004	2005	2006
4,11	4,12	4,14	4,03



97

Acciones de mejora:

1- Poner en marcha el **PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL MANEJO DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA** entre los profesionales del HGCR con el fin de acometer las siguientes acciones:

A- Elaboración y difusión de **recomendaciones a profesionales sanitarios sobre el manejo de la información** clínica basadas principalmente en lo establecido el Capítulo Segundo (artículos 4, 5 y 6) de la Ley de Autonomía del Paciente. Se enviará el documento personalmente a todos los profesionales sanitarios (facultativos, enfermeras y auxiliares de clínica).

B- Se impartirá al respecto una sesión clínica general, así como seminarios para el personal en formación y para el resto de profesionales que deseen asistir.

C- Pasados seis meses, se evaluará el grado de cumplimiento de las recomendaciones por los profesionales sanitarios a través de una encuesta.

D- Para conocer la efectividad de las recomendaciones sobre los pacientes en cuanto a la información clínica que reciben se llevará a cabo una encuesta para ver el grado de satisfacción de éstos.

3- INFORMES DE ALTA

Justificación:

El informe de alta es el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

Aparece regulado en los artículos 20 y 21 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre.

La Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de Septiembre de 1984 también regula en su artículo 3 los requisitos mínimos que debe cumplir el informe de alta.

Situación actual:

En Junio 2007, la Comisión de Historias Clínicas, llevó a cabo un estudio acerca de la calidad del informe de alta y se observó que había aspectos susceptibles de mejora. Había mucha variabilidad en los informes de alta: en unos no aparecían determinados ítems que deben contemplarse en un informe de este tipo y en otros aunque aparecían, no se cumplimentaban.

En este estudio se recogieron los datos de 181 informes de alta, descartando los informes de urgencias y los informes de exitus. Adoptándose como criterio para considerar un informe como adecuado que cumpla el 90% de los criterios de calificación, solamente un 43,33% de los informes analizados son adecuados, cuando según el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (la mejora de la calidad del Informe de Alta es el objetivo 9b.5.1 del Contrato de Gestión del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) deberíamos estar en el 90%. Los informes cumplen, por término medio sólo el 67,56% de los criterios exigidos.

Acciones de mejora:

1. Llevar a cabo una sesión general para dar a conocer los resultados de la auditoria realizada por la Comisión de Historias Clínicas sobre los Informes de Alta.

2. La Comisión de Historias Clínicas ya ha iniciado un trabajo de comunicación a

la Comisión de Mambrino para que se incluyan los ítems obligatorios que debe tener el informe de alta. El objetivo es fomentar la existencia de un modelo único de informe de alta con campos obligatorios.

3. Mientras esto se va desarrollando se ha planteado como objetivo difundir los puntos obligatorios del informe de alta entre los servicios médicos y las unidades administrativas para mejorar la calidad del mismo.

4. Así mismo se va a trabajar en la recomendación de que el informe de alta se entregue el día del alta del paciente.

5. Cumplimiento de los criterios establecidos en el Plan de Calidad del Sescam.

4- INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA

Justificación:

El informe de continuidad de cuidados es un documento que realiza la enfermera a los pacientes dados de alta y que van a necesitar cuidados en su domicilio. En él se informa de las necesidades que tiene alteradas y de los cuidados realizados en el hospital.

Este informe va dirigido a la enfermera de Atención Primaria. Es uno de los objetivos del Contrato de Gestión de 2008 para Atención Especializada.

Situación actual:

En la actualidad no se emite ningún informe de continuidad de cuidados.

En el complejo hospitalario existía un modelo en formato papel, actualmente en desuso.

Con posterioridad se constituyó un grupo de trabajo compuesto por enfermeras de los dos niveles asistenciales, que definieron la información que tenía que contener dicho documento.

En la actualidad este documento ha sido aprobado por la Comisión de Cuidados y esta en fase de informatización (Mambrino).

El informe se enviara por vía informática a la enfermera de Primaria responsable del paciente.

Acciones de mejora:

1. Elaborar un modelo informatizado de informe continuidad de cuidados antes Septiembre 2008.

2. Formar a todas las enfermeras de hospitalización en la cumplimentación de este documento antes de Diciembre 2008.



3. Implantar el Informe de Continuidad de cuidados antes de Mayo 2009.

5- DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Justificación y Situación Actual:

La documentación clínica aparece definida en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre como el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informes de carácter asistencial.

El artículo 7 de la misma Ley establece que:

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

Uno de los problemas más agudos de la historia clínica es el de su confidencialidad; resulta delicado, pues afecta al núcleo mismo de los derechos de la personalidad, como es la intimidad, y sobre todo, el uso de los datos personales del paciente, así como también el empleo del secreto profesional. Para ello, se deberá partir sobre la base de que su finalidad principal, es facilitar la asistencia sanitaria al ciudadano y que los datos que hay en ella son confidenciales, y por tanto, derecho del ciudadano a la información que contiene su historial clínico.

Ya dentro de la normativa comunitaria, la Directiva 95/46 el Parlamento Europeo, relativa a la protección de personas físicas, enumera de alguna forma, las limitaciones al acceso de la información contenida en la misma. Dicha confidencialidad está estrechamente vinculada con el deber de secreto profesional del médico; esta exigencia también recogida en el Código Deontológico Profesional y Ética Médica que los desarrolla en los artículos 16 a 20. Este deber del facultativo se ha establecido, como uno de los deberes fundamentales de la medicina, basado en la esencia de la propia relación entre el paciente y el médico.

El artículo 20.1 de nuestra Carta Magna señala que ley regulará el secreto profesional dentro del ejercicio de los derechos de expresión y creación artística y científica. Por su parte el artículo 10.3 de la Ley General de Sanidad se expresa al respecto de la siguiente forma: *a la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboran con el sistema público.*

Por su parte el Capítulo V de la Ley de Autonomía del Paciente (artículos 14 a 19) regula la definición, archivo, contenido, conservación y derecho de acceso a la historia clínica.



Asimismo el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha dictó una Circular 2/2007 sobre Instrucciones de acceso a la historia clínica.

Acciones de Mejora:

1. Elaboración de un protocolo de solicitud de acceso a la documentación clínica, por parte del paciente o persona autorizada por el paciente. Revisión de los documentos creados para solicitar documentación clínica según la Circular 2/2007 del Servicio de Salud de Castilla-la Mancha.
2. Elaboración de protocolos describiendo los circuitos internos de tramitación de las solicitudes de documentación clínica.
3. Protocolizar la norma para solicitar estudios de investigación relacionados con HHCC. (residentes, etc.)
4. Actualizar la base de datos sobre las peticiones de documentación clínica.
5. Establecer plazos de respuesta para la elaboración de informes clínicos solicitados desde la Dirección Gerencia, la Dirección Médica y la Dirección de Enfermería a instancia de los posibles peticionarios.
6. Normalizar los documentos de la Historia Clínica.
7. Actualizar la guía de documentación clínica del Hospital General de Ciudad Real.



Estrategia 9:

PLAN DE LOS PEQUEÑOS DETALLES

Justificación

En los últimos años, se está haciendo cada vez un mayor énfasis en la **calidad percibida** así como en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes en los Hospitales. Esta tendencia también ha sido incorporada a nuestro Servicio de Salud. A lo largo del año 2003, la **Oficina de Atención al Usuario del SESCAM**, coordinó el diseño del “**Plan de los Pequeños Detalles**” para todos los hospitales del SESCAM, como un proyecto que contribuyera a incrementar la calidad percibida por los usuarios y mejorar la satisfacción de los mismos en relación con los servicios sanitarios públicos. El mencionado plan corporativo, diseñado mediante metodología cualitativa, tiene como requisito el que **las actuaciones propuestas no supongan coste adicional para los presupuestos del centro, pues conllevan sólo pequeños cambios en la forma de hacer las cosas**. Igualmente, las acciones propuestas han de contar con **un responsable asignado que velará por el cumplimiento de las mismas**. Desde entonces, el Plan de los Pequeños Detalles, ha supuesto un importante modelo de trabajo para diferentes grupos institucionales y comisiones. Los resultados han constituido desde su implantación el punto de partida para nuevos grupos de mejora.

Es evidente que, contar con una opinión favorable acerca del hospital y de sus propios profesionales, genera un alto grado de confianza a pacientes y usuarios, por lo que alcanzar esta estrategia es un factor a añadir para poder prestar un servicio de excelencia.



ACTUACIONES DEL PLAN DE LOS PEQUEÑOS DETALLES DEL SESCAM

1. Mejora de la información en Urgencias.
2. Información a familiares durante la intervención quirúrgica.
3. Mejora de la limpieza. Planilla de comprobación de la actuación del personal de limpieza en distintas dependencias.
4. Adecuar el horario de medicación y toma de constantes a los descansos de los pacientes.
5. Retirada de carteles no institucionales y anuncios fuera de los tableros. Evitar rótulos escritos a mano.
6. Retirada del mobiliario y del material en mal estado.

7. Reposición y sustitución de lencería en mal estado.
8. Identificación de los profesionales (chapa con nombre y categoría).
9. Mejora del trato personalizado y correcto a los pacientes.
10. Puntos de agua fría (fuentes) en las plantas.
11. Mantener cerradas las puertas de las habitaciones.
12. No salir a la calle con el uniforme o ropa del Hospital

Fuente: Rodrigo Gutierrez y cols. **Mejora en la calidad percibida: el Plan de los Pequeños Detalles del SESCAM.** Rev Calidad Asistencial 2004; 19 (2): 88-91.

Situación actual

El **objetivo 6.b. 7 de Plan de Calidad del SESCAM** trata de aplicar y evaluar el **Plan de los Pequeños Detalles**. En nuestro Hospital este objetivo alcanza un Nivel 1, es decir, goza de un grado de cumplimiento sustancial, en un 80 a 100%, de los criterios de buena práctica. Carecemos de puntos de agua fría en las plantas. Con respecto a la información a familiares, es mejorable el circuito de información durante la intervención quirúrgica, para lo cual se va a crear un grupo de mejora. No obstante, los resultados del análisis de reclamaciones no reflejan que exista insatisfacción por parte de los usuarios o carencias significativas. Existen antecedentes de apoyo por parte del Servicio de Atención al Usuario en situaciones especiales y la experiencia de un psicólogo de apoyo a la urgencia, con presencia física. Existe un folleto que refleja la información no clínica y recoge las distintas franjas horarias de información clínica. Actualmente el protocolo de manejo de la información en Urgencias está en fase de actualización.



103

Objetivos Generales

- Aumentar la satisfacción percibida por los usuarios mediante la mayor adecuación de la organización asistencial.
- Incrementar la sensibilidad hacia **las demandas de los usuarios**, procurando dar una efectiva respuesta a sus expectativas, mejorando así los niveles de eficacia, confortabilidad, trato y satisfacción que perciben.

Actuaciones propuestas

- Procurar, desde una perspectiva orientada al cliente, hacer las cosas lo mejor que sepamos, no dar nunca nada por sentado, y estar en permanente disposición de

cambiar la forma de hacerlas si comprobamos que ello no es lo mejor o no es lo que espera el usuario.

- Actuaciones de bajo coste económico de implantación.
- Puesta en marcha de manera inmediata.
- Monitorización adecuada.

Líneas de acción

Con objeto de llevar a cabo un seguimiento de las medidas adoptadas y monitorizarlas adecuadamente se establecen las siguientes acciones:

1. Mejora de la Limpieza en zonas Comunes.
2. Homogeneizar la Señalización.
3. Control y revisión de las pequeñas instalaciones.
4. Retirada del mobiliario y material en mal estado de zonas comunes: Aseos, ascensores, pasillos, exteriores, etc.
5. Retirada y sustitución de la Lencería en mal estado.
6. Adaptación del horario de comidas a pacientes al horario del entorno.
7. Obligatoriedad de identificación de los profesionales.
8. Adecuación de la ropa de color a las zonas designadas al efecto.
9. No salir a la calle con ropa hospitalaria.
10. Mejora del trato personalizado.
11. Mejorar la información en Urgencias.
12. Información a familiares durante la intervención quirúrgica.

1- MEJORA DE LA LIMPIEZA EN ZONAS COMUNES.

Acciones:

- 1.- Implantación de planillas de control en lavabos generales.
- 2.- Recogida de desechables, palets, cajas, etc.
- 3.- Implantación de Planillas en escaleras generales y de emergencias.



2- HOMOGENEIZAR LA SEÑALIZACIÓN.

Acciones:

- 1.- Retirada de anuncios y carteles en vestuarios, comunicando a los trabajadores a través del portal del empleado la depuración mensual.
- 2.- Retirada de anuncios fuera de los lugares establecidos.
- 3.- Retirada de carteles no institucionales, implantándose y desarrollando un protocolo de imagen interna del hospital.

3- CONTROL Y REVISIÓN DE LAS PEQUEÑAS INSTALACIONES.

