
Evaluación del Cumplimiento de los Objetivos de Calidad es- tablecidos para los Hospitales

Centro Sanitario
Hospital de Torrejón

Fecha: *marzo de 2013*

Plan de Evaluación 2.013

Audidores:

Manuel Coca Gradín

Mercedes Parrilla Martín

José luís Rodríguez Nava

Índice

	<u>Página</u>
Introducción	3
Objetivos.....	4
Metodología y Actuaciones.....	4
Calidad Percibida	6
Seguridad del Paciente y Gestión de la calidad	8
Información y Atención al Paciente	15
Indicadores de comparación hospitalaria	17
Plan de Calidad del Hospital.....	18
Conclusiones	21



Introducción

1. Justificación

El Decreto 24/2008, establece el régimen de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, siendo la titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria la encargada de ejercer las funciones de dirección de la administración y gestión de sus recursos humanos, materiales y financieros.

Para hacer efectivas dichas funciones en sus centros hospitalarios, se establecen un conjunto de objetivos de actuación para el año 2012, de acuerdo con los siguientes principios generales:

- 1. Asegurar la estabilidad financiera.*
- 2. Incentivar la gestión y la producción eficiente de los recursos y servicios.*
- 3. Garantizar la libre elección.*
- 4. Promover la innovación, la atención a los pacientes y la mejora de la calidad asistencial.*
- 5. Facilitar el desarrollo y adecuación de las tecnologías de la información.*

Para desarrollar estos principios se han establecido objetivos de actuación para los hospitales de la red pública, que de acuerdo con lo señalado en el Plan de Calidad del centro son de obligado cumplimiento, conjuntamente con los que específicamente establece el citado Plan.

Los citados objetivos, se traducen en una serie de indicadores cuyo seguimiento efectúa la Subdirección de Calidad de la Dirección General de Atención al Paciente, y cuyo cumplimiento verifica, a petición de la misma, el Servicio de Evaluación

Sanitaria de la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad.

2. Objetivos del Programa

Objetivo General

Verificar el cumplimiento de los objetivos de actuación 2012 establecidos para los hospitales.

Objetivos Específicos

- 1. Verificar el cumplimiento de los Objetivos de Procesos y Resultados: Calidad percibida, Seguridad del paciente y Gestión de la Calidad.*
 - 2. Verificar el cumplimiento de Objetivos de Procesos y Resultados relativos a Información y Atención al Paciente.*
 - 3. Verificar cumplimiento de Indicadores de Comparación Hospitalaria: Infección nosocomial.*
 - 4. Verificar el cumplimiento del Plan de Calidad del Hospital.*
-

3. Metodología y Actuaciones

A) Entrevistas

-Responsable de Calidad del Hospital

-Presidenta de la Comisión de Seguridad del Paciente (Jefe del Servicio de Medicina Intensiva)

-Presidenta del Comité de Calidad Percibida

-Personal del Servicio de Admisión

-Jefe del Servicio de Urgencias

-Jefe del Servicio de Cardiología

-Facultativo Especialista de Alergia

-Facultativo Especialista de Medicina Preventiva, Responsable del Plan de Higiene de Manos

-Enfermero de Medicina Preventiva

-Supervisoras y Personal de Enfermería de diversas Unidades

B) Análisis Documental

Documentación relativa al Cumplimiento de cada uno de los Objetivos de Calidad Evaluados, que no se relaciona por lo exhaustivo

C) Observación Directa

Visita a los Servicios de Urgencias, Consultas de Cardiología y de Alergia.



Análisis de áreas estratégicas

A. Calidad Percibida

3.a.2.-Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2011

- Número de acciones de mejora implantadas..... 5

Observaciones y Comentarios

Objetivo: *Implantar, al menos, 5 acciones de mejora.*

El Hospital se inauguró en octubre de 2011.

Realizó una encuesta de satisfacción propia en febrero de 2012. Las acciones de mejora se fundamentan en ella y se centran en:

Urgencias:

1.-Mejorar la identificación de los profesionales.

