

Plan de calidad Atención Especializada

Memoria 2000



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Plan de calidad Atención Especializada

Memoria 2000

Dirección General del INSALUD

Director General

Dr. José M^a Bonet.

Subdirección General de Asistencia Sanitaria

Subdirector General

Dr. José Luis De Sancho Martín

Subdirección General de Atención Especializada

Subdirector General

Dr. Roberto Collado Yurrita

Área de Calidad de Atención Especializada

Asesores Técnicos

Dr. Juan Carlos Ansede Cascudo

M^a Luz Frutos López

Dr. Juan Fernández Martín

Dr. Alfonso Pozuelo García

Secretaría

M^a Antonia Guerrero García



Edita: © Instituto Nacional de la Salud

Área de Estudio, Documentación y Coordinación Normativa

c/ Alcalá, 56

28014 Madrid

Diseño cubierta: Enrique Sánchez-Maroto Moraleda

Depósito legal: M. 16.175-2002

ISBN: 84-351-0388-9

NIPO: 352-02-001-8

Nº pub. INSALUD: 1.825

Imprime: Artegraf, S.A.

Sebastián Gómez, 5

Tel. 91 475 42 12

28026 Madrid

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Asistencia Sanitaria
Subdirección General de Atención Especializada

Plan de calidad Atención Especializada

Memoria 2000

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Madrid, 2002



Índice

Prólogo	9	Objetivo 2.3. Mejorar la calidad del informe de alta	54
Resumen	13	Objetivo 3. Mejorar la gestión de la lista de espera quirúrgica	57
I. Introducción	21	Objetivo 4. Mejorar la calidad y eficiencia de procesos	60
II. Estándares de la organización	25	Objetivo 4.1. Mejorar la aplicación del protocolo de profilaxis antibiótica	60
III. Objetivos comunes a todos los hospitales	35	Objetivo 4.2. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo	64
Objetivo 1. Mejorar la calidad de la información a pacientes y familiares	39	Objetivo 4.3. Mejorar la implantación de las guías de las Sociedades Científicas con los criterios de indicación quirúrgica en procedimientos frecuentes	66
Objetivo 1.1. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un Plan de Información	39	Objetivo 4.4. Implantación de protocolos para la utilización de alta tecnología	89
Objetivo 1.2. Desarrollar documentos de consentimiento informado específicos	42	Objetivo 4.5. Implantar otros protocolos de procesos o procedimientos en los servicios	98
Objetivo 1.3. Implantar el documento de consentimiento informado específico	44	Objetivo 5. Implantar objetivos de calidad por servicios	102
Objetivo 2. Mejorar los sistemas de información	47	Objetivo 5.1. Implantar objetivos de calidad en unidades asistenciales	102
Objetivo 2.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a quince días	48	Objetivo 5.2. Implantar objetivos de calidad en unidades no asistenciales	104
Objetivo 2.2. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta	50		

Objetivo 6. Cumplir la normativa sobre consumo de tabaco en los hospitales	106	2.6. Tasa de incidencia de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s	133
Objetivo 7. Realizar la memoria del plan de calidad del hospital	109	2.7. Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)	134
IV. Monitorización de indicadores	111	2.8. Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en el GRD con estancia más desviada de la media	135
IV.1. Indicadores obtenidos a partir del CMBD	115	2.9. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas	137
1.1. Mortalidad potencialmente evitable y mortalidad neonatal	115	2.10. Porcentaje de suspensiones de consultas externas	139
1.2. Otros indicadores	119	2.11. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3/6 horas en el Servicio de Urgencias	140
1.3. Reingresos	123	2.12. Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza radiografía de tórax en el estudio preoperatorio	142
IV.2. Indicadores no incluidos en un sistema de datos centralizado y que deben ser obtenidos en los hospitales	126	2.13. Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento	143
2.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas	126	V. Anexos	
2.2. Sistema de vigilancia de úlceras por presión	127	Anexo 1. Estructura hospitalaria del INSALUD	147
2.3. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial	129	Anexo 2. Metodología de evaluación	151
2.4. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica	130	VI. Referencias bibliográficas	223
2.5. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados	131		

Prólogo



Prólogo

Se presenta la memoria del Plan de Calidad de Atención Especializada correspondiente a los resultados del año 2000, en estos últimos tres años ha existido un esfuerzo importante por parte de los hospitales y del personal que lo integran en mejorar la calidad del servicio prestado a sus pacientes.

Esta inquietud relacionada con la mejora de la calidad se ha visto potenciada por la inclusión en los Contratos de Gestión de indicadores específicos de calidad, con el consiguiente nivel de compromiso adquirido por los responsables de la Administración Central del INSALUD y los Gerentes de los centros hospitalarios y el segundo factor determinante ha sido el cambio cultural producido en las organizaciones.

De todos es sabido que para provocar este cambio cultural en la organización es preciso formar al personal, el incremento en la ejecución de cursos de formación relacionados con la calidad y la participación multidisciplinar de los mismos rompiendo las barreras tradicionales existentes ha permitido este cambio de concepto de la organización.

Como cada año, se han mejorado los objetivos e indicadores existentes en los Planes anteriores. El mantenimiento de estos objetivos permite la comparación de los resultados con años anteriores, así como, evaluar el grado de mejora obtenido, también, en este año 2000 se han introducido objetivos nuevos, obteniendo buenos resultados.

El cumplimiento de este Plan de Calidad debe servir como base o punto de partida para la elaboración del Plan de Calidad específico de cada hospital, el análisis previo que ha de realizar la organización para determinar donde están sus áreas de mejora y que en muchos casos está elaborado y plasmado en el Plan Estratégico de cada Hospital, favorece la participación de todos y cada uno de los profesionales de la organización de manera activa y responsable en el proceso de mejora continua.

Finalmente esta memoria refleja el avance producido en nuestros hospitales en materia de calidad y la responsabilidad de todos los que en ella trabajan para ofertar un servicio a los ciudadanos de máxima eficiencia y efectividad.

Roberto Collado Yurrita

Resumen



Resumen

Introducción

Se presenta la Memoria de Plan de Calidad de Atención Especializada del INSALUD. Este organismo tiene el compromiso de ofrecer a la población a la que gestiona su asistencia sanitaria la mayor calidad posible de acuerdo con los recursos disponibles. Cada año, 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 (correspondientes al año 2000) se presentan en esta Memoria.

Objetivos

Promover e incentivar actividades de evaluación y mejora de la práctica asistencial, de manera que a partir del liderazgo de los directivos se consiga implicar a todas las personas que trabajan en la organización para traducir 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 errores, 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) Estándares de la organización.
- B) 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.
- C) Monitorización de indicadores.

A lo largo de estos últimos años se han dado una serie de pasos para contribuir al impulso del Plan de Calidad como han sido:

- 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 enviados 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)	1988	1999	2000
Acompañamiento a la mujer durante la dilatación		69%	74%
Acompañamiento a la mujer durante el parto		64%	65%
Plan de acogida a los pacientes		88%	88%
Guía del Hospital			88%
Hospitalización padres-hijos		64%	66%
Gestión de reclamaciones de pacientes y familiares			96%
Protocolo de cuidados de enfermería a paciente sondado		98%	95%
Sistema de vigilancia de la infección nosocomial			80%
Donación y trasplante de órganos			59%
Liderazgo de la Gerencia en la implantación del Plan de Calidad		78%	74%
Resultados objetivos del Plan de Mejora			
<i>1. Mejorar la calidad de la información a pacientes y familiares</i>			
1.1.1. Elaborada la Guía hospitalaria de información a pacientes y familiares			84%
1.1.2. % de servicios clínicos con un plan documentado de información	92%	83%	84%
1.2. Número de documentos de consentimiento informado implantados	47	66	88
1.3.1. % de DCI debidamente firmados por médico y paciente	80%	80%	84%
1.3.2. % de DCI firmados por el médico, en los que está identificado correctam.			73%
<i>2. Mejorar los sistemas de información</i>			
2.1. % de HC con informe de alta definitivo en 15 días.		85%	87%
2.2.1. % de HC con informe de alta definitivo a los dos meses		93%	96%
2.2.2. % de HC con informe de alta definitivo a los dos meses (pac. fallecidos)		79%	82%
2.3. % Informes de alta que cumplen el 100% de los criterios de calidad		74%	79%
<i>3. Mejorar la gestión de la lista de espera quirúrgica (LEQ)</i>			
3.1. % de pacientes incluidos en LE de acuerdo a los criterios de la Guía de LEQ	91%	92%	97%
<i>4. Mejorar la calidad y eficiencia de procesos</i>			
4.1.1. % de pacientes con profilaxis antibiótica de acuerdo a protocolo	77%	79%	79%
4.2. % de pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo		82%	90%
4.3.1. % pac. incluidos (cataratas) de acuerdo al protocolo.	93%	96%	97%
4.3.2 % pac. incluidos (amigd./adeno.) de acuerdo al protocolo.	96%	97%	94%



	1988	1999	2000
4.3.3. % pac. incluidos (hiperplasia próstata) de acuerdo al protocolo.	94%	93%	94%
4.3.4a % pac. incluidos (prótesis de rodilla) de acuerdo al protocolo.	92%	92%	97%
4.3.4b % pac. intervenidos (prótesis de rodilla) de acuerdo al protocolo.			97%
4.3.5a % pac. incluidos (prótesis de cadera) de acuerdo al protocolo	92%	92%	97%
4.3.5b % pac. intervenidos (prótesis de cadera) de acuerdo al protocolo			95%
4.3.6. % pac. incluidos (hallux valgus) de acuerdo al protocolo.	92%	95%	98%
4.4.1. % de utilización de RNM de acuerdo a los criterios del protocolo	88%	82%	92%
4.4.2. % de utilización de TAC de acuerdo a los criterios del protocolo	78%	90%	73%
4.4.3. % de utilización de oxigenoterapia de acuerdo a los crit. del protocolo	87%	84%	85%
4.4.4. % de utilización de litotricia de acuerdo a los criterios del protocolo	96%	97%	86%
4.5.1. Nº de protocolos/guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en el hospital		21,2	26
4.5.2. Número de vía/vías clínicas implantadas en el hospital		1,9	2,4
5. Implantar objetivos de calidad por servicios			
5.1. Porcentaje de servicios asistenciales que han implantado objetivos de calidad			92%
5.2. Nº de Servicios/Unidades no asist. que han implantado objetivos de calidad			74%
6. Cumplir la normativa sobre consumo de tabaco en hospitales			
6.1. Señalización sobre la prohibición de fumar visible en las entradas princip.		95%	100%
6.2. Se han habilitado áreas específicas diferenciadas donde se permita fumar			63%
6.3. Otras acciones complementarias para la prevención del tabaquismo			84%
7. Realizar la memoria del plan de calidad del hospital			
7.1. Ha realizado la memoria de 1999			84%

Monitorización de Indicadores	RESULTADO 99	RESULTADO 00
Tasa de cesáreas	19,2%	19,9%
Altas potencialmente ambulatorias	12,9%	10,6%
Estancias potencialmente ambulatorias	5,4%	4,5%
Reingresos 0 a 2 días	0,5	0,5%
Reingresos 3 a 7 días	1%	1%
Reingresos 8 a 28 días	2,2%	2,4%
Porcent. de reingresos en urgencias en 72 horas siguientes al alta de urgencias	4,5%	5,4%
Tasa prevalencia úlceras por presión en todo el hospital	5,3%	3,4%
Tasa prevalencia infección nosocomial	7,5%	7%
Tasa prevalencia infección herida quirúrgica	5,6%	4,5%
Tasa prevalencia infección urinaria en pacientes sondados	7,7%	7,8%
Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procs. quirúrgicos		
Densidad de incidencia de inf. resp. asociada a ventilación mecánica		19,7‰
Porcentaje de estancias no adec. (AEP) en el GRD con estancia más desviada de la media	24,9%	17,4%
Porcentaje de suspensiones quirúrgicas	6,1%	6,1%
Porcentaje de suspensiones de consultas externas	9,1%	3,5%
Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas en urgencias	26,8%	31%
Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en urgencias	11,3%	14,5%
Porcentaje de pacientes < de 60 años ASA 1 con RX tórax en el preoperatorio	62,5%	64,4%
Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados entrevistados por la u. s.	65,9%	68,2%

Conclusiones

Los resultados de los estándares son mejores que el año 99 (en casi todos ellos). Únicamente aparece bajo, el referido a la donación y trasplante de órganos. Pero hay que tener en cuenta que el porcentaje se refiere a la totalidad de los hospitales. De ellos el 35% no precisan evaluar ese estándar, puesto que no realizan trasplantes. Traduciendo el resultado obtenido, significaría que del total de hospitales en los que el estándar es evaluable, el 90,8% presentaron un cumplimiento sustancial o significativo.

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

Uno de los peores resultados se da en uno de los indicadores referido a la lucha antibiótica, lo cual es preocupante, desde un punto de vista tanto de cliente externo como de cliente interno, teniendo en cuenta que estamos hablando de una organización sanitaria.



Respecto a la monitorización de indicadores, se observa en general que los resultados son similares a los del año 99 (en los que ya existían), habiendo mejorado en algunos y empeorado en otros, pero en ambos casos de manera poco significativa. Es necesario seguir realizando un esfuerzo para aprovechar la información que nos proporcionan, de manera que seamos capaces de poder detectar problemas, analizar sus causas e implantar medidas de mejora.

I. Introducción



I. Introducción

Desde el año 1997 los Contratos de Gestión de los hospitales del INSALUD contienen el Plan de Calidad, este Plan tiene presente en su formulación los valores nucleares que sustentan los principios de la Gestión de la Calidad Total, es decir, tiene presente el enfoque a los procesos, enfoque al cliente externo, enfoque al cliente interno y el enfoque al aprendizaje.

Teniendo en cuenta estos valores, el INSALUD establece los objetivos de su Política de Calidad, orientados a impulsar actuaciones que fomenten la mejora de la calidad de los servicios sanitarios, teniendo en cuenta los recursos disponibles y aplicando la mejora continua en sus procesos. Estos objetivos son:

- Impulsar la importancia estratégica de la calidad
- Fomentar la cultura del cambio en la organización
- Orientar los servicios al ciudadano
- Desarrollar los procesos
- Impulsar la mejora continua en busca de la excelencia
- Formar al personal en calidad
- Utilizar adecuadamente los recursos
- Evaluar la consecución de los objetivos

El contenido del Plan de Calidad se estructura en tres niveles:

1. *Estándares de la organización.* Son objetivos recogidos en el Plan de Calidad de años anteriores y en los que la mayoría de los hospitales han alcanzado resultados satisfactorios en las evaluaciones previas. El nivel de cumplimiento de estos estándares se estima a través de la autoevaluación por parte de los hospitales. Estos estándares están relacionados con la calidad percibida y derechos de los pacientes, la calidad científico-técnica, el liderazgo y la cultura de calidad.

2. *Objetivos comunes a los hospitales.* Son objetivos relacionados con aspectos relevantes de la asistencia. Se incluyen objetivos de mejora que afectan a calidad percibida y derechos de los pacientes, calidad científico-técnica, satisfacción del cliente interno, objetivos de gestión clínica y objetivos sociosanitarios.

3. *Monitorización de indicadores.* Son una serie de indicadores que identifican la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir con acciones de mejora. Estos indicadores son de dos tipos, unos obtenidos a través del CMBD y otros obtenidos a través de estudios específicos que deben de realizar los hospitales.

La estrategia del INSALUD de los últimos años de incluir en los Contratos de Gestión un Plan de Calidad con áreas específicas de mejora, ha conseguido alcanzar resultados satisfactorios en la mayoría de los hospitales. Sin embargo, la calidad en la atención especializada tiene aún retos importantes por alcanzar como son, el entender a la organización como un sistema, orientándola a los procesos y profundizando en los principios de la mejora continua de la calidad con una orientación multidisciplinar, es decir implicando a todos cuantos trabajan en la organización. Para conseguirlo, se han de eliminar las barreras entre los distintos niveles asistenciales, dentro de cada nivel asistencial, dentro de cada servicio y entre las distintas categorías profesionales que participan en acto asistencial, con el objeto de conseguir la máxima eficacia y eficiencia en las actuaciones que se desarrollan en la asistencia sanitaria.

En la memoria que presentamos a continuación se reflejan los resultados obtenidos por el conjunto de los hospitales del INSALUD relativos al Plan de Calidad elaborado por la Subdirección General de Atención Especializada cuya responsabilidad ha sido la de realizar el Plan de Calidad, elaborar la metodología común de evaluación, y efectuar el análisis y validación de los resultados.

Es importante reseñar que el Plan de Calidad incluido en el Contrato de Gestión tiene como objetivo servir de base para que cada hospital en función del análisis de sus necesidades y de las áreas de mejora detectadas, genere su Plan de Calidad específico. En él deben reflejarse los objetivos pactados con cada uno de los servicios del hospital y las acciones de mejora a realizar por todos y cada uno de los profesionales de la organización de manera activa y responsable con el fin de proporcionar la máxima eficiencia en el proceso de atención sanitaria.

Cobertura de la evaluación del Plan de Calidad del 2000

En el año 2000 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



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. Como el año 1999, se ha aplicado una escala semejante a la que propone la Joint Commission en la evaluación de sus estándares. 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

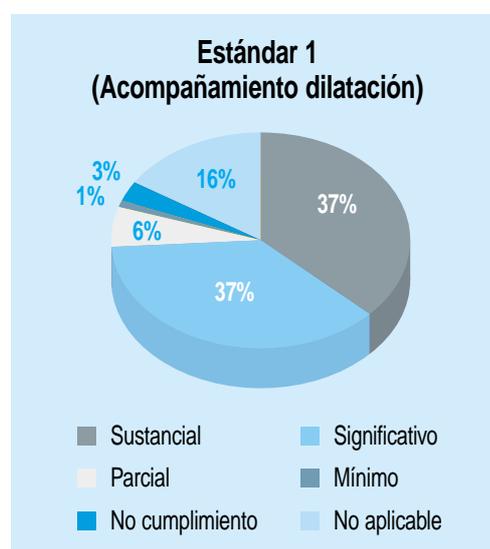
A continuación, se muestran los estándares (se añadieron 4 nuevos respecto del año 1999), los criterios que componen cada uno de ellos, y los resultados obtenidos, en forma de gráfico

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 81 hospitales.



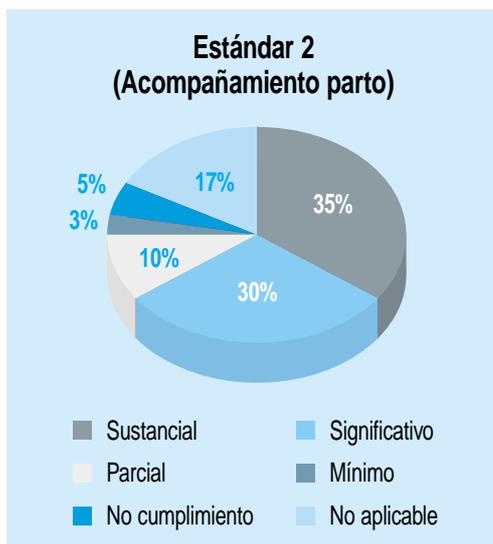
Estándar 2. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso del parto.

- 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 81 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 81 hospitales.

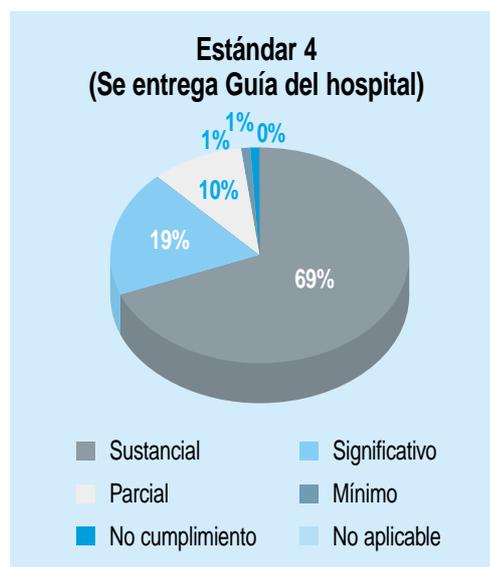


Estándar 4. El hospital entrega a los pacientes una Guía del hospital.

