

MEMORIA CALIDAD 2006
HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA

MEMORIA CALIDAD 2006

Prólogo

I. INTRODUCCIÓN

- I.1. Denominación de la Unidad**
- I.2. Plantilla**
- I.3. Ubicación**
- I.4. Objetivos**

II. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

III. COMISIONES

- III.1. Comisión Central de la Garantía de la Calidad**
- III.2. Comisión de Violencia de Género**
- III.3. Comité de Ética Asistencial**

IV. ACTIVIDADES DE CALIDAD

- IV.1. Dirección Médica + Radiodiagnóstico**
- IV.2. Dirección de Enfermería**
- IV.3. Dirección de Gestión**

V. CREACIÓN DEL REGISTRO ÚNICO DE ACTIVIDADES DE CALIDAD

VI. AUTOEVALUACIÓN EFQM

VII. CREACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA PÁGINA WEB.

PROLOGO

La elaboración de la Memoria de Calidad del final del ejercicio es una satisfacción para el equipo de Calidad, porque con ella revives y compartes todos tus esfuerzos y tus disfrutes.

Como su nombre indica, empiezas a hacer memoria y te llegan recuerdos que te hacen revivir los momentos más importantes para plasmarlas en el papel.

Pero aquí empiezan los problemas, sabes que tienes que incluir todas las actividades, describirlas con el máximo rigor y expresarlas con un lenguaje técnico y apropiado pero también somos conscientes de la gran resistencia que ofrece “la Calidad” para ser comprendida y que si el documento no es corto, claro y ameno, no se lo va a leer nadie y no va a cumplir su finalidad principal que es compartirla con los demás.

Varias dificultades nos han surgido, la formación del equipo a mitad de ejercicio que las solucionaremos para el próximo año, las otras lo vamos a intentar implantando un registro único de actividades de calidad en el Hospital y un plan de uniformidad de manuscritos.

Antes de pedir comprensión a los lectores por las deficiencias de la presente Memoria de Calidad de 2006 quiero agradecer a los trabajadores del Hospital su apoyo, colaboración, tanto a los que han formado equipo con nosotros como a los que han preferido dejarlo para otro momento, de corazón ... muchas gracias.

DR. CARLOS GRANDE BAOS
COORDINADOR CALIDAD
HOSPITAL UNIVERSITARIO “SANTA CRISTINA”

I. INTRODUCCIÓN:

I.1. Denominación de la Unidad:

- Unidad de Calidad, Formación y Riesgos Sanitarios.

I.2. Plantilla

- Coordinador de Calidad: Dr. Carlos Grande Baos
- Enfermera de Calidad: D^a. M^a. Teresa Pérez y Pérez-Medrano y
- Administrativo, Biblioteca y Calidad: D. Saturnino Díaz Trujillo
- Responsable de Objetivos de Calidad para la División de Enfermería D^a. Pilar Martín Martín.
- Administrativo: D^a. Petra de Pedro Blanco
- Responsable de Objetivos de Calidad para la Dirección de gestión: D. Eduardo Castañeda.
- Responsable de Objetivos de Calidad para la Dirección Médica: Jefes de Servicio y Unidades Médicas.

I.3. Ubicación

- La Unidad de Calidad, Formación y Riesgos Sanitarios del Hospital Universitario Santa Cristina, está ubicada en la 4ª planta del Edificio A, junto a la Biblioteca.

I.4. Objetivos

- El Hospital Universitario Santa Cristina, impulsa la Mejora Continua de Calidad atendiendo a la Calidad Científico Técnica, Asistencial y Calidad percibida por los ciudadanos que son atendidos en nuestra organización.
- Objetivos Generales: Unidad de Calidad:
 - Impulsar y facilitar el Modelo de Calidad de la Comunidad de Madrid, basado en el Modelo EFQM.
 - Implicación/sensibilización de los directivos, líderes y profesionales en la Mejora Continua de la Calidad.
 - Relaciones con organizaciones institucionales y otras organizaciones hospitalarias así como con Atención Primaria.
- Objetivos Específicos: Unidad de Calidad:
 - Asegurar la implementación de procesos asistenciales basados en la Mejora Continua de Calidad.
 - Autoevaluación EFQM y seguimiento de grupos de mejora.
 - Apoyo en la evaluación, indicadores y control de los procesos en los objetivos institucionales (PAS).

II. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Información y acogida al ciudadano	2006
Implantar la carta de servicios del centro	Si

Respeto de Valores y creencias de la población	Especificar
Implantar cirugía sin sangre en los siguientes procesos (al menos 3)	
Prótesis de caderas	
Prótesis de rodilla	
Histerectomía	
Desarrollar actuaciones orientadas a los colectivos inmigrantes: (al menos 1)	Especificar
Protocolo de anamnesis en varios idiomas	

Detección de pacientes con riesgo social	
Aplicación del programa para la detección y manejo de casos de maltrato infantil de la CAM	

Evaluación de la percepción del usuario	
Realización de una encuesta de posthospitalización (Modelo CS y C o Validada)	Si
Implantar al menos una acción de mejora tras el análisis de los resultados de la encuesta	Especificar
Puesta en marcha del Procedimiento de Acceso a la Documentación Clínica, Mejora del sistema de información a pacientes y familiares que permanecen en Reanimación Posquirúrgica de forma prolongada	
% de encuestas recibidas / Total altas > 30%	30%
% de reclamaciones contestadas en menos de 30 días > 90%	70%
% de reclamaciones contestadas en menos de 15 días > 50%	30 %

Mejora de la seguridad de los pacientes	
Elaborar informes de situación conforme al observatorio Regional del Riesgo Sanitarios	100%
Desarrollar la estructura funcional para la gestión de riesgos	Si
Implantar la identificación mediante pulseras en el menos 3 áreas	Especificar
Hospitalización y quirófano 100% a 31/12/2006	
Implantar el lavado de manos con alcohol gel en al menos 3 áreas	Especificar
100% a 31/12/2006	

Gestión de Calidad	
Realizar autoevaluación de acuerdo al Modelo de Calidad del Sistema Sanitario de la C de M	Sí
Desarrollar al menos 3 planes de mejora identificas tras la evaluación EFQM	Especificar
Mejora del Cuadro de Mandos del Hospital	
Establecimiento de medidas de ahorro energético (Agua y Electricidad) en el edificio B	
Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería en los 3 GRD más frecuentes del Hospital	
Elaborar la memoria anual de calidad y mantener el registro de actuaciones en calidad	Sí

Documentación Clínica	
% de informes de alta que cumplen criterios recogidos en el Art 3 de la Ley 41/2002 y orden de 6 de Septiembre de 1984 del MSC > 95 %	> 98%
% de Altas con informe clínico definitivo en el momento del alta >80%	> 95%
% de Altas con informe clínico en plazo inferior a 15 días > 92%	100%
% de consentimientos informados que cumplen criterios establecidos > 90%	95%

Variabilidad de la Práctica Clínica	
Dispone de GPC/Protocolos/Vías Clínicas actualizados en los 5 procesos más prevalentes	Especificar
Están implantadas y actualizadas, diversas Vías Clínicas: "Dolor agudo postquirúrgico", "Cataratas", Prote. de Cadera, Rodilla, Hallux Valgus, Túnel del carpo; En 2006 se impl el "Protoc. de Cirug. sin Sangre"	

Formación de los Profesionales en Calidad/Seguridad del paciente	
Nº de Cursos sobre calidad/seguridad del paciente en el PF (al menos 1 de cada 1 profesional por cada División a 31/12/2006	Especificar

III. COMISIONES

III.1. Comisión Central de la Garantía de la Calidad

Presidente:

Dra. M. Ángeles Neira Rodríguez (Directora Médico)

Secretaria:

Dra. M. del Carmen Pazos Pacheco (FEA. Microbiología, Presidenta C. de Infecciones)

1. COMISIÓN DE TEJIDOS Y MORTALIDAD

- Sección de Anatomía Patológica: Dra. M^a Carmen García-Andrade (Presidenta)
- Sección de Anatomía Patológica: Dr. Luis Carretero (Secretario)

RESULTADOS OBTENIDOS

La *Dra. García-Andrade*, como presidente de la Comisión de Mortalidad y Tejidos, comenta que se siguen reuniendo los terceros viernes de cada mes. Dice que este año algunos de sus miembros han tenido largos períodos de baja laboral, por lo que el objetivo de repetición de citologías de Ginecología y el de mortalidad hospitalaria potencialmente evitable se han resentido y no se han podido cumplir.

Este año se han centrado en el objetivo de Política Mortuoria, que era insuficiente para el funcionamiento actual del hospital, ya que no estaba diseñado para adultos. El trabajador social y la supervisión de enfermería han confeccionado un protocolo y han consensuado todos sus apartados. Lo que queda por hacer es que la Dirección se reúna con el personal implicado para difundir el protocolo. El problema que han encontrado es que en este hospital no hay un espacio adecuado para velar el cadáver (aunque se está buscando) y que no hay acuerdo sobre lo que hacer cuando los familiares no están cerca. La *Dra. Ramos* dice que hay que bajar el cadáver inmediatamente a la cámara.

En cuanto al objetivo de cumplimentación correcta de las fichas de solicitud de biopsias, la *Dra. García-Andrade* trae a la Comisión una ficha para mostrar cómo se cumplimentan habitualmente, y comenta que los problemas que encuentran de manera habitual son la falta de cumplimentación completa y la colocación de etiquetas del paciente que no pertenecen al episodio actual, por lo que no se sabe de qué servicio procede la petición.

2. COMISIÓN DE TRANSFUSIONES

- Jefe de Servicio de Laboratorio: Dr. Carlos Lozano Trotonda (Presidente)
- Supervisora de Enfermería: Dña. Carmen Manzanares (Secretaria)

RESULTADOS OBTENIDOS

El Dr. Lozano, como presidente de la Comisión de Transfusiones, comenta que se han reunido en 5 ocasiones.

Insiste en que el mayor problema en su Comisión es la falta de asistencia a las reuniones.

3. COMISIÓN DE TECNOLOGÍA Y ADECUACIÓN DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

- Servicio de Medicina Interna: Dra. Isabel Usandizaga (Presidenta)
- Servicio de Laboratorio: Dr. M^a José de Asís (Secretaria)

4. COMISIÓN DE QUIRÓFANOS

- Servicio de Cirugía General: Dr. José Luis Porrero Carro (Presidente)
- Unidad de Urología: Dra. Pilar Pérez Sanz (Secretaria)

RESULTADOS OBTENIDOS

El Dr. Porrero, como presidente de la Comisión de Quirófano, comenta que la primera reunión la tuvieron en febrero de 2006 y se plantearon reunirse 8 veces.

Sus objetivos son:

Elaboración de un documento para enfermería, con la descripción de las funciones del personal no facultativo del área quirúrgica. Se ha cumplido.

Estandarización de los partes de quirófano, con ítems parecidos para todos ellos. Comenta que un objetivo que tienen planteado para el año 2007 es la programación del parte quirúrgico a través del HP-HIS.

Diseño del circuito de organización y funcionamiento del bloque quirúrgico. Se intentarán diseñar circuitos de pacientes en bloque quirúrgico mediante diagramas de flujo. La llegada de pacientes al área de preparación quirúrgica ha mejorado mucho con respecto al año anterior.

Coordinación del área quirúrgica. La Dra. Ramos comenta que el Dr. Porrero es coordinador del bloque quirúrgico desde octubre de 2006 y que desde entonces se ha conseguido varios objetivos.

Vestimenta y entrada de personal a quirófano. El Dr. Porrero comenta que ha disminuido el personal de limpieza en el área quirúrgica con la nueva contrata y que se le informará de ese tema a la Dirección de Gestión.

5. COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

- Unidad de Oftalmología: Dr. Carlos Grande Baos (Presidente)
- Jefe de Documentación Clínica: Dr. Julio Muriel Gil (Secretario)

RESULTADOS OBTENIDOS

El *Dr. Grande*, como presidente de la Comisión de Historias Clínicas, comenta los objetivos cumplidos y presenta las actas de las reuniones que han tenido lugar. Sus objetivos son:

Revisión y optimización del informe de alta. No tiene indicador.

Presentación del Manual de Acceso a la Historia Clínica y adaptación a este hospital. Le ha llegado una nota de la Agencia de Protección de Datos al Dr. Muriel para que se haga el protocolo. Este año se consensuará con los servicios, se implantará y se difundirá.

Protocolo de Normalización de la Historia Clínica. Quedará pendiente para que el grupo de EFQM centralice los documentos.

6. COMISIÓN DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUADA

- Coordinador de Formación: Dr. Tirso Pérez Medina (Presidente)
- Coordinadora de Formación Enfermería: Dña. Pilar Martín Martín (Secretaria)

RESULTADOS OBTENIDOS

El Dr. Pérez Medina, como presidente de la Comisión de Docencia e Investigación, comenta que se han reunido cada dos meses, los terceros miércoles de mes.

Hay tres subcomités: de Formación, de Investigación y de Docencia.

Formación: presenta el informe del plan de formación. Se ha cumplido el 95%, sólo ha faltado un curso por impartir (600€). Es el único hospital de la Comunidad de Madrid al que han duplicado el presupuesto para el año próximo por cumplimiento de objetivos (30.000€), con lo que hay posibilidad de ofrecer muchos cursos, muchas becas y una gran flexibilidad para movilizarlo como queramos.

Investigación: se ha evaluado un proyecto FIS del Dr. García Monzón y un proyecto no FIS del Dr. Galmés. Quedan pendientes de evaluación otros proyectos, como el de la Dra. Benavides sobre la vacuna VPH.

Docencia y Biblioteca: esta Comisión acredita las rotaciones del personal externo al hospital (presenta el listado). Apoya la apertura de la Biblioteca y la distribución de claves de acceso a la Biblioteca Virtual de la Agencia Laín Entralgo, que es un proyecto que está en marcha.

7. COMISIÓN DE FARMACIA

- Sección de Farmacia: Dña. Paloma Izquierdo Izquierdo (Presidenta)
- Sección de Farmacia: Dña M^a Jesús López Muñoz (Secretaria)

RESULTADOS OBTENIDOS

Se han cumplido 6 de los 8 objetivos previstos:

Manual de procedimientos.

Actualización de la Guía Farmacoterapéutica.

Reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Notas de riesgos de medicamentos.

Antiulcerosos y antiinfecciosos en pacientes ingresados.

Medicamentos por receta.

Con respecto a estos dos últimos, comenta que la información está procesada, pero no hay tiempo suficiente en todas las reuniones para presentar la información en la comisión.

Los dos objetivos que no se han cumplido son:

Boletín de la Comisión.

Estudio de utilización de medicamentos.

Comenta que los resultados de los indicadores de seguimiento de medicamentos por receta deberían llegar a los facultativos prescriptores, con lo que está de acuerdo el resto de la Comisión.

Para este año 2007 se mantendrá la misma línea de objetivos, con la actualización continua de la Guía Farmacoterapéutica, la Farmacovigilancia y la información a la Comisión de los resultados de los indicadores de la prescripción hospitalaria y por receta.

8. COMISIÓN DE INFECCIONES Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS

- Servicio de Farmacia: Dña. M^a Jesús López Muñoz (Presidenta)
- Unidad de Microbiología: Dra. Carmen Pazos Pacheco (Secretaria)

RESULTADOS OBTENIDOS

La *Dra. López*, como presidente de la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos, comenta que en su comisión se han reunido 6 veces. Los resultados de los objetivos ya se comentaron en la reunión anterior de esta Comisión. De los 12 objetivos se han cumplido en su totalidad 10:

Elaboración del Manual de procedimientos.

Guía de profilaxis quirúrgica. Está impresa en formato papel. Se hicieron dos presentaciones generales para su conocimiento y se repartió a todos los profesionales del hospital implicados.

