

Despliegue de líneas estratégicas y objetivos
de la Gerencia Regional de Salud
2011-2015

PLAN en **GESTIÓN**
de la **CALIDAD** y
del **SEGURIDAD**
PACIENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	pág.3	Proyecto 3. Extensión de los proyectos bacteriemia y neumonía zero	pág.19
PROYECTOS EN GESTIÓN DE CALIDAD	pág.4	Proyecto 4 Higiene de manos	pág.20
Proyecto 1. Impulsar la introducción de guías clínicas dentro de las utilidades de la historia clínica electrónica	pág.5	Proyecto 5 Reducción de la transmisión cruzada de microorganismos multirresistentes en los hospitales	pág.20
Proyecto 2. Implantación paulatina de sistemas de gestión de la calidad basados en la gestión por procesos "organizativos"	pág.6	Proyecto 6. Extensión de la utilización del check list quirúrgico de la OMS	pág.21
Proyecto 3. Coordinación de la red de unidades de calidad y referentes de seguridad	pág.10	Proyecto 7. Prácticas seguras en el ámbito quirúrgico. Infección quirúrgica zero	pág.22
Proyecto 4. Gestión del conocimiento en calidad	pág.10	Proyecto 8 Conciliación de la medicación al alta	pág.22
Proyecto 5. Evaluación y mejora en el marco del modelo EFQM	pág.11	Proyecto 9. Mejora de la adecuación de la prescripción en ancianos (STOPP-START)	pág.23
Proyecto 6. Difusión de información sobre el cumplimiento de estándares en los servicios de especial seguimiento de la cartera de servicios de atención primaria	pág.12	Proyecto 10. Mapas de riesgos	pág.23
Proyecto 7. Diseño y validación de un cuadro de mando de calidad científico técnico a nivel hospitalario	pág.13	Proyecto 11. Mejora de la información al ciudadano	pág.23
Proyecto 8. Compromiso con el profesional	pág.14	Proyecto 12. Difusión de buenas prácticas en seguridad	pág.23
Proyecto 9. Variabilidad en la indicación de procedimientos terapéuticos	pág.15	Proyecto 13. Monitorización de los indicadores de la estrategia de seguridad SNS	pág.23
Proyecto 10. Encuestas a pacientes	pág.16	Otras áreas que podrían ser abordadas durante este periodo en seguridad del paciente.....	pág.23
PROYECTOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	pág.17	LIDERAZGO EN CALIDAD Y SEGURIDAD	pág.24
Proyecto 1. Gestión de riesgos a través de SISNOT	pág.18	Despliegue de la función calidad.....	pág.25
Proyecto 2. Plan de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria	pág.19	INDICADORES	pág.26

INTRODUCCIÓN

Este pequeño documento nace con el objetivo de facilitar el despliegue en los centros de las *líneas estratégicas* y *los objetivos de la GRS 2011-15* relacionados con la gestión de la calidad y la mejora de la seguridad del paciente. Para su elaboración se han tenido en cuenta el *III Plan de Salud*, el *Plan de Calidad del SNS* y aquellas propuestas de 30 proyectos y un *marco para avanzar en calidad* que dan respuesta a las líneas y objetivos que la organización ha considerado prioritarios para el periodo 2011-15.

Entre sus líneas de trabajo pueden encontrarse proyectos a corto plazo y otros que requerirán un tiempo más amplio para su desarrollo. El empeño de este plan será promover su puesta en marcha de manera eficiente, trabajando en el diseño de herramientas corporativas y facilitando la coordinación y colaboración entre los distintos centros y el intercambio de conocimiento y buenas prácticas dentro de la organización.

Su objetivo final será mejorar la calidad de nuestro servicio de salud y contribuir a su sostenibilidad disminuyendo los "costes de la no calidad". Unos costes que solamente en el ámbito de la seguridad del paciente se han estimado en 1200 millones € anuales para el conjunto del SNS.

Marco estratégico



Despliegue de líneas estratégicas y objetivos
de la Gerencia Regional de Salud
2011-2015

PLAN^{en}
GESTIÓN
de la **CALIDAD** y
del **PACIENTE**
SEGURIDAD

PROYECTOS
EN GESTIÓN DE CALIDAD

LÍNEA 1. OBJETIVO 1.4 GRS

IMPLANTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS COMUNES EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

PROYECTO 1

IMPULSAR LA INTRODUCCIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS DENTRO DE LAS UTILIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Objetivos del proyecto

Sus objetivos serán reducir la variabilidad en las actuaciones clínicas y facilitar la coordinación entre niveles, la continuidad de cuidados y la traslación de la evidencia científica a la práctica diaria.

Una de las críticas y quejas habituales de los usuarios, profesionales y gestores han sido los problemas de coordinación entre niveles asistenciales. Añadidos a éstos, el envejecimiento de la población y el aumento de la cronicidad y complejidad de los pacientes han puesto de manifiesto la necesidad de mejorar la continuidad de los cuidados cuando el paciente es atendido por diferentes profesionales o cuando persiste su proceso clínico.

En los últimos años, en la comunidad se han hecho esfuerzos por diseñar procesos clínico-asistenciales basados en la mejor evidencia científica, que comenzaron en atención primaria (AP) y que en este momento empiezan a plantearse como rutas asistenciales compartidas entre atención primaria y especializada. Estos procesos se han ido incorporando a la historia clínica electrónica (HCE), a través de las guías asistenciales electrónicas, como herramientas de ayuda al profesional sanitario en esta tarea de trasladar la evidencia a la práctica clínica y mejorar la coordinación.

Plan de trabajo a desarrollar

1. Selección de patologías prioritarias
2. Constitución de grupos de trabajo multidisciplinares a nivel de área o de comunidad
3. Identificación de la mejor evidencia disponible en la atención de estas patologías
4. Diseño de la ruta asistencial/proceso clínico para cada una de ellas
5. Validación teórica por un grupo de expertos en gestión de procesos y revisión de la evidencia
6. Validación de su aplicabilidad en la práctica
7. Implementación de la ruta dentro de las utilidades de la historia clínica electrónica
8. Pilotaje, revisión y análisis de los resultados obtenidos y puesta en marcha de las mejoras necesarias
9. Difusión y formación en el proceso y en su aplicación en la guía asistencial electrónica en todas las áreas
10. Actualización periódica de las herramientas diseñadas

Beneficios esperados

- Disminución de la variabilidad en la atención clínica.
- Incorporación de la evidencia y recomendaciones de buena práctica más recientes a la atención clínica.
- Racionalización de pruebas diagnósticas y terapéuticas.
- Mejora de la coordinación y la comunicación entre profesionales de ambos niveles asistenciales.
- Mejora en el seguimiento y continuidad de los cuidados.