- La Guía es un folleto o publicación con información sobre el hospital que se entrega a los pacientes dentro del Plan de acogida.
- Contiene información sobre:
 - Presentación del hospital y los aspectos relevantes de la hospitalización.
 - Servicio de Atención al Paciente: funciones, ubicación y horario.
 - Los trámites administrativos frecuentes y documentación necesaria para realizarlos, como solicitud de la baja, citas en consultas, etc.
 - Descripción de los distintos servicios asistenciales, con su ubicación, teléfono de contacto y cartera de servicios.
 - Descripción de otros recursos disponibles para el paciente, como biblioteca, servicios religiosos, capilla, escuela para niños, teléfonos, etc.

- Horarios de comidas, visitas, transportes, servicios religiosos, etc.
- En esta información escrita figura la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes.

Evalúan este estándar 81 hospitales.



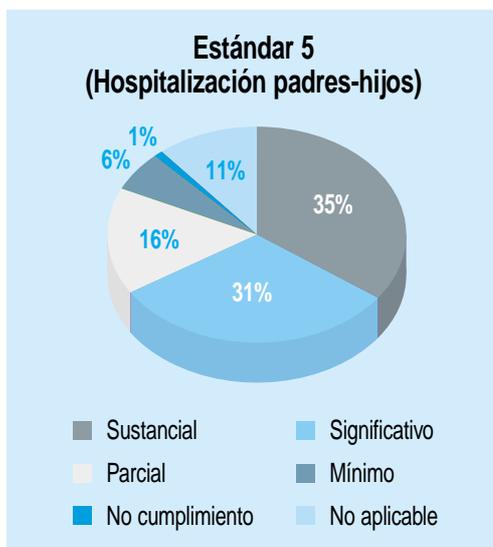
Estándar 5. El hospital facilita la hospitalización padres-hijos.

- 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 81 hospitales.

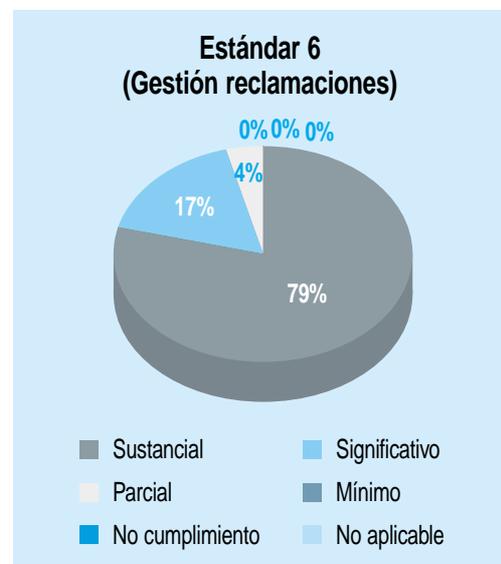


Estándar 6. El hospital gestiona las reclamaciones de los pacientes y familiares.

- El hospital tiene asignado el servicio responsable de la gestión de las reclamaciones.
- El servicio cuenta con un sistema que garantiza que se contestan en un plazo menor de 30 días.

- Las contestaciones a las reclamaciones son motivadas y se adaptan, como mínimo, a los criterios establecidos en el manual de funciones del Servicio de Atención al Paciente.
- Se hace la evaluación de las causas de reclamación más frecuentes. La evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de esta evaluación se difunden a las personas implicadas y se llevan a cabo las medidas necesarias para mejorar.

Evalúan este estándar 81 hospitales.

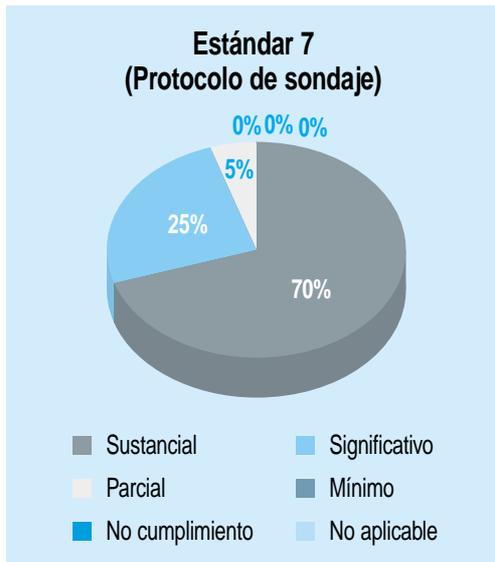


Estándar 7. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

- 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.

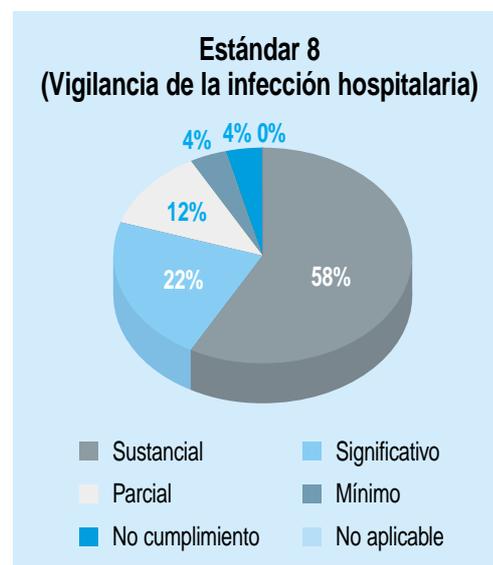
Evalúan este estándar 81 hospitales.



Estándar 8. El Hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria.

- El hospital tiene implantado un sistema de vigilancia y prevención de la infección.
- El sistema de vigilancia ha sido diseñado de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende, con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados y de los expertos en infección hospitalaria.
- El sistema adoptado por el hospital se encuentra documentado.
- En el se define el servicio y/o personas responsables y se describen las actividades que se deben llevar a cabo.
- Se monitorizan los riesgos, las tasas y las tendencias en infecciones nosocomiales.
- Se difunde la información a todos los implicados.
- Se analizan las causas y se implantan las acciones necesarias para mejorarlas.

Evalúan este estándar 81 hospitales.





Estándar 9. Donación y el trasplante de órganos.

- El hospital tiene implantado el protocolo de la ONT para la mejorar el proceso y aumentar la tasa de donaciones.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y la 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.
- El hospital envía los datos en plazo a la ONT.

Evalúan este estándar 81 hospitales.



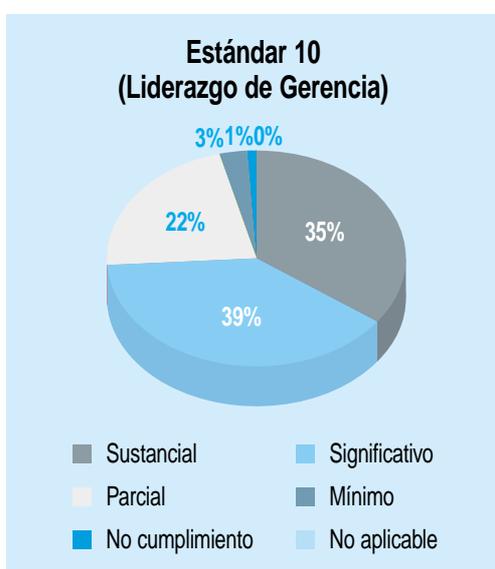
Estándar 10. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

- La Gerencia dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.
- Cuando se detecta un problema de calidad, el Gerente pone los recursos y adopta las medidas necesarias para solucionarlo.
- 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 recursos a la Unidad de Calidad: despacho, apoyo administrativo, dirección de correo electrónico, etc.

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

Evalúan este estándar 78 hospitales.



Conclusiones

Los resultados obtenidos en los estándares ya evaluados el año 1999 han sido bastante similares durante el año 2000. Persisten problemas (posiblemente de origen estructural) que impiden acometer una mejora sustancial en los referentes al acompañamiento durante la dilatación y el parto, y la hospitalización padres-hijos.

En cuanto a los estándares incluidos como nuevos en el año 2000, el resultado ha sido excelente en la gestión de reclamaciones y en la entrega de una guía de información, y ha sido aceptable pero manifiestamente mejorable (dada la importancia del estándar), en la instauración de un sistema de vigilancia de la infección nosocomial.

III. Objetivos comunes a todos los hospitales



III. Objetivos comunes a todos los hospitales

El número de objetivos comunes evaluados por hospital, fue, por término medio, de 15,5 (frente a 13,6 del año anterior). En el Contrato de Gestión de 2000 se pactaron 18. La siguiente tabla muestra el número medio, desviación estándar, mínimo y máximo de objetivos cumplimentados por grupo de hospital.

Grupo	Nº	Nº medio de obj.	Desv. Est.	Mín	Máx
I	26	15.2	1.9	10	18
II	30	15.8	1.6	11	18
III	9	15.7	1.6	13	18
IV	13	16	1.5	14	18
V	3	12	2	10	14
INSALUD	81 (100%)	15.5	1.8	10	18

Cuatro de los objetivos fueron evaluados por el 100% de los hospitales (1.1, 1.2, 2.2, y 6). El menos evaluado ha continuado siendo el referido a la protocolización de la utilización de alta tecnología (71% globalmente, siendo el menor porcentaje el correspondiente al TAC).

Objetivos	Porcentaje de evaluación (promedio de los indicadores incluidos)
1.1. Plan para la información a pacientes y familiares en los servicios clínicos	98,75%
1.2. Desarrollar documentos de consentimiento informado específicos	100%
1.3. Implantación del documento de consentimiento informado específico	97.5%
2.1. Realizar Informes de alta definitivos en < 15 días	97%
2.2. Informes de alta en todas las Historias Clínicas en 2 meses	100%
2.3. Mejorar la calidad del Informe de alta	100%
3. Mejorar la gestión de la lista de espera quirúrgica	97%
4.1. Mejorar la aplicación del protocolo de profilaxis antibiótica	96%
4.2. Aplicar cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo	97%
4.3. Implantar las guías de las Sociedades Científicas (global, obligatorios más optativos)	98.7%
4.4. Utilizar la alta tecnología de acuerdo a protocolo (*)	73%
4.4.1 RNM	76%
4.4.2 TAC	63%
4.4.3 Oxigenoterapia	78%
4.4.4 Litotricia	73%
4.5.1 Implantar protocolos de procesos o procedimientos en los Servicios	89%
4.5.2 Número de vías clínicas implantadas y evaluadas	98%
5. Implantar objetivos de calidad por servicios	96.2%
6. Cumplir la normativa sobre consumo de tabaco en hospitales	100%
7. Realizar la memoria del plan de calidad del hospital	95%

*Porcentaje medio de las cuatro procedimientos/tratamientos considerados sobre el total de hospitales que tenían que evaluar.

Estructura de los gráficos de la memoria

Al igual que en años anteriores, los resultados del año 2000 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 encuentra.

En este gráfico:

1. Los datos se distribuyen por grupos.

2. En cada grupo, los círculos representan los datos individuales de cada hospital, aunque aparecen muchas veces solapados por la proximidad.
3. El cuadrado del mismo color que los círculos del grupo indica la media del grupo.
4. El triángulo negro situado en la columna correspondiente al grupo 3 representa la media del INSALUD.
5. El área delimitada por las dos líneas horizontales superiores, (sobre la línea granate) que generalmente comprende el intervalo entre 90% y 100%, representa el nivel de la excelencia en la consecución del objetivo.



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.

Objetivo 1. Mejorar la calidad de la información a pacientes y familiares.

Mejorar la calidad de la información proporcionada a los usuarios del servicio sanitario es una de las metas del Plan de Calidad, de acuerdo, con la línea estratégica de la Institución de orientar los servicios al ciudadano.

La información al paciente y a sus familiares también es un derecho, como lo establece la Ley General de Sanidad. En esta línea, la mejora de la información supone que el paciente sea parte activa del acto asistencial permitiéndole la participación en la toma de decisiones, así como adecuar sus expectativas, mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, etc., lo que redundará en definitiva en una mejor calidad técnica y percibida de la atención sanitaria.

OBJETIVO 1.1. CONSEGUIR QUE TODOS LOS SERVICIOS CLÍNICOS QUE PRECISEN INFORMAR A PACIENTES Y FAMILIARES TENGAN UN PLAN DE INFORMACIÓN

Sistematizar la información proporcionada a los pacientes y familiares ha sido uno de los objetivos mantenidos en los planes de calidad del INSALUD desde el año 1996. Este objetivo ha ido evolucionando en su complejidad tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, dado lo complejo del proceso de información.

La información proporcionada a pacientes y familiares por la organización tiene como valor fundamental el favorecer la adaptación del paciente al nuevo entorno al que se enfrenta, mejorando así los procesos de comunicación que se establecen entre el paciente y el personal que le atiende.

Indicador 1.1.1. Elaborar la Guía Hospitalaria de Información a pacientes y familiares

La Guía Hospitalaria de Información a pacientes y familiares debe contener todos aquellos aspectos relevantes que contribuyen a mejorar la calidad de la información. Esta Guía se orienta hacia los problemas frecuentes que afectan tanto a los pacientes como a los equipos asistenciales, facilitando el diseño, estructura, contenidos básicos y metodología de elaboración del Plan de Información de Servicio.

Elabora Guía hospitalaria		
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Guía elaborada
I	26	20 (76.9%)
II	30	27 (90%)
III	9	7 (77.8%)
IV	13	12 (92.3%)
V	3	2 (66.7%)
INSALUD	81 (100%)	68 (84%)

Como puede comprobarse 68 del total de 81 hospitales que evalúan el objetivo tienen elaborada la Guía Hospitalaria de Información a pacientes y familiares correspondiendo al 84% de los hospitales del INSALUD

Indicador 1.1.2. Porcentaje de servicios que precisan informar, que tienen un plan documentado de información a pacientes y familiares de acuerdo a las líneas de la Guía Hospitalaria sobre la información a pacientes y familiares.

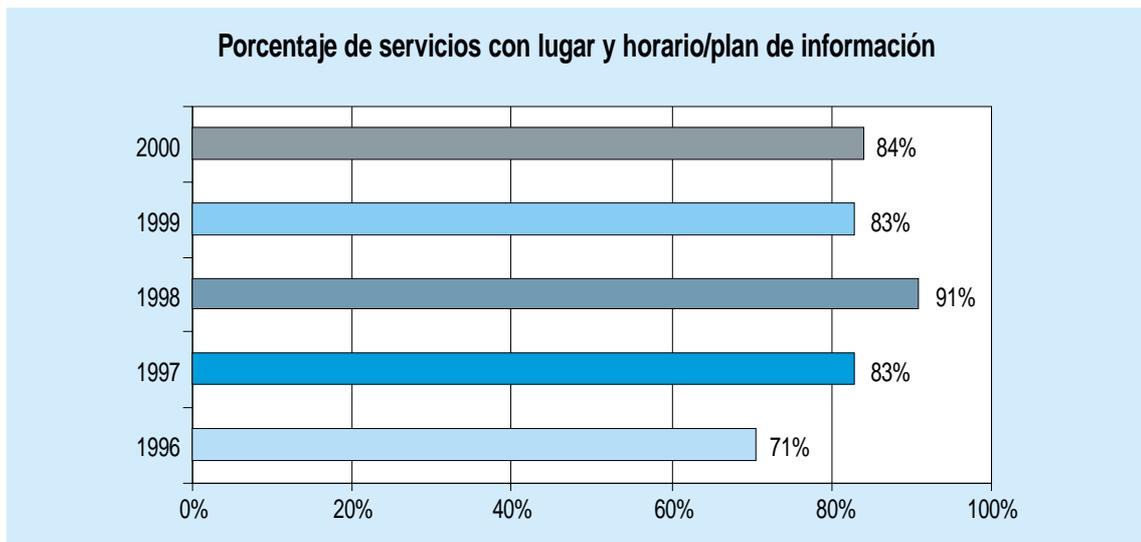
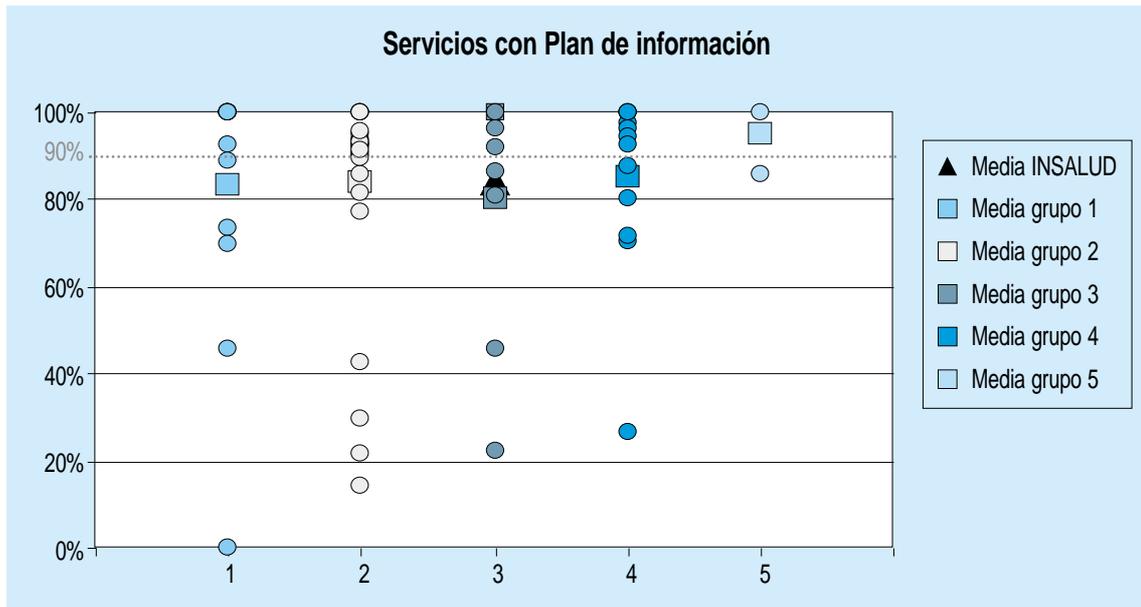
La Ley General de Sanidad en su artículo 10 determina el derecho de los pacientes y familiares a la información. Esta información permite al paciente participar en la toma de decisiones, adecuar sus expectativas, cumplir mejor los tratamientos etc. Todo ello redundará en una mejora de la calidad percibida y es el vehículo para llevar a cabo el componente científico técnico de la asistencia.

El plan de información de los servicios clínicos tiene como objetivo que el paciente y su familia conozcan desde el ingreso en el hospital cuándo y dónde se les va a informar. 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 79 hospitales (97,5%).

Como puede observarse en la representación gráfica existe una gran dispersión sobre todo en los hospitales que pertenecen al grupo 1 y 2, aunque la media del INSALUD con respecto al comportamiento de este indicador ha mejorado en relación a años anteriores, a excepción del año 1998. No obstante, el resultado expresa que existe un margen de mejora y los hospitales han de esforzarse para reducirlo.



Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 1.1.2)

Virgen del Puerto. Plasencia	Central de Asturias. Oviedo
Virgen del Castillo. Yecla	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
Virgen de la Torre	Carlos III
Virgen de la Concha. Zamora	Can Misses. Ibiza
Universitario de Getafe	Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata
Severo Ochoa. Leganés	Son Dureta. Palma de Mallorca
Santos Reyes. Aranda de Duero	Río Hortega. Valladolid
Santa Cristina	Ramón y Cajal
Santa Bárbara. Puertollano	Santa M ^a del Rosell. Cartagena
San Jorge. Zaragoza	Morales Meseguer. Murcia
Rafael Méndez. Lorca	General San Jorge. Huesca
Puerta de Hierro	Virgen de la Luz. Cuenca
Medina del Campo. Valladolid	Niño Jesús
La Paz	Obispo Polanco. Teruel
La Fuenfría	Central de la Cruz Roja
General Yagüe. Burgos	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
General Río Carrión. Palencia	De Sierrallana. Torrelavega
De Mérida. Badajoz	U. Virgen de la Arrixaca. Murcia
De Laredo. Cantabria	Santiago Apóstol. Miranda de Ebro
De la Princesa	Complejo Hospitalario de Segovia
De la Cruz Roja. Ceuta	Complejo Hospitalario de Cáceres
De Jarrío. Coaña	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
De Don Benito-Villanueva. Badajoz	General de Soria
De Barbastro. Huesca	U Príncipe de Asturias
De Alcañiz. Teruel	De San Agustín. Avilés
Complejo Hospitalario de Salamanca	De Cabueñes. Gijón
Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz	Ciudad de Coria. Cáceres

OBJETIVO 1.2. DESARROLLAR DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICOS.

