

**PLAN DE CALIDAD
ATENCIÓN ESPECIALIZADA
MEMORIA 1997**



Dirección General de Atención Primaria y Especializada
Subdirección General de Atención Especializada

Subdirección General de Atención Especializada

Coordinación General

Dra. Paloma Alonso Cuesta

Coordinación Técnica

Dra. Ana Sáinz Rojo

Dr. Juan Fernández Martín

Dr. Jesús Díez Sebastián (hasta Abril 1997)

Apoyo administrativo

Antonia Guerrero

Indice

	Página
Prólogo	4
.....	
I.- Introducción	5
.....	
II.- Cobertura de la evaluación	8
.....	
III.- Área de los derechos de los pacientes	10
.....	
Objetivo 1. Mejorar la gestión de las reclamaciones	11
.....	
Objetivo 2. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a los Familiares de los pacientes tengan definido explícitamente el lugar y horario Para la información	14
.....	
Objetivo 3.1. Procedimientos con documento de consentimiento informado específico	16
.....	
Objetivo 3.2. Implantación del documento de consentimiento informado específico	19
.....	
Objetivo 3.3. Satisfacción con la información clínica	22
.....	
Objetivo 4.1. Implantar un programa de acogida al paciente hospitalizado	24
.....	
Objetivo 4.2. Satisfacción con la información en general	26
.....	
Conclusiones del Area de Derechos de los Pacientes	28
.....	
IV.- Area de Protocolización de la Práctica Asistencial	29
.....	
Objetivo 5. Inclusión en lista de espera de acuerdo a criterios establecidos	30
.....	
Objetivo 6. Profilaxis antibiótica adecuada a protocolo	34
.....	
Objetivo 7. Cuidados del paciente con sonda urinaria de acuerdo a protocolo	38
.....	
Objetivo 8. Implantar un protocolo/guía de práctica para un proceso que incida en lista de espera	quirúrgica 40
.....	
Objetivo 9. Implantar un protocolo/guía de práctica para un proceso que incida en lista de	

Memoria del Plan de Calidad 1997	
espera para primera consulta de especialista	42
.....	
Objetivo 10. Implantar un protocolo para el uso adecuado de fármacos o de alta tecnología	44
Conclusiones del Area de Protocolización de la Práctica Asistencial	47
.....	
V.- Area de Infección Nosocomial	48
.....	
Objetivo 11. Implantar un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria de acuerdo a las necesidades del hospital	50
.....	
Conclusiones del Area de la Infección Nosocomial	55
.....	
VI.- Análisis de la evaluación	56
.....	
VII.- Clasificación de los hospitales en función de los resultados	63
.....	
VIII.- Conclusiones Generales	68
.....	
Anexo 1. Validación de los resultados del Plan de Calidad de 1997	70
.....	
Anexo 2. Actividad en calidad. Encuesta	77
.....	
Anexo 3. Evaluación del Plan de Calidad en el primer semestre de 1997	86
.....	
Anexo 4. Circular Coordinador de Calidad	90
.....	
Anexo 5. Estructura hospitalaria del INSALUD	94
.....	
Anexo 6. Metodología común de evaluación	97
.....	

Prólogo

Los contratos de gestión de Atención Especializada del INSALUD se han ido transformando desde su implantación en 1993. Sin desvirtuar su objetivo fundamental que es la asignación de un presupuesto anual prospectivo al hospital en función de la actividad que va a desarrollar, el enfoque actual enfatiza sus aspectos cualitativos, ligados a indicadores de resultados, frente a los meramente cuantitativos, cifrados en la realización de un determinado volumen de actos asistenciales.

En esta línea de trabajo se encuadra la importancia cada vez mayor que va alcanzando el cumplimiento de los pactos de demora para intervención quirúrgica, consulta y exploraciones, hasta el punto de que tienen prioridad absoluta sobre los indicadores de actividad tales como ingresos, intervenciones y número de consultas.

En cuanto al plan de calidad del contrato de gestión, su introducción data del año de implantación del contrato programa, si bien, al igual, que lo sucedido con los de actividad se han ido modificando a lo largo de estos años. La novedad del Contrato de Gestión en 1997, radica en la inclusión de indicadores referentes a los sistemas de información, a la gestión de las listas de espera y a la adecuación en la utilización de determinados medios diagnóstico-terapéuticos.

Otro aspecto introducido en el contrato de gestión de 1997 es el impacto económico de los resultados de calidad en la financiación de cada hospital. La puntuación obtenida por cada centro, resultante tanto del grado de cumplimiento como del nivel alcanzado en cada indicador de calidad, se ha utilizado como criterio para el reparto de algunos incentivos económicos, entre los que destaca:

- Renovación del equipamiento de los hospitales: 4,7%
- Plan de formación: 10%.
- Reparto de productividad en los servicios (45%).
- Productividad de los equipos directivos: 5%
- Cuenta de resultado de los hospitales: 5% UPAS

El afianzamiento, durante 1998, de los parámetros de calidad incluidos en 1997, se ha acompañado de la incorporación de una serie de indicadores, relacionados con la calidad de la asistencia como reingresos, reintervenciones, estancias evitables por patología y otros, que se extraen del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). De momento, no se pretende fijar estándares de calidad a través del CMBD, ya que la fiabilidad y calidad de la información del mismo es limitada, tan sólo se van a monitorizar los indicadores señalados anteriormente como complemento de otras fuentes de datos.

Paloma Alonso Cuesta
Subdirectora General Atención Especializada

I.- Introducción

Una asistencia sanitaria de calidad es un derecho de los pacientes y se ha convertido en una prioridad de los estados miembros de la Unión Europea, especialmente en situación de limitación de recursos y restricciones presupuestarias. La calidad es un componente esencial de la asistencia sanitaria y un atributo normal junto con la actividad y el coste.

De acuerdo con las recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa, se insta a todos los estados miembros a crear políticas y estructuras que apoyen el desarrollo y la puesta en marcha de Sistemas de Mejora de la Calidad. Estos deben ser vistos como una serie de procedimientos, medidas y acciones tendentes a asegurar que la asistencia sanitaria cumple con una serie de criterios. Estos sistemas deben ocuparse del proceso asistencial integral, identificando desde las necesidades de asistencia sanitaria de los pacientes, hasta los resultados de la asistencia prestada y tienen dos funciones. Por un lado son una herramienta de aprendizaje continuo de la mejora de la calidad para los profesionales sanitarios -la autoevaluación y la evaluación interna son cruciales para conseguir este objetivo-; Además el Sistema de Mejora de la Calidad que se establezca tiene la función de poder mostrar a la administración pública que financia la sanidad, a la sociedad, los ciudadanos y los pacientes, como se gestiona la calidad y cual son sus resultados.

El INSALUD tiene con la sociedad el compromiso ético de ofrecer, con los recursos disponibles, la mejor calidad de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y que pacientes con iguales necesidades, tengan la misma oportunidad de ser tratados de la mejor manera que la organización pueda ofrecer. Se han demostrado en nuestro entorno, al igual que en el resto de los países, injustificables variaciones en la aplicación de la evidencia científica y en la utilización de recursos, que hacen que los pacientes no tengan la misma oportunidad de ser tratados con los mismos niveles de calidad y eficiencia. Por lo tanto, el compromiso debe ir dirigido a que el servicio y el tratamiento que los pacientes reciben, estén basado en la mejor evidencia disponible de lo que es válido y no válido y a rentabilizar mejor los recursos.

Una de las estrategias llevadas a cabo en el INSALUD para poder cumplir este compromiso ha sido la de incluir un Plan de Mejora de la Calidad en el Contrato de Gestión (CG) de los hospitales. Su finalidad es impulsar un cambio cultural en los hospitales que estimule un liderazgo activo de los directivos en la gestión de la calidad e implique a todas las personas que trabajan en la organización. La mejora continua de la calidad y su evaluación debe ser vista como una responsabilidad profesional y formar parte de las actividades normales, como medio para mejorar la calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos. Cuando el cambio se haya producido, en algunos hospitales ya se está iniciando, el plan de calidad deberá garantizar únicamente que en cada hospital esté implantado un sistema para monitorizar, mantener y mejorar la calidad, y que los resultados de la asistencia medidos en resultados clínicos, de satisfacción y costes estén dentro de unos estándares de calidad

Mientras tanto, este plan de mejora ha tenido a lo largo de los últimos años una serie de objetivos comunes a todos los hospitales y en los que se ha tratado de plasmar algunas de las líneas estratégicas de la Institución:

- Orientar los servicios al ciudadano
- Mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos asistenciales
- Implicar a los profesionales en la gestión de la calidad.

Esto ha permitido que todos los hospitales comenzaran a trabajar en la mejora de aspectos básicos de la asistencia en los que la institución ha centrado sus prioridades; ha facilitado mejorar en aspectos metodológicos y hacer evaluaciones homogéneas -lo que a su vez ha hecho posible obtener resultados comparables, a pesar de algunas debilidades- y se han podido detectar nuevos problemas que se han ido incluyendo en el plan de calidad de los años siguientes para mejorarlos.

En 1997 se han producido cambios que han tenido un gran impacto en la mejora de este sistema:

- **Creación de la figura de Coordinador del Plan de Calidad de los hospitales.**

La Presidencia Ejecutiva del INSALUD, a la vista de la experiencia acumulada en todos estos años por aquellos hospitales que han tenido un profesional dedicado a apoyar y coordinar las actividades de mejora de la calidad, dio instrucciones a los hospitales para generalizar la figura del Coordinador de Calidad (Anexo 5). La participación de prácticamente todos los hospitales en el Plan de Calidad y la mejora de los resultados que se exponen en esta memoria, parece mostrar lo acertado de esta decisión.

- **Colaboración con las Sociedades Científicas**

A lo largo de 1997 el INSALUD ha trabajado con grupos de profesionales de distintas Sociedades Científicas con el objetivo de elaborar guías o criterios de utilización adecuada de servicios en procesos prevalentes, como una herramienta de ayuda a los clínicos en la toma de decisiones. Así, en consonancia con la prioridad institucional de reducir las Listas de Espera, se han elaborado criterios clínicos para incluir pacientes en lista de espera quirúrgica; También se han realizado para la derivación de pacientes de Atención Primaria a Especializada. Muchos de estos protocolos se han implantado y evaluado este año en los hospitales y todos ellos se incluyen en el Contrato de Gestión de 1998, como una medida que trata de disminuir la variabilidad y de mejorar la calidad y la eficiencia.

- **Pactos de calidad con los Servicios**

Aunque no es motivo de análisis en esta memoria, es preciso reseñar que durante 1997 se ha iniciado en los hospitales el pacto de calidad por servicios. En este pacto se han incluido los objetivos del programa de calidad institucional que afectarían a cada uno de los servicios, cosa por otro lado obvia, ya que sino participan los servicios, el hospital no podría cumplir el pacto de mejora de calidad; Además, ha sido el primer año que se ha comenzado a establecer pactos de objetivos de calidad específicos del servicio en función de los problemas detectados y prioridades. Esto ha abierto el camino para que en 1998 los hospitales elaboren su propio plan de calidad, en función de sus necesidades y prioridades.

- **Ligar los resultados de calidad al presupuesto hospitalario y a los incentivos**

Los progresos en los aspectos metodológicos han permitido poder realizar comparaciones de resultados entre los hospitales y establecer una clasificación en función del nivel de calidad alcanzado, vinculando el pago de productividad y de alguno de los capítulos del presupuesto hospitalario a la mejora obtenida. La calidad es una buena variable para competir entre hospitales y por vez primera los incentivos son ligados a calidad y no sólo a cantidad.

- **Validación de resultados**

Comparar hospitales e incentivar en función de la calidad obliga a establecer una serie de mecanismos que garanticen la fiabilidad de los datos. En el contrato de los hospitales se decía que los resultados obtenidos en la evaluación de 1997 podían ser objeto de una validación, lo que contribuiría a proporcionar una mayor credibilidad al sistema. Esta validación se ha hecho por primera vez en 1997 y se pretende hacer de forma sistemática en los próximos años.

A pesar de todos los avances conseguidos año a año, el sistema presenta algunas debilidades. En la comparación de hospitales, esta se limita al ámbito del plan de calidad institucional y quedan fuera de la valoración otros proyectos de mejora de la calidad que se estén llevando a cabo en los hospitales, lo que puede producir decepción y desincentivar a aquellos hospitales que han avanzado más en la mejora de la calidad. Además, el plan está más focalizado a la mejora continua de procesos asistenciales que a la mejora de los resultados clínicos, debido en gran medida a la dificultad en medirlos bien.

Para paliar estas debilidades en 1997 se iniciaron algunas acciones.

Así, se tomó la decisión de diseñar una nueva encuesta de posthospitalización que permitiera la comparación sistemática, entre los diferentes hospitales, de la experiencia de los pacientes. Hasta ahora se había estado evaluando con metodologías muy diferentes.

Otro de los aspectos a tener en cuenta son los resultados clínicos que se derivan de las intervenciones o tratamientos. Es necesario mejorar continuamente y evaluar los procesos asistenciales, pero es importante que además se pueda evaluar la contribución de la asistencia sanitaria a la salud, a través del desarrollo de indicadores que sean monitorizados permanentemente para la mejora de la calidad. Unos deben ser diseñados específicamente y es un proyecto en marcha en varios lugares, incluido el ámbito europeo. Otros indicadores se pueden obtener a partir de los sistemas de información existentes, como por ejemplo el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), y sus resultados ser devueltos a los hospitales para que puedan comparar los del hospital con los mejores y tratar de conseguirlos ellos también. Para que esta información sea válida se precisa un gran esfuerzo en mejorar los sistemas de información. En 1997 la codificación de las altas fue un objetivo incluido en el contrato de los hospitales. Para 1998 la mejora del contenido de los informes de alta y la codificación va a ser una de las áreas prioritarias del Plan de Calidad.

Todas estas acciones tratan de ir mejorando cada año el Plan de Calidad y de impulsar el cambio que precisa la organización para prestar unos servicios de calidad a los ciudadanos.

Esta Memoria muestra las actividades y los resultados obtenidos en la evaluación del plan de calidad de 1997, y presenta, en palabras y datos concretos, el esfuerzo y el deseo de mejora de los profesionales de los hospitales

Resultados del Programa de Calidad

II.- Cobertura de la evaluación

Antes de mostrar los resultados obtenidos por cada uno de los objetivos de calidad incluidos en el Contrato-Programa (CP), se señala el grado de cobertura de la evaluación. La siguiente tabla muestra la distribución de los hospitales que han enviado el cuestionario de evaluación. No se han recibido datos correspondientes a un hospital (1,3%).

Grupo	Total Hospitales	Envían evaluación
I	22	22 (100%)
II	28	28 (100%)
III	9	9 (100%)
IV	12	12 (100%)
V	7	6 (86%)
INSALUD	78	77 (99%)

En cuanto al número de objetivos evaluados por hospital, ha sido variable, con una media de 10,1 de 11 objetivos incluidos en el CP del año 1997. La siguiente tabla muestra el número medio (con su desviación estándar) de objetivos cumplimentados por grupo de hospital, así como el mínimo y máximo de cada grupo.

Grupo	Nº	Nº medio de objetivos	Mínimo	Máximo
I	22	10,2±1,2	7	11
II	28	10,4±1,2	6	11
III	9	10,5±1,0	8	11
IV	12	10,2±1,1	7	11
V	6	8,3±2,8	4	11
INSALUD	77	10,1±1,4	4	11

Analizando estos mismos datos, pero ahora objetivo a objetivo, puede verse como los objetivos 1, 4.1 y 4.2, han sido los más evaluados, en el 99% de los centros, mientras que el objetivo 9 (Mejora de la calidad de los procesos asistenciales: Implantación de un protocolo para un procedimiento que incida en la lista de espera para primera consulta de especialista) ha sido el menos evaluado, en el 78% de los centros.

Objetivos	% de evaluación
1. Mejorar la gestión de las reclamaciones	77 (99%)
2. Lugar y horario definido para la información a familiares	75 (96%)
3.1. Procedimientos con documento de consentimiento informado	74 (95%)
3.2. Implantación del documento de consentimiento informado	65 (83%)
3.3. Satisfacción con la información clínica	73 (94%)
4.1. Implantación de un programa de acogida	77 (99%)
4.2. Satisfacción con la información general	77 (99%)
5. Inclusión en lista de espera de acuerdo a los criterios de la circular	73 (94%)
6. Protocolo de profilaxis antibiótica	70 (90%)
7. Cuidado del paciente sondado de acuerdo a protocolo	73 (94%)
8. Implantación de un protocolo para un procedimiento que incida en la lista de espera quirúrgica	62 (79%)
9. Implantación de un protocolo para un procedimiento que incida en la lista de espera para primera consulta de especialista	61 (78%)
10. Implantación de un protocolo para el uso adecuado de fármacos o de alta tecnología	66 (84%)
11. Implantación de un sistema de vigilancia de la infección nosocomial de acuerdo a las necesidades del hospital	73 (93%)

Hospitales que han evaluado los 11 objetivos del programa de calidad del CP.	
Miguel Servet. Zaragoza	Rio Hortega. Valladolid
Calatayud. Zaragoza	Infanta Cristina. Badajoz
General Obispo Polanco. Teruel	12 De Octubre. Madrid
General San Jorge. Huesca	Príncipe de Asturias. Alcala de Henares
Cabueñes. Gijón	Virgen de La Torre. Madrid
San Agustín. Avilés	Virgen de La Arrixaca. Murcia
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	Morales Meseguer. Murcia
Comarcal de Jarrio. Coaña	Rafael Méndez. Lorca
Valle del Nalón. Langreo	Comarcal del Noroeste. Caravaca
Alvarez Buylla. Mieres	Virgen del Castillo. Yecla
Son Dureta. Palma de Malloca	Santa Cristina. Madrid
Can Misses. Ibiza	Clínica Puerta de Hierro. Madrid
Comarcal de Laredo. Cantabria	Ramón y Cajal. Madrid
Sierra Llana. Torrelavega	Clínico de Valladolid
Comarcal de Hellín. Albacete	Universitario de Getafe. Madrid
Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real	Campo Arañuelo. Navalmoral. Cáceres
Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real	Complejo Hospitalario de Ciudad Real
Virgen de La Luz. Cuenca	Nuestra Señora del Prado. Talavera
General de Guadalajara	Marqués de Valdecilla. Santander
Ntra.Sra. de Sonsoles. Avila	Complejo Hospitalario de Móstoles-Alcorcón
General Yagüe. Burgos	Severo Ochoa. Leganés
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos	General de Soria
Complejo Hospitalario Virgen Blanca. León	Complejo Hospitalario de Cáceres
Del Bierzo. Ponferrada. León	De la Princesa. Madrid

III.- Area Derechos de los Pacientes

El objetivo de este área es:

- Mejorar la gestión de reclamaciones.
- Establecer lugar y horario para la información al paciente.
- Desarrollo e Implantación del documento de Consentimiento Informado (CI).
- Mejorar la satisfacción de los pacientes con la información clínica y general.
- Implantar un programa de acogida al paciente hospitalizado.

OBJETIVO 1. - MEJORAR LA GESTION DE LAS RECLAMACIONES

El Servicio de Atención al Paciente tiene como objetivo detectar las dificultades que se plantean a los pacientes y familiares durante su ingreso y estancia en el hospital, y trata de corregirlas para alcanzar un mayor grado de satisfacción y bienestar de los usuarios. Además pretende disminuir barreras administrativas en el acceso a la asistencia.

Una de las funciones del SAP es la recogida y contestación de reclamaciones, de forma coordinada con la gerencia del centro y el responsable de la unidad o servicio objeto de la reclamación. Conseguir que las reclamaciones sean contestadas en un plazo inferior a 30 días es un objetivo de calidad del SAP, que no podrá ser realizado sin la participación de todos los implicados.

El gerente, o persona en quién delegue, remitirá a los interesados la contestación individualizada que deberá contemplar, al menos, los siguientes extremos:

- Resumen del motivo de la reclamación.
- Actuaciones realizadas
- Conclusiones y medidas adoptadas
- Identificación del firmante

Se enviará una copia de la contestación a las personas o servicios implicados en la reclamación, mientras que otra copia quedará grapada junto al original de la reclamación en el libro normalizado. (SAP Manual de funciones INSALUD 1993).

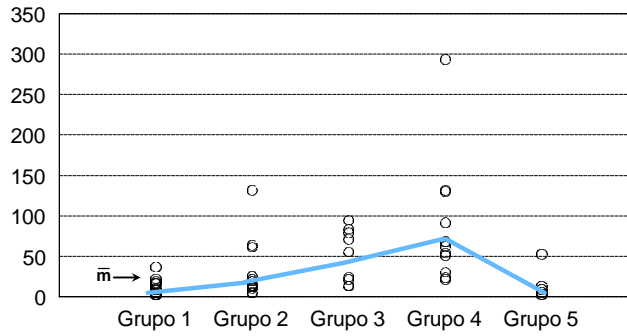
Indicador: Proporción de reclamaciones presentadas por escrito durante el mes de octubre de 1997, que han sido contestadas por escrito en un plazo no superior a 30 días.

Total de hospitales que han evaluado este objetivo: 77

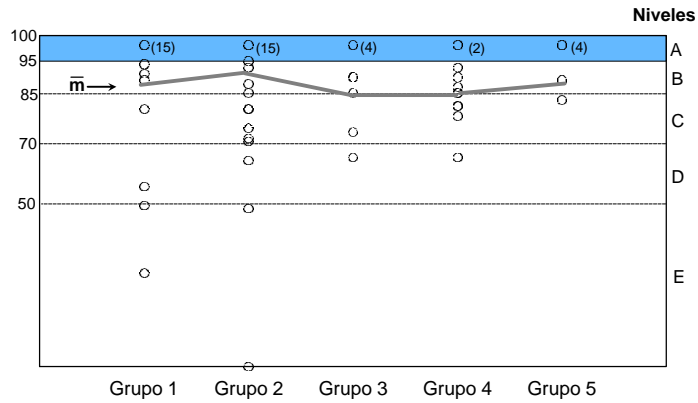
Proporción de reclamaciones contestadas antes de 30 días

Grupo	Nº	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	86%	29%	100%
II	28	90%	0%	100%
III	9	85%	65%	100%
IV	12	85%	65%	100%
V	6	88%	83%	100%
INSALUD N=78	77	86%	0%	100%

Número de reclamaciones presentadas
Mes de octubre de 1997.

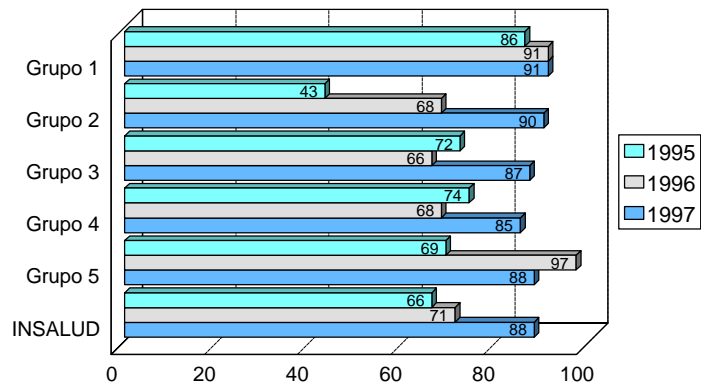


Proporción de reclamaciones contestadas antes de 30 días



En el siguiente gráfico observamos como la proporción de reclamaciones contestadas antes de 30 días ha ido aumentando progresivamente desde el año 1995.

Proporción de reclamaciones contestadas antes de 30 días
Datos comparados 1995-97



Hospitales en el nivel de la excelencia	
De Calatayud. Zaragoza	Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real
De Alcañiz. Teruel	Virgen de la Luz. Cuenca
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	General de Guadalajara
Comarcal de Jarrío. Coaña	Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo
Comarcal de Laredo. Cantabria	Ntra.Sra. de Sonsoles. Avila
Comarcal de Hellín. Albacete	Rio Carrión. Palencia
Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real	General de Soria
Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real	Virgen de la Concha. Zamora
Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos	Merida. Badajoz
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos	San Millan-San Pedro. Logroño
De Llerena. Badajoz	General de Albacete
Campo Arañuelo. Navalморal. Caceres	General Yagüe. Burgos
Ciudad de Coría. Caceres	Infanta Cristina. Badajoz
Virgen del Castillo. Yecla	Universitario de Getafe. Madrid
Cruz Roja. Ceuta	Clinico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza
General Obispo Polanco. Teruel	Clinico San Carlos. Madrid
General San Jorge. Huesca	Virgen de la Arrixaca. Murcia
De Cabueñes. Gijón	San Jorge. Zaragoza
Valle del Nalón. Langreo	Niño Jesús. Madrid
De Sierra Llana. Torrelavega	De la Fuenfria. Cercedilla. Madrid
Complejo Hospitalario Ciudad Real	Santa Cristina. Madrid

OBJETIVO 2.- LUGAR Y HORARIO DE LA INFORMACION.

Una información adecuada a los pacientes y familiares aumenta el grado de satisfacción de la población con la atención sanitaria. Mejorar los aspectos estructurales donde parte de esta información se desarrolla, trata de promover que el proceso de la información se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles para obtener los mejores resultados.

Tener un lugar definido para informar trata de garantizar la confidencialidad de la información y que esta se desarrolle en un lugar que propicie la relación médico-paciente, o médico-familiares, como ocurre en la mayoría de los casos del paciente ingresado. Esto en ningún caso trata de evitar la información al paciente, sino mejorar la información a los familiares en los que el paciente delega habitualmente. Una información adecuada a los familiares aumenta el grado de satisfacción de la población con la atención sanitaria.

Tener un horario definido para la información evita la espera a los familiares, muchas veces a lo largo de toda una mañana, en horario laboral, para ser informado. Trata de evitar también la contradicción que existe en muchos hospitales de no permitir la estancia de familias por las mañanas, para no interferir con el trabajo habitual de la planta, y decirles que se les informará a lo largo de la mañana, con lo que forzosamente tienen que permanecer allí.

