

PLAN DE CALIDAD DE ATENCION ESPECIALIZADA MEMORIA 1999



Subdirección General de Atención Sanitaria
Subdirección General de Atención Especializada

Dirección General de Atención Primaria y Especializada

Director General

Dr. Rafael Matesanz Acedos.

Subdirección General de Atención Especializada

Subdirectora General

Dra. Leticia Moral Iglesias

Área de Calidad de Atención Especializada

Dra. Ana Sainz Rojo. Consejera Técnica.

Dr. Juan Fernández Martín. Asesor Técnico

Dr. Alfonso Pozuelo García. Asesor Técnico.

Secretaría

Antonia Guerrero García

Agradecimientos

Agustín Albarracín, Asesor Técnico de la Subdirección de Planificación e Información Sanitaria por su colaboración en el desarrollo de la monitorización de indicadores obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos.

Antonio Viana, Médico Residente de Medicina Preventiva del Hospital 12 de Octubre, en periodo de rotación en el Área de Calidad de la Subdirección General de Atención Especializada, por su colaboración en el estudio de las vías clínicas de los planes de información.

Mónica Alonso González, Asesora Técnica de la Subdirección General de Atención Especializada, por los datos y gráficos de utilización de cirugía.

Roberto Parra Cid, Asesor Técnico de la Subdirección General de Atención Especializada, por los datos de utilización de alta tecnología.

Juan García Caballero, Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital La Paz (Madrid), por su ayuda en la evaluación de las vías clínicas.

Josep Vaqué Rafart, Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Valle de Hebrón (Barcelona), por los datos actualizados del Estudio EPINE.

Alberto Pardo Hernández, Inspector del INSALUD, por los datos sobre consentimiento informado del Plan Anual de Inspección.

Natividad Cuende Melero, Médico Adjunto de la Organización Nacional de Transplantes, por los indicadores de calidad de la Memoria de la ONT.

M^a Luisa Vicente Olivares, Jefe de Servicio de Equipamiento y Tecnología de la Subdirección General de Atención Especializada, por los datos sobre equipos de alta tecnología.

Coordinadores de Calidad de los hospitales, por sus sugerencias y constante trabajo para mejorar el Plan de Calidad.

Índice

	Página
Resumen	8
I. Introducción	12
II. Estándares de la organización	15
III. Objetivos comunes a todos los hospitales	22
III.1. Área de los derechos de los pacientes	
Objetivo 1. Mejorar la gestión de las reclamaciones	26
Objetivo 2.1. Implantación de un plan para la información a pacientes y familiares	29
Objetivo 2.2. Desarrollar documentos de consentimiento informado específico	33
Objetivo 2.3. Implantación del documento de consentimiento informado específico	35
.....	
<i>Conclusiones del área de los derechos de los pacientes</i>	39
III.2. Área de los sistemas de información	
Objetivo 3. Mejora del informe de alta	41
Objetivo 4. Mejorar la gestión de la lista de espera quirúrgica	46
<i>Conclusiones del área de los sistemas de información</i>	49
III.3. Área de mejora de la calidad y eficiencia de los procesos asistenciales	
Objetivo 5.1. Mejorar la implantación del protocolo de profilaxis antibiótica	53
Objetivo 5.2. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo	58
Objetivo 5.3. Implantar protocolos de las SS.CC. para la indicación de procedimientos frecuentes	60
Objetivo 5.4. Utilización de alta tecnología de acuerdo a protocolo	68
Objetivo 5.5. Implantación de protocolos de procesos en los servicios	79
<i>Conclusiones del área de protocolización de la práctica asistencial</i>	86
III.4. Área de la infección nosocomial	
Objetivo 6. Implantar un sistema de vigilancia de la infección nosocomial de acuerdo a las necesidades del hospital.....	88
<i>Conclusiones del área de infección nosocomial</i>	90
III.5. Aspectos diversos de la calidad asistencial	
Objetivo 7. Mejorar el proceso de transplante de órganos	92
Objetivo 8. Implantar objetivos de calidad en servicios/ unidades no asistenciales	98
Objetivo 9. Cumplir la normativa sobre prohibición del consumo de tabaco	100
IV. Monitorización de indicadores	
IV.1. Indicadores obtenidos a partir del CMBD	
Indicador 1.1. Tasa de cesáreas	105
Indicador 1.2. Porcentaje de reingresos urgentes con la misma Categoría Diagnóstica Mayor en el plazo de 30 días tras el alta	106

Indicador 1.3. Mortalidad potencialmente evitable y mortalidad neonatal	110
Indicador 1.4. Altas y estancias potencialmente ambulatorias	114
<i>Conclusiones de los indicadores obtenidos a partir del CMBD</i>	<i>118</i>
IV.2. Indicadores obtenidos por estudios específicos de los hospitales	
Indicador 2.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas	119
Indicador 2.2. Tasa de prevalencia de úlceras por presión	120
Indicador 2.3. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial	122
Indicador 2.4. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica	123
Indicador 2.5. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados	124
Indicador 2.6. Tasa de incidencia de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s	125
Indicador 2.7. Tasa de densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)	126
Indicador 2.8. Porcentaje de estancias no adecuadas en el GRD con estancia más desviada de la media	127
Indicador 2.9. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas	129
Indicador 2.10. Porcentaje de suspensiones de consultas externas	131
Indicador 2.11. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3/6 horas en el Servicio de Urgencias	133
Indicador 2.12. Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza radiografía de tórax en el estudio preoperatorio	134
Indicador 2.13. Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento	135
V. Clasificación de los hospitales en función de los resultados	137
VI. Anexos	
Anexo 1. Validación de los resultados del Plan de Calidad de 1999	141
Anexo 2. Encuesta de actividad en calidad asistencial	155
Anexo 3. Estructura hospitalaria del INSALUD	160
Anexo 4. Metodología de evaluación. Estándares y objetivos comunes	163
Anexo 5. Metodología de la monitorización de indicadores	197
Anexo 6. Muestreo para la aceptación de lotes ... (descarga de archivos)	210
VII. Referencias bibliográficas	217

Resumen

Introducción

Se presenta la Memoria de Plan de Calidad de Atención Especializada del INSALUD. Este organismo gestiona la asistencia sanitaria del 40% de la población española y tiene con la sociedad el compromiso de ofrecer, con los recursos disponibles, la mayor calidad posible y obtener una utilización eficiente de los recursos de que dispone. Anualmente el INSALUD suscribe un Contrato de Gestión (CG) que recoge los objetivos de actividad, calidad y coste previstos para cada uno de los 81 hospitales de la red propia. El conjunto de los objetivos de calidad incluidos en el citado CG constituyen el Plan de Calidad, cuyas principales características y resultados se presentan en esta Memoria.

Objetivos

Impulsar el liderazgo de los directivos en la gestión de la calidad, implicar a todas las personas que trabajan en la organización y plasmar las líneas estratégicas de la Institución, como son: orientar los servicios hacia las necesidades del ciudadano, mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos asistenciales, minimizar los riesgos y mejorar los sistemas de información.

Material y métodos

El Contrato de Gestión de los hospitales incluye un Plan de Calidad que consta de 3 partes:

- A) Objetivos de mejora, que en los últimos años ha centrado su atención en áreas básicas de la asistencia como son, entre otras, los derechos de los pacientes, protocolización de procesos asistenciales, infección nosocomial, sistemas de información, y accesibilidad.
- B) Monitorización de indicadores.
- C) Estándares de la organización.

Para impulsar el Plan de Calidad se han seguido una serie de estrategias: 1) Designar un coordinador de calidad en todos los hospitales. 2) Trabajar con las Sociedades Científicas en el diseño de Guías de Práctica para intervenciones frecuentes que muestran tasas de utilización (TU) muy variables. 3) Difusión de informes de Agencias de Evaluación Tecnológica sobre utilización de la alta tecnología cuyas TU son también muy dispares. 4) Clasificar los hospitales en función de sus resultados. 5) Verificar los resultados enviado por los hospitales mediante una auditoría llevada a cabo por grupos de coordinadores de calidad. 6) Tener en cuenta los resultados del PC en la asignación presupuestaria para formación, plan de necesidades, balance económico financiero del hospital y productividad de los directivos. 7) Apoyar en los hospitales el reparto de la productividad variable relacionado con los resultados de actividad y calidad de los servicios.

Resultados

La mayor parte de los resultados se expresan como porcentaje medio de cumplimiento de un determinado objetivo. En algunos casos, sin embargo, se ofrece un número absoluto, que representa la media de todo el INSALUD (por ejemplo, número medio de documentos de consentimiento informado por hospital).

Estándares (cumplimiento sustancial o significativo)	1997	1998	1999
Acompañamiento a la mujer durante la dilatación			69%
Acompañamiento a la mujer durante el parto			64%
Plan de acogida a los pacientes			88%
Hospitalización padres-hijos			64%
Protocolo de cuidados de enfermería a paciente sondado			98%
Liderazgo de la Gerencia en la implantación del Plan de Calidad			78%

Resultados objetivos del Plan de Mejora			
1. % de reclamaciones contestadas correctamente	77%	83%	85%
<i>Programa de Acogida al paciente hospitalizado</i>	90%	96%	Estándar
2.1. % de servicios clínicos con un plan documentado de información	83%	92%	83%
2.2. Número de documentos de consentimiento informado implantados	34	47	66
2.3. % de HC con documento de CI debidamente cumplimentado	75%	80%	80%
3.1. % de HC con informe de alta definitivo en 15 días.			85%
3.2a % de HC con informe de alta definitivo a los dos meses			93%
3.2b % de HC con informe de alta definitivo a los dos meses (pac. fallecidos)			79%
3.3. % Informes de alta que cumplen el 100% de los criterios de calidad			74%
4. % de pacientes incluidos en LE de acuerdo a los criterios de la Guía	77%	91%	92%
5.1a. % de pacientes con profilaxis antibiótica de acuerdo a protocolo	69%	77%	79%
5.2. % de pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo			82%
5.3. Implantar las guías de las Sociedades Científicas			
5.3a % pac. intervenidos (cataratas) de acuerdo a los criterios de indicación.		93%	96%
5.3b % pac. intervenidos (amigdalectomía) de acuerdo a los criterios de ind.		96%	97%
5.3c % pac. intervenidos (hiperplasia próstata) de acuerdo a los crit. de ind.		94%	93%
5.3d % pac. intervenidos (prótesis de rodilla) de acuerdo a los crit. de indic.		92%	92%
5.3e % pac. intervenidos (prótesis de cadera) de acuerdo a los crit. de ind.		91%	92%
5.3f % pac. intervenidos (hallux valgus) de acuerdo a los crit. de indicación.		92%	95%
5.4. Utilizar la alta tecnología de acuerdo a protocolo			
5.4a % de utilización de RNM de acuerdo a los criterios del protocolo		88%	82%
5.4b % de utilización de TAC de acuerdo a los criterios del protocolo		78%	90%
5.4c % de utilización de oxigenoterapia de acuerdo a los crit. del protocolo		87%	84%
5.4d % de utilización de litotricia de acuerdo a los criterios del protocolo		96%	97%
5.5. Implantar protocolos de procesos o procedimientos en los Servicios			
5.5a. Nº de protocolos/guías de actuación implantados en cada servicio			21,2
5.5b. Porcentaje de Servicios/Unidades funcionales que tienen documentada e implantado al menos un protocolo/guía de actuación			80%
5.5c. Número de vía/vías clínicas implantadas en el hospital			2,4
7. Mejora del proceso de transplante de órganos			
7.1a. Porcentaje de exitus en Unidades de Críticos, diagnosticados clínicamente de ME e incluidos en el prot. del proceso de donac. de órganos		97%	96%
7.1b. Porcentaje de donantes reales respecto al total de muertes encefálicas (M.E.) que se han producido en las unidades de críticos (U.C.)			50%
7.1c. Porcentaje de hojas de recogida de información de fallecidos en las U.C. con diagnóstico clínico de ME cumplimentadas y remitidas a la O.N.T			95%
8. Nº de Servicios/Unidades no asist. que han pact. y evaluado objetivos de calidad			6,6
9. Cumplir la normativa sobre consumo de tabaco en hospitales			
9.1. Señalización sobre la prohibición de fumar visible en las entradas princip.			95%
9.2. Nº de acciones llevadas a cabo para la prevención del tabaquismo			2,3
Monitorización de Indicadores	RESULTADO 98	RESULTADO 99	
Tasa de cesáreas	19,1%	19,2%	
Altas potencialmente ambulatorias	14,1%	12,9%	
Estancias potencialmente ambulatorias	6,2%	5,4%	
Porcent. de reingresos en urgencias en 72 horas siguientes al alta de urgenc	5,6%	4,5%	
Tasa prevalencia úlceras por presión en todo el hospital	4,41%	5,3%	
Tasa de mortalidad potencialmente evitable (mortalidad materna)	0,02%	0,01%	
Tasa prevalencia infección nosocomial	6,8%	7,5%	
Tasa prevalencia infección herida quirúrgica	4,1%	5,6%	
Tasa prevalencia infección urinaria en pacientes sondados	7,5%	7,7%	
Porcentaje de estancias no adec. (AEP) en el GRD con estancia más desviada de la media	27,1%	24,9%	
Porcentaje de suspensiones quirúrgicas	5,4%	6,1%	
Porcentaje de suspensiones de consultas externas		9,1%	
Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en urgencias	15,8%	11,3%	
Porcentaje de pacientes < de 60 años ASA 1 con RX tórax en el preoperatorio	92,2%	62,5%	

Conclusiones

Por primera vez, se evalúan los estándares, que son objetivos que se consideran alcanzados

por la institución. A pesar de los buenos resultados, es necesario seguir trabajando en la mejora de dichos estándares.

Respecto a los objetivos que ya estaban incluidos en el CG de años previos, muestran en general una mejora respecto a los resultados del año anterior. Sin embargo, en algunos objetivos concretos se ha producido cierto empeoramiento, lo que obliga a revisar las causas y adoptar medidas de mejora.

Por primera vez, se está comenzando a evidenciar el impacto del Plan de Calidad en la disminución de la variabilidad en la utilización de recursos, a pesar de que la existencia de diversos factores impide asegurar que el cumplimiento de los protocolos sea el principal factor responsable.

Respecto a la monitorización de indicadores, se observa en general cierta mejoría respecto a los resultados del año anterior. Sin embargo, se ha detenido la mejora de años anteriores en los indicadores de infección nosocomial. Es probable que nos hallemos en el límite del grado de infección irreductible, pero aun así es necesario seguir realizando un esfuerzo especial en este área.

I. Introducción

El Contrato de Gestión (CG) de los hospitales del INSALUD incluye desde hace varios años un Plan de Calidad. La metodología de evaluación de este plan y sus resultados de han venido presentando en forma de memoria. Estos documentos permiten comparar los resultados de nuestra institución con otros servicios asistenciales, y profundizar en las causas de los problemas y oportunidades de mejora^{1,2}.

El Plan de Calidad Institucional tiene la finalidad de impulsar un cambio cultural en los hospitales que estimule el liderazgo de los equipos directivos e implique a todos los profesionales en la gestión de la calidad. Además, debe estimular el desarrollo de los Planes de Calidad de los hospitales, garantizando la existencia en cada uno de ellos de un sistema para la monitorización y mejora continua de la calidad, que permita conseguir los mejores resultados posibles en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción de los clientes. El INSALUD, como parte del Sistema de Salud, desarrolla de esta manera su compromiso con la meta de la OMS: "Para el año 2010, los estados miembros deberán tener un sistema nacional para evaluar y desarrollar de forma continua la calidad de la asistencia".

Contenido del Plan de Calidad

El Plan incluye cuatro apartados:

- El primero consiste en una serie de estándares de calidad, es decir, objetivos recogidos en el Plan de Calidad de años previos que se considera ya alcanzados por la gran parte de los hospitales. A pesar de ello, es conveniente seguir evaluando su cumplimiento.
- El segundo incluye una serie de objetivos relacionados con aspectos relevantes de la asistencia, plasmados en las líneas estratégicas de la Institución, donde se han detectado oportunidades de mejora en la mayor parte de los hospitales. Aquí se incluyen objetivos de mejora que afectan a distintos aspectos de la calidad: derechos de los pacientes, calidad científico-técnica, gestión clínica, etc. Cada hospital pacta en el CG el nivel de calidad que debe alcanzar al terminar el año, para cada objetivo. Estos objetivos deben trasladarse en el hospital a cada uno de los servicios o unidades implicadas; es decir, deben hacerlos suyos y considerarlos objetivos del servicio.
- En el tercer apartado del Plan de Calidad se incluye la monitorización de una serie de indicadores del proceso asistencial y de resultados clínicos o "outcomes". Estos indicadores miden aspectos clave de la asistencia sanitaria que permiten la comparación entre hospitales de dentro y fuera de nuestra organización; la discusión y el análisis de esos datos puede servir de punto de partida para emprender acciones de mejora si se considera oportuno. Las fuentes utilizadas en este apartado son los estudios específicos llevados a cabo por el propio hospital y los datos contenidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Los hospitales se comprometen en el CG a analizar los resultados, compararse con los hospitales de su grupo e iniciar las acciones necesarias si se detectan problemas. El objetivo es ofrecer a los hospitales una referencia en la comparación, aunque dicha comparación tiene limitaciones metodológicas por la calidad de los datos y por circunstancias que influyen en el estado de salud de las personas, que pueden actuar como factores de confusión. En esta memoria se presentan los resultados de todos estos indicadores.
- Por último, el cuarto apartado hace referencia al compromiso de implantar un Plan de Calidad propio del hospital, en función de sus características, y al envío al terminar el año de la memoria de dicho Plan. Este aspecto no se analiza en esta memoria, por la magnitud

de la información, pero se está procediendo a divulgar a través de la intranet del INSALUD todas aquellas memorias de calidad de los hospitales que lo solicitan.

Estructura organizativa del Plan de Calidad

En 1997 una circular la Presidencia Ejecutiva del INSALUD daba instrucciones para que en todos los hospitales se creara la figura del Coordinador del Plan de Calidad, dependiendo de la Gerencia del hospital³. Durante estos años se han ido consolidando las Unidades de Calidad con el Coordinador de Calidad como responsable funcional. Su impacto puede observarse en las actividades que se llevan a cabo en los hospitales, así como en los resultados del Plan de Calidad incluido en el CG. En las Unidades de Calidad participa también un profesional de enfermería, tal como constaba en dicha circular, aunque en algunos hospitales no se ha producido todavía una integración plena de las actividades del coordinador del Plan de Calidad del hospital con el coordinador de enfermería.

En la Subdirección General de Atención Especializada (SGAE) del INSALUD, existe un Área de Calidad con la responsabilidad de diseñar el Plan de Calidad incluido en el CG de los hospitales, de elaborar la metodología común de evaluación, así como de efectuar el análisis y la validación de los resultados.

Formación

Anualmente se realiza en la Escuela Nacional de Sanidad uno o varios cursos dirigidos a coordinadores y enfermeras de las Unidades de Calidad de los hospitales. Este curso sirve de introducción a los profesionales que comienzan una nueva actividad en los hospitales: la de trabajar en actividades de gestión de la calidad. En dicho curso se les proporcionan herramientas y metodología para llevar a cabo su trabajo. En estos cursos participan como docentes profesionales con probada experiencia en la gestión de la calidad en el ámbito nacional. Esta actividad de formación en calidad de coordinadores y otros profesionales, se complementa con otras que se llevan a cabo en otras instituciones docentes y las que se programan en los propios hospitales dentro de su plan de formación (que tienen como una de sus prioridades en los últimos años la formación en calidad).

Cobertura de la evaluación del Plan de Calidad de 1999

En el año 1999 todos los hospitales evaluaron el Plan de Calidad incluido en el CG, y enviaron los resultados a la Subdirección General de Atención Especializada.

Grupo	Total Hospitales	Envían evaluación
I	26	26 (100%)
II	30	30 (100%)
III	9	9 (100%)
IV	13	13 (100%)
V	3	3 (100%)
INSALUD	81	81 (100%)

II. Estándares de la Organización

El Plan de Calidad del Contrato de Gestión incluyó, en años anteriores, objetivos en los que se consiguieron buenos resultados en la mayoría de los hospitales. Por tanto, estos objetivos alcanzados se consideran estándares de calidad propios de la Organización que se deben mantener. La evaluación de estos estándares se ha simplificado respecto a la de los objetivos. Para realizar esta evaluación, se ha aplicado una escala semejante a la que propone la Joint Commission en la evaluación de sus estándares⁴. Cada hospital lo debe cumplimentar según su interpretación en función del número de requisitos por cada estándar y del grado de cumplimiento de cada requisito.

El nivel que se adjudique el hospital en la evaluación final debía estar basado en argumentos sólidos y mostrarse debidamente documentado. Ambos pueden ser requeridos si el hospital es objeto de una auditoría para verificación de los resultados.

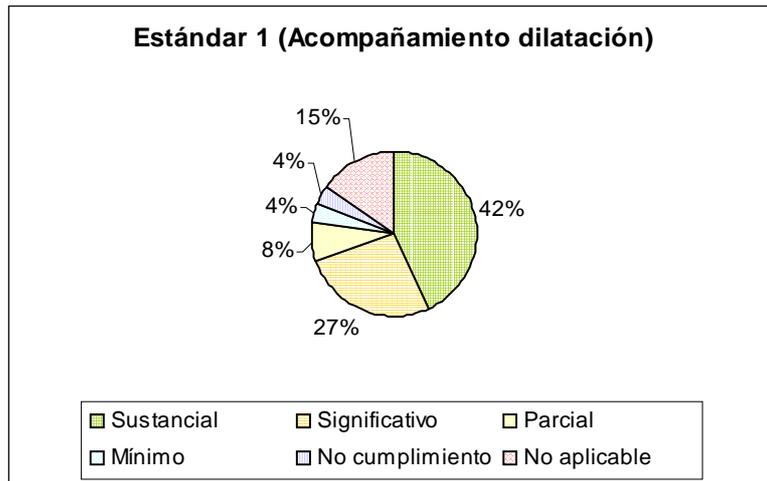
Nivel de cumplimiento	
Cumplimiento sustancial. El hospital cumple debidamente con los principales requisitos del estándar.	1
Cumplimiento significativo. El hospital cumple la mayoría de requisitos del estándar.	2
Cumplimiento parcial. El hospital cumple con algunos de los requisitos del estándar.	3
Cumplimiento mínimo. El hospital cumple pocos de los requisitos del estándar.	4
No cumplimiento. El hospital no cumple con los requisitos del estándar.	5
No aplicable. El estándar no es aplicable en el hospital.	6

A continuación, se muestran los estándares, los criterios que componen cada uno de ellos, y los resultados obtenidos, en forma de gráfico

Estándar 1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación.

- El hospital oferta explícitamente la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante la dilatación.
- El hospital permite la presencia de un acompañante durante todo el proceso de dilatación, si la mujer quiere estar acompañada.
- Sólo ante circunstancias clínicas que lo desaconsejen (por ejemplo, parto distócico), o circunstancias arquitectónicas insoslayables, no se permitirá la presencia de un acompañante.
- Las circunstancias clínicas antes aludidas, especialmente las más frecuentes, se han analizado previamente en el servicio entre médicos y matronas y se han establecido criterios fundamentados, explícitos y compartidos, lo que impide la variabilidad de criterios entre los distintos profesionales.
- Cuando se dan o sobrevienen circunstancias clínicas que desaconsejen la presencia de acompañante, se explica debidamente a la mujer y acompañante los motivos que impiden que esté acompañada y se deja constancia de esta circunstancia en la historia clínica.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada. Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

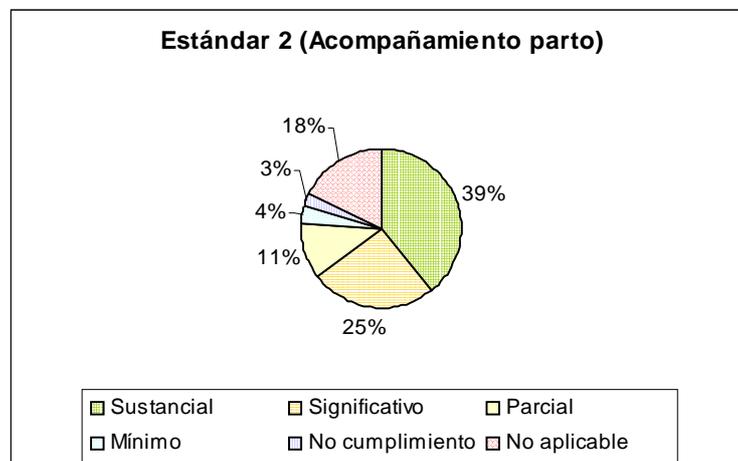
Evalúan este estándar 79 hospitales.



Estándar 2. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso del parto.

- El hospital oferta explícitamente la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante el parto.
- El hospital permite la presencia de un acompañante durante todo el proceso del parto, si la mujer quiere estar acompañada.
- Sólo ante circunstancias clínicas que lo desaconsejen (por ejemplo, parto distócico) o circunstancias arquitectónicas insoslayables, no se permitirá la presencia de un acompañante.
- Las circunstancias clínicas antes aludidas, especialmente las más frecuentes, se han analizado previamente en el servicio entre médicos y matronas y se han establecido criterios fundamentados, explícitos y compartidos, lo que impide la variabilidad de criterios entre los distintos profesionales.
- Cuando se dan o sobrevienen circunstancias clínicas que desaconsejen la presencia de acompañante, se explica debidamente a la mujer y acompañante los motivos que impiden que esté acompañada y se deja constancia de esta circunstancia en la historia clínica.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada. Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

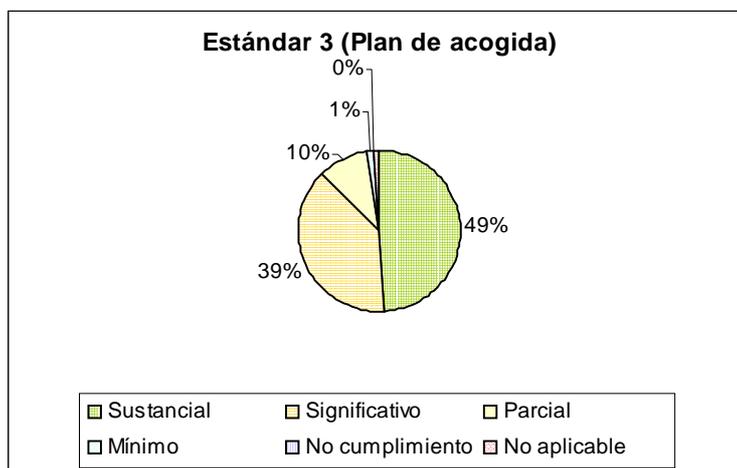
Evalúan este estándar 79 hospitales.



Estándar 3. El hospital tiene un Plan de Acogida a los pacientes.

- El Plan de Acogida tiene el objetivo de ayudar a los pacientes a conocer la organización en la que van a ser atendidos.
- Es un plan que se ha elaborado con participación multidisciplinar de profesionales y se ha aprobado por el órgano hospitalario correspondiente.
- Establece el Servicio/s del hospital que tiene la responsabilidad de llevarlo a cabo.
- Asigna responsabilidades claras a las personas encargadas de llevarlo a cabo.
- Es de aplicación para todos los pacientes que ingresan en el hospital.
- Está documentado.
- Se acompaña de la entrega al paciente de una Guía con información escrita sobre el hospital, relevante para el paciente.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

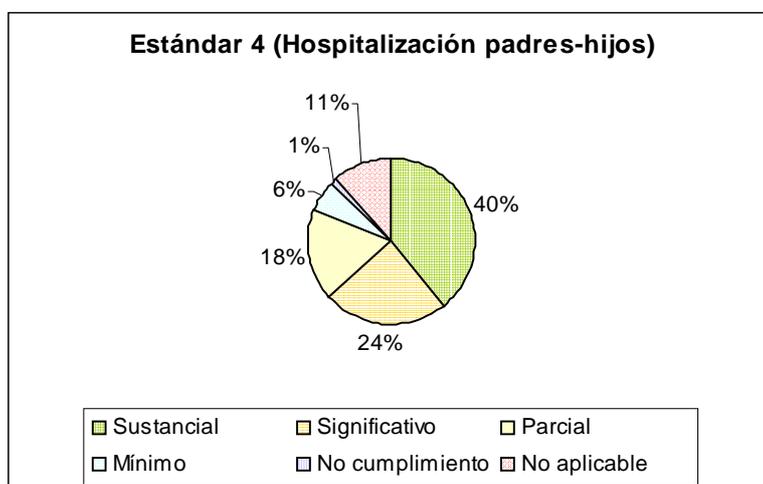
Evalúan este estándar 80 hospitales.



Estándar 4. El hospital facilita la hospitalización padres-hijos.

- El hospital facilita que los padres estén alojados con sus hijos, salvo problemas estructurales que lo impidan.
- Si existen problemas estructurales que lo impiden parcialmente, el hospital tiene elaborados unos criterios que priorizan las circunstancias para la hospitalización de uno de los padres (Ej. edad del niño, gravedad, lejanía del domicilio, etc.)
- Cuando no se pueda ofrecer esta hospitalización a uno de los padres, total o parcialmente, el hospital ofrece a los padres las máximas comodidades posibles (sillones reclinables, lugar de aseo, comidas, una habitación de estar, etc.)
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

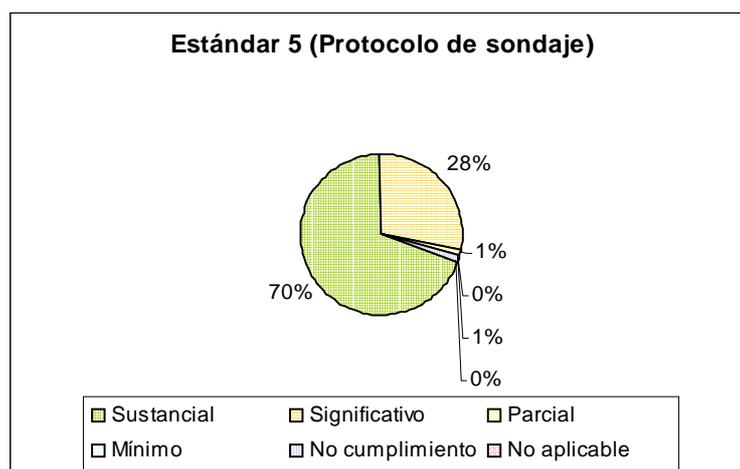
Evalúan este estándar 79 hospitales.



Estándar 5. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

- Existe un protocolo escrito sobre criterios de sondaje (inicio y retirada) y los cuidados de enfermería del paciente sondado, que ha sido consensuado multidisciplinariamente.
- El protocolo se ha difundido en todas las unidades y a todos los profesionales implicados (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc.)
- El hospital utiliza sistemas de sondaje cerrados, salvo para aquellas circunstancias en que no son precisos y que constan explícitamente en el protocolo.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas.
- En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Evalúan este estándar 78 hospitales.



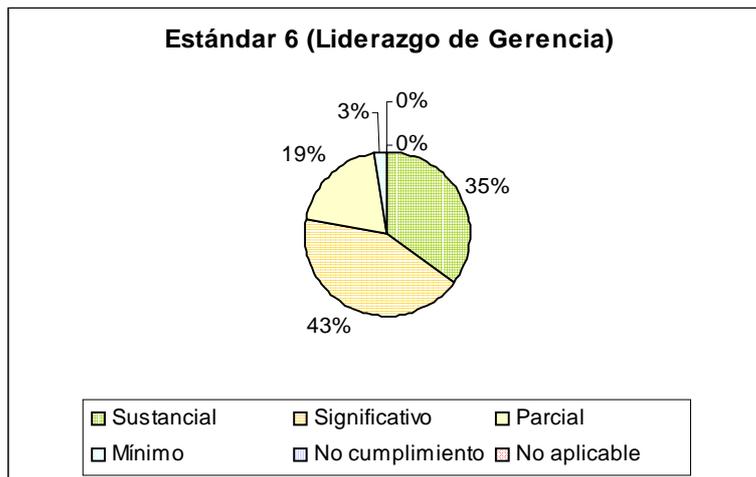
Estándar 6. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

El Gerente del hospital es el responsable en última instancia de la calidad de la asistencia que se presta en el hospital. El liderazgo de la Gerencia no se ha evaluado previamente, pero el hecho de tener un Plan de Calidad incluido en el Contrato de Gestión desde hace varios años, hace suponer que este liderazgo se ha producido. Por lo tanto se incluye entre los estándares de la organización, con una serie de criterios que se consideran mínimos para ejercer el liderazgo.

- La Gerencia dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.
- Convoca de forma sistemática reuniones del Comité* de Calidad del hospital.
- Conoce todas aquellas iniciativas de mejora de la calidad que se están llevando a cabo en el hospital.
- Celebra como mínimo una sesión hospitalaria anual para mostrar los objetivos y resultados del Plan de Calidad.
- Acuerda y firma los objetivos de calidad, al igual que el resto de objetivos, con cada uno de los responsables de los servicios del hospital.
- Facilita el personal, tiempo y la formación necesarios para que los profesionales puedan participar en actividades de planificación, evaluación y mejora de la calidad de la asistencia.
- Los resultados de calidad de los servicios han dado lugar a variaciones en la distribución de la productividad variable.
- Ha acordado con el coordinador de calidad el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del Hospital.
- Ha acordado con el coordinador un cronograma de reuniones y método de trabajo con los distintos servicios y unidades del hospital.
- El profesional de enfermería está integrado en la Unidad de Calidad.
- Mantiene de forma periódica reuniones con el Coordinador de Calidad.
- Ha asignado un despacho para la Unidad de Calidad.
- Ha dotado de apoyo administrativo a la Unidad de Calidad.

*CCGC o aquel comité multidisciplinar que participa en el Plan de Calidad.

Evalúan este estándar 77 hospitales.



Conclusiones

La definición de una serie de requisitos básicos para el cumplimiento de los estándares ha contribuido a clarificar lo que todos los hospitales deben llevar a cabo en la asistencia a los pacientes. Estos criterios son cumplidos por la mayoría de los hospitales, aunque aún quedan bastantes oportunidades para mejorar. En algunos estándares el cumplimiento sustancial y significativo no es el que cabía esperar de un objetivo teóricamente ya superado (acompañamiento durante la dilatación y el parto, y la hospitalización padres-hijos). La existencia de problemas estructurales podría justificar el resultado obtenido.

Esta línea de inclusión de estándares se ha considerado positiva, y en el Plan de calidad del año 2000 se han incluido algunos nuevos, como el de la gestión de las reclamaciones, el sistema de vigilancia de la infección y la entrega a los pacientes de una guía de información.

III. Objetivos comunes a todos los hospitales

El número de objetivos comunes evaluados por hospital, fue, por término medio, de 13,6 (frente a 13,8 del año anterior). En el Contrato de Gestión de 1999, en este apartado de objetivos existían 15. La siguiente tabla muestra el número medio, desviación estándar, mínimo y máximo de objetivos cumplimentados por grupo de hospital.

<i>Grupo</i>	<i>Nº</i>	<i>Nº medio de obj.</i>	<i>Desv. Est.</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
I	26	13,2	1,02	11	15
II	39	13,9	1,31	10	15
III	9	14,2	0,67	13	15
IV	13	13,8	1,41	10	15
V	3	10,7	1,53	9	12
INSALUD	79 (100%)	13,6	1,3	9	15

El objetivo más evaluado fue el 1 (100% de los hospitales), seguidos por el 2.1 y el 2.2 (99% de los hospitales). El menos evaluado fue el 5.4 (60%).

<i>Objetivos</i>	<i>Porcentaje de evaluación</i>
1. Mejorar la gestión de las reclamaciones	(100%)
2.1. Plan para la información a pacientes y familiares en los servicios clínicos	(98,9%)
2.2. Desarrollar documentos de consentimiento informado específicos	(98,8%)
2.3. Implantación del documento de consentimiento informado específico	(96,3%)
3. Mejorar los sistemas de información	(97,5%)
4. Mejorar la gestión de la lista de espera	(92,6%) *
5.1. Implantar el protocolo de profilaxis antibiótica	(92,6%) *
5.2. Aplicar cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo	(96,3%)
5.3. Implantar las guías de las Sociedades Científicas	(93,8%)
5.4. Utilizar la alta tecnología de acuerdo a protocolo	(51,9%)*
5.5. Implantar protocolos de procesos o procedimientos en los Servicios	(91,4%)
6. Disminuir la infección hospitalaria	(97,5%)
7. Mejora del proceso de transplante de órganos	(63,0%)*
8. Implantar objetivos de calidad en servicios no asistenciales	(91,4%)
9. Cumplir la normativa sobre consumo de tabaco en hospitales	(97,5%)

* Porcentaje obtenido sobre el total de hospitales que tenía que evaluar.

Estructura de los gráficos de la memoria

Al igual que en años anteriores, los resultados del año 1999 de cada uno de los objetivos se presentan en un tipo de gráfico que permite conocer la variabilidad intragrupo e intergrupo de una forma rápida, y cada hospital puede determinar en que punto de la distribución se halla.

En este gráfico:

1. Los datos se distribuyen por grupos.
2. En cada grupo, los círculos representan los datos individuales de cada hospital.
3. El cuadrado del mismo color que los círculos del grupo indica la media del grupo.
4. El triángulo rojo situado en la columna correspondiente al grupo 3 representa la media del INSALUD.
5. El área coloreada en verde, que generalmente comprende el intervalo entre 90% y 100%, representa el nivel de la excelencia en la consecución del objetivo.
6. En la versión de la memoria publicada en Internet se mantienen los colores. La versión impresa, puede ser en color o en blanco y negro.

Además, se muestra un gráfico de barras en el que se comparan los resultados de los últimos años, cuando es posible. Por cada uno de los objetivos se muestra una tabla con la relación de los nombres de los hospitales que han alcanzado el nivel excelente.

El porcentaje de evaluación de cada uno de los objetivos se refiere siempre al número de hospitales que lo debían evaluar y no al total de hospitales, ya que no todos los objetivos deben ser evaluados por todos los hospitales.

Análisis de la evaluación

Para simplificar la lectura, este apartado cuyo objetivo es discutir brevemente algunos aspectos destacables de la evaluación llevada a cabo por los hospitales, como por ejemplo, la utilización de muestras reducidas o poco representativas, que pueden comprometer la validez de algunos resultados; se realizará tras la exposición y comentario de los resultados.

III.1. Área de los derechos de los pacientes

Los objetivos de este área son:

- Mejorar la gestión de reclamaciones.
- Implantar un plan para la información a pacientes y familiares.
- Desarrollo e implantación del documento de consentimiento informado.

OBJETIVO 1. MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES

El enfoque hacia el cliente es un objetivo estratégico del INSALUD y un punto clave sobre el que se fundamenta la mejora continua de la calidad o la gestión de la calidad total. Para el paciente, la percepción de la calidad del servicio está en función de sus expectativas, y las reclamaciones constituyen una forma de participación activa de los ciudadanos para expresar la insatisfacción respecto al servicio recibido^{5,6,7,8,9,10}. Uno de los aspectos más importantes del Plan de Calidad es conocer los motivos que generan insatisfacción e implantar las acciones de mejora necesarias para corregirlos.

El Servicio de Atención al Paciente (SAP) tiene entre sus funciones 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; si bien para ello debe contar con la colaboración de todos los servicios implicados. Un objetivo de calidad es conseguir que las reclamaciones sean contestadas en un plazo inferior a 30 días.

El Gerente, o persona en quién delegue, remitirá a las personas que han reclamado, la contestación individualizada que debe contemplar, al menos, los siguientes extremos:

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

Se debe enviar una copia de la contestación a las personas o servicios implicados en la reclamación, mientras que otra copia queda grapada junto al original de la reclamación en el libro normalizado¹¹.

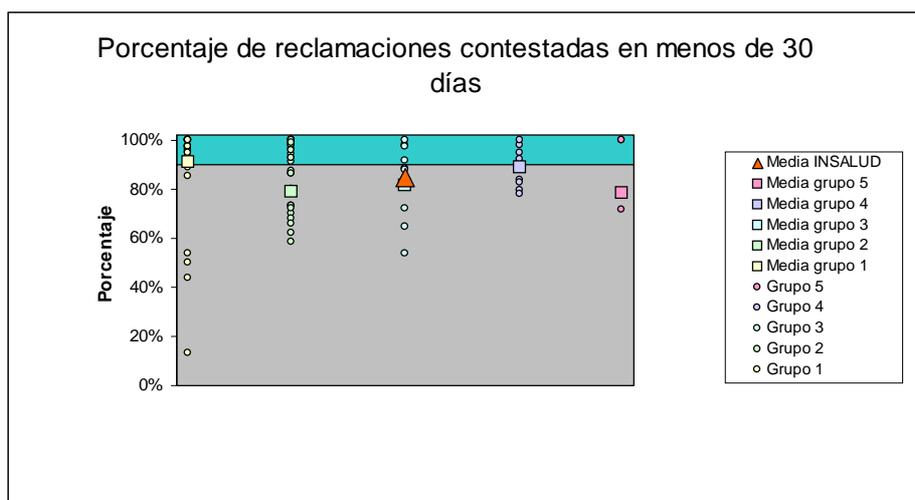
Este objetivo de calidad ha formado parte del Plan de Calidad durante varios años. En estos momentos, se puede considerar como un estándar de calidad alcanzado. Para afianzarlo, se ha mantenido en el Plan de Calidad del año 1999, con la intención de centrarlo en las acciones que emprenden los hospitales ante los motivos de reclamación más frecuentes.

Todos los hospitales evaluaron este objetivo.

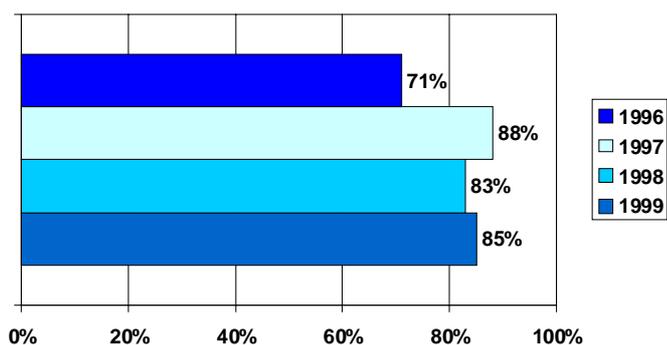
Indicador 1. Porcentaje de reclamaciones presentadas por escrito durante un mes de 1999, que han sido contestadas por escrito en un plazo no superior a 30 días y cumplen con los criterios establecidos en el Manual de Funciones del SAP.

Porcentaje de reclamaciones contestadas antes de 30 días

Grupo	Nº	Resultado	Mínimo	Máximo
I	26	91%	13%	100%
II	30	79%	58%	100%
III	9	81%	54%	100%
IV	13	89%	78%	96%
V	3	78%	71%	100%
INSALUD	81 (100%)	85%	13%	100%



Porcentaje de reclamaciones correctamente contestadas antes de 30 días



En el gráfico observamos como el resultado global del año 1998 disminuyó ligeramente respecto al 1997, pero en 1999 se volvió a recuperar parcialmente.

Hospitales en el nivel de la excelencia

De Calatayud. Zaragoza.	Complejo Hospitalario Ciudad 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 de la Reina.
Can Misses. Ibiza.	Río Carrión. Palencia.
Fundación Hospital de Manacor.	Complejo Hospitalario de Segovia.
Comarcal de Laredo. Cantabria.	General de Soria.
Comarcal de Hellín. Albacete.	Virgen de la Concha. Zamora.
Santa Bárbara. Puerto Llano.	Merida. Badajoz.
Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real.	San Millán-San Pedro. Logroño.
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos.	Central de la Cruz Roja. Madrid.
Medina del Campo. Valladolid.	Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.
Campo Arañuelo. Navalmoral. Cáceres.	Morales Meseguer. Murcia.
Ciudad de Coria. Cáceres	General Yagüe. Burgos.
Carlos III. Madrid.	Río Hortega. Valladolid.
Virgen de la Torre. Madrid.	Universitario de Getafe. Madrid.
Santa Cristina. Madrid.	De la Princesa. Madrid.
Comarcal del Noroeste. Caravaca.	Clínico U. Lozano Blesa. Zaragoza.
Virgen del Castillo. Yecla	Son Dureta. Palma de Mallorca.
Cruz Roja. Ceuta.	Clínico San Carlos. Madrid.
General Obispo Polanco. Teruel.	Clínica Puerta de Hierro. Madrid.
De Cabueñes. Gijón.	Niño Jesús. Madrid.
San Agustín. Avilés.	Virgen de la Arrixaca. Murcia.
Valle del Nalón. Langreo.	San Jorge. Zaragoza.
De Sierrallana. Torrelavega.	De la Fuenfria. Cercedilla. Madrid.

OBJETIVO 2.1. CONSEGUIR QUE TODOS LOS SERVICIOS CLÍNICOS QUE PRECISEN INFORMAR A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES TENGAN UN PLAN DE INFORMACIÓN

La información al paciente y a sus familiares es un derecho, como lo establece la Ley General de Sanidad, y además un medio para mejorar la calidad. La información permite al paciente participar en la toma de decisiones, adecuar sus expectativas, cumplir mejor los tratamientos, etc., lo que redundará en una mejor calidad técnica y percibida de la atención sanitaria.

Hasta el año 1997, uno de los objetivos para mejorar la información se había centrado en lograr que todos los servicios clínicos dispusieran de un lugar y un horario definido para la información a los familiares de los pacientes hospitalizados. Pero esto ha incidido sólo en una parte del complejo proceso de la información. Desde 1998, sin embargo, se consideró el proceso de forma más global, ya que la información es una parte más del acto clínico, y debe estar, como éste, sistematizado en los servicios clínicos.

El plan de información de los servicios clínicos tiene el objetivo de que el paciente y su familia conozcan desde el ingreso en el hospital cuándo y dónde se les va a informar. Cada servicio debe organizar la información durante la hospitalización, no solo en función de las necesidades del servicio, sino teniendo en cuenta también las necesidades del destinatario de la información. Como mínimo este plan debe incluir el lugar y la hora a la que se informará, y será tan complejo y amplio como las actividades que realiza el servicio lo requieran. También se incluirán otros aspectos que mejoren la información: señalización del servicio, directorio de facultativos y supervisora de planta, identificación del personal, aspectos relacionados con el CI (qué, quién, cuándo, dónde), material informativo de apoyo, etc.

El plan de información debe seguir unas líneas institucionales, estar consensuado en el servicio y documentado. Los pacientes y sus familias deben conocer los aspectos que les interesan, como el derecho a la información, el lugar y la hora de la información, qué es el CI, etc., a través de algún documento que se les entregue o mediante información visible en las plantas y/o habitaciones.

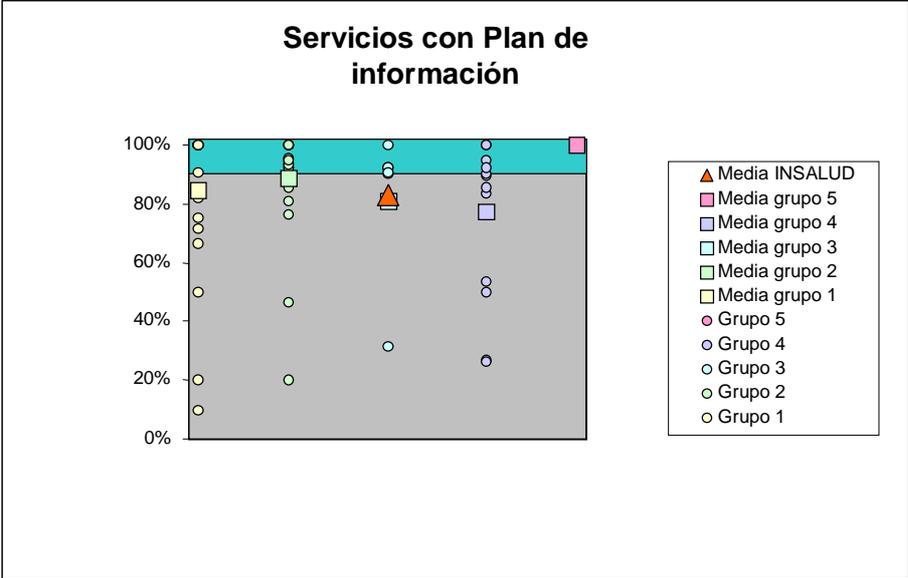
Este objetivo fue evaluado por 80 hospitales (99%).

Indicador 2.1. Porcentaje de servicios clínicos que tienen de forma documentada un plan para la información a pacientes y familiares.

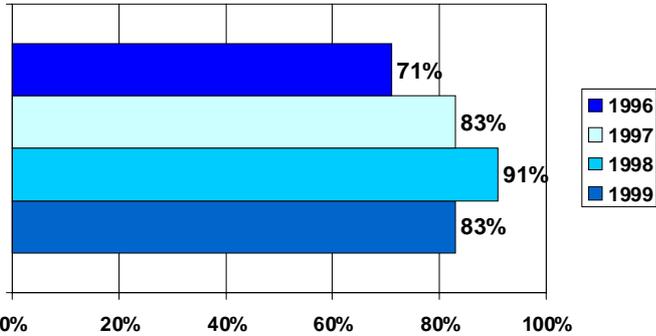
Porcentaje de Servicios con plan de información

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	25	85%	10%	100%
II	30	89%	20%	100%
III	9	81%	31%	100%
IV	13	77%	27%	100%
V	3	100%	100%	100%
INSALUD	80 (99%)	83%	10%	100%

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.



Porcentaje de servicios con lugar y horario/plan de información



En el gráfico se establece la evolución de este indicador en los últimos años. Hasta 1998 el indicador medía la existencia de lugar y horario para informar en los servicios evaluados, en el año 1999, el indicador es más exigente al incluir el desarrollo de un plan de información. Este hecho a la comparabilidad directa entre ambos años y puede explicar, en parte, la ruptura de tendencia de mejora mostrada hasta el año 1998. A pesar de ello, este resultado expresa que hay un margen para mejora y los hospitales han de esforzarse en reducir este margen.

Hospitales en el nivel de la excelencia	
Calatayud. Zaragoza.	Rio Carrión. Palencia.
Alcañiz. Teruel	General de Soria.
Barbastro. Huesca.	Virgen de la Concha. Zamora.
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea.	Comarcal de Don Benito. Badajoz.
Can Misses. Ibiza.	Merida. Badajoz.
Comarcal de Laredo. Cantabria.	Virgen del Puerto. Plasencia.
De Hellín. Albacete.	San Millan-San Pedro. Logroño.
Santa Bárbara. Puerto Llano.	Severo Ochoa. Leganés.
Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos.	Central de la Cruz Roja. Madrid.
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos.	Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.
Comarcal de Medina del Campo. Valladolid.	Morales Meseguer. Murcia.
De Llerena. Badajoz.	Santa María del Rosell. Murcia.
Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata.	Rafael Méndez. Lorca.
Virgen de la Torre. Madrid.	General Yagüe. Burgos.
Santa Cristina. Madrid.	Complejo Hospitalario de León.
Virgen del Castillo. Yecla.	Infanta Cristina. Badajoz.
Cruz Roja. Ceuta.	Universitario de Getafe. Madrid.
General Obispo Polanco. Teruel.	De la Princesa. Madrid.
General San Jorge. Huesca	Central de Asturias. Oviedo.
De Cabueñes. Gijón.	Complejo Hospitalario de Salamanca.
San Agustín. Avilés.	La Paz. Madrid.
Valle del Nalón. Langreo.	Ramón y Cajal. Madrid.
De Sierrallana. Torrelavega..	Niño Jesús. Madrid.
Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real.	Virgen de la Arrixaca. Murcia.
Virgen de la Luz. Cuenca.	San Jorge. Zaragoza.
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo.	De la Fuenfria. Cercedilla. Madrid.
Ntra.Sra. de Sonsoles. Avila.	Centro Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Además de estudiar el número de servicios que disponen de planes documentados, se realizó también un análisis descriptivo de la estructura y contenidos de los distintos planes de información remitidos. Los planes de información estudiados tuvieron las siguientes características:

- Fueron sido revisados 39 planes de información correspondientes a servicios de 34 hospitales diferentes.
- El plan de información se centraba exclusivamente en cómo informar a los familiares en 4 casos (10%), sólo a los pacientes en un caso (2%), y en 34 a la vez a pacientes y familiares (88%).
- Se especificaba lugar para la información en 27 planes (69%), la hora de información en 25 (64%), y el médico responsable de la asistencia asignado al paciente, en 25 (64%). En cuatro planes de información constaba que se debe informar para que el paciente pueda tomar decisiones sobre su asistencia (10%).
- En 24 planes (62%) aparecían referencias al consentimiento informado .

Aunque se observa un significativo grado de compromiso de la red de hospitales INSALUD en el desarrollo e implantación de los planes de información, aun existe un importante margen de mejora. Como aspecto novedoso, algunos hospitales han diseñado una política de información hospitalaria, aspecto que se ha incorporado como una acción de mejora a implantar en el resto de los hospitales en el Plan de Calidad del año 2000.

En el siguiente gráfico, se muestra el número de Servicios y/o unidades que precisaban un Plan de Información a criterio del propio hospital.



El número de servicios que precisan lugar y horario explícito para la información presenta una variabilidad importante dentro de hospitales del mismo grupo, especialmente el grupo 4. Es posible que algunos hospitales se muestren más exigentes al considerar el número de Servicios clínicos que precisan lugar y horario explícitos, o, bien han seguido un criterio diferente a la hora de contabilizar los servicios y unidades hospitalarias.

OBJETIVO 2.2. DESARROLLAR DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICOS

En la Ley General de Sanidad se recoge el derecho de los pacientes a conocer la información disponible sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad. Los facultativos tienen la obligación ética y legal de ofrecer la información en términos adecuados, comprensibles y suficientes. Esta información es clave para que el paciente pueda valorar lo que le está ocurriendo y es un medio para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Al final, el paciente, de forma libre, otorga o niega su consentimiento para la realización de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que el médico le propone.

Las hospitales deben garantizar que la estructura y el funcionamiento institucional que facilite el ejercicio de las libertades y derechos de los ciudadanos, por lo que una de las metas del Plan de Calidad es mejorar el complejo proceso de la información, clave dentro de la relación médico-paciente¹². El proceso de la información es fundamentalmente verbal, pero ante intervenciones o pruebas diagnósticas de riesgo, el paciente debe, además, leer y firmar un documento de consentimiento informado (DCI). Este documento debe contener la información suficiente que permita al paciente participar en la toma de decisiones y otorgar o denegar su consentimiento. El contenido de dicho documento es un tema complejo y sometido a constante debate, y existen recomendaciones del Ministerio de Sanidad¹³ y del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de Oviedo al respecto¹⁴. En este sentido, una de las acciones llevadas a cabo en los hospitales para cumplir con estos requisitos y mejorar la información a los pacientes ha sido revisar el contenido de los documentos de CI. Para ello se ha contado con la participación de los comités de ética de los hospitales que tienen entre sus funciones, la de defender los derechos de los pacientes.

Otro de los objetivos es que el documento se entregue al paciente y esté correctamente firmado por el paciente y el médico que le ha aportado la información. Pero ambos objetivos son sólo una parte del proceso. Se pretende incluir en el Plan de Calidad de los próximos años que los hospitales elaboren su guía o línea institucional sobre el proceso de la información, incluyendo todos los aspectos relevantes que contribuyen a mejorar la información al paciente, como estructuras organizativas y físicas, responsables de la información, etc; de forma que sirva de apoyo a los profesionales y les vincule moralmente para elaborar el plan de información de los servicios. Una de las ponencias de la Primera Reunión de los Comités de Ética de los Hospitales del INSALUD celebrada en Madrid en abril de 1999, donde asistieron representantes de la mayoría de los hospitales, trató el tema del consentimiento informado y los problemas que surgen en los hospitales en su aplicación. La guía que se propone puede proporcionar ayuda para resolverlos.

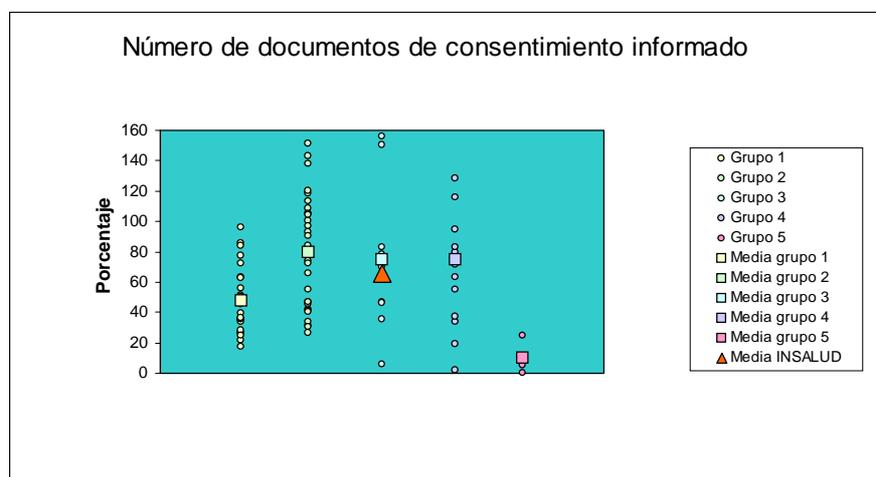
Aunque, como se ha comentado, todavía quedan muchas oportunidades para mejorar la información a los pacientes, este objetivo ha ido mejorando sus resultados a los largo de los años. Esto es consecuencia de una mayor sensibilidad de los profesionales sanitarios, que están entendiendo este acto de la entrega del documento de CI como una ocasión para profundizar en el diálogo con el paciente. También los hospitales han tratado de mejorar su estructura y organización. Sin embargo, la valoración final debe proceder del paciente. Aunque se han realizado encuestas puntuales dirigidas a conocer su opinión sobre este tema, cuyos resultados fueron satisfactorios, la utilización sistemática de encuestas es una herramienta imprescindible para evaluar este proceso.

Este objetivo fue evaluado por 80 hospitales (100%).

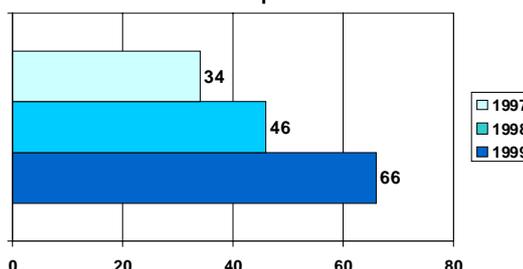
Indicador 2.2. Número de documentos implantados en el hospital que cumplen los criterios establecidos en los acuerdos del Consejo Interterritorial sobre el CI o por el acuerdo del Grupo de Expertos formado en el Ministerio de Sanidad que están avalados/validados por alguno de los órganos representativos del hospital y están normalizados.

Número de documentos de consentimiento informado avalados

Grupo	Nº Hosp.	Nº de CI	Desv. est.	Mínimo	Máximo
I	26	47	21,5	17	96
II	30	80	36,6	26	151
III	9	75	50,3	6	156
IV	13	75	50,1	2	189
V	2	10	13,2	0	25
INSALUD	80 (100%)	66	39,9	0	189



Número de documentos de consentimiento informado por hospital



Se observa un importante incremento en el número de documentos de consentimiento informado en los últimos años. Este es uno de los objetivos en los que se han logrado mejores resultados. De hecho, puede considerarse ya como un estándar de la Institución.