**Las guías asistenciales
electrónicas son una
herramienta de ayuda
al profesional en la
tarea de trasladar la
evidencia a la práctica
clínica y mejorar la
coordinación**

PROYECTO 2. IMPLANTACIÓN PAULATINA DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADOS EN LA GESTIÓN POR PROCESOS “ORGANIZATIVOS”

Justificación del proyecto

En el sector sanitario se ha trabajado tradicionalmente en la definición de vías clínicas, rutas asistenciales que marcan el camino que un paciente con una determinada patología debe recorrer para su adecuado diagnóstico y tratamiento. Estas herramientas han demostrado su utilidad en la disminución de la estancia hospitalaria del paciente, en la continuidad de cuidados y en la mejora de la traslación de la evidencia científica a la práctica diaria, especialmente en procesos sencillos y orientados a pacientes “fácilmente estandarizables”.

Sin embargo, este necesario enfoque de gestión de procesos clínicos se ha encontrado con dificultades para dar respuesta a algunos problemas, como la dificultad de estandarizar la atención de pacientes más complejos como los pluripatológicos, el desvío preferente de recursos que se hace con frecuencia hacia estos pacientes en menoscabo de la atención de otros, la imposibilidad de adaptar la estructura de la organización para la atención de cada patología y la disminución de la eficacia de estas herramientas cuando el proceso es altamente dependiente del funcionamiento de otros procesos.

Una visión complementaria a la gestión de procesos clínicos, que resuelve estos problemas, es la gestión por procesos organizativos. Este enfoque considera a las organizaciones como un sistema, un conjunto de procesos relacionados entre sí que es necesario estandarizar y permeabilizar adecuadamente para constituir el mapa de carreteras de la organización, por el que después cada paciente puede circular sin obstáculos en función de su hoja de ruta. Ésta es la estrategia que proponen modelos como EFQM o ISO 9001:2008.

Según este enfoque, las organizaciones utilizan un conjunto de procesos estratégicos (plan estratégico, voz del cliente,...), procesos de apoyo (laboratorio, esterilización, diálisis, radioterapia, mantenimiento,..) y procesos operativos (hospitalización, urgencias, consultas, cirugía mayor ambulatoria,..) que les permiten desarrollar y gestionar su actividad. Estos últimos se configuran como los procesos claves de la organización, que definen su razón de ser y a través de los cuáles la organización contacta directamente con el cliente (ver figuras).

Para mejorar los resultados de la organización es necesario **trabajar en la gestión de estos procesos operativos porque esto va a permitir garantizar que determinadas actividades “críticas” sean realizadas de forma sistemática en todos los pacientes, independientemente de su patología. Actividades que van a tener un impacto directo en la adecuación en el uso de recursos (adecuada indicación de pruebas, adecuada extracción y envío de muestras, adecuada preparación del paciente para pruebas o procedimientos terapéuticos,...), en la información y el trato recibido por el cliente (acogida, información durante el proceso, consentimiento informado,..), en la continuidad de cuidados y en la seguridad del paciente (valoración de riesgos al ingreso, adecuada prescripción y administración de fármacos de alto riesgo, precauciones durante la inserción de catéteres, sondas, utilización de ventilación mecánica, pautas de comunicación en cambios de turno, pases de guardia, información al alta..).**

**Nuestras
organizaciones
son como el organismo
humano, el mal
funcionamiento en un
punto puede acabar
teniendo repercusión
en cualquier
otro lugar**

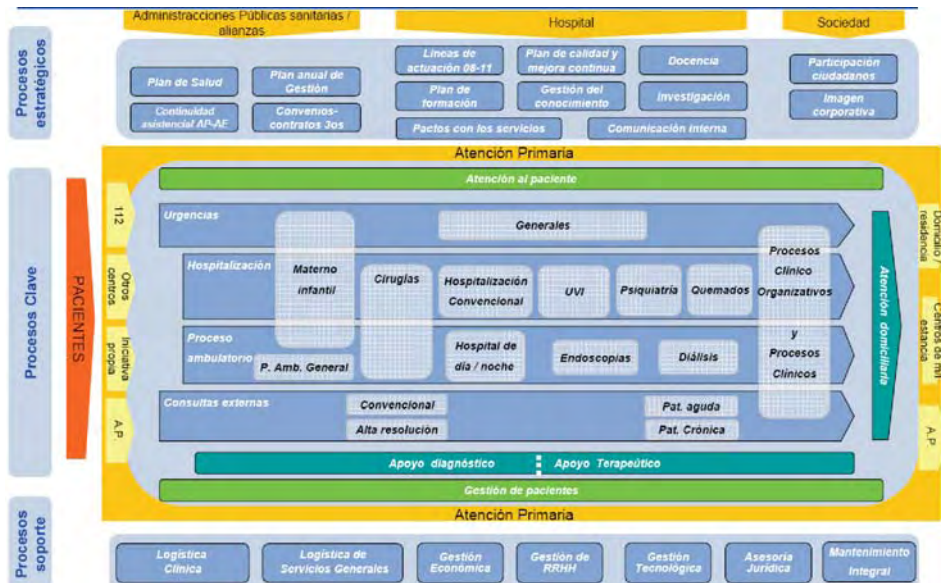
Sin embargo esto no es suficiente porque el funcionamiento de estos procesos no es independiente del resto. Las organizaciones son sistemas complejos donde los eventos y el mal funcionamiento de un punto del sistema puede acabar teniendo repercusión en cualquier otro lugar (la falta de hemoderivados puede provocar la desprogramación de una intervención, el retraso en el envío de un resultado de anatomía patológica puede provocar un retraso en el diagnóstico de un proceso oncológico, los problemas de mantenimiento de un aparato de radioterapia puede suponer la desprogramación de varias sesiones, las demoras en la realización de pruebas pueden dar lugar a la prolongación de la estancia en el hospital,...).

