



# NuevoHospital versión

digital

<b>PROTOCOLO DE VALORACIÓN DEL RIESGO SOCIAL AL INGRESO HOSPITALARIO</b>	<b>2</b>
<i>M<sup>a</sup> Angeles Escaja Muga</i>	
<b>A PROPÓSITO DE LOS PLANES DE COMUNICACIÓN INTERNA</b>	<b>3</b>
<i>Rafael López Iglesias</i>	
<b>LA DOCUMENTACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (III): REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN</b>	<b>5</b>
<i>Jose Luis Pardal Refoyo</i>	
<b>Unas letras entre tanta ciencia: BREVE EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS BIBLIOTECAS DE CIENCIAS DE LA SALUD EN ESPAÑA: LA BIBLIOTECA Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</b>	<b>7</b>
<i>Beatriz Muñoz Martín</i>	
<b>INFORME SOBRE LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE DONACION DE ORGANOS DEL AÑO 2002.</b>	<b>8</b>
<i>Teresa Saldaña Fernández</i>	
<b>PROGRAMA DE INTERCAMBIO HOPE 2002. PORTUGAL. (HOPE EXCHANGE PROGRAMME 2002)</b>	<b>9</b>
<i>Margarita Rodríguez Pajares</i>	
<b>Indice de números publicados en NuevoHospital digital (internet)</b>	<b>11</b>
<b>Normas de Publicación</b>	<b>12</b>

NuevoHospital  
**Unidad de Calidad**  
Hospital Virgen de la Concha  
Avda. Requejo 35  
49022 Zamora  
Tfno. 980 548 200  
www.calidadzamora.com

**Periodicidad:** irregular  
**Editor:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad  
**Coordinación Editorial:** Rafael López Iglesias (Director Gerente)  
**Dirección:** Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)  
**Comité de Redacción:**  
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)  
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)  
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)  
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)  
**ISSN: 1578-7516**

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.





## PROTOCOLO DE VALORACIÓN DEL RIESGO SOCIAL AL INGRESO HOSPITALARIO

### ANTECEDENTES.

En 1999 desde la Subdirección General de Atención Especializada, se implantó en toda la red de Hospitales del INSALUD el "Programa para Valoración del Riesgo Social en el Ingreso Hospitalario", para conseguir que, una vez que en los pacientes ingresados cesaran las causas médicas que condicionaron su ingreso, no causaran estancias innecesarias por problemas sociales.

Dicho programa se dio a conocer, a través de los Jefes de Servicio y Supervisoras en todo el Hospital. Este año se pretende dar un nuevo empuje y actualizarlo.

### LINEAS GENERALES DEL PROGRAMA:

#### 1.-Objetivo General:

-Desarrollar un sistema que mejore el proceso de PLANIFICACIÓN DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS.

#### 2.-Objetivos específicos:

- Evitar estancias y reingresos innecesarios por causas sociales.
- Colaborar en la implantación de programas que mejoren la calidad asistencial en los centros hospitalarios.
- Conocer en qué servicios hospitalarios y en qué porcentajes, existen estancias evitables por causas sociales.
- Potenciar la coordinación de recursos.

#### 3.-Población a la que se dirige:

Aquella a la que por su edad y sobre todo por su patología y características sociales, se considere que puede tener problemas para regresar a su domicilio si no tiene el apoyo familiar o social suficiente,

Algunos factores de riesgo que deben considerarse:

- Mayores de 75 años que viven solos o con compañero anciano.
- A.C.V.
- Demencia.
- Estado vegetativo.
- V.I.H.
- Fracturas cadera en ancianos.
- Abandono de menores.
- Distocia social (población marginal)
- Terminales.
- Etc...

#### 4.- Areas implicadas:

Las unidades que previsiblemente detecten al ingreso del paciente la problemática social que dificulte el retorno a su domicilio, una vez que no es necesaria su hospitalización por causas clínicas.

Podrían ser:

- Servicio de Admisión.
- S.A.U.
- Unidades de Enfermería.
- Servicios Médicos.
- Centros de Atención Primaria.
- Cualquier otra Unidad.

#### 5.-Desarrollo del Programa:

- Envío de la relación de personas, con las características mencionadas, desde el Servicio de Admisión a la Trabajadora Social.
- En los primeros días de ingreso, los servicios médicos, controles de enfermería o cualquiera de las áreas implicadas harán llegar a la Trabajadora Social, una hoja de derivación ( existe modelo) con los datos de la persona y el supuesto problema detectado.
- La Trabajadora Social estudiará el posible riesgo o problema social al alta, hará la entrevista y realizará las gestiones oportunas a lo largo del ingreso hospitalario, para la resolución del problema.
- Recogerá todos los datos en la hoja de derivación, la cual quedará incluida en la Historia Clínica del Paciente. Debiendo ser codificada por el personal encargado de la codificación (códigos V de la C.I.E. 9. M. C -V60 -V63.9).
- La Trabajadora Social registrará todos los pacientes entrevistados, recogiendo los datos de interés, haciendo mensualmente una evaluación
- Evaluación de los resultados y proposición de soluciones para el mejor aprovechamiento de los recursos existentes.