Acciones:

- 1.- Establecer un foro en el portal del empleado para la comunicación de sugerencia, incidencias de desperfectos y averías.
- 2.- Diseño e implantación del parte de avería hotelera, para el control de aseos generales.
- 3.- Diseño e implantación del parte de avería hotelera, para el control de las zonas generales.

4- RETIRADA DEL MOBILIARIO Y MATERIAL EN MAL ESTADO DE ZONAS COMUNES: ASEOS, ASCENSORES, PASILLOS EXTERIORES, ETC.

Acciones:

- 1.- Desarrollar e implantar un protocolo de retirada de mobiliario y material.

5- RETIRADA Y SUSTITUCIÓN DE LA LENCERÍA EN MAL ESTADO.

Acciones:

- 1.- Revisión diaria en el proceso de la preparación de los carros de distribución.

6- ADAPTACIÓN DEL HORARIO DE COMIDAS A PACIENTES A HORARIO DEL ENTORNO.

Acciones:

- 1.- Retrasar las ingestas en media hora.

7- OBLIGATORIEDAD DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES.

Acciones:

1. Diseñar e implantar una tarjeta identificativa supletoria.



8- ADECUAR LA ROPA DE COLOR A LAS ZONAS DESIGNADAS AL EFECTO.**Acciones:**

En colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva enviar un recordatorio a todos los mandos intermedios y desde el portal del empleado, dirigirlo a todos los profesionales, los efectos de la inadecuación de la ropa de color.

9- NO SALIR A LA CALLE CON ROPA HOSPITALARIA.**Acciones:**

En colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva enviar un recordatorio a todos los mandos intermedios y desde el portal del empleado, dirigirlo a todos los profesionales.

10- MEJORA DEL TRATO PERSONALIZADO.**Acciones:**

- 1.- Desarrollar e implantar protocolo de recepción a pacientes.
- 2.- Actividades formativas para profesionales con atención directa y telefónica.







Cuadros de mando estratégico



Estrategia 1:

DESARROLLO TECNOLÓGICO

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Mejorar el uso de Historia Clínica Electrónica (HCE)	. Historias Clínicas con informe de alta definitivos, disponibles en Mambrino, con los criterios definidos por la Comisión de Historia Clínica	Porcentajes de Historias Clínicas con informe de alta definitivos, disponibles en Mambrino. Estándar 80%.
	- Utilización de informes de continuidad de cuidados (enfermería) en Atención Primaria	Dicotómico
	Integrar Mambrino con Anatomía Patológica, Endoscopias y Microbiología, incluyendo acceso desde Atención Primaria	Dicotómico
Eficacia profesional en el uso de sistemas de información	- Mejorar la formación de usuarios en Mambrino	Usuarios con mejor conocimiento de Mambrino Reducir un 30 % los tiempos de citación en el Servicio de Admisión
	. Los servicios clínicos codifican informes de altas en Mambrino	Porcentaje de informes de altas codificados. Estándar 100 %
	. Puesta en marcha de sistema de explotación de listados de diagnósticos de cada servicio	Dicotómico



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
ENERO 2008	UNIDAD CALIDAD	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
JUNIO 2008	DIRECCIÓN ENFERMERÍA UNIDAD CALIDAD	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
Anatomía Patológica MAYO 2008 Endoscopia JUNIO 2008 Microbiología SEPTIEMBRE 2008	UNIDAD CALIDAD	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
2008	UNIDAD FORMACIÓN SOPORTE MAMBRINO	COORDINADOR DE CITACIONES. SERVICIO DE ADMISIÓN	
ABRIL 2009 30% SEPTIEMBRE 2009 50% DICIEMBRE 2009 100%	JEFE Sº ADMISIÓN	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
SEPTIEMBRE 2009	UNIDAD CALIDAD	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	



Estrategia 1:

DESARROLLO TECNOLÓGICO

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Eficacia profesional en el uso de sistemas de información	. Puesta en marcha de sistema de explotación de listados de datos de gestión (cuaderno de mandos)	Dicotómico
	Mejorar el circuito para detectar la duplicidad de H. clínicas.	Dicotómico
Accesibilidad y mejoras en la entrada de datos	- Mejorar el porcentaje de usuarios profesionales que utilizan los sistemas de información	Porcentaje de uso de sistemas de información por los profesionales del centro. Estándar 90%.
	- Mejorar la experiencia de los usuarios de sistemas de información	Grado de satisfacción recogido a través de las encuestas de satisfacción.
Información y servicios dirigidos al público	- Mejorar la opinión de los pacientes o familiares sobre los sistemas de información del hospital	Sugerencias recibidas por el Servicio de Atención al Usuario. Reducir al 0% las reclamaciones relacionadas con sistemas de información
	- Puesta en marcha de red inalámbrica de uso público para acceso a Internet (Dicotómica)	Dicotómico
	. Puesta en marcha servicio SMS para citaciones	Dicotómico



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
SEPTIEMBRE 2009	COMISIÓN CUADRO DE MANDOS	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR Sº INFORMÁTICA	
2009	Sº INFORMÁTICA	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
SEPTIEMBRE 2008	Sº INFORMÁTICA UNIDAD CALIDAD	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
DICIEMBRE 2008	UNIDAD CALIDAD	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
ENERO 2009	S.A.U.	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
ABRIL 2008	UNIDAD CALIDAD	SUBDIRECCIÓN OCAU Sº INFORMÁTICA	
SEPTIEMBRE 2008	JEFE Sº ADMISIÓN	Sº INFORMÁTICA	



Estrategia 1:

DESARROLLO TECNOLÓGICO

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Información y servicios dirigidos al público	- Aumentar el número de visitas recibidas en la página web pública	Conseguir 500.000 visitas más
Canal de información y atención a los empleados	- Mejorar la atención a las demandas de mejoras en sistemas de información por parte de los profesionales y dar a conocer los servicios que se prestan.	Dicotómico. Encuestas de satisfacción.
	- Mejorar el intercambio de información clínica entre profesionales	Dicotómico Estándar 50 %
	- Mayor y mejor uso del portal del empleado.	Conseguir 300 visitas diarias en cada una de las principales secciones del profesional.
Sistemas de apoyo a Calidad, Formación e Investigación	- Puesta en marcha del sistema de información de actividades de investigación	Dicotómico
	- Visitas recibidas en las secciones de Investigación, Formación, Docencia y Biblioteca.	Visitas recibidas en las secciones de Investigación, Formación, Docencia y Biblioteca. 300 visitas diarias en cada una esas secciones.
	- Puesta en marcha de listados de diagnósticos anónimos por servicio, para uso científico	Dicotómico



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
MAYO 2008	S° INFORMÁTICA	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
SEPTIEMBRE 2008	UNIDAD CALIDAD	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
ENERO 2009	S° INFORMÁTICA	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
ENERO 2008	S° INFORMÁTICA	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
ENERO 2008	UNIDAD CALIDAD	COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN	
ENERO 2008	S° INFORMÁTICA	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	
ENERO 2009	U. INVESTIGACIÓN	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	



Estrategia 1:

DESARROLLO TECNOLÓGICO

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Impulsar mejoras procesos en Informática	. Puesta en marcha del catálogo de aplicaciones informáticas	Dicotómico
	- Publicación del plan de contingencia por servicios	Publicación del plan de contingencia por servicios incluyendo actuaciones de cada servicio.
	- Mejorar la formación para los profesionales del servicio de informática	Mantener el nivel de formación para los profesionales del servicio de informática (on-line y presencial).
Desarrollo Tecnológico	Fiabilidad de los sistemas de información: Número y frecuencia de Incidencias técnicas (fallo de servidores, redes de comunicaciones)	Objetivo anual: 1 incidencias graves, 1 incidencia moderada, 10 incidencias leves.
	Número actividades de innovación y proyectos de investigación en los que participa el servicio de informática (Objetivo: 3 proyectos de innovación o investigación en marcha cada año)	Número actividades de innovación y proyectos de investigación en los que participa el servicio de informática Objetivo: 3 proyectos de innovación o investigación en marcha cada año



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
ENERO 2008	UNIDAD CALIDAD	Sº INFORMÁTICA	
ENERO 2008	UNIDAD CALIDAD	Sº INFORMÁTICA	
ENERO 2008	UNIDAD CALIDAD FORMACIÓN	JEFE DE SERVICIO DE INFORMÁTICA	
ENERO 2008	COORDINADOR SIST. INFORMACIÓN Sº INFORMÁTICA	JEFE DE SERVICIO DE INFORMÁTICA	
ENERO 2008	C. INVESTIGACIÓN	COORDINADOR DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HGCR	



Estrategia 2A:

DESARROLLO ORGANIZACIONAL. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Adecuar la petición de pruebas complementarias a las necesidades clínicas reales	Elaborar al menos un protocolo de diagnóstico y seguimiento de las patologías más prevalentes en cada Servicio.	% de servicios que cuenta con al menos un protocolo elaborado. Estándar 50%
	Implantar los protocolos elaborados.	Nº de servicios con al menos un protocolo implantados. Estándar 50%
	Solicitar las pruebas según protocolo por parte de los facultativos.	$\frac{\text{Nº Pruebas según Protocolo}}{\text{Pruebas totales}} \times 100$
Mejorar la eficiencia en consultas	Identificación por cada Servicio de procesos susceptibles de alta resolución.	Al menos un proceso identificado por servicio como susceptible de alta resolución en consulta.
	Monitorizar el rendimiento. Consultas de alta resolución realizadas	Consultas de alta resolución (especificado por el Servicio y cuantificado por contabilidad analítica) / consultas susceptibles de alta resolución. En %
Desarrollar consultas de enfermería	Implantación de consultas de enfermería (CE) (Nefrología, Oncología, Endocrino, Cardiología.	Nº de Consultas de Enfermería implantadas
	Identificación de nuevas necesidades	Se han identificado procesos a seguir? Dicotómico



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
2008	La Comisión de Ade- cuación de Medios Diagnósticos y Terapéu- ticos en coordinación con la Unidad de Calidad	JEFES DE SERVICIO.	
2009			
2010			
2008	DIRECCIÓN	JEFES DE SERVICIO.	
2009			
2008	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	SUPERVISOR DE C.C.E.E.	
2008			



Estrategia 2A:

DESARROLLO ORGANIZACIONAL. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Fomentar o desarrollar la coordinación de los servicios, realizando sesiones clínicas y vías clínicas	Elaborar un Calendario de Sesiones clínicas multidisciplinares.	Nº de sesiones clínicas inter-servicio anuales.
	Vías clínicas a implantar	Nº de vías clínicas implantadas
Optimización de los ingresos desde Urgencias	Adecuación de los ingresos hospitalarios a lo establecido en el Contrato de Gestión, que refleja el estándar de los Hospitales del mismo grupo.	$\frac{\text{Ingresos realizados}}{\text{Nº total pacientes atendidos}} \times 100$ <p>Estándar 16%</p>
Optimizar y racionalizar la atención en Urgencias	Implantación de un Sistema de triage eficaz.	Dicotómico
	Implantación de una consulta de resolución rápida para la patología de baja complejidad.	
Mejorar de las actuaciones en planta (pase de visita, altas, etc.)	Establecimiento de criterios de coordinación entre las Direcciones Médica y de Enfermería.	<p>% de altas antes de las 12 horas.</p> <p>Estándar: 60%.</p>
Asegurar la continuidad asistencial Sábados y Festivos.	Pase de visita los Sábados y Festivos.	Dicotómico

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
2008	UNIDAD DE CALIDAD	JEFES DE SERVICIO.	
2008			
2008	UNIDAD DE CALIDAD	COORDINADOR DE URGENCIAS	
2008	DIRECCIÓN	COORDINADOR URGENCIAS	
2008			
70% - 2009 80% - 2010	DIRECTOR GERENTE	DIRECCIONES MÉDICA Y DE ENFERMERÍA	
2008	DIRECTOR GERENTE	DIRECCIÓN MÉDICA	



Estrategia 2A:

DESARROLLO ORGANIZACIONAL. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Disminuir pacientes fuera de sus unidades (periféricos)	Adecuación de las camas hospitalarias a las necesidades actuales.	Dicotómico
	Adecuación de la asignación de pacientes al Servicio correspondiente	$\frac{\text{Nº Pac. periféricos}}{\text{Nº ingresos en un mes}} \times 100$
Optimizar las estancias hospitalarias	Adecuación de las estancias hospitalarias.	Estancia media por Servicios en relación con la norma establecida por comparación con Hospitales de similares características.
Mejorar el confort y la intimidad de los pacientes.	Adecuación de las zonas de espera de pacientes y familiares.	Actuaciones realizadas.
Mejorar los circuitos de información.	Revisión de los procedimientos de consentimiento informado y protocolización de la información a familiares.	$\frac{\text{Nº procedimientos revisados}}{\text{Nº total de procedimientos}} \times 100$
Mejorar los rendimientos quirúrgicos.	Monitorización y adecuación de los tiempos quirúrgicos a las patologías a tratar.	% de ocupación de quirófano en jornada ordinaria. Estándar: 75%. Nº de intervenciones quirúrgicas suspendidas y no ustituidas. Estándar < 4%



