

MEMORIA DE ACTIVIDAD COORDINACIÓN DE CALIDAD DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ.



2008

Índice

Introducción.....	2
Funciones de la Coordinación de Calidad	2
Componentes de la Coordinación de Calidad	3
Actividad de la Coordinación de Calidad durante el año 2008.....	3
<i>Asesorar al equipo directivo, tanto en las tareas de planificación como en la gestión de calidad, incluyendo la colaboración en el establecimiento y seguimiento de los objetivos de calidad del Contrato de Gestión del Área</i>	3
<i>Colaborar con las Comisiones Clínicas, asesorándolas metodológicamente cuando así se lo soliciten, en el seguimiento y evaluación de sus objetivos.</i>	16
<i>Colaborar con los Servicios Asistenciales y No Asistenciales en la elaboración, seguimiento y evaluación de los objetivos de calidad propios de cada servicio o unidad.....</i>	16
<i>Asesorar y colaborar en la divulgación y metodología de Autoevaluación a los profesionales.....</i>	19
<i>Coordinar la elaboración de los procesos, como elementos claves del Modelo de Calidad, y la implantación de los mismos.</i>	20
Procesos Asistenciales:.....	20
<i>Recopilar todos los documentos que tengan que ver con la calidad dada y percibida.</i>	23
<i>Colaborar con el Servicio de Atención al Usuario en:</i>	23
<i>Organizar y llevar a cabo actividades docentes relacionadas con la Calidad.</i>	24
Página WEB del área de Salud de Badajoz.....	24
<i>Asistencia a cursos y congresos.....</i>	26

Introducción.

La Unidad de Calidad en el Área de Salud de Badajoz participa en la definición de los objetivos así como en la coordinación de las actividades relacionadas con la mejora continua en calidad, bajo la dirección de la Gerencia.

El objetivo principal es dar continuidad a lo ya logrado y ayudar a integrar en el Modelo de Calidad de la Comunidad Autónoma de Extremadura, al Área, siempre bajo la dirección del Gerente de Área.

Funciones de la Coordinación de Calidad

Las funciones de esta Coordinación, han de estar basadas fundamentalmente en el desarrollo de las siguientes actividades:

- Asesorar al equipo directivo, tanto en las tareas de planificación como en la gestión de calidad, incluyendo la colaboración en el establecimiento y seguimiento de los objetivos de calidad del Contrato de Gestión del Área.
- Colaborar con las Comisiones Clínicas, asesorándolas metodológicamente cuando así se lo soliciten, en el seguimiento y evaluación de sus objetivos.
- Colaborar con los Servicios Asistenciales y No Asistenciales en la elaboración, seguimiento y evaluación de los objetivos de calidad propios de cada servicio o unidad.
- Asesorar y colaborar en la divulgación y metodología de Autoevaluación a los profesionales.
- Coordinar la elaboración de los procesos, como elementos claves del Modelo de Calidad, y la implantación de los mismos.
- Recopilar todos los documentos que tengan que ver con la calidad dada y percibida: Procesos, Protocolos, Guías Prácticas Clínicas, Vías Clínicas, Normativas, Manuales de Procedimientos, Manuales Operativos, Hojas de Información a pacientes...
- Colaborar con el Servicio de Atención al Usuario en:

- La elaboración y evaluación de Encuestas de satisfacción sobre la calidad percibida en los servicios recibidos.
- El análisis y evaluación de las reclamaciones como fuente de información sobre puntos de mejora y la elaboración de acciones correctoras.
- Organizar y llevar a cabo actividades docentes relacionadas con la Calidad.
- Elaborar la Memoria Anual de la Unidad.

Componentes de la Coordinación de Calidad.

Esta Coordinación se renueva en febrero de 2007 con Dña. Susana Batres Gómez Coordinadora de la misma y ampliándose posteriormente, en abril de 2008 con Dña. Julieta Bel Barragán Adjunta a dicha Coordinación.

Actividad de la Coordinación de Calidad durante el año 2008.

Asesorar al equipo directivo, tanto en las tareas de planificación como en la gestión de calidad, incluyendo la colaboración en el establecimiento y seguimiento de los objetivos de calidad del Contrato de Gestión del Área.

Se han recogido, colaborado y seguido los Objetivos de Calidad del Contrato de Gestión de la Gerencia de Área.