OBJETIVO 2.3. IMPLANTACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO

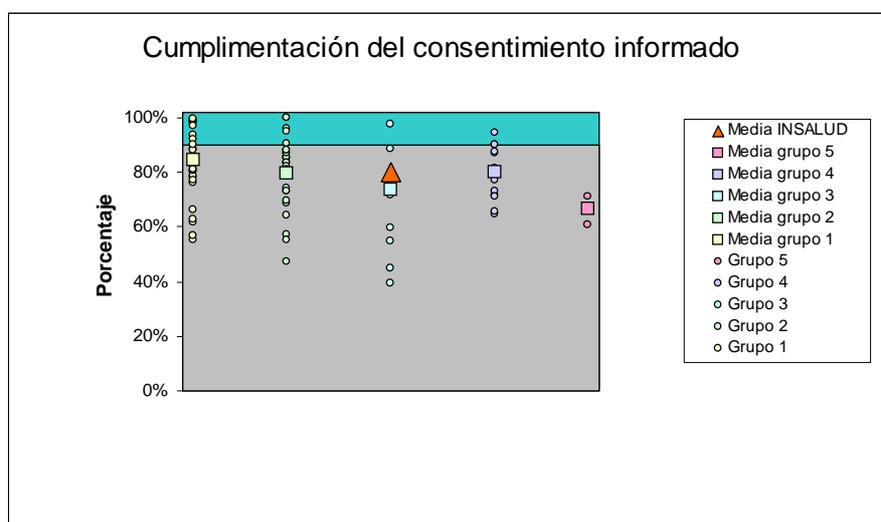
El indicador que se ha evaluado sólo detecta si el documento está en la historia clínica debidamente firmado, pero no estudia el resto del procedimiento. Hay que seguir insistiendo en la importancia del proceso de información previo a la firma del documento.

Han sido 78 los hospitales que han evaluado este objetivo (98%). Los resultados se muestran en conjunto, y luego en dos apartados, el primero para cirugía y el segundo para pruebas diagnósticas.

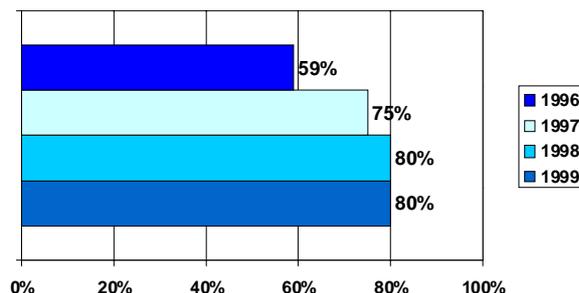
Indicador 2.3. Porcentaje de documentos de CI debidamente firmados por médico y paciente.

Porcentaje de HC con documento de CI específico debidamente cumplimentado.

Grupo	Nº Hospitales	Promedio	Mínimo	Máximo
I	26	85% (7.604/8.983)	55%	99%
II	29	80% (10.720/13.437)	47%	100%
III	9	73% (4.516/6.150)	39%	98%
IV	12	80% (5.344/6.683)	65%	95%
V	2	67% (93/139)	61%	71%
INSALUD	78 (98%)	80% (28.277/35.392)	39%	100%



Implantación del documento de consentimiento informado



Aunque en los últimos años había mejorado el resultado de este indicador, este años el resultado es similar al de el año pasado. De nuevo, es necesario insistir en que los hospitales situados por debajo de la media poseen un margen sustancial de mejora.

Implantación de documento de CI en servicios quirúrgicos.

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

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Promedio</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	26	83% (4.699/5.675)	48%	100%
II	29	79% (7.450/9.441)	53%	100%
III	9	67% (2.701/4.018)	1%	95%
IV	12	80% (6.153/7.692)	63%	94%
V	2	71% (57/80)	61%	96%
INSALUD	78 (98%)	78% (21.060/26.906)	1%	100%

Implantación de documento de CI para pruebas diagnósticas.

Los hospitales han facilitado datos de cumplimentación del documento de CI, para distintas pruebas diagnósticas. Las más frecuentes fueron: endoscopia digestiva, broncoscopia, TAC con contraste, ergometría y PAAF.

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

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Resultado</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	26	88% (2.921/3.323)	33%	100%
II	29	75% (4.577/6.088)	28%	100%

III	9	71% (1.631/2.334)	24%	100%
IV	12	86% (991/1159)	21%	100%
V	1	61% (36/59)	61%	61%
INSALUD	77 (97%)	78% (10.858/13.920)	21%	100%

Hospitales en el nivel de la excelencia	
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea. Comarcal de Jario. Coaña. Fundación Hospital Manacor. Comarcal de Medina del Campo. Valladolid. Ciudad de Coria. Cáceres. Carlos III. Madrid. Santa Cristina. Madrid. Virgen del Castillo. Yecla. San Jorge. Huesca.	Valle del Nalón. Langreo. Ntra Sra de Sonsoles. Ávila. Don Benito-Villanueva. Badajoz. De Mérida. Badajoz. Clínico de Valladolid. Son Dureta. Palma de Mallorca. U. Marqués de Valdecilla. Santander. Clínico San Carlos.

Se solicitó a los hospitales que evaluaran la implantación del CI en la intervención más frecuente de cada servicio quirúrgico. Los resultados se muestran en la tabla:

Servicio	Nº hospitales 1998	Número Hospitales que evalúan (1999)	Procedimiento más frecuente
Cirugía General	69 (90%)	73 (91%)	Hernia inguinal
Traumatología	69 (90%)	71 (89%)	Prótesis cadera
O.R.L.	59 (77%)	66 (83%)	Adeno/amigdalectomía
Oftalmología	71 (92%)	72 (90%)	Cataratas
Tocoginecología	70 (91%)	69 (86%)	Cesárea/histerectomía
Urología	69 (90%)	70 (88%)	Prostatectomía
Cirugía Torácica	26 (34%)	14 (18%)	Toracotomía
Cirugía Cardiovascular	26 (34%)	13 (16%)	By-pass aorto-coronario
Neurocirugía	26 (34%)	21 (26%)	Hernia discal
Anestesia	68 (88%)	65 (81%)	

Si estudiamos una intervención concreta, como la correspondiente a cirugía general, y analizamos el número de historias clínicas (HC) evaluadas, observamos una gran variabilidad en el tamaño muestral, En algunos hospitales la muestra evaluada fue demasiado pequeña, si bien, en general han aumentado respecto al año anterior. En los casos de muestras pequeñas, es posible que el tamaño muestral total sea suficiente para obtener el dato global del hospital, pero es insuficiente para conocer la situación en cada servicio. Es recomendable estudiar más historias, al menos en unos cuantos servicios seleccionados, para poder establecer medidas de mejora de forma más dirigida. El tamaño muestral medio en cirugía general fue de 50 historias, bastante mayor que el año anterior (23 historias).

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 2.3.

Grupo	Nº Hospitales	Media de historias evaluadas
I	26	346
II	29	448
III	9	752
IV	12	514
V	2	46

INSALUD	78	437
---------	----	-----

CONCLUSIONES ÁREA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

Los objetivos incluidos en este área son de gran importancia, ya que tratan de sensibilizar a los profesionales hacia la mejora de aspectos que tienen relación con derechos de los pacientes. Al comparar los resultados con el año anterior, se destaca la importante mejora en el número de documentos de CI y un resultado no tan positivo el objetivo referido a la cumplimentación de los los mismos. También se ha mejorado en el objetivo sobre las reclamaciones.

En la implantación de un Plan de Información a pacientes y familiares, se ha pasado a un nivel similar al que nos encontrábamos en 1997. Esta situación puede deberse en parte, como ya se ha comentado, a no ser estrictamente comparables los datos de 1999 con respecto a 1998.

El promedio de procedimientos con documentos de CI ha aumentado de 46 en 1998 a 66 en el año 1999. Este es el objetivo que presenta una mayor mejora en todo el área. Aunque es un objetivo de estructura, disponer de DCI adecuados facilita el proceso de consentimiento informado. En cuanto a la implantación del documento de CI en las intervenciones quirúrgicas más frecuentes, ascendió ligeramente, del 77% del año anterior al 78% en 1999. El resultado en la implantación en pruebas diagnósticas de riesgo, en cambio, empeoró (78% frente al 84% del año anterior). Tras el avance logrado en la disponibilidad de los DCI, con resultados muy positivos durante el año 1999, los esfuerzos han de dedicarse a la implantación de estos documentos.

En 1998, el 96% de los hospitales contaban con un programa de acogida al paciente, superando el resultado del año anterior (90%), y situándose muy por encima de la de 1997 (77%). Este nivel de excelencia alcanzado aconsejó considerar este objetivo como un estándar de calidad, y por ello ya no fue evaluado de forma convencional en 1999. Por otra parte, la satisfacción con la información tanto clínica como general, que había sido un objetivo clásico del Plan de Calidad de Atención Especializada, ha desaparecido momentáneamente, hasta disponer de una nueva encuesta más correcta metodológicamente. Dicha encuesta será aplicada probablemente durante el próximo año.

III.2. Área de los sistemas de información

Los objetivos de este área son:

- Mejorar el informe de alta.
- Mejorar la gestión de la lista de espera.

OBJETIVO 3. MEJORA DEL INFORME DE ALTA

La historia clínica es la fuente de datos principal para los Sistemas de Información Sanitarios¹⁵. El informe de alta tiene una gran importancia, ya que es una fuente básica para realizar la codificación del CMBD¹⁶. Un informe de alta exhaustivo, donde se reflejen los datos administrativos y la información clínica que emana de la actividad (procedimientos quirúrgicos y terapéuticos, diagnóstico principal y secundarios, complicaciones etc.) es un requisito imprescindible para la posterior codificación del proceso y análisis del case-mix del hospital. Los informes de alta pueden servir también para la realización de estudios clínicos o epidemiológicos. Además, es un documento muy útil para el médico de Atención Primaria, y por tanto, un elemento fundamental en la continuidad de la atención sanitaria¹⁷.

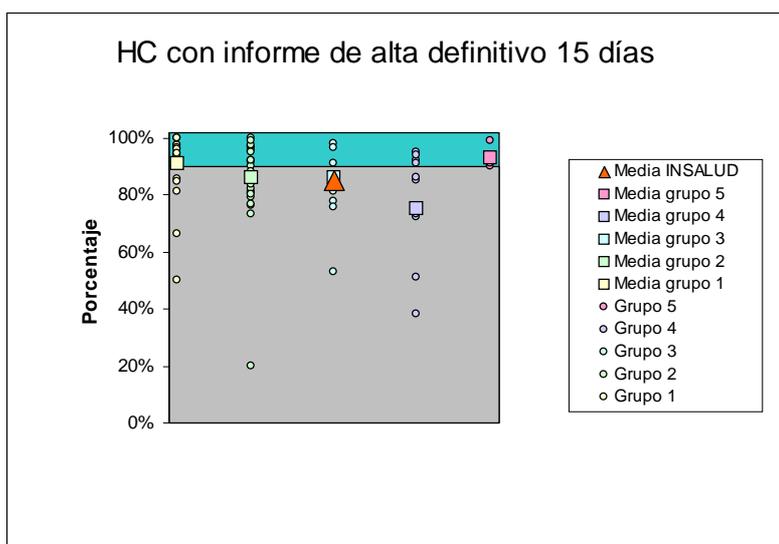
El informe se debe realizar dentro de un plazo determinado, ya que es más fácil que se registre toda la actividad si se cumplimenta el mismo día que el paciente es dado de alta, que si se hace días después.

Indicador 3.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Este indicador fue evaluado por 79 hospitales (98%).

Porcentaje de historias clínicas con informe de alta definitivo (15 días)

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	25	91% (5.308/5.838)	50%	100%
II	29	86% (7.630/8.846)	20%	100%
III	9	86% (3.264/3.778)	53%	98%
IV	13	75% (4.226/5.617)	38%	95%
V	3	93% (1014/1091)	90%	99%
INSALUD	79 (98%)	85% (21.442/25.170)	20%	100%



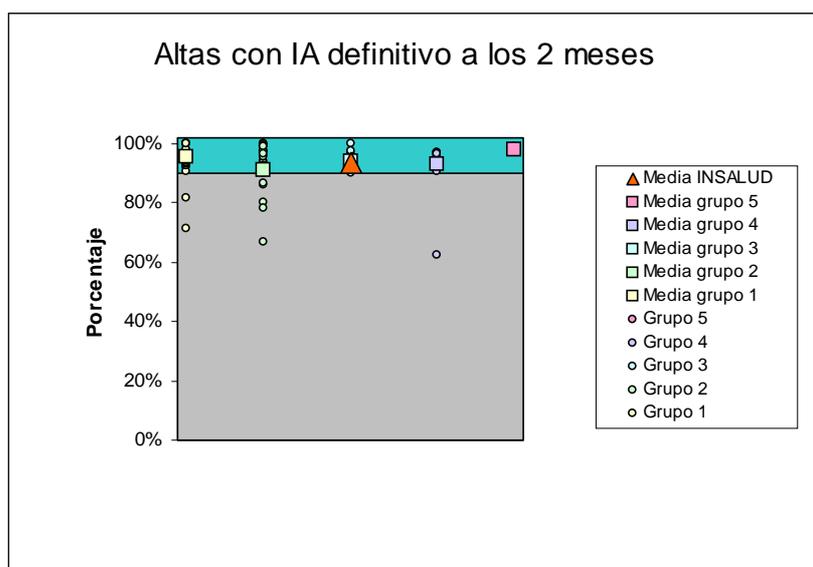
Aunque el resultado medio es relativamente alto, existen bastantes hospitales con un nivel bajo en este indicador, especialmente en los grupos I, III y IV. Estos hospitales deberían realizar estudios específicos para detectar las causas y establecer medidas de mejora.

Indicador 3.2. Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta.

Este indicador mide el número de altas con informe a los dos meses, y sustituye al indicador de 1998 en el que no se establecía ningún límite de tiempo en su medición. Por ello, no es posible establecer una comparación con los resultados del año anterior.

Porcentaje de historias clínicas con informe de alta definitivo (2 meses)

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	25	96% (6.146/6.430)	71%	100%
II	29	91% (9.201/10.085)	67%	100%
III	9	94% (3.543/3.763)	90%	100%
IV	13	93% (8.529/9.143)	63%	97%
V	3	98% (1069/1091)	98%	99%
INSA LUD	79 (98%)	93% (28.488/30.512)	63%	100%

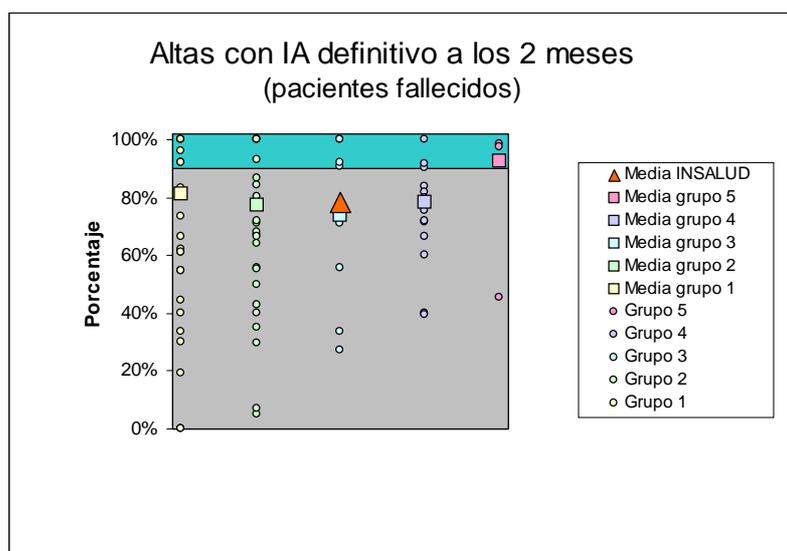


La mayor parte de los hospitales se hallan en el nivel de excelencia. Llama la atención un pequeño número de hospitales, que disponen de menos del 80% de las HC con informe de alta a los 2 meses. En estos casos, probablemente se esté produciendo una dificultad para codificar correctamente la actividad.

Por otra parte, es interesante comprobar como en el caso de pacientes fallecidos, la presencia del informe de alta en la HC desciende considerablemente. Se trata de una información de gran importancia para la gestión y la epidemiología, que se está perdiendo.

Porcentaje de historias clínicas con informe de alta definitivo a los 2 meses (pacientes fallecidos)

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	25	81% (1.331/1.640)	0%	100%
II	29	78% (1.550/2.000)	5%	100%
III	9	74% (398/539)	27%	100%
IV	13	78% (4.281/5.468)	40%	100%
V	3	93% (103/111)	46%	98%
INSALUD	79 (98%)	79% (7.663/9.758)	0%	100%



Indicador 3.3. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

Hasta 1998, los criterios de calidad de aplicación los que aparecen en la Orden Ministerial 6 de septiembre de 1984 sobre la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios que hayan producido al menos una estancia¹⁸.

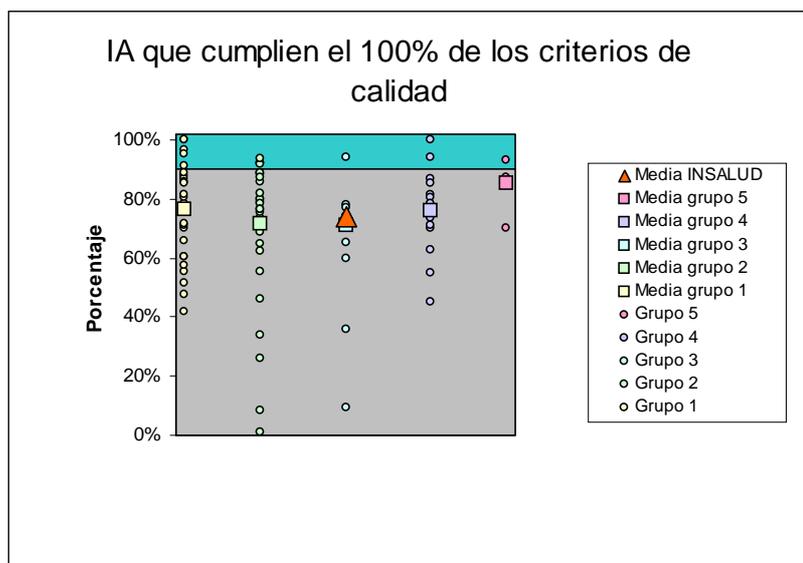
La evaluación en 1998 de estos criterios, sin establecer ningún tipo de ponderación, obligó a que muchos hospitales tuvieran que modificar o adaptar la evaluación que ya venían haciendo y además, en algunos casos resultaba poco práctica. Por ello, en 1999 los hospitales establecieron de acuerdo a los criterios contenidos en el BOE, sus propios criterios de lo que consideraban un informe de alta adecuado. Por lo tanto, los resultados entre hospitales son menos comparables que en años anteriores, pero se gana en flexibilidad y utilidad de la evaluación.

Para asegurar que los criterios establecidos no son demasiado laxos, la comisión o el grupo que se responsabilizara de esta evaluación, debía documentar cuáles son los criterios empleados: tipo de ponderación, niveles de puntuación de lo que se considera adecuado, si se debe contrastar con la HC, etc. Esta documentación, así como las hojas de recogida de datos de cada uno de los informes evaluados, puede ser requerida si el hospital es objeto de una auditoría.

Este indicador fue evaluado por 79 hospitales (98%).

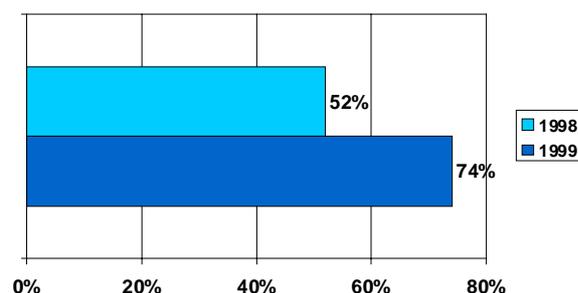
Cumplimentación del 100% de los criterios de calidad del informe de alta

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	25	77% (3.414/4.457)	42%	100%
II	29	72% (5.387/7.529)	1%	94%
III	9	71% (1.797/2.524)	9%	94%
IV	13	76% (4.596/6.040)	45%	100%
V	3	85% (373/437)	70%	94%
INSALUD	79 (98%)	74% (15.567/20.987)	1%	100%



La metodología de evaluación de este objetivo hace que el resultado deba ser valorado con cautela. Asimismo, la comparación entre los años 1998 y 1999 no es del todo válida, pero se incluye en cualquier caso el gráfico comparativo.

Porcentaje de informes de alta que cumplen el 100% de los criterios de calidad



Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 3.3)	
Fundación H. Manacor. Virgen de la Torre. Madrid. Virgen del Castillo. Yecla. De la Cruz Roja. Ceuta. San Agustín. Avilés. Ntra Sra de Sonsoles. Ávila.	General de Soria. U. Príncipe de Asturias. Madrid. De la Princesa. Madrid. U. Marqués de Valdecilla. Santander. Clínico San Carlos. Madrid. La Fuenfria. Madrid.

OBJETIVO 4. MEJORAR LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

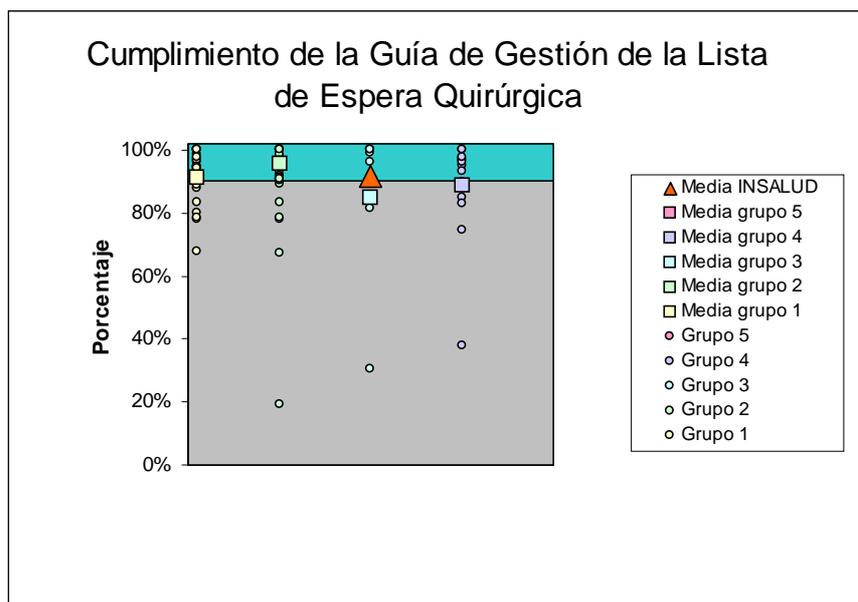
Este objetivo fue evaluado por 73 hospitales (99%).

Hasta el año 1998, los criterios tenidos en cuenta para la evaluación de este objetivo fueron los de la Circular 3/94¹⁹. En 1998 fue elaborada la Guía de Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), donde se establecen una serie de requisitos, entre los que se encuentran los datos clínico-administrativos que el facultativo tiene que cumplimentar para incluir a los pacientes en la LEQ²⁰. La implantación de la Guía se produjo a lo largo de ese año, y la evaluación de 1999 se basó ya en sus criterios.

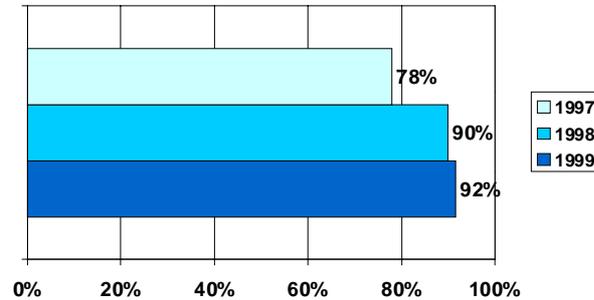
Indicador 4. Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera que cumplen los criterios de la Guía de Gestión de la Lista de Espera

Porcentaje de cumplimiento de la Guía

Grupo	Nº Hospitales	Resultado	Mínimo	Máximo
I	25	91% (5.681/6.234)	68%	100%
II	29	96% (7.133/7.441)	19%	100%
III	8	85% (2.272/2.682)	31%	100%
IV	13	89% (4.119/4.630)	38%	100%
V	0			
INSALUD	75 (99%)	92% (19.205/20.987)	19%	100%



Gestión de la lista de espera de acuerdo a criterios/Guía



Se observa una pequeña mejora en el resultado, comparando con el nivel alcanzado en el año anterior (92% frente a 90%), si bien ha existido un cambio en la definición del objetivo en el año 1999.

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.

<i>Grupo</i>	<i>Nº Hospitales</i>	<i>Media de historias evaluadas</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
I	25	249	50	1434
II	29	256	40	1976
III	8	335	52	853
IV	13	356	50	1209
V	0			
INSALUD	75	280	40	1976

Hospitales en el nivel de la excelencia	
De Alcañiz. Teruel. Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea. Verge del Toro. Menorca. Can Misses. Ibiza. Fundación H. de Manacor. Comarcal de Laredo. Cantabria. De Hellín. Albacete. Santa Bárbara. Puertollano. Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Santos Reyes. Aranda de Duero. Santiago Apostol. Miranda de Ebro. Medina del Campo. Valladolid. Llerena. Badajoz. Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata. Virgen de la Torre. Madrid. Santa Cristina. Madrid. Virgen del Castillo. Yecla. Cruz Roja. Ceuta. Comarcal de Melilla. Obispo Polanco. Teruel. General San Jorge. Huesca. De Cabueñes. Gijón. De San Agustín. Avilés. Valle del Nalón. Langreo. De Sierrallana. Torrelavega. Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real. Virgen de la Luz. Cuenca.	General de Guadalajara. Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo. Rio Carrión. Palencia. Complejo Hospitalario de Segovia. General de Soria. Virgen de la Concha. Zamora. Don Benito-Villanueva. Badajoz. Mérida. Badajoz. San Millan-San Pedro. Logroño. Severo Ochoa. Leganés. Madrid. Fundación H. de Alcorcón. Morales Meseguer. Murcia. Santa M ^a del Rosell. Cartagena. Rafael Méndez. Lorca. CH de Albacete. Complejo Hospitalario de Toledo. General Yagüe. Burgos. Clinico de Valladolid. Rio Hortega. Valladolid. Clinico Universitario. Zaragoza. Son Dureta. Palma de Malloca. Marques de Valdecilla. Santander. Complejo Universitario de Salamanca. La Paz. Madrid. Clínico San Carlos. Madrid Puerta de Hierro. Madrid. Niño Jesús. Madrid. Virgen de la Arrixaca. Murcia.

CONCLUSIONES ÁREA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La mejora de los sistemas de información sanitaria requiere elevar la calidad de los informes de alta. De acuerdo a la Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984²¹, el informe de alta debe contener los datos administrativos y clínicos necesarios para la cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

La información clínica que emana de la actividad (procedimientos quirúrgicos y terapéuticos, diagnóstico principal y secundarios, complicaciones etc.) debe reflejarse con suficiente amplitud y claridad en el informe de alta, para permitir la codificación del proceso y análisis de la casuística del hospital. La complejidad de los pacientes que atiende el hospital es uno de los criterios más importantes para la asignación del presupuesto hospitalario.

El 85% de las historias clínicas disponían de informe de alta a los 15 días. Todavía existe un margen de mejora en este indicador. Algunos hospitales se sitúan por debajo del 80%. Dichos centros deberán hacer un esfuerzo especial para mejorar este indicador. La realización del informe de alta debe ser lo más próxima posible al alta, ya que es el momento en el que la información está aun reciente. Los hospitales con peores resultados en este indicador deberán estudiar cuál es el problema que lo origina: mala organización, pocos recursos, etc., y adoptar las medidas necesarias. A los 2 meses, el 93% de las HC tenían el informe de alta, si bien en pacientes fallecidos, este porcentaje caía al 79%. De nuevo, se debe considerar que ambos resultados son mejorables.

Respecto a la proporción de informes de alta que cumplen el 100% de los criterios de calidad, se alcanzó un 74%, bastante mejor que el 52% del año anterior. Posiblemente en la evaluación de este indicador, algunos hospitales han sido más estrictos que otros, ya que podían modificar los criterios de calidad, lo que se refleja en una gran variabilidad de resultados.

III.3. Área de mejora de la calidad y eficiencia de los procesos asistenciales

Los objetivos de este área son:

- Realizar la profilaxis antibiótica adecuada a protocolo.
- Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.
- Implantación de protocolos de las Sociedades Científicas (SS.CC). para procedimientos frecuentes.
- Utilización de alta tecnología de acuerdo a protocolo.

OBJETIVO 5. MEJORA DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

La Medicina Basada en la Evidencia trata de que la toma de decisiones clínicas e institucionales se fundamente en la mejor información científica disponible²². Su éxito se debe a la constatación de la gran variabilidad de la práctica clínica, no explicable por diferencias en la población, la búsqueda de prácticas seguras y efectivas, y el creciente gasto sanitario²³. Los procesos en la atención sanitaria son muy complejos y requieren que todas aquellas actividades, decisiones y tareas llevadas a cabo por los distintos profesionales que participan en el proceso estén coordinadas y basadas en la mejor evidencia científica existente^{24,25,26}. El objetivo es la consecución de los mejores resultados posibles en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción de todos los posibles clientes.

La mejora de la calidad de la asistencia conlleva, entre otros aspectos, definir la práctica correcta basada en la evidencia, aplicarla adaptándola al contexto y evaluar posteriormente sus resultados. Los beneficios esperados son: aumento de la satisfacción de los pacientes, disminución del riesgo de complicaciones, mejora de los resultados clínicos y adecuación del gasto sanitario.

Desde el diseño, implantación y evaluación del más simple protocolo de utilización de un fármaco por un equipo de profesionales²⁷, hasta la implantación de una vía clínica, que puede incluir una multiplicidad de subprocesos relacionados con la gestión de pacientes, criterios de diagnóstico y tratamiento, cuidados de enfermería, hostelería, documentación clínica, etc., y que precisa de la participación multidisciplinar de profesionales^{28,29,30} son herramientas que ayudan a la mejora de los procesos³¹. Además, si están bien diseñadas, facilitan la evaluación de la calidad de la asistencia y contribuyen a asegurar el uso efectivo de intervenciones. La participación de los profesionales puede contribuir a su puesta en práctica³², ya que la simple difusión de guías y protocolos no es suficiente para asegurar su aplicación³³.

El Plan de Calidad tiene en el ámbito de los protocolos dos objetivos sobre aspectos concretos de la práctica asistencial y en los que se lleva un tiempo trabajando en los hospitales: la profilaxis antibiótica quirúrgica y la protocolización de los cuidados de enfermería que el hospital priorice, que sustituye al de años anteriores (cuidado del paciente con sonda vesical). Ambos son aspectos asistenciales muy bien delimitados, frecuentes, en los que una utilización apropiada produce grandes beneficios. Además, su aplicación contribuye a crear y extender entre los profesionales la necesidad de disponer de pautas de actuación correctas, evaluar su aplicación y contrastar con los resultados clínicos.

Protocolos de las Sociedades Científicas.

Una de las herramientas propuestas por el Plan de Calidad para la mejora de los procesos son los protocolos o guías de práctica, que pueden definirse como una secuencia lógica de acciones o actos médicos dirigido a la atención de un problema concreto de salud³⁴. 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.

Otros objetivos de este área tienen como finalidad influir en la mejora de los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas y de la utilización de pruebas diagnósticas y prótesis a través de la mejora de la adecuación de las indicaciones. El INSALUD mantiene una línea de colaboración con las Sociedades Científicas (SSCC) con el propósito de establecer criterios clínicos homogéneos para el tratamiento de patologías prevalentes. Estas Guías de actuación facilitan o son la base para el desarrollo de protocolos hospitalarios, que deberían respetar sus líneas generales, aunque queden abiertas las adaptaciones con modificaciones debidamente argumentadas, y deben ser objetivos de calidad de los servicios clínicos implicados. Este objetivo fue incluido en 1998, y se mantuvo en 1999.

Protocolos de utilización de alta tecnología.

Durante 1998 y 1999, los hospitales con una tasa de utilización por encima de la media de su grupo en RNM, TAC, oxigenoterapia y litotricia, han trabajado en la implantación de protocolos con los criterios de utilización y en su evaluación.

Otros protocolos de Servicios.

Puesto que las patologías abordadas para la elaboración de protocolos por las Sociedades Científicas afectan sólo a un número determinado de servicios quirúrgicos, en 1999 los Servicios Clínicos debían proseguir con la implantación de protocolos en procesos frecuentes, tratando de integrar todos los aspectos relacionados (organizativos, médicos, cuidados de enfermería, pruebas diagnósticas, etc). Este proceso ya se inició en 1998, de acuerdo a la filosofía del diseño de un plan de calidad específico de cada hospital y del acuerdo de productividad variable que fijaba el compromiso de pacto de implantación de protocolos en cada uno de los Servicios/Unidades.

Además, para seguir avanzando en la mejora de los procesos y en la integración de los cuidados de enfermería en los objetivos de mejora de los Servicios, en 1999 se incluyó en el Contrato de Gestión el diseño y la implantación de al menos una vía clínica en un proceso frecuente.

OBJETIVO 5.1. MEJORAR LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

El uso de antibióticos tiene efectos beneficiosos para la salud, pero puede tener dos tipos de inconvenientes. Por una parte, los costes económicos derivados de la automedicación y de la prescripción inadecuada y por otra, los costes económicos y sociales que se derivan de la aparición de resistencias. Existe un incremento importante del gasto hospitalario, y los medicamentos desempeñan un papel importante en este incremento. Los antibióticos constituyen uno de los grupos terapéuticos más caros en un hospital, debido a su coste por unidad y a su frecuente utilización. La utilización incorrecta de la quimioprofilaxis (insuficiente o excesiva) es responsable en parte de este aumento del gasto³⁵.

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.

Han evaluado este objetivo 75 hospitales (95%). No tenían que evaluar este objetivo dos hospitales por no tener servicios quirúrgicos.

Los criterios recomendados en la evaluación de los protocolos fueron:

- 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 precisaban profilaxis, sino también en aquellas que por el tipo de cirugía no precisaban profilaxis, en las cuales la inadecuación consistía en administrarla.

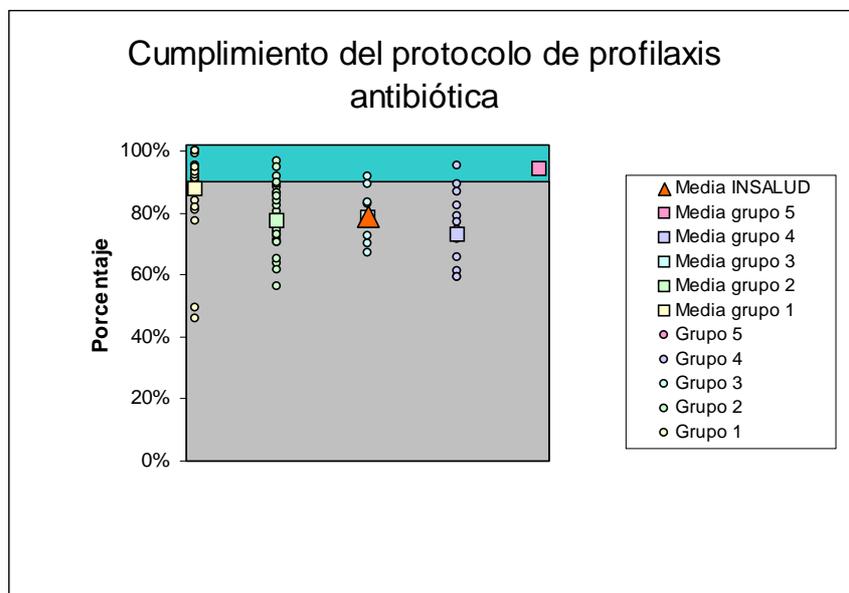
Indicador 5.1a. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo

El cálculo de este indicador se realizó en el año 1996 en las dos intervenciones más frecuentes de cada uno de los servicios quirúrgicos. En 1997 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. En 1998 y 1999 se mantuvo la misma recomendación. La mayor parte de los hospitales la han seguido, aunque algunos han evaluado muestras mayores, y otros, menores de 100. La muestra total del INSALUD ha aumentado: 19.494 pacientes, frente a los 15.315 evaluados el año anterior.

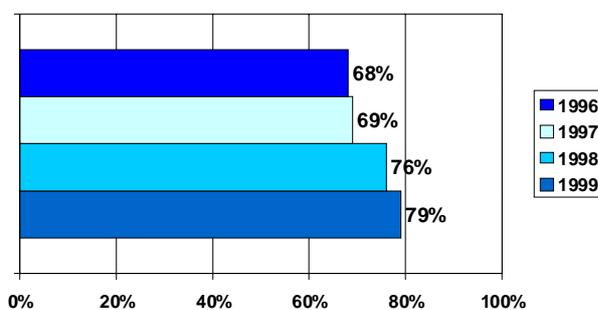
Porcentaje de pacientes con profilaxis adecuada a protocolo

Grupo	Nº Hospitales Que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	26	88% (3.952/4.501)	46%	100%
II	28	78% (6.422/8.276)	56%	97%
III	8	78% (721/921)	67%	92%
IV	12	73% (4.217/5.779)	59%	95%
V	1	94% (16/17)	94%	94%
INSALUD	75 (95%)	79% (15.328/19.494)	56%	100%

El resultado de la evaluación muestra cierta mejora con respecto a 1998 (76%).



Porcentaje de cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica



Hospitales en el nivel de la excelencia (*)	
Alcañiz. Teruel. Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea. Comarcal de Jarrow. Coaña. Can Misses. Ibiza. Fundación H. Manacor. Comarcal de Hellín. Albacete. Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Santos Reyes. Aranda de Duero. Medina del Campo. Valladolid. Ciudad de Coria. Caceres.	Carlos III. Madrid. Virgen de la Torre. Madrid. Santa Cristina. Madrid. Virgen del Castillo. Yecla. General San Jorge. Huesca. Sierrallana. Torrelavega. Central de la Cruz Roja. Madrid. De la Princesa. Madrid. Niño Jesús. Madrid.

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

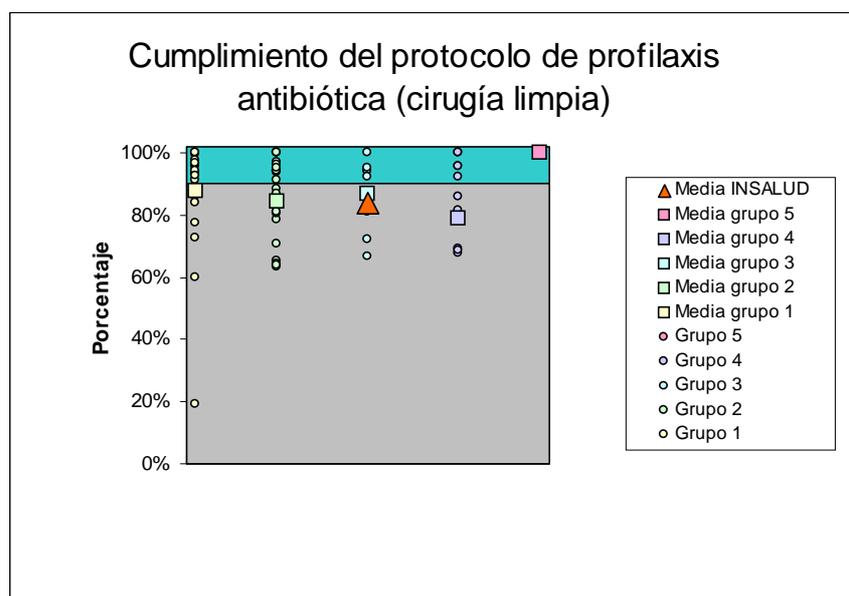
La siguiente tabla muestra la media de pacientes evaluados para el objetivo de profilaxis antibiótica adecuada a protocolo.

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 5.1.

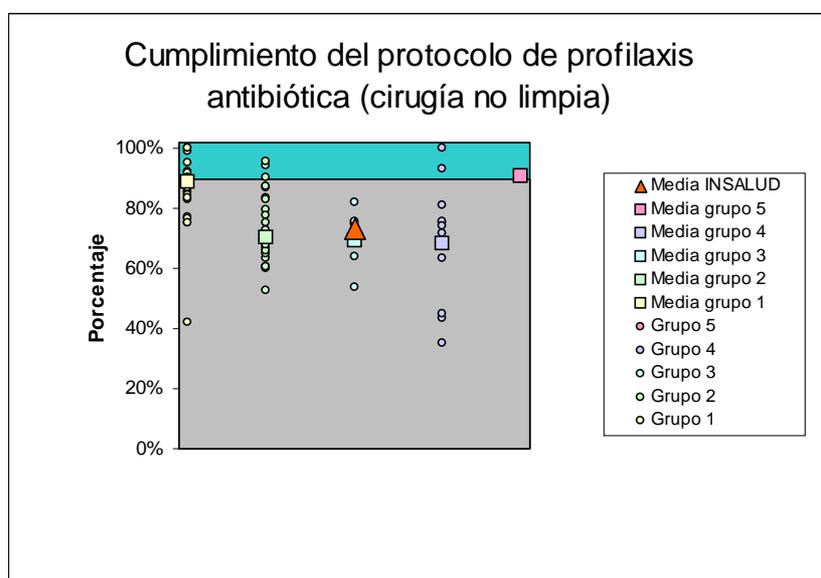
Grupo	Nº Hospitales	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	26	173	62	962
II	28	296	72	1145
III	8	115	53	209
IV	12	482	100	1739
V	1	17	17	17
INSALUD	75	260	17	1739

Indicador 5.1b. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia.

En los siguientes gráficos, se muestra el cumplimiento del protocolo, para cirugía limpia y no limpia (limpia con implante, limpia-contaminada, contaminada y sucia).



Indicador 5.1c. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia-contaminada y contaminada



Análisis cualitativo de los protocolos de profilaxis antibiótica

En el momento actual existen proyectos internacionales interesados en el estudio de los protocolos de profilaxis que se utilizan, con el fin de valorar la posibilidad de armonización de los mismos, sustentando su utilización en la mejor evidencia científica disponible. En este sentido, es responsabilidad de los gestores de nuestra organización el favorecer la mejora de los protocolos utilizados. Hasta el momento se ha evaluado el grado de adecuación de la práctica clínica a los protocolos establecidos, pero no la calidad de los propios protocolos.

Se realizó un estudio específico, para describir las características de los protocolos de profilaxis antibiótica prequirúrgica vigentes en los hospitales de nuestra organización y conocer su grado de adecuación a estándares internacionales³⁶. Se solicitó inicialmente de los hospitales el envío de los protocolos de profilaxis antibiótica prequirúrgica utilizados. Posteriormente se seleccionaron los protocolos de cinco procedimientos quirúrgicos (artroplastia de cadera, faucectomía con implante, colecistectomía, prostatectomía sin sonda e histerectomía vaginal) por ser procedimientos comunes y representativos de diferentes tipos de cirugía. Se realizó una revisión de los protocolos para describir la pauta antibiótica utilizada y la actualización del mismo.

Se estudiaron diez hospitales. En todos ellos se practicaban los cinco procedimientos quirúrgicos objeto del análisis. Se conocía la fecha de actualización de los protocolos en seis de los diez hospitales, siendo dos de ellos menor de dos años. En un hospital no se disponía de protocolo de cirugía oftalmológica. El mayor grado de acuerdo, respecto a la pauta utilizada, se encontraba en el protocolo de artroplastia con implante y las mayores diferencias en el de oftalmología. En cinco de los diez hospitales no constaba pauta alternativa para determinados

protocolos y en los cinco en que constaba, frecuentemente no se mencionaba la dosis a utilizar. En todos los protocolos revisados se puntualizaba el momento en que debía iniciarse la profilaxis, pero su duración estaba deficientemente descrita en los protocolos de todos los procedimientos a excepción del de artroplastia de cadera.

A pesar de que el nivel de acuerdo observado en los distintos hospitales era alto (habiendo considerado sus peculiaridades), se detectaron oportunidades de mejora que, probablemente una mayor actualización periódica de los protocolos, contribuiría a lograr. Entre los aspectos puntuales deficitarios observados destacaban la mala especificación de la duración de la profilaxis y de las pautas alternativas a utilizar cuando la primera elección no está indicada.

OBJETIVO 5.2. APLICAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO AL PROTOCOLO

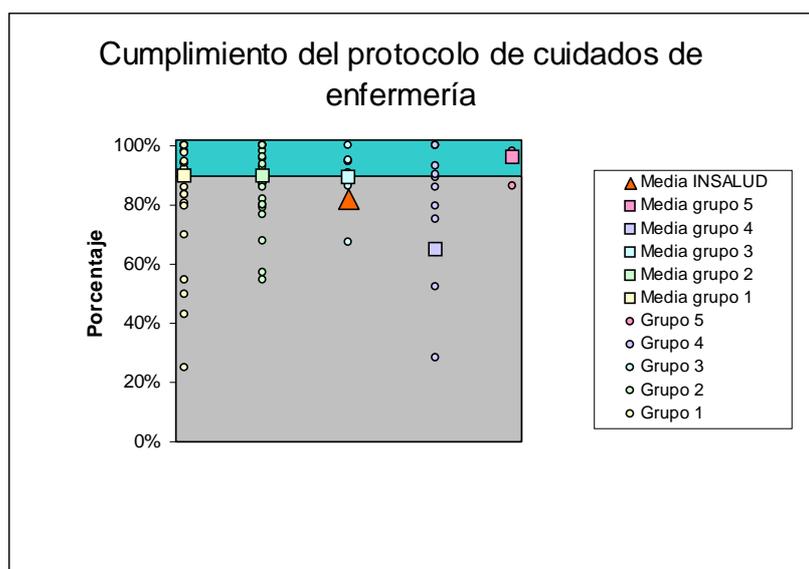
Este objetivo sustituye al de “cuidado de pacientes sondados de acuerdo a protocolo”. Algunos hospitales pidieron cambios en los cuidados que se deben protocolizar, lo que tiene sentido a la vista de los años que se lleva trabajando con este objetivo y los resultados alcanzados. De hecho este aspecto ha pasado a considerarse un estándar de calidad de la organización. Además el resultado de estos cuidados se puede monitorizar a través de un indicador, como la tasa de infección urinaria asociada a sondaje. Por tanto, se propuso que cada hospital decidiera de acuerdo a sus prioridades en que aspecto de los cuidados de enfermería se diseñaría e implantaría un protocolo. Se sugirió que los cuidados de enfermería que se protocolizaran tuvieran en cuenta qué protocolos de procesos médicos o quirúrgicos o vías clínicas se estaban diseñando en el hospital, para integrar los cuidados de enfermería en dichos protocolos o vías clínicas.

Evaluaron este objetivo 78 hospitales (96%).

Indicador 5.2. Porcentaje 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	25	90% (2.096/2.337)	25%	100%
II	29	90% (4.640/5.178)	55%	100%
III	9	89% (813/912)	67%	100%
IV	12	65% (2.520/ 3.872)	28%	100%
V	3	82% (219/228)	86%	98%
INSALUD	78 (96%)	82% (10.288/12.527)	28%	100%

Este resultado no se puede comparar directamente con el año anterior, ya que en 1998 sólo se evaluaba la adecuación al protocolo de sondaje urinario.



Podemos comprobar que, salvo en el grupo IV, el resto de grupos sitúan su media en el nivel de excelencia.

Hospitales en el nivel de la excelencia	
De Calatayud. Zaragoza	General de Soria
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	Virgen de la Concha. Zamora
De Jarrío. Coaña	De Don Benito-Villanueva. Badajoz
Alvarez Buylla. Mieres	De Mérida. Badajoz
Verge del Toro. Menorca	Virgen del Puerto. Plasencia
Can Misses. Ibiza	Complejo Hospitalario de Cáceres
De Laredo. Cantabria	U Príncipe de Asturias. Madrid
De Hellín. Albacete	Morales Meseguer. Murcia
Santos Reyes. Aranda de Duero	Rafael Méndez. Lorca
Santiago Apostol. Miranda de Ebro	C.H. de Albacete
Medina del Campo. Valladolid	Complejo Hospitalario de Toledo
Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata	General Yagüe. Burgos
Virgen de la Torre	Complejo Hospitalario de León
Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
Virgen del Castillo. Yecla	Son Dureta. Palma de Malloca
Valle del Nalón. Langreo	La Paz. Madrid
CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan	Clínico San Carlos. Madrid
General de Guadalajara	Puerta de Hierro. Madrid
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	Niño Jesús. Madrid
Del Bierzo. Ponferrada	San Jorge. Zaragoza
General Río Carrión. Palencia	Centro Nacional de Parapléjicos. Toledo.

En la siguiente tabla se muestra los protocolos más frecuentes:

Protocolo evaluado	Nº de Hospitales
Cuidados de enfermería en pacientes con sonda vesical permanente	22
Cuidados de vías venosas periféricas y centrales	12
Prevención y tratamiento de las úlceras por presión	7

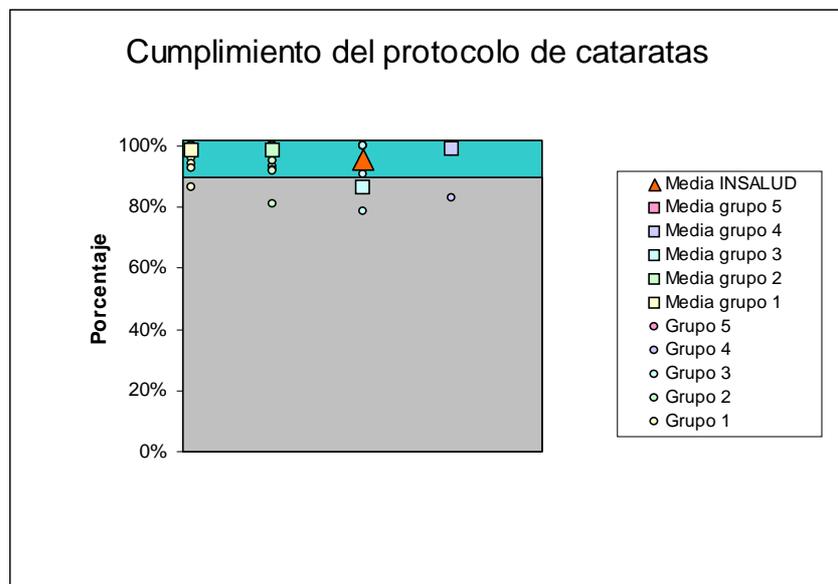
OBJETIVO 5.3. IMPLANTAR GUÍAS O PROTOCOLOS DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARA LA INDICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS FRECUENTES

5.3a. Protocolo de indicación de cataratas.

Evalúan este objetivo 71 hospitales (93%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de cataratas

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	24	98% (1.438 / 1.461)	87%	100%
II	28	98% (1.404 / 1.427)	81%	100%
III	9	87% (878 / 1.013)	78%	100%
IV	10	99% (703 / 711)	83%	100%
V	0			
INSALUD	71 (93%)	96% (4.423 / 4.612)	78%	100%



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital:

Grupo	Nº Hospitales	Promedio de historias evaluadas 1998	Promedio de historias evaluadas 1999
I	24	45,6	60,9
II	28	83,4	51,0
III	9	146,3	112,6
IV	10	89,8	71,1
V	0	42,5	
INSALUD	71	77,7	65,0

El tamaño muestral medio descendió ligeramente respecto al año anterior. En algunos casos los tamaños muestrales fueron excesivamente bajos. En la metodología se solicitaba el total del periodo estudiado, o una muestra adecuada a dicho periodo. En ciertos casos, el número de casos en el periodo estudiado fue bajo. Por ello, sería apropiado aumentar el periodo de estudio cuando el número de casos es insuficiente.

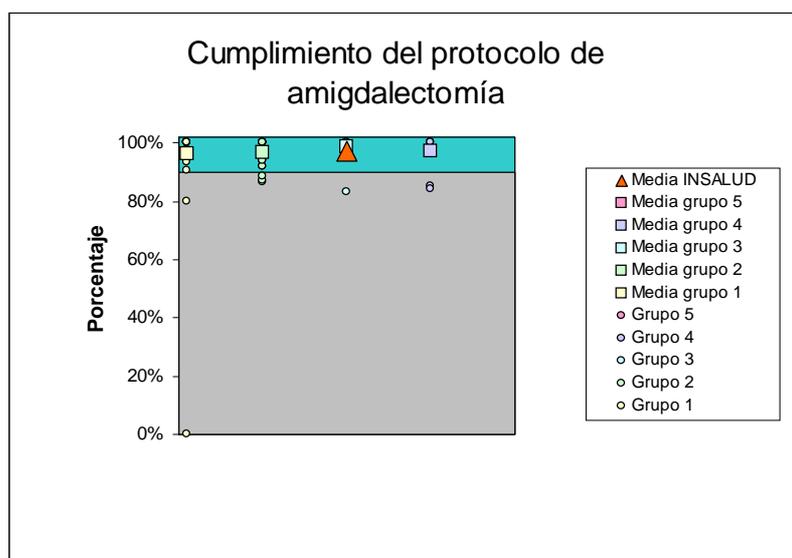
5.3.b Protocolo de indicación de amigdalectomía.

Evalúan este objetivo 68 hospitales (93%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de amigdalectomía

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I *	20	97% (545/566)	0%	100%
II	27	97% (915/945)	87%	100%
III	9	98% (432/439)	83%	100%
IV	12	97% (604/623)	84%	100%
V	0			
INSALUD	68 (93%)	97% (2.496/2.573)	0%	100%

(*) Un hospital envía el resultado, pero no los datos del numerador y el denominador.



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital:

Grupo	Nº Hospitales	Promedio de historias evaluadas 1998	Promedio de historias evaluadas 1999
I	20	26,1	28,3
II	27	28,7	35,0
III	9	30,5	48,8
IV	12	47,8	51,9
V	0	15,0	
INSAUD	68	30,8	37,8

Se observa un ligero aumento del número medio de historias clínicas estudiadas.

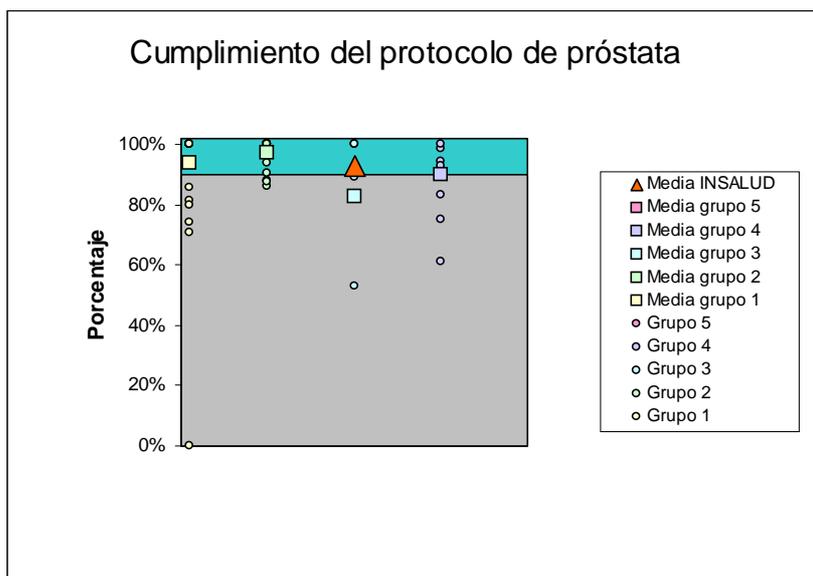
5.3.c Protocolo de inclusión en lista de espera. Hiperplasia benigna de próstata.

Evalúan este objetivo 64 hospitales (90%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de hiperplasia benigna de próstata

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I *	20	94% (414/441)	0%	100%
II	27	97% (901/926)	86%	100%
III	8	83% (326/393)	53%	100%
IV	9	90% (269/299)	61%	100%
V	0			
INSAUD	64 (90%)	93% (1.910/2.059)	0%	100%

(*) Un hospital envía el resultado, pero no los datos del numerador y el denominador.



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital:

Grupo	Nº Hospitales	Promedio de historias evaluadas 1998	Promedio de historias evaluadas 1999
I	20	19,2	22,1
II	27	30,7	34,3
III	8	40,3	49,1
IV	9	31,6	33,2
V	0	26,5	
INSALUD	64	28,3	32,2

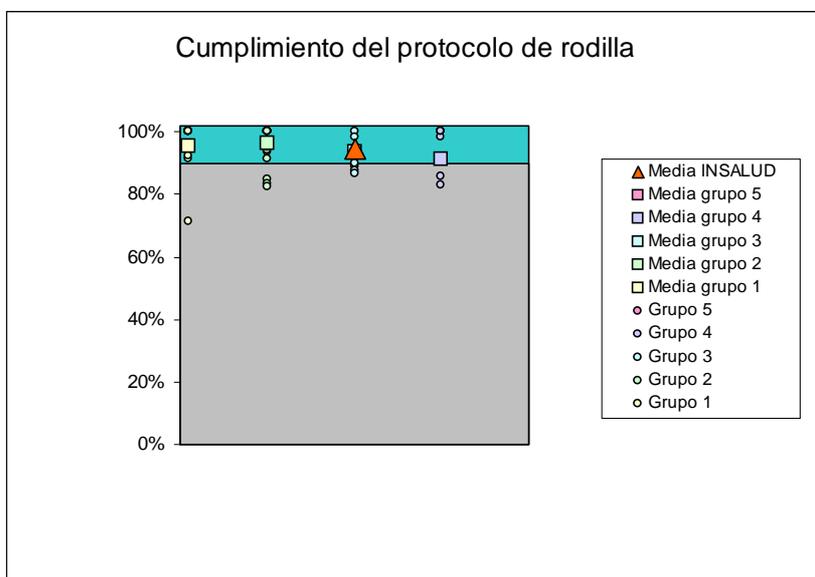
Se observa un ligero aumento del número medio de historias clínicas estudiadas.

5.3.d Protocolo de inclusión en lista de espera. Prótesis total de rodilla.

Evalúan este objetivo 64 hospitales (90%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de prótesis total de rodilla.