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
2008	DIRECCIÓN	JEFE UNIDAD DE ADMISIÓN	
2008			
2008	DIRECCIÓN	JEFES DE SERVICIO	
2008	UNIDAD DE CALIDAD	DIRECCIÓN DE GESTIÓN	
2008	DIRECCIÓN	JEFES DE SERVICIO	
2008	DIRECCIÓN	JEFES DE SERVICIO	



Estrategia 2A:

DESARROLLO ORGANIZACIONAL. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Incrementar la actividad quirúrgica en régimen de Cirugía Ambulatoria.	Estudio y valoración de las patologías subsidarias de ser tratadas por CMA.	Tasa de Sustitución de CMA. Estándar > 60%
Optimización de la LEQ.	Monitorización de las salidas de LEQ por renuncia voluntaria del paciente y sus causas.	Porcentaje de salidas por renuncia voluntaria con respecto al total de pacientes incluidos en L.E.Q . Estándar < 5 %

Estrategia 2B:

SEGUIMIENTO Y CONTROL PRESUPUESTARIO



124

2.B.1 ESTUDIO BIANUAL

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Realizar Análisis comparativo interanual	Cumplimentación de los C.Mandos, Cap. I: - Gasto de Personal - Nº de contratos - Situaciones administrativas	Dicotómico
Realizar Análisis comparativo interanual	Cumplimentación de los C.Mandos, Cap. II: - Artículos 20, 21 y 22	Dicotómico

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
2008	DIRECCIÓN	JEFES DE SERVICIO	
2008	DIRECCIÓN	FACULTATIVO RESPONSABLE PROGRAMACIÓN QUIRÓFANOS	



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
SEGUNDO SEMESTRE 2008	GRUPO DE OBJETIVOS	JEFE DE SERVICIO PERSONAL	
SEGUNDO SEMESTRE 2008	GRUPO DE OBJETIVOS	JEFE DE SERVICIO GESTIÓN ECONÓMICA	

Estrategia 2B:

SEGUIMIENTO Y CONTROL PRESUPUESTARIO

2.B.1 ESTUDIO BIANUAL

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Realizar Análisis comparativo interanual	Cumplimentación de los C.Mandos, Cap. II: - Farmacia	Dicotómico
Realizar Análisis comparativo interanual	Cumplimentación de los C.Mandos I: - Artículo 25	Dicotómico

2.B.2 SEGUIMIENTO ANALÍTICO

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Realizar Análisis Económico-Asistencial	Informe Económico (cap I y II) y de Actividad, de principales Areas o Servicios. (Servicios de nueva creación, de mayor gasto, o desviación, etc.)	Cumplimentación informes semestral y anual. Dicotómico
Acercamiento de la Contabilidad Analítica	Explicación y Muestra de Resultados Analíticos. Costes	Dicotómico
Explotación Contabilidad Analítica	Análisis Datos Analíticos 2007	Obtención de informes. Dicotómico
Explotación Contabilidad Analítica	Análisis Datos Analíticos, Global y por Servicios	Obtención de informes por servicios. Dicotómico



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
SEGUNDO SEMESTRE 2008	GRUPO DE OBJETIVOS	JEFE DE SERVICIO FARMACIA	
SEGUNDO SEMESTRE 2008	GRUPO DE OBJETIVOS	JEFE DE SERVICIO GESTIÓN ECONÓMICA	

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
SEGUNDO SEMESTRE 2008	GRUPO DE OBJETIVOS	JEFE SERVICIO CONTROL DE GESTIÓN	
PRIMER SEMESTRE 2008	GRUPO DE OBJETIVOS	JEFE SERVICIO CONTROL DE GESTIÓN	
SEGUNDO SEMESTRE 2008	GRUPO DE OBJETIVOS	JEFE SERVICIO CONTROL DE GESTIÓN	
2009	GRUPO DE OBJETIVOS	JEFE SERVICIO CONTROL DE GESTIÓN	



Estrategia 3:

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Extender la formación en Investigación	Extender la formación en Investigación	Nº de cursos sobre metodología de la investigación Estándar: al menos 1 por división.
Impulsar la investigación en el HGCR	Elaboración de un Proyecto de Impulso a la Investigación y propuesta de gestión de la Investigación en el HGCR.	¿Se ha elaborado un proyecto de Impulso a la Investigación? Dicotómico.
Potenciar la Unidad de Apoyo a la Investigación Clínico-Epidemiológica	Ampliar la dotación de personal. Contratar a un clínico con formación metodológica de apoyo a la Unidad	¿Se ha contratado a un clínico con formación metodológica? Dicotómico
	Ampliar la formación de los miembros de la Unidad en metodología de la investigación	Nº de cursos en metodología de la Investigación de los miembros de la Unidad
Satisfacer la demanda de Apoyo a la Investigación por parte de la Unidad	Realizar un registro de la demanda	¿Existe un Registro de la demanda? Dicotómico
	Realizar un análisis del grado de satisfacción de los usuarios	¿Se ha realizado un análisis del grado de satisfacción? Dicotómico

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
ENERO 2008	SUBDIRECTORA DE I,D,F y OCAU	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	
ENERO 2008	DIRECTOR GERENTE	SUBDIRECTORA DE I,D,F y OCAU	
ABRIL 2008	DIRECTOR GERENTE	SUBDIRECTORA DE I,D,F y OCAU	
ENERO 2008	SUBDIRECTORA DE I,D,F y OCAU	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	
ABRIL 2008	SUBDIRECTORA DE I,D,F y OCAU	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	
OCTUBRE 2009	SUBDIRECTORA DE I,D,F y OCAU	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	



Estrategia 3:
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Fomentar la cultura de la Investigación	Crear un grupo de interés en investigación clínica	¿Se ha creado un grupo de interés en investigación? Dicotómico
Promover la actividad científica	Introducir aspectos relativos a la investigación en el cuadro de mandos de objetivos de los Servicios	¿Se han incluido aspectos relativos a la investigación en el cuadro de mandos? Dicotómico
Incentivar la Investigación	Crear un Premio al mejor trabajo de investigación (tesis, artículo científico)	¿Se ha otorgado un Premio a los mejores trabajo de investigación? Dicotómico

Estrategia 4:
DESARROLLO DE LA DOCENCIA

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Incrementar el N° de Especialidades acreditadas y el número de Residentes por especialidad	Elaborar el documento de oferta docente del centro.	Dicotómico
	Elaborar y llevar a cabo el Plan de Calidad de la Docencia en el HGCR	

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
OCTUBRE 2008	SUBDIRECTORA DE I,D,F y OCAU	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	
OCTUBRE 2008	DIRECTOR GERENTE	SUBDIRECTORA DE I,D,F y OCAU	
OCTUBRE 2008	DIRECTOR GERENTE	COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y SUBDIRECTORA DE I,D,F y OCAU	



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
ABRIL 2008	DIRECTOR GERENTE	SUBDIRECCIÓN I,D,F y OCAU	
	SUBDIRECCIÓN I,D,F y OCAU	C. DOCENCIA	

Estrategia 4:

DESARROLLO DE LA DOCENCIA

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Ser más competitivos en la formación de especialistas, incrementando la capacidad de atracción	Mejorar el programa de acogida al Residente.	Actualización anual del Plan de acogida del residente. Dicotómico
	Elaborar y difundir el Plan de formación complementaria para residentes.	 Dicotómico

Estrategia 5:

GESTIÓN DE LA CALIDAD



132

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Pacto de Objetivos de Calidad para todas las Unidades y Servicios	Revisión y actualización de objetivos de las tres divisiones.	Dicotómico
	Designar responsable de calidad de cada Servicio o Unidad	Dicotómico
	Reunión sobre objetivos pactados /seguimiento y evaluación	3 Reuniones
Presentación de los resultados de la evaluación del Plan de Calidad, de la propuesta de niveles y de la encuesta de satisfacción del usuario de FISCAM	Realizar un análisis anual por parte de la Unidad de Calidad del Resultados de la evaluación de los objetivos	Dicotómico

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
JUNIO 2008	SUBDIRECCIÓN I,D,F y OCAU	C. DOCENCIA	

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
ABRIL 2008	UNIDAD DE CALIDAD	SUBDIRECCIÓN I.D.F Y OCAU	
MAYO 2008			
MAYO 2008			
DICIEMBRE 2008	SUBDIRECCIÓN I,D,F Y OCAU	COORDINADOR CALIDAD	



Estrategia 5:

GESTIÓN DE LA CALIDAD

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Presentación de los resultados de la evaluación del Plan de Calidad, de la propuesta de niveles y de la encuesta de satisfacción del usuario de FISCAM	Presentación de Resultados del Plan de Calidad en la Comisión de Dirección de Calidad y en Sesión General	Dicotómico
	Presentación de Resultados de la Encuesta de Satisfacción en la Comisión de Dirección de Calidad y en Sesión General	Dicotómico
	Publicar la memoria de Calidad en el Portal del empleado.	Dicotómico
Implantación definitiva del Plan de Acogida al paciente en Hospitalización	Actualizar y Editar la guía de acogida.	Dicotómico
	Entregar la guía a todos los pacientes que ingresen desde hospitalización o Urgencias	Dicotómico
	Elaborar la hoja de información con las particularidades de cada Servicio /Unidad	% de servicios que han elaborado la hoja de información. Estándar 100%
	Establecer un sistema de evaluación mediante la elaboración de la encuesta sobre el Plan de acogida	Dicotómico



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
DICIEMBRE 2008 ENERO 2009	UNIDAD DE CALIDAD	SUBDIRECCIÓN I,D,F Y CALIDAD	
ABRIL 2008 MAYO 2009			
JUNIO 2008			
JUNIO 2008	UNIDAD DE CALIDAD ATENCIÓN AL USUARIO	SUBDIRECCIÓN I,D,F Y CALIDAD ATENCIÓN AL USUARIO	
JULIO 2008			
OCTUBRE 2008			
SEPTIEMBRE 2008			



Estrategia 5:
GESTIÓN DE LA CALIDAD

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Avanzar en las líneas iniciadas en la Gestión por Procesos	Incrementar el número de Servicio y Unidades que trabajan con Vías Clínicas.	4 Vías Clínicas para 2008
	Certificación ISO en los Servicios de M. Nuclear, Radioterapia, Radiodiagnóstico, Banco de Sangre y Medio Ambiente.	Obtención de Certificación
	Terminar el modelado del Proceso de Hospitalización Quirúrgica BPMN y solicitar la Beca para su edición en Formato Web.	Dicotómico
	Constitución del grupo de trabajo de Gestión de Camas de Hospitalización Médica y Salud Mental para continuar el Modelado de Procesos	Dicotómico

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
OCTUBRE 2008	UNIDAD DE CALIDAD	DIRECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO SERVICIOS IMPLICADOS COMISIONES	
DICIEMBRE 2009			
JULIO 2008			
MAYO 2008			



Estrategia 6:
DESARROLLO PROFESIONAL. FORMACIÓN CONTINUADA

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Diseñar anualmente el Plan de Formación del HGCR que recoja las necesidades y acciones formativas como factor de la mejora	Realizar anualmente un estudio de necesidades formativas.	Dicotómico
	Priorizar las necesidades.	Dicotómico
	Diseño de la estructura y contenido del Plan de Formación.	Dicotómico
	Editar y difundir el Plan de Formación Continuada.	Dicotómico
Mejorar la gestión de las actividades formativas	Modelar y documentar el proceso de gestión de la formación.	Dicotómico
Seguimiento y Evaluación del proceso formativo	Monitorizar el proceso de evaluación.	Dicotómico



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
ENERO 2008	SUB. I, D, F y OCAU	COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA	
ENERO 2008			
OCTUBRE 2008			
ENERO 2009			
ABRIL 2008	SUBD. I, D, F y OCAU	UNIDAD FORMACIÓN CONTINUADA	
ENERO 2008	SUB. I, D, F y OCAU	UNIDAD FORMACIÓN CONTINUADA	



Estrategia 6:

DESARROLLO PROFESIONAL. FORMACIÓN CONTINUADA

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Incrementar el nº de cursos acreditados	Planificar las actividades formativas de manera que cumplan los requisitos exigidos en la normativa vigente.	Dicotómico
Facilitar la formación de personal de Nueva Incorporación	Definir y desarrollar acciones específicas para el personal de nueva incorporación.	Dicotómico

Estrategia 7:

TRABAJO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



140

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Extender la cultura de la Gestión de Riesgos	Constitución de un Comité Interdisciplinar de Seguridad del Paciente.	Dicotómico
Analizar los incidentes adversos en el Sº de Cirujía General y A.P Digestiva	Realizar análisis retrospectivo de historias clínicas con el fin de detectar, clasificar, y describir incidentes adversos e incidentes críticos.	Se ha realizado el estudio durante el año 2008 Dicotómico