El Consentimiento Informado es un medio que a través del cual se materializa el derecho de los pacientes a la información y la participación del mismo en el proceso de toma de decisiones.

Estos documentos deben adaptarse a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo², y del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de Oviedo³.

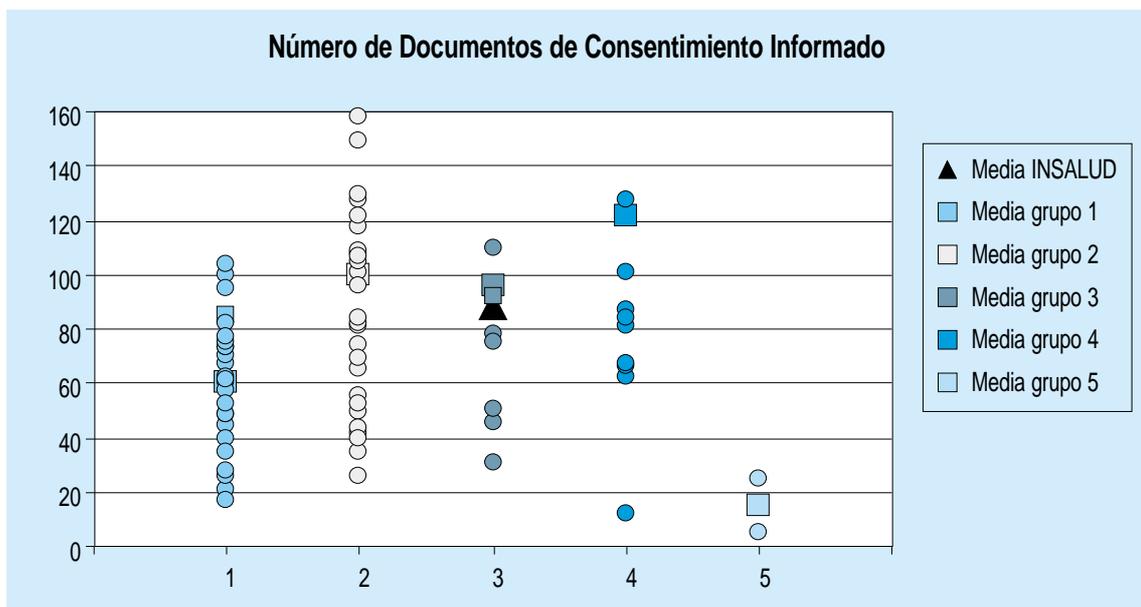


Los documentos de consentimiento informado (CI) antes de ser implantados, deben ser evaluados por alguno de los órganos representativos del hospital. (Comité de Ética Asistencial, Comisión de Historias Clínicas, Comisión Central de Garantía de Calidad, u otra comisión de calidad). Cuando los documentos hayan sido realizados por las Sociedades Científicas, deben ser considerados como una guía y no deben ser adoptados automáticamente sin ser:

- Adaptados al contexto del hospital.
- Tenidos en cuenta los criterios éticos del Consentimiento Informado.
- Evaluados por la Comisión encargada.

Indicador 1.2. Número de documentos implantados en el hospital que cumplen los criterios establecidos en los acuerdos del Consejo Interterritorial sobre el C.I. o por el acuerdo del Grupo de Expertos formado en el Ministerio de Sanidad que están avalados por alguno de los órganos representativos del hospital y están normalizados.

Este indicador fue evaluado por 81 hospitales (100%).



Se observa el importante incremento del número de consentimientos informados en estos últimos años, por lo que puede pasar a ser considerado ya como un estándar de la organización.

OBJETIVO 1.3. IMPLANTAR EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO.

Un buen nivel de implantación del DCI no es suficiente para asegurar una asistencia de calidad, teniendo en cuenta el respeto a la decisión correctamente informada que ha de derivar del paciente. Precisamente, ese concepto de la decisión "correctamente informada" exige que el contenido del DCI sea adecuado y contenga todos los ítems exigibles a este respecto.

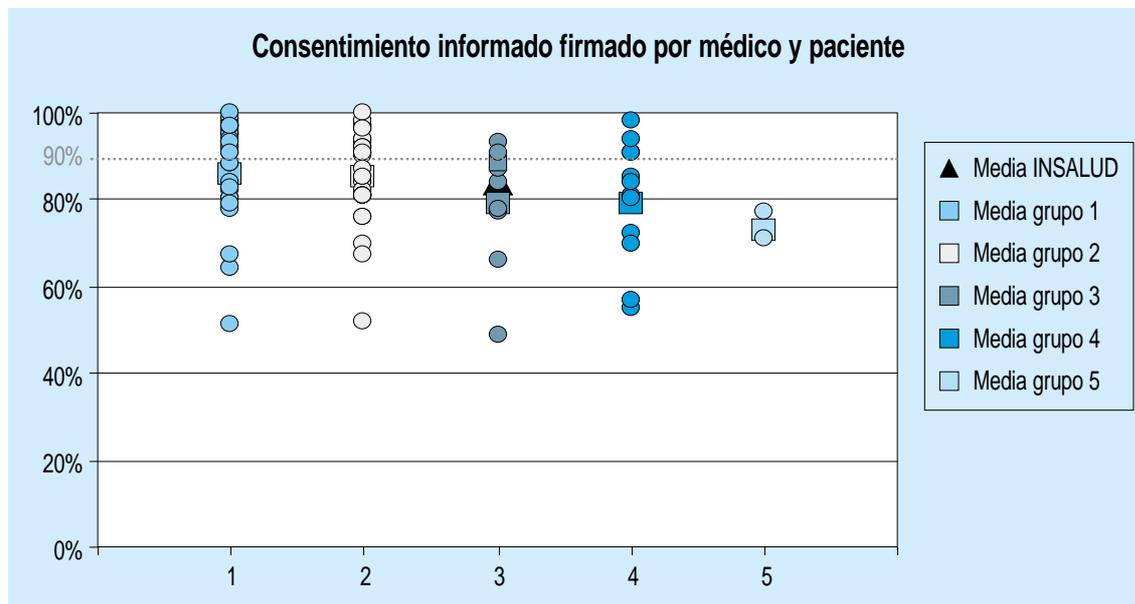
Es evidente, que uno de los ítems importantes a valorar, es una perfecta identificación de médico y paciente, y que ese DCI tenga la firma de ambos, lo que de alguna manera ratifica que el paciente ha consentido, tras haber sido correctamente informado.

Indicador 1.3.1. Porcentaje de pacientes que tienen documento de CI, debidamente firmado por el médico y el paciente.

Este objetivo fue evaluado por 79 hospitales (97.5%).

Porcentaje de HC con documento de CI específico debidamente firmado por el médico y el paciente

Grupo	Nº Hospitales	Promedio	Mínimo	Máximo
I	26	86%	50%	100%
II	30	85%	52%	100%
III	9	79%	49%	100%
IV	12	79%	55%	93%
V	2	73%	71%	97%
INSALUD	79 (97,5%)	84%	49%	76%





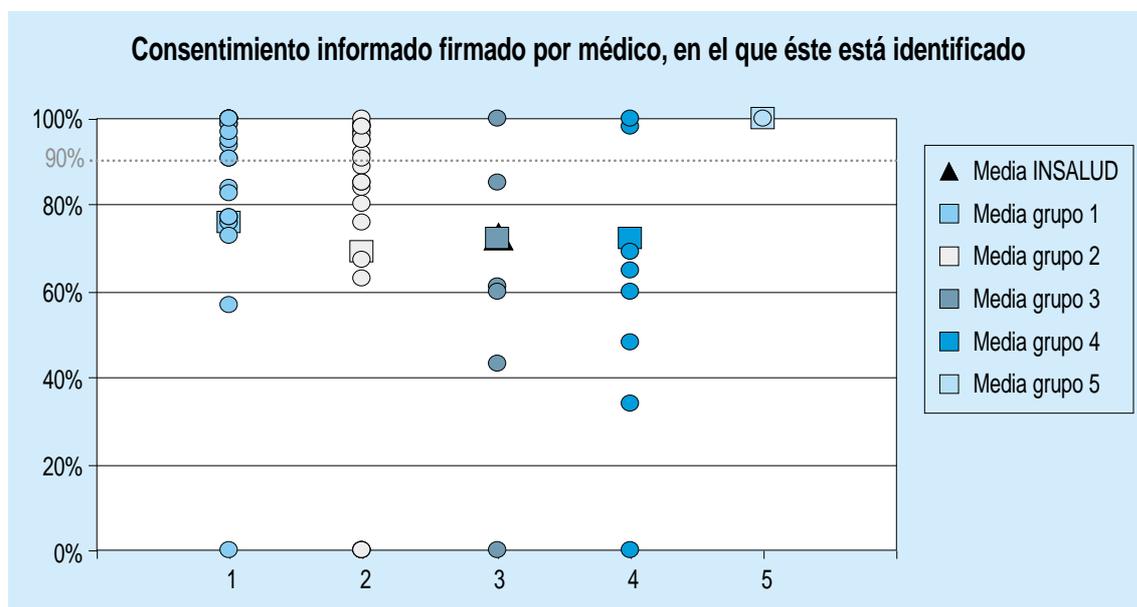
Es importante aclarar que en este indicador, al igual que en el siguiente se han utilizado medias aritméticas, por lo que es posible que no coincidan con las medias por grupos de hospitales enviadas con los resultados. Ello es debido a problemas con el contenido de la hoja de datos referida a este objetivo 1.3. Por ello, tampoco se presentan los datos desagregados por pruebas y procedimientos quirúrgicos.

Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 1.3.1)	
De Mérida. Badajoz	Virgen de la Torre
Carlos III	Clínico de Valladolid
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	Valle del Nalón. Langreo
U. Marques de Valdecilla. Santander	Virgen del Castillo. Yecla
De Don Benito-Villanueva. Badajoz	Santiago Apóstol. Miranda de Ebro
Medina del Campo. Valladolid	De Barbastro. Huesca
Fundación H. de Manacor	Complejo Hospitalario de Segovia
Ntra.Sra. de Sonsoles. Ávila	Fundación H de Alcorcón
Virgen de la Concha. Zamora	Comarcal de Meilla
Ciudad de Coria. Cáceres	Clínico San Carlos
Santa Cristina	Morales Meseguer. Murcia
De Jarrío. Coaña	Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo
General San Jorge. Huesca	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
Central de la Cruz Roja	Son Dureta. Palma de Mallorca
De Hellín. Albacete	Santa Bárbara. Puertollano
General Río Carrión. Palencia	De San Agustín. Avilés
Niño Jesús	

Indicador 1.3.2. Porcentaje de documentos de CI, firmados por el médico, en los cuales el médico está correctamente identificado.

Porcentaje de Documentos de CI firmados por el médico, en los cuales está correctamente identificado				
Grupo	Nº Hospitales	Promedio	Mínimo	Máximo
I	26	76%	0%	100%
II	30	69%	0%	100%
III	9	72%	0%	100%
IV	12	72%	0%	100%
V	2	100%	0%	100%
INSALUD	79 (97,5%)	73%	0%	100%

Es importante aclarar que en este indicador, al igual que en el anterior se han utilizado medias aritméticas, por lo que es posible que no coincidan con las medias por grupos de hospitales enviadas con los resultados. Tampoco se presentan los datos desagregados por pruebas y procedimientos quirúrgicos.





Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 1.3.2)

Severo Ochoa. Leganés	Virgen del Castillo. Yecla
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	Central de la Cruz Roja
Universitario de Getafe	Carlos III
U. Marques de Valdecilla. Santander	De Llerena. Badajoz
Son Dureta. Palma de Mallorca	Complejo Hospitalario Ciudad Real
San Jorge. Zaragoza	Clínico U. Lozano Blesa. Zaragoza
Puerta de Hierro	Virgen de la Luz. Cuenca
Ntra.Sra. de Sonsoles. Ávila	Virgen del Puerto. Plasencia
Gutiérrez Ortega. Valdepeñas	Morales Meseguer. Murcia
General Yagüe. Burgos	Miguel Servet. Zaragoza
Fundación H. de Manacor	General Río Carrión. Palencia
Fundación H de Alcorcón	Santa Cristina
De Laredo. Cantabria	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
De la Princesa	De Sierrallana. Torrelavega
De Jario. Coaña	General de Móstoles. Madrid
De Calatayud. Zaragoza	Virgen de la Torre
Complejo Hospitalario de Toledo	Valle del Nalón. Langreo
Comarcal de Melilla	Medina del Campo. Valladolid
Clínico San Carlos	General de Soria
Ciudad de Coria. Cáceres	De Don Benito-Villanueva. Badajoz
Centro Nacional de Parapléjicos. Toledo.	Alvarez Buylla. Mieres

Objetivo 2. Mejorar los sistemas de información

La historia clínica es la fuente de datos principal para los Sistemas de Información Sanitarios⁴. El informe de alta tiene una gran importancia, de acuerdo con la Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984. Debe contener los datos administrativos y clínicos necesarios para la cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)⁵.

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 sanitaria⁶.

OBJETIVO 2.1. REALIZAR LOS INFORMES DE ALTA DEFINITIVOS EN UN PLAZO INFERIOR A QUINCE DÍAS.

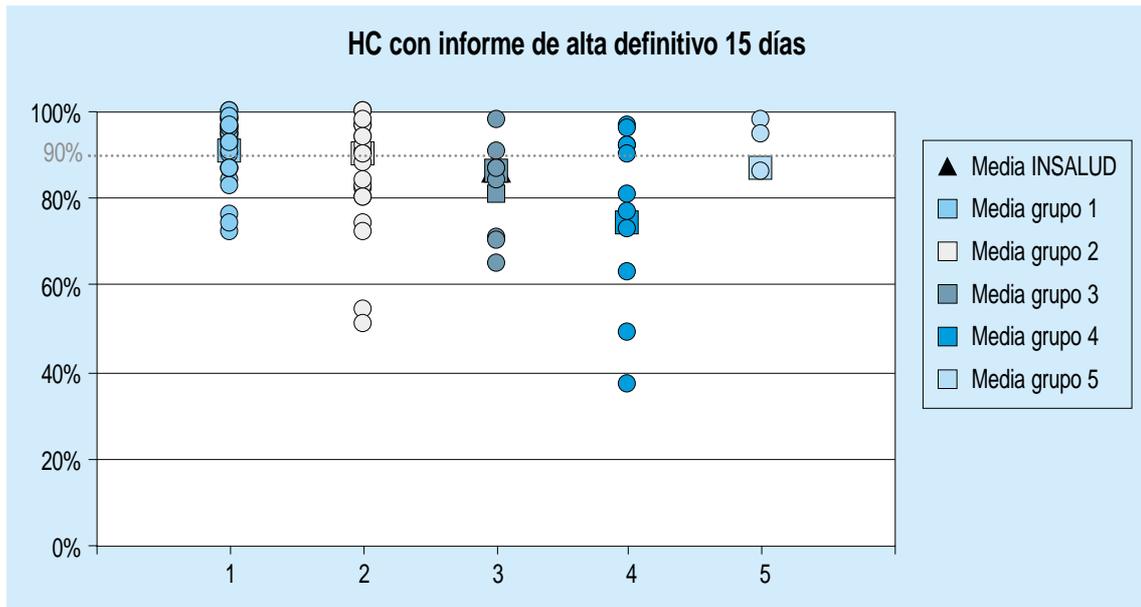
Este objetivo trata de medir la celeridad con la que se realizan los informes definitivos que se envían para la codificación del proceso. El informe se debe realizar dentro de un plazo determinado, ya que es más fácil que se registre toda la actividad si se cumplimenta el mismo día que el paciente es dado de alta, que si se hace días después.

Indicador 2.1. Porcentaje de H.C. con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Este indicador fue evaluado por 79 hospitales (97%). El número de historias clínicas revisadas asciende a 58.179, lo que supone un incremento de la muestra elegida con respecto del año 1999 del 231%.

Porcentaje de HC con informe de alta definitivo (15 días)				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	26	91% (10.802/11.826)	71%	100%
II	30	90% (20.510/22.639)	53%	100%
III	9	86% (12.621/14.605)	65%	97%
IV	11	74% (6.148/8.252)	36%	96%
V	3	87% (748/857)	85%	97%
INSALUD	79 (97%)	87% (50.829/58.179)	36%	100%

El resultado medio que se puede apreciar en la representación gráfica es alto aunque los hospitales del grupo II y IV presentan gran dispersión por lo que convendría realizar estudios específicos para determinar las causas y establecer acciones de mejora.



Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 2.1)	
Virgen del Puerto. Plasencia	Medina del Campo. Valladolid
Valle del Nalón. Langreo	La Fuenfría
Fundación H. de Manacor	De Jario. Coaña
De Calatayud. Zaragoza	De Laredo. Cantabria
Alvarez Buylla. Mieres	General San Jorge. Huesca
De la Cruz Roja. Ceuta	Morales Meseguer. Murcia
Virgen del Castillo. Yecla	Obispo Polanco. Teruel
San Jorge. Zaragoza	Santa Cristina
Santos Reyes. Aranda de Duero	De Barbastró. Huesca
Fundación H de Alcorcón	Clínico U. Lozano Blesa. Zaragoza
Río Hortega. Valladolid	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
De Don Benito-Villanueva. Badajoz	La Paz
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	General de Guadalajara
Virgen de la Torre	De Mérida. Badajoz
Comarcal de Melilla	De San Agustín. Avilés
Central de Asturias. Oviedo	Clínico de Valladolid
General de Móstoles. Madrid	Carlos III
Complejo Hospitalario de Segovia	Central de la Cruz Roja
General Río Carrión. Palencia	Niño Jesús
Son Dureta. Palma de Mallorca	De Cabueñes. Gijón
De Hellín. Albacete	Santiago Apóstol. Miranda de Ebro
De Llerena. Badajoz	

OBJETIVO 2.2. DISPONER DE LOS INFORMES DE ALTA EN TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS A LOS DOS MESES DEL ALTA.

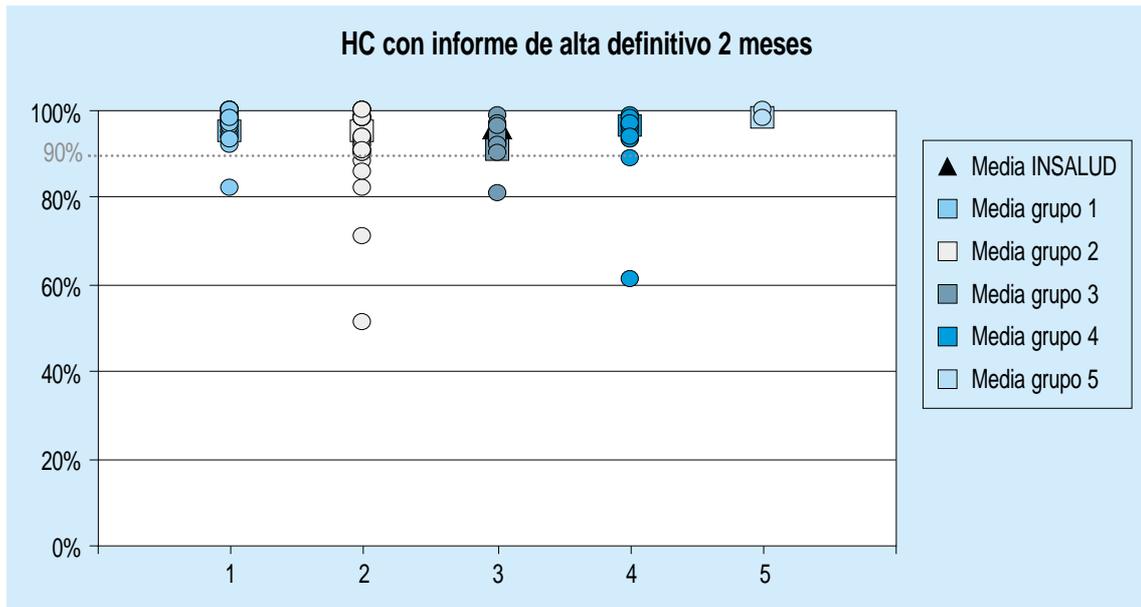
Este indicador está relacionado con el buen funcionamiento del Servicio de Archivos y Documentación Clínica ya que el informe de alta debe estar almacenado junto al resto de los documentos que componen la historia clínica, en un plazo máximo de 2 meses tras producirse el alta hospitalaria.