Actualización del protocolo de toma de muestras. El año próximo se realizarán acciones formativas para el personal del hospital.

Revisión de los antimicrobianos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital. Se ha evaluado completamente la Política de Antibióticos y se ha informado a la Comisión de Farmacia para la actualización de la Guía Farmacoterapéutica.

Revisión de antisépticos y desinfectantes. Se han evaluado las peticiones de inclusión de nuevos antisépticos y desinfectantes. Se ha implantado en el hospital el protocolo de lavado de manos con alcohol gel, se presentó en dos sesiones clínicas generales. El año próximo se evaluará su utilización.

Información del análisis mensual del consumo de antimicrobianos.

Información del seguimiento y control de la Política de Antibióticos en el Hospital.

Información de los microorganismos significativos.

Información del seguimiento del cumplimiento del protocolo de profilaxis quirúrgica.

Información de los estudios de infecciones hospitalarias.

Los otros 2 objetivos, cuyo cumplimiento no se ha alcanzado son:

Revisión de la Guía para la prevención de la infección nosocomial.

Plan de mejora para la infección urinaria.

IV. ACTIVIDADES DE CALIDAD:

IV. Dirección Médica - Radiodiagnóstico

Resultados de 2006 y orientación de los objetivos de 2007.

- ANATOMIA PATOLOGICA
- ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- ATENCION E INFORMACION AL PACIENTE
- CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO
- GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- MEDICINA INTERNA
- CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ANALISIS CLINICOS
- FARMACIA HOSPITALARIA
- OFTALMOLOGIA

Anatomía Patológica

Actividades de Calidad.

- Dos sesiones clínicas por semana.
- Calidad:
“Patología molecular de la transformación neoplásica en cerviz uterino en mujer infectada por HPV”.

Anestesiología y Reanimación

Actividades de Calidad.

Sesiones Clínicas: 1 día por semana.

Cirugía Electiva sin sangre.

Protocolización Actividad Asistencial.

Servicio de Atención e Información al Paciente

Actividades de Calidad.

Estudio y clasificación de las reclamaciones.

Respuesta en el tiempo previsto.

Encuesta de satisfacción.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 2006

Fueron encuestados, mediante la encuesta de posthospitalización SERVQHOS, los pacientes dados de alta en el Hospital, salvo éxitus, durante la segunda quincena de mayo y la primera de octubre. Se enviaron por correo 446 encuestas, obteniéndose una tasa de respuesta del 31% con el siguiente resultado:

-El 37% de los encuestados es trabajador en activo. El 36% está jubilado.

-Un 32% ha realizado estudios a nivel primario. El 26% estudios de bachillerato.

-La edad media de los encuestados es de 56 años. El 52 es mujer.

-El 98% se siente satisfecho o muy satisfecho con los cuidados recibidos durante su hospitalización.

-El 96% recomendaría sin dudar el Hospital.

-El 96% dice que no le han realizado pruebas sin su permiso.

-El 84% estima que ha estado ingresado el tiempo necesario.

-Un 52% conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente.

-El 25% conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente.

-El 86% considera que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba.

-En un 77% de los casos el ingreso se ha efectuado de forma programada.

-El 66% ha estado una vez ingresado en el hospital el último año.

-Para el 65% la tecnología de los equipos médicos es mejor o mucho mejor de lo que esperaba.

-Un 74% opina que la apariencia del personal es mejor o mucho mejor de lo esperado.

-El 61% dice que la señalización es mejor o mucho mejor de lo esperado.

-Para un 74% el interés del personal por cumplir lo que promete es mejor o mucho mejor de lo esperado.

-Un 85% opina que el estado de las habitaciones es mejor o mucho mejor de lo que esperaba.

-El 66% considera que la información que le han proporcionado los médicos es mejor o mucho mejor de lo esperado. Para el 22% la información ha sido como la esperaba.

-El tiempo de espera para ser atendido por un médico en el 61% de los casos ha sido mejor o mucho mejor de lo esperado. El 29% dice que fue lo esperado.

-En el 53% de los encuestados la facilidad para llegar al hospital ha sido mejor o mucho mejor de lo esperado. El 39% dice que fue lo esperado.

-El 67% dice que el personal se tomó más o mucho más interés del esperado por solucionar problemas de los pacientes.

-En el 57% de los casos las consultas médicas fueron más o mucho más puntuales de lo esperado.

-La rapidez en conseguir lo que se necesita fue en el 67% mejor o mucho mejor de lo esperado.

-En el 79% fue mejor o mucho mejor de lo esperado la disposición del personal para ayudarle cuando lo necesitaba.

-La confianza que el personal transmite a los pacientes en un 79% mayor o mucho mayor de lo esperado.

-La amabilidad del personal en su trato con la gente es según el 82% de los encuestados mayor o mucho mayor de lo esperado.

-La preparación del personal para realizar su trabajo es mejor o mucho mejor de lo esperado en el 78% de los casos.

-El 78% de los encuestados opina que el trato ha sido mejor o mucho mejor de lo esperado.

-Un 69% de los pacientes opina que la capacidad del personal para comprender sus necesidades es mayor o mucho mayor de lo esperado.

-La información que los médicos dan a los familiares en el 62% ha sido mejor o mucho mejor de lo esperado. El 30% dice que ha sido lo esperado.

-El interés del personal de enfermería es en un 71% mejor o mucho mejor de lo esperado.

Servicio de Cirugía General y Digestivo:

Actividades de Calidad.

Sesiones Clínicas: 2 al mes.

1. Protocolo de seguridad clínica de pacientes
2. Resultados de los Indicadores de Calidad más relevantes:

INDICADORES	2006	
Hospitalización y consultas		
Estancia media	1,32	
Índice de mortalidad	0%	
Índice de consultas sucesivas / primeras	1,54	
Actividad Quirúrgica		
Estancia media preoperatoria	0,06	
Índice de cancelación quirúrgica	3,47	
% C.M.A. / Total cirugía programada	71,71%	
% Ocupación medio anual quirófano (mañanas)	68,40%	
Servicio de atención al paciente y usuario		
Quejas	5	
Reclamaciones	7	
Plazo de resolución (días)	<30 días	
Otros indicadores de calidad		
% de pacientes con infección nosocomial (EPINE)		
% Informe de Alta en mano	99,36%	
Ambulatorizados / Ambulatorizables (CMBD)	58,29%	
Índice de reingresos	0,054%	

3. Resultado encuesta calidad percibida:

Durante el período de tiempo mayo-septiembre de 2005 se entregaron un total de 175 encuestas en el momento del alta de pacientes sometidos a procedimientos de Cirugía General en régimen ambulatorio.

El objetivo era conocer la percepción que los pacientes tenían sobre este tipo de atención quirúrgica.

- **Material:**

De las 175 encuestas entregadas en al unidad de CMA del Hospital Universitario Santa Cristina hemos recibido un total de 113 encuestas (64,5%), que son las que has sido objeto de análisis.

- **Metodología:**

La encuesta era entregada por la enfermera del Área de readaptación al medio previo al alta del paciente. Dicha encuesta es anónima y se dispusieron dos buzones en áreas separadas del hospital y sin ninguna relación con el Área quirúrgica ni de consultas, con el fin de garantizar aún mas la privacidad.

La encuesta se componía de 27 items y es la que está validada por la Comunidad Valenciana y que es específica de CMA.

- **Resultados:**

El 65% conocía el nombre de su cirujano. El 91% reconocía haber sido informado por el médico en todo lo referente al proceso quirúrgico y el 99% habían sido informados de cuando y donde debían acudir para la revisión. El 53% no conocía o no había oído hablar del Servicio de Atención al Paciente. El 87% respondían encontrarse satisfechos o muy satisfechos con las atenciones sanitarias recibidas.

Un 27,4% referían que el resultado de la intervención que le habían realizado era mucho mejor de lo esperado, un 47% mejor y un 0,1% peor.

El 44% respondía que el aspecto de las instalaciones era mucho mejor de lo esperado, un 35% mejor y un 2% peor.

Un 53% valoraba el trato recibido en el Área de quirófano como mucho mejor, un 27,4% mejor y un 0,9% peor. La amabilidad y cortesía la valoraban como mejor en el 59% y el 13% lo consideraba como adecuado.

Las facilidades para consultar después de la intervención al personal de la unidad en el 32% fueron mucho mejor y el 33% adecuado.

El 60% recomendaría la Cirugía sin Ingreso, un 21% creen que la recomendarían, un 5% creen que no y un 2% no la recomendarían.

El 34% de los encuestados tenían estudios primarios, el 33,6% secundarios, un 24,8% universitarios, un 0,9% no tenían estudios y el 6,2% no contestaron.

Servicio de Ginecología y Obstetricia

Actividades de Calidad.

Sesiones Clínicas diarias.

Screening prenatal

Fertilidad

Cirugía suelo pélvico

Protocolización actividad asistencial

Servicio de Medicina Interna

Actividades de Calidad.

Sesiones clínicas que se celebran todos los días de 8:30 a 9:30 de la mañana.

Protocolización de la actividad asistencial

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Actividades de Calidad.

Dos sesiones clínicas por semana.

“Cumplimiento de vías clínicas cadera/rodilla”.

“Cumplimiento de consentimiento informado”.

“Optimización de la información al paciente”.

“Programa de rehabilitación acelerada en cirugía protésica de cadera y ligamentoplastia de rodilla”.

Servicio de Análisis Clínicos

Actividades de Calidad.

“Centralización de las transfusiones de sangre en el centro transfusional”.

Farmacia Hospitalaria

Actividades de Calidad.

Profilaxis antibiótica quirúrgica.

Política de antibióticos e higiene de manos.

Oftalmología

Actividades de Calidad.

Sesiones Clínicas: 1 por semana.

Profilaxis de infección quirúrgica.

Oftalmólogo responsable.

Ambulatorización total de la cirugía

IV.2. Dirección de Enfermería

Actividades de Calidad.

OBJETIVO 1.- CONOCER EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LOS SERVICIOS QUE SE PRESTAN

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - AÑO 2006

RECLAMACIONES AÑO 2006

Tamaño muestral 261 escritas y 4.000 orales

MOTIVOS DE LAS RECLAMACIONES:

El 15.3% disconformidad en citaciones.

El 12.6% desacuerdo con la organización y las normas.

El 11.5% disconformidad con la asistencia sanitaria.

El 10.7% trato del personal

AGRADECIMIENTOS TOTALES EN EL AÑO 2006 = 37

OBJETIVO 2.- “REDUCIR AL MÍNIMO POSIBLE, EL NIVEL DE UNA INFECCIÓN EVITABLE E IDENTIFICAR PACIENTES DE RIESGO APLICANDO ACCIONES PREVENTIVAS “

TASA DE PREVALENCIA INFECCION NOSOCOMIAL = 2.3% SOBRE 84 PACIENTES:

TASA DE INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR PROCESOS:

- Histerectomía abdominal: 15%
- Histerectomía vaginal: 5,26%

TASA DE INCIDENCIA EN PROFILAXIS QUIRÚRGICA:

- Ginecología: 96,8%
- Oftalmología: 97,6%
- Urología: 100%
- Traumatología: 93,5 %
- Cirugía General: 97,5%

OBJETIVO 3.- “ELABORAR REGISTROS UNIFICADOS DE UPP, PARA REALIZAR TASAS DE INCIDENCIA

TASA DE INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN AÑO 2006:

- INDICADOR: % PACIENTES VALORADOS MEDIANTE E.N.M. REALIZADO AL INGRESO: 95%
- APLICACIÓN DE NORTON AL INGRESO PACIENTES DE RIESGO SEGÚN E.N.M.: 31 %
- PACIENTES DE NO RIESGO SEGÚN E.N.M: 69%

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE NORTON EN PACIENTES INGRESADOS.

- INDICADOR:% PACIENTES VALORADOS MEDIANTE E.N.M. REALIZADO CADA 7 DÍAS DURANTE EL INGRESO DEL PACIENTE: 55,7%

ÚLCERAS INTRAHOSPITALARIAS: 10,6 %

ÚLCERAS EXTRAHOSPITALARIAS:

INDICADOR: % DE PACIENTES QUE PRESENTAN U.P.P. DE ORIGEN EXTRAHOSPITALARIO EN EL PERÍODO ESTUDIADO: 29,6%

OBJETIVO 4.- “REALIZAR EL 95% DE INFORMES DE ENFERMERÍA AL ALTA A TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS “

ÍNDICE DE CALIDAD MEDIO GLOBAL: 97 %

OBJETIVO 5.- “FACILITAR AL 90% DE PACIENTES INTERVENIDOS EN EL HUSC, LAS RECOMENDACIONES AL ALTA”

Proporción de recomendaciones entregadas en Área Quirúrgica:

	Llamadas contestadas	Recomendaciones entregadas	Índice calidad
Cirugía	99	95	96%
Traumatología	47	47	100%
Oftalmología	25	23	92%
Ginecología	58	51	88%
	229	226	94%

Proporción de recomendaciones entregadas en Unidad de Hospitalización de Cirugía

	Historias revisadas	Recomendaciones Entregadas (consta)	Índice calidad
U.H. Cirugía	237	233	98,3%

Proporción de recomendaciones entregadas en Unidad de Hospitalización de Medicina Interna

	Recomendaciones Entregadas (consta)	No consta	Incompleto/No precisa*	Índice calidad
U.H. Medicina Interna	22	19	5	59%

* Este criterio tiene difícil evaluación en la Unidad de Medicina Interna, porque alguna de las patologías no disponen de recomendaciones específicas.

OBJETIVO 6.- “ALCANZAR QUE AL 90% DE LOS PACIENTES SE LES CUMPLIMENTE EL REGISTRO DE PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

ÍNDICE DE CALIDAD GLOBAL: 94%

OBJETIVO 7.- “AUDITAR LA CUMPLIMENTACIÓN DEL DOSIER DE ENFERMERÍA

OBJETIVO 8.- “EVALUAR LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN PACIENTES INTERVENIDOS EN PROTESIS DE CADERA

INDICE DE CALIDAD GLOBAL MEDIO GLOBAL 92 %

OBJETIVO 9.- “MEJORAS LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES, IMPLANTANDO EN EL HUSC, LA PULSERA IDENTIFICATIVA”

La primera evaluación:

Índice de calidad global: 80,6 %

La segunda evaluación:

Índice de calidad global: 89,4 %

OBJETIVO 10.- “ETIQUETAR LAS CAJAS DE INSTRUMENTAL CON DOBLE ETIQUETA Y PRECINTAR LOS CONTENEDORES”

El Índice de Calidad global medio en las tres Unidades del Bloque Quirúrgico en cuanto a la inclusión de etiquetas en la Historia Clínica ha sido del 99%.

OBJETIVO 11.- “ASEGURAR QUE LA PREPARACIÓN DE LA MUESTRA QUE RECEPCIONA A. PATALÓGICA ES CORRECTA”

El Índice Medio de Calidad respecto a estos parámetros ha sido del 74%.

OBJETIVO 12.- “GARANTIZAR LA CORRECTA DOTACIÓN DEL CARRO DE PARADA EN TODO EL HOSPITAL

El Índice de Calidad global obtenido en los carros revisados (9) ha sido del 97%

OBJETIVO 13.- “PREVENCIÓN DE RIESGOS SANITARIOS”

INTRODUCCIÓN DE MATERIALES PARA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

A lo largo del año se ha modificado en el Hospital el uso de guantes de látex por guantes de nitrilo, que posibilitan una mayor protección frente a agentes químicos y biológicos, y evitan el riesgo de resistencia al látex.

La modificación de termómetros de mercurio por toma de temperatura óptica, en todas las Unidades de hospitalización y Servicios de urgencia.