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
ABRIL 2008	UNIDAD FORMACIÓN CONTINUADA	COORDINADOR DEL CURSO	
JUNIO 2009	UNIDAD FORMACIÓN CONTINUADA	DIRECCIÓN	

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
DICIEMBRE 2008	DIRECTOR GERENTE	DIRECTOR GERENTE SUBDIRECTORA DE IDF y OCAU RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS COORDINADOR DE CALIDAD	
DICIEMBRE 2008	UNIDAD DE CALIDAD	UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS	



Estrategia 7:

TRABAJO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Analizar los incidentes adversos en el S° de Cirujía General y A.P Digestiva	Análisis y estudio de los problemas de organización que originan incidentes adversos y críticos.	Comunicación de los resultados en su ámbito de interés. Dicotómico
Desarrollar un sistema de notificación de problemas relacionados con la medicación, voluntario con posibilidad de anonimato para todos los profesionales sanitarios del hospital	Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar para el desarrollo del sistema de notificación de los problemas relacionados con la medicación.	Dicotómico
	Definir el circuito de información.	Dicotómico
	Informar del sistema de notificación de problemas adversos a través de una sesión general intrahospitalaria.	Número de notificaciones recibidas Número de notificaciones tramitadas al Comité Interdisciplinar
Formación en Gestión de Riesgos Clínicos y seguridad del paciente	Celebración del I Curso de Gestión de Riesgos Clínicos y Seguridad de pacientes para los profesionales sanitarios.	Número Profesores que han participado en la actividad formativa Dicotómico
	Durante el desarrollo del Curso crear un grupo de trabajo que sirva como apoyo a los proyectos y diseño de futuros planes.	Dicotómico



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
OCTUBRE 2008	UNIDAD DE CALIDAD	UNIDAD GESTIÓN RIESGOS CLÍNICOS	
MARZO 2008	UNIDAD DE CALIDAD COMITÉ DE SEGURIDAD INTERDISCIPLINAR	SERVICIO DE FARMACIA	
OCTUBRE 2008			
OCTUBRE 2008			
ABRIL-MAYO 2008	UNIDAD DE CALIDAD	UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS	
ABRIL-MAYO 2008			



Estrategia 7:

TRABAJO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Formación en Gestión de Riesgos Clínicos y seguridad del paciente	Desarrollar un programa de Seguridad Asistencial.	Dicotómico
Mantener la continuidad del grupo multidisciplinar que viene trabajando para incrementar la cultura de la seguridad en nuestra organización	Participación en talleres y seminarios. Repetición anual de la encuesta dirigida a pacientes y profesionales. Participar en nuevas campañas informativas.	Dicotómico
Mejorar la práctica en la higiene de manos por parte de los profesionales sanitarios	Mediante la formación, información y motivación del personal, a través de: <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones Clínicas Generales y específicas en cada unidad clínica. - Impresión de folletos informativos. - A través de encuestas de conocimiento sobre la higiene de manos y su importancia. - Creación de espacio web. 	Dicotómico
	Mediante la formación técnica y capacidad de los profesionales.	Dicotómico
	Facilitar la disponibilidad de medios necesarios para la higiene de manos y el uso correcto de guantes.	Dicotómico



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
ABRIL-MAYO 2008	UNIDAD DE CALIDAD	UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS	
ENERO 2008	UNIDAD DE CALIDAD	UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS GRUPO TRABAJO MULTIDISCIPLINAR	
MAYO 2008	COMISIÓN DIRECCIÓN CALIDAD	UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS	
MAYO 2008		GRUPO TRABAJO MULTIDISCIPLINAR	
MAYO 2008			



Estrategia 7:
TRABAJO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Mejorar la práctica en la higiene de manos por parte de los profesionales sanitarios	Establecer un sistema de monitorización.	Dicotómico
Implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes	Mediante la colocación de brazaletes identificativos para pacientes.	Dicotómico
Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados	Implantar el protocolo de caídas.	Dicotómico
	Registro de caídas.	



FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
OCTUBRE 2008	UNIDAD DE CALIDAD	DIRECCIÓN UNIDAD DE GES- TIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS	
OCTUBRE 2008	UNIDAD DE CALIDAD	DIRECCIÓN ENFERMERÍA COMITÉ SEGURIDAD DEL PACIENTE COMISION DE CUIDA- DOS	



Estrategia 8:
AUTONOMÍA DEL PACIENTE, INFORMACIÓN Y
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Documentos de Consentimiento Informado	Unificación formal de los documentos de C.I	Dicotómico
	Sesión Formativa sobre aspectos legales del C.I	Dicotómico
	Adaptación Legal de los documentos de C.I del HGCR que lo requieran.	Dicotómico
	Dar a conocer a través del portal del empleadolos documentos de C.I una vez que se hayan adoptado en cuanto a la forma y contenido.	Dicotómico
	Elaboración del libro y CD con todos los documentos del C.I.	Dicotómico
	Aprobación definitiva por la C. Historias Clínicas de los nuevos documentos que se elaboren.	Dicotómico

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
OCTUBRE 2008	UNIDAD DE CALIDAD	COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	
ABRIL 2008		SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y S.S.G.G, RESPONSABLE DE LA ASESORÍA JURÍDICA	
MARZO 2009 80%		UNIDAD GESTIÓN RIESGOS CLÍNICOS	
MARZO 2010 100%	COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DEL HGCR	
MAYO 2009		SERVICIO DE INFORMÁTICA	
MAYO 2010		GRUPO DE OBJETIVOS	
MAYO 2010			



Estrategia 8:
AUTONOMÍA DEL PACIENTE, INFORMACIÓN Y
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Recomendaciones a profesionales sanitarios sobre el manejo de la información clínica	PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL MANEJO DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA:	Dicotómico
	Elaboración y difusión de las recomendaciones sobre el manejo de la información.	
	Sesión Clínica Gral. y seminarios formativos.	
	Encuesta a profesionales.	
	Encuesta a usuarios.	
Informes de Alta	Sesión Clínica Gral., Resultados de Auditoría.	Dicotómico

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
OCTUBRE 2008	UNIDAD DE CALIDAD	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y S.S.G.G, RESPONSABLE DE LA ASESORÍA JURÍDICA. OFICINA JURÍDICA PARA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.	
OCTUBRE 2008			
ABRIL 2009			
MAYO 2009			
MARZO 2008	UNIDAD DE CALIDAD	C H CLÍNICAS CLÍNICAS COMISIÓN MAMBRINO	



Estrategia 8:

AUTONOMÍA DEL PACIENTE, INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Informes de Alta	Modelo único de informe de alta incluyendo los Item obligatorios, según normativa.	Dicotómico
	Difusión Item obligatorios del Informe de alta, entre los servicios médicos y personal administrativo.	
	Recomendación para la entrega del informe el día del alta del paciente.	
	Cumplimiento de los criterios del Plan de Calidad del Sescam.	% Informes de alta que cumplen criterios: 60% 2008 85% 2009 100% 2010
Informe de continuidad de cuidados de alta	Elaboración de un modelo informatizado de Continuidad de Cuidados.	Dicotómico
	Formación a D.U.E´s de Unidades de Hospitalización.	Dicotómico

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
OCTUBRE 2008	UNIDAD DE CALIDAD	COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS COMISIÓN MAMBRINO	
OCTUBRE 2008			
OCTUBRE 2008			
ENERO 2008	UNIDAD DE CALIDAD	JEFES SERVICIO UNIDADES DE APOYO ADMINISTRATIVO	
SEPTIEMBRE 2008	UNIDAD DE CALIDAD	U. FORMACIÓN COMISIÓN DE CUIDADOS COMISIÓN MAMBRINO	
DICIEMBRE 2008		SUPERVISOR DE UNIDAD	



Estrategia 8:
AUTONOMÍA DEL PACIENTE, INFORMACIÓN Y
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Informe de continuidad de cuidados de alta	3º Implantación del informe de continuidad de cuidados.	% de pacientes que tendrán informe de continuidad de Cuidados, Estándar 80%
Documentación Clínica	Elaboración de protocolo de solicitud de acceso a la documentación clínica.	Dicotómico
	Elaboración de protocolos circuitos internos de solicitudes de doc. Clínica.	
	Protocolo solicitud Historias Clínicas.	
	Actualización Base de Datos. Petición de documentación clínica.	
	Fijar Plazos de respuesta ante la petición de informes.	
	Normalizar documentos de historia Clínica.	
	Actualizar guía de documentación clínica.	

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
OCTUBRE 2009	UNIDAD DE CALIDAD	U. FORMACIÓN COMISIÓN DE CUIDADOS COMISIÓN MAMBRINO SUPERVISOR DE UNIDAD	
JUNIO 2008	UNIDAD DE CALIDAD	SERVIVIO DE ADMISIÓN OFICINA JURÍDICA PRÁCTICA ASISTENCIA SERVICIO INFORMÁTICA COMISIÓN HISTORIAS CLÍNICAS	
OCTUBRE 2008			
MARZO 2009			
ENERO 2009			
OCTUBRE 2008			
JUNIO 2010			
SEPTIEMBRE 2010			



Estrategia 9:
PLAN DE LOS PEQUEÑOS DETALLES

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Mejora de la Limpieza en zonas Comunes	Implantación de Plantillas de control en lavabos Generales	Grado Implantación. Estándar 90%
	Recogida de desechables, palets, cajas, etc.	Colocación de la mercancía en el mismo día
	Implantación de Plantillas en escaleras generales y de emergencia.	Grado de Implantación Estandar 90%
Homogeneizar la Señalización	Retirada de anuncios y carteles en vestuarios, comunicando a los trabajadores a través del portal del empleado la depuración mensual.	Dicotómico
	Retirada de los anuncios fuera de los lugares establecidos.	Dicotómico
	Retirada de carteles no institucionales, implantándose, y desarrollándose un protocolo de señalética de imagen interna del Hospital.	Dicotómico Grado de Implantación

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
ABRIL 2008	UNIDAD CALIDAD	JEFE SECCIÓN HOSTELERÍA SUPERVISOR UNIDAD HOSPITALIZACIÓN	
MAYO 2008	UNIDAD CALIDAD	INGENIERO TÉCNICO	



Estrategia 9:

PLAN DE LOS PEQUEÑOS DETALLES

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Control y revisión de las pequeñas instalaciones	Establecer foro en el portal del empleado para comunicación de sugerencias, incidencias de desperfectos y averías.	% Incidencias comunicadas por este foro. Dicotómico
	Diseño e implantación del parte de avería hotelera, para el control de aseos generales.	Dicotómico
	Diseño e implantación delm parte de avería hotelera, para el control de zonas generales.	Dicotómico
Retirada del mobiliario y material en mal estado de zonas comunes: Aseos, ascensores, pasillos, exteriores, etc.	Desarrollar e implantar protocolo de retirada de mobiliario y material.	Dicotómico
Retirada y sustitución de la Lencería en mal estado.	Revisión diaria en el proceso de preparación de carros de distribución.	Dicotómico
Adaptación del horario de comidas a pacientes al horario del entorno.	Mediante el retraso de ingestas 1/2 hora.	Dicotómico Estándar 60%

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
MAYO 2008	UNIDAD CALIDAD	JEFE SECCIÓN HOSTELERÍA	
ABRIL 2008	UNIDAD CALIDAD	INGENIERO TÉCNICO	
MARZO 2008	SUPERVISORES DE ENFERMERÍA	JEFE SECCIÓN HOSTELERÍA	
ABRIL 2008	SUPERVISORES DE ENFERMERÍA	SUDIRECTOR DE GESTIÓN Y S.S.G.G	



Estrategia 9:

PLAN DE LOS PEQUEÑOS DETALLES

OBJETIVO	ACCIÓN	INDICADOR
Obligatoriedad de identificación de los profesionales	Diseño e implantación de la Tarjeta supletoria.	Dicotómico Estándar 60%
Adecuación de la ropa de color a las zonas designadas al efecto	En colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva enviar un recordatorio a todos los mandos intermedios y desde el portal del empleado, dirigido todos los profesionales sobre los efectos de la inadecuación de la ropa de color.	Dicotómico
No salir a la calle con ropa hospitalaria	En colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva enviar un recordatorio a todos los mandos intermedios y desde el portal del empleado, dirigido todos los profesionales sobre los efectos de la inadecuación de la ropa de color.	Dicotómico
Mejora del trato personalizado	Desarrollar e implantar protocolo de recepción a pacientes.	Dicotómico
	Actividad formativa para profesionales con atención directa y telefónica.	Difusión de los resultados de la encuesta de satisfacción realizadas por Sescam.

