



NuevoHospital

versión digital

Sumario

Conceptuales

MEDICIÓN DEL PRODUCTO HOSPITALARIO

2-6

Margarita Rodríguez Pajares. Unidad de Gestión Analítica

Gestión de procesos

SEGUIMIENTO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA. RESULTADOS DEL AÑO 2001.

7-13

M^a Soledad Martínez Sáez. Servicio de Medicina Preventiva

Cartas al Editor

ESTUDIO GENÉTICO EN LA SORDERA

13

Felipe Moreno Herrero. H. Ramón y Cajal. Madrid. Unidad de Genética Molecular

CURSO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. NIVEL BASICO.

14

José Bonifacio Martínez. Servicio de Prevención del Area de Salud de Zamora

Normas de publicación.

16

Recomendaciones para los autores

17





MEDICIÓN DEL PRODUCTO HOSPITALARIO

Margarita Rodríguez Pajares

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
Unidad de Gestión Analítica

INTRODUCCIÓN

El hospital es una empresa de servicios y como tal sus procesos productivos no son tan claros como los procesos productivos de una empresa del sector industrial.

Parece bastante claro que en la empresa automovilística, que es una empresa industrial, las cadenas de montaje tienen por objeto la producción de vehículos. El producto industrial, sea un automóvil, unos zapatos, etc. es fácilmente identificable. La diferenciación entre los productos finales (automóvil) y aquellos que se originan en los procesos más intermedios (la fabricación de una pieza) aparece particularmente nítida. Por si existiera alguna duda, el producto industrial tiene, además, un carácter material, es decir, que se puede ver y tocar. A menudo se trata también de productos muy parecidos. Esto hace que el producto industrial sea fácilmente medible (medir aquí solo significa contar) y comparable.

EL PRODUCTO – SERVICIO

El producto de las empresas de servicio se caracteriza por ser un producto intangible. Esto significa que la medida de la producción no va a ser algo tan sencillo como ir al final del proceso, poner los productos dentro de un saco y contar cuantos hay. Se trata de servicios que deben ajustarse a una variedad muy amplia de situaciones más o menos previsibles (las diferentes necesidades de los clientes, por ejemplo). Esto hace que el número potencial de tipos de servicios pueda llegar a ser poco menos que infinito. No existe tampoco una línea divisoria clara entre productos finales e intermedios. El acuerdo sobre cual es el producto final y como debe medirse permite que la gestión de la producción en las empresas de servicios sea difícil pero no imposible.

Una primera aproximación a la definición del producto hospitalario nos llevaría a tratar de identificar las diferentes actividades que el hospital presta:

- Radiografías
- Análisis
- Menús
- Intervenciones Quirúrgicas
- Estancias Hospitalarias
- Primeras visitas
- Crear salud

Nadie estaría en contra de que todas ellas constituyen actividades que el hospital presta. Podríamos decir aún más, que todas ellas representan productos hospitalarios.

El hospital ha sido calificado como una empresa multiproducto. Su medición puede llegar a ser una tarea muy compleja.



Algunos de los productos presentan características de producto industrial a pesar de formar parte de un proceso global de producción de servicios, así por ejemplo una radiografía se puede ver, tocar y coger. Diagnosticar y tratar pacientes son algunos de los productos más sofisticados de la gama hospitalaria. Son totalmente intangibles y enormemente heterogéneos.

EL PROCESO CLÍNICO

El resultado del proceso de producción de servicios más genuinamente hospitalario es el PROCESO CLÍNICO. Conceptualmente su número es ilimitado. Podríamos decir que los requerimientos clínicos de un paciente nunca son totalmente iguales a los de otro, ya que no existen dos pacientes absolutamente iguales. Desde este punto de vista el hospital genera tantos productos como pacientes diagnóstica, trata, etc.. Esto hace necesaria la medición de la casuística hospitalaria o Case Mix hospitalario.

La necesidad de reducir el número prácticamente infinito de posibles casos a un número menor, más manejable y útil desde el punto de vista de la gestión, ha sustentado el desarrollo de los sistemas de medición del case mix basados en la agrupación de pacientes. Estos tienen por objeto crear grupos de pacientes homogéneos.