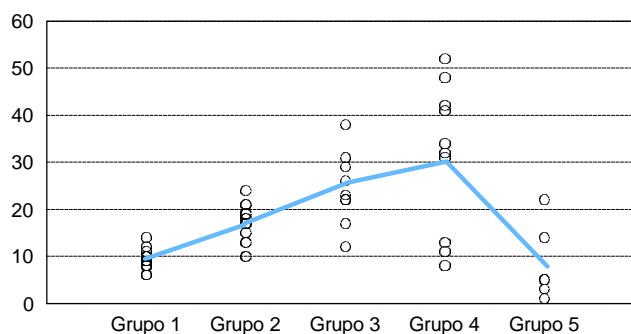
Esta planificación del horario supone para los facultativos el compromiso de orientar su organización al paciente, que puede tener para ellos el beneficio añadido de no interrumpir sistemáticamente su trabajo habitual para informar a demanda.

Indicador: Proporción de Servicios Clínicos que tienen de forma explícita un lugar y horario definido para la información a familiares.

Proporción de Servicios con lugar y horario explícito para la información

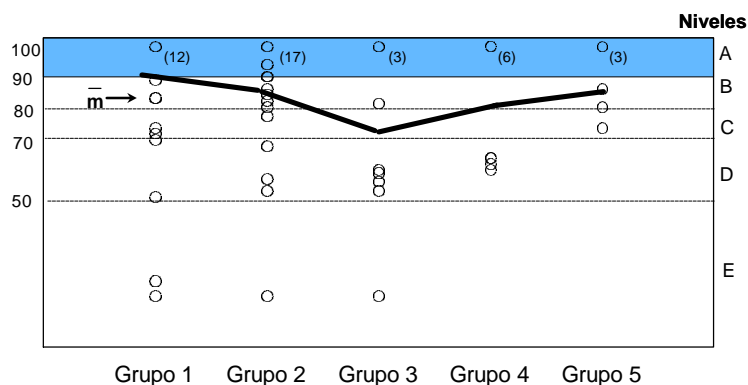
Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	89%	17%	100%
II	28	86%	17%	100%
III	9	74%	17%	100%
IV	10	82%	59%	100%
V	6	86%	73%	100%
INSALUD	75	83%	17%	100%

Nº Servicios que precisan lugar y horario para la información



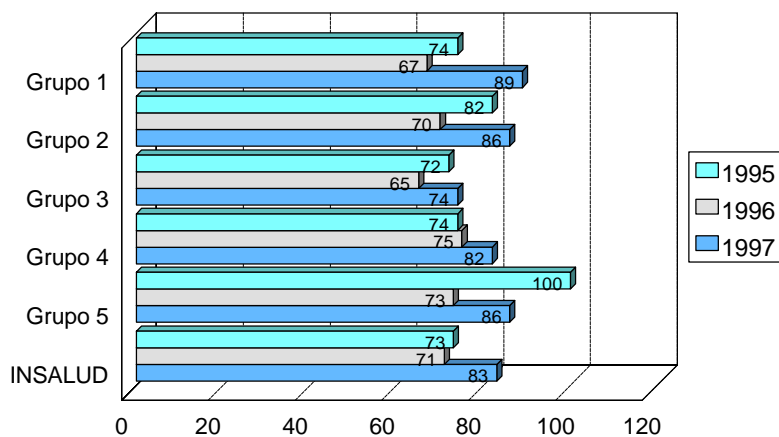
Esta información se hace explícita en un 59% de los casos mediante carteles, en un 13% mediante documentación escrita entregada a los pacientes, en un 23% de ambas maneras, y en un 4% de otras formas. Los resultados obtenidos en la evaluación de éste objetivo están relacionados con la estructura de los hospitales y, con el número de servicios que el hospital ha considerado que necesitan lugar y horario para informar.

Proporción de Servicios con lugar y horario para Informar



En el gráfico se establece la evolución de este indicador, desde el año 1997:

**Lugar y horario para informar
Datos comparados 1995-97**



OBJETIVO 3.1- MEJORA DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA. PROCEDIMIENTOS CON DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO

La relación clínica es la que tiene lugar entre una persona que considera que su salud está amenazada, y un médico. La relación médico-paciente tradicional era paternalista. La enfermedad hacía vulnerable al paciente, no sólo desde el punto de vista físico, sino también moral. Se le consideraba incapaz de tomar decisiones. Actualmente nos hallamos en otra fase en la relación médico-paciente. El proceso de emancipación de los enfermos se produjo en la década de los sesenta, y ha seguido evolucionando de forma continua. Se ha establecido el derecho de todo paciente que posea suficiente capacidad o competencia a tomar las decisiones sobre su salud, en función de sus creencias y convicciones.

En 1994 el Colegio de Médicos Americanos ofreció la siguiente definición de consentimiento informado:

“El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y moralmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada: la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción: el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente”.

En los EE.UU. se planteó por primera vez la necesidad de que los pacientes tuvieran una participación activa en las decisiones sanitarias, y es el país donde se ha desarrollado fundamentalmente la teoría del consentimiento informado. En España el proceso de consentimiento informado es algo relativamente nuevo. La mayoría de los profesionales sanitarios se han formado en un tipo de práctica paternalista. Hasta 1986 no entró de forma reglada en la práctica clínica, con la promulgación de la Ley General de Sanidad.

La obtención del consentimiento del paciente a ser intervenido es un procedimiento básicamente oral, a través del diálogo entre el médico y el paciente. Por ello, la mera obtención de un documento firmado no supone que haya existido un correcto proceso de información. Sin embargo, el DCI tiene una gran utilidad en este proceso. Sirve de apoyo al médico, ya que si está correctamente diseñado y redactado, puede aclarar bastantes dudas al paciente. Además, permite que quede constancia de que se ha obtenido el consentimiento informado del paciente.

Los primeros documentos que se utilizaron otorgaban un consentimiento general a cualquier intervención. Estos documentos son inaceptables desde un punto de vista ético y legal, y su uso se está reduciendo. Los DCI deben ser específicos para cada intervención, dentro de lo posible. Los documentos específicos deben contener información en cantidad y calidad suficiente. Podemos considerar dos aspectos dentro de un DCI, que deben ser correctamente atendidos para lograr un documento de calidad. Una parte es la información, que debe ser adecuada en cantidad y sencillez; otra parte es la que podríamos definir como “legal”, que se refiere a declaraciones, firmas, fecha, etc.

La idea ética del Consentimiento Informado es la excelencia de la relación médico-paciente. Llegar a realizar este ideal significa transformaciones importantes en la relación tradicional del médico-paciente y en la asistencia sanitaria. Las propuestas, para mejorar esta relación, pueden ser varias, pero algunas son fundamentales y en ellas se está incidiendo a través de los Programas de Calidad.

- Potenciar la figura del médico responsable del paciente, que debe ser el encargado de la información a lo largo del proceso.
- Dotar a los centros sanitarios de lugares adecuados, donde se pueda dar información con privacidad y tiempo.
- Seguir promoviendo la formación de los Comités de Etica Asistencial, con el que colabora el Servicio de Atención al Paciente. Ambos son útiles para sensibilizar a los profesionales en las cuestiones éticas

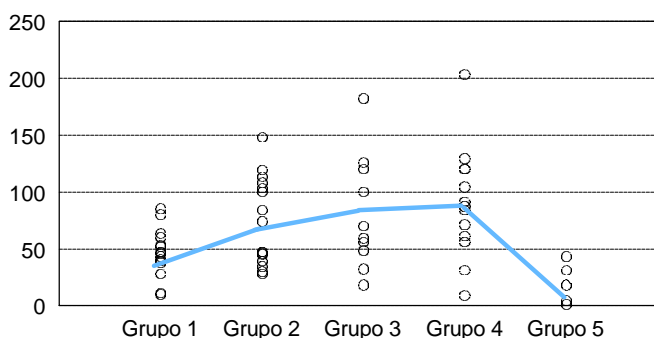
La mejora de la calidad de los documentos de CI debe ser abordada por el hospital como un objetivo orientado al paciente, un objetivo que trata de que el paciente pueda tomar las decisiones que le afectan con una información suficiente y comprensible. Para lograrlo se recomienda un grupo de trabajo multidisciplinar, idealmente el comité de ética asistencial del hospital, o en su defecto un grupo o comisión del hospital, donde además se invite a participar a una representación del Servicio de Atención al Paciente.

Indicador: Número de documentos de consentimiento informado específicos implantados en el hospital.

Número de documentos de consentimiento informado

Grupo	Nº Hosp.	Nº de CI	Mínimo	Máximo
I	22	43 ± 22	9	85
II	26	71 ± 35	27	142
III	9	88 ± 48	32	182
IV	12	93 ± 50	9	203
V	5	19 ± 18	1	43
INSALUD	74	65 ± 41	1	203

Nº de Documentos de Consentimiento Informado



Comparación del número medio de DCI 1995-1997.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Medio CI 1997</i>	<i>Nº Medio CI 1996</i>	<i>Nº Medio CI 1995</i>
I	43	24	16
II	71	47	31
III	88	71	40
IV	93	61	46
V	19	11	6
INSALUD	65	42	29

La siguiente tabla muestra en qué porcentaje estos documentos están avalados por alguno de los órganos representativos del hospital (Comité de Ética Asistencial, Comisión Central de Garantía de Calidad, Junta Técnico-Asistencial, etc).

Porcentaje de DCI avalados.

<i>Grupo</i>	<i>Promedio de DCI avalados.</i>	<i>% de DCI avalados</i>
I	22	52%
II	28	39%
III	62	70%
IV	69	74%
V	11	55%
INSALUD	34	53%

OBJETIVO 3.2-IMPLANTACION DE DOCUMENTO DE CI ESPECIFICO

Este objetivo trata de que durante el proceso verbal de la información que se establece entre el paciente y el médico, éste entregue al paciente el documento DCI para que, una vez leído y resueltas las posibles dudas, sea firmado por ambos, el médico como responsable de la información y el paciente que consiente que le sea realizado lo propuesto.

El indicador que se ha propuesto no mide si el proceso se ha realizado de esta forma, solo si el documento está en la HC debidamente firmado. Incluso algunos hospitales han tenido dificultades en encontrar este documento en la HC, ya que algunos servicios las archivaban separadas de la HC. Estos dos aspectos, quién entrega el documento y donde son archivados, tienen la importancia suficiente como para que los hospitales traten de mejorarlos.

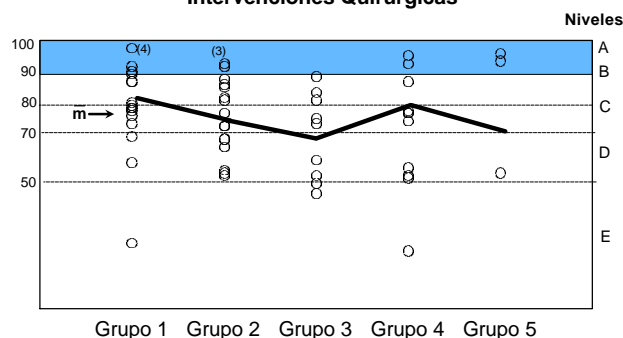
Han sido 65 los hospitales que han evaluado este objetivo. Los resultados se muestran en dos apartados, el primero para cirugía y el segundo para pruebas diagnósticas.

Implantación de documento de CI en Servicios Quirúrgicos.

Proporción de HC con documento de CI específico. Servicios quirúrgicos.

Grupo	Nº Hospitales	Promedio	Mínimo	Máximo
I	19	81% (2.310/2.858)	25%	100%
II	27	74% (4.686/6.309)	51%	94%
III	8	67% (1.460/2.167)	44%	89%
IV	10	78% (3.303/4.229)	22%	97%
V	1	70% (431/617)	52%	98%
INSALUD	65	75% (12.190/16.190)	22%	100%

Proporción de Historias Clínicas con documento de Consentimiento Informado Intervenciones Quirúrgicas



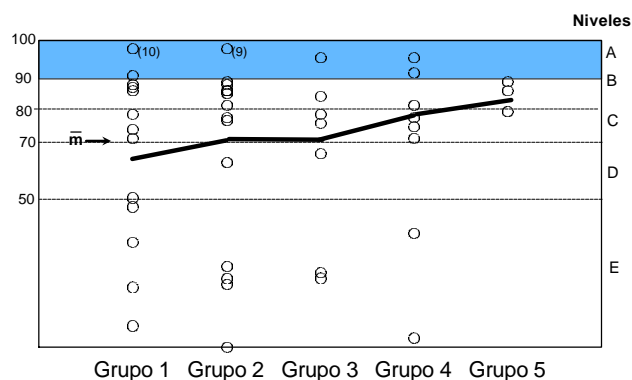
Implantación de documento de CI para pruebas diagnósticas.

Los hospitales han facilitado datos de presencia de CI, para las tres pruebas diagnósticas invasivas más frecuentes de cada centro. Las pruebas evaluadas con mayor frecuencia fueron: broncoscopia, gastroscopia, prueba de esfuerzo, urografía y colonoscopia.

Proporción de HC con Documento de CI específico. Pruebas diagnósticas.

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	19	65% (1.539/2.378)	7%	100%
II	27	71% (3.603/75.092)	0%	100%
III	8	69% (1.061/1.537)	23%	97%
IV	10	77% (792/1022)	3%	97%
V	1	83% (121/145)	79%	89%
INSALUD	65	70% (7.116/10.174)	0%	100%

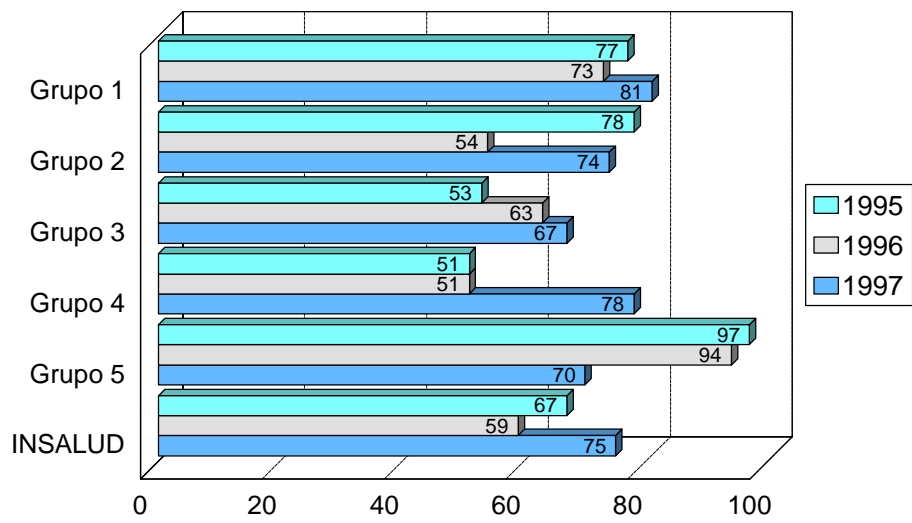
Proporción de Historias Clínicas con documento de Consentimiento Informado Pruebas diagnósticas



Hospitales en el nivel de la excelencia (*)	
Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos Virgen de la Luz. Cuenca Complejo Hospitalario de Segovia	Merida. Badajoz Marques de Valdecilla. Santander Complejo Hospitalario de Salamanca Santa Cristina. Madrid Virgen de la Torre. Madrid

*Por considerar inadecuada la muestra de pacientes evaluada, no se ha incluido un hospital que alcanzó un resultado >90%.

Proporción de Historias Clínicas con documento de CI Datos comparados 1995-97



OBJETIVO 3.3- SATISFACCION CON LA INFORMACION CLINICA

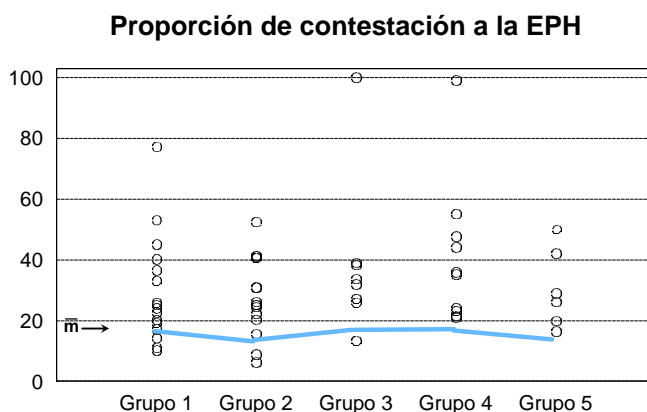
Los centros del INSALUD hacen encuestas de satisfacción de los pacientes tras la hospitalización. Estas encuestas son, en su mayoría, modificaciones de un modelo que hace varios años fue diseñada en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Estas modificaciones se han llevado a cabo en los hospitales y se han realizado de acuerdo a las a las prioridades y opiniones de los profesionales del centro, y solo algunos hospitales han decidido hacer un nuevo diseño y contar con la ayuda de profesionales expertos en los estudios de opinión.

Las diferencias en el contenido de los cuestionarios, y la forma de realizar la encuesta (por correo, telefónica, entrevista personal etc.), hace que los resultados sean válidos para evaluar la satisfacción de los usuarios de un centro a lo largo del tiempo, pero no permite, o lo hace con muchas limitaciones, tener una idea general de la satisfacción de los usuarios con la atención prestada ni comparar los resultados entre los distintos centros. Además, muchos hospitales han planteando modificar la encuesta de posthospitalización y están interesados en tener un método homogéneo.

Para resolver estos problemas se ha iniciado en el INSALUD un proyecto para el diseño de una nueva encuesta de posthospitalización mediante la metodología de los grupos focales en el que van a participar profesionales y pacientes de 7 hospitales de distintos ámbitos geográficos del área INSALUD. Se pretende ofrecer a todos los hospitales una herramienta común que permitirá contar con resultados que puedan ser comparables, pero sobretodo, que estos resultados estén relacionados con aquellos temas que verdaderamente preocupan al ciudadano, desde una óptica que no sea sólo la del prestador de servicios o el financiador, sino también desde la perspectiva de los pacientes.

El objetivo 3.3 ha sido evaluado por 73 hospitales, a partir de los datos de la Encuesta post-hospitalización (EPH) de los hospitales.

En el gráfico observamos el porcentaje de contestación a la EPH.

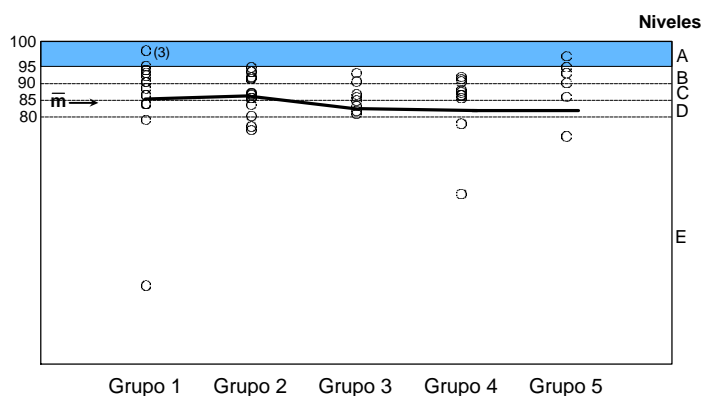


Indicador: Proporción de pacientes que en la última Encuesta de Post hospitalización (EPH) realizada en el hospital contestan estar satisfechos/muy satisfechos con la información clínica recibida.

Proporción de satisfacción con la información clínica

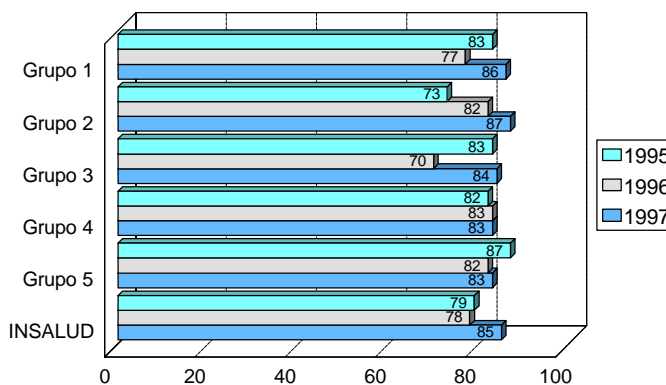
Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	20	86% (4.247/4.915)	25%	100%
II	28	87% (7.326/8.415)	44%	95%
III	8	84% (3.220/3.854)	80%	93%
IV	11	83% (5.928/7.111)	54%	92%
V	6	83% (797/966)	73%	98%
INSALUD	73	85% (21.518/25.261)	25%	100%

Proporción de pacientes satisfechos con la información clínica



Proporción de pacientes satisfechos con la información clínica

Datos comparados 1995-97



Hospitales en el nivel de la excelencia (*)

Comarcal de Jarrío. Coaña Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos De Sierra Llana. Torrelavega Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares	Rafael Méndez. Lorca San Jorge. Zaragoza Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid
---	---

*Por considerar inadecuada la muestra de pacientes evaluada, no se ha incluido dos hospitales que alcanzaron un resultado >95%.

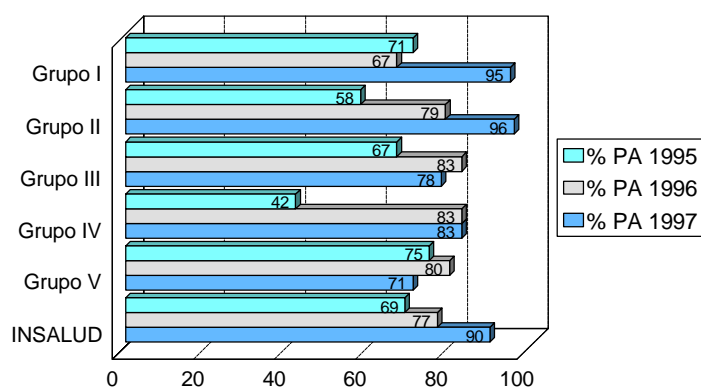
OBJETIVO 4.1 - PROGRAMA DE ACOGIDA

Cuando un paciente ingresa en un hospital se produce un cambio importante y rápido en su entorno. Su deterioro físico e incluso psíquico, preocupaciones de él mismo y su familia por problemas surgidos de situaciones laborales, sociales, económicas y familiares, hacen de este primer momento uno de los de mayor carga emocional. Es una situación crítica que condiciona la satisfacción de los pacientes con su estancia en el hospital.

Los Programas de Acogida (PA) al paciente hospitalizado tratan de que este primer contacto del paciente y sus familiares con el hospital se desarrolle dentro de un marco que favorezca la relación entre el profesional sanitario y el paciente, una atención personalizada y de confianza, unos cuidados adecuados a la situación de salud que padece, y aquella información que precise para hacer más satisfactoria su estancia. Otro de los objetivos del programa es informar a los pacientes de la carta de Derechos y Deberes. En la mayoría de los hospitales se entrega una información escrita en la que, entre otra información relativa al hospital, figuran los Derechos de los pacientes.

77 hospitales han evaluado este objetivo.

Proporción de hospitales con Programa de Acogida al paciente



En la siguiente tabla observamos cuántos de éstos centros tienen documentado el PA. Se entiende por documentado aquel programa que cuenta con un documento escrito con las acciones de las que consta, así como los responsables encargados de llevarlas a cabo.

Grupo	Nº Hospitales	PA Documentado
I	22	16 (73%)
II	28	21 (75%)
III	9	6 (67%)
IV	12	9 (75%)
V	7	5 (71%)
INSALUD	78	57 (73%)

Por último, la siguiente tabla muestra cuántos de estos centros hacen entrega al paciente de folleto o tríptico con información sobre los servicios del hospital, horarios, derechos y deberes del paciente, etc.

Grupo	Nº Hospitales	% de documentación por escrito
I	22	18 (82%)
II	28	22 (79%)
III	9	7 (78%)
IV	12	12 (100%)
V	7	5 (71%)
INSALUD	78	64 (82%)

OBJETIVO 4.2- SATISFACCION CON LA INFORMACION GENERAL

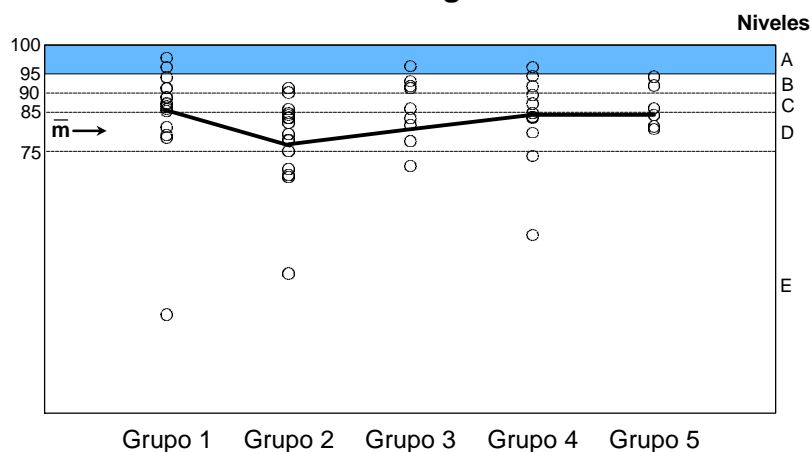
Evaluaron este objetivo un total de 77 hospitales.

Indicador: Proporción de pacientes que en la última Encuesta de Post hospitalización (EPH) realizada en el hospital contestan estar satisfechos/muy satisfechos con la información general recibida.

Proporción de pacientes satisfechos con la información general

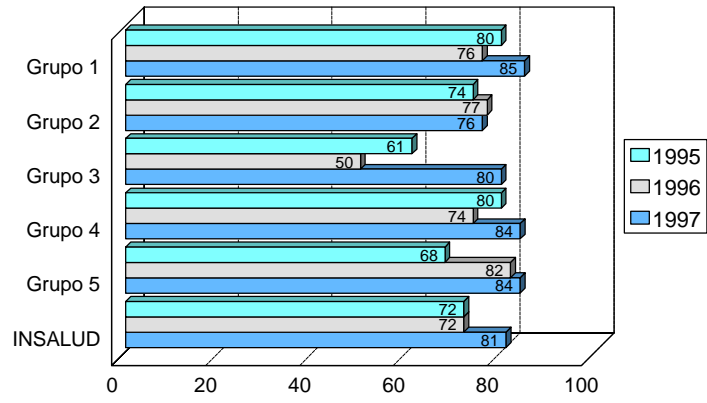
Gr upo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	85% (4.193/4.922)	28%	99%
II	28	76% (7.419/9.753)	39%	95%
III	9	80% (3.293/4.098)	69%	97%
IV	12	84% (6.687/7.986)	50%	97%
V	6	84% (809/965)	79%	94%
INSALUD	77	81% (22.401/27.724)	28%	99%

Proporción de pacientes satisfechos con la información general



Hospitales en el nivel de la excelencia	
De Calatayud. Zaragoza Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos	Complejo Hospitalario de Toledo Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Proporción de pacientes satisfechos con la información general
Datos comparados periodo 1995-97



CONCLUSIONES AREA DERECHOS DE LOS PACIENTES

Los objetivos incluidos en esta área tratan de sensibilizar a los profesionales hacia la mejora de aspectos que tienen relación con derechos de los pacientes. En comparación con 1996 todos los indicadores han mejorado sus resultados globales.