FECHA DE PUESTA EN MARCHA	EVALUADOR	RESPONSABLE	RESULTADOS
ABRIL 2008	UNIDAD CALIDAD	DIRECTORA DE GESTIÓN Y S.S.G.G	
JUNIO 2008	DIRECCIÓN	COORDINADOR DE CALIDAD	
JUNIO 2008	DIRECCIÓN	COORDINADOR DE CALIDAD	
MARZO 2008	UNIDAD CALIDAD	RESPONSABLE CALIDAD SERVICIOS NO ASISTENCIALES	





10

Grupos de trabajo ➤



Estrategia 1:
DESARROLLO TECNOLÓGICO

RESPONSABLES	Coordinador de los Sistemas de Información
EQUIPO DE TRABAJO	<div>Director Gerente</div> <div>Directores Médicos</div> <div>Directora de Enfermería</div> <div>Subdirección de Gestión Servicios Técnicos</div> <div>Subdirección de Enfermería</div> <div>Subdirección de I, D, F y OCAU</div> <div>Jefe de Unidad de Admisión</div> <div>Jefe Sº de Informática</div> <div>Técnico Responsable de Mambrino.</div>
GRUPOS DE INTERÉS	<div>Comisión de Investigación</div> <div>Comisión Mambrino</div> <div>Servicio de Informática</div>



Estrategia 2:

2A: DESARROLLO ORGANIZACIONAL.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

RESPONSABLES	Director Médico (Área Médica). Director Médico (Área Quirúrgica). Directora de Enfermería.	
EQUIPO DE TRABAJO		Subdirecciones Médica y de Enfermería Subdirección de I, D, F y OCAU Jefe de Unidad de Admisión Dirección de Gestión S.S.G.G
GRUPOS DE INTERÉS	Personas con alguna función de responsabilidad en el proceso asistencial	Jefes de S° / Sección / Supervisores Grupo de Procesos en Hospitalización Comisión CMA Comisión de Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos



Estrategia 2:
2B: SEGUIMIENTO PRESUPUESTARIO

RESPONSABLES		Directora de Gestión y S.S.G.G.
EQUIPO DE TRABAJO		Directores Médicos Jefe de Sº de Farmacia Subdirección de I, D, F y OCAU Jefe de Sº Control de Gestión y Jefe de Sº de Gestión Económica.
GRUPOS DE INTERÉS	Personas con alguna función de responsabilidad en el proceso asistencial	Jefes de Servicio, Unidad o Sección Coordinadores.



Estrategia 3:
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

RESPONSABLES	Subdirectora de I, D, F y OCAU.
EQUIPO DE TRABAJO	Director Gerente Subdirección de Gestión Servicios Técnicos y Subdirección de Enfermería.
GRUPOS DE INTERÉS	Unidad de Investigación y CEIC. Comisión de Investigación.



Estrategia 4:
DESARROLLO DE LA DOCENCIA

RESPONSABLES	Subdirectora de I, D, F y OCAU.
EQUIPO DE TRABAJO	Director Gerente Directora de Enfermería y Subdirección de Gestión Servicios Técnicos.
GRUPOS DE INTERÉS	Jefe de Estudios Comisión de Docencia y Tutores de Residentes.



Estrategia 5: GESTIÓN DE LA CALIDAD

RESPONSABLES	Coordinador de Calidad.	
EQUIPO DE TRABAJO		<p>Directora de Gestión y Directora de Enfermería</p> <p>Subdirección de Gestión</p> <p>Subdirección de Enfermería</p> <p>Subdirección de I, D, F, y OCAU.</p>
GRUPOS DE INTERÉS	Personas con alguna función de responsabilidad en el proceso asistencial	<p>Unidad de Calidad</p> <p>Comisión Central de Garantía de Calidad y Comisión de Dirección de Calidad</p> <p>Comisiones Clínicas</p> <p>Atención al Usuario.</p>



Estrategia 6:
DESARROLLO PROFESIONAL.
FORMACIÓN CONTINUADA

RESPONSABLES	Subdirección de I, D, F y OCAU.
EQUIPO DE TRABAJO	Director Gerente Dirección Médica Dirección de Gestión y Dirección de Enfermería.
GRUPOS DE INTERÉS	Unidad de Formación y Comisión de Formación.



Estrategia 7:

TRABAJO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESPONSABLES	Sudirección de Gestión (Responsable Asesoría Jurídica) y Coordinador de Calidad.
EQUIPO DE TRABAJO	<p>Subdirección de I, D, F y OCAU</p> <p>Subdirección de Enfermería</p> <p>Responsable de la Unidad de Gestión y Riesgos Clínicos</p> <p>Medicina Preventiva y S^o de Farmacia.</p>
GRUPOS DE INTERÉS	<p>Comité de Seguridad del Paciente</p> <p>Comisión de Cuidados</p> <p>Grupo de Trabajo Multidisciplinar.</p>



Estrategia 8:
AUTONOMÍA DEL PACIENTE, INFORMACIÓN Y
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

RESPONSABLES	Sudirección de Gestión (Responsable Asesoría Jurídica).
EQUIPO DE TRABAJO	<div>Subdirección de I, D, F y OCAU</div> <div>Subdirección Médica</div> <div>Subdirección de Enfermería y Coordinador de Calidad.</div>
GRUPOS DE INTERÉS	<div>Unidad de Gestión de Riesgos Clínicos</div> <div>Servicio de Admisión y Documentación Clínica</div> <div>Comisión de Historias Clínicas</div> <div>Comisión Mambrino y Responsable de los Servicios Médicos Quirúrgicos</div> <div>Oficina Jurídica para la Práctica Asistencial</div> <div>Comisión de Cuidados</div> <div>Supervisor de Área de Formación y Supervisores de Unidad.</div>



Estrategia 9:

PLAN DE LOS PEQUEÑOS DETALLES

RESPONSABLES	Dirección de Gestión S.S.G.G.
EQUIPO DE TRABAJO	<p>Subdirector Gestión</p> <p>Coordinador de Calidad</p> <p>Subdirector Enfermería</p> <p>Responsable de Calidad de Servicios No Asistenciales</p> <p>Jefe Sección Hostelería</p> <p>Ingeniero Técnico</p>
GRUPOS DE INTERÉS	<p>Unidad de Formación</p> <p>Suministros</p> <p>Mantenimiento</p> <p>Responsable de Limpieza</p> <p>Jefe de Personal Subalterno</p> <p>Unidad de Lencería</p> <p>Sº de Informática</p> <p>M. Preventiva</p> <p>Supervisores y Enfermeras de Unidad.</p>







 anexos

Anexo 1.

Características del HGCR en cuanto a actividad asistencial y dotación de Servicios.

¿Cuanto hacemos?

Hospital General de Ciudad Real

- × 23.000 ingresos / año.
- × 80.000 urgencias / año.
- × 355.000 consultas / año.
- × 16.000 intervenciones quirúrgicas / año.
- × 7.000 intervenciones ambulatorias / año.
- × 2.000 partos / año.
- × 3.500.000 determinaciones de laboratorio / año.
- × 200.000 estudios radiológicos / año.



Áreas del Hospital General

SERVICIOS MÉDICOS

- ✓ Alergia
- ✓ Cardiología (Hemodinámica)
- ✓ Digestivo
- ✓ Endocrinología y Nutrición
- ✓ Geriatria
- ✓ Hematología y Hemoterapia
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Nefrología y Hemodiálisis
- ✓ Neumología
- ✓ Neurología y Neurofisiología
- ✓ Oncología Médica
- ✓ Pediatría y Neonatología
- ✓ Psiquiatría
- ✓ Reumatología

SERVICIOS QUIRÚRGICOS

- ✓ Angiología y Cirugía Vascular
- ✓ Cirugía General y Digestiva
- ✓ Cirugía Maxilofacial
- ✓ Dermatología
- ✓ Ginecología y Obstetricia
- ✓ Neurocirugía
- ✓ Oftalmología
- ✓ Otorrinolaringología
- ✓ Traumatología y Cirugía Ortopédica
- ✓ Urología

SERVICIOS COMUNES

- ✓ Anatomía Patológica
- ✓ Anestesia y Reanimación
- ✓ Bloque quirúrgico
- ✓ Farmacia
- ✓ Laboratorios Clínicos
- ✓ Medicina Intensiva
- ✓ Medicina Nuclear
- ✓ Medicina Preventiva
- ✓ Prevención de Riesgos Laborales
- ✓ Protección Radiológica
- ✓ Radiodiagnóstico
- ✓ Radioterapia
- ✓ Rehabilitación y Fisioterapia
- ✓ Unidad de Calidad
- ✓ Unidad de Docencia
- ✓ Unidad de Investigación
- ✓ Urgencias
- ✓ Cuidados Infantiles

SERVICIOS DE SOPORTE A LA GESTIÓN DE PACIENTES

- ✓ Admisión, Archivo, Documentación Clínica y Control de Gestión
- ✓ Servicio de Atención al Usuario

SERVICIOS DE SOPORTE NO ASISTENCIAL

- ✓ Compras, Suministros y Almacenes
- ✓ Esterilización
- ✓ Gestión Económica y Contabilidad
- ✓ Hostelería
- ✓ Informática y Comunicaciones
- ✓ Jardinería
- ✓ Mantenimiento
- ✓ Orden interno y Seguridad
- ✓ Personal y Nóminas
- ✓ Personal Subalterno
- ✓ Trabajo Social
- ✓ Unidades Administrativas de los Servicios Médicos
- ✓ Otros



DATOS ESTRUCTURALES



550 CAMAS
60% HABITACIONES
INDIVIDUALES
116 LOCALES
DE CONSULTA



BLOQUE QUIRÚRGICO



178

✓ Resumen:

- 7 - 8 quirófanos generales para cirugía programada.
- 1 quirófano para urgencias.
- 1 quirófano para urgencias obstétricas.
- 2 - 3 quirófanos para cirugía ambulatoria.



Dos quirófanos Endo ALPHA



Este sistema consta de una serie completa de productos para cirugía endoscópica que aglutina la experiencia de Olympus en campos como creación de imágenes, electrocirugía, ultrasonido, redes, robótica, etc. Es todo un entorno para cirugía endoscópica que se puede configurar para adaptarlo a cualquier técnica o procedimiento y que ofrece un sistema de control simplificado y centralizado que lo hace eficaz y fácil de usar.

- ✓ 23 puestos en la Unidad de Cirugía Ambulatoria:
 - 11 camas
 - 12 sillones
- ✓ 16 puestos de Reanimación Posquirúrgica
- ✓ 24 puestos de U.C.I. Adultos
- ✓ 2 paritorios



179



ÁREA DE CUIDADOS INFANTILES

Resumen:

- 2 puestos de UCI Pediátrica.
- 6 puestos de UCI de Neonatología.
- 8 puestos de Cuidados Intermedios.
- 8 puestos de Cuidados Mínimos.



Medicina Nuclear:

- 3 Gammacámaras.
- 2 Salas de exploraciones funcionales.
- 1 Radiofarmacia.
- 1 PET-TAC

Radioterapia:

- 2 Aceleradores Lineales.
- 1 TAC Simulador.
- 1 Radioquirófano o quirófano de braquiterapia.



Laboratorios Clínicos:

- Área de Extracciones.
- Área de Recepción de Muestras y Emisión de Resultados.
- Bioquímica.
- Inmunología.
- Microbiología.
- Laboratorio de Urgencias.
- Biología Molecular.
- Genética.
- Hematología.
- Centro Regional de Transfusiones.
- Anatomía Patológica.



URGENCIAS



- Urgencias generales:
 - 1 Triage y 1 Box rápido.
 - 9 Boxes de Primera Atención.
 - 1 Zona de Espera de Resultados.
 - 1 Sala de Yesos y 2 Boxes de Especialidades.
 - Área de Observación de 0-12 horas (10 boxes).
 - Área de Observación de 12-24 horas (10 boxes).
 - Sala de Radiología y equipo portátil.
 - 2 zonas de Reanimación vital

➤ **Urgencias Pediátricas:**

- 1 Box de Aerosoles.
- 1 Box de Reconocimiento de Pediatría.
- 6 Boxes de Urgencias y Observación de Pediatría.