Por este motivo, para mejorar los resultados de los procesos clave es necesario trabajar en su gestión pero también en la gestión del resto de procesos y en definir cómo van a ser las relaciones entre ellos (cómo se van a comunicar los resultados críticos de anatomía patológica al proceso de hospitalización o al proceso consultas, cuál va a ser el tiempo de respuesta ante una petición de TAC, cómo deben extraerse, identificarse y enviarse las muestras al labora-

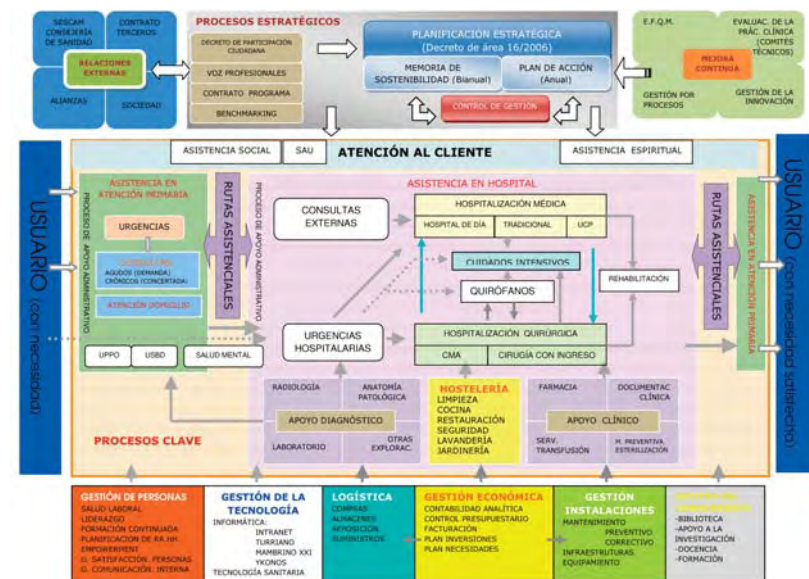
torio y qué datos clínicos debe incluir la petición...). **La definición de estas interacciones disminuirá las descoordinaciones y con ellas las desprogramaciones de actividad, la necesidad de repetir actividades, la prolongación de las estancias y de las demoras en la atención y la aparición de problemas de seguridad.**

¿Por qué promover el proyecto en este momento?

1. Porque la gestión por procesos mejora la **eficiencia** de la organización.
2. Facilita la **integración de los servicios**.
3. Permite identificar las interacciones, las relaciones cliente-proveedor entre los procesos. Un aspecto especialmente importante cuando se van a promover el desarrollo de **unidades de gestión clínica**, donde es necesario fomentar que la unidad obtenga buenos resultados en la atención de sus pacientes pero también que dé una respuesta adecuada a los procesos con los que tiene relación.



Fuente: Hospital Universitario Río Hortega



Fuente: Área de Salud de Puertollano

Objetivo del proyecto

El proyecto tiene como objetivo extender paulatinamente la implantación de un sistema de gestión de la calidad basado en la gestión por procesos organizativos.

En su desarrollo se tendrán en cuenta las experiencias que ya existen en la red (emergencias, laboratorios, plan de gestión de calidad docente,..) y en otras comunidades, las especificaciones de la norma ISO 9001:2008 y los estándares de calidad elaborados por el Ministerio de Sanidad.

El proyecto se desplegará a través de grupos multicéntricos cuyo objetivo será, alcanzar un consenso a nivel corporativo sobre los puntos críticos, el cuadro de mando de cada proceso y las posibles utilidades a incorporar a la historia clínica electrónica, y compartir buenas prácticas que faciliten su implantación.

El proyecto se orientará además a facilitar la consecución de otros objetivos estratégicos de la organización.

Plan de trabajo a desarrollar

1. Análisis de la situación en los centros.
2. Constitución de un grupo de trabajo multicéntrico.
3. Diseño de herramientas y guías corporativas de ayuda (guía para el diseño del sistema de gestión de calidad, ficha de proceso, gestión documental, gestión de incidentes,...).
4. Diseño en cada centro del sistema de gestión de la calidad (manual de la calidad, objetivos, mapa de procesos, definición de responsabilidades, proceso para la evaluación de la percepción del cliente, proceso de planificación estratégica y mejora continua,...).
5. Consenso de procesos en los que se va a implantar el sistema de gestión, con dos posibles estrategias a valorar:

Estrategia 1. Despliegue en fases desde los procesos de apoyo a los operativos. Esto permite ir orientando la organización a las necesidades de los procesos operativos.

- Fase 1. Procesos de apoyo (laboratorio, radiología, anatomía patológica, diálisis,...)
- Fase 2. Procesos operativos (urgencias, hospitalización, CMA,..)

Estrategia 2. Despliegue en procesos estratégicos (los resultados estarán condicionados a su dependencia de los procesos de apoyo).

- Proceso de atención a pacientes crónicos pluripatológicos (objetivo 2.1 GRS).
- Cirugía mayor ambulatoria. Bloque quirúrgico. Radiología. Diálisis,.. (Objetivo 2.3. incremento de la capacidad de resolución y mejora del rendimiento de los centros hospitalarios).
- Unidades incluidas en el proyecto de gestión clínica (Objetivo 4.4)
- Esterilización (Objetivo 5.5. Trazabilidad del material terapéutico utilizado en relación al paciente y al proceso asistencial).
- Procesos estratégicos de las gerencias únicas.

6. Propuesta de fichas corporativas consensuadas para cada uno de los procesos, donde se incorporarán:

- Estándares y recomendaciones (acogida, información, seguridad, derechos,...) a tener en cuenta en el diseño de los procesos seleccionados (fuente: estándares Ministerio, Joint Comisión,..).
- Expectativas de los pacientes (fuente: análisis de la satisfacción y de los motivos de quejas y reclamaciones-RESU).

- Barreras que minimicen la aparición de incidentes de seguridad (fuente: sistema de notificación de incidentes de la comunidad-sisnot).
- Buenas prácticas (en seguridad, uso de recursos, autocuidado del paciente,..).
- Requisitos legales.
- Puntos críticos a controlar.
- Requisitos de información necesarios para la gestión del proceso (cuadro de mando).
- Posibles propuestas a incorporar en la HCE para la mejora del desarrollo y la gestión del proceso.

7. Diseño de los procesos a nivel local, a partir de las propuestas elaboradas, con la participación de los profesionales que desarrollan su actividad dentro del proceso.

8. Implantación, revisión y mejora de los procesos diseñados en cada centro.

9. Seguimiento del proyecto facilitando el intercambio de dudas y buenas prácticas.

Beneficios esperados

1. Mejora de la orientación al cliente con la adaptación del flujo de trabajo a las necesidades de los pacientes.

2. Disminución de costes de no calidad:

- Disminución de problemas asociados a la no coordinación entre procesos (prolongaciones de estancia, desprogramaciones de actividad, repetición de actividades o procedimientos,..).

- Minimización de problemas relacionados con la seguridad del paciente.

3. Estandarización de los procesos, que permitirá disminuir la variabilidad y facilitar la acogida de los nuevos profesionales.

4. Incorporación de buenas prácticas recogidas en estándares y recomendaciones.

5. Acuerdo de puntos críticos a controlar, derivados del análisis de los incidentes de seguridad, resultados de las encuestas, motivos de quejas y reclamaciones, requisitos técnicos y legales.

6. Acuerdo de utilidades que podrían ser incorporadas en la HCE y que mejorarían el desarrollo y la gestión del proceso (campos obligatorios para puntos críticos, alertas,...)