Indicador 2.2.1. Porcentaje de H.C. con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta

Este indicador fue evaluado por 81 hospitales (100%).

Se han evaluado 121.539 Historias Clínicas. Aunque la media del INSALUD sitúa a este indicador en niveles de excelencia, llama la atención que un grupo pequeño de hospitales disponen de menos del 80% de las H.C. con informe de alta a los dos meses.

Porcentaje de HC con informe de alta definitivo (2 meses)				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	26	95% (10.998/11.568)	82%	100%
II	30	95% (21.853/22.825)	51%	100%
III	9	91% (13.337/14.562)	80%	98%
IV	13	96% (70.194/72.584)	61%	98%
V	3	98% (736/750)	97%	100%
INSALUD	81 (100%)	96% (117.118/121.539)	51%	100%



Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 2.2.1)

Valle del Nalón. Langreo	Santiago Apóstol. Miranda de Ebro
San Jorge. Zaragoza	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	Can Misses. Ibiza
General de Móstoles. Madrid	Gutiérrez Ortega. Valdepeñas
Fundación H. de Manacor	C.H. de Albacete
Fundación H de Alcorcón	De Barbastro. Huesca
De la Cruz Roja. Ceuta	Universitario de Getafe
De Hellín. Albacete	Clínico San Carlos
De Calatayud. Zaragoza	Ciudad de Coria. Cáceres
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	Clínico U. Lozano Blesa. Zaragoza
Alvarez Buylla. Mieres	Verge del Toro. Menorca
Complejo Hospitalario de Segovia	De Laredo. Cantabria
Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz	Ramón y Cajal
Virgen del Castillo. Yecla	12 de Octubre
De Don Benito-Villanueva. Badajoz	Medina del Campo. Valladolid
Central de Asturias. Oviedo	General San Jorge. Huesca
Clínico de Valladolid	General Yagüe. Burgos
De Jario. Coaña	Santa Bárbara. Puertollano
Río Hortega. Valladolid	Morales Meseguer. Murcia
Obispo Polanco. Teruel	U. Virgen de la Arrixaca. Murcia
Comarcal de Melilla	De Cabueñes. Gijón
General de Soria	Son Dureta. Palma de Mallorca
General Río Carrión. Palencia	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
De San Agustín. Avilés	Miguel Servet. Zaragoza

Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 2.2.1) [cont.]	
Virgen del Puerto. Plasencia	Virgen de la Concha. Zamora
Centro Nacional de Paraplégicos. Toledo.	Santa Cristina
Carlos III	Del Bierzo. Ponferrada
Santos Reyes. Aranda de Duero	Complejo Hospitalario de León
General de Guadalajara	De Mérida. Badajoz
La Paz	De Alcañiz. Teruel
Severo Ochoa. Leganés	Complejo Hospitalario de Cáceres
La Fuenfría	U Príncipe de Asturias
Virgen de la Torre	Santa M ^a del Rosell. Cartagena
Niño Jesús	De la Princesa
De Llerena. Badajoz	Central de la Cruz Roja
Complejo Hospitalario de Salamanca	Virgen de la Luz. Cuenca

Indicador 2.2.2. Porcentaje de H.C. de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producido el alta.

Se puede apreciar en la representación gráfica la gran dispersión que existe entre hospitales del mismo grupo, siendo esta máxima en hospitales del grupo I y II.

Este indicador fue evaluado por 81 hospitales (100%).

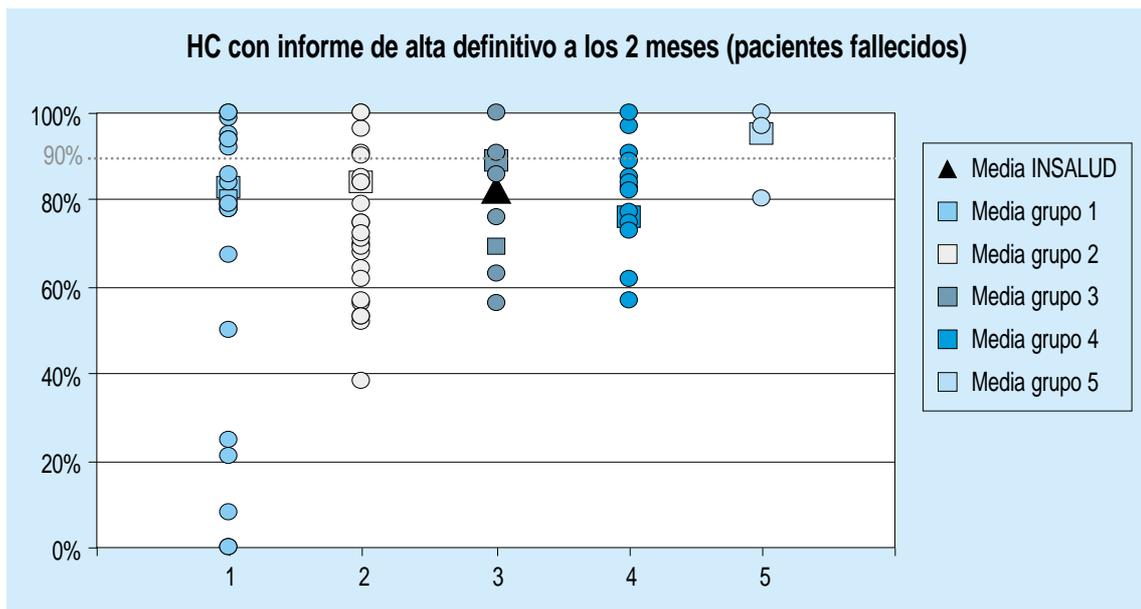
Los informes de pacientes fallecidos suelen ser informes muy complejos de elaborar, con la complicación añadida de que el fallecimiento en muchas ocasiones tiene que ser certificado por un médico que no es el médico responsable del proceso asistencial del fallecido, pero la no realización de los informes de alta en pacientes fallecidos condiciona que la actividad registrada del hospital sea menos compleja que la real, con las repercusiones que se derivan para la planificación y financiación.



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

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	26	83% (1.022/1.224)	0%	100%
II	30	84% (2.689/3.173)	38%	100%
III	9	89% (1.254/1.339)	56%	100%
IV	13	76% (3.532/4.593)	56%	100%
V	3	95% (39/41)	80%	100%
INSALUD	81 (100%)	82% (8.536/10.389)	0%	100%

HC con informe de alta definitivo a los 2 meses (pacientes fallecidos)



Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 2.2.2)	
Virgen del Castillo. Yecla	La Fuenfría
Universitario de Getafe	Obispo Polanco. Teruel
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro	Fundación H. de Manacor
San Jorge. Zaragoza	De Alcañiz. Teruel
Río Hortega. Valladolid	Carlos III
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	De Barbastro. Huesca
Niño Jesús	Santa Cristina
Fundación H de Alcorcón	Medina del Campo. Valladolid
De Sierrallana. Torrelavega	U Príncipe de Asturias
De la Princesa	Miguel Servet. Zaragoza
De la Cruz Roja. Ceuta	De San Agustín. Avilés
Central de la Cruz Roja	C.H. de Albacete
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	Complejo Hospitalario de Cáceres
Ramón y Cajal	

OBJETIVO 2.3. MEJORAR LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA.

En 1999 los hospitales establecieron de acuerdo a los criterios contenidos en el BOE⁷, sus propios criterios de lo que consideraban un informe de alta adecuado. En el Plan de Calidad del 2000 se ha seguido manteniendo esta valoración. 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 fueran demasiado laxos, la comisión o el grupo que se responsabilizara de esta evaluación, debía documentar cuáles eran 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.

Indicador 2.3. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

Este indicador fue evaluado por 81 hospitales (100%).

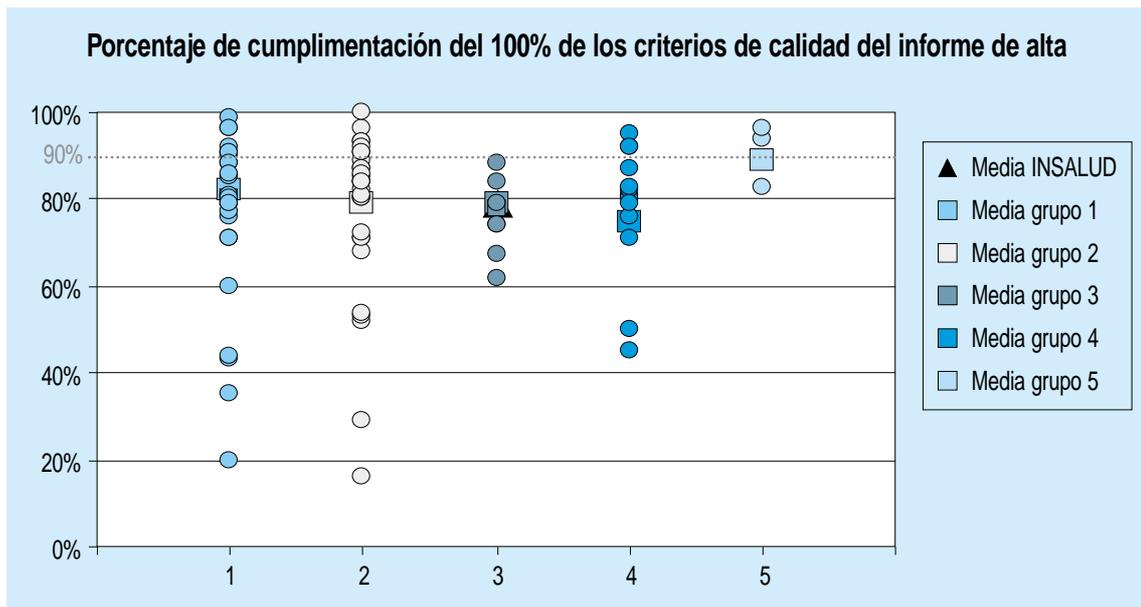
La metodología de evaluación de este objetivo hace que los resultados comparativos entre los años 1998 al 2000 no sean del todo válidos.



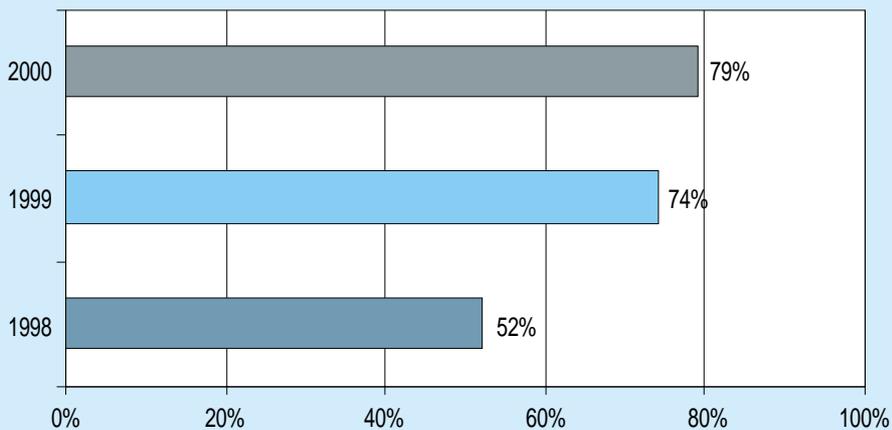
Porcentaje de cumplimentación del 100% de los criterios de calidad del informe de alta

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	26	82% (8.697/10.500)	20%	99%
II	30	79% (7.094/8.942)	15%	100%
III	9	79% (2.783/3.513)	62%	88%
IV	13	75% (5.961/7.943)	45%	95%
V	3	89% (153/171)	82%	95%
INSALUD	81 (100%)	79% (24.688/31.069)	15%	100%

Porcentaje de cumplimentación del 100% de los criterios de calidad del informe de alta



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



Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 2.3)

Fundación H de Alcorcón	Virgen de la Torre
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro	Niño Jesús
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	De Mérida. Badajoz
Virgen del Castillo. Yecla	U. Marques de Valdecilla. Santander
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	Carlos III
La Fuenfría	Verge del Toro. Menorca
Clínico San Carlos	Virgen de la Concha. Zamora
San Jorge. Zaragoza	Santa Cristina
General Río Carrión. Palencia	General de Soria
U Príncipe de Asturias	Complejo Hospitalario de Cáceres
De San Agustín. Avilés	Santos Reyes. Aranda de Duero



Objetivo 3. Mejorar la gestión de la lista de espera quirúrgica.

En los sistemas sanitarios públicos de cobertura universal, las listas de espera constituyen un claro factor regulador de la demanda. Sin embargo, los tiempos excesivamente prolongados tanto por lo que se refiere a los procedimientos diagnósticos como terapéuticos pueden comprometer sensiblemente el principio de equidad que inspira a estos sistemas sanitarios. En concreto la lista de espera quirúrgica constituye uno de los elementos de mayor presión a la hora de garantizar una adecuada respuesta a las expectativas de los pacientes⁸.

En los últimos años ha habido un incremento de la demanda originando un aumento de las listas de espera, debido en parte a los avances científico-técnicos en el campo de la medicina, así como al cambio experimentado por los ciudadanos. Estos cada vez están más informados y su nivel de exigencia y expectativas ante la enfermedad es mayor.

El INSALUD ante este desajuste provocado por la demanda estableció unos criterios homogéneos para una adecuada gestión de la demanda quirúrgica no urgente en los hospitales de su ámbito de influencia, criterios que se encuentran recogidos en la Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica editada en 1998.

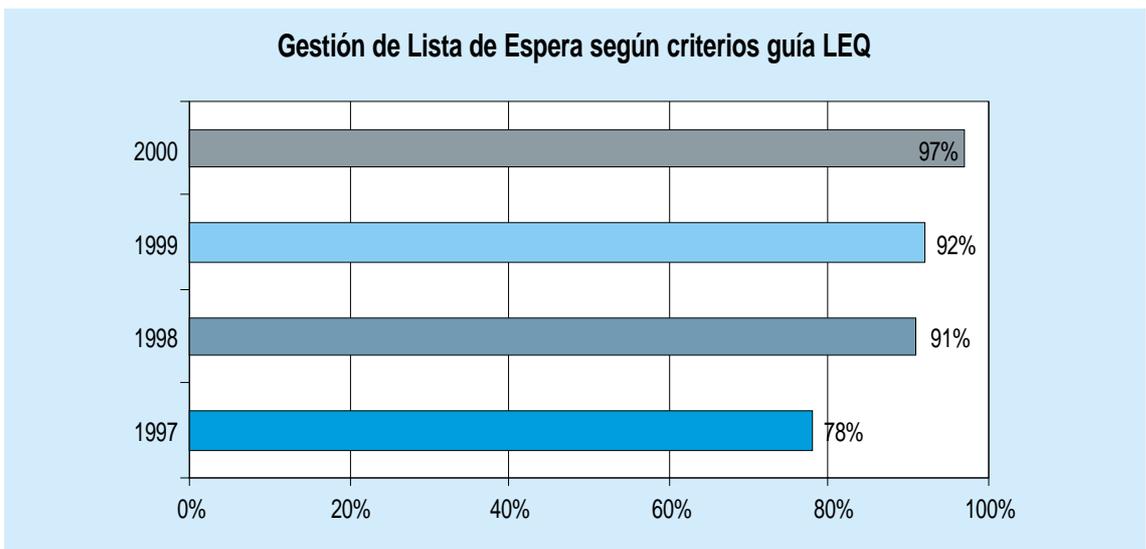
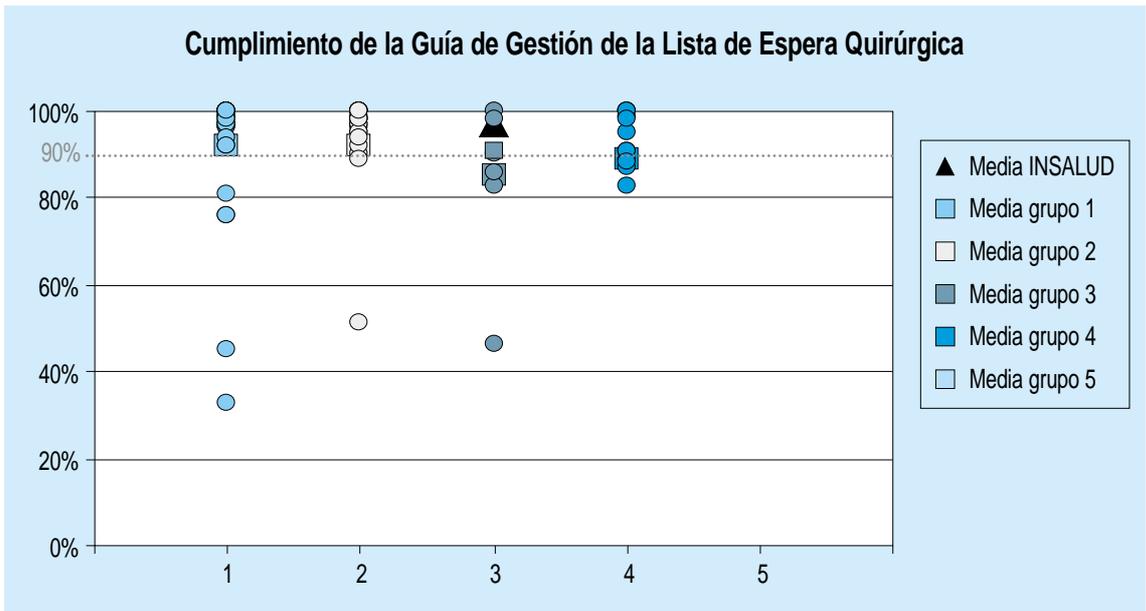
Este objetivo fue evaluado por 74 (74/76) hospitales (97%).

La evaluación del 2000 ha seguido como la del 99 los criterios emitidos por la Guía de Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), elaborada el año 1998⁸.

Hasta el año 1998, los criterios tenidos en cuenta para la evaluación de este objetivo fueron los de la Circular 3/949. 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 LEQ. 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 3. Porcentaje de cumplimiento de la Guía de Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	25	92% (5.522/5.735)	32%	100%
II	28	92% (25.188/25.282)	50%	100%
III	8	85% (8.079/9.046)	45%	100%
IV	13	89% (9.056/9.277)	82%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	74 (97%)	97% (47.845/49.340)	32%	100%



Se observa una mejora apreciable a lo largo de los años, pero es especialmente interesante la comparación con el nivel alcanzado en el año anterior (97% frente a 92%), dado que el cambio en la definición del objetivo se realizó precisamente en el año 1999.



Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 3

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	25	229	50	1510
II	28	903	30	9833
III	8	1131	100	4611
IV	13	714	100	4611
V	0	--	--	--
INSALUD	74 (97%)	667	30	9833

Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 3)

Virgen del Castillo. Yecla	Virgen de la Torre
Virgen de la Concha. Zamora	U Príncipe de Asturias
U. Marques de Valdecilla. Santander	Morales Meseguer. Murcia
Severo Ochoa. Leganés	Río Hortega. Valladolid
Santos Reyes. Aranda de Duero	General de Guadalajara
Rafael Méndez. Lorca	De San Agustín. Avilés
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	General de Soria
Ntra.Sra. de Sonsoles. Ávila	De Jarrío. Coaña
Niño Jesús	Santa Bárbara. Puertollano
Medina del Campo. Valladolid	Santiago Apóstol. Miranda de Ebro
Gutiérrez Ortega. Valdepeñas	General San Jorge. Huesca
General de Móstoles. Madrid	Del Bierzo. Ponferrada
Fundación H. de Manacor	De Hellín. Albacete
Fundación H de Alcorcón	De la Cruz Roja. Ceuta
De Sierrallana. Torrelavega	Can Misses. Ibiza
De Mérida. Badajoz	Virgen de la Luz. Cuenca
De Laredo. Cantabria	Clínico U. Lozano Blesa. Zaragoza
De Don Benito-Villanueva. Badajoz	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
De Alcañiz. Teruel	Obispo Polanco. Teruel
CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan	Santa Mª del Rosell. Cartagena
Complejo Hospitalario de Segovia	Santa Cristina
Clínico San Carlos	De Barbastro. Huesca
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	Complejo Hospitalario Ciudad Real
Campo Arañuelo. Navalморal de la Mata	Comarcal de Melilla
C.H. de Albacete	Son Dureta. Palma de Mallorca
La Paz	12 de Octubre
Complejo Hospitalario de Salamanca	General Yagüe. Burgos
General Río Carrión. Palencia	Clínico de Valladolid
Ciudad de Coria. Cáceres	Complejo Hospitalario de Toledo
U. Virgen de la Arrixaca. Murcia	De Cabueñes. Gijón

Objetivo 4. Mejorar la calidad y eficiencia de procesos.

La mejora de la calidad de la asistencia conlleva, entre otros aspectos, definir la práctica correcta basada en la evidencia científica, 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
- Adecuación del gasto sanitario

La elaboración, implementación, ejecución y evaluación de los protocolos, vías o guías incluidas en el Plan de Calidad tiene como objeto crear y extender entre los profesionales la necesidad de disponer de pautas de actuación correctas, evaluar su aplicación y contrastar con los resultados clínicos.

OBJETIVO 4.1. MEJORAR LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

La utilización incorrecta de la quimioprofilaxis es responsable de malos resultados en términos de salud y económicos.

Si es insuficiente provocará mayores tasas de infección nosocomial, y un consiguiente consumo innecesario de recursos por la institución sanitaria. Y si es excesiva, redundará negativamente en cuanto al aumento de las resistencias antibióticas, que serán fuente de mayores problemas en el futuro, además del gasto económico que suponen.

Según los datos del EPINE, la quimioprofilaxis quirúrgica supone el 20% de la tasa de utilización de antibióticos. Los antibióticos más utilizados e los protocolos hospitalarios son la cefazolina, amoxicilina-clavulánico, gentamicina y metronidazol¹⁰.

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 (96%). No tenían que evaluar este objetivo tres 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.

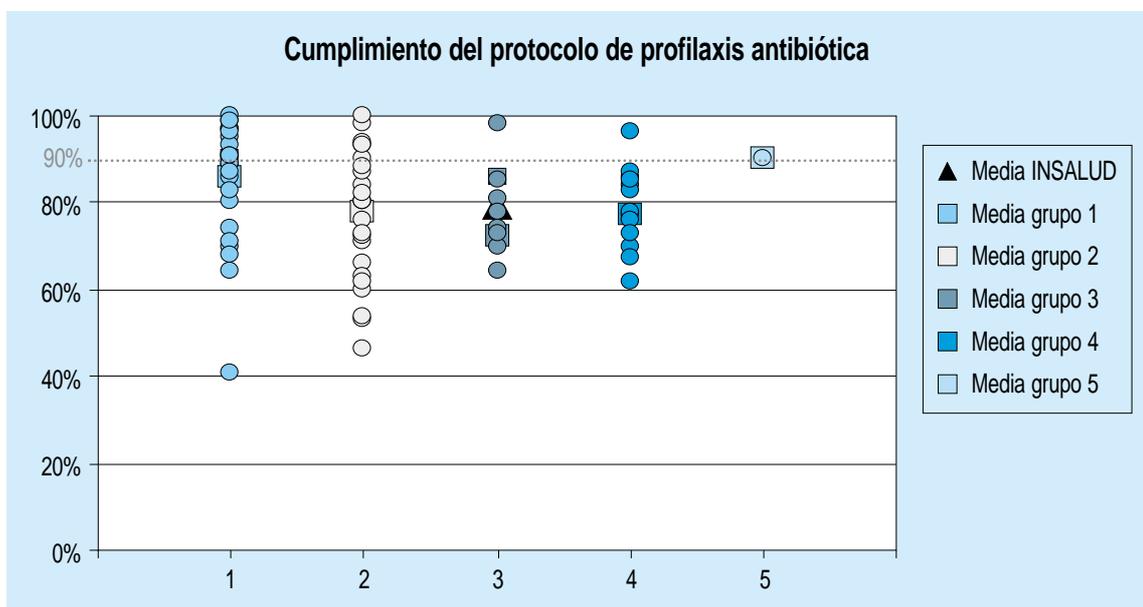


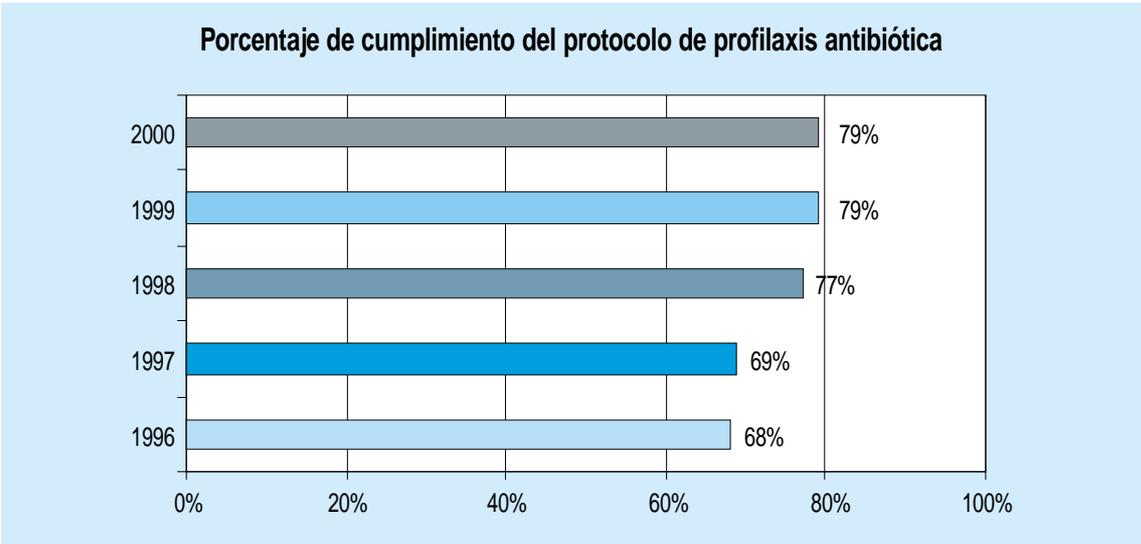
Indicador 4.1.1. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo

La muestra total del INSALUD ha aumentado respecto del año pasado: 23.676 frente a los 19.494 pacientes evaluados el año anterior.

Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a protocolo				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	25	86% (2.943/3.413)	40%	100%
II	27	78% (9.668/12.287)	45%	100%
III	9	72% (1.814/2.490)	64%	100%
IV	13	77% (4.238/5.465)	61%	100%
V	1	90% 19/21	72%	90%
INSALUD	75 (96%)	79% (18.682/23.676)	40%	100%

El resultado de la evaluación muestra un estancamiento con respecto a 1999 (79%).





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

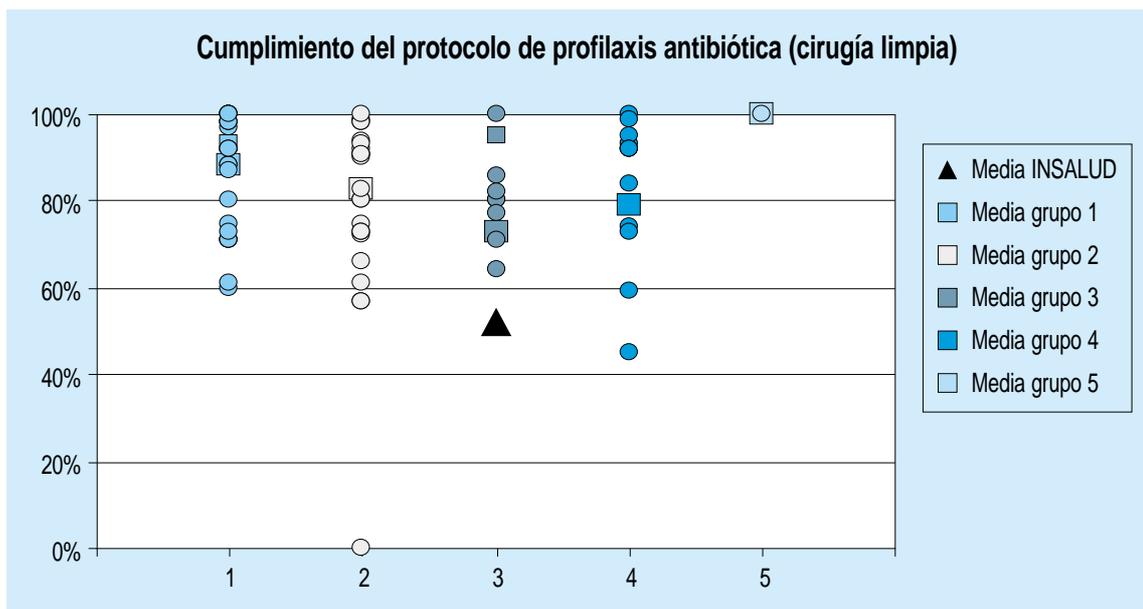
Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.1.1				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	25	137	41	591
II	27	455	20	1903
III	9	277	960	1117
IV	13	420	57	1854
V	1	21	21	21
INSALUD	75 (96%)	316	20	1903



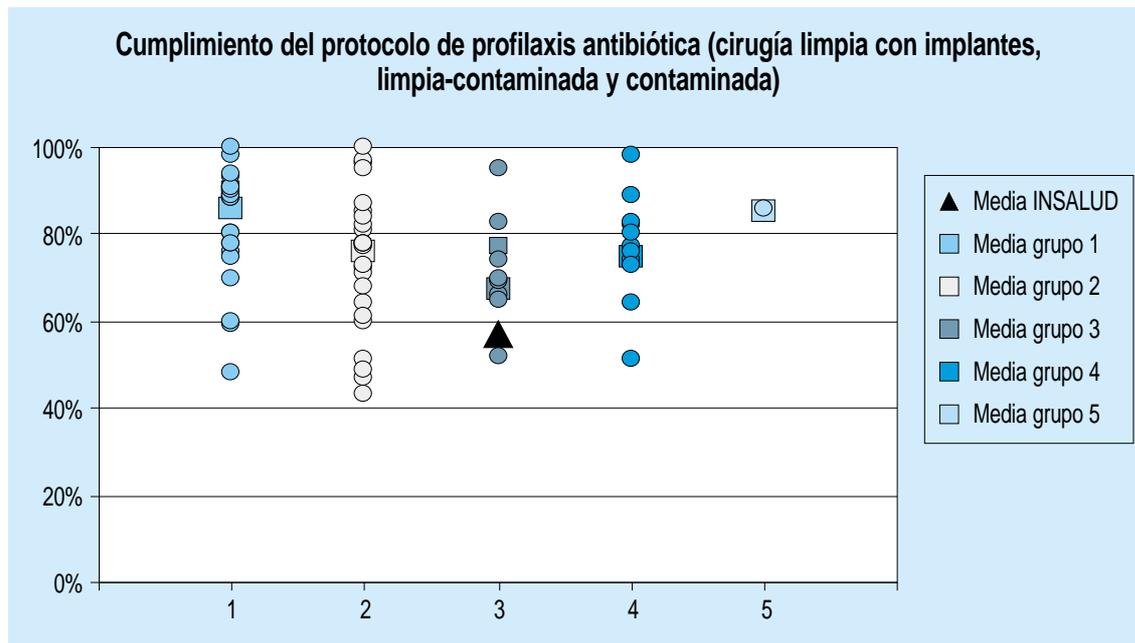
Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 4.1.1)	
Virgen de la Torre	De Alcañiz. Teruel
De Mérida. Badajoz	General Río Carrión. Palencia
Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea	Can Misses. Ibiza
Virgen del Castillo. Yecla	Central de la Cruz Roja
De la Princesa	General San Jorge. Huesca
Complejo Hospitalario de Segovia	Medina del Campo. Valladolid
Fundación H. de Manacor	Comarcal de Melilla
Santos Reyes. Aranda de Duero	Centro Nacional de Paraplégicos. Toledo.
Santa Cristina	De Sierrallana. Torrelavega
Niño Jesús	De Jario. Coaña

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 4.1.2. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia.



Indicador 4.1.3. Porcentaje de pacientes con Profilaxis Antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia-contaminada y contaminada



OBJETIVO 4.2. APLICAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A PROTOCOLO.

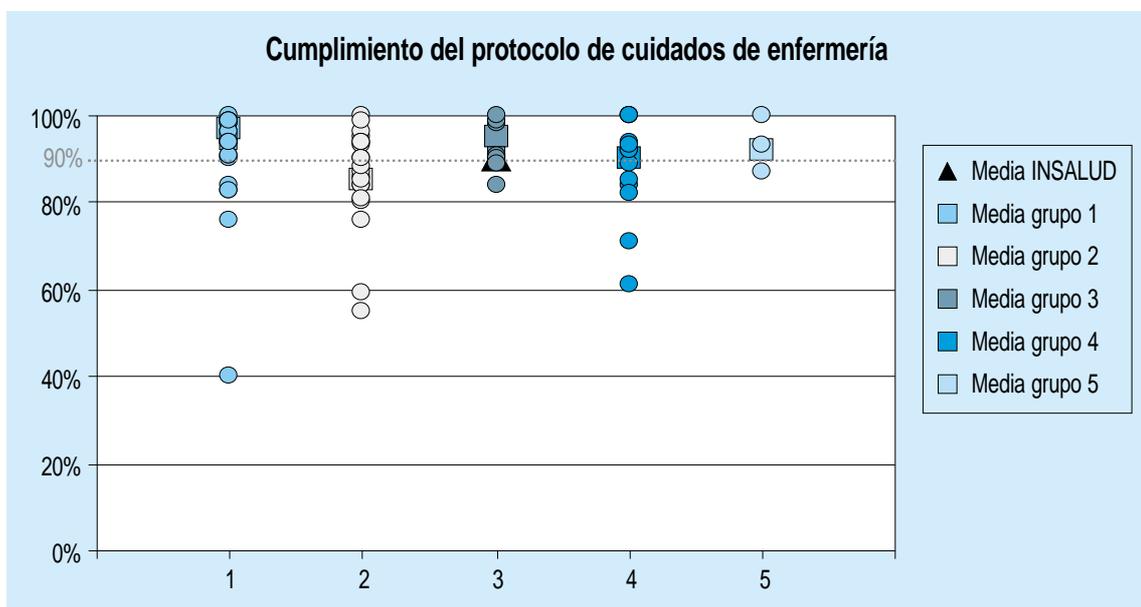
El desarrollo de protocolos enfermeros ha sido tradicionalmente uno de los objetivos de calidad relacionado más directamente con la mejora de los procesos asistenciales.

La incorporación de continuos avances científicos y tecnológicos, el desarrollo de la metodología de cuidados, y las nuevas orientaciones a procesos han hecho que, los protocolos/procedimientos se hayan configurado como una herramienta útil y eficaz para el trabajo diario, facilitando la adaptación de los nuevos avances científicos y reduciendo así la variabilidad de la práctica enfermera, todo ello conlleva la potenciación de la coordinación de las actuaciones de los diferentes profesionales que trabajan en el proceso asistencial y la utilización racional de los recursos disponibles.



Los hospitales han decidido que aspecto de los cuidados enfermeros debían trabajar en función de sus características y la de los pacientes que atienden. En general se ha focalizado en aspectos importantes que afectan a un gran número de pacientes.

Porcentaje de pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	26	97% (6.985/7.188)	40%	100%
II	28	85% (9.030/10.579)	55%	100%
III	9	95% (1.519/1.595)	84%	100%
IV	13	90% (6.874/7.617)	61%	100%
V	3	92 180/194	86%	100%
INSALUD	79 (97%)	90% (24.588/25.173)	40%	100%



Los protocolos evaluados por la mayoría de los hospitales han sido el de cuidados de vías venosas (28), el protocolo de preparación prequirúrgica (22), el de cuidados de sonda vesical (7), protocolo de pacientes traqueostomizados (2), protocolo de pacientes mastectomizados etc. Para medir la adecuación a protocolo, cada hospital estipuló los criterios que a su juicio debían de cumplir para determinar que el cuidado se había efectuado según el protocolo elaborado.

Protocolo evaluado	Nº de Hospitales
Cuidados de vías venosas	28
Preparación prequirúrgica	22
Cuidado de sonda vesical	7
Pacientes traqueostomizados	2

OBJETIVO 4.3. MEJORAR LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS, CON LOS CRITERIOS DE INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN PROCEDIMIENTOS FRECUENTES.

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 salud¹¹. Los protocolos se basan en el análisis de estrategias, alternativas, el estado del conocimiento sobre el tema y en los recursos disponibles en el lugar de aplicación. Su objetivo es mejorar la práctica médica evitando diferencias en la atención, fruto de criterios personales no suficientemente contrastados, que puedan producir resultados diferentes de salud para el paciente o variaciones injustificables en el coste.

El 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. Estos protocolos deben ser vistos como germen de protocolos de procesos asistenciales frecuentes. A su vez, éstos pueden ser el punto de partida de vías clínicas o cualquier otra herramienta para gestionar con calidad los procesos asistenciales, lo que se considera una prioridad en este plan de calidad.

Las Guías diseñadas en colaboración de las Sociedades Científicas e implantadas desde el año 1998 son las de cataratas, amigdalectomía/adenoidectomía, hiperplasia benigna de próstata, prótesis total de rodilla, prótesis total de cadera y hallux valgus.

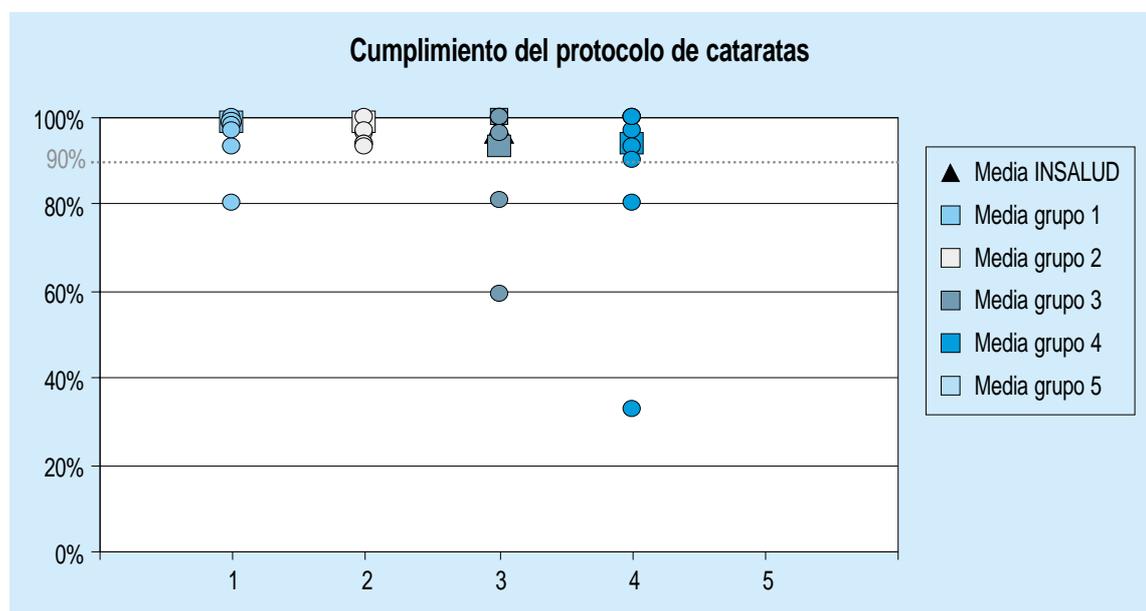


Aquellos hospitales que por sus características no pueden aplicar estos protocolos (fundamentalmente hospitales del grupo 5), han realizado la evaluación de protocolos en tres de los procesos más frecuentes atendidos en el hospital.