✓ **Diálisis:**

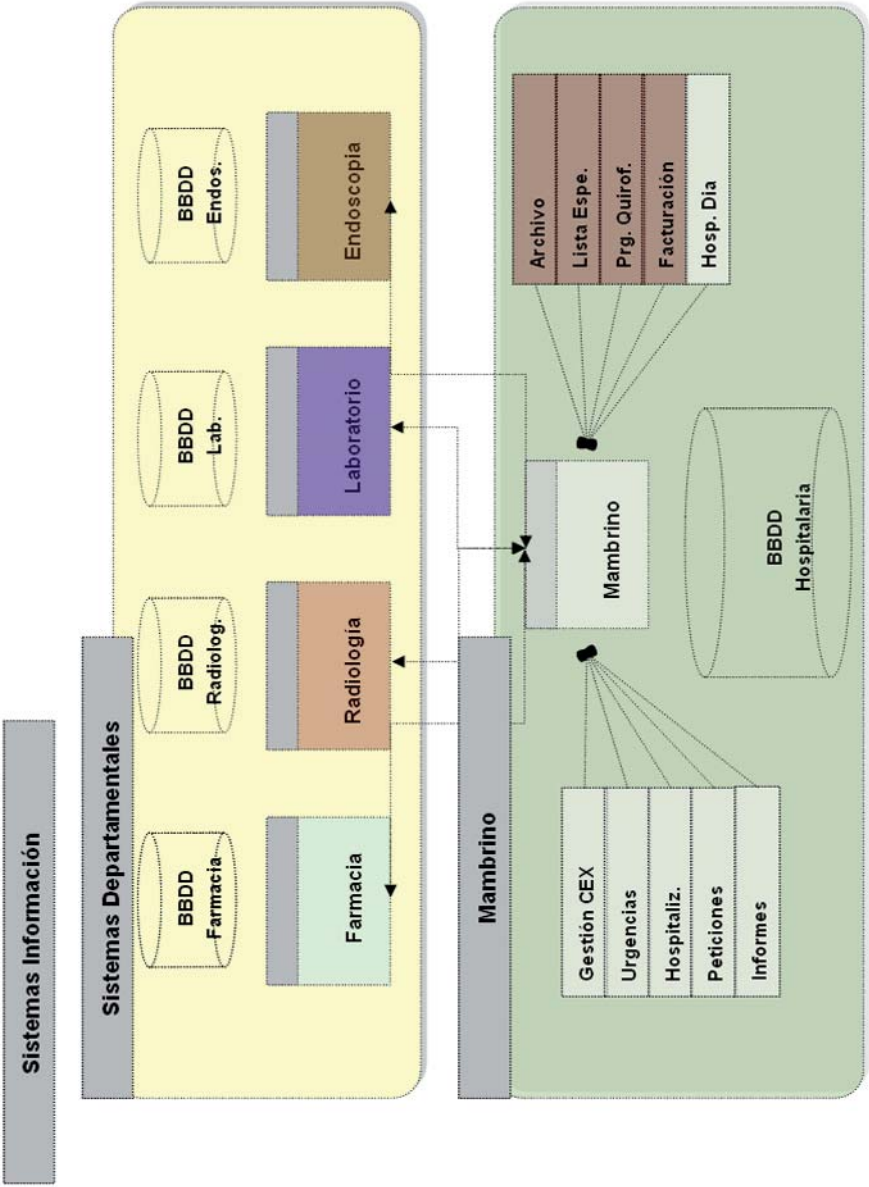
- **Pacientes Crónicos:** 1 sala con 14 puestos.
- **Pacientes Infecciosos (Hep. C):** 6 puestos aislados.
- **Pacientes Infecciosos (HVB, HIV):** 3 puestos aislados.
- **Pacientes Agudos:** 3 camas (en la planta 4ª de hospitalización).
- **Diálisis Peritoneal:** 2 camas (en la planta 4ª de hospitalización).

- ✓ 11 Gabinetes de Exploración:
 - 3 Salas de Endoscopia, una de ellas con equipo de Radiología.
 - 1 Sala de Broncoscopias.
 - 2 Salas de Ergometría.
 - 3 Salas de Ecocardiogramas.
 - 1 Sala de MAPAS y HOLTER.
 - 1 Sala de Pruebas de Urología (Urodinámica, Cistoscopias y Estudios Prostáticos).

- ✓ Salas de Radiodiagnóstico:
 - 1 Angiógrafo Digital.
 - 1 RNM.
 - 2 TAC.
 - 1 Ortopantógrafo.
 - 6 Salas de Ecografía.
 - 1 Sala de Mamografía.
 - 1 Mesa de Biopsia por Esterotaxia digital.
 - 3 Salas de Radiología Digital.
 - 1 Sala Digital Multifunción.



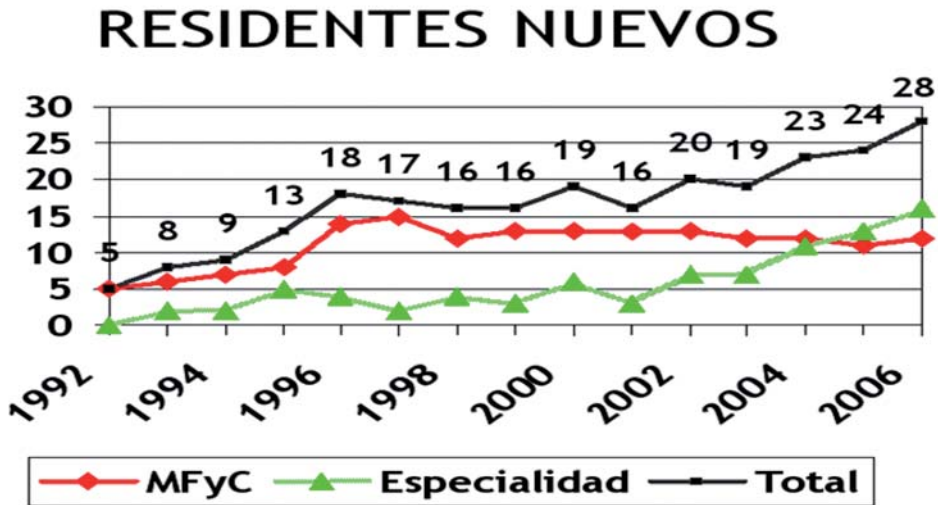
SISTEMA DE INFORMACION



Anexo 2.

Evolución de las especialidades con acreditación docente. Estado actual.

AUMENTO PROGRESIVO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS



ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN 2006-2007

- Especialidades hospitalarias: 48
 - R1: 16
 - R2: 13
 - R3: 9
 - R4: 7
 - R5: 3
 - Medicina de familia: 23
 - R1: 12
 - R2: 11
- } 71

ESPECIALIDADES ACREDITADAS- 2006

Especialidad	Fecha
Medicina Familiar y Comunitaria	1991
Medicina Interna	1992
Cirugía Ortopédica y Traumatología	1992
Análisis Clínicos	1993
Cirugía General y del Aparato Digestivo	1993
Nefrología	1993
Radiodiagnóstico	1993
Reumatología	1996
Medicina Nuclear	1998
Farmacia Hospitalaria	1998
Obstetricia y Ginecología	2001
Neurología	2003
Psiquiatría	2003
Psicología Clínica	2004
Alergología	2004
Anestesia y Reanimación, 2 residentes	2004
Aparato Digestivo	2006
Medicina Preventiva	2006



Especialidades Pendientes

Especialidades pendientes	
ORL.	Denegada. Pendiente solicitar de nuevo.
Dermatología	Pendiente de solicitar.
Anatomía Patológica	Pendiente de solicitar.
Endocrinología	Pendiente de solicitar.
Urología	Pendiente de solicitar.
Medicina Física y Rehabilitación	Pendiente de solicitar.
Oftalmología	Pendiente de solicitar.

Anexo 3.

Comisión de Dirección de Calidad.

- Órgano máximo de Gestión de Calidad del HGCR. Agrupa a las personas que lideran los distintos aspectos de la calidad, tanto asistencial como no asistencial.

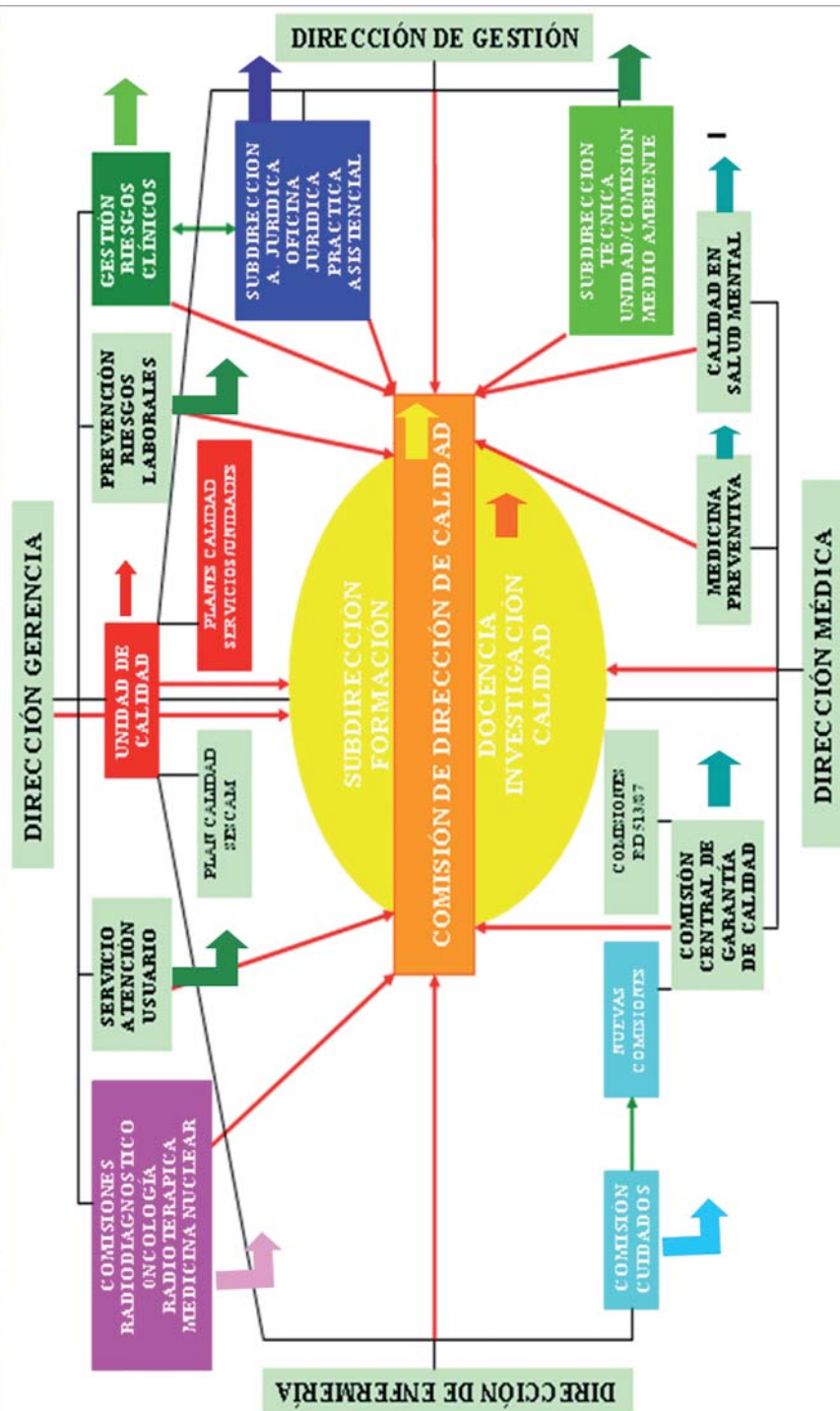
- La preside el Director Gerente. Da soporte directivo a todos los aspectos relacionados con la calidad.

- Sus funciones son:

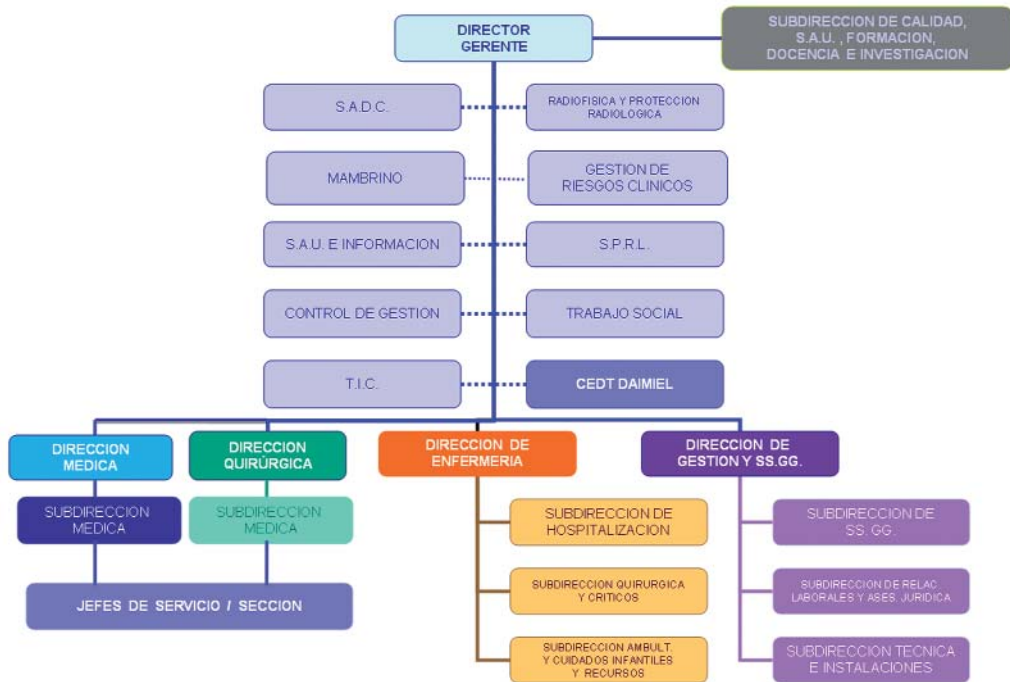
- 1.- Formular la política trianual de calidad del hospital.
- 2.- Impulsar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- 3.- Coordinar a los profesionales implicados en la Calidad.
- 4.- Hacer el seguimiento y evaluación continua de todas las facetas de la Calidad.
- 5.- Consolidar la figura del paciente como eje del sistema.
- 6.- Fomentar la excelencia de los profesionales.
- 7.- Impulsar la gestión por procesos.
- 8.- Reducir la variabilidad de la práctica clínica mediante el fomento del empleo de la MBE.
- 9.- Fomentar el desarrollo de la formación, docencia e investigación como base de la Calidad científico técnica.
- 10.- Facilitar en un futuro la acreditación o certificación.
- 11.- Fomentar la cultura de la calidad en el hospital y la creación de un entorno favorable para la mejora continua, favoreciendo el desarrollo de proyectos y facilitando su difusión.