2.-Mejorar el resultado de la pregunta: "tiempo de espera para ser atendido por un médico".

Hospitalización:

3.-Mejorar la identificación de los profesionales mediante grupo de trabajo encargado de informar a los profesionales en la necesidad de identificarse correctamente.

CMA:

4.-Mejora en la atención e información sobre el funcionamiento del Bloque Quirúrgico con la puesta en marcha de procedimiento de información al paciente quirúrgico a través del Servicio de Admisión y Atención al Paciente.

Materno-Infantil:

5.-Mejorar la "ayuda al paciente". Se crea un grupo de trabajo encargado de revisar periódicamente la disposición del personal para "ayudar al paciente".

Verificación: *Se han creado grupos de trabajo para abordar los diferentes objetivos, si bien no se han establecidos los sistemas para cuantificar las actividades realizadas.*

Se ha visitado el Servicio de Urgencias, comprobando la sistemática establecida para atender a los pacientes y los procedimientos de información no clínica y clínica establecidos.

3.a.3.-Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida:

Obligadas:

- Participación de profesionales de Atención Primaria en el Comité de Calidad Percibida.....SI
- Mejorar satisfacción del usuario en el Servicio de Urgencia.....SI

Optativas (al menos 2).

- Difusión de actividades del Comité de Calidad Percibida..... SI
- Formación en Calidad Percibida.....NO
- Acciones hacia la comunidad.....SI
- Mejora de la información a pacientes y/o familiares.....NO

-----//-----

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 4

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Al menos cuatro líneas de actuación.

Verificación: Se comprueba en acta la participación de un profesional de Atención Primaria en el Comité de Calidad Percibida. Se evidencia el sistema de pantallas informativas con claves, instalado en el Servicio de Urgencias para facilitar el acceso a la información a familiares de pacientes atendidos.

Se comprueba la existencia en la intranet de un espacio reservado para difundir las actividades de Comité.

Se comprueba la documentación relativa a las reuniones del Gerente con distintas asociaciones de la Comunidad. Tienen previsto la participación de la Presidenta del Comité de Calidad Percibida en las futuras reuniones.

B. Seguridad del paciente y Gestión de Calidad (S.P.)

3.b.1.- Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro.

- N° de objetivos implantados, de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012..... 18
- Uno de los objetivos informa y promueve la participación del paciente Si
- Todos los objetivos cuentan con responsable, indicador y meta SI

Observaciones y Comentarios

Objetivo: *Implantar, al menos, cinco objetivos de seguridad del paciente, con responsable, indicador y meta.*

Verificación: *Se comprueba:*

-La elaboración de un Plan Estratégico de SP

-La implantación en su Intranet del sistema de notificación de Incidencias

-La existencia de Registros de Efectos Adversos

-Las acciones de difusión de este sistema entre los profesionales

-La formación de los integrantes de la Comisión de SP

-La utilización de la Herramienta Análisis Causa-Raíz

-Disponen de un Cartel Informativo para el paciente sobre la necesidad de llevar permanentemente la pulsera identificativa y la comprobación de que sus datos son correctos.

3.b.2.- Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/Unidades.

- Número de Servicios/Unidades prioritarios7
- Número de Servicios/Unidades prioritarios con responsables de SP 7
- Número de Servicios/Unidades con responsables de SP 26
- Índice SCRSP/NTSP*100 >100%
- Número Total de Servicios/Unidades30

SCRSP= Servicios/Unidades con responsables de Seguridad del Paciente

NTSP= Número Total de Servicios/Unidades prioritarias

UCI..... SI

Urgencias SI

Cirugía..... SI

Anestesia SI

ObstetriciaSI

Neonatología.....	SI
Farmacia	SI

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Todos los servicios prioritarios deben tener un Responsable de Seguridad del Paciente.

Verificación: Se comprueba en las actas las asignaciones de los Responsables de S.P. y que todos ellos son integrantes del Comité de Seguridad del Paciente.