**Mª Angeles Escaja Muga.**

Trabajadora Social

Servicio de Atención al Usuario

Hospital "Virgen de la Concha". Zamora





## A PROPÓSITO DE LOS PLANES DE COMUNICACIÓN INTERNA

**“Comunicarse, comunicarse, y entonces comunicarse de nuevo.”**

Bob Nelson, Escritor

Cuando me planteo el dilema: Elegir entre el silencio o la comunicación, la respuesta es rápida: LA COMUNICACIÓN. El 7 de Octubre de 1.999 el Presidente Ejecutivo del extinto INSALUD, **D. Alberto Nuñez Feijoo**, aprobó el Plan Estratégico del Hospital “Virgen de la Concha”, en este documento se recogía la elaboración de un Plan de Comunicación orientado a difundir la información necesaria, tanto a los agentes internos como externos del Hospital, definiendo los objetivos, mensajes, acciones y medidas concretas. Posicionando una política de comunicación que aprovechara las nuevas tecnologías, para agilizar flujos de información verticales, tanto ascendentes como descendentes y horizontales.

El Plan Anual de Gestión del año 2.002, rubricado por el Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud de **SACYL, D. Antonio M<sup>a</sup> Saez Aguado**, establece entre sus objetivos, que el Hospital “Virgen de la Concha” elaborará un Plan de Comunicación Interna, que sirva como herramienta esencial en el seno de nuestra organización y tendrá que documentarse por escrito, incluyendo al menos:

- Tipología de las informaciones a transmitir sistemáticamente
- Ambitos de difusión
- Canales a utilizar
- Responsables principales de cada tipo de comunicación.

La Comunicación no puede ser entendida como una mera transmisión de la información de los directivos a los trabajadores, o como herramienta de “quita y pon” que se utiliza únicamente cuando existe un conflicto. Estamos en un momento histórico donde los cambios sociales y tecnológicos se realizan a gran velocidad, las posibilidades de comunicación son vertiginosas y la gestión del conocimiento es fundamental, siendo por tanto básico, en este periodo, que un PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA, se integre en el Hospital y sirva de herramienta que facilite la gestión del cambio y la mejora continua, actuando como un recurso, un activo que tenemos que gestionar y que aportará, sin duda alguna, las siguientes ventajas:

- Coordinación entre distintos niveles, fortaleciendo el trabajo en equipo, que permitirá alcanzar los objetivos estratégicos
- Favorecer el cambio, facultando la introducción, difusión, aceptación e interiorización de nuevos valores y pautas de gestión.
- Mejora de la calidad de vida laboral, de los productos y servicios ofrecidos por la organización.
- Como instrumento de motivación, refuerza la identificación de los profesionales con el Hospital favoreciendo las iniciativas y la creatividad.

El Plan de comunicación interna del Hospital “Virgen de la Concha” se ha elaborado bajo la responsabilidad de la Dirección Gerencia y dentro de la programación establecida, estamos en la **fase de análisis de la situación de la comunicación en nuestra organización hospitalaria**, los canales y circuitos que se van a utilizar en el Hospital son los siguientes:

- **Intranet e internet**; permitiendo centralizar la información, las redes internas corporativas facilitan una excelente gestión de los conocimientos de la propia organización.
- **Boletines o revistas internas**, como es **NUEVO HOSPITAL** que se ha convertido en vehículo de información de calidad e información general.
- **Tablones de anuncios**
- **Notas interiores**
- **Buzones de sugerencias**
- **Reuniones de Comisiones** que faciliten la participación y la toma de decisiones, desde la Comisión de Dirección hasta las Comisiones Clínicas y no Clínicas.
- **Comunicación verbal**, el lenguaje como instrumento paradigmático del hombre como individuo social.
- **Manuales, protocolos o guías** de procedimientos, como normas esenciales de funcionamiento ante situaciones determinadas; así como de acogida a los nuevos trabajadores.

La comunicación tiene sus riesgos y sus propias barreras, un Plan de comunicación evitará la situación que se describe a continuación, aunque con exageraciones propias de una caricatura en una organización vertical y férreamente jerarquizada con comunicación descendente:

*El coronel de un cuartel es informado por los astrónomos que al día siguiente se producirá un eclipse de sol, este transmite al comandante lo siguiente “Mañana a las nueve de la mañana tendrá lugar un eclipse de sol, por este motivo se reunirán todos los hombres en el patio con uniforme de gimnasia y yo explicaré el fenómeno, en caso de lluvia, como no se podrá ver nada, envíelos al*



*gimnasio”, este, el comandante se lo comunica al capitán, este al teniente, el teniente al sargento y a su vez este al cabo y el cabo transmite la información a los soldados, que a su vez al comentar la noticia por teléfono con sus familiares explican “Parece que mañana, si llueve, el sol eclipsará al coronel en el gimnasio ¡Lástima que esto no suceda todos los días!. En las organizaciones hospitalarias, tan complejas, quien no se ha encontrado con situaciones similares?*