A.- OBJETIVOS DE CALIDAD PERCIBIDA Y DERECHOS DE LOS USUARIOS 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
1.	Evaluar la satisfacción de pacientes y familiares en servicios de urgencias de centros hospitalarios.	Medidas de mejora en base a la encuesta	Isabel Lozano José García Morlesin	NO Encuesta SAU Satisfacción global: HIC = 74% HPS-HMI = 75% Media del SES = 70% NO SE ENTREGÓ INFORME de medidas de mejora referentes a la encuesta del año anterior	S	NO
2.	Cumplir la Orden de la CSyC de 26 de noviembre de 2003, sobre tramitación de reclamaciones y sugerencias y de la instrucción del DG del SES al respecto.	- cumplimiento >90%	Isabel Lozano	S Objetivo > 90% % Cumplimiento de reclamaciones contestadas en plazo = 92,07%	S 91,70%	S
3.	Crear y/o desarrollar los órganos de participación del Área de Salud: Consejos de Salud de Área	- 1 reunión documentada del Consejo de Salud de Área	Gerente de Área	S 7 de mayo de 2008	S	S

A.- OBJETIVOS DE CALIDAD PERCIBIDA Y DERECHOS DE LOS USUARIOS 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
4.	Medidas de mejora de los entornos hospitalarios incluidas las de eliminación de barreras arquitectónicas	- 3 medidas ejecutadas en el año documentadas.	Luis Foz García	SI 4 medidas documentadas	SI	SI
5.	Cumplir la Instrucción 5/2002 sobre identificación de profesionales.	- >90% personal identificado.	Antonio Ferrera Fernández José María Diestro Calderita	SI % personal correctamente identificado = 91,73%	NO	NO
6.	Evaluar la satisfacción de pacientes en Atención Primaria	Medidas de mejora en base a la encuesta	Maribel Morales Coronada Fernández Pilar Morales	SI Informe de medidas de mejora.	NO	SI
7.	Evaluar la satisfacción de los usuarios hospitalizados	Medidas de mejora en base a la encuesta	Isabel Lozano Juan Bautista López	NO Encuesta SAU Satisfacción global CHUB: 89,91% satisfechos y muy satisfechos NO SE APORTA INFORME de medidas de mejora referentes a la encuesta anterior. Encuesta de DREP-SSGG Promedio global de la encuesta: CHUB 7,33 HIC 7,21 HPS-HMI 7,91	SI	NO

A.- OBJETIVOS DE CALIDAD PERCIBIDA Y DERECHOS DE LOS USUARIOS 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
8.	Protocolizar la acogida a usuarios y familiares en centros hospitalarios.	Documento Guía de acogida	Isabel Lozano Jefes de Servicio Supervisoras/es Susana Batres Gómez Julieta Bel Barragán	S Se adjuntan: Normas de visita para el acceso a Hospitales del Área de Salud de Badajoz. Se elabora nueva guía de acogida a pacientes hospitalizados(falta edición imprenta) Se elaboran nuevas acogidas a pacientes y familiares en 12 Servicios (falta edición imprenta).	S	S
9.	Revisar, adecuar y aplicar los consentimientos informados conforme a la Ley 41/2002.	- 90% de los CI adaptados a la Ley y se encuentren en la H ^o C	Lorenzo Rodríguez Sierra	S Todos los CI en los pacientes intervenidos de forma programada se encontraban dentro de sus historias clínicas, según informe de la Comisión de Historias Clínicas (100%)	S	S
10.	Desarrollar la carta de servicios de los centros sanitarios.	- >5 servicios y/o unidades y/o centros con la carta de servicios	Susana Batres Gómez	NO En la WEB existe Carta de Servicios aunque no hace constar compromiso de calidad. Se encuentra en trámite de implementación.	NO	NO
11.	Garantizar el acceso a la historia clínica por parte de los usuarios conforme a la normativa vigente	- Normativa interna documentada - >95% Historias facilitadas - Tiempo medio <7días	Jose Luis Silos	S Si existe normativa documentada 99,6% de las peticiones de H ^o C. cumplían los requisitos para el acceso. Tiempo medio 1,58 días.	S 2,16 DÍAS	S

A.- OBJETIVOS DE CALIDAD PERCIBIDA Y DERECHOS DE LOS USUARIOS 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
12.	Realizar un plan de acogida a los profesionales en algún dispositivo del Área o en su conjunto	- Existencia del documento	Pedro Lozano Francisca Ramos Antonio Ferrera Susana Batres Gómez Julieta Bel Barragán	S Se revisa documento general de acogida a trabajadores del Área. Se publica en web. Se elabora documento de acogida a trabajadores de enfermería en 26 servicios.	S	S
13.	Mejorar la humanización del parto	- Existencia del documento del Plan de abordaje para la mejora de la atención al parto	Marcelino Borrallo Francisca Ramos	NO Se menciona el Proceso Asistencial Embarazo, parto y puerperio normal y la edición de la nueva cartilla de embarazo.		NO
14.	Seguimiento telefónico proactivo a pacientes dados de alta.	- >50% llamadas a pacientes dados de alta	Pedro Lozano Francisca Ramos Antonia Nieto Rosado Ana Isabel Ramajo Pavo	S Llamadas realizadas al 56,47% de los pacientes dados de alta.		
15.	Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad percibida y derechos de los usuarios en el Área Sanitaria		Francisca Lourdes Luis Foz García	S 12 medidas documentadas.		