7. Propuesta de un conjunto mínimo de indicadores para toda la red (cuadro de mando de cada proceso) para ser obtenido a través de los sistemas de información.

8. Desarrollo de una cultura de mejora continua en la organización.

9. Colaboración entre profesionales y centros sanitarios.

10. Motivación de los profesionales.

11. Apoyo a la consecución de otros objetivos estratégicos (Objetivo 2.1. Colaboración primaria-especializada en la estrategia de crónicos, Objetivo 2.3. Mejora del rendimiento, Objetivo 3.2. Colaboración entre profesionales, Objetivo 3.3 Evaluación sistemática de los servicios, Objetivo 4.4. Puesta en marcha de unidades de gestión clínica, Objetivo 5.5 Trazabilidad del material, Objetivo 6.2 Mejora de los sistemas de información, Objetivo 7.1 Mejora de la información al ciudadano, Objetivo 7.2 Fomento de la participación ciudadana, Objetivo 7.5. Mejora de la seguridad del paciente).

PRODUCTOS DERIVADOS DEL PROYECTO

- IMPLANTACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS
- BIBLIOTECA DE PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN
- CUADRO DE MANDO DE CADA PROCESO
- PROPUESTAS DE UTILIDADES PARA LA HCE

DESARROLLO DE PROYECTOS MULTICÉNTRICOS DE MEJORA EN CALIDAD Y SEGURIDAD

PROYECTO 3. COORDINACIÓN DE LA RED DE UNIDADES DE CALIDAD Y REFERENTES DE SEGURIDAD

Constitución del grupo de coordinación técnica en calidad previsto en *30 proyectos y un marco para avanzar en calidad.*

Este grupo de trabajo tendrá como misión:

- Apoyar y facilitar el despliegue del plan de calidad en la organización de manera eficiente.
- Servir de foro de colaboración y coordinación, dentro de la GRS, en el ámbito de la gestión de la calidad y la seguridad del paciente.

Sus funciones incluirán:

- Desarrollo de herramientas corporativas que permitan el despliegue del plan.
- Diseño y coordinación técnica de proyectos multicéntricos de mejora.
- Intercambio de herramientas y buenas prácticas entre centros.
- Identificación de buenas prácticas, líneas de formación,... a poner en marcha.

- Monitorización del despliegue del plan de calidad y realización de propuestas de mejora.

El grupo estará constituido por los coordinadores de calidad y referentes de seguridad del paciente de atención primaria y especializada.

La coordinación y la secretaría del grupo recaerá en la Dirección General de Planificación e Innovación responsable del fomento del desarrollo de la política de calidad y excelencia dentro de la organización.

El grupo de trabajo podrá contar también con la participación de otros profesionales de las DG de la GRS que desarrollen proyectos dentro del marco del plan.

PROYECTO 4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN CALIDAD

1. Creación del *Rincón de la calidad* en el Portal de Salud.
2. Desarrollo de un banco de buenas prácticas.
3. Organización de jornadas de difusión y reconocimiento de buenas prácticas.

**El empeño de este plan
será promover la coor-
dinación y colabora-
ción entre los distintos
centros y el intercam-
bio de conocimiento y
buenas prácticas
dentro de
la organización**



Línea 3. Objetivo 3.3 GRS. EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS EN BASE A CRITERIOS DE CALIDAD, PRODUCTIVIDAD Y EFICIENCIA

PROYECTO 5. EVALUACIÓN Y MEJORA EN EL MARCO DEL MODELO EFQM

El modelo de la European Foundation Quality Management (EFQM) fue adoptado como marco de referencia para la gestión de nuestra Administración Regional en el año 2000.

Este modelo proporciona las claves para hacer una gestión de calidad. En sus propuestas incorpora las buenas prácticas de empresas excelentes y da respuesta a lo que una organización debe hacer para ser excelente en la gestión y obtener buenos resultados sostenidos en el tiempo.

Se trata de una herramienta práctica, útil para realizar evaluaciones y ayudar a las organizaciones que la emplean a identificar sus puntos fuertes y sus posibles carencias e implantar soluciones.

Fases del proyecto

Apoyo a la realización de evaluaciones con carácter periódico (bienal-trienal) en las gerencias

1. Programas de formación-acción para directivos y coordinadores de calidad.
2. Difusión de la futura Guía de interpretación EFQM para sanidad.
3. Apoyo metodológico a los centros en las primeras autoevaluaciones.
4. Consenso de la batería de indicadores relacionados con la estrategia de la GRS que podría ser utilizada en las autoevaluaciones.
5. Diseño de itinerarios de mejora que reconozcan a las organizacio-

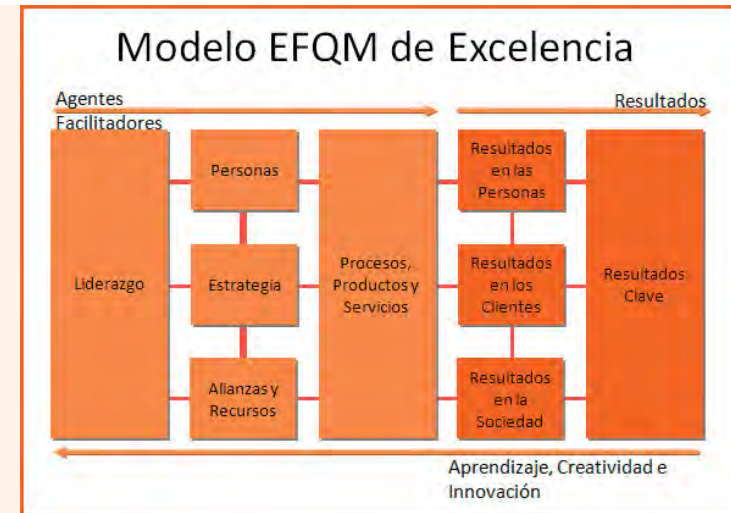
nes en su avance en la consecución de la política de calidad (PAG y entrega de reconocimientos de compromiso con la calidad).

6. Diseño de una guía que facilite la elaboración de memorias.
7. Apoyo del proceso de evaluación externa a aquellas organizaciones que acrediten un nivel avanzado de gestión.

Planificación estratégica

8. Diseño de planes estratégicos en las áreas (alineados con la estrategia de la GRS 2011-15) a partir de las oportunidades de mejora detectadas en las evaluaciones realizadas.

El modelo EFQM da respuesta a lo que una organización debe hacer para ser excelente en la gestión y obtener buenos resultados sostenidos en el tiempo



Fuente: <http://www.visionceg.com/index.php/modelo-efqm-2013>



Línea 3. Objetivo 3.4 GRS. ANÁLISIS DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES

PROYECTO 6.

DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES EN LOS SERVICIOS DE ESPECIAL SEGUIMIENTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los objetivos de este proyecto serán facilitar información a nivel micro (de profesional o de equipo) sobre el cumplimiento de estándares en los servicios de especial seguimiento de la cartera de servicios de Atención Primaria y diseñar índices sintéticos que resuman esta información.

En los dos últimos años, en la comunidad, se ha trabajado en la creación de un sistema de información SIPACyL capaz de generar informes sobre indicadores previamente configurados.

En este momento este sistema se utiliza en 2 áreas de salud y está prevista su extensión al resto de las áreas en un breve plazo de tiempo. Los informes son enviados a cada profesional periódicamente, el informe básico mensualmente y el informe avanzado una vez al año. En ellos se incluye información de los resultados alcanzados, valoraciones sobre el cumplimiento de los objetivos y estándares definidos y comparaciones con los resultados obtenidos por otros profesionales de la zona y del área.

La herramienta permite al profesional realizar una autoevaluación de su trabajo e identificar sus posibilidades de mejora, y a la organización conocer de manera ágil la actividad y la calidad de los servicios prestados.

El proyecto prevé también la definición de indicadores sintéticos (índices) que midan el cumplimiento y rendimiento global de la cartera de servicios, de los servicios de especial seguimiento y de los procesos clínicos.

Fases del proyecto.

1. Definición de indicadores.
2. Elaboración de informes específicos para profesionales y otros niveles de agregación.
3. Desarrollo técnico.
4. Pilotaje en fases: ZBS y área.
5. Corrección de errores y aplicación de propuestas de mejora.
6. Despliegue a toda la Comunidad. Inclusión de notificación en el correo corporativo y en el escritorio Citrix para cada profesional.
7. Seguimiento e inclusión de propuestas de mejora.
8. Ampliación a otros servicios y procesos asistenciales.
9. Definición de índices sintéticos: "índice de Cartera de servicios", "índice de los Servicios de especial seguimiento" e "índice de Procesos."

La herramienta permite al profesional realizar una autoevaluación de su trabajo e identificar sus posibilidades de mejora

PROYECTO 7. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO DE CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA A NIVEL HOSPITALARIO

El desarrollo de herramientas como el iCMBD, diseñado dentro del marco de la estrategia 12 del Plan de Calidad del SNS, permite en este momento disponer de indicadores de resultados ajustados por nivel de riesgo por comunidad autónoma y hospital y comparar esta información con el SNS, con otras comunidades y con los diferentes clusters hospitalarios.

El análisis de esta información supondrá un apoyo importante para la detección de oportunidades de mejora en los centros y el avance en proyectos como la gestión por procesos y la evaluación de las estrategias en salud.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La disponibilidad de indicadores de resultados ajustados por nivel de riesgo hará posible realizar comparaciones válidas entre organizaciones

PROYECTO 8. COMPROMISO CON EL PROFESIONAL

Los profesionales son los que mejor conocen su trabajo y cómo podría mejorarse, sin ellos la mejora no es posible. El modelo EFQM apunta a la necesidad de que las organizaciones lideren esa mejora y a que avancen en la gestión de sus personas, trabajando en el análisis de sus expectativas, en facilitar la participación de los profesionales en la gestión y en mejorar la comunicación y el reconocimiento por su implicación en la mejora.

1. Definir un modelo común de liderazgo

- Consenso del modelo de liderazgo a impulsar en la organización (identificación del mapa de competencias de los líderes)
- Puesta en marcha de un programa de formación para líderes (actuales y potenciales).

2. Mejora de la comunicación en la organización

Elaboración de estrategias de comunicación que permitan una transmisión activa de información a las personas de la organización.

3. Análisis de las expectativas y percepciones de los profesionales

4. Reconocimiento de los profesionales por su implicación en la mejora

5. Promoción de la participación de las personas en la gestión y la toma de decisiones a través de la gestión de procesos y la gestión clínica

Los profesionales son los que mejor conocen su trabajo y cómo podría mejorarse, sin ellos la mejora no es posible

5

Línea 5. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

OBJETIVO 5.3. USO RACIONAL DE RECURSOS

PROYECTO 9. VARIABILIDAD EN LA INDICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS TERA- PÉUTICOS

Fases del proyecto

1. Participación en el proyecto de *variabilidad clínica del SNS* que permite identificar los procesos en los que los hospitales de la comunidad presentan desviaciones respecto al SNS.

En la actualidad se han publicado ocho atlas donde se aborda el estudio de diferentes procesos asistenciales o condiciones relacionadas con la hospitalización. La comunidad de Castilla y León se incorporó con el atlas nº 6.

2. Priorización de procedimientos donde se detecte mayor variabilidad.
3. Búsqueda de buenas prácticas que hayan demostrado su efectividad en disminuir esta variabilidad y que permitan la puesta en marcha de proyectos orientados a mejorar la adecuación en la utilización de esos procedimientos.



Fuente: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Línea 7. OBJETIVO 7.2.
FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.
ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS CON EL FIN
DE INTEGRAR SUS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES
EN LA GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

PROYECTO 10.
ENCUESTAS A PACIENTES

Realización de encuestas a nivel corporativo en los diferentes ámbitos de atención (atención primaria, hospitalización, urgencias, consultas externas, emergencias) con una periodicidad bienal o trienal que permita evaluar el impacto de la estrategia de la GRS 2011-15 y apoyar la gestión por procesos.



La calidad está en los ojos del que recibe el servicio

Despliegue de líneas estratégicas y objetivos
de la Gerencia Regional de Salud
2011-2015

PLAN^{en}
GESTIÓN
de la **CALIDAD** y
del **SEGURIDAD**
PACIENTE

PROYECTOS
EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Línea 7. OBJETIVO 7.5. IMPULSO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

INCORPORAR A LOS PROCESOS LAS SOLUCIONES O LECCIONES APRENDIDAS QUE PREVENGAN LOS RIESGOS POTENCIALES INHERENTES A LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA (VER PROYECTO 2-GESTIÓN POR PROCESOS)

CREACIÓN DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E IMPULSO DE ACTUACIONES ESPECÍFICAS QUE GARANTICEN QUE EL SERVICIO QUE PROPORCIONAMOS SEA LO MÁS SEGURO POSIBLE

Estos proyectos incorporan las líneas de trabajo y los objetivos propuestos por la *Estrategia de seguridad del paciente del SNS*, el *III Plan de Salud* y las propuestas de mejora incluidas en *30 proyectos* que fueron identificadas como oportunidades de mejora durante el análisis de situación realizado.