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	20	96% (334/349)	71%	100%
II	26	96% (590/612)	83%	100%
III	7	94% (213/227)	87%	100%
IV	11	91% (428/469)	83%	100%
V	0			
INSALUD	64 (90%)	92% (1.565/1.657)	71%	100%



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital:

Grupo	Nº Hospitales	Promedio de historias evaluadas 1998	Promedio de historias evaluadas 1999
I	20	14,6	17,5
II	26	20,2	23,5
III	7	29,0	32,4
IV	11	31,0	42,6
V	0	27,0	
INSALUD	64	21,5	25,9

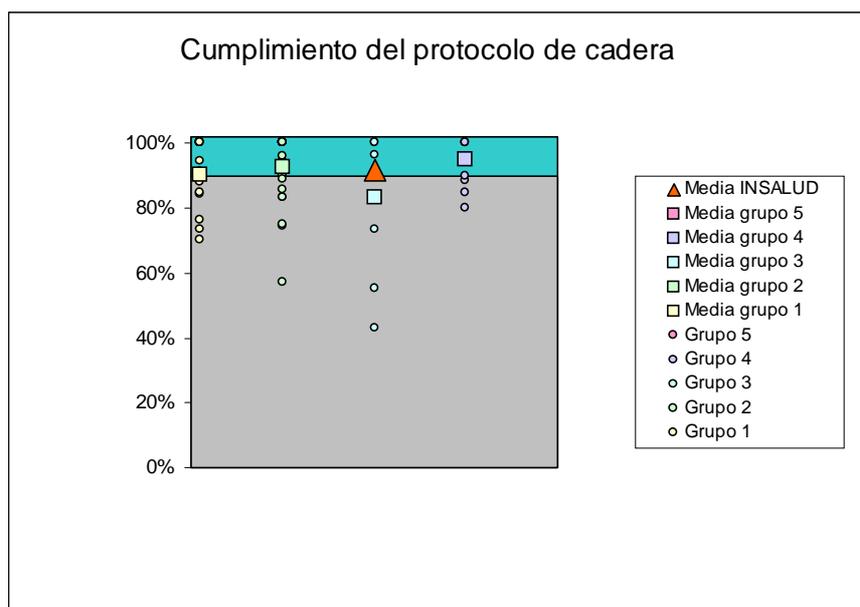
Se observa un ligero aumento del número medio de historias clínicas estudiadas.

5.3.e Protocolo de inclusión en lista de espera. Prótesis total de cadera.

Evalúan este objetivo 65 hospitales (89%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de prótesis total de cadera.

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	21	90% (312/346)	70%	100%
II	27	93% (555/598)	57%	100%
III	7	83% (166/199)	43%	100%
IV	10	95% (448/472)	80%	100%
V	0			
INSALUD	65 (89%)	92% (1.481/1.615)	43%	100%



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital:

Grupo	Nº Hospitales	Promedio de historias evaluadas 1998	Promedio de historias evaluadas 1999
I	21	16,0	16,5
II	27	21,3	22,1
III	7	25,7	28,4
IV	10	86,0	47,2
V	0	27,5	
INSALUD	65	29,6	24,8

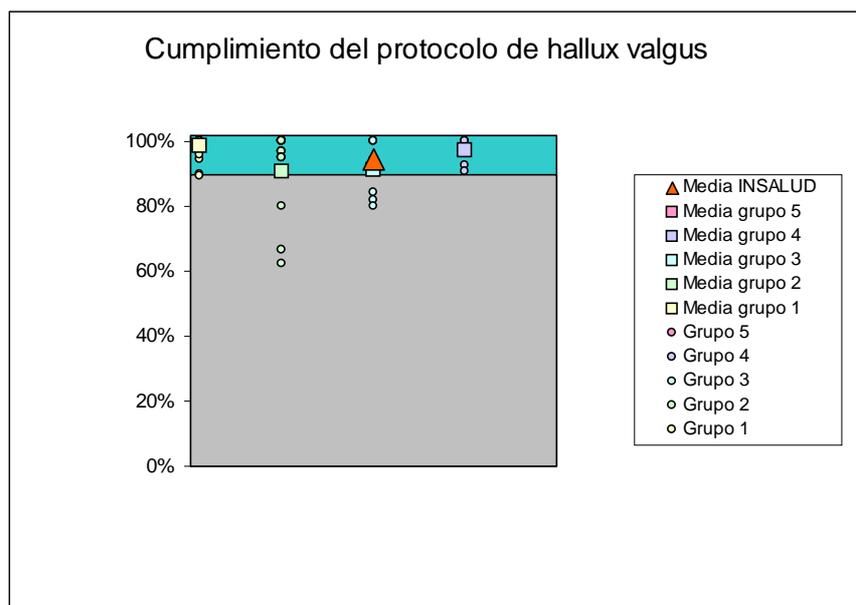
Se observa una ligera disminución del número medio de historias clínicas estudiadas.

5.3.f Protocolo de inclusión en lista de espera. Hallux valgus.

Evalúan este objetivo 62 hospitales (86%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de hallux valgus

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	21	99% (479/486)	90%	100%
II	25	91% (506/558)	63%	100%
III	8	91% (172/188)	80%	100%
IV	8	97% (355/365)	91%	100%
V	0			
INSALUD	62 (86%)	95% (1.512/1.597)	63%	100%



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital:

Grupo	Nº Hospitales	Promedio de historias evaluadas 1998	Promedio de historias evaluadas 1999
I	21	14,5	23,1
II	25	18,1	22,3
III	8	18,8	23,5
IV	8	48,9	45,6
V	0	65,5	
INSALUD	62	24,2	25,8

Se observa un pequeño aumento del número medio de historias clínicas estudiadas.

La evaluación de las Guías o Protocolos que elaboraron las Sociedades Científicas con los criterios de inclusión en Lista de Espera Quirúrgica han obtenido un buen resultado. Al igual que el año anterior, esta evaluación se ha realizado en parte en pacientes ya intervenidos, por lo que es posible que el resultado sea superior al que se hubiera obtenido si la evaluación se hubiera hecho en pacientes en lista de espera. La depuración de la LEQ por motivos de indicación médica así lo indica.

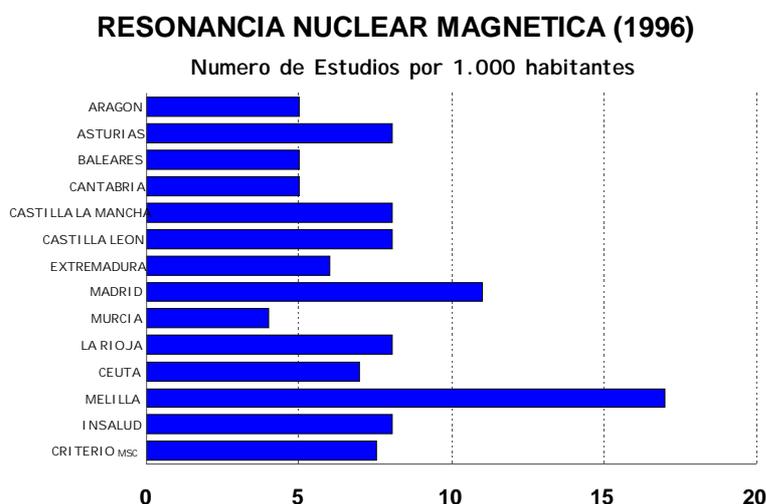
Se ha producido una sustancial mejora en número de hospitales que evalúan con respecto al año pasado; situándose la evaluación en todos los indicadores por encima del 85% sobre el número de hospitales que debían evaluar. Aun así, la evaluación debería aumentar, sobre todo en el caso de hallux valgus.

Todo ello aconseja mantener estos objetivos en el Plan de Calidad de los próximos años y a centrar la evaluación en los pacientes en lista de espera.

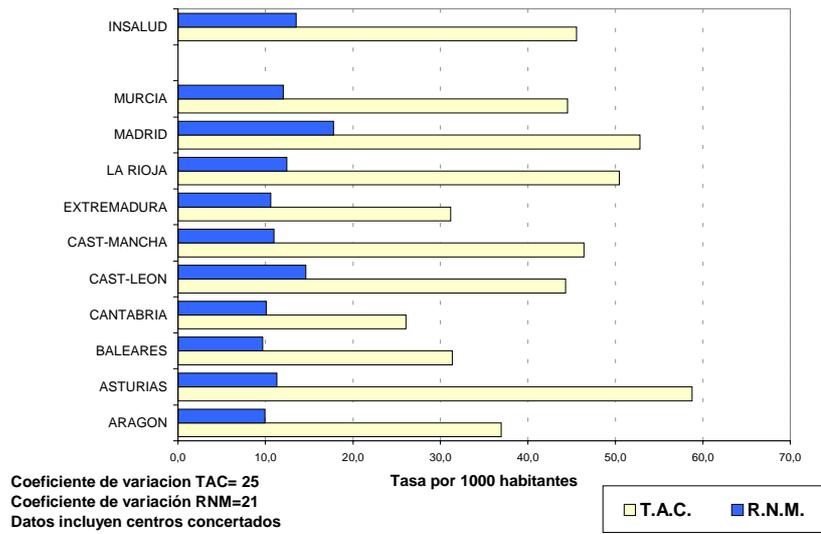
OBJETIVO 5.4. UTILIZACIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA DE ACUERDO A PROTOCOLO

El uso de una técnica puede ser apropiado, cuando tiene una base científica, es una técnica segura y técnicamente válida, económicamente posible, produce resultados positivos y es aceptada por los profesionales y usuarios. El uso equívoco es cuando existe incertidumbre en cuanto a resultados, riesgos y costes. Y, por último, el uso inapropiado se produce cuando los resultados pueden ser obtenidos por medios más sencillos y baratos, cuando el diagnóstico de la exploración no modifica el tratamiento, o cuando no existe tratamiento eficaz³⁷.

Las tasas de utilización de ciertas pruebas diagnósticas o terapéuticas de alta tecnología siguen mostrando bastante variabilidad, como muestran los dos siguientes gráficos. Por ello, la implantación de protocolos con criterios de utilización adecuada sigue siendo necesaria. Se muestran gráficos con datos de 1996, y los más recientes disponibles, de 1999.



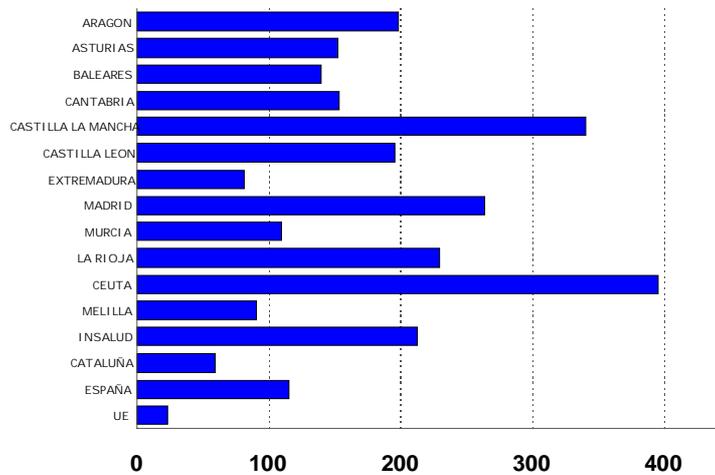
TASA DE UTILIZACION DE TAC y RNM POR 1000 HABITANTES. AÑO 1999



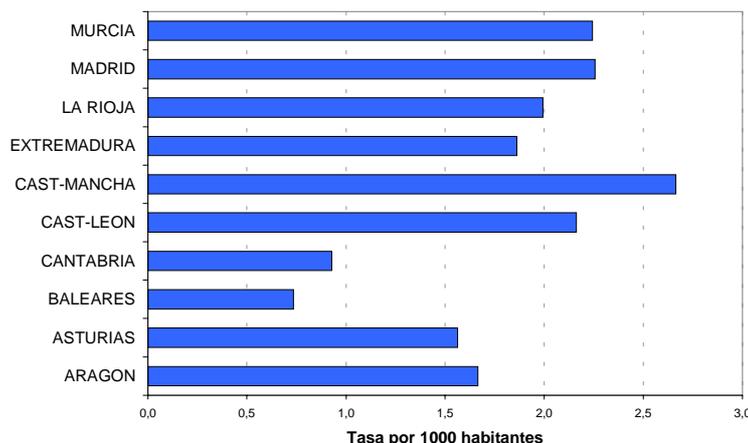
Respecto a la utilización de RMN, se observa un aumento de las tasas de utilización. Sin embargo, la variabilidad entre comunidades disminuye.

OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA (1996)

Pacientes tratados por 100.000 habitantes



TASA DE UTILIZACION DE OXIGENOTERAPIA POR 1000 HABITANTES. AÑO 1999
(Incluye centros concertados)

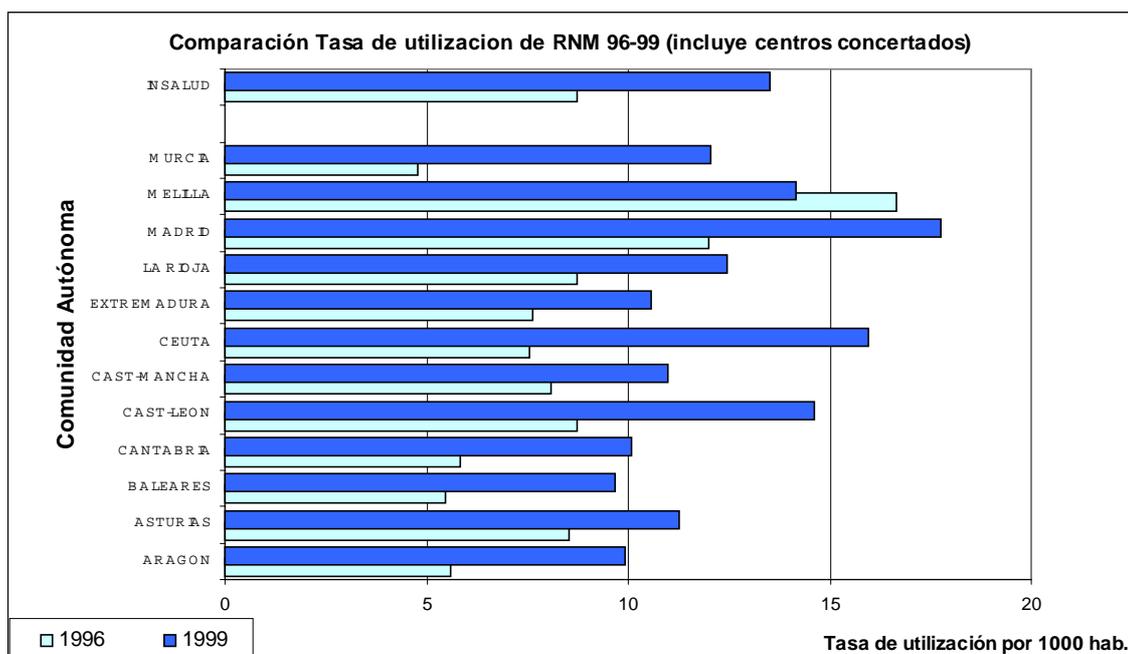


Se observa para la oxigenoterapia, cierta reducción de las tasas de utilización y de la variabilidad, entre Comunidades Autónomas, aunque en 1999 persisten diferencias importantes. Aunque pueden existir otros factores, la implantación de protocolos parece ser útil para la disminución de la variabilidad.

La implantación de estos protocolos la deben hacer en principio, y así consta en el CG, los hospitales con tasa de utilización por encima de la media de su grupo, lo que implícitamente podría sugerir inadecuación por sobreutilización. Pero, como esto no se puede asegurar, ya que no se conocen datos de derivación de unas comunidades a otras, ni las tasas de utilización en entidades privadas, y otras variables con impacto, se ha recomendado su implantación en todos los hospitales, independientemente de su tasa de utilización, para mejorar la adecuación del uso.

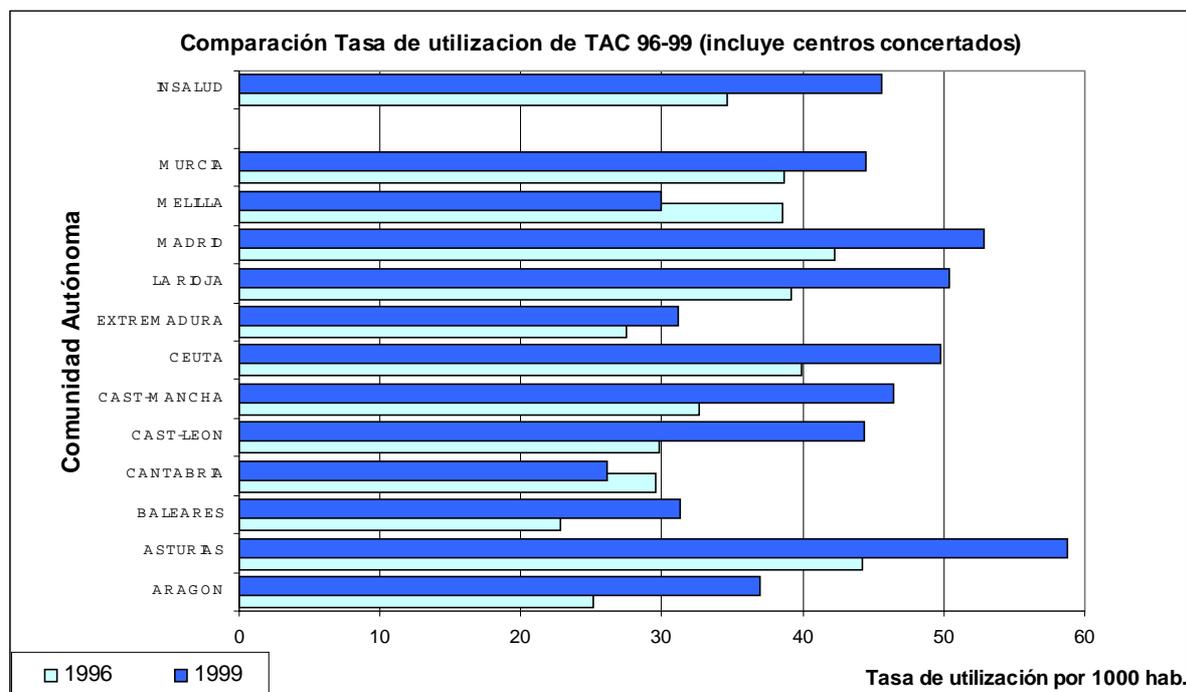
El uso de una técnica puede ser apropiado, cuando tiene una base científica, es una técnica segura y técnicamente válida, económicamente posible, produce resultados positivos y es aceptada por los profesionales y usuarios. El uso equívoco es cuando existe incertidumbre en cuanto a resultados, riesgos y costes. Y, por último, el uso inapropiado se produce cuando los resultados pueden ser obtenidos por medios más sencillos y baratos, cuando el diagnóstico de la exploración no modifica el tratamiento, o cuando no existe tratamiento eficaz³⁸.

Las tasas de utilización de ciertas pruebas diagnósticas o terapéuticas de alta tecnología siguen mostrando bastante variabilidad, como muestran los dos siguientes gráficos. Por ello, la implantación de protocolos con criterios de utilización adecuada sigue siendo necesaria. Se muestran gráficos con datos de 1996, y los más recientes disponibles, de 1999.



Respecto a la utilización de RMN, se observa un aumento de las tasas de utilización, con un incremento global para el territorio INSAUD del 54,5%, pasando de una tasa de 8,7 estudios por 1000 habitantes en 1996 a 13,5 estudios por 1000 habitantes en 1999. Sin embargo, la variabilidad entre comunidades ha disminuido como lo demuestra la disminución del coeficiente de variación y la desviación estándar entre las tasas de utilización de las diferentes Comunidades Autónomas. La desviación estándar ha pasado de 3,3 en 1996 a 2,6 en 1999. Lo mismo ocurre con el coeficiente de variación que relativiza el valor de la desviación estándar al valor de la media obtenidos, que ha pasado de 39,6 a 21,0 en el periodo temporal estudiado.

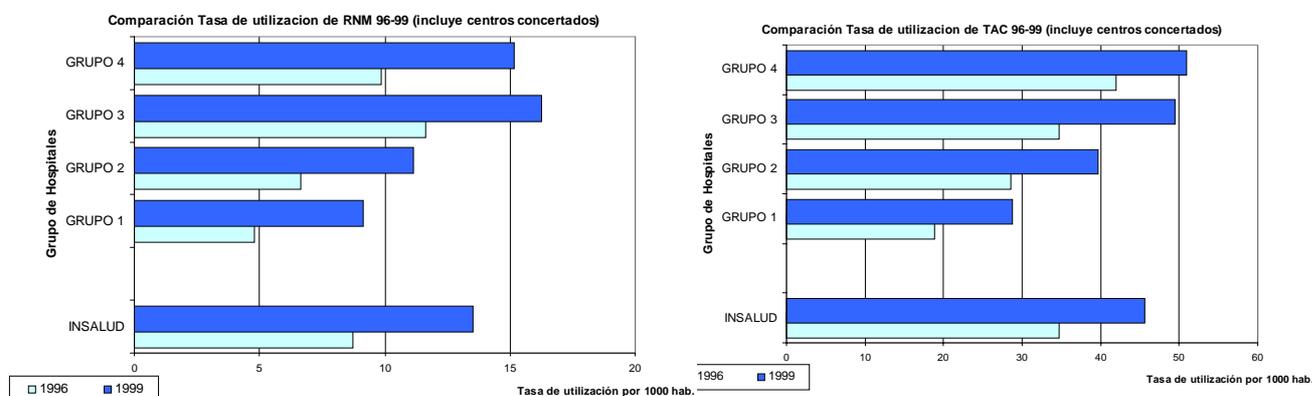
En cuanto a las tasas de utilización de la TAC se obtuvieron los siguientes resultados:



Igualmente, se observa un aumento más moderado en las tasas de utilización de la TAC, con un incremento global para el territorio INSALUD del 31,5%, pasando de una tasa de 34,7 estudios por 1000 habitantes en 1996 a 45,6 estudios por 1000 habitantes en 1999. El incremento en la tasa de utilización en los últimos años era esperable, dado que se han instalado nuevos equipos en hospitales que no disponían de ellos. Concretamente, en el año 97, existían 90 equipos de TAC instalados, y 15 de RMN, mientras que en el año 2000, los equipos de TAC son 97, y de RMN, 19. Además, se han ido sustituyendo TAC convencionales por helicoidales, capaces de aumentar el rendimiento en un 30% aproximadamente. Todo ello ha aumentado considerablemente el número de exploraciones.

Al contrario que ocurría con la RNM, la variabilidad entre comunidades ha aumentado. La desviación estándar de las tasas de utilización entre Comunidades Autónomas ha pasado de 7,2 en 1996 a 10,5 en 1999. Así mismo, el coeficiente de variación ha pasado de 20,9 a 25,1 en el periodo temporal estudiado.

La evolución de las tasas de utilización de TAC y RNM para los grupos de hospitales son las siguientes:



Se puede concluir que a pesar del incremento en la utilización de estos recursos, mayor en el caso de la RNM, las diferencias en la utilización entre Comunidades Autónomas se han reducido en el caso de la RNM y han aumentado en el para la TAC. Aunque han podido influir en estos resultado otras variables, se destaca que para la RNM ,se han publicado recientemente informes sobre la indicaciones de uso apropiado (referencia) que pueden haber influido positivamente en la reducción de la variabilidad.

La implantación de estos protocolos la deben hacer en principio, y así consta en el CG, los hospitales con tasa de utilización por encima de la media de su grupo, lo que implícitamente podría sugerir inadecuación por sobreutilización. Pero, como esto no se puede asegurar, ya que no se conocen datos de derivación de unas comunidades a otras, ni las tasas de utilización en entidades privadas, y otras variables con impacto, se ha recomendado su implantación en todos los hospitales, independientemente de su tasa de utilización, para mejorar la adecuación del uso.

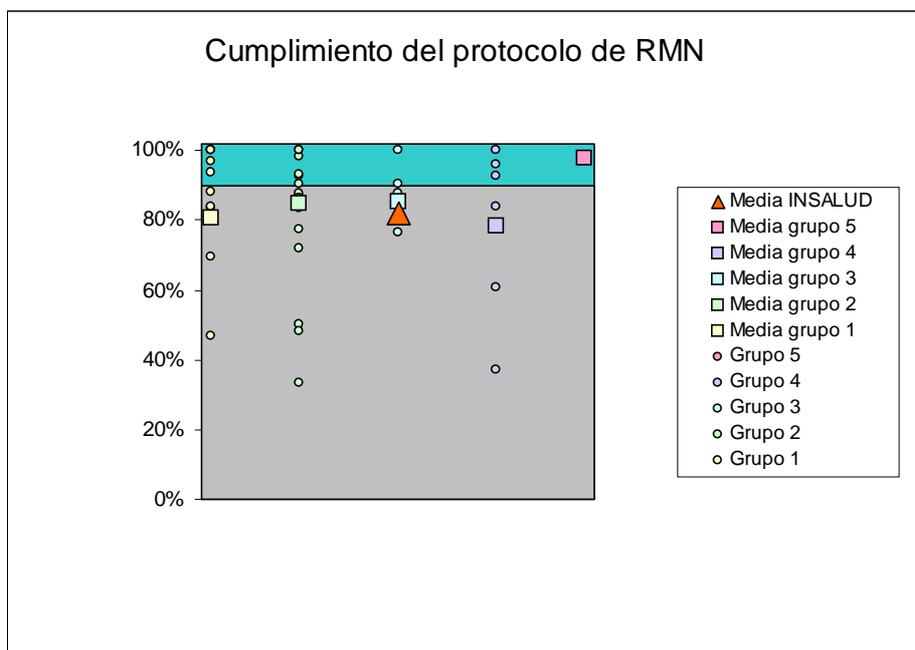
5.4.a Protocolo de utilización de RNM.

La Resonancia Nuclear Magnética es una técnica diagnóstica no cruenta, que permite diferenciar distintas estructuras anatómicas, con gran resolución. Sin embargo, su utilidad se circunscribe a determinadas patologías y situaciones clínicas.

Evalúan este objetivo 42 hospitales. De ellos, uno no tenía obligación de evaluar, por lo tanto 42 hospitales han evaluado con obligación de hacerlo (70%).

Porcentaje de utilización de RNM de acuerdo a los criterios del protocolo

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	13	81% (499/617)	47%	100%
II	18	85% (927/1.094)	33%	100%
III	4	85% (232/272)	77%	100%
IV	7	79% (936/1.192)	37%	100%
V	1	98% (47/48)		
INSALUD	43 (70%)	82% (2.640/3.222)	33%	100%



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital:

Grupo	Nº	Promedio de	Promedio de
-------	----	-------------	-------------

	Hospitales	historias evaluadas 1998	historias evaluadas 1999
I	13	54,9	47,4
II	18	46,7	60,8
III	4	70,7	68,0
IV	7	75,0	170,3
V	1	205,0	48,0
INSALUD	43	61,0	74,9

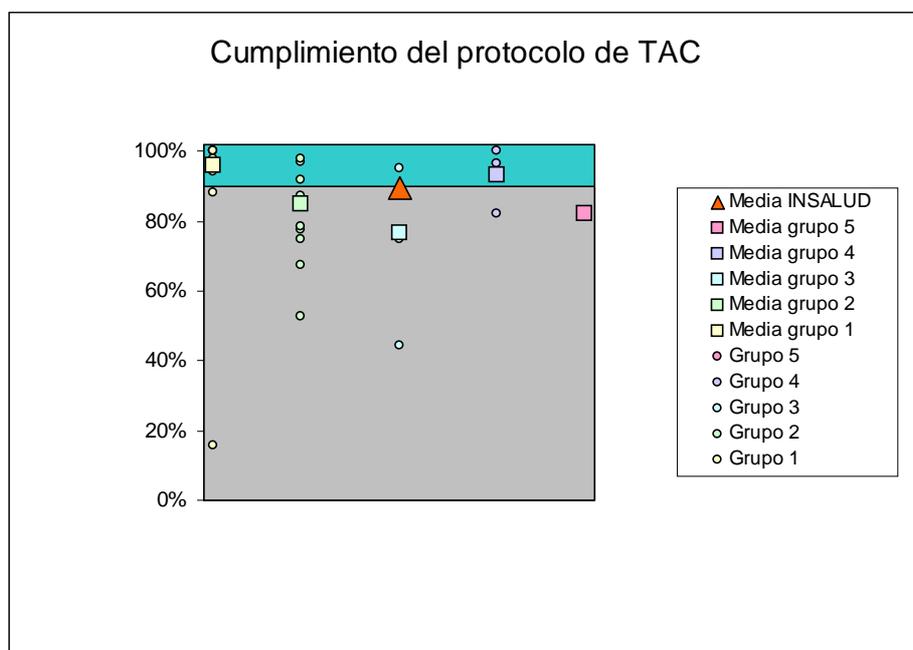
Se observa un aumento del número medio de historias clínicas estudiadas.

5.4.b Protocolo de utilización de TAC

Evalúan este objetivo 28 hospitales (46%)

Porcentaje de utilización de TAC de acuerdo a los criterios del protocolo

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	10	96% (826/859)	16%	100%
II	10	85% (769/906)	53%	98%
III	3	77% (155/202)	44%	95%
IV	4	93% (440/471)	82%	100%
V	1	82% (32/39)		
INSALUD	28 (46%)	90% (2.222/2.477)	16%	100%



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital:

Grupo	Nº Hospitales	Promedio de historias evaluadas	Promedio de historias evaluadas
		1998	1999
I	10	29,2	85,9
II	10	53,6	90,6
III	3	69,3	67,3
IV	4	37,0	117,8
V	1		39,0
INSALUD	28	47,6	88,5

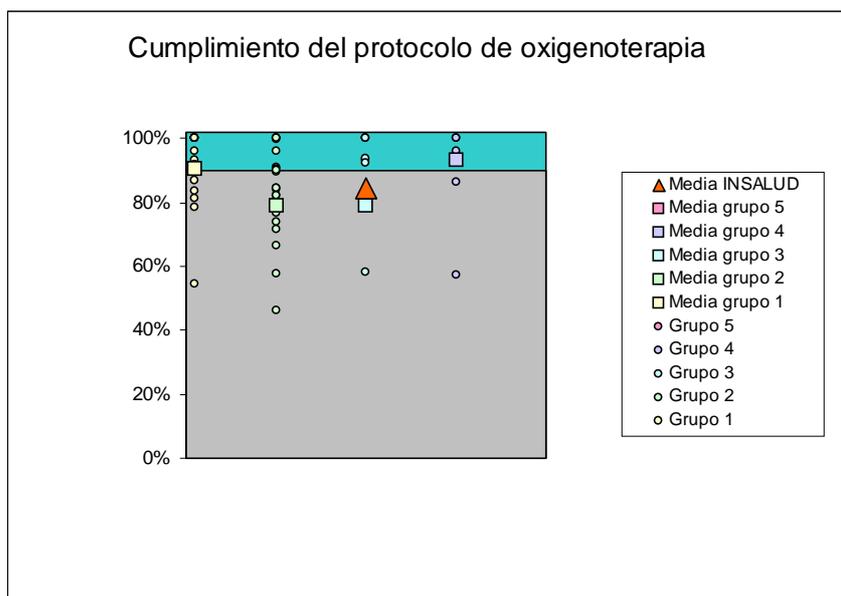
Se observa un importante aumento del número medio de historias clínicas estudiadas.

5.4.c Protocolo de utilización de oxígeno terapia

Evalúan este objetivo 54 hospitales (81%)

Porcentaje de utilización de Oxigenoterapia de acuerdo a los criterios del protocolo

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	16	90% (778/861)	54%	100%
II	23	79% (2.139/2.716)	46%	100%
III	7	79% (1.036/1.312)	58%	100%
IV	8	93% (1.866/1.999)	57%	100%
V	0			
INSALUD	54 (81%)	84% (5.819/6.888)	46%	100%



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital:

Grupo	Nº Hospitales	Promedio de historias evaluadas 1998	Promedio de historias evaluadas 1999
I	16	37,8	53,8
II	23	76,9	118,1
III	7	84,0	187,4
IV	8	426,0	249,9
V	0	60,0	
INSALUD	54	120,5	127,6

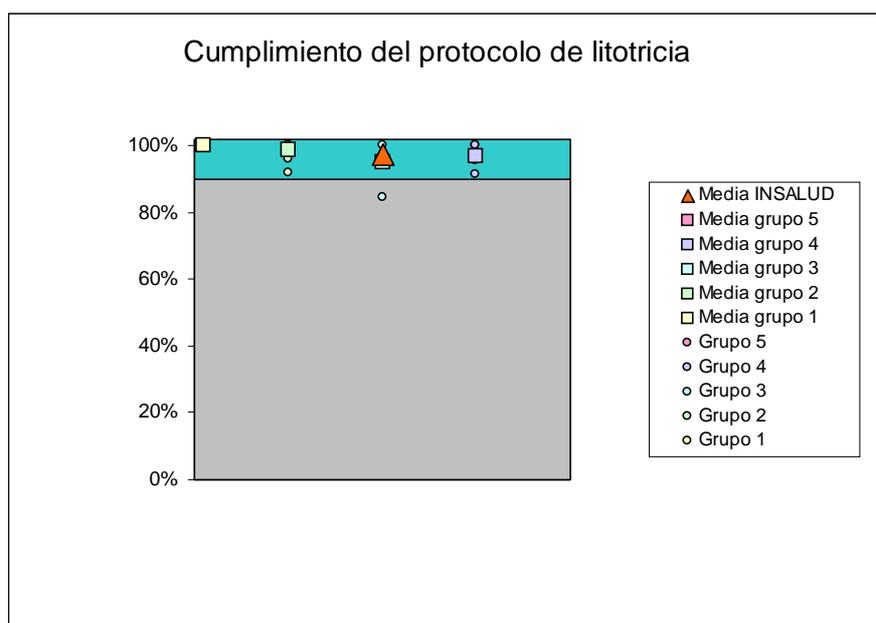
Se observa un aumento del número medio de historias clínicas estudiadas.

5.4.d Protocolo de utilización de litotricia

Evalúan este objetivo 26 hospitales (55%)

Porcentaje de utilización de litotricia de acuerdo a los criterios del protocolo

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	8	100% (107/107)	100%	100%
II	10	99% (318/322)	92%	100%
III	4	95% (174/183)	84%	100%
IV	4	97% (824/851)	91%	100%
INSALUD	26 (55%)	97% (1.423/1.463)	84%	100%



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital:

Grupo	Nº Hospitales	Promedio de historias evaluadas	
		1998	1999
I	8	8,2	13,4
II	10	24,3	32,2
III	4	24,0	45,8
IV	3	60,7	283,7
V	0		
INSALUD	25	24,8	56,3

Se observa un aumento importante del número medio de historias clínicas estudiadas.

El CG de los hospitales indicaba que aquellos hospitales cuya tasa de utilización de Alta Tecnología fuera superior a la media de su grupo, debían diseñar y evaluar un protocolo con los criterios de utilización. Los porcentajes de evaluación del cumplimiento de estos protocolos están referidos a aquellos que deberían haber llevado a cabo este objetivo por tener las tasas superiores a la media, y no al total de hospitales.

Se puede observar que la RNM y la oxigenoterapia han sido las dos tecnologías que más se ha evaluado su adecuación a protocolo y es debido posiblemente a que se contaba con dos informes de Agencias de Evaluación que han facilitado el diseño del protocolo. En el TAC ha sido diferente, ya que no se disponía de ningún informe de este tipo. A pesar de estos informes, no todos los hospitales que lo precisaban han cumplido este objetivo. Los hospitales han referido dificultades ya que, tanto la RNM como el TAC, son tecnologías de amplia aplicación y con criterios cambiantes a lo largo de los años. Sin embargo esta dificultad no ha impedido que varios hospitales hayan trabajado en la elaboración de criterios, al menos para patologías en las que más frecuentemente se usa y existe amplia variabilidad en los criterios de utilización.

OBJETIVO 5.5. IMPLANTAR PROTOCOLOS DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS EN LOS SERVICIOS

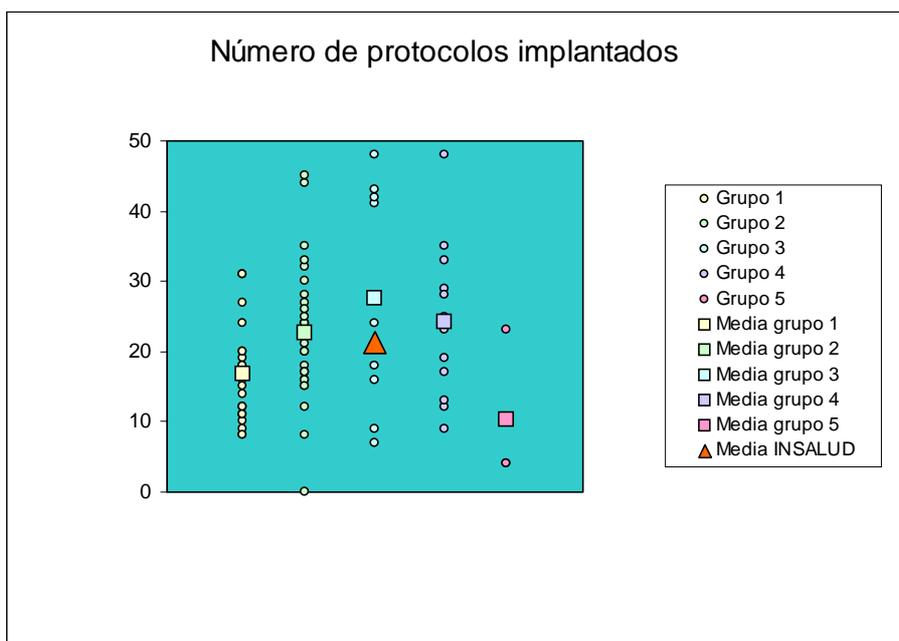
Este objetivo se considera como específico por Servicios. La valoración institucional de estos protocolos se limita a unos indicadores de estructura, como son: la presencia de los protocolos documentados; y si han sido evaluados, al margen de la valoración del impacto que estas actuaciones pueden tener en el consumo de recursos en los hospitales.

En los acuerdos sobre productividad se recogieron algunos ejemplos en los que los hospitales debían centrar sus actuaciones, entre ellos:

- Utilización de pruebas diagnósticas.
- Utilización de procesos terapéuticos (hemodinámica terapéutica, tratamiento de la apnea del sueño, etc.)
- Implantación de prótesis.
- Demanda de pruebas analíticas.
- Mejoras en el consumo de material fungible.
- Mejora en la utilización de medicamentos.

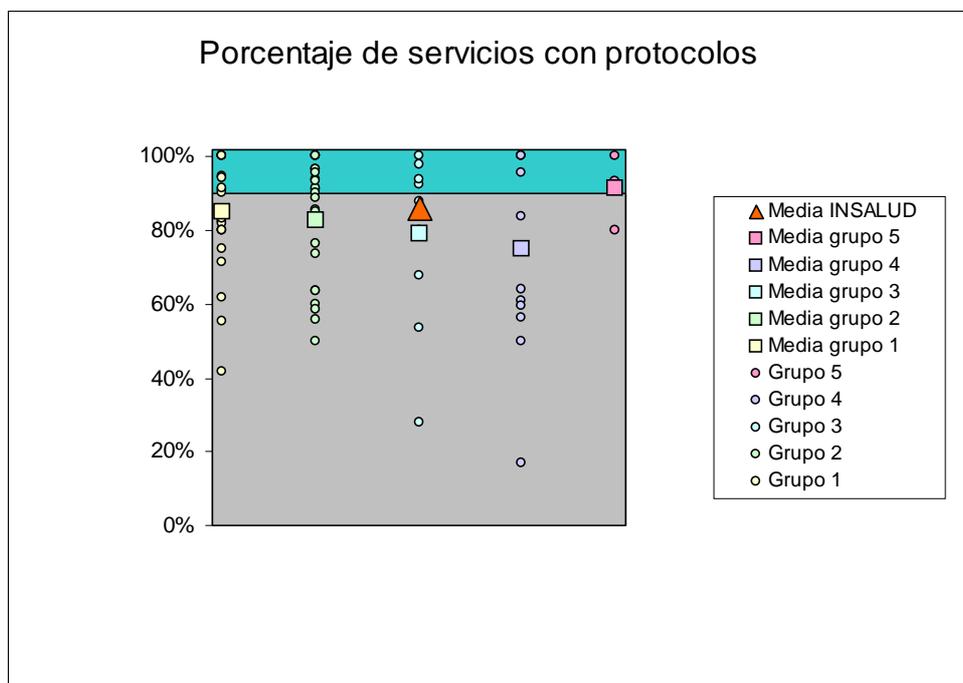
Indicador 5.5a. Número de protocolos/guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en el hospital en cada servicio.

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22 (85%)	16,9	8	31
II	26 (87%)	22,6	0	45
III	8 (89%)	27,6	9	48
IV	13 (100%)	24,3	7	48
V	3 (100%)	10,3	9	17
INSALUD	72 (89%)	21,2	0	48



Indicador 5.5b. Porcentaje de Servicios/Unidades funcionales que tienen documentada e implantado al menos un protocolo/guía de actuación.

Grupo	Porcentaje	Mínimo	Máximo
I	85%	42%	100%
II	83%	50%	100%
III	79%	28%	100%
IV	75%	17%	100%
V	92%	80%	100%
INSALUD	80%	17%	100%



Indicador 5.5c. Número de vía/vías clínicas implantadas en el hospital.

Las vías clínicas son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible³⁹. Las vías clínicas también se denominan mapas de cuidados, guías prácticas, atención coordinada, o gestión de casos clínicos. Coordinan y ensamblan las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más estimados por los profesionales sanitarios (calidad científico-técnica y coordinación entre profesionales sanitarios), como los de los enfermos (información y ajuste de las expectativas⁴⁰) y además, aspectos de eficiencia y gestión de costes.

Se comenzaron a implantar a mediados de 1980 por Zander en el New England Medical Center de Boston. Anteriormente se habían aplicado en la industria de la construcción, de los ordenadores y petroquímica. Suelen desarrollarse para procedimientos médicos de gran volumen, alto riesgo o alto coste. Algunos ejemplos clásicos son el by-pass aorto-coronario, prótesis de rodilla, prótesis de cadera, etc. Hoy, existen en funcionamiento más de 1500 vías clínicas establecidas, especialmente en los países anglosajones.

Los objetivos de las vías clínicas son:

- Establecer para todos los pacientes una secuencia de actividades basada en la mejor evidencia posible. Existe variabilidad en la práctica clínica, atribuible a las diferencias en la oferta de servicios de los diferentes centros o instituciones, pero la causa más importante es la debida a disfunciones en la prestación de servicios de atención a los enfermos⁴¹. Las vías clínicas, representan una posible solución para este tipo de variabilidad, definiendo la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras, y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia⁴².

- Mejorar la coordinación entre los distintos profesionales. Detalla las actividades del día a día en la atención del enfermo con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos médicos, sin dejar tiempos muertos ni retrasar decisiones claves del proceso por falta de información.

- Informar al paciente y familiares de lo que pueden esperar día a día. Se puede realizar la programación cuidadosa del ingreso y alta, reduciendo la ansiedad e incertidumbre.

Hacen compatible algoritmos, protocolos y toda clase de recomendaciones en la atención del enfermo con un determinado diagnóstico clínico, para dar una perspectiva interdisciplinar que es capaz de identificar:

- Las expectativas en la atención del enfermo.
- Los sucesos críticos en la duración apropiada de la estancia del enfermo.
- Los métodos de mejora de la calidad y del coste-efectividad de la atención del enfermo.

La forma del documento principal de la vía es generalmente una matriz, en cuyo margen izquierdo (eje de ordenadas) se especifican las actividades como: evaluaciones y asistencias, determinaciones o test de laboratorio, tratamientos médicos y cuidados de enfermería, medicación, actividad, fisioterapia, dieta, información y apoyo al enfermo y/o familiar, educación y planificación del alta, mientras que en el eje de abscisas, se especifican los días o

incluso horas. El cuerpo de la matriz contiene las acciones específicas, exámenes o pruebas complementarias o mediciones que se esperan realizar en un tiempo concreto. En el reverso se reserva para especificar las variaciones entre lo planificado y lo realizado o las diferencias entre lo esperado y lo que ha sucedido, pudiendo ser estas positivas, negativas, evitables o inevitables.

Los documentos que componen una vía clínica son: matriz temporal, la hoja de información al enfermo y/o familiar, las hojas de verificación, hoja de variaciones, la encuesta de satisfacción del enfermo y/o familiar, los indicadores de medición y, optativamente, la hoja de tratamiento normalizado.

Las ventajas de las vías clínicas son:

- Reducen la diversidad no deseada en la asistencia de los enfermos, pues cada día tiene establecido lo que se le va a hacer al enfermo, evitando ineficiencias, información redundante y decisiones retrasadas o prematuras. Cada día tiene una razón de ser, especialmente en enfoques multidisciplinarios, donde la suma de multitud de visiones parciales de una patología, puede difuminar la responsabilidad del enfoque integral del paciente.
- Al identificar la participación de cada profesional en la atención del enfermo, se evitan roces en responsabilidades mal definidas y se mejora el ambiente laboral.
- Permiten la programación cuidadosa del ingreso, conociendo ya con cierta precisión el momento del alta.
- Proporcionan a los profesionales seguridad legal ante demandas por mala práctica, como cualquier otro acto de protocolización.
- Son una poderosa herramienta educativa para residentes y médicos en formación. Dan una visión global del plan de atención y cuidados del enfermo y especialmente del proceso de toma de decisiones, anticipando los puntos en que estas deberán ser tomadas, a la luz de la información disponible hasta el momento.
- Son una valiosa forma de informar al paciente y sus familiares. Les informa de lo que pueden esperar día a día y establece un compromiso de la institución con su atención y cuidado. Reduce la ansiedad ante los ingresos.
- Pueden formar parte de la historia clínica del paciente y ser un interesante documento de consulta para la revisión clínica.
- Permiten igualar las condiciones en que se presta la atención hospitalaria, proporcionando un marco común adecuado para la investigación de la efectividad de las medidas, haciendo comparables las situaciones de diferentes centros.
- Reducen la frecuencia de efectos adversos derivados de la hospitalización e instrumentación, al acortar la estancia y simplificar la instrumentación que se le realiza al enfermo.
- Reducen los costes asociados a la estancia hospitalaria e instrumentación.

Como inconvenientes para introducir las vías clínicas, hemos de señalar:

- Falta de cultura de trabajo en equipo y mejora continua.
- Dificultad de desarrollar una vía clínica, por falta de experiencia.

- Resistencia al cambio de los profesionales.
- Dificultad de indicación en un determinado enfermo, para adscribirle a la vía clínica.
- Dificultad de coordinar los servicios clínicos con los servicios centrales.

Las desviaciones pueden ser debidas a:

- El paciente o su familia: por ejemplo, rechazo de una prueba, complicaciones sobrevenidas, retrasos en el alta por problemas familiares, etc.
- El personal clínico: reconsideración del caso tras nuevos datos clínicos, posible mala indicación de la vía clínica.
- La organización de la institución: averías, días festivos, no disponibilidad de recursos (camas, pruebas diagnósticas).
- La comunidad: retrasos al alta por no disponer de recursos para tratamiento ambulatorio.

Las desviaciones deben ser detectadas precozmente por el denominado coordinador de la atención. Esta figura, que suele ser una enfermera, es la responsable de verificar que al enfermo se le realizan lo establecido en cada día, quedando plasmada esta actividad en una hoja de verificación. Cada enfermo tiene un coordinador, desde que entra hasta que sale de la vía, atento a las incidencias.

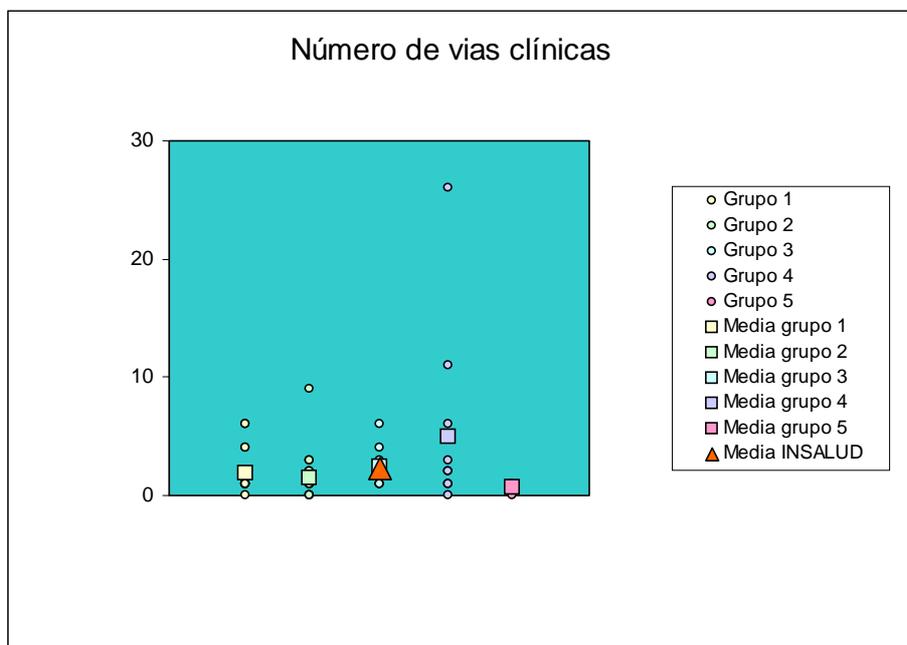
Existen unas etapas para el desarrollo de las vías clínicas:

- Revisión bibliográfica.
- Equipo o grupo formado médicos y enfermeras de los servicios clínicos implicados en la atención del enfermo con un diagnóstico clínico, junto con el coordinador de calidad y representante de la Dirección de la institución.
- Estrategia de elección de diagnósticos para realizar vías clínicas. Criterios de problema clínico de gran volumen, alto riesgo y coste, junto con curso clínico predecible (con una variabilidad esperable suponiendo una adecuada atención, baja o despreciable).
- Diseño escrito. El método de cortar y pegar de modelos de otras instituciones ayuda al diseño y a estimular la discusión entre profesionales implicados en la vía clínica.
- Propiciar el consenso, consiguiendo el respaldo de los profesionales claves.
- Realizar ensayo piloto.
- Análisis preliminar de los resultados en cuanto efectividad, eficiencia, seguridad y satisfacción de enfermos y profesionales. Para ello se han de utilizar indicadores (unidades de medida).
- Ajuste y revisión de la vía clínica. La evaluación se lleva a cabo mediante indicadores de grado de cumplimiento, de duración de la estancia, de aparición de efectos adversos, del grado de satisfacción y del cumplimiento económico, además de la valoración de variaciones.
- Implantación definitiva.

En definitiva, las vías clínicas son una herramienta de mejora de la calidad que integran las guías y protocolos que han venido siendo introducidos en la práctica clínica⁴³. También mejoran la eficiencia⁴⁴, ya que ofrecen los mecanismos para revisar los procesos, prácticas,

estándares y resultados de la asistencia sanitaria, resultando una mejora de la calidad de la asistencia y de los resultados para los pacientes⁴⁵.

En el gráfico se muestran las vías clínicas desarrolladas por los hospitales del INSALUD.



Además del número de vías clínicas, también se estudiaron algunos aspectos de calidad de la matriz temporal.

Los criterios tenidos en cuenta para la evaluación de este objetivo fueron: envío de la matriz temporal, identificación del responsable, estado de la fase de implantación de la vía (diseño, implantación, evaluación). Además, se evaluó el contenido de las matrices, y cuando más de un hospital coincidió en el mismo proceso, se analizaron algunos parámetros como la estancia media propuesta.

Los resultados fueron los siguientes:

- Nº de vías clínicas: 153 (promedio vías clínicas/hospital 1,89).
- Nº de vías clínicas evaluadas: 131 (123 están desarrolladas en forma de matriz temporal, 6 en forma de listado de actividades diario y de 2 no disponemos información); promedio vías clínicas/hospital: 2,38. Están en fase de desarrollo 90,4 en forma de borrador, 37 están implantadas y evaluadas. El 73,28% son vías clínicas de actividades o procedimientos quirúrgicos.
- Se realiza radiología innecesaria (ASA I) en 18 (20,45%) de 88 posibles.
- Variabilidad temporal según procedimientos:
 - Prótesis total de cadera: de 7 a 13 días de hospitalización.
 - Colectomía laparoscópica: de 2 a 4 día de ingreso.
 - Cataratas con ingreso: de 2 a 3 días.
 - Reagudización de EPOC: de 5 a 10 días.

- Variabilidad temporal en el contenido asistencial: retirada de antirretrovirales, 4 a 6 semanas.

Se ha observado un significativo esfuerzo hacia el desarrollo de vías clínicas como lo demuestra el elevado número de vías que cumplen criterios de calidad en su diseño. Este resultado es llamativo, teniendo en cuenta el breve periodo de tiempo en el que se ha producido (un año). Como oportunidades de mejora, señalaremos que se observan diferencias entre hospitales incluso para una misma vía; lo que indica la necesidad de coordinación y desarrollo de estándares, para disminuir esta variabilidad.

CONCLUSIONES ÁREA DE PROTOCOLIZACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

En la utilización de antibióticos en la profilaxis antibiótica, se había pasado de un 69% de adecuación en 1997 al 77% en 1998. Del año pasado al 99, la mejora fue menor (79%). Tal como se comentaba en la memoria del año pasado, a partir de este nivel, es más difícil de mejorar, y hay que continuar convenciendo a algunos profesionales de la importancia de la utilización adecuada y actualizada de antibióticos en la profilaxis prequirúrgica. Es muy importante mejorar el contenido de los protocolos y actualizarlos cuando sea preciso, ya que se ha detectado que una parte considerable de protocolos contienen recomendaciones no ajustadas a la evidencia científica actual.

El objetivo de aplicar cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo sustituyó al de cuidados del paciente sondado, y por ello no se pueden establecer comparaciones con años anteriores. El resultado de este año, 82%, deja un margen de mejora considerable. Este objetivo tiene la ventaja de permitir que sea el propio hospital el que priorice el tipo de cuidados que quiere mejorar y evaluar.

En 1997 se comenzó a evaluar la implantación de un protocolo de un proceso quirúrgico. El resultado fue de un 83% de adecuación. En 1998 el cumplimiento de los seis protocolos de indicación quirúrgica de las SS.CC. superó el 90%. En el año 1999, se continuó en la misma línea, e incluso se mejoraron ligeramente los resultados. Es, sin duda, un resultado muy bueno, aunque falta la implicación de todos los servicios que lo requieren y además siguen existiendo algunos problemas metodológicos. Por otra parte, los protocolos de las SS.CC. son útiles, pero los hospitales deben plantearse mejorarlos y adaptarlos a sus características, y muchos así lo vienen haciendo.

Respecto a la adecuación en la utilización de alta tecnología, es interesante comparar los datos de utilización del año 1996 con los del año 1999. Se observa un aumento en la utilización de las técnicas, si bien la variabilidad entre Comunidades Autónomas desciende. Es posible que los protocolos estén contribuyendo a igualar las tasas entre CC.AA.

Los mejores resultados se obtuvieron en el protocolo de utilización de TAC y litotricia. La utilización de TAC de acuerdo a protocolo ha experimentado una mejora significativa respecto al año anterior. Hay que seguir trabajando en el desarrollo y cumplimiento de protocolos de indicación de estas técnicas, ya que su elevado coste, hace especialmente importante lograr una utilización apropiada.

III.4. Área de la 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 6. IMPLANTAR UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL A 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 enfermo⁴⁶. La IN es uno de los mayores problemas, en términos de morbilidad y mortalidad, y en coste económico, a los que se enfrentan las instituciones sanitarias. En España se realizan sistemáticamente estudios de prevalencia anuales, desde 1990 (proyecto EPINE⁴⁷). En el período 1990-1999 la prevalencia global de infecciones nosocomiales ha experimentado una progresiva disminución. Ha pasado del 9,9% en 1990 al 7,9% en 1999⁴⁸. Las cifras por debajo del 9% pueden considerarse como aceptables y normales en los hospitales europeos. La prevalencia de enfermos con infección nosocomial también ha disminuido, hasta colocarse en el 6,9% en 1999. Esta tasa es menor que la de infecciones, ya que algunos enfermos presentan más de una infección. En Estados Unidos, aparecen aproximadamente dos millones de infecciones hospitalarias cada año⁴⁹. Estudios como el SENIC han concluido que al menos un tercio de las tasas de IN pueden reducirse actuando sobre factores modificables.

Las tasas de IN (globales o específicas) están consideradas como un indicador válido de resultado de la calidad de la atención sanitaria⁵⁰, pero para ello es preciso, por un lado, tener en cuenta los factores de riesgo y, por otro, definir métodos estándar para definir y detectar las infecciones⁵¹. Cuando los métodos de vigilancia utilizados en los hospitales son dispares, surgen problemas a la hora de obtener datos comparables de infección⁵². Las normas de acreditación señalan la necesidad de que los hospitales tengan desarrollado y documentado un programa de prevención y control de la infección nosocomial⁵³.

La siguiente tabla muestra la evolución temporal de los tipos de vigilancia y de la cobertura tienen los estudios que se realizan en los hospitales, oscilando desde un nivel más extenso, (1), que combina estudios de incidencia y prevalencia, hasta más básico (7), que se basa en realizar un corte de prevalencia anual.

NIVELES	SISTEMAS DE VIGILANCIA EN INFECCION HOSPITALARIA	1997	1998	1999
1	Incidencia > 80% servicios quirúrgicos+corte de prevalencia anual	26 (36%)	35 (45%)	43 (57%)
2	Incidencia > 80% servicios quirúrgicos.	6 (8%)	4 (5%)	2 (3%)
3	Incidencia 50-80% servicios quirúrgicos+corte de prevalencia anual	16 (22%)	21 (27%)	18 (24%)
4	Incidencia 50-80% servicios quirúrgicos.	2 (2%)	1 (1%)	2 (3%)
5	Incidencia <50% servicios quirúrgicos+corte de prevalencia anual	9 (12%)	10 (13%)	5 (7%)
6	Incidencia <50% servicios quirúrgicos	0	0	2 (3%)
7	Corte de prevalencia anual	14 (19%)	5 (6%)	4 (5%)

En cuanto al tipo de sistema de vigilancia cuando la medida utilizada es la incidencia, se han obtenido los siguientes resultados:

a) Servicios Médicos:

En 63 hospitales se hacen estudios de incidencia en los Servicios Médicos.

Sistema de vigilancia en servicios médicos	Nº de Hospitales
Activo (revisión de historias clínicas y/o visita a las plantas)	37 (59%)
Pasivo (Seguimiento de cultivos positivos de microbiología)	26 (41%)

Su distribución por grupos es la siguiente:

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Activo	Pasivo
I	17	11 (65%)	6 (35%)
II	24	12 (50%)	12 (50%)
III	8	4 (50%)	4 (50%)
IV	11	9 (82%)	2 (18%)
V	3	1 (66%)	2 (33%)

b) Servicios Quirúrgicos:

En 72 hospitales se hacen estudios de incidencia en los Servicios Quirúrgicos.

Sistema de vigilancia en servicios médicos	Nº de Hospitales
Activo (revisión de historias clínicas y/o visita a las plantas)	66 (92%)
Pasivo (Seguimiento de cultivos positivos de microbiología)	6 (8%)

Su distribución por grupos es la siguiente:

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Activo	Pasivo
I	21	19 (90%)	2 (10%)
II	28	24 (86%)	4 (14%)
III	9	9 (100%)	0 (0%)
IV	13	13 (100%)	0 (0%)
V	1	1 (100%)	0 (0%)

CONCLUSIONES DEL AREA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Los autores del clásico proyecto SENIC recomendaron el establecimiento de un programa de vigilancia intensiva de la IN, supervisado por un médico con experiencia, y con la participación de al menos una enfermera por cada 250 camas. Estas recomendaciones han estimulado el desarrollo de sistemas de vigilancia complejos en los hospitales grandes, pero la situación no estaba tan clara para los hospitales pequeños. Hemos de tener en cuenta que 22 hospitales del INSALUD (27,8%) tienen menos de 200 camas. Los programas de vigilancia y control de la infección nosocomial reportan también beneficios en los hospitales pequeños⁵⁴. Por ello, parece lógico recomendar su desarrollo en todos los hospitales⁵⁵. A lo largo de los últimos tres años, se ha observado una evolución de los hospitales hacia sistemas de vigilancia más complejos. Podemos considerar este hecho como muy positivo, ya que los sistemas desarrollados permiten detectar la infección y sus causas de forma más sensible.