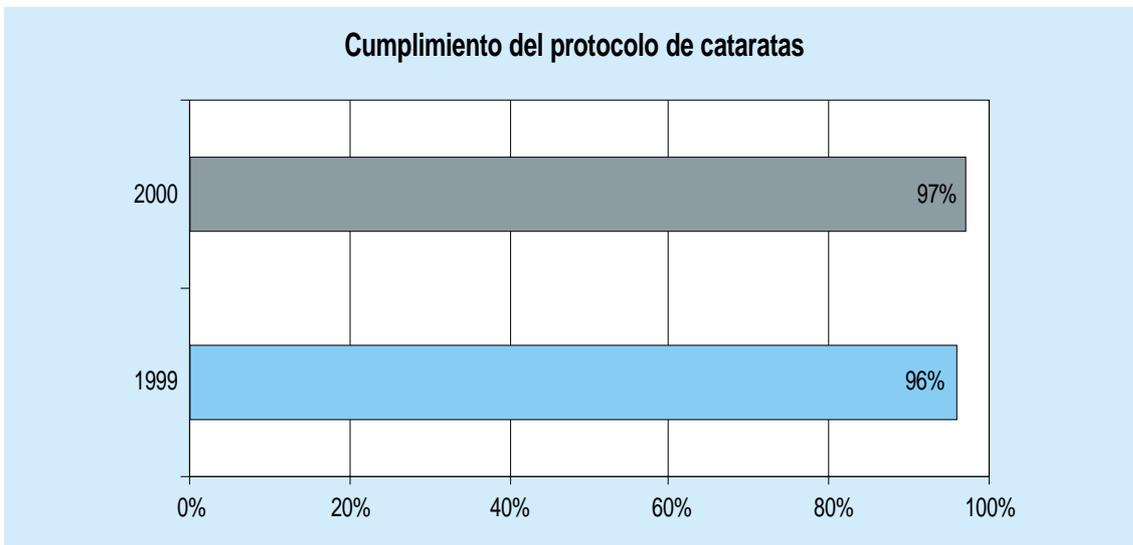
Indicador 4.3.1. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo de Cataratas

Evalúan este objetivo 72 hospitales (88%).

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	99% (1.404/1.417)	80%	100%
II	28	99% (1.171/11.183)	93%	100%
III	9	93% (336/359)	59%	100%
IV	11	94% (762/803)	33%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	72 (88%)	97% (3.673/3.762)	33%	100%



Los resultados de la evaluación han sido altos, situándolo en niveles de excelencia, aunque los tamaños muestrales en algunos casos han sido excesivamente bajos. En la metodología se solicitaba el total del periodo estudiado, o una muestra adecuada a dicho periodo, por lo que sería apropiado aumentar el periodo de estudio cuando la muestra es insuficiente para tener valor estadístico.



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

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.3.1				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	24	59	5	342
II	28	42	12	100
III	9	39	18	100
IV	11	73	14	328
V	0	--	--	--
INSALUD	72 (88%)	52	5	342



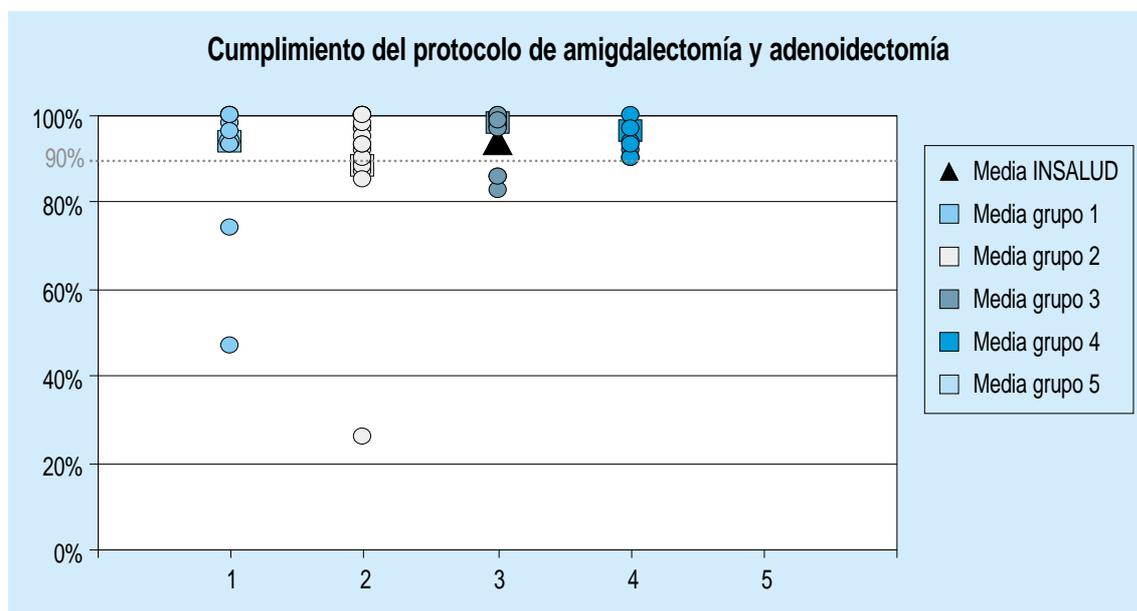
Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 4.3.1)

Virgen del Castillo. Yecla	De Jarrio. Coaña
Virgen de la Torre	De Hellín. Albacete
Virgen de la Luz. Cuenca	De Don Benito-Villanueva. Badajoz
Virgen de la Concha. Zamora	De Calatayud. Zaragoza
Verge del Toro. Menorca	De Cabueñes. Gijón
Valle del Nalón. Langreo	De Barbastro. Huesca
Universitario de Getafe	De Alcañiz. Teruel
U. Marques de Valdecilla. Santander	CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan
U Príncipe de Asturias	Complejo Hospitalario de Segovia
Santos Reyes. Aranda de Duero	Complejo Hospitalario de Salamanca
Santa M ^a del Rosell. Cartagena	Complejo Hospitalario de Cáceres
Santa Cristina	Clínico de Valladolid
Río Hortega. Valladolid	Ciudad de Coria. Cáceres
Rafael Méndez. Lorca	Central de la Cruz Roja
Puerta de Hierro	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
Obispo Polanco. Teruel	Can Misses. Ibiza
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	C.H. de Albacete
Ntra.Sra. de Sonsoles. Ávila	12 de Octubre
Morales Meseguer. Murcia	Santiago Apóstol. Miranda de Ebro
Miguel Servet. Zaragoza	Campo Arañuelo. Navalmodal de la Mata
Medina del Campo. Valladolid	Central de Asturias. Oviedo
La Paz	Complejo Hospitalario Ciudad Real
Gutiérrez Ortega. Valdepeñas	General de Guadalajara
General Yagüe. Burgos	De San Agustín. Avilés
General San Jorge. Huesca	Complejo Hospitalario de León
General de Soria	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
General de Móstoles. Madrid	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
Fundación H. de Manacor	General Río Carrión. Palencia
Del Bierzo. Ponferrada	Severo Ochoa. Leganés
De Sierrallana. Torrelavega	Santa Bárbara. Puertollano
De Mérida. Badajoz	Son Dureta. Palma de Mallorca
De Llerena. Badajoz	Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz
De Laredo. Cantabria	Clínico San Carlos
De la Cruz Roja. Ceuta	

Indicador 4.3.2. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo de amigdalectomía y adenoidectomía.

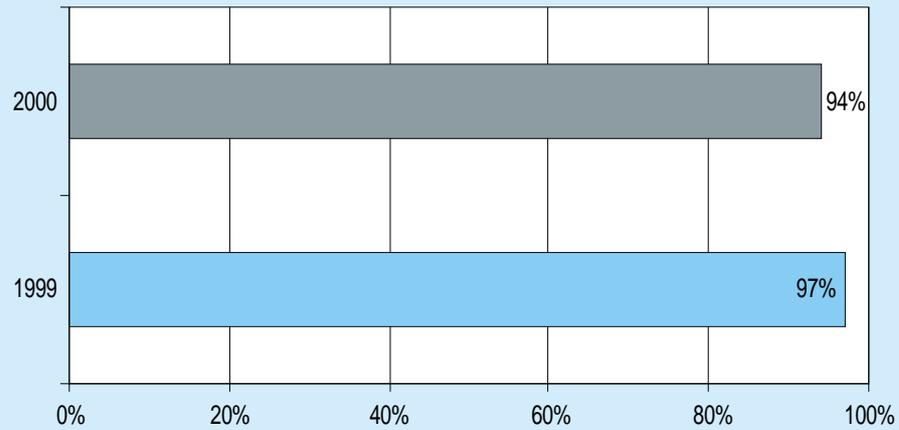
Evalúan este objetivo 70 Hospitales (86%).

Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de amigdalectomía y adenoidectomía				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	19	94% (489/517)	46%	100%
II	29	88% (754/848)	25%	100%
III	9	98% (845/860)	83%	100%
IV	13	96% (585/606)	90%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	70 (86%)	94% (2.673/2.831)	25%	100%





Porcentaje de cumplimiento del protocolo de amigdalectomía y adenoidectomía



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

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.3.2

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	19	27	2	120
II	29	29	5	97
III	9	95	21	351
IV	13	46	17	112
V	0	--	--	--
INSALUD	70 (86%)	40	2	351

Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 4.3.2)	
Virgen del Puerto. Plasencia	Complejo Hospitalario de Salamanca
Virgen del Castillo. Yecla	Complejo Hospitalario de León
Virgen de la Luz. Cuenca	Complejo Hospitalario de Cáceres
Virgen de la Concha. Zamora	Comarcal de Melilla
Valle del Nalón. Langreo	Clínico U. Lozano Blesa. Zaragoza
U. Marques de Valdecilla. Santander	Central de la Cruz Roja
Santos Reyes. Aranda de Duero	Central de Asturias. Oviedo
Ramón y Cajal	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
Rafael Méndez. Lorca	Campo Arañuelo. Navalmodal de la Mata
Puerta de Hierro	C.H. de Albacete
Obispo Polanco. Teruel	General Yagüe. Burgos
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
Miguel Servet. Zaragoza	Santiago Apóstol. Miranda de Ebro
Medina del Campo. Valladolid	Morales Meseguer. Murcia
General San Jorge. Huesca	Clínico de Valladolid
General de Soria	Del Bierzo. Ponferrada
General de Móstoles. Madrid	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
General de Guadalajara	12 de Octubre
Fundación H. de Manacor	Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz
De Sierrallana. Torrelavega	Fundación H de Alcorcón
De Llerena. Badajoz	Son Dureta. Palma de Mallorca
De Laredo. Cantabria	U Príncipe de Asturias
De la Cruz Roja. Ceuta	Santa M ^a del Rosell. Cartagena
De Jarrío. Coaña	Can Misses. Ibiza
De Don Benito-Villanueva. Badajoz	U. Virgen de la Arrixaca. Murcia
De Calatayud. Zaragoza	Ntra.Sra. de Sonsoles. Ávila
De Barbastro. Huesca	La Paz
De Alcañiz. Teruel	Severo Ochoa. Leganés
CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan	Niño Jesús
Complejo Hospitalario de Toledo	Clínico San Carlos

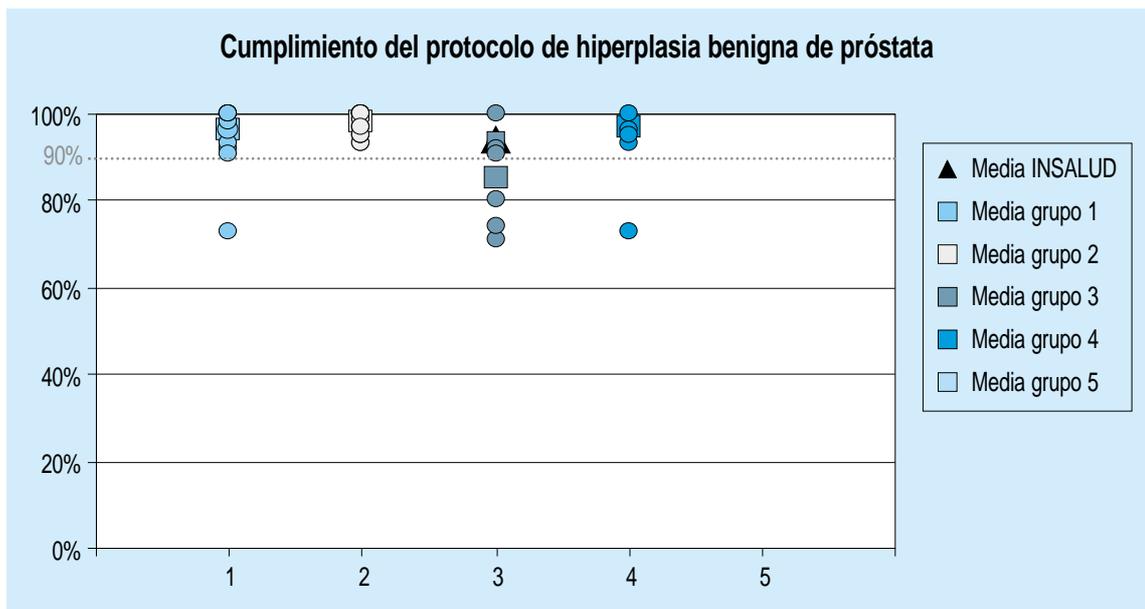
Indicador 4.3.3. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo de hiperplasia benigna de próstata.

Evalúan este objetivo 64 hospitales (79%).

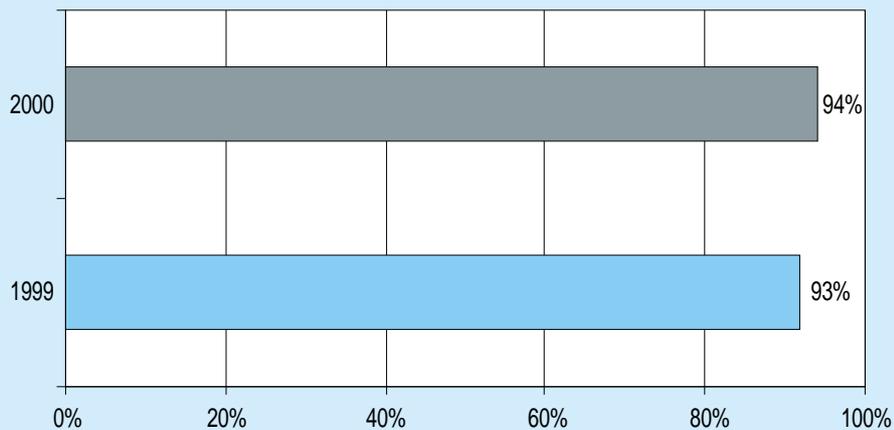


Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de hiperplasia benigna de próstata

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	19	96% (361/374)	73%	100%
II	26	98% (698/712)	92%	100%
III	8	85% (300/353)	71%	100%
IV	11	97% (314/323)	73%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	64 (79%)	94% (1.673/1.762)	71%	100%



Porcentaje de cumplimiento del protocolo de hiperplasia benigna de próstata



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

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.3.3

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	19	19	3	44
II	26	27	4	73
III	8	44	15	107
IV	11	29	14	57
V	0	--	--	--
INSALUD	64 (79%)	27	3	107



Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 4.3.3)	
Virgen del Castillo. Yecla	Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata
Virgen de la Luz. Cuenca	General San Jorge. Huesca
Virgen de la Concha. Zamora	Severo Ochoa. Leganés
Universitario de Getafe	Verge del Toro. Menorca
U. Marques de Valdecilla. Santander	Morales Meseguer. Murcia
U Príncipe de Asturias	General de Soria
Santos Reyes. Aranda de Duero	De Sierrallana. Torrelavega
Santa M ^a del Rosell. Cartagena	De Hellín. Albacete
Ramón y Cajal	12 de Octubre
Rafael Méndez. Lorca	Complejo Hospitalario de Segovia
Puerta de Hierro	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
Obispo Polanco. Teruel	Clínico San Carlos
Ntra.Sra. del Prado. Talavera. Toledo	Del Bierzo. Ponferrada
Medina del Campo. Valladolid	General Yagüe. Burgos
La Paz	Son Dureta. Palma de Mallorca
General Río Carrión. Palencia	Complejo Hospitalario de Toledo
General de Móstoles. Madrid	Complejo Hospitalario Ciudad Real
Fundación H. de Manacor	General de Guadalajara
De San Agustín. Avilés	De Barbastro. Huesca
De Mérida. Badajoz	CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan
De Llerena. Badajoz	De Alcañiz. Teruel
De la Cruz Roja. Ceuta	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
De Jario. Coaña	Santiago Apóstol. Miranda de Ebro
De Don Benito-Villanueva. Badajoz	De la Princesa
De Calatayud. Zaragoza	Clínico U. Lozano Blesa. Zaragoza
De Cabueñes. Gijón	Central de la Cruz Roja
Complejo Hospitalario de Salamanca	Central de Asturias. Oviedo
Complejo Hospitalario de Cáceres	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz	Can Misses. Ibiza
Comarcal de Melilla	

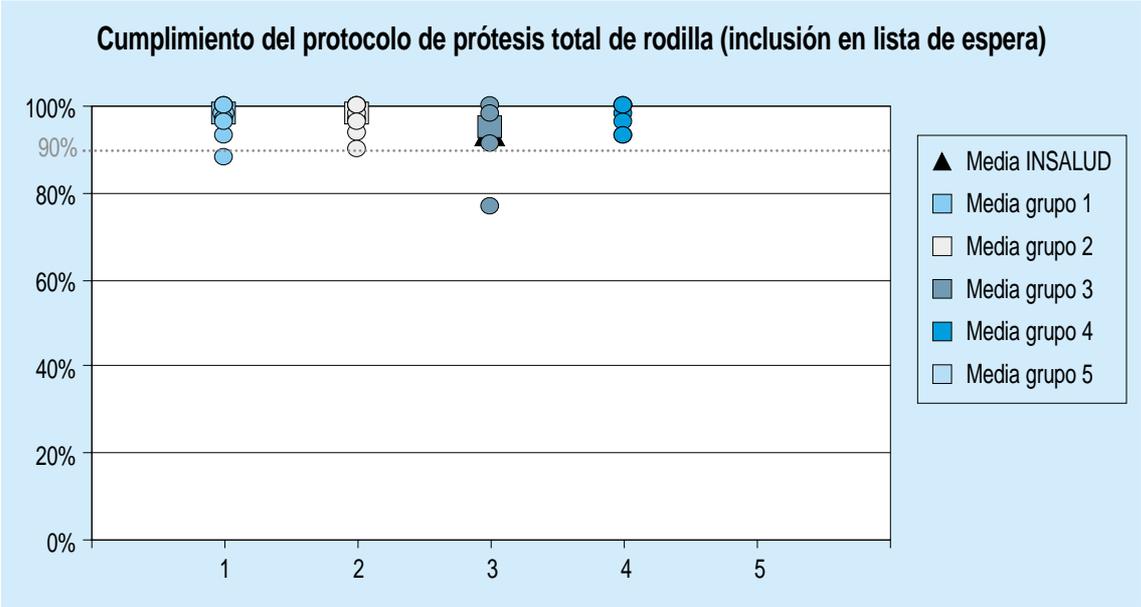
Indicador 4.3.4a. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo de prótesis total de rodilla

Evalúan este objetivo 58 hospitales (71%).

Este protocolo incluye criterios relacionados con aspectos de la intervención quirúrgica además de los criterios de indicación de la intervención por lo que su evaluación es doble.