B.- OBJETIVOS DE CALIDAD CIENTÍFICO – TÉCNICA 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
1.	Garantizar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas hospitalarias.	4 reuniones documentadas/ comisión	Avelino Ortiz Direcciones Susana Batres	NO 8 comisiones que no llegan a 4 reuniones anuales. 7 comisiones sobrepasan las 4 reuniones anuales.	NO	NO
2.	Minimizar las úlceras por presión en pacientes hospitalizados	< 0,5% de pacientes hospitalizados	Pedro Lozano Francisca Ramos Antonia Nieto	NO HPS = 2,8% HMI = 0,09% HIC = 4,76% Global = 3,3%		
3.	Mejorar la RCP de los pacientes ingresados en plantas de hospitalización	- Existencia de protocolo de RCP en las plantas de hospitalización - % de personal de enfermería de hospitalización con curso de RCP	Francisca Lourdes Maribel Morales Coronada Fernández Pedro Lozano Francisca Ramos	S 74 facultativos de AE formados en SVA El 77% de enfermería de AE formado en SVB instrumentalizado. Todo el personal médico – enfermero de AP.		
4.	Optimizar la Donación del Cordón Umbilical	> 80% de cordones umbilicales donados.	Marcelino Borrallo Saturnino García Marín	NO n= 4,39%		
5.	Controlar las infecciones nosocomiales.	- Sistema de vigilancia infección nosocomial doc. -100% cumplimiento protocolo sondaje - >80% pacientes con profilaxis AB según protocolo.	Purificación Pablo Diaz Pedro Lozano Francisca Ramos Paloma Laguna.	NO El ECIN aporta informe. Protocolo sondaje: HIC 95,233% HPS 94,73% HMI 87,45% Protocolo de profilaxis AB 100% en CMA. Seguimiento de algunos procedimientos quirúrgicos = 89,65%.	NO	NO

B. - OBJETIVOS DE CALIDAD CIENTÍFICO – TÉCNICA 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
6.	Desarrollar y evaluar 3 procesos según la metodología de la Gestión por Procesos	Existencia del documento de los procesos desarrollados	Susana Batres	S Se validan 5.	S	S
7.	Potenciar la realización de autopsias clínicas.	-Realizar al menos 20 en el año	Ángel Paredes	NO Se realizaron 18 autopsias en 2008.	S 26	NO
8.	Cumplimentar de forma exhaustiva los contenidos del informe de alta hospitalaria.	- >90% informes de alta con criterios predeterminados	Jose Luis Silos	NO No todos cumplen los criterios.	NO	NO
9.	Evaluar la inclusión en LEQ de cuatro patologías o procedimientos entre los más frecuentes del Área.	-% pacientes incluidos en LEQ conforme al protocolo del centro. -% pacientes intervenidos de los incluidos.	Marcelino Borrallo	NO No se presenta informe. Sólo se dispone de: Colecistectomías en CMA = 100% pacientes incluidos en LEQ según protocolo, 99,71% intervenidos en la Unidad. Hernioplastias inguinales en CMA = 100% pacientes incluidos en LEQ según protocolo, 100 % intervenido en la Unidad. Amigdalectomías:? Cataratas:?	NO	NO
10.	Correlación clínico-diagnóstica en pruebas de alta tecnología.	>80% TAC >80% RMN	Ángel Paredes	S TAC = 92,3% RNM = 86,66%	NO	S
















B.- OBJETIVOS DE CALIDAD CIENTÍFICO – TÉCNICA 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
11.	Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad científico-técnica en el Área Sanitaria		Francisca Lourdes Ángel Paredes Pilar Morales Matilde De la Cruz Susana Batres	S	S	S
12.	Garantizar el funcionamiento de la Comisión de Garantía de la Calidad	Nº de reuniones documentadas	Avelino Ortiz Dirección Susana Batres	3 reuniones en 2008 y renovación de las Comisiones		

C.- OBJETIVOS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
1.	Desarrollar acciones de mejora como resultado de las propuestas de mejora derivadas del procedimiento de gestión de reclamaciones.	- 3 acciones de mejora resultado de reclamaciones documentadas	INFORMAN: Francisca Lourdes Juan Francisco Rangel Pedro Lozano Francisca Ramos Antonia Nieto	S 3 acciones informadas por la Dirección Médica del HIC. 3 acciones por reclamación a farmacia de cliente interno Acciones sin concretar por las Direcciones de Enfermería	S 8 MEJORAS	S