El estudio EPINE ha proporcionado tasas de prevalencia en los hospitales españoles desde el año 1990. Los estudios de prevalencia han sido ampliamente utilizados, por su relativa sencillez y economía de medios⁵⁶. Sin embargo, tienen limitaciones: recogen la situación de forma estática, y la comparación de los datos se ve afectada por las diferencias entre las estancias medias⁵⁷. Los datos de incidencia permiten monitorizar mejor el proceso de control de la infección nosocomial. Por ello, se ha recomendado el desarrollo en España de un sistema de seguimiento de la incidencia de la IN¹.

La comparación de tasas de infección entre hospitales es compleja. Algunos autores desaconsejan la comparación interhospitalaria de tasas crudas de infección de cualquier tipo⁵⁸. Si se comparan tasas brutas, se está perjudicando a aquellos hospitales que atienden a pacientes con factores de riesgo intrínseco, que presentan mayor probabilidad de contraer infecciones hospitalarias. A pesar de todo ello, es posible comparar tasas de infecciones específicas (por ejemplo, tracto urinario) ajustadas por factores de riesgo⁵⁹. Por ejemplo, un trabajo español compara las tasas de infección de una UCI médica con las publicadas por un informe del sistema NNIS⁶⁰.

Otra dificultad añadida a la comparación de tasas es que los diferentes tipos de sistemas de vigilancia presentan distinta sensibilidad y especificidad⁶¹. No es adecuado recomendar de forma generalizada el sistema más sensible (revisión diaria por parte de un médico especializado de toda la información existente sobre el paciente, y revisión de la historia clínica tras el alta⁶²), ya que este sistema es muy costoso, y otros menos sensibles pueden ser suficientes en determinadas circunstancias.

A pesar de las limitaciones señaladas, consideramos que es posible realizar comparaciones de tasas de incidencia de la infección nosocomial entre la mayoría de los hospitales del INSALUD, siempre que se haga con la metodología adecuada (sistemas de vigilancia de la infección con características similares, ajustes de tasas por factores de riesgo, tasas específicas para localizaciones concretas). De esta forma, las tasas de infección nosocomial pueden ser utilizada como un indicador de calidad asistencial, facilitando la comparación entre hospitales, y de un mismo hospital a lo largo del tiempo. En este sentido, se presentan algunos datos en la parte de monitorización de indicadores.

III.5. Aspectos diversos de la calidad asistencial

Los objetivos de este área son:

- Mejorar el proceso de transplante de órganos.
- Implantar objetivos de calidad en los servicios no asistenciales
- Cumplir la normativa sobre consumo de tabaco en los hospitales

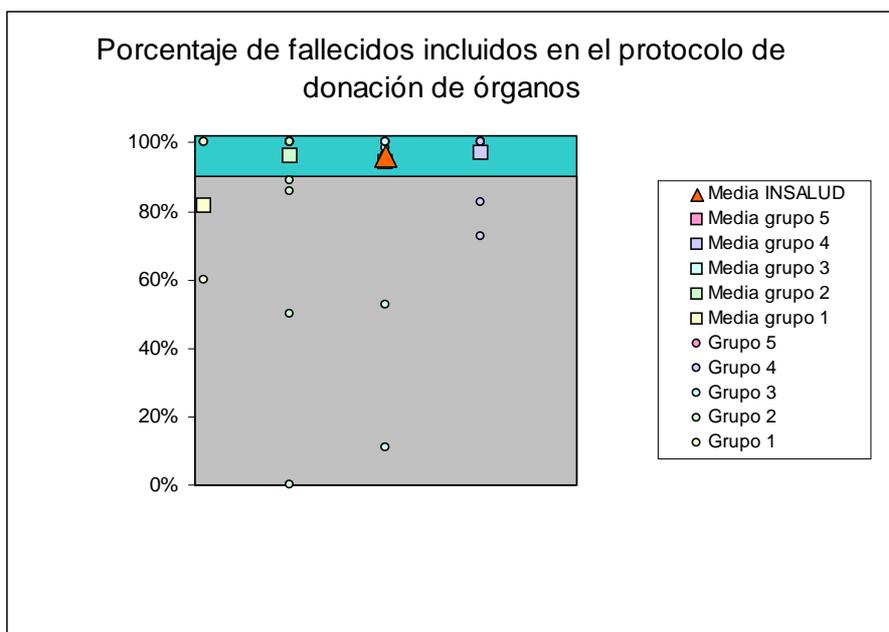
OBJETIVO 7. MEJORAR EL PROCESO DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

A pesar de que España es el país con mayores tasas de donación del mundo, existe aún un margen considerable de mejora sobre nuestro potencial de donación. Por esta razón, la Organización Nacional de Transplantes (ONT) desarrolló un protocolo con la colaboración del Área de Calidad del INSALUD, con el objetivo de que la Unidad Coordinadora de Transplantes (UCTX) detecte todos los fallecidos en muerte encefálica en las unidades de críticos, se analicen las causas de las pérdidas, y se implanten las acciones de mejora necesarias para conseguir la máxima conversión en donantes reales. El protocolo ha sido implantado en hospitales acreditados para la extracción de órganos y tejidos, y el responsable del objetivo ha sido el coordinador de transplantes del hospital.

En esta memoria se recogen tres indicadores: uno, ya recogido el año anterior; la inclusión en protocolo de los exitus detectados con diagnóstico de muerte encefálica; y otros recogidos este año, porcentaje de donantes reales respecto al total de muertes encefálicas (M.E.) que se han producido en las Unidades de Críticos y porcentaje de hojas de recogida de información de fallecidos en las Unidades de Críticos con diagnóstico clínico de muerte encefálica cumplimentadas y remitidas a la O.N.T en el período adecuado. El resto de los indicadores relacionados con pérdidas de donantes potenciales por causas médicas, negativas familiares, problemas de mantenimiento, etc, son analizadas por los hospitales y la ONT.

7.1a. Porcentaje de Exitus en Unidades de Críticos, diagnosticados clínicamente de ME e incluidos en el protocolo del proceso de donación de órganos.

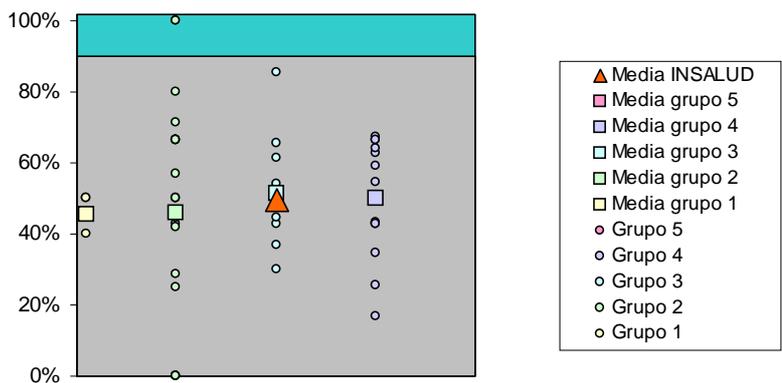
Grupo	Resultado 98	Nº Hospitales que evalúan 99	Resultado 99	Mínimo	Máximo
I	73% (8/11)	4	82% (9/11)	60%	100%
II	96% (90/94)	25	96% (127/132)	0%	100%
III	99% (119/120)	9	94% (182/193)	11%	100%
IV	97% (309/318)	13	97% (383/395)	73%	100%
V	100% (6/6)	0			
INSALUD	97% (543/551)	51 (94,4%)	96% (701/ 731)	0%	100%



7.1b. Porcentaje de donantes reales respecto al total de muertes encefálicas (M.E.) que se han producido en las unidades de críticos (U.C.)

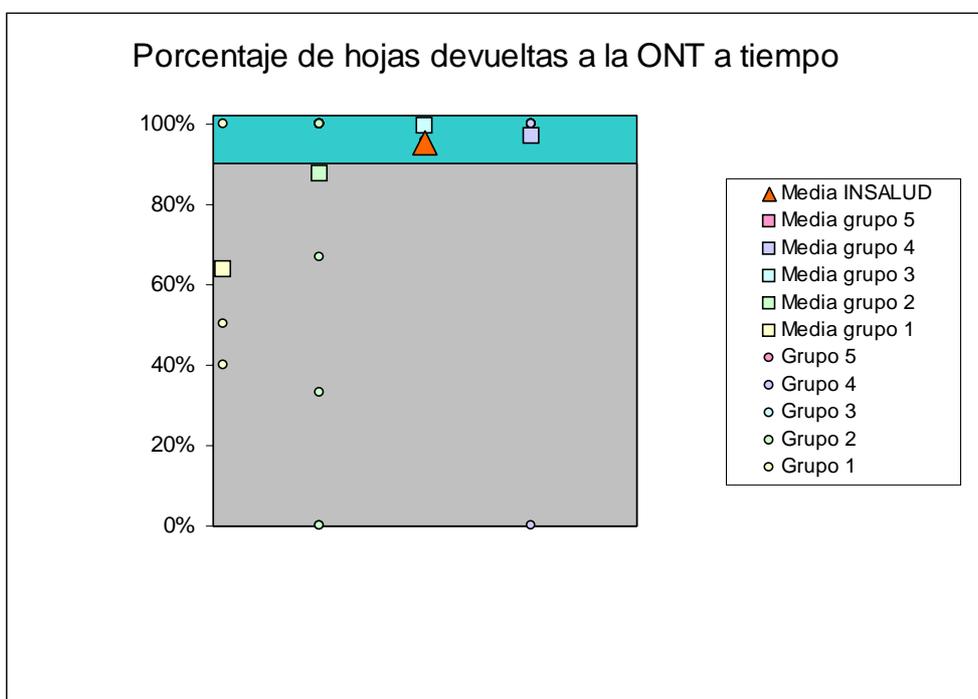
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	4	45% (5/11)	40%	50%
II	25	46% (62/135)	0%	100%
III	9	52% (108/209)	30%	86%
IV	13	50% (215/429)	17%	68%
V	0			
INSALUD	51 (94,4%)	50% (390/784)	0%	100%

Porcentaje de donantes reales



7.1c. Porcentaje de hojas de recogida de información de fallecidos en las U.C. con diagnóstico clínico de muerte encefálica cumplimentadas y remitidas a la O.N.T

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	4	64% (7/11)	40%	100%
II	25	87% (118/135)	0%	100%
III	9	99% (208/209)	96%	100%
IV	12	97% (415/429)	0%	100%
INSALUD	50 (92,6%)	95% (748/784)	0%	100%

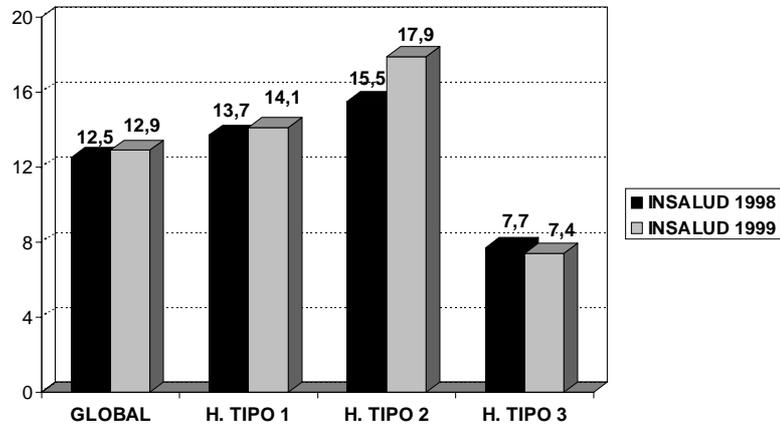


A continuación, se presentan datos de la Memoria de la Organización Nacional de Trasplantes⁶³.

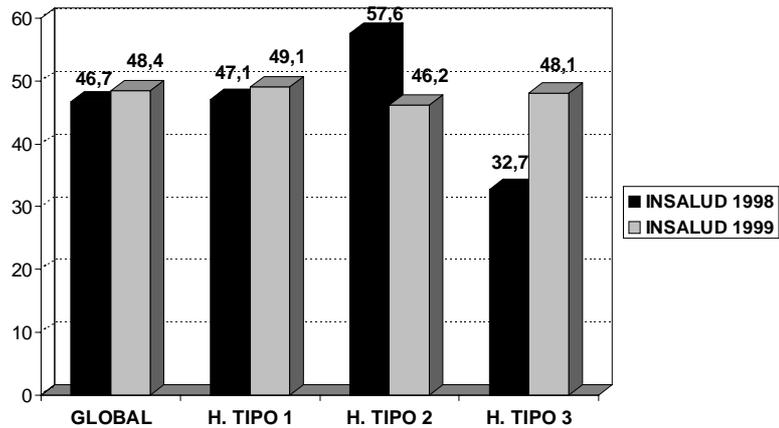
**RESULTADO GLOBAL DEL PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE TODOS
LOS HOSPITALES PERTENECIENTES AL ÁREA INSALUD : COMPARATIVO AÑO
1998 - 1999**

DATOS REFERENTES A TODOS LOS HOSPITALES DEL INSALUD	1998	1999
Hospitales que han remitido datos	42	44
Éxitus en U.C.	6230	6848
Muertes Encefálicas	783	885
% M.E. / Éxitus en U.C.	12,5%	12,9%
% PÉRDIDAS DURANTE EL PROCESO / M.E.	53,3%	51,6%
% M.E. No Comunicadas a la Coordinación de Trasplantes	4%	2,1%
<i>No comunicadas por "escape"</i>	-	1,4%
<i>No comunicadas por C.I Médica adecuada</i>	-	0,7%
<i>No comunicadas por Problemas de Mantenimiento</i>	-	0,1%
% Contraindicaciones Médicas Iniciales / M.E.	26,2%	23,3%
% Contraindicaciones Médicas Posteriores / M.E.	2,9%	2,9%
% Imposibilidad establecer causa de muerte / M.E.	-	0,7%
% Problemas de Mantenimiento / M.E.	5,5%	4,7%
% Negativas Familiares / M.E.	13,1%	15,8%
% Negativas judiciales / M.E.	0,1%	0,1%
% No confirmación del diagnóstico legal de M.E. / M.E.	1,1%	0,5%
% Ausencia de receptor adecuado / M.E.	0,4%	0,6%
% Problemas organizativos - logísticos / M.E.	-	0,9%
% DONANTES REALES / M.E.	46,7%	48,4%

**PORCENTAJE DE FALLECIDOS EN M.ENCEFÁLICA
RESPECTO AL TOTAL DE FALLECIDOS EN U.C.
Comparación años 1998 y 1999. Hospitales del INSALUD**



**PORCENTAJE DE DONANTES REALES RESPECTO AL
TOTAL DE FALLECIDOS EN M.ENCEFÁLICA
Comparación años 1998 y 1999. Hospitales del INSALUD**



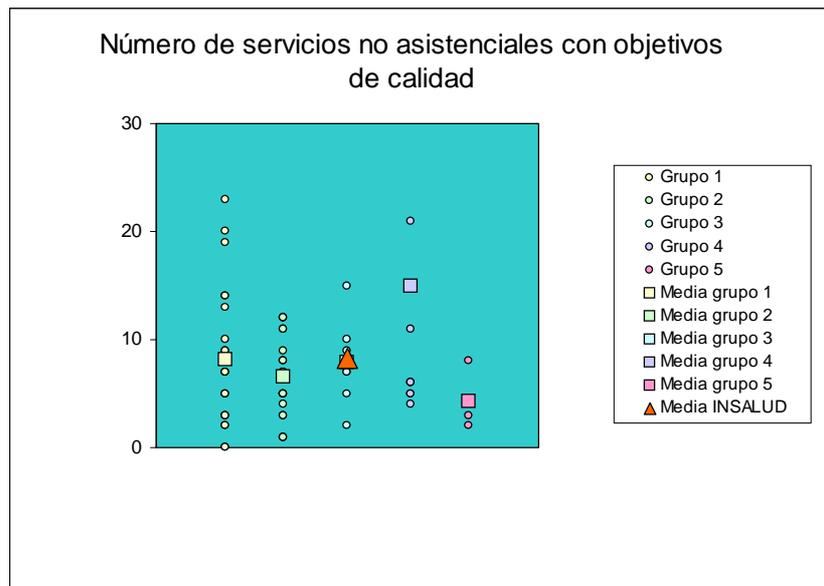
OBJETIVO 8. IMPLANTAR OBJETIVOS DE CALIDAD EN SERVICIOS/ UNIDADES NO ASISTENCIALES

El Plan de Calidad (PC) incluido dentro del Contrato de Gestión (CG) de los hospitales del INSALUD se había centrado tradicionalmente en los servicios asistenciales. Para ir avanzando en la mejora de la calidad en toda la organización, en 1999 se decidió incorporar el resto de servicios del hospital a dicho Plan. Así, El PC de 1999, aparte de objetivos comunes a todos los hospitales definidos en función de prioridades de la organización, incluyó el objetivo de que todos los servicios, asistenciales y no asistenciales debían establecer sus propios objetivos, en función de sus problemas. En la evaluación anual se preguntó a los hospitales el número y relación de Servicios/Unidades no asistenciales que habían pactado y evaluado objetivos de calidad. Se consideraron servicios no asistenciales: Administración, Control de Gestión, Gestión Económica, Intervención, Admisión, Documentación, Archivos, Atención al Paciente, Alimentación, Informática, Lavandería, Limpieza, Mantenimiento, Seguridad y Comunicaciones, Suministros y Personal Auxiliar.

Indicador 8. Número y relación de Servicios/Unidades no asistenciales que han pactado y evaluado objetivos de calidad.

Evaluaron este objetivo 74 hospitales (91%). Pactaron objetivos de calidad una media de 8,2 servicios no asistenciales por hospital (rango, 1-26). Los servicios que con mayor frecuencia tenían objetivos de calidad fueron: Personal, Gestión Económica, Suministros y Admisión. Algunos de los objetivos pactados fueron:

- ADOK validado en menos de 13 días.
- Libre elección de menú.
- Monitorizar plazos de tramitación de facturas.
- Distribución personalizada de la alimentación hospitalaria.
- No errores en nómina.
- Análisis de las causas de devolución de bandejas sin abrir.
- Mejorar el proceso de cobro de las llamadas telefónicas particulares.
- Calidad del pago a proveedores.
- Implantación de la intranet.
- Medidas de aislamiento en las zonas de obras.
- Propuesta de mejora en los volantes de solicitud.
- Formación en programa de informe de alta.
- Ingreso hospitalario procedente atención primaria en tiempo inferior a cuatro días
- Mejora en la codificación, etc.



La cultura de mejora de la calidad está bastante desarrollada en los servicios no asistenciales, lo cual es muy positivo, teniendo en cuenta que su inclusión en el Plan de Calidad es reciente. De todas formas, existe gran variabilidad entre hospitales, y algunos de ellos declaran tener muy pocos servicios no asistenciales con objetivos. La oportunidad de mejora es continuar integrando dichos servicios en el Plan de Calidad del Hospital, por lo que es un objetivo que continua presente en el Plan de calidad del año 2000.

OBJETIVO 9. CUMPLIR LA NORMATIVA SOBRE PROHIBICIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS HOSPITALES

El tabaquismo es la primera causa de morbilidad y mortalidad evitable en nuestra sociedad⁶⁴. A nivel mundial, se calcula que un tercio de la población adulta es fumadora. El tabaco produce 4 millones de muertes anuales en el mundo⁶⁵. En España, el tabaquismo es un grave problema de salud pública⁶⁶, produciendo unas 40.000 muertes anuales^{67,68}. También se ha demostrado que la inhalación de humo ambiental, tabaquismo pasivo, supone un riesgo para las personas no fumadoras. Los costes sanitarios y sociales ocasionados por las muertes prematuras y las enfermedades atribuibles al tabaquismo son muy elevados.

Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la importancia de su participación activa en la reducción del hábito tabáquico de la población, por las cuatro funciones que desempeñan: modélica, social, educadora y de apoyo^{69,70}.

El objetivo incluido en el Plan de Calidad del año pasado, y que continua en el Plan de Calidad del 2000, es mejorar la implantación en los hospitales de las medidas establecidas en el Real Decreto 192/88 sobre normas de uso del tabaco y que están basadas en la normativa de la OMS, refrendadas por los países europeos⁷¹:

- Señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios, salvo en zonas permitidas.
- Habilitar áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

Se preguntaba a los hospitales: 1) ¿Tiene el hospital visible en las entradas principales la señalización sobre la prohibición de fumar?. 2) Número de acciones llevadas a cabo para la prevención del tabaquismo (especificando actividades).

Indicador 9.1. Tiene el hospital visible en las entradas principales la señalización sobre la prohibición de fumar.

Evaluaron el objetivo 79 hospitales (98%).

Existía señalización en las entradas principales en 74 (92,5%).

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Señalización visible
I	25	25 (100%)
II	29	28 (96%)
III	9	7 (78%)
IV	13	12 (92%)
V	3	3 (100%)
INSALUD	79 (98%)	75 (95%)

Indicador 9.2. Número de acciones llevadas a cabo para la prevención del tabaquismo.

Total de medidas antitabaco: 186, promedio por hospitales: 2,33, con un rango entre 1 y 5.

Se implantaron 186 medidas antitabaco. De ellas, fueron coercitivas (prohibiciones, señalización áreas fumadores-no fumadores, etc.): 61 (32,80%), informativas (carteles, folletos, circulares, artículo en el periódico, etc.): 46 (24,73%), formativas (cursos, sesiones, conferencias): 33 (17,74%), campañas antitabaco (día sin tabaco, hospital sin humos, día mundial antitabaco, etc.): 16 (8,79%), consulta de deshabituación tabáquica: 4 (2,15%), encuesta de hábito tabáquico en personal sanitario: 4 (2,15%) y otras (grupos de trabajo, comités, concurso-logotipo, etc.): 22 (11,83%).

Las medidas dirigidas hacia el personal sanitario exclusivamente fueron 83 (44,62%). Las medidas de mayor grado de compromiso para la prevención de tabaco fueron: consulta de deshabituación (4), encuesta de prevalencia del hábito tabáquico en el personal sanitario (4), cursos de deshabituación (4) y campañas (15).

Aunque se observa un significativo grado de compromiso de la red de hospitales INSALUD hacia la prevención del tabaquismo, todavía se debe mejorar en las medidas de deshabituación del personal sanitario y en la evaluación de los resultados (cumplimentación de las normativas de prohibición de fumar dentro de los hospitales tanto para el personal sanitario como para el resto de los usuarios de dichas instalaciones, y realización de encuestas para conocer los hábitos tabáquicos y la influencia de las medidas adoptadas).

Hemos de tener en cuenta que el tabaquismo es un hábito fuertemente arraigado, y difícil de combatir. Además, existen muchos factores sociales y económicos en juego⁷².

IV. Monitorización de indicadores

La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad^{73,74}. Esta actividad tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir^{75,76,77}. La monitorización de indicadores de calidad sirve como complemento a la evaluación de los objetivos comunes. Su utilidad ha sido demostrada en programas de evaluación de indicadores, como el HEDIS^{78,79,80,81}, el “Maryland Hospital Association Quality Indicator Project⁸²”, o el “University Hospital Consortium⁸³”.

Una parte de los indicadores pueden ser calculados a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que se analiza centralizadamente. Estos indicadores miden aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad, y permiten comparar los resultados entre los distintos hospitales y entre distintas organizaciones. Estos indicadores tienen ciertas limitaciones metodológicas, lo que obliga a una utilización responsable de los datos, tanto a nivel local como al nivel de la organización. Es posible que haya razones que justifiquen que algunos hospitales tengan resultados muy diferentes al resto, pero quizá un estudio más profundo de las circunstancias les puede ayudar a detectar problemas no conocidos hasta entonces e implantar acciones de mejora para solucionarlos.

Existen otra serie de indicadores que no se pueden obtener automáticamente de los sistemas de información del CMBD y que precisan estudios específicos en los hospitales. Algunos son indicadores clínicos y otros evalúan la adecuación de la atención sanitaria. Estos indicadores son los de infección hospitalaria, tiempos de espera en urgencias, adecuación de estancias, detección de pacientes con problemas sociales, radiología innecesaria, desprogramación de consultas externas, desprogramación de quirófanos, etc. En general, hay que procurar utilizar indicadores que tengan una fácil interpretación clínica o de gestión, y sean útiles para que los profesionales mejoren su práctica asistencial⁸⁴.

Trimestralmente se remite a los hospitales un seguimiento de los indicadores de calidad obtenidos que se denomina “Resumen de indicadores de calidad del CMBD de altas hospitalarias”. En este resumen, además de estos indicadores, figuran otros que reflejan el tipo de pacientes que atiende el hospital, indicadores de actividad e indicadores funcionales, que permiten hacerse una idea del contexto hospitalario. Su objetivo es que los hospitales puedan comparar sus resultados con los de su grupo.

Para la mayoría de los indicadores monitorizados no existen todavía estándares aceptados. A pesar de ello, pueden ser una herramienta que ayude a evaluar la calidad de la asistencia e identificar oportunidades de mejora. El feed-back de datos permitirá una comparación de datos agregados, la comparación de los hospitales con su grupo y conocer la tendencia longitudinal de un determinado centro. De todas formas, hay que tener en cuenta que la calidad de la codificación del CMBD limita su utilidad como indicador de calidad⁸⁵.

En la presentación de los resultados, se utilizarán gráficos "boxplot". Para aquellos lectores no familiarizados con estos gráficos, se incluye la siguiente explicación.

Interpretación de los gráficos Boxplot (caja) de SPSS.

En la presentación de algunos resultados, se utilizarán gráficos tipo caja o "boxplot". Este tipo de gráficos presentan algunos estadísticos que describen la distribución de los datos. La línea negra gruesa representa la mediana (valor que deja por encima y por debajo suyo la mitad de las observaciones). El límite inferior de la caja es el percentil 25, y el límite superior, el percentil 75 (en el caso de un boxplot, su cálculo es ligeramente diferente, y se denominan bisagras de Turkey). El 50% de los casos de cada serie presentan valores incluidos en la caja. La altura de la caja representa el rango intercuartílico.

El gráfico incluye dos categorías de valores extremos: los casos que se sitúan a una distancia mayor de tres veces la longitud del rango intercuartílico, tanto por encima como por debajo, se denominan "extreme values", y SPSS los representa mediante un asterisco. Por su parte, los valores situados de 1,5 a 3 veces el rango intercuartílico, se denominan "outliers", y son representados por un círculo. Existe cierta confusión al traducir estos nombres al español.

El gráfico además muestra los dos valores más alejados que no llegan a ser valores extremos, y lo hace mediante una línea horizontal negra, más delgada que la que representaba la media. Estas líneas se denominan "whiskers" (bigotes).

La mediana es una medida de tendencia central, alternativa a la media, y más apropiada en algunos casos (como distribuciones muy sesgadas en un sentido). Con una distribución normal de los datos, la mediana se situaría en el centro de la caja, y coincidiría con la media. La longitud de la caja, por su parte, es indicativa de la dispersión de los datos. Además, esta dispersión se refleja en la mayor o menor presencia de valores extremos.

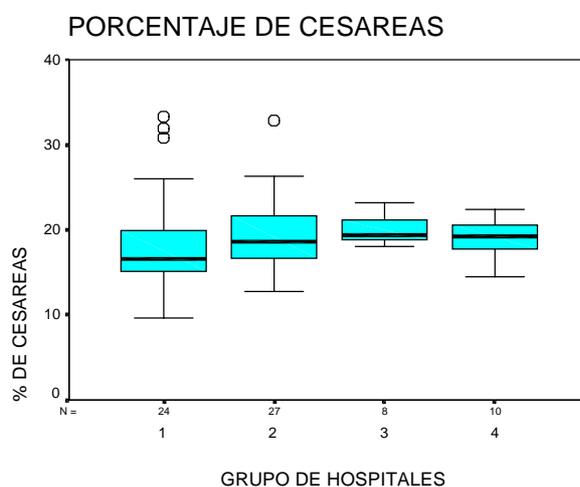
Los gráficos de caja son muy útiles para comparar las distribuciones de valores entre distintos grupos.

IV.1. Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD

Indicador 1.1. Tasa de cesáreas

Es la relación entre el número de cesáreas (GRDs 370, 371, 650 y 651) y el número total de partos más cesáreas (GRDs 370, 371, 372, 373, 374, 375, 650, 651 y 652).

Grupo	Media 98	Media 99	Mínimo 99	Máximo 99
I	19,5%	18,6%	9,6%	33,3%
II	19,2%	19,6%	12,7%	32,9%
III	19,7%	20,0%	18,0%	23,1%
IV	17,8%	18,9%	14,5%	22,3%
INSALUD	19,1%	19,2%	9,5%	33,3%



El estudio de la Variabilidad de la Práctica Médica (VPM) ha cobrado gran importancia desde los años 70^{86,87}. Existen distintos factores que tratan de explicar las grandes diferencias de tasas halladas para distintos procedimientos. Algunas de ellas se deben simplemente a errores de la fuente de datos. También existen factores dependientes de la población, ya que la prevalencia de ciertas enfermedades puede variar, justificando parte de la VPM. Las diferencias de la estructura demográfica de las poblaciones también puede influir. La estructura y organización del sistema sanitario han sido asociadas a VPM. Otro de los factores de gran importancia es el estilo de práctica de los médicos.

Las tasas de parto por cesárea han aumentado enormemente en todo el mundo, aunque de forma variable, según áreas geográficas y hospitales. Los hospitales de Nueva Jersey, por ejemplo, declaran unas tasas de cesárea del 25% (1994). En el Estado de Victoria (Australia), la tasa era del 18% en 1994. En EE.UU, la tasa subió del 5,5% en 1970 hasta el 24,7% en el año 1988, y luego se ha estabilizado. En el año 1993 se encontraba en el 22,8%. En España, la tasa más reciente de cesáreas en los hospitales del INSALUD (1999) se sitúa en el 19,2%. En este aumento, se han implicado factores como la presentación de nalgas, inmadurez fetal, aumento de la utilización de la monitorización fetal, aumento de la edad media de las primíparas, y medicina defensiva. Sin embargo, uno de los factores que más influye es el estilo de práctica de los médicos⁸⁸.

Es difícil establecer cual debe ser la tasa adecuada de cesáreas. Las tasas elevadas no han demostrado mejorar la salud perinatal⁸⁹. En un reciente estudio, un hospital americano consiguió una reducción significativa de las tasas de cesáreas sin aumentar las complicaciones^{90,91}. La tasa reducida que alcanzó fue del 20,5%, muy parecida a la tasa actual en el INSALUD.

Las tasas medias de cesáreas, aunque diferentes entre los grupos de hospitales, no varían en exceso, si bien es llamativo que el grupo de hospitales de mayor complejidad sea el que presente una tasa media más baja. Pero el dato más importante es la gran variabilidad en las tasas de cesáreas intragrupo, es decir, entre hospitales, especialmente en los grupos de hospitales 1 y 2. Los hospitales con valores extremos en estos grupos deberían de estudiar las causas que originan tasas tan altas. En principio, no es esperable que estos hospitales reciban enfermas con embarazos más complejos que los de los otros grupos. Por ello, los valores tan extremos no parecen justificables. Estos datos son similares a los del año pasado, lo que indica que no se han adoptado medidas eficaces para su mejora. Además, los resultados de los hospitales se han mantenido. En la siguiente tabla, se muestran los cuatro hospitales con mayores tasas en el año 1999, y el dato correspondiente al año anterior:

	Tasa cesáreas 99	Tasa 98
Hospital 1	33,3	32,9
Hospital 2	32,9	32,6
Hospital 3	31,9	34,9
Hospital 4	30,7	25,0

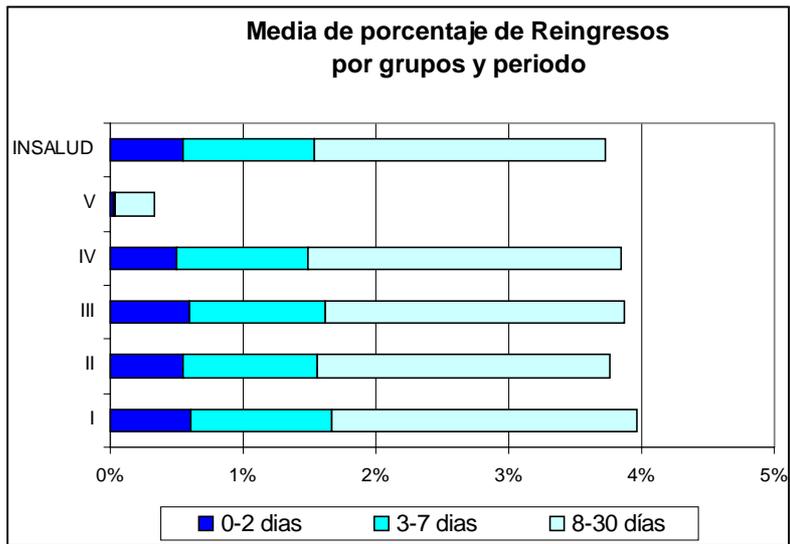
Por lo tanto, parece obligado insistir en que los hospitales con tasas más extremas deben abordar el problema, para detectar las causas que producen estos resultados y adoptar las medidas necesarias para corregirlos.

Indicador 1.2. Porcentaje de reingresos urgentes con la misma Categoría Diagnóstica Mayor en el plazo de 30 días tras el alta.

Se incluyen en el numerador de este indicador los ingresos producidos en un periodo de 30 días tras un ingreso anterior, siempre que el caso cumpla las siguientes características:

- Que el tipo de ingreso del episodio de reingreso sea urgente.
- Que la Categoría Diagnóstica Mayor del reingreso sea igual a la del episodio previo.

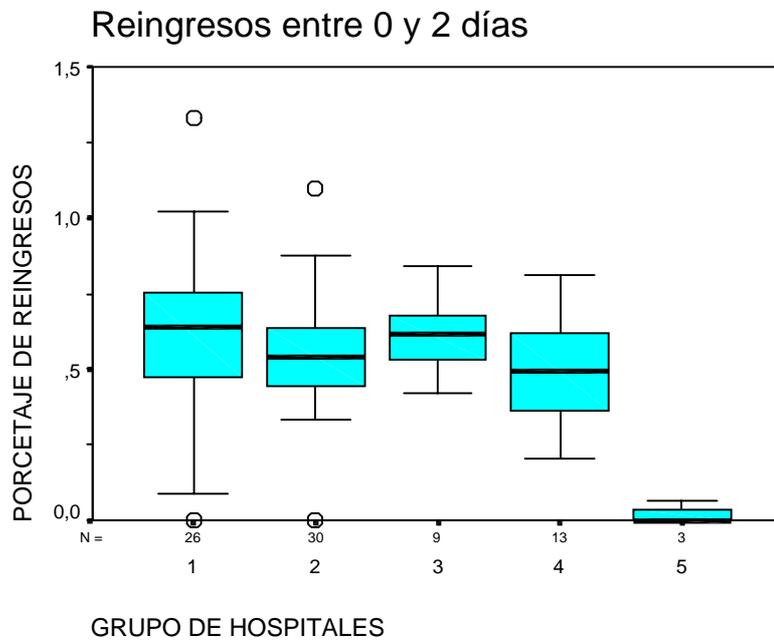
Los reingresos con estas características se cuantifican en tres periodos de tiempo, de 0 a 2 días, de 3 a 7 días, y de 8 a 30 días. El siguiente gráfico muestra las distribución de las medias de porcentajes por grupos y por los periodos de tiempo definidos.



Resulta llamativo que sea el grupo I, el grupo con mayor porcentaje de reingresos en el periodo considerado, aunque las diferencias entre grupos son pequeñas.

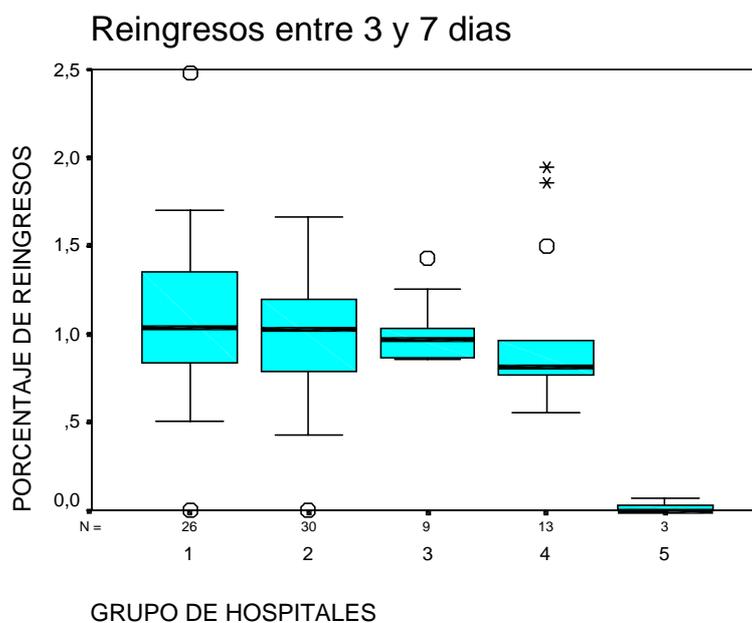
a) Reingresos de 0 a 2 días.

Grupo	Media 98	Media 99	Mínimo 99	Máximo 99
I	0,62%	0,61%	0 %	1,33%
II	0,52%	0,55%	0 %	1,10%
III	0,53%	0,60%	0,41%	0,84%
IV	0,42%	0,50%	0,20%	0,81%
V	0,02%	0,02%	0 %	0,07%
INSALUD	0,53%	0,55%	0 %	1,33%



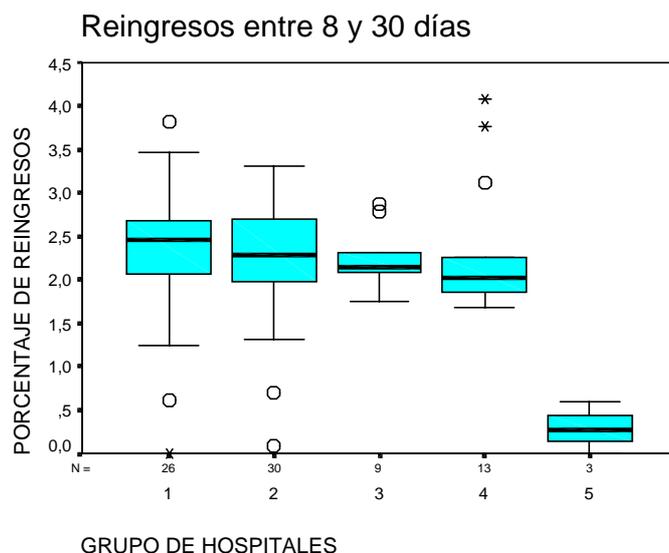
b) Reingresos de 3 a 7 días.

Grupo	Media 98	Media 99	Mínimo 99	Máximo 99
I	1,11%	1,06%	0%	2,48%
II	0,89%	1,01%	0%	1,66%
III	1,02%	1,02%	0,86%	1,43%
IV	0,98%	0,99%	0,55%	1,95%
V		0,02%	0%	0,07%
INSALUD	0,98%	0,99%	0%	2,48%



c) Reingresos de 8 a 30 días.

Grupo	Media 98	Media 99	Mínimo 99	Máximo 99
I	2,49%	2,29%	0%	3,81%
II	2,03%	2,20%	0,08%	3,30%
III	2,32%	2,25%	1,77%	2,87%
IV	2,38%	2,35%	1,69%	4,08%
V		0,29%	0%	0,60%
INSALUD	2,26%	2,19%	1,77%	4,08%



La monitorización de los reingresos forma parte de los indicadores centinelas propuestos para evaluar los resultados de la asistencia sanitaria, junto a la mortalidad y las complicaciones. Son un indicador de calidad relativamente fácil de obtener, y permite medir la evolución de la calidad de un hospital tras la introducción de cambios organizativos⁹². La mortalidad es un suceso raro para ciertas patologías, y las complicaciones, aunque más frecuentes, no dejan de ser un suceso relativamente poco frecuente. Los reingresos si son más comunes, en casi todos los servicios.

Una de las limitaciones del cálculo bruto de reingresos es que no tiene en cuenta las readmisiones programadas. Por otra parte, la readmisión puede deberse a una exacerbación de una enfermedad crónica o intercurrente, no relacionada con la asistencia recibida en el ingreso previo. Por todo ello, sólo una fracción de los reingresos producidos se debe a problemas de calidad asistencial.

Se considera “reingreso” como cualquier ingreso hospitalario precedido en el tiempo por un alta. Sin embargo, se suelen establecer ciertas condiciones: la primera, el límite temporal, que se ha considerado de forma distinta según los autores. Por ello, se ha considerado interesante mostrar los reingresos producidos en distintos rangos de tiempo.

Por otra parte, otra condición restrictiva propuesta para los reingresos es que se hayan producido por una causa similar a la del diagnóstico de entrada del episodio anterior, o derivada de procedimientos aplicados. En nuestro caso, se han considerado exclusivamente los reingresos por la misma Categoría Diagnóstica Mayor. Otra característica limitante propuesta para este indicador es que el ingreso sea urgente; de esta forma, se eliminan aquellos reingresos programados, que no indican mala calidad de la asistencia. De nuevo, también este factor ha sido tenido en cuenta en el cálculo, incluyendo sólo los reingresos urgentes. Si lo que se quiere es detectar situaciones de mala calidad, esta medida aumenta la especificidad del indicador, ya que excluye los reingresos para continuación del tratamiento o para administración de quimioterapia, que no son efectos adversos de la asistencia. Como aspecto negativo, sin embargo, se reduce la sensibilidad, ya que se excluyen aquellos reingresos por procesos quirúrgicos programados que no han sido resueltos en el primer episodio (y deberían haberlo sido).

Otro ajuste propuesto en la literatura ha sido eliminar del denominador del cálculo de este indicador a los exitus, ya que no son pacientes susceptibles de volver a ingresar. Esta última selección no ha sido realizada en nuestro estudio, pero posiblemente su influencia en el resultado final es mínima.

La diferente definición del indicador hace muy difícil comparar los resultados obtenidos con la bibliografía publicada. Por ello, todavía no se puede ofrecer un valor estándar. Algunos estudios ofrecen datos en torno al 3,5-5% de reingresos a los 30 días. Por ejemplo, el Servicio Andaluz de Salud incluye como indicador del CG el estudio de los reingresos, pero su definición es distinta a la nuestra: incluye todos los reingresos en 30 días, urgentes y programados, que tengan el mismo diagnóstico principal. En un estudio realizado en un hospital del SAS, los diagnósticos principales que causaban más reingresos fueron: amenaza del parto, SIDA y angor inestable⁹³.

Otra limitación de este indicador es que puede estar reflejando aspectos de la organización sanitaria que trascienden la calidad asistencial del hospital: atención primaria y recursos sociales. En cualquier caso, los hospitales situados por encima de la media de su grupo deben estudiar con profundidad las posibles causas, de acuerdo a lo especificado en el CG.

Una característica de la mayor parte de las definiciones de reingresos, es que no tienen en cuenta los producidos a causa de complicaciones del ingreso anterior, cuando el diagnóstico principal o la categoría mayor diagnóstica son diferentes en el nuevo ingreso. Estos casos reducen la sensibilidad y la especificidad del indicador. Existe otro aspecto que hay que tener en cuenta en la interpretación de este indicador. Los pacientes más graves pueden causar más reingresos en periodos cortos, pero si se estudian los ingresos al año, en este grupo de pacientes se reducen respecto al resto, debido a una mayor mortalidad⁹⁴.

Indicador 1.3. Mortalidad potencialmente evitable y mortalidad neonatal

3.1. Mortalidad potencialmente evitable

La mortalidad hospitalaria ha sido, clásicamente, uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente utilizado, pero la relación entre la calidad de los cuidados y la mortalidad hospitalaria está hoy en entredicho. Lo que parece claro es que su medición a través de las tasas brutas de mortalidad no es adecuado, al menos para comparar la situación entre hospitales; por lo que se ha abandonado para valorar la calidad de los cuidados hospitalarios⁹⁵. El impacto potencial de la intervención de los servicios hospitalarios sobre las tasas de mortalidad precisa refinamiento en los indicadores utilizados para medirla. Las tendencias u opciones que en la literatura científica se plantean en este sentido son las siguientes:

MIPSE

Fueron los trabajos de Rutstein y las posteriores modificación de Charlton y Holland, las que conformaron la denominada en España, “Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable”^{96,97,98,11}. Estos autores proponen considerar la mortalidad por determinadas enfermedades, en un determinado rango de edad, como señales de alarma de que se estamos ante un deterioro de la calidad de la atención médica. Estas muertes producidas como consecuencia de determinadas enfermedades, y catalogadas como “evitables”, servirían por tanto como indicadores centinela, asumiendo que si todo hubiera funcionado correctamente en la cadena asistencial, estas muertes se hubieran evitado, y el solo hecho de la ocurrencia de un caso, obliga a una investigación formal del mismo, para detectar problemas de calidad y corregir aquellas situaciones que pudieran haberlo provocado.

Este indicador ha sido utilizado en salud pública, estudiando su evolución temporal y comparando geográficamente la situación de regiones u otras unidades administrativas, incluso

con aplicaciones en ámbito de la planificación y la gestión de los servicios sanitarios. Del análisis de las enfermedades cuya mortalidad es evitable se han extraído aquellas sobre las que la atención a nivel hospitalario tiene una clara influencia. Existe cierto consenso de que las enfermedades que constituyen la MIPSE específicamente hospitalaria son: asma, muertes en madres como complicación del embarazo, parto o puerperio, hernia abdominal, apendicitis y colecistitis aguda o crónica. Este ha sido el indicador seguido en el programa de calidad del INSALUD, en este año y en años anteriores. Se evaluaba este indicador con la intención de que fuesen las comisiones de mortalidad de los hospitales quienes estudiaran las causas y establecieran las medidas de mejora oportuna.

Tasas ajustadas de mortalidad hospitalaria

Otra posibilidad es obtener las tasas de mortalidad hospitalaria, ajustadas mediante las variables oportunas (fundamentalmente mediante los datos de comorbilidad), utilizando para ello bases de datos clinico-administrativas a disposición de la institución; concretamente el CMBD en el caso del INSALUD.

La publicación en EE.UU. por parte de la Health Care Financing Administration (HCFA), en 1986 y amparándose en la Freedom of Information Act, de las tasas de mortalidad hospitalaria de 1984, provocó un interés sin precedentes hacia el análisis e interpretación de la tasas de mortalidad hospitalarias. El análisis de los datos sobre la mortalidad de 1986 tuvo varias limitaciones metodológicas, principalmente un limitado ajuste por diagnósticos y comorbilidades. No obstante, la HCFA mantuvo su publicación, con importantes mejoras metodológicas hasta 1993.

En España también ha habido iniciativas en este sentido, destacando los trabajos de Librero y Peiró^{10,12,13}.

Mortalidad potencialmente evitable por asma en pacientes comprendidos entre los 5 y los 64 años

Se produjeron 18 casos, sobre un total de 4.198 altas (0,43%). Los datos por grupos de hospitales se muestran en la siguiente tabla:

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	2	498	4,8% (1)
II	4	1.559	6,7% (1)
III	5	709	3,1% (2)
IV	7	1.431	4,2% (1)
V	0	1	
INSALUD	18	4.198	

(*) Hospital con el máximo en porcentaje y entre paréntesis el número de casos.

El hospital con mayor número de casos tuvo 3. El año anterior, en una situación similar, algunos de los casos no eran tal, pues había habido un error en la codificación. No obstante, se remitirá un informe a los hospitales con más casos para que investigue las circunstancias de los mismos. Aunque el objetivo principal del indicador es detectar posibles casos de mala calidad de la asistencia, se deriva un efecto secundario beneficioso: detectar y corregir errores de codificación.

Mortalidad potencialmente evitable por apendicitis en pacientes comprendidos entre los 5 y los 64 años

Hubo 7 casos, sobre un total de 12.835 altas (0,05%). Los datos por grupos de fueron:

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	1	1.612	2,0% (1)
II	4	4.563	1,4% (1)
III	1	2.602	0,3% (1)
IV	1	4.058	0,3% (1)
V	0	0	
INSALUD	7	12.835	

(*) Hospital con el máximo en porcentaje y entre paréntesis el número de casos.

El hospital con mayor número de casos tuvo 1.

Mortalidad potencialmente evitable por hernia abdominal en pacientes comprendidos entre los 5 y los 64 años

Ocurrieron 14 casos, sobre un total de 16.047 altas (0,09%). Los datos por grupos de fueron:

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	1	3.941	0,6% (1)
II	7	6.166	0,9% (1)
III	0	2.178	
IV	6	3.760	0,6% (2)
V	0	2	
INSALUD	14	16.047	

(*) Hospital con el máximo en porcentaje y entre paréntesis el número de casos.

El hospital con mayor número de casos tuvo 2 casos; concretamente dos hospitales del grupo 4 tuvieron 2 casos cada uno.

Mortalidad potencialmente evitable por coleditiasis en pacientes comprendidos entre los 5 y los 64 años

Se produjeron 25 casos, sobre un total de 8.937 altas (0,28%). Los datos por grupos de hospitales se muestran en la siguiente tabla:

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	3	1.343	2,2% (1)
II	8	3.316	6,2% (2)
III	10	1.614	1,4% (2)
IV	4	2.662	0,8% (2)
V	0	2	
INSALUD	25	8.937	

(*) Hospital con el máximo en porcentaje y entre paréntesis el número de casos.

El hospital con mayor número de casos tuvo 3 casos; se remitirá un informe a los hospitales con más casos para que investigue las circunstancias de los mismos.

Mortalidad materna en relación con el embarazo, parto y puerperio.

Hubo 14 casos, sobre un total de 124.271 altas (0,011 %). Los datos por grupos de hospitales fueron:

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	1	18.747	0,06% (1)
II	1	41.653	0,09% (1)
III	2	20.690	0,04% (1)
IV	10	43.181	0,08% (2)
V	0	0	
INSALUD	14	124.271	

(*) Hospital con el máximo en porcentaje y entre paréntesis el número de casos.

El hospital con mayor número de casos tuvo 2 casos; 4 hospitales del grupo 4 tuvieron 2 casos cada uno. Se remitirá un informe a los hospitales con más casos para que investigue las circunstancias de los mismos, entre ellas posibles errores de codificación.

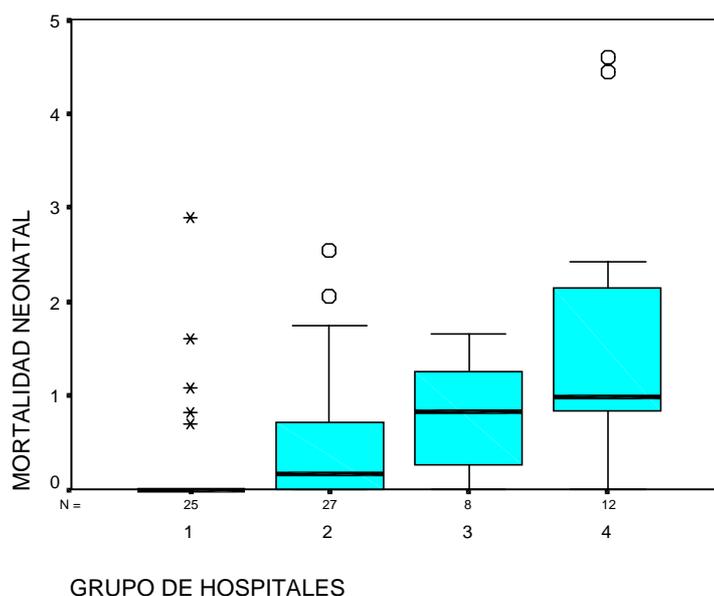
3.2. Mortalidad neonatal

Hubo 210 casos, sobre un total de 21.103 altas (0,99%). por grupos se obtuvieron los siguientes resultados. Una limitación de este indicador es que en el denominador, solo se incluyen los neonatos ingresados y no los recién nacidos, por lo que se puede alterar el porcentaje del hospital.

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	17	2.848	2,9% (2)
II	39	7.076	2,6% (7)
III	29	3.876	1,7% (7)
IV	125	7.303	12,5% (1)
V	0	0	
INSALUD	210	21.103	

(*) Hospital con el máximo en porcentaje y entre paréntesis el número de casos.

El hospital con mayor número de casos tuvo 35 casos con un 4,6%.



Indicador 1.4. Altas y estancias potencialmente ambulatorias

El interés en incorporar al sistema sanitario el tratamiento ambulatorio de ciertas patologías de mediana complejidad, que habitualmente eran ingresadas, se debe a los efectos beneficiosos de estos tratamientos⁹⁹:

- Reducción de listas de espera para el ingreso.
- Racionalización del costo sanitario.

- Reducir las molestias al paciente, distorsionando lo menos posible su vida normal.
- Disminuir la frecuencia de efectos adversos relacionados con la hospitalización.

La mayor parte de los tratamientos susceptibles de realizar de forma ambulatoria son procedimientos quirúrgicos. Entre ellos, cabe distinguir la Cirugía Mayor Ambulatoria (técnicas de mediana complejidad, que se practican con anestesia general, locorreional o local, sobre pacientes que regresan al domicilio en la misma jornada tras un periodo de observación¹⁰⁰, que antes permanecían ingresados de dos a siete días), y Cirugía Menor Ambulatoria (intervenciones sobre pequeñas lesiones que tradicionalmente se efectuaban con anestesia local, permitiendo el regreso inmediato al domicilio).

El indicador presentado es exclusivamente de actividad, y no entra a valorar la calidad de los procedimientos aplicados. Es importante que se monitorice también los resultados de los programas de CMA, en términos de resultados¹⁰¹.

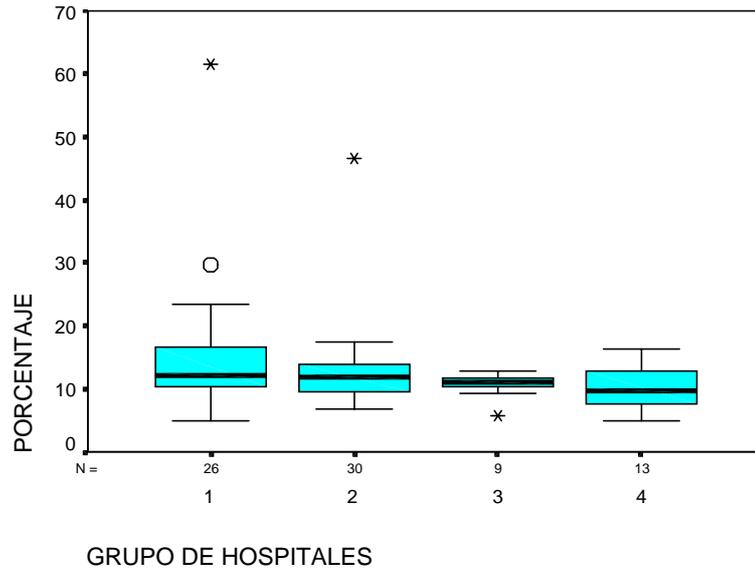
Los procedimientos susceptibles de ser tratados mediante CMA varían con el tiempo, según avanzan las técnicas quirúrgicas, y existe por lo tanto cierto grado de discrepancia entre los profesionales al respecto¹⁰². Sin embargo, en general se considera que todavía existe un importante margen para la sustitución de la cirugía con ingreso por CMA.

El indicador presentado en esta memoria es el número de altas y estancias generadas por los pacientes hospitalizados (totales y en el grupo de edad de mayores de 65 años), correspondientes a los GDR definidos como potencialmente ambulatorios en el CG de 1998, dividido por el total de altas y estancias. El listado se incluye en el Anexo de metodología de evaluación (monitorización de indicadores).

Altas potencialmente ambulatorias

Grupo	Media 98	Media 99	Mínimo 99	Máximo 99
I	13,3%	15,1%	5,0%	61,6%
II	16,0%	12,9%	6,8%	46,6%
III	12,6%	10,6%	5,7%	12,9%
IV	12,2%	10,0%	4,8%	16,4%
INSALUD	14,1%	12,9%	4,8%	61,6%

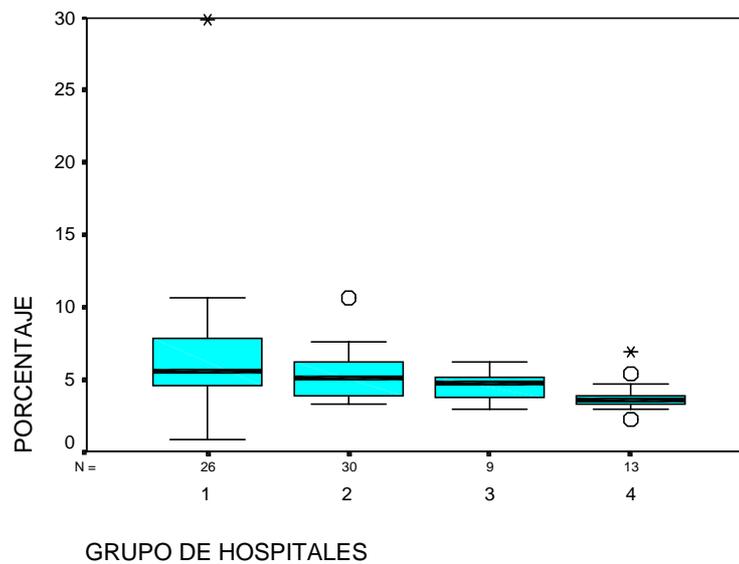
Altas potencialmente ambulatorias



Estancias potencialmente ambulatorias

Grupo	Media98	Media99	Mínimo99	Máximo99
I	6,5%	6,8%	0,9%	29,8%
II	7,1%	5,2%	3,3%	10,6%
III	5,0%	4,6%	2,9%	6,2%
IV	4,0%	3,8%	2,2%	6,9%
INSALUD	6,2%	5,4%	0,9%	29,8%

Estancias potencialmente ambulatorias



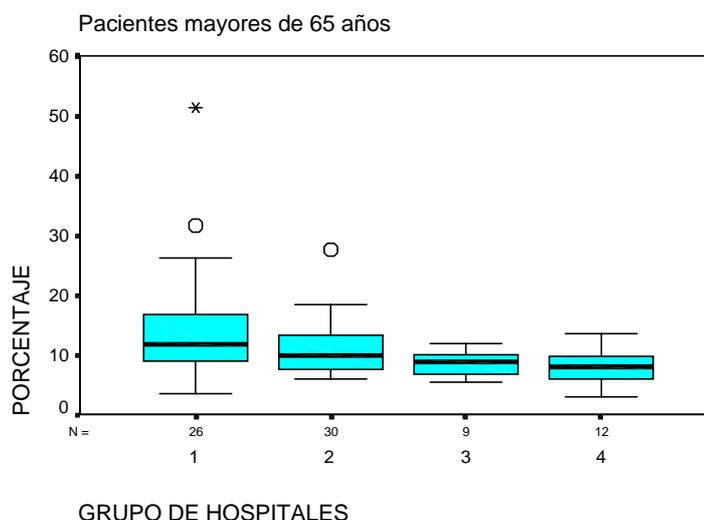
Es interesante observar que existe una reducción tanto en las altas como en las estancias con respecto a los datos del año anterior, se ha pasado de 14,1% al 12,9% en el número de altas potencialmente ambulatorias y del 6,2% al 5,4% en las estancias.