La definición de salud es bastante etérea y su medición difícil sobre todo cuando nos referimos a la salud en el conjunto de la población y no de una persona en particular. Con estos estudios se puede enmarcar a cada paciente dentro de un proceso clínico asociado al consumo de una tipología de productos.

Se hizo necesario desarrollar un sistema de clasificación de pacientes que pudiera ser fácilmente incorporado como base de los sistemas de información hospitalarios y que permitiera una respuesta hospitalaria basada en la mejora de la eficiencia, sobre todo a través de la participación de los médicos en la gestión de los casos. Este sistema de clasificación de pacientes introducido en este hospital se llama sistema de **GRD's o grupos relacionados con el diagnóstico** como norma para la medición del producto final hospitalario. Este nuevo sistema reúne las siguientes propiedades:

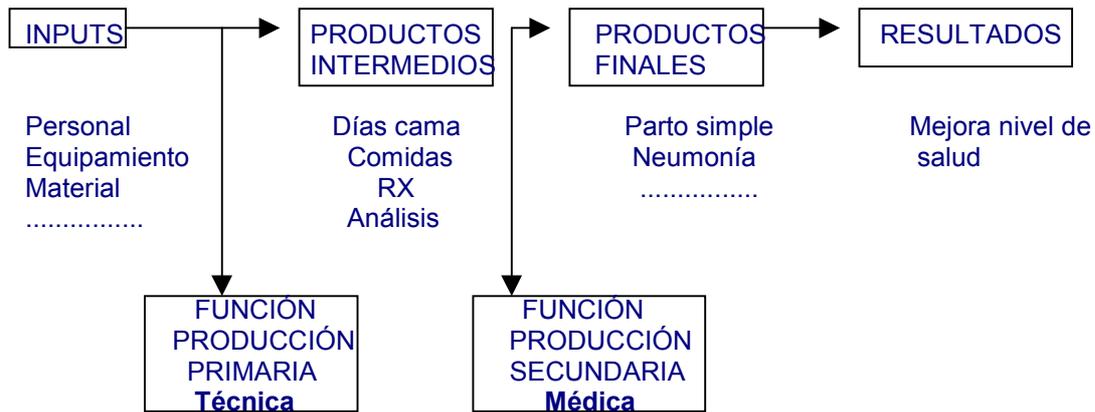
- Utilidad como instrumento de gestión dirigido hacia la mejora de la eficiencia.
- Hace que la homogeneidad del producto final se haga en términos de recursos consumidos (unidades de coste).
- Consta de un número no excesivo de clases para asegurar la manejabilidad.
- Posibilita la participación de los médicos en la gestión del producto final hospitalario.





LOS GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO

PROCESOS PRODUCTIVOS EN EL HOSPITAL



La función del hospital es el cuidado de pacientes. La función de los médicos en la organización hospitalaria es la de determinar cuáles son los cuidados adecuados a cada paciente de acuerdo con las necesidades de éste. Otras unidades del hospital le ofrecen los bienes y servicios que requiere para ello (camas equipadas, hostelería, limpieza, servicios de radiología. Laboratorios, etc..)

En la figura se diferencian claramente estos dos tipos de funciones de producción:

Técnica: Pone a disposición del médico un conjunto de bienes y servicios.

Médica: Ejercida por los médicos que atienden directamente a pacientes, que determina que uso hacer de dichos servicios de acuerdo con las necesidades de los pacientes.

La definición de categorías de pacientes es imprescindible para el conocimiento de la producción médica.

Disponiendo de un sistema de clasificación de pacientes, la casuística hospitalaria o Case Mix podría expresarse como un vector compuesto por el volumen de cada tipología de paciente atendida:

60 apendicectomías + 200 partos vaginales + 27 infartos agudo de miocardio + etc... El sistema de clasificación de pacientes GRD está formado por grupos de isodiagnóstico y hacen referencia al diagnóstico principal. Expresa diversos niveles de necesidades entre los pacientes de un mismo grupo.

Este sistema de clasificación de pacientes ha sido desarrollado a través del análisis estadístico de una base de datos amplia, se basan en la información disponible en los CMBD (conjunto mínimo básico de datos) habituales y se ha diseñado como clasificación de isoconsumos de recursos.