Se evitarán en lo posible las barreras de la comunicación: **deformación, filtraciones** (manipulación) **sobrecarga** (excesiva información) **falta de aceptación** (ambigüedad, imprecisión) **cortocircuitos** (al saltarse los niveles estructurados) y **hermetismo** (falta de confianza y de cultura participativa)

El Plan de Comunicación del Hospital “Virgen de la Concha” se brinda, como **instrumento que cubre las necesidades de información que tienen los profesionales de nuestra organización, para realizar correctamente su trabajo diario**

**Rafael López Iglesias**  
Director Gerente de Atención especializada



## LA DOCUMENTACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (III): REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

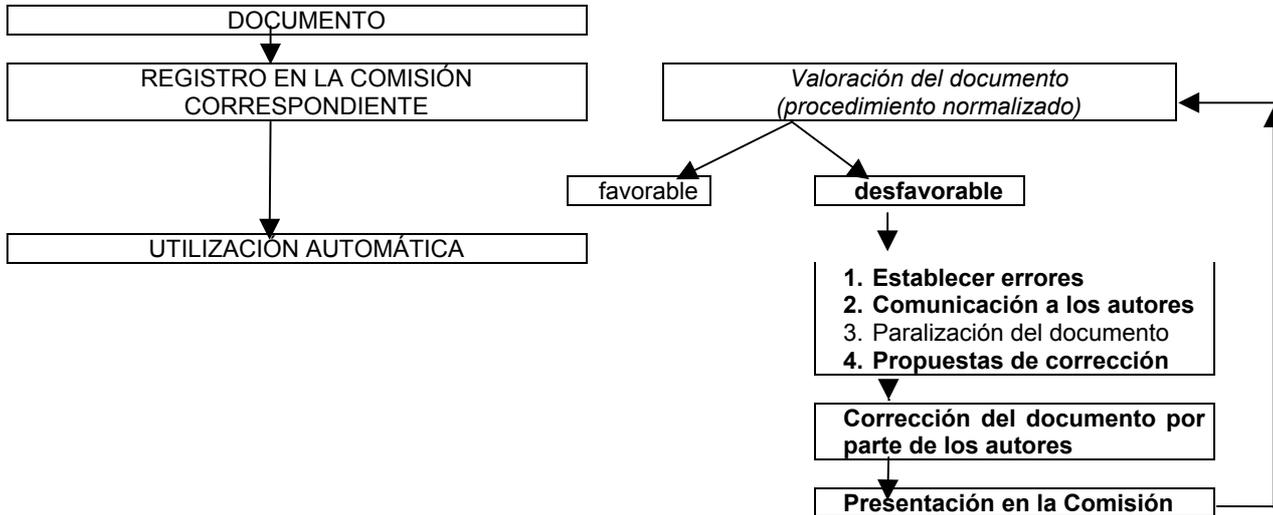
Como hemos venido desarrollando en los números anteriores, la documentación (en cualquiera de los soportes posibles), su correcta elaboración y distribución es la base para la implantación y desarrollo del sistema de calidad. En el capítulo 7 y 8 de nuestro MANUAL DE CALIDAD se detallan los aspectos formales que han de cumplir los documentos. Este aspecto es de gran importancia puesto que frecuentemente los documentos que manejamos carecen de alguno de ellos, lo que, desde un punto de vista de gestión de calidad los invalida aunque sean útiles. Me refiero a documentos en los que falta la identificación de la fecha de elaboración, la última revisión o actualización realizada, los nombres de los autores o, incluso, la referencia al hospital o a la institución. Con este breve artículo esperamos aclarar dudas que con frecuencia nos plantean en la Unidad de Calidad.

La documentación del sistema de calidad ha de cumplir los siguientes requisitos como mínimo:

<p><b>1- Requisitos formales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificación del hospital, dirección y teléfono</li> <li>➤ Identificación de la unidad</li> <li>➤ Denominación del documento (título)</li> <li>➤ Fecha de elaboración</li> <li>➤ Persona-s responsable-s</li> <li>➤ Versión (número - año)</li> <li>➤ Última revisión, actualización o modificación (fecha)</li> <li>➤ Identificación del origen de la información:</li> <li>➤ Elaboración propia</li> <li>➤ Tomada de otras fuentes (cita completa literal)</li> </ul>	<p><b>2- Requisitos generales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estar registrados en la comisión correspondiente (ver cuadro)</li> <li>➤ Estar revisados y actualizados</li> <li>➤ Los documentos registrados han de estar disponibles en los puntos de uso</li> <li>➤ Los documentos han de ser legibles y fácilmente identificables</li> <li>➤ Se ha de evitar el uso de documentos obsoletos</li> </ul>
<p><b>3- Requisitos procedimentales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los autores del documento han de enviarlo a la Comisión correspondiente (presidente o secretario)</li> <li>- En la comisión se dará número y fecha de registro. La comisión correspondiente dispondrá de un archivo y registro de los documentos</li> <li>- En la comisión se quedará un ejemplar del documento</li> <li>- El documento entra en funcionamiento desde el momento del registro</li> <li>- Los ejemplares que se utilicen deben consignar la fecha de elaboración ó de revisión del documento</li> <li>- Si la comisión correspondiente detecta anomalía se comunicará por escrito a los autores.</li> <li>- Si la anomalía no se corrige la comisión puede dictaminar la retirada de la documentación</li> <li>- Cada comisión debe establecer los procedimientos de validación de los documentos (normalización y criterios) para orientar a los autores</li> </ul>	
<p><b>4- Comisiones encargadas del registro y validación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PROTOCOLOS, GUÍAS, VÍAS, ALGORITMOS DE DECISIÓN, HOJAS DE RECOGIDAS DE DATOS</li> <li>- PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN</li> <li>- PETICIÓN DE DOCUMENTACIÓN (CLÍNICA, ESTADÍSTICA, etc)</li> <li>- APOYO METODOLÓGICO</li> </ul>	<p><b>COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PROTOCOLOS</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADOS (NUEVOS ó REVISADOS Y MODIFICADOS)</li> <li>- PROGRAMA DE ACOGIDA e INFORMACIÓN AL PACIENTE y/o ALLEGADOS</li> </ul>	<p><b>COMISIÓN DE ÉTICA</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- MODELOS DE HISTORIA CLÍNICA, INFOMES CLÍNICOS y REGISTROS (FICHEROS, MODELOS INFORMATIZADOS, etc)</li> </ul>	<p><b>COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS</b></p>