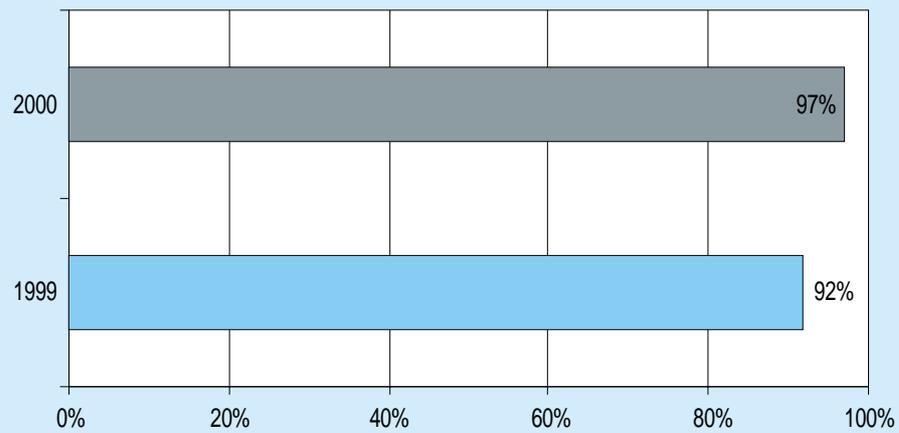
Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de hiperplasia benigna de próstata

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	18	98% (352/359)	88%	100%
II	24	98% 614/624	90%	100%
III	7	95% (217/228)	77%	100%
IV	9	97% (395/409)	93%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	58 (71%)	97% (1.578/1.620)	77%	100%





Porcentaje de cumplimiento del protocolo de prótesis total de rodilla (lista de espera)



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

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.3.4.a

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	18	20	2	65
II	24	26	1	100
III	7	33	11	50
IV	9	45	15	113
V	0	--	--	--
INSALUD	58 (71%)	28	1	113

Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 4.3.4a)	
Virgen del Castillo. Yecla	De Cabueñes. Gijón
Virgen de la Concha. Zamora	De Alcañiz. Teruel
Valle del Nalón. Langreo	Complejo Hospitalario de Toledo
U Príncipe de Asturias	Complejo Hospitalario de Segovia
Severo Ochoa. Leganés	Complejo Hospitalario de León
Santos Reyes. Aranda de Duero	Complejo Hospitalario de Cáceres
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro	Complejo Hospitalario Ciudad Real
Santa Cristina	Ciudad de Coria. Cáceres
Santa Bárbara. Puertollano	Central de la Cruz Roja
Río Hortega. Valladolid	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
Ramón y Cajal	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
Rafael Méndez. Lorca	12 de Octubre
Puerta de Hierro	Son Dureta. Palma de Mallorca
Morales Meseguer. Murcia	CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan
Miguel Servet. Zaragoza	Universitario de Getafe
Medina del Campo. Valladolid	De Laredo. Cantabria
La Paz	General San Jorge. Huesca
General Yagüe. Burgos	Santa M ^a del Rosell. Cartagena
General Río Carrión. Palencia	De Llerena. Badajoz
General de Soria	Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata
General de Guadalajara	Complejo Hospitalario de Salamanca
Fundación H. de Manacor	De San Agustín. Avilés
Del Bierzo. Ponferrada	Virgen de la Luz. Cuenca
De Mérida. Badajoz	Clínico San Carlos
De la Cruz Roja. Ceuta	U. Virgen de la Arrixaca. Murcia
De Jarrío. Coaña	De Hellín. Albacete
De Don Benito-Villanueva. Badajoz	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
De Calatayud. Zaragoza	General de Móstoles. Madrid

Indicador 4.3.4b. Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de acuerdo al protocolo de prótesis total de rodilla.

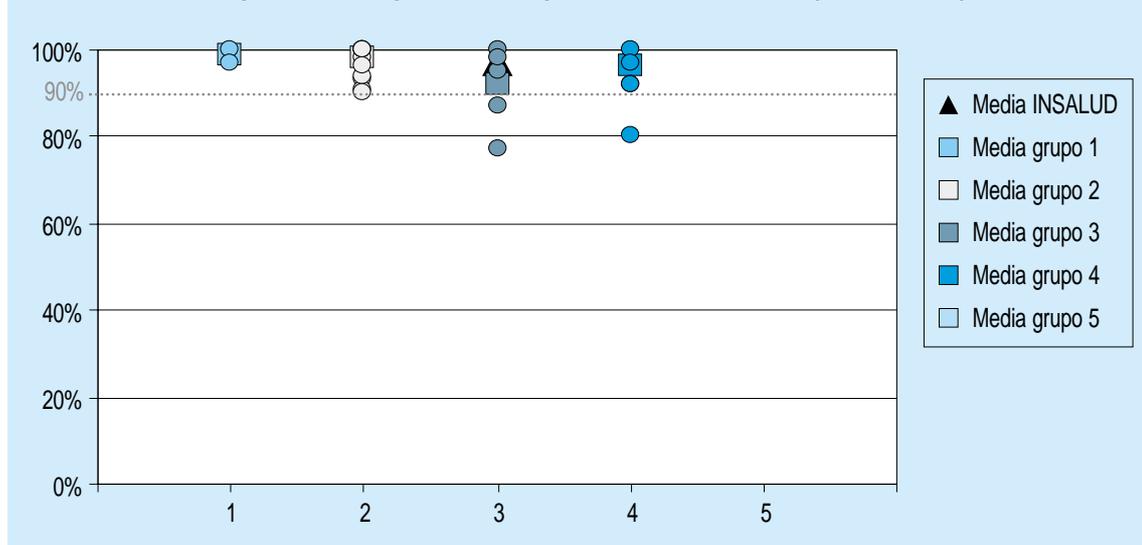
Evalúan este objetivo 58 hospitales (71%).



Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de prótesis total de rodilla de acuerdo a protocolo

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	18	99% (253/254)	97%	100%
II	24	98% (692/704)	90%	100%
III	7	92% (205/223)	77%	100%
IV	9	96% (277/288)	80%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	58 (71%)	97% (1.427/1.469)	77%	100%

Cumplimiento del protocolo de prótesis total de rodilla (intervención)



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

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.3.4.b

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	18	14	2	52
II	24	29	1	136
III	7	32	11	60
IV	9	32	12	88
V	0	--	--	--
INSALUD	58 (71%)	25	1	136

Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 4.3.4b)

Virgen del Castillo. Yecla	CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan
Virgen de la Luz. Cuenca	Complejo Hospitalario de Toledo
Virgen de la Concha. Zamora	Complejo Hospitalario de Segovia
Valle del Nalón. Langreo	Complejo Hospitalario de Cáceres
U Príncipe de Asturias	Complejo Hospitalario Ciudad Real
Severo Ochoa. Leganés	Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz
Santos Reyes. Aranda de Duero	Ciudad de Coria. Cáceres
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro	Central de la Cruz Roja
Santa Cristina	Central de Asturias. Oviedo
Santa Bárbara. Puertollano	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
Rafael Méndez. Lorca	Can Misses. Ibiza
Puerta de Hierro	Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata
Morales Meseguer. Murcia	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
Miguel Servet. Zaragoza	12 de Octubre
Medina del Campo. Valladolid	Virgen del Puerto. Plasencia
La Paz	Universitario de Getafe
General Yagüe. Burgos	De Laredo. Cantabria
General Río Carrión. Palencia	Complejo Hospitalario de Salamanca
General de Soria	Santa M ^a del Rosell. Cartagena
General de Guadalajara	Río Hortega. Valladolid
Del Bierzo. Ponferrada	Complejo Hospitalario de León
De Mérida. Badajoz	De San Agustín. Avilés
De Llerena. Badajoz	General San Jorge. Huesca
De la Cruz Roja. Ceuta	Son Dureta. Palma de Mallorca
De Jarrío. Coaña	U. Virgen de la Arrixaca. Murcia
De Hellín. Albacete	De Cabueñes. Gijón
De Don Benito-Villanueva. Badajoz	General de Móstoles. Madrid
De Calatayud. Zaragoza	



Indicador 4.3.5a. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo de prótesis total de cadera.

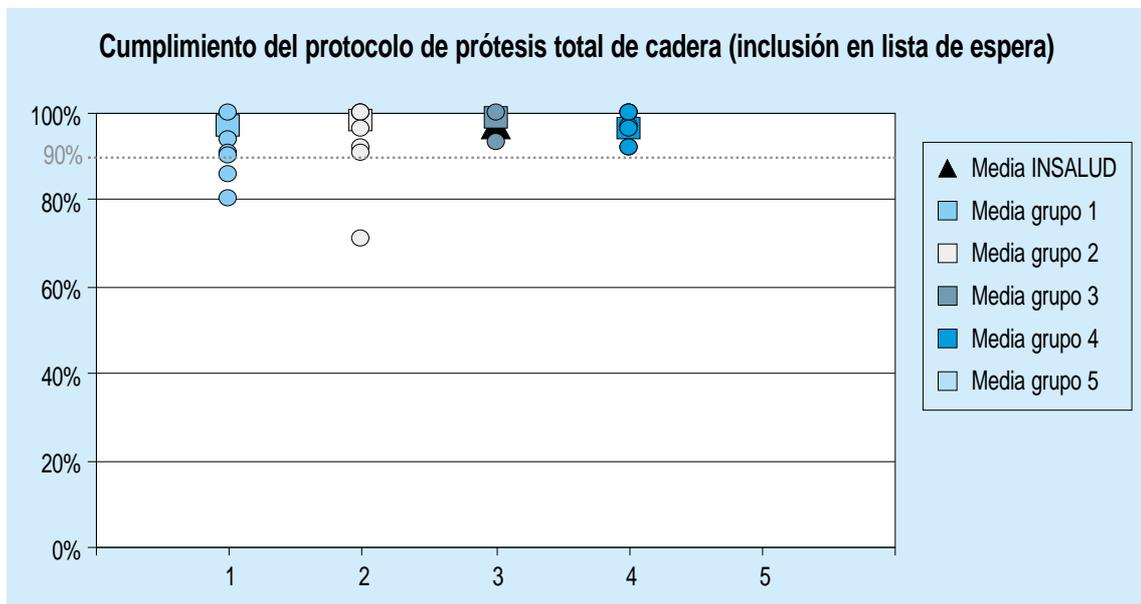
Evalúan este objetivo 59 hospitales (73%).

Este protocolo incluye criterios relacionados con aspectos de la intervención quirúrgica además de los criterios de indicación de la intervención por lo que su evaluación es doble.

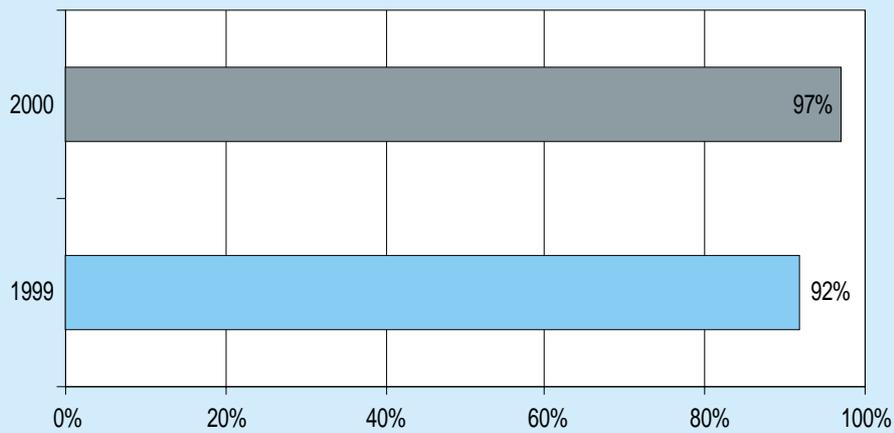
Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la lista de espera de prótesis total de cadera

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	18	97% (300/308)	80%	100%
II	24	98% 557/567	71%	100%
III	7	99% (181/183)	93%	100%
IV	10	96% (595/621)	92%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	59 (73%)	97% (1.633/1.679)	71%	100%

Cumplimiento del protocolo de prótesis total de cadera (inclusión en lista de espera)



Porcentaje de cumplimiento del protocolo de prótesis total de cadera (lista de espera)



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

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.3.5.a

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	18	17	3	67
II	24	23	9	56
III	7	26	10	49
IV	10	62	17	196
V	0	--	--	--
INSALUD	59 (73%)	28	3	196



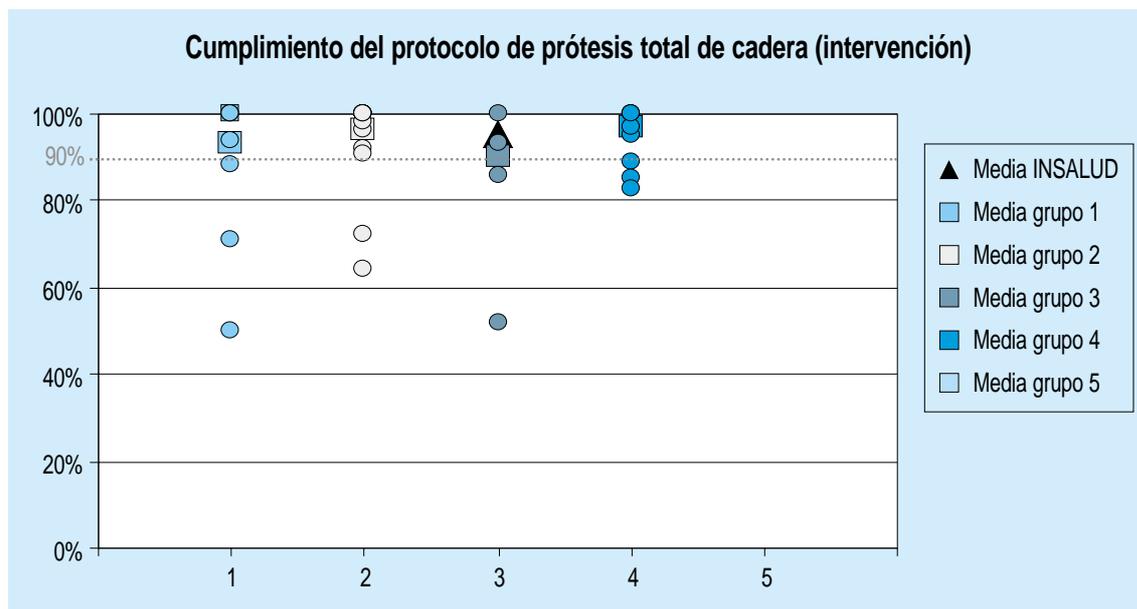
Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 4.3.5a)

Virgen del Castillo. Yecla	De Don Benito-Villanueva. Badajoz
Virgen de la Concha. Zamora	De Calatayud. Zaragoza
Valle del Nalón. Langreo	De Cabueñes. Gijón
Universitario de Getafe	De Alcañiz. Teruel
U Príncipe de Asturias	CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan
Son Dureta. Palma de Mallorca	Complejo Hospitalario de Toledo
Santos Reyes. Aranda de Duero	Complejo Hospitalario de Segovia
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro	Complejo Hospitalario de León
Santa Cristina	Complejo Hospitalario de Cáceres
Santa Bárbara. Puertollano	Complejo Hospitalario Ciudad Real
Río Hortega. Valladolid	Clínico U. Lozano Blesa. Zaragoza
Ramón y Cajal	Ciudad de Coria. Cáceres
Puerta de Hierro	Central de la Cruz Roja
Morales Meseguer. Murcia	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
Miguel Servet. Zaragoza	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
Medina del Campo. Valladolid	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
La Paz	12 de Octubre
General Yagüe. Burgos	Santa Mª del Rosell. Cartagena
General San Jorge. Huesca	U. Virgen de la Arrixaca. Murcia
General Río Carrión. Palencia	De Laredo. Cantabria
General de Soria	De la Princesa
General de Móstoles. Madrid	Clínico San Carlos
General de Guadalajara	Complejo Hospitalario de Salamanca
Fundación H. de Manacor	De San Agustín. Avilés
Del Bierzo. Ponferrada	Severo Ochoa. Leganés
De Sierrallana. Torrelavega	De Llerena. Badajoz
De Mérida. Badajoz	Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz
De la Cruz Roja. Ceuta	Campo Arañuelo. Navalморal de la Mata
De Jarrío. Coaña	De Hellín. Albacete

Indicador 4.3.5b. Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de acuerdo al protocolo de prótesis total de cadera

Evalúan este objetivo 63 Hospitales (78%).

Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de prótesis total de cadera de acuerdo a protocolo				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	19	93% (282/302)	50%	100%
II	26	96% (609/637)	64%	100%
III	7	90% (168/187)	52%	100%
IV	11	97% (374/385)	83%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	63 (78%)	95% (1.433/1.511)	50%	100%





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

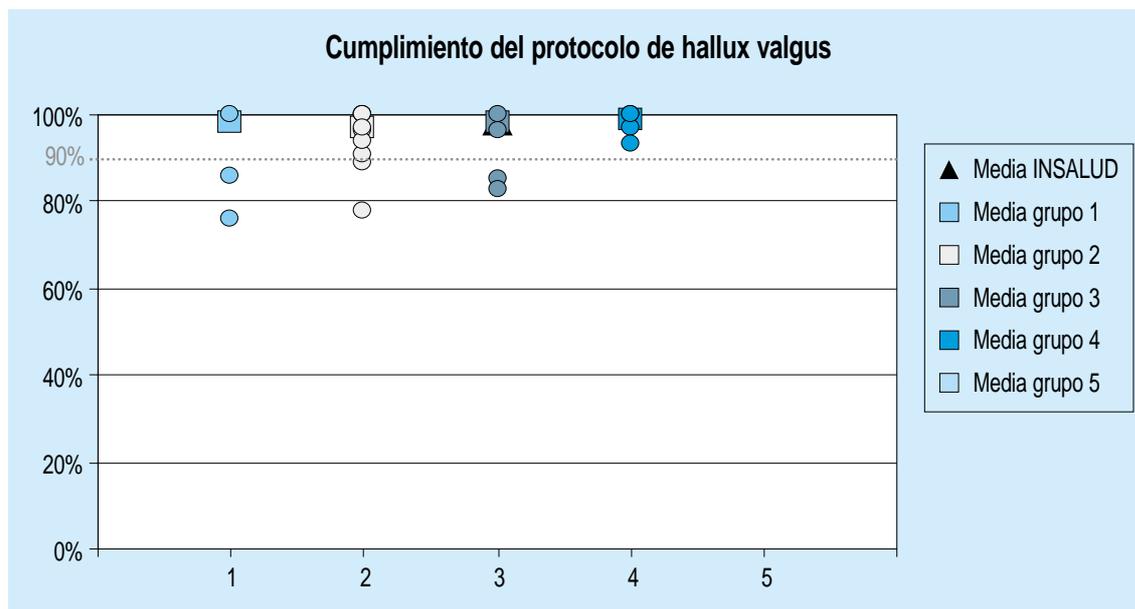
Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.3.5.b				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	19	16	3	48
II	26	25	1	56
III	7	27	10	41
IV	11	35	6	162
V	0	--	--	--
INSALUD	63 (78%)	24	1	162

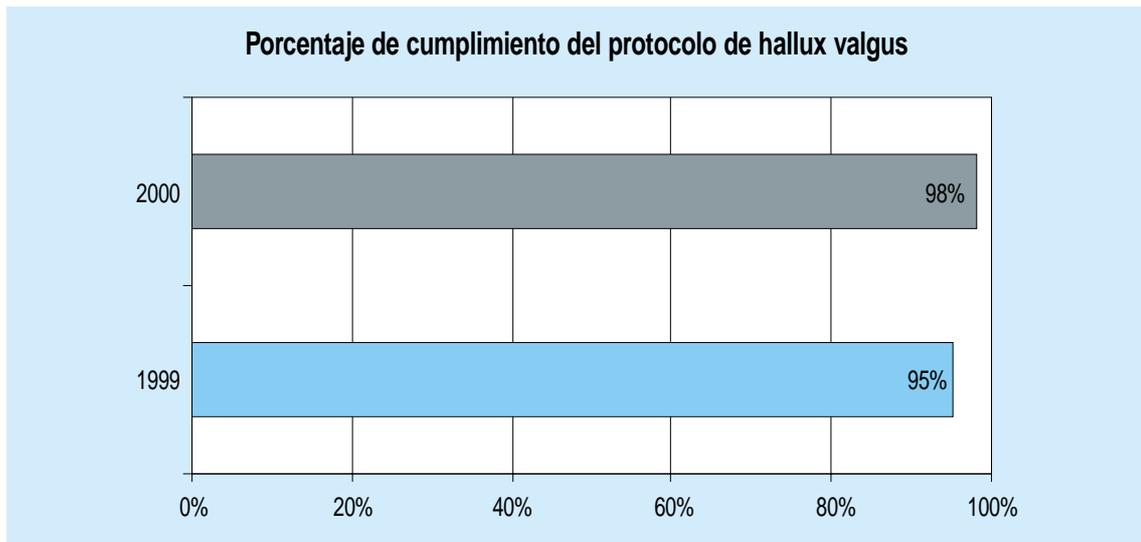
Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 4.3.5b)	
Virgen del Castillo. Yecla	De Don Benito-Villanueva. Badajoz
Virgen de la Luz. Cuenca	De Cabueñes. Gijón
Virgen de la Concha. Zamora	CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan
Valle del Nalón. Langreo	Complejo Hospitalario de Toledo
U Príncipe de Asturias	Complejo Hospitalario de Salamanca
Severo Ochoa. Leganés	Complejo Hospitalario de León
Santos Reyes. Aranda de Duero	Complejo Hospitalario de Cáceres
Santa Cristina	Complejo Hospitalario Ciudad Real
Santa Bárbara. Puertollano	Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz
Río Hortega. Valladolid	Ciudad de Coria. Cáceres
Rafael Méndez. Lorca	Central de la Cruz Roja
Puerta de Hierro	Central de Asturias. Oviedo
Morales Meseguer. Murcia	Can Misses. Ibiza
Medina del Campo. Valladolid	Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata
La Paz	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
General Yagüe. Burgos	Virgen del Puerto. Plasencia
General San Jorge. Huesca	12 de Octubre
General Río Carrión. Palencia	Del Bierzo. Ponferrada
General de Soria	Santa Mª del Rosell. Cartagena
General de Guadalajara	Miguel Servet. Zaragoza
De Mérida. Badajoz	De Laredo. Cantabria
De Llerena. Badajoz	De la Princesa
De la Cruz Roja. Ceuta	De San Agustín. Avilés
De Jarrio. Coaña	Complejo Hospitalario de Segovia

Indicador 4.3.6. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo de hallux valgus.

