



NuevoHospital
versión digital

ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA
Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

Volumen II - Nº 6 - Año 2002
Nº EDICIÓN: 9
Publicado el 4 de MARZO de 2002
Página 1 de 48



MANUAL DE CALIDAD
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
UNIDAD DE CALIDAD

Edición 1-2002
Actualizada el 15-02-2002

Vol. II - Nº 6 - Año 2002

NuevoHospital

versión digital

Número monográfico



HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA

UNIDAD DE CALIDAD

MANUAL DE CALIDAD

(Edición 1-2002)

Dr. Jose Luis Pardal Refoyo

*Coordinador del Calidad
Unidad de Calidad*

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.

Manual de Calidad. Edición 1-2002. Copia no controlada.

Página 1



ÍNDICE

Capítulo		
1	DATOS GENERALES DE LA EMPRESA	
2	RESUMEN HISTÓRICO	
3	AMBITO DE APLICACIÓN	
4	MANUAL DE CALIDAD	
5	RELACIÓN DE SERVICIOS-UNIDADES	
6	REQUISITOS GENERALES	
7	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	
8	MANUAL DE CALIDAD	
8.1	Control de documentos	
8.2	Control de los registros DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD PROCEDIMIENTO GENERAL DE REGISTRO DE DOCUMENTOS PROCESO DE REGISTRO y UTILIZACIÓN DOCUMENTAL y RECURSOS DE INVESTIGACIÓN UNIDAD DE INVESTIGACIÓN - UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN	
8.3	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	
8.4	LA UNIDAD DE CALIDAD	
8.5	UNIDAD DE CALIDAD y COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD	
8.6	NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS	
9	MANUAL CALIDAD PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD	
9.1	Áreas implicadas en el desarrollo del Plan de calidad	
9.2	OBJETIVOS. Estructura común para cada objetivo	
9.3	METODOLOGÍA	
9.4	PROCESO DE ASIGNACIÓN Y SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD	
10	OBJETIVOS DE CALIDAD	
10.1	Objetivos de Calidad del Plan Anual de Gestión	
10.2	Objetivos del Plan de Calidad del Hospital Virgen de la Concha	
10.3	Objetivos institucionales	
10.4	Estándares de Calidad	
10.5	OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes Objetivos de calidad científico-técnica Objetivos de gestión clínica Objetivos de satisfacción del cliente interno Objetivos socio-sanitarios	
10.6	MONITORIZACIÓN DE INDICADORES Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD y otras bases de datos. Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos en los hospitales	
10.7	OBJETIVOS DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS Objetivos comunes para todas las comisiones OBJETIVOS DE CADA COMISIÓN	
10.8	OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS y UNIDADES CLÍNICAS	
10.9	OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS ASISTENCIALES	
10.10	OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS NO SANITARIOS	
10.11	DISTRIBUCIÓN DE OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD	
10.12	OBJETIVOS POR SERVICIOS y UNIDADES (HOJA A) HOJA A1 (objetivos integrados) HOJA A2 (objetivos propios de cada área)	
10.13	METODOLOGÍA POR OBJETIVO (HOJA B) Esquema tabla EXCEL Modelo en papel	
11	RECOGIDA DE RESULTADOS	
12	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
13	BIBLIOGRAFÍA	

Temas de interés:

<p>Registro de documentos / procedimientos Documentación que se entregará a los responsables de los objetivos Plazos Recogida de resultados</p>	
---	--



1- DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa:	HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
Institución:	INSALUD
Dirección:	AVDA. REQUEJO N° 35 49022 ZAMORA
Teléfono:	980 548 200 (central telefónica)
Página web:	http://www.calidadzamora.com
Correo electrónico:	ucalid@hvcn.insalud.es

2- RESUMEN HISTÓRICO

El Hospital Virgen de la Concha funciona desde 1955, reformado en los años 70 y 80 afronta en el momento actual su más profunda reforma. Desde 1992 tiene acreditación docente para Medicina de Familia, Traumatología y Medicina Interna. Los cambios acaecidos desde su fundación hasta hoy han sido enormes (cambios sociales, políticos, tecnológicos).

El 7 de octubre de 1999 el Presidente Ejecutivo del Insalud aprobó el Plan Estratégico del Hospital Virgen de la Concha. En él se definen su misión y objetivos.

En 1997 en aplicación de la normativa que lo regula se creó la figura del Coordinador de Calidad. Desde entonces se ha ido introduciendo una sistemática de trabajo por objetivos de calidad recogidos en los Contratos de Gestión anuales.

En el año 2001 se creó una Unidad de Calidad que integra a profesionales no sanitarios con una estructura y sistema de gestión que se desarrollará en este manual.

3- AMBITO DE APLICACIÓN

El sistema de calidad que se aplicará en el Hospital Virgen de la Concha incluye a todos los servicios y procesos.

4- MANUAL DE CALIDAD

El Manual de Calidad es el documento de mayor nivel en el sistema de calidad del Hospital (Primer Nivel en el Sistema documental de Calidad). Los procedimientos se irán detallando en los documentos propios de las comisiones clínicas y servicios-unidades (Segundo nivel: procedimientos generales; Tercer nivel: procedimientos específicos e instrucciones y Cuarto nivel: Registros de calidad).

El manual de calidad contiene:

- La descripción de la situación existente y las metas operativas formuladas por el Hospital dentro de los temas incluidos en el manual de la calidad.
- Los períodos en los que la institución intenta conseguir dichos objetivos en el campo de la mejora de la calidad y la periodicidad con la que va a ser evaluada el nivel de la calidad
- Los instrumentos y procedimientos ordenados de medida a través de los cuales puede conocerse el progreso sobre la calidad y los resultados.
- La definición de la metodología a utilizar en la investigación sistemática de la satisfacción de los clientes, los resultados de estos estudios y las medidas que se proponen para corregirlos.

La política de la calidad de la institución con los elementos antes descritos, se le da forma en el manual de la calidad y en el plan de la calidad ratificados por la máxima autoridad de la institución.



5- RELACIÓN DE SERVICIOS-UNIDADES

SERVICIOS - UNIDADES MÉDICAS	UNIDADES DE ENFERMERÍA	SERVICIOS NO SANITARIOS
ALERGOLOGÍA	ADMISIÓN	ADMINISTRACION PERIFERICA
ANATOMIA PATOLOGICA	ATENCIÓN AL PACIENTE	ADMINISTRACION SERVICIOS CENTRALES
ANESTESIA	CARDIOLOGIA	ADMISION DE URGENCIAS
BIOQUIMICA	CIRUGIA / INFECTOLOGÍA / ENDOCRINO / NEFROLOGÍA	ADMISION GENERAL
CARDIOLOGIA	ESTERILIZACIÓN	ATENCION AL PACIENTE
CIRUGIA	FARMACIA	BIBLIOTECA
DERMATOLOGIA	FISIOTERAPIA	CENTRAL SINDICAL
DIGESTIVO	GINECOLOGÍA	CENTROS AJENOS
ENDOCRINOLOGIA	HEMATOLOGIA	CITACION PREVIA
FONIATRIA (Rehabilitación)	HEMODIÁLISIS	COCINA
GINECOLOGIA -OBSTETRICIA	LABORATORIO ANATOMÍA PATOLÓGICA	COMUNICACIONES
HEMATOLOGIA	LABORATORIO BIOQUÍMICA	CONSERJERIA
HOSPITALIZACION A DOMICILIO	LABORATORIO HEMATOLOGÍA	CONTABILIDAD
INFECTOLOGIA	LABORATORIO MICROBIOLOGÍA	DIFERENCIAS DE INVENTARIO FARMACIA
MEDICINA INTENSIVA	MEDICINA INTENSIVA- UCI	DIFERENCIAS DE INVENTARIO HOSTELERIA
MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA/DIGESTIVO	DIFERENCIAS DE INVENTARIO MANTENIMIENTO
MEDICINA PREVENTIVA	NEUMOLOGÍA	DIFERENCIAS DE INVENTARIO SUMINISTROS
MICROBIOLOGIA	NEUROLOGÍA / REUMATOLOGÍA	DIRECCION
NEFROLOGIA	OBSTETRICIA - PARITORIO	DOCENCIA
NEUMOLOGIA	PEDIATRÍA (LACTANTES/NEONATOS/ESCOLARES)	DOCUMENTACION CLINICA
NEUROFISIOLOGIA	PREVENTIVA	EDIFICIO (Unidad de Explotación analítica) UEA
NEUROLOGIA	QUIRÓFANO	FARMACIA
OFTALMOLOGIA	RADIODIAGNÓSTICO	INFORMATICA
OTORRINOLARINGOLOGÍA	REANIMACIÓN	INTERVENCION
PEDIATRÍA	SUPERVISORAS DE AREA	INVESTIGACION
RADIOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	LAVANDERIA, PLANCHA Y COSTURA
REHABILITACION	URGENCIAS	LIMPIEZA
REUMATOLOGIA	UROLOGÍA / OTORRINO / OFTALMOLOGÍA	MANTENIMIENTO CORRECTIVO
TRAUMATOLOGIA		OTROS GASTOS
UNIDAD DE TRANSPORTE INTENSIVO		OTROS GASTOS (Gastos Comunes C. II) U.E.A.
URGENCIAS		OTROS GASTOS (Acción Social) U.E.A.
UROLOGIA		



6- REQUISITOS GENERALES

Para satisfacer la política de calidad, lograr los objetivos de calidad y asegurar que los servicios son conformes con las necesidades de los clientes (externos e internos) el Hospital Virgen de la Concha ha establecido, documentado e implantado un sistema de gestión de la calidad cuyas directrices se definen en este Manual de Calidad

El Hospital Virgen de la Concha se responsabiliza de mantener y mejorar continuamente la eficacia del sistema de calidad mediante:

- ✓ La identificación de los procesos
- ✓ La determinación de la secuencia e interacción de los procesos
- ✓ La determinación de los criterios y métodos necesarios para asegurar que la ejecución y el control del proceso son eficaces
- ✓ La disponibilidad de los recursos necesarios
- ✓ La información necesaria
- ✓ La implementación de las acciones de mejora necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos

7- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

La documentación que forma parte del sistema de calidad incluye:

1. El Manual de Calidad
2. El manual de metodología de evaluación de los objetivos (anexo)
3. Los documentos escritos de recogida de objetivos asignados a cada servicio-unidad o comisión
4. Los documentos de la metodología
5. Los objetivos de Calidad del Contrato de Gestión anual
6. Los procedimientos documentados (guías, vías clínicas, protocolos, manuales de procedimientos generales, procedimientos específicos e instrucciones, etc) que estarán disponibles en cada punto de uso
7. Los registros de calidad
8. Base de datos de objetivos de calidad del Manual de Calidad (Base de datos MS-Access: <CALIDAD HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA.mdb>) disponible en la Unidad de Calidad



8- MANUAL DE CALIDAD

El Hospital Virgen de la Concha mantiene actualizado el presente manual de calidad. Define el sistema de gestión de la Calidad, la organización, las funciones de la empresa.

En el manual se hace referencia a las reglas generales de cada actividad que se desarrollan más detalladamente en los procedimientos generales, específicos e instrucciones de trabajo.

Progresivamente en las siguientes ediciones se irán implantando las normas UNE-EN-ISO 9000:2000 del sistema de gestión de la calidad.