La información necesaria para la clasificación del paciente en un GRD incluye:

- Edad
- Sexo
- Diagnóstico principal
- Otros diagnósticos presentes
- Procedimientos
- Circunstancias respecto al alta (alta a domicilio, traslado, defunción, etc..)

El Diagnóstico principal es la condición, que al finalizar el proceso de hospitalización se considera la causa responsable del ingreso del enfermo en el hospital.

CÁLCULO DE LOS COSTES PARA CADA PROCESO/INDIVIDUO

Cada uno de los grupos de enfermedades lleva asignado un peso que se calcula en función de la complejidad del proceso. En la actualidad y según el programa informático de la unidad de gestión analítica se pueden calcular los costes de cada grupo de procesos de los servicios finales en función al peso calculado para cada uno de los grupos.

Más allá de la complejidad del proceso se podría calcular en cada hospital incluso el **precio** o el coste de cada proceso con un buen flujo de información hacia el paciente individualizado, es decir, afectamos los costes a las enfermedades e individualizamos porque las características clínicas de cada paciente son siempre distintas a pesar de que el circuito médico de la enfermedad sea el mismo.

Comparar para racionalizar:

En la asignación de costes a cada grupo de enfermedades, se deben de separar los costes de estructura fijos de los costes variables o específicos de cada una de ellas ya que estos últimos son los que permitirán hacer comparaciones entre los distintos centros de asistencia sanitaria para una misma enfermedad, y de esta manera racionalizar la productividad del sistema sanitario. En cuanto a la experiencia francesa el centro sanitario anticanceroso *Institut Gustave Roussy* parte de una estructura de centros de coste muy específica en la que existe una clara separación entre los costes fijos o de estructura y los costes variables, que son los que en definitiva permitirán efectuar comparaciones.

Precio/Valor:

No se puede poner **precio** a la salud pero sí a los procesos que generan el producto final que es la salud y este precio debería ser el precio ficticio más alto posible porque los procesos son los que generan los costes y según estos se generan los *atributos*, a su vez los atributos son los que generan *el valor* y este valor generará como punto final *el precio*.

Aunque se partiera de unos estándares de costes o de precio por producto basados en los costes históricos se deberían de tener recursos de medida del **Valor** en cada hospital que efectuarían los clientes-pacientes y de alguna manera calcular un precio por producto casi de forma automática según unos baremos de calidad. El cliente no compra el proceso sino la salud propia e individual. El valor que percibe el cliente al final será el grado de satisfacción en el que influyen diferentes factores:-

- Calidad en el trato
- Calidad en cuanto al producto hotelero
- Calidad en el circuito médico
- Calidad en los procesos de diagnóstico



En general calidad del servicio en el tratamiento de la enfermedad concreta.

Podemos referirnos a una **optimización de la cadena de valor**, sin referirnos única y exclusivamente a la reducción de los costes, ya que esta reducción tiene un límite que no se puede sobrepasar, si queremos mantener los criterios de calidad y satisfacción del cliente. Es por ello que nos estamos refiriendo a la búsqueda de nuevas actividades estratégicas, que configuren un valor añadido positivo a nivel de la organización empresarial, y que precisen de toda la información generada en el entorno interno y externo a la organización empresarial, información que se obtiene en el ámbito de la dirección estratégica.

Para optimizar ese valor debemos antes crear recursos que midan el valor de la asistencia sanitaria que es percibida por los pacientes para ponerlo en relación con el precio (aumento del valor en 1 grado/aumento del precio en x ptas.) En un sistema de salud público gratuito y masificado está siempre camuflado. Para todos sería justo poseer una medida que llamaríamos precio, que aumente o disminuya en la medida en que aumente o disminuya el grado de valoración y que estableciera justa y periódicamente la satisfacción de los que utilizamos este sistema de salud.

Sería como un juego de mercado en que los clientes estarían dispuestos a pagar más a mayor calidad y donde se observaría que la calidad no ha subido si los clientes no suben el precio.