**Requisitos de la documentación. Validación de documentos en el Hospital Virgen de la Concha.**



**Dr. Jose Luis Pardal Refoyo**  
Médico Especialista en Otorrinolaringología  
Coordinador de Calidad





## NAS LETRAS ENTRE TANTA CIENCIA

### BREVE EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS BIBLIOTECAS DE CIENCIAS DE LA SALUD EN ESPAÑA: LA BIBLIOTECA Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

*“Un intelectual es el que va a una biblioteca incluso cuando no llueve”.*  
André Roussin. Dramaturgo francés

Decíamos en el número pasado (Nuevo Hospital vol.1 nº2) que las Bibliotecas Hospitalarias son bibliotecas de muy reciente creación, desarrolladas y reconocidas formalmente por primera vez en los EEUU, en 1909, con la creación de la Special Libraries Association, dando lugar a organizaciones paralelas en Gran Bretaña (ASLIB) y Francia (ADBS).

Los estudios demuestran que en España no ha existido una tradición de Bibliotecas médicas como en otros países y que ya desde principios de siglo, intelectuales como Ortega y Gasset o José Medinaveitia han denunciado esa falta de previsión por parte de las autoridades a quienes correspondía estructurar una política bibliotecaria acertada para la recuperación y difusión del conocimiento científico. Estos intelectuales solicitaban, de acuerdo con artículos de la época, la creación de Bibliotecas médicas donde se reunieran colecciones de revistas que actualizaran el conocimiento médico. Hubo algunos casos aislados como el de la Biblioteca del Marqués de Valdecilla en Santander (1929) que constituyó una excepción en su época.

Después de la guerra civil y ya en los años sesenta es cuando las Facultades de Medicina empiezan a invertir en publicaciones. También a partir de los años sesenta el Instituto Nacional de Previsión realizó un esfuerzo importante en la creación de centros hospitalarios, pero no hubo la suficiente visión para crear en ellos auténticas bibliotecas que, como otros países, ayudaran a los profesionales sanitarios.

En algunos hospitales y debido a sus programas docentes y de investigación, comenzaron a potenciar bibliotecas, pero sólo desde esta perspectiva, sin reparar en que la práctica asistencial necesitaba de igual manera de la información actualizada. Sólo a partir de 1987 en el Protocolo Técnico del Programa de Auditorias Docentes de Hospitales para la acreditación de formación especializada (Programa MIR) incluye entre las Áreas Generales, el de la Biblioteca.

Esta desorganización y falta de reconocimiento por parte del sistema Nacional de Salud, se ve claramente reflejada cuando el propio Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social (RD 521/1987) omite toda referencia a la Biblioteca Hospitalaria como unidad funcional. Sólo la orden de 31 de julio de 1987 que establece las bases generales del régimen de conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias, dispone una serie de requisitos para “garantizar la utilización de una Biblioteca adecuada” (art.segundo).

El pronóstico de esa situación no parece ser muy alentador y así lo presenta el proyecto de del Grupo de Investigación en Bibliotecas de la Salud sobre “Las Bibliotecas de Ciencias de la Salud en España: situación actual y propuesta de futuro” (1998)

Sin embargo la inquietud de los bibliotecarios de Ciencias de la Salud ha logrado que, desde 1986, se vengán celebrando Jornadas para el intercambio de experiencias y alternativas de solución, logrando la confección de un “Borrador de estándares para Bibliotecas en Ciencias de la Salud” sobre función, organización y gestión; recursos, colecciones y servicios.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- García Martín MA. Función, organización y gestión de la biblioteca hospitalaria. En: VIII Jornadas de Información y Documentación den Ciencias de la Salud. Santiago de Compostela, 1999. P.11-20
- García Martín MA.. La biblioteca hospitalaria e Internet. Med Clin (Barc). 1996 Apr 6;106(13):519
- Grupo de Investigación en Bibliotecas de la Salud.” Las Bibliotecas de Ciencias de la Salud en España: situación actual y propuesta de futuro“. Madrid: Instituto deSalud Carlos III, 1998
- Rodríguez del Castillo M. Las Bibliotecas de Ciencias de la Salud en el Hospita.:8-9