C.- OBJETIVOS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
2.	Desarrollar acciones de mejora para la prevención de accidentes laborales.	- 3 acciones de mejora documentado	Jose Antonio Pérez Juan Francisco Rangel	<p>17 medidas realizadas por la Gerencia 10 medidas pendientes 23 medidas no contestadas Múltiples acciones formativas e informativas. Evaluación de formación e información por encuesta al personal del HMI. 3 acciones en respuesta a una reclamación a farmacia.</p>	NO	SI
3.	Registrar, estudiar y actuar para la prevención de caídas de pacientes hospitalizados.	- Registro documentado caídas pacientes hospitalizados. - 100% reclamaciones por caídas registradas. - Documento de protocolo para evitar caídas.	Pedro Lozano Francisca Ramos Antonia Nieto	<p>22 caídas registradas en el CHUB, 21 en el HIC. No hay reclamaciones Hay documento de protocolo</p>	SI	SI
4.	Registrar, estudiar y acciones de mejora en relación a los sucesos adversos producidos por medicamentos.	- Sistema documentado de notificación de sucesos adversos por medicamentos. - Nº notificaciones	Juan Francisco Rangel	<p>Procedimiento normalizado de trabajo (pnt) de notificación de reacciones adversas Tarjeta verde (sistema intrahospitalario de notificación de reacciones adversas y errores de medicación). 3 notificaciones en 2008.</p>	SI	SI

C.- OBJETIVOS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
5.	Actualizar Planes de Catástrofes Internas y Externas.	- 50% revisados en los 2 últimos años.	Luis Foz García	S Se actualizan HMI y se realizan acciones divulgativas documentadas.	S	S
6.	Cumplir la Guía de Gestión de Residuos del Servicio Extremeño de Salud.	- Registro documentado de los residuos III y IV. - Cantidades del Tipo III < 0.37 Kg/cama/día - Cantidades del tipo IV < 0.05 Kg/cama/día - 100% contenedores según guía.	Luis Foz García	NO Se cumplen las cantidades, excepto los correspondientes al Residuo tipo III = 0,76 kg/cama día. Se hacen acciones divulgativas a enfermería y área quirúrgica	NO	NO
7.	Mejorar la seguridad de pacientes	- 3 acciones desarrolladas documentadas	Ángel Paredes Pilar Morales. Juan Francisco Rangel Antonia Nieto	S Se documentan más de 10 acciones.		
8.	Colaborar en la mejora de la Gestión Medioambiental	- Programa de eliminación de mercurio - Programa de Gestión Ambiental	Luis Foz García Juan Bautista López	S Se documentan 4 acciones		

C.- OBJETIVOS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
9.	Favorecer el ahorro energético	- Programa de optimización energética disminuyendo el consumo innecesario	Luis Foz García Juan Bautista López	 Se documentan 4 acciones		
10.	Desarrollo de medidas específicas de mejora de la calidad en la gestión de riesgos sanitarios en el Área Sanitaria		Angel Paredes Pilar Morales	 Se documentas 8 acciones.		

D.- OBJETIVOS DE CALIDAD EN RELACIÓN CON LA CUMPLIMENTACIÓN Y EXPLOTACIÓN DEL CMBD 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
1.	Codificar las altas hospitalarias	100% altas codificadas	Jose Luis Silos	 n= 99,4%	 99,834	
2.	Disminuir los GRDs inespecíficos	<1% GRDs inespecíficos	Jose Luis Silos	 n= 1,68%		
3.	Mejorar la media de diagnósticos codificados.	>4 diagnósticos por alta	Jose Luis Silos	 n= 4,81%	 4,69%	
4.	Mejorar la media de procedimientos codificados.	>3 procedimientos por alta	Jose Luis Silos	 n= 3,37%	 3,36%	
5.	Mantener el IEMA	IEMA < 1,00	Jose Luis Silos	 n= 1,00%	 0,94	

D.- OBJETIVOS DE CALIDAD EN RELACIÓN CON LA CUMPLIMENTACIÓN Y EXPLOTACIÓN DEL CMBD 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
6.	Mejorar el Índice de peso medio.	>2% peso medio	Jose Luis Silos	NO n= 2,67%	S 1,64%	NO
7.	Análisis de las estancias evitables.	Disminuir un 5%	Jose Luis Silos	S n= -11,67%	S	S
8.	Análisis de reingresos.	Disminuir un 3%	Jose Luis Silos	NO n= 0,46%	S	NO
9.	Análisis de mortalidad.	% mortalidad <4	Jose Luis Silos	NO n= 4,12%	NO	NO
10.	Optimizar la estancia media.	Disminuir 1% EM global Disminuir 1% EM depurada	Jose Luis Silos	NO EM global n= +0,98% EM depurada n= +0,31%	S	NO
11.	Optimizar la tasa de cesáreas.	<25%	Jose Luis Silos	S n= 21,93%	S 24,3%	S
12.	Optimizar la tasa de partos con anestesia epidural.	>75%	Jose Luis Silos	NO n= 67,1%	S 83,60	NO
13.	Mejorar la codificación de cirugía ambulatoria y hospital de día	>90 % codificación CA	Jose Luis Silos	NO Codificación Cirugía Ambulatoria n= 99,34% Codificación Hospital de día NO SE HACE	NO	NO
14.	Mejorar el índice de peso medio de a cirugía ambulatoria y hospital de día	>1% peso medio	Jose Luis Silos	NO Peso medio Cirugía Ambulatoria n= 0,8447%	NO	NO