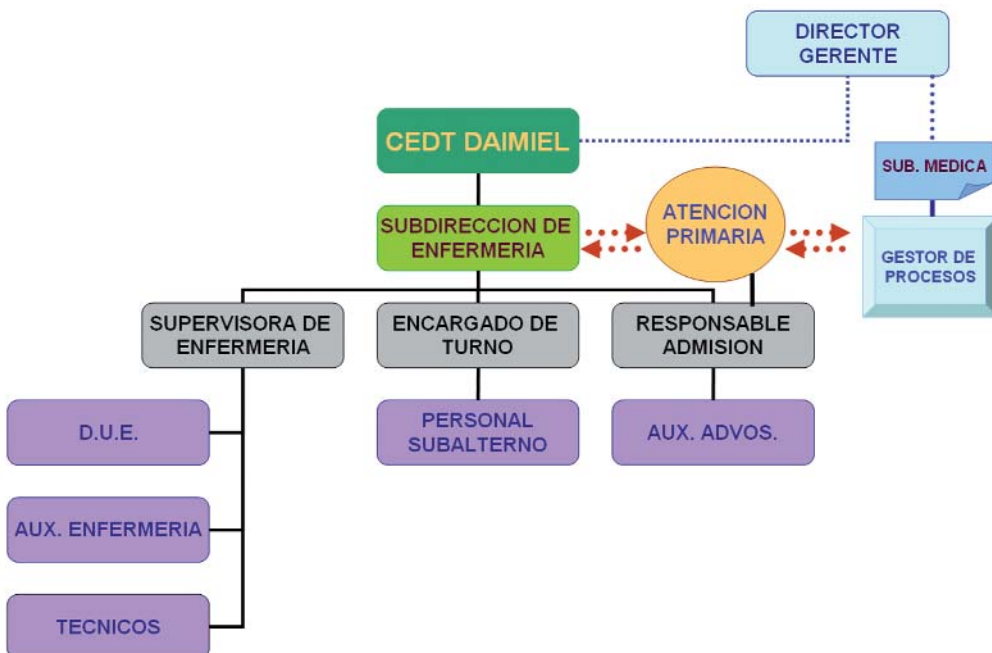
Gestión de Calidad Total (HGCR)



Anexo 4. Organigramas.



CEDT DAIMIEL



Anexo 5.

Organización de La Dirección Médica.

DIRECCIÓN MÉDICA (AREA MÉDICA)

HOSPITALIZACIÓN

SERVICIOS MÉDICOS
PEDIATRÍA
PSIQUIATRÍA

HOSPITAL DE DÍA

MÉDICO
ONCOHEMATOLÓGICO
PSIQUIÁTRICO

CONSULTAS EXTERNAS

SERVICIOS MÉDICOS
PEDIATRÍA
PSIQUIATRÍA

CRÍTICOS

UVI PEDIÁTRICA/NEONATOS
URGENCIAS
HEMODINÁMICA

SERVICIOS CENTRALES

LABORATORIO A. CLÍNICOS
ANATOMÍA PATOLÓGICA
RADIODIAGNÓSTICO
M. NUCLEAR
NEUROFISIOLOGÍA
REHABILITACIÓN
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA



DIRECCIÓN MÉDICA (AREA QUIRÚRGICA)

HOSPITALIZACIÓN

SERVICIOS QUIRÚRGICOS

HOSPITALIZACIÓN

QUIRÚRGICO (UCA)

CONSULTAS EXTERNAS

QUIRÚRGICO (UCA)

CRÍTICOS

UVI ADULTOS
TRANSPORTE SANITARIO

SERVICIOS CENTRALES

FARMACIA
MEDICINA PREVENTIVA

BLOQUE QUIRÚRGICO

QUIRÓFANOS
ANESTESIOLOGÍA
REANIMACIÓN

Anexo 6.

Proyecto de Impulso a la Investigación en el HGCR.

6.1. Bases metodológicas para la gestión de la investigación.

El proceso de gestión de la investigación en una institución, ha de iniciarse con el análisis y conocimiento de la situación de partida, la identificación y priorización de necesidades. Posteriormente se lleva a cabo una fase más activa de fomento de la cultura de investigación, así como de búsqueda de recursos.

Basándonos en las recomendaciones generales anteriormente resumidas, el PROYECTO DE IMPULSO A LA INVESTIGACION EN EL HGCR se han estructurado en dos fases:

- 1.- Análisis de la situación e identificación de necesidades prioritarias.
- 2.- Propuesta de acciones de apoyo a la investigación y objetivos futuros.



La información ha sido obtenida a partir de lo recogido en el Plan Funcional del HGCR en materia de I-FC-D, de las conclusiones extraídas en las respectivas reuniones con la comisión de Investigación, grupo de expertos y la FISCAM, esta última en Enero-2007, así como de las reuniones de coordinación entre los miembros del equipo directivo. Igualmente, se ha realizado una encuesta dirigida a los trabajadores para la detección de necesidades formativas e investigadoras.

6.2.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

6.2.1.1. INVENTARIO DE INVESTIGADORES, LINEAS Y RECURSOS.

A.- INVESTIGACIÓN ACTUALMENTE EN DESARROLLO EN EL HGCR .

B.- RECURSOS.

A.- APLICACION DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN:
PROYECTOS YA INICIADOS:

1.- Aplicación de las Tecnologías de la Información a la Anatomía Patológica: Red de Telepatología en CLM (FISCAM) y Red Europea de Telepatología (EUROTELEPATH. Acción COST):

1.1.- Red de telepatología para el apoyo a la investigación en la prevención, diagnóstico precoz y mejora en la calidad de diagnósticos en el cáncer de cuello uterino, neoplasias de tiroides y sarcomas de partes blandas Investigador principal: Marcial García Rojo. I Convocatoria de Becas CCM para la creación de grupos de investigación clínica en red, de FISCAM, para la realización del proyecto de investigación. Caja Castilla La Mancha. N° de referencia es BR-CCM-2006/03. Cantidad total financiada: 60.000 euros

1.2.- COST (European Cooperation in the field of Scientific and technical Research). Action IC0604: **Anatomic Telepathology**

2.- Telemedicina en Dermatología. Una vez finalizado este proyecto, hay continuidad a través del **CITI de Dermatología. Red de Telemedicina. Se abre también el CITI de Medicina Nuclear.** Siguiendo el modelo de estos servicios se podría exportar el modelo de Dermatología: codificación de variables en la historia clínica electrónica. Conseguir los datos básicos del paciente que figuran en Turriano. (Una ficha dinámica- SAE Electrónico).

2.1.- Proyecto regional DERCAM: Iniciado con fecha 24 noviembre del 2004, ya cuenta con una primera versión del software en fase de pilotaje en el CS de Bolaños (aplicación de teleconsulta primaria-especializada) y en el CEDT de Daimiel (aplicación de historia clínica electrónica de dermatología). Recientemente (mayo 2007) se ha aprobado en Servicios Centrales del SESCAM el desarrollo de un pliego regional con dotación presupuestaria sufi-



ciente que permitirá la implantación a nivel regional de dichas aplicaciones (teledermatología e historia clínica electrónica) así como la creación de una red de teledermatología interhospitalaria.

PROYECTOS FUTUROS:

1.- Aplicación de la Telemedicina a la Coordinación de la UCI con los S^{os} de Emergencia. Propuesto por miembros del S^o de la UCI (Alfonso Ambros).

COLABORACIONES CON LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA.

- PROYECTOS YA INICIADOS:

1.- **Grupo de trabajo sobre Modelado de Procesos de Negocio** aplicado a la Gestión Hospitalaria. Participan tanto miembros del equipo directivo como otros profesionales de diferentes Servicios o Unidades.

El objetivo general del proyecto es “proporcionar un conjunto de herramientas para la planificación y toma de decisiones (modelos, guías, módulos HW/ SW y metodologías) que faciliten la visualización, el diseño, implantación y evaluación” de los procesos sanitarios (asistenciales y no asistenciales). Se parte de la necesidad de identificar la arquitectura funcional de las actividades asistenciales y no asistenciales, así como los cambios necesarios en la organización para poder optimizar la eficiencia del sistema.

Un objetivo a más largo plazo, sería aplicar la reingeniería, con el fin de conseguir una mejora de la calidad asistencial, mediante la búsqueda de puntos del proceso de susceptibles de dichas mejoras.



COLABORACIONES EN PROYECTOS EUROPEOS

1.- La UCI colabora con un Proyecto Europeo: Mejora de la Supervivencia de la SEPSIS.

COLABORACION EN PROYECTOS DESARROLLADOS POR SOCIEDADES CIENTÍFICAS, INVESTIGACION EN RED, ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS.

- **Factores de Riesgo Vascular**, del servicio de nefrología en colaboración con la Sociedad Española de Hipertensión Arterial.

- Investigación sobre **Diálisis y Transplante**. Red Nefrolink, con la participación del servicio de Nefrología.

- Red de Telepatología en CLM (ya mencionado más arriba).

- Evaluación con **técnicas de neuroimagen en las regiones presinápticas en pacientes parkinsonianos** (S^o de Medicina Nuclear y Neurología).

- Evaluación de resultados en el empleo de la **Técnica del Ganglio Centinela**. A

cargo del Sº de Medicina Nuclear en colaboración con varios servicios.

OTRAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (UTCA).
 - **Evaluación del Craving (deseo intenso por comer) y eficacia de los fármacos anticomiciales.**
 - Detección y satisfacción del paciente, previa al tratamiento.
 - Influencia de las **variables familiares en el pronóstico de los TCA.**
 - Personalidad y TCA.
 - Variabilidad en la respuesta a la rehabilitación según estado de ánimo.
- SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR.
 - Evaluación de las Tecnologías. Técnicas de Imagen:
 - 1- Evaluación de las **masas suprarrenales mediante PET-TAC.**
 - 2- **Rastreo con Iodo Radiactivo previo al tratamiento ablativo del Cáncer de Tiroides.**
- SERVICIO DE CIRUGÍA.

La mayoría de los trabajos actualmente en curso se adscriben a las siguientes líneas:

- **Biología Molecular y Tumores.**
- **Obesidad.**
- **Gestión de Riesgos Clínicos.**
- SERVICIO DE NEFROLOGÍA.
 - HTA y Riesgo Vascular (4 ensayos clínicos actualmente en marcha).
 - **Riesgo Vascular y Transplante.**
 - **Calidad de Vida en Hemodiálisis.**
 - **Anemia y Hemodiálisis** (tesis doctoral en curso).
 - **Hiponatremia hospitalaria.**
- SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.
 - La principal línea de investigación se desarrolla entorno a la **Cirugía de la prótesis de Cadera** (varias tesis doctorales en curso).
- PEDIATRÍA.
 - Actualmente en fase de recogida de datos de varios trabajos de investigación sobre aspectos relacionados con el recién nacido con peso inferior a 1500 kg.



- DIGESTIVO.

Tres líneas de investigación

- **Seguimiento endoscópico en la Úlcera Gástrica** (tesis doctoral en curso).
- **Enfermedad Inflamatoria Intestinal.**
- **Hepatitis B y C.** Estudios en relación con el tratamiento de dichas enfermedades.

- ONCOLOGÍA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.

- **Imprecisiones geométricas en los tratamientos de radioterapia.**
- **Cuidados de soporte en Oncología Radioterápica.**
- **Tratamientos antineoplásicos combinados.**

- ALERGIA.

- **Asma y contaminación ambiental.**
- **Pólenes, alérgenos y polinosis.**
- **Marcadores de inflamación en el asma bronquial: óxido nítrico.**

- ONCOLOGÍA Y ONCOLOGIA-RADIOTERÁPICA.