Según el estudio ENEAS, 8 de cada 100 pacientes que ingresan en nuestros hospitales desarrollan un evento adverso (EA) durante su estancia en el hospital. El 43% de estos eventos podría haber sido prevenido. La prevalencia estimada para atención primaria, según el estudio APEAS, se situaría en 11,18/1000 consultas.

Los EA prevenibles más frecuentes a nivel hospitalario estarían relacionados con la infección asociada a la atención sanitaria, la medicación y los incidentes ligados a procedimientos. El coste de estos eventos superaría los 1200 millones de € al año en el conjunto del SNS.

PROYECTO 1. GESTIÓN DE RIESGOS A TRAVÉS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO (SISNOT)

La gestión de riesgos es una de las prioridades de la estrategia de se-

guridad del paciente a nivel nacional. Es una práctica importada de sectores críticos en seguridad como el sector de la aviación y la energía nuclear y ha sido recomendada por el Instituto de medicina norteamericano, la OMS y el Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad del Comité europeo de la Sanidad.

El objetivo de estos sistemas es analizar los incidentes relacionados con la seguridad que se producen en la práctica diaria para detectar los factores que están contribuyendo a su aparición y poner en marcha medidas que eviten su repetición.

Fases del proyecto

1. Constitución de las unidades funcionales de gestión de riesgos (equipo directivo, unidad de calidad, medicina preventiva, farmacia, profesionales de servicios clínicos,...).
2. Formación de gestores de riesgos.
3. Diseño de guías de recomendaciones para el análisis de incidentes y la gestión de las mejoras.
4. Elaboración de material para la formación de las unidades.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN
de incidentes sin daño

Centro : Gerencia Regional de Salud
Acceso Privado

Inicio Notificación Consultar Introdúcir localizador

NOTIFICACIÓN

¿Cuál es el objetivo del sistema?
Su propósito fundamental es aprender de la experiencia, recopilar información sobre los incidentes de seguridad relacionados con el paciente que se producen, para después analizarlos, identificar los factores que contribuyen a su aparición y proponer medidas de mejora. La notificación es anónima y voluntaria. El análisis de las notificaciones es realizado a nivel del hospital o del servicio donde ocurrió el incidente.

¿Qué notificar?
Cualquier suceso o circunstancia relacionada con la seguridad del paciente que podría haber causado un daño innecesario pero que no llegó a hacerse por azar o porque fue interceptado antes de que llegara al paciente.

¿Por qué notificar incidentes sin daño?
Los incidentes sin daño son mucho más frecuentes que los incidentes con daño severo (las oportunidades de aprendizaje son por tanto mayores) y los factores que contribuyen a su aparición son, con frecuencia, los mismos que producen incidentes con daño.

NUEVA NOTIFICACIÓN

CONTINUAR NOTIFICACIÓN

Localizador:

El objetivo de los sistemas de notificación es analizar los factores que están contribuyendo a la aparición de incidentes y poner en marcha medidas que eviten su repetición

5. Elaboración de alertas y buenas prácticas.
6. Despliegue del sistema de notificación en todos los hospitales.
7. Adaptación de la aplicación para su utilización en AP.
8. Pilotaje del sistema en atención primaria.
9. Diseño de formación on line.
10. Desarrollo de pasarelas con otros sistemas de notificación.
11. Propuesta de buenas prácticas en la atención a las segundas víctimas de los eventos adversos, los profesionales sanitarios.

PROYECTO 2. PLAN EN VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN SANITARIA

Tipo de infección nosocomial	Coste global para el sistema de salud español: euros en 2005
Bacteriemia	240.225.449 euros
Infección nosocomial del sitio quirúrgico	417.261.735 euros
Neumonía nosocomial	91.759.891 - 177.945.865 euros
Bacteriemia asociada a dispositivo ¹¹	36.794.084 – 59.713.475 euros
Infección nosocomial del tracto urinario	14.148.190 – 14.787.140 euros

A mediados de los años 80 el estudio SENIC demostró que la implantación en los hospitales de programas de vigilancia y control de las infecciones puede reducir de forma significativa el riesgo de infección y que la vigilancia y difusión de las tasas de infección es una medida de eficacia probada.

Dentro de los objetivos incluidos en este ámbito en el III Plan de Salud destacan:

- Constitución de un grupo de trabajo regional en infección nosocomial (IN).
- Diseño del proceso de vigilancia, prevención y control de IN.
- Diseño / homogeneización del sistema de vigilancia regional de IN (estudios de incidencia).
- Puesta en marcha de estrategias multimodales.

PROYECTO 3. EXTENSIÓN DE LOS PROYECTOS BACTERIEMIA Y NEUMONÍA ZERO

Estos proyectos han permitido disminuir en nuestras UCIs la incidencia de bacteriemias asociadas a catéter venoso central en un 50% y la de neumonías asociadas a ventilación mecánica en un 70%.

Se ha estimado que, en el periodo enero 2009-junio 2010, el proyecto bacteriemia zero ha conseguido evitar 13 muertes, 150 bacteriemias y 1800 días de estancia en UCI en nuestra comunidad.

Ambos programas están basados en la puesta en marcha de un conjunto de sencillas medidas.

Fases del proyecto

1. Mantenimiento de los proyectos iniciados en los servicios de medicina intensiva.
2. Extensión de estos proyectos a otras unidades de alto riesgo (sujeto a disponibilidad de un sistema de vigilancia corporativo).

La infecciones relacionadas con la atención sanitaria suponen el 75% de los costes de no seguridad

ESTRATEGIA MULTIMODAL BACTERIEMIA ZERO

- Actualización y difusión del protocolo para la inserción y mantenimiento de catéteres.
- Formación de los profesionales de la unidad.
- Disponibilidad de materiales en el punto de uso (productos de base alcohólica, material para inserción, clorhexidina).
- Empleo de check list durante la inserción.
- Repaso entre médico y enfermera de los objetivos diarios en la atención del paciente.
- Monitorización de las tasas de infección y propuesta de mejoras.

PROYECTO 4. HIGIENE DE MANOS

La OMS lanzó en el 2005 su primer reto mundial por la seguridad del paciente con el lema “*una atención limpia es una atención segura*”. Una estrategia que trataba de poner de manifiesto la importancia y la eficacia de esta sencilla medida en la prevención de cualquier infección asociada a la atención sanitaria.

El proyecto de la OMS está basado en la propuesta multimodal desarrollada por Didier Pittet en el año 2000 que consiguió incrementar el consumo de productos de base alcohólica de 3,5 a 15,4l /1000 días de estancia y disminuir la prevalencia de infección nosocomial de 16,9% a 9,9% y las tasas de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina de 2,16 a 0,93 episodios/10000 pacientes-día.