CONCLUSIÓN

Estos baremos son muy difíciles de establecer porque falta algo muy importante para medir el valor en todas las facetas y es LA COMPARACIÓN por parte de los clientes. Los clientes de un hospital público casi nunca pueden establecer una comparación pues muchos solo conocen su hospital. Pero lo que sí existirá será la comparación entre hospitales incorporando un único baremo de medida del valor y comparando los puntos de valoración sumados que salgan en cada uno de los hospitales estableciendo una media. Es decir lo mismo que se comparan los costes de enfermedades entre hospitales se comparan los baremos de calidad o valor de asistencia o grado de satisfacción.

Se necesitaría la colaboración de todos o de un buen grupo de hospitales no solo para conseguir el fin que serían estas comparaciones deseadas sino también para establecer unos buenos modelos de valoración por proceso, por producto o por servicio así como estar en alerta continua para incidir en los baremos en el momento que lo precisen.

BIBLIOGRAFÍA

- Contabilidad de Costes y Analítica de Gestión para las decisiones estratégicas. "Felipe Blanco Ibarra".
- Grd's. Grupos Relacionados con el Diagnóstico. "Mercé Casas". Año 1994.
- Otras referencias de Gestión Analítica en NuevoHospital:
Volumen II, N°4, 2002 (N° Edición: 6, Publicado el 8 de febrero de 2002):
 - Evolución de la Gestión Analítica (I) (pp. 2-5)
 - Generalidades sobre el funcionamiento de la Contabilidad Analítica en el Hospital Virgen de la Concha (II) (pp. 6-9)



SEGUIMIENTO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA. RESULTADOS DEL AÑO 2001.

M^a Soledad Martínez Sáez

**HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
Servicio de Medicina Preventiva
Facultativo Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.**

Agradecimiento:
Al Servicio de Admisión y Documentación Clínica por facilitar la información.

INTRODUCCIÓN

La quimioprofilaxis antimicrobiana es claramente costo efectiva en la prevención de la infección de la herida quirúrgica en muchos procedimientos, es decir es eficaz y resulta más barata que el tratamiento completo de todas las infecciones que evita, incluso en ciertos procedimientos de cirugía limpia.

El hospital dispone de un protocolo de profilaxis antibiótica, actualmente en proceso de revisión, con el fin de mejorar el cumplimiento de la profilaxis sin menoscabar la calidad científica de sus principios.

El estudio cuyos resultados se exponen tiene el objeto de conocer el grado de cumplimiento de la profilaxis antimicrobiana en las diferentes intervenciones quirúrgicas.

MÉTODO

- Se revisaron los expedientes clínicos de todas los pacientes que fueron intervenidos en el mes de Abril 2001.
- La información de cada intervención fue procesada en una base de datos (DBASE IV) y analizada utilizando el programa EPIINFO



RESULTADOS

I.-DATOS GENERALES

1. El nº de intervenciones quirúrgica en ese periodo de estudio fue de 428.
2. El nº de intervenciones quirúrgica evaluadas fue de 418 (97% del total)
3. La distribución de las intervenciones quirúrgicas según carga bacteriana:

Cirugía limpia con implante:	105	25,1%
Cirugía limpia (*)	293	45%
Cirugía limpia – contaminada:	55	13,2%
Cirugía contaminada:	27	6,5%
Cirugía sucia:	43	10,3%

(*)Se incluye cirugía limpia con y sin implante

4. Excluyendo la cirugía sucia, el nº de intervenciones quirúrgicas subsidiarias de profilaxis antibiótica: 375 (90%) del total.
5. El numero de intervenciones quirúrgicas en donde la profilaxis antibiótica se ajusta al protocolo del Hospital es de 269 (72% de las intervenciones excluyendo la cirugía sucia) 106 fueron las intervenciones en que la profilaxis fue inadecuada.
6. Cumplimiento adecuado de la profilaxis según el tipo de la cirugía:

Limpia con implante:	73	70%
Limpia:	229	78%
Limpia- contaminada:	28	51%
Contaminada:	12	44%

7. Las causas en donde la profilaxis no se ajusta a protocolo

1º grupo: Régimen antibiótico inadecuado en intervenciones donde esta indicada y se hizo profilaxis:65 intervenciones 61,3% (*)

Antibiótico inadecuado:	37	35%
Duración inadecuada:	31	29%
Momento inicio inadecuado:	18	17%
Dosis inadecuada:	12	11%