8.1- Control de documentos

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

- ✓ Estar registrados en la comisión correspondiente (ver cuadro)
- ✓ Estar revisados y actualizados
- ✓ En el documento han de constar: número de versión [NÚMERO - AÑO] y la fecha de última revisión / actualización [ACTUALIZADO EL DÍA]
- ✓ Los documentos han de identificar la procedencia (PROPIO DEL HOSPITAL o de ORIGEN EXTERNO -otro hospital / revista, etc.-, citando dichas fuentes)
- ✓ Los documentos registrados han de estar disponibles en los puntos de uso
- ✓ Los documentos han de ser legibles y fácilmente identificables
- ✓ Se ha de evitar el uso de documentos obsoletos
- ✓ Los documentos se registrarán en las siguientes comisiones:

- PROTOCOLOS, GUÍAS, VÍAS, ALGORITMOS DE DECISIÓN, HOJAS DE RECOGIDAS DE DATOS	COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PROTOCOLOS
- PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	
- PETICIÓN DE DOCUMENTACIÓN (CLÍNICA, ESTADÍSTICA, etc)	
- APOYO METODOLÓGICO	
- DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (NUEVOS ó REVISADOS Y MODIFICADOS)	COMISIÓN DE ÉTICA
- PROGRAMA DE ACOGIDA e INFORMACIÓN AL PACIENTE y/o ALLEGADOS	
- MODELOS DE HISTORIA CLÍNICA, INFOMES CLÍNICOS y REGISTROS (FICHEROS, MODELOS INFORMATIZADOS, etc)	COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Datos mínimos que han de registrarse:

- Número de registro
- Fecha de registro
- Denominación del documento (título)
- Servicio-unidad
- Persona-s responsables
- Versión [número-año]
- Última revisión actualización

PROCEDIMIENTO:

- Los autores del documento han de enviarlo a la Comisión correspondiente (presidente o secretario)
- En la comisión se dará número y fecha de registro (ver apartado anterior)
- En la comisión se quedará un ejemplar del documento
- El documento entra en funcionamiento desde el momento del registro
- Los ejemplares que se utilicen deben consignar la fecha de elaboración ó de revisión del documento
- Si la comisión correspondiente detecta anomalía se comunicará por escrito a los autores.
- Si la anomalía no se corrige la comisión puede dictaminar la retirada de la documentación

ARCHIVO DE DOCUMENTOS:

- ✓ Las comisiones de Investigación y Protocolos, de Ética y de Historias Clínicas conservarán archivo y registro de los documentos (al menos libro de registro y tabla de registro informatizada proporcionada por la Unidad de Calidad)
- ✓ Cada comisión debe establecer los procedimientos de validación de los documentos (normalización y criterios) para orientar a los autores

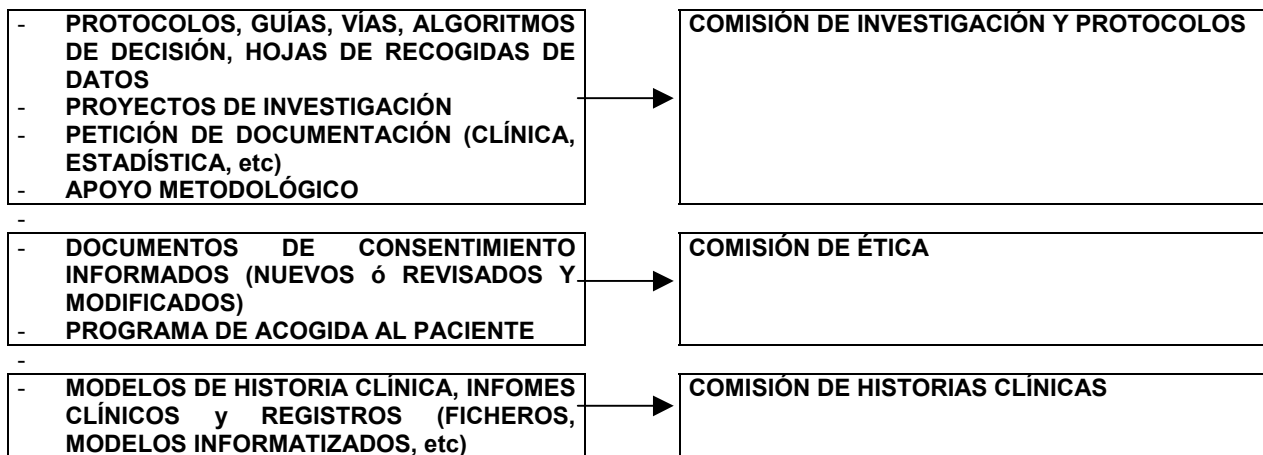
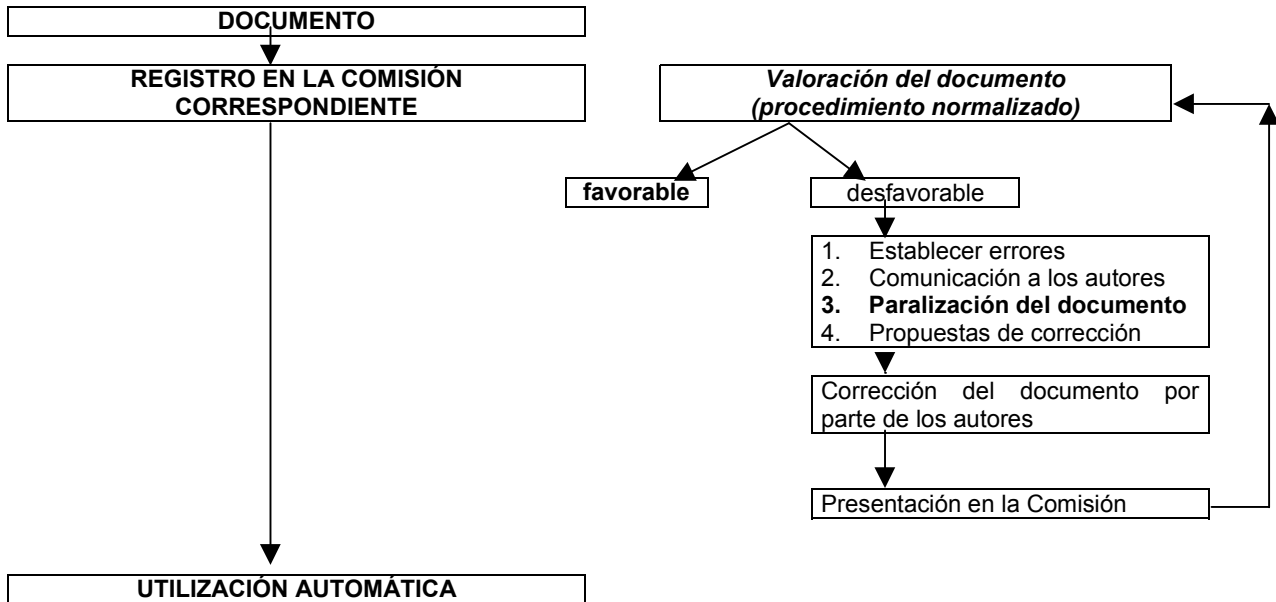


8.2- Control de los registros

La Unidad de Calidad velará por el mantenimiento de los registros y controlará periódicamente que los registros se realizan adecuadamente. De su correcto funcionamiento depende la efectividad del sistema de calidad. A medida que se vaya implantando se irán estableciendo los procedimientos para cada tipo de documentación.



**DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD
PROCEDIMIENTO GENERAL DE REGISTRO DE DOCUMENTOS**

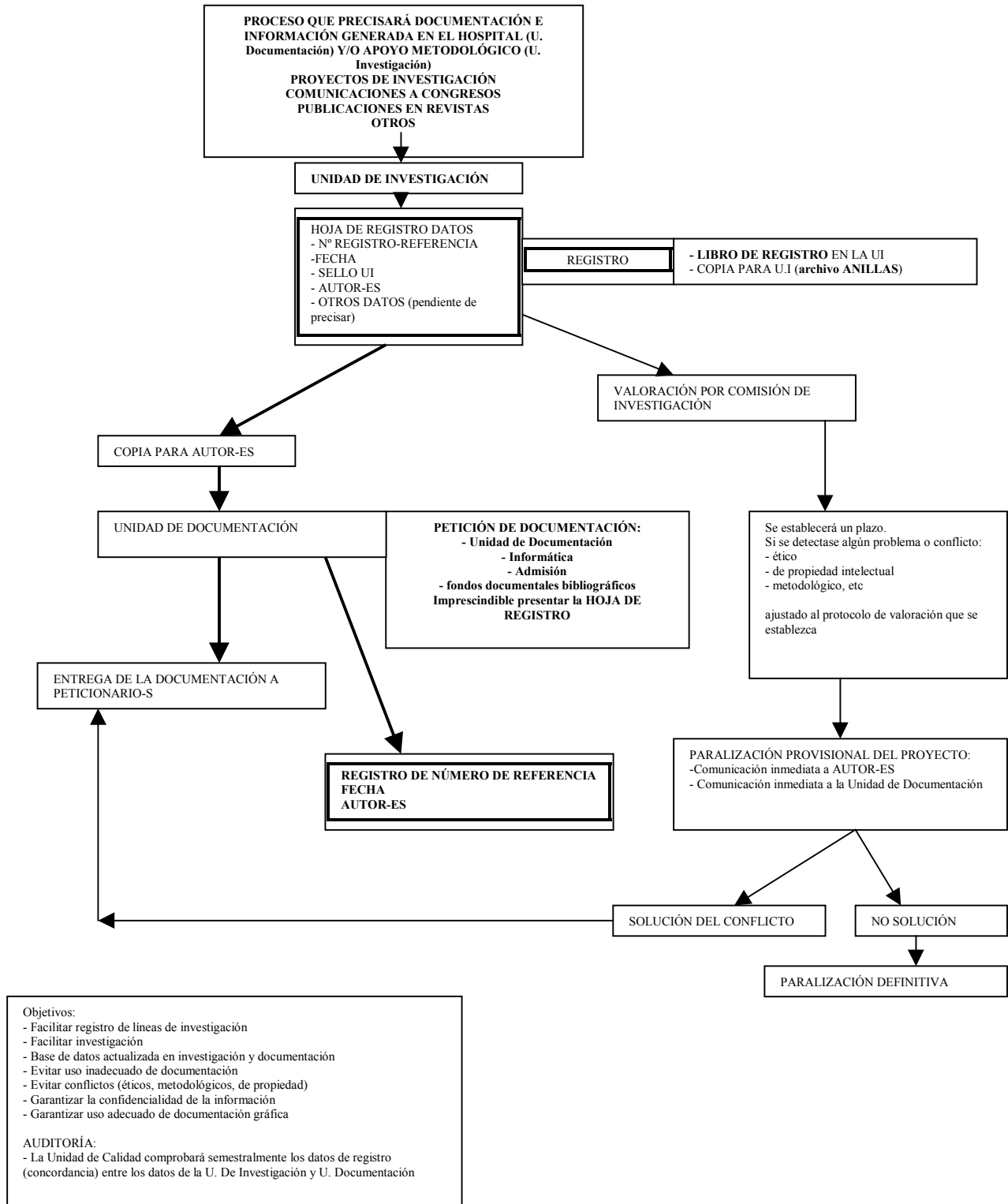


- DATOS DEL REGISTRO
- Número de registro
 - Fecha de registro
 - Denominación del documento (título)
 - Servicio-unidad
 - Persona-s responsables
 - Versión [número-año]
 - Última revisión actualización



OBJETIVOS DE CALIDAD

**PROCESO DE REGISTRO y UTILIZACIÓN DOCUMENTAL y RECURSOS DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN - UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN**





8.3- COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

- El Director Gerente del Hospital Virgen de la Concha dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.
- Ha acordado con el coordinador de calidad el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del hospital.
- Mantiene reuniones periódicas con el Coordinador de Calidad.
- Ha facilitado recursos a la Unidad de Calidad: despacho, apoyo administrativo, dirección de correo electrónico, página web.
- Ha facilitado la reforma en la estructura y ampliación de la Unidad de Calidad (área de enfermería, área de gestión, área de documentación y área de investigación)
- Ha facilitado la sistematización de las reuniones de la Comisión Central de Garantía de Calidad

8.4- LA UNIDAD DE CALIDAD

La Unidad de Calidad se ha planteado los siguientes objetivos:

- 1- Coordinación para lograr el cumplimiento de los objetivos de calidad recogidos en el Plan Anual de Gestión
- 2- Elaboración, difusión y actualización periódica del Manual de Calidad para el Hospital Virgen de la Concha
- 3- Mejora de la comunicación, información y formación referente a calidad

Concepto:

El modelo de mejora continua de la calidad del Hospital Virgen de la Concha se aplica a la actividad asistencial, docente e investigadora.

Objetivos:

- 1- Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.
- 2- Incrementar el valor de los profesionales del Hospital como su recurso más importante (satisfacción del cliente interno)
- 3- Incrementar la participación de los profesionales en la mejora de la calidad.
- 4- Mejora continua de los procesos que se desarrollan en el Hospital.
- 5- Basar las decisiones en datos.
- 6- Desarrollo de un sistema para la monitorización y mejora continua de la calidad, que permita conseguir los mejores resultados posibles en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción de los usuarios.
- 7- Mantener una actitud de mejora permanente e innovación (competitividad)
- 8- Compromiso con la Salud de los Trabajadores de la empresa
- 9- Compromiso con el medio ambiente
- 10- Mejora de las relaciones con los clientes (internos y externos) y con los proveedores

Metodología:

- 1- Elaboración y Desarrollo del Manual de Calidad para el Hospital Virgen de la Concha
- 2- Coordinación para obtener el cumplimiento de los objetivos de calidad recogidos en el Plan de Calidad del Contrato de Gestión anual para las comisiones clínicas, servicios y unidades
- 3- Incentivación y desarrollo de objetivos de calidad propios de cada servicio / unidad
- 4- Elaboración de la Memoria anual del Plan de Calidad
- 5- Difundir los resultados (mediante publicaciones, creación de página web y creación de una revista de calidad)
- 6- Estimular la formación de grupos de trabajo para la mejora continua de la calidad
- 7- Facilitar la formación en calidad de todos los profesionales
- 8- Incrementar los sectores profesionales implicados en el sistema de calidad

Responsabilidad en el desarrollo del Plan de Calidad:

1. Dirección-Gerencia y equipo directivo.
2. Unidad de Calidad

Función: impulsar, facilitar y monitorizar las actividades de mejora de calidad en el Hospital. Coordinación de Comisiones Clínicas y grupos de mejora

Personal:

Coordinador de Calidad: Dr. Jose Luis Pardal Refoyo
Supervisora de Calidad: M^a Isabel Carrascal Gutiérrez
Grupo de Gestión: Margarita Rodríguez Pajares
Área de Investigación: Carlos Ochoa Sangrador
Área de documentación: Teresa Garrote Sastre
Área de Formación: Ana García Sánchez
Administrativo: Secretaría de Dirección Gerencia

Página web: <http://www.calidadzamora.com>

Correo electrónico: calidad_zamora@yahoo.es / ucalid@hvcn.insalud.es

3. Servicios y Unidades asistenciales y no asistenciales
4. Organos de apoyo:



**MANUAL DE CALIDAD
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
UNIDAD DE CALIDAD**

Edición 1-2002
Actualizada el 15-02-2002

Comisión Central de Garantía de Calidad: órgano asesor de la Dirección para diseño y evaluación del Programa de Calidad

Comisiones clínicas: órganos asesores de la Dirección.