Así, en la contestación de las reclamaciones, se ha pasado del 71% al 86%. Únicamente el grupo V ha empeorado los resultados.

En el establecimiento de un lugar y horario para la información, se ha pasado también del 71% al 86%. Todos los grupos de hospitales han mejorado sus resultados. Este objetivo plantea dificultades en la consecución de mejores resultados debido a la complejidad de la organización de algunos servicios, o las características de la asistencia en otros, como son urgencias, quirófanos, etc, que no permiten tener horarios y en ocasiones lugares, perfectamente definidos. Por esta razón se propone para 1998, a sugerencia de un hospital que ya lo ha llevado a cabo, que el indicador mida que si los servicios tienen establecido y documentado un Plan de Información.

El promedio de procedimientos con documentos de CI ha pasado de 42 en 1996 a 65 en 1997. El promedio por grupos está relacionado con la complejidad del hospital, siendo los hospitales del grupo IV los que tienen un mayor nº de documentos. Estos resultados están todos por encima de la cifra que inicialmente se consideró como nivel de la excelencia, que pretendía que al menos los 20 procedimientos más frecuentes de cada hospital tuvieran un documento de CI específico.

En 1996 un 38% de estos documentos estaban avalados por algunos de los órganos hospitalarios propuestos, pasando al 53% en 1997. A esta mejora ha contribuido el trabajo realizado por las Sociedades Científicas que han desarrollado los documentos de procedimientos relacionados con su área de conocimiento. Estos documentos, o bien se implantan directamente, o se adaptan siguiendo los consejos de los Comités que los deben avalar, que encuentran que algunos hacen un énfasis excesivo en los riesgos y los encuentran muy defensivos

En cuanto a la implantación del documento de CI en las intervenciones quirúrgicas más frecuentes ha pasado de un 59% en 1996 a un 75% en 1997. El resultado en la implantación en pruebas diagnósticas de riesgo ha empeorado respecto de 1996, pasando de un 76% a un 70%. Una posible explicación a este empeoramiento es que en 1997 han implantado este objetivo y medido el indicador 17 hospitales más que en 1996.

La satisfacción con la información tanto clínica como general ha mejorado de forma global en ambos indicadores. Como ya se ha comentado al mostrar los resultados, existe gran diversidad de contenido y metodológica entre las encuestas de los hospitales, incluso en un mismo hospital de un año a otro, por lo que las comparaciones tienen muchas limitaciones. Esto ha sido lo que ha motivado el inicio de un proyecto para el diseño de una encuesta de posthospitalización homogénea para todos los hospitales.

El 90% de los hospitales tienen un programa de acogida a los pacientes hospitalizados, que mejora la cifra de 77% de 1996. Uno de los aspectos del programa de acogida es la entrega a los pacientes de información sobre el hospital y la carta de deberes y derechos. Esta información se entrega en el 64% de los hospitales, que mejora respecto a la cifra previa que era un 48%. El contenido de la información sobre el hospital es muy variado y se refleja una tendencia en ofrecer cada vez más información a los pacientes.

IV.- Area Protocolización de la Práctica Asistencial

Los objetivos de este área son:

- Inclusión de pacientes en LEQ de acuerdo a criterios establecidos
- Profilaxis antibiótica adecuada a protocolo
- Sondaje urinario de acuerdo a protocolo
- Mejora de la calidad de los procesos asistenciales frecuentes

OBJETIVO 5.- INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA DE ACUERDO A CRITERIOS ESTABLECIDOS.

Este objetivo fue evaluado por 73 hospitales.

Los criterios obligatorios establecidos en la circular 3/94 son:

1. Nombre y dos apellidos del paciente
2. DNI o CIP
3. Dirección postal, teléfono
4. Edad, sexo.
5. HC
6. Fecha de entrada en demanda quirúrgica con todos los requisitos:
 - Tener realizados los estudios pertinentes
 - Haber establecido el diagnóstico
 - Indicación de un procedimiento quirúrgico.
 - No incluir procesos incipientes ni segundos tiempos de intervenciones.
 - Haber informado al paciente, con firma de autorización del paciente de entrada en lista de espera, o en su caso del documento de CI indicando su consentimiento para la intervención.
 - Tener HC abierta y realizada en el área sanitaria
7. Servicio quirúrgico al que está adscrito el facultativo
8. Diagnóstico literal del facultativo
9. Diagnóstico codificado
10. Prioridad según clasificación

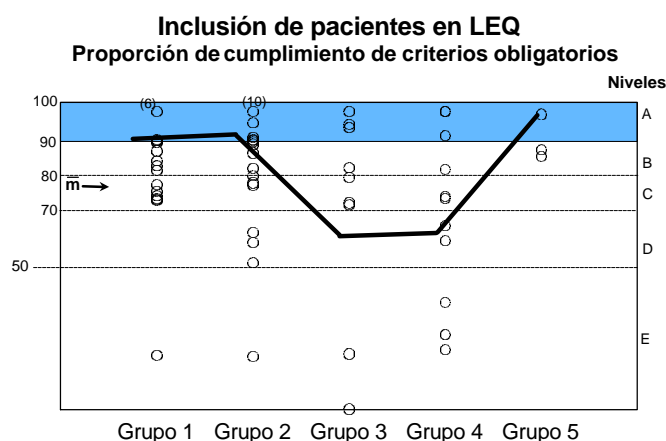
Además en esta circular se establecen unos criterios recomendados que son de una gran importancia para la gestión de la lista de espera:

1. Identificación del facultativo
2. Procedimiento literal a realizar
3. Procedimiento codificado por CIE9-MC
4. Ayudas para la programación del ingreso y la intervención

En la siguiente tabla observamos la proporción de inclusiones en lista de espera que seguían los criterios obligatorios.

Proporción de cumplimiento de los criterios obligatorios

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	88% (4.103/4652)	18%	100%
II	28	89% (12.804/14.340)	18%	100%
III	9	60% (5.782/9.590)	0%	100%
IV	11	61% (2.778/4.570)	20%	100%
V	3	94% (911/973)	87%	99%
INSALUD	73	77% (26.378/34.125)	0%	100%



A continuación mostramos la proporción de inclusiones en lista de espera que seguían los criterios obligatorios y recomendados.

Proporción de cumplimiento de los criterios obligatorios y recomendados.

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	21	74% (3.431/4.652)	0%	100%
II	25	74% (10.662/14.340)	0%	100%
III	7	42% (4.068/9.590)	0%	96%
IV	7	9% (392/4.570)	0%	100%
V	3	75% (732/973)	60%	95%
INSALUD	63	57% (19.285/34.125)	0%	100%

Hospitales en el nivel de la excelencia	
De Alcañiz. Teruel	Rio Carrión. Palencia
De Barbastro. Huesca	Complejo Hospitalario de Segovia
Alvarez Buylla. Mieres	Virgen del Puerto. Plasencia. Cáceres
Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real	Complejo Hospitalario de Cáceres
Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos	San Millán-San Pedro. Logroño
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos	Severo Ochoa. Leganés. Madrid
Comarcal de Medina del Campo. Valladolid	Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares
Ciudad de Coria. Cáceres	Morales Meseguer. Murcia
Cruz Roja. Ceuta	General de Albacete
Comarcal de Melilla	Complejo Hospitalario de Toledo
General San Jorge. Huesca	Clinico de Valladolid
De Sierra Llana. Torrelavega	Son Dureta. Palma de Mallorca
Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real	Marques de Valdecilla. Santander
Virgen de la Luz. Cuenca	Niño Jesús. Madrid
General de Guadalajara	Santa Cristina. Madrid
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	

Protocolos en la práctica clínica

La mejora de la calidad de la asistencia pasa, entre otros factores, por definir la práctica correcta basada en la mejor evidencia científica disponible, aplicarla adaptándola al contexto y evaluar posteriormente su aplicación y resultados. Los gestores de los servicios públicos, siempre bajo condiciones de recursos limitados, deben garantizar la eficiencia y equidad. Para ello es necesario que la toma de decisiones se base en evidencias. Cada vez más, el personal sanitario debe considerar como una responsabilidad ética la actualización de sus conocimientos y el consenso con otros profesionales de la práctica clínica basada en la mejor evidencia disponible.

Uno de los aspectos más importantes del programa de calidad es el promover el diseño, utilización y evaluación de protocolos o guías de práctica clínica, con el objetivo de disminuir la variabilidad, mejorar el beneficio para los pacientes, controlar el gasto sanitario por sobreutilización, mejorar el uso apropiado de los servicios, reducir el riesgo de demandas y aumentar la información a la población.

Un protocolo o una guía de práctica puede definirse como una secuencia lógica de acciones o actos médicos dirigido a la atención de un problema concreto de salud. Los protocolos se basan en el análisis de estrategias, alternativas, el estado del conocimiento sobre el tema y en los recursos disponibles en el lugar de aplicación. Su objetivo es mejorar la práctica médica evitando diferencias en la atención, fruto de criterios personales no suficientemente contrastados, que puedan producir resultados diferentes de salud para el paciente o variaciones injustificables en el coste.

El programa de calidad incluyó dos objetivos sobre aspectos muy concretos de la práctica asistencial y en los que ya se lleva un tiempo trabajando en los hospitales: la profilaxis antibiótica quirúrgica y el cuidado del paciente con sonda vesical. Ambos son aspectos asistenciales muy bien delimitados, frecuentes, y son grandes los beneficios de un uso apropiado. Aparte de este beneficio específico, la sencillez en su aplicación contribuye a crear extender entre los profesionales la necesidad de disponer de pautas de actuación correctas, evaluar su aplicación y contrastar con los resultados clínicos.

Otros dos objetivos de este área incluidos en el CP tenían como finalidad influir en la mejora de los tiempos de espera de intervenciones quirúrgicas frecuentes y de la primera consulta con el especialista. La razón de la inclusión de estos objetivos es, que uno de los aspectos en donde se ha demostrado mayor variabilidad ha sido en los criterios clínicos que se utilizan para decidir cuando un paciente debe ser visto por el especialista o intervenido quirúrgicamente. Esta variabilidad se ha demostrado por la diferente tasa en la utilización de determinados procedimientos quirúrgicos en poblaciones de características similares. Por ejemplo, la frecuencia de amigdalectomía por 100.000 habitantes en el territorio gestionado por el INSALUD oscila entre 13 y 99 en las distintas comunidades, siendo la media del INSALUD de 52.

Cada hospital debía priorizar aquellas intervenciones o procesos derivados desde Atención Primaria que tuviesen lista de espera y en los que se hubiese detectado variabilidad o uso no apropiado de criterios en su utilización.

Al mismo tiempo en el INSALUD se había comenzado una línea de colaboración con las Sociedades Científicas (SSCC) con el propósito de establecer en patologías prevalentes unos criterios clínicos homogéneos para la intervención o para la derivación de AP a AE. Estas Guías de actuación facilitaron o fueron la base para el desarrollo de protocolos hospitalarios adaptados a la idiosincrasia de cada uno de los centros y su implantación pasó a ser un objetivo de calidad de los servicios clínicos implicados. Puesto que no todas las patologías habían sido abordadas por las SSCC, hospitales que las consideraron prioritarias, diseñaron sus propios protocolos.

El último objetivo de esta área hace referencia a la utilización adecuada de fármacos de alto coste o de alta tecnología. Los hospitales debían escoger entre estos dos aspectos, cuál consideraba prioritario, y en qué medicamento o tecnología. La mayoría de estos protocolos fueron diseñados por los profesionales de los centros.

La evaluación de los protocolos se ha llevado a cabo de forma diferente. La profilaxis antibiótica y los cuidados del paciente sondado se ha hecho mayoritariamente por las personas responsables del objetivo, pero que no eran necesariamente los profesionales directamente implicados: Comisión de Infecciones, responsable de Medicina Preventiva, Enfermera de calidad, etc. El resto de los protocolos se han evaluado fundamentalmente por profesionales directamente implicados en la implantación del protocolo: oftalmólogos, traumatólogos, etc.

Uno de los requisitos en estos objetivos fue el envío de la hoja de recogida de datos en la que debían constar los criterios tenidos en cuenta en la evaluación del cumplimiento del protocolo. Tener una hoja de recogida de datos contribuye a tener un correcto método de evaluación en los hospitales y permite, a quien hace la evaluaciones globales de todos los hospitales, hacer una valoración de los criterios que se han tenido en cuenta y las diferencias entre hospitales.

OBJETIVO 6.- PROFILAXIS ANTIBIOTICA ADECUADA A PROTOCOLO

El uso de antibióticos tiene efectos beneficiosos para la salud, pero puede tener dos tipos de perjuicios. Por una parte los costes económicos derivados de la automedicación y de la prescripción inadecuada, por otra, los costes económicos y sociales que se derivan de la aparición de resistencias. La existencia de bacterias resistentes supone que el tratamiento de las enfermedades se hace difícil y es necesario tener en cuenta los costes directos e indirectos que su aparición suponen para los pacientes, el hospital, el sistema sanitario y la sociedad. Para evitar la aparición de resistencias los expertos consideran necesario, entre otras medidas, el desarrollo de guías o protocolos basados en la evidencia científica para su utilización adecuada.

La evaluación de este objetivo ha tenido como requisito indispensable que el hospital tuviera un protocolo de profilaxis quirúrgica documentado y aprobado por la Comisión Clínica correspondiente, que mayoritariamente ha sido la Comisión de Infecciones. No se ha planteado este año hacer una valoración de los protocolos. Esta limitación puede implicar cierta injusticia en la valoración de aquellos hospitales que hayan preferido desarrollar un protocolo ajustado a la evidencia científica actual, lo que provoca una menor adhesión de los profesionales, antes que aplicar un protocolo menos estricto pero más consensuado entre los profesionales.

Han evaluado este objetivo 70 hospitales (90%). No tenían que evaluar este objetivo dos hospitales por no tener servicios quirúrgicos.

Los criterios tenidos en cuenta en la evaluación han sido comunes y homogéneos para todos:

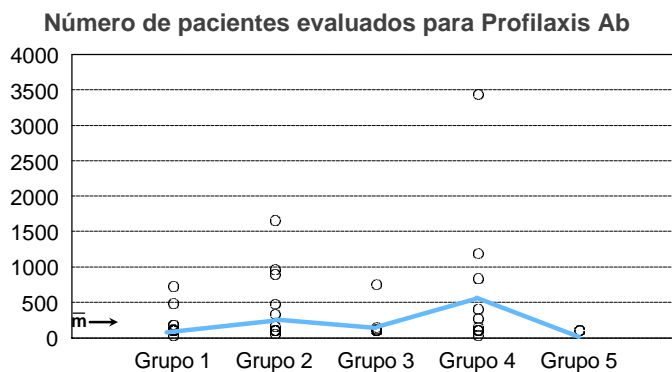
- Indicación o no de la administración de la profilaxis.
- Tipo de antibiótico utilizado.
- Momento de la administración.
- Dosis.
- Vía de administración.
- Duración de la profilaxis.

La evaluación se ha llevado a cabo en los pacientes intervenidos, estuviera indicada o no la profilaxis. El objetivo ha sido detectar la adecuación al protocolo, no sólo en aquellas intervenciones que precisan profilaxis, sino también en aquellas que por el tipo de cirugía no precisan profilaxis, en las cuales la inadecuación consiste en administrarla.

El cálculo de este indicador se comenzó a hacer en el año 1994 en los pacientes intervenidos de la intervención quirúrgica más frecuente del hospital. En el año 1995 se evaluó la intervención más frecuente de cada uno de los servicios y en el año 96 de las dos más frecuentes de cada uno de los servicios quirúrgicos. En 1997 se ha pretendido tener una visión global y representativa de todas las altas quirúrgicas por lo que se propuso una muestra mínima de pacientes recogida de forma aleatoria de un periodo establecido. El tamaño muestral, calculado para una precisión de un 10% y una confianza del 95%, para todos los grupos de hospitales, se fijó en un mínimo de 100 pacientes intervenidos.

La mayor parte de los hospitales han seguido esta recomendación, y los que no lo han hecho ha sido por exceso, al evaluar muestras de pacientes mucho más amplias, incluso población total de pacientes intervenidos. Esto ha llevado a que la muestra total del INSALUD haya sido de 20.979 pacientes, frente a los 11.904 evaluados el año anterior, aunque hay que tener presente que el número de hospitales que ha evaluado este indicador ha pasado de 51 a 70.

En el siguiente gráfico se muestra el número de pacientes estudiados:



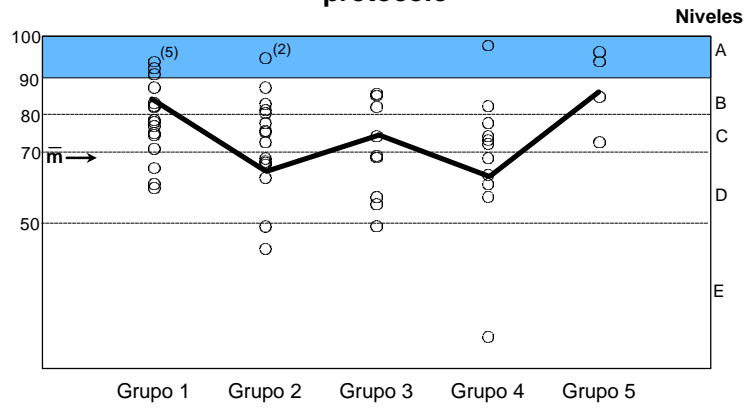
Proporción de pacientes con profilaxis adecuada a protocolo

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales Que evalúan</i>	<i>Resultado</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	22	83% (2.805 / 3.398)	56%	100%
II	24	65% (5.781 / 8.867)	36%	100%
III	9	74% (1.188 / 1.615)	44%	85%
IV	11	64% (4.266 / 6.699)	10%	100%
V	4	87% (347 / 400)	70%	98%
INSALUD N=76	70 (92%)	69% (14.387 / 20.979)	10%	100%

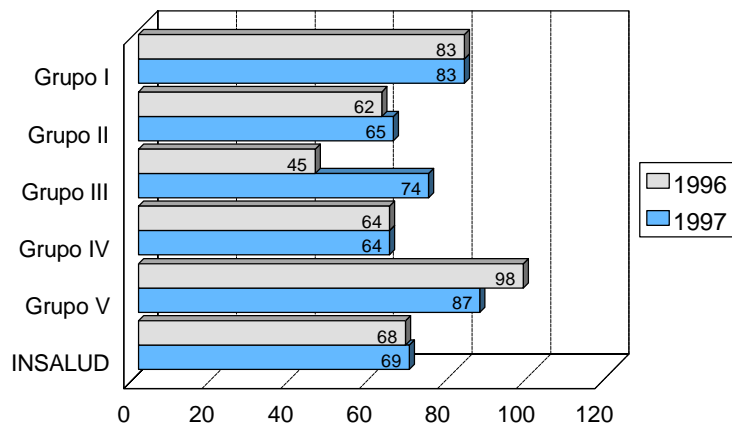
El resultado de la evaluación muestra una pequeña mejora con respecto a 1996, de un 68% a un 69% de adecuación de la profilaxis al protocolo, pero hay que tener en cuenta dos circunstancias que probablemente han impedido una mejora superior:

- El ámbito de la evaluación se ha ampliado a los pacientes intervenidos de todas las intervenciones y no se ha limitado a las 2 más frecuentes de cada servicio como se hizo el año anterior.
- En 1996 evaluaron este objetivo 51 hospitales y en 1997 lo han hecho 70 hospitales. Los hospitales que no hicieron la evaluación en 1996 es probable que no implantaran acciones acciones de mejora y por lo tanto han partido de un resultado inferior.

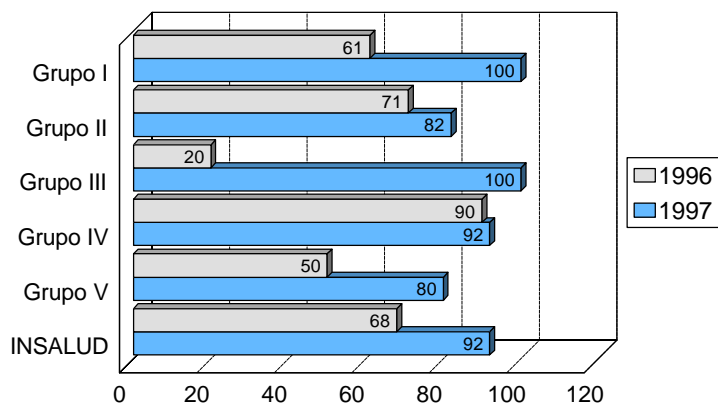
Proporción de pacientes con profilaxis Ab adecuada a protocolo



Proporción de pacientes con Profilaxis Ab. adecuada a Protocolo



Proporción de hospitales con Protocolo de Profilaxis Antibiótica



Hospitales en el nivel de la excelencia*
De Alcañiz. Teruel
Can Misses. Ibiza
Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real
Ciudad de Coria. Caceres
Virgen del Castillo. Yecla
General San Jorge. Huesca
Niño Jesús. Madrid
Santa Cristina. Madrid

*Por considerar inadecuada la muestra de pacientes evaluada, no se han incluido 4 hospitales que alcanzaron un resultado >90%.

OBJETIVO 7.- CUIDADOS DEL PACIENTE CON SONDA URINARIA DE ACUERDO A PROTOCOLO

Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería es uno de los aspectos claves de los planes de calidad. La infección urinaria supone molestias y riesgos para la salud de los pacientes y el consiguiente aumento de costes derivados de estancias prolongadas, utilización de antibióticos, etc.

Este objetivo trata de promover que en los hospitales exista un protocolo que defina como debe ser, tanto el sondaje urinario, como los cuidados posteriores al paciente con sonda vesical. Se debe involucrar a todas las personas que participan, ya que es un proceso multidisciplinar en el que intervienen médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, e incluso el propio paciente y su familia. Además se debe hacer una evaluación del cumplimiento del protocolo.

Han evaluado este objetivo 73 hospitales (93%), frente a los 49 hospitales que lo evaluaron en 1996. 70 hospitales tienen un protocolo documentado. En la evaluación del protocolo se han tenido en cuenta un promedio de 7 criterios de calidad (rango 20-2). Esta diferencia en el número de criterios evaluados se debe a que algunos hospitales han evaluado únicamente el proceso del sondaje vesical y otros han incluido la evaluación de los cuidados de enfermería posteriores al sondaje. Esta diferencia metodológica dificulta la comparación de los hospitales entre sí.

Han aplicado un estudio de prevalencia 40 hospitales, y de incidencia, 26 hospitales

	<i>Incidencia</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>Otros</i>
Grupo 1	8	11	2
Grupo 2	12	12	0
Grupo 3	3	6	0
Grupo 4	2	9	0
Grupo 5	1	2	1

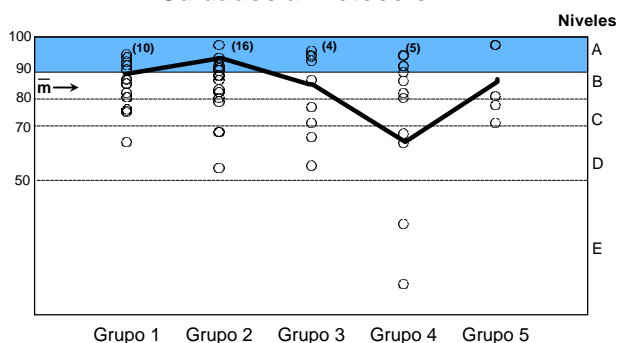
A la pregunta de si se utilizan en el hospital sistemas de sondaje abiertos (al margen de aquellas situaciones concretas en las que pueda estar indicado), 23 hospitales contestan que si. De ellos 7 hospitales son del grupo uno y 10 del grupo dos.

La media de pacientes evaluados en 1996 fue de 101, mientras que en 1997 ha sido de 130.

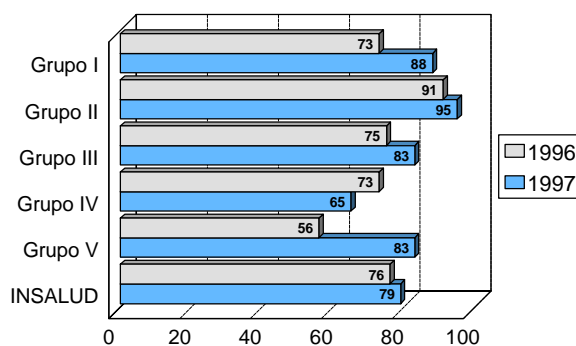
Proporción de pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales que evalúan</i>	<i>Resultado</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	21	88% (1.295 / 1.475)	64%	100%
II	26	95% 2.717 / 2.873)	55%	100%
III	9	83% 618 / 749	55%	98%
IV	12	65% 2.762 / 4.260	11%	96%
V	5	83% 145 / 175	71%	100%
INSALUD N=78	73 (93%)	79% 7.537 / 9532	11%	100%

Proporción de adecuación de Sondaje y Cuidados a Protocolo



Proporción de adecuación de Sondaje y Cuidados a Protocolo



El resultado de este objetivo en comparación con 1996 ha mejorado del 76% al 79% de adecuación al protocolo. Al igual que en la profilaxis hay una circunstancia que ha podido limitar un mejor resultado, como es el haber incluido en la evaluación 24 hospitales más que en 1996.