La introducción de solución de alcoholeles para la prevención de contaminaciones cruzadas, tanto en Unidades de hospitalización, Consultas y Bloque Quirúrgico.

Se establecen productos de seguridad para evitar riesgos laborales (orden de la de la Consejería de Sanidad y Consumo 827/05); adquiriéndose material con dispositivos sanitarios como agujas, catéteres, palomillas etc.

Introducción de carteles informativos controles de enfermería, aseos de personal y/o de pacientes, sobre la importancia del lavado higiénico de manos.

Se protocolariza la limpieza, desinfección y esterilización del material hospitalario:

- Superficies y entorno del paciente.
- Instrumental y equipo clínico.

Se elaboran carteles informativos indicando: la limpieza, que desinfectante debe utilizarse en cada material, y si puede o no ser esterilizado. También se recoge los tipos de producto (Clorados, paracetico, fenoles, etc.), los tiempos, la concentración, la toxicidad y las precauciones.

Se protocolariza la clasificación de los residuos:

- Urbanos (papel, vidrio, materia orgánica)
- Asimilables a urbanos (guantes, depresores, gasas, etc.)
- Biosanitarios (residuos de enfermos infecciosos, pipetas, agujas, bisturí, bolsas de sangre, etc.)
- Citotóxicos (Batas, mascarillas y resto del material que se utilice para el procedimiento).

Para la correcta selección y clasificación de los productos se introducen contenedores específicos para cada residuo, tamaños, colores, etc.; siendo los de biosanitarios y citotóxico de cierre hermético una vez que se han llenado. Toda la manipulación de los residuos debe hacerse con guantes.

IV.3. Dirección de Gestión

SERVICIOS GENERALES

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS SANITARIOS QUE ESTÉN EN FUNCIONAMIENTO PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO.

Descripción del protocolo.

En el servicio de mantenimiento hay implantados protocolos en forma de libros de mantenimiento preventivo o conductivo para asegurar el buen funcionamiento de los equipos y las instalaciones, de manera que no se produzcan cortes de suministro de energía o fluidos y equipos o máquinas que pondrían en riesgo a los pacientes. Los más destacados son:

- **Libros de revisión de Quirófanos:** En el que se comprueba el correcto estado de los paneles de aislamiento, red equipotencial de tierra, autonomía de las lámparas, etc.
- **Protocolos de revisión para equipos electromédicos:** Se realizan revisiones periódicas según normativa y recomendaciones de los fabricantes a mesas de anestesia, respiradores, electro-bisturís, desfibriladores, entre otros.
- **Libros de revisiones eléctricas:** Revisiones oficiales realizadas por empresas autorizadas de Centros de Transformación, Grupos Electrógenos, UPS y Cuadro General de Baja tensión. Y revisiones de instalaciones eléctricas y armarios de mando y protección por zona.
- **Libro de Gases Medicinales y Vacío:** Diariamente se revisan niveles, presiones, posibles fugas de tanque de oxígeno y rampas de N₂O, CO₂ y Aire medicinal, así como buen funcionamiento de compresores de aire y vacío.
- **Libro de ACS y Agua Fría Sanitaria:** Se revisan los grupos de presión y cloración de agua.
- **Revisiones de Climatizadores de Quirófano:** Hay un programa de mantenimiento para todo el sistema de climatización del hospital y se realiza un libro exclusivo para todos los equipos de los bloques Quirúrgicos.

V. CREACION DEL REGISTRO UNICO DE ACTIVIDADES DE CALIDAD

REGISTRO DE ACTUACIONES EN CALIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA.

TITULO:

.....
.....

MATERIA:

- Mejora en la Atención Sanitaria del Ciudadano
- Mejora en los Procesos Asistenciales
- Mejora en la Gestión de la Organización
- Mejora en las Personas de la Organización
- Mejora en la Gestión Económica / Presupuestaria
- Innovación y Desarrollo

CRONOLOGIA:

AUTOR:

SERVICIO:

Resumen en 20 líneas.

Incluir objetivo, metodología y resultados (si procede).

Se diseña en el año 2006 y entrará en funcionamiento en el año 2007.

VI. AUTOEVALUACION EFQM

Modelo de Autoevaluación y Mejora del Sistema Sanitario

INFORME RESUMEN

AUTOEVALUACIÓN 2006

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA CG- 8206
ÁREA SANITARIA	2
RESPONSABLE AUTOEVALUACIÓN	Unidad de Calidad del Hospital Santa Cristina
FECHA AUTOEVALUACIÓN (fecha conclusión del informe de resultados)	20 de Abril de 2007

1.- FORMACIÓN EN EL MODELO DE AUTOEVALUACIÓN

IMPARTIDA POR:	UNIDAD DE CALIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA
Nº DE HORAS:	9
Nº DE ASISTENTES:	66

2.- PARTICIPANTES EN LA AUTOEVALUACIÓN

Nº DE GRUPOS DE TRABAJO:	10
Nº DE PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS DE TRABAJO:	67
RELACIÓN DE PARTICIPANTES: Grupos de trabajo (y criterio/s evaluados) y categoría de los integrantes de cada uno de ellos.	
GRUPO 1_ CRITERIO/S: LIDERAZGO	GRUPO 2_ CRITERIO/S: POL. Y ESTRATEGIA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dr. Miguel Ángel Andrés. Director Gerente. Líder grupo 2. Dra. Laura Moreno. M. I. 3. Dña. Almudena Ezquerro. Representante Sindical SATSE. 4. Dr. Carlos Grande Baos. Coordinador de Calidad HUSC. 5. D. José Manuel Vázquez Espinosa. Administrativo Recursos Humanos. 6. D. Ignacio Zapardiel Gutiérrez. MIR. 2º año. Ginecología. Secretario grupo 7. Dr. Rafael Llopis. Jefe Servicio Traumatología. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dra. M^a Ángeles Neira Rodríguez. Directora médica. Líder grupo 2. D^a Paloma Pérez-Serrano. DUE. Supervisora Cirugía sin ingreso. 3. D^a M^a Dolores Sánchez -Roca: DUE. Supervisora de Medicina Interna. 4. D^a. M^a Pilar González Iglesias. Auxiliar de enfermería. M. Interna. 5. D. Borja Hernández Checa. Auxiliar de enfermería. M. I. Secretario Grupo 6. D^a. Rosa López Jonquera. Supervisora de Unidad. 7. Dra. G. Muñoz Sánchez. Traumatóloga.
GRUPO 3_ CRITERIO/S: PERSONAS	GRUPO 4_ CRITERIO/S: ALIAN. Y RECURSOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. D^a Ascensión Robledo González. Directora de enfermería. Líder grupo. 2. D^a .M^a Cruz Plaza. Supervisora Consultas externas, Rx, Anatomía Patológica. 3. D^a. Isabel Rodríguez Rodríguez. Secretaria Anestesia 4. D^a. Inmaculada Arranz. Supervisora de Admisiones. 5. D^a: Elena Rodríguez. Secretaría Dirección Médica. Secretaría Grupo 6. D^a Paloma Pérez. DUE. Consulta endocrinología. 7. M^a Candela Amorós. Supervisora de Área Funcional. Hospitalización. 8. D^a Concepción García Zarza. Enfermera Bloque quirúrgico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. D. Alfonso Garrigos. Director de Gestión. Líder grupo. 2. D. Eduardo Castañeda. Ingeniero. Jefe Mantenimiento. Dirección de Gestión. Secretaría grupo. 3. D^a. Carmen Manzanares. Supervisora de Área Funcional. Servicios centrales y quirúrgicos 4. D^a.M^a Antonia Delgado Bodas. Trabajadora social 5. D^a. Ana Molina Claudio. Supervisora de C.M.A. 6. D. José M^a Paul Santiago. Jefe de Servicio de Suministros. 7. D^a Esperanza Jiménez Risquez. Jefe de Servicio de Gestión Económica.
GRUPO 5_ CRITERIO/S: PROCESOS	GRUPO 6_ CRITERIO/S: RES. SOCIEDAD

<ol style="list-style-type: none"> 1. Dra Rosa Ramos. Subdirectora médica. Líder grupo. 2. Dr. José Luis Porrero Carro. Jefe de Servicio Cirugía y Coordinador del Bloque Quirúrgico.. 3. Dra Teresa Tijero Páramo. Anestesiista. 4. Dra Elena Contreras. Radióloga. 5. D^a Regina Fernández Aguilar. Supervisora General de tarde. 6. D^a Ana Cobo Izquierdo. Supervisora de Hospitalización Cirugía 7. D^a Paloma Castillo Cabello. DUE Cirugía. 8. Dra. Nuria Ramírez Lillo. Oftalmólogo. Secretaria grupo. 9. Dra. M^a Fuencisla Diez Ramos. Rehabilitadora. 10. D^a Teresa Carrasco. Supervisora de Hospitalización Ginecológica y UTCA, Unidad Trastorno Conducta alimentaria. 11. Dra. Hildegarda Godoy. Reumatóloga. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dra. M^a Cruz Sanchez- Valdepeñas. Jefe Servicio SAP. Líder grupo. 2. D^a. Prisca García Amo. DUE. SAP. 3. D^a Candelaria Caballero. DUE SAP. 4. D^a Dolores García Lozano. DUE, Quirófano 5. D^a Yolanda Vicente Lazcano. DUE, Quirófano Secretaria grupo. 6. D^a Dolores Alvarez Cruz. DUE, Bloque Quirúrgico. 7. Dr. José Gutiérrez del Álamo. Traumatólogo.
---	--

GRUPO 7_ CRITERIO/S: RES.PERSONAS	GRUPO 8_ CRITERIO/S: RES. SOCIEDAD
<ol style="list-style-type: none"> 1. D. Amaro Rodríguez Murciego. Subdirector enfermería. Líder del grupo 2. D^a. Pilar Martín Martín. Supervisora Área Funcional, Formación. 3. Dr. Julio Muriel. Responsable de Documentación Clínica. 4. D^a M^a José Moran Gonzalez. Secretaria. Dirección Gestión. Secretaria del Grupo. 5. D^a Fátima Montero Corrales. Técnico de Laboratorio. 6. Dra. Olga Pérez Moro. Rehabilitadora 	<ol style="list-style-type: none"> 1. D. Antonio Ariza. Subdirector de Gestión. líder del grupo 2. D^a. Rosario Sánchez Herrero. Responsable Unidad Trabajo Social. 3. D. Jesús Rentero. Jefe de mantenimiento. Secretario del Grupo. 4. D^a Gloria Molina Escribano. DUE. Quirófano. 5. D^a Montserrat García Gómez. DUE. Quirófano. 6. D^a Angelines García Pacheco. Auxiliar de enfermería. Cirugía. 7. D^a M^a Teresa Miguel Martínez. Psicóloga. 8. D^a Dolores Heras Agudo. DUE. Cirugía. 9. D^a Belén Cuadrado. DUE. Quirófano. 10. D^a. M^a luisa Duran. Secretaria Traumatología
GRUPO 9_ CRITERIO/S: RES.CLAVE	OTROS GRUPOS <i>G. de priorización ÁREAS MEJORA HOSP.U.SANTA CRISTINA</i>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Dr. Emilio Ucar Corral. Subdirector Médico. líder del grupo 2. Dra. M^a Del Carmen Pazos. Microbióloga. Laboratorio. Secretaria del Grupo. 3. Dra. M^a Encarnación de J. Bustos Saiz. FEA. Documentación Clínica 4. Dra. Felisa Mármol. Jefe de Unidad Admisiones. 5. Dr. José Luis Porrero. Jefe de Servicio de Cirugía y Coordinador Quirófano. 6. D^a M^a Jesús López Muñoz. Farmacéutica. 7. Dr. Victor de la Cruz Sanchez. Traumatólogo. 8. D. Julio Ordás. Ingeniero. Mantenimiento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dr. Miguel A. Ancrés. Gerente 2. Dra. M^a Ángeles Neira, Directora médica. 3. Dra. Rosa Ramos, Subdirectora Médica. 4. Dr. Emilio Ucar, Subdirector Médico. 5. D. Alfonso Garrigós, Director Gestión. 6. D. Antonio Ariza, Subdirector Gestión. 7. D^a Ascensión Robledo, Directora Enfermería. 8. D. Amaro Rodríguez, Subdirector Enfermería. 9. Dra. M^a Cruz Sánchez-Valdepeñas. Jefe Servicio SAP 10. Dr. Carlos Grande, Coordinador de Calidad 11. D^a M^a Teresa Pérez y Pérez-Medrano, enfermera Calidad
<p>OTROS GRUPOS (<i>ej. Grupo facilitador-coordinador del proceso, G. de priorización,...</i>)</p>	

3.- METODOLOGÍA

APOYO EXTERNO: (sí/no)	no
---------------------------	----

CRONOGRAMA:	
FASES	FECHAS
1.- INFORMACIÓN Y CONVOCATORIA GENERAL PARTICIPAR AUTOEVALUACIÓN	Enero 2007.

PLAN DE TRABAJO:	
Nº de reuniones:	84
Horas de trabajo estimadas:	104

PUNTUACIÓN: (sí/no)	NO
------------------------	----

UTILIZACION REDER: (sí/no)	NO
-------------------------------	----

4.- PRINCIPALES RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN

4.1.- DESCRIPCIÓN DE LOS PUNTOS FUERTES IDENTIFICADOS POR CRITERIO

Criterio 1 - LIDERAZGO: Puntos fuertes

1. La misión está desarrollada
2. Implicación de los líderes en el proceso de autoevaluación formando parte de los grupos de trabajo como líderes de grupo.
3. Finalización de las obras de la estructura del HUSC adecuado a tendencia actual de ambulatorización de los procesos. Flexibilidad de esa estructura para adaptarse a las necesidades asistenciales de la población. Existencia de órganos consultores establecidos legalmente con reuniones periódicas.
4. Estructura para cada proceso esquematizada: Consulta alta resolución, vía clínica y cierre proceso con encuesta de satisfacción. Revisión trimestral de resultados de acuerdo al contrato de gestión.
5. Responsables asignados a cada vía clínica y protocolo
6. Participación de los líderes en asociaciones profesionales, destacando entre su personal al presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y al presidente de la Sociedad Española de Biopatología Médica. Participación de los líderes en conferencias y seminarios directamente relacionados con la gestión sanitaria celebrados en otros centros y en el nuestro propio.
7. Plan de eliminación de residuos biosanitarios y citotóxicos desde 1997. Plan de ahorro de energía luminosa y térmica. Evaluación de impacto ambiental en la remodelación estructural del centro.
8. Los líderes atienden con y sin cita previa a todo trabajador que lo solicite. En la apertura de inauguración de las reformas estructurales del centro hubo presencia y participación del equipo directivo.
9. Creación grupos EFQM. Reunión del equipo directivo con los distintos servicios. Creación de comisiones en el hospital con número completo de participantes sin intereses personales.
10. El hospital se está adaptando a las nuevas necesidades de la red sanitaria
11. Los líderes comunicaron a todos los trabajadores, representantes sociales y comités en 2004 de los cambios estructurales que se iban a llevar a cabo referidos a la obra civil.