Funciones:

- ✓ Elaboración y aprobación de guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos.
- ✓ Análisis y monitorización de la práctica clínica.
- ✓ Propuesta de acciones de mejora.
- ✓ Diseño y seguimiento de programas de mejora de calidad.
- ✓ Formación continuada
- ✓ Asesoría técnica.

Comisión de adquisiciones y homologación de productos

Grupos de trabajo y de mejora de la calidad



8.5- UNIDAD DE CALIDAD y COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

Situación inicial:

En abril de 2001 se procedió al relevo del Coordinador de Calidad. La Unidad de Calidad estaba constituida por el Coordinador de Calidad (Médico) y por la Supervisora de Calidad (Enfermera). La coordinación para la consecución de objetivos de calidad reflejados en el Contrato de Gestión se establecía a través de las comisiones clínicas y los servicios médicos y unidades de enfermería.

Ya en el Contrato de Gestión de 2001 orientaba hacia la ampliación de la participación de otros profesionales no sanitarios en el plan de calidad. Por otra parte para el desarrollo de vías clínicas y lograr la implicación de profesionales de distintas áreas para la consecución de objetivos que precisaban de coordinación se hacía difícil (si no imposible) con la metodología que tradicionalmente se venía utilizando.

El sistema de pactos cerrado con unidades por separado se ha mostrado incompatible con una política de integración de profesionales e implicación en procesos complejos dependientes a veces de todas las áreas y categorías profesionales. Esto condujo a la imposibilidad de incrementar la actividad en calidad. Por ello algunas actividades no han podido desarrollarse este año. Otra dificultad añadida son los inconvenientes coyunturales que provoca la reforma global del hospital (carencia de espacios, dificultades para convocar reuniones, etc)

El año 2001 ha sido complicado. Por un lado hemos aprovechado la inercia de una cultura de calidad trabajada con éxito en los años anteriores y por otro hemos empleado tiempo y esfuerzo en renovarnos.

El análisis de la situación de la Unidad de Calidad obligó a varias modificaciones iniciales:

1. Dotación de un despacho específico para la Unidad de Calidad
2. Establecimiento del tiempo de dedicación del Coordinador de Calidad al programa de calidad
3. Ampliación de la Unidad de Calidad a las áreas no sanitarias (inicialmente al grupo de Gestión y posteriormente a documentación clínica e investigación)
4. Dinamización de la Comisión Central de Garantía de Calidad (CCGC) incrementando la frecuencia de sus reuniones y ampliando sus miembros al área de Gestión con la incorporación del Director de Gestión y al área de Prevención y Salud laboral con la incorporación del Jefe del Área Técnica como miembro de la CCGC y del Médico de Salud Laboral en la Comisión de Infecciones.
5. Trabajo en detectar problemas de metodología de trabajo
6. Mejora de la información con el diseño y mantenimiento de una página web
7. Mejora de la motivación de los trabajadores, información y formación en calidad con la creación de la revista **NuevoHospital** (versión digital y papel para comenzar su difusión en 2002)
8. Trabajo en redactar un Manual de Calidad para el año 2002.

Modificaciones realizadas:

Para conseguir una gestión integral de la calidad durante el año 2001 se han realizado las siguientes modificaciones organizativas:

1- Estructura de la UNIDAD DE CALIDAD:

Inicialmente constituida por un médico como Coordinador de Calidad y una Enfermera como Supervisora de Calidad, a lo largo del año 2001 la Unidad de Calidad fue progresivamente ampliada con representante del área de gestión, de investigación clínica, de documentación clínica y más recientemente del área de formación por lo que la Unidad de Calidad queda estructurada del siguiente modo:

ÁREA	RESPONSABLE
Coordinador de Calidad:	Jose Luis Pardal Refoyo
Supervisora de Calidad:	M ^º Isabel Carrascal Gutiérrez
Grupo de Gestión:	Margarita Pajares Rodríguez
Área de Investigación:	Carlos Ochoa Sangrador
Área de documentación:	Teresa Garrote Sastre
Área de Formación	Ana García Sánchez



2- Estructura de la COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD:

A lo largo del año 2001 para mejorar la representatividad de las distintas áreas y mejorar la gestión integral de la calidad, a la CCGG se incorporaron representantes del área de gestión (Director de Gestión) y de prevención (Jefe del Servicio de Prevención).

Las áreas representadas en la CCGG y sus representantes se distribuyen del siguiente modo:

ÁREA	REPRESENTANTE - RESPONSABLE
Dirección Médica: Dirección de Enfermería Dirección de Gestión Unidad de Calidad	D. Jerónimo García Bermejo Dña. Angela González Cañibano D. Ernesto Ruiz Ureta D. Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador) Dña. Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora)
Comisión de Historias Clínicas Comisión de Tejidos, Tumores y Mortalidad	D. José Luis Villafranca Covarrubias Dña. Carmen González del Rey
Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.	D. José M. Marín Balbín
Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica	D. Angel Chocarro Martínez
Comisión de Farmacia y Terapéutica Comité de Ética Asistencial Comisión de Biblioteca Comisión de Investigación Comisión de Formación Continuada Comisión de Catástrofes Comisión de Urgencias Comisión de Docencia Prevención y Salud Laboral (Área técnica)	Dña. Carmen Gil Valiño Dña. M^a Teresa Saldaña Fernández D. Isidoro Sánchez Blanco D. Miguel Arias Paciencia D. Jesús Grande Villoria D. Sebastián Martínez Fernández D. José Lázaro González D. Luis Miguel Palomar Rodríguez D. José Bonifacio Martínez



8.6- NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES CLÍNICAS

CAPITULO I. COMISIONES CLINICAS CONSTITUIDAS

Artículo 1°

De acuerdo con el real Decreto 521/1987 sobre Reglamento de Hospitales gestionados por el INSALUD, considerando lo que se venía haciendo hasta ahora y consultados los Organos de Asesoramiento Hospitalario correspondientes, se consideran constituidas en nuestro hospital las siguientes Comisiones Clínicas:

- Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.
- Historias Clínicas.
- Tumores, Tejidos y Mortalidad.
- Farmacia y Terapéutica.
- Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.
- Formación Continuada.
- Docencia.
- Investigación y protocolos.
- Biblioteca.
- Catástrofes.
- Urgencias.
- Quirófanos.
- Comité de Ética Asistencial.

Artículo 2°

El equipo directivo podrá modificar las comisiones vinculadas al programa de Calidad, dividiendo o suprimiendo las anteriores y creando otras nuevas si se considera necesario, a propuesta de la Comisión Central de Garantía de Calidad y con el conocimiento de la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta.

CAPITULO II. DEPENDENCIA DE LAS COMISIONES

Artículo 3°

Las Comisiones Clínicas dependen de la Comisión Central de Garantía de Calidad, máximo órgano de asesoramiento del hospital en materia de Calidad Asistencial y Adecuación Tecnológica. Elevaran a la misma sus acuerdos y resoluciones.

CAPITULO III. COMPOSICION Y RENOVACION

Artículo 4°

Los miembros de las comisiones serán nombrados por la Dirección Médica a propuesta de la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta, tras la convocatoria para la presentación de candidatos, que se realizará por escrito de forma individualizada a todo el personal implicado.

Artículo 5°

El número de miembros por Comisión no excederá en ningún caso de 8. Las comisiones hasta ahora más amplias, deberán ir reduciendo su número en futuras renovaciones

Artículo 6°

Los miembros de las Comisiones serán seleccionados por su carácter de expertos en los temas relacionados con cada Comisión y no podrán considerarse representantes de sus Servicios o Áreas de procedencia.

Artículo 7°

Los componentes de la Comisión de Dirección no podrán ser miembros de las Comisiones Clínicas salvo excepciones fundamentadas y aceptadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad.

Artículo 8°

El Coordinador de Calidad no será miembro de las Comisiones Clínicas, aunque podrá asistir con voz pero sin voto a las reuniones de las mismas, para realizar las tareas establecidas en función de su cargo.

Artículo 9°

El 50% de los miembros de las Comisiones se someterá a renovación cada 2 años, siguiendo el mecanismo de selección indicado en el artículo 4°.

Artículo 10°

Los miembros sometidos a renovación pueden ser candidatos, sin límite de veces o tiempo.

Artículo 11°

De forma excepcional y justificada, la Comisión Central de Garantía de Calidad puede proponer al Equipo Directivo y Junta técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta, la renovación completa de una Comisión Clínica .

Artículo 12°

La pertenencia a las Comisiones es voluntaria, siendo motivo de baja en la misma a petición propia ,ausencia injustificada a tres reuniones seguidas y ausencia justificada a cuatro contadas en el periodo de un año.

Artículo 13°

La incorporación de nuevos miembros fuera de los periodos naturales de renovación, se realizará por solicitud del interesado dirigida a la Dirección Médica quien la propondrá a la Junta Técnico Asistencial o por defecto Comisión Mixta.

CAPITULO IV. FUNCIONAMIENTO INTERNO

Artículo 14°

Cada Comisión deberá tener un reglamento de funcionamiento interno que será congruente con lo establecido en el



presente Reglamento General.

Artículo 15°

Cada dos años, y cuando se renueven, las Comisiones procederán a nombrar un Presidente y un Secretario, no existiendo límites en número y tiempo para desempeñar estas funciones.

Artículo 16°

Son funciones del Presidente de la Comisión:

- Presidir y dirigir las reuniones.
- Supervisar y coordinar el correcto funcionamiento de la misma
- Representar a la Comisión en la Comisión Central de Garantía de Calidad y otras instancias, o designar a la persona que le represente.
- Proponer renovación y cese justificado de miembros.

Artículo 17°

Todas las reuniones de las Comisiones deberán ser reflejadas en un acta que reúna los requisitos habituales en forma y contenido para este tipo de documentos, que redactará y custodiará el Secretario, remitiendo una copia a la Comisión Central de Garantía de Calidad. Los miembros de la Comisión decidirán libremente el grado de confidencialidad de lo tratado en las reuniones de la misma.

Artículo 18°

Los acuerdos de las Comisiones se adoptarán por mayoría simple y en caso de empate decidirá el voto de calidad del presidente. Es necesaria la presencia de 6 miembros para que tengan carácter vinculante.

Artículo 19°

Cada comisión establecerá en su reglamento la periodicidad de sus reuniones, que nunca deberá ser inferior a 4 al año.

Artículo 20°

Las reuniones serán convocadas por el Secretario de acuerdo con el presidente, según el orden del día elaborado y serán notificadas al menos con una semana de antelación, por escrito, acompañada del orden del día, acta de la sesión anterior y de los documentos necesarios para el desarrollo de la reunión.

Artículo 21°

Cada comisión deberá tener designado en su reglamento el lugar habitual de las reuniones.

Artículo 22°

Al finalizar cada reunión se llegará a un acuerdo sobre fecha y hora de la siguiente, que no deberá modificarse salvo imponderables.

Artículo 23°

Las comisiones podrán constituir cuantas subcomisiones o grupos de trabajo sean necesarios para una mejor realización de la actividad de la misma. Los acuerdos de los mismos deberán ser sometidos a la reunión formal de la Comisión.

Artículo 24°

Las comisiones podrán invitar a sus reuniones con voz pero sin voto, a todos aquellos profesionales de los que sea preciso recabar opiniones o información.

CAPITULO V. MISION Y OBJETIVOS.

Artículo 25°

Cada Comisión definirá su misión en su reglamento interno.

Artículo 26°

Como objetivos generales de las Comisiones Clínicas se establecen:

1. Formalizar el compromiso institucional con la calidad para generalizar el concepto de trabajo en calidad a todos los niveles de la organización
2. Elaboración, aprobación o validación de recomendaciones y protocolos de aplicación hospitalaria.
3. Análisis y monitorización de la práctica clínica en su área de interés.
2. Pactar objetivos con el Equipo Directivo y en función de los mismos establecer sistemas de evaluación que permitan detectar problemas, estudiar sus causas, efectuar propuestas de mejora, y hacer seguimiento de la efectividad de dichas propuestas.
3. Emitir información, a requerimiento del Equipo directivo, Junta Técnico Asistencial o Comisión Mixta, sobre materias de su competencia.
4. Difundir entre los profesionales del Centro todos aquellos resultados que puedan ser relevantes para mejorar la calidad de su trabajo.
5. Formación continuada en el área de interés.
6. Vigilar por el cumplimiento de la legislación vigente en el área de su competencia.