**Beatriz Muñoz Martín.**  
Licenciada en Documentación  
Responsable de Biblioteca.  
Hospital Virgen de la Concha. Zamora





## INFORME SOBRE LA REALIZACION DEL PROCESO DE DONACION DE ORGANOS DEL AÑO 2002.

### 1)- METODO DE IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DE LA O.N.T.

Se realiza el protocolo propuesto por la ONT con la siguiente pauta:

- Valoración de los casos de muerte encefálica ocurridos en el año 2002 en las unidades de críticos del HospitalVirgen de la Concha. En nuestro caso se valoran las muertes encefálicas en la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente y multidisciplinar de que disponemos.
- Se completa por el coordinador hospitalario de trasplantes la hoja definida para este fin por cada caso de muerte encefálica que se produzca en la Unidad.
- Trimestralmente se revisan las hojas y se completa los datos correspondientes a ese periodo (número total de muertes en la UCI. Revisión de las causas de muerte). Posteriormente se envía esta información a la coordinadora autonómica de trasplantes y a la O.N.T.
- Anualmente se revisa de nuevo la información y se completa el conjunto de datos anuales. Esta información se envía a la coordinadora de trasplantes y a la O.N.T.

### 2)- RESULTADOS OBTENIDOS EN LA EVALUACION:

Durante el año 2002 se han detectado 7 muertes encefálicas en la UCI polivalente. De éstas, llegaron a donación de órganos en 2 casos, los otros casos no han llegado a la donación por distintas causas:

- Se presentaron 2 negativas familiares. La primera fue porque el potencial donante no se había expresado en vida. En el segundo caso el fallecido se había expresado en contra de la donación.
- Se presentaron dos contraindicaciones médicas a la donación, por neoplasia vesical y por neoplasia pulmonar.
- Uno de los casos de muerte encefálica no pudo finalizar en donación por parada cardiorrespiratoria irreversible durante el proceso.

### 3)- DIFUSION DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION:

Los resultados de esta evaluación se difunden dentro y fuera del centro hospitalario.

- Fuera del centro: como ya se ha hecho referencia, a la Coordinación Autonómica de Trasplantes y a la ONT. La periodicidad es trimestral y anual.
- Dentro del centro: en la propia Unidad de Cuidados Intensivos, a los profesionales que desarrollan ahí su labor (enfermería, facultativos), de forma trimestral. También se envía información a otros servicios implicados en el proceso de donación-trasplante: Servicio de Urgencias, Servicio de Neurología y Servicio de Medicina Interna.

### 4)- ANALISIS DE LOS RESULTADOS y ACCIONES DE MEJORA DISEÑADOS E IMPLANTADOS.

Del análisis de los resultados se desprende que el número de M.E. detectados es alto, dado que nos encontramos en un centro sin la especialidad de Neurocirugía y por tanto muchos de los enfermos de la población que atendemos que al final hacen muerte encefálica fallecen en otros centros. Los condicionantes de la población que se atiende (edad avanzada y población rural) pueden justificar las contraindicaciones médicas así como las negativas familiares (aunque estas últimas han aumentado respecto de años previos).

En líneas generales la detección de donantes puede considerarse satisfactoria.

- Las acciones de mejora van en distintas direcciones: información de la actividad y formación del personal

- Información. El conocimiento de la actividad y de la importancia de la detección de donantes en los resultados, es fundamental para la toma de conciencia de esta actividad y el cambio en la actitud. La información periódica de los resultados y su comparación con otros centros ayuda a tener presente esta actividad que por sus características especiales no se presenta de forma diaria.
- Formación. Desde la coordinación de trasplantes fomentar la formación de las personas implicadas en esta actividad es una prioridad. Se ha facilitado la asistencia a cursos sobre el proceso de donación-trasplante para los profesionales implicados. Se han promovido conferencias por el personal sanitario centradas en la donación y detección de la muerte encefálica. Así mismo se ha facilitado la rotación en otro centro de un facultativo para ampliar conocimientos en otras tecnologías (Doppler transcraneal) y así agilizar el proceso diagnóstico. El conocimiento actualizado y la formación de los profesionales puede ser la clave para la implicación de todos los que participan en este complejo proceso.