Destaca de igual manera que existe una mayor transición de los hospitales más complejos a la cirugía ambulatoria, ya que tienen menores porcentajes en los datos de estancias y altas potencialmente ambulatorias y datos más homogéneos. Son, pues los hospitales del grupo 1 y 2 los que mayor esfuerzo pueden hacer en este sentido. Sin embargo, aquí podría existir un problema metodológico, puesto que en el volumen de cirugía, los datos de estancias y altas son los totales. Los hospitales más complejos tienen menor volumen de cirugía potencialmente ambulatoria respecto al total. Sin embargo, es seguro es que los hospitales pequeños pueden reducir sus estancias potencialmente ambulatorias proporcionalmente a sus estancias globales. Un indicador más fino sería un índice de sustitución.

Altas potencialmente ambulatorias (mayores 65 años)

Grupo	Media 98	Media 99	Mínimo 99	Máximo 99
I	13,8%	14,4%	3,6%	51,3%
II	14,2%	10,9%	5,8%	27,5%
III	9,5%	8,5%	5,3%	12,0%
IV	8,9%	7,8%	2,8%	13,4%
INSALUD	12,6%	11,3%	2,8%	51,3%

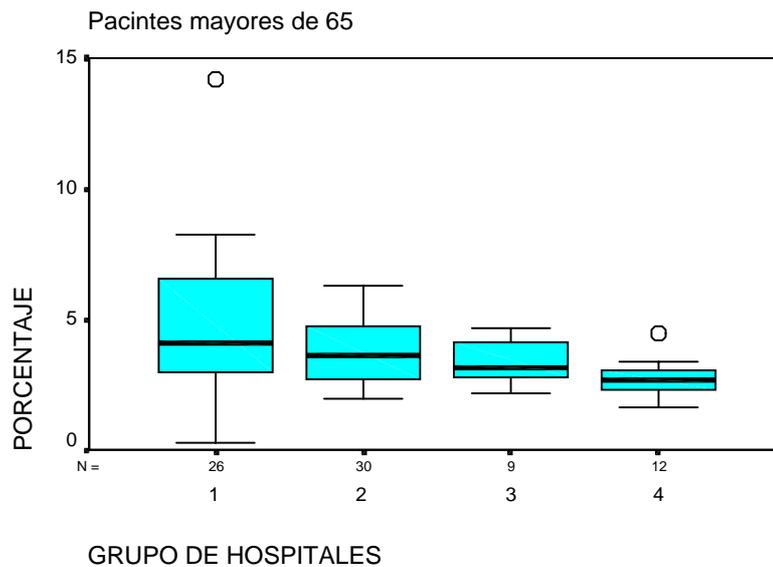
Altas potencialmente ambulatorias



Estancias potencialmente ambulatorias (mayores 65 años)

Grupo	Media 98	Media 99	Mínimo 99	Máximo 99
I	5,1%	4,8%	0,3%	14,2%
II	4,8%	3,8%	2,0%	6,3%
III	3,7%	3,4%	2,2%	4,6%
IV	3,1%	2,7%	1,6%	4,5%
INSALUD	4,5%	3,9%	0,3%	14,2%

Estancias potencialmente ambulatorias



Los datos sugieren un comentario similar al realizado para las altas y las estancias potencialmente ambulatorias en todos los pacientes.

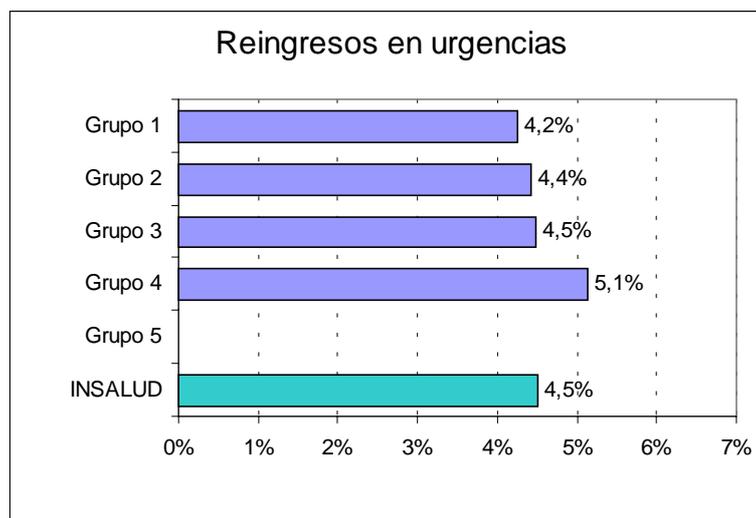
Conclusiones de los indicadores obtenidos del CMBD

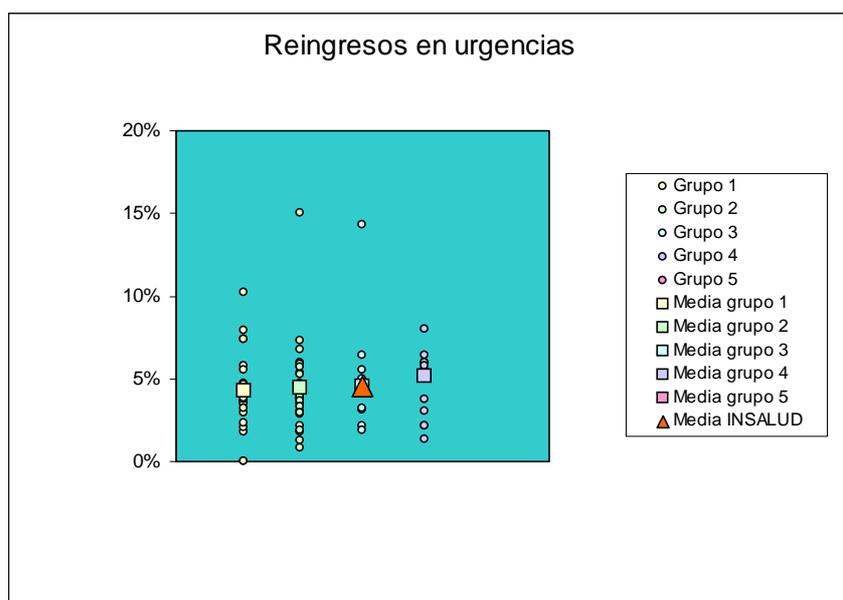
Tal como se decía en la introducción, no se pretende elaborar estándares con estos indicadores, sino ofrecer a los hospitales una herramienta para mejorar. La primera mejora ya ha ocurrido. Varios hospitales al ver que algunos de sus resultados tenían valores alejados del resto de los hospitales y hacer un estudio de esos casos, han comprobado un error en la codificación. La mejora de los sistemas de información es un valor añadido al de la mejora de los resultados como consecuencia de la monitorización de indicadores y su representación gráfica comparando los resultados de todos los hospitales. Sin embargo, en el caso de algunos indicadores monitorizados, se comprueba que los resultados son muy similares a los del año pasado. Para determinados indicadores, como la tasa de cesáreas, es necesario insistir en el siguiente paso: utilizar la información para adoptar medidas de mejora.

IV.2. Indicadores no incluidos en un sistema de datos centralizado y que deben ser obtenidos en los hospitales

Indicador 2.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas

El indicador mide la proporción de pacientes que acude a un servicio de urgencias por segunda vez dentro de un plazo de 72 horas tras haber sido dados de alta. Para ello, se estudió un periodo de tiempo determinado. En el denominador del indicador, figura el número de pacientes que han acudido al servicio de urgencias en ese periodo. En el numerador, el número de pacientes que vuelven a urgencias en las primeras 72 horas tras ser dados de alta. No se trata, por tanto, de “reingresos” en su sentido estricto de ingreso hospitalario. Este indicador fue fácilmente medido por aquellos hospitales que tenían informatizado los registros de entrada y salida de pacientes. Además, el hospital debía realizar un análisis de las causas del retorno a urgencias y proponer acciones de mejora para las causas evitables.





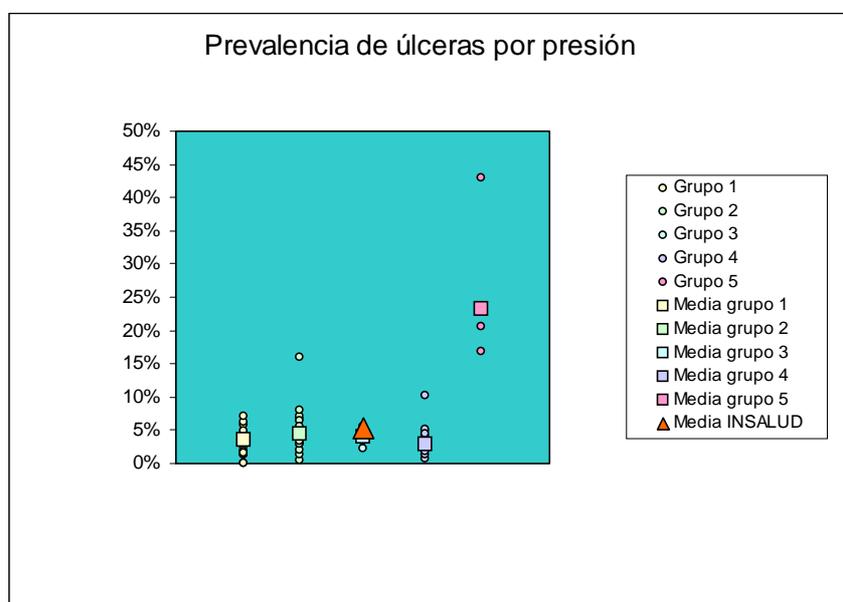
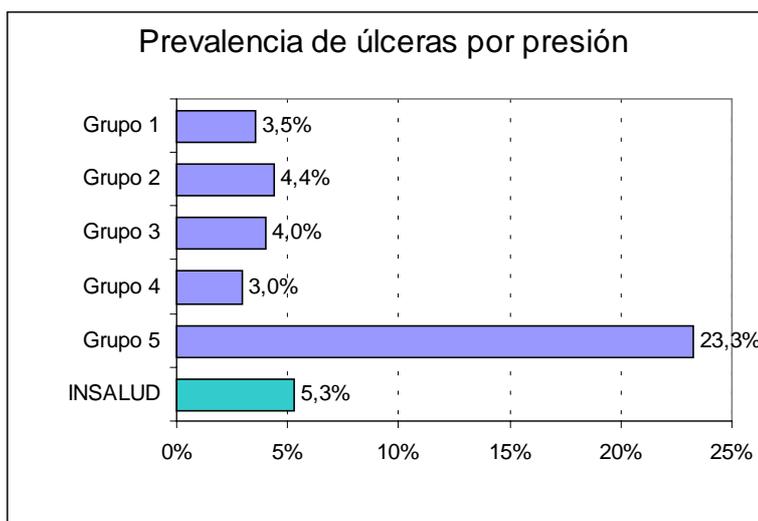
El interés de este indicador es detectar posibles casos de fallos en la calidad científico- técnica de la asistencia prestada. Sin embargo, se ha de señalar que no se discriminan los casos de pacientes que acuden porque su problema no ha sido correctamente resuelto, de aquellos otros que lo hacen por que se les ha indicado así. Este problema ya se presentaba el año pasado. Un reciente estudio cuantifica los “retornos planificados” en un 12,5% de los retornos totales¹⁰³. Por ello, se considera que el resultado refleja en su mayor parte casos de “reingresos” evitables. A veces se aprovecha la capacidad resolutoria del servicio de urgencias para citar a pacientes, pero los hospitales deben implantar las acciones necesarias para que el tratamiento del paciente que no necesita ingreso hospitalario continúe en consultas o en atención primaria.

Indicador 2.2. Sistema de vigilancia de las de úlceras por presión.

El estudio EPINE es realizado en estos momentos por la gran mayoría de los hospitales del INSALUD. Por ello se solicitó la prevalencia de pacientes con úlceras por presión, obtenido a través de este estudio, ya que es un factor de riesgo de la infección nosocomial. Este dato, al ser recogido con una metodología común, puede ser comparado.

Complementariamente, el hospital tiene un sistema de vigilancia de las úlceras de acuerdo a sus características. De esta forma, la vigilancia se centra sobre los pacientes o áreas oportunos, para que el esfuerzo realizado derive en el máximo beneficio para los pacientes. Los indicadores obtenidos son comparables cuando se miden en pacientes de las mismas características y con metodología similar.

Indicador 2.2a. Prevalencia de úlceras por presión (Estudio EPINE)



Como es lógico por sus características, son los hospitales del grupo V los que presentan una prevalencia de úlcera por presión considerablemente mayor. En el resto de grupos, la prevalencia es muy similar. Llama la atención la existencia de un hospital del grupo 2 con una tasa superior al 15%. Este hospital, y, en general, todos aquellos con tasas próximas al 10% deberían estudiar el problema con detalle y establecer las medidas oportunas.

Indicador 2.2.a Vigilancia de las de úlceras por presión (Estudio específico)

La diferente metodología utilizada en el cálculo de este indicador limita la comparabilidad de los datos. De hecho, algunos hospitales aplicaron estudios en todas las áreas de hospitalización, y otros sólo en áreas de riesgo. Por ello, en la siguientes tabla se incluyen algunas de las tasas enviadas por los hospitales, según su tipo de sistema de vigilancia.

Estudios de prevalencia

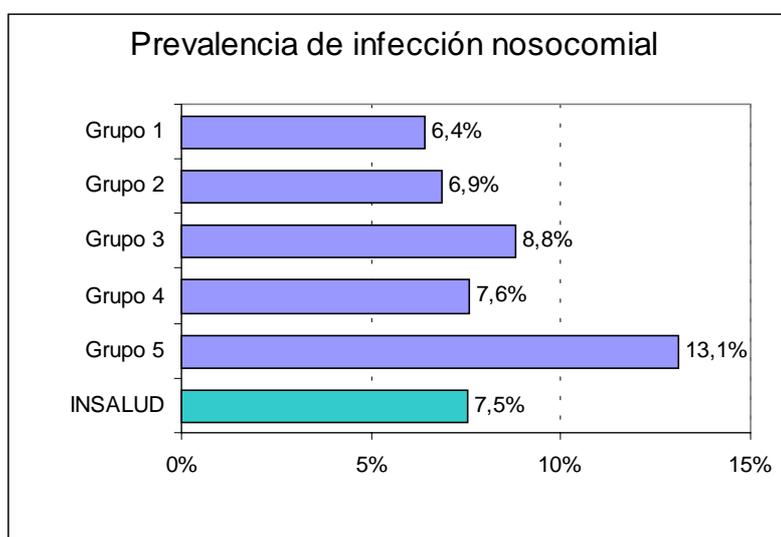
Todos los pacientes		Pacientes de riesgo	
Todo el hospital	Unidades de riesgo	Todo el hospital	Unidades de riesgo
8,96%	14,81%	9,02%	3,09%
20 hospitales n=9952	6 hospitales n=1276	7 hospitales n=2217	6 hospitales n=1522

Estudios de incidencia

Todos los pacientes		Pacientes de riesgo	
Todo el hospital	Unidades de riesgo	Todo el hospital	Unidades de riesgo
2,44%	4,16%	3,05%	17,48%
10 hospitales n=46896	3 hospitales n=793	2 hospitales n=15626	7 hospitales n=2837

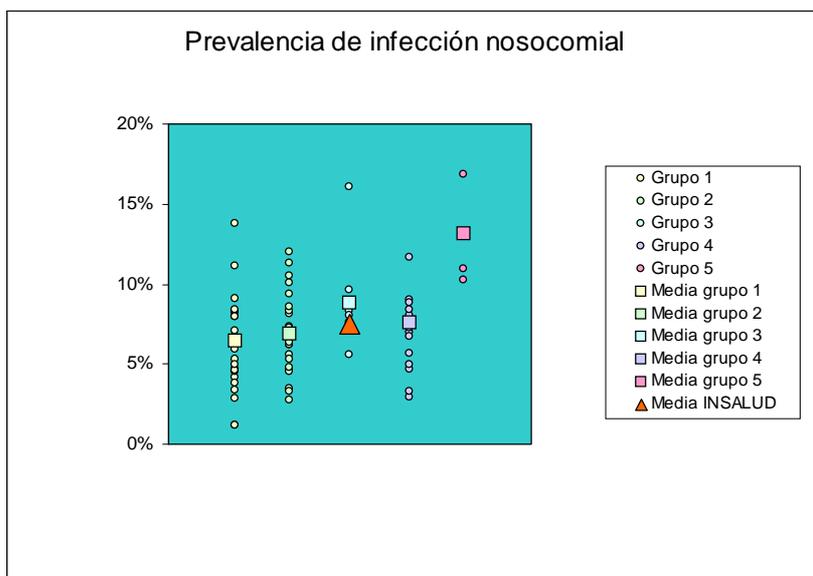
Indicador 2.3. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

Los indicadores de infección hospitalaria son indicadores clásicos en la evaluación de la calidad asistencial. Dada la experiencia en su utilización, también son bastante fiables y comparables, especialmente los de prevalencia, ya que han sido obtenidos en casi todos los hospitales con una metodología similar (estudio EPINE¹⁰⁴).



La prevalencia de la infección nosocomial en España se sitúa en el 7,9% en 1999, según el estudio EPINE¹⁰⁵. Por ello, el dato obtenido para los hospitales del INSAUD en 1999 es positivo, al situarse ligeramente por debajo de esta cifra¹.

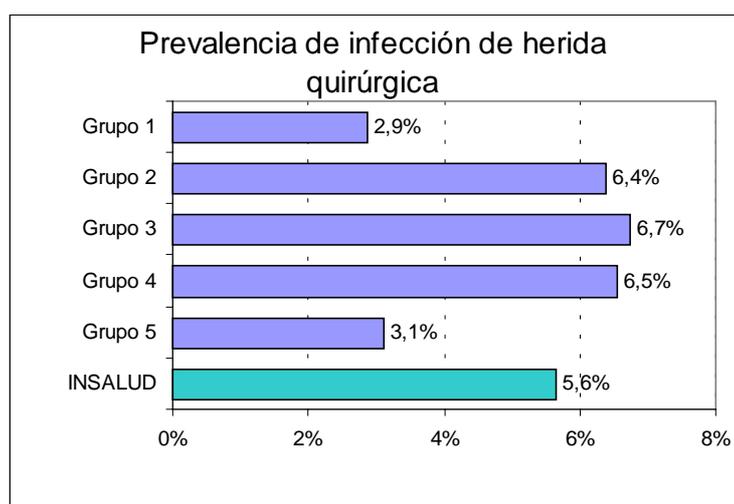
¹ Datos proporcionados por el Dr. Vaqué y a la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene Hospitalaria. EPINE 1999.



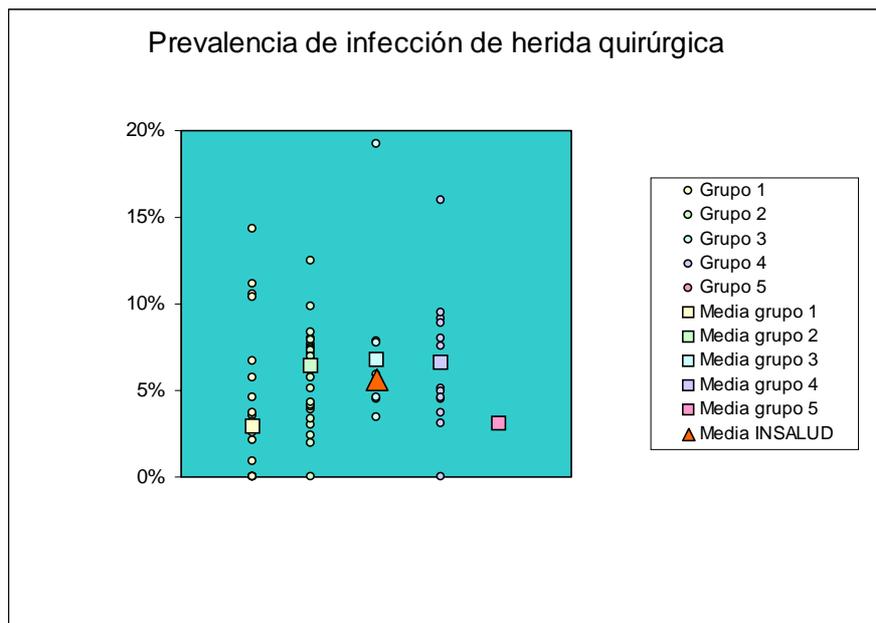
Las tasas de prevalencia ofrecidas por los grupos 1 y 2 de hospitales son bajas, si bien existen una serie de hospitales situados por encima del 10%. Estos centros deberían adoptar mayores medidas de control de la infección.

Con respecto al año anterior, la tasa del grupo 1 ha aumentado (4,8% el año pasado), y la del dos también (4,6% en 1998). La del grupo 3, en cambio, ha descendido (9,4% el año pasado), así como la del grupo 4 (8,3%). La tasa global asciende ligeramente, del 6,8% del año anterior al 7,5% de 1999. Tanto el grupo 1 como el 2, muestran una gran variabilidad en sus resultados, al igual que ocurría en el año 1998. También el grupo 4 muestra una variabilidad importante.

Indicador 2.4. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica

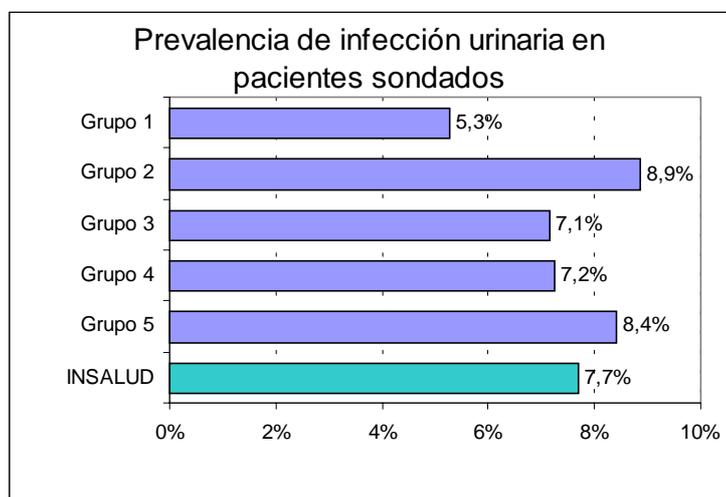


La prevalencia de la infección de herida quirúrgica en España, según datos del EPINE de 1999, se situaba en el 4,8%. Los datos del INSAUD están algo por encima de esa cifra. Además, la tasa del año anterior, era inferior (4,1%), lo que obliga a extremar las medidas de prevención y control de este tipo de infección.



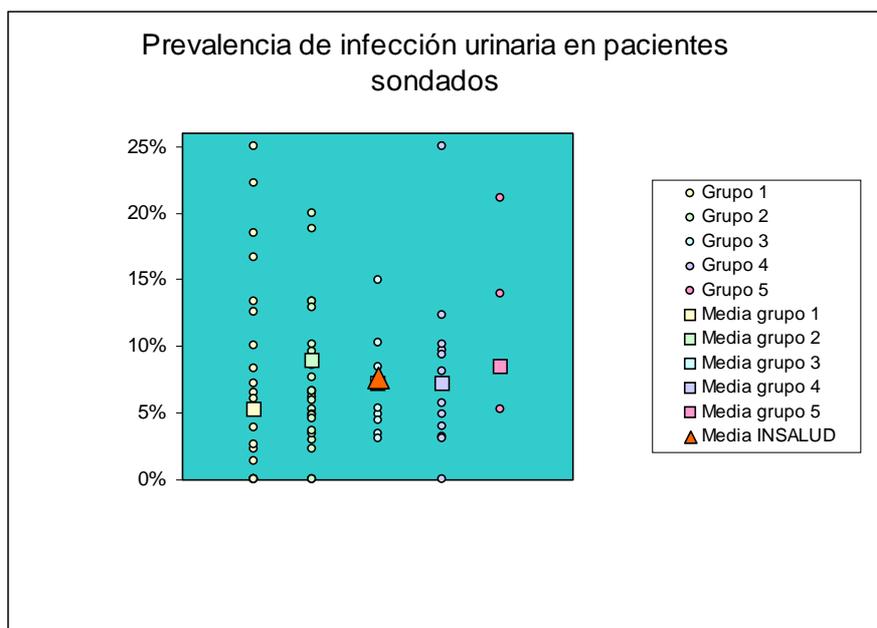
De nuevo, la gran variabilidad de los resultados es llamativa. Los hospitales que declaran tasas superiores al 10% deberían revisar la metodología del estudio, y posibles problemas de calidad.

Indicador 2.5. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados



El resultado global del INSALUD ha empeorado ligeramente respecto al año 1998 (7,4%), y dicho empeoramiento se centra especialmente en los grupos de hospitales 2 y 4.

La prevalencia de infección en pacientes sondados fue del 6,52% (sonda urinaria abierta) y del 5,77% (sonda urinaria cerrada), en el estudio EPINE 1997, datos en este caso algo mejores que los del INSALUD.



Indicador 2.6. Tasa de incidencia de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s

Desde el Plan de Calidad se solicitó el dato incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica para un procedimiento, que debía ser definido por el centro en función de sus necesidades, y estratificado por factores de riesgo (ASA). Dada la gran variabilidad de procedimientos elegidos, no es posible calcular datos medios, pero si que exponemos datos puntuales para algunos procedimientos. Estos resultados pueden servir de referencia a los hospitales interesados.

Procedimiento quirúrgico	Incidencia acumulada IHQ	Prevalencia (EPINE 97)
Apendicectomía	3,7% (3/80) 3,8% (5/131) 8,8% (13/147) 10,0% (2/20) 10,9% (7/64) 12,5% (1/8) 13,4% (16/119)	8,83%
Heniorrafia - eventracion	0% (0/375) 1,1% (3/273) 1,1% (1/88) 2,7% (13/480) 3,7 (3/81) 4,0% (2/50) 4,1% (5/123) 16,7% (2/12)	
Cesárea	2,2% (1/46) 7,2% (11/152)	

Colecistectomía	1,0% (2/199) 1,4% (2/146) 2,9% (3/105) 6,1% (3/49) 6,4% (7/109) 22,22% (2/9)	5,94%
Prótesis de cadera	3,8 (4/106) 15,9% (42/264)	
Histerectomía vaginal	4,76% (2/42) 10,0% (20/200)	
Histerectomina abdominal	8,0% (4/50) 12% (12/100)	
Prótesis de rodilla	1,1% (1/87) 1,9% (2/105)	

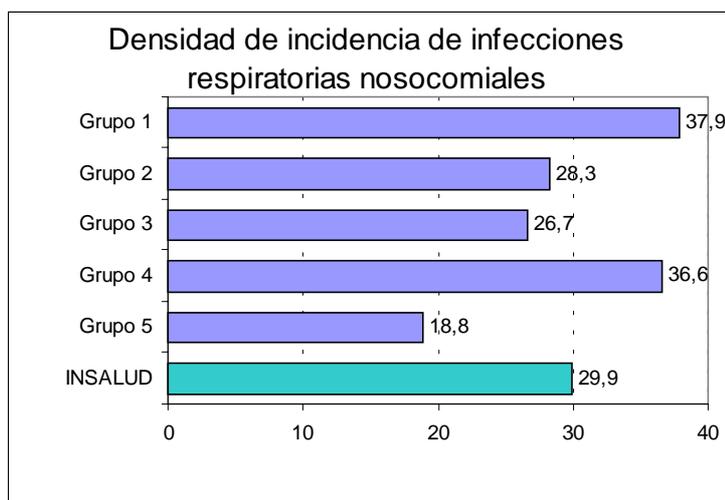
Es necesario señalar que en esta tabla se disponen datos de incidencia acumulada (INSALUD) y prevalencia (EPINE 97), que no son directamente comparables, aunque pueden servir de orientación.

Los resultados por tipo de cirugía fueron:

- Promedio IA en cirugía limpia (49 hospitales): 4,23%
- Promedio IA en cirugía limpia-contaminada (47 hospitales): 4,70%
- Promedio IA en cirugía contaminada (43 hospitales): 15,78%
- Promedio IA en cirugía sucia (42 hospitales): 15,80%

Indicador 2.7. Tasa de densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)

La aparición de una infección respiratoria se asocia a factores extrínsecos (la edad, la existencia de patología asociada como EPOC, etc.) y a factores intrínsecos¹⁰⁶. Entre estos últimos se encuentran fundamentalmente las instrumentaciones realizadas sobre el paciente, tales como la cirugía torácica, la nutrición parenteral o enteral, y especialmente, las instrumentaciones respiratorias.



En 1998, la densidad de incidencia de infección nosocomial fue de 27,9 días por 1000 días de tratamiento con ventilación mecánica.

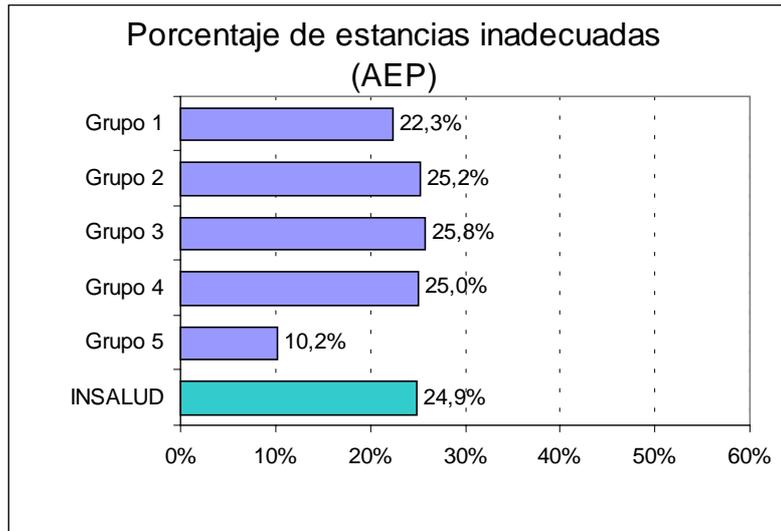
Indicador 2.8. Porcentaje de estancias no adecuadas en el GDR con estancia más desviada de la media.

Existe una lógica preocupación por el aumento del gasto sanitario, pero una reducción del gasto de forma indiscriminada puede afectar la accesibilidad y la calidad asistencial de forma negativa¹⁰⁷. Una forma de mejorar la eficiencia y la calidad de la actividad asistencial es lograr una utilización apropiada del hospital^{108,109}. Para ello habría que identificar y disminuir las admisiones y estancias inapropiadas (aquellas realizadas en hospitales de agudos cuando podrían haber sido realizadas en niveles asistenciales distintos)^{110,111,112,113}.

La prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria ocasiona un aumento del riesgo de infección nosocomial, un deterioro de la calidad de vida del paciente y su familia y unos mayores gastos para las familias. La reducción del uso innecesario produce un acortamiento de los plazos diagnósticos que puede disminuir las demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico o la atención a los pacientes¹¹⁴.

El Protocolo de evaluación de la adecuación (Appropriateness Evaluation Protocol AEP) es un protocolo con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas. Trata de identificar problemas de organización hospitalaria y las pautas de hospitalización conservadoras empleadas por los clínicos cuando el paciente ya no requiere estar en el hospital. Este protocolo no evalúa la pertinencia de la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde esta se presta. Asume que los cuidados que recibe el paciente son adecuados desde el punto de vista clínico. Por lo tanto, existiría una proporción superior de utilización inadecuada no detectada con este instrumento. La información sobre el uso innecesario a clínicos y gestores se ha mostrado eficaz para reducir el uso innecesario.

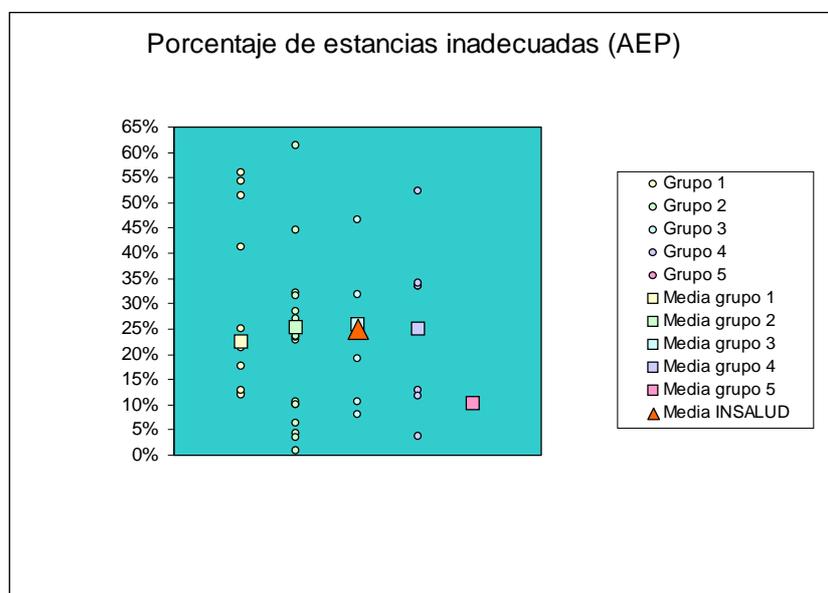
En 1998 se produjo cierta confusión en la medida de este indicador. Algunos hospitales no utilizaron el protocolo AEP y enviaron el resultado de un indicador que mide las estancias potencialmente evitables, teniendo en cuenta la estancia media de su mismo grupo de hospitales en el GRD estudiado. Desgraciadamente, esta confusión se ha producido también en el año 1999, si bien de forma menor.



El resultado mejoró respecto al del año anterior (27,1% de inadecuación).

No se ha establecido el grado aceptable de inadecuación de ingresos^{115,116}. Existiría, sin embargo, un punto óptimo, dependiente de factores tales como la estructura del sistema sanitario o la disponibilidad de asistencia a enfermos crónicos. Sus desviaciones indicarían una asistencia deficitaria o un aumento innecesario del gasto hospitalario^{117,118}.

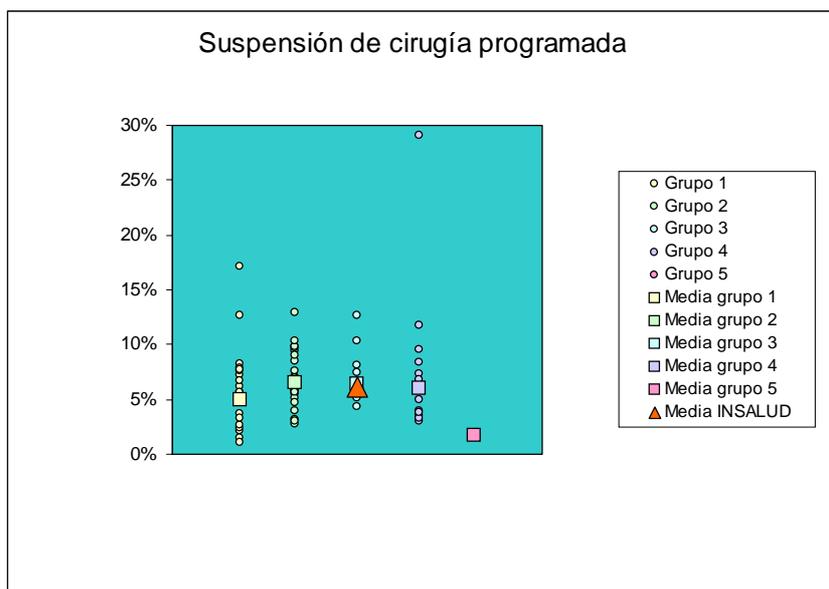
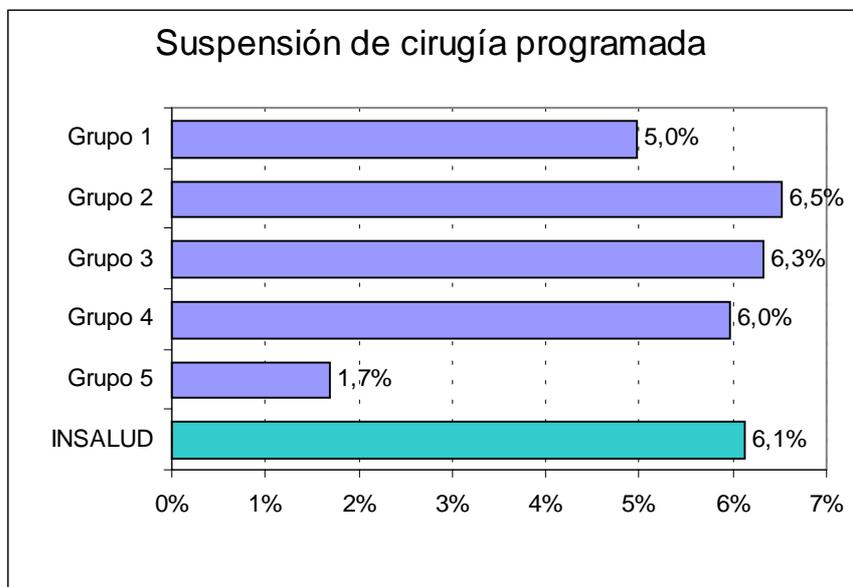
En España, los estudios publicados ofrecen unos resultados de inadecuación de estancia en torno al 35-40%, aunque existe un amplio rango (15-77%)¹¹⁹. Los resultados del INSALUD se sitúan próximos a los publicados.



Los hospitales con tasas superiores al 50% deberían establecer medidas para reducir la inadecuación. Las tasas inferiores al 10% pueden deberse a problemas metodológicos al aplicar el AEP.

Indicador 2.9. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas

La suspensión de cirugía programada es costosa para un hospital¹²⁰. Puede suponer un periodo de inactividad para el equipo quirúrgico, tiempo de trabajo para reprogramar la cirugía, etc., con molestias añadidas para el paciente y sus familiares¹²¹. La cancelación quirúrgica puede evitarse en gran medida, si se detectan los factores que la originan.



Cuando analizamos la causa más frecuente que ha motivado la suspensión de la cirugía programada, para los 69 hospitales que la han estudiado se obtienen los siguientes datos:

CAUSA DE SUSPENSIÓN	Numero de hospitales donde esta causa es la mas frecuente
Motivo clínico (desaparece indicación, contraindicación quirúrgica, decisión médica, complicación clínica, etc.)	19
Paciente (renuncia, no se presenta, etc.)	25
Modificación del la programación en el mismo día por causa imprevista (prolongación intervenciones previas, cirugía urgente)	19
Técnica-administrativa (cambio de programación, falta de camas, falta por completar el estudio preoperatorio, problemas técnicos, averías, etc.)	6

Si analizamos las causas de aquellos hospitales que superan la media del INSALUD (6,1%), las causas más frecuentes son las siguientes:

CAUSA DE SUSPENSIÓN	Numero de hospitales donde esta causa es la mas frecuente
Motivo clínico (desaparece indicación, contraindicación quirúrgica, decisión médica, complicación clínica, etc.)	8
Paciente (renuncia, no se presenta, etc.)	15
Modificación del la programación en el mismo día por causa imprevista (prolongación intervenciones previas, cirugía urgente)	7
Técnica-administrativa (cambio de programación, falta de camas, falta por completar el estudio preoperatorio, problemas técnicos, averías, etc.)	3

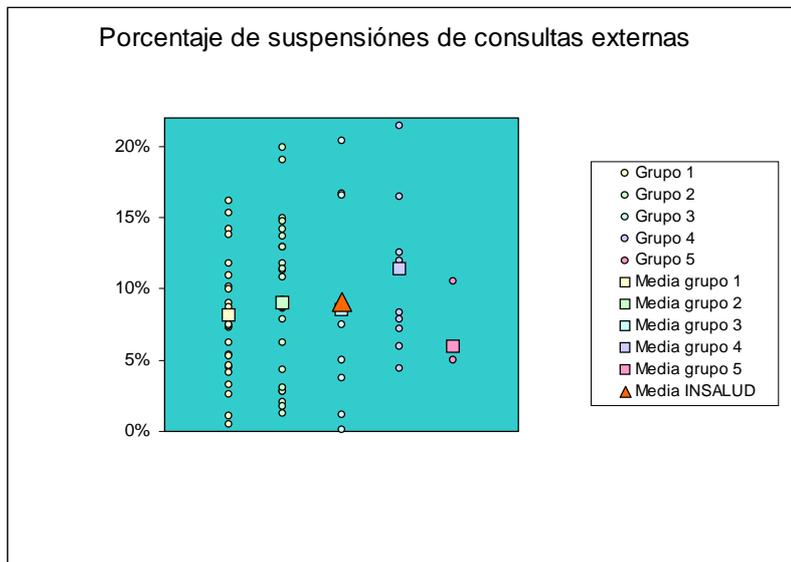
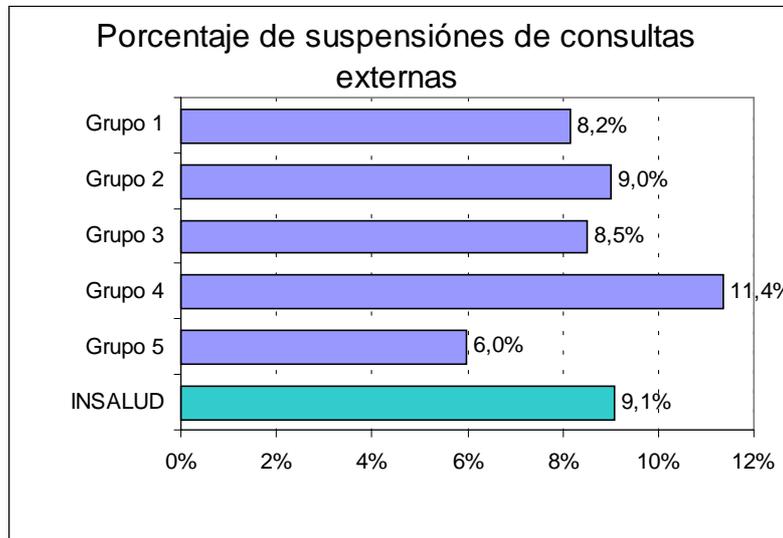
La monitorización de la tasa de suspensión de cirugía puede ser útil para la detección de problemas en la gestión de la programación de cirugía. Es importante que los hospitales adopten medidas de mejora en relación a las causas principales que hayan detectado.

Para reducir las cancelaciones debidas a reevaluación clínica de la condición del paciente, hay que insistir en la importancia de la utilización adecuada en el tiempo de las pruebas diagnósticas prequirúrgicas, evitando periodos prolongados entre la realización de dichas pruebas y la cirugía. Por otra parte, una causa muy frecuente sigue siendo la "prolongación de cirugía previa"; tal vez en este caso habrá que realizar una programación más ajustada a los tiempos reales.

Un dato que destaca es el hecho de que la renuncia del paciente a la realización de la intervención es la causa más frecuente en casi la mitad de los hospitales que están por encima de la media del INSALUD. Ante esta situación, cabría pensar que medidas tendentes a la confirmación en los días previos a la intervención programada, de la realización de la misma, pudiera tener un impacto importante sobre este indicador.

Indicador 2.10. Porcentaje de suspensiones de consultas externas.

La mejora de los tiempos de espera en las consultas externas es una prioridad institucional. Una parte de las consultas externas es suspendida, restando con ello capacidad al sistema para reducir los tiempos de demora en esta modalidad de atención sanitaria. Por ello, este indicador trata de detectar el porcentaje de suspensiones, y sus causas, para poder aplicar medidas de mejora.



De los 70 hospitales que evalúan este indicador, 57 han analizado las causas más frecuentes que originan la suspensión. En la siguiente tabla mostramos la causa más frecuente por hospitales:

CAUSA DE SUSPENSIÓN	Numero de hospitales donde esta causa es la mas frecuente
Originada por el paciente (renuncia u olvido)	22
Originada por la institución (causadas por causas organizativas del servicio en la reorganización de sus actividades, vacaciones, congresos, libranza de guardias, o otras ausencias justificadas del facultativo)	27
Varios o desconocidas	8

Al igual que ocurre con las suspensiones de intervenciones quirúrgicas programadas, las medidas destinadas a la confirmación de la cita en los días previos a la misma, pueden reducir el número de citas suspendidas por causa del paciente, ya que el olvido de la misma es una causa frecuente. Las causas debidas al paciente son las más frecuentes en la mitad de los hospitales con un porcentaje de suspensiones superior a la media INSALUD (9,1%). Por otra parte, la comunicación con la suficiente antelación a los Servicios de Admisión de la incidencias organizativas previsibles de los servicios, podría tener un efecto considerable.

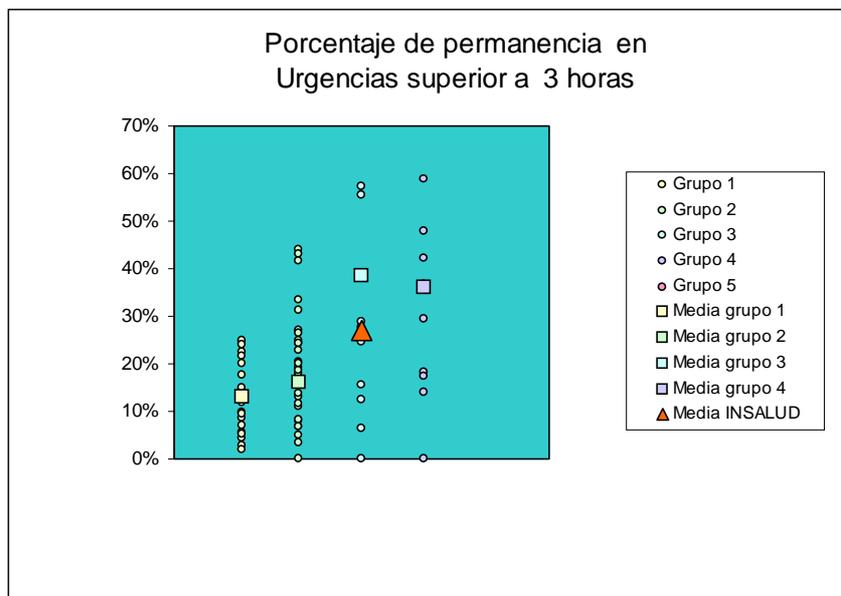
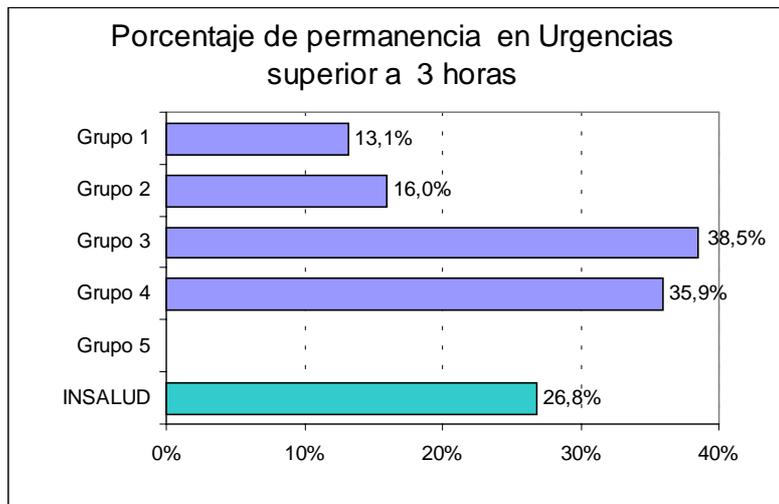
Estudio del tiempo de permanencia de los pacientes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SHU) son el primer contacto con el hospital para muchos ciudadanos¹²². La imagen del centro está muy influida por la de su servicio de urgencias. El tiempo en ser atendido es la causa del 20% de las quejas producidas en estos servicios¹²³. El tiempo de espera de los usuarios¹²⁴ puede ser utilizado como indicador de calidad en la evaluación de los SHU.

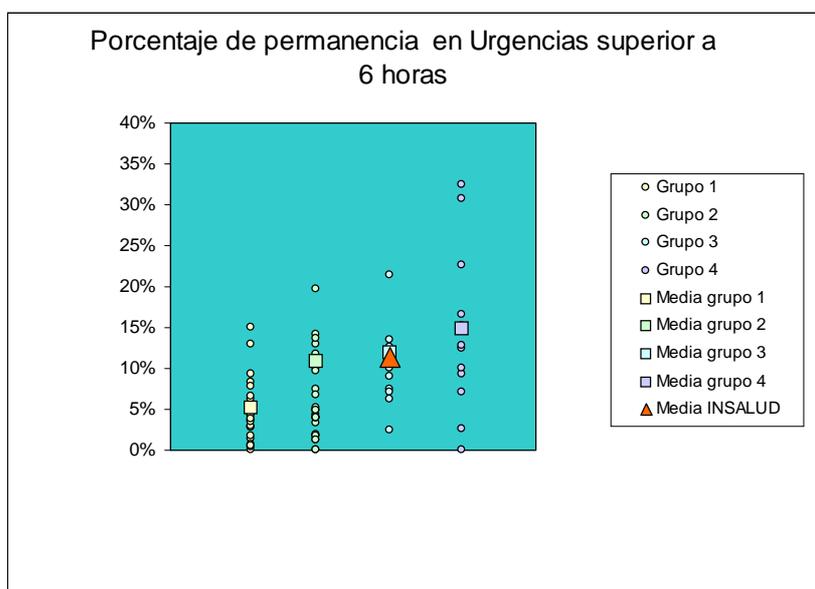
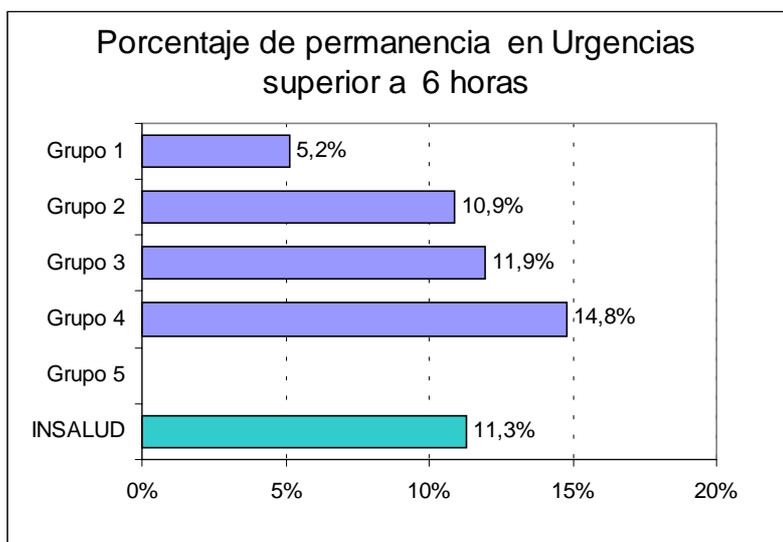
El indicador propuesto en el Plan de calidad no mide la espera en ser atendido, sino el tiempo que el paciente permanece en urgencias hasta que se le ingresa en planta, si precisa, o se resuelve su problema y se traslada a su domicilio, o a otro nivel asistencial.

El tiempo de permanencia en urgencias hasta la resolución del problema puede considerarse también un indicador de calidad, ya que los problemas organizativos del hospital y del propio servicio pueden prolongar este tiempo más de lo necesario y ocasionar trastornos a los pacientes y al funcionamiento del servicio de urgencias.

Indicador 2.11.a Porcentaje pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias



Indicador 2.11.b Porcentaje pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias

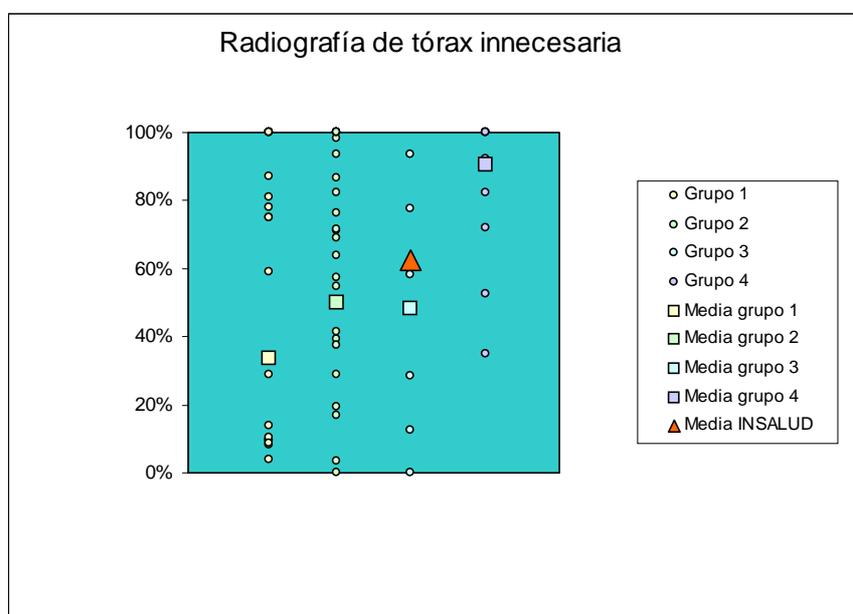
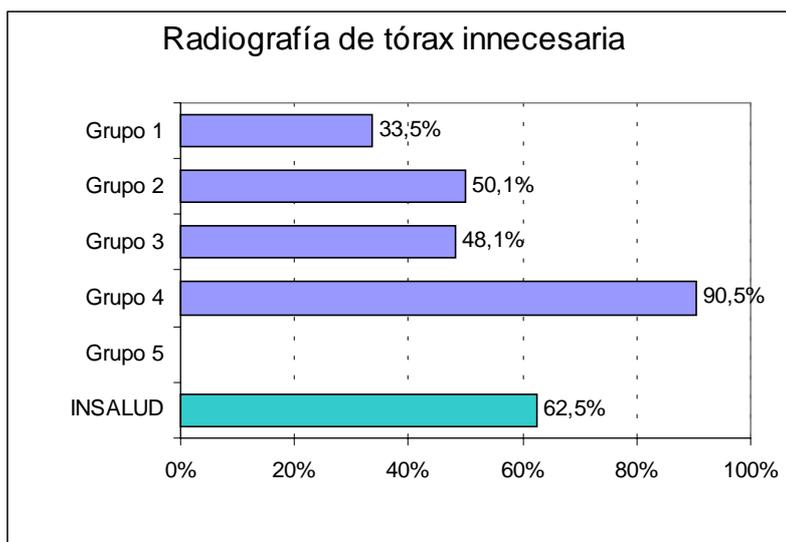


Se ha producido una sustancial mejora en los dos últimos indicadores en los datos globales para INSALUD con respecto a 1998. Concretamente, se ha pasado del 15,8% de pacientes que permanecen más de 6 horas en urgencias en 1998, al 11,3% y únicamente 5 hospitales superan el 20%.

Indicador 2.12. Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza radiografía de tórax en el estudio preoperatorio.

Algunas de las conclusiones del grupo de expertos que elaboraron el informe enviado a todos los hospitales “Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático”, realizado por la Agencia de Evaluación Vasca¹²⁵ y de otras agencias¹²⁶ son:

- No existe evidencia científica documentada de que la radiografía de tórax tenga un efecto favorable en la disminución del riesgo perioperatorio.
- En el paciente sano menor de 60 años no debe solicitarse radiografía de tórax de rutina.

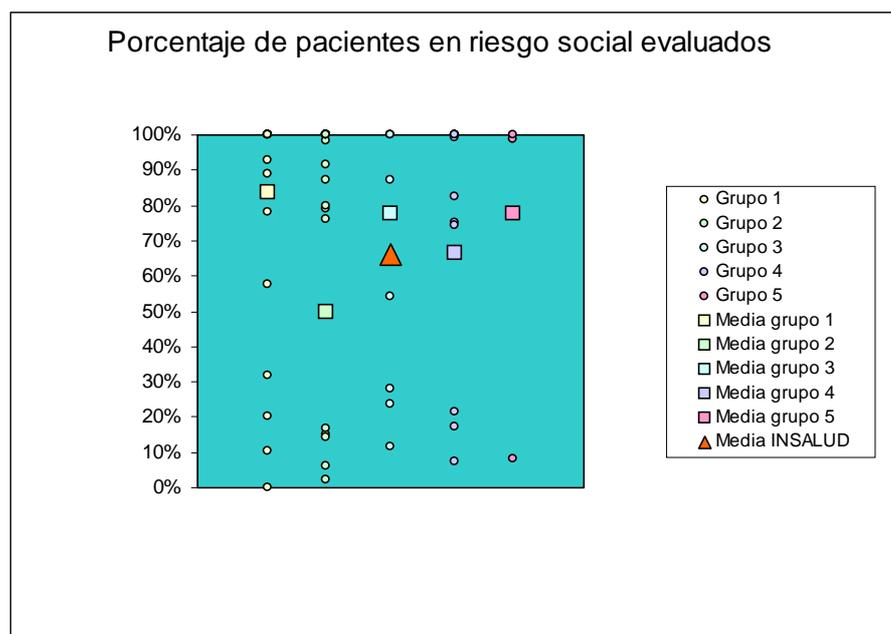
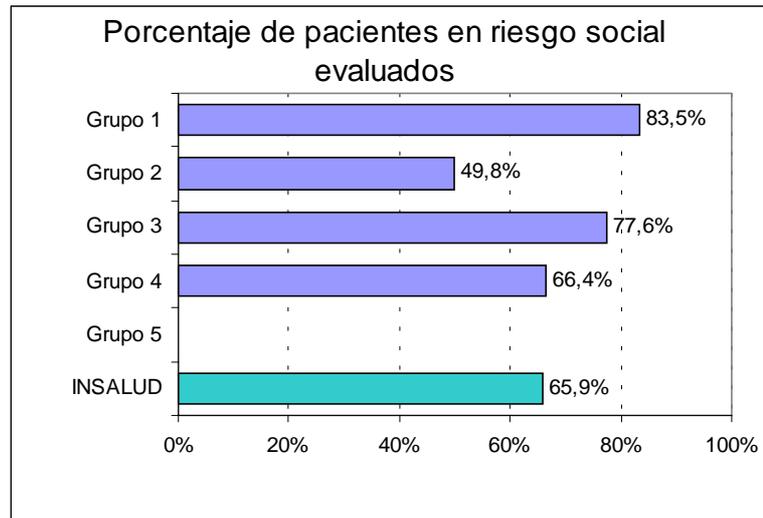


Tal como se planteaba el año anterior, este es sin duda uno de los campos donde existe mayor margen de mejora. Destaca la enorme variabilidad de esta práctica entre los distintos hospitales. En cualquier caso, se ha producido una reducción muy considerable con respecto a los de 1998, pasando del 92,2% al 62,5% y mejorando en todos los grupos de hospitales.

2.13. Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento.

La atención sociosanitaria es el estudio, diagnóstico, tratamiento y atención continuada de los problemas y dificultades de las personas o sus familias cuando tienen que enfrentarse a pérdidas importantes de salud y /o autonomía¹²⁷. Por definición, la atención sociosanitaria presta una atención más amplia y duradera que la atención sanitaria de agudos. Ambos tipos de atención deben complementarse y coordinarse para aprovechar mejor los recursos existentes.