2º grupo: Indicación de la profilaxis inadecuada, es decir la profilaxis estaba indicada sin embargo no se administró y viceversa: 23%* y 16%* respectivamente (25 y 17 intervenciones)



II.- DATOS POR SERVICIOS QUIRÚRGICOS

II.1- GINECOLOGÍA- OBSTETRICIA

A.- N° de intervenciones quirúrgicas evaluadas: 52

B.- Distribución por grado de contaminación de la cirugía:

Limpia sin implante:	45	86,5%
Limpia contaminada:	4	7,7%
Cirugía sucia:	3	6,6%

(*)Porcentaje con respecto al total de intervenciones en donde la profilaxis fue inadecuada.

C.- Excluyendo la cirugía sucia, el número de intervenciones la profilaxis fue adecuada:45(92%)

D.- Causas del mal cumplimiento del protocolo:

1º grupo: indicación inadecuada: 3 intervenciones

2º grupo: régimen profiláctico inadecuado: 1 intervención(el antibiótico elegido y la duración fueron inadecuados

II.2-TRAUMATOLOGÍA

A.- N° de intervenciones quirúrgicas evualadas: 120

B.- Distribución por carga bacteriana de la cirugía:

Limpia con implante:	63	52,5%
Limpia:	117	97%
Limpia – contaminada:	1	0,8%
Sucia:	2	1,8%

C.- Excluyendo la cirugía sucia el n° de intervenciones donde la profilaxis antibiótica fue adecuada: 89 (75,5%)

D.- Causas del mal cumplimiento del protocolo:

1º grupo: régimen antibiótico inadecuado:14 intervenciones, 48%(*)

- 27%(*) dosis inadecuada (8 intervenciones)
- 17%(*) momento de inicio(5 intervenciones)
- 3%(*)antibiótico y duración inadecuados(1 intervención)

2º grupo: indicación inadecuada: es decir la profilaxis estaba indicada sin embargo no se administró y viceversa: 41%(*) y 14%(*) respectivamente (12 y 4 intervenciones).

(*)Porcentaje con respecto al total de intervenciones en donde la profilaxis fue inadecuada





II.3- CIRUGÍA GENERAL

A.- N° de intervenciones evaluadas: 101

B.- Distribución por carga bacteriana:

Limpia con implante:	10	10%
Limpia:	37	37%
Limpia – contaminada:	18	18%
Contaminada:	9	9%
Sucia:	37	36%

C. – Excluyendo la cirugía sucia, el n° de intervenciones en que la profilaxis fue adecuada: 33 (52%)

D.- Aspectos donde se cumplió mal el protocolo:

1° grupo: régimen profiláctico : 20 intervenciones, 64% (*)

Duración excesiva	16 (52%)
Antibiótico elegido	12 (39%)
Momento de inicio	6 (19%)

2° grupo: indicación :11 intervenciones, 35%(*)

II.4- UROLOGIA

A.- N° de intervenciones evaluadas: 62

B.- Distribución por carga bacteriana:

Limpia:	32 (52%)
Limpia-contaminada:	14 (23%)
Contaminada:	16 (26%)

C.- El nivel de cumplimiento adecuado de la profilaxis:73%(45 intervenciones).

D.- Aspectos en donde la profilaxis no se ajustó a protocolo:

(*)Porcentaje con respecto al total de intervenciones en donde la profilaxis fue inadecuada

1° grupo: Régimen antibiótico inadecuado:16 intervenciones,94%(*)

Antibiótico elegido:	13	76
Duración:	8	47
Dosis:	3	18
Momento de inicio:	1	6

2° grupo: Indicación incorrecta de la profilaxis:1 intervención 6%(*).



II.5- O.R.L.

A.- N° de intervenciones evaluadas:27

B.- Distribución por carga bacteriana:

Limpia:	9 (34%)
Limpia-contaminada:	18 (66%)

C.- La profilaxis antibiótica fue adecuada en 16 intervenciones (60%).

D.- Aspectos de la profilaxis que no se ajustaron al protocolo:

1º grupo: Régimen antibiótico incorrecto: 5 intervenciones 45%(*).

Nº intervenciones Porcentaje(*)

Duración	5 (45%)
Momento de inicio	4 (36%)
Antibiótico elegido	1 (9%)
Dosis	1 (9%)

2º grupo: Indicación de la profilaxis :5 intervenciones, 45%(*).