**Dra. Teresa Saldaña Fernández\***  
Médico del Servicio de UVI  
Hospital Virgen de la Concha. Zamora

N.R.: \*Coordinadora de Trasplantes del HVC hasta 2002. En el momento actual la Coordinadora es la Dra. Ana Caballero del Servicio de UVI



## PROGRAMA DE INTERCAMBIO HOPE 2002. PORTUGAL. (HOPE EXCHANGE PROGRAMME 2002)

**INTRODUCCIÓN:** HOPE EXCHANGE PROGRAM es un Programa de intercambio a nivel europeo y anual al que casi todos los profesionales sanitarios pueden acceder. HOPE – Hospitals for Europe - se ha desarrollado durante el mes de mayo del 2002 con el tema : "Continuons Quality Improvement in Health Care" "LA CONTINUIDAD EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA". Está patrocinado por el Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea que es una asociación no gubernamental, creada en 1966, y que está compuesta por Asociaciones Nacionales Hospitalarias, así como por representantes de los Sistemas Nacionales de Salud de los 15 Estados miembros de la Unión Europea más otros países miembros observadores. Su objetivo desde 1989 es conseguir una mejor comprensión del funcionamiento de los sistemas de salud y hospitalario en la Unión Europea y los países de Europa Central y Europa Oriental y, más particularmente, facilitar la cooperación, el intercambio y la libre circulación de profesionales sanitarios. Su fin es formar al personal hospitalario abocado a trabajar en un contexto europeo. Mi programa se desarrolló en Portugal, allí, junto a un grupo de siete personas más, repartidos en diversos hospitales del país, recogimos información durante un mes para resumirla en un proyecto final que se comunicó al resto de los participantes y coordinadores de los diferentes países en una reunión final.

**RESUMEN DEL PROYECTO:** Portugal es un país con 10.355.824 habitantes al 12 de marzo de 2001. 5.355.860 mujeres y 4.999.964 hombres. El 16.4% mayor o igual que 65 años, el 16% menor o igual que 14 con lo que queda un 67,6% de habitantes entre 15 y 64 años. La Constitución Portuguesa en su art. 64 de la Ley 1/97 dice que los servicios de salud han de ser universales, generales y han de intentar ser gratuitos. El estado debe asegurar el acceso a todos y en todas las partes y proporcionar cobertura eficiente.

SNS – Sistema nacional de salud. Existe un sistema nacional de salud y sistemas autonómicos. La ley básica de salud, ley 48/90 define el sistema de salud como el resultado de las iniciativas públicas y privadas. Estructura política: Parlamento - Presidente de la República - Primer Ministro Ministro de Salud / 2 Secretarías de Estado/ Alto Comisario Servicios centrales de salud. Servicio Nacional de Salud (organización administrativa): 5 administraciones regionales de salud y 18 autoridades de salud subregionales. Recursos Humanos: 485 (440-639) habitantes por médico. 302 habitantes por enfermera.

**IQS – INSTITUTO DE CALIDAD EN SALUD.(INSTITUTO DE QUALIDADE EN SAUDE):** Fue creado en el ámbito del Ministerio de Salud el 27 de Abril de 1.999. Está dotado de autonomía científica, técnica y administrativa que ejerce su actividad a nivel nacional. La Sede está en Lisboa y tiene delegaciones en Coimbra y Oporto. Sus objetivos son: Promover la investigación y el desarrollo de la mejora de la asistencia sanitaria, métodos, herramientas y programas. Promover y desarrollar los métodos de acreditación y certificación de la calidad en la asistencia sanitaria. Desarrollar una investigación y la formación continua de todos los profesionales de la salud. Dar apoyo técnico y científico a los profesionales de la salud y a las instituciones sanitarias que forman parte del programa de mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria.

**KING'S FUND:** Programa nacional de calidad. El King's Fund es un organismo sin fines lucrativos fundado en 1897 por Eduardo VII, con sede en Londres. Posee entidad corporativa y actividad independiente. Su objetivo actual es contribuir a estimular la buena práctica y la innovación en todos los aspectos de la asistencia y de la gestión sanitarias. Presenta un único proceso de mejora de la calidad creado para las organizaciones sanitarias tanto para el sector público como para el privado, constituyendo la principal organización que otorga acreditación en Gran Bretaña y a quien el IQS adquirió los derechos de la respectiva norma de acreditación para Portugal, esta acreditación no es un fin en sí misma sino un instrumento para la mejora continua de la calidad. El proceso de acreditación engloba patrones, normas y criterios de actuación, autoevaluación y desarrollo organizacional, y un informe final.

En 1999 celebraron contratos de participación en el programa de acreditación por el KFHQS siete hospitales piloto. En el año 2.000 celebraron contrato de participación nueve hospitales más. En la actualidad existen en total 25 hospitales que han mostrado su interés en trabajar con King's Fund., 1 hospital ha logrado la total acreditación y 2 están en fase de conseguirlo. El 75% de los costes son financiados por la Unión Europea. El objetivo principal es que la mejora continua de la calidad de los servicios de los hospitales forme parte integrante e indisoluble de todas sus actividades.

### Clasificación de los criterios de Acreditación:

- A – Práctica indispensable. Criterios necesarios para la acreditación (aspectos legales esenciales, de seguridad para el paciente y para el personal)
- B – Buena práctica. A contratar en el año siguiente a la acreditación.
- C – Práctica excelente. Más difícil de cumplir.

**IQIP (USA): THE QUALITY CLINICAL INDICATOR PROJECT:** Comienza en Estados Unidos en 1.985, fuera de los Estados Unidos comienza en 1.991. Se utilizan siempre los mismos indicadores clínicos y administrativos rigurosamente definidos y con demostrada validez de campo que evalúan la calidad de la asistencia sanitaria, indicadores que miden la infección en la unidad de cuidados intensivos, la mortalidad de los pacientes ingresados, la mortalidad en el servicio de Neonatos... El hospital recoge los indicadores y los envía al IQIP en Estados Unidos donde son estudiados y comparados y una vez obtenidos los resultados de esa valoración el IQIP envía un informe de calidad al hospital responsable.