Hospitales en el nivel de la excelencia para este objetivo*	
Alvarez Buylla. Mieres	Virgen de la Concha. Zamora
Can Misses. Ibiza	Complejo Hospitalario de Caceres
Comarcal de Laredo. Cantabria	Complejo Hospitalario Móstoles-Alcorcón
Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real	Príncipe de Asturias. Alcala de Henares
Ciudad de Coria. Caceres	General de Albacete
Virgen del Castillo. Yecla	Complejo Hospitalario Virgen Blanca. León
General Obispo Polanco. Teruel	Miguel Servet. Zaragoza
Complejo Hospitalario Ciudad Real	Marques de Valdecilla. Santander
Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real	
Rio Carrión. Palencia	

* Se han considerado solo aquellos hospitales que han conseguido un resultado >90%, que han evaluado más de 5 criterios y la muestra se considera adecuada al tamaño del hospital.

OBJETIVO 8.- IMPLANTAR UN PROTOCOLO/GUIA DE PRACTICA PARA UN PROCESO QUE INCIDA EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Han implantado un protocolo de un proceso quirúrgico 62 hospitales. No precisaban implantarlo dos hospitales que no tienen pacientes quirúrgicos y uno que recibe pacientes de lista de espera procedentes de otros hospitales y por lo tanto no tienen posibilidades de influir en este objetivo.

No han evaluado este objetivo:

- Cuatro hospitales del grupo 1
- Tres hospitales del grupo 2
- Dos hospitales del grupo 3
- Un hospital del grupo 4
- Un hospital del grupo 5

El protocolo implantado ha sido:

<i>Protocolo elaborado por las Sociedades Científicas</i>	<i>Adaptación al hospital de un protocolo elaborado por las Sociedades Científicas</i>	<i>Protocolo elaborado en el hospital por los profesionales</i>	<i>Otros</i>
En 25 hospitales	En 20 hospitales	En 17 hospitales	2

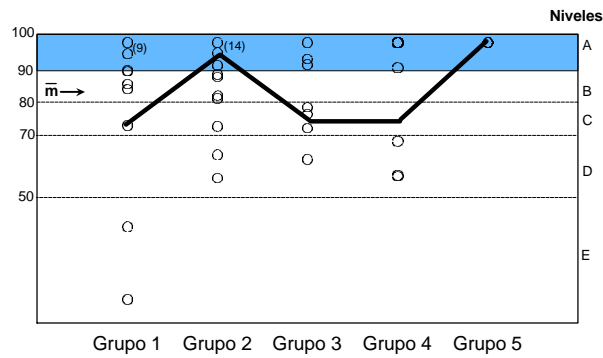
Evaluación de los protocolos

El promedio de pacientes estudiado por cada protocolo ha sido de 77.

Proporción de pacientes que cumplen los criterios del protocolo implantado

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	17	73% (413 / 562)	8%	100%
II	25	94% (1.727 / 1.828)	52%	100%
III	7	75% (1.075 / 1.429)	58%	100%
IV	10	75% 621 / 830	52%	100%
V	3	100% 145 / 145	100%	100%
INSALUD N=76	62 (82%)	83% 3.981 / 4794	8%	100%

Proceso que incide en L.E.Q.
Proporción de pacientes que cumplen los criterios del protocolo



Los resultados para los procedimientos más frecuentes en los que se ha implantado un protocolo han sido:

	Nº hospitales	Pacientes Numerador	Pacientes Denominador	Resultado
Prótesis de cadera	9	157	184	85%
Cataratas	29	2398	2760	87%
Adenoamigdalectomía	8	379	393	96%
Herniorrafia	3	139	142	98%
Adenoma próstata	5	69	70	99%

OBJETIVO 9.- IMPLANTAR UN PROTOCOLO/GUIA DE PRACTICA PARA UN PROCESO QUE INCIDA EN LISTA DE ESPERA PARA PRIMERA CONSULTA DE ESPECIALISTA

No pactaron este objetivo 4 hospitales que no tienen consulta con especialista en el área. Implantaron un protocolo 61 hospitales (81%).

El protocolo implantado ha sido:

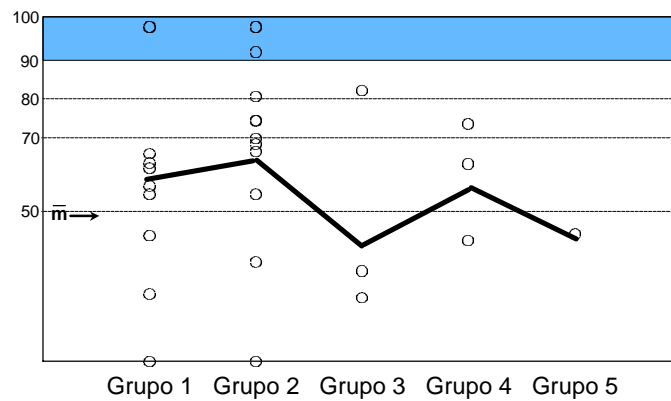
<i>Protocolo elaborado por las Sociedades Científicas</i>	<i>Adaptación al área en colaboración con los profesionales de AP de un protocolo elaborado por las Sociedades Científicas</i>	<i>Protocolo elaborado en el área por profesionales de AP y AE</i>	<i>Otros</i>
En 6 hospitales	En 11 hospitales	En 35 hospitales	9

Han evaluado la implantación del protocolo 34 hospitales (45%). El promedio de pacientes evaluados es de 286 (rango 5-2675), estando la mediana en 59 pacientes.

Proporción de pacientes que cumplen los criterios del protocolo implantado

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales que evalúan</i>	<i>Resultado</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	10	57% (187/328)	0%	100%
II	17	63% (2.452/3.917)	0%	100%
III	3	39% (2.099/5.361)	19%	81%
IV	3	59% (68/116)	36%	71%
V	1	38% (13/34)	38%	38%
INSALUD N=75	34 (45%)	49% (4.819/9.756)	0%	100%

Derivación de pacientes de AP a Especialista
Proporción de pacientes derivados de acuerdo a protocolo



Los resultados en los procesos más frecuentes en los que se ha implantado un protocolo han sido:

	<i>Nº hospitales</i>	<i>Pacientes Numerador</i>	<i>Pacientes Denominador</i>	<i>Resultado</i>
Cefaleas	8	17	69	25%
Lumbalgia	11	1545	2387	65%
Alergia	5	329	375	88%
Enf. Ap. Locomotor	7	243	309	79%

OBJETIVO 10.- IMPLANTAR UN PROTOCOLO PARA EL USO ADECUADO DE FÁRMACOS O DE ALTA TECNOLOGÍA

Se implantó un protocolo de uso adecuado de un fármaco o de alta tecnología en 68 hospitales. Seis hospitales evalúan ambos, cuando el compromiso en el contrato solo era uno.

No evaluaron este objetivo:

- Tres hospitales del grupo 1
- Tres hospitales del grupo 2
- Un hospital del grupo 3
- Un hospital del grupo 4
- Dos hospitales grupo 5

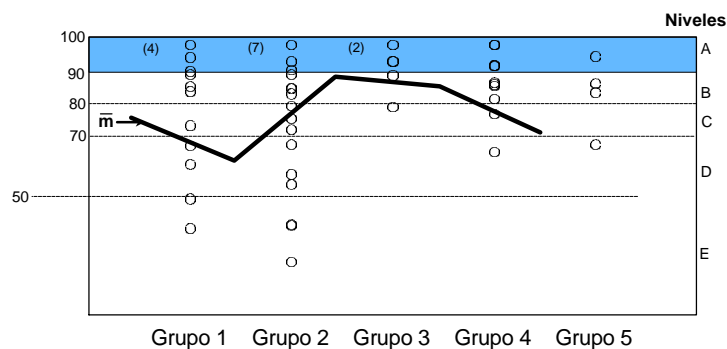
Protocolos en fármacos

58 hospitales evaluaron la implantación del protocolo.

Proporción de pacientes que cumplen los criterios del protocolo (fármacos)

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales que evalúan</i>	<i>Resultado</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	14	74% (205/278)	32%	100%
II	23	65% (1.742/2.694)	20%	100%
III	6	89% (1.405/1.586)	77%	100%
IV	11	87% (618/708)	60%	100%
V	4	72% (378/526)	63%	96%
INSALUD	58	75% (4.348/5.792)	20%	100%

Utilización adecuada de fármacos
Proporción de pacientes que cumplen los criterios del protocolo



Los resultados en los fármacos más frecuentes en los que se ha implantado un protocolo han sido:

	Nº hospitales	Pacientes Numerador	Pacientes Denominador	Resultado
Antibióticos	7	210	308	68%
Albúmina	7	93	112	83%
Omeprazol	7	210	296	71%
Antirretrovirales	5	278	299	93%
Ondasetron	3	131	162	81%
Heparinas	3	164	177	93%

Protocolos en alta tecnología

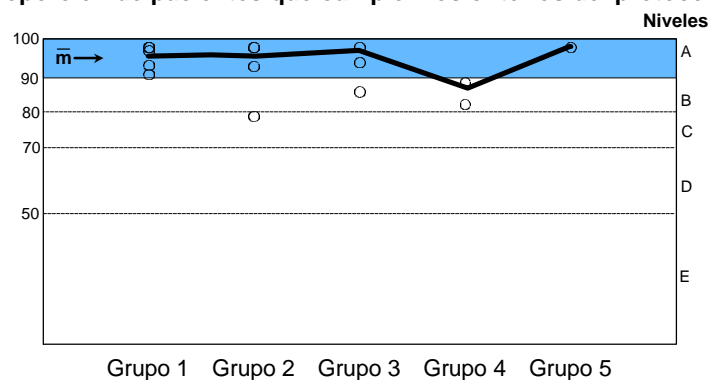
Evalúan este objetivo 17 hospitales.

Proporción de pacientes que cumplen los criterios del protocolo (alta tecnología)

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	7	96% (626/650)	60%	100%
II	4	96% (170/177)	77%	100%
III	3	97% (705/729)	89%	100%
IV	2	87% (140/161)	81%	88%
V	1	100% (11/11)	100%	100%
INSALUD	17	96% (1.652/1.728)	60%	100%

Utilización adecuada de alta tecnología

Proporción de pacientes que cumplen los criterios del protocolo



Los resultados en las pruebas de alta tecnología más frecuentes en las que se ha implantado un protocolo han sido:

	<i>Nº hospitales</i>	<i>Pacientes Numerador</i>	<i>Pacientes Denominador</i>	<i>Resultado</i>
RNM	5	681	714	95%
CPRE	2	309	326	94%

El resto de la tecnología donde se ha implantado el protocolo es muy variada y no permite hacer agrupaciones.

CONCLUSIONES DEL AREA DE PROTOCOLIZACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

No ha habido cambios significativos en los 2 objetivos que ya estuvieron incluidos en el Plan de Calidad de años previos. Así ocurre en la utilización de antibióticos en la profilaxis antibiótica, como los cuidados de enfermería del paciente sondado. En ambos casos ha ocurrido que el ámbito de la evaluación se ha ampliado alrededor de un 20%, como ya se comenta en cada uno de los objetivos. Esto no indica más, que los resultados son mejor reflejo de la realidad y que todavía existen en muchos hospitales grandes oportunidades de mejora. Sin duda este tramo de mejora es el más difícil de conseguir y hay que convencer a un grupo de profesionales de la importancia de la utilización adecuada, según la mejor evidencia disponible, de cuidados y tratamientos.

El resto de los objetivos de esta área se han incluido en 1997 por vez primera en el Plan de calidad y probablemente esa sea la causa de que una minoría de hospitales, repartidos entre todos los grupos, no hayan evaluado estos objetivos.

En la implantación de un protocolo de un proceso quirúrgico, la mayoría de hospitales han utilizado alguno de los desarrollados por las SSCC y han utilizado en su evaluación los criterios y las hojas de recogida de datos elaboradas también por las SSCC. El resultado de la implantación, con un 83% de adecuación se puede considerar muy bueno.

El problema se ha dado en la implantación del protocolo de un proceso de derivación de Primaria a Especializada. Aquí la implantación del protocolo se produjo en un 81% de hospitales, pero su evaluación no se llevó a cabo más que en un 45%. Una de las causas es que los médicos de especializada no se han sentido responsables de la evaluación de un protocolo que, a quién corresponde su cumplimiento y por tanto también parte de la evaluación, es a los médicos de Primaria y no parece que se haya dado este tipo de colaboración. Además, el resultado de la evaluación ha resultado muy bajo, un 49% de los pacientes derivados cumplían los criterios.

Como demuestra el caso de 2 hospitales en los que se han validado los resultados, el desplazamiento de los profesionales que elaboraron el protocolo al Centro de Salud tuvo gran influencia en su seguimiento, al contrario de lo que sucedió en el hospital en el que se envió por correo.

Otro de los objetivos trata sobre la adecuación en la utilización de fármacos y/o alta tecnología. Los resultados han sido aceptables tanto en participación de hospitales como en resultado obtenido en la evaluación. La mayoría de hospitales escogió hacerlo en fármacos, donde ha resultado más fácil elaborar los criterios de utilización, al contrario que en la alta tecnología, como en la RNM y TAC, donde los criterios de utilización son muy cambiantes y están poco definidos. Es muy importante la colaboración de las Agencias de Evaluación Tecnológica en la definición de los criterios y es un objetivo propuesto para 1998 en la implantación del protocolo de oxigenoterapia y RNM.

V.- Area Infección Nosocomial

El objetivo de este área es:

- Implantar un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria de acuerdo a las necesidades del hospital.

OBJETIVO 11- IMPLANTAR UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL HOSPITAL

Se denomina Infección Nosocomial (IN) a todo proceso infeccioso que ocurre durante la hospitalización, a veces después, y que no estaba presente o incubándose en el momento de la admisión del enfermo en el hospital.

La infección nosocomial es uno de los problemas más costosos, en términos de morbilidad y mortalidad, y en coste económico, a los que se enfrentan las instituciones sanitarias. Entre los factores relacionados con su aparición existen algunos que son modificables y otros que no lo son, lo que condiciona que exista un mínimo irreductible de infección. Estudios como el SENIC han concluido que, al menos un tercio de las tasas de IN, puede reducirse actuando tan sólo sobre factores modificables. Esta fracción prevenible de la IN está íntimamente relacionada con diversos aspectos de la calidad asistencial, especialmente con las instrumentaciones médicas. De esta forma, las tasas de infección nosocomial (globales o específicas) están consideradas como un indicador válido de resultado de la calidad de la atención sanitaria.

Para poder usar las tasas de infección como un indicador de calidad es preciso, por un lado, asegurar que se tienen en cuenta las variables de confusión con relación conocida y, por otro, definir métodos estándar para definir y detectar las infecciones. De la disparidad de métodos de vigilancia utilizados en los hospitales surgen precisamente los principales problemas a la hora de hacer homogéneos y comparables los datos de infección.

Con ocasión de la Primera Conferencia Internacional sobre Infecciones Nosocomiales celebrada en Atlanta en 1970, se pensó en la necesidad de homogeneizar programas y crear un sistema protocolizado de vigilancia de la infección hospitalaria. Este primer estudio, conocido como NNIS (National Nosocomial Infection Study), recogió información de más de cincuenta hospitales americanos. Posteriormente se realizaría el estudio SENIC en el que se evaluó la eficacia de las medidas aplicadas. En la Tercera Conferencia Internacional sobre Infecciones Nosocomiales celebrada en 1990, se estableció como objetivo prioritario de la vigilancia el hacerla por sistemas más efectivos adaptados a las circunstancias del centro donde se realiza, con la finalidad de aumentar el rendimiento de las medidas preventivas.

La vigilancia (Thackett et al, 1983) es una actividad dinámica cuyo objeto es recoger información acerca de la ocurrencia de enfermedades en una población definida; en este caso, la población hospitalaria. La vigilancia de la infección nosocomial se centra en la recogida, clasificación y mantenimiento de una base de datos, capaz de describir la frecuencia de la infección, factores endógenos y exógenos relacionados con su aparición, microorganismos implicados en su etiología y sus resistencias, y consecuencias de la infección (mortalidad, coste, etc.). Este sistema de vigilancia, cuando está bien establecido, permite conocer la frecuencia y patrones de aparición de la infección, y ayuda a adoptar las medidas preventivas más adecuadas (Vargas Gálvez R., 1993).

Para ser eficaz, un programa de vigilancia epidemiológica debe (Guía para la prevención y control de la infección en el hospital. Hospital La Paz, 1998):

- Detectar las tendencias y los cambios en la frecuencia de aparición de casos.
- Detectar las epidemias u otro fenómeno nuevo o inhabitual.
- Identificar los factores que producen las Infecciones.
- Mejorar las prácticas de los profesionales sanitarios.
- Estimular la investigación epidemiológica sobre los medios de prevención y control.

La vigilancia epidemiológica debe de estar organizada por objetivos que, utilizando métodos estandarizados, sean capaces de producir datos comparables en el tiempo con datos de referencia nacionales e internacionales. Esta vigilancia conlleva por un lado la recogida y el análisis de la información sobre la infección nosocomial (identificación de pacientes infectados y cálculo y análisis de la frecuencia de la infección) y por otro la puesta en conocimiento sin demora de esas tasas a los equipos médicos y/o de enfermería afectados, para que sean tomadas las medidas oportunas de prevención y control.

Resultados de la evaluación del objetivo

En la tabla siguiente mostramos la distribución de los hospitales según su sistema de vigilancia de la infección nosocomial.

NIVELES	SISTEMAS DE VIGILANCIA EN INFECCION HOSPITALARIA	NUMERO DE HOSPITALES
A	Incidencia > 80% Servicios Qx. + Prevalencia	26 (35,6%)
B	Incidencia > 80% Servicios Qx.	6 (8,2%)
C	Incidencia 50-80% Servicios Qx. + Prevalencia	16 (21,9%)
D	Incidencia 50-80% Servicios Qx.	2 (2,7%)
E	Incidencia <50% Servicios Qx. + Prevalencia	9 (12,3%)
F	Incidencia <50% Servicios Qx.	0
G	Prevalencia todo el Hospital	14 (19,2%)
H	Prevalencia algún servicio del Hospital	0
I	No existe sistema de vigilancia implantado	0

Las siguientes tablas muestran como se agrupan los distintos niveles de vigilancia con respecto a los grupos de hospitales, para los años 1996 y 1997. Se observa un cambio en los sistemas de vigilancia de un año al siguiente. Se hacen más frecuentes los sistemas más completos (nivel A), y este fenómeno se produce en todos los grupos, y, no exclusivamente en los grupos de mayor complejidad.

Niveles de vigilancia. Año 1996

NIVEL	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
A	5	6	1	3	---
B	1	1	---	1	---
C	---	4	1	4	1
D	---	---	---	---	---
E	2	7	2	---	2
F	---	---	1	---	---
(*)	1	2	1	1	1
(**)	1	---	2	2	---
G	10	5	---	1	2
H	---	---	---	---	---
I	1	---	---	---	---
	21	25	8	12	6

(*) Búsqueda de casos+prevalencia global

(**) Búsqueda de casos

Niveles de vigilancia. Año 1997

NIVEL	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
A	6	8	5	6	2
B	4	2			
C	2	9	3	1	1
D	1			1	
E	2	2		2	1
F					
G	5	5		2	2
H					
I					
	20	26	8	12	6

Además de este indicador, los hospitales han enviado datos sobre infección hospitalaria, que mostramos a continuación.

INFECCION URINARIA ASOCIADA A SONDA URINARIA

En la siguiente tabla observamos una importante disminución en la utilización de sondas urinarias abiertas desde el año 1996 al año 1997.

Grupo	Nº Hospitales (Evaluación 97)	Uso sondas u. Abiertas (1997)	Uso sondas u. abiertas (1996)
I	21	7 (33%)	13 (72%)
II	26	10 (38%)	12 (71%)
III	9	3 (33%)	3 (75%)
IV	12	1 (8%)	7 (64%)
V	5	2 (40%)	2 (40%)
INSALUD	73	23 (32%)	37 (67%)

Infección urinaria asociada a sonda urinaria. Datos globales.

Grupo	Tipo de estudio	Infección urinaria asociada a sonda 1997
Grupo I	Prevalencia	6,42% (48/903)
	Incidencia	2,40% (101/4212)
Grupo II	Prevalencia	10,32% (55/533)
	Incidencia	6,93% (103/1487)
Grupo III	Prevalencia	15,71% (55/350)
	Incidencia	
Grupo IV	Prevalencia	10,46% (109/1042)
	Incidencia	4,58% (94/2051)
Grupo V	Prevalencia	10,00% (1/10)
	Incidencia	7,58% (80/1055)
INSALUD	Prevalencia	9,80% (278/2838)
	Incidencia	4,29% (378/8805)

i

INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA

La Infección de Herida Quirúrgica (IHQ) constituye el 25% de las infecciones hospitalarias y es responsable del 50% del coste extra y de la prolongación de la estancia provocada por la infección nosocomial. La IHQ presenta una gran variedad de tasas en función de aspectos como técnica quirúrgica, tiempo de intervención, grado de contaminación del campo quirúrgico, uso de profilaxis quirúrgica perioperatoria, la susceptibilidad del enfermo, el tipo de hospital, y el sistema de vigilancia utilizado. Todo esto lleva a la necesidad de estratificar las tasas por diferentes criterios. Uno de los más utilizados es el de grado de contaminación de la cirugía, que es el elegido para definir el indicador utilizado.

La práctica totalidad de infecciones de herida quirúrgica se adquieren durante la intervención, desde una fuente que puede ser el personal sanitario, el medio ambiente o el propio paciente. En este sentido, la tasa de IHQ asociada a cirugía limpia, sin riesgo intrínseco por localización quirúrgica, está considerada como uno de los principales indicadores de calidad de la técnica quirúrgica.

Distribución de los tipos de estudio de infección

Grupo	Nº Hospitales	Prevalencia	Incidencia	Otros (n/c)
I	17	7 (37%)	10 (53%)	2 (11%)
II	26	7 (27%)	17 (65%)	2 (8%)
III	4	4 (44%)	4 (4%)	1 (11%)
IV	11	3 (25%)	8 (67%)	1 (8%)
V	3	1 (25%)	3 (75%)	0
INSALUD	68	22 (31%)	42 (60%)	6 (9%)

Infección de Herida Quirúrgica (IHQ), estratificado por tipo de cirugía.

Grupo	Tipo de estudio	IHQ C. Limpia	IHQ C. L-Cont.
Grupo I	Prevalencia	1,52% (3/197)	3,74% (8/214)
	Incidencia	2,26% (107/4735)	3,03% (78/2575)
Grupo II	Prevalencia	3,53% (17/482)	10,28% (26/253)
	Incidencia	2,02% (226/11162)	4,32% (328/7601)
Grupo III	Prevalencia	3,69% (10/217)	11,01% (12/109)
	Incidencia	1,47% (9/612)	5,12% (27/527)
Grupo IV	Prevalencia	3,17% (10/315)	3,73% (10/268)
	Incidencia	2,62% (264/10095)	4,93% (143/2899)
Grupo V	Prevalencia	0% (0/11)	0% (0/16)
	Incidencia	1,34% (19/1414)	2,60% (15/578)
INSALUD	Prevalencia	3,13% (40/1276)	6,51% (56/860)
	Incidencia	2,23% (625/28018)	4,17% (591/14180)

CONCLUSIONES DEL AREA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

La principal conclusión en esta área es que es difícil llegar a conclusiones sobre las tasas de infección. Los niveles de vigilancia dentro de un mismo grupo de hospitales son muy distintos, como se demuestra en el gráfico presentado, y los sistemas empleados en la vigilancia emplean metodologías distintas que no permiten hacer comparaciones rigurosas. La única excepción son los estudios de prevalencia, fundamentalmente el Epine, que se realizan en la mayoría de hospitales.

A pesar de ello el objetivo ha conseguido que la prevención y vigilancia de la infección, aspecto tan importante del programa de calidad, se planifique en hospitales donde no se había hecho y que se considere un objetivo de esta Institución participar en el grupo de trabajo sobre la Infección Hospitalaria que se va a formar en el MSC.

Este grupo va a definir un CMBD de la infección hospitalaria desarrollado a partir de sistemas de recogida de datos homogéneos y los recursos mínimos que deben estar disponibles para obtenerlo. A partir de ahí podremos tener resultados que nos permitan establecer comparaciones y estimulen a los hospitales a implantar las medidas para conseguir la menor tasa de infección posible.

VI.- Analisis de la Evaluación

El objetivo de este apartado es discutir brevemente algunos aspectos destacables de la evaluación llevada a cabo por los hospitales. Para obtener una visión adecuada de los resultados de los indicadores, es preciso no perder de vista las condiciones en las cuales se han medido. A menudo, por ejemplo, muestras reducidas o poco representativas, pueden comprometer la validez de algunos resultados individuales. Por ello, se exponen aquí algunas consideraciones con el fin de mejorar la cultura de evaluación de los hospitales. Las gráficas de diversidad, ya introducidas al inicio de la memoria, permiten exponer fácilmente la variabilidad observada en las muestras, así como los valores extremos que pueden representar algún problema.

La estructura de la sección mantiene la división por objetivos que se utilizó en la exposición de los resultados de los indicadores, resaltando en cada caso algún detalle de interés. Algunos objetivos no han sido incluidos por no presentar problemas destacables en su evaluación.

Objetivo 1.- Mejorar la gestión de las reclamaciones

El indicador escogido fue el porcentaje de reclamaciones contestado antes de 30 días. El número de reclamaciones medio por grupo aumenta, como era de esperar, con la complejidad y tamaño del hospital. Más llamativo es el hecho de la gran diversidad encontrada en algunos hospitales de los grupos dos y cuatro, en donde las diferencias pueden estar mostrando variaciones en la forma de registro o gestión, más que una verdadera diferencia en el número de reclamaciones.

Objetivo 2.- Lugar y horario explícitos para la información

El número de servicios que *a criterio del hospital* precisarían lugar y horario explícito para la información, presenta una variabilidad importante dentro de hospitales del mismo grupo, especialmente el grupo 4. Esto hace pensar que ha habido hospitales que se han mostrado más exigentes al considerar el nº de Servicios clínicos que precisan lugar y horario explícitos, o bien han seguido un criterio diferente a la hora de contabilizarlos. Esto puede haber tenido influencia en los resultados.