En índice obtenido por el hospital corresponde al cociente entre nº de Servicios con Responsable de S.P. / Total de Servicios del hospital (26/30 = 86,67%).

3.b.3.- Promover la seguridad clínica en los Servicios.

- Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas.....17
- Número Total de Servicios Clínicos..... 30
- Índice SCCSS/NTSC*100.....56,67%

SCCS= Servicios Clínicos con sesiones de seguridad

NTSC: Nº total de Servicios Clínicos

Observaciones y Comentarios

Objetivo: >70% de los servicios clínicos deben tener sesiones de Seguridad del Paciente.

Verificación: Según los datos del hospital no han cumplido el objetivo, se han impartido cursos específicos en 17 de los 30 servicios del hospital (56,67%).

No obstante, para este cálculo no han tenido en cuenta que según la política del hospital, en el Plan de Acogida de nuevos profesionales, está establecido un curso obligatorio de una hora de duración de Introducción a la Seguridad del Paciente.

3.b.4.- Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "rondas de seguridad".

- Se han realizado por el Equipo Directivo al menos tres visitasSI
- Se han realizado al menos dos visitas en la UCISI
- Número Total de visitas realizadas Servicios 3

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Al menos tres rondas de seguridad, y dos de ellas en UCI.

Verificación: Documentación elaborada expresamente en cada una de las Rondas donde se incluyen los participantes, fecha, horas de inicio y fin.

Tienen definido un Procedimiento para la realización de las Rondas.

Han diseñado un cronograma que contempla la futura realización de una ronda mensual.

3.b.6.- Grado de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulsera

- Número de estudios realizados de implantación de las pulseras.....2 anuales
- Índice de PCPI/NTPE*100 89,34%

PCPI= Pacientes con Pulseras Identificativas

NTPE= Número Total de Pacientes Estudiados

Observaciones y Comentarios

Objetivo: >85% de pacientes identificados.

Verificación:

Se comprueba en el sistema informático los datos de los estudios realizados.

Existe un protocolo que define la metodología a seguir en los estudios.

Además de comprobar si el paciente lleva la pulsera puesta, se revisa que esté correctamente cumplimentada.

3.b.7.- Desarrollo de planes de mejora de higiene de manos.

- Disponen de planes de mejora de higiene de manos implantados..... SI
- Número de planes de mejora implantados 2
- Existe un coordinador responsable del programa Sí

Observaciones y Comentarios

Objetivo: *Implantar, al menos, dos planes de mejora de higiene de manos.*

Verificación: *El hospital ha elaborado dos Planes de Acción a implantar en 2012 y 2013.*

Dentro de los planes se contemplan líneas/acciones que en la actualidad ya se han efectuado (Ej.- Colocación de dispensadores de solución hidroalcohólica Box/habitaciones en el 100%; formación profesionales, estrategia de observadores, difusión de la importancia de la HM en el centro, etc...).

3.b.8.- Realización de actividades de formación sobre higiene de manos.

- Se han realizado actividades de formación SI
- Existe un registro específico para los profesionales que realizaron el curso SI

Porcentajes por unidades específicas:

- UCI.....>60% facultativos y enfermería

- Urgencias>60% facultativos y enfermería
- Medicina Interna.....>60% facultativos y enfermería
- Ginecología y Obstetricia.....>60% facultativos y enfermería
- Hospital de día.....>60% facultativos y enfermería

Observaciones y Comentarios

Objetivo: >60% de los profesionales de los servicios/unidades específicas.

Verificación: Se comprueban los registros de participantes en los cursos: médicos, personal de enfermería, auxiliares, TCAE, voluntarios de AECC.

El índice calculado por el hospital ha tenido en cuenta sólo el número de servicios/unidades específicas en las que se han realizados los cursos, no el número de los profesionales de estas unidades.

3.b.9.- Utilización de la hoja de verificación quirúrgica.

- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra)..... 939
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ realizada..... 586
- Índice (intervenciones con LVQ/intervenciones estudiadas* 100)..... 62,5%

Observaciones y Comentarios

Objetivo: >80% de las intervenciones programadas deben disponer de LVQ.