Criterio 2- POLÍTICA Y ESTRATEGIA: Puntos fuertes

1. Identificados indicadores de actividad asistencial.
2. Gestión de de necesidades mediante el análisis de las demoras quirúrgicas, clínicas.
3. Control presupuestario mediante evolución de ingresos / gastos económico-financieros, inversiones, nominas
4. Planificación de las actividades de aprendizaje, mejora el nº comisiones clínicas.
5. Identificadas necesidades sociales Unidad trabajo social, (ONG`s, traductores, ancianos)
6. Autorización CC.MM. gestión residuos sanitarios de impacto medioambientales, implantadas medidas de ahorro energético.
7. Desarrollada la Unidad de riesgos sanitarios, puesta en marcha actividades relacionadas con la seguridad de los clientes internos, grupo de interés.
8. Cuadros de mando con datos de actividad, tendencia favorable en la disminución de la estancia media.
9. Modelos de gestión: tendencia favorable en el cumplimiento de PAS, especialmente los relacionados con la práctica clínica. Realización de la autoevaluación EFQM 2006, por los líderes y profesionales del HUSC.
10. Soportes informáticos institucionales, procedentes del SERMAS, para obtención de las estadísticas de la actividad asistencial. Hp-HIS, DIAS-Nomina, CIBELES...
11. Soportes informáticos en algunos servicios que recogen información e imágenes de la práctica clínica.
12. Desarrollada la misión, visión y valores de la organización.
13. EL HUSC implanta las líneas marcadas por Serv Madrileño de Salud, así como el desarrollo y la implantación del Modelo EFQM.
14. Tendencia excelente en I cuanto a la satisfacción del cliente externo.
15. Identificado el mapa de procesos del HUSC.
16. Desplegado la gestión de objetivos anuales, con una tendencia optima en su cumplimiento.
17. Realizadas las memorias anuales por Unidades o servicios con la información de los resultados conseguidos
18. Se ha identificado los datos sociodemográficos: pirámide poblacional, segmento de la población, área que atiende, ofrecidos por la Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud, P.A.S, C.I.B.E.L.E.S.,
19. Analizada la calidad percibida por los clientes (ciudadanos, pacientes)de diferentes especialidades y Servicios del HUSC, por medio de una encuesta de satisfacción. Se analiza la calidad percibida, a través de la opinión de los clientes Hospitalizados con la encuesta institucional SERVQHOS, en 2004-5-6, CMA, Traumatología, cuidados de enfermería, quejas y reclamaciones, Se han identificado otros grupos de interés, como los Centros Docentes colaboradores, (Universidad Europea, Alfonso X EL Sabio, Escuelas profesionales, Universidad Autónoma de Madrid, UCM, Escuela Universitaria San Juan de Dios y Cruz Roja, alumnos del trabajo social, Psicología, Colegios profesionales), proveedores, empresas de contratas, Hospitales públicos y privados, Servicios Jurídicos, Junta Central de compras, Conserjería de Sanidad, Atención Primaria, ONG`S, Residencias de ancianos, Instituto del Menor, Red de Salud Mental De la CC.MM, Asociación contra el Cáncer, Juntas de personal y organizaciones sindicales.

Criterio 3- PERSONAS: Puntos fuertes

1. El HUSC, planifica al personal de las tres Direcciones.
2. Existe un método de selección, contratación y evaluación documentada de personal.
3. Enfermería tiene elaborado un documento regulador de movilidad voluntaria interna.
4. El HUSC, dispone de un procedimiento de acogida al nuevo trabajador
5. Existen en todas las Unidades una sistemática de trabajo, en la competencia de las enfermeras y auxiliares de enfermería.
6. El HUSC, dispone de un coordinador de formación continuada que despliega y evalúa anualmente el plan formativo. Se evalúa la satisfacción de las acciones formativas desarrolladas a su finalización.
7. Pacto de Objetivos anuales y revisables en las tres Direcciones.
8. Existen Comisiones y Comités que se reúnen de forma periódica.
9. Existe una participación de los profesionales en Sesiones Médicas y de Enfermería. Existencia de actas de reuniones de D. Enfermería con Supervisoras.
10. Existencia de objetivos anuales.
11. Existencia de Manual de Procesos, Guías Clínicas, Protocolos.
12. Tablones de anuncios. Notas interiores. Entrega de información con horario establecido. Buscapersonas, centralita y megafonía. Tubo neumático. Pactos por consumo (Farmacia y Suministros).
13. Fiesta de Navidad anualmente.
14. Productividad variable por logro de objetivos. Carrera y promoción profesional. Créditos por docencia, sesiones y seminarios. Reconocimientos médicos de nueva incorporación y quienes lo solicitan. Protocolo contaminación accidental. Evaluaciones médicas en caso de incapacidad temporal ó enfermera laboral. Vacunación del personal trabajador.
15. Reconocimiento por Periódico interno. Salud Madrid. Entrega de medalla por reconocimiento de 25/30 años trabajados. Agradecimiento desde los Servicios, desde Atención al Paciente, desde las Direcciones. Felicitación por Navidad. Facilitando días para docencia, congresos, investigación.
16. Existen planes de autoprotección del edificio A y B. Sistemas de gestión medioambiental de residuos.

Criterio 4- ALIANZAS Y RECURSOS: Puntos fuertes

1. Los acuerdos con los Proveedores están reflejados en los correspondientes contratos donde se recogen las condiciones establecidas.
2. Los conciertos para la prestación de servicios públicos sanitarios se realizan mediante contrato de acuerdo con la legislación en la materia.
3. Las alianzas con otros Hospitales públicos se lleva a cabo mediante protocolos de colaboración para la mejora de las prestaciones asistenciales.
4. Existen acuerdos con la Consejería de Sanidad para la evaluación y seguimiento de los objetivos pactados (Contrato Programa) y para la mejora en la coordinación de los recursos del sistema sanitario.
5. Evaluación y revisión final del grado de cumplimiento del Contrato Programa.
6. Existen planos del Hospital.
7. Se elabora anualmente un Plan de necesidades para el Hospital.
8. El presupuesto para inversiones (Capítulo VI) se encuentra disgregado en distintos proyectos de inversión para su mejor gestión.
9. El Hospital dispone de una cantidad de Inventarios.
10. Se dispone un programa informático que gestiona el inventario físico y contable.
11. Existencia de protocolo para etiquetar los bienes antes de llegar a los servicios de instalación.
12. Proyecto FISS (Fondo de investigación Sanitaria).
13. Contrato de gestión del Hospital.
14. Sistema de información para el seguimiento de la ejecución presupuestaria.
15. Separación de los circuitos de alumbrado de los pasillos de acceso a los despachos del antiguo Bloque Quirúrgico y de la UTCA e instalación de encendido mediante interruptores de radiofrecuencia.
16. Encendido del alumbrado del Vestíbulo y pasillos de la Planta Baja del Edificio de Consultas mediante control remoto por radiofrecuencia.
17. Instalación de interruptores crepusculares combinados con encendidos horarios en el alumbrado exterior del Edificio de Consultas.
18. Instalación de interruptores temporizados en los aseos.
19. Sustitución de las lámparas del Vestíbulo del Edificio de Consultas por halogenuros metálicos con la mitad de consumo eléctrico.
20. Instalación definitiva del programa informático de Johnson Controls, que permite la gestión de los sistemas de climatización y producción de calor y frío.
21. Instalación de un nuevo sistema de videograbación, cableado de Fibra Óptica y primera fase de cámaras de CCTV.
22. Instalación de electroimanes retenedores en las puertas cortafuegos del Edificio de Consultas donde no habían sido colocados inicialmente.
23. Instalación de repetidores de las centralitas de incendios en el futuro cuarto de vigilancia.
24. Blindaje de todos los vidrios y espejos de la UTCA, e instalación de un Control de Accesos con bloqueo de todas las puertas, excepto en caso de emergencia.
25. Instalación de mampara blindada en Admisión de Urgencias.
26. Elaboración del Plan de Autoprotección, con su correspondiente visado por parte de Protección Civil.
27. Calentador de fluidos (alternativa a la transfusión de sangre en procedimientos quirúrgicos, al disminuir las pérdidas de sangre manteniendo la normotermia).
28. Quirófano OR1 (consta de un sistema asistido por ordenador para la documentación y archivo de imágenes y datos del paciente, que pueden registrarse y consultarse durante la intervención, diagnóstico y terapéutica).
29. Recuperador de sangre (alternativa a la transfusión al recuperar sangre del propio paciente durante el período quirúrgico en las artroplastias totales de

- cadera y rodilla).
30. Complimentación de un listado con los ingresados de más de 75 años.
 31. Enviar hoja de valoración del riesgo social del paciente tras su ingreso hospitalario.
 32. Coordinación con los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.
 33. Coordinación con los Servicios Sociales de Atención Especializada.
 34. Coordinación con los Servicios Sociales de Atención Primaria.
 35. Cursos de formación para la puesta en funcionamiento del material de bioseguridad.
 36. Difusión del Protocolo de activación ante una exposición accidental.
 37. Página Web.
 38. Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.
 39. Registros Oficiales de la Comunidad de Madrid: Registro de Profesionales Sanitarios. Registros Oficiales de Salud Pública. Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

Criterio 5- PROCESOS: Puntos fuertes

1. Diseñado el mapa de procesos de HUSC.
2. Los grupos de interés están identificados, clientes externos, internos y proveedores(varias áreas de los proveedores con sistemas ISO a través de subcontratas). Empresas de servicios, hospitales públicos, privados, servicios jurídicos, Junta central de compras, y otros organismos dependientes de la Consejería de Sanidad
3. Implantado 7 vías clínicas, revisados los planes de cuidados, protocolos y procedimientos asociados a las vías clínicas.
4. Introducidas mejoras en las vías clínicas y planes de cuidados así como procedimientos, encuestas de calidad percibida en el CMA 2006, Desarrollo de un manual de procedimientos enfermeros asociados a clasificaciones de enfermería NIC y NOC. 2006, sistemáticas de trabajo). Evaluados audit. Informe de Alta cuidados de enfermería, informes de alta correctamente cumplimentados en Hª Clínica, revisión carros de paradas, Planes de cuidados, seguridad del paciente mediante identificación con pulsera, Recomendaciones al alta del paciente potenciando el autocuidado. Aumento de las comisiones clínicas, creación Unidad Funcional de Gestión de riesgos, programa Detección de Riesgo Social. Programa de Cirugía sin sangre. Plan de montaje relacionado con la obra civil, gestión de residuos (autorización del CC.MM), mejora de la señalización, desarrollo de la pagina WEB,
5. Se han establecido y gestionado procesos nuevos, disminuyendo los procesos de Hospitalización, con aumento de procesos en CMA.
6. Recogida información referente a la percepción sobre la Calidad percibida de los clientes externos mediante encuestas: SERQHOS, CMA, Traumatología. Realizados controles de calidad externos, mediciones de calidad en Bloque quirúrgico, Rx, Quirófanos. Cumplimiento del consentimiento informado, encuestas de evaluación acciones formativas Agencia Lain Entralgo.
7. Introducidas nuevas tecnologías o productos que permiten mejorar la atención: soportes informáticos, calentador de fluidos, Quirófano OR1 con un sistema asistido por ordenador para imágenes y datos del paciente durante la intervención, diagnóstico y terapéutica, recuperador de sangre, autoanalizador bioquímico,
8. El HUSC comunica sus productos y servicios a través de la cartera de servicios, WEB, comisiones clínicas, comisiones de coordinación con otros centros del área, Servicio Madrileño de Salud, gestión de lista de espera quirúrgica, Junta Técnico Asistencial, Comisiones Mixtas.
9. Comunicación de la continuidad de cuidados (médicos y/o enfermería) a través de los Informes a Atención Primaria.
10. Comunicación de la OFERTA DE CAMAS DE INVIERNO diaria como Hospital de Apoyo
11. Comparación de RESULTADOS con el resto de Hospitales a través del C.M.B.D.
12. EL HUSC, establece un contacto directo con los pacientes y familiares, fruto de la intervención de los profesionales, trabajadores sociales (colaboraciones con ONG's, traductores para inmigrantes, atención al anciano, clientes con riesgo social), pacientes TCA, Salud Mental, programas de Psicooncología, Asociación contra el Cáncer, Instituto del Menor, Salud laboral.
13. EL HUSC gestiona la información procedente de los contactos habituales, incluidas las sugerencias, quejas y reclamaciones, de acuerdo a la normativa vigente.

Criterio 6- RESULTADOS EN CLIENTES: Puntos fuertes

La valoración sobre los servicios del centro que hacen los pacientes que han sido hospitalizados tiende a la excelencia.

1. **Fidelidad** En los tres años ha ido subiendo el número de pacientes que recomendaría sin lugar a dudas el hospital alcanzando el 96% en 2006.
2. **Satisfacción global** El índice de satisfacción con los cuidados recibidos también ha ido en aumento llegando a un 98% en 2006.
3. **Habitabilidad** Con la realización de las obras del remodelación del centro se ha experimentado una notable mejoría en la valoración sobre el confort de las habitaciones.
4. Aumento progresivo del número de consultas.
5. Baja estancia media preoperatoria.
6. Buen cumplimiento del protocolo de profilaxis.
7. Nº bajo de reclamaciones escritas materializadas frente al nº de reclamaciones orales recibidas.
8. Presencia en todos los procedimientos.
9. 6B-24- Muy buen cumplimiento.

Criterio 7- RESULTADOS EN PERSONAS: Puntos fuertes

1. Se mide el porcentaje de participación en comités, comisiones y grupos de trabajo.
2. Se mide el porcentaje de profesionales con participación en Comisiones clínicas.
3. Se registran los profesionales que participan en proyectos de investigación.
4. Se registra la variación interanual de participación en proyectos de investigación.
5. Se registra el nº de trabajadores que reciben un homenaje de la organización.
6. Se registran los reconocimientos de la Dirección a los trabajadores por agradecimientos de pacientes.
7. Se mide la Tasa de prevalencia de absentismo.
8. Se mide la Tasa de incidencia de absentismo.
9. Se mide la duración media de las bajas por I.T.
10. Se mide la Tasa de incidencia de A.L.
11. Se registra el porcentaje de profesionales que han recibido formación reconocida en el Centro.

Criterio 8- RESULTADOS EN SOCIEDAD: Puntos fuertes

1. El HUSC, dispone de una página Web, adaptada al modelo Institucional, con datos del año 2005.
2. Disponibilidad de un Responsable para la de Relación con los medios de Comunicación y autoridades relevantes. Protocolo de información para los medios de comunicación.
3. EL Hospital está representado de forma periódica en la publicación institucional del periódico Salud - Madrid, publicaciones 2004-2005-2006.
4. Actividades de impacto extrahospitalarias: participación congresos, publicaciones (2005) y Canal Salud Madrid y en 2006: en diferente medios con noticias de la UTCA, ABC, Europa Press, Telemadrid, Seminario S3, El Mundo.
5. El HUSC genera empleo, cumpliendo con las normativas vigentes de la CC.MM.
6. EL HUSC, mantiene una buena tendencia en cuanto al impacto de nuestras actuaciones en los pacientes que atendemos, encuesta SERVQHOSP, (recomendaría nuestro Hospital....)
7. Señalización y accesibilidad: Adaptación al nuevo Manual de Identidad corporativa para Hospitales.
8. EL HUSC mantiene implicación en educación para la salud y bienestar, con folletos informativos que se entregan a los pacientes que acuden al hospital, e información publicada en la Web del HUSC.
9. La unidad de trabajo Social, mantiene colaboraciones con diferentes ONG`s.
10. Participación activa de la unidad de Psicología: plan de actuación en pacientes con patología Mamaría, Asociación contra el Cáncer (Psicooncología), Red Salud Mental, Instituto del Menor y la Familia, Comisión contra la violencia del área2, de la CC. MM,
11. El HUSC, dispone de autorización para la producción de Residuos peligrosos y certificados de retirada de residuos y medidas de ahorro energético.
12. El HUSC ha gestionado Medidas de Seguridad y protección para los profesionales.
13. El HUSC dispone de autorización administrativa para la producción de Residuos peligrosos y certificados de retirada de residuos y medidas de ahorro energético.
14. Implantación medidas gestión riesgos laborales, bioseguridad, 2006.
15. Participación en congresos y reuniones científicas, 2004-2005-2006.
16. El HUSC, proyectos investigación ensayos clínicos y mantiene participación activa en publicaciones científicas.
17. Actividades de impacto extrahospitalarias: participación congresos, publicaciones (2005) y Canal Salud Madrid y en 2006: en diferente medios con noticias de la UTCA, ABC, Europa Press, Telemadrid, Seminario S3, El Mundo.