Número de Servicios que precisan lugar y horario explícitos para la información

Grupo	Nº Hospitales	Número de servicios	Mínimo	Máximo
I	22	9,9±2,9	6	19
II	28	16,1±4,6	9	24
III	9	25,5±7,2	12	38
IV	10	31,2±15,7	8	52
V	6	8,33±8,0	1	22
INSALUD	75	16,8±10,4	1	52

Objetivo 3.2- Implantación de documento de Consentimiento Informado específico.

En la metodología de evaluación se pedía a los hospitales que evaluaran la implantación del CI en la intervención más frecuente de cada servicio quirúrgico. De los 65 hospitales que han evaluado este objetivo:

Servicio	Nº Hospitales
Cirugía General	64
Traumatología	59
O.R.L.	47
Oftalmología	63
Tocoginecología	62
Urología	57
Cirugía Torácica	8
Cirugía Cardiovascular	13
Neurocirugía	15
Anestesia	60

Si escogemos un servicio concreto como Cirugía general, y analizamos el número de historias clínicas (HC) evaluado, observamos una gran variabilidad en el tamaño muestral (rango, 3-124). En algunos hospitales la muestra evaluada fue demasiado pequeña (alguno con tres historias clínicas). El tamaño muestral medio fue de 25 historias. Además, a pesar de que se cambie de grupo, esto no parece afectar al número medio de HC evaluado. Es preciso reseñar de nuevo que el objetivo que se pretendía era evaluar el procedimiento más frecuente de cada servicio.

Número de historias clínicas evaluadas en Cirugía General

Grupo	Nº Hospitales	Media de HC eval. en CG	Mínimo	Máximo
I	18	15.8	3	30
II	27	24.2	7	64
III	8	34.6	3	83
IV	10	36.1	7	124
INSALUD	64	25.5	3	124

Para la implantación del CI en pruebas diagnósticas, el tamaño muestral medio ha resultado más adecuado (media, 75 HC para la primera prueba evaluada), aunque nuevamente se puede apreciar una gran variabilidad (rango, 1-675).

Número de pruebas diagnósticas evaluadas

Grupo	Nº Hospitales	Media de HC evaluadas en primera prueba	Mínimo	Máximo
I	22	31.8	1	98
II	23	118.7	9	675
III	6	130.8	10	385
IV	8	60.6	7	277
V	4	19.3	11	51
INSALUD	63	76.1	1	675

Objetivos 3.3 y 4.2 - Satisfacción con la información clínica y general

La cumplimentación de estos indicadores se basa en todos los casos en información extraída de la encuesta post-hospitalización (EPH) de cada centro. La metodología utilizada para recabar las muestras es muy diferente de unos centros a otros, llamando la atención en primer lugar las diferencias en el porcentaje de contestación a la encuesta. Resultan tan llamativos algunos del 100% como cifras tan reducidas como el 0,8%. Los porcentajes reducidos de respuesta disminuyen la validez de los resultados de la EPH.

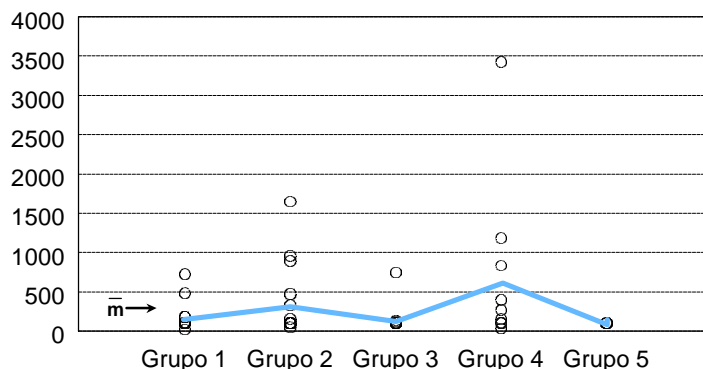
Grupo	Nº Hospitales	% contestación a EPH	Mínimo	Máximo
I	20	32.7%	0.8%	85.2%
II	28	28.8%	3.9%	99.3%
III	8	38.5%	13.1%	100.0%
IV	11	40.5%	21.0%	99.0%
V	6	30.4%	16.3%	49.9%
INSALUD	73	32,7%	0,8%	100%

Objetivo 6.- Profilaxis Ab. adecuada a protocolo

La siguiente tabla y gráfica muestran la media de pacientes evaluados para el objetivo de profilaxis antibiótica adecuada a protocolo. En este objetivo se pedía a los hospitales una muestra de 100 pacientes escogidos aleatoriamente. La mayor parte han utilizado este tamaño muestral, y la mayoría de los que no lo han hecho, ha sido por exceso, ya que en hospitales grandes con ese tamaño muestral no están bien representados todos los servicios y no les era de utilidad. A pesar de ello, llama la atención la media del grupo 3, inferior a la del grupo 2, así como algunos valores mínimos de algunos centros.

Grupo	Nº Hospitales	Media de pacientes evaluados	Mínimo	Máximo
I	22	154 ± 153	25	720
II	24	369 ± 464	8	1650
III	9	179 ± 214	100	750
IV	11	609 ± 1003	33	3428
V	4	100 ± 0	100	100
INSALUD	70	300 ± 508	8	3428

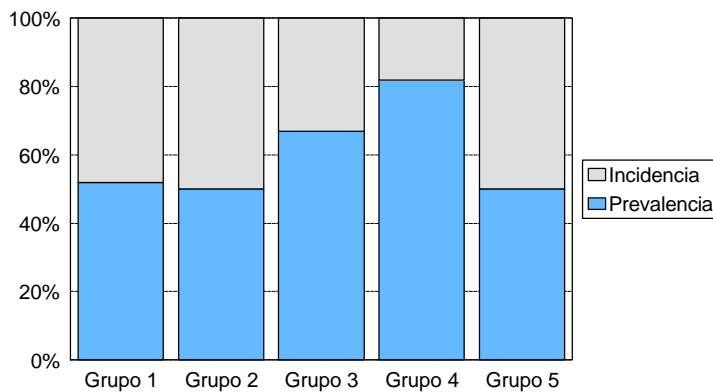
**Número de pacientes evaluados para profilaxis antibiotica
Mes de octubre de 1997.**



Objetivo 7.- Sondaje urinario de acuerdo a protocolo

La siguiente gráfica muestra el tipo de estudio de evaluación escogido por los hospitales para evaluar la adecuación a protocolo del sondaje urinario.

Tipo de estudio de evaluación. Protocolo de Sondaje.



En algunos casos el tamaño muestral resultó excesivamente bajo. En estos casos un diseño de incidencia hubiera sido más adecuado para completar un tamaño muestral adecuado.

Muestras evaluadas. Sondaje urinario.

Grupo	Nº Hospitales	Media de pacientes evaluados	Mínimo	Máximo
I	16	70 ± 90	7	412
II	14	111 ± 169	9	681
III	6	83 ± 35	44	135
IV	10	355 ± 513	47	1736
V	3	35 ± 37	9	100
INSALUD	49	131 ± 251	7	1736

Objetivo 11.- Infección nosocomial

La cumplimentación del objetivo de infección nosocomial tiene mucho que ver con el sistema de vigilancia epidemiológico implantado. Es en este capítulo donde se han observado mayores diferencias en la evaluación y, por ello, es preciso hacer énfasis en la necesidad de sistemas de vigilancia adecuados a la estructura y actividad de cada centro. En la siguiente tabla mostramos el tipo de estudio realizado para la medición de los tres indicadores de infección nosocomial.

Grupo	Tipo de estudio	Infección Urinaria	Herida quirúrgica limpia	HQ Limpia-contaminada
I	INCIDENCIA	42%	53%	53%
	PREVALENCIA	58%	47%	47%
II	INCIDENCIA	42%	65%	69%
	PREVALENCIA	58%	35%	31%
III	INCIDENCIA	13%	44%	44%
	PREVALENCIA	87%	56%	56%
IV	INCIDENCIA	18%	67%	55%
	PREVALENCIA	82%	33%	45%
V	INCIDENCIA	67%	75%	50%
	PREVALENCIA	33%	25%	50%
INSALUD	INCIDENCIA	37%	60%	48%
	PREVALENCIA	63%	40%	52%

El tamaño muestral de los estudios se expone a continuación estratificado según tipo de estudio. Puede llamar la atención que algunos estudios de prevalencia cubran un número de pacientes mayor de lo esperable para el tamaño medio de hospital de un grupo. Esto es debido a que, en algunos casos, los hospitales realizan varios cortes de prevalencia al año, y proporcionan datos agregados.

Tamaño muestral. Infección urinaria asociada a sonda urinaria

Grupo	Tipo de estudio	Nº Hospitales	Tamaño Muestral	Mínimo	Máximo
I	Prevalencia	10	49±55	7	152
	Incidencia	7	210±257	20	610
II	Prevalencia	14	74±100	3	412
	Incidencia	10	114±120	8	327
III	Prevalencia	6	71±154	27	178
	Incidencia	3	115±26	89	142
IV	Prevalencia	8	37±23	9	65
	Incidencia	2	1942±2421	230	3654
V	Prevalencia	4	143±72	68	242
	Incidencia	2	978±1231	108	1849
INSALUD	Prevalencia	42	67±74	3	412
	Incidencia	24	366±797	8	3654

Normalmente los valores de las tasas de infección obtenidos por estudios de prevalencia son mayores que los obtenidos por incidencia. Esto es así suponiendo que se evalúan los mismos centros y la misma población de pacientes mediante ambos diseños. En nuestro estudio existen diferencias que condicionan un comportamiento diferente. Por un lado no todos los hospitales evalúan los mismos servicios, aun dentro del mismo grupo de hospital. Por otra parte los hospitales que utilizan ambos diseños son diferentes, es decir, los dos diseños no se distribuyen homogéneamente entre los grupos de hospitales.

VII.- Clasificación de los Hospitales en Función de los Resultados del Programa de Calidad

El hecho de tener un programa de calidad común y hacer una medición con la misma metodología en todos los hospitales, ha permitido no sólo comparar los resultados conseguidos en cada uno de los objetivos, como se ha mostrado en la sección anterior, sino también puntuar a los hospitales según unos criterios uniformes en función de sus resultados.

Criterios que se han tenido en cuenta en la puntuación

Cada hospital obtiene una puntuación global, que es la suma de puntos obtenidos en cada uno de los indicadores de acuerdo a los siguientes criterios:

⇒ 1. Cumplimiento del pacto de nivel establecido en el CP en cada uno de los indicadores.

Se ha conseguido el nivel pactado	1 punto
No se ha conseguido el nivel pactado	0 puntos

Excepciones:

A. Objetivo: Protocolo de un proceso de derivación de AP a AE que incida en lista de espera.

Como ya se indicó en la metodología de evaluación, el cumplimiento del pacto en este objetivo es responsabilidad de Primaria. Se valora únicamente en el apartado de nivel de calidad alcanzado, y sólo en aquellos aspectos que son responsabilidad de Atención Especializada.

B. Objetivo: Implantar un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria.

Se ha alcanzado el nivel de vigilancia pactado	2
No se ha alcanzado el nivel pactado, pero se ha alcanzado un nivel inmediatamente inferior, superior al que ya tenía el hospital.	1
No se ha alcanzado ninguno de esos dos niveles.	0

⇒ 2. Nivel de calidad alcanzado en cada uno de los indicadores

Se ha considerado de gran importancia valorar el nivel de calidad alcanzado en cada uno de los indicadores, incluso con una valoración superior al cumplimiento del pacto, que trata de compensar el que se hayan realizado pactos muy ambiciosos y no se hayan podido cumplir, o pactos muy poco ambiciosos y de cumplimiento fácil. El objetivo de los programas de calidad es la mejora de la calidad, y esto es lo que fundamentalmente se tuvo en cuenta.

La puntuación asignada a los niveles obtenidos en cada uno de los indicadores fue:

Nivel A	5 puntos
Nivel B	4
Nivel C	3
Nivel D	2
Nivel E	1

Excepciones:

A. Objetivo: Protocolo de un proceso de derivación de AP a AE que incida en lista de espera

Con respecto a los niveles descritos en la metodología, se ha añadido un nivel más, ya que no se contemplaba el hecho que se hubiera diseñado el protocolo, pero que no se hubiese difundido ni implantado.

El protocolo no se ha diseñado.	0 puntos
El protocolo se ha diseñado, pero no se ha implantado.	1
El protocolo se ha implantado y, se ha colaborado en su difusión en el área.	2
El protocolo se ha implantado, se ha colaborado en su difusión en el área y además se ha realizado una medición de su cumplimiento en los pacientes derivados.	3
Se ha hecho una valoración de los resultados, identificando los problemas en caso de no cumplimiento y se han propuesto acciones de mejora.	4

B. Objetivo : Codificación del CMBD

> 90%	4 puntos
80-90%	3
70-80%	2
50-70	1
< 50%	0

C. Objetivo: Implantar un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria.

En este objetivo no se da puntuación al nivel de vigilancia de la infección implantado. Cada hospital debe definir, en función del tipo de pacientes a los que atiende y de los recursos disponibles, el nivel de vigilancia que precisa. No siempre el máximo nivel de vigilancia es el adecuado para todo tipo de hospitales.

Deficiencias metodológicas

Ocasionalmente se produjo una disminución en la puntuación de alguno de los indicadores. Esto se ha llevado a cabo:

- Cuando no se ha enviado el modelo de hoja de recogida de datos empleado en la evaluación de los siguientes protocolos:
 - Cuidados del paciente sondado de acuerdo a protocolo.
 - Protocolo de un proceso que incide en lista de espera quirúrgica.
 - Protocolo de uso adecuado de fármacos o alta tecnología.
- En la metodología enviada se pedían expresamente, ya que era una manera de evaluar los criterios que se habían tenido en cuenta.
- Cuando la muestra ha sido excepcionalmente baja.

Evaluación del grupo 5 de hospitales

El grupo 5 de hospitales es muy poco homogéneo y por sus peculiaridades, en algunos hospitales no han podido implantarse todos los objetivos del programa común de calidad. Por ello se realizó una valoración distinta a la del resto de los grupos.

Los hospitales Virgen de la Torre, Santa Cristina y Niño Jesús, a los efectos de comparación, se incorporaron al grupo 2. Los hospitales de la Fuenfría, Cruz Roja de Madrid y San Jorge de Zaragoza, se valoraron de acuerdo a la puntuación media por objetivo.

RESULTADOS

La siguiente tabla muestra la clasificación de los hospitales por grupos. De acuerdo a la filosofía del Programa de Calidad, únicamente se muestran aquellos hospitales que obtuvieron las mejores puntuaciones de su grupo. Cada hospital recibió un informe en el que conoció los criterios tenidos en cuenta, su puntuación y el lugar que ocupaba respecto a su grupo.

HOSPITALES G.1	Puntuación	HOSPITALES G.2	Puntuación
H. Alvarez Buylla	73	H. Sierrallana	71
H. Comarcal de Jarrio	69	H. U. Morales Meseguer	69
H. De Calatayud	69	*H. Santa Cristina	68
H. Gutierrez Ortega	68	H. G. San Jorge. Huesca	68
H: Can Misses	68	H. General de Teruel	67
	67		66
	65		65
	64		65
	62		65
	61		64
	61		64
	60		64
	60		64
	60		63
	59		63
	59		63
	58		61
	57		60
	53		60
	52		60
	45		59
	35		57
Mediana	61		57
Resultado medio	55,79		56
			54
			54
			51
			50
			49
			46
			37
		Mediana	60,000
		Resultado medio	63
		*H. grupo 5	
HOSPITALES G. 3	Puntuación	HOSPITALES G. 4	Puntuación
H. R. U. Infanta Cristina	69	Clínica Puerta de Hierro	66
H. General Yagüe	63	H. C. U. Zaragoza	66
H. U.de Valladolid	63	H. U. M. de Valdecilla	64
C. H. De Toledo	60	H. Miguel Servet	63
	58	C. H.de Salamanca	63
	57		62
	53		60
	53		58
	49		56
Resultado medio	58,333		54
Mediana	58		37
			28
		Resultado medio	56,417
		Mediana	61

Esta puntuación se ha utilizado como criterio para el reparto de algunos incentivos económicos, entre los que destaca :

- Renovación del equipamiento de los hospitales: 3,7%
- Plan de formación: 10%
- Reparto de productividad en los servicios
- Productividad de los equipos directivos: 5%
- Cuenta de resultado de los hospitales: 5% UPAS

Los porcentajes hacen referencia a la parte del presupuesto total que ha estado en relación con los resultados en calidad.

VIII.- Conclusiones Generales

La participación de los hospitales en las actividades de evaluación y mejora de la calidad ha sido alta, 99% de los hospitales. El año anterior la participación fue menor (86%).

La mejora de la calidad de la asistencia, que es el objetivo de los programas de calidad, se ha conseguido en la mayoría de los objetivos. En los que no ha sido así, se puede deber a que se ha ampliado de manera significativa el ámbito de la evaluación y la cantidad de criterios exigidos, lo que ha supuesto un resultado que, por otro lado, refleja de una manera más fidedigna la realidad.

Pero un programa de mejora de la calidad tiene además otros objetivos:

- Por un lado el conseguir que más personas participen en los programas de evaluación y mejora, que sientan como parte de su trabajo habitual estas actividades. Por los datos que han enviado los hospitales, y por los datos de la visita a los hospitales para la validación de los resultados, los profesionales que fueron designados como responsables de los objetivos de calidad, han sido cada vez más personas y más ligadas a los objetivos, con formación y posibilidades de que sus acciones tuviesen impacto en la mejora de la calidad. En años anteriores los responsables designados fueron menos y no tenían este perfil. Como dato menos positivo, los objetivos de implantación de un protocolo para procesos asistenciales relacionados con la lista de espera, han sido los que en menor número han sido evaluados, a pesar de que los hospitales podían definir, en función de sus necesidades, en que proceso implantarlos. Es posible que haya sido debido a que fueron aspectos nuevos en 1997.
- Otro de los objetivos es el de los aspectos metodológicos, donde se va constatando un mayor interés de los profesionales en el rigor de la evaluación, aunque todavía quedan aspectos por mejorar como son las muestras estudiadas y el no incluir en la medición de alguno de los indicadores todos los criterios que venían definidos en la metodología de evaluación, no dejando constancia de este hecho en los resultados. Este año por segunda vez dedicamos una parte de la memoria a analizar algunos aspectos metodológicos. Esto nos permite poder enjuiciarlos con el ánimo de poder mejorar.
- Además, y aunque no ha sido objeto de valoración en esta memoria, el pacto de los objetivos con los servicios ha sido más sistemático y se han comenzado a pactar no solo los objetivos del CP, los llamados institucionales, sino objetivos definidos por los servicios en función de sus problemas y prioridades. De alguna manera es un objetivo a largo plazo de este programa de calidad institucional, abrir caminos para que el Plan de Calidad sea definido por cada centro, teniendo en cuenta las líneas estratégicas institucionales.

Muchas de estas mejoras, aunque no pueda ser demostrado, es seguro que tienen relación con una de las acciones llevadas a cabo en 1997 y que ha sido el nombramiento en los hospitales del Coordinador del Plan de Calidad, a pesar de que muchos de ellos lo fueron en el 2º semestre de 1997.

El hecho de que un coordinador, en tan poco tiempo, sea capaz de producir este cambio, puede hacer pensar que en los hospitales trabajan profesionales suficientemente sensibles y preocupados por mejorar la calidad de la asistencia que prestan, que la dedicación de una persona a coordinar estas actividades y a prestarles apoyo metodológico, ha sido suficiente para poder contar con su participación.

Tampoco hay que olvidar como responsables de esta mejora al apoyo y liderazgo que desde los equipos directivos se ha prestado al plan de calidad.

En alguno de los objetivos, en los que se ha considerado que globalmente la evaluación se ha realizado correctamente, y que los resultados no están en función de la estructura del hospital, se hacen constar los nombres de los hospitales que han alcanzado el nivel de la excelencia. Decir quiénes lo han logrado es un reconocimiento a su esfuerzo y pueden ser consultados por quienes deseen conocer cómo lo han logrado.

ANEXO 1:
**Validación de los Resultados del Plan de Calidad
de 1997**

La evaluación del programa de calidad se ha llevado a cabo con una metodología común: los mismos indicadores, en el mismo tipo de pacientes, en periodo de tiempo semejantes, etc. Ha pesar de algunas debilidades, como por ejemplo las muestras estudiadas, esto ha permitido obtener resultados comparables y establecer una clasificación de los hospitales en función del nivel de calidad alcanzado, vinculando el pago de productividad y de alguno de los capítulos del presupuesto hospitalario a la mejora obtenida.

Tanto la comparación de hospitales, como el establecer incentivos en función de la calidad, obliga a establecer una serie de mecanismos que garanticen la fiabilidad de los datos. Tal como consta en el Contrato de cada hospital, los resultados obtenidos en la evaluación de 1997 podían ser objeto de una validación externa, lo que sin duda proporcionaría una mayor credibilidad al sistema.

Este año se decidió comenzar la validación de resultados y visitar cinco hospitales que fueron escogidos entre aquellos que habían conseguido los mejores resultados en la evaluación del programa de calidad de 1997. Para llevarla a cabo se realizó un protocolo que tenía el objetivo de comprobar in situ el sistema de gestión de la calidad implantado en el hospital: existencia de un responsable de los objetivos, acciones que se han llevado a cabo para la mejora de los resultados, rigor de la metodología en la medición de los indicadores, concordancia de los resultados enviados, coordinación de estas actividades por el coordinador de calidad, apoyo y liderazgo del equipo directivo.

A cada hospital se desplazó un equipo compuesto por una persona de la SGAE y dos coordinadores de calidad de hospitales del INSALUD. A uno de los hospitales acudió también la enfermera de la Unidad de Calidad de un hospital. Los coordinadores procedían, en su mayoría, de CC.AA. distintas a la del hospital visitado.

El informe de la validación no tiene el objetivo de detallar los errores detectados en cada hospital en particular, ni de extrapolar los resultados, sino de hacer una referencia de aquellos aspectos de la evaluación que han mostrado deficiencias y que pueden comprometer la validez de los resultados. Esto, que es válido para los hospitales visitados, puede servir de ayuda al resto de los hospitales para mejorar en la evaluación del próximo año e impedir que se produzcan los mismos errores.

La visita a cada hospital tuvo una duración de 2 días. El plan de trabajo fue el siguiente:

Día 1.

Reunión a primera hora del equipo evaluador con la Dirección-Gerencia del hospital y con el coordinador del hospital visitado, para explicar el motivo de la evaluación y el plan a seguir. En dos hospitales, posteriormente se celebró una reunión con los responsables de los objetivos, presidentes de las comisiones clínicas, equipo directivo y equipo evaluador, para explicarles el plan de validación.

Entrevista del equipo evaluador con cada uno de los responsables de los objetivos de calidad y revisión de la documentación requerida en cada caso: Historias Clínicas, listados, hojas de recogidas de datos cumplimentadas, etc. En esta reunión siempre estuvo presente el coordinador de calidad.

Día 2.

Continuación de las reuniones con los responsables de los objetivos.

A continuación se exponen los resultados de la evaluación para cada uno de los objetivos.

Objetivo 1. Proporción de reclamaciones contestadas antes de 30 días que cumplen criterios establecidos.

- En todos los hospitales visitados, el responsable de este objetivo conocía que había sido designado como tal, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados.
- En un hospital se detectó que no se había implantado una de las acciones de mejora que había declarado como realizada en 1997. El resto de hospitales habían implantado todas las mejoras declaradas.
- El responsable de la evaluación de este objetivo fue siempre el responsable del Servicio de Atención al Paciente.
- En todos los hospitales existió un registro con las reclamaciones.
- Todos los hospitales cumplían los requisitos establecidos en la contestación de las reclamaciones, salvo uno que no recogía el motivo de la reclamación.
- Uno de los hospitales contesta también por escrito las quejas verbales.
- El equipo evaluador no encontró discrepancias en ningún hospital con el resultado del indicador.

Objetivo 2. Proporción de servicios clínicos que tienen de forma explícita un lugar y horario definido para la información a familiares.

- En todos los casos, el responsable conocía su designación y tuvo oportunidades de llevar a cabo acciones de mejora, tal como señalaron en el envío de resultados.
- En todos los hospitales existió un listado de los servicios que precisaban lugar y horario para la información.

Objetivo 3. Número de procedimientos de consentimiento informado específico.

- En todos los casos, el responsable conocía su designación y pudo llevar a cabo acciones de mejora. Todas estas acciones se llevaron a cabo.
- En todos los hospitales existió un responsable de la evaluación, aunque no siempre coincidió con el responsable del objetivo. No se hallaron discrepancias en el resultado obtenido en la validación y el ofrecido por el hospital en la evaluación.

Objetivo 4. Proporción de pacientes que tienen documento de CI debidamente firmado por el médico y el paciente, en su historia clínica.

- En todos los hospitales el responsable del objetivo conocía su designación y tuvo la oportunidad de realizar acciones de mejora. No se pudo comprobar este dato en un hospital, en el que el responsable no estuvo disponible.
- En todos los casos existió un responsable de la evaluación. En todos los hospitales existió una hoja de recogida de datos.

En este objetivo se evaluaron 10 historias clínicas de la muestra estudiada por el hospital. Se pretendía comparar el resultado de evaluar esas historias con el resultado que el responsable de la evaluación había obtenido en esas mismas 10 historias.

- Se encontró una discrepancia en una historia en un hospital, que habiendo sido dada como correcta, el equipo evaluador encontró incorrecta.
- En un hospital uno de los criterios que se pedían explícitamente (la firma del médico en el documento), no fue tenido en cuenta por el hospital en la evaluación, ya que en sus documentos de consentimiento no figuraba este apartado. Sin embargo, el hospital dio como buena la evaluación sin hacerlo constar en sus resultados. En sentido estricto, se debería de hablar de discrepancia en las 10 historias evaluadas en este hospital. Otros hospitales con este problema (no inclusión de la firma del médico) han dado como no válidas estas historias. Como dato positivo, reseñaremos que los hospitales con este problema estaban en vías de solucionarlo, incluyendo la firma del médico en los documentos.

Objetivo 3.3 Proporción de pacientes satisfechos con la información clínica y general.