D.- OBJETIVOS DE CALIDAD EN RELACIÓN CON LA CUMPLIMENTACIÓN Y EXPLOTACIÓN DEL CMBD 2008					2007	MEJORA
	OBJETIVO	INDICADOR	RESPONSABLE	OBJETIVO CONSEGUIDO		
15.	Codificar las urgencias hospitalarias no ingresadas	>50 % codificación urgencias no ingresadas	Jose Garcia Morlesin Susana Batres	NO El % global respecto al 2007 ¿? % global del CHUB 47.09% HIC 74,88% HMI 0,08% HPS 58,10%	NO HIC: 64,88% HMI: 0,14% HPS: 59,02% % promedio 2007 = 41,58	NO

Colaborar con las Comisiones Clínicas, asesorándolas metodológicamente cuando así se lo soliciten, en el seguimiento y evaluación de sus objetivos.

- La coordinadora forma parte de la Comisión Central de Garantía de Calidad y es la secretaria de la misma.
- Se recogen las actas y objetivos de las diferentes Comisiones.
- Se divulgan en la web todos aquellos documentos que deciden las Comisiones.
- La coordinadora es miembro de:
 - ▶ Comisión de Historias Clínicas.
- La adjunta es miembro de :
 - ▶ Comisión de Formación Continuada.
 - ▶ Comisión de Cuidados de Enfermería.

Colaborar con los Servicios Asistenciales y No Asistenciales en la elaboración, seguimiento y evaluación de los objetivos de calidad propios de cada servicio o unidad.

Guías de Acogida a Pacientes y Familiares:

Esta Coordinación colaboró activamente en la actualización de la nueva guía de acogida a pacientes y familiares al centro hospitalario, según los objetivos de calidad planteados para el Área en 2008.

Con 24 Servicios Médicos se pacta como objetivo de calidad la elaboración de una acogida a pacientes y familiares (trípticos). De cara a uniformar la documentación de los distintos trípticos, la elaboración de los mismos se realizó tomando como referencia / guía un documento tipo elaborado en esta Coordinación.

Además se supervisaron dichos documentos en todas sus fases de elaboración, colaborando en la misma.

Se elaboraron 16 Acogidas (66,6%), de los pactados, interviniendo en la mayoría de los documentos el personal de enfermería.

SERVICIO/UNIDAD	ACOGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES- AÑOS ANTERIORES	OBJETIVO 2008	REALIZADO 2008
HOSPITAL INFANTA CRISTINA			
ANGIOLOGÍA Y VASCULAR	PAPEL - INF	SI	OK
CIRUGÍA GENERAL	PAPEL	SI	OK
CIRUGÍA TORÁCICA	PAPEL	SI	OK
DIGESTIVO	PAPEL -INF	SI	OK
HEMATOLOGÍA- BANCO	PAPEL -INF	NO	OK
NEFROLOGÍA	PAPEL -INF	SI	OK
NEUMOLOGÍA	PAPEL	SI	OK
NEUROLOGÍA	PAPEL -INF	SI	OK
TRAUMATOLOGÍA	PAPE - INF	NO	OK
UROLOGÍA	PAPEL	NO	OK
HOSPITAL PERPETUO SOCORRO			
MEDICINA INTERNA 5º IZQ	PAPEL	SI	OK
MEDICINA INTERNA ENDOSCOPIA - 1º DER	PAPEL - INF	SI	OK
MEDICINA INTERNA HEMATOLOGÍA - 2ª Dª		SI	OK
MEDICINA INTERNA JUDICIALES - 1º IZQ	PAPEL	SI	OK
MEDICINA INTERNA PALIATIVOS - 2ª IZQ	INF	SI	OK
HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	PAPEL -INF	SI	OK

Guías de Acogida al profesional de nueva incorporación:

Como objetivo de calidad para el 2008 se estableció con el personal de enfermería de 29 servicios la elaboración de Guías de acogida a profesionales de nueva incorporación.

De cara a uniformar la documentación de los distintos servicios, la elaboración de las acogidas a profesionales se realizó tomando como referencia / guía un documento tipo elaborado en esta Coordinación. Se supervisó y colaboró en todas sus fases de elaboración.

De las 31 guías elaboradas, 6 fueron hechas sin tener pactado éste objetivo de calidad, 25 servicios (86,2%) cumplieron dicho objetivo y 4 Servicios (13,7%) no cumplieron el mismo.

Mencionar que 1 servicio (S. Análisis Clínicos incluye la acogida al personal licenciado (médico, farmacéutico,...).