**El Hospital da Oliveira de Guimaraes,** mi hospital de acogida, desarrolla este proyecto de calidad con recogida de datos para elaborar por el IQIP. Además en el hospital existe un grupo de calidad desde febrero de 2000, un gabinete de calidad creado en Noviembre del 2000, un Manual de Calidad para la admisión de los usuarios en Consulta Externa, aplicación de encuestas a los usuarios de Consulta Externa, guía del usuario, Manual de admisión de los usuarios en Urgencias etc.





**CONCLUSIÓN:** Ya sabemos el camino. Trabajos, proyectos y actividades relacionadas con el nuevo mundo donde la calidad asistencial se mide, además de por el profesional, por el propio paciente: Guidelines, Vías clínicas, comunicación usuario-profesional, encuestas de satisfacción del usuario como indicadores de calidad, mejora en los servicios hoteleros, tecnologías nuevas... Después de largos años de meditaciones y a través de la economía hemos entendido que una de las claves del ahorro está en el propio paciente como elemento subjetivo, considerando las necesidades situacionales del paciente además de sus necesidades médicas para que éste disponga de los criterios suficientes y necesarios para realizar una evaluación de la calidad del servicio recibido. El estudio del ahorro en un sistema complejo y de alto coste como es la Sanidad nos ha llevado a conocer que el sentido humano y la calidad asistencial enfocada hacia ese paciente da buenos resultados que aminoran los costes al mismo tiempo que se consigue la calidad en la asistencia sanitaria y en la salud. Se ha dado un empujón desde la sociedad con los cambios en la calidad de vida proporcionados por la mejora en la economía, en comunicación, libertad, cultura y por lo tanto exigencias en cuanto a los productos en general y en particular los servicios sanitarios.

Animo al personal sanitario y no sanitario a informarse al respecto del programa HOPE para poder llevar a cabo una experiencia gratificante a nivel profesional y social y como consecuencia abrir fronteras a tantos conocimientos.

**Bibliografía:**

- Gestao da doença – Qualidade em Saude. Año 2000
- O Processo de Acreditação do Hospital de Sao Marcos – Braga, Lino Mesquita Machado Coordinador del grupo director. Año 2002.
- Calidad, Complejidad, Vías Clínicas y Eficiencia: Fernández-González F. y López Fresno P. Revista de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios vol.3-nº2 Abril-Junio 2002
- Proyecto HOPE Portugal 2002. Grupo participante.
- Rodríguez, M.: "PROGRAMA DE INTERCAMBIO HOPE 2002. PORTUGAL. (HOPE EXCHANGE PROGRAMME 2002)". Nuevo Hospital (internet). 2002. II / 29 (Nº31): 7-10.

**Margarita Rodríguez Pajares.**

Unidad de Gestión Analítica.

Hospital Virgen de la Concha. Zamora





## **NuevoHospital (versión digital - Internet) Números publicados:**

### **Año 2001 (Volumen I)**

Nº0: [Presentación];[La Unidad de Calidad]; [NuevoHospital]; [Normas de Publicación]

Nº1: Plan Estratégico del Hospital Virgen de la Concha

Nº2: Guía Farmacoterapéutica y equivalentes terapéuticos (versión 1-2001)

### **Año 2002: (Volumen II)**

Nº3: Guía para la Información y el Consentimiento Informado

Nº4: Guía de acogida al nuevo trabajador

Nº5: [Clasificación TNM para tumores malignos]; [Registro de tumores en el Hospital Virgen de la Concha]; [Protocolo de envío de muestras al laboratorio de Anatomía Patológica]; [¿Qué es la P.E.T.?]; [Protocolo de actuación en el test de aliento]

Nº6: [Evolución de la Gestión Analítica (I) ]; [Generalidades sobre el funcionamiento de la Contabilidad Analítica en el Hospital Virgen de la Concha (II) ]; [La autopsia]; [Protocolo para la reducción del número de caídas en pacientes hospitalizados]; [Protocolo de registro de proyectos de investigación]

Nº7: Plan de Calidad del Contrato de Gestión de 2001. Recogida de datos.