Verificación: No se cumple el Objetivo. El hospital contempla las intervenciones urgentes. La lista de Verificación que tenían requería seis firmas para considerarla válida, lo que implicaba complejidad en su cumplimentación. Actualmente van a reducirlas a tres, por lo que se espera mejores resultados.

La meta corporativa del Hospital es que se cumplimenten en un 100%.

3.b.10.- Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.

Protocolo de UPP:

- Escala utilizada.....Norton
- Nº de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras 917
- Nº total de pacientes estudiados 736
- Índice (pacientes riesgo/pacientes estudiados * 100)124,59%

Observaciones y Comentarios

Objetivo: >90% de los pacientes ingresados deben tener una valoración del riesgo de UPP.

Verificación: El índice obtenido es superior al 100% porque se ha valorado el riesgo al mismo paciente en más de una ocasión.

El hospital dispone de una Historia Clínica informatizada en la que existen dos campos de obligado "clicqueo" (UPP y escala del dolor) para poder finalizar el ingreso del paciente por parte de enfermería.

3.b.11.- Existencia de protocolos de seguridad del paciente establecidos como prioritarios.

- Está instaurado el protocolo para la prevención del TVP y TEPSI
- Está instaurado el protocolo de manejo del paciente con dolorSI
- Está instaurado el protocolo de prevención de caídasSI
- Índice (protocolos disponibles/protocolos establecidos*100)100%

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Deben tener implantados los tres protocolos.

Verificación:

El protocolo de prevención TVP y TEP está aprobado por el Comité Quirúrgico, Comité Médico y Comité de Ginecología.

El Protocolo de manejo del paciente con dolor está aprobado por el Comité del Dolor y el Comité Quirúrgico.

El de Prevención de Caídas, elaborado por la Dirección de Enfermería, está aprobado por el Comité de Seguridad.

3.b.12.- Prevención de riesgos en la atención al paciente psiquiátrico

- Está instaurado el Protocolo de prevención de conductas suicidas en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica NA
- Se audita anualmente NA
- Está instaurado un procedimiento normalizado de inmovilización terapéutica NA
- Se audita bianualmente NA
- Índice (protocolos disponibles/protocolos establecidos*100) NA
- Porcentaje de pacientes con potencial de riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máximo de una semana tras el Alta hospitalaria NA

Observaciones y Comentarios

Este objetivo no se incluye en el Contrato de Calidad del Hospital porque carece de ingreso hospitalario psiquiátrico.

No obstante, disponen de Protocolo de Derivación desde la Urgencia al Centro de Salud Mental en el paciente con riesgo suicida. Disponen de datos relativos al tiempo transcurrido desde la

atención en urgencias hasta la fecha de cita en el CSM; salvo alguna excepción puntual se atiende al enfermo en menos de una semana.

Cuentan también con otro protocolo de Contención de Pacientes.

3.b.13.- Objetivos de Modelo de Calidad:

Disponen de documentación relativa a previsiones de implantación de:

- Última Autoevaluación EFQM NA
- Número de planes de acción implantados derivados de EFQM..... NA

Observaciones y Comentarios

En el Cronograma del Plan de Calidad del Hospital se establece realizar la Autoevaluación EFQM en el año 2013.

3.b.14.- Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha 4

Observaciones y Comentarios

Objetivo: *al menos tres líneas de actuación.*

Verificación: *El Comité de Lactancia se constituyó el 21-11-2011.*

Se confirma la acreditación de la fase 1D de la IHAN.

Se verifica la disponibilidad en la intranet del centro de un espacio para la Lactancia, donde está a disposición de los profesionales toda la documentación relativa a la misma.

Se comprueban los registros de participantes en las dos ediciones del Curso de formación de lactancia para los profesionales.

Realización del Protocolo de Lactancia.

3.b.15.- Constitución de un Comité de Atención al Dolor.