Criterio 9- RESULTADOS CLAVE: Puntos fuertes

1. Datos de especial seguimiento por la Dirección de Gestión.
2. La información procede de informes periódicos que remite Far@madrid (sistema de control de recetas) con la información procesada. La información parte de las recetas médicas.
3. Control de facturación a terceros por parte de la Dirección de Gestión.
4. Los datos de actividad para el cálculo de UCH son datos contrastados de los que se dispone históricamente a través de los cuadros de mando del hospital. Proporcionados por los servicios de admisión y documentación. Se confirma con documento de Sistemas de Información de la Consejería.
5. Los datos de actividad para el cálculo del indicador son datos contrastados de los que se dispone históricamente a través de los cuadros de mando del hospital. Proporcionados por el servicio de admisión.
6. Los datos de actividad para el cálculo del indicador son datos contrastados de los que se dispone históricamente a través de los cuadros de mando del hospital. Proporcionados por el servicio de admisión.
7. Los datos de actividad para el cálculo del indicador son datos contrastados. Proporcionados por el servicio de admisión. Especialmente en hospital de día quirúrgico.
8. Los datos de actividad para el cálculo de actividad de CMA son datos contrastados de los que se dispone históricamente a través de los cuadros de mando del hospital. Proporcionados por los servicios de admisión y codificado por documentación. Se confirma con documento de Sistemas de Información de la Consejería.
9. Los datos de actividad para el cálculo del indicador son datos incluidos en la gestión del HIS y codificados los episodios.
10. Los datos de actividad para el cálculo del indicador son datos diferentes según fuente de información y por el concepto de reacción adversa en cada caso.
11. Los datos de actividad para el cálculo del indicador son datos de los cuadros de mando del hospital, del sistema de información asistencial, así como de TSI. Proporcionados por el servicio de admisión.
12. Los datos de actividad para el cálculo del indicador del sistema de información asistencial. Obtenidos por el servicio de admisión.
 - a. Informatización 100 % de la citación
13. Acceso 100 % de centros a la telecita
14. En el sistema informático asistencial del hospital se registran los datos de los episodios y son codificados.
15. Los datos de actividad para el cálculo del indicador son datos incluidos en la gestión del HIS.
16. Trimestralmente con la información del CMBD que se remite a DGICIT se obtiene informes de seguimiento
17. Los datos de actividad para el cálculo del indicador son datos muy estructurados y de seguimiento permanente según Contrato Programa.
18. La LEQ es fundamental en la organización asistencial.
19. Los datos de la incidencia de úlceras por presión se obtienen del informe anual que desde 1988 emite la Unidad de enfermería. En 2005 la sistemática ha sido revisada y actualizada por un grupo de trabajo de enfermería.
20. Los datos se obtienen del EPINE
21. Los datos de actividad para el cálculo del indicador son datos obtenidos del CMBD

22. Es un indicador tradicional del cuadro de mandos asistencial que obtiene el servicio de admisión.
23. Los datos de rendimiento de quirófano son un indicador muy utilizado y sobre el que la monitorización es constante.
24. Los datos del IEMA del hospital es un objetivo de seguimiento anual y que trimestralmente se obtiene a partir de la información del CMBD y agrupador de la casuística de pacientes.
25. Se recibe de DGICIT periódicamente información analizada
26. Los datos del índice de sustitución son un indicador muy empleado en el hospital y su cálculo se realiza mensualmente
27. Los datos de actividad se obtienen del CMBD del que se dispone históricamente. Proporcionados por los servicios de admisión y documentación. Se confirma con documento de Sistemas de Información de la Consejería.
28. Los datos de actividad se obtienen del cuadro de mandos
29. Las urgencias atendidas y las que ingresan es un dato que se monitoriza en el cuadro de mandos mensual recogido del sistema de información asistencial
30. El SIAE presenta esta información de forma mensual.
31. Memoria 2005 del Hospital
32. Las consultas primeras y sucesivas son datos que se monitoriza en el cuadro de mandos mensual.
33. La codificación clínica de los episodios de hospitalización al alta se realiza desde el Servicio de Documentación Clínica de forma regular a mes vencido.
34. La codificación clínica de los episodios de hospitalización al alta se realiza desde el Servicio de Documentación Clínica de forma regular a mes vencido.
35. Trimestralmente de DGICIT se remite información con comparación de otros centros.
36. La codificación clínica de los episodios de hospitalización al alta se realiza desde el Servicio de Documentación Clínica de forma regular a mes vencido.
37. Trimestralmente de DGICIT se remite información con comparación de otros centros.
38. Trabajo de auditoria interna establecido anualmente en el centro.
39. Trabajo de control de calidad continua desde el servicio de Documentación.

4.2.- DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADAS POR CRITERIO

Criterio 1 - LIDERAZGO: Áreas de mejora

1. Difundir la misión, visión y valores al resto de la organización
2. Implicar al resto de profesionales en el liderazgo de áreas de mejora
3. Inclusión de otros procesos que puedan influir positivamente en la cartera de servicios del HUSC
4. Protocolizar vías clínicas no confeccionadas hasta ahora, haciendo hincapié en mamografías.
5. Aumentar la participación de los líderes en seminarios y jornadas.
6. Apuntar de manera reglada las peticiones de citas y citas inmediatas
7. Crear reuniones periódicas con todos los servicios
8. Facilitar la participación de los profesionales en los objetivos anuales de las distintas unidades
9. Los cambios definitivos están pendientes de la definición final de la cartera de servicios
10. Falta de continuidad en la comunicación del resto de los cambios hasta la fecha

Criterio 2- POLÍTICA Y ESTRATEGIA: Áreas de mejora

1. Definir los indicadores relacionados con cada proceso asistencial, económico y estancias medias en M.I.
2. Evaluar indicadores de rendimiento asociados a las vías clínicas.
3. Realizar encuesta necesidades formativas específicas del HUSC y análisis de los resultados de la formación.
4. Evaluación resultados formativos de las encuestas de la Agencia Lain Entralgo y otras entidades.
5. Definir Cuadros de mando con datos de actividad, para las necesidades de información de cada propietario y grupo de trabajo por proceso.
6. Conformar grupos de mejora tras la autoevaluación EFQM 2006, analizando y comprendiendo el impacto de las nuevas modelos de gestión.
7. Plenario todo HUSC: exposición resultados autoevaluación, grupos mejora futuros, felicitación por el Gerente a los líderes y profesionales que se han implicados y reconocimiento escrito.
8. Analizar las necesidades y recursos informáticos para la mejora de la práctica clínica en cada Unidad o Servicio.
9. Revisar y actualizar la misión, visión y valores de la organización y basándose en las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés.
10. Alinear la política y la estrategia con la propia del Servicio Madrileño de Salud, Apoyo externo en el desarrollo de la Gestión por procesos.
11. 25% de los profesionales formados en cultura mejora continua de la calidad.
12. Apoyo externo para la análisis del clima laboral y satisfacción de los profesionales.
13. Realizar un plan estratégico en HUSC
14. Definir los procesos claves para el HUSC, asegurar la gestión por procesos e

- implicación de los profesionales.
15. Implantar propietarios de procesos y grupo de trabajo para su seguimiento y evaluación.
 16. Establecer un sistema de información y comunicación, horizontal y vertical resultados de los procesos.
 17. Extender a otros Servicios, las encuestas de calidad percibida de los pacientes que atiende el Hospital,
 18. Realizar encuesta e clima laboral

Criterio 3- PERSONAS: Áreas de mejora

1. El HUSC, no dispone de un programa de gestión de recursos Humanos, válido para programar las tres Direcciones, en las distintas categorías.
 2. Incorporar Bolsas de empleo en el Hospital.
 3. Integrar en la movilidad interna al personal de la Dir. Gestión.
 4. Posibilidad de realizar una evaluación satisfacción del personal.
 5. Adaptar el manual de acogida al nuevo trabajador, con los cambios del Hospital.
 6. El HUSC, no dispone de una encuesta anual de necesidades formativas propia del centro.
 7. Posibilidad de documentar reuniones de las distintas Direcciones, al menos, con los mandos intermedios.
 8. Correo electrónico individualizado para todos los trabajadores del Hospital.
 9. Cambio sistema buscapersonas por sistema vi direccional.
 10. Información relevante, mediante las pantallas de los ordenadores instalados en todas las Unidades.
 11. Regalo al personal de la Institución por Navidad.
 12. Adecuar plan de autoprotección al fin de las obras.
 13. Evaluar grado de concienciación de la degradación medioambiental y si se realiza de forma adecuada la clasificación de residuos.
-

Criterio 4- ALIANZAS Y RECURSOS: Áreas de mejora

1. Instalación de un sistema de interfonía que, sin afectar a la intimidad de los pacientes, permita una mejor comunicación a través de la mampara de Admisión de Urgencias.
2. Actualización del Plan de Autoprotección del Edificio de Hospitalización, para incluir la Fase III, recientemente inaugurada.
3. Mejorar la calidad de la información económica que se deben remitir a nuestros aliados externos (Dirección General de Seguimiento Presupuestario y Régimen Económico y Financiero, Dirección General de Recursos Humanos, SERMAS, etc.).
4. Impartir cursos teórico-prácticos en técnicas de extinción de incendios al personal de los Equipos de Intervención de ambos edificios.
5. Incorporar en su totalidad, y en todas las áreas, el material de bioseguridad existente en el mercado.
6. Mejorar el circuito de información mediante charlas explicativas sobre el uso y manejo del material potencialmente peligroso.
7. Adecuación de la imputación presupuestaria a las inversiones reales del Hospital.
8. Implantación de protocolos para el cumplimiento de plazos de presentación de la información económica, periódica y extraordinaria, en especial en cuanto al gasto real y a la proyección del gasto.
9. Actualizar el Mapa de Riesgos del Hospital.
10. Actualización de los Protocolos, adaptándolos a la nueva demanda del Hospital.
11. Actualización y seguimiento del grado de cumplimentación de los protocolos de actuación.

12. Potenciar protocolos de actuación de recepción de los bienes.
13. Potenciar las funciones de la Unidad de Inventarios.
 - Número de inventarios de todos los bienes.
 - Control de la movilidad y bajas de los bienes.
 - Actualización del inventario físico.
14. Continuar promoviendo cualquier nueva tecnología que conduzca a un ahorro, tanto energético como del consumo de agua.
15. Informar al personal sobre la derivación de pacientes a la Unidad de Trabajo Social.
16. Continuar el desarrollo de la página Web del Hospital.
17. Incremento de la contratación pública en la adquisición de bienes corrientes y servicios.
18. Análisis y seguimiento por los distintos responsables de los contratos del grado de cumplimiento.
19. Análisis de la eficiencia y eficacia de las técnicas desarrolladas por los nuevos equipamientos.
20. Implantación de una única entrada y recepción de los bienes.
21. Analizar y regularizar las distintas cuentas contables del inmovilizado.
22. Acabar la instalación de cámaras de CCTV en el Edificio de Consultas y comenzar en el de Hospitalización.
23. Revisión periódica de los Pliegos Técnicos de los Concursos Públicos.
24. Agrupación de contratos homogéneos de prestación de servicios que redunde en la optimización del gasto.
25. Información sistematizada sobre las derivaciones de pacientes a otros centros en función de las listas de espera.
26. Compatibilizar con los sistemas de información del programa HP Hiss
27. Habilitar un espacio más amplio y acondicionado, que mitigue los ruidos y mantenga una adecuada temperatura ambiente.□

Criterio 5- PROCESOS: Áreas de mejora

1. Readaptar el mapa de procesos de HUSC, según la cartera de Servicios.
2. Realizar encuesta de clima laboral.
3. Taller formativo y tutorización externa para la gestión por procesos. Actualizar las vías clínicas existentes y definición de otras vías clínicas por servicio.
4. Nombrar propietarios de cada procesos así como definir grupos de trabajo para cada proceso definido para su evaluación y monitorización.
5. Desarrollar un plan formativo para garantizar que las personas reciben la formación adecuada y necesaria para trabajar con los procesos nuevos o modificados, antes de su implantación.
6. Encuesta de necesidades formativas del HUSC.
7. Establecer indicadores de resultados para todos los procesos.
8. Definición de los procesos claves de la organización.
9. Desarrollar encuestas de calidad percibida a otras áreas o servicios.
10. Extender las herramientas informáticas a todos los profesionales del HUSC.
11. Desarrollar un plan de comunicación interna vertical y horizontal para comunicar los logros y acciones de mejora.
12. Comunicar a los profesionales la Cartera de Servicios que se defina para el HUSC.
13. Conformar grupos de mejora para el seguimiento de mejoras relacionadas con los resultados encuesta SERVQHOSP.
14. Desarrollar programas relacionados con la VOZ del Paciente.
15. Actualizar el Procedimiento de acogida al paciente.
16. Evaluar el desarrollo del Procedimiento de acogida al trabajador.

Criterio 6- RESULTADOS EN CLIENTES: Áreas de mejora

1. Reducir el porcentaje de ingresos mejorando la programación quirúrgica.
2. Identificación del personal y presentación a los pacientes.
3. Mejora de la información clínica
4. Disminuir tiempos de espera quirúrgica, consultas externas, pruebas diagnósticas, terapéuticas.
5. Disminuir demora respuestas quejas y reclamaciones.
6. Disminuir tiempo respuesta reclamaciones antes de 30 días.
7. Índice de cancelación preoperatorio.
8. Ampliación de encuestas a otras áreas.
9. Mejora respuesta reclamaciones antes de 15 días.
10. Porcentaje de consultas en horario de tarde.

Criterio 7- RESULTADOS EN PERSONAS: Áreas de mejora

1. Establecer sistemas de percepción del trabajador.
2. Crear registro de cambios de puesto.

Criterio 8- RESULTADOS EN SOCIEDAD: Áreas de mejora

1. Continuar en la página Web con datos, noticias, del HUSC correspondiente al 2006.
2. Registrar las participaciones en medios de comunicación e intervenciones de profesionales.
3. Servicio de voluntariado.
4. Proporcionar al Bloque quirúrgico de los recipientes adecuados para el reciclado de residuos, vidrio, papel....
5. Fomentar la ayuda y participaciones, e intercambios de profesionales con organismos de reconocido prestigio, dentro del ámbito sanitario.
6. Reflejar en la Web y fomentar la realización de eventos formativos locales y Nacionales

Criterio 9- RESULTADOS CLAVE: Áreas de mejora

1. 9a03 Pacto de objetivos de farmacia entre Dirección y Servicios
2. 9a03 Sistema de distribución de información sistemática a los servicios y a los médicos
3. 9a04 Incrementar la presión sobre los acreedores.
4. 9a05 Mantener la efectividad del sistema.
5. 9a06 Pacto de objetivos de farmacia entre Dirección y Servicios
6. 9a06 Sistema de distribución de información sistemática a los servicios y a los médicos
7. 9a09 mantener la línea de trabajo.
8. 9a10 Mejorar la distribución de resultados por los servicios clínicos e informar de sus datos.
9. 9a11 Mantener el nivel de informatización en el área de admisión y reforzar la calidad de los registros
10. 9a13 Mantener esa tendencia.
11. 9a15 "Unificar criterio y mejorar los registros de los episodios de hospital de día psiquiátrico.
Coordinación servicio, admisión y actividad de codificación clínica. "
12. 9a16 Los servicios quirúrgicos podrían recibir información periódica de estos indicadores.
13. 9a20 "DEFINIR que es inadecuada prescripción y un sistema de registro o de notificación
(anónimo o no, a valorar) Ver en otros centros como se hace y qué se analiza."
14. 9a21 Dar a conocer a los servicios la información del coste de las estancias evitables.
15. 9a22 "Difundir la necesidad de declaración vía tarjeta amarilla de toda reacción adversa grave a medicamentos entre colectivo médico. Propuesta: seminario o sesión clínica. Monitorización de reacciones notificadas."
16. 9a23 "Mejorar los sistemas de registro en el protocolo de los médicos consultores (Medicina Interna) Notificar a Admisión ya que esta información se pide en SIAE"
17. 9a24 "Difundir entre todos los sanitarios que cualquier comunicación, proyecto, trabajo, ensayo clínico o publicación
18. 9a26 Mantener el grado de cumplimiento de los objetivos pactados
19. 9a28 "Insistir y recordar a Atención Primaria que deben poner el máximo cuidado a la hora de realizar la cita y reiterar la importancia de la cumplimentación correcta de todos datos para evitar errores."
20. 9a31 Distribuir la información del análisis entre los servicios clínicos.
21. 9a32 Distribuir la información del análisis entre los servicios clínicos.
22. 9a33 Distribuir la información del análisis entre los servicios clínicos.
23. 9a35 "Distribuir la información del análisis entre los servicios clínicos. Incluir indicador entre los objetivos anuales de los servicios clínicos."
24. 9a37 Información sistemática a los servicio para poder monitorizar cambios de pautas.
25. 9a35a Mantener LEQ en los parámetros institucionales
26. 9a35b Mantener la línea de trabajo
27. 9a39c Información sistemática a los servicio para poder monitorizar cambios de pautas.
28. 9a40 Potenciar el un grupo activo de trabajo que ya existe para debatir actualización y mejoras.
29. 9a41 Repetir el EPINE este año en el periodo que se establezca y transmitir la información a los servicios.