II.6-OFTALMOLOGÍA

A- Número de intervenciones evaluadas:56

(*)Porcentaje con respecto al total de las intervenciones en donde la profilaxis fue inadecuada

B- Distribución por carga bacteriana:

-Limpia con implante:54 (96%)

-Limpia sin implante:2 (4%)

B- La profilaxis fue adecuada en 42 intervenciones (75%).

D.-Aspectos en los que la profilaxis no se ajustó a protocolo:

1º grupo: Régimen antibiótico inadecuado: 9 intervenciones, 64%(*).

- Antibiótico elegido: 9 64%

- Momento de inicio: 2 14%

2º grupo: Indicación inadecuada de la profilaxis:5 intervenciones 36%(*).





CONCLUSIONES y DISCUSIÓN

El grado de cumplimiento de la profilaxis en general es menor en la cirugía limpia-contaminada y contaminada, donde está fuertemente indicada.

Se ha mejorado los resultados con respecto a los del año anterior(la profilaxis fue adecuada en un 68%)

Dentro del grupo de causas "régimen antibiótico inadecuado", los dos aspectos en donde el cumplimiento fue peor:la elección del antibiótico y la duración, siendo ésta excesiva.

Es preciso hacer un esfuerzo general por parte de todos los profesionales implicados en la infección nosocomial para que el nivel de cumplimiento de la profilaxis prequirúrgica mejore.



Cartas al editor

ESTUDIO GENÉTICO EN LA SORDERA

Felipe Moreno Herrero

HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID
Unidad de Genética Molecular

Zamorano por nacimiento y, también, por sentimiento, aprovecho la ocasión brindada por “*Nuevo Hospital*” para solicitar vuestra colaboración en los estudios que, con mi equipo, estoy desarrollando en el Hospital Ramón y Cajal, de Madrid.

Es hoy reconocido universalmente que toda patología tiene un componente genético que, en muchos casos, es determinante. Las **hipoacusias o sorderas** no son una excepción. Al menos el 70% de las sorderas son debidas a alteraciones (mutaciones) genéticas que se transmiten de generación en generación. Nosotros estamos interesados en identificar los genes involucrados y la alteración específica que causa la hipoacusia en cada familia y paciente. Digo en cada familia porque la etiología genética de las sorderas es muy heterogénea. No podría esperarse otra cosa de la complejidad estructural y funcional del oído interno. De hecho, se conoce la localización cromosómica de una centena de genes cuyas alteraciones pueden desencadenar sordera. Sordera que puede ser pura, sin otros síntomas clínicos, o sindrómica, asociada a defectos en otros órganos o tejidos, como ojos, riñón, piel, etc.

El conocimiento de los genes de sordera y de las alteraciones que la producen, permitirá su clasificación científica, la posibilidad de terapias adaptadas a cada caso, y el asesoramiento genético de pacientes y familias con vistas a la prevención.

Por todo ello, invito a los lectores a contribuir al estudio difundiendo esta información entre los profesionales de la Sanidad y entre pacientes y amigos. Para participar en el estudio contactarán con :

Dr. Felipe Moreno.
Tfno: (91) 336.85.41
Fax : (91) 336.90.16
E-mail: fmoreno@hrc.insalud.es

Salud, amigos zamoranos.



CURSO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. NIVEL BASICO.

José Bonifacio Martínez

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
Servicio de Prevención del Area de Salud de Zamora

Se ha programado por la Dirección del Hospital Virgen de la Concha y ante la actualidad de la Prevención de Riesgos Laborales, la impartición de un curso con los objetivos que más adelante se indican, encargándole la coordinación del mismo al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Area de Salud de Zamora.

Se ha finalizado el día 22 de Enero según estaba programado y habida cuenta de los comentarios de alumnos y ponente puede considerarse que ha sido lo satisfactorio y provechoso que se esperaba.

Las características y programa han sido las siguientes:

Duración lectiva del curso: 50 horas.

Fechas de celebración: 1ª parte noviembre 2001 y 2ª parte enero 2002.