Nº8: Diseño y evaluación de protocolos clínicos

Nº9: MANUAL DE CALIDAD (edición 1-2002)

Nº10: Reglamento de uso de la Historia Clínica

Nº11: Guía del Usuario

Nº12: Fármacos Genéricos

Nº13: [Medición del Producto Hospitalario]; [Seguimiento de la Profilaxis Antibiótica Quirúrgica.Resultados del año 2001]; Cartas al Editor: [Estudio genético en la sordera]; [Curso de Prevención en Riesgos Laborales. Nivel básico]

Nº14: Vía clínica para el manejo urgente del paciente con Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada

Nº15: [Informes de Coste - Actividad]; [Legislación sobre la Historia Clínica]

Nº16: Protocolo de actuación ante pacientes con alergia al látex

Nº 17: [¿Qué es el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE)? ]; [La Unidad De Información y Comunicación]; [Actividad De Calidad Del Área de Enfermería en el Año 2.001]; Cartas Al Editor: Guía De Uso Apropiado De Resonancia Magnética

Nº 18: Actividad de la Comisión de tumores, tejidos y mortalidad: [AÑO 2000]; [AÑO 2001]; [Registro Hospitalario de Tumores Malignos. Resultados en el año 2001]

Nº 19: [Unas letras entre tanta ciencia: Las bibliotecas en el Hospital. ¿Biblioteca para pacientes, biblioteca médica o diversidad de usuarios?]; [Diseño y evaluación de protocolos clínicos]; [SACYL. La Sanidad de Castilla y León]; [Estructura de la Gerencia Regional de Salud]; [La documentación en el Sistema de Gestión de la Calidad]; [Normas de Publicación]; [Sumario de los Números Publicados]

Nº 20: Guías y soluciones prácticas en el paciente con dolor

Nº 21: Oncología Cérvicofacial. Manual para cuidadores

Nº 22: Plan de catástrofes externas del Hospital Virgen de la Concha

Nº 23: Plan interno de residuos (Documento de archivo 4.46MB)

Nº 24: Contabilidad analítica. Plan de Mejora

Nº 25: Vía clínica de tratamiento del asma en la infancia

Nº 26: Protocolo De Lencería – Lavandería

Nº 27: Protocolo De Cocina

Nº 28: [Benchmarks de Ortopedia y Traumatología]; [Unas Letras Entre Tanta Ciencia: La Biblioteca de Ciencias de la Salud: Una biblioteca especialidaza en el Hospital]; [Departamento de Contabilidad de Gestión: Contabilidad de Gestión y Contabilidad de Costes]; [La documentación en el Sistema de Gestión de la Calidad (II): El Manual de Calidad.]; [Derecho a la información: el derecho más reconocido por los usuarios]

Nº 29:Modelo de gestión de la información en la Unidad de Calidad del Hospital Virgen de la Concha

Nº 30:Guía de cuidados en Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial (edición electrónica)

Nº 31:[Evolución y actividad desde su inicio de la Comisión Promotora del Comité Asistencial de Ética . Hospital Virgen de la Concha.

Zamora.]; [Programa de intercambio HOPE 2002 Portugal (HOPE Exchange Programme 2002)]; [Biopsia del ganglio centinela con radiocirugía en el cáncer de mama]; [Normas de publicación]

Nº 32: Protocolos de RM y TAC del Hospital Virgen de la Concha (1999-2002)

Nº 33: Gestión de Procesos:[Plan de Comunicación Interna. Carta circular]. Tecnología: [Cápsula endoscópica: revisión de indicaciones y limitaciones de cara a un uso racional]; [Doppler color]; [Técnicas intervencionistas de mama]

Nº 34: Guía para el manejo clínico de la vía aérea difícil

Nº 35: Plan de Comunicación Interna (1-2002. Septiembre 2002)

Nº 36: GUÍA DE URGENCIAS: Cólico nefrítico

Nº 37: GUÍA DE URGENCIAS: Epilepsia

Nº 38: GUÍA DE URGENCIAS: Hemorragia digestiva alta (HDA)

Nº 39: GUÍA DE URGENCIAS: Infarto agudo de miocardio

Nº 40: GUÍA DE URGENCIAS: Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEVE)

Nº 41: GUÍA DE URGENCIAS: Hipertensión arterial – Crisis hipertensiva (HTA)

Nº 42: GUÍA DE URGENCIAS: Infecciones urinarias

Nº 43: GUÍA DE URGENCIAS: Paciente quemado grave

Nº 44: GUÍA DE URGENCIAS: Intubación rápida

### **Año 2003 (Volumen III)**

Nº 45: Tecnología: [ANGIO-TAC]. Gestión de procesos: [Proceso técnico de publicaciones periódicas]; [Circuitos de información: Gestor de gastos Suministros]; Cartas al Editor: [X Jornadas Nacionales de Información y Documentación en Ciencias de la Salud: Gestión del Conocimiento y Bibliotecas de la Salud]

Nº 46: GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA (versión 2.0 - año 2002)

Nº 47: Plan Anual de Gestión 2003 (Complejo Hospitalario de Zamora)

Nº 48: Manual de Calidad (2-2003)

**Secciones:**  
**EDITORIAL**  
**CONCEPTUALES**  
**GESTIÓN DE PROCESOS**  
**TECNOLOGÍA**  
**CARTAS AL EDITOR**  
**NÚMEROS MONOGRÁFICOS**





## 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 Nº 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](mailto:calidad_zamora@yahoo.es) (disponible en la web: [www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com))



NuevoHospital  
versión digital  
ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA  
ZAMORA  
*Unidad de Calidad*  
[www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com)

Volumen III - Nº 5- Año 2003  
Nº EDICIÓN: 49  
Publicado el 26 de febrero de 2003  
*Página 13 de 1*



©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. NuevoHospital. <http://www.calidadzamora.com>