30. 9a42 "Seguimiento del protocolo de la Conserjería sobre la infección nosocomial: Estudio durante los seis primeros meses del año para los procedimientos de prótesis de cadera y rodilla; todo el año seguimiento de las herniorrafias."
31. 9a44 Establecer un sistema de registro de caídas de pacientes hospitalizados.
32. 9a45 Repetir el EPINE este año en el periodo que se establezca y transmitir la información a los servicios.
33. 9b06 "Estudio de adecuación de las necesidades de camas de los servicios clínicos.
34. Reasignación del recurso-cama por servicio y el pacto de objetivos con los servicios médicos de hospitalización."
35. 9b07 Instalación y puesta en funcionamiento sobre el HIS de un módulo de la programación quirúrgica y de rendimientos quirúrgicos: teórico, previsto, real, realizado por el Hospital de la Cruz Roja.
36. 9b07 Establecer nuevos indicadores y registros como Hora de llegada y preparación del paciente al quirófano. Análisis de llegada del paciente al área quirúrgica, definir rango y estándares de adecuación con alarmas.
37. 9b08 El perfil de estancias en el hospital puede modificarse este año debido a la apertura de camas y al incremento de pacientes atendidos en el hospital y modificación de la casuística y su complejidad. Los datos comparativos de IEMA respecto al año 2006 pueden alterarse. Sería procedente reforzar la monitorización del indicador.
38. 9b09 Algunos ingresos tienen estancia cero; reducir este tipo de ingresos que sobretodo proceden los pacientes programados externos. Tendencia a la ambulatorización.
39. 9b21 Informar a los servicios clínicos la actividad analizada. Monitorizar el nuevo perfil y casuística del hospital en este año.
40. 9b22 Informar a los servicios trimestralmente y no al final del ejercicio que impide tomar medidas correctoras.
41. 9b22 Sesión clínica de hospital desde Documentación Clínica recordando concepto y explicando la información que se proporcione.
42. 9b23 Seguir la línea de incrementar la ambulatorización
43. 9b26 Mejorar la comunicación de la actividad realizada al servicio de admisión para su captura e inclusión en los cuadros de mando / SIAE.
44. 9b27 Información comparativa a los servicios clínicos de otros servicios similares de diferentes hospitales
45. 9b28 Ajustar el fichero al 100 %
46. 9b28 Evitar discordancias entre CMBD y SIAE
47. 9b29 Incrementar los códigos
48. 9b30 "Potenciar el registro de tumores. Implicar a la Comisión de registro de tumores a través de objetivos de la Comisión Central de Garantía de Calidad."
49. 9b31 Revisar la definición y seleccionar procesos
50. 9b32 Informatizar los informes de alta de forma centralizada en el hospital
51. 9b32 Documentación Clínica y la Comisión de HHCC reforzará los criterios de buena práctica por los servicios
52. 9b33 Mantener los resultados
53. 9b34 Mantener los resultados
54. 9b35 Unificación de criterios en la Comisión de Bioética.
55. 9b35 Los servicios deberían validar todos los CI en la Comisión de Bioética o por lo notificar de la existencia a la Comisión de bioética.
56. 9b36 Emitir criterios la Comisión de Bioética. Los servicios deberían validar todos los CI en la Comisión de Bioética o por lo notificar de la existencia a la Comisión de bioética.

4.3.- NÚMERO DE PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS POR CRITERIO.

CRITERIO	Nº PUNTOS FUERTES	Nº ÁREAS DE MEJORA	Puntuación(*)
1.- Liderazgo	11	10	
2.- Política y Estrategia	19	18	
3.- Personas	16	13	
4.- Alianzas y Recursos	39	27	
5.- Procesos	13	16	
6.- Resultados en Clientes	9	10	
7.- Resultados en Personas	11	2	
8.- Resultados en Sociedad	17	6	
9.- Resultados Clave	39	56	
TOTAL	174	158	

(*) La cumplimentación de este campo (en caso de que se haya realizado puntuación) es voluntaria.

4.4.- ÁREAS DE MEJORA PRIORIZADAS.

Orden	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE MEJORA
1.	LA CALIDAD DEL PROCESO QUIRURGICO EN CMA
2.	ESTABLECER UN PLAN PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS ANUALES
3.	INFORMATIZAR LA GESTIÓN DE PERSONAL EN LAS DISTINTAS DIRECCIONES DEL HUS Cristina
4.	EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE DEL MATERIAL DE BIOSEGURIDAD, EN TODAS LAS ÁREAS DEL HUSC.
5.	ACTUALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL PACIENTE.
6.	EVALUAR EL DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL TRABAJADOR.
7.	MEJORAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA PARA LOS PACIENTES
8.	INFORMATIZAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICO ASISTENCIALES
9.	ESTABLECER UN SISTEMA DE INFORMACIÓN ESPECIFICO PARA CADA SERVICIO RELACIONADO CON EL SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

➤ Indicar los criterios de priorización utilizados:

1. VIABILIDAD.
2. URGENCIA.
3. IMPORTANCIA.

5.- OBSERVACIONES

PENDIENTE:

1. Planes de acción de mejora.
2. Elaborar grupos de trabajo para cada área de mejora.

MEDIDA O PROYECTO DISEÑO DE LA VÍA CLÍNICA DE LA HERNIA INGUINAL UNILATERAL NO COMPLICADA, EN CIRUGÍA SIN INGRESO Nº 1

ÁREAS DE MEJORA

Área de Mejora: Gestión de los Procesos

DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Definición:

EL Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo y la Unidad de Calidad de este Hospital estudian la posibilidad de diseñar una "Vía Clínica para los pacientes que se intervienen de Hernia inguinal, unilateral, no complicada, sin ingreso Hospitalario" debido a la alta prevalencia de este procedimiento y a la necesidad de homogeneizarlo.

OBJETIVO: 1.- Normalizar un proceso clínico predecible.

Metodología:

1. Búsqueda de las mejores prácticas.
2. Técnicas cualitativas: Generar ideas, Brainstorming, parrilla de priorización, consenso grupo.
3. Técnicas cualitativas: análisis de partida del proceso

Actividades para la puesta en marcha de la solución:

1. Solicitud autorización Gerencia del Hospital Universitario Santa Cristina
2. Creación Grupo de Mejora, Sesión formativa.
3. Lectura bibliográfica y contacto con otros Hospitales.
4. Diseño de los documentos de la Vía Clínica.
5. Consenso de los indicadores de la Vía.
6. Nombrar Coordinador y equipo de seguimiento de la Vía.
7. Presentación de los resultados en la Gerencia.
8. Implantación de la Vía.

RESPONSABLE

Persona responsable de que la solución propuesta se lleve a cabo: Dr. J. L. Porrero. Jefe Sº Cirugía General y Digestivo. Mª Teresa Pérez Pérez-Medrano. Enfermera. U. de Calidad

RECURSOS necesarios para llevar a cabo la acción de mejora)

- **Requerimientos de medios humanos.** Representantes de los Servicio o Unidades implicadas en el proceso: Cirugía, Admisiones, Admisiones de Enfermería, Consultas, Anestesia, Celadores, CSI (cirugía sin ingreso) SIAP, Biblioteca – Calidad = 19 profesionales.
- **R. materiales:** Editar - imprenta documentos de la Vía Clínica y dossier del paciente por este proceso.
- **R. económicos:** Costes del Diseño de los documentos. Consumo estimado por mes

CALENDARIO

(Calendario de ejecución de las actividades contempladas en la solución propuesta)

ACTIVIDAD	MESES – 2007							2008
	MAY	J	A	S	O	N	D	
1. Compromiso Sº Cirugía y U. Calidad diseñar vía clínica Presentación Gerencia y Equipo directivo.		13						
2. Creación grupo de Mejora, Sesión formativa.		14						
3. Lectura bibliográfica. Contactar con otros Hospitales								
4. Diseño Documentos de la Vía								
5. Consenso de los indicadores de la Vía								
6. Nombrar Coordinador y equipo de seguimiento de la Vía.						7		
7. Presentación de los resultados en la Gerencia (Presentación Unidades: CSI, Anestesia, Consultas)							28	
8. Implantación de la Vía – Imprenta documentos Vía Clínica								

INDICADORES

(Medidas de proceso y resultado para el seguimiento y evaluación del grado de implantación y consecución de la mejora con la solución propuesta)

- **Indicador Fase I:** Documentos de la Vía Clínica diseñados al 100%. Diciembre 2007

Á. DE MEJORA	MEJORA EN LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN																
DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA	<i>(Definición, metodología y actividades para la puesta en marcha de la solución):</i>																
	Definición:																
	<p>La participación de lo profesionales en las actividades que desarrolla nuestra organización, se plantea como un elemento motivador para contribuir en la satisfacción del cliente interno de nuestra organización, a la vez que recoge sus propuestas para la consecución de los objetivos institucionales.</p> <p>Objetivo: Conseguir que el personal implicado del HUSC diseñe su propio plan.</p> <td colspan="9" style="background-color: #cccccc;">Metodología:</td>									Metodología:							
<ol style="list-style-type: none"> 1. Selección de profesionales del HUSC, interesados en el Proyecto de Mejora. 2. Exposición del tema a tratar. 3. Generar ideas. Técnicas cualitativas: Análisis, priorización y consenso. 4. Estrategias de futuro. <td colspan="9" style="background-color: #cccccc;"><i>Actividades para la puesta en marcha de la solución:</i></td>									<i>Actividades para la puesta en marcha de la solución:</i>								
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conformar grupo de mejora. 2. Análisis de los resultados y Priorización puntos de mejora. 3. Diseño plan de actuación. 																	
RESPONSABLE	<i>(Persona responsable de que la solución propuesta se lleve a cabo)</i> Dr. Carlos Grande Baos. Coordinador de Calidad. Oftalmologo. D ^a M ^a Teresa Pérez- Apoyo Técnico. Unidad de Calidad																
RECURSOS	<i>(Requerimientos de medios humanos, materiales y económicos necesarios para llevar a cabo la acción de mejora)</i>																
<ol style="list-style-type: none"> 1. Medios humanos: Profesionales interesados de diferentes categorías, Médicos, DUE, Psicóloga, DUE Bloque quirúrgico, Consultas, Secretaria Materiales: Asumidos por la propia Organización Programa tabulación datos. 2. Económicos: No se especifican. 																	
CALENDARIO	<i>(Calendario de ejecución de las actividades contempladas en la solución propuesta) 2007-2008</i>			2007			2008										
		NOV	D	E	F	M	A	M	J								
	1. Reunión con los Líderes del proyecto: Estrategia nombrar propietario del Proyecto.	7															
	2. Conformar grupo de Mejora y levantar acta, nombrar secretario/a.																
	3. Exposición del tema a tratar.																
	4. Generar ideas. Técnicas cualitativas: Análisis, priorización y consenso.																
	5. Diseñar un plan de participación de los profesionales en los objetivos																
	6. Estudio de la situación																
	7. Evaluación, presentación de los resultados y estrategias de futuro o acciones de mejora.																
8. Actividades a desarrollar. Estrategias de futuro.																	
INDICADORES	<i>(Medidas de proceso y resultado para el seguimiento y evaluación del grado de implantación y consecución de la mejora con la solución propuesta)</i> Indicador: Plan diseñado al 100%. A Diciembre 2008																

ÁREAS DE MEJORA	<i>(Relación de áreas de mejora identificadas a las que debe dar respuesta la acción de mejora):</i> Mejora en la Gestión Administrativa de los RR.HH																																																																																																																																																																																		
DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA	<p><i>(Definición, metodología y actividades para la puesta en marcha de la solución)</i></p> <p>Definición: El Hospital Universitario Santa Cristina detecta la necesidad de desarrollar una estrategia que suponga ganar en eficiencia, así como homogeneizar, la Gestión de los Recursos Humanos del Hospital mediante la implantación del aplicativo informático Meta4 PeopleNet de gestión de personal y nóminas.</p> <p>Objetivos: Implantar el programa de informatización de nóminas y gestión de personal, Meta4 PeopleNet, en HUSCristina.</p> <p>Metodología:</p> <ol style="list-style-type: none"> Formación en nuevas tecnologías informáticas. Despliegue, Prueba e Implementación del nuevo aplicativo Informático. Reuniones y consenso grupo de mejora. Generar ideas. Brainstorming o lluvias de ideas. Parrilla de priorización. Estrategias de futuro a desarrollar. <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Presentación del programa y participación en grupos de trabajo de los profesionales de RR. HH del HUSC en la Dirección Gral. de RR. HH. De la Comunidad de Madrid. Plan de Pruebas del aplicativo informático en HUSC correspondiente a los Módulos de Organización, Beneficios, Gestión de Personal y Elaboración y Tramitación de la nómina. Carga y migración de datos referidos a todos los RR. HH del HUSC. Ajuste y puesta en producción de los Módulos referidos. Información a todos los agentes implicados del HUSC, de las actividades que deben desarrollar para la total implantación del programa en todo el HUSC. Conformar grupo de mejora para homogeneizar- consensuar registros unificados para todo HUSC 																																																																																																																																																																																		
RESPONSABLE	<i>(Persona responsable de que la solución propuesta se lleve a cabo)</i> <u>D. Alfonso Garrigos. Director de Gestión</u>																																																																																																																																																																																		
RECURSOS	<p>Requerimientos de medios humanos:</p> <p>Todos los agentes implicados, profesionales del HUSC en la Gestión administrativa y de nóminas del Hospital: Personal del Dpto. de RR. HH , secretarías de las tres Direcciones y mandos intermedios. = 7 Profesionales.</p> <p>Materiales: Aplicativo informático diseñado para el logro del objetivo, así como el Hardware necesario para su implantación.</p> <p>Económicos: Los costes de esta actividad quedan integrados en los propios gastos de funcionamiento del HUSC.</p>																																																																																																																																																																																		
CALENDARIO	<p><i>(Calendario de ejecución de las actividades contempladas en la solución propuesta)</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th colspan="7">2007</th> <th colspan="12">2008</th> </tr> <tr> <th></th> <th>J</th><th>J</th><th>A</th><th>S</th><th>O</th><th>N</th><th>D</th> <th>E</th><th>F</th><th>M</th><th>A</th><th>M</th><th>J</th><th>J</th><th>A</th><th>S</th><th>O</th><th>N</th><th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Formación personal HUSC, en la Dir. Gral RR.HH.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Plan de Pruebas del programa</td> <td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Carga y migración de datos</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Ajuste y puesta en producción</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td><td style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>Información -seguimiento todos los agentes implicados</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Conformar grupo de mejora para homogeneizar- consensuar registros, estrategias futuras</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>																				2007							2008													J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Formación personal HUSC, en la Dir. Gral RR.HH.																				Plan de Pruebas del programa																				Carga y migración de datos																				Ajuste y puesta en producción																				Información -seguimiento todos los agentes implicados																				Conformar grupo de mejora para homogeneizar- consensuar registros, estrategias futuras																			
	2007							2008																																																																																																																																																																											
	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																																																																																																																																
Formación personal HUSC, en la Dir. Gral RR.HH.																																																																																																																																																																																			
Plan de Pruebas del programa																																																																																																																																																																																			
Carga y migración de datos																																																																																																																																																																																			
Ajuste y puesta en producción																																																																																																																																																																																			
Información -seguimiento todos los agentes implicados																																																																																																																																																																																			
Conformar grupo de mejora para homogeneizar- consensuar registros, estrategias futuras																																																																																																																																																																																			
INDICADORES	<p><i>(Medidas de proceso y resultado para el seguimiento y evaluación del grado de implantación y consecución de la mejora con la solución propuesta)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Programa informático Meta4 PeopleNet, implantado en HUSC al 100%, a Diciembre 2008. 																																																																																																																																																																																		

MEDIDA O PROYECTO: EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE EN MATERIAL DE BIOSEGURIDAD, EN TODAS LAS ÁREAS DEL HUSC Nº 4 2007-2008.