- En todos los casos estaba documentado el resultado que el hospital había enviado.
- Se pudo comprobar in situ la variedad de metodologías empleadas para la medición de la satisfacción de los pacientes. Los hospitales elegían la pregunta de sus propias encuestas que, a su juicio, se ajustaban mejor al indicador medido. Esta ha sido, entre otras, una de las razones que ha propiciado el desarrollo del proyecto de la nueva encuesta de posthospitalización.

Objetivo 4. Implantar un programa de acogida al paciente hospitalizado.

- Todos los responsables conocían su designación. En un hospital, el responsable del objetivo no tuvo oportunidad, por falta de medios, de llevar a cabo la acción de mejora que exponía en la evaluación.
- Un hospital afirmaba que se entregaba a los pacientes un folleto, pero en realidad dicho folleto todavía no estaba editado. Ocasionalmente se entregaban fotocopias del folleto.
- En todos los folletos existentes constaban los derechos y deberes de los pacientes, tal como se había señalado en la evaluación.

Objetivo 5. Proporción de pacientes incluidos en lista de espera que cumplen todos los criterios obligatorios establecidos en circular 3/94

- Todos los responsables conocían su designación, y tuvieron oportunidad de realizar alguna acción de mejora.
- Un hospital no implantó una de las acciones de mejora expuesta en la evaluación.
- Todos tuvieron un responsable de la evaluación de este objetivo.
- Tres hospitales pudieron demostrar el sistema que había seguido en la evaluación mediante un registro de recogida de datos. Dos hospitales no dispusieron de este registro.
- Un hospital tuvo en cuenta todos los criterios en la evaluación.
- Dos hospitales, ocasionalmente, dieron por válidos casos en los que faltaba un criterio (DNI del paciente, tipo de intervención, etc.)
- Dos hospitales han dado por válidos inclusiones en lista de espera sin tener en cuenta el criterio de autorización del paciente o consentimiento informado.

Indicador 6. Proporción de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a protocolo.

- Todos los responsables conocían su designación, y pudieron llevar a cabo las acciones de mejora.

- Siempre existió un responsable de la evaluación.
- Todos los hospitales dispusieron de un protocolo escrito de profilaxis antibiótica.
- En todos los hospitales el responsable de la evaluación aportó las hojas de recogida de datos cumplimentadas.

En este objetivo se evaluaron 10 historias clínicas de la muestra estudiada por el hospital. Se pretendía comparar el resultado de evaluar esas historias con el resultado que el responsable de la evaluación había obtenido en esas mismas 10 historias.

- En un hospital el evaluador halló dos discrepancias.
- En otro hospital existieron tres discrepancias, ya que no habían tenido en cuenta la hora de la administración de la profilaxis.
- Un hospital, de forma sistemática, no ha evaluado el criterio "tiempo de administración de la profilaxis", si bien en el resto de criterios no hubo discrepancias.

Comentario

Aunque no era motivo de la evaluación, en algún hospital el protocolo de profilaxis antibiótica mantiene pautas de tipo de antibiótico y número de dosis alejados de las recomendaciones actuales.

La causa más frecuente de no adecuación fue la sobreutilización.

Objetivo 7. Proporción de pacientes sondados de acuerdo a protocolo.

- En todos los casos el responsable conocía su nombramiento y pudo llevar a cabo acciones de mejora.
- Se implantaron todas las acciones expuestas y existía un responsable de la evaluación.
- En todos los casos existió una hoja de recogida de datos.
- Se han encontrado diferentes metodologías de evaluación y diferente número de criterios evaluados: unos hospitales estudian la documentación clínica, otros realizan estudios de audit directo, y otros ambos tipos de estudios. Estas diferencias dificultan la comparabilidad, pero han permitido detectar las más adecuadas y difundirlas a los hospitales para asegurarse una mayor homogeneidad
- Un hospital que en su evaluación afirmaba no tener sistemas de sondaje abiertos, en realidad lo que estaba utilizando eran sistemas antirreflujo.

Objetivo 8. Proporción de pacientes tratados de acuerdo a protocolo. Proceso quirúrgico que incida en lista de espera.

- Uno de los responsables no estuvo disponible en la validación.
- Todos los responsables conocían su nombramiento.
- En cuatro hospitales se pudieron llevar a cabo las acciones de mejora propuestas.
- El responsable de la evaluación fue el responsable del objetivo en todos los casos.
- En todos los hospitales existió un protocolo escrito y el responsable de la evaluación tenía un registro con los números de la historias clínicas evaluadas, y una hoja con los criterios tenidos en cuenta en la evaluación.

Objetivo 9. Proceso que incide en lista de espera para primera consulta de especialista.

- Todos los responsables conocían su designación.
- Tres hospitales, tal como indicaron en sus resultados, no habían evaluado el protocolo, aunque dos de ellos ya lo había difundido, y en uno existía sólo el documento.
- En los otros dos hospitales, el responsable tenía un registro con los números de historia evaluados, y existía hoja de recogida de datos para cada paciente evaluado.

Comentario

Como aspectos significativos de la coordinación con Atención Primaria, podemos señalar que en un hospital el protocolo fue difundido personalmente por los especialistas a su área de Atención Primaria e incluso a todas sus áreas de referencia. Este hospital obtenía una correcta derivación de pacientes para la patología protocolizada.

Un hospital difundió exclusivamente por escrito el protocolo a la Atención Primaria de su área, con el ruego de hacer los comentarios o sugerencias pertinentes en un plazo de tiempo determinado. No recibió ninguna. Los resultados de derivación adecuada de pacientes desde Atención Primaria para esta patología fueron muy bajos.

Objetivo 10. Uso adecuado de fármacos.

- El responsable del objetivo conocía en todos los casos su nombramiento.
- Se pudieron llevar a cabo las acciones de mejora en todos los hospitales.
- Existió siempre un responsable de la evaluación y el protocolo estaba documentado.
- Dos hospitales no dispusieron de un registro de las historias evaluadas ni de las hojas de recogida de datos.

Comentario

Los hospitales debían elegir, en función de sus prioridades y de aspectos susceptibles de mejora, el fármaco a protocolizar. Llama la atención que entre los cinco hospitales donde se ha hecho la validación de resultados, dos de ellos eligieron fármacos que estaban perfectamente protocolizados y cuyo cumplimiento era muy bueno, dado que uno estaba incluido dentro de un ensayo clínico, y el otro, su cumplimiento era exigido por el Ministerio de Sanidad.

En un hospital el uso adecuado del fármaco escogido, cuya utilización previa se suponía no muy adecuada, había tenido un impacto económico muy importante.

Objetivo 11. Sistema de vigilancia de la infección.

- No existieron discrepancias entre lo evaluado por el hospital y la validación.
- Para ajustarse al nivel pactado, hay hospitales que realicen durante un corto periodo de tiempo estudios en un porcentaje alto de servicios, pero probablemente la información que obtienen de estos estudios no les reporta muchos beneficios. Por ejemplo, un hospital realizó, a todos los pacientes de todos los servicios, un estudio de incidencia de 15 días de duración.
- En la visita a los hospitales se hizo mención de la necesidad de planificar el sistema de vigilancia en relación con el tipo de hospital, tipo de pacientes y recursos disponibles y posibles.

Conclusiones de la validación

En general, el nivel de concordancia entre los datos declarados por los hospitales y los obtenidos por los equipos evaluadores han sido aceptables.

- No ha habido suficiente rigor metodológico en la evaluación de objetivos que tenían criterios de calidad claros y previamente definidos, incluso desde hace años, y que se hacían constar explícitamente en la metodología. Es el caso de la firma del médico en los DCI, el tiempo de administración de la profilaxis, la firma del paciente al ingreso en LEQ, etc. Es probable que no se hayan tenido en cuenta porque previamente no se había hecho el esfuerzo de introducir esa mejora en la práctica habitual y por lo tanto no tenía mucho sentido para el hospital evaluarlos.
- En la evaluación de algunos criterios se han detectado dificultades para recoger el dato de la documentación clínica por no haber considerado el Centro la importancia de tener soporte documental para la evaluación.
- Se ha detectado un alto grado de implicación de los profesionales responsables en el programa de calidad.

Conclusiones generales

La muestra de hospitales visitada no ha sido representativa y por lo tanto sus resultados no pueden ser extrapolados al resto de los hospitales, pero se han encontrado aspectos muy relevantes.

Es el caso del impacto de un protocolo de derivación de Primaria a Especializada, cuando los facultativos lo difundieron personalmente desplazándose a los Centros de Salud en contraposición con los resultados obtenidos en el que se difundió por escrito.

Otro de los aspectos a resaltar es el impacto económico que ha tenido la adecuada utilización de un fármaco, que concuerda con que la causa más frecuente de no adecuación a protocolo es la sobreutilización.

Sobre los Sistemas de Vigilancia de la infección, aunque no se encontraron discrepancias con los resultados enviados por los hospitales, en algunos hospitales se realizan estudios de cortos periodos de tiempo que reportan escasos beneficios. A este respecto, el INSALUD es miembro de un grupo de trabajo promovido por el Ministerio de Sanidad que va a elaborar el CMBD de la infección y que propondrá una serie de requisitos mínimos para establecer un sistema de Vigilancia.

En la misma línea es el proyecto que se está llevando a cabo en el INSALUD para el desarrollo de una nueva encuesta de posthospitalización que trata de mejorar los aspectos metodológicos y obtener un informe del paciente sobre aquellas cuestiones que más le interesan.

Los coordinadores de calidad han sabido integrar y coordinar las acciones llevadas a cabo en el hospital y han contado en general con el apoyo y liderazgo de los equipos directivos.

Esta validación ha tenido el valor añadido de haber sido realizada por "peer review" y los coordinadores que han formado parte de los equipos evaluadores han podido compartir experiencias, intercambiar ideas y documentos, etc. Han considerado, sin ninguna excepción, la importancia de la validación para dar mayor solidez a la evaluación anual. Por tanto, el esfuerzo realizado en cinco hospitales ha tenido, como mínimo, influencia indirecta en diez hospitales más. Además, la metodología y la experiencia han sido ampliamente comentadas por todos los coordinadores. En un hospital se aprovechó la visita para celebrar una sesión hospitalaria y debate sobre el programa de calidad.

ANEXO 2: **Encuesta de Actividad en Calidad Asistencial**

El siguiente informe ha sido realizado con los datos correspondientes a 77 centros hospitalarios del INSALUD. La distribución por grupos de estos centros es la siguiente:

Grupo	Nº	Proporción
Grupo I	22	28,6%
Grupo II	27	35,1%
Grupo III	9	11,7%
Grupo IV	13	16,9%
Grupo V	6	7,8 %
INSALUD	77	100%

1. Coordinador de Calidad.

En todos los hospitales estudiados existió un profesional formalmente designado como Coordinador del Programa de Calidad del Hospital. Desde 1996 a 1997, se creó la figura del Coordinador de Calidad en 46 (60%) nuevos hospitales. De los 31 en los que ya existía, en 13 (42%) casos la persona responsable cambió en el último año.

La distribución de los coordinadores en función de su especialidad se muestra en la siguiente tabla:

Especialidad	Nº	Proporción
M. Preventiva	20	25,9%
M. Interna	9	11,7%
Cirugía General	7	9,1%
Anestesia	5	6,5%
M. Intensiva	4	5,2 %
Laboratorio	4	5,2%
Pediatría	4	5,2%
Otras esp quirúrgicas	7	9,0%
Otras esp médicas	5	6,5%
Otros	11	15,5%

Tabla 1. Especialidad de los coordinadores de calidad.

La dedicación de los coordinadores a su tarea resultó ser a tiempo parcial en 74 (96%) de los 77 casos, y a tiempo completo en los 3 restantes. La media de dedicación de tiempo a las tareas de coordinador de calidad fue de un 37,2% (rango 5% - 100%).

2. Número de Comisiones Constituidas.

El Programa de Calidad trata de impulsar el funcionamiento de la Comisiones Clínicas porque se consideran unos órganos de participación multidisciplinar de profesionales para la mejora de la calidad. Pero las Comisiones son un instrumento que deben funcionar en relación a los objetivos del centro y no son un fin en si mismas. Por lo tanto el objetivo no es formar muchas comisiones, sino tener objetivos de mejora de la calidad cuya realización se crea debe ser abordada por una comisión.

Durante este año se ha constituido la Comisión Central de Garantía de Calidad en 18 hospitales más. Actualmente esta comisión existe en 55 (71%) de los hospitales que respondieron a la encuesta. De las 55 comisiones constituidas hay 7 que no se reunieron en ninguna ocasión. La media de reuniones fue de 1,8 con una desviación estandar de 1,4 (rango 0 – 7).

En el año 1996: El número medio para el total de hospitales de Comisiones Clínicas en funcionamiento fue de 7,8.

En el año 1997: El número medio para el total de hospitales de Comisiones Clínicas en funcionamiento fue de 8,1. El 75% de los hospitales tiene más de 5 comisiones clínicas.

La distribución por grupos se muestra en la tabla 2 (año 1996) y 3 (año 1997).

Grupo	Nº medio de Comisiones 1996	Mínimo	Máximo	Percentil 25
Grupo I	5,6	1	8	5
Grupo II	7,9	3	13	6
Grupo III	9,3	5	15	7
Grupo IV	11,2	6	18	8
Grupo V	6	3	10	5
INSALUD	7,8	1	18	6

Tabla 2. Número de comisiones por tipo de hospital. Año 1996.

Grupo	Nº medio de Comisiones 1997	Mínimo	Máximo	Percentil 25
Grupo I	6,4	3	11	5
Grupo II	8,1	1	14	7
Grupo III	8,5	5	13	7
Grupo IV	11,3	4	18	9
Grupo V	6,3	3	14	4
INSALUD	8,1	1	18	6

Tabla 3. Número de comisiones por tipo de hospital. Año 1997.

Entre los hospitales que contestaron a la encuesta, en los cuales ya existe la figura del coordinador, 44 hospitales no tenían coordinador el año pasado. En este grupo la media de comisiones clínicas en funcionamiento ha pasado de 7,0 a 7,8 (incremento superior al global). De este conjunto de hospitales, 13 pertenecían al grupo 1 (29,5%), 17 al grupo 2 (38,6%), 7 al grupo 3 (15,9%), 5 al grupo 4 (11,4%), y 2 al grupo 5 (4,5%).

Las comisiones más frecuentes se muestran en la tabla 4 (año 1996) y 5 (año 1997).

Comisiones 1996	Nº	Reuniones de Enero a Nov. 1996	Mediana	Casos con Ninguna reunión
Farmacia y Terapéutica	68 (97%)	4,9	4,5	5 (7,4%)
Infección Hospitalaria y Política antibiótica	73 (95%)	4,3	4	4 (5,5%)
Historias Clínicas	65 (93%)	3,5	3	13 (20%)
Tejidos, Tumores Mortalidad	35 (50%)	2,6	2	12 (34,3%)
Ensayos clínicos y Ética de la Investigación clínica.	37 (53%)	7,5	7	1 (2,7%)
Tecnología y adecuación de Medios diagnósticos	38 (54%)	3,3	2,5	13 (34,2%)
Docencia y Formación continuada	58 (83%)	4,4	4	5 (8,6%)
Quirófano	30 (43%)	9,3	4	3 (10%)
Comité Asistencial de Ética	18 (26%)	8,5	6	2 (11,8%)
Dietética y Nutrición	18 (26%)	2,7	2	5 (27,8%)
Hemoterapia y Transfusión	27 (39%)	2,3	1	11 (40,7%)
Urgencias	14 (20%)	2,3	2	2 (14,3%)
Biblioteca	8 (11%)	2,7	3	0 (0%)
Trasplantes	5 (7%)	1,6	0	3 (60%)

Tabla 4. Comisiones más frecuentes en el año 1996.

Comisiones 1997	N	Reuniones de enero a nov. 1997	Mediana	Casos con ninguna reunión
Farmacia y Terapéutica	77 (100%)	5,3	5	5 (6,5%)
Infección Hospitalaria y Política antibiótica	73 (95%)	5,1	5	4 (5,5%)
Historias Clínicas	67 (87%)	4,6	4	4 (5,9%)
Docencia y Formación continuada	51 (66%)	4,5	4	3 (5,8%)
Tecnología y adecuación de Medios diagnósticos	48 (62%)	3,4	3	9 (18,7%)
Tejidos, tumores, mortalidad	47 (61%)	3,7	3	8 (17,0%)
Comité Asistencial de Ética	33 (43%)	5,8	5	7 (21,2%)
Quirófano	28 (38%)	5,2	4	2 (7,1%)
Hemoterapia y Transfusión	27 (37,5%)	2,3	2	4 (14,8%)
Ensayos clínicos y Ética de la Investigación clínica.	25 (32%)	8,5	8	1 (4,0%)
Dietética y Nutrición	23 (30%)	2,8	2	7 (30,4%)
Biblioteca	16 (21%)	3,4	3	2 (12,5%)
Urgencias	13 (17%)	3,7	3	1 (7,7%)
Trasplantes	5 (7%)	5,0	6	0

Tabla 5. Comisiones más frecuentes en el año 1997

Respecto a la presencia o no de grupos de trabajo, los datos correspondientes al año 1996 se muestran en la siguiente tabla 6, y los del año 1997, en la tabla 7.

Grupo	Tienen grupos de trabajo	Nº Medio	Mínimo	Máximo
Grupo I	2 (9%)	1,5 ± 0,7	1	2
Grupo II	8 (33%)	3,7 ± 2,3	1	7
Grupo III	4 (57%)	4 ± 3,4	2	9
Grupo IV	9 (69%)	6,8 ± 6	1	19
Grupo V	3 (60%)	6 ± 5,3	2	12
INSALUD	26 (37%)	5 ± 4,4	1	19

Tabla 6. Grupos de trabajo en el año 1996.

Grupo	Tienen grupos de trabajo	Nº Medio	Mínimo	Máximo
Grupo I	11 (50%)	3,4 ± 2,5	1	9
Grupo II	17 (60%)	2,9 ± 2,1	1	7
Grupo III	4 (44%)	6,0 ± 1,4	5	8
Grupo IV	11 (84%)	3,8 ± 3,9	1	25
Grupo V	2 (33,3%)	3,5 ± 0,7	3	4
INSALUD	45 (58,4%)	3,8 ± 3,9	1	25

Tabla 7. Grupos de trabajo en el año 1997.

Durante el año 1997, 22 hosp. (30,6%) participan en algún programa externo, frente a los 19 del año 1996.

Por último, presentamos una serie de gráficos que resumen los datos anteriormente expuestos.

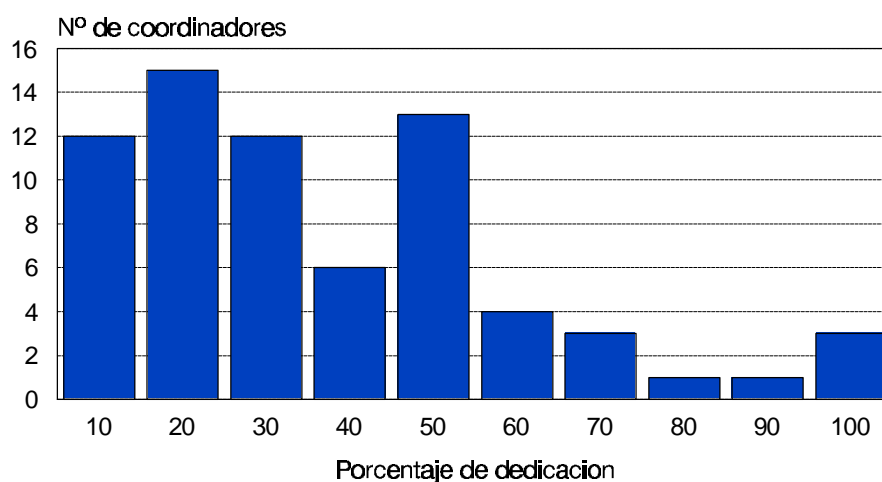


Gráfico 1. Distribución de los coordinadores de calidad en función de su porcentaje de dedicación.

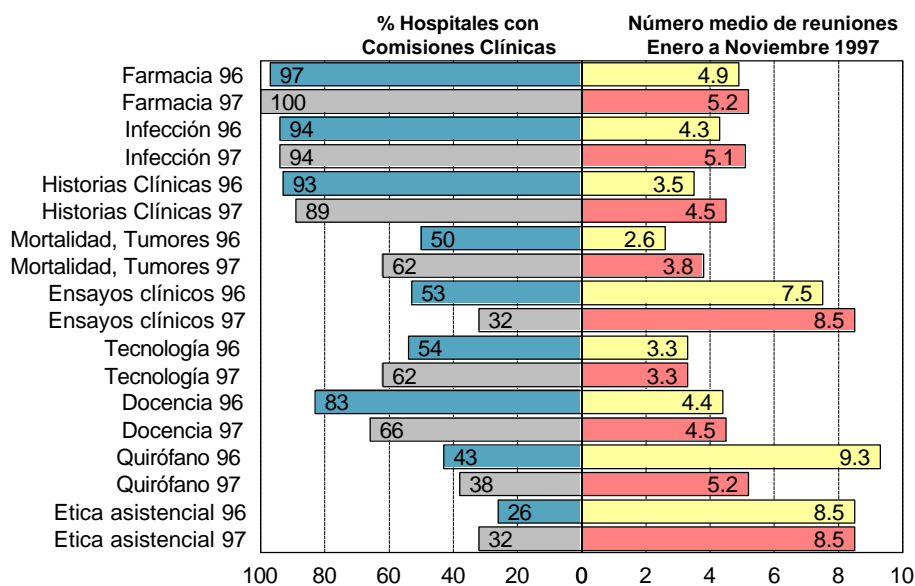


Gráfico 2. Comisiones clínicas más importantes. Comparación entre 1996 y 1997.

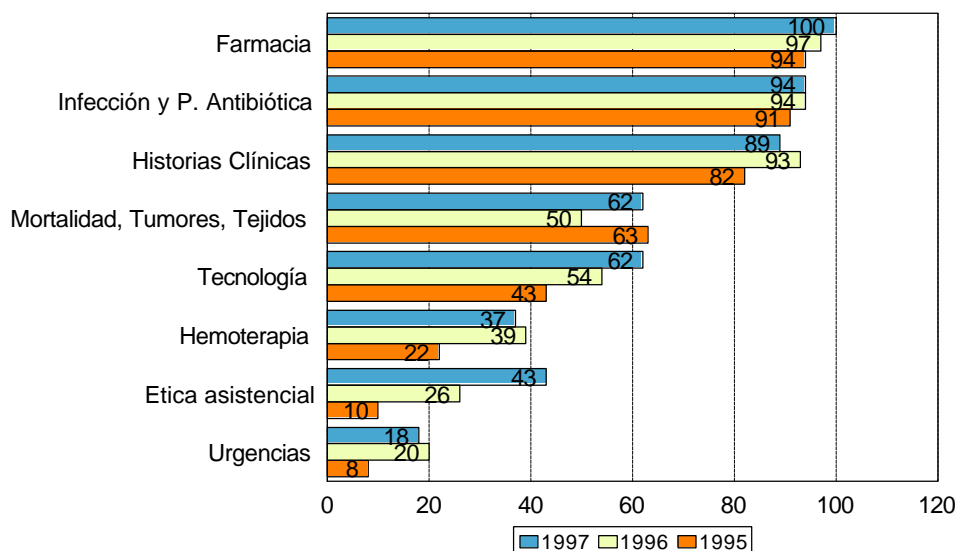


Gráfico 3. Evolución de la proporción de hospitales con distintas comisiones clínicas (1995-97).

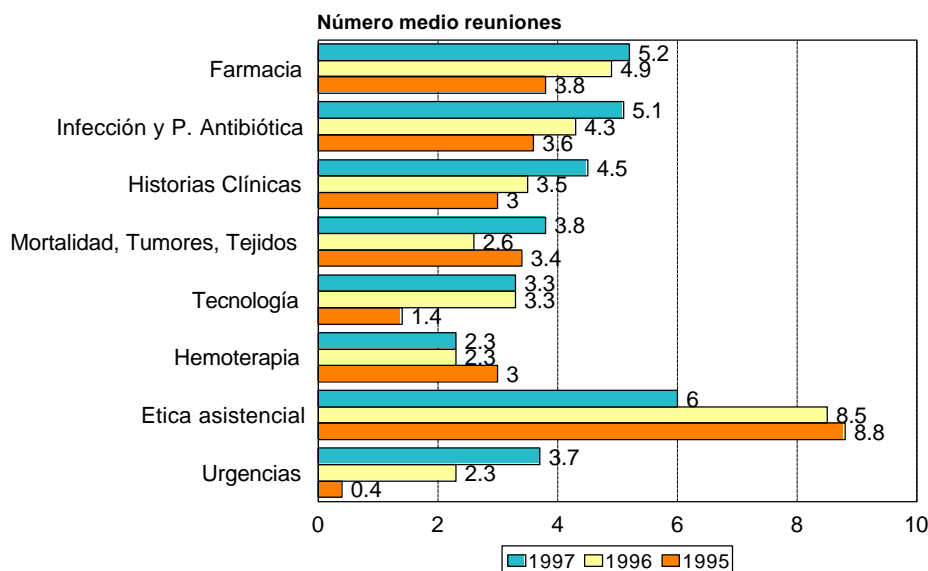


Gráfico 4. Evolución del número medio de reuniones de distintas comisiones clínicas (1995-97).

Las Comisiones Clínicas han trabajado en mejorar la calidad de la asistencia en una serie de aspectos que se concretan en los objetivos pactados anualmente y de los que se han resumido los más relevantes de cada una de las Comisiones más frecuentes.

Comisión de farmacia y terapéutica

- Elaboración de protocolos de utilización de fármacos de alto gasto: Albúmina, nutriplasmal, eritropoyetina, antiretrovirales, inmunoglobulinas, heparinas, ciprofloxacino, omeprazol, etc.
- Elaboración de la guía farmacoterapéutica
- Análisis del gasto farmacéutico.
- Programa de vigilancia de reacciones medicamentosas
- Elaboración de hojas de información de medicamentos para los pacientes.