Desde entonces, numerosos países han desarrollado proyectos destinados a facilitar la implantación de esta práctica segura. Un análisis económico realizado dentro de la campaña del Reino Unido “*clean-yourhands*” concluyó que estas estrategias muestran un balance costo-beneficio positivo solo con que se produzca un descenso de las tasas de infección hospitalaria de un 0,1%.

En nuestra comunidad el consumo de productos de base alcohólica estaría en este momento por debajo de las cifras de otras comunidades autónomas.

Fases del proyecto

1. Desarrollo de una pequeña guía de ayuda para la gestión del proyecto a nivel de hospitales.
2. Difusión de las herramientas desarrolladas por la OMS y el Ministerio.
3. Refuerzo y mejora de los planes de higiene de manos en hospitales y atención primaria:

- Revisión de la disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención.
- Continuidad de la formación en higiene de manos y 5 momentos.
- Utilización de recordatorios.
- Observación, monitorización y feedback del consumo a las unidades.
- Disponibilidad de envases de bolsillo en centros de AP para la atención domiciliaria.

PROYECTO 5. REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN CRUZADA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN LOS HOSPITALES (OMS)

La OMS considera que son necesarias medidas urgentes y coordinadas para lograr un tratamiento adecuado de los pacientes actuales y preservar la capacidad de los antimicrobianos para las generaciones futuras. En el año 2010 esta preocupación le llevó a lanzar su tercer reto mundial para la seguridad del paciente “*la resistencia a los antimicrobianos*” para señalar el daño irreversible causado por las malas prácticas de prescripción y la insuficiencia de las medidas desarrolladas para evitar la transmisión de microorganismos multirresistentes.

En este momento un alto porcentaje de infecciones hospitalarias es debido a bacterias multirresistentes (el 43% de *Staphylococcus aureus* responsables de infecciones nosocomiales son resistentes a metilina según los datos del EPINE 2011). Los centros hospitalarios se han convertido en entornos que facilitan la difusión de estas infecciones que suponen una pesada carga en términos de la enfermedad y mortalidad y costes económicos. Las claves para limitar este riesgo radican en el uso adecuado de antibióticos y en la aplicación meticulosa de medidas para la prevención y el control de la infección.



ESTRATEGIA MULTIMODAL EN HIGIENE DE MANOS (OMS)

- Formación de los profesionales en indicaciones y técnica de higiene de manos.
- Recordatorios en el lugar de trabajo.
- Disponibilidad de productos de base alcohólica en el punto de atención.
- Monitorización y difusión periódica del consumo de productos de base alcohólica.

ESTRATEGIA DE LA OMS PARA LA MINIMIZACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE MULTIRRESISTENTES

- Promoción de la higiene de manos.
- Aislamiento de pacientes infectados.
- Pautas para el screening de pacientes.
- Vigilancia de microorganismos multirresistentes que permita detectar la aparición de nuevas cepas y monitorizar las tendencias de los patrones locales y la eficacia de las medidas puestas en marcha.
- Feedback de información a los profesionales.

Fases del proyecto

1. Desarrollo de una guía de consenso con las medidas de evidencia probada a desarrollar y reforzar dentro de la comunidad teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS (minimización de la transmisión de microorganismos multirresistentes, líneas para favorecer el uso adecuado de antibióticos,...).
2. Puesta en marcha de programas de formación.
3. Emisión de material gráfico.
4. Valoración de la posibilidad de integrar un módulo dentro de sistema de vigilancia de infección nosocomial que permita la detección precoz de brotes, la comunicación de alertas ante la detección de nuevos casos o el ingreso de pacientes colonizados que requieren aislamiento y la monitorización de la eficacia del proyecto.

PROYECTO 6. SEGURIDAD EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO. EXTENSIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL CHECK LIST QUIRÚRGICO DE LA OMS

Según el estudio ENEAS los eventos adversos asociados a procedimientos constituyen la tercera causa de eventos prevenibles en el ámbito hospitalario.


En los últimos años, el abordaje de estos incidentes ha sido realizado a través de la incorporación de nuevas herramientas como los listados de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS que han demostrado su eficacia al disminuir en un 36% la tasa de complicaciones quirúrgicas.

Fases del proyecto

1. Análisis del despliegue en la utilización del check list en la Comunidad.
2. Configuración de un grupo de trabajo a nivel de la Comunidad.

3. Elaboración de herramientas de ayuda a la implantación :

- Elaboración de una guía de ayuda para romper las barreras en la introducción del check list en los centros.
- Propuestas sobre las posibles adaptaciones que pueden ser introducidas en el listado.
- Indicadores a utilizar para la monitorización del proyecto.
- Elaboración de material para la presentación del proyecto dirigido al equipo quirúrgico y equipo directivo (impacto de los eventos adversos en el área quirúrgica, recomendaciones para la implantación del check list,...).

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía  Organización Mundial de la Salud Seguridad del Paciente <small>Una alianza mundial para una atención más segura</small>		
Antes de la inducción de la anestesia <small>(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)</small>	Antes de la incisión cutánea <small>(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)</small>	Antes de que el paciente salga del quirófano <small>(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)</small>
<p>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <p>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</p> <input type="checkbox"/> Sí <p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <input type="checkbox"/> Sí <p>¿Tiene el paciente...</p> <p>... Alergias conocidas?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <p>... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible <p>... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</p> <p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <p>Previsión de eventos críticos</p> <p>Cirujano:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista? <p>Anestesista:</p> <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? <p>Equipo de enfermería:</p> <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos? <p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p>El enfermero confirma verbalmente:</p> <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos <p>Cirujano, anestesista y enfermero:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

- Difusión del conocimiento generado (adaptaciones del checklist utilizadas en la comunidad, bibliografía y material gráfico/audiovisual disponible sobre el proyecto)

4. Valoración de las posibilidades de inclusión del listado en la HCE

PROYECTO 7. PRÁCTICAS SEGURAS EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO. INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO

El refuerzo de las prácticas seguras destinadas a disminuir, entre otras, la incidencia de infecciones del sitio quirúrgico tendrá también un impacto importante en la eficiencia de la organización. La revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente” publicada por el Ministerio estima que la infección nosocomial del sitio quirúrgico es la que supone un mayor coste para el sistema de salud. Si se llegara a evitar el porcentaje de infecciones del lugar quirúrgico que se ha estimado prevenible, el sistema nacional de salud ahorraría alrededor de 417 millones de euros al año.

Fases del proyecto

1. Selección de “paquetes de medidas” que hayan demostrado su eficacia en la disminución de los principales eventos adversos del área quirúrgica.
2. Incorporación de estos paquetes en el listado de verificación.
3. Formación on line en seguridad en el ámbito quirúrgico.
4. Monitorización de infección del lugar quirúrgico en procesos seleccionados (sujeto a disponibilidad de un sistema de vigilancia corporativo)

PROYECTO 8. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA

La conciliación de la medicación al alta es otro de los objetivos incluidos en la estrategia nacional de seguridad del paciente.