Artículo 27°

A comienzo de año, cada comisión pactará con el Equipo Directivo, los objetivos específicos a desarrollar durante ese periodo y como evaluar el cumplimiento de los mismos.



9- MANUAL CALIDAD

El manual de calidad se ha diseñado a partir de los objetivos establecidos por el Insalud en su Plan de Calidad Total y que se ha venido desarrollando en los sucesivos Contratos de Gestión y de los objetivos de las comisiones clínicas.

Para su elaboración y distribución se ha seguido la siguiente metodología:

A- redacción del manual de calidad:

- 1- el coordinador presentó un borrador de manual de calidad a la CCGC el día 23-10-01
- 2- cada miembro de la CCGC valoró el proyecto en conjunto y su área en particular. Es importante detectar fallos, objetivos poco claros o que pueden conducir a confusión o conflicto y completar la documentación
- 3- en la segunda reunión (20-11-01) se corrigieron los fallos y se incluyeron las modificaciones que los miembros opinaron oportunas
- 4- el segundo borrador fue presentado a la Dirección Gerencia del Hospital y en la tercera reunión de la CCGC se presentará el documento definitivo

B- publicidad:

- 5- el documento definitivo y sus actualizaciones se publicarán en la web en la revista NuevoHospital
- 6- se acompañará con la metodología de evaluación correspondiente

C- implantación:

- 7- en la primera quincena de enero a los responsables de cada servicio-unidad se entregará un ejemplar del manual de calidad actualizado con todos los objetivos, los objetivos propios del área de que se trate (siguiendo los procedimientos que se exponen en este manual de calidad) y un manual con la metodología que ha de aplicarse (anexo)
- 8- la CCGC irá valorando el desarrollo del plan de calidad a lo largo del año. Continuamente se irán introduciendo las mejoras que sean necesarias
- 9- el plan de calidad se completará con los objetivos del Plan Anual de Gestión

PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD

El presente manual mantiene la estructura del Plan de Calidad del Insalud y la distribución de objetivos de calidad recogida en los contratos de gestión anual. Se han añadido aquéllos objetivos propios.

A lo largo del año 2002 se incorporarán los objetivos que se pacten en el contrato de gestión 2002.

Pretendemos que este manual tenga agilidad, permitiendo la inclusión de las novedades y su modificación si fuese necesario.

1. Los objetivos se asignarán anualmente a los servicios-unidades y comisiones y áreas representadas en la CCGC.
2. El Manual de Calidad recoge los Objetivos generales y operativos a los que el Hospital Virgen de La Concha está obligado. Tras la firma del Contrato de Gestión se comunicarán las modificaciones oportunas a aquéllas áreas afectadas a través de sus representantes o responsables.
3. Los servicios-unidades serán autónomos para decidir el o los responsables de cada objetivo y los objetivos propios que deseen incorporar así como el calendario de ejecución de dichos objetivos.
4. Los líderes serán inicialmente los jefes de servicio- unidad, los presidentes de las comisiones y los responsables de objetivos.
5. Las Comisiones establecerán relaciones de colaboración con los servicios-unidades implicados en cada objetivo distribuyendo las actividades y estableciendo los apoyos y colaboraciones mutuas necesarias.

Como conclusión el presente manual pretende:

- ✓ Dotar a los trabajadores del Hospital de un Manual de calidad en el que se recojan los objetivos de calidad y acciones de mejora continua sobre los que trabajar durante el año.
- ✓ Planificar los objetivos
- ✓ Proporcionar la metodología de trabajo y plazos de ejecución

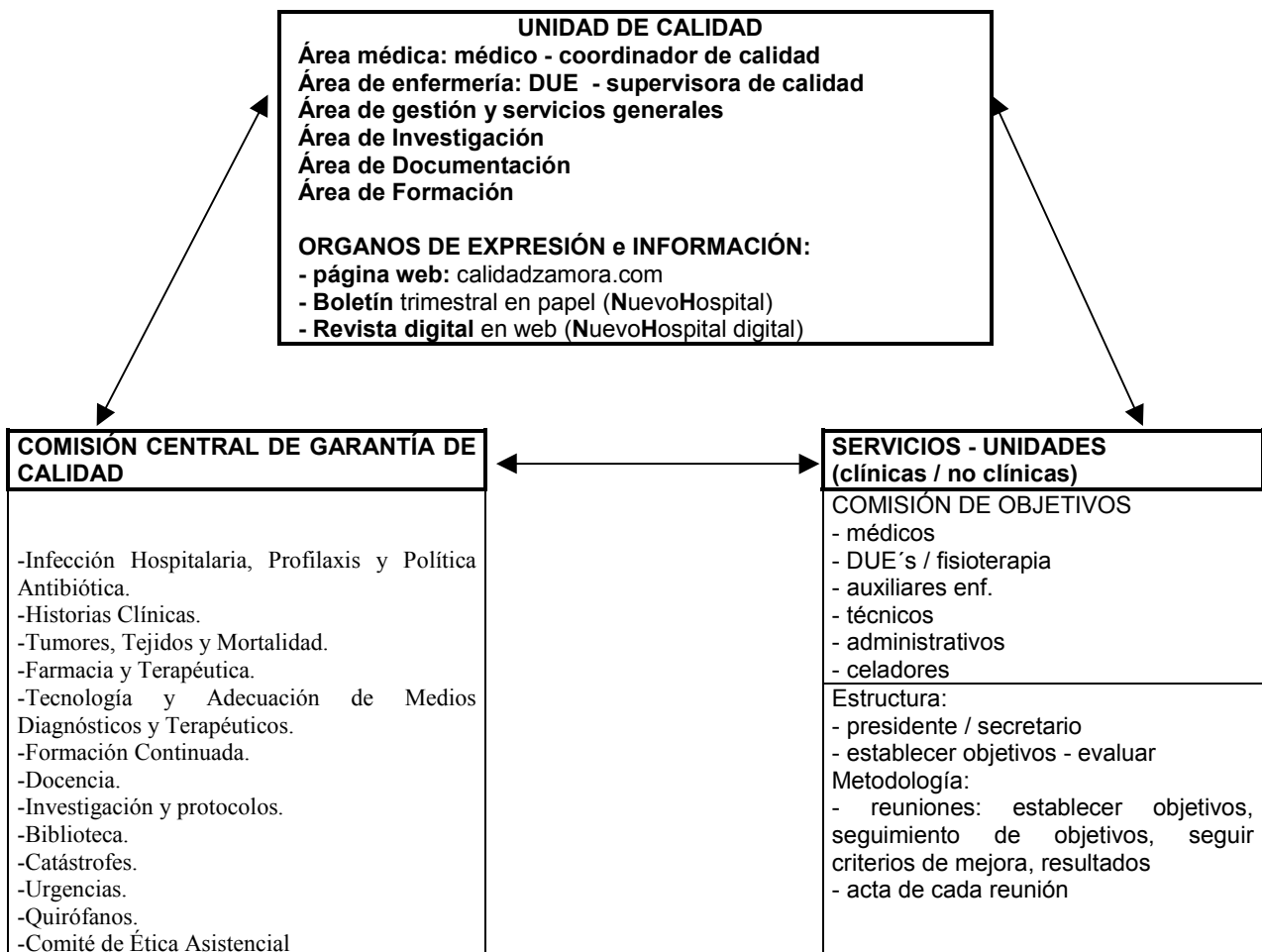


9.1- Áreas implicadas en el desarrollo del Plan de calidad:

- ✓ COMISIÓN DE DIRECCIÓN
- ✓ COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD
- ✓ COMISIONES HOSPITALARIAS
- ✓ GRUPOS DE MEJORA DE LA CALIDAD

- ✓ SERVICIOS-UNIDADES MÉDICAS
- ✓ UNIDADES DE ENFERMERÍA

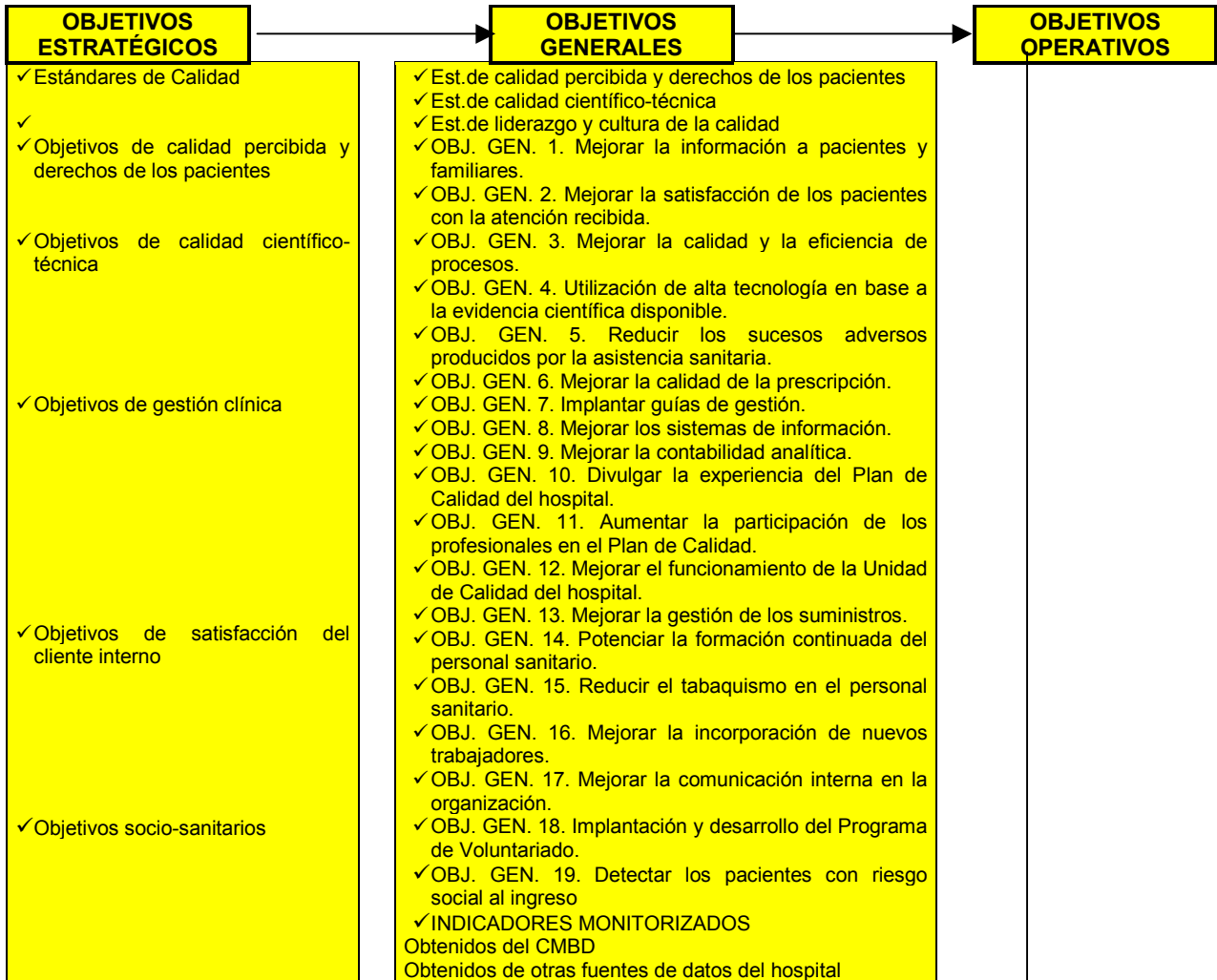
- ✓ SERVICIOS-UNIDADES NO ASISTENCIALES





9.2- OBJETIVOS

Estructura común para cada objetivo:



OBJETIVO	CRITERIO	INDICADOR	ESTÁNDAR	RESPONSABLE
Definición de la meta que se pretende alcanzar	Condición que ha de cumplirse para considerar el nivel de cumplimiento del objetivo	Sistema empleado para medir el objetivo	Nivel prefijado o establecido de antemano	Unidad, servicio, comisión o persona encargada del objetivo
1. INSTITUCIONALES 2. DEFINIDOS EN EL CONTRATO DE GESTIÓN 3. PROPIOS DEL PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA	Método de evaluación: - interno: por la propia unidad o servicio - externo: un evaluador ajeno a la unidad o servicio (puede ser una comisión, un auditor o la unidad de calidad)	- Puede ser numérico (por ejemplo un cociente con numerador y denominador) o - indicar SI / NO		Indicará las acciones de mejora llevadas a cabo en el año Indicará nuevas propuestas y sugerencias para el año siguiente
- INTEGRADOS: objetivos para cuyo cumplimiento se necesita el compromiso de distintas áreas - ESPECÍFICOS: objetivos cuyo cumplimiento depende de un área determinada	Se indicarán los plazos de evaluación (mensual, trimestral, semestral, anual)	Se indicará el resultado obtenido		- Servicios y Unidades Médicas - Unidades de Enfermería - Unidades no sanitarias