Lugar de celebración: Dependencias de la Escuela Universitaria de Enfermería en Tres Cruces, Zamora.

Destinatarios: Todo el personal del Area de Salud del INSALUD. De Zamora.

Financiación y organización: Atención Especializada del Area de Salud de Zamora, INSALUD.

Diploma: Se expedirá a aquellas personas que por lo menos hayan acudido 45 horas al curso.

Coordinador: D. José Bonifacio Martínez, Servicio de Prevención, del Area de Salud de Zamora.

Objetivos del Curso:

Obtener conocimientos básicos para la prevención de riesgos laborales y modo de gestionar la prevención, con la finalidad de alcanzar la formación y acreditación del nivel básico.

Ponentes:

- D. José Bonifacio Martínez, Técnico Superior de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio de Prevención del Area de Salud de Zamora.
- D. Eduardo Corrales Rodríguez; Técnico Superior de Prevención de Riesgos Laborales y Jefe de Servicio de Mantenimiento del Hospital Virgen de la Concha.
- D. Angel Marino Prieto, Técnico Superior de Prevención de Riesgos Laborales y Jefe de Sección de Mantenimiento del Hospital Virgen de la Concha.
- Dª. Aurora Vecino Martín, Técnico de Prevención de Riesgos Laborales . Nivel Intermedio del Servicio de Prevención del Area de Salud de Zamora.
- Dª Mª Pilar Avellaner Lacal, A.T.S. DUE del Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Concha.
- Dª Anselma Fernández Testa, Licenciada en Medicina y Cirugía , del Servicio de Urgencias del Hospital de la Concha de Zamora.



Programa:

Curso de Prevención de Riesgos Laborales.

Programa para el desempeño de las funciones de nivel básico:

I.- Conceptos básicos sobre seguridad y salud en el trabajo.

- a.- El Trabajo y la Salud: los riesgos profesionales. Factores de riesgo.
- b.- Daños derivados de trabajo. Los Accidentes de Trabajo y las Enfermedades profesionales. Otras patologías derivadas del trabajo.
- c.- Marco normativo básico en materia de prevención de riesgos laborales. Derechos y deberes básicos en esta materia.

II.- Riesgos generales y su prevención.

- a.- Riesgos ligados a las condiciones de Seguridad.
- b.- Riesgos ligados al medio-ambiente de trabajo.
- c.- La carga de trabajo, la fatiga y la insatisfacción laboral.
- d.- Sistemas elementales de control de riesgos. Protección colectiva e individual.
- e.- Planes de emergencia y evacuación. Formación básica en aspectos sobre riesgos de incendio.
- f.- El control de la salud de los trabajadores.

III.- Riesgos específicos y su prevención en el sector correspondiente a la actividad de la empresa.

IV.- Elementos básicos de gestión de la prevención de riesgos.

- a.- Organismo públicos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- b.- Organización del trabajo preventivo: " rutinas " básicas.
- c.- Documentación: recogida, elaboración y archivo.

V.- Primeros auxilios.

Comentarios:

El Reglamento de los Servicios de Prevención (R.D. 39/1997 de 17 de enero) y la Orden de Desarrollo de 27 de junio 97, establece el contenido del programas de Nivel Básico en 50 horas lectivas, para las empresas cuyas actividad ó actividades, se encuentra reseñada en el Anexo I, del citado Reglamento, encontrándose la actividad Sanitaria y hospitalaria en el citado anexo en varios epígrafes del mismo.

Nº de alumnos asistentes: 25

Acreditación:

Se expedirá Diploma Acreditativo de Técnico de Prevención de Riesgos Laborales. Nivel Básico, por la Institución acreditado por el Director Gerente y por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Area de Salud de Zamora.