- Se ha constituido un Comité de Atención al Dolor SI

Observaciones y Comentarios

Objetivo: *Tener constituido el Comité de Atención al Dolor.*

Verificación: *El Comité se constituyó el 16-octubre-2012, según acta presentada.*

3.b.16.- Elaboración de un Plan de acogida a profesionales de nueva incorporación.

- Existe un plan de acogida para profesionales de nueva incorporaciónSI

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Disponer de una Manual de Acogida de nuevos profesionales.

Verificación: Se confirma la existencia del mismo.

C. Información y Atención al Paciente

3.c.1.- Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones.

- Número de acciones de mejora implantadas 1

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Al menos tres acciones de mejora.

Verificación:

Se confirman los cambios establecidos en la recogida de objetos personales de los pacientes.

El Taller de Comunicación con el paciente se ha pospuesto para el 2013.

Se incorporará la Presidenta del Comité de Calidad Percibida a las reuniones establecidas entre responsables de cocina, supervisores, y responsables de Servicios Generales.

3.c.4.- Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.

- Número de Guías de Acogida entregadas / pacientes ingresados100%

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Entrega de la guía en el 100% de los ingresos.

Verificación:

Existe un Libro de Excel donde se registra que la Guía de Acogida se encuentra en la habitación a disposición del paciente. Hacen inspecciones mensuales para comprobar la disponibilidad.

Se comprueba la existencia del registro.

La Guía de Acogida corresponde a la general elaborada por el Servicio Madrileño de Salud; no incluyen datos específicos del Hospital.

3.c.5.- Implantación de protocolos de información asistencial.

- Se ha implantado en todos los Servicios Médicos y Quirúrgicos de Hospitalización.....NO

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Estar implantados en todos los servicios asistenciales del hospital.

Verificación: Se han elaborado documentos informativos en 13 servicios.

Se comprueba el de Hospitalización a Domicilio.

3.c.6.- Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.

- Número de Guías de Información al Alta / total de altas de hospitalización100%

Observaciones y Comentarios

Objetivo: *Entregar en el 100% de la altas.*

Verificación: *Se comprueba la existencia de un Libro de Excel donde se registra la entrega de la Guía al Alta.*

Este registro se realiza, tras comprobar que se facilitan los documentos necesarios (recetas, informe médico, informe de enfermería,....).

3.c.7.- Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.

- Número de Guías de Atención al Duelo entregadas / total de éxitus100%

Observaciones y Comentarios

Objetivo: *Entrega de la Guía en el 100% de los decesos.*

Verificación: *Se comprueba la existencia de un Registro manual de decesos (Libro), en el que se registra la entrega de la Guía que es facilitada por el personal de la funeraria que ha concertado por el hospital.*

D.-Indicadores de comparación hospitalaria

3.d.1.- Infección nosocomial:

- Prevalencia de infección nosocomial 3,94
- Incidencia de ILQ en Cirugía de Prótesis de Cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 1 3,5

Observaciones y Comentarios

Objetivo: Para la infección nosocomial se establece en $\leq 6,6$ y para la ILQ en prótesis de cadera entre 2 y 2,7.

Verificación: Se comprueba la existencia de la recogida de datos relativa a las infecciones determinadas, realizada por la responsable del Servicio de Preventiva, que tiene acceso a todos los ingresos e información de los pacientes.

E. Objetivos del Plan de Calidad del Hospital

PCH.1.- Cumplimiento de los Objetivos del Plan, referidos a: calidad percibida por los ciudadanos, modelos de calidad, gestión de procesos, gestión de riesgos, cultura y formación e Infraestructura y calidad.

Objetivos de Calidad percibida:

- Se han realizado a los usuarios dos encuestas anualesSI
- Se han implantado acciones de mejora.....SI
- Se ha creado el Comité de calidad percibidaSI
- Disponen de servicios y procedimientos de gestión de reclamaciones.....SI
- Se ha implantado el Programa de Acogida y Alta.....SI
- Cuentan con página WebSI
- Disponen y aplican programa específico de atención urgenciasSI

Observaciones y Comentarios

En general, se cumplen los objetivos de calidad percibida.