9.3- METODOLOGÍA

1. El presente manual se distribuirá entre todos los responsables de servicio-unidad, miembros de la CCGC y de la Comisión Mixta.
2. Se publicará en la página web (www.calidadzamora.com) para que esté disponible para todos trabajadores
3. A cada servicio-unidad se le entregarán los objetivos propuestos recogidos en el manual de calidad con la siguiente documentación:

<i>DOCUMENTO</i>	<i>FORMATO</i>
MANUAL DE CALIDAD	Papel y WORD
HOJA A1 (objetivos integrados)	Papel y WORD
HOJA A2 (objetivos específicos de cada servicio-unidad)	Papel y WORD
HOJA B	Papel y EXCEL
TABLAS DE OBJETIVOS	EXCEL
METODOLOGÍA (Manual anexo)	Papel y WORD

4. Se distinguen los objetivos recogidos en el plan de calidad y los propios del servicio-unidad
5. Cada servicio-unidad constituirá su comisión de objetivos.
6. La comisión de objetivos valorará los objetivos y devolverá las hojas definitivas firmadas a la unidad de calidad. Estas hojas serán firmadas a su vez por el Área de Dirección correspondiente.
7. Se establecen los siguientes **PLAZOS**:

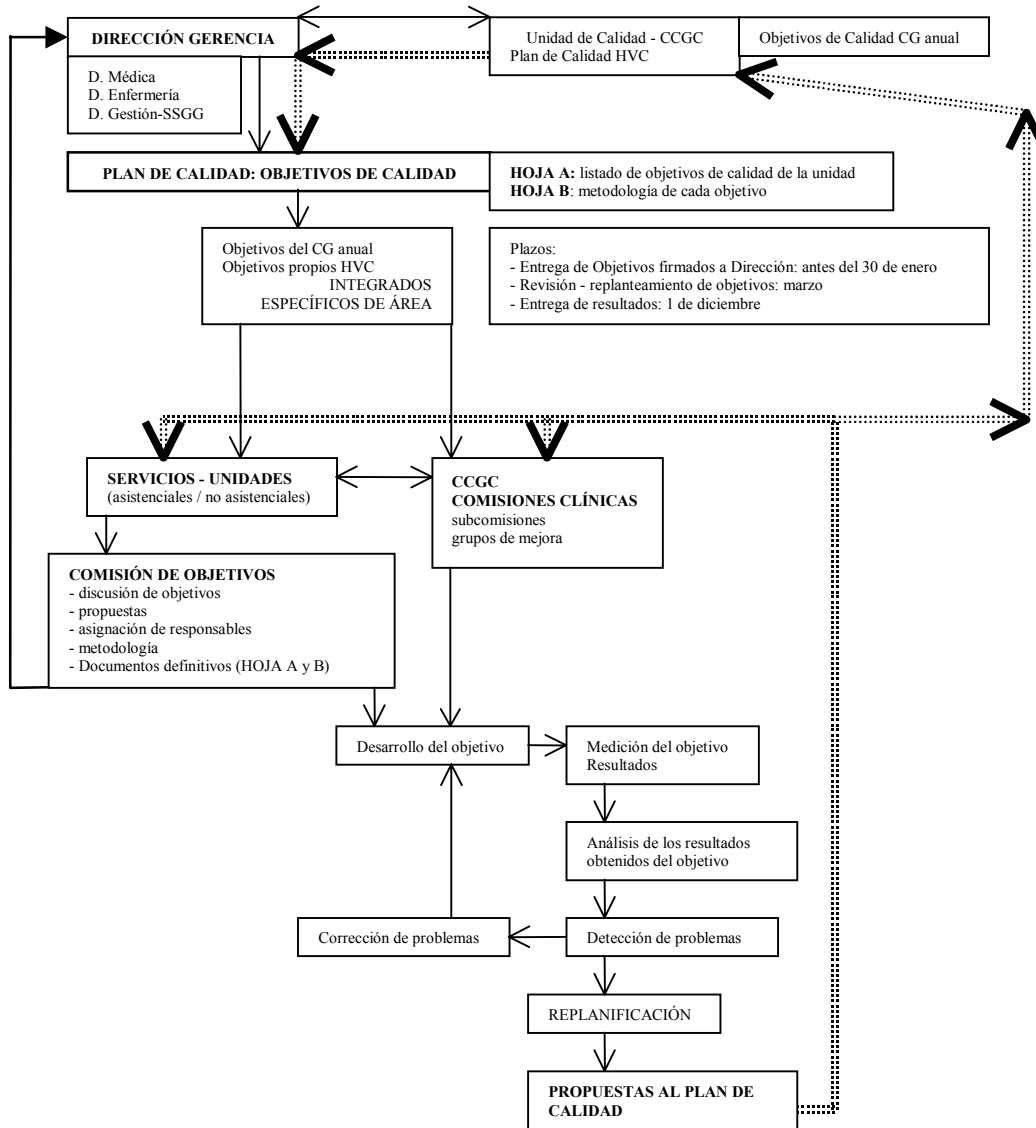
ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD	hasta 15 de enero
DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO, REMISIÓN DE LOS OBJETIVOS A LA UNIDAD DE CALIDAD	hasta 30 de enero
REVISIÓN - REPLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	Marzo
ENTREGA DE LOS RESULTADOS	1 de diciembre
MEMORIA ANUAL	20 de enero

(el proceso de asignación y seguimiento de los objetivos de calidad se recogen en el esquema)

8. Cada objetivo debe ser explotado como una línea de investigación. Para ello cada responsable de objetivo puede asesorarse en la Unidad de Calidad y en la Unidad de Investigación.
9. Se establece un diagrama para la utilización de la documentación clínica de obligado cumplimiento.
10. Los nuevos documentos que se pretendan incluir han de ser enviados obligatoriamente a la comisión correspondiente para su registro y validación.
11. En la revista **NuevoHospital** se publicarán los artículos, trabajos y comentarios que sean enviados.



9.4- PROCESO DE ASIGNACIÓN Y SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD





10- OBJETIVOS DE CALIDAD:

10.1- Objetivos de Calidad del Plan Anual de Gestión

10.2- Objetivos del Plan de Calidad del Hospital Virgen de la Concha

Objetivos institucionales

Estándares de Calidad

Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes

Objetivos de calidad científico-técnica

Objetivos de gestión clínica

Objetivos de satisfacción del cliente interno

Objetivos socio-sanitarios



10.1- OBJETIVOS DE CALIDAD DEL PLAN ANUAL DE GESTIÓN

Para el año 2002 los objetivos establecidos se resumen en la tabla. El número de referencia (Ref.) corresponde al asignado en la base de datos de la Unidad de Calidad.

Ref	OBJETIVO operativo
02.01.01	Estándar 1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación y parto.
02.01.02	Estándar 2. El hospital dispone de un plan de acogida a los pacientes.
02.01.03	Estándar 3. El hospital entrega a los pacientes una guía del hospital.
02.01.06	Estándar 6. El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.
02.02.07	Estándar 7. El hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección nosocomial.
02.02.08	Estándar 8. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.
02.02.09	Estándar 9. Se realiza correctamente el proceso de donación y transplante de órganos.
03.01.01.02	OBJ. OP. 1.2 Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un plan de Información.
03.02.02.01	OBJ. OP. 2.1. Divulgar e implantar la nueva encuesta posthospitalización.
04.03.03.02	OBJ. OP. 3.2. Mejorar los protocolos de profilaxis antibiótica.
04.03.03.05	OBJ. OP. 3.5. Elaborar una guía de practica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General.
04.03.03.07	OBJ. OP. 3.7. Implantar protocolos en los servicios no asistenciales.
04.04.04.01	OBJ. OP. 4.1. Mejorar la utilización de RNM de acuerdo a protocolo.
04.04.04.02	OBJ. OP. 4.2. Mejorar la utilización de TAC de acuerdo a protocolo.
04.04.04.03	OBJ. OP. 4.3. Aplicar la oxigenoterapia a domicilio de acuerdo a la Circular 4/00 del INSALUD.
05.08.08.01	OBJ. OP. 8.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días.
05.08.08.02	OBJ. OP. 8.2. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta.
05.08.08.03	OBJ. OP. 8.3. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas de pacientes fallecidos a los dos meses como máximo del exitus.
05.08.08.04	OBJ. OP. 8.4. Mejorar la calidad del informe de alta
05.10.10.01	OBJ. OP. 10.1. Realizar la Memoria del Plan de Calidad del hospital.
06.16.16	OBJ. OP. 16. Desarrollar un programa de acogida al nuevo trabajador
06.17.17	OBJ. OP. 17. Establecer un plan de comunicación interno.
07.19.19	OBJ. OP. 19. Implantar un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.
03.01.01.01	OBJ. OP. 1.1 Conseguir que el hospital elabore una guía sobre la información a pacientes y familiares
08.02.12	12-Tasa de prevalencia de la infección de la herida quirúrgica
08.02.13	13-Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.
08.02.14	14-Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.
08.02.19	19-Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.
08.02.20	20-Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio.
04.03.03.02.01	3.2.1 Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo.
04.03.03.02.02	3.2.2 Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia.
04.03.03.02.03	3.2.3. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia con implantes, limpia-contaminada y contaminada



10.2- Objetivos del Plan de Calidad del Hospital Virgen de la Concha

10.3- Objetivos de calidad institucionales

OBJETIVO INSTITUCIONAL 1. Elaborar y poner a disposición de los ciudadanos la **Carta de Servicios**.
OBJETIVO INSTITUCIONAL 2. Divulgar a los ciudadanos los resultados del **Plan de Calidad** de Atención Especializada.

10.4- ESTÁNDARES DE CALIDAD

Estándares de Calidad

1. Estándares de calidad percibida y derechos de los pacientes

Estándar 1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación y parto.

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

Estándar 3. El hospital entrega a los pacientes una guía del hospital.

Estándar 4. El hospital facilita el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.

Estándar 5. El hospital gestiona correctamente las reclamaciones de los pacientes y familiares.

Estándar 6. El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.

2. Estándares de calidad científico-técnica

Estándar 7. El hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección nosocomial.

Estándar 8. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

Estándar 9. Se realiza correctamente el proceso de donación y transplante de órganos.

3. Estándares de liderazgo y cultura de la calidad

Estándar 10. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.



10.5- OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD

Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes

OBJETIVO GENERAL 1. Mejorar la información a pacientes y familiares.

OBJETIVO OPERATIVO 1. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un plan de Información.

OBJETIVO GENERAL 2. Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

OBJETIVO OPERATIVO 2.1. Divulgar e implantar la nueva encuesta posthospitalización.

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

Objetivos de calidad científico-técnica

OBJETIVO GENERAL 3. Mejorar la calidad y la eficiencia de procesos.

OBJETIVO OPERATIVO 3.1. Implantar protocolos en los servicios asistenciales.

OBJETIVO OPERATIVO 3.2. Mejorar los protocolos de profilaxis antibiótica.

OBJETIVO OPERATIVO 3.3. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

OBJETIVO OPERATIVO 3.4. Mejorar la implantación de las guías de las Sociedades Científicas.

- Cataratas.
- Amigdalectomía/adenoidectomía.
- Hiperplasia benigna de próstata.
- Prótesis total de rodilla.
- Prótesis total de cadera.
- Hallux valgus.

OBJETIVO OPERATIVO 3.5. Elaborar una guía de practica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General.

OBJETIVO OPERATIVO 3.6. Aumentar la implantación y la evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos.

OBJETIVO OPERATIVO 3.7. Implantar protocolos en los servicios no asistenciales.

OBJETIVO GENERAL 4. Utilización de alta tecnología en base a la evidencia científica disponible.

OBJETIVO OPERATIVO 4.1. Mejorar la utilización de RNM de acuerdo a protocolo.

OBJETIVO OPERATIVO 4.2. Mejorar la utilización de TAC de acuerdo a protocolo.

OBJETIVO OPERATIVO 4.3. Aplicar la oxigenoterapia a domicilio de acuerdo a la Circular 4/00 del INSALUD.

OBJETIVO GENERAL 5. Reducir los sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria.

OBJETIVO OPERATIVO 5.1. Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados.

OBJETIVO OPERATIVO 5.2. Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos.

OBJETIVO GENERAL 6. Mejorar la calidad de la prescripción.

OBJETIVO OPERATIVO 6. 1. Disponer de una Guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel y soporte electrónico allí donde sea posible, difusión y actualización periódica.

OBJETIVO OPERATIVO 6.2. Disponer de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia que se cumplimentará para todos los fármacos que vayan a ser incluidos en la guía farmacoterapéutica.

OBJETIVO OPERATIVO 6.3. Minimizar la prescripción de principios activos de reciente comercialización de baja o nula aportación terapéutica.