ÁREAS DE MEJORA	(Relación de áreas de mejora identificadas a las que debe dar respuesta la acción de mejora). <i>Mejora en las Personas de la organización</i>																																																																																																																																																													
DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA	<p>(Definición, metodología y actividades para la puesta en marcha de la solución)</p> <p>Definición: Los profesionales sanitarios siempre hemos estado frecuentemente expuestos a riesgos laborales muy serios, en este sentido destacan especialmente, por la gravedad de sus consecuencias, aquellos derivados de los pinchazos accidentales.</p> <p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Identificar carencias en la implantación del material de bioseguridad 6. Incorporar en su totalidad, y en todas las áreas del HUS Cristina, el material de bioseguridad según normativa vigente de la CCC.MM. <p>Metodología:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Información 2. Despliegue: Técnicas Cualitativas, consenso de grupo, lluvia de ideas, parrilla de priorización, Cuantitativas: estudio accidentes de salud laboral, 3. Reuniones y consenso grupo de mejora. 4. Estrategias de futuro a desarrollar. <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Presentación del programa y Reunión con los líderes del proyecto, nombrar propietaria del proyecto 8. Conformar grupo de mejora para el desarrollo del proyecto, nombrar secretaria/ o, levantar acta. 9. Búsqueda y lectura de bibliografía: Normativa y proyecto CCMM bioseguridad 10. Concretar plan de acción a seguir a través de las propuestas presentadas por los miembros del grupo de mejora del Proyecto. 11. Estrategia a desarrollar, Datos de Salud Laboral, puesta en marcha, evaluación. 12. Presentación resultados 																																																																																																																																																													
RESPONSABLE	(Persona responsable de que la solución propuesta se lleve a cabo) <u>Dra.Rosa Ramos. Subdirectora Médicas – Dª Ascensión Robledo.Directora Enfermería. Propietaria del Proyecto: Dña Carmen Manzanares Laboratorio</u>																																																																																																																																																													
RECURSOS	Requerimientos de medios humanos: CMA, Laboratorio, Hospitalización Anestesia, Quirófano = 10 Profesionales.																																																																																																																																																													
CALENDARIO	<p>(Calendario de ejecución de las actividades contempladas en la solución propuesta)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">2007</th> <th colspan="12">2008</th> </tr> <tr> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Reunión con los líderes del proyecto</td> <td>28</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Conformar el grupo de mejora</td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Búsqueda y lectura de bibliografía: Normativa y proyecto CCMM bioseguridad</td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Concretar plan de acción a seguir: Recogida datos Salud Laboral.</td> <td></td> <td></td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Estrategia a desarrollar, puesta en marcha, evaluación</td> <td></td> <td></td> <td>2 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Presentación Resultados: Accidentes, Nº implantación x Unidades</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td>1 0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>																		2007				2008												S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	1. Reunión con los líderes del proyecto	28																	2. Conformar el grupo de mejora		9																3. Búsqueda y lectura de bibliografía: Normativa y proyecto CCMM bioseguridad		9																4. Concretar plan de acción a seguir: Recogida datos Salud Laboral.			6															5. Estrategia a desarrollar, puesta en marcha, evaluación			2 1															6. Presentación Resultados: Accidentes, Nº implantación x Unidades				4	1 0												
	2007				2008																																																																																																																																																									
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																																																																																																														
1. Reunión con los líderes del proyecto	28																																																																																																																																																													
2. Conformar el grupo de mejora		9																																																																																																																																																												
3. Búsqueda y lectura de bibliografía: Normativa y proyecto CCMM bioseguridad		9																																																																																																																																																												
4. Concretar plan de acción a seguir: Recogida datos Salud Laboral.			6																																																																																																																																																											
5. Estrategia a desarrollar, puesta en marcha, evaluación			2 1																																																																																																																																																											
6. Presentación Resultados: Accidentes, Nº implantación x Unidades				4	1 0																																																																																																																																																									
INDICADORES	(Medidas de proceso y resultado para el seguimiento y evaluación del grado de implantación y consecución de la mejora con la solución propuesta) % Material implantado según normativa vigente. Diciembre 2007.																																																																																																																																																													

ÁREAS DE MEJORA	<i>(Relación de áreas de mejora identificadas a las que debe dar respuesta la acción de mejora):</i> Área de Mejora: " 1.- Mejora en la atención sanitaria del ciudadano" PAS																																																																																															
DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA	<p>Definición: El Plan de Acogida comprende las acciones a realizar en el Hospital, al ingreso del Paciente con el fin de Humanizar la asistencia. El HUS Cristina , plantea la revisión y las actualizaciones que se consideren necesarias.</p> <p>OBJETIVOS: 1.- Actualizar el Plan de Acogida del HUSC. 2.- Evaluar el Grado de Implantación del Plan de Acogida, en HUSC.</p> <p>Metodología:</p> <ol style="list-style-type: none"> Selección de profesionales del HUSC, interesados en el Proyecto de Mejora. Exposición del tema a tratar. Generar ideas. Técnicas cualitativas: Análisis, priorización y consenso. Técnicas cuantitativas. Estrategias de futuro. <p>Actividades para la puesta en marcha de la solución:</p> <table border="1" data-bbox="324 702 985 805"> <tr> <td>1. Reunión con el líder y propietario del proyecto.</td> <td>4. Generar ideas – Actividades a realizar</td> </tr> <tr> <td>2. Revisión de la Documentación existente en HUSC</td> <td>5. Puesta en marcha actividades propuestas</td> </tr> <tr> <td>3. Análisis de la situación existente.</td> <td>6. Evaluación de los resultados.</td> </tr> </table>		1. Reunión con el líder y propietario del proyecto.	4. Generar ideas – Actividades a realizar	2. Revisión de la Documentación existente en HUSC	5. Puesta en marcha actividades propuestas	3. Análisis de la situación existente.	6. Evaluación de los resultados.																																																																																								
1. Reunión con el líder y propietario del proyecto.	4. Generar ideas – Actividades a realizar																																																																																															
2. Revisión de la Documentación existente en HUSC	5. Puesta en marcha actividades propuestas																																																																																															
3. Análisis de la situación existente.	6. Evaluación de los resultados.																																																																																															
RESPONSABLE	(Persona responsable de que la solución propuesta se lleve a cabo): Dra. M ^a Cruz Sanchez-Valdepeñas. Jefe de Servicio de S.A.P. Líder del Proyecto de Mejora. D ^a Prisca García Amo: Propietaria del proyecto. DUE, S.A.P																																																																																															
RECURSOS necesarios para llevar a cabo la acción de mejora)	<p>Requerimientos de medios humanos. :</p> <p>R. Humanos: 1, Jefe de Servicio de S.A.P, 1 DUE de S.A.P, Jefe S^o Admisiones, DUE S^o Admisiones. Celadora. Trabajadora social. 2 DUE de Quirófano. Supervisora Hospitalización. Cirujía enfermera Cirujía.2 Aux., enfermería M.I = 12 profesionales.</p> <p>R. materiales: Impresión y Edición Manual Guía de Acogida al Paciente actualizada, Tirada Inicial de 3.900 ejemplares, Consumo Ejemplares por mes: 650 unidades.</p> <p>R. económicos: Coste asumido por el propio Hospital.</p>																																																																																															
CALENDARIO <i>(Calendario de ejecución de las actividades contempladas en la solución propuesta)</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="7">2007</th> <th colspan="3">2008</th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Análisis de la encuesta SERVQHOSP en HUSC</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2. Preparación y Actualización Guía de acogida al Paciente en HUS Cristina. Por el S A .P</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3. Conformar grupo de Mejora. Presentación autoevaluación EFQM . Proyecto a desarrollar</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4. Revisión documentación existente en HUSC y reclamaciones para el grupo de Mejora, Guía Acogida</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>10</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>5. Generar ideas. Técnicas cualitativas Despliegue actividades.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>6. Presentación resultados Estrategias de futuro</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>			2007							2008			M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	1. Análisis de la encuesta SERVQHOSP en HUSC												2. Preparación y Actualización Guía de acogida al Paciente en HUS Cristina. Por el S A .P												3. Conformar grupo de Mejora. Presentación autoevaluación EFQM . Proyecto a desarrollar							19					4. Revisión documentación existente en HUSC y reclamaciones para el grupo de Mejora, Guía Acogida								10				5. Generar ideas. Técnicas cualitativas Despliegue actividades.												6. Presentación resultados Estrategias de futuro											
	2007							2008																																																																																								
	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M																																																																																					
1. Análisis de la encuesta SERVQHOSP en HUSC																																																																																																
2. Preparación y Actualización Guía de acogida al Paciente en HUS Cristina. Por el S A .P																																																																																																
3. Conformar grupo de Mejora. Presentación autoevaluación EFQM . Proyecto a desarrollar							19																																																																																									
4. Revisión documentación existente en HUSC y reclamaciones para el grupo de Mejora, Guía Acogida								10																																																																																								
5. Generar ideas. Técnicas cualitativas Despliegue actividades.																																																																																																
6. Presentación resultados Estrategias de futuro																																																																																																
INDICADORES	<p>(Medidas de proceso y resultado para el seguimiento y evaluación del grado de implantación y consecución de la mejora con la solución propuesta)</p> <ol style="list-style-type: none"> Existencia de un Plan de acogida de pacientes actualizado, a Diciembre 2007 Nº Pacientes a los que se ha aplicado acogida x 100 . Diciembre 2007 _Nº pacientes atendidos. 																																																																																															

ÁREAS DE MEJORA

(Relación de áreas de mejora identificadas a las que debe dar respuesta la acción de mejora: **Mejora en las personas de la organización**)

DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

(Definición, metodología y actividades para la puesta en marcha de la solución)

1. Definición:

El HUSCristina consciente de la dificultad que supone la incorporación a un Centro hospitalario, pretende ofrecer una información básica sobre el Hospital y el Área a la que pertenecemos, de esta manera conseguiremos un mayor grado de integración en el nuevo puesto de trabajo que, a su vez, comportará en la mejora de la calidad para los usuarios.

Objetivos: 1.- Disponer de un Plan de acogida para profesionales elaborado o revisado en los 2 últimos años 2.- Implantar Plan de acogida para profesionales.

2. Metodología:

1. Selección de profesionales del HUSC, interesados en el Proyecto de Mejora.
2. Exposición del tema a tratar.
3. Generar ideas. Técnicas cualitativas: Análisis, priorización y consenso. Técnicas cuantitativas s/p.
4. Estrategias de futuro.

Actividades para la puesta en marcha de la solución:

1. Reunión con el líder y propietaria del proyecto.
2. Revisión de la Documentación existente en HUSC, La Guía de Acogida al Trabajador, revisar según nueva Cartera de Servicios del HUS Cristina.
3. Análisis de la situación existente. Generar ideas – Actividades a realizar
4. Puesta en marcha actividades propuestas
5. Evaluación de los resultados.

RESPONSABLE

(Persona responsable de que la solución propuesta se lleve a cabo): D Amaro Rodríguez. Subdirector de Enfermería – D. Jesús Fernández Rojas. Jefe de Sº de Recursos Humanos. HUS Cristina Dª Mª Teresa Pérez- Apoyo Técnico. Unidad de Calidad

RECURSOS

- Requerimientos de medios humanos: 2 Supervisoras de enfermería, 1 profesionales de Recursos Humanos, Colaboraciones puntuales según necesidades en el desarrollo del Proyecto = 5 profesionales.
- Materiales: Nueva Guía Editada Impresión y Edición Manual Acogida actualizado,
- Económicos necesarios para llevar a cabo la acción de mejora: asumidos por el Hospital.

CALENDARIO

(Calendario de ejecución de las actividades contempladas en la solución propuesta 2007-2008)	NOV	DIC	ENER	FEB	MAR
1. Reunión con los Líderes del proyecto: Estrategia nombrar propietario del Proyecto.	22				
2. Conformar grupo de Mejora y levantar acta, nombrar secretario/a.		3			
3. Revisar documentación interna de nuestra organización.		5			
4. Revisar y lectura de la búsqueda bibliográfica (Aportación U. Calidad y Sº RR. HH.).		5			
5. Actividades a desarrollar.			9		
6. Evaluación, presentación de los resultados y estrategias de futuro o acciones de mejora.					

INDICADORES

(Medidas de proceso y resultado para el seguimiento y evaluación del grado de implantación y consecución de la mejora con la solución propuesta)

1. Existencia de un Plan de acogida para profesionales elaborado o revisado en los 2 últimos años (indicar a qué estamentos se aplica). Diciembre 2007
2. Implantación del Plan de acogida para profesionales (detallar actuaciones realizadas) :
% de profesionales de nueva incorporación a los que se aplica el Plan de acogida: N° de profesionales de nueva incorporación (temporal o fija) a los que se aplica el Plan de Acogida/ N° de profesionales de nueva incorporación *100 .