SERVICIO/UNIDAD	ACOGIDA A PROFESIONALES AÑOS ANTERIORES	OBJETIVO 2008	REALIZADO 2008
HOSPITAL INFANTA CRISTINA			
ANÁLISIS CLÍNICOS		SI	OK
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Inf	SI	OK
CIRUGÍA GENERAL	Papel - inf	NO	OK
CIRUGÍA TORÁCICA	Papel - inf	NO	OK
CONSULTAS EXTERNAS	Inf	SI	OK
ESTERILIZACIÓN	Inf	SI	OK
FARMACIA	Inf	SI	OK
HEMATOLOGÍA- BANCO	Papel- inf	SI	OK
HEMODIÁLISIS	Inf	SI	OK
INMUNOLOGÍA		SI	OK
MICROBIOLOGÍA		SI	OK
NEUMOLOGÍA	Papel - inf	NO	OK
NEUROLOGÍA	Papel/inf	NO	OK
QUIRÓFANO 2º		SI	
QUIRÓFANO 3º		SI	
RADIOTERAPIA	Inf	SI	OK
TRAUMATOLOGÍA	Papel - inf	NO	OK
UNIDAD DE DIETAS	PAPEL - inf	SI	OK
UROLOGÍA	Papel - inf	NO	OK
HOSPITAL PERPETUO SOCORRO			
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Inf	SI	OK
ESTERILIZACIÓN	Papel - inf	SI	OK
FARMACIA	Papel - inf	SI	OK
HEMODIÁLISIS	Papel - inf	SI	OK
LABORATORIO	Papel - inf	SI	OK
QUIRÓFANO 3º	Inf	SI	OK
QUIRÓFANO 4º	Inf	SI	OK
REHABILITACIÓN	Papel	SI	OK
HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
CONSULTAS EXTERNAS GINECOLOGÍA	Papel/inf	SI	OK
HEMATOLOGÍA - BANCO	Papel/inf	SI	OK
QUIRÓFANO	Inf	SI	OK
CENTRO DE ESPECIALIDADES			
		SI	OK

Asesorar y colaborar en la divulgación y metodología de Autoevaluación a los profesionales.

SERVICIO/UNIDAD	PRESENTACIÓN	FECHA
Centro de Valdepasillas	Modelo de autoevaluación	Junio, 27-07
Servicio de Análisis Clínicos	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20 - 08
Servicio de Anatomía Patológica	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Servicio de Cirugía Vascular	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Servicio de Cirugía Máxilo Facial	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Servicio de Cirugía Torácica	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Servicio de Digestivo	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Servicio de Hematología	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Servicio de Microbiología	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Servicio de Neurocirugía	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Servicio de Radiodiagnóstico	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Servicio de Radiofarmacia	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Unidad CERHA	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20
Unidad CMA	Modelo de autoevaluación	Mayo, 20

Autoevaluación de Servicios:

Se ha dado formación en cuanto a la Autoevaluación a 14 Servicios:

SERVICIO/UNIDAD	PRESENTACIÓN	FORMACIÓN	CONSENSO	PRIORIZACIÓN
Servicio de ANÁLISIS CLÍNICOS	SI	SI	SI	SI
Servicio de ANATOMÍA PATOLÓGICA	SI	SI	SI	SI
Servicio de CIRUGIA VASCULAR	SI	SI	SI	SI
Servicio de CIRUGÍA MÁXILO FACIAL	SI	SI		
Servicio de CIRUGÍA TORÁCICA	SI	SI	SI	SI
Servicio de DIGESTIVO	SI	SI	SI	SI
Servicio de HEMATOLOGÍA	SI	SI	SI	SI
Servicio de MICROBIOLOGÍA	SI	SI	SI	SI
Servicio de NEUROCIURUGÍA	SI			
Servicio de RADIODIAGNÓSTICO	SI	SI	SI	SI
Servicio de RADIOFARMACIA	SI	SI	SI	SI
Unidad CERHA	SI	SI	SI	SI
Unidad de CMA	SI	SI	SI	SI



Coordinar la elaboración de los procesos, como elementos claves del Modelo de Calidad, y la implantación de los mismos.

Desde esta Coordinación se crea un Comité de expertos con profesionales de reconocido prestigio para estudiar, revisar y validar los distintos procesos asistenciales.

Se han mantenido 30 reuniones con este comité hasta validar 5 procesos asistenciales.

Procesos Asistenciales:

La Coordinación de Calidad del Área colabora y coordina la elaboración de los diferentes procesos asistenciales, promoviendo la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales, corrigiendo, redactando y dando apoyo metodológico a los grupos. Además actúa de enlace de estos grupos con las distintas Direcciones. Se ha contado con el apoyo de consultores externos.