NORMAS DE PUBLICACIÓN

NuevoHospital recogerá trabajos de todas las áreas y se comportará como transmisor y amplificador de la actividad:

- Noticias: cualquier noticia o comunicación relacionada con la Calidad (congresos, reuniones, libros, etc.)
- Colaboraciones: artículos relacionados con Calidad Asistencial que envíen nuestros lectores.
- Plan de Calidad: información referente a la evolución del plan de Calidad (objetivos, metodología, investigación, resultados de actividad)

Objetivos:

- Difundir conocimientos sobre Calidad asistencial (metodología, objetivos de calidad, plan de Calidad) que ayuden a mejorar la formación de todas aquellas personas implicadas en la mejora continua de la Calidad.
- Mejorar la comunicación dentro del Hospital
- Mejorar la información sobre la actividad sanitaria en el Área de Salud de Zamora
- Aumentar el nivel formativo en cultura de la Calidad
- Incrementar y mejorar la información del Hospital a la Sociedad
- Incentivar la investigación en Calidad

Temas:

Cualquier tema relacionado con Calidad asistencial (objetivos de Calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.). Se clasificarán en editorial, conceptuales, gestión de procesos, tecnología y cartas al editor.

Los temas se agruparán en distintas secciones:

- **EDITORIAL:** colaboraciones especiales de expertos en temas de Calidad
- **CONCEPTUALES:** artículos que desarrollan temas básicos de conocimientos en Calidad (metodología, estadística, epidemiología, etc.)
- **GESTIÓN DE PROCESOS:** en este apartado se darán cabida a la mayoría de los artículos referidos a la actividad sanitaria ("calidad es todo")
- **TECNOLOGÍA:** artículos relacionados con la implantación de nuevas tecnologías (fundamentos técnicos, protocolos, indicaciones, etc.)
- **CARTAS AL EDITOR:** comentarios sobre artículos aparecidos en la revista
- **NÚMEROS MONOGRÁFICOS:** temas y documentos que por su extensión precisen número especial

NuevoHospital se publica en dos formatos:

- Electrónica: en formato pdf, alojada en la página web de la Unidad de Calidad. Tendrá contenidos propios. Todos los trabajos se publicarán en este formato.
- Papel: en tamaño A3 y edición limitada para reparto por servicios unidades y órganos de representación. Habrá dos tipos de publicación: una **trimestral** que contendrá el resumen de la actividad en el trimestre y otra **serie monográfica** en la que se publicarán los manuales y guías del hospital.

- Estructura de los trabajos:

- Título
- Autor/es (nombre/s y apellidos)
- Área - servicio ó unidad
- Función o cargo que desempeña/n

- Resumen
- Introducción (motivación, justificación, objetivos)
- Texto: según el tema que se trate
 - en trabajos de investigación: material y métodos, resultados, comentarios-discusión
 - en artículos de revisión bibliográfica: desarrollo del tema, comentarios-discusión
- Conclusiones
- Bibliografía

- Formato de los trabajos:

- presentación **en MS-Word** (en disquette ó por correo electrónico)
- tipo y tamaño de letra: **Arial de 10 puntos**
- **tamaño de papel A4** (en el caso de ser enviados por correo ordinario, se ha de acompañar el disquette con una copia en papel)
- **extensión máxima 4 folios.** Los trabajos de mayor extensión podrán ser publicados como monografías
 - pueden incluirse tablas o dibujos (blanco y negro)
 - en la versión digital podrán incluirse fotografías y gráficos en color

- los trabajos han de tener el formato definitivo para ser publicados

- Modo de envío de los trabajos:

- **por correo ordinario:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Avda. Requejo N° 35. 49022 Zamora
 - depositándolos **directamente** en la Unidad de Investigación ó en la Unidad de Calidad (indicar en el sobre que es para publicar en la revista NuevoHospital)
- **por correo electrónico:** calidad_zamora@yahoo.es (disponible en la web: www.calidadzamora.com)





Recomendaciones para los autores

Recordamos que NuevoHospital publicará artículos relacionados con la Salud Pública y Calidad Asistencial.

Los trabajos se clasifican en:

- EDITORIALES
- CONCEPTUALES
- GESTIÓN DE PROCESOS
- TECNOLOGÍA
- CARTAS AL EDITOR
- MONOGRÁFICOS

Los trabajos que por su extensión e interés superen los 10 folios se publicarán como monográficos

Las normas para la publicación pueden consultarse en el Número 1 y en la web principal de la Unidad de Calidad (www.calidadzamora.com)

El principal objetivo de la revista está en facilitar la información para que esta llegue a todos y hacer pública la actividad del Hospital.

Todos los temas son interesantes. El Comité de Redacción anima a todos a participar, desde cualquiera de las áreas de trabajo.