ÁREAS DE MEJORA	<i>(Relación de áreas de mejora identificadas a las que debe dar respuesta la acción de mejora)</i>						Mejora en la atención al Ciudadano						
DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA	<i>(Definición, metodología y actividades para la puesta en marcha de la solución)</i>												
	<p>3. Definición:</p> <p>El HUS Cristina favorece la Mejora Continua de la Calidad, siguiendo esta línea desea ofrecer al paciente y los familiares una atención de Calidad, se plantea realizar un análisis de los puntos débiles relacionados con la información que se ofrece a los pacientes y familiares que acuden a nuestro Hospital.</p> <p style="text-align: center;">1. Objetivo: Mejorar la información a pacientes y familiares</p> <p>4. Metodología:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selección de profesionales del HUSC, interesados en el Proyecto de Mejora. 2. Generar ideas. Técnicas cualitativas: Análisis, priorización y consenso. Técnicas cuantitativas s/p. 3. Estrategias de futuro. <p>5. Actividades para la puesta en marcha de la solución:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunión con el líder y propietario / a del proyecto. 2. Conformar grupo de Mejora, elección secretario y Exposición del tema a tratar. 3. Información de la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Sanitaria. 4. Análisis de la situación: Encuesta satisfacción paciente, otras fuente de datos R/C la información a los pacientes y familiares. 5. Generar ideas – Actividades a realizar 6. Puesta en marcha actividades propuestas 7. Evaluación de los resultados 												
RESPONSABLE	<i>(Persona responsable de que la solución propuesta se lleve a cabo)</i> Dra. M ^a Ángeles Neira. Directora Médica. Líder del Proyecto. D ^a M ^a Teresa Pérez- Apoyo Técnico. Unidad de Calidad												
RECURSOS	<i>Requerimientos de medios humanos: 1 Facultativo Traumatólogo, 1 Facultativo Internista, 1 Psicóloga y colaboraciones puntuales según necesidades del Grupo de Mejora (SAP..) Materiales y Económicos necesarios para llevar a cabo la acción de mejora = 6 profesionales.</i>												
CALENDARIO	<i>(Calendario de ejecución de las actividades contempladas en la solución propuesta)</i>						NOV	DIC	ENER	FEB	MAR		
	1.	Reunión con el líder y propietario / a del proyecto.		16									
	2.	Conformar grupo de Mejora, elección secretario y Exposición del tema a tratar.											
	3.	Información de la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Sanitaria.											
	4.	Análisis de la situación: Encuesta satisfacción paciente, otras fuente de datos R/C la información a los pacientes y familiares.											
	5.	Generar ideas – Actividades a realizar											
	6.	Puesta en marcha actividades propuestas											
	7.	Evaluación de los resultados											
INDICADORES	<i>(Medidas de proceso y resultado para el seguimiento y evaluación del grado de implantación y consecución de la mejora con la solución propuesta)</i>												
	Indicador: Informe del análisis de la situación. Marzo 2008												

<p>ÁREAS DE MEJORA</p>	<p><i>El sistema de información clínico-asistencial en el hospital de Santa Cristina precisaba disponer de nuevos elementos y herramientas de trabajo para que la información clínica, los informes clínicos de alta e informes de consultas, estuvieran disponibles en todo momento para que los facultativos pudieran consultar a través de sistemas telemáticos.</i></p>
<p>DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA</p>	<p>Definición: Se decide implantar una herramienta informática que permita la gestión documental de la información clínica que se genera en el hospital, de forma centralizada.</p> <p>Objetivo: Disponer de la información clínica de forma centralizada y accesible vía telemática.</p> <p>Objetivos secundarios: 1) Estructurar y ordenar la documentación clínica del hospital. 2) Permitir la gestión jerárquica y organizada de los documentos informáticos, asociando cada documento al episodio clínico correspondiente. 3) Evitar pérdidas de información clínica.</p> <p>Metodología: A) Se utiliza una aplicación informática disponible en el Hospital Gregorio Marañón. B) Se valora la posibilidad de adaptar la herramienta a la organización. C) Se traza un cronograma de implantación, conociendo las características y necesidades de cada servicio clínico. D) Se da formación individualizada a secretarías y colectiva por servicios a los facultativos. E) Se hace un seguimiento cercano y próximo sobre el funcionamiento del sistema en los servicios.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Reunión con los líderes del proyecto: Tras evaluación según modelo E F Q M y detección de las áreas de mejora se decide la intervención. Varias reuniones con responsables del área de informática, y servicios clínicos desde la Subdirección Médica. Conformar grupo de trabajo. Se pone marcha el grupo de trabajo en Agosto. Se dispone de la documentación acreditativa de cada fase del proceso y de la relación de los miembros que participan. Se da formación al personal. Se elabora una guía rápida de uso del sistema. Estrategia a desarrollar: Se implanta en fases por servicios clínicos; se comienza por el Servicio de Traumatología y Radiología. Luego se introduce en Cirugía General, Medicina Interna, Urología, Oftalmología y Anestesia. Se deja para el final el servicio de Ginecología y Obstetricia por disponer de aplicación propia que exige integración. Puesta en marcha: Se inicia en Agosto de 2007 Evaluación, presentación resultados, y estrategias futuras: Se realiza un seguimiento cercano sobre los profesionales: Secretarías y facultativos de cada servicio para ver el grado de adhesión al sistema. Se obtiene resultados de la aplicación y analizan. Se aplica nueva intervención sobre desviaciones y se observa el resultado del feedback. Nos permite retomar las medidas adecuadas para evitar las desviaciones detectadas. <p><i>Se tiene previsto disponer de la aplicación informática de forma provisional hasta que el hospital de Santa Cristina sea incorporado a la red informática y sistemas de los nuevos hospitales. En ese momento se volcará el histórico generado sobre las nuevas aplicaciones dado que los formatos son compatibles y se iniciará una nueva etapa.</i></p>
<p>RESPONSABLE</p>	<p>Coordinación y líder de grupo: Dr. Emilio Ucar. <i>En el grupo han participado de forma secuencial los responsables del área de Informática, Documentación Clínica y la Comisión de Historias Clínicas y que sin su ayuda el proyecto hubiera carecido de sentido. Todos y cada uno de los Jefes de Servicio del Hospital que han colaborado activamente y el personal administrativo que ha sufrido la dureza del cambio. Por último la Unidad de Calidad que contribuye y da apoyo formal a la consecución de los objetivos planteados.</i></p>
<p>RECURSOS</p>	<p>RRHH: <i>El personal administrativo de los servicios que ha tenido que formarse para trabajar día a día con la herramienta informática. Los Facultativos que han aceptado como herramienta de su asistencia la aplicación y que gestionan el conocimiento almacenado en el sistema = 10 profesionales.</i></p> <p>Recursos materiales y económicos: <i>La aplicación ha sido cedida por el Hospital Gregorio Marañón. El Coste total de la implantación del sistema = COSTE CERO. Se han utilizado los ordenadores y la red disponible en el hospital y solo en algún punto aislado ha sido preciso instalar un nuevo ordenador o impresora.</i></p> <p><i>Se ha elaborado una guía de uso de programa y buen uso de la información.</i></p>
<p>CALENDARIO</p>	<p><i>1Evaluación EFQM: ABRIL, 2Detección necesidades: MAYO 3 Estudio Aplicación elegida: JUNIO- JULIO 4 Inicio Formación y elaboración de la Guía: AGOSTO, continúa. 5 Implantación a los servicios: SEPTIEMBRE, continúa. 6 Primera Evaluación: NOVIEMBRE 7 Reevaluación de intervención: NOVIEMBRE- DICIEMBRE</i></p>
<p>INDICADORES</p>	<p><i>Se define como datos de seguimiento los siguientes: Nº de Servicios Clínicos adheridos al sistema. Nº de Personas incorporadas al sistema. Nº de informes realizados en un periodo. Indicador: Nº de informes firmados y validados por servicio / Nº total de informes elaborados por el servicio. Se ha realizado un primer corte de información en el mes de Noviembre y transmitido los resultados a los responsables para que minimicen las desviaciones detectadas. Conclusión: Parece que la intervención hasta la fecha ha resultado un éxito teniendo en cuenta: COSTE, RECURSOS, GRADO DE IMPLANTACION y EFICACIA. Su implantación y desarrollo sigue en marcha.</i></p>

MEDIDA O PROYECTO: ESTABLECER UN SISTEMA DE INFORMACIÓN ESPECÍFICO PARA CADA SERVICIO RELACIONADO CON EL SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS (R./C. cuadro de mando) - Nº 9

ÁREAS DE MEJORA

El Contrato de Anual de Gestión que el hospital firma cada año con la Consejería de Sanidad se traduce en el propio centro en una serie de objetivos para cada servicio. Estos Objetivos son firmados entre la Dirección y los Servicios Clínicos. Para que el sistema establecido funcione correctamente se precisa un seguimiento de las distintas actividades, que permita tomar decisiones en cortos periodos de tiempo y tenga repercusión en el balance anual del Contrato de Gestión. Se realiza una evaluación en el centro, siguiendo el modelo EFQM y se detectó la necesidad de ampliar los sistemas de control periódicos y transmitir la información a los distintos servicios clínicos puesto que carecían de ella.

Definición: *Elaborar un subsistema de información que permita el seguimiento trimestral del cumplimiento de los objetivos establecidos en cada servicio y que sirva de referencia para la toma de decisiones a nivel operativo.*

Objetivo: *Diseñar un cuadro de mandos por servicio con la información necesaria para evaluar el estado de cumplimiento de los objetivos firmados con la Dirección.*

Metodología: *La Dirección firma el Contrato Anual de Gestión con la Consejería. La Dirección transmite los objetivos del hospital a los servicios clínicos y a través de la firma de los objetivos que se definen con cada servicio se pone en marcha las líneas estratégicas pactadas. De los documentos del acuerdo se recopilan los objetivos y se diseña un cuadro de mandos simple, sencillo y ágil que permite a los servicios seguir la evolución del cumplimiento de los objetivos marcados. Se definen los periodos de evaluación. Se pone en marcha el subsistema de información.*

Actividades:

DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA

Reunión con los líderes del proyecto: *Tras evaluación según modelo E F Q M y detección de las áreas de mejora se decide la intervención. Se elabora un cronograma aprobado por la Dirección Médica y se procede a elaborar los documentos base de la información desde la Subdirección Médica. Se realizan varias reuniones con los distintos jefes de los servicios clínicos para comprobar las necesidades de información.*

Estrategia a desarrollar: *Se diseña un cuadro de mandos acorde a las necesidades de información de los servicios para que dispongan de la información suficiente para tomar decisiones sobre las acciones que repercutan positivamente en el cumplimiento de los objetivos pactados. Se realizan varios cortes, a lo largo del año y se elabora el cuadro de mandos con esta información que transmite a los servicios. Desde la Dirección se mantiene un seguimiento próximo sobre la actividad.*

Puesta en marcha: *Se inicia en Abril de 2007. Tras decidir la Dirección que sería un importante área de mejora con la autoevaluación EFQM del hospital.*

Evaluación, presentación resultados: *Se realiza un seguimiento cercano sobre los servicios clínicos y se les solicita información de la utilidad de este trabajo. El cuadro de mandos es individualizado de cada servicio, con las anotaciones que a la Dirección le parece oportuno resaltar. El resultado es positivo.*

Estrategias futuras: *Se tiene previsto que el diseño del cuadro de mandos que en la actualidad se realiza artesanalmente tenga capacidad de realizarse automáticamente pero para ello habrá que habilitar los mecanismos, independiente de este trabajo, que permitan su programación sobre las tablas del HPHIS y dotar del presupuesto correspondiente.*

RESPONSABLE

Coordinador y líder del grupo: *Dr. Emilio Ucar. En el desarrollo ha colaborado la Dirección del centro y los Jefes de Servicios Clínicos que han aportado sus sugerencias para la elaboración de los documentos.*

RECURSOS

RRHH: *El trabajo ha sido desarrollado desde la Subdirección Médica, con el apoyo de los Jefes de Servicio Médicos y la colaboración de la Unidad de Calidad del centro. En la recopilación de datos e información ha participado en servicio de Admisión y de Farmacia = 10 profesionales.*

FINANCIACION: *La cuantía del trabajo se ha realizado por personal del hospital dentro de sus jornadas laborales. No ha supuesto un coste complementario pero si ha representado un valor añadido en la mejora del funcionamiento de los servicios clínicos.*

CALENDARIO

Se pone marcha el trabajo en Abril. Se negocian los objetivos en Mayo con los servicios y se diseña el cuadro de mandos. Se realiza un primer corte de seguimiento y transmite la información a través del cuadro de mandos en Junio. Se realiza un segundo corte en Septiembre y el tercer corte será en Diciembre, antes de la evaluación de cierre del ejercicio en los principios del año 2008.

INDICADORES

Cuadro de mandos sobre el seguimiento de contrato de gestión de los servicios clínicos (objetivos de los servicios clínicos) Como resultado del trabajo puede decirse que el objetivo ha sido cubierto en su totalidad.

El Modelo EFQM de Excelencia tiene como objetivo ayudar a las organizaciones a conocerse mejor a sí mismas y, en consecuencia, a mejorar progresivamente su funcionamiento. Facilita la Implicación de todos los profesionales, en la creación de la cultura de la Calidad en el Centro Hospitalario y el trabajo en EQUIPO, facilitando el despliegue de objetivos corporativos y la difusión de la cultura de la calidad, de mejora y servicio al cliente.

La comparación entre los resultados de los distintos centros debe servir para compartir las mejores prácticas y difundir el conocimiento.

Se ha realizado la Autoevaluación de nuestro Hospital en base al Modelo EFQM, impulsado por la Comunidad de Madrid. Los buenos resultados obtenidos se debe a la colaboración y el esfuerzo de más de 63 profesionales del Hospital que aportaron su opinión y experiencia, liderados por el Sr. Gerente y todo su equipo directivo y apoyado metodológicamente por la Unidad de Calidad de nuestro Hospital. Como consecuencia de esta Autoevaluación se desplegaron 9 proyectos de Mejora, con la participación voluntaria, actualmente de 79 profesionales.

El Hospital Universitario Santa Cristina se siente orgulloso de haberlo conseguido sin apoyo externo, por eso, todo el equipo directivo del hospital y yo como Coordinador de Calidad queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las personas que han colaborado en el proyecto.

PROYECTOS DE MEJORA DERIVADOS DE LA AUTOEVALUACION EFQM	Nº DE PROFESIONALES IMPLICADOS
DISEÑO DE LA VÍA CLÍNICA DE LA HERNIA INGUINAL UNILATERAL NO COMPLICADA, EN CIRUGÍA SIN INGRESO Nº 1	
ESTABLECER UN PLAN PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS ANUALES Nº 2	
INFORMATIZAR LA GESTIÓN DE PERSONAL EN LAS DISTINTAS DIRECCIONES DEL HUSC 2007-2008 Nº 3	
EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE EN MATERIAL DE BIOSEGURIDAD, EN TODAS LAS ÁREAS DEL HUSC Nº 4	
ACTUALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL PACIENTE Nº 5	
EVALUAR EL DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL TRABAJADOR 2007. Nº 6	
MEDIDA O PROYECTO: MEJORAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA PARA LOS PACIENTES Nº 7	
INFORMATIZAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICO ASISTENCIALES Nº 8	
ESTABLECER UN SISTEMA DE INFORMACIÓN ESPECIFICO PARA CADA SERVCIO RELACIONADO CON EL SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS (R./C. cuadro de mando) Nº 9	
TOTAL	79

VII. CREACION, ACTUALIZACION Y MANTENIMIENTO DE LA PAGINA WEB.

Creación de la página Web del Hospital Universitario Santa Cristina

Siguiendo las instrucciones de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el Hospital de Santa Cristina se incluye en el grupo de hospitales que tienen que colgar su página en el portal de salud de la Comunidad.

Para ello se crea un equipo multidisciplinario formado por:

- Gerente: Dr. M.A. Andrés Molinero
- Subdirector Médico: Dra. R. Ramos Pérez
- Coordinador de Calidad: Dr. C. Grande Baos
- Secretarías de Dirección Médica y Dirección Gerencia: D^a. Elena Rodríguez, D^a. María Jesús Romano

Se sigue el plan formativo establecido por parte de los profesionales de Informática de la Comunidad de Madrid en el que participa también el personal de la Unidad de Informática designado para esta tarea.

Una vez seleccionados los contenidos se procede a su edición con las correspondientes ilustraciones y se valida por el Director Gerente para ser enviado a su publicación.

La página se inaugura el 23 de Enero de 2007

La dirección de es la siguiente:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?language=es&pagename=HospitalSantaCristina%2FPágina%2FHCRI_home

Una vez que ha aparecido en la Web, se elabora el plan de actualización que comienza a funcionar en 2007, por lo que será incluido en la próxima edición.