Durante el año 1999 se llevó a cabo la implantación de un Protocolo de Valoración de Riesgo Social en el Ingreso Hospitalario. Su objetivo era evitar estancias y reingresos innecesarios debidos a causas sociales. Uno de los indicadores de evaluación del proyecto forma parte de la monotorización del Plan de Calidad.



V. Clasificación de los hospitales en función de los resultados del Plan de Calidad

La existencia de un Plan de Calidad común y la utilización de una misma metodología en todos los hospitales, permite comparar los resultados obtenidos en cada uno de los objetivos, como se ha mostrado en la sección anterior, y además puntuar a los hospitales en función de sus resultados (si bien hay que tener presente las limitaciones que se han ido señalando).

La metodología para establecer la clasificación de hospitales fue la siguiente:

- Se tuvo en cuenta la evaluación o no los objetivos, estándares e indicadores que se debían evaluar, asignando la peor puntuación posible a la no realización de la evaluación.
- El resultado obtenido en los objetivos comunes y los estándares, pero no en la monitorización de indicadores.
- Se establecieron ponderaciones en alguno de los objetivos. Así por ejemplo, en las vías clínicas se ha valorado diferente si el hospital tenía una o varias, y si la vía estaba sólo diseñada, o se había implantado y realizada la evaluación.

Han sumado de forma negativa dos circunstancias:

- El envío de los resultados fuera de plazo, considerando además la demora en el envío.
- La constatación de defectos en las auditorías llevadas a cabo para la validación de resultados.

Considerando todos los factores expuestos, el resultado obtenido se expresa en forma de porcentaje sobre el máximo teórico que el hospital hubiera podido alcanzar.

En la siguiente tabla se muestran los hospitales que obtuvieron una mejor puntuación de cada grupo, y la puntuación del resto de los hospitales del grupo.

<i>Hospital</i>	<i>Grupo</i>	<i>Resultado</i>
Can Misses. Ibiza	1	88,0%
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	1	84,7%
Comarcal de Medina del Campo. Valladolid	1	83,2%
Santa Cristina. Madrid	1	81,9%
Campo Arañuelo. Navalmoral. Cáceres	1	81,5%
	1	79,2%
	1	79,0%
	1	77,8%
	1	76,6%
	1	74,9%
	1	74,5%
	1	73,2%
	1	71,5%
	1	70,3%
	1	69,9%
	1	69,7%
	1	69,1%
	1	68,7%
	1	68,5%
	1	65,6%
	1	64,0%
	1	63,4%
	1	53,1%
	1	42,3%
	1	38,7%
	1	27,1%

Severo Ochoa. Leganés. Madrid	2	86,7%
De San Agustín. Avilés	2	85,9%
Mancha Centro. Alcázar de San Juan. C. Real	2	85,4%
Morales Meseguer. Murcia	2	85,0%
Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares	2	81,0%
	2	76,7%
	2	76,4%
	2	76,4%
	2	76,0%
	2	75,0%
	2	75,0%
	2	74,6%
	2	73,3%
	2	73,0%
	2	72,9%
	2	71,7%
	2	71,3%
	2	71,2%
	2	70,8%
	2	68,0%
	2	67,0%
	2	66,7%
	2	62,0%
	2	61,7%
	2	61,2%
	2	58,5%
	2	58,4%
	2	58,2%
	2	55,1%
	2	46,8%
De la Princesa. Madrid	3	85,2%
General Yagüe. Burgos	3	84,2%
General de Albacete	3	82,2%
Universitario de Getafe. Madrid	3	71,3%
	3	71,0%
	3	70,1%
	3	69,3%
	3	67,0%
	3	64,1%
La Paz. Madrid	4	86,3%
12 de Octubre. Madrid	4	82,9%
Ramón y Cajal. Madrid	4	76,3%
Son Dureta. Palma de Mallorca	4	70,7%
Miguel Servet. Zaragoza	4	66,8%
	4	66,6%
	4	65,3%
	4	65,2%
	4	63,3%
	4	62,0%
	4	59,9%
	4	52,1%
	4	52,0%
De la Fuenfria. Cercedilla. Madrid	5	81,0%
	5	78,1%
	5	64,8%

Promedio cumplimiento: Grupo 1: 69,1%
Grupo 2: 70,7%
Grupo 3: 73,8%
Grupo 4: 66,9%
Grupo 5: 74,7%
INSALUD: 70,1%

VI. Anexos

ANEXO 1:

Validación de los resultados del Plan de Calidad

La medición del Plan de Calidad se lleva a cabo mediante autoevaluación, con una metodología homogénea, lo que permite comparar los resultados entre hospitales. En base a estos resultados se establece una puntuación y clasificación de hospitales, que se utiliza para vincular los incentivos económicos a la mejora de la calidad. La comparación entre hospitales y establecimiento de incentivos en función de la calidad obliga a desarrollar mecanismos que garanticen la fiabilidad de los resultados. Por ello, en los últimos dos años se han llevado a cabo auditorías para la verificación de los resultados en varios hospitales.

En general, se trata de confirmar que existe un sistema que haya permitido la evaluación y mejora de la calidad: persona responsable del objetivo, acciones emprendidas, hoja de recogida de datos, listados de historias clínicas evaluadas, etc. En otros objetivos, además, se obtiene una micromuestra de la población estudiada, en la que se ha medido el indicador, y se comprueba la existencia de discrepancias. En ningún caso la verificación de resultados por este método trata de obtener el resultado de nuevo, sino asegurar la exactitud de los datos enviados.

Durante el año 2000, se validaron los resultados del Plan de Calidad de 1999 en tres hospitales (está previsto realizar la validación en dos hospitales más).

La metodología de trabajo, y los resultados de la validación, se muestran a continuación.

1. COMISIONES CLÍNICAS

Un miembro de cada una de las comisiones clínicas exponía cuales habían sido sus objetivos durante 1999 y las acciones de mejora llevadas a cabo y, contestaba a las dudas y preguntas del equipo auditor.

En uno de los hospitales, existió participación médica y de enfermería en todas las comisiones. Se detectó que existía una forma de trabajar sistemática, que sus objetivos abarcaban todos los aspectos que clásicamente se han encargado a las comisiones y que asumían su responsabilidad y los objetivos que plantearon. Todos los ponentes mostraron mucho interés en mostrar la actividad que llevaban a cabo las Comisiones.

El trabajo de las CC se enfrenta con frecuencia a las dificultades de comunicación inherentes a los grandes hospitales. En este sentido, es destacable en uno de los hospitales la utilización de la intranet hospitalaria por las Comisiones como un medio de difusión de su trabajo, de los protocolos que realizan, de los resultados de las evaluaciones, etc. Parece una estrategia muy prometedora y que podría llevarse a cabo en el resto de hospitales.

En otro hospital, se halló que en todas las comisiones se trabajaba por objetivos que eran, en su mayoría, adecuados. Algunas como la de Farmacia y Docencia incluyeron objetivos muy novedosos e interesantes. Asumían su responsabilidad y existía, en general, una importante participación.

Entre los aspectos mejorables, en uno de los hospitales se detectó la existencia de falta de apoyo administrativo. En otro hospital, el equipo auditor opinó que las comisiones podrían actuar como difusoras de los resultados de las evaluaciones a todos los servicios, por ejemplo, la de Infecciones respecto a los datos de infección. Además, se detectó la falta de apoyo al funcionamiento de algunas comisiones, como la de Mortalidad o la de Investigación

Conclusiones

La exposición en sesión abierta a todo el hospital del trabajo de las distintas comisiones y la contestación a las dudas o preguntas del equipo auditor, es una actividad que no se había desarrollado en las auditorías de años anteriores y que se ha mostrado eficaz para conocer esta actividad en los hospitales, al mismo tiempo que permite a los profesionales del hospital participar en esta sesión.

Se consideró que la participación de Gerente en la presentación de la sesión y del Director Médico como moderador de todos los ponentes, reflejan una actitud hacia la mejora de la calidad que refuerza positivamente la imagen corporativa del hospital.

2. ESTÁNDARES DE LA ORGANIZACIÓN

- Estándar 1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación.
- Estándar 2. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso del parto.
- Estándar 3. El hospital tiene un Plan de Acogida a los pacientes.
- Estándar 4. El hospital facilita la hospitalización padres-hijos.
- Estándar 5. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.
- Estándar 6. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

Para conocer el grado de cumplimiento de los estándares se mantuvo una entrevista con los responsables de cada uno de los estándares, que generalmente era personal facultativo y de enfermería. Se les preguntó por el grado de cumplimiento de cada uno de los criterios y su valoración final.

En uno de los hospitales, el equipo auditor no halló discrepancias en la evaluación que el hospital hizo de los estándares, pero detectó algunos aspectos claramente mejorables. Por ejemplo, la falta de difusión de los criterios de los estándares a todos los profesionales implicados en su cumplimiento (si bien es cierto que estos criterios se elaboraron y difundieron a los hospitales a finales de año y no al principio en las especificaciones del Contrato de Gestión). En este mismo centro, en entrevistas posteriores con responsables de servicios clínicos se notó una cierta decepción por la no solución de problemas crónicos del hospital. La mayor parte de estos problemas detectados son de tipo organizativo y afectaban a todas las divisiones del hospital.

En otro hospital, el último estándar no había sido evaluado. La revisión por parte del equipo auditor halló que, de los 13 requisitos de este estándar, se cumplían 5 ó 6. Algunos son requisitos importantes, como el conocimiento de las iniciativas que se llevan a cabo en el hospital, el establecimiento y firma de objetivos de calidad en los Servicios o la distribución de productividad variable teniendo en cuenta, entre otros factores, los objetivos de calidad. La ausencia de otros requisitos, como las reuniones sistemáticas del comité de calidad del hospital, la difusión interna de los resultados, o los medios de que dispone el coordinador de calidad (tiempo, despacho, apoyo administrativo), hicieron que el estándar no se pudiera dar por conseguido.

En otro de los centros, se encontró que no se estaba valorando el trabajo de los servicios en calidad, ya que la productividad variable no lo había tenido en cuenta. El coordinador de calidad no participaba en los pactos con los servicios. Faltaba la cultura del pacto de objetivos, y apoyo para implantar una segunda vía clínica.

3. PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD

Objetivo 1. Mejorar la gestión de las reclamaciones

Indicador 1: Porcentaje de reclamaciones contestadas antes de 30 días y que cumplen los criterios establecidos

En los tres centros 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. Se habían implantado las medidas de mejora declaradas.

En uno de los hospitales, existió una reclamación frecuente: servicio de urgencias saturado, listas de espera. Se había trabajado en un grupo de mejora y se consiguió disminuir las reclamaciones en el área de urgencias.

Objetivo 2. Mejorar la información a pacientes y familiares

Objetivo 2.1. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a los familiares de los pacientes tengan un Plan de Información documentado

Indicador 2.1 Proporción de servicios clínicos que tienen un plan documentado para la información a familiares.

En uno de los hospitales, 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. Se habían implantado las medidas de mejora declaradas. Se examinó el plan de información de Neurología, que era de gran calidad.

En un hospital, se elaboró un modelo normalizado para documentar el plan de información que forma parte del Programa de Acogida, que se había implantado en 5 servicios. Este documento era muy completo y de gran calidad. En ese mismo centro había existido un error a la hora de interpretar el indicador de este objetivo. Por ello, hubo que invalidar el resultado de este indicador.

En otro centro no se pudo comprobar la existencia de planes de información de los 60 Servicios referidos por el hospital. La visita al azar a algunas plantas indicó que sí existían pautas para dar la información, pero ni la documentación ni la organización formaban parte del Programa de Calidad del Hospital. Los resultados no fueron concordantes con los enviados por el hospital.

Indicador 2.2. Número de procedimientos con documento de consentimiento informado específico.

En un centro, La Comisión Central de Garantía de Calidad tenía encomendada la tarea de revisar los documentos de CI. Las hojas de información sobre el procedimiento eran muy buenas, estaban normalizadas y tenían un lenguaje bastante comprensible.

En otro hospital, se había hecho una relación con todos los documentos existentes en el centro. La Comisión Central de Garantía de Calidad había elaborado un documento genérico para aquellos procedimientos en los que no existía ninguno, pero no se había podido consensuar un documento de consentimiento informado específico para todo el hospital. Era necesario mejorar la calidad de muchos ellos.

Por último, en el otro hospital visitado, se cumplía de forma adecuada con este objetivo, aunque la validación de todos los documentos del hospital no estaba completada, porque algunos Servicios no han enviado sus documentos al Comité de Ética.

Indicador 2.3. Porcentaje de pacientes que tienen documento de CI debidamente firmado por el médico y el paciente, en su historia clínica.

En un hospital, se extrajo una micromuestra de las HC evaluadas para estudiar la concordancia. Se encontró una concordancia plena entre el equipo auditor y el resultado enviado. Se realizó una recomendación: mejorar la hoja de recogida de datos, con una columna en la que figure si está o no el documento.

En otro centro, se extrajo una micromuestra de las HC evaluadas en las que el equipo auditor encontró absoluta concordancia con los resultados enviados. Sin embargo, el resultado de este indicador era bajo, y la persona responsable del objetivo había enviado por escrito al Director Gerente las razones encontradas en la evaluación a las cuales se debía este resultado (en muchos faltaba la firma del médico). No se evidenció que por parte de la Dirección se hubieran impulsado medidas para mejorar este indicador.

En el otro centro visitado, no se determinó en la metodología de evaluación qué profesional era el responsable de este objetivo. No existía una hoja de recogida de datos con los criterios utilizados en la evaluación, ni tampoco un registro de los números de historia clínica que habían sido revisados. Los resultados no fueron concordantes con los enviados por el hospital.

Objetivo 3. Mejorar los sistemas de información

Indicador 3.1. Porcentaje Informe de alta en la HC en menos de 15 días.

Un hospital había realizado un muestreo por cuotas. La tasa de recuperación de historias era demasiado baja. Por ello, se recomendó que convendría revisar el circuito que siguen las HC tras el alta del paciente.

En otro, la evaluación realizada consistió en registrar con un sólo dato (con el código 1 ó 2, si/no) en la ficha-resumen de codificación si el informe de alta estaba o no presente. No existía una hoja de recogida de datos con los criterios utilizados en la evaluación, ni tampoco existió un registro de los números de historia clínica que habían sido evaluados, por lo que fue imposible comprobar que la evaluación se hubiera llevado a cabo de forma adecuada. Los resultados no fueron concordantes con los enviados por el hospital.

Indicador 3.2. Porcentaje de informes de alta definitivos en la HC a los dos meses.

No existieron discrepancias en ninguno de los hospitales visitados.

Indicador 3.3. Porcentaje de informes de alta que cumplen el 100% de los criterios de calidad.

El resultado obtenido por un hospital se había realizado únicamente en las altas del Servicio de Ginecología. El equipo auditor consideró que la evaluación de estos informes no se puede considerar representativa del resto de los servicios, y por tanto se decidió invalidar este resultado

por problemas metodológicos. La recomendación fue que sería deseable que el Comité de HC llevara a cabo esta evaluación y difundiera sus resultados a todos los servicios.

En otro hospital, se había elaborado una hoja específica para la evaluación de este objetivo, muy completa y ponderando ítems. Por último, en el otro hospital auditado, se encontró que se había realizado un esfuerzo importante para mejorar la información contenida en los informes, lo que se había traducido en mejoras en los índices de complejidad de su casuística.

Objetivo 4. Mejorar la gestión de la lista de espera.

Indicador 4. Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera que cumplen todos los criterios obligatorios establecidos

En dos hospitales, 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. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Sin embargo, en otro centro la evaluación se llevó a cabo a partir de los datos existentes en bases informáticas, pero no quedó constancia en ningún documento. No existió una hoja de recogida de datos con los criterios utilizados en la evaluación, ni tampoco existía un registro de los números de historia clínica que han sido evaluados, por lo que fue imposible comprobar que la evaluación se llevara a cabo de forma adecuada. Los resultados no fueron concordantes con los enviados por el hospital.

En un hospital, el responsable de este objetivo consideró que la Guía plantea problemas burocráticos, ya que solicita de nuevo datos que ya tiene el hospital. Por esta razón se ha dado por válidas algunas de las hojas en las que falta información, ya que puede acceder ella a través del sistema de información.

Objetivo 5. Implantar protocolos/guías de práctica clínica/ vías clínicas

Indicador 5.1. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a protocolo.

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. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas.

En dos centros se presentó un registro de los pacientes evaluados, existía una hoja de recogida de datos cumplimentada con los criterios de evaluación utilizados y un protocolo hospitalario escrito actualizado. Se realizó un estudio de una micromuestra de las HC evaluadas para ver concordancia de resultado. No se encontraron discrepancias significativas. En el otro hospital, en cambio, existía un responsable de este objetivo, aunque únicamente en un Servicio de Cirugía General. El único protocolo que existió en este tema era de ese Servicio. No fue posible comprobar que la evaluación se realizara de la forma indicada por el hospital, y, por lo tanto, los resultados no eran concordantes con los enviados.

En un hospital, los protocolos existentes de profilaxis no estaban validados por la Comisión de Infecciones. Se recomendó al responsable de este objetivo, que era miembro de dicha comisión, la importancia de esta validación y de presentar propuestas de mejora a los servicios.

Indicador 5.2. Porcentaje de pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

En todos los centros, la responsable de este objetivo conocía que había sido designada como tal, y había tenido oportunidad de trabajar en este objetivo para mejorar sus resultados.

En un hospital, hay que resaltar el desarrollo del sistema de estandarización de procedimientos en enfermería, con tradición en la elaboración y difusión de protocolos y un método adecuado y ambicioso de evaluación, lo que proporcionaba información rigurosa en los paneles de resultados sobre calidad.

Objetivo 5.3. Implantar las guías de las Sociedades Científicas

5.3a. Protocolo cataratas.

Indicador 5.3a. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

En dos hospitales, 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. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Se presentó un registro de los pacientes evaluados, existía una hoja de recogida de datos cumplimentada con los criterios de evaluación utilizados y un protocolo escrito actualizado. Sin embargo, en el tercer hospital analizado, no fue posible comprobar que la evaluación se realizara tal como se informó, dado que no se pudo entrevistar al responsable ni se revisó documentación sobre este objetivo.

5.3b. Protocolo adenoma de próstata.

Indicador 5.3b. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

En un centro, no se presentaron las hojas de recogida de datos cumplimentada con los criterios de evaluación utilizados, pero la sistemática de trabajo parecía correcta. En otro hospital, el resultado enviado no correspondía con el indicador pedido, y en el tercero, tampoco fue posible comprobar que la evaluación se realizara.

5.3c. Protocolo amigdalectomía.

Indicador 5.3c. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

En un hospital, 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. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Se presentó un registro de los pacientes evaluados, existía una hoja de recogida de datos cumplimentada con los criterios de evaluación utilizados y un protocolo escrito actualizado.

En un centro, era destacable la implicación del responsable de este objetivo y las mejoras realizadas en el protocolo, con la inclusión de los cuidados de enfermería. En los otros dos, el equipo auditor no pudo entrevistarse con el responsable de este objetivo.

5.3d. Protocolo prótesis de cadera.

Indicador 5.3d. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

En un centro, 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. Se habían

implantado las medidas de mejora expuestas. El Servicio de Traumatología adaptó el protocolo a su hospital, incluyendo aspectos novedosos como el conseguir una estancia media de hospitalización para estos pacientes inferior a 10 días.

En otro hospital, en los protocolos de traumatología no fue posible entrevistar al responsable del objetivo, por lo que no se pudo comprobar que la evaluación se llevara a cabo de forma adecuada.

5.3f. Protocolo hallux valgus.

Indicador 5.3f. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

En un hospital, no fue posible tener una reunión con el responsable de este objetivo, que se justificó adecuadamente. En otro, 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. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Se pudo comprobar el resultado del indicador.

5.3e. Protocolo Prótesis de rodilla.

Indicador 5.3e. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

En un centro, habían implantado el protocolo de la Sociedad Científica y existieron las hojas de recogida de datos cumplimentadas. En otro hospital, 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. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas.

Objetivo 5.4. Utilizar la alta tecnología de acuerdo a protocolo

5.4a. Protocolo de utilización de RNM

Indicador 5.4a. RNM. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una RNM, de acuerdo a los criterios del protocolo.

En un hospital, 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. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existía un registro de los pacientes evaluados y una hoja de recogida de datos cumplimentada con los criterios de evaluación utilizados.

El otro hospital no había evaluado este objetivo. Por último, en un centro existía un responsable del objetivo, pero no conocía la metodología de evaluación. No se pudo comprobar que existan protocolos de uso adecuado de estos medios diagnósticos. No existía una hoja de recogida de datos con los criterios utilizados en la evaluación, ni tampoco un registro de los números de historia clínica que habían sido evaluados, por lo que fue imposible comprobar que la evaluación se llevara a cabo de forma adecuada.

5.4b. Protocolo de utilización de TAC

Indicador 5.4b. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado un TAC, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo.

Dos centros no evaluaron este objetivo, y en el tercero, que si lo evaluaba, no se pudo confirmar los resultados.

5.4c. Protocolo de utilización de oxigenoterapia.

Indicador 5.4c Oxigenoterapia. Porcentaje de pacientes a los que se les ha tratado con oxigenoterapia, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo.

En un centro, la tasa de utilización de la oxigenoterapia estaba por debajo de la media y el hospital no estaba obligado a hacer esta evaluación. Sin embargo, si se había realizado. En otro, las indicaciones de oxigenoterapia se evaluaban en cada paciente, en las revisiones periódicas realizadas en la consulta de Neumología. Existió un responsable del objetivo, que conoce la metodología. Sin embargo, para el cálculo de este indicador no se realizó una recogida de datos que permitiera ahora comprobar que la evaluación se efectuó como el hospital indica. No se pudieron comprobar los resultados enviados.

5.4d. Protocolo de utilización de litotricia.

Indicador 5.4d. Litotricia. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una litotricia, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo

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. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existe un registro de los pacientes evaluados, pero no se pudo disponer de las hojas de recogida de datos cumplimentadas con los criterios de evaluación utilizados. El equipo evaluador expuso que la sistemática parece correcta, pero insistió en la necesidad de conservar toda la documentación de la evaluación.

Objetivo 5.5. Implantar protocolos de procesos o procedimientos en los servicios.

Los resultados fueron concordantes con los enviados por los hospitales.

Vías clínicas

En un hospital se habían creado dos equipos multidisciplinares. Se basaron en las vías del Hospital La Paz. Un aspecto deficitario en el diseño de las vías fue la revisión en profundidad de la adecuación de la práctica. Un aspecto positivo era la integración de enfermería. Existieron conflictos, por la carga burocrática, y alguna reticencia a ofrecer información a los pacientes.

En otro hospital, se presentó la matriz y las correspondientes hojas de verificación. Como aspectos positivos, el equipo auditor destacó que el hospital tenía un “pool” de enfermería para visitas domiciliarias, entre las cuales se encontraban los pacientes que habían entrado en la vía clínica. También integraron las hojas de medicación de la vía en las de unidosis y consiguieron bajar la estancia media a 8 días. Quedaban pendientes los resultados de satisfacción. Existía una buena integración por parte del personal médico y de enfermería.

Objetivo 6. Disminuir la infección hospitalaria.

Indicador 6. Nivel de vigilancia de la infección nosocomial.

En uno de los hospitales, aunque el nivel teórico era el señalado por el hospital, parecía escaso el periodo de tiempo de seguimiento en cada servicio. Por la complejidad del hospital, se recomendó ampliar el tiempo de seguimiento. En los otros dos centros, hubo concordancia con el resultado declarado por el hospital.

Objetivo 7. Mejorar el proceso de donación de órganos y trasplantes.

Indicador 7.1. Porcentaje de exitus en UC diagnosticados clínicamente de ME, detectados por la UCTX e incluidos en el protocolo del proceso de donación de órganos.

En todos los centros, 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. Se habían implantado las medidas de mejora expuestas. Existía un listado de pacientes evaluados y las hojas de recogida de datos cumplimentadas. Hubo dos discrepancias menores en los datos en dos centros.

Objetivo 8. Implantar objetivos de calidad en servicios/unidades no asistenciales.

En uno de los hospitales, existían responsables definidos y motivados por cada uno de los servicios, que conocían la metodología de la mejora de la calidad. Habían definido adecuadamente los objetivos de calidad. El plan de calidad había sido desarrollado en todas las unidades. Las actividades realizadas fueron bastante innovadoras. Existió una buena integración entre los servicios asistenciales y los no asistenciales.

En otro centro, la consecución de un objetivo concreto ha supuesto crear un grupo de trabajo específico, que sirvió, además, para mejorar las relaciones entre el personal de cocina y el de enfermería. Otro hospital no había evaluado este objetivo.

Objetivo 9. Cumplir la normativa sobre prohibición del consumo de tabaco en los hospitales.

Indicador 9.1. El hospital tiene visible en las entradas principales la señalización sobre la prohibición de fumar.

En un centro, existía señalización de la prohibición de fumar, aunque no había un cartel a la entrada. El equipo auditor aconsejó subsanar dicha deficiencia lo antes posible, ya que se trata de las medidas antitabáquicas mínimas exigibles a todos los centros. En otro hospital, los resultados fueron concordantes con los enviados.

4. MONITORIZACIÓN DE INDICADORES

Tasa de reingresos en urgencias a las 72 horas.

Un hospital había llevado a cabo un estudio que le permitió obtener este dato de un modo fiable. No existía registro impreso de los resultados, pero sí de la metodología. En otro centro, se detectó un problema que podía afectar a la validez de los datos.

Vigilancia de las úlceras por presión.

Un hospital informó que este indicador se obtiene del estudio EPINE, pero los datos aportados eran los de la evaluación periódica realizada por las unidades de enfermería.

Tasas de prevalencia de infección hospitalaria (IH).

En los indicadores de IH los hospitales habían llevado a cabo estudios que les permitían obtener el indicador de manera fiable.

Porcentaje de estancias inadecuadas

Un hospital que declaraba datos, no lo había evaluado mediante protocolo AEP. Este ha sido un problema común a otros hospitales.

Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.

Los hospitales habían llevado a cabo un estudio que le ha permitido obtener este dato de un modo fiable.

Porcentaje de suspensiones de consultas externas.

Un hospital ha llevado a cabo un estudio que le ha permitido obtener este dato de un modo fiable. Otro presentaba problemas metodológicos en este indicador, y un tercero no lo había evaluado.

Porcentaje de pacientes que permanece más de 3 y más de 6 horas en el Servicio de Urgencias.

Un hospital había llevado a cabo un estudio que le permite obtener el indicador de manera fiable. No se pudo estudiar en los otros dos.

Porcentaje de pacientes mayores de 60 años, con Rx en el preoperatorio.

Un hospital había llevado a cabo un estudio que le permite obtener el indicador de manera fiable. En el hospital no se ha planteado todavía la suficiente discusión sobre el tema.

Porcentaje de pacientes en riesgo detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento.

Dos de los hospitales habían llevado a cabo un estudio que les permitió obtener este dato de un modo fiable. Otro centro había evaluado a los pacientes mayores de 75 años en el indicador, exclusivamente, y por ello se obtenía un resultado alto.

5. OBJETIVOS POR SERVICIO.

En un hospital, habían funcionado bien las comisiones de objetivos. Los Jefes de Servicios estaban implicados en el Plan de Calidad y parece que existía una buena sintonía entre enfermería y médicos. Se halló una dificultad en plasmar como objetivos del plan de calidad de los servicios algunos problemas importantes detectados por los responsables de estos servicios.

En otro hospital, aunque existía el pacto de objetivos por Servicios con la Dirección, parecía detectarse una falta de credibilidad por parte de algunos profesionales en este sistema como herramienta útil de trabajo. Existía un desequilibrio importante, evidenciándose grandes diferencias de unos Servicios a otros, que sería bueno corregir. Parecía necesario, además, mejorar la coordinación entre el Plan de Calidad del Hospital (objetivos institucionales) y el de los Servicios. El grupo auditor consideró clave el papel de la Dirección en el pacto con los Servicios, generando una cultura de calidad y fomentando la metodología del pacto.

Unidad de Calidad Asistencial.

En un centro, de la auditoría al hospital se desprende que el coordinador de calidad, gozaba de prestigio dentro del centro, y de relaciones fluidas con el equipo directivo, con los responsables de unidades asistenciales y no asistenciales, y en general con todos los profesionales. Otro aspecto digno de destacar, fue el esfuerzo hecho en formación sobre metodología de calidad, que comenzó con el equipo directivo y responsables de servicios y que se había extendido a todos los trabajadores.

La unidad de calidad estaba compuesta por el coordinador y dos diplomadas en enfermería. Durante la visita se puso de manifiesto que existían objetivos diferentes, áreas de trabajo separadas y falta de integración de los profesionales en una verdadera unidad de calidad con objetivos comunes. Las profesionales de enfermería se sentían más vinculadas a la división correspondiente de enfermería que a la unidad de calidad de la que dependen reglamentariamente. No obstante, en los objetivos pactados con los servicios para el año 2000, se proponía una integración de los objetivos médicos y de enfermería, de tal manera que los esfuerzos se centren en el paciente. Esta iniciativa se consideró muy positiva y parece dirigida a mejorar este problema. Este es un problema común, y otros hospitales podrían adoptar medidas similares.

CONCLUSIONES

Se visitaron tres centros, con desiguales resultados. En uno de ellos, que se había prestado voluntario para la visita, se pudo comprobar que la cultura de la mejora de la calidad está impregnando las distintas divisiones y estamentos del hospital. Había muchas personas con conocimientos de metodología y otras a las que este mensaje no les es ajeno. En los otros centros, la motivación encontrada fue muy desigual entre los profesionales entrevistados.

Como aspectos mejorables, hemos de señalar:

En general, es necesario definir mejor y priorizar los problemas organizativos importantes y plasmarlos en el plan de calidad. Si se consigue, la credibilidad y aceptación del Plan de Calidad por los que todavía son escépticos o están decepcionados mejorará.

Sigue siendo necesario mejorar la organización del Programa de Calidad, dedicando más recursos y estandarizando procedimientos. Es preciso difundir la metodología de trabajo en gestión de la calidad, rentabilizar las formas de evaluación y de cálculo de indicadores, utilizar más la información obtenida, pueden ser áreas de mejora en el hospital.

Por otra parte, hay que lograr la implicación de forma directa del equipo directivo, demostrando claramente a la organización la importancia que para el hospital tienen las estrategias de mejora de la calidad.

Se han encontrado problemas metodológicos de cierta importancia, especialmente en un centro, lo que obliga a anular los resultados de algunos de los objetivos. Estas discrepancias entre los datos enviados y los hallados por los auditores son siempre preocupantes, porque evidencian las limitaciones que todavía persisten en la evaluación del Plan de Calidad.

Un aspecto a reseñar es que no todos los responsables conservaron la documentación necesaria para realizar la verificación del cumplimiento de algunos objetivos, especialmente en los protocolos. Sería conveniente conservar los listados de los pacientes evaluados y las hojas de recogida de datos cumplimentadas en la evaluación, ya que es la única manera de verificar los resultados declarados, y que esta documentación quede centralizada con el resto de la documentación del plan de calidad. De igual manera, de aquellos objetivos de los que se realice una evaluación directamente del ordenador, conviene imprimir los resultados y el listado correspondiente.

Como aspectos positivos, hemos de valorar:

En uno de los centros, el equipo auditor consideró destacable la implicación de los profesionales. No sólo habían definido sus objetivos de calidad y llevado a cabo acciones de mejora, sino que la evaluación se ha hecho con autoevaluación. Esto es un problema en algunos hospitales, en los que se ha descargado en el coordinador de calidad, a pesar de que explícitamente se ha dicho que no era su función.

Es destacable el camino que se ha iniciado en un centro hacia la integración de los objetivos de calidad de médicos y enfermeras en objetivos del Servicio. Parece que este ejemplo debe ser seguido por otros hospitales.

Estas auditorías han tenido un valor añadido muy importante. En un caso, fue solicitada por el hospital, lo que supone de entrada que se está seguro de haber trabajado bien y se reconoce el beneficio que supone para el hospital que un grupo de personas estén durante tres días preguntando, viendo documentación, discutiendo, haciendo una sesión abierta a todo el hospital, etc. Además, ha permitido que un grupo de coordinadores hayan podido participar como auditores, lo que ha servido de entrenamiento de futuros equipos y ha permitido compartir experiencias, intercambiar ideas y documentos, que contribuirán a mejorar el Plan de calidad de otros hospitales.

Este año ha sido la primera vez que en la agenda de una auditoría se ha incluido una sesión abierta a todo el hospital, en la que se ha explicado el motivo de la auditoría, y otra sesión el último día en la que se expuso el informe preliminar a la Comisión de Dirección. Ambas fueron sugerencias del Coordinador de Calidad de un hospital y el equipo auditor considera que han contribuido a mejorar la auditoría y por tanto serán incluidas en las próximas. Estas auditorías contribuyen a mejorar la credibilidad de los datos del Plan de Calidad de Atención Especializada.

ANEXO 2:

Encuesta de actividad en calidad asistencial

Los hospitales del INSALUD que respondieron a la encuesta fueron 80.

1. Coordinador de Calidad.

En los 80 hospitales había Coordinador del Programa de Calidad.

La dedicación de los coordinadores a su tarea resultó ser a tiempo parcial en 70 hospitales (89%), a tiempo completo en 6 centros y en 3 centros se ocupaban de forma extralaboral.

De los 70 Coordinadores a tiempo parcial, 5 no especificaron el número de horas semanales que les ocupaban sus tareas de Coordinador y 1 de los 3 que se ocupaban de forma extralaboral, tampoco. Con estos datos, la media de dedicación de tiempo a las tareas de coordinador de calidad fue de un 41% del tiempo de trabajo (en 1998 se obtuvo el mismo dato) con un rango entre 2,5% y el 100%. En el siguiente gráfico se observa la distribución de los coordinadores según el tiempo de dedicación.



El promedio de dedicación por grupos de hospitales se muestra a continuación.



2. Comisiones clínicas.

La participación de los profesionales es una de las claves en el éxito del Programa de Calidad^{128,129,130,131}. De lo contrario, los profesionales experimentan los cambios organizativos como algo externo e impuesto¹³². Las Comisiones no se deben considerar como un instrumento de control, sino como grupos de expertos para mejorar la gestión¹³³.

Las comisiones clínicas son órganos de participación multidisciplinar de los profesionales para la mejora de la calidad^{134,135}. Están formadas por grupos de expertos, y facilitan la labor directiva¹³⁶. El Real Decreto 521/87 definió un mínimo de comisiones clínicas que han de establecerse en los centros¹³⁷.

El valor de las comisiones clínicas es incuestionable por las siguientes razones:

- Están recogidas en textos legales de obligado cumplimiento.
- Tienen un carácter permanente en el tiempo, con las renovaciones oportunas.
- Coordinan e integran profesionales que pertenecen a distintos departamentos con funciones diferentes.
- Suministran opinión y consejo con una perspectiva amplia, para tomar decisiones con una base segura.

La Comisión Central de Garantía de Calidad existía en 66 hospitales (84%), frente a 70 (89%) en 1998. De las 66 comisiones constituidas hubo 2 que no se reunieron en ninguna ocasión. La media de reuniones fue de 3,1 (3,4 en el año anterior) con una desviación estándar de 1,9 (rango 0 – 12).

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 tenía más de 5 comisiones clínicas.

En el año 1998: El número medio para el total de hospitales de Comisiones Clínicas en funcionamiento fue de 9,0. El 87% de los hospitales tenía más de 5 comisiones clínicas.

En el año 1999: El número medio para el total de hospitales de Comisiones Clínicas en funcionamiento fue de 9,5. El 82% de los hospitales tenía más de 5 comisiones clínicas.

Grupo	Nº medio de Comisiones 1997	Nº medio de Comisiones 1998	Nº medio de Comisiones 1999	Mínimo	Máximo
Grupo I	6,4	6,6	6,4	12	3
Grupo II	8,1	9,4	9,8	15	4
Grupo III	8,5	10,2	11,4	14	8
Grupo IV	11,3	12,8	14,3	23	8
Grupo V	6,3	6,3	5,0	5	5
INSALUD	8,1	9,0	9,5	23	3

Tabla 2. Número de comisiones por tipo de hospital. Años 1997-1999.

Las comisiones más frecuentes se muestran en la siguiente tabla (señalando el número de hospitales que tenían cada comisión), junto con el número medio de reuniones para cada comisión.

Comisiones	1998	Reun. 98	1999	Reun. 99
Farmacia y Terapéutica	79 (100%)	5,9	80 (100%)	6,2
Infección Hospitalaria y Política antibiótica	78 (99%)	5,7	76 (96%)	5,6
Historias Clínicas	77 (97%)	5,4	75 (95%)	5,7
Tejidos, Tumores y Mortalidad	54 (68%)	5,1	58 (73%)	4,7
Ensayos clínicos y Ética de la Investigación clínica.	34 (43%)	5,1		
Tecnología y adecuación de Medios diagnósticos	55 (70%)	5,6	52 (66%)	4,9
Docencia y Formación continuada	56 (71%)	5,4		
Quirófano	18 (23%)	5,5	33 (42%)	5,0
Comité Asistencial de Ética	21 (26%)	7,7	23 (29%)	8,3
Grupo promotor del Comité Asistencial de Ética			15 (19%)	7,0
Dietética y Nutrición	12 (16%)	4,4	24 (30%)	7,3
Hemoterapia y Transfusión	22 (28%)	4,2	32 (41%)	4,6
Urgencias	22 (28%)	4,4	27 (34%)	5,3
Biblioteca	21 (26%)	4,0		
Trasplantes	9 (11%)	4,5		

Observamos de forma general, un aumento de la presencia y actividad de las comisiones más importantes.

3. Grupos de mejora

Aun reconociendo la importancia de las comisiones clínicas del hospital como instrumento de la Dirección en la gestión de la calidad, es importante tener en cuenta la existencia de otros grupos menos formales (círculos de calidad, grupos de mejora^{138,139}). Estos grupos tienen las siguientes características:

- Estructuras menos formales, sin continuidad temporal que puede ocuparse de problemas puntuales.
- Se pueden circunscribir a un ámbito más reducido. Por ejemplo, un servicio con un problema definido, en el desarrollo de una vía clínica, o la reingeniería de determinado proceso.
- Integradas por profesionales de distintas categorías dentro de un departamento, con lo cual el compromiso por la calidad se extiende a ámbitos más amplios que los facultativos (la calidad concierne a todos).
- Pueden utilizar metodologías muy prácticas para realizar mejoras continuas, como el ciclo PDCA¹⁴⁰.

Respecto a la presencia de grupos de trabajo, se muestra el número de hospitales de cada grupo que tienen grupos de trabajo; y el número de grupos de trabajo por grupo de hospital.

Grupo	1997		1998		1999	
	Tienen g.t.	Nº Medio	Tienen g.t.	Nº Medio	Tienen g.t.	Nº Medio
Grupo I	11 (50%)	3,4	7 (32%)	2,9	16 (73%)	3,1
Grupo II	17 (60%)	2,9	23 (82%)	4,2	24 (86%)	4,7
Grupo III	4 (44%)	6,0	7 (78%)	5,9	5 (56%)	5,3
Grupo IV	11 (84%)	3,8	10 (83%)	7,2	10 (83%)	7,7
Grupo V	2 (33,3%)	3,5	7 (87%)	3,3	1 (13%)	0,6
INSALUD	45 (58,4%)	3,8	49 (62%)	4,4	56 (71%)	4,4

4. 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 fundamental y constituye un índice de calidad de un hospital.

En 1999 ha habido un cierto aumento, tanto del número de comisiones clínicas constituidas en los hospitales como en el número de reuniones que han realizado. 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 CG.

Los grupos de trabajo son una excelente herramienta para la mejora de la calidad asistencial, y deberían potenciarse.

ANEXO 3:

Estructura hospitalaria del INSALUD

Hospitales del Grupo I	
De Calatayud. Zaragoza De Alcañiz. Teruel De Barbastro. Huesca Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea De Jarrío. Coaña Alvarez Buylla. Mieres Verge del Toro. Menorca Can Misses. Ibiza Fundación Hospital de Manacor De Laredo. Cantabria De Hellin. Albacete Santa Barbara. Puertollano Gutierrez Ortega. Valdepeñas	Santos Reyes. Aranda de Duero Santiago Apostol. Miranda de Ebro Medina del Campo. Valladolid De Llerena. Badajoz Campo Arañuelo. Navalmodal de la Mata Ciudad de Coria. Caceres Carlos III. Madrid Virgen de la Torre. Madrid Santa Cristina. Madrid Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz Virgen del Castillo. Yecla De la Cruz Roja. Ceuta Comarcal de Melilla

Hospitales del Grupo II	
Obispo Polanco. Teruel General San Jorge. Huesca De Cabueñes. Gijón De San Agustin. Avilés Valle del Nalón. Langreo De Sierrallana. Torrelavega Complejo Hospitalario Ciudad Real CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan Virgen de la Luz. Cuenca General de Guadalajara Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo Ntra.Sra. de Sonsoles. Avila Del Bierzo. Ponferrada General Rio Carrión. Palencia Complejo Hospitalario de Segovia	General de Soria Virgen de la Concha. Zamora De Don Benito-Villanueva. Badajoz De Merida. Badajoz Virgen del Puerto. Plasencia Complejo Hospitalario de Caceres CH San Millan-San Pedro. Logroño General de Móstoles. Madrid Severo Ochoa. Leganés Central de la Cruz Roja. Madrid Fundación Hospital de Alcorcón Príncipe de Asturias. Alcala de Henares Morales Meseguer. Murcia Santa M ^a del Rosell. Murcia Rafael Méndez. Lorca

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

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

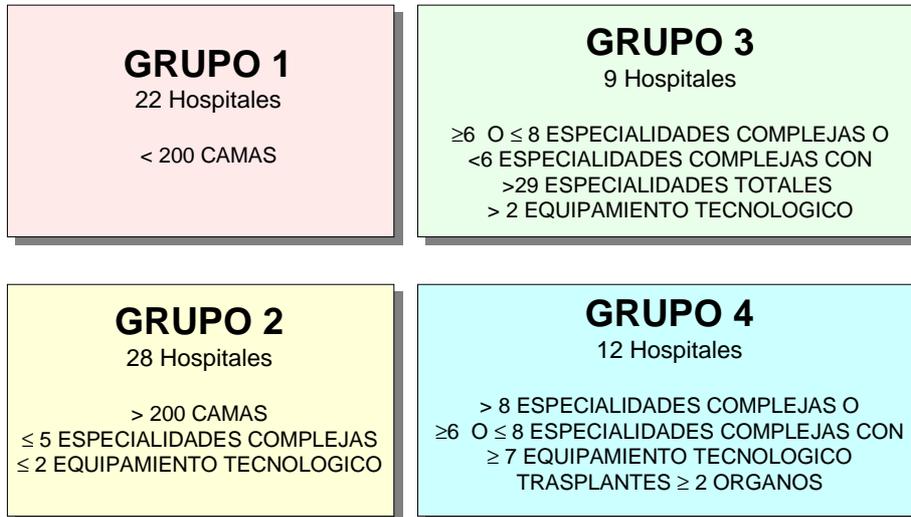
Hospitales del Grupo V	
San Jorge. Zaragoza De la Fuenfria. Madrid	Centro Nacional de Parapléjicos. Toledo

Población cubierta: 13.838.867

Camas instaladas: 37.477

Camas instaladas/1.000 habitantes: 2,71

CLASIFICACION HOSPITALES INSALUD



Sub. Gral At. Especializada



ANEXO 4:

Metodología de evaluación. Estándares y objetivos comunes

1. Introducción

2. Estándares de la Organización

Estándar 1. Todas las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas, si lo desean, durante el proceso de dilatación

Estándar 2. Todas las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas, si lo desean, durante el proceso del parto.

Estándar 3. Todos los hospitales tienen un Plan de Acogida a todos los pacientes. Este plan está documentado e implantado.

Estándar 4. El hospital facilita la hospitalización padres-hijos, salvo problemas estructurales que lo impidan. En este último caso, se ofrece a los padres las máximas comodidades posibles.

Estándar 5. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

Estándar 6. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad

3. Metodología de evaluación del Plan de Calidad

OBJETIVO 1. MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES

Indicador 1. Porcentaje de reclamaciones correctamente contestadas por escrito en un plazo no superior a 30 días.

OBJETIVO 2. MEJORAR LA INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Objetivo 2.1. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a los familiares de los pacientes tengan un Plan de Información.

Indicador 2.1. Porcentaje de Servicios Clínicos que tienen de forma documentada un Plan de Información a pacientes y familiares.

Objetivo 2.2. Desarrollar documentos de consentimiento informado específicos (CI)

Indicador 2.2. Número de documentos implantados en el hospital que cumplen los criterios establecidos en los acuerdos del Consejo Interterritorial sobre el CI o por el acuerdo del Grupo de Expertos formado en el Ministerio de Sanidad que están avalados/validados por alguno de los órganos representativos del hospital y están normalizados

Objetivo 2.3. Implantar del documento de consentimiento informado específico

Indicador 2.3. Porcentaje de pacientes que tienen documento de CI, debidamente firmado por el médico y el paciente.

OBJETIVO 3. MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Objetivo 3.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días.

Indicador 3.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivo en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Objetivo 3.2. Disponer de los IA en todas las historias clínicas a los 2 meses del alta, incluyendo las HC de pacientes fallecidos.

Indicador 3.2a. Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producido el alta.

Indicador 3.2b. Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producido el alta.

Objetivo 3.3. Mejorar la calidad del informe de alta.

Indicador 3.3. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

OBJETIVO 4. MEJORAR LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

Indicador 4. Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera que cumplen los criterios de la Guía de Gestión de la Lista de Espera

OBJETIVO 5. IMPLANTAR PROTOCOLOS/GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA/ VÍAS CLÍNICAS

Objetivo 5.1. Implantar el protocolo de profilaxis antibiótica.

Indicador 5.1a. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo.

Indicador 5.1b. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia.

Indicador 5.1c. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia-contaminada y contaminada

Objetivo 5.2. Aplicar cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

Indicador 5.2. Porcentaje de pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

Objetivo 5.3. Implantar las guías de las Sociedades Científicas

Indicadores 5.3a-b-c-d-e-f (g-h-i-j-k-l). Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Objetivo 5.4. Utilizar la alta tecnología de acuerdo a protocolo

Indicadores 5.4a-b-c-d. Porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado alta tecnología de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo

Objetivo 5.5. Implantar protocolos de procesos o procedimientos en los Servicios

Indicador 5.5a. Número de protocolos/guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en el hospital en cada servicio.

Indicador 5.5b. Porcentaje de Servicios/Unidades funcionales que tienen documentada e implantado al menos un protocolo/guía de actuación.

Indicador 5.5c. Número de vía/vías clínicas implantadas en el hospital.

OBJETIVO 6. DISMINUIR LA INFECCION HOSPITALARIA

Indicador 6. Nivel de vigilancia de la infección nosocomial.

OBJETIVO 7. MEJORAR EL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TRASPLANTES

Indicador 7.1a. Porcentaje de éxitos en las unidades de críticos (UC) diagnosticados clínicamente de muertes encefálicas (ME), detectados por la Unidad Coordinadora de Trasplantes (UCTX) e incluidos en el protocolo del proceso de donación de órganos.

Indicador 7.1b. Porcentaje de donantes reales respecto al total de M.E. que se han producido en las U.C. a lo largo del año.

Indicador 7.1c. Porcentaje de hojas de recogida de información de fallecidos en las U.C. con diagnóstico clínico de muerte encefálica cumplimentadas y remitidas a la Organización Nacional de Trasplantes (O.N.T.) en el período adecuado en un año.

OBJETIVO 8. IMPLANTAR OBJETIVOS DE CALIDAD EN SERVICIOS/UNIDADES NO ASISTENCIALES

Indicador 8.a. Número de Servicios/Unidades no asistenciales que han pactado y evaluado objetivos de calidad.

OBJETIVO 9. CUMPLIR LA NORMATIVA SOBRE CONSUMO DE TABACO EN LOS HOSPITALES

Indicador 9.1. Señalización visible sobre la prohibición de fumar en las entradas al hospital.

Indicador 9.2. Número de acciones llevadas a cabo para la prevención del tabaquismo.

4. Encuesta de actividad de las Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora de la Calidad

1. Introducción

- Uno de los objetivos del Plan de calidad es promover un cambio en la organización, incentivando actividades de evaluación y mejora de la práctica asistencial entre todos los profesionales. La evaluación de la asistencia debe formar parte del trabajo habitual de todos los profesionales, ya que una condición necesaria para mejorar la calidad es conocer lo que se está haciendo y cómo se está haciendo.

- Los objetivos del Plan de Calidad deben ser incluidos en el pacto con los Servicios relacionados con ellos. En los servicios debe haber un responsable cuya función es difundirlos, promover acciones de mejora y evaluar sus resultados.

- 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. La evaluación debe realizarse con rigor metodológico.

También se recuerda que entre las funciones del Coordinador de Calidad está el participar en el diseño del Plan de Calidad del hospital, en su seguimiento, coordinación y evaluación, facilitando apoyo metodológico, pero esto no significa que el Coordinador sea el encargado de llevar a cabo la evaluación. Uno de los objetivos del Programa de Calidad es hacer que los profesionales implicados en el objetivo colaboren en la evaluación, se autoevalúen. La autoevaluación es un factor educativo muy importante.

Recogida y envío de los datos

El Plan de calidad incluido en el Contrato de Gestión es común para todos los hospitales, salvo excepciones puntuales de los hospitales del grupo V. Los resultados de este plan han permitido, una vez analizados en su conjunto, establecer resultados comparados de cada uno de los grupos. A su vez estos resultados han sido la base para establecer una clasificación de hospitales. Desde 1997 esta clasificación ha sido uno de los criterios tenidos en cuenta para fijar los incentivos económicos a los

hospitales. Todas estas circunstancias obligan a ser muy rigurosos metodológicamente y a validar los resultados de una muestra de hospitales para asegurar la fiabilidad de los resultados. Por ello se deben cumplir una serie de requisitos:

- El resultado que se envíe debe hacer referencia exactamente al indicador que se pide; por lo tanto se ruega considerar la definición del numerador y del denominador. Parte de los resultados no validados en las visitas a los hospitales lo han sido por no haber tenido en cuenta los criterios que se incluían en el numerador. Si excepcionalmente el objetivo se mide con otro indicador, se debe dejar constancia de ello al enviar los resultados.
- No se tendrán en cuenta los resultados que no vayan acompañados de numerador y denominador, por lo que de producirse, figurará como indicador no evaluado.
- Cuando en la metodología de evaluación de cada uno de los indicadores se pida el envío del modelo de hoja de recogida de datos, se refiere a la hoja que en la que constan explícitamente los criterios que se han tenido en cuenta en la evaluación, no a un listado de números de historias clínicas.
- Uno de los aspectos más importantes es obtener correctamente la muestra escogida para el estudio. Algunos de los indicadores tienen ya un tamaño muestral predefinido. Otros precisan que la muestra sea calculada por el hospital. Al igual que el año pasado, junto con la metodología definitiva se enviará un anexo denominado "Muestreo.doc" para ayudar a aquellas personas que lo precisen, así como una hoja de cálculo en Excel 97 "muestreo.xls".
- En los resultados siempre se necesita saber cual ha sido el periodo en que se ha realizado el estudio, si se ha realizado sobre población total de ese periodo o sobre una muestra. En caso de que sea una muestra, se debe indicar la población total. Como el objetivo es la mejora, se recomienda que el periodo de estudio sea lo más cercano posible a la fecha de la evaluación; por ejemplo, el periodo de 1 o 2 meses previos, cuando ha dado tiempo a implantar las acciones de mejora.
- Utilizar muestreo aleatorio siempre que sea posible.
- En los hospitales debe quedar constancia por escrito de los responsables de los distintos objetivos, de la recogida de datos, de la fuente de datos utilizada, listados, números de HC de pacientes evaluados, y de todas las hojas de recogida de datos cumplimentadas que se han utilizado en la evaluación. Deberán estar disponibles si el hospital es objeto de una visita para validar los datos.
 - Se envía la metodología de evaluación definitiva en soporte papel y en fichero electrónico. También se envía, únicamente en fichero electrónico (mediante correo electrónico o disquete), un documento para la recogida de datos ("Recogida de datos 99.doc"). Una vez cumplimentado en el hospital el documento, se debe imprimir y enviar firmado por el Gerente del hospital a la Subdirección General de Atención Especializada (SGAE), dentro del plazo previsto (31 de diciembre de 1999). El cumplimiento de los plazos es un criterio que se tiene en cuenta en la valoración final del hospital. Rogamos que se envíe por correo normal, no por fax.
 - Además del envío en papel, aquellos que tengan las herramientas informáticas necesarias, pueden enviar también los resultados en la base "Recogida de datos 99.xls", que se ha diseñado en Excel 97. De esta forma, aumentamos la precisión y la velocidad del tratamiento de los datos.
 - Antes de cerrar la evaluación de todos los hospitales, se enviará por correo electrónico al Coordinador de Calidad de cada uno de los hospitales un informe resumen de nuestra base con los datos que el hospital haya enviado previamente. De esta forma, se podrán detectar posibles discrepancias.
 - Se recuerda que la memoria del Plan de Calidad del hospital de 1999 debe ser enviada a la SGAE durante el primer semestre del año 2.000. Todas las memorias de 1998 remitidas por los hospitales están disponibles en la SGAE para los coordinadores que quieran conocer los planes de calidad de los hospitales del INSALUD.

La memoria también puede ser colocada en la intranet corporativa del INSALUD, (<http://saludweb>) accesible desde toda la organización. Para ello se debe enviar la memoria por correo electrónico o disquete. Esto mismo se puede hacer con la memoria del año 98.

Encuesta de posthospitalización

La calidad de la asistencia que se presta tiene, entre otros muchos, indicadores de satisfacción de los usuarios. Sus resultados se utilizan para detectar oportunidades de mejora y como indicadores de la eficacia de muchas de las acciones de mejora de la calidad que, a través del Contrato de Gestión, se están implantando en los hospitales: Programas de acogida al paciente al hospital, planes de información, implantación del Consentimiento Informado, mejor gestión de las reclamaciones, etc. Los hospitales del INSALUD hacen encuestas de satisfacción de los pacientes tras la hospitalización. Estas encuestas son en su mayoría modificaciones de un modelo de encuesta 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 prioridades y opiniones de los profesionales de los centros, y algunos de ellos han decidido hacer un nuevo diseño y contar con la ayuda de profesionales expertos en los estudios de satisfacción. Las diferencias en el contenido de los cuestionarios, y la forma de aplicar 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 se estaban planteando en estos momentos modificar la encuesta de posthospitalización y estaban interesados en tener un método homogéneo.

Para resolver estos problemas se inició en 1998 en el INSALUD un proyecto para el diseño de una nueva encuesta de posthospitalización mediante la metodología de grupos focales en el que están participando 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, y que estos resultados estén relacionados con aquellos temas que verdaderamente importan al ciudadano, desde una óptica que no sea solo la de quién es el prestador de servicios o el financiador, sino también desde la perspectiva de los pacientes. Hasta este momento se han llevado a cabo los grupos focales en los siete hospitales que están participando en el estudio, y en estos momentos los datos están siendo procesados en la Universidad de Murcia, por una de las partes del grupo investigador. El proyecto está pendiente de un trámite administrativo y de la validación de la encuesta en los hospitales participantes. Es probable que la encuesta final sea enviada antes del fin de 1999. Por ello, para evaluar la satisfacción de los usuarios y compararse consigo mismo, el hospital puede seguir utilizando su propia encuesta. No se realizará comparación de estos resultados entre hospitales hasta disponer de la nueva herramienta.

2. Estándares de la Organización

En cursiva lo actualizado Diciembre de 1999

El Plan de Calidad del Contrato de Gestión incluyó, en años anteriores, objetivos en los que se consiguieron buenos resultados en la mayoría de los hospitales. Por tanto, estos objetivos alcanzados se consideran estándares de calidad propios de la Organización y que se deben mantener. No se pretende hacer anualmente una medición cuantitativa de ellos, ya se hizo en años previos, pero si tener una herramienta que nos permita conocer, en una escala cualitativa, cuál es su situación actual. Para ello se va a utilizar una escala semejante a la que propone la Joint Comission en la evaluación de sus estándares.

Los criterios incluidos en cada uno de los estándares se han modificado de acuerdo a lo que se ha propuesto en el Contrato de Gestión del año 2000. La modificación no es sustancial, pero define mejor cada uno de los estándares, y sobretodo permitirá una comparación más homogénea con los resultados del año 2000.

En el caso concreto de los estándares la medición no es cuantitativa, y por tanto se debe contar con la opinión de todas las personas implicadas en ellos para determinar el nivel de cumplimiento alcanzado por el hospital. Pero, como el resto de los resultados del Plan de Calidad, el resultado de la evaluación de los estándares los debe remitir el Gerente del hospital debidamente firmados.

Estándar 1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación.

- *El hospital oferta explícitamente la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante la dilatación.*
- *El hospital permite la presencia de un acompañante durante todo el proceso de dilatación, si la mujer quiere estar acompañada.*
- *Sólo ante circunstancias clínicas que lo desaconsejen (por ejemplo, parto distócico), o circunstancias arquitectónicas insoslayables, no se permitirá la presencia de un acompañante.*
- *Las circunstancias clínicas antes aludidas, especialmente las más frecuentes, se han analizado previamente en el servicio entre médicos y matronas y se han establecido criterios fundamentados, explícitos y compartidos, lo que impide la variabilidad de criterios entre los distintos profesionales.*
- *Cuando se dan o sobrevienen circunstancias clínicas que desaconsejen la presencia de acompañante, se explica debidamente a la mujer y acompañante los motivos que impiden que esté acompañada y se deja constancia de esta circunstancia en la Historia Clínica.*
- *El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada. Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.*

Nivel de cumplimentación

1 2 3 4 5 6

Estándar 2. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso del parto.

- *El hospital oferta explícitamente la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante el parto.*
- *El hospital permite la presencia de un acompañante durante todo el proceso del parto, si la mujer quiere estar acompañada.*
- *Sólo ante circunstancias clínicas que lo desaconsejen (por ejemplo, parto distócico) o circunstancias arquitectónicas insoslayables, no se permitirá la presencia de un acompañante.*
- *Las circunstancias clínicas antes aludidas, especialmente las más frecuentes, se han analizado previamente en el servicio entre médicos y matronas y se han establecido criterios fundamentados, explícitos y compartidos, lo que impide la variabilidad de criterios entre los distintos profesionales.*
- *Cuando se dan o sobrevienen circunstancias clínicas que desaconsejen la presencia de acompañante, se explica debidamente a la mujer y acompañante los motivos que impiden que esté acompañada y se deja constancia de esta circunstancia en la Historia Clínica.*
- *El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada. Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.*

Nivel de cumplimentación

1 2 3 4 5 6

Estándar 3. El hospital tiene un Plan de Acogida a los pacientes.