OBJETIVO OPERATIVO 6.4. Disponer de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos, para su utilización en el momento de la prescripción, tanto al ingreso como al alta hospitalaria.

Objetivos de gestión clínica

OBJETIVO GENERAL 7. Implantar guías de gestión.

OBJETIVO OPERATIVO 7. Implantación y evaluación de las guías de gestión del INSALUD.

OBJETIVO GENERAL 8. Mejorar los sistemas de información.

OBJETIVO OPERATIVO 8.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días.

OBJETIVO OPERATIVO 8.2. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta.

OBJETIVO OPERATIVO 8.3. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas de pacientes fallecidos a los dos meses como máximo del exitus.

OBJETIVO OPERATIVO 8.4. Mejorar la calidad del informe de alta

OBJETIVO GENERAL 9. Mejorar la contabilidad analítica.

OBJETIVO OPERATIVO 9. Lograr que los servicios reciban puntualmente el informe sobre contabilidad analítica.

OBJETIVO GENERAL 10. Divulgar la experiencia del Plan de Calidad del hospital.



OBJETIVO OPERATIVO 10.1. Realizar la Memoria del Plan de Calidad del hospital.

OBJETIVO OPERATIVO 10.2. Divulgar las experiencias de calidad en congresos, revistas científicas, etc.

OBJETIVO GENERAL 11. Aumentar la participación de los profesionales en el Plan de Calidad.

OBJETIVO OPERATIVO 11. Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas y los grupos de mejora.

OBJETIVO GENERAL 12. Mejorar el funcionamiento de la Unidad de Calidad del hospital.

OBJETIVO OPERATIVO 12. Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la Unidad de Calidad, bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue.

OBJETIVO GENERAL 13. Mejorar la gestión de los suministros.

OBJETIVO OPERATIVO 13. Disminuir las diferencias de precios existentes entre los hospitales.

Objetivos de satisfacción del cliente interno

OBJETIVO GENERAL 14. Potenciar la formación continuada del personal sanitario.

OBJETIVO OPERATIVO 14. Aumentar el número de profesionales sanitarios formados en calidad asistencial

OBJETIVO GENERAL 15. Reducir el tabaquismo en el personal sanitario.

OBJETIVO OPERATIVO 15. Mejorar la implantación de las medidas sobre normas de uso del tabaco.

OBJETIVO GENERAL 16. Mejorar la incorporación de nuevos trabajadores.

OBJETIVO OPERATIVO 16. Desarrollar un programa de acogida al nuevo trabajador

OBJETIVO GENERAL 17. Mejorar la comunicación interna en la organización.

OBJETIVO OPERATIVO 17. Establecer un plan de comunicación interno.

Objetivos socio-sanitarios

OBJETIVO GENERAL 18. Implantación y desarrollo del Programa de Voluntariado.

OBJETIVO OPERATIVO 18. Lograr la implantación del Programa de Voluntariado en todos los centros del INSALUD que desarrollan actualmente el programa de colaboración social con objetores de conciencia.

OBJETIVO GENERAL 19. Detectar los pacientes con riesgo social al ingreso

OBJETIVO OPERATIVO 19. Implantar un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.



10.6- MONITORIZACIÓN DE INDICADORES

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

- Mortalidad potencialmente evitable.
- Tasa de mortalidad neonatal.
- Mortalidad perioperatoria por procesos (bypass coronario, fractura de cadera).
- Altas y estancias potencialmente ambulatorias.
- Tasa de cesáreas.
- Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).
- Estancias prequirúrgicas.
- Ingresos tras cirugía mayor ambulatoria.

Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos en los hospitales

- Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.
- Sistema de vigilancia de las úlceras por presión.
- Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.
- Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.
- Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.
- Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.
- Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).
- Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.
- Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.
- Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas.
- Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.
- Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio.
- Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias.
- Calidad de investigación y docencia. Número de sesiones generales del hospital y media de asistentes (médicos y enfermeras).
- Número total de principios activos que conforman en la Guía Farmacoterapéutica.
- Porcentaje de prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la guía
- Porcentaje de coste asignado a paciente sobre el coste total en medicamentos del hospital (excluyendo los derivados de la prescripción a través de receta).



10.7- OBJETIVOS DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS

Objetivos comunes para todas las comisiones:

- Aplicación y mejora del reglamento por el que se rigen las comisiones y la CCGC.
- Desarrollo de objetivos recogidos en el contrato de gestión y plan de calidad del HVC
- Desarrollo de objetivos propios
- Función asistencial: información sobre actividades y asesoramiento
- Actividad docente relativa a su área: Desarrollo de sesiones clínicas y participación en cursos de formación para los trabajadores del hospital
- Fomentar la actividad investigadora asistencial y de calidad en su área
- Publicar artículos relacionados con cada área en NuevoHospital

OBJETIVOS DE CADA COMISIÓN

COMISIÓN CENTRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

- Implantación del Plan de Calidad del Hospital
- Revisión continua del Plan de calidad
- Coordinar los objetivos de las comisiones
- Control del cumplimiento de objetivos
- Reforma de las normas de funcionamiento de las Comisiones clínicas
- Renovación interna de las comisiones que lo soliciten
- Creación de las comisiones nuevas que se considere oportuno: hemoterapia, nutrición
- Mejorar el funcionamiento de la CCGC y de los grupos de mejora de la calidad
- Elaboración de la memoria anual del plan de calidad del hospital

UNIDAD DE CALIDAD:

- Elaboración y mejora del Plan de Calidad del Hospital Virgen de la Concha
- Integración de la gestión de calidad (área médica, enfermería, servicios generales, investigación y documentación)
- Mejora de la difusión del plan de calidad:
 - o Mantenimiento de la página web: www.calidadzamora.com
 - o Publicación trimestral de la revista de Calidad NuevoHospital en soporte papel
 - o Publicación de NuevoHospital digital (pdf)
- Normalización de la actividad investigadora en calidad
- Normalización de la utilización de la documentación propia del hospital
- Participar en la formación en calidad de todos los trabajadores mediante talleres, sesiones, publicación de artículos en NuevoHospital y en la página web
- AUDITORÍAS:
 - Plan documentado de acogida al paciente: julio 2002
 - Plan documentado de acogida al trabajador: julio 2002
 - Implantación de recetas en consultas externas y al alta: marzo 2002 y octubre 2002
 - Control de registros de documentación del sistema de calidad:
 - Unidad de Investigación y Unidad de Documentación (petición de documentación, protocolos - guías - vías clínicas,)
 - Comisión de Ética: documentos de consentimiento informado
 - Comisión de Historias Clínicas: modelos registrados

ÁREA DE GESTIÓN

- Implantar protocolos en servicios no asistenciales
- Plan de comunicación interno
- Comisión de adquisiciones
- Informe a los servicios sobre contabilidad analítica
- Programa de acogida al nuevo trabajador (Plan documentado):
 - mantenerlo actualizado (ir actualizando cada capítulo según las modificaciones)
 - entregar una copia impresa a cada nuevo trabajador al hacer el contrato



**MANUAL DE CALIDAD
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
UNIDAD DE CALIDAD**

Edición 1-2002
Actualizada el 15-02-2002

- elaborar Información específica de cada nivel de trabajo
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE INFECCIONES

- Incorporación de miembro de la Unidad de Salud Laboral (servicio de Prevención):
 - o Normas sobre uso del tabaco en el hospital
 - o Plan documentado de Salud Laboral
- Manual de profilaxis antibiótica: actualización y publicación
- Implantación de profilaxis antibiótica adecuada a protocolo en las intervenciones quirúrgicas
- Sistema de vigilancia de la infección nosocomial
 - o Tasa de prevalencia de la infección nosocomial
 - o Tasa de prevalencia de la infección de la herida quirúrgica
 - o Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados
 - o Incidencia acumulada de la infección de herida quirúrgica en procedimientos quirúrgicos
 - o Infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE TUMORES, TEJIDOS y MORTALIDAD

- Mortalidad
 - o Mortalidad potencialmente evitable
 - o Mortalidad perioperatoria (fractura de cadera, bypass)
- Comités de Oncología
 - o Cabeza y cuello
 - o Tórax
 - o Abdominal
- Registro de tumores
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE URGENCIAS

- Elaborar la Guía clínica de procesos atendidos en la unidad de Urgencias
- Retorno a urgencias a las 72 horas
- Tiempo de permanencia en los servicios de urgencias
- Adecuación de las vías venosas en urgencias
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE QUIRÓFANOS

- Porcentaje de suspensiones quirúrgicas
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE DOCENCIA

- Número de sesiones generales del hospital y media de asistencia (médicos y enfermeras)
- Elaborar una Guía de práctica clínica para médicos residentes (integración con otras guías del hospital y guía de urgencias)
- Revisión, actualización, adaptación y difusión de los programas oficiales de formación de MIR
- Revisión y adecuación del Libro de Evaluación del Residente
- Supervisión de las rotaciones de los MIR de otros Centros en estancias de corta o larga duración
- Evaluar la docencia del hospital y la calidad percibida de la docencia en los residentes
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**



COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA

- Organizar al menos un curso anual relacionado con la gestión de calidad (incrementar el número de profesionales con formación en gestión de calidad)
- Formación en seguridad y salud laboral (colaboración con el Servicio de Prevención)
- Enviar un resumen o artículo de cada actividad docente realizada para publicar en la revista **NuevoHospital**
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE FARMACIA

- Guía farmacoterapéutica
- Modelo de informe técnico para evaluación de medicamentos
- Farmacovigilancia (protocolo de vigilancia efectos adversos producidos por los fármacos). Crear un grupo de farmacovigilancia (grupo de mejora).
- Guía de equivalentes terapéuticos
- Evitar uso de fármacos no incluidos en la guía
- Reducción de utilización de fármacos del grupo C
- Número total de principios activos que conforman la guía farmacoterapéutica
- Porcentaje de prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la guía
- Porcentaje de coste asignado a pacientes sobre el coste total en medicamentos del hospital (excluyendo los derivados de la prescripción a través de receta)
- Control de las recetas al alta hospitalaria: enero, abril, julio, octubre
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE ÉTICA

- Guía para elaborar el plan de información a pacientes
- Incrementar el número de documentos de CI específicos en el hospital
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

GRUPO DE MEJORA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

- Plan Documentado de acogida al paciente
- Evaluación periódica de los programas de colaboración con ONG's
- Evaluación del riesgo social al ingreso del paciente
- Encuesta posthospitalización
- Reclamaciones
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PROTOCOLOS:

- Censo de guías, vías clínicas y protocolos del hospital
- Establecer sistemática para evaluar e implantar nuevos protocolos, guías y vías clínicas
- Normalización de los criterios para investigación y utilización de documentos hospitalarios
- Incrementar el número de vías, protocolos y guías de práctica clínica en el hospital
- UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA
 - o Función docente (desarrollar cursos de Epidemiología y Estadística y organizar conferencias sobre temas de investigación)
 - o Extraer los artículos / comunicaciones relacionados con calidad para su re-publicación
 - o presentar al menos un proyecto de investigación propio relacionado con Garantía de Calidad (relacionado con los objetivos del plan de calidad)
 - o promocionar investigación en Enfermería
 - o colaborar en proyecto de investigación con Atención Primaria
- Publicar artículos relacionados con el área en **NuevoHospital**



COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

- Continuar con implantación de modelo de alta en todo el hospital
- Mejorar la estructura y documentación de la historia clínica
- Auditoría de Historias clínicas
 - o Documentación básica
 - o Consentimiento informado
- Auditoría de informe de alta hospitalaria
- informes de alta hospitalaria:
 - porcentaje que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital
 - porcentajes de altas definitivos en < de 15 días
 - “ a los dos meses del alta
 - “ a los dos meses del exitus
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

COMISIÓN DE CATÁSTROFES

- Plan documentado de actuación en Catástrofes externas
- Plan documentado de actuación en Catástrofes internas
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

ÁREA DE PREVENCIÓN (ÁREA TÉCNICA)

- Plan documentado de Prevención de Riesgos Laborales
- Plan documentado de gestión de residuos hospitalarios
- Formación sobre seguridad y salud en el hospital
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

COMISIÓN DE TECNOLOGÍA y ADECUACIÓN DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS

- Protocolización de la adquisición de tecnología
- Utilización de la tecnología:
 - evaluar que las peticiones de TC y RM se ajustan a protocolo
 - evaluar la petición de RX de tórax en el preoperatorio de pacientes ASA I
- Valoración de los circuitos de pruebas complementarias
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital

COMISIÓN DE BIBLIOTECA

- Analizar y mantener Bases de Datos Bibliográfica
- Realizar cursos de Búsqueda de Bibliografía
- Realizar una gestión de fondos bibliográficos adecuada
- Determinar el grado de satisfacción del usuario de la biblioteca.
- Dotar a la biblioteca de un área dedicada a calidad asistencial (con dotación de revistas y libros)
- Encuadernar anualmente y tener disponibles los volúmenes de NuevoHospital
- Publicar artículos relacionados con el área en NuevoHospital



10.8- OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS y UNIDADES CLÍNICAS

- ✓ Todos los servicios y unidades han de constituir su COMISIÓN DE OBJETIVOS
- ✓ La COMISIÓN DE OBJETIVOS tiene la misión de integrar la actividad en calidad del servicio-unidad en colaboración con la Unidad de Calidad de la que recibirá apoyo metodológico.
- ✓ La comisión ha de tener presidente y secretario.
- ✓ La comisión de objetivos estará constituida por todos los miembros del servicio-unidad (o al menos todos han de estar representados):
 - PERSONAL SANITARIO: médicos, DUE's / fisioterapia, auxiliares de enfermería, técnicos
 - PERSONAL NO SANITARIO: personal administrativo, celadores
- ✓ Tras cada reunión ha de levantarse acta con número de acta, fecha de reunión, asistentes y temas tratados.
- ✓ Se enviará un ejemplar del acta a la Dirección Médica y otra la conservará el secretario de la comisión
- ✓ Conviene celebrar al menos cuatro reuniones anuales:
 - 1- establecimiento de objetivos y distribución de trabajo (ENERO)
 - 2- seguimiento de objetivos / acciones de mejora (MARZO)
 - 3- evaluación de objetivos
 - 4- resultados alcanzados

- ✓ Los objetivos de calidad se recogen en este manual.
- ✓ La Unidad de Calidad propondrá a cada servicio-unidad los objetivos para el año.
- ✓ Se revisarán los objetivos tras la firma del contrato de gestión anual y se comunicarán los cambios a los servicios-unidades afectados.