- Proyectos financiados:

- **Análisis de los errores de posicionamiento en pacientes sometidos a tratamiento con radioterapia externa mediante imagen portal electrónica.**

1.- IP: Dra. Lozano Martín.

2.- Ayuda concedida: Proyecto de investigación para investigadores noveles (FISCAM 2006).

- **Definición de volúmenes basada en imágenes 4D para la planificación de radioterapia en presencia de movimientos respiratorios en pacientes con cáncer de pulmón.**

3.- IP: Dr. Pérez Romasanta.

4.- Ayuda concedida: Proyecto de investigación de la Consejería de Sanidad (JCCM 2005)

- Proyectos no financiados en curso:

- Influencia de la preparación rectal en la reproducibilidad geométrica de los órganos pélvicos durante la radioterapia por cáncer de próstata.

- Estudio clínico: Protocolo de tratamiento preoperatorio con Radioterapia + Cetuximab en el Carcinoma Anaplásico de Tiroides.

B.- RECURSOS

- Unidad de Apoyo a la Investigación. CEIC.

Ubicada en la torre administrativa. Cuenta con 2 despachos con tres pues-



tos de trabajo y tres ordenadores.

Recursos humanos: Farmacólogo Clínico. Enfermero/a. Auxiliar administrativo.

- Servicios de Apoyo a la Investigación.

- **Biblioteca.** Cuenta con un aula dotada de ordenadores.

- **Aula de Informática.**

- Espacios para la investigación en los distintos servicios:

- Anatomía Patológica.

- Laboratorio de análisis clínicos.

6.2.1.2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES. Análisis DAFO.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

Visión, oportunidades y estrategias.

La investigación clínica, como puente para conseguir un nexo entre la investigación básica y la asistencia a los pacientes, tiene un papel fundamental en la mejora de la calidad de dicha asistencia en nuestro hospital.

DEBILIDADES.

- Cultura investigadora escasamente desarrollada.

- Poca formación metodológica.

- No es un hospital universitario.

AMENAZAS.

- Sobrecarga asistencial.

FORTALEZAS.

- Nuestros investigadores tienen prestigio y capacidad para llevar a cabo la investigación de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales.

- La infraestructura, logística y equipamientos tecnológicos se hallan suficientemente desarrollados. El Nuevo Hospital de Ciudad real (HGCR) abrió sus puertas a finales del 2005 como una organización de atención sanitaria especializada de vanguardia, con una cartera de servicios más amplia y dotado de los últimos avances tecnológicos en equipamiento diagnóstico y terapéutico para ser capaz de dar una respuesta fiable y rápida a los nuevos retos asistenciales de la población del siglo XXI. El cambio ha sido entendido no como una nueva ubicación física, sino como una oportunidad para la mejora, el progreso y el impulso hacia un tipo de asistencia en cuyo eje se sitúa al usuario. El desarrollo de las nuevas tecnologías de la información aplicado al ámbito sanitario en nuestro hospital ha sido referente a nivel nacional.(Plan Funcional del HGCR).



OPORTUNIDADES.

- Gestión y estructura de la información.

La tecnología informática implantada en nuestro Hospital es una buena oportunidad para diseñar sistemas de recogida de la información que favorezcan el desarrollo de la investigación clínica. No obstante, es necesario estructurar y categorizar bien dicha información, así como personalizar el sistema informático 'Mambrino' adaptándolo a las necesidades de cada servicio y códigos al uso.

- Creación de la Subdirección de I,D,FC,C.

- **Existencia de Servicios y grupos con trayectoria en Investigación Clínica:** Como se ha señalado anteriormente, destacan los siguientes Servicios: Alergia, Trastornos Alimentarios, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Gestión de Riesgos Clínicos, Dermatología, Diabetes (FUCANDI), UCI, Reumatología, Traumatología, Cirugía, Neurología, Oncología. Los MIR e investigadores noveles pueden aprovechar estas líneas para realizar trabajos, tesis y artículos.

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES.

- Necesidades formativas.

- Curso de búsquedas bibliográficas.
- Diseño de estudios.
- Creación y manejo de bases de datos.
- Estadística básica.
- Cómo escribir un artículo científico. Manejo de programas de edición (Reference Manager).
- Lectura crítica.
- Inglés práctico para la interpretación de textos de investigación.

- Dotación de recursos:

- Estructurales.
- Materiales.
- Humanos.

6.2.2. PROPUESTA DE ACCIONES DE APOYO A LA INVESTIGACION Y OBJETIVOS FUTUROS.

6.2.2.1. Priorización: Líneas estratégicas del HGCR.

Los criterios de priorización seleccionados son:

- Que las líneas supongan un valor añadido, de carácter científico-tecnológico por su relevancia social.
- Los criterios económicos para la priorización son: la capacidad de los recursos existentes y el coste de la oportunidad.

En función de de los criterios seguidos y de nuestra realidad, las líneas prioritarias a desarrollar son:

1-ONCOLOGÍA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.

Servicios y unidades implicados:

- Oncología.
- Oncología Radioterápica.
- Medicina Nuclear.
- Anatomía Patológica.

2- NEUROCIENCIAS.

- Unidad de Trastornos de la Conducta alimentaria.
- Neurología.
- Medicina Nuclear.

3- CARDIO-VASCULAR.

4- APLICACION DE LAS TIC A LA INVESTIGACIÓN EN SALUD.

5- SALUD PÚBLICA. SERVICIOS DE SALUD.

6- ENDOCRINOLOGÍA.

6.2.2.2. Proyecto de impulso a unidad de investigación en el HGCR.

6.2.2.2.1.CONCEPTO

La unidad de Investigación del HGCR es una estructura funcional, dotada de recursos materiales y humanos, cuya función principal es promover, regular e impulsar la investigación en el hospital mediante el apoyo a todos los profesionales interesados en desarrollar una labor investigadora, así como a través de una actividad científica propia. Se trata de ofrecer una organización funcional que permita a todo aquel profesional con inquietud investigadora, incorporarse a proyectos ya iniciados o poner en marcha otros nuevos.

6.2.2.3. Estructura Física.

La actividad investigadora, generalmente complementaria de la actividad clínica, debe apoyarse sobre una infraestructura mínima que asegure la realización de los proyectos.

- CEIC. Torre administrativa. 2 despachos con tres puestos de trabajo y tres ordenadores.
- Actual: laboratorio de análisis clínico. Sº de Anatomía patológica.
- Futuro: Laboratorios de investigación (biología molecular, cultivo celular, análisis clínicos e histomorfológicos).



- Cirugía experimental.
- Animalario. Futuro.

6.2.2.4. Servicios de apoyo a la unidad de investigación.

- Biblioteca.
- Informática.

6.2.2.5. Financiación.

- Proyectos de investigación financiados.
- Donaciones.
- Aportaciones públicas y privadas (FISCAM, etc).
- Programa para la creación de grupos de investigación estables.

6.2.2.5. Niveles de actuación.

ACTIVIDAD FORMATIVA E INFORMATIVA:

1.- Mediante el desarrollo de programas de doctorado y cursos sobre metodología de la investigación.

2.- **Creación de un grupo de interés en investigación clínica**, que constituiría la masa crítica, a partir de los profesionales que hayan manifestado o manifiesten tras la realización del curso su inclinación hacia la investigación.

- A este grupo se les enviaría periódicamente la difusión de convocatorias y noticias relevantes en el ámbito de la investigación.
- También se les facilitaría la inclusión en proyectos de investigación ya iniciados.



200

APOYO METODOLÓGICO Y TUTORIZACIÓN DE PROYECTOS.

COMITÉ ETICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC)

ACTIVIDAD INVESTIGADORA PROPIAMENTE DICHA: CLÍNICA Y BÁSICA.

La unidad se compone de 4 grupos interconectados:

- Programas de iniciación a la investigación clínica y proyectos de coordinación entre niveles asistenciales. Responsable: Alberto Leon.
- Aplicación de las Tecnologías de la Información a la Investigación. Marcial García Rojo y Guillermo Romero.
- Unidad de Ensayos clínicos. CEIC.
- Unidad de investigación traslacional: Línea Obesidad

Anexo 7.

Plan de calidad de la docencia.

1.- Objetivos referentes a la planificación de la formación sanitaria especializada.

OBJETIVO 1.1. PLANIFICACIÓN	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
<p>El hospital realiza un estudio de planificación de la docencia, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número y dotación de RRHH de S^o. - Perfil formativo y curricular de los S^{os}. - Recursos físicos. - Equipamiento y tecnología. - Cartera de S^{os} y actividad asistencial. - Actividades docentes. 	Dicotómico	
Documento escrito que sirve de base a la propuesta de plazas formativas.	1 propuesta	
Revisión anual de las variaciones con repercusión sobre la capacidad docente del centro.	Dicotómico	
Revisión anual del documento por la comisión de docencia.	Dicotómico	



OBJETIVO 1.2. PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LA DOCENCIA	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
El hospital realiza un seguimiento de los objetivos para la docencia dentro del cuadro de mandos del Contrato de Gestión.	Dicotómico	
Existencia de un responsable para la docencia en el equipo directivo.	Dicotómico	
Estructura organizativa según la normativa (OM 22-6-95).	Dicotómico	
Funciones de organización y gestión docente: - Propuesta anual de la oferta de plazas.	Dicotómico	
Funciones de organización y gestión docente: - Elaboración de una guía de directrices generales de organización de la formación sanitaria especializada y de requisitos básicos comunes a las unidades docentes.	Dicotómico	
Funciones de organización y gestión docente: - Evaluación y control del cumplimiento de los objetivos docentes del programa anual en todas las unidades.	Dicotómico	

OBJETIVO 1.3. TUTORIA Y SUPERVISIÓN	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Plan anual de formación para cada especialista realizado por el tutor.	95 %	
Supervisión individual por el tutor de la realización de los programas.	Dicotómico	
Mecanismos de coordinación para la rotación por otros servicios.	Dicotómico	
Sistema de información que permita la evaluación trimestral (fichas de evaluación).	Dicotómico	

OBJETIVO 1.4. CONSULTA Y APOYO AL RESIDENTE	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
La comisión de docencia cuenta con RRMM y RRHH suficientes.	Dicotómico	
La comisión de docencia cuenta con una estructura propia y es accesible.	Dicotómico	
Procedimiento para promover la participación activa del residente en el desarrollo de programas y acciones de mejora.	Dicotómico	
La comisión de docencia hace una evaluación anual sobre la opinión de los residentes acerca de los programas formativos.	Dicotómico	



2.- Objetivos referentes a la evaluación y calidad de la formación sanitaria especializada.

OBJETIVO 2.1. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Existencia de un sistema escrito para la evaluación de la calidad formativa con indicadores de proceso y resultado.	Dicotómico	
Monitorización trimestral de las evaluaciones.	95 %	
Se evalúa conocimientos, habilidades y actitudes del residente.	Dicotómico	
Se evalúa la efectividad de las funciones de tutoría (% de contraevaluaciones).	80 %	
Se evalúa la participación en sesiones clínicas, revisiones bibliográficas, etc.	80 %	
Se realizará un informe anual sobre Calidad Formativa presentado a la CD que aprobará medidas de mejora.	Dicotómico	
La dirección asume la responsabilidad de garantizar medidas correctoras y de mejora de calidad.	Dicotómico	





B
C
*

 bibliografía



Bibliografía.

- *Contrato de Gestión. Líneas Generales 2007 y 2008.* SESCAM.
- *Plan de Calidad 2007.* SESCAM.
- Rodrigo Gutiérrez et al. *Mejora en la calidad percibida: el Plan de los Pequeños Detalles del SESCAM.* Rev. Calidad Asistencial 2004; 19 (2): 88-91.
- *Cuestionario de Auditoria de Acreditación Docente de Hospitales.* Subdirección General de Formación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario/Hospital_Docente.pdf.
- *Plan Estratégico 2005-2010. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. SAS.*
http://www.hvn.es/comp_hospitalario/plan_gestion_2005_2010/PlanEstrategicoHUVN.pdf.
- *Plan Estratégico del Hospital de Zumárraga.* Osakidetza.
<http://www.hospitalzumarraga.com/gestion/gestion.asp?id=1>.
- *Plan Estratégico del Hospital Universitario de Fuenlabrada.*
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142404472680&language=es&pagename=HospitalFuenlabrada%2FPage%2FHFLA_contenidoFinal.
- *Aplicación del lenguaje BPMN (Business Processes Modeling Notation) en el modelado de procesos sanitarios.*
<http://www.clminnovacion.com/actualidad/noticias/articulo.htm?REG=9973>
- *Plan Estratégico del Hospital Clínico San Carlos.*
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1191579468647&language=es&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FPage%2FHCLN_contenidoFinal.
- Juan García Caballero. *Diseño y presentación de una vía clínica.*
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extaut?codigo=1168943>



Hospital General de Ciudad Real
Estrategias de mejora
2008 - 2010