ÁREA DE BADAJOZ	FINALIZADO	COMITÉ EXPERTOS	Comentarios remitidos a autores	Hechas rectificaciones	VALIDADADO por el Comité de Expertos	Consejo de Dirección	APROBADO por el Consejo de Dirección	DIVULGACIÓN	AUTOEVALUACIÓN	FALTA por completar algún participante/recurso o por elaborar
AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA	****	****	****	****	SI		SI	****		
ASMA DEL ADULTO	****									****
CÁNCER DE MAMA										****
CÁNCER DE RECTO										****
CARCINOMA BRONCOGÉNICO	****							****		
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	****	****	****	****				****		****
DIABETES MELLITUS II										****
DOLOR EN PACIENTE ONCOLÓGICO										****
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	****	****	****	****	SI	****	SI	****		
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	****	****	****	****	SI	****	SI	****		
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	****									****
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA	****	****	****					****		
EPILEPSIA	****									****
GASTROENTERITIS AGUDA INFANTIL	****									****
GONARTROSIS	****									****
HERNIA CERVICAL										****
HERNIA INGUINAL DEL ADULTO	****							****		****
HERNIA INGUINAL, HIDROCELE Y FIMOSIS INFANTIL	****	****	****	****				****		
HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA	****	****	****	****	SI	****	SI	****		
INFECCIONES NOSOCOMIALES	****									****
INSUFICIENCIA CARDIACA	****									****
ISQUEMIA CRÓNICA DE EXTREMIDADES	****									****

ÁREA DE BADAJOZ	FINALIZADO	COMITÉ EXPERTOS	Comentarios remitidos a autores	Hechas rectificaciones	VALIDADADO por el Comité de Expertos	Consejo de Dirección	APROBADO por el Consejo de Dirección	DIVULGACIÓN	AUTOEVALUACIÓN	FALTA por completar algún participante/recurso o por elaborar
MELANOMA	****	****	****							****
NEUMONÍAS	****									****
OBESIDAD MÓRBIDA	****	****	****	****			SI	****		
OFTALMOLOGÍA BÁSICA DE URGENCIAS										****
OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA	****									****
PATOLOGÍA BENIGNA DE VÍAS BILIARES										****
PATOLOGÍA DEL TERCER MOLAR	****	****	****	****				****		
PERSISTENCIA DEL DUCTUS ARTERIOSO	****	****	****	****	SI			****		
SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DE SUEÑO	****	****	****	****	SI	****	SI	****		
TRASPLANTE HEPÁTICO										****
TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD	****							****		****
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	****									****
VALVULOPATÍA MITRAL										****

Recopilar todos los documentos que tengan que ver con la calidad dada y percibida.

Se recogen y archivan numerosos documentos relacionados con la calidad.

- ▶ Procesos: más de 35 documentos.
- ▶ Protocolos: más de 150 protocolos asistenciales y no asistenciales.
- ▶ Guías Prácticas Clínicas: numerosas guías (GPC) elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ▶ Normativas: Disponemos, además de otras, de todas las normativas relacionadas con la Calidad.
- ▶ Manuales de Procedimientos: 5 manuales de procedimientos.
- ▶ Hojas de Información a pacientes: Guías de acogidas, recomendaciones según procesos asistenciales, etc.
- ▶ Memoria científica: Se elaboró una propuesta de metodología para la memoria científica de los servicios, recogiendo estos datos para la Memoria Anual del Área. Se recibieron memorias científicas de 18 Servicios/Unidades.
- ▶ Revisión de Guía general de acogida a trabajadores de la Gerencia.

Colaborar con el Servicio de Atención al Usuario en:

La evaluación de Encuestas de satisfacción sobre la calidad percibida en los servicios recibidos en urgencias, hospitalización y hostelería.

El análisis y evaluación de las reclamaciones como fuente de información sobre puntos de mejora y la elaboración de acciones correctoras.

Revisión de la guía de acogida a pacientes hospitalizados

Revisión de autorización de visitas hospitalarias a menores

Organizar y llevar a cabo actividades docentes relacionadas con la Calidad.

SERVICIO/UNIDAD	PRESENTACIÓN	FECHA
Servicio de Cirugía Cardíaca (Jefe de S)	Modelo de Calidad	Febrero -08
Microbiología y Análisis Clínicos	Modelo de Calidad	Enero, 22 - 08
Servicio de Urología	Modelo de Calidad	Abril, 19 - 07
Servicio de Cirugía Máxilo-facial	Modelo de Calidad	Abril, 26 - 07
Servicio de Nefrología	Modelo de Calidad	Mayo, 17 - 07
Servicio de Radiodiagnóstico	Modelo de Calidad	Mayo, 17 - 07
Servicio de Neurocirugía	Modelo de Calidad	Mayo, 18 - 07
Servicio de Cardiología	Modelo de Calidad	Mayo, 21 - 07
Centro de Salud Ciudad Jardín	Modelo de Calidad	Mayo, 24 - 07
Centro de Salud de Valdepasillas	Modelo de Calidad	Mayo, 30 - 07
Centro de Reproducción Humana Asistida	Modelo de Calidad	Junio, 07 - 07
Jefe de genética	Modelo de Calidad	Junio, 26 - 07
Primaria médico Pueblonuevo	Modelo de Calidad	Junio, 26 - 07
Servicio de Oncología Médica	Modelo de Calidad	Junio, 26 - 07
UMEs Área de Badajoz	Modelo de Calidad	Junio, 27 - 07

Página WEB del área de Salud de Badajoz.