- ✓ Cada servicio-unidad dispondrá de la siguiente **documentación**:
 - el manual de calidad
 - el manual de metodología (anexo)
 - las hojas para recogida de objetivos:
 - **Hoja A** con el listado de objetivos -**A1** objetivos integrados (aquéllos **cuya consecución depende de** todos o varios grupos de trabajadores de distintos sectores del servicio-unidad) / **A2** objetivos específicos de cada área (cuya consecución depende de un sector profesional concreto)-
 - **Hoja B** con los datos concretos de cada objetivo (metodología)
 - cuando haya sido firmado el Plan Anual de Gestión se entregará una copia de los objetivos concretos a los responsables
 - HOJA DE CÁLCULO EXCEL

- ✓ La Comisión de Objetivos de cada servicio-unidad una vez haya valorado los objetivos y propuesto las modificaciones oportunas, enviará las HOJA A firmadas a la Unidad de Calidad a lo largo del mes de enero (plazo máximo 30 de enero) (Ver diagrama de proceso de asignación y seguimiento de objetivos)
- ✓ La Hoja A1 irá firmada por los jefes / responsables / supervisores de servicio-unidad (área médica y de enfermería) y la Hoja A2 por el jefe / responsable / supervisor del servicio-unidad
- ✓ Tras la firma del Plan Anual de Gestión se comunicarán las modificaciones necesarias a los responsables de los objetivos afectados para añadir la documentación en un anexo.



10.9- OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS ASISTENCIALES

Para cada unidad o servicio se redactará un documento que recogerá los objetivos institucionales adecuados a su actividad y otro con la metodología de evaluación de sus objetivos (HOJAS A -A1, A2- y HOJA B).

A continuación se resumen objetivos que implican a todos los servicios-unidades (con un fin orientativo ya que la asignación de objetivos del plan de calidad por servicios se recogen más adelante).

Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes
Objetivos de calidad científico-técnica
Objetivos de gestión clínica
Objetivos de satisfacción del cliente interno
Objetivos socio-sanitarios

Objetivos integrados
Objetivos específicos (de cada grupo profesional)
Objetivos del plan de calidad
Objetivos propios del servicio-unidad

Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes

Mejora de la satisfacción del usuario:

Recetas:

- Primera receta en consulta externa
- Primera receta en el momento del alta

Mejora del proceso de información:

- Desarrollo y entrega del documento de información sobre servicio-unidad para el paciente junto con la guía del hospital
- Entrega de la documentación de información de cada unidad (guía del usuario + propia del servicio-unidad) a todos los pacientes ingresados
- Cartera de servicios del servicio-unidad
- Desarrollo de documentos específicos de Consentimiento informado (envío para registro y validación en la Comisión de Ética)
- Entrega de los documentos de CI

Objetivos de calidad científico-técnica

Mejora de la prescripción farmacológica:

- Prescripción de acuerdo con la guía farmacoterapéutica del hospital
- Evitar empleo de fármacos del grupo C
- Utilizar equivalentes terapéuticos (guía de equivalentes terapéuticos)
- Profilaxis antibiótica de acuerdo con guía de profilaxis de la comisión de infecciones
- Colaborar con la comisión de farmacia en la comunicación de los efectos adversos

Mejora de la utilización de tecnología:

- Peticiones de estudios ajustadas a los protocolos de sociedades científicas: RM, TC, ...
- Aplicar la oxigenoterapia a domicilio según circular 4/2000 de Insalud
- Inclusión de pacientes en LEQ de acuerdo a guía de inclusión (Insalud)
- Adecuación de las indicaciones quirúrgicas a protocolo
- Utilización de las guías de las sociedades científicas

Vigilancia de efectos adversos:

- Farmacovigilancia (comunicar los efectos adversos de los fármacos siguiendo la sistemática establecida)
- Registro de las caídas de los pacientes hospitalizados (comunicar cada caída rellenando el formulario de registro)
- Participar en el programa de prevención de caídas en pacientes hospitalizados



Empleo de guías de gestión del Insalud en las áreas correspondientes:

- Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica.
- Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada.
- Guía para la evaluación y mejora de los servicios de Farmacia Hospitalaria.
- Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión.
- Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos.
- Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

Adecuación de los cuidados de enfermería a protocolo:

- Desarrollo de guías, protocolos
- Desarrollo de vías clínicas (cuaderno de enfermería correspondiente a la vía)
- Cuidados de úlceras de decúbito (guía Insalud)
- Adecuación de las vías venosas
- Programa de prevención de caídas en pacientes hospitalizados
- Sondajes
- Desarrollo de programas de cuidados de enfermería
- Desarrollo de la historia clínica de enfermería
- Informe de alta de enfermería
- Integración de la documentación de enfermería en la historia clínica

Objetivos de gestión clínica

Mejora de la documentación clínica:

- Informe de alta en todos los pacientes que hayan estado hospitalizados
 - Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días
 - Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta
 - Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas de pacientes fallecidos a los dos meses como máximo del exitus
 - Mejorar la calidad del informe de alta: mejora en la claridad de los datos
- Informe de alta hospitalaria ajustada a las normas de la Comisión de Historias Clínicas

Mejora de los procedimientos clínicos:

- Protocolización de los procedimientos más frecuentes (desarrollo de guías y protocolos; registro en la Comisión de Investigación y Protocolos)
- Desarrollo de al menos una vía clínica en procesos sistematizables mas frecuentes (objetivo integrado):

Documentos de la vía clínica:

- cuaderno para el paciente
- cuaderno de enfermería
- cuaderno médico

Mejora de la documentación relativa a calidad

- Archivo de las actas de las reuniones del Comité de Objetivos
- Registro de la documentación propia del servicio-unidad en la comisión correspondiente
- Normalización de la documentación propia (guías, vías, protocolos) con **número de versión** ([N°]-[AÑO]), **fecha de última revisión/ actualización** e indicación de la **procedencia del documento** (propio o de otro centro)

Objetivos de satisfacción del cliente interno

- Análisis de objetivos, asignación del trabajo y seguimiento del cumplimiento de los objetivos en la Comisión de objetivos del servicio-unidad
- Desarrollo de sesiones y reuniones de trabajo
- Solicitar de la Unidad de Calidad el asesoramiento metodológico necesario para conseguir los objetivos
- Elaborar documentación específica del servicio-unidad de acogida al nuevo trabajador (FASE 2 y 3)



- Cumplir las normas sobre uso del tabaco dentro del Hospital (Objetivo: Hospital sin humos)

Mejora de la comunicación:

- Publicación de trabajos en la revista NuevoHospital (gestión de procesos, nuevas tecnologías, técnicas, organización del trabajo...)

Objetivos socio-sanitarios

Participar con el Servicio de Atención al Paciente en el programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.



10.10- OBJETIVOS COMUNES A SERVICIOS NO SANITARIOS

- Análisis de objetivos, asignación del trabajo y seguimiento del cumplimiento de los objetivos en la Comisión de objetivos del servicio-unidad
- Desarrollo de sesiones y reuniones de trabajo
- Documentar por escrito los procedimientos más frecuentes
- Solicitar de la Unidad de Calidad el asesoramiento metodológico necesario para conseguir los objetivos
- Elaborar documentación específica del servicio-unidad de acogida al nuevo trabajador (FASE 2)
- Cumplir las normas sobre uso del tabaco dentro del Hospital (Objetivo: Hospital sin humos)
- Información sobre contabilidad analítica

Mejora de la comunicación:

- Publicación de trabajos en la revista NuevoHospital (gestión de procesos, nuevas tecnologías, técnicas, organización del trabajo...)



10.11- DISTRIBUCIÓN DE OBJETIVOS DEL PLAN DE CALIDAD

A continuación se resumen los objetivos operativos y los servicios-unidades responsables así como las comisiones hospitalarias relacionadas que servirán de apoyo y distribución del trabajo.
A cada servicio-unidad se le entregará la documentación específica.

OBJETIVO operativo	UNIDAD RESPONSABLE	COMISIÓN de apoyo	Ref ¹
OBJ. INST. 1. Elaborar y poner a disposición de los ciudadanos la Carta de Servicios.	GERENCIA	CCGC	01.01
OBJ. INST. 2. Divulgar a los ciudadanos los resultados del Plan de Calidad de Atención Especializada	GERENCIA	CCGC	01.02
Estándar 1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación y parto.	GINECOLOGÍA	ÉTICA - AP	02.01.01
Estándar 2. El hospital dispone de un plan de acogida a los pacientes.	SAU	ÉTICA - AP	02.01.02
Estándar 3. El hospital entrega a los pacientes una guía del hospital.	SAU	ÉTICA - AP	02.01.03
Estándar 4. El hospital facilita el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.	PEDIATRÍA	ÉTICA - AP	02.01.04
Estándar 5. El hospital gestiona correctamente las reclamaciones de los pacientes y familiares.	SAU	ÉTICA - AP	02.01.05
Estándar 6. El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.	TODOS - MÉDICOS	ÉTICA	02.01.06
Estándar 7. El hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección nosocomial.	PREVENTIVA	INFECCIONES	02.02.07
Estándar 8. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.	TODOS - ENFERMERÍA	INFECCIONES	02.02.08
Estándar 9. Se realiza correctamente el proceso de donación y trasplante de órganos.	COORDINADOR DE TRANSPLANTES		02.02.09
Estándar 10. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.	GERENCIA	UCAL	02.03.10
OBJ. OP. 1.1 Conseguir que el hospital elabore una guía sobre la información a pacientes y familiares		ÉTICA - AP	03.01.1.1
OBJ. OP. 1.2 Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un plan de Información.	TODOS	ÉTICA	03.01.1.2
OBJ. OP. 2.1. Divulgar e implantar la nueva encuesta posthospitalización.	SAU	ÉTICA - AP	03.02.2.1
OBJ. OP. 2.2. Aumentar la implantación de la receta en Consultas Externas y al alta hospitalaria (excluyendo las altas del área de Urgencias)	TODOS	FARMACIA	03.02.2.2
OBJ. OP. 3.1. Implantar protocolos en los servicios asistenciales.	TODOS	INVESTIGACIÓN	04.03.3.1
OBJ. OP. 3.2. Mejorar los protocolos de profilaxis antibiótica.	TODOS	INFECCIONES	04.03.3.2
OBJ. OP. 3.3. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA		04.03.3.3
OBJ. OP. 3.4. Mejorar la implantación de las guías de las Sociedades Científicas.	SERVICIOS IMPLICADOS	INVESTIGACIÓN	04.03.3.4
OBJ. OP. 3.5. Elaborar una guía de practica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General.	URGENCIAS	URGENCIAS	04.03.3.5
OBJ. OP. 3.6. Aumentar la implantación y la evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos.	SERVICIOS IMPLICADOS	INVESTIGACIÓN	04.03.3.6
OBJ. OP. 3.7. Implantar protocolos en los servicios no asistenciales.	GESTIÓN		04.03.3.7
OBJ. OP. 4.1. Mejorar la utilización de RNM de acuerdo a protocolo.	TODOS - MÉDICOS	TECNOLOGÍA	04.04.4.1
OBJ. OP. 4.2. Mejorar la utilización de TAC de acuerdo a protocolo.	TODOS - MÉDICOS	TECNOLOGÍA	04.04.4.2
OBJ. OP. 4.3. Aplicar la oxigenoterapia a domicilio de acuerdo a la Circular 4/00 del INSALUD.	NEUMOLOGÍA		04.04.4.3
OBJ. OP. 5.1. Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados.	REHABILITACIÓN		04.05.5.1
OBJ. OP. 5.2. Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos.	TODOS	FARMACIA	04.05.5.2
OBJ. OP. 6. 1. Disponer de una Guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel y soporte electrónico allí donde sea posible, difusión y actualización periódica.	FARMACIA	FARMACIA	04.06.6.1.
OBJ. OP. 6.2. Disponer de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia que se cumplimentará para todos los fármacos que vayan a ser incluidos en la	FARMACIA	FARMACIA	04.06.6.2