- Tratamiento del asma crónico. Elaboración conjunta Primaria-Especializada.
- Implantar monodosis

Comisión de infección hospitalaria y política antibiótica

- Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica
- Revisión del protocolo de profilaxis antibiótica
- Evaluación de la utilización de antibióticos de uso restringido.
- Elaborar guía para la prevención y control de la infección
- Manual de prevención de TBC

Comisión de historias clínicas

- Unificación y evaluación del informe de alta hospitalario
- Homologación de los documentos de consentimiento informado.
- Normalizar la historia clínica
- Elaborar normativa de uso de historia clínica
- Establecer volante único de petición de analítica
- Evaluar el funcionamiento del archivo
- Evaluación del informe de derivación Primaria-Especializada
- Auditoría de historia clínica

Comisión tejidos y tumores

- Registro de tumores
- Protocolo de derivación de pacientes oncológicos a hospital de referencia.
- Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la unidad de oncología
- Implantar vía clínica del cáncer de mama
- Correlación de anatomoclínica de biopsias quirúrgicas.
- Protocolo para el estudio de pacientes tumorales
- Monitorizar lista de espera de pacientes oncológicos

Comisión de mortalidad

- Registro de mortalidad hospitalaria y por servicios
- Impulsar la realización de necropsias
- Creación del documento "hoja de fallecimiento"
- Protocolo del tratamiento del dolor en pacientes terminales.
- Valoración de éxitus en urgencias
- Revisión de la mortalidad evitable
- Autoevaluación del éxitus en los servicios

Comisión de tecnología y adecuación de medios diagnósticos

- Elaboración y seguimiento del plan de necesidades.
- Catálogo de situación de la tecnología hospitalaria
- Evaluación de adecuación de ingresos y estancias.
- Estudio de la indicación de mamografía.
- Catálogo de pruebas diagnósticas

Comisión de hemoterapia

- Implantar el consentimiento informado para la transfusión
- Protocolo de autotransfusión
- Protocolo de utilización de hemoderivados
- Revisión de la utilización de la sangre

Conclusiones

Las Comisiones Clínicas forman parte de la estructura organizativa del Plan de Calidad de los hospitales. Son un instrumento indispensable para la definición de la práctica clínica correcta o adecuada en situaciones concretas, es decir en las condiciones del medio en que son atendidos los pacientes y para resolver de forma interdisciplinar los problemas que puedan darse en cada institución. Los criterios de actuación que elaboran estos grupos de trabajo son fruto del consenso entre profesionales expertos y son por tanto un modo importante de participación de los profesionales en la gestión y mejora de la calidad. Su papel es importantísimo y constituye un índice de calidad de un hospital.

En 1997 ha habido un aumento, tanto del número de comisiones clínicas constituidas en los hospitales como en el número de reuniones que han realizado durante 1997. Esta mejoría ha sido más relevante en los hospitales que en 1997 han tenido por primera vez un coordinador del plan de calidad del hospital.

Además las Comisiones Clínicas han definido y pactado sus objetivos en una mayoría de hospitales, la mayoría de ellos relacionados con los objetivos de calidad incluidos en el contrato de gestión.

ANEXO 3: **Evaluación del Programa de Calidad en el Primer Semestre**

En el mes de junio se llevó a cabo una evaluación del programa de calidad. No se buscaban resultados intermedios de los indicadores, sino evaluar el sistema para la calidad que se había establecido en los hospitales. Los resultados de esta evaluación se vincularon al primer pago a los hospitales del presupuesto para productividad variable. Los aspectos que se tuvieron en cuenta para esta evaluación y en qué proporción se relacionaron con la productividad, se expresan a continuación:

Asignación de un profesional responsable (5%)	Acciones de mejora implantadas (5%)	Protocolos documentados e implantados (5%)	Comisiones Clínicas	Codificación del CMBD
15%			15%	15%
45%				

1.- Asignación de un profesional como responsable de cada uno de los objetivos. Este profesional debía ser el encargado de formar y liderar un grupo de mejora en relación al objetivo o trabajar en una comisión clínica para llevar a cabo las actividades necesarias para la consecución del objetivo. Una persona no debía ser responsable de más de un objetivo de calidad, ni pertenecer al equipo directivo, salvo para objetivos de estructura, como la asignación de lugar para la información. El coordinador del programa de calidad del hospital debía coordinar estas actividades y por lo tanto tampoco debía ser el responsable de los objetivos, a menos que por su actividad compartida en otra especialidad esté relacionado con alguno de los objetivos. (Ejemplo: Sistema de vigilancia de la infección en el caso de que el coordinador fuese del servicio de medicina preventiva)

2.- Al menos una acción de mejora implantada por cada uno de los objetivos de calidad, para la consecución del nivel de calidad pactado. Se pidió a los hospitales que especificaran las acciones de mejora implantadas, y no se tendrían en cuenta acciones de mejora que no se consideren tales: así, en la implantación de un protocolo, no se considerará acción de mejora el implantar el protocolo, sino aquellas acciones llevadas a cabo para implantarlo.

3.- Tener documentados e implantados los tres protocolos pactados en:

- Proceso que incida en lista de espera quirúrgica
- Proceso incida en lista de espera CCEE
- Uso adecuado de fármaco/tecnología

4.- Comisiones clínicas:

Criterios a tener en cuenta:

- Pacto de al menos un objetivo entre el equipo directivo y las Comisiones Clínicas de : Farmacia, Infecciones, Historias Clínicas, Tejidos y mortalidad, Tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos
- Mínimo de 3 reuniones por cada una de las Comisiones, con informe emitido.

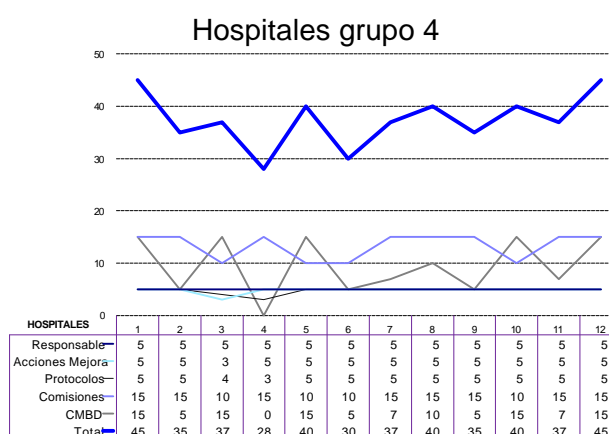
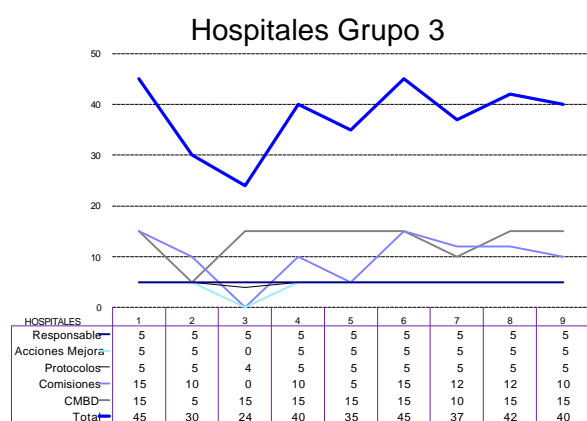
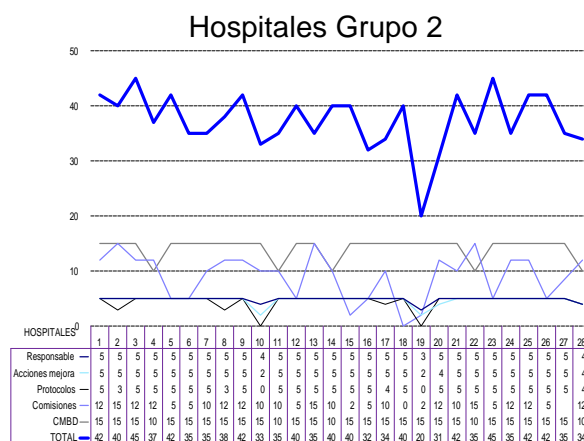
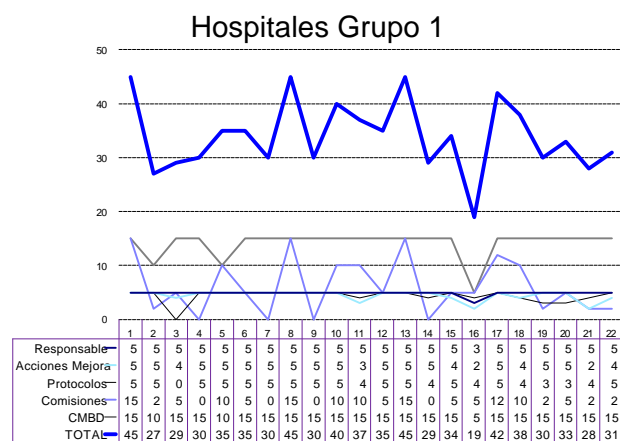
5.- Codificación del CMBD:

CMBD cumplimentado al menos en un 85%

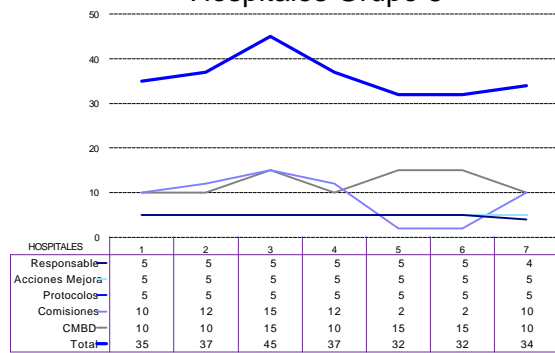
La asignación se realizó de acuerdo a los criterios de la siguiente tabla:

	Criterios	Cumplimiento	Asignación
Responsable	1 por cada objetivo	11	5%
		9 ó 10	4%
		7 u 8	3%
		4, 5 ó 6	2%
		De 1 a 3	1%
Acciones de mejora	1 por cada objetivo	11	5%
		9 ó 10	4%
		7 u 8	3%
		4, 5 ó 6	2%
		De 1 a 3	1%
Protocolos	Diseñados	3	10%
	Implantados	2	6%
		1	3%
Comisiones	Pacto de objetivos	5	15%
	Mínimo 3 reuniones	4	10%
		3	6%
		2	3%
		1	1%
CMBD		>85%	15%
		75% - 85%	10%
		65% - 75%	7%
		50% - 65%	5%
		< 50%	0%
Total			50%

Según estos criterios la evaluación global, los resultados obtenidos se muestran en los siguientes gráficos, por grupos de hospitales



Hospitales Grupo 5



ANEXO 4:
**Circular sobre Coordinador de Calidad de los
Hospitales**

COORDINADORES DEL PROGRAMA DE CALIDAD

La evaluación y mejora del nivel de calidad de las prestaciones sanitarias debe ser un reto permanente de la propia organización, constituyendo uno de los objetivos esenciales de la Institución.

Las actuaciones de los distintos profesionales de los Centros Sanitarios están totalmente interrelacionadas entre sí. Por tanto, una adecuada política de calidad exige la participación de los trabajadores de todas las áreas y la implicación de sus directivos.

Si bien es cierto que la calidad debe estar implícita en la propia función, es preciso fomentar determinadas actuaciones que favorezcan entre los profesionales una cultura de autoevaluación y el planteamiento de objetivos de mejora, impulsándose estas actuaciones con la publicación de la presente Circular que regula importantes aspectos de la calidad especialmente en el ámbito clínico, que deberán ser complementados a medio plazo con otras actuaciones, una vez se pongan en marcha las directrices contenidas en el Plan Estratégico del INSALUD, próximo a su aprobación, a fin de avanzar hacia el concepto de calidad total.

En este marco, la calidad debe estar implícita en todas sus dimensiones: efectividad científico-técnica de la asistencia, eficiencia de la utilización de recursos, accesibilidad, competencia profesional y satisfacción del paciente por la atención recibida. En este sentido, debe ponerse especial énfasis en la potenciación de los órganos de participación del Hospital que tienen encomendadas estas cuestiones por vía normativa.

Las actuaciones a llevar a cabo por la Administración para impulsar el desarrollo de programas de calidad en los Hospitales son muy amplias y van desde el enunciado de determinados objetivos mínimos asumibles por todos los Centros hasta la realización de acciones docentes y formativas.

En este contexto debe enmarcarse la creación de la figura del Coordinador de Calidad de los Hospitales.

La experiencia acumulada en los últimos años, en aquellos Centros que han tenido un profesional dedicado a impulsar acciones de calidad, ha sido satisfactoria. Por lo que por la presente circular se trata de generalizar la figura del Coordinador a todos los Hospitales y de asumir el marco de sus funciones, al objeto de que su actuación sea reglada y eficaz.

En base a lo anterior, a propuesta de la Dirección General de Atención Primaria y Especializada y visto el informe favorable de la Asesoría Jurídica de fecha 18 de Marzo de 1997, por parte de esta Presidencia Ejecutiva se dan las siguientes:

INSTRUCCIONES

PRIMERA

En todos los Hospitales se creará la figura del Coordinador del Programa de Calidad.

La designación y cese la realizará el Gerente del Centro, previo informe de la Junta Técnico Asistencial, de acuerdo con los criterios de la Instrucción tercera de esta Circular.

SEGUNDA

En virtud del volumen y características del Hospital, el Gerente del Centro determinará si el Coordinador del Programa de Calidad dedica toda su actividad a esta función, o la compagina con otras labores asistenciales.

Igualmente el Gerente determinará, en función de la amplitud del programa de calidad si es necesario adscribir al mismo un coordinador de enfermería, en cuyo caso dependerá funcionalmente del Coordinador del Programa de Calidad.

TERCERA

En la designación del Coordinador del programa de Calidad se tendrá en cuenta el siguiente perfil profesional:

- 3.1. Ser un Facultativo de la plantilla del Hospital.
- 3.2. Formación en la gestión de la calidad.
- 3.3. Experiencia clínica.
- 3.4. Experiencia docente.

Asimismo será requisito que previamente a su designación, elabore y presente una Memoria de gestión del Programa de Calidad.

CUARTA

El Coordinador de Calidad dependerá directamente del Director Gerente del Centro.

QUINTA

El Coordinador del Programa de Calidad desarrollará las siguientes funciones:

- 5.1. Asesorar al equipo directivo en el diseño del programa de calidad del Centro y su estrategia de implantación.
- 5.2. Impulsar la constitución de las Comisiones Clínicas (por lo menos las incluidas en el R.D. 521/87) y de la Comisión Central de Garantía de Calidad.
- 5.3. Colaborar con la Dirección Médica en la definición de los objetivos de las Comisiones Clínicas.
- 5.4. Dinamizar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas, fomentando la participación de todos sus miembros y garantizando la eficacia de sus sesiones.
- 5.5. Colaborar con la Gerencia en el pacto de los objetivos de calidad con cada uno de los Servicios.
- 5.6. Diseñar el Plan de Seguimiento y evaluación de objetivos y colaborar con la Gerencia en el control de cumplimiento de los mismos, y elaborará la Memoria anual del Programa de Calidad.
- 5.7. Promover la participación de los profesionales en las actividades de mejora de la calidad desarrolladas en el Centro.
- 5.8. Facilitar apoyo logístico y metodológico a los profesionales que participen en las actividades de mejora de la calidad.

5.9. Organizar y llevar a cabo actividades docentes en mejora de la calidad.

5.10 Impulsar la realización de actividades tendentes a la mejora de la calidad, procurando la difusión interna y externa de las mismas.

5.11 Colaborar con la Comisión Mixta del Hospital en todos los temas relativos a la calidad asistencial, e informarla de las actividades desarrolladas en el Hospital.

5.12 Adecuar e implantar otras funciones que el INSALUD marque de manera corporativa, en materia de calidad.

SEXTA

6.1.- Mientras ejerzan sus funciones, los Coordinadores del Programa de Calidad correspondientes a los Hospitales integrados en los Grupos 3 y 4 de la clasificación del Contrato Programa (ver anexo) percibirán las retribuciones complementarias establecidas para los Coordinadores hospitalarios, incluidos en la Resolución de 11-9-89 (B.O.E. 21-9-89), por la que se asigna complemento de destino y específico a determinados puestos de trabajo de las II.SS. del INSALUD, incrementadas por las sucesivas leyes de Presupuestos Generales del Estado, según se recoge anualmente en las Resoluciones de esta Presidencia Ejecutiva por las que se dictan instrucciones para la elaboración de las nóminas de personal estatutario del INSALUD.

6.2.- Mientras ejerzan sus funciones, los Coordinadores del Programa de Calidad correspondientes a los Hospitales de los Grupos 1, 2 y 5 de la clasificación del Contrato Programa (ver anexo) percibirán las retribuciones establecidas para los puestos de Jefe de Unidad igualmente, de acuerdo con la normativa del párrafo anterior.

SEPTIMA

El Gerente del Hospital pondrá a disposición del Coordinador del Programa de Calidad el apoyo técnico y administrativo que precise.

Madrid, 10 de Abril de 1997
EL PRESIDENTE EJECUTIVO

ANEXO 5: **Estructura Hospitalaria del Insalud**

Hospitales del Grupo I	
De Calatayud. Zaragoza	Gutierrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real
De Alcañiz. Teruel	Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos
De Barbastro. Huesca	Santiago Apostol. Miranda de Ebro. Burgos
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	Comarcal de Medina del Campo. Valladolid
Comarcal de Jarrío. Coaña	De Llerena. Badajoz
Alvarez Buylla. Mieres	Campo Arañuelo. Navalморal. Caceres
Virgen Monte Toro. Mahon. Menorca	Ciudad de Coria. Caceres
Can Misses. Ibiza	Comarcal del Noroeste. Caravaca
Comarcal de Laredo. Cantabria	Virgen del Castillo. Yecla
Comarcal de Hellin. Albacete	Cruz Roja. Ceuta
Santa Barbara. Puertollano. Ciudad Real	Comarcal de Melilla

Hospitales del Grupo II	
General Obispo Polanco. Teruel	Complejo Hospitalario de Segovia
General San Jorge. Huesca	General de Soria
De Cabueñes. Gijón	Virgen de la Concha. Zamora
De San Agustín. Avilés	Comarcal Don Benito. Badajoz
Valle del Nalón. Langreo	Merida. Badajoz
De Sierra Llana. Torrelavega	Virgen del Puerto. Plasencia. Caceres
Complejo Hospitalario Ciudad Real	Complejo Hospitalario de Caceres
Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real	San Millán-San Pedro. Logroño
Virgen de la Luz. Cuenca	Complejo Hospitalario Móstoles-Alcorcón
General de Guadalajara	Severo Ochoa. Leganés. Madrid
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	Príncipe de Asturias. Alcala de Henares
Ntra.Sra. de Sonsoles. Avila	Morales Meseguer. Murcia
Del Bierzo. Ponferrada. León	Santa María del Rosell. Murcia
Río Carrión. Palencia	Rafael Méndez. Lorca

Hospitales del Grupo III	
General de Albacete	Río Hortega. Valladolid
Complejo Hospitalario de Toledo	Infanta Cristina. Badajoz
General Yagüe. Burgos	Universitario de Getafe. Madrid
Complejo Hospitalario Virgen Blanca. León	De la Princesa. Madrid
Clinico de Valladolid	

Hospitales del Grupo IV	
Miguel Servet. Zaragoza	La Paz. Madrid
Clinico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza	Ramón y Cajal. Madrid
Central de Asturias. Oviedo	12 de Octubre. Madrid
Son Dureta. Palma de Malloca	Clinico San Carlos. Madrid
Marques de Valdecilla. Santander	Puerta de Hierro. Madrid
Complejo Hospitalario de Salamanca	Virgen de la Arrixaca. Murcia

Hospitales del Grupo V	
San Jorge. Zaragoza	Virgen de la Torre. Madrid
Niño Jesús. Madrid	Hospital Carlos III. Madrid
De la Fuenfria. Cercedilla. Madrid	Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid
Santa Cristina. Madrid	

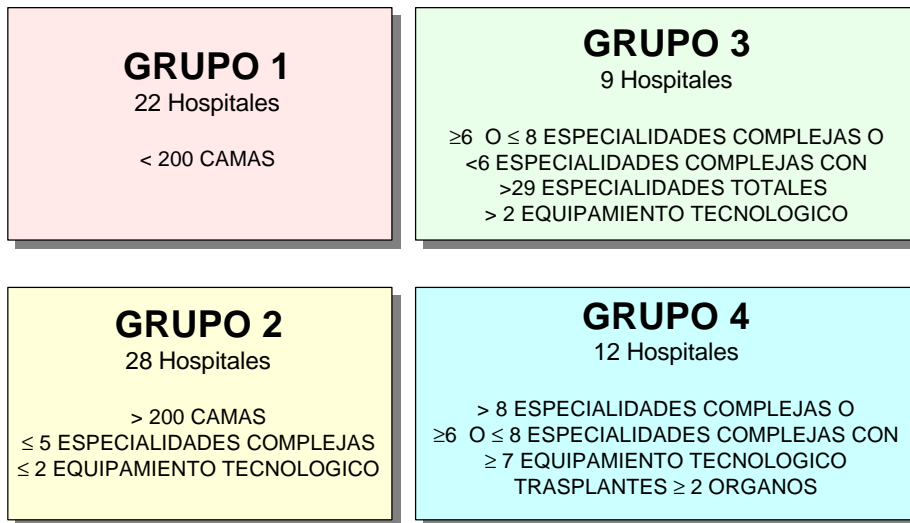
Número de hospitales: 79

Población cubierta: 13.838.867

Camas instaladas: 37.091

Camas instaladas/1.000 habitantes: 2,68

CLASIFICACION HOSPITALES INSALUD



Sub. Gral At. Especializada



ANEXO 6: **Metodología Común de Evaluación**

METODOLOGIA DE EVALUACION DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD C-P 1997

Sobre la evaluación

Queda una parte sobre las actividades en calidad llevadas a cabo en el hospital que no está incluida en esta metodología de evaluación. En Noviembre se enviará una encuesta para evaluar la actividad llevada a cabo por las Comisiones Clínicas y Grupos de mejora.

Filosofía de la evaluación

Cómo se va a llevar a cabo la evaluación es un tema que compete a cada hospital, sin embargo se recuerda la línea en la que el INSALUD promueve la implantación de programas de calidad y su evaluación y que está recogida en la memoria de 1996.

- El INSALUD quiere promover un cambio en la organización, incentivando actividades de evaluación y mejora de la práctica asistencial entre todos los profesionales. Se trata, en suma, de promover un cambio cultural que implique a todos los trabajadores, ya que la calidad de la asistencia está en el trabajo diario de cada uno de los trabajadores.
- La calidad se puede y se debe medir. Hay que utilizar indicadores numéricos para saber de dónde se parte y cuánto se mejora con la intervención. En la evaluación se debe establecer rigor metodológico.
- La evaluación de la asistencia que se presta debe involucrar a todos los profesionales y formar parte de su trabajo habitual, ya que una condición necesaria para mejorar la calidad es conocer lo que se está haciendo y cómo se está haciendo. Es preciso promover una cultura de la evaluación.

También se recuerda que entre las funciones del coordinador de calidad está el diseñar el plan de seguimiento y evaluación del programa de calidad y facilitar apoyo metodológico, pero esto no significa que el coordinador sea el encargado de llevar a cabo toda la evaluación. Hacer que los profesionales implicados en el objetivo colaboren en la evaluación, se autoevalúen, es uno de los objetivos del programa de calidad. La autoevaluación es un factor educativo muy importante.

Sobre el envío de los datos

- En los hospitales debe quedar constancia por escrito de la fuente de datos, listados, números de HC, etc, utilizados en la evaluación. Pueden ser necesarios para la validación de los datos.
- El resultado que se envíe debe hacer referencia exactamente al indicador que se pide. Ejemplo: si el denominador del indicador de la profilaxis antibiótica dice total de pacientes operados, no se debe enviar un resultado de un indicador en el que el denominador es pacientes a los que se ha dado profilaxis, sino el total de intervenidos hayan recibido o no profilaxis.
- No se tendrán en cuenta los resultados que no vayan acompañados de numerador y denominador, por lo que de producirse, figurará como no evaluado.
- Dado que el periodo de estudio y la muestra a estudio va a ser determinada por cada hospital, siempre se necesita saber cual ha sido el periodo en que se ha realizado el estudio y el total de la población a estudio en cada indicador en este periodo. Esto servirá para, en el caso de que se estudie una muestra, hacernos una idea de su representatividad.
- Aleatoriedad de la muestra siempre que sea posible.
- Se recomienda que el periodo de estudio sea posterior al mes de junio, ya que es a partir de ahí cuando las acciones de mejora implantadas pueden haber tenido efecto.
- Se envía la metodología en disquete para facilitar su cumplimentación, pero rogamos que los datos de la evaluación se envíen en papel, por correo, no por fax, con fecha límite el 15 de Diciembre de 1997.

Objetivo 1: mejorar la gestión de reclamaciones.

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

Indicador: % de reclamaciones contestadas por escrito en un plazo no superior a 30 días.

Entre las muchas funciones del SAP está la de recogida y contestación de reclamaciones, en íntima conexión con la gerencia del centro y el responsable de la Unidad o Servicio objeto de la reclamación. Conseguir que las reclamaciones sean contestadas en un plazo inferior a 30 días es un objetivo de calidad del SAP, que no podrá ser realizado sin la participación de los otros implicados.

El gerente, o persona en quién delegue, remitirá a los interesados la contestación individualizada que deberá contemplar, al menos, los siguientes criterios:

- Resumen del motivo de la reclamación.
- Actuaciones realizadas
- Conclusiones y medidas adoptadas
- Identificación del firmante

Se enviará una copia de la contestación a las personas o servicios implicados en la reclamación, mientras que otra copia quedará grapada junto al original de la reclamación en el **libro normalizado**. (SAP Manual de funciones INSALUD 1993).

Fórmula del indicador

$$\text{Nº reclamaciones presentadas por escrito que son contestadas } < 30 \text{ d. y cumplen todos los criterios } \times 100 / \text{Nº total de reclamaciones presentadas por escrito}$$

Población a estudio

Reclamaciones presentadas por escrito en el SAP

Muestra y periodo de estudio

El 100% de las reclamaciones presentadas en un mes.

Se recomienda se haga la evaluación de las presentadas en el mes de octubre, ya que es el mismo periodo evaluado el año 96, no es época vacacional, las acciones emprendidas habrán dado sus frutos y hay tiempo suficiente para obtener los datos antes del envío de la evaluación.