Noticias subidas a la página: 305
 Noticias subidas a la agenda: 289
 Actualizaciones:
 Área de Salud (Gerencia): 30
 Atención al usuario: 26
 Hospitalaria: 13
 Atención Primaria: 31
 Salud Pública: 1 (epidemiología)
 Área económica: 6
 Docencia e investigación: 10
 Profesionales: 12
 Calidad:
 WEB: 10
 Auto-administrado: 12
 Secciones nuevas:
 Farmacia (noviembre de 2008)

Hospitalaria

Especializada

Administración de personal/Personal (cambio importante en octubre 2008)

Accreditación para obtener certificado de calidad.

Revisión completa de la WEB

Normas documentos y presentaciones.

Mapa del sitio

Aviso legal

Política de privacidad

Contacta con nosotros

WMA

HONCODE

Reuniones grupo de trabajo: 8

Reunión con el Sr. Gerente D. Carlos M. Gómez: julio de 2008.

Auto-administrados:

Coordinación.

Calidad.

Farmacia.

Difusión:

Presentación oficial: febrero de 2008.

Elaboración de díptico y reparto a usuarios y profesionales de ambos niveles asistenciales.

Publicación en la revista Salud Extremadura.

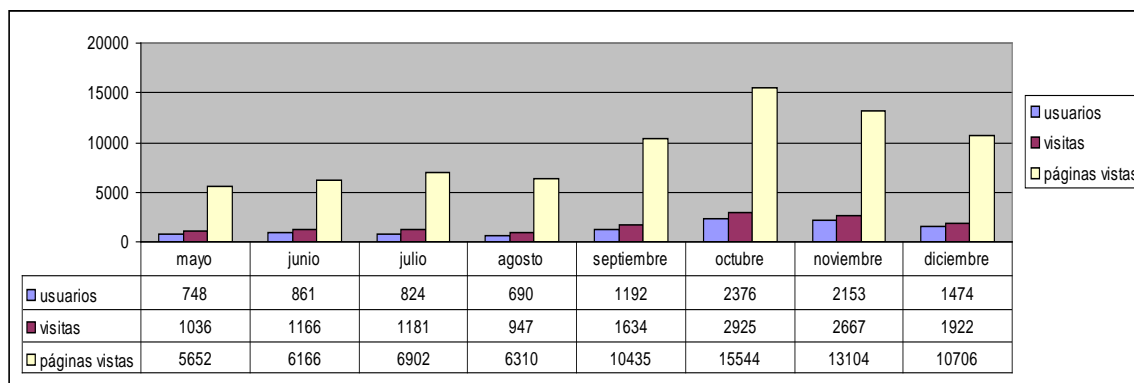
Colocación en TV institucional.

Estadísticas totales:

Usuarios: 10318

Visitas: 13478

Páginas visitadas: 23796



Asistencia a cursos y congresos.

Receptor: Dr. Susana Batres Gómez y Julieta Gisela Bel Barragán
Título: Presentación de Jara Asistencial en Atención Especializada
Lugar: Hospital Infanta Cristina.
Fecha: octubre 2008.

Receptor: Dr. Susana Batres Gómez y Julieta Gisela Bel Barragán
Título: Presentación de Estudio de encuesta de clima laboral agosto 2008.
Lugar: Hospital Infanta Cristina.
Organiza: FBA consultores.
Fecha: 21 de octubre 2008.

Receptor: Dr. Susana Batres Gómez y Julieta Gisela Bel Barragán
Título: Curso Jara Asistencial. Plan de Formación para el equipo directivo.
Lugar: Hospital Infanta Cristina. Badajoz.
Fecha: noviembre y diciembre de 2008.

Receptor: Dr. Susana Batres Gómez
Título: Curso de Arquitectura, diseño y gestión de procesos asistenciales.
Lugar: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud. Badajoz.
Organiza: Consejería de Sanidad y Dependencia de Extremadura.
Fecha: 27-28 de noviembre de 2008

Receptor: Julieta Gisela Bel Barragán
Título: I Jornada Perspectivas actuales de la Cirugía Mayor Ambulatoria.
Lugar: Colegio Oficial de Médicos de Badajoz.
Organiza: Unidad de Cirugía y Corta Estancia de Badajoz.
Fecha: 27 de noviembre de 2008.

Receptor: Julieta Gisela Bel Barragán
Título: Curso Básico on line sobre Guías de Práctica Clínica (GPC).
Lugar: On line.
Organiza: Fistera y Red MBE.
Fecha: Año 2008.