¹ Este código ha sido asignado en la base de datos <CALIDAD HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. mdb>. Permite ir asignando nuevos objetivos operativos dentro de su categoría



MANUAL DE CALIDAD
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
UNIDAD DE CALIDAD

Edición 1-2002
Actualizada el 15-02-2002

guía farmacoterapéutica.			
OBJ. OP. 6.3. Minimizar la prescripción de principios activos de reciente comercialización de baja o nula aportación terapéutica.	FARMACIA	FARMACIA	04.06.6.3
OBJ. OP. 6.4. Disponer de un Protocolo de Equivalentes Terapéuticos, para su utilización en el momento de la prescripción, tanto al ingreso como al alta hospitalaria.	FARMACIA	FARMACIA	04.06.6.4
OBJ. OP. 7. Implantación y evaluación de las guías de gestión del INSALUD.	SERVICIOS IMPLICADOS		05.07.07
OBJ. OP. 8.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días.	TODOS	HISTORIAS CLÍNICAS	05.08.8.1
OBJ. OP. 8.2. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta.	TODOS	HISTORIAS CLÍNICAS	05.08.8.2
OBJ. OP. 8.3. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas de pacientes fallecidos a los dos meses como máximo del exitus.	TODOS	HISTORIAS CLÍNICAS	05.08.8.3
OBJ. OP. 8.4. Mejorar la calidad del informe de alta	TODOS	HISTORIAS CLÍNICAS	05.08.8.4
OBJ. OP. 9. Lograr que los servicios reciban puntualmente el informe sobre contabilidad analítica.	GESTIÓN		05.09.09
OBJ. OP. 10.1. Realizar la Memoria del Plan de Calidad del hospital.	UCAL	CCGC	05.10.10.1
OBJ. OP. 10.2. Divulgar las experiencias de calidad en congresos, revistas científicas, etc.	UCAL	CCGC	05.10.10.2
OBJ. OP. 11. Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas y los grupos de mejora.	UCAL	CCGC	05.11.11
OBJ. OP. 12. Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la Unidad de Calidad, bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue.	UCAL	CCGC	05.12.12
OBJ. OP. 13. Disminuir las diferencias de precios existentes entre los hospitales.	GESTIÓN	ADQUISICIONES	05.13.13
OBJ. OP. 14. Aumentar el número de profesionales sanitarios formados en calidad asistencial	UCAL	FORMACIÓN CONTINUADA	06.14.14
OBJ. OP. 15. Mejorar la implantación de las medidas sobre normas de uso del tabaco.	SALUD LABORAL	INFECCIONES	06.15.15
OBJ. OP. 16. Desarrollar un programa de acogida al nuevo trabajador	GESTIÓN		06.16.16
OBJ. OP. 17. Establecer un plan de comunicación interno.	GESTIÓN		06.17.17
OBJ. OP. 18. Lograr la implantación del Programa de Voluntariado en todos los centros del INSALUD que desarrollan actualmente el programa de colaboración social con objetores de conciencia.	SAU		07.18.18
OBJ. OP. 19. Implantar un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.	SAU		07.19.19
1-Mortalidad potencialmente evitable.	ADMISIÓN	TUMORES	08.01.01
2- Tasa de mortalidad neonatal.	ADMISIÓN	TUMORES	08.01.02
3-Mortalidad perioperatoria por procesos (bypass coronario, fractura de cadera).	ADMISIÓN	TUMORES	08.01.03
4-Altas y estancias potencialmente ambulatorias.	ADMISIÓN		08.01.04
5-Tasa de cesáreas.	ADMISIÓN		08.01.05
6-Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM).	ADMISIÓN		08.01.06
7-Estancias prequirúrgicas.	ADMISIÓN		08.01.07
8-Ingresos tras cirugía mayor ambulatoria.	ADMISIÓN		08.01.08
9-Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.	ADMISIÓN		08.02.09
10-Sistema de vigilancia de las de úlceras por presión.	PREVENTIVA		08.02.10
11-Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.	PREVENTIVA		08.02.11
12-Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.	PREVENTIVA		08.02.12
13-Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.	PREVENTIVA		08.02.13
14-Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.	PREVENTIVA		08.02.14
15-Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).	PREVENTIVA		08.02.15
16- Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.	ADMISIÓN		08.02.16
17- Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.	ADMISIÓN	QUIRÓFANOS	08.02.17
18- Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas.	ADMISIÓN		08.02.18
19-Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.	ADMISIÓN	URGENCIAS	08.02.19



**MANUAL DE CALIDAD
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
UNIDAD DE CALIDAD**

Edición 1-2002
Actualizada el 15-02-2002

20- Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio.	ANESTESIA	TECNOLOGÍA	08.02.20
21- Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias.	URGENCIAS	URGENCIAS	08.02.21
22- Calidad de investigación y docencia. Número de sesiones generales del hospital y media de asistentes (médicos y enfermeras).		DOCENCIA	08.02.22
23- Número total de principios activos que conforman en la Guía Farmacoterapéutica.	FARMACIA	FARMACIA	08.02.23
24- Porcentaje de prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la guía	FARMACIA	FARMACIA	08.02.24
25- Porcentaje de coste asignado a paciente sobre el coste total en medicamentos del hospital (excluyendo los derivados de la prescripción a través de receta).	FARMACIA	FARMACIA	08.02.25



NuevoHospital
versión digital

ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA
Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

Volumen II - N° 6 - Año 2002
N° EDICIÓN: 9
Publicado el 4 de MARZO de 2002
Página 39 de 48



MANUAL DE CALIDAD
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
UNIDAD DE CALIDAD

Edición 1-2002
Actualizada el 15-02-2002

10.12- OBJETIVOS POR SERVICIOS y UNIDADES (HOJA A)²

² Cada servicio o unidad recibirá un modelo en el que se recogerán los objetivos señalando si se trata de objetivos integrados (HOJA A1) o específicos de un área (HOJA A2). Cada objetivo ha de tener su HOJA B (metodología). Se entregará en versión WORD y EXCEL.



OBJETIVOS DE CALIDAD 2002

HOJA A1

COMISIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD

SERVICIO O UNIDAD:.....

OBJETIVOS INTEGRADOS:

Fdo. Jefe de Servicio- Unidad	Fdo. Dirección Médica	Fdo. Supervisor de Enfermería	Fdo. Dirección de Enfermería
----------------------------------	-----------------------	----------------------------------	---------------------------------



OBJETIVOS DE CALIDAD 2002

HOJA A2 (ÁREA MÉDICA)

SERVICIO O UNIDAD:.....

OBJETIVOS ESPECÍFICOS ÁREA MÉDICA:

- Del Contrato de Gestión - Plan de Calidad

- Propios de la Unidad

Fdo. Jefe de Servicio-Unidad	Fdo. Director Médico
------------------------------	----------------------



OBJETIVOS DE CALIDAD 2002

**HOJA A2
(ÁREA DE ENFERMERÍA)**

SERVICIO O UNIDAD:.....

OBJETIVOS ESPECÍFICOS ÁREA DE ENFERMERÍA:

- Del Contrato de Gestión - Plan de Calidad

- Propios de la Unidad

Fdo. Supervisor de enfermería	Fdo. Director de Enfermería
-------------------------------	-----------------------------



OBJETIVOS DE CALIDAD 2002

**HOJA A2
(ÁREA NO SANITARIA)**

SERVICIO O UNIDAD:.....

OBJETIVOS

- Del Contrato de Gestión - Plan de Calidad

- Propios de la Unidad

Fdo. Jefe de Servicio-Unidad

Fdo. Director de Gestión



NuevoHospital
versión digital

ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA
Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

Volumen II - N° 6 - Año 2002
N° EDICIÓN: 9
Publicado el 4 de MARZO de 2002
Página 44 de 48



MANUAL DE CALIDAD
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
UNIDAD DE CALIDAD

Edición 1-2002
Actualizada el 15-02-2002

10.13- METODOLOGÍA POR OBJETIVO (HOJA B)³

³ Se acompañará de hoja EXCEL y de la correspondiente metodología para cada objetivo. Pueden utilizarse las hojas correspondientes de cada objetivo del manual de Metodología (anexo)



RECOGIDA DE DATOS

**HOJA B
(FORMATO EXCEL)**

TABLA DE OBJETIVOS (se entregará en EXCEL con los objetivos especificados)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
OBJETIVO OPERATIVO	CRITERIO	INDICADOR *	ESTÁNDAR	RESPONSABLE (nombre y puesto de trabajo)	TIPO DE EVALUACIÓN	PERIODO EVALUADO	POBLACIÓN	MUESTRA**	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO***	PACTO	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	ACCIONES DE MEJORA

El modelo de tabla propuesto se ajusta a cualquier objetivo.

Para cada objetivo se especificarán sus datos propios

* el indicador puede ser un cociente (con numerador y denominador que se especificará en las columnas 10 y 11), otro tipo de fórmula o indicar SI / NO

** indicar el número en el caso de que no se haya tomado toda la población (columna 8)

*** el resultado puede ser un número (al aplicar la fórmula del indicador) ó puede ser respuesta SI ó NO



RECOGIDA DE DATOS

HOJA B⁴ (FORMATO papel)

CADA CAMPO COINCIDE CON LOS DATOS DE LA TABLA EXCEL.
Se entregará en papel y en formato EXCEL.

OBJETIVO:

Tipo de objetivo: integrado específico

RESPONSABLE / S o GRUPO RESPONSABLE DEL OBJETIVO (Nombres y puesto de trabajo):

Tipo de evaluación: **interna** **externa**
Periodicidad de la evaluación;

CRITERIO/s

Estándar

INDICADOR utilizado

Fórmula del indicador

Población y muestra de estudio

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

Resultado:

Nivel Pactado:
Resultado alcanzado:

¿CUÁL HA SIDO LA ACCIÓN DE MEJORA MÁS RELEVANTE LLEVADA A CABO?

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

⁴ Pueden utilizarse las hojas correspondientes de cada objetivo del manual de Metodología (anexo)



11. RECOGIDA DE RESULTADOS

- Los resultados obtenidos se enviarán a la UNIDAD DE CALIDAD **antes del 1 de diciembre de cada año.**
- **FORMATO: los resultados han de enviarse en formato EXCEL bien sea en disquette (personalmente al miembro de la Unidad de Calidad representante del área o al Coordinador del Calidad) o por correo electrónico**
- Los resultados se incluirán en la base de datos <CALIDAD HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA.mdb>
- ELABORACIÓN DE LA MEMORIA ANUAL DE CALIDAD. Tendrá los siguientes apartados:
 1. Resumen del manual de calidad
 2. Unidad de calidad
 3. Comisión Central de Garantía de Calidad
 4. Comisiones Hospitalarias
 5. Resultados de Calidad del Plan Anual de Gestión
 6. Objetivos propios de los Servicios-Unidades:
 - a. Área médica
 - b. Área de enfermería
 - c. Área de gestión
 7. Unidad de Investigación
 8. Comentarios, acciones de mejora
 9. Planificación año siguiente

12. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD
1- Cumplimiento sustancial. El hospital cumple debidamente con los principales requisitos del estándar.
2- Cumplimiento significativo. El hospital cumple la mayoría de requisitos del estándar.
3- Cumplimiento parcial. El hospital cumple con algunos de los requisitos del estándar.
4- Cumplimiento mínimo. El hospital cumple pocos de los requisitos del estándar.
5- No cumplimiento. El hospital no cumple con los requisitos del estándar.
6 - No aplicable. El estándar no es aplicable en el hospital.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS -RANGO% (Objetivos medidos mediante cociente o fórmula)
A- 90-100 %
B- 80-89 %
C- 70-79 %
D- 50-69 %
E- <50 %

FASES EN LOS QUE SE ENCUENTRA EL OBJETIVO
1- DISEÑO
2- REDACCIÓN – REGISTRO – VALIDACIÓN
3- IMPLANTACIÓN
4- EVALUACIÓN
5- EL OBJETIVO ESTÁ IMPLANTADO Y EVALUADO Y SE MEJORA CONTINUAMENTE



13- BIBLIOGRAFÍA

- **Plan de Calidad Total del INSALUD.** 1999. En <http://www.insalud.es>
- **Plan Estratégico del INSALUD. 1998.** En <http://www.msc.es>
- Dirección Gerencia Hospital Virgen de la Concha.: **Plan Estratégico del Hospital.** Zamora, 1999.
- Subdirección General de Atención Especializada. INSALUD. -Área de Calidad: "**Plan de Calidad del Contrato de Gestión 2001. Metodología de Evaluación**".
- Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León: Plan Anual de Gestión 2002. Objetivos de Calidad.