Periodo de estudio:

Nº reclamaciones en ese periodo:.....

Resultado

$$\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} = \text{\%}$$

Nivel pactado en el CP 97 Nivel alcanzado en la evaluación.....

GESTION DE LAS RECLAMACIONES	
NIVELES	RANGO (%)
A	> 95
B	85-95
C	70-85
D	50-70
E	< 50

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION :

Nombre

Puesto de trabajo

MEJORAR LA INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES.

Objetivo 2: Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a los familiares de los pacientes tengan definido explícitamente el lugar y horario para la información

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

¿Qué número de Servicios Clínicos, Secciones y/o Unidades funcionales del hospital, precisan informar a familiares de pacientes, y por lo tanto necesitan un lugar y un horario para la información? (ver comentario del Ob. 4 en la página 56 de la memoria de la Unidad de calidad 1996)

Nº =

Indicador: % Servicios Clínicos que tienen de forma explícita un lugar y horario definido para la información a familiares.

Fórmula del indicador

Nº de Servicios Clínicos con lugar y horario definido explícitamente para la información a familiares x100 / Nº total de Servicios Clínicos que lo precisan

Resultado

$$\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \text{\%}$$

Nivel pactado en el CP 97 Nivel alcanzado en la evaluación.....

LUGAR Y HORARIO PARA LA INFORMACION	
NIVELES	RANGO (%)
A	> 95
B	85-95
C	70-85
D	50-70
E	<50

¿De qué forma se hace explícita esta información: lugar y horario? (Marque la opción/es que corresponda)

Memoria del Plan de Calidad 1997

- A.-Cartel en las plantas
- B.-Se entrega por escrito a los pacientes
- C.-Otros (No se considerará la información verbal)

El que exista un lugar definido para la información, con un horario establecido, no siempre significa que se utilicen adecuadamente. Se propone que cada hospital realice algún tipo de estudio para evaluar su cumplimiento y poder ofrecer a los distintos servicios sus resultados.

Si se ha realizado en el hospital este estudio:

¿Que tipo de estudio ha sido?.....
¿De forma escueta puede decir que resultados se han obtenido?.....
.....

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION

Nombre
Puesto de trabajo.

Objetivo 3.1: Mejora de la información clínica. Procedimientos con documento de consentimiento informado específicos (CI).

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

Los documentos de CI son documentos del hospital y por lo tanto antes de su implantación deben ser avalados/validados por alguno de los órganos representativos del hospital. Por ser la información al paciente y el Consentimiento Informado un tema relacionado con la ética, que además presenta frecuentes conflictos éticos, el Comité Asistencial de Etica, en los hospitales que lo tengan, es el órgano del hospital que mejor puede avalar estos documentos y hacer recomendaciones a los servicios para mejorar la calidad de su contenido.

En el caso de que el hospital no cuente con Comité de ética asistencial, la Comisión central de garantía de calidad u otra comisión de calidad, puede llevarlo a cabo. Es importante que el Servicio de Atención al Paciente, si es que no es miembro de alguna de estas comisiones, participe en este proceso. También la participación de pacientes/usuarios debería ser tenida en cuenta. Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es su forma, por lo que estos documentos deben ser normalizados.

Indicador1

Nº total de documentos de CI implantados

Nº =

Indicador 2

Nº de documentos implantados en el hospital cumplen los criterios establecidos en los acuerdos del Consejo Interterritorial sobre el CI y están avalados/validados por alguno de los órganos representativos del hospital (Comité de Etica Asistencial, Comisión Central de Garantía de Calidad, etc) y están normalizados.

Nº =

Por que Comisión han sido avalados/validados?.....

Se ruega enviar junto con la evaluación los Documentos de Consentimiento Informado Especifico. Únicamente los que están avalados/validados

El indicador a tener en cuenta este año es el 1, ya que en el pacto no se explicitó la necesidad de que los documentos tuvieran que ser avalados. Para próximas evaluaciones el indicador a evaluar será el 2.

Nºdocumentos CI =

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado en la evaluación (Indicador 1).....

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION :

Nombre

Puesto de trabajo.....

Objetivo 3.2: Mejora de la información clínica. Implantación del documento de consentimiento informado específico.

Indicador: % de pacientes que tienen documento de CI, debidamente firmado por el médico y el paciente, en su historia clínica.

Fórmula del indicador:

Nº de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica que tienen en su HC el Documento de CI correctamente firmado / Nº total de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, que son evaluados

Población a estudio:

- Pacientes intervenidos de los procesos quirúrgicos más frecuentes dentro del ámbito del INSALUD , algunos de los cuales vienen ya determinados en la tabla. Los que no vienen determinados deben ser uno de los más frecuentes del Servicio.
- Pacientes sometidos a las 3 pruebas diagnósticas de riesgo más frecuentes en el hospital.

Periodo de estudio: A determinar por el hospital

Muestra: Todos los pacientes intervenidos en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes intervenidos en dicho periodo

Resultado

Servicio	Intervención	Código CIE9.MC	Total altas de ese código en el periodo estudiado	Nº / Nº	Resultado %
Cirugía Gral.	Hernia inguinal	550			
Trauma	Prótesis de cadera	81.5			
ORL					
Oftalmología	Cataratas	366			
Toco-gine	Cesárea	74			
Urología	Prostatectomía	60.2			
C. Torácica					
C. Cardiovas.					
Neurocirug					
Anestesia	Anestesia				

Resultado global (suma de los numeradores y denominadores de todos los procedimientos)

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$$

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado en la evaluación.....

IMPLANTACION CONSENTIMIENTO INFORMADO	
NIVELES	RANGO (%)
A	> 95
B	85-95
C	70-85
D	50-70
E	< 50

Servicio	Prueba diagnóstica	Total pruebas realizadas en el periodo estudiado	Nº / Nº	Resultado %
Resultado Global	-	-		

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION :

Nombre
Puesto de trabajo

Objetivo 3.3 Mejora de la información clínica . Satisfacción con la información clínica

¿ A que % de los ingresos o altas se ha hecho/enviado/entregado durante 1997 encuesta de satisfacción

.....%

¿Que % de pacientes que contestan la encuesta?

..... %

Indicador: % de pacientes que en la última Encuesta de Post hospitalización (EPH) realizada en el hospital contestan estar satisfechos/muy satisfechos con la información clínica recibida.

Fórmula del indicador:

Nº de pacientes que están satisfechos/muy satisfechos con la información clínica recibida x 100 / Nº total de pacientes que contestan la última EPH

Resultado

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$$

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado en la evaluación.....

SATISFACCION CON LA INFORMACION CLINICA	
NIVELES	RANGO (%)
A	> 95
B	90-95
C	85-90
D	80-85
E	<80

OBJETIVO 4 mejora de la información general. Implantar un Programa de Acogida al paciente hospitalizado

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

¿Cuenta el hospital con un Programa de Acogida al paciente?

SI NO

¿Está documentado por escrito en qué consiste dicho programa, quienes son los profesionales encargados de llevarlo a cabo y el paciente es acogido en el hospital de acuerdo a ese programa?

SI NO

¿Se entrega **además** a los pacientes hospitalizados algún tipo de información por escrito (folleto, tríptico,etc) que haga referencia a servicios del hospital, horarios, visitas, etc?

SI NO

¿Está incluida en esta información escrita la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes?

SI NO

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado en la evaluación.....

EXISTENCIA DE UN PROGRAMA DE .ACOGIDA	
NIVELES	RANGO (Nº)
A	PA Documentado + Folleto inf.
B	PA Documentado sin Folleto
C	PA No Documentado + Folleto
D	PA No Documentado sin Folleto
E	No PA sin Folleto

Objetivo 4: Mejora de la información general. Satisfacción con la información en general

Indicador

% Pacientes que en la última EPH realizada en el hospital contestan estar satisfechos/muy satisfechos con la información general.

Resultado

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$$

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado en la evaluación.....

SATISFACCION CON LA INFORMACION GENERAL	
NIVELES	RANGO (%)
A	> 95
B	90-95
C	85-90
D	75-85
E	< 75

GESTION DE LA LISTA DE ESPERA

Objetivo 5. Inclusión en lista de espera de acuerdo a los criterios establecidos en la circular

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

Indicador1

% pacientes incluidos en lista de espera que cumplen **todos** los criterios obligatorios establecidos en circular 3/94

Estos criterios son:

1. Nombre y dos apellidos del paciente
2. DNI o CIP
3. Dirección postal, teléfono
4. Edad, sexo.
5. HC
6. Fecha de entrada en demanda quirúrgica con todos los requisitos:
 - tener realizados los estudios pertinentes
 - haber establecido el diagnóstico
 - Indicación de un procedimiento quirúrgico.
 - No incluir procesos incipientes ni segundos tiempos de intervenciones.
 - Haber informado al paciente, con firma de autorización del paciente de entrada en lista de espera, o en su caso del documento de CI indicando su consentimiento para la intervención.
 - Tener HC abierta y realizada en el área sanitaria
7. Servicio quirúrgico al que está adscrito el facultativo
8. Diagnóstico literal del facultativo
9. Diagnóstico codificado
10. Prioridad según clasificación

Además en esta circular se establecen unos criterios recomendados que son de una gran importancia para la gestión de la lista de espera:

1. Identificación del facultativo
2. Procedimiento literal a realizar
3. Procedimiento codificado por CIE9-MC
4. Ayudas para la programación del ingreso y la intervención

Indicador 2

% pacientes incluidos en lista de espera que cumplen **todos** los criterios obligatorios y recomendados establecidos en circular 3/94

Fórmula del indicador

$$\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo a los criterios establecidos} \times 100 / \text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}$$

Población a estudio:

Pacientes incluidos en lista de espera para procedimientos quirúrgicos.

Periodo de estudio:

A determinar por el hospital

Muestra:

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes incluidos en dicho periodo.

Periodo de estudio.....

Nº total de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica en el periodo estudiado:

Nº =.....

Resultado indicador 1

$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Nivel pactado en el CP 97 Nivel alcanzado en la evaluación.....

Resultado indicador 2

$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

INCLUSION DE PACIENTES EL LISTA DE ESPERA DE ACUERDO A CRITERIOS ESTABLECIDOS.	
NIVELES	RANGO (%)
A	> 90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	<50

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION :

Nombre

Puesto de trabajo

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS EN LA PRACTICA ASISTENCIAL

Bajo este título se engloban una serie de objetivos, algunos de ellos nuevos en el CP de este año. Por la experiencia de años anteriores, los criterios con los que se evalúa la adecuación al protocolo suelen ser dispares y el nº de ellos muy variable. Esto no sería muy importante si el resultado de la evaluación únicamente fuera a ser valorado por el propio hospital a lo largo del tiempo. El problema es cuando los datos de todos los hospitales se analizan de forma global, se comparan y se establecen incentivos económicos en función de sus resultados. Esto obliga mucho más a tratar de que los hospitales sean rigurosos en su evaluación. Cuando, como en el ejemplo de la profilaxis, los criterios son de todos conocidos, no se planteen grandes diferencias en la evaluación en los hospitales. En el caso del cuidado del paciente sondado a protocolo, donde también podría pensarse que los criterios que se iban a evaluar iba a ser semejantes, el pasado año hubo algún hospital que sólo incluyó un criterio en la evaluación, mientras que otros hospitales habían evaluado más de diez. Sin duda la calidad en la evaluación estará en relación con la mejora de la calidad del proceso, pero esos hospitales que son ambiciosos en la calidad de su evaluación, pueden estar perjudicados si se les compara con los que incluyen un sólo criterio, ya que lógicamente es más fácil cumplir un criterio que diez.

Para los 3 nuevos objetivos planteados en este año, implantar protocolos en procesos que incidan en lista de espera quirúrgica, de CCEE y para la utilización de medicamentos o alta tecnología, el tema de los criterios e indicadores de evaluación es también muy importante, máxime cuando los protocolos a evaluar van a ser distintos.

Para la evaluación de un protocolo es preciso que el responsable y el grupo de trabajo que colabore con él, establezca las condiciones con las que debe evaluarse y diseñe la hoja de recogida de datos¹. Esta hoja de recogida de datos nos servirá como una buena herramienta para "evaluar la evaluación" ya que debe incluir explícitamente los criterios que se han tenido en cuenta en la evaluación y por lo tanto debe ser enviada si así se requiere en la metodología.

Se adjuntan 2 modelos para la elaboración de protocolos/guías asistenciales, que han sido diseñadas en el Hospital La Paz de Madrid y en el H. Juan Canalejo de la Coruña, que pueden ser muy útiles a los profesionales en el diseño de protocolos y su evaluación o en la adaptación de Guías diseñadas por Sociedades a protocolos hospitalarios.

Objetivo 6: Protocolo de profilaxis antibiótica.

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

Existe en el hospital un protocolo de profilaxis antibiótica avalado por la Comisión correspondiente?

SI NO

Si la contestación es NO, no se debe contestar a lo siguiente.

¹ se entiende por hoja de recogida de datos el modelo de ficha en el que se recogen los criterios utilizados en la evaluación del protocolo en todos los individuos de la muestra.

Indicador:

Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes intervenidos evaluados}} \times 100$$

Población:

Todos los pacientes intervenidos.

Es cierto que algunos hospitales evalúan la adecuación de profilaxis sólo en los pacientes que precisan profilaxis, y no lo hacen en los que no la precisan. Pero si el objetivo es evaluar la adecuación de la profilaxis quirúrgica, en el denominador deben figurar todos los pacientes intervenidos, precisen o no profilaxis. Se considerará pues:

Indicación	Administración (de acuerdo a protocolo)	
	SI	NO
	Correcto	Incorrecto
NO	Incorrecto	Correcto

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Muestra de estudio:

El cálculo del indicador de profilaxis se comenzó a hacer en el año 94 en los pacientes intervenidos de la intervención quirúrgica más frecuente del hospital, en el año 95 en la intervención más frecuente de cada uno de los servicios y en el año 96 en los intervenidos de las 2 más frecuentes de cada uno de los servicios. Este año se pretende tener una visión global y representativa.

Para hacerlo, se precisa de una muestra aleatoria representativa de todas las altas quirúrgicas de un periodo establecido. El tamaño muestral, calculado para una precisión de un 10% y una confianza del 95%, para todos los grupos de hospitales, se ha fijado en un mínimo de 100. Puede sorprender que el tamaño muestral mínimo sea independiente del total de altas quirúrgicas del centro, es decir, que no varíe en función del tamaño del hospital. Esto es así, porque asumiendo un muestreo aleatorio, el tamaño muestral calculado para la precisión y confianza mencionados, se estabiliza aproximadamente a partir de las 500 altas quirúrgicas en un año, variando ya muy poco hasta incluso el rango de 20.000 de un hospital del grupo 4.

Todos los supuestos se mantienen siempre y cuando se realice un muestreo **ABSOLUTAMENTE ALEATORIO** del total de altas quirúrgicas del periodo que se va a utilizar. Para realizarlo es preciso obtener del sistema de información del hospital un listado exhaustivo de todas las altas quirúrgicas, para luego seleccionar mediante una tabla de números aleatorios los, al menos 100 pacientes o HC de la muestra. Cuando por cualquier circunstancia no pueda recuperarse la HC seleccionada en la muestra, se sustituirá por el inmediatamente siguiente del listado hasta completar el tamaño muestral fijado

Criterios de evaluación:

- Indicación o no de la administración de la profilaxis.
- Tipo de antibiótico utilizado.
- Momento de la administración.
- Dosis.
- Vía de administración.
- Duración de la profilaxis.

Sólo deberá considerar que la profilaxis antibiótica es correcta (de acuerdo a protocolo) cuando se cumplan los 6 criterios anteriores.

En años anteriores algunos hospitales evaluaron este objetivo mediante el estudio de incidencia del EPINE. No se cree que se deba de hacer así al menos por dos motivos: A. El Epine se hace alrededor de mayo, cuando se están implantando las acciones de mejora para conseguir el objetivo. B. El EPINE no está pensado con ese fin. Este objetivo pretende evaluar la profilaxis adecuada a protocolo y no la simple utilización de profilaxis. Es preciso evaluar los criterios de adecuación.

Resultado

$$\frac{\text{N}^\circ}{\text{N}^\circ} \times 100 = \dots\dots\dots \%$$

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado en la evaluación.....

PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE ACUERDO A PROTOCOLO	
NIVELES	RANGO (%)
A	>90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	<50

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION :

Nombre

Puesto de trabajo

Objetivo 7: Cuidado del paciente sondado de acuerdo a protocolo

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

¿Se utilizan en el hospital sistemas de sondaje abiertos? (al margen de para aquellas situaciones concretas en los que pueda estar indicado)

SI

NO

¿Existe en su Hospital un Protocolo para el sondaje urinario?

SI

NO

Si la contestación es NO, no se debe contestar a lo que sigue.

Indicador :

Porcentaje de pacientes sondados de acuerdo a Protocolo

Fórmula del indicador:

N° de pacientes sondados de acuerdo al Protocolo x 100 / N° Total de pacientes sondados evaluados

Población a estudio

Pacientes con sondaje vesical

Periodo de estudio

A determinar por el hospital

Muestra: Todos los pacientes con sondaje vesical en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes con sonda en dicho periodo

Especificar el nº de criterios que se han tenido en cuenta en la evaluación del protocolo.

Nº =.....

Enviar **el modelo de hoja de recogida de datos** utilizado en la evaluación del protocolo (no el protocolo)

Tipo de estudio realizado:

Incidencia

prevalencia

Otros (especificar).....

Periodo de estudio.....

Resultado

$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado en la evaluación.....

CUIDADO PACIENTE SONDADO DE ACUERDO A PROTOCOLO	
NIVELES	RANGO (%)
A	> 95
B	80-95
C	65-80
D	50-65
E	< 50

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION :

Nombre

Puesto de trabajo

Objetivo 8: Implantar un protocolo/guía de práctica para un proceso que incida en la lista de espera quirúrgica

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

Se ha implantado un protocolo en un proceso que incida en la lista de espera quirúrgica:

SI NO

Si la contestación es NO, no se debe contestar a lo siguiente.

En que proceso/procedimiento se ha implantado?

.....

El protocolo implantado:

- Es uno de los realizados por las Sociedades Científicas en colaboración con el INSALUD y se ha implantado sin ninguna adaptación?
- Es uno de los realizados por las Sociedades Científicas en colaboración con el INSALUD que se ha adaptado al hospital ?
- Se ha realizado en el hospital por un grupo de profesionales.
- Otros (especificar).....

Indicador:

Porcentaje de pacientes tratados/incluidos en lista de espera con criterios clínicos de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador:

$\frac{\text{N}^\circ \text{de pacientes tratados y/o incluidos en lista de espera con criterios clínicos de acuerdo al protocolo}}{\text{N}^\circ \text{de pacientes tratados y/o incluidos en lista de espera evaluados}} \times 100$

Población:

Todos los pacientes tratados de ese proceso y/o incluidos en lista de espera

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Muestra de estudio: Todos los pacientes tratados de ese proceso y/o incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Enviar modelo de hoja de recogida de datos empleada en la evaluación del protocolo

Periodo estudiado.....

Nº total de pacientes tratados/incluidos en lista de espera en el periodo estudiado:

Nº =.....

Resultado

$\frac{\text{N}^\circ}{\text{N}^\circ} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado en la evaluación.....

PROTOCOLO DE UN PROCESO QUE INCIDA EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	
NIVELES	RANGO (%)

Memoria del Plan de Calidad 1997

A	> 90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	<50

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION :

Nombre

Puesto de trabajo

Objetivo 9: Implantar un protocolo de un proceso que incida en la lista de espera para 1ª consulta de especialista

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

¿En qué proceso se ha implantado el protocolo?

.....

El protocolo implantado:

- Es uno de los realizados por las Sociedades Científicas en colaboración con el INSALUD y se ha implantado sin ninguna adaptación?
- Es uno de los realizados por las Sociedades Científicas en colaboración con el INSALUD que se ha adaptado al área en colaboración con profesionales de AP ?
- Se ha realizado en el área por un grupo de profesionales de Atención especializada y de A. Primaria
- Otros (especificar).....

Indicador:

Porcentaje de pacientes derivados de AP a consulta de especializada acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador:

N° de pacientes derivados de AP a consulta de especializada acuerdo al protocolo x 100 / N° total de pacientes derivados

Población a estudio:

Todos los pacientes derivados por ese proceso protocolizado

Periodo de estudio:

El que determine el hospital

Muestra de estudio: Todos los pacientes derivados por ese proceso protocolizado en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo

Enviar modelo de recogida de datos utilizado en la evaluación del protocolo

Periodo estudiado.....

N° total de pacientes derivados por ese proceso en el periodo estudiado:

N° =.....

Resultado

$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Nivel pactado

En este objetivo se debe reconsiderar lo que ha sido motivo de pacto. Esta clara la responsabilidad de los responsables de Atención Especializada, junto con los de Primaria, en el diseño del protocolo de derivación de pacientes con procesos con alta prevalencia y participar en su difusión. Sin embargo derivar pacientes de acuerdo al protocolo es responsabilidad de los profesionales de A. Primaria. Por lo tanto no se puede evaluar a los profesionales de AE por resultados obtenidos por los profesionales de AP, y se deben fijar otros criterios para hacer la evaluación.

Se han establecido únicamente 3 niveles:

1. No haber implantado el protocolo.
2. Diseñar el protocolo o adaptar y consensuar con Primaria el elaborado por alguna de las Sociedades Científicas, colaborar en su difusión en el área, hacer una evaluación de los pacientes derivados y ver su adecuación a protocolo.
3. Una vez diseñado y evaluado, feed back de los datos de la evaluación a AP, identificando los problemas en caso de no cumplimiento y propuestas de mejora.

En el pacto con los hospitales se propuso tratar de alcanzar un nivel intermedio en este objetivo ya que era el primer que se evaluaba. Cumplir con el nivel 2, independientemente del resultado obtenido en la evaluación, se considerará que es cumplir con el objetivo pactado. Será nivel de excelencia el conseguir el nivel 3.

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION :

Nombre

Puesto de trabajo

Objetivo 10: Implantar un protocolo para el uso adecuado de fármacos o de alta tecnología

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

Se ha implantado un protocolo para el uso adecuado de un fármaco o de alta tecnología:

SI

NO

Si la contestación es NO, no se debe contestar a lo siguiente.

Para que fármaco o tecnología?

.....

El protocolo implantado:

- Se ha realizado en el hospital por un grupo de profesionales.
- Otros (especificar).....

Indicador 1

Porcentaje de pacientes a los que se ha tratado con el fármaco de acuerdo a los criterios del protocolo.

Fórmula del indicador:

N° de pacientes tratados con criterios de acuerdo al protocolo x 100 / N° de pacientes tratados con ese fármaco evaluados

Población:

Todos los pacientes tratados con ese fármaco cuyo uso se ha protocolizado

Indicador 2

Porcentaje de pacientes a los que se ha indicado o realizado una prueba diagnóstica de alta tecnología de acuerdo a los criterios del protocolo

Fórmula del indicador:

N° de pacientes a los que se ha realizado una prueba diagnóstica de alta tecnología de acuerdo a los criterios del protocolo x 100 / N° de pacientes a los que se ha realizado esa prueba diagnóstica de alta tecnología, evaluados

Población a estudio:

Todos los pacientes a quienes se ha realizado la prueba diagnóstica de alta tecnología que se ha protocolizado.

Periodo de estudio:

El que se determine en el hospital

Muestra de estudio: Todos los pacientes tratados con ese fármaco o a quienes se ha realizado la prueba de alta tecnología en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos empleada en la evaluación del protocolo

Para el Indicador 1

Periodo estudiado.....

N° total de pacientes tratados en el periodo estudiado:

Memoria del Plan de Calidad 1997

Nº =.....

Resultado

$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Nº

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado en la evaluación.....

Para el Indicador 2

Periodo estudiado.....

Nº total de pacientes tratados en el periodo estudiado:

Nº =.....

Resultado

$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Nº

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado en la evaluación.....

UTILIZACION DE FARMACOS / ALTA TECNOLOGIA SEGUN PROTOCOLO	
NIVELES	RANGO (%)
A	> 90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	< 50

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION :

Nombre

Puesto de trabajo

INFECCION HOSPITALARIA

Objetivo 11: Implantar un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria de acuerdo a las necesidades del hospital

Responsable del objetivo.....

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo para mejorar?

.....

Nivel pactado en el CP 97Nivel alcanzado.....

NIVELES	SISTEMAS DE VIGILANCIA EN INFECCION HOSPITALARIA
A	Incidencia > 80% Servicios Qx. + Prevalencia
B	Incidencia > 80% Servicios Qx.
C	Incidencia 50-80% Servicios Qx. + Prevalencia
D	Incidencia 50-80% Servicios Qx.
E	Incidencia <50% Servicios Qx. + Prevalencia
F	Incidencia <50% Servicios Qx.
G	Prevalencia todo el Hospital
H	Prevalencia algún servicio del Hospital
I	No existe sistema de vigilancia implantado

A continuación se piden tasas de infección de 3 indicadores que se consideran muy relevantes para evaluar la calidad de la asistencia de un hospital. Si el nivel de vigilancia de la infección hospitalaria que ha pactado el hospital le ha permitido medirlos, se ruega den los datos de la evaluación.

1. Tasa de infección urinaria asociada a sonda urinaria

Tipo de estudio

Incidencia

Prevalencia

Otros.....

Resultado

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$$

2. Tasa de infección de herida quirúrgica limpia

Tipo de estudio:

Incidencia

Prevalencia

Otros

Resultado

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$$

Se ha estudiado en:

- Algún procedimiento quirúrgico en particular (especificar).....
- En varios procedimientos de HQL
- En pacientes del Sº de.....

3. Tasa de infección de herida quirúrgica limpia-contaminada

Tipo de estudio

Incidencia

Prevalencia

Otros

Resultado

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$$

Se ha estudiado en:

- Algún procedimiento quirúrgico en particular (especificar).....
- En varios procedimientos de HQL
- En pacientes del Sº de.....

Persona que se ha responsabilizado de llevar a cabo la EVALUACION :

Nombre

Puesto de trabajo