Diversos estudios observan omisiones de medicamentos necesarios, duplicidades y otras discrepancias hasta en un 66% de los informes de alta. Estos errores tienen una importante repercusión clínica ya que el 10-14% de los reingresos de pacientes de edad avanzada se producen por una información incompleta o incorrecta sobre la medicación al alta hospitalaria.

Aunque no hay una definición universalmente aceptada, se define la conciliación como “el proceso formal que consiste en obtener una lista completa y precisa de la medicación que el paciente debe tomar a su salida del hospital”. La conciliación supone la elaboración de esta lista y la revisión de la adecuación de los medicamentos incluidos en ella.

Fases del proyecto

- Constitución de un equipo multidisciplinar integrado por representantes de las unidades clave.
- Definición del proceso de conciliación con las actuaciones a realizar en cada etapa y las responsabilidades de los profesionales implicados.
- Definición del modelo de impreso estandarizado.
- Valoración de la posibilidad de automatizar este proceso en centros que dispongan de prescripción electrónica.
- Puesta en marcha de un proyecto piloto.

Los efectos adversos prevenibles más frecuentes están relacionados con la infección asociada a la atención sanitaria, la medicación y los incidentes ligados a procedimientos

PROYECTO 9. MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN ANCIANOS (CRITERIOS STOPP-START)

Estos criterios nacidos en Irlanda recogen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción en pacientes ancianos. Los criterios STOPP incluyen 65 ítems relacionados con la necesidad de suspender prescripciones potencialmente inadecuadas. Los START (22 ítems) se refieren a la necesidad de introducir fármacos necesarios para un tratamiento adecuado, siempre que no exista contraindicación.

Algunas experiencias piloto realizadas en nuestra comunidad han detectado que el 70 % de pacientes presentan un criterio STOPP-START, el 64 % tienen, al menos, 1 criterio STOPP y el 36 %, al menos, 1 criterio START.

Fases del proyecto a valorar.

- Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Valoración de la posibilidad de automatizar este proceso en centros que dispongan de prescripción electrónica.

PROYECTO 10. MAPA DE RIESGOS

Puesta en marcha de una línea de trabajo relacionada con la elaboración de cuestionarios de autoevaluación donde se incluyan los puntos críticos en la seguridad del paciente en los distintos ámbitos de atención (áreas de críticos, atención en consultas, domicilio, emergencias, hospitalización, servicios centrales,...).

Estos cuestionarios podrían ser utilizados a nivel de las unidades y servicios para la evaluación de sus riesgos y la puesta en marcha de mejoras.

PROYECTO 11. MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL CIUDADANO

La mejora de la información al ciudadano que contempla el objetivo 7.1 de la GRS se promoverá mediante:

- Desarrollo de recomendaciones relacionadas con la seguridad que promuevan el autocuidado.
- Difusión de estas recomendaciones a través del aula de pacientes del Portal de Sanidad.

PROYECTO 12. DIFUSIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DENTRO DEL RINCÓN DE LA CALIDAD DEL PORTAL DE SANIDAD

PROYECTO 13. MONITORIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD SNS

OTRAS ÁREAS QUE PODRÍAN SER ABORDADAS DURANTE ESTE PERIODO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Apoyo al proyecto “código sepsis”, estandarización de los planes de respuesta ante una parada cardiaca intracentro, prevención de tromboembolismo, screening de malnutrición durante el ingreso, atención al dolor en el ámbito hospitalario, inclusión en los planes de acogida a profesionales de temas relacionados con la seguridad.

Despliegue de líneas estratégicas y objetivos
de la Gerencia Regional de Salud
2011-2015

PLAN^{en}
GESTIÓN
de la **CALIDAD** y
del **PACIENTE**
SEGURIDAD

LIDERAZGO
EN CALIDAD Y SEGURIDAD

DESPLIEGUE DE LA FUNCIÓN CALIDAD

La mejora requiere de liderazgo y de apoyo metodológico. Este proyecto abordará las funciones a desarrollar desde el equipo directivo, los responsables de las unidades y servicios, las unidades de calidad y las comisiones clínicas y grupos de mejora, siguiendo el enfoque propuesto en *30 proyectos y un marco para avanzar en calidad*.

**La mejora requiere de liderazgo
y de apoyo metodológico**



Despliegue de líneas estratégicas y objetivos
de la Gerencia Regional de Salud
2011-2015

PLAN^{en}
GESTIÓN
de la **CALIDAD** y
del **PACIENTE**
SEGURIDAD

INDICADORES

- N° de guías clínicas incluidas dentro de las utilidades de la historia clínica electrónica.
- % de rutas asistenciales implantadas en que se alcanza >50% de los estándares definidos.
- % de organizaciones que cuentan con un sistema de gestión de la calidad basado en la gestión por procesos.
- N° de procesos en los que se han consensado estándares y recomendaciones corporativos.
- N° de procesos en los que se ha definido el cuadro de mando y se ha pilotado su explotación.
- % de profesionales cuya actividad forma parte de un proceso gestionado mediante la metodología de gestión de procesos.
- Grupo de coordinación técnica en calidad constituido.
- *Rincón de la calidad* en el Portal de Sanidad diseñado.
- N° de organizaciones que realizan autoevaluaciones con el modelo EFQM.
- N° de organizaciones que reciben reconocimientos por su gestión en el marco del modelo EFQM.
- Proyecto de difusión de información sobre el cumplimiento de estándares en los servicios de especial seguimiento de la cartera de servicios de atención primaria desarrollado.
- Cuadro de mando de calidad científico técnica a nivel hospitalario disponible.
- N° de líderes formados en las competencias seleccionadas.
- % hospitales y GAP con sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- % hospitales y GAP con unidades funcionales de gestión de riesgos.
- Proceso de vigilancia, prevención y control de IN diseñado.
- % hospitales que tienen implantado un sistema prospectivo de medición de IRAS.
- Tasa de incidencia de bacteriemias/1000 días de catéter venoso central en UCI.
- Tasa de incidencia de neumonías/1000 días de ventilación mecánica en UCI.
- % camas de UCI con productos de base alcohólica (PBA) en el punto de atención.
- % camas con PBA en el punto de atención.
- % centros de AP que disponen de PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria.
- % hospitales que han realizado actividades formativas básicas en higiene de manos.
- Litros de PBA entregados/1000 estancias.
- % hospitales que tienen implantada la lista de verificación de seguridad quirúrgica.
- % pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se aplica la LVSQ.
- % hospitales con protocolos para conciliar la medicación al alta.

PO