- *El Plan de Acogida tiene el objetivo de ayudar a los pacientes a conocer la organización en la que van a ser atendidos.*
- *Es un plan que se ha elaborado con participación multidisciplinar de profesionales y se ha aprobado por el órgano hospitalario correspondiente.*
- *Establece el Servicio/s del hospital que tiene la responsabilidad de llevarlo a cabo.*
- *Asigna responsabilidades claras a las personas encargadas de llevarlo a cabo.*
- *Es de aplicación para todos los pacientes que ingresan en el hospital.*
- *Está documentado.*
- *Se acompaña de la entrega al paciente de una Guía con información escrita sobre el hospital, relevante para el paciente.*
- *El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.*

- Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimentación

1 2 3 4 5 6

Estándar 4. El hospital facilita la hospitalización padres-hijos.

- El hospital facilita que los padres estén alojados con sus hijos, salvo problemas estructurales que lo impidan.
- Si existen problemas estructurales que lo impiden parcialmente, el hospital tiene elaborados unos criterios que priorizan las circunstancias para la hospitalización de uno de los padres (Ej. edad del niño, gravedad, lejanía del domicilio, etc.)
- Cuando no se pueda ofrecer esta hospitalización a uno de los padres, total o parcialmente, el hospital ofrece a los padres las máximas comodidades posibles (sillones reclinables, lugar de aseo, comidas, una habitación de estar, etc.)
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimentación

1 2 3 4 5 6

Estándar 5. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

- Existe un protocolo escrito sobre criterios de sondaje (inicio y retirada) y los cuidados de enfermería del paciente sondado, que ha sido consensuado multidisciplinariamente.
- El protocolo se ha difundido en todas las unidades y a todos los profesionales implicados (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc.)
- El hospital utiliza sistemas de sondaje cerrados, salvo para aquellas circunstancias en que no son precisos y que constan explícitamente en el protocolo.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas.
- En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimentación

1 2 3 4 5 6

Estándar 6. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

El gerente del hospital es el responsable en última instancia de la calidad de la asistencia que se presta en el hospital. El liderazgo de la Gerencia no se ha evaluado previamente, pero el hecho de tener un Plan de Calidad incluido en el Contrato de Gestión desde hace varios años, hace suponer que este liderazgo se ha producido. Por lo tanto se incluye entre los estándares de la organización, con una serie de criterios que se consideran mínimos para ejercer el liderazgo, y que se pretenden evaluar anualmente.

- La Gerencia dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.
- Convoca de forma sistemática reuniones del Comité* de Calidad del hospital.
- Conoce todas aquellas iniciativas de mejora de la calidad que se están llevando a cabo en el hospital.
- Celebra como mínimo una sesión hospitalaria anual para mostrar los objetivos y resultados del Plan de Calidad.
- Acuerda y firma los objetivos de calidad, al igual que el resto de objetivos, con cada uno de los responsables de los servicios del hospital.
- Facilita el personal, tiempo y la formación necesarios para que los profesionales puedan participar en actividades de planificación, evaluación y mejora de la calidad de la asistencia.
- Los resultados de calidad de los servicios han dado lugar a variaciones en la distribución de la productividad variable.
- Ha acordado con el coordinador de calidad el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del Hospital.
- Ha acordado con el coordinador un cronograma de reuniones y método de trabajo con los distintos servicios y unidades del hospital.
- El profesional de enfermería está integrado en la Unidad de Calidad.
- Mantiene de forma periódica reuniones con el Coordinador de Calidad.
- Ha asignado un despacho para la Unidad de Calidad.
- Ha dotado de apoyo administrativo a la Unidad de Calidad.

*CCGC o aquel comité multidisciplinar que participa en el Plan de Calidad.

Se adjunta la escala del nivel de cumplimentación. Cada hospital lo debe cumplimentar según su interpretación en función del número de requisitos por cada estándar y del grado de cumplimiento de cada requisito.

El nivel que se adjudique el hospital en la evaluación final deberá estar basado en argumentos sólidos y mostrarse debidamente documentado. Ambos serán requeridos si el hospital es objeto de una auditoría para verificación de los resultados.

Nivel de cumplimentación ²	
Cumplimiento sustancial. El hospital cumple debidamente con los principales requisitos del estándar.	1
Cumplimiento significativo. El hospital cumple la mayoría de requisitos del estándar.	2
Cumplimiento parcial. El hospital cumple con algunos de los requisitos del estándar.	3
Cumplimiento mínimo. El hospital cumple pocos de los requisitos del estándar.	4
No cumplimiento. El hospital no cumple con los requisitos del estándar.	5
No aplicable. El estándar no es aplicable en el hospital.	6

3. Metodología de evaluación del Plan de Calidad

OBJETIVO 1. MEJORAR LA GESTION DE LAS RECLAMACIONES

Una de las funciones del Servicio de Atención al Paciente (SAP) es la de recogida y contestación de reclamaciones, en coordinación 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). En estos momentos, un grupo de trabajo del INSALUD está modificando la normativa que regula la clasificación de los motivos y el circuito de las reclamaciones.

¿Es el responsable del SAP el responsable de este objetivo?
 Si NO

¿Cuál ha sido el motivo de reclamación más frecuente?

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante adoptada para solucionarlo?

Indicador 1. Porcentaje de reclamaciones correctamente contestadas por escrito en un plazo no superior a 30 días.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ reclamaciones presentadas por escrito que son contestadas en un plazo no superior a 30 días y cumplen todos los criterios establecidos en el Manual de funciones del SAP}}{\text{N}^\circ \text{ total de reclamaciones presentadas por escrito}} \times 100$$

Nº total de reclamaciones presentadas por escrito

Población a estudio

Reclamaciones presentadas por escrito en el SAP

Muestra y periodo de estudio

Se recomienda estudiar el 100% de las reclamaciones presentadas en un mes en hospitales del grupo 3 y 4, y dos o tres meses en el resto. En cualquier caso, el mínimo a estudiar será de 15, de forma que si no se llega a ese número en tres meses, se deberán estudiar las reclamaciones de más meses.

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado: $\frac{\text{N}^\circ}{\text{N}^\circ} \times 100 = \dots\dots\dots \%$ Nivel pactado en el CG 99 Nivel alcanzado en la evaluación.....
--

² The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Fundación Avedis Donabedian. SG Editores. Barcelona 1995. (Pag 267).

Gestión de las reclamaciones	
Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

OBJETIVO 2. MEJORAR LA INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES

Objetivo 2.1. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a los familiares de los pacientes tengan un Plan de Información

El plan de información de los Servicios Clínicos tiene el objetivo de que el paciente y su familia conozca desde el ingreso en el hospital cuando y donde se les va a informar. Cada servicio debe organizar la información durante la hospitalización, no solo en función de la organización del servicio, sino también teniendo en cuenta las necesidades de a quién va destinada. Como mínimo este plan debe incluir el lugar y la hora a la que se informará, y será tan complejo y amplio como las actividades que realiza el servicio lo requieran (pruebas diagnósticas, quirófano, etc.), así como de la inclusión de otros aspectos que mejoren la información: señalización del servicio, directorio de facultativos y supervisora de planta, identificación del personal, material de apoyo, etc. El plan de información debe estar consensuado en el servicio y documentado. Los pacientes y sus familias deben conocer los aspectos que les interesan, como el lugar y la hora de la información, mediante algún documento que se les entregue o mediante información visible en las plantas y/o habitaciones.

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

.....

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

.....

Nº de Servicios Clínicos, Secciones y/o Unidades funcionales del hospital que precisan informar a familiares de pacientes.

Nº =

Se ruega enviar el Plan de Información de los siguientes Servicios: Medicina Interna, Cardiología, Cirugía General, UCI, Urgencias y Obstetricia-Ginecología.

Indicador 2.1. Porcentaje de Servicios Clínicos que tienen de forma documentada un Plan de Información a pacientes y familiares.

Fórmula del indicador

Nº Servicios Clínicos con un plan documentado de información a pacientes y familiares x100

Nº total de Servicios Clínicos que precisan informar

Resultado:

Nº x 100 = %

Nº

Nivel pactado en el CG 99 Nivel alcanzado en la evaluación.....

Plan de información	
Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	<50

Objetivo 2.2. Desarrollar documentos de consentimiento informado específicos

Los formularios de consentimiento informado (CI) son documentos hospitalarios y por lo tanto antes de su implantación deben ser avalados/validados por alguno de los órganos representativos del hospital. (Comité de Ética Asistencial, Comisión de Historias Clínicas, Comisión Central de Garantía de Calidad, u otra comisión de calidad). También la participación de pacientes/usuarios debería ser tenida en cuenta. Cuando los documentos hayan sido realizados por las Sociedades Científicas, y de acuerdo con el espíritu que reflejan algunas de estas publicaciones, estos documentos se presentan como una guía y deben ser adaptados al contexto de cada hospital. Por lo tanto, deben ser validados/avalados de acuerdo a los criterios que se utilizan con el resto de los documentos realizados por los profesionales del hospital. Se recuerda para estos criterios, el texto del Convenio de Oviedo (<http://www.diariomedico.com/asesor/convenio.html>) y el documento del grupo de expertos del MSC.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es su forma, diseño, por lo que estos documentos deben estar normalizados, al igual que el resto de los documentos de la Historia Clínica. En aquellos hospitales donde existan Comités de Ética Asistencial, se propone el desarrollo de una "Guía para la información y el consentimiento informado", en la que el hospital aborde temas tan importantes como:

los aspectos éticos de la información en general; el médico responsable del paciente en la información, quien debe de informar ante una intervención o una prueba diagnóstica; el diseño del documento de consentimiento informado; quien lo entrega, con que antelación, etc. Esta guía debe ser una orientación institucional frente a problemas frecuentes que afectan tanto a los pacientes como a los equipos asistenciales.

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si
- No
- No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

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

.....

Indicador 2.2. Número de documentos implantados en el hospital que cumplen los criterios establecidos en los acuerdos del Consejo Interterritorial sobre el CI o por el acuerdo del Grupo de Expertos formado en el Ministerio de Sanidad³ que están avalados/validados por alguno de los órganos representativos del hospital y están normalizados.

Lógicamente entre los documentos que el hospital presente como resultado de este indicador, deben estar incluidos los de los procedimientos quirúrgicos y las pruebas diagnósticas más frecuentes del hospital, que son objeto de evaluación con el próximo indicador. Se ruega enviar una relación, por Servicios Clínicos, de los documentos de CI implantados en el hospital. (Únicamente los que están avalados/validados).

¿Por que comisión han sido avalados/validados?.....

Resultado
Nº de documentos de CI =.....
Nivel pactado en el CG 99Nivel alcanzado en la evaluación.....

Para los grupos de hospitales 1, 2 y 5*:

Niveles	Nº documentos
A	26 o más
B	20-25
C	15-19
D	10-14
E	Menos de 10

*Excepto monográficos

Para los grupos de hospitales 3 y 4:

Niveles	Nº documentos
A	40 o más
B	30-39
C	20-29
D	10-19
E	Menos de 10

Objetivo 2.3. Implantar el documento de consentimiento informado específico

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si
- No
- No precisa

Indicador 2.3. Porcentaje de pacientes que tienen documento de CI, debidamente firmado por el médico y el paciente.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico que tienen en su HC el documento de CI correctamente firmados por el médico y el paciente o representante en caso de incapacidad} \times 100}{\text{Nº total de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico, que son evaluados}}$$

Población a estudio:

- Pacientes intervenidos de los dos procesos quirúrgicos más frecuentes de cada uno de los servicios quirúrgicos.
- Pacientes sometidos a las 5 pruebas diagnósticas de riesgo más frecuentes en el hospital.

³Noviembre 1997. Documento difundido por el MSC y también publicado por Diario Médico 22 Diciembre 1997. Está accesible en Internet.

Muestra

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

Periodo de estudio

A determinar por el hospital.

Resultado

Intervenciones quirúrgicas

Cirugía Gral.				/	
				/	
Trauma				/	
				/	
ORL				/	
				/	
Oftalmología				/	
				/	
Toco-gine				/	
				/	
Urología				/	
				/	
C. Torácica				/	
				/	
C. Cardiovas.				/	
				/	
Neurocirug				/	
Otro servicio quirúrgico				/	
				/	
Anestesia				/	
				/	

Procedimientos diagnósticos

		Nº pruebas realizadas		
Prueba 1 (*)			/	
Prueba 2			/	
Prueba 3			/	
Prueba 4			/	
Prueba 5			/	
			/	

(*) Especificar cada una de las pruebas

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

Nº X 100 = %

Nº

Nivel pactado en el CG 99 Nivel alcanzado en la evaluación.....

Implantación consentimiento informado	
Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

OBJETIVO 3. MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La mejora de calidad de los sistemas de información sanitaria requiere mejorar la calidad de los informes de alta. El informe de alta debe contener los datos administrativos y clínicos necesarios para la cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Si la información clínica que emana de la actividad (procedimientos quirúrgicos y terapéuticos, diagnóstico principal y secundarios, complicaciones etc.) no se refleja con suficiente amplitud y claridad en el informe de alta, la posterior codificación del proceso y análisis de la casuística del hospital ofrecerán una visión poco real de la actividad, complejidad y calidad de la asistencia llevada a cabo en el centro. Es importante resaltar que la complejidad de los pacientes que atiende el hospital es uno de los criterios más importante para la asignación del presupuesto hospitalario.

El informe se debe realizar dentro de un plazo determinado, ya que es más fácil que se registre toda la actividad, si el informe se cumplimenta el mismo día que el paciente es dado de alta, que si se hace días después. La evaluación que se va a hacer a los 15 días es para que puedan ser incluidos pacientes a los que les falte algún resultado en el momento del alta.

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

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

.....

Objetivo 3.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días

Indicador 3.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Este indicador trata de medir la celeridad con la que se realizan los informes definitivos que se envían para la codificación del proceso, pero no evalúa el número de altas con informe, ya que deja fuera altas con informe provisional que están a la espera del resultado de alguna prueba complementaria.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de HC evaluadas con informe de alta definitivo que están disponibles en un periodo menor de 15 días desde el alta.} \times 100}{\text{Nº total de HC de pacientes dados de alta que son evaluadas}}$$

Población a estudio:

Historias clínicas de pacientes dados de alta, o informes de alta, que serán recogidas del Archivo de Historias Clínicas o del lugar a donde deban ser enviadas tras el alta del paciente. Cada hospital establecerá, según su criterio, el método de la recogida de los datos.

Periodo/s de estudio

A determinar por el hospital.

Muestra

Se recomienda un tamaño, al menos, aproximado a:

Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales de los grupos 1,2,5.

Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales de los grupos 3 y 4.

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
Nº _____ x 100 = %
Nº
Nivel pactado en el CG 99 Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

Objetivo 3.2. Altas con informe definitivo.

Indicador 3.2a. Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta.

Este indicador mide el número de altas con informe y sustituye al indicador de 1998 en el que no se establecía ningún límite de tiempo en su medición, aunque no se han cambiado los niveles para no introducir confusión.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de HC con informe de alta definitivos que están disponibles en el Sº de Archivo a los 2 meses del alta} \times 100}{\text{Nº total de HC de pacientes dados de alta evaluadas}}$$

Población a estudio

Historias Clínicas de pacientes dados de alta. Cada hospital establecerá según su criterio, el método de la recogida de los datos.

Periodo de estudio

A determinar por el hospital.

Muestra

Se recomienda un tamaño, al menos, aproximado a:
Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales de los grupos 1,2,5.
Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales de los grupos 3 y 4.

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
Nº _____ x 100 = %
Nº
Nivel pactado en el CG 99 Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

Se ha señalado que un % de los pacientes fallecidos en el hospital carecen de informe de alta y por tanto esta información puede perderse en la codificación de las altas, lo que podría suponer una alteración en la casuística del hospital. Además de lo pactado en el Contrato de Gestión, este año se pretende conocer el número de pacientes fallecido que tienen informe de alta en el mismo periodo de tiempo que el indicador anterior. El hospital deberá utilizar la fuente de datos más fiable para detectar los éxitos y posteriormente comprobar si tiene informe de alta.

Indicador 3.2b. Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producido el alta.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivos que están disponibles a los 2 meses del alta} \times 100}{\text{Nº total de HC de pacientes fallecidos evaluados}}$$

Población a estudio

Historias Clínicas de pacientes fallecidos. Cada hospital establecerá según su criterio, el método de la recogida de los datos.

Periodo de estudio

A determinar por el hospital.

Muestra

A determinar por el hospital

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
Nº _____ x 100 = %
Nº

Objetivo 3.3 Calidad del informe de alta

Criterios de calidad del informe de alta:

El año pasado se aplicaron todos los que aparecen en la Orden Ministerial 6 de setiembre de 1984 sobre la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios y que hayan producido al menos una estancia:

Requisitos mínimos:

1. Estar escrito a máquina o con letra claramente legible
2. Está identificado el hospital y la unidad asistencial:
 - 2.1: Domicilio y teléfono del hospital
 - 2.2: Identificación de unidad o servicio que da el alta
 - 2.3: Nombre, apellido y rúbrica del médico responsable.
3. Estar identificado el paciente:
 - 3.1. Número de historia clínica

- 3.2. Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo
- 3.3. Domicilio habitual.
- 4. Referido al proceso asistencial:
 - 4.1. Día, mes y año de la admisión
 - 4.2. Día, mes y año del alta.
 - 4.3. Motivo del alta⁽¹⁾
 - 4.4. Motivo inmediato del ingreso
 - 4.5. Resumen de la historia clínica y exploración
 - 4.6. Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente⁽²⁾
 - 4.7. Diagnóstico Principal⁽³⁾
 - 4.8. Otros diagnósticos
 - 4.9. Procedimientos quirúrgicos y/o Obstétricos
 - 4.10. Otros procedimientos significativos⁽⁴⁾
 - 4.11. Recomendaciones terapéuticas.

(1) Curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento, traslado

(2) Incluyendo los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento si se hubiera realizado necropsia, se expondrán los hallazgos más significativos de esta en un apartado específico.

(3) Se considerará como diagnóstico principal la afección que después del estudio necesario, se establece que fue causa del ingreso en el hospital. De acuerdo con el criterio del servicio clínico o facultativo que atendió al enfermo, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes, que se consignarán en el apartado de otros diagnósticos (4.8). No se incluyen en esta definición la realización de técnicas, exploraciones o intervenciones quirúrgicas o de otro tipo. No se deberán utilizar epónimos para describir el diagnóstico principal ni tampoco abreviaturas.

El diagnóstico principal quedará reflejado en el informe de alta de manera que esté separado de los otros diagnósticos o procedimientos.

(4) Son aquellos que requieren personal o medios especializados y que conlleven un determinado riesgo (pe. Cateterismo cardiaco, colonoscopia, biopsia hepática,...).

La evaluación en 1998 de estos criterios, sin establecer ningún tipo de ponderación, ha hecho que muchos hospitales hayan tenido que modificar o adaptar la evaluación que ya venían haciendo y además les ha parecido poco práctica. Para 1999 se pretende que los hospitales establezcan, de acuerdo a los criterios contenidos en el BOE, sus propios criterios de lo que consideran un informe de alta adecuado. Esto obligará a que la comisión o el grupo que se responsabilice de esta evaluación, documente cuáles son los criterios que se van a emplear en la evaluación: tipo de ponderación, niveles de puntuación de lo que se considera adecuado, si se debe contrastar con la HC, etc. Esta documentación, así como las hojas de recogida de datos de cada uno de los informes evaluados, será requerida si el hospital es objeto de una auditoría.

Indicador 3.3. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de informes de alta que cumplen los criterios de adecuación establecidos por el hospital} \times 100}{\text{Nº total de informes de alta evaluados}}$$

Población a estudio

Informes de alta de pacientes dados de alta durante el año 1999.

Periodo de estudio

A determinar por el hospital.

Muestra

Se recomienda un tamaño, al menos, aproximado a:

Nº de altas consecutivas producidas en 15 días en los hospitales del grupo 1,2,5

Nº de altas consecutivas producidas en 1 semana en los hospitales del grupo 3 y 4

La evaluación se ha hecho:

- Sólo con el Informe de alta
- Contrastando los datos del informe de alta con la HC

Periodo de estudio.....	
Población total del periodo de estudio.....	
Población estudiada:	
Total	
Muestra	
Resultado.	
Nº	x 100 = %
Nº	
Nivel pactado en el CG 99 Nivel alcanzado en la evaluación.....	

OBJETIVO 4. MEJORAR LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA

El objetivo es conseguir la inclusión en lista de espera de acuerdo a los criterios establecidos en la Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (INSALUD 1998).

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si
- No
- No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

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

Indicador 4. Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera que cumplen los criterios de la Guía de Gestión de la Lista de Espera

Este indicador trata de evaluar los criterios incluidos en la guía de gestión, para lo cual la guía proporciona una hoja de recogida de datos en la que están recogidos estos criterios. Esta hoja o aquella que el hospital hubiera diseñado para incluir otros aspectos, es la que se debe tomar como base en la evaluación.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo a la guía de gestión}}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}} \times 100$$

Población a estudio

Pacientes incluidos en lista de espera para procedimientos quirúrgicos.

Periodo de estudio

A determinar por el hospital

Muestra

El tamaño debe ser como mínimo de:
 50 pacientes incluidos en lista de espera en los hospitales del grupo 1,2,5
 100 pacientes incluidos en lista de espera en los hospitales del grupo 3 y 4

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra
Resultado

Nº	x 100 = %
-----------	------------------------

Nº Nivel pactado en el CG 99.....Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

OBJETIVO 5. IMPLANTAR PROTOCOLOS/GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA/ VÍAS CLÍNICAS

Como consecuencia de la variabilidad de la práctica clínica, ha surgido una corriente en la medicina moderna que trata de que la toma de decisiones clínicas e institucionales se fundamente en la mejor evidencia científica disponible. Las instituciones responsables de la asistencia sanitaria deben promover que la práctica clínica esté basada en dicha evidencia y los profesionales sanitarios deben considerar como una responsabilidad ética la actualización de sus conocimientos y el consenso con otros profesionales de la práctica clínica basada en esta evidencia. La mejora de la calidad de la asistencia conlleva, entre otros aspectos, definir la práctica correcta basada en esta evidencia, aplicarla adaptándola al contexto y evaluar posteriormente su aplicación y resultados. Los beneficios esperados son: aumento de la satisfacción de los pacientes, disminución del riesgo de complicaciones, mejora de los resultados clínicos y adecuación del gasto sanitario. Este ha sido el argumento esencial en el que se han basado los acuerdos firmados entre el INSALUD y los Sindicatos y que se plasmaron en el documento sobre productividad variable de mayo de 1998. Para llevarlo a cabo las herramientas que se han propuesto son el diseño de protocolos o guías de práctica clínica en procesos asistenciales frecuentes, siendo prioritarios aquellos con importante repercusión económica, como medio para la implicación de los profesionales en la gestión clínica.

El programa de calidad tiene en el ámbito de los protocolos 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 la protocolización de los cuidados de enfermería que el hospital priorice, que sustituye al de años anteriores, el cuidado del paciente con sonda vesical. Ambos son aspectos asistenciales muy bien delimitados, frecuentes, con grandes beneficios de un uso apropiado. Aparte de este

beneficio, la sencillez en su aplicación contribuye a crear y extender entre los profesionales la necesidad de disponer de pautas de actuación correctas, evaluar su aplicación y contrastar con los resultados clínicos.

Protocolos de las SSCC.

Otros objetivos de este área tienen como finalidad influir en la mejora de los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas y de la utilización de pruebas diagnósticas y prótesis a través de la mejora de la adecuación de las indicaciones. El INSALUD mantiene una línea de colaboración con las Sociedades Científicas (SSCC) con el propósito de establecer criterios clínicos homogéneos para el tratamiento de patologías prevalentes. Estas Guías de actuación facilitan o son la base para el desarrollo de protocolos hospitalarios, que deberían respetar sus líneas generales aunque queden abiertas las adaptaciones locales con modificaciones debidamente argumentadas, y deben ser objetivos de calidad de los servicios clínicos implicados. Este objetivo fue incluido en 1998, manteniéndose en 1999.

Protocolos de utilización de alta tecnología.

Durante 1998, los hospitales con una tasa de utilización por encima de la media de su grupo en RNM, TAC, oxigenoterapia y litotricia, han trabajado en la implantación de protocolos con los criterios de utilización y en su evaluación. Este objetivo se mantiene en 1999.

Otros protocolos de Servicios.

Puesto que las patologías abordadas para la elaboración de protocolos por las Sociedades Científicas afectan sólo a un número determinado de servicios quirúrgicos, la propuesta para 1999 es que los Servicios Clínicos prosigan con la implantación de protocolos en procesos frecuentes, tratando de integrar todos los aspectos relacionados (organizativos, médicos, cuidados de enfermería, pruebas diagnósticas, etc). Este proceso ya se ha iniciado en 1998, de acuerdo a la filosofía del diseño de un plan de calidad específico de cada hospital y del acuerdo de productividad variable que fijaba el compromiso de pacto de implantación de protocolos en cada uno de los Servicios/Unidades. En 1999, se continúa con el mismo objetivo.

Además, para seguir avanzando en la mejora de los procesos y en la integración de los cuidados de enfermería en los objetivos de mejora de los Servicios, en 1999 se ha incluido en el Contrato de Gestión el diseño y la implantación de al menos una vía clínica en un proceso frecuente.

Objetivo 5.1. Protocolo de profilaxis antibiótica

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si
- No
- No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

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

El indicador 5.1a pretende medir la adecuación global. Por su parte, sería interesante conocer que porcentaje de adecuación hay entre los pacientes que no precisan profilaxis (indicador 5.1b) y entre los que si que la precisan (indicador 5.1c)

Indicador 5.1a. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta} \times 100}{\text{Nº de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)}}$$

Periodo de estudio.....

Resultado

Nº _____ x 100 = %

Nº

Nivel pactado CG99.....Nivel alcanzado.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

Indicador 5.1b. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia.

Fórmula del indicador

Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta x100
Nº de pacientes intervenidos evaluados (solo cirugía limpia sin implantes)

Nº _____ x 100 = %
Nº

Indicador 5.1c. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia con implantes, limpia-contaminada y contaminada.

Fórmula del indicador

Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta x100
Nº de pacientes intervenidos evaluados (solo cirugía limpia con implantes, limpia-contaminada y contaminada)

Nº _____ x 100 = %
Nº

Población

Todos los pacientes intervenidos, salvo cirugía sucia.

Periodo de estudio

El que determine el hospital.

Muestra de estudio

La misma muestra sirve para el cálculo de los 3 indicadores. El tamaño muestral se calculará 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. Sin embargo, si el hospital pretende obtener datos por servicios, el tamaño muestral deberá ser mayor. En tal caso, el dato que se debe enviar al INSALUD será el total del evaluado por el hospital.

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

Fecha de la última revisión del protocolo/protocolos por parte de la Comisión de Infecciones:

.....

Causa más frecuente de inadecuación:

.....

Acción llevada a cabo para corregirla:

.....

En estos momentos, se está estudiando la variabilidad de los protocolos de profilaxis quirúrgica para los procedimientos más frecuentes. Los resultados de dicho estudio serán enviados a los hospitales.

Objetivo 5.2. Cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo

Este objetivo sustituye al de "cuidado de pacientes sondados de acuerdo a protocolo". Algunos hospitales han pedido cambios en los cuidados que se deben protocolizar, lo que tiene sentido a la vista de los años que se lleva trabajando con este objetivo y los resultados alcanzados. De hecho este aspecto ha pasado a considerarse un estándar de calidad de la organización. Además el resultado de estos cuidados se puede monitorizar a través de un indicador de resultado como la tasa de infección urinaria asociada a sondaje. Por tanto se propone que cada hospital decida de acuerdo a sus prioridades en que aspecto de los cuidados de enfermería se va diseñar e implantar un protocolo. Aunque haya desarrollado más de uno, se pedirá evaluar uno solo. Se sugiere que los cuidados de enfermería que se protocolizen tengan en cuenta qué protocolos de procesos médicos o quirúrgicos o vías clínicas se están diseñando en el hospital, para integrar los cuidados de enfermería en dichos protocolos o vías clínicas.

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

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

.....

Indicador 5.2. Porcentaje de pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

Protocolo que se evalúa:

.....

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de pacientes con cuidados de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº Total de pacientes evaluados}}$$

Población a estudio

Pacientes sometidos al cuidado elegido

Muestra

Todos los pacientes sometidos al procedimiento elegido en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes.

Periodo de estudio

A determinar por el hospital

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

Periodo de estudio.....
Resultado
Nº _____ x 100 = %
Nº
Nivel pactado en el CG 99 Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

¿Se ha incluido el protocolo de cuidados de enfermería dentro de un protocolo general de un proceso o una vía clínica?
.....

Objetivo 5.3. Implantar las guías de las Sociedades Científicas

Las guías diseñadas en colaboración con la Sociedades Científicas (SS.CC.) implantados en 1998 y que se mantienen en 1999 son:

- Cataratas.
- Amigdalectomía/adenoidectomía.
- Hiperplasia benigna de próstata.
- Prótesis total de rodilla.
- Prótesis total de cadera.
- Hallux valgus.

Todas estas guías establecen criterios de inclusión en lista de espera para intervención quirúrgica. La idea es que, a partir de estas guías, se elaboren protocolos hospitalarios, que incluyan también todas aquellas actuaciones que tienen lugar durante la atención al proceso (medicación, información al paciente, cuidados de enfermería, etc.) El pacto se ha realizado en términos de compromiso de obtener un nivel medio de adecuación a todas estas guías. Existen hospitales, fundamentalmente del grupo 5, que, o bien no realizan este tipo de intervenciones, o si las realizan, reciben pacientes de la lista de espera, con lo que no son responsables de los criterios con los que han sido incluidos. En tal caso, no se pueden implantar las guías de las SS.CC. Estos hospitales deben desarrollar y evaluar seis protocolos, que pueden ser para estas mismas patologías u otros procesos que el hospital considere relevantes.

5.3a. Protocolo Cataratas

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si
- No
- No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
.....

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

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

- Si
- NO

Indicador 5.3a. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

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

Periodo de estudio

El que determine el hospital.

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento 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 con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado
Nº x 100 = %
Nº Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

5.3b. Protocolo amigdalectomía y adenoidectomía

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si
- No
- No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
.....

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

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

- Si
- NO

Indicador 5.3b. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

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

Periodo de estudio

El que determine el hospital.

Población y Muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento 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 con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado

Nº	x 100 = %
Nº	
Nivel alcanzado en la evaluación.....	

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

5.3c. Protocolo hiperplasia benigna de próstata

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si
 No
 No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

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

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

- SI NO

Indicador 5.3c. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Periodo de estudio

El que determine el hospital.

Población y Muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento 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 con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio.....	
Población total del periodo de estudio.....	
Población estudiada:	
Total	
Muestra	
Resultado	
Nº	x 100 = %
Nº	
Nivel alcanzado en la evaluación.....	

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

5.3d. Protocolo prótesis total de rodilla

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados

Periodo de estudio

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento 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 con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada: Total Muestra
Resultado
Nº x 100 = %
Nº Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

5.3f. Protocolo hallux valgus

De acuerdo a las características del hospital, ¿evalúa el hospital este objetivo?:

- Si
- No
- No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
.....

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

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Si NO

Indicador 5.3f. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados

Periodo de estudio

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento 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 con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada: Total Muestra
Resultado

Nº	x 100 = %
Nº	
Nivel alcanzado en la evaluación.....	

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

Nivel pactado global para todos los protocolos

El resultado global de todos los protocolos se obtendrá de la suma de numeradores partido por la suma de denominadores de todos los protocolos de las SSCC.

Los siguientes indicadores son para los hospitales que no tienen que evaluar los protocolos anteriores y que, para estar en igualdad de condiciones con el resto de hospitales, deben haber implantado y evaluado protocolos o guías de práctica en aquellos procesos/ procedimientos/ tratamientos, relacionados con su actividad asistencial.

5.3g. Protocolo 1.

Protocolo:
.....

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
.....

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

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Si NO

Indicador 5.3g. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo}}{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados}} \times 100$$

Periodo de estudio
El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio
Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento 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 con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio.....	
Población total del periodo de estudio.....	
Población estudiada:	
Total	
Muestra	
Resultado	

Nº	x 100 = %
Nº	
Nivel alcanzado en la evaluación.....	

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento 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 con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado
Nº x 100 = %
Nº Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

5.3j. Protocolo 4.

Protocolo:
.....

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
.....

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

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Si NO

Indicador 5.3j. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Periodo de estudio
El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento 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 con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado
Nº x 100 = %
Nº Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100

B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

5.3k. Protocolo 5.

Protocolo:
.....

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
.....

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

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Si NO

Indicador 5.3k. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Periodo de estudio
El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio
Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento 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 con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado
$\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \text{.....} \%$
Nivel alcanzado en la evaluación.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

5.3l. Protocolo 6.

Protocolo:
.....

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
.....

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

¿Ha sido difundido e implantado el protocolo en el hospital?

Si NO

Indicador 5.3l. Porcentaje de pacientes que han sido tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados

Periodo de estudio

El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos de ese procedimiento 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 con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

Periodo de estudio.....	
Población total del periodo de estudio.....	
Población estudiada:	
Total	
Muestra	
Resultado	
Nº	x 100 = %
Nº	
Nivel alcanzado en la evaluación.....	

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

Nivel pactado global para todos los protocolos

El resultado global de todos los protocolos se obtendrá de la suma de numeradores partido por la suma de denominadores de todos los protocolos.

Objetivo 5.4. Utilizar la alta tecnología de acuerdo a protocolo

La tasa de utilización es un dato incluido en el cuadro de mandos de la evolución del Contrato de Gestión, y es recibido por la Gerencia del hospital. Se considerarán las tasas de utilización del cierre del CG de 1998 como criterio para saber si un hospital debe implantar o no los protocolos. Los protocolos de RNM y oxigenoterapia se difundieron a todos los hospitales. El de oxigenoterapia lo realizó la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (aets@isciii.es) y el de RNM, Osteba (ostebsan@ej-gv.es). Para TAC y litotricia no se difundió ningún protocolo y han sido los hospitales los encargados de desarrollar los criterios de utilización. En el caso de que el hospital no disponga de la tecnología no es razón para no implantar el protocolo, ya que sí la indica, y estos protocolos hablan de criterios de indicación. En todo caso, independientemente de la tasa de utilización, parece recomendable el implantar estos protocolos. En el caso de los protocolos del TAC y RNM, se considera que su evaluación es más compleja que la oxigenoterapia o la litotricia. Como tienen utilidad en múltiples patologías, es posible que los hospitales encuentren más útil centrarse en la implantación y evaluación de la utilización por procesos o patologías específicas, siempre tratando de hacerlo en procesos frecuentes y donde se sospeche mayor grado de inadecuación.

A pesar de que en el Contrato de Gestión se incluye el resultado de la evaluación de estos protocolos en el nivel de evaluación de los protocolos de las SSCC, en este objetivo se valorará si existe el protocolo, su implantación y evaluación, pero no el resultado obtenido en la evaluación. En el año 1998 se envió el informe "Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático", de la Agencia Vasca de Evaluación Tecnológica (Osteba), como base científica para medir la radiología prequirúrgica de tórax innecesaria. Aunque no esté incluido como utilización de alta tecnología en el Contrato de Gestión, el informe debe ser la guía para el diseño de un protocolo hospitalario sobre pruebas preoperatorias en el paciente sano asintomático. Ello será evaluado parcialmente a través de uno de los indicadores de monitorización, y como en los anteriores, se valorará el haberlo implantado y evaluado, no el resultado obtenido.

5.4a. Protocolo de utilización de RNM

De acuerdo a las tasa de utilización y características del hospital, ¿ se evalúa este objetivo?:

- Si
- No
- No precisa

La evaluación se ha hecho en todas las patologías:

Si
NO

La evaluación se ha hecho en (definir patología o proceso).....

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
.....

Indicador 5.4a. RNM. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una RNM, de acuerdo a los criterios del protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes a los que se les ha realizado RNM de acuerdo a los criterios del protocolo} \times 100}{\text{Total de pacientes a los que se les ha realizado una RNM evaluados}}$$

Periodo de estudio
El que determine el hospital

Población y muestra de estudio
Todos los pacientes diagnosticados con esa tecnología en un periodo de tiempo 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 de estudio.....
Población total del periodo de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado
$\frac{\text{Nº}}{\text{Total}} \times 100 = \text{.....} \%$
Nº

Causa principal de inadecuación:
.....

Medida de mejora adoptada:
.....

5.4b. Protocolo de utilización de TAC

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo?:

Si
No
No precisa

La evaluación se ha hecho en todas las patologías SI NO
La evaluación se ha hecho en (definir patología o proceso).....

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
.....

Indicador 5.4b. TAC. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado un TAC, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes a los que se les ha realizado TAC de acuerdo a los criterios del protocolo} \times 100}{\text{Total de pacientes a los que se les ha realizado una TAC evaluados}}$$

Periodo de estudio
El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio
Todos los pacientes diagnosticados con esa tecnología en un periodo de tiempo 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 de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado
Nº x 100 = %
Nº

Causa principal de inadecuación:

Medida de mejora adoptada:

5.4c. Protocolo de utilización de oxigenoterapia.

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo?:

Si
 No
 No precisa
 Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Indicador 5.4c Oxigenoterapia. Porcentaje de pacientes a los que se les ha tratado con oxigenoterapia, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados con O}_2 \text{ de acuerdo a los criterios del protocolo} \times 100}{\text{Total de pacientes tratados con O}_2 \text{ evaluados}}$$

Periodo de estudio
 El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio
 Todos los pacientes tratados con esa tecnología en un periodo de tiempo 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 de estudio..... Población total del periodo de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado
Nº x 100 = %
Nº

Causa principal de inadecuación:

Medida de mejora adoptada:

5.4d. Protocolo de utilización de litotricia.

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo?:

Si
 No
 No precisa
 Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Indicador 5.4d. Litotricia. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una litotricia, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes a los que se les ha realizado litotricia de acuerdo a los criterios del protocolo} \times 100}{\text{Total de pacientes a los que se les ha realizado una litotricia evaluados}}$$

Periodo de estudio
El que determine el hospital

Población y Muestra de estudio
Todos los pacientes tratados con esa tecnología en un periodo de tiempo 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 de estudio.....	
Población total del periodo de estudio.....	
Población estudiada:	
Total	
Muestra	
Resultado	
Nº	x 100 = %
Nº	

Causa principal de inadecuación:
.....

Medida de mejora adoptada:
.....

Objetivo 5.5. Implantar protocolos de procesos o procedimientos en los Servicios

No todos los Servicios se han visto implicados en la implantación de los llamados protocolos institucionales, pero a lo largo de 1998 han pactado el diseño de otros protocolos. En los acuerdos sobre productividad se recogieron algunos ejemplos en los que los hospitales debían centrar sus actuaciones, entre ellos:

- Utilización de pruebas diagnósticas.
- Utilización de procesos terapéuticos (hemodinámica terapéutica, tratamiento de la apnea del sueño, etc.)
- Implantación de prótesis.
- Demanda de pruebas analíticas.
- Mejoras en el consumo de material fungible.
- Mejora en la utilización de medicamentos.

Estos objetivos se consideran objetivos específicos de los Servicios. La valoración institucional de estos protocolos se limita a unos indicadores de estructura, como es la presencia de los protocolos documentados y si han sido evaluados, al margen de la valoración del impacto que estas actuaciones pueden tener en el consumo de recursos en los hospitales.

Los objetivos pactados por servicio deberán incluirse en la memoria del Plan de Calidad del hospital.

Indicador 5.5a. Número de protocolos/guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en cada servicio asistencial del hospital.

Servicios clínico-asistenciales	Protocolo

(Añadir tantas filas como sea necesario)

Nº de protocolos pactados en el CG 99.....
Nº protocolos implantados y evaluados en el hospital.....

Indicador 5.5b. Porcentaje de Servicios/Unidades clínico-asistenciales que tienen documentada e implantado al menos un protocolo/guía de actuación*

Fórmula del indicador

Número de Servicios/Unidades con al menos un protocolo/guía de actuación implantado x100
 Número total de Servicios /Unidades del hospital

Resultado
Nº x 100 = %
Nº
Nivel pactado en el CG 99..... Nivel alcanzado en la evaluación.....

*Incluidos los protocolos de las Sociedades Científicas ya evaluados en otro indicador

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

Indicador 5.5c. Número de vía/vías clínicas implantadas en el hospital.

A efectos de evaluación del plan de calidad de los hospitales, se considera que se ha cumplido el pacto si se ha hecho la implantación de al menos una vía clínica en todos los hospitales, incluidos los del grupo V.

La valoración tendrá en cuenta tres posibles niveles:

- Vía no desarrollada → no cumplimiento del pacto
- Vía en fase de implantación, para lo que es imprescindible que la matriz esté diseñada y documentada y aprobada por el hospital. → Cumplimiento del pacto
- Vía implantada y evaluada. → Cumplimiento del pacto + valoración añadida

Además será tenido en cuenta el nº de vías clínicas desarrolladas.

1. Vía.....

Vía clínica en fase de implantación (al menos, la matriz desarrollada).
 Vía clínica implantada (evaluada).

2. Vía.....

Vía clínica en fase de implantación (al menos, la matriz desarrollada).
 Vía clínica implantada (evaluada).

(Añadir cuantas líneas sean necesarias)

Es imprescindible enviar el documento de la vía donde se plasman las actividades, tratamientos y cuidados de cada uno de los días de la estancia hospitalaria (matriz).

OBJETIVO 6. DISMINUIR LA INFECCION HOSPITALARIA

Las tasas de infección hospitalaria son un indicador válido en la medición de la calidad asistencial de un hospital. La calidad y la efectividad de las estrategias de mejora aplicadas solo pueden ser evaluadas correctamente si se dispone de un sistema de vigilancia adecuado.

Existió cierta confusión con los niveles de vigilancia propuestos en años anteriores, ya que no necesariamente el nivel A de vigilancia, que era el más extenso, era el nivel de la excelencia ni el que debía ser el implantado por todos los hospitales, sino que cada hospital debía planificar y por lo tanto pactar el sistema más adecuado a sus características. Por ello, se sustituyen los niveles por una descripción del sistema de vigilancia que el hospital tiene implantado o pretende implantar, identificado con un número.

Indicador 6. Nivel de vigilancia de la infección nosocomial.

Niveles	Incidencia en Servicios Quirúrgicos
1	Incidencia > 80% Servicios Qx.
2	Incidencia 50-80% Servicios Qx.
3	Incidencia 25-50% Servicios Qx.
4	Incidencia en < 25% Servicios Qx
5	No existe sistema de vigilancia implantado

Nivel pactado CG99..... Nivel alcanzado.....

Además de los niveles establecidos en el CG, es interesante conocer otros aspectos del sistema de vigilancia:

Sistema de vigilancia en servicios médicos (incidencia)	
Activo (revisión de historias clínicas y/o visita a las plantas)	
Pasivo (Seguimiento de cultivos positivos de microbiología)	

Sistema de vigilancia en servicios quirúrgicos (incidencia)	
Activo (revisión de historias clínicas y/o visita a las plantas)	
Pasivo (Seguimiento de cultivos positivos de microbiología)	

Prevalencia	
Si	
No	

Los resultados en tasas de infección se solicitan en el apartado de la monitorización de indicadores. Los hospitales deben enviar los datos que el sistema de vigilancia que han planificado les permita obtener, no deben adaptar o planificar su sistema a los datos que se solicitan.

Los datos de infección, al obtenerse con distintos sistemas de vigilancia, dificulta la comparación entre hospitales. Existe un proyecto del Ministerio de Sanidad y Consumo en el que se está participando, que trata de obtener un CMBD de la infección obtenido a través de un sistema de vigilancia que tiene que cumplir una serie de requisitos mínimos. Una vez se haya definido tanto los datos a recoger como estos requisitos, los hospitales deben implantar un sistema de vigilancia que les permita enviar sus datos de infección a una base de datos centralizada para poder establecer tasas estándar de infección ajustadas por riesgo e intervención.

OBJETIVO 7. MEJORAR EL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TRASPLANTES

El objetivo de la ONT es conseguir la detección de todos los posibles donantes, así como garantizar la máxima calidad en el proceso de donación, evitando pérdidas y reduciendo los riesgos al receptor. Algunos de los indicadores solicitados para la evaluación de 1998 resultaron complejos de evaluar. Por ello, la ONT ha diseñado un nuevo protocolo para el año 1999. Desde el Plan de Calidad del INSALUD se mantiene el indicador incluido en el Contrato de Gestión, y además, se recogen dos nuevos indicadores.

Indicador 7.1a. Porcentaje de éxitos en UC diagnosticados clínicamente de ME, detectados por la UCTX e incluidos en el protocolo del proceso de donación de órganos.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº éxitos en UC diagnosticados clínicamente de ME, detectados por la UCTX e incluidos en el protocolo del proceso de donación de órganos} \times 100}{\text{Nº total de éxitos en UC diagnosticados clínicamente de ME, detectados por la UCTX}}$$

Resultado
Nº x 100 = %
Nº Nivel alcanzado en la evaluación..... Nivel pactado.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	<50

Indicador 7.1b. Porcentaje de donantes reales respecto al total de muertes encefálicas (M.E.) que se han producido en las unidades de críticos (U.C.) a lo largo del año.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número total de donantes reales en 1 año} \times 100}{\text{Número total de M.E. en las U.C. en el mismo año}}$$

Resultado
Nº x 100 = %
Nº

Indicador 7.1c. Porcentaje de hojas de recogida de información de fallecidos en las U.C. con diagnóstico clínico de muerte encefálica cumplimentadas y remitidas a la O.N.T en el período adecuado en un año.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de hojas de M.E. en U.C. remitidas a la ONT en el plazo adecuado(*) en 1 año} \times 100}{\text{Nº Total de M.E. en las U.C. en el mismo año}}$$

Resultado
$\text{Nº} \quad \times 100 = \dots\dots\dots \%$
Nº

(*) El periodo adecuado lo establece la ONT.

OBJETIVO 8. IMPLANTAR OBJETIVOS DE CALIDAD EN SERVICIOS/UNIDADES NO ASISTENCIALES

El Plan de Calidad del INSALUD se ha centrado tradicionalmente en los Servicios Clínicos. Sin embargo, es necesario ir incorporando el resto de Servicios del hospital a dicho Plan. Por ello, este año se incorpora por primera vez este objetivo, muy genérico: lograr que los servicios no asistenciales pacten y evalúen objetivos de calidad.

Ejemplos de servicios no asistenciales:

- Administración, Control de Gestión, Gestión Económica, Intervención, Admisión, Documentación, Archivos, Atención al Paciente, Alimentación, Hostelería, Informática, Lavandería, Limpieza, Logística, Mantenimiento, Personal, Seguridad y Comunicaciones, Suministros, Personal Auxiliar.

Indicador 8. Número y relación de Servicios/Unidades no asistenciales que han pactado y evaluado objetivos de calidad.

Servicio	Objetivo pactado y evaluado

Nº Total servicios que han pactado objetivo

Nº pactado de servicios con objetivos

OBJETIVO 9. CUMPLIR LA NORMATIVA SOBRE PROHIBICIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS HOSPITALES

El tabaquismo es la primera causa de morbilidad y mortalidad evitable en nuestra sociedad. También se ha demostrado que la inhalación de humo ambiental, tabaquismo pasivo, supone un riesgo para las personas no fumadoras. Los costes sanitarios y sociales ocasionados por las muertes prematuras y las enfermedades atribuibles al tabaquismo son muy elevados. En estudios recientes se ha demostrado una alta prevalencia de tabaquismo entre los profesionales sanitarios (49,2%) frente a 38% en la población general. Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la importancia de su participación activa en la reducción del hábito tabáquico de la población, por las cuatro funciones que desempeñan: modélica, social, educadora y de apoyo.

El objetivo a incluir en el Plan de Calidad de 1999 es mejorar la implantación en los hospitales de las medidas establecidas en el real decreto 192/88 sobre normas de uso del tabaco y que están basadas en la normativa de la OMS, refrendadas por los países europeos:

- Señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios, salvo en zonas permitidas.
- Habilitar áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

Indicador 9.1. Tiene el hospital visible en las entradas principales la señalización sobre la prohibición de fumar.

- Si
- No

Indicador 9.2. Número de acciones llevadas a cabo para la prevención del tabaquismo.

Señalar las acciones llevadas a cabo:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Ejemplos:

- Extensión de la señalización antitabaco en el hospital: plantas, servicios centrales, etc.

- Incluir información sobre la prohibición de fumar y los lugares habilitados para fumadores en los folletos informativos que se entregan al paciente dentro del Programa de Acogida.
- Implantar el día sin tabaco en el centro sanitario.
- Actividades en formación.
- Desarrollo de un programa integral de prevención del tabaquismo.
- Otros.

4. Encuesta de actividad de las Comisiones Clínicas y Grupos de Mejora de la Calidad 1999

¿Cómo es la dedicación del coordinador al Programa de Calidad?. (Marque lo que proceda).

- Dedicación a tiempo completo.
- Dedicación a tiempo parcial.

Si la dedicación es a tiempo parcial, ¿cuántas horas semanales como promedio se dedica a la coordinación del Plan de calidad?.

.....

¿Cuántas Comisiones Clínicas, están formalmente constituidas y en funcionamiento en el hospital en diciembre de 1999?.

	Nº reuniones	Señalar los 2 objetivos más relevantes pactados por las Comisiones en este
Farmacia y Terapéutica		1.-
Infección Hospitalaria		1.-
Historias Clínicas		1.-
Tejidos		1.-
Tecnología y adecuación		1.-
Quirófano		1.-
Comité Asistencial de		1.-
Grupo promotor del		1.-
Dietética/Nutrición		1.-
Hemoterapia/Transfusión		1.-
Urgencias		1.-

Nº reuniones de la Comisión Central de Garantía de Calidad o de la Comisión de Calidad de los hospitales:

.....

GRUPOS DE TRABAJO EN MEJORA DE LA CALIDAD

ANEXO 5:

Metodología de la monitorización de indicadores

Introducción

Desde hace muchos años las organizaciones sanitarias han considerado importante la medida de los resultados para evaluar la calidad de la asistencia que prestan. Últimamente este interés está creciendo y se atribuye al avance en los sistemas de medición, a la importancia de los datos en la mejora de la calidad y a una demanda creciente de la responsabilidad pública en el costo y calidad de la asistencia sanitaria. Algunas organizaciones sanitarias internacionales están trabajando dentro de su plan de calidad en proyectos de monitorización de indicadores. El INSALUD pretende incorporarse al proyecto de medida de indicadores que han demostrado ser útiles para identificar oportunidades de mejora.

Los hospitales del INSALUD disponen de una base de datos centralizada y homogénea, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y es posible obtener una serie de indicadores a partir de ella. La calidad de los datos obtenidos del CMBD presenta algunas limitaciones. Sin embargo, ha mejorado en los últimos años. El porcentaje y la calidad de la codificación se han ido incrementando. El CMBD y el case mix de los hospitales es una fuente de información válida para la medición de algunos indicadores como los reingresos, reintervenciones, mortalidad relacionada con determinadas situaciones, estancias medias, etc. El CMBD presenta otra limitación, que es el reducido número de variables que recoge. Por ello, en algunas ocasiones se precisará completar estos datos con estudios específicos, para obtener otros indicadores. Estos indicadores pueden ser medidos por determinados servicios clínicos o por una comisión clínica. El objetivo es que la evaluación de los indicadores relacionados con temas usualmente tratados por una Comisión Clínica o Grupo de Mejora, sea responsabilidad de esa Comisión. Eso no quiere decir que los miembros de la Comisión sean siempre los responsables de medirlos, sino de hacer una evaluación de los resultados, proponer acciones de mejora, etc. (por ejemplo, los indicadores de la infección hospitalaria). Otros indicadores si precisarán ser medidos y evaluados por los miembros de la Comisión correspondiente. Las Comisiones Clínicas por tanto deben participar también en esta parte del Plan de Calidad del hospital y tener entre sus objetivos la medición y/o evaluación de determinados indicadores.

Para asegurar la homogeneidad en la medición es preciso diseñar una metodología común, al igual que ocurre con el programa de calidad incluido en el Contrato de Gestión (CG). Los resultados en la monitorización de estos indicadores no van a ser usados para establecer estándares de calidad. Se trata de obtener una herramienta que ayude a tener una visión de la calidad de la asistencia y que identifique oportunidades de mejora, comparando los resultados del hospital con su grupo y estudiando la tendencia a lo largo del tiempo.

1. INDICADORES OBTENIDOS A PARTIR DEL CMBD
1.1. Datos generales
Altas totales
Altas codificadas
Peso medio
Estancia media bruta
Estancia media depurada
Diagnósticos por alta
Procedimientos por alta
Edad media
GRDs quirúrgicos
GRDs médicos
1.2. Mortalidad potencialmente evitable
Asma (5 a 64 años)
Apendicitis (5 a 64 años)
Colelitiasis/colelísticis (5 a 64 años)
Mortalidad materna
Mortalidad perinatal
1.3. Distribución según tipo de alta
Domicilio
Traslado a otro hospital
Alta voluntaria
Éxitus
Traslado a centro sociosanitario
1.4. GRDs inespecíficos
GRD 467
GRD 468
GRD 476
GRD 477
GRD 469
GRD 470
1.5. Otros indicadores
Altas potencialmente ambulatorias
Estancias potencialmente ambulatorias
Altas potencialmente ambulatorias > 65 años
Estancias potencialmente ambulatorias > 65 años
Tasa de cesáreas
1.6. Distribución por estancias
1.7. Valores extremos
Estancias 0 días
Outliers superiores
Total extremos
Estancias > 20 días

Estancias > 40 días
Estancias > 60 días
1.8. Reingresos urgencias misma CMD
Reingresos de 0 a 2 días
Reingresos de 3 a 7 días
Reingresos de 8 a 30 días
1.9. Estancias prequirúrgicas
<i>Todos los ingresos</i>
Estancia media prequirúrgica
Estancia media postquirúrgica
<i>Ingresos programados</i>
Estancia media prequirúrgica
Estancia media postquirúrgica
1.10. Indicadores funcionales
IC
IEMA
2. INDICADORES OBTENIDOS A PARTIR DE ESTUDIOS ESPECÍFICOS EN LOS HOSPITALES
2.1. Tasa de reingresos en urgencias a las 72 horas
2.2. Prevalencia de pacientes con úlceras por presión
2.3. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial
2.4. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica
2.5. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados
2.6. Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s
2.7. Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)
2.8. Porcentaje de estancias no adecuadas en el GRD con estancia más desviada de la media
2.9. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas
2.10. Porcentaje de suspensiones de consultas externas
2.11. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3/6 horas en el Servicio de Urgencias
2.12. Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio
2.13. Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento

1. Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD

Muchos de los resultados del grupo de indicadores incluidos en el Plan de Calidad se obtienen de la explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Estos indicadores pueden ser monitorizados en los hospitales y sus resultados ser conocidos por los Servicios Clínicos y/o las Comisiones de Calidad responsables de su valoración. Basándose en los resultados y las tendencias, podrán analizar las causas y proponer acciones de mejora o soluciones factibles. El hospital no tiene que enviar los resultados de estos indicadores en la evaluación del mes de diciembre, ya que se obtienen del análisis centralizado del CMBD. El INSALUD realiza un análisis trimestral de estos datos, que son enviados a los hospitales. Los datos se presentan en una hoja resumen, en la que se muestran los resultados del hospital y la media de su grupo. Serán enviados trimestralmente a los hospitales. Próximamente se irán incluyendo más indicadores que puedan ser obtenidos del CMBD y se hayan mostrado válidos para la evaluación de la calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria.

Definición de los indicadores extraídos del CMBD

1.1. Datos generales.

Altas totales: número de altas producidas en el período analizado en el hospital.

Altas codificadas: número de altas enviadas por el hospital una vez eliminadas las altas sin codificar o aquellas que no permiten identificar al paciente o el episodio clínico y los registros duplicados.

Peso medio: cociente entre la suma de los pesos de Maryland (versión 14.1) de todas las altas codificadas del hospital y el número de altas codificadas del hospital.

Estancia media bruta: estancia media del hospital incluyendo todas las altas codificadas.

Estancia media depurada: estancia media del hospital excluyendo las altas codificadas de estancia 0 días (no éxitos ni traslados) y los outliers (altas con estancia superior al punto de corte calculado para cada GRD).

Media diagnósticos: cociente entre el número de diagnósticos de todas las altas codificadas del hospital (suma de diagnósticos campos C1 a C13) y el número de altas codificadas del hospital.

Media procedimientos: cociente entre el número de procedimientos de todas las altas codificadas del hospital (suma de procedimientos campos P1 a P13 y T1 a T8) y el número de altas codificadas del hospital.

Edad media: edad media de los pacientes atendidos en hospitalización.

GRDs quirúrgicos: número de altas codificadas del hospital con un GRD definido como quirúrgico en la versión 14.1 de los AP-GRDs.

GRDs médicos: número de altas codificadas del hospital con un GRD definido como médico en la versión 14.1 de los AP-GRDs.

1.2. Mortalidad potencialmente evitable.

Existen una serie de procesos que, en un determinado rango de edad, no deberían producir mortalidad alguna. Sus datos provienen de los estudios de Holland, quien estableció una tabla de mortalidad evitable para todo el conjunto del sistema sanitario y para la asistencia sanitaria intrahospitalaria. Es lo que se conoce como un indicador centinela. La presencia de un solo caso obliga a una investigación formal del mismo, para detectar problemas de calidad y corregir aquellas situaciones que pudieran haberlo provocado. Con la periodicidad que el hospital decida, el sistema informático del hospital realizará una búsqueda para detectar casos de mortalidad que estén incluidos en la tabla de Holland para casos intrahospitalarios. Los servicios recibirán esta información y deberán emitir un informe pormenorizado a la Comisión de Mortalidad o en su defecto a la Dirección Médica en donde se indicará:

- Resumen de historia clínica del caso.
- Estudio pormenorizado de causas de mortalidad.
- Problemas de calidad detectados.
- Resoluciones tomadas en el caso particular.

La tabla de Holland es:

ENFERMEDAD	EDAD
Asma (Código 493)	5 – 64 años
Apendicitis (Código 540 al 543)	5 – 64 años
Hernia abdominal (Código 550 al 553)	5 – 64 años
Colelitiasis (Código 574). Colecistitis (Código 575)	5 – 64 años
Mortalidad materna (Código 640 al 676)	Todos
Mortalidad perinatal (Código 760 al 779)	Todos

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total pacientes fallecidos en el hospital por causas potencialmente evitables}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes dados de alta por estas causas}} \times 100$$

1.3. Distribución según tipo de alta (traslado a domicilio, traslado a otro hospital, alta voluntaria, éxitus, traslado a centro sociosanitario).

Número de altas y porcentaje correspondiente a cada uno de los tipos posibles de alta de los pacientes hospitalizados.

1.4. GRDs inespecíficos.

Número de altas y porcentaje respecto al total correspondiente a los GRDs: 467, 468, 469, 470, 476 y 477. Estos 5 GRDs corresponden a los pactados por la S.G.A.E con cada uno de los hospitales. Dentro de estos GRDs inespecíficos hay 2 de ellos que siempre corresponden a algún tipo de error y que por tanto tienen un peso de 0.