Objetivos de Modelo de Calidad:

Disponen de documentación relativa a previsiones de implantación de:

- Autoevaluación EFQM NAI
- Número de planes de acción implantados derivados de EFQM..... NA
- Certificación ISO 14000 NA
- Certificación ISO 9001 en Servicios Centrales y Farmacia NA
- Calendario RSC SI

Observaciones y Comentarios

Según el Cronograma de aplicación del Plan de Calidad, la autoevaluación EFQM y la Certificación ISO 9001 se realizarán en 2013.

La Certificación ISO 14001 está prevista para el 2014.

Disponen del Calendario RSC.

Gestión de procesos:

- Cuentan con Mapa de Procesos..... SI
- Número de guías, protocolos o vías realizadas 2012>5
- Cuentan con Plan de consultas de Alta Resolución SI
- Número de consultas operativas de Alta Resolución 21

Observaciones y Comentarios

Se verifica en visita a las Consultas de Alergia y Cardiología.

Gestión de riesgos:

- Se ha creado la unidad funcional de gestión de riesgos/comité seguridad del paciente SI
- Se ha implantado el sistema de registro y comunicación de efectos adversos SI
- Se han implantado sistemas de identificación de pacientes SI
- Se han implantado protocolos de actuación para prevenir errores de medicación SI
- Disponen de registros de errores de medicación..... SI
- Se efectúan actuaciones específicas para el cumplimiento de los objetivos señalados por la unidad funcional de gestión de riesgos..... SI

Observaciones y Comentarios

No precisa comentarios.

Cultura y formación:

- Se ha cumplido el Programa de Formación Anual de Calidad..... NO
- Existe constancia de procedimientos de difusión de buenas prácticas SI
- Se promueve la participación de profesionales en comisiones..... SI
- Se promueve la participación de profesionales en la programación y seguimiento de los objetivos de calidad propios..... SI

Observaciones y Comentarios

Está previsto llevar a cabo el Plan de Formación de Calidad en 2013.

Infraestructura de Calidad:

- Cuentan con Coordinador o Responsable de CalidadSI
- Disponen de Servicio de Información y Atención al Paciente operativoSI
- Número de Comisiones Clínicas creadas..... 24
- Disponen de Plan de Comunicación InternoSI
- Cuentan con Cuadro de Mando Integral.....SI
- Se ha elaborado la Memoria Anual 2012 **SI**

Observaciones y Comentarios

Se comprueba la documentación correspondiente.

Conclusiones

Calidad Percibida

- *El Hospital cumple los Objetivos acordados, si bien deben registrarse documentalmente las actividades que realizan los diferentes grupos de trabajo.*

Seguridad del paciente y Gestión de Calidad (S.P.)

- *El Hospital cumple los Objetivos acordados, salvo:*
 - 1.- *Número de Servicios Clínicos con sesiones de seguridad impartidas que debería ser >70% y que en su caso es del 56,70%.*
 - 2.- *La utilización de la hoja de verificación quirúrgica que debería estar cumplimentada en > 80% de los casos de intervenciones programadas; lo está en el 62,5%, incluyendo en el cálculo las intervenciones urgentes.*

Información y Atención al Paciente

- *El Hospital cumple los Objetivos acordados, salvo el de las acciones de mejora implantadas tras el resultado del estudio de reclamaciones, quejas y sugerencias, el objetivo era establecer tres líneas de acción y sólo han puesto en marcha una.*

Indicadores de comparación hospitalaria

- *Se cumple el Objetivo de Prevalencia de Infección Nosocomial, pero no el de Incidencia de ILQ en Cirugía de Prótesis de Cadera que debería estar entre 2 y 2,7 y sin embargo alcanza un 3,5. Se dio un caso de infección, pero al tener el Hospital poca casuística de intervenciones de Prótesis de Cadera, la repercusión en el índice es importante.*

Objetivos del Plan de Calidad del Hospital

- *Se van cumpliendo los Objetivos del Plan de Calidad del Hospital, según el Cronograma establecido.*