GRD 470: no agrupable. Incluye todos aquellos casos en los que el código CIE 9 MC del diagnóstico principal es incorrecto, existe una discrepancia entre el diagnóstico principal y el sexo del paciente (por ejemplo, un parto en un varón o una hipertrofia prostática en una mujer), la edad del paciente es superior a 124 años o bien, no está cumplimentado con un dato correcto la fecha de nacimiento, el sexo del paciente o el tipo de alta en todos aquellos episodios en los que se precisa conocer la edad, el sexo o el tipo de alta para asignar el episodio a un GRD válido.

GRD 469: diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta. Incluye aquellos casos en los que el diagnóstico principal, aun siendo un código válido, no es lo suficientemente específico para poder asignar un GRD válido y aquellas situaciones en las que se utiliza un diagnóstico principal específico del período neonatal en pacientes de más de 29 días. Los otros cuatro GRDs incluidos como inespecíficos no son realmente errores, y por tanto no tienen un peso de 0. Incluyen las siguientes circunstancias:

GRD 468: procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con diagnóstico principal. (Por ejemplo, paciente ingresado por una neumonía, durante el ingreso se cae de la cama fracturándose una cadera por lo cual es intervenido quirúrgicamente).

GRD 477: procedimiento quirúrgico no extensivo sin relación con diagnóstico principal. (Por ejemplo, mujer ingresada por una arritmia cardíaca, durante el ingreso se le detecta una masa en un pecho por lo cual es sometida a una biopsia).

GRD 476: procedimiento quirúrgico prostático sin relación con diagnóstico principal. (Por ejemplo, paciente ingresado por insuficiencia cardíaca, durante el ingreso presenta una retención urinaria por la cual tiene que ser sometido a una resección transuretral de próstata).

GRD 467: otros factores que influyen en el estado de salud. Se incluyen aquellos casos en los que el ingreso hospitalario está relacionado con una sospecha de enfermedad o para observación de determinados síntomas.

1.5. Otros indicadores.

Altas y estancias potencialmente ambulatorias. Se calcula el número de altas y estancias generadas por los pacientes hospitalizados (totales y en el grupo de edad de mayores de 65 años), correspondientes a los GRDs definidos como potencialmente ambulatorios en el Contrato de Gestión 1999, así como el porcentaje que representan con respecto al total.

En el siguiente listado se muestran los procedimientos susceptibles de ser realizados por CMA, si bien los hospitales pueden definir algunos más.

GRD	DESCRIPCION
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITREC
40	PROCEDIM.EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD > 17
41	PROCEDIM.EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD < 18
42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRI
55	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BO
59	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17
60	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC
159	PROC.SOBRE HERNIA EXCEP.INGUI.&FEMORAL>17 CON CC
160	PROC.SOBRE HERNIA EXCE.INGUI.&FEMORAL>17 SIN CC
161	PROC.SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL >17 CON CC

162	PROC.SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL >17 SIN CC
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC
228	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTIC., U OTROS CON CC
229	PRO.SOBRE MANO O MUÑECA,EXCE.PROC.MAYORES SIN CC
231	EXCIS.LOCAL&ELIMIN.DISP.FIJACION INT.EXC CAD&FEM
232	ARTROSCOPIA
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROC.NO MAL
267	PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFER.PILONI
339	PROC.SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17
340	PROC.SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18
342	CIRCUNCISION EDAD>17
343	CIRCUNCISION EDAD<18
351	ESTERILIZACION, VARON
361	INTERRUPCION TUBARICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROT
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA
364	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEO
494	COLECISTEC.LAPAR.SIN EXPLORAC.COND.BILIAR SIN CC

Porcentaje de cesáreas: relación entre el número de cesáreas (GRDs 370, 371, 650 y 651) y el número total de partos más cesáreas (GRDs 370, 371, 372, 373, 374, 375, 650, 651 y 652).

Las tasas de parto por cesárea han aumentado enormemente en todo el mundo, aunque de forma variable, según áreas geográficas y hospitales. En España, la tasa más reciente de cesáreas en los hospitales del INSALUD (1998) se sitúa en el 18,95%. En este aumento, se han implicado factores como la presentación de nalgas, inmadurez fetal, aumento de la utilización de la monitorización fetal, y medicina defensiva. Se ha señalado que uno de los factores que más influye es el estilo de práctica de los médicos.

1.6. Distribución por estancias.

Porcentaje que representan con respecto al total las altas producidas según los días de hospitalización. Se muestran en un gráfico.

1.7. Valores extremos.

Estancias 0 días: número de casos con fecha de ingreso igual a fecha de alta y que no corresponden a éxitos o traslados a otros centros (tipos de alta 2 y 4).

Outliers superiores: número de altas con estancia superior al punto de corte establecido para cada GRD. El punto de corte se determina mediante la fórmula: percentil 75 + 1,5 (percentil 75 – percentil 25).

Total extremos: suma de estancias 0 días y outliers superiores.

1.8. Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor.

Se analizan durante el período de estudio aquellos pacientes con más de un ingreso clínico. Se considera episodio inicial de un paciente al primer episodio de ingreso durante el año en curso y reingresos al siguiente o siguientes episodios de ingreso. Para cada uno de estos reingresos se calcula el período de tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso del mismo y la fecha de alta del episodio anterior. Por ejemplo, si durante el período de análisis un paciente ha ingresado tres veces en el hospital se consideraría que ha presentado un episodio inicial y dos reingresos:

1º. 10 al 14 de julio (episodio inicial).

2º. 19 al 31 de julio (1er reingreso a los 5 días del anterior episodio).

3º. 7 al 10 de agosto (2º reingreso a los 7 días del episodio anterior).

Para intentar establecer que cada uno de estos reingresos se deba al mismo proceso o a un proceso relacionado con el episodio anterior se seleccionan solamente los casos que cumplen estas características:

- Que el tipo de ingreso del episodio de reingreso sea urgente.
- Que el período de tiempo transcurrido entre el reingreso y el episodio previo sea inferior a 30 días.
- Que la Categoría Diagnóstica Mayor del Reingreso sea igual a la del episodio previo, es decir que sea el mismo sistema orgánico el afectado o idéntica la etiología de la enfermedad.

Los reingresos con estas características se cuantifican en tres períodos de tiempo, de 0 a 2 días, de 3 a 7 días y de 8 a 30 días.

1.9. Estancias prequirúrgicas.

Estancia media preoperatoria de las altas (totales y sólo programadas) con GRD quirúrgico que tienen cumplimentado el campo fecha de la intervención y que esta se encuentra comprendida dentro del episodio clínico.

1.10. Indicadores funcionales.

IC (Índice de Complejidad): compara si el hospital posee un mayor o menor número de casos, con respecto al estándar, en los GRDs de mayor estancia media del estándar. El estándar empleado es el grupo de hospitales al que pertenece el hospital durante el mismo período de análisis. Un IC mayor a 1 indica que el hospital posee una casuística más compleja que la del estándar.

IEMA (Índice de Estancia Media Ajustada): analiza si el hospital es capaz de atender sus propios casos con una estancia media menor que la que obtendría el estándar con su funcionamiento atendiendo los casos del hospital.

El estándar empleado es el grupo de hospitales al que pertenece el hospital durante el mismo período de análisis. Un IEMA inferior a 1 indica un mejor funcionamiento del hospital.

La metodología completa empleada para el cálculo de estos dos indicadores está descrita en el análisis de la estancia media ajustada por GRDs que se envía a cada hospital.

2. Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos en los hospitales

Los resultados de estos indicadores serán enviados por el hospital a la SGAE en la evaluación del 31 de diciembre, junto con la evaluación del Plan de Calidad de 1999. En la memoria de 1998 se mostrarán los resultados de los indicadores monitorizados durante ese año, con las medias para el INSALUD y por grupo de hospital, de forma que cada hospital podrá compararse con su grupo.

2.1. Tasa de reingresos en urgencias a las 72 horas.

2.1a. Tasa de reingresos total

Fórmula del indicador:

Número de pacientes que acuden a urgencias por segunda vez en 72 horasx100

Número total de pacientes que acuden a urgencias en un determinado periodo

Metodología

Se trata de determinar que proporción de pacientes acude a un servicio de urgencias por segunda vez dentro de un plazo de 72 horas tras haber sido dados de alta. Para ello, se estudiará un periodo de tiempo determinado. En el denominador del indicador, figurará el número de pacientes que han acudido al servicio de urgencias en ese periodo. En el numerador, el número de pacientes que vuelven a urgencias en un plazo de tiempo de 72 horas tras ser dados de alta. No se trata, por tanto, de "reingresos" en su sentido estricto de ingreso hospitalario. Hay que tener cuidado, ya que no se está solicitando la tasa de "reingresos" total durante un año (todos los pacientes que acuden más de una vez a urgencias).

Este indicador podrá ser fácilmente medido por aquellos hospitales que tengan informatizado los registros de entrada y salida de pacientes. Los que no los tengan informatizados, pueden plantear el estudio de un periodo de tiempo para calcularlo. En ambos casos, el hospital debe hacer un análisis de las causas del "reingreso" en urgencias y proponer acciones de mejora para las causas evitables.

Tiene el hospital informatizados los registros en urgencias

Sí

No

Periodo de tiempo estudiado

.....

Resultado

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

Nº

2.2. Sistema de vigilancia de las de úlceras por presión.

El estudio EPINE es realizado en estos momentos por la gran mayoría de los hospitales del INSALUD. Por ello se solicita la prevalencia de pacientes con úlceras por presión, obtenido por el EPINE ya que es un factor de riesgo de la infección nosocomial. Este dato, al ser recogido con una metodología similar, puede ser comparado; aunque en realidad, está midiendo la prevalencia de pacientes ulcerados, y no la aparición de úlceras durante el ingreso hospitalario. Además, el hospital debe tener un sistema de vigilancia de las úlceras de acuerdo a sus características. De esta forma, centrará la vigilancia sobre los pacientes o áreas que crea conveniente, para que el esfuerzo realizado se derive en el máximo beneficio para los pacientes. Los indicadores obtenidos pueden ser comparables cuando se mide en pacientes de las mismas características, con metodología similar.

Epine

Indicador 2.2a: porcentaje de pacientes con úlceras (Estudio EPINE)

Fórmula del indicador

Número de pacientes con úlceras de decúbito

Número de total de pacientes estudiados (EPINE)

Resultado

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

Nº

Estudio específico

El hospital puede estar utilizando distintos indicadores (incidencia acumulada, densidad de incidencia y prevalencia, tanto de úlceras como de pacientes con úlceras). Por ello, es necesario especificar la metodología y el indicador utilizado, y señalar el resultado.

Características del estudio

Respecto al tipo de pacientes estudiados:

- En todos los pacientes.
- En los pacientes de riesgo.

En tal caso, indicar que escala se utiliza para evaluar el riesgo:

Respecto a las unidades estudiadas:

- En todo el hospital
- En las unidades de riesgo.

Si el estudio se realiza en las unidades de riesgo, especificarlas:

El sistema de vigilancia se basa en:

- Prevalencia.
- Incidencia.

Indicador 2.2b.....

Fórmula del indicador: especificar la definición de numerador y denominador.

Número de....
Número de....

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

2.3. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

Fórmula del indicador:

Número de casos de infección nosocomial en un día determinado x 100

Número total de pacientes estudiados en ese día

Metodología

Señalar si el estudio fue:

- EPINE
- Otro

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

2.4. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.

Fórmula del indicador

Número de infecciones de herida quirúrgica en pacientes intervenidos x 100

Número de enfermos intervenidos

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

2.5. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.

Fórmula del indicador

Número de infecciones urinarias en pacientes sondados x 100

Número de pacientes sondados

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

Recordamos que se trata del grupo de pacientes sondados, exclusivamente (no confundir con la tasa de prevalencia de infección urinaria general).

2.6. Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.

Fórmula del indicador

Número de infecciones de herida quirúrgica en determinado procedimientox100

Número de pacientes intervenidos por dicho procedimiento

A continuación se piden una serie de tasas de infección por procedimiento quirúrgico o por tipo de cirugía. Los hospitales deben enviar los datos que su sistema de vigilancia les ha permitido obtener, para los procedimientos o procedimientos quirúrgicos previamente definidos por el centro en función de sus necesidades. Lógicamente, aquellos hospitales que han pactado y alcanzado un nivel de vigilancia en el que está incluido un estudio de incidencia, deben ser capaces de responder a alguno de los datos que se piden a continuación. Además es muy importante que hayan especificado en el objetivo del Plan de Calidad Común, si el sistema de vigilancia es activo o pasivo, ya que las tasas pueden cambiar en función del método utilizado.

Procedimiento Quirúrgico Estudiado	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

Si no se ha realizado el estudio por procedimiento quirúrgico, sino por tipo de cirugía, indicar:

	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
Limpia			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Limpia contaminada			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Contaminada			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5
Sucia			ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

2.7. Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).

Los criterios utilizados para definir infección respiratoria

Infección respiratoria:

- Neumonía asociada a la ventilación mecánica
- Traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica

Criterio de Infección Respiratoria
Sintomatología clínica + Hallazgos radiológicos compatibles
Cavitación de un infiltrado radiológico previo
Cultivo + en líquido pleural concordante con Broncoaspirado Simple
Hemocultivo + concordante con Broncoaspirado Simple

Broncoaspirado Simple
Broncoaspirado Cuantitativo (< 10 ⁵ , de 10 ⁵ a 10 ⁶ , > 10 ⁶ UFC)
Broncoaspirado con Catéter Telescopado (< 10 ³ , de 10 ³ a 10 ⁴ , > 10 ⁴ UFC)
Lavado Bronco Alveolar (< 10 ⁴ , de 10 ⁴ a 10 ⁵ , > 10 ⁵ UFC)
Hallazgos positivos en estudio anatomopatológico
Patógeno Primario (Legionella o Micobacteria)
Serología Positiva

Fórmula del indicador

Número de infecciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica x 1000
Días totales de ventilación mecánica

Resultado
$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 1000 = \dots\dots\dots\%$
Periodo estudiado.....

2.8. Porcentaje de estancias no adecuadas en el GRD con estancia más desviada de la media.

Junto a las consecuencias ya conocidas de la prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria como son el aumento del riesgo de infección nosocomial, deterioro de la calidad de vida del paciente y su familia y gastos sanitarios y familiares, la reducción del uso innecesario produce un acortamiento de los plazos diagnósticos que puede reducir demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico o la atención a los pacientes⁴. El año pasado existió cierta confusión, ya que algunos hospitales no aplicaron el Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP) y obtuvieron datos extraídos del CMBD que indicaban estancias potencialmente evitables, más que inadecuación.

El AEP⁵ es un protocolo con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas en pacientes adultos. Trata de identificar problemas de organización hospitalaria cuando el paciente ya no requiere ingreso y las pautas de hospitalización conservadoras empleadas por los clínicos. Este protocolo no evalúa la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde esta se presta. Asume que los cuidados que recibe el paciente son adecuados desde el punto de vista clínico, por lo tanto existiría una proporción superior de utilización inadecuada no detectada con este instrumento. La información sobre el uso innecesario a clínicos y gestores se ha mostrado eficaz en algunos trabajos para reducir el uso innecesario. El protocolo del AEP es un protocolo de libre utilización, aunque su manual de uso, traducido al español, es propiedad de la Fundación Avedis Donabedian, y su precio es de alrededor de 15.000 pts. Este protocolo está diseñado para ser utilizado por revisores no médicos, típicamente enfermeras adiestradas en su uso, que pueden recurrir a consultores médicos en casos de ambigüedad.

El indicador propuesto se mide con este protocolo. Se debe aplicar en el GDR con EM más desviada de la media respecto a su grupo. Puede darse el caso de que dicho GDR sea muy poco importante en cuanto a número de pacientes. En tal caso, se seleccionará el siguiente GDR, hasta estudiar alguno con un número importante de pacientes, ya que de esta forma, las medidas correctoras tendrán más impacto.

Periodo estudiado
.....
GRD.....EM.....EM del grupo.....
Resultado
$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$

Medidas de acción planteadas.....

2.9. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.

Es un indicador que se calcula habitualmente en los servicios de estadística del hospital. Lo importante es conocer las causas de las suspensiones para implantar acciones de mejora; por lo tanto se debe establecer un sistema de registro de las causas.

Fórmula del indicador

Nº de intervenciones suspendidas x 100
 Nº de intervenciones programadas

⁴ Peiró S, Meneu R Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos. Rev calidad asistencial 1997 12; 122-136

⁵ Lorenzo S. Revisión de la utilización de recursos. Estudios realizados en España. Rev calidad asistencial 1997 12; 122-136

Periodo de estudio			
Resultado			
Nº	x 100 =		%
Nº			
Cuales son las 3 causas de suspensión más frecuentes			
1.....			
2.....			
3.....			

2.10. Porcentaje de suspensiones de consultas externas.

La mejora de los tiempos de espera en las consultas externas es una prioridad institucional. Se cree que puede existir un número no despreciable de consultas externas que son suspendidas. Por ello, este indicador trata de conocer con precisión el porcentaje de suspensiones, y sus causas, para poder aplicar medidas de mejora. Además, sería interesante para el hospital conocer los problemas con la llegada de la documentación clínica, aun en el caso de que no haya originado una suspensión de la consulta.

Fórmula del indicador

Nº de consultas externas suspendidas x 100

Nº de consultas externas programadas

Metodología

A decidir por el hospital.

Periodo de estudio			
Resultado			
Nº	x 100 =		%
Nº			
Cuales son las 3 causas de suspensión más frecuentes			
1.....			
2.....			
3.....			
Muestra			
Todas las especialidades			
Algunas especialidades			

Estudio de la espera en los Servicios de Urgencias Hospitalarios

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SHU) son el primer contacto con el hospital para muchos ciudadanos⁶. La imagen del centro está muy mediatizada por la de su servicio de urgencias. El tiempo en ser atendido es la causa del 20% de las quejas producidas en estos servicios⁷. El tiempo de espera de los usuarios⁸ puede ser utilizado como indicador de calidad en la evaluación de los SHU. Por todo ello, proponemos un estudio para medir el tiempo de espera en estos servicios. Sin embargo, los distintos hospitales pueden optar por realizar otro tipo de diseño, si lo consideran oportuno.

Metodología del estudio propuesto

Se revisarán los tiempos de espera de todos los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del hospital a lo largo de 24 horas. Para ello, se seleccionará un día no festivo, entre semana (martes, miércoles, o jueves), del mes de mayo, o, si no fuera posible en mayo, del mes de octubre, para minimizar el efecto de estacionalidad en la frecuentación de los servicios de urgencias^{9,10}. Una

⁶ Barber Pérez P, González López –Valcárcel B. Simulación de una unidad hospitalaria de urgencias y su uso potencial para la gestión. Gaceta Sanitaria 1994; 8(44): 239-247.

⁷ Rodríguez Gutiérrez CR, Romera García MT, Menéndez Rivera JJ, Losa Campillo JL, Mendieta Lázaro JM et al. Estudio de tiempos en el área de urgencia hospitalaria. Gaceta Sanitaria 1992; 6(30): 113-116.

⁸ Soler Pérez W, Chasco Ros FJ, Expeleta Urcelay E, Serrano Rodríguez S. Tiempos de espera en urgencias. Control de calidad interno y externo. Todo Hospital 1996; 129 (septiembre): 7-13.

⁹ Bertos Polo JJ. Utilización inadecuada del Servicio de Urgencias Hospitalarios. Justificación de una consulta rápida. Todo Hospital 1997; 139 (septiembre): 29-38.

persona designada al efecto deberá registrar la hora de entrada en el servicio, la hora de alta y la de salida. Se considera que un paciente sale del servicio de urgencias cuando es enviado a casa, cuando ingresa en el hospital, cuando es trasladado a una unidad de corta estancia, de observación, o similar, o cuando se traslada a otro hospital. No se considera que ha salido cuando permanece en observación en el box de urgencias. Al día siguiente se revisarán los casos de los pacientes que hayan esperado más de tres horas en urgencias. Se investigará para cada uno de ellos la causa de la demora, si es posible. El coordinador de calidad decidirá que personas deben estar al tanto de que el estudio se va a realizar. Debe procurar que la observación no modifique el comportamiento normal del servicio.

Se propone introducir los datos en una hoja de cálculo con formato Excel 97, que adjuntamos en un archivo. Si algún hospital lo estima oportuno, puede realizar el estudio con cualquier otro programa.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Pacientes que esperan más de 3 / 6 horas en urgencias}}{\text{Total de pacientes que acuden al servicio de urgencias en el día del estudio}} \times 100$$

La metodología planteada busca un compromiso entre la factibilidad y la validez de los resultados. Por supuesto, en un estudio más completo sería deseable escoger un tiempo más prolongado (un mes, o idealmente, un año), seleccionando una muestra.

2.11a. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias.

- Se ha obtenido del sistema de información de urgencias
- Se ha realizado el estudio de prevalencia propuesto previamente
- Se ha realizado otro estudio

Periodo de estudio Resultado $\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$
--

2.11b. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias.

Periodo de estudio Resultado $\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots\%$
--

2.12. Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio.

La radiografía de tórax continúa siendo ampliamente utilizada en el estudio preoperatorio para el despistaje de patología pulmonar a pesar del alto costo y bajo rendimiento demostrado y el carácter acumulativo de las radiaciones. Estas son algunas de las conclusiones del grupo de expertos que elaboraron el informe enviado a todos los hospitales "Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático", realizado por la Agencia de Evaluación Vasca¹¹ y de otras agencias¹²:

- No existe evidencia científica documentada de que la radiografía de tórax tenga un efecto favorable en la disminución del riesgo perioperatorio
- En el paciente sano menor de 60 años no debe solicitarse radiografía de tórax de rutina

Fórmula del indicador

$$\frac{N^{\circ} \text{ pacientes } < 60 \text{ ASA } 1 \text{ que tiene RX tórax en el estudio preoperatorio}}{N^{\circ} \text{ pacientes } < 60 \text{ ASA } 1 \text{ con estudio preoperatorio estudiados}} \times 100$$

Resultado Periodo de estudio $N^{\circ} \times 100 = \dots\dots\dots\%$
--

¹⁰ Boix JH, Tejeda M, Álvarez F, Peiro S, Eloy S. Aplicación de las series temporales y de la teoría de colas al dimensionamiento de los Recursos Humanos de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Todo Hospital 1997; 133 (enero-febrero): 21-27.

¹¹ Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático. OSTEBA Junio 1994. Se adjunta el informe.

¹² Preoperatives routines. The Swedish Council on Technology Assesment in Health Care. Se adjunta el informe.

Nº

2.13. Porcentaje de pacientes en riesgo detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento

Durante el año 1999 se está llevando a cabo la implantación de un Protocolo de Valoración de Riesgo Social en el Ingreso Hospitalario. Su objetivo es evitar estancias y reingresos innecesarios por causas sociales. Se pretende facilitar la medición homogénea en todos los hospitales de los indicadores de evaluación del proyecto. Uno de estos indicadores forma parte de la monitorización del Plan de Calidad.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de pacientes en riesgo detectados y entrevistados por la unidad de seguimiento}}{\text{Nº pacientes en riesgo detectados}} \times 100$$

Periodo de estudio

.....

Resultado

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

Nº

ANEXO 6:

Muestreo para la aceptación de lotes

Nota: la metodología del muestreo para la aceptación de lotes no ha sido utilizada hasta el momento en la evaluación del Plan de Calidad del Atención Especializada. Sin embargo, por su interés, se ha considerado adecuado divulgarla como anexo a la memoria, ya que se propone su utilización en la evaluación del Plan de Calidad de este año y del que viene.

El Muestreo para la aceptación de lotes puede ser un método complementario a otros métodos de muestreo tradicionales.

El tipo de medida de frecuencia que se utiliza habitualmente para la medición de indicadores es la proporción. El cálculo del tamaño muestral necesario para la estimación de una proporción se realiza mediante la aproximación de la distribución binomial a la distribución normal, aplicando la siguiente fórmula¹⁴¹:

$$n = z_{\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{\epsilon^2}$$

Donde n es el tamaño muestral necesario, α es el error alfa, p es la proporción esperada y ϵ la precisión deseada.

Como se puede ver en los siguientes ejemplos, en ciertas condiciones los tamaños muestrales resultantes de la aplicación de esta fórmula son “grandes” y exigen un considerable trabajo de recogida de datos que ocupan unos recursos no siempre disponibles.

PROPORCION ESPERADA	ERROR ALFA	PRECISION	TAMAÑO MUESTRAL
50 %	5%	7 %	196
50 %	5%	5 %	385
30 %	5%	5 %	323
30 %	5%	3 %	897

Para poblaciones finitas, caso común en la realidad de los estudios hospitalarios, la fórmula aplicada sufre una corrección que reduce el numero de casos a estudiar. Aún así, éstos pueden ser todavía considerables como podemos ver.

POBLACION	PROPORCION ESPERADA	ERROR ALFA	PRECISION	TAMAÑO MUESTRAL
15.000	50 %	5%	5 %	376
1.500	50 %	5%	5 %	307
150	50 %	5%	5 %	108

Se analiza en este documento un tipo de muestreo: el muestreo para la aceptación de lotes, que tiene la ventaja de reducir considerablemente el tamaño muestral. Esta técnica puede ser útil en determinados estudios y se presenta para que se valore su aplicabilidad para la medición de determinados indicadores.

Antecedentes y objetivo

Es un método utilizado en la industria, fundamentalmente en la medición de la calidad de productos manufacturados. En el ámbito sanitario su utilización ha sido escasa, salvo en campos como la inspección veterinaria, los procedimientos de control de los laboratorios o en estudios de cobertura vacunal. Queremos destacar el artículo publicado por Andreo y colaboradores¹⁴² en el que utiliza este método para la valoración de la adecuación de ingresos y estancias en un servicio de Medicina interna, utilizando el protocolo AEP.

Su finalidad, en la industria, es aceptar o rechazar lotes homogéneos de productos en base a

unos niveles de cumplimiento según unas especificaciones y riesgos pactados de forma previa. En nuestro contexto, en la secuencia de evaluación y monitorización de procesos se erigiría como una herramienta eficiente en la monitorización, ya que, aunque no permite estimar el nivel de preciso en el que se encuentra el indicador, es útil para clasificar un proceso como aceptable o problemático y tomar, en consecuencia, decisiones sobre como actuar. Al reducir considerablemente el tamaño muestral, y por tanto, el esfuerzo dedicado a la recogida de datos, ofrece la posibilidad de evaluación rápida y secuencial en el tiempo, a la vez que permite estudiar la situación de unidades más pequeñas para identificar cuáles son las que presentan problemas.

Así, se puede afirmar que esta modalidad de muestreo **no constituye un método alternativo**, ya que está pensado para un fin distinto, sino que **es un método complementario** a la medición precisa de un determinado indicador.

Desarrollo metodológico^{143,144,145}

La aplicación del muestreo para la aceptación de lotes requiere:

- Definir las características o especificaciones que van a ser objeto de estudio (esto no es diferente de cualquier otro diseño).
- Definir lo que se entiende por lote (este aspecto no es diferente de lo que se entiende por población de estudio).
- Definir el plan de muestreo a emplear, esto es, establecer una regla de decisión para poder diferenciar entre niveles de aceptación o rechazo de un lote o un indicador para un lote cuando en un mismo lote se utiliza para valorar varios indicadores.

En este último aspecto nos vamos a detener para detallarlo más. Definir el plan de muestreo consiste en determinar el número máximo de casos no cumplidores (fracasos) que podemos obtener en una muestra de tamaño muestral determinado, que nos permita distinguir entre un lote con un nivel del indicador aceptable y un lote con un nivel del indicador rechazable.

Para definir el plan de muestreo se requiere conocer o establecer:

- Estándar. Otros autores lo describen como el nivel de calidad aceptable o umbral superior. Es el valor que define un nivel de buena calidad para el indicador.
- Umbral. Otros autores lo denominan como el nivel de calidad rechazable o umbral inferior. Es el valor que define un nivel de mala calidad para el indicador.

Junto a estos dos criterios se ha de definir:

- El riesgo de tipo I o riesgo del proveedor (también llamados falsos positivos) definido como la probabilidad de rechazar o valorar como no cumplido el estándar cuando en realidad se cumple.
- El riesgo de tipo II o riesgo del comprador (también llamados falsos negativos) definido como la probabilidad de aceptar o valorar como cumplido el estándar cuando en realidad el cumplimiento es igual o inferior al umbral.

Con estos parámetros se obtiene el plan de muestreo compuesto por dos números.

N = tamaño muestral estudiado.

D = máximo de unidades defectuosas tolerable

Nuestra regla de decisión sería:

- Cuando el número de unidades no cumplidoras es menor o igual que D, entonces: el lote es aceptado.
- Cuando el número de unidades no cumplidoras es mayor que D, entonces: el lote es rechazado.

Los cálculos del plan de muestro están basados en la distribución binomial que responde a la siguiente fórmula¹⁴⁶:

$$P(x) = \frac{n!}{x!(n-x)!} \cdot p^x \cdot (p-q)^{n-x}$$

P(x)= probabilidad de encontrar x éxitos en una muestra de n casos
 n= tamaño de la muestra
 x= numero de éxitos en la muestra
 p= proporción de éxitos en la población

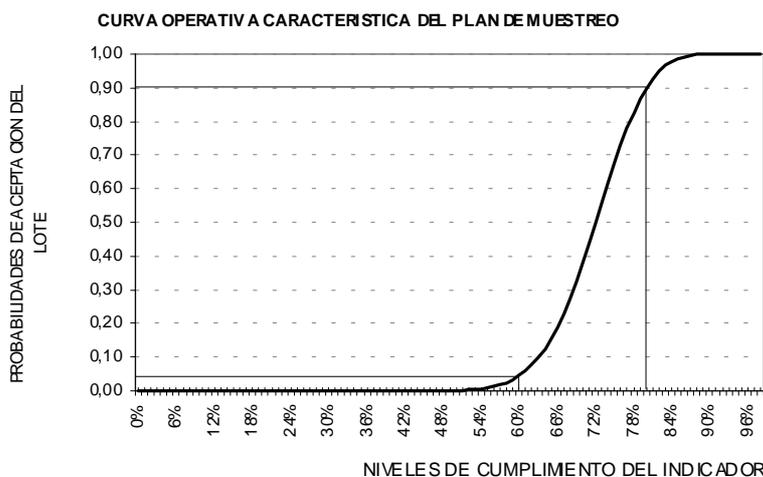
Así por ejemplo, la probabilidad de encontrar 4 errores en una muestra de 15, cuando la probabilidad de éxito en la población es del 50%, sería:

$$P(11) = \frac{15!}{11!4!} \cdot 0.5^{11} \cdot 0.5^4 = 0.041$$

Basándose en esta fórmula se puede obtener el plan de muestreo, para hacerlo más fácil diversos autores ha elaborado distintos sistemas que presentamos a continuación:

- Tablas de Lemeshow et al¹⁴⁷ para el cálculo del tamaño muestral y el número de decisión más eficiente para un nivel determinado del estándar y del umbral.
- Tablas de Valadez¹⁴⁸ sobre las probabilidades acumuladas para estándares determinados y número determinado del incumplimientos.
- Curva de característica operativa para un determinado tamaño muestral y un número máximo de incumplimientos.

La curva de característica operativa para un determinado tamaño muestral y un número máximo de incumplimientos consiste en una representación gráfica de las probabilidades de aceptación para los distintos niveles de cumplimiento de indicador. A partir de ella se obtiene el riesgo del proveedor y del comprador. Así por ejemplo, con un tamaño muestral de 45 y un número máximo de incumplimientos de 12 se obtiene la siguiente curva:



De ella obtenemos que para un plan de muestreo 45 y 12 con un valor estándar del 80% y un umbral del 60% el riesgo del proveedor es del 9,9% y el riesgo del comprador es del 4,46%.

Utilizando la curva de característica operativa y ayudados de una hoja cálculo se han obtenido unos ejemplos de planes de muestreo que pueden ser de utilidad.

Estándar	Umbral	Error del Comprador	Error del proveedor	Plan de muestreo Tamaño muestral	Nº máximo de no cumplidores
90%	70%	9,0%	9,8%	25	4
90%	75%	9,6%	10%	40	6
90%	80%	10 %	10,1 %	80	11

Como se puede comprobar, la reducción del tamaño muestral es considerable.

Conclusión

Las condiciones de aplicación son las siguientes:

- a) Requiere la homogeneidad de lote o población, cuestión difícil de asegurar en el ámbito sanitario, pero esta exigencia también se la puede hacer a otros tipos de muestreo.
- b) Requiere una medida previa del indicador de forma precisa, para elegir estándar y umbral.

Como ventajas tenemos:

- Requiere un tamaño muestral menor que métodos tradicionales, y por lo tanto, un menor esfuerzo en la recogida de datos. Puede emplearse en una monitorización más repetida en lo que se denomina "evaluación rápida y secuencial en el tiempo".
- Estos menores requerimientos de tamaño muestral pueden ser útiles para la detección de deficiencias en áreas pequeñas (servicios, secciones, unidades, etc...).

Como desventajas destacamos:

- No obtenemos una medida precisa del indicador, sino un criterio de decisión para aceptar o rechazar un lote o población determinado.
- Si el valor del indicador en la población se encuentra entre estándar y umbral, los errores que se comenten son superiores a los calculados en el plan de muestreo. Esta idea se representa en el siguiente esquema.

Capacidad del plan de muestreo para detectar y clasificar correctamente el lote

Así por ejemplo, para el plan de muestreo 40 (tamaño muestral) y 6 (número de casos de incumplimiento), cuando el estándar está fijado en el 90% y el umbral en el 75%; si el valor real del indicador en la población que se mide está en el 84%, la probabilidad de aceptar o valorar como cumplido el estándar cuando en realidad no se cumple el estándar, pero tampoco se está por debajo del umbral, es del 54%. También es preciso decir que si el indicador en la población que se mide está en una zona de buena capacidad discriminativa, como por ejemplo, en el 93%, la probabilidad de rechazar o valorar como no cumplido el estándar cuando en realidad se cumple, es del 2% y si estuviera en el 96%, la probabilidad de error en nuestra decisión sería del 0,1%.

Como conclusión de esta explicación, para que esta técnica tenga una buena capacidad discriminativa, hay que reducir la zona de pobre detección y para disminuir ésta hay que aumentar el tamaño muestral. También es cierto que cuanto más cerca esté el estándar de 100%, más rentable es este muestreo, ya que el tamaño muestral necesario es más pequeño a igualdad de distancia entre el estándar y el umbral.

VII. Referencias bibliográficas

-
- ¹ Carrasco G. Programa de Calidad de la Atención Especializada. Memoria 1997. Revista de Calidad Asistencial 1999; 14: 388.
- ² Carrasco G. Plan de Calidad de la Atención Especializada. Memoria 1998. Revista de Calidad Asistencial 2000; 15: 113.
- ³ Coordinadores del Programa de Calidad. Circular del INSALUD. Madrid, 10-abril-1997.
- ⁴ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Fundación Avedis Donabedian. SG Editores. Barcelona 1995. (Pag 267).
- ⁵ Pascual López L, Uris Selles J, Alfonso Domènech A, Sanmartín Sanmartín D, Sanz Sanz J, Campos Malo C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión de usuario en atención primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. Atención Primaria 1995; 15: 421-425.
- ⁶ Díaz Alvarez A, Castaño Barroeta C, Menéndez García M, Fanjul Morí MJ. Las reclamaciones de los usuarios: un instrumento del control de calidad. Atención Primaria 1987; 4: 184-188.
- ⁷ Cayuela Domínguez A, Camacho Garrido JJ, Ras Luna X, Diaz Alfaro MX, Enrique Coronas E. La opinión de los usuarios a través de las reclamaciones. Rev San Hig Pub 1991; 65: 215-221.
- ⁸ Bernal M, Navarro C. Estudio de las reclamaciones procedentes del servicio de atención al paciente. Todo hospital 1997; 139: 39-43.
- ⁹ Caballero Oliver A, Montilla Sanz MS, Fernández de Simón Almeda A, Garrido Cruz I, Montero Romero E, Navarro Rodríguez A. Análisis de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias hospitalario. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 426-430.
- ¹⁰ Control y tratamiento de reclamaciones. En: Senlle A. Calidad total en los servicios y en la Administración Pública. Ediciones Gestión 2000 SA. Barcelona 1996.
- ¹¹ Servicio de Atención al Paciente. Manual de funciones. INSALUD. Madrid 1993.
- ¹² Simón Lorda P. La fundamentación ética de la teoría del consentimiento informado. Rev Calidad Asistencial 1999;14:100-109.
- ¹³ Información y documentación clínica. Documento final del grupo de expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.
- ¹⁴ Instrumento de ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Publicado en el BOE de 20-X-99 y corregido según BOE de 11-XI-99).
- ¹⁵ Delgado Vila R, Suñol Sala R. La información clínica para el control de calidad asistencial. Todo Hospital 1990. Mayo: 39-43.
- ¹⁶ Sardá N, Vilà R, Mira M, Canela M, Jarrod M, Masqué J. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria. Med Clin (Barc) 1993;101:241-244.
- ¹⁷ Manresa Presas JM. El informe de alta hospitalaria: la conciencia del clínico. Med Clin (Barc) 1993;101:253-254.

-
- ¹⁸ Orden del 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. BOE nº 221 de 14 de septiembre de 1984: 26.685-26.686.
- ¹⁹ Criterios de inclusión y registro de la demanda quirúrgica y de la lista de espera. Circular 3/94. INSALUD.
- ²⁰ Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. INSALUD. Madrid 1998.
- ²¹ Orden 6 septiembre 1984. Sanidad. Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios. BOE 14 de septiembre de 1984 (num 221).
- ²² Peiró S, Bernal E, Moliner J. Mejora de la calidad y medicina basada en la evidencia. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 82-84.
- ²³ Peiró S. La Medicina Basada en la Evidencia y la calidad asistencial. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- ²⁴ Peiró S, Bernal E, Moliner J. Mejora de la calidad y medicina basada en la evidencia. Rev Calidad Asistencial 1998; 13:82-84.
- ²⁵ Romero LG. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
- ²⁶ Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina Basada en la Evidencia. Churchill Livingstone. Madrid 1997.
- ²⁷ Artalejo FR, Ortún Rubio V. Los protocolos clínicos. Med Clin (Barc) 1990;95:309-316.
- ²⁸ Granados Navarrete A. Los protocolos y las guías de práctica clínica en los programas de calidad asistencial. El médico, 22-febrero-1997.
- ²⁹ Johnson S. Introduction to pathways of care. En: Johnson S. Pathways of care. Blackwell Science. Oxford 1997.
- ³⁰ Coffey R, Richards JS, Remmert CS, LeRoy SS, Schoville R, Baldwin PJ. An introduction to Critical Paths. En: O Graham NO. Quality in Health Care. Aspen Publishers Inc. Gaithersburg 1995.
- ³¹ Revista de Calidad Asistencial. Monográfico sobre Gestión de Procesos. 1999.
- ³² Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, Long A, Sheldon T. Developing and implementing clinical practice guidelines. Quality in Health care 1995;4:55-64.
- ³³ Lomas J, M Anderson G. Do practice guidelines guide practice?. NEJM 1989:1306-1311.
- ³⁴ Murillo Capitán E. Protocolos. Med Clin (Barc) 1994;102:659-660.
- ³⁵ Salcedo I, Martínez de la Concha D, De Irala J, Masa J, Fernández-Crehuet R, Díaz C. Evaluación de la quimioprofilaxis quirúrgica. Medicina Preventiva 1996;2:10-15.
- ³⁶ Sáinz Sebastián C, Fernández Martín J, Sáinz Rojo A. Estudio descriptivo de los protocolos de profilaxis quirúrgica en una red de hospitales públicos. XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Palma de Mallorca, 26-29 de octubre de 1999.
- ³⁷ Osteba. Indicaciones del uso apropiado de Resonancia Magnética. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria, marzo 1997.

-
- ³⁸ Osteba. Indicaciones del uso apropiado de Resonancia Magnética. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria, marzo 1997.
- ³⁹ Coffey RJ et al. "An introduction to critical paths". In: O'Graham N. "Quality in Health Care". Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg 1995. 139-156.
- ⁴⁰ Litwin MS; Shpall AI; Dorey F. Patient satisfaction with short stays for radical prostatectomy. *Urology*, 1997 ;49:898-905.
- ⁴¹ Cleary PD, Greenfield S, Mulley AG, Pauker SG, Schroeder SA, Wexler L, McNeil BJ: Variations in length of stay and outcomes for six medical and surgical conditions in Massachusetts and California. *JAMA* 1991 Jul 3;266(1):73-79 .
- ⁴² Gregor C, Pope S, Werry D, Dodek P. Reduced length of stay and improved appropriateness of care with a clinical path for total knee or hip arthroplasty. *Journal on Quality Improvement* 1996;22:617-627.
- ⁴³ Schriefer J. The Joint Commission. The synergy of Pathways and Algorithms: Two tools work better than one. *Journal of Quality Improvement*, Septiembre 1994; 20(4).
- ⁴⁴ Johnson S. Pathways of Care. Blackwell Science. Gran Bretaña 1997.
- ⁴⁵ García Caballero J, Díez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. Vías clínicas. *Medicina Preventiva* 1999;5:28-39.
- ⁴⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Informe sobre infección hospitalaria. *Med Clin (Bar)* 1994;102:20-24.
- ⁴⁷ Proyecto EPINE. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. EPINE 1990-1994. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias. Barcelona 1995.
- ⁴⁸ Grupo de Trabajo EPINE. Director: J. Vaqué. Proyecto EPINE 1990-1999. Resultados pendientes de publicación.
- ⁴⁹ Hughes JM. Setting priorities: nationwide nosocomial infection prevention and control programs in the USA. *Eur J Clin Microbiol* 1987;6(3):348-51.
- ⁵⁰ Álvarez Lerma F, Solsona JF. El control de la infección nosocomial como criterio de calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:158-160.
- ⁵¹ Larson E, Oram LF, Hedrick E. Nosocomial infection rates as an indicator of quality. *Med Care* 1988;26:676-684.
- ⁵² Gastmeier P, Kampf G, Wischniewski N, Schumacher M, Daschner F, Ruden H. Importance of the surveillance method: national prevalence studies on nosocomial infections and the limits of comparison. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998;19(9):661-7.
- ⁵³ Vilella A, Prat A, Trilla A, Lledó R, Asenjo MA. Contribución de la vigilancia de las infecciones nosocomiales a los programas de calidad hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:25-30.
- ⁵⁴ Barrasa Villar JI, Gómez López LI. Incidencia anual y control de las infecciones intrahospitalarias en un hospital comarcal. *Med Clin (Barc)* 1994;102:601-605.
- ⁵⁵ Bueno Cavanillas A, Delgado Rodríguez M, Cueto Espinar A, Gálvez Vargas R. Vigilancia epidemiológica de la infección hospitalaria. *Rev Clin Esp* 1987;181:92-97.

-
- ⁵⁶ Vaqué J, Roselló J, Trilla A, Monge V, García Caballero J, Arribas JL, et al. Nosocomial infections in Spain: Results of five nationwide serial prevalence surveys (EPINE Project, 1990 to 1994). *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17:293-297.
- ⁵⁷ Delgado-Rodríguez M, Sillero Arenas M, Rodríguez-Contreras Pelayo R, Gálvez-Vargas R. Sobre la medición de la infección hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1990;94:271-274.
- ⁵⁸ A Report from the National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. Nosocomial infection rates for interhospital comparison: limitations and possible solutions. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1991;12:609-21.
- ⁵⁹ Haley RW, Gaynes RP, Aber RC, Bennett JV. Surveillance of Nosocomial Infections. En: Bennett JV, Brachman PS. *Hospital Infections*. Third Edition. Little, Brown and Company. Boston 1992.
- ⁶⁰ Barrios Pérez A, Martín Ruiz JL, Jannone Forés R, Santarrufina Lluch S, Botella de Maglia J, Cebrián Domenech J. Estudio prospectivo de la infección nosocomial en una UCI médica. Una propuestas para el uso generalizado de las tasas del National Nosocomial Infection Surveillance System. *Rev Clin Esp* 1998; 198:284-288.
- ⁶¹ Glenister HM, Taylor LJ, Bartlett CLR, Cooke EM, Sedgwick JA, Mackintosh CA. An evaluation of surveillance methods for detecting infections in hospital inpatients. *Journal of Hosp Infect* 1993; 23:229-242.
- ⁶² Delgado-Rodríguez M, Medina Cuadro M, Martínez Gallego G, Fariñas Álvarez C, Sillero Arenas M. Frecuencia de la vigilancia de la infección nosocomial en cirugía general. *Med Clin (Barc)* 1997;108:171-174.
- ⁶³ Organización Nacional de Transplantes. Garantía de Calidad en el Proceso de Donación. Área INSALUD 1999. http://www.msc.es/ont/esp/calidad/f_calidad.htm
- ⁶⁴ Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-11.
- ⁶⁵ Hurt RD. Tratar el tabaquismo e invertir la tendencia. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos nº1, 1999. [www/oms.ch](http://www.oms.ch)
- ⁶⁶ Rodríguez Artalejo F, Hernández Vecino R, Graciani A, Banegas JR, Del Rey Calero J. La contribución del tabaco y de otros hábitos de vida a la mortalidad por cáncer de pulmón en España de 1940 a 1988. *Gac Sanit* 1994;8:272-279.
- ⁶⁷ González Svatetz CA. No al tabaco, sí a la vida. *Med Clin (Barc)* 1997;108:141-142.
- ⁶⁸ González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997;109:577-582.
- ⁶⁹ Salvador-Llivina T. Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la salud pública. *Rev San Hig Pub* 1990;64:585-588.
- ⁷⁰ González Enríquez J, Salvador Llivina T. Profesionales de la salud y tabaco: avances en España. *Gaceta Sanitaria* 1996;10:1-3.
- ⁷¹ Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, por el que se establecen limitaciones en la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población (BOE num 59, de 9 de marzo de 1988).
- ⁷² Estudio sobre la situación actual del tabaco: repercusión en España. Consejo de Consumidores y Usuarios. Madrid 1999.
- ⁷³ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial* 1991;6:65-74.

-
- ⁷⁴ Gilmore CM, De Moraes Novaes H. Manual de gerencia de la calidad. Organización Panamericana de la Salud 1996.
- ⁷⁵ Saturno Hernández PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 437-443.
- ⁷⁶ Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). Control de Calidad Asistencial 1991;6: 60-64.
- ⁷⁷ Angaran DM. Selecting, developing, and evaluating indicators. Am J Hosp Pharm 1991;48:1931-7.
- ⁷⁸ Sennet C. An introduction to HEDIS. Hospital Practice 1996;june 15:147-148.
- ⁷⁹ Mainous AG, Talberyt J. Assessing quality of care via HEDIS 3.0. Arch Fam Med 1998;7:410-413.
- ⁸⁰ Hiltunen K. HEDIS 1999 Effectiveness of care measures: implementation issues. Journal for Healthcare Quality 1999;21:32-35,54
- ⁸¹ Bishop W, Park K, Rector J, Faulkner M. HEDIS audits: meeting the challenge. Journal for Healthcare Quality 1999;20:10-15.
- ⁸² Kazandjian VA, Lied TR. Cesarean section rates: effects of participation in a performance measurement project. Journal on Quality Improvement 1998;24:187-196.
- ⁸³ Compendium of clinical indicators. University Hospital Consortium. UHC 1990.
- ⁸⁴ Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB, Plume SK. Building measurement and data collection into medical practice. Ann Intern Med 1998;128:460-466.
- ⁸⁵ Libro J, Ordiñana R, Peiró S. Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos. Gac Sanit 1998;12:9-21.
- ⁸⁶ Marión Buen J, Peiró S, Márquez Calderón S, Meneu de Guillerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Bar) 1998;110:382-390.
- ⁸⁷ Wennberg JE. Variations in Medical Practice and Hospital Costs. En: Graham NO. Quality in Health Care. Aspen Publisher. Gaithersburg 1995.
- ⁸⁸ Sarría Santamera A, Sendra Gutiérrez JM. Evolución de la tasa de cesáreas en España: 1984-1988. Gac Sanit 1994; 8:209-214.
- ⁸⁹ Libro J. En Suecia, las tasas de cesárea por encima del 5,6% no demuestran tener efectos sobre los resultados. Comentario sobre: Ekerlund I, Gerdtham UG. Estimating the effect of cesarean section rate on health outcome. Int J Technol Assess Health Care 1999;15(1):123-135.
- ⁹⁰ Libro J. La tasa de cesáreas puede ser reducida mediante intervenciones organizativas. Gestión Clínica y Sanitaria 2000;2(1):12. Comentario sobre: Hackmeyer G, Gold L, Johnson AI, Platt LD. Using the Continuous Quality Improvement Process to safely lower the cesarian section rate. Jt Comm J Qual Improv 1999;25:619-629.
- ⁹¹ Kimberly G, Hackmeyer G, Gold L, Johnson AI, Platt LD. Using the Continuous Quality Improvement Process to safely lower the cesarean section rate. Jt Comm J Qual Improv 1999;25:619-629.
- ⁹² García Ortega C. Los reingresos hospitalarios como indicador de calidad. Todo Hospital 138. Julio-agosto 1997:35-39.
- ⁹³ García Ortega C, Almenara Barrios J, García Ortega JJ. Tasa de reingresos en un hospital comarcal. Rev Esp Salud Pública 1998;72:103-110.

-
- ⁹⁴ Librero J, Peiró S, Ordiñana R. Chronic comorbidity and outcomes of hospital care length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. *J Clin Epidemiol* 1999; 52:171-179.
- ⁹⁵ Greenfield Ss, Aronow HU, Elashoff RM, Watanabe D. Flaws in mortality data. *JAMA* 1988; 260:2253-55.
- ⁹⁶ Gispert Magarolas R. La mortalidad evitable: ¿indicador de calidad asistencial?. *Control de Calidad Asistencial* 1992;7:1-7.
- ⁹⁷ De Juan García S, Fernández Pérez C. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable en el Hospital Universitario San Carlos (HUSC). *Gac Sanit* 1995;9:28-33.
- ⁹⁸ Holland W. Avoidable death as a measure of quality. *Quality Assurance in Health Care* 1990;2:227-233.
- ¹¹ Ortun V., Gispert R. Exploracion de la mortalidad prematura como guía de politica sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clin (Barc)*, 1988; 90:399-403. [Buscar](#)
- ¹⁰ Librero J, Peiró S. ¿Previenen las enfermedades crónicas la mortalidad intrahospitalaria?. Paradojas y sesgos en la información sobre morbilidad hospitalaria. *Gac Sanit* 1998;12:199-206.
- ¹² Comparaciones de mortalidad intrahospitalaria a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos de la Comunidad Valenciana. 1993-1995. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. 1997.
- ¹³ Librero J, Peiró S, Ordiñana R. Comorbilidad crónica y homogeneidad de los grupos diagnósticos relacionados. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13(4): 292-302.
- ⁹⁹ Sierra Gil E. Cirugía ambulatoria. ¿Una solución?. *Med Clin (Barc)* 1992;98:579-581.
- ¹⁰⁰ Espinàs J, Borràs J, Granados A. La cirugía ambulatoria. Oficina Tècnica d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Generalitat de Catalunya. Informe Tècnic Otam 9301. Novembre 1992.
- ¹⁰¹ Bassons Herbera J. Ingreso hospitalario en cirugía ambulatoria: sistema de control de calidad. *Med Clin (Barc)* 1999;112:377-378.
- ¹⁰² Colomer Mascaró J, Ramón Roca C, Varela Pedragosa J, Borrás Andrés JM. La cirugía ambulatoria en España: un estudio Delphi. *Gac Sanit* 1996;10:238-243.
- ¹⁰³ García-Perla García A. Retornos al Servicio de Urgencias: un indicador de calidad asistencial. *Todo Hospital* 2000, mayo:277-282.
- ¹⁰⁴ Vaqué J, Roselló J, Trilla A, Monge V, García Caballero J, Arribas JL, et al. Nosocomial infections in Spain: Results of five nationwide serial prevalence surveys (EPINE Project, 1990 to 1994). *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1996;17:293-297.
- ¹⁰⁵ Proyecto EPINE. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. EPINE 1990-1999. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias. Datos no publicados.
- ¹⁰⁶ Cuende Melero N, Baylín Larios AB. Neumonía nosocomial. En: Garrido Cantarero G. *Manual de Medicina Preventiva*. Jarpyo Editores SA. Madrid 1998.
- ¹⁰⁷ Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:122-136.
- ¹⁰⁸ Payne SMC. Using utilization review information to improve hospital efficiency. *Hospital & Health Serv Adm* 1991;36(4):473-490.
- ¹⁰⁹ Restuccia JD, Payne SMC, Lenhart G, Constantine HP, Fulton JP. Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position. *Health Care Manage Rev* 1987;12(3):17-27.

-
- ¹¹⁰ Bañeres J, Alonso J, Broquetas J, Antó JM. Ingresos hospitalarios inadecuados y días de estancia inactivos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasia pulmonar. *Med Clin (Barc)* 1993;100:407-411.
- ¹¹¹ Feldstein PJ, Wickizer TM, Wheeler JRC. The effects of utilization review programs on health care use and expenditures. *N Engl J Med* 1988; 318:1310-4.
- ¹¹² Siu AL, Sonnenbeg FA, Manning WG, Goldberg GA, Bloomfield BS, et al. Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *N Engl J Med* 1986; 315:1259-66.
- ¹¹³ Wickizer TM, Wheeler JRC, Feldstein PJ. Does utilization review reduce unnecessary hospital care and contain costs?. *Med Care* 1989; 27:632-647.
- ¹¹⁴ Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos. *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12:122-136.
- ¹¹⁵ Fishbein MJ. Inappropriate use of hospitals. *N Eng J Med* 1987;316:1215-16.
- ¹¹⁶ Groover PL. Is inappropriate hospital care an inevitable component of the health care system?. *Med Care* 1991;29(suppl):AS 1-4.
- ¹¹⁷ Matorras Galán P, de Pablo Casas M, Otero García L, Alonso López F, Daroca Pérez R, Díaz-Caneja Rodríguez N. Adecuación de los ingresos en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel. *Med Clin (Bar)* 1990;94:290-293.
- ¹¹⁸ Restuccia JD, Payne SMC, Tracey LV. A framework for the definition and measurement of underutilization. *Med Care Rev* 1989;46(3):255-270.
- ¹¹⁹ Lorenzo S. Revisión de utilización de recursos: estudios realizados en España. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:140-146.
- ¹²⁰ Hand R, Levin P, I Stanzola A. The causes of cancelled elective surgery. *Qual Assur Util Rev* 1990;5(1):2-6.
- ¹²¹ Tait AR, Voepel-Lewis T, Munro HM, Gutstein HB, Reynolds PI. Cancellation of pediatric outpatient surgery: economic and emotional implications for patients and their families. *J Clin Anesth* 1997;9:213-219.
- ¹²² Barber Pérez P, González López –Valcárcel B. Simulación de un unidad hospitalaria de urgencias y su uso potencial para la gestión. *Gaceta Sanitaria* 1994;8(44):239-247.
- ¹²³ Rodríguez Gutiérrez CR, Romera García MT, Menéndez Rivera JJ, Losa Campillo JL, Mendieta Lázaro JM et al. Estudio de tiempos en el área de urgencia hospitalaria. *Gaceta Sanitaria* 1992;6(30):113-116.
- ¹²⁴ Soler Pérez W, Chasco Ros FJ, Expeleta Urcelay E, Serrano Rodríguez S. Tiempos de espera en urgencias. *Control de calidad interno y externo. Todo Hospital* 1996;129 (septiembre):7-13.
- ¹²⁵ Osteba. Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático para cirugía electiva programada. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Junio 1994.
- ¹²⁶ Preoperatives routines. The Swedish Council on Technology Assesment in Health Care. Mayo 1989.
- ¹²⁷ Colom D. La atención sociosanitaria del futuro. Mira editores. Zaragoza 1997.
- ¹²⁸ Reinertsen JL. Physicians as leaders in the improvement of health care systems. *Ann Intern Med* 1998;128:833-838.
- ¹²⁹ Secretary of State for Health. The New NHS. Stationary Office. Reino Unido 1997.

-
- ¹³⁰ Lorenzo S, Álvarez F, Altamore G, Pombo N. Hacia la gestión de la calidad total. En: Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia 1999.
- ¹³¹ Barba R, Delgado R, Humert C, Suñol R, Vilanova F. La participación de los profesionales en la mejora de la calidad. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:48-49.
- ¹³² Berwick DM. Eleven worthy aims for clinical leadership on health system reform. *JAMA* 1994;272:797-802.
- ¹³³ Las comisiones clínicas: instrumento directivo en la gestión de la calidad. En: Varo J. *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid 1993.
- ¹³⁴ El papel de las comisiones clínicas hospitalarias. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 28-30 de septiembre de 1994.
- ¹³⁵ Garrido Cantarero G. Comisiones clínicas de calidad. En: Garrido Cantarero G. *Manual de Medicina Preventiva*. MSD. Madrid 1998.
- ¹³⁶ Varó J. Las comisiones clínicas: instrumento directivo en la gestión de la calidad. En: Varó J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid 1993.
- ¹³⁷ RD 521/1987. Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- ¹³⁸ Varó J. Círculos de Calidad. En: Varó J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid 1993.
- ¹³⁹ Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The improvement guide*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco 1996.
- ¹⁴⁰ Renick O. The search for value: a quality improvement cycle linking process, outcomes, and patient satisfaction. *The Journal of Health Administration Education* 1994;12: 29-36.
- ¹⁴¹ Doménech JM. Cálculo del tamaño de muestra. En: *Estimación de parámetros. Intervalos de confianza. Curso de Métodos Estadísticos en Ciencias de la Salud. Unidad 6*. Signo, Barcelona 1999.
- ¹⁴² Andreo JA, Barrio M, Ramos RM, Torralba M, Herrero F, Saturno PJ. Evaluación, mejora y monitorización de la adecuación y estancia en Medicina Interna con el muestreo de aceptación de lotes. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 88-92.
- ¹⁴³ Valadez JJ, Diprete L, Vargas W, Morley D. Using lot quality Assurance Sampling to assess measurements for growth monitoring in developing country's primary health care system. *International Journal of Epidemiology* 1996; 25 (2) : 381-387.
- ¹⁴⁴ Corbella A, Fernandez-Fernandez O, Perez-Porcuna X, Grima P. Aplicación de la técnica de planes de muestreo por lotes en la evaluación de indicadores: asma en pediatría. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 79-87.
- ¹⁴⁵ Hansen BL, Ghare Pm. Muestreo de aceptación por atributos lote a lote. En: Hansen BL, Ghare PM. *Control de Calidad. Teoría y aplicaciones*. Diaz de Santos, Madrid 1990.
- ¹⁴⁶ Doménech JM. Leyes de probabilidad de una variable discreta. En: *Leyes de probabilidad: Binomial, poisson, hipergeométrica y normal. Curso de Métodos Estadísticos en Ciencias de la Salud. Unidad 5*. Signo, Barcelona 1999.
- ¹⁴⁷ Lemeshow s, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Lot quality assurance sampling. En: *Adequacy of sample size in health studies*. WHO/John & Sons, Willshire 1992.

¹⁴⁸ Valadez JJ. Assessing child survival programs in developing countries. Boston: Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, Harvard University Press 1991.