Evalúan este objetivo 59 Hospitales (73%).

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	19	98% (465/476)	76%	100%
II	24	97% 597/613	78%	100%
III	7	98% (339/347)	83%	100%
IV	8	99% (282/285)	93%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	59 (73%)	98% (1.433/1.511)	76%	100%





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

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.3.6				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	19	25	2	100
II	24	24	1	71
III	7	49	13	172
IV	8	35	12	63
V	0	--	--	--
INSALUD	59 (73%)	29	1	172

Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 4.3.6)

Virgen del Puerto. Plasencia	De Hellín. Albacete
Virgen del Castillo. Yecla	De Don Benito-Villanueva. Badajoz
Virgen de la Torre	De Calatayud. Zaragoza
Virgen de la Concha. Zamora	De Cabueñes. Gijón
Valle del Nalón. Langreo	De Alcañiz. Teruel
U Príncipe de Asturias	Complejo Hospitalario de Toledo
Son Dureta. Palma de Mallorca	Complejo Hospitalario de Salamanca
Severo Ochoa. Leganés	Complejo Hospitalario de León
Santos Reyes. Aranda de Duero	Complejo Hospitalario de Cáceres
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro	Ciudad de Coria. Cáceres
Santa Cristina	Central de la Cruz Roja
Santa Bárbara. Puertollano	Central de Asturias. Oviedo
Puerta de Hierro	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
Morales Meseguer. Murcia	Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata
Miguel Servet. Zaragoza	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
Medina del Campo. Valladolid	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
General Yagüe. Burgos	12 de Octubre
General Río Carrión. Palencia	Santa M ^a del Rosell. Cartagena
General de Soria	La Paz
Fundación H. de Manacor	Universitario de Getafe
Del Bierzo. Ponferrada	CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan
De Sierrallana. Torrelavega	General San Jorge. Huesca
De San Agustín. Avilés	Complejo Hospitalario Ciudad Real
De Mérida. Badajoz	General de Móstoles. Madrid
De Llerena. Badajoz	Ramón y Cajal
De la Cruz Roja. Ceuta	Complejo Hospitalario de Segovia
De Jarrío. Coaña	

****En cuanto a aquellos hospitales que por sus características no tienen que evaluar los protocolos anteriores, para estar en las mismas condiciones que el resto de hospitales, deben haber implantado y evaluado protocolos o guías de práctica en aquellos procesos relacionados con su actividad asistencial.

En la siguiente tabla se muestran el número de hospitales que han realizado protocolos opcionales en relación a los protocolos obligatorios.



Número de protocolos opcionales realizados por los hospitales, en relación con el número de protocolos obligatorios			
Grupo	Nº medio de protocolos obligatorios realizados (max-min)	Nº Hospitales con algún protocolo opcional realizado	Nº medio de protocolos opcionales realizados (max-min)
I	4'9 (1-6)	6	4 (3-6)
II	5'3 (3-6)	5	4'4 (1-6)
III	5'2 (2-6)	3	4 (1-6)
IV	4'8 (1-6)	4	4 (1-6)
V	0	3	7 (3-6)
INSALUD	5 (1-6)	21	4'2 (1-6)

OBJETIVO 4.4. IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS PARA LA UTILIZACIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA

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 eficaz¹².

Como ya se expresó en la memoria del pasado año 1999, se sigue observando bastante variabilidad en las tasas de utilización de ciertas pruebas diagnósticas o terapéuticas de alta tecnología. Por ello, se continuó contemplando en el PC-2000 el estudio de la adecuación de la utilización de esas pruebas a protocolo.

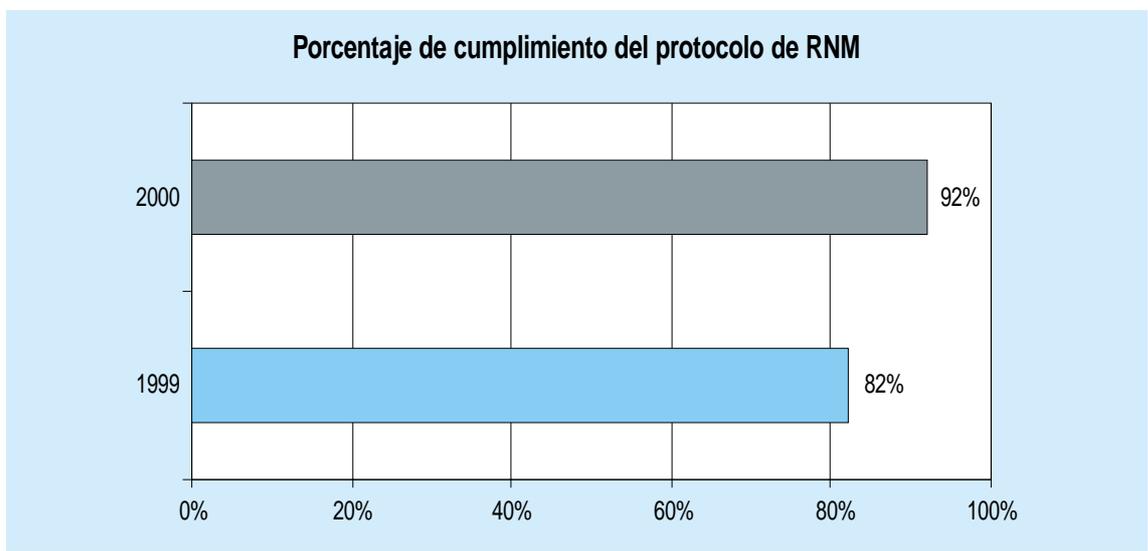
Indicador 4.4.1. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una RNM de acuerdo a los criterios de protocolo.

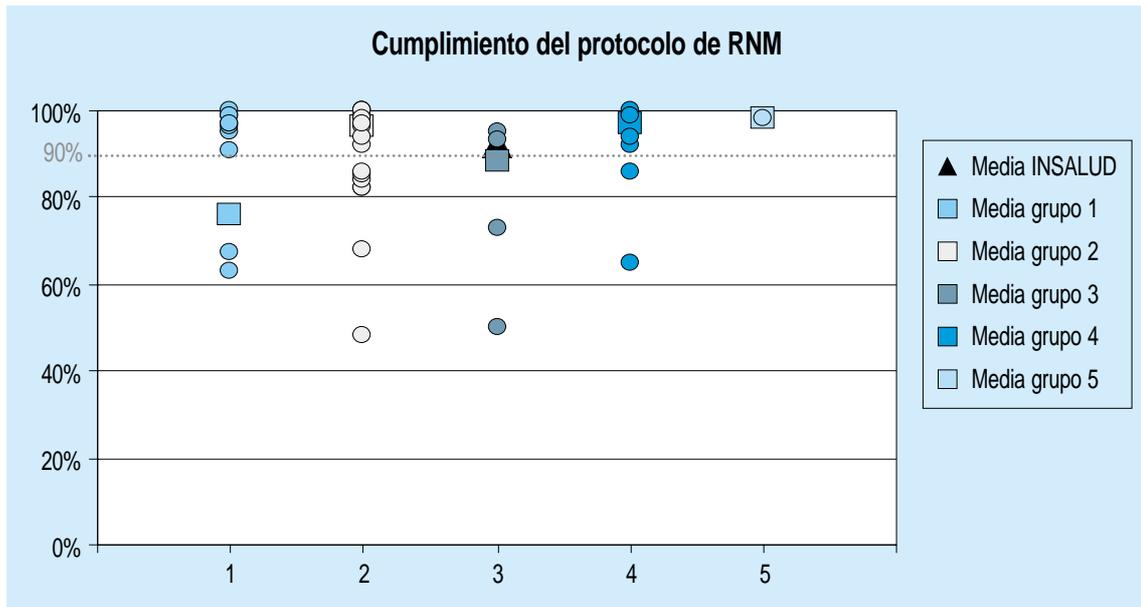
La Resonancia Nuclear Magnética es una técnica diagnóstica no cruenta, que permite diferenciar distintas estructuras anatómicas, con gran resolución. Sin embargo, su utilidad se circunscribe a determinadas patologías y situaciones clínicas.

Evalúan este objetivo 46 hospitales. Teniendo en cuenta que había 21 hospitales que no precisaban, o no disponían de tecnología para evaluar este objetivo, el porcentaje de evaluadores, respecto de los que debían evaluar ha sido del 76 % (46/60).

Porcentaje de utilización de la RNM de acuerdo a los criterios del protocolo				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	12	76% (1.295/1.701)	63%	100%
II	20	96% (4.567/4.781)	48%	100%
III	5	88% (401/458)	50%	95%
IV	8	97% (3.134/3.238)	65%	100%
V	1	98% (53/54)	98%	98%
INSALUD	46 (76%)	92% (9.450/10.232)	48%	100%

El porcentaje medio de adecuación a protocolo ha pasado de un 82% el año 99 a un 92% el año 2000, compensándose el descenso de los del grupo I con un ascenso notable en los del grupo IV.





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

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.4.1				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	12	142	21	991
II	20	239	3	2328
III	5	92	30	175
IV	8	405	17	2579
V	1	54	54	54
INSALUD	46 (76%)	222	3	2579

Se ha producido un notabilísimo incremento del número de historias clínicas estudiadas, respecto del año 99 (222 frente a las 75 del año pasado).

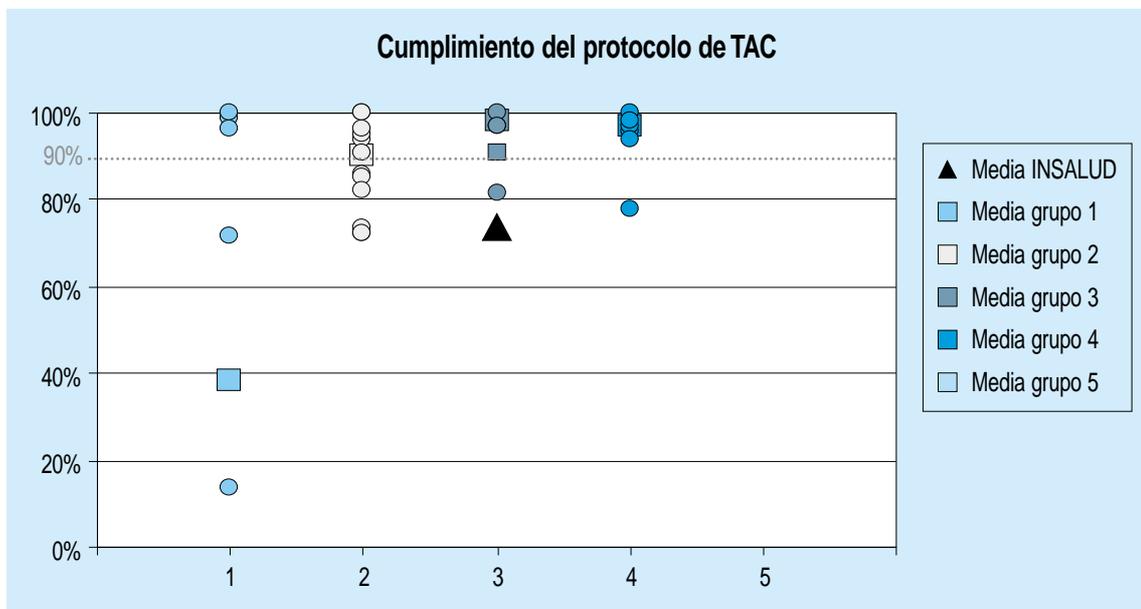
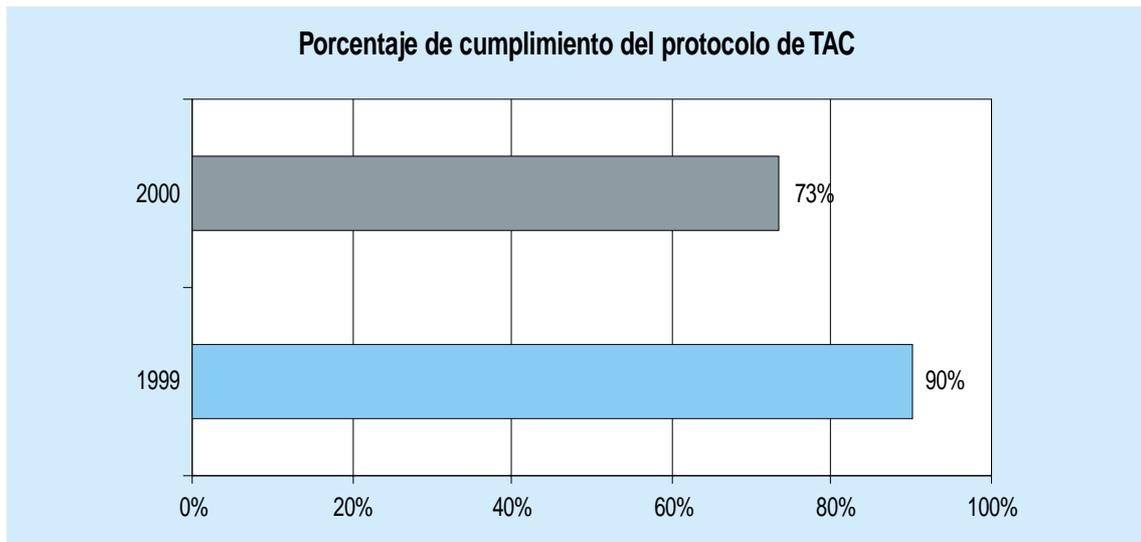
Indicador 4.4.2. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado un TAC, de acuerdo a los criterios de protocolo.

Evalúan este objetivo 37 hospitales. Teniendo en cuenta que había 22 hospitales que no precisaban, o no disponían de tecnología para evaluar este objetivo, el porcentaje de evaluadores, respecto de los que debían evaluar ha sido del 63 % (37/59).

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

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	9	38% (470/2.540)	13%	100%
II	15	90% (633/704)	72%	100%
III	5	98% (2.061/2.099)	81%	100%
IV	8	97% (1.049/1.085)	78%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	37 (63%)	73% (4.713/6.428)	13%	100%

Se ha producido en el año 2000 un empeoramiento en el objetivo a expensas exclusivamente de los hospitales del grupo I, dado que el resto ha mejorado.



En la siguiente tabla se muestran los tamaños muestrales medios por grupo de hospital. En ella, se observa, un mayor numero de historias evaluadas respecto al año 99 (173 frente a las 48 del año 99).

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.4.2

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	9	282	20	1.800
II	15	47	11	100
III	5	420	16	1.570
IV	8	135	37	384
V	0	--	--	--
INSALUD	37 (63%)	173	11	1.800

Indicador 4.4.3. Porcentaje de pacientes a los que se les ha tratado con oxigenoterapia, de acuerdo a la circular 4/00 del INSALUD.

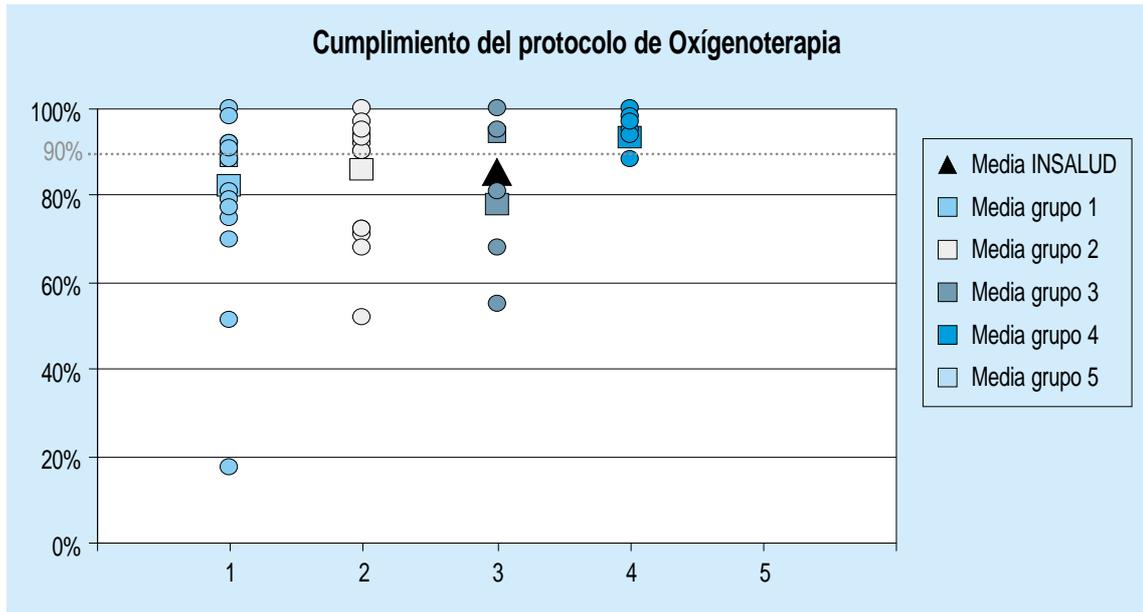
Evalúan este objetivo 54 hospitales. Teniendo en cuenta que había 12 hospitales que no precisaban, o no disponían de tecnología para evaluar este objetivo, el porcentaje de evaluadores, respecto de los que debían evaluar ha sido del 78 % (54/69).

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

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	17	82% (877/1.075)	17%	100%
II	20	86% (1.630/1.904)	52%	100%
III	7	78% (1.214/1.564)	55%	100%
IV	10	93% (1.824/1.958)	88%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	54 (78%)	85% (5.545/6.501)	17%	100%



Se han alcanzado unos resultados similares a los del año 99 (85% respecto al 84% del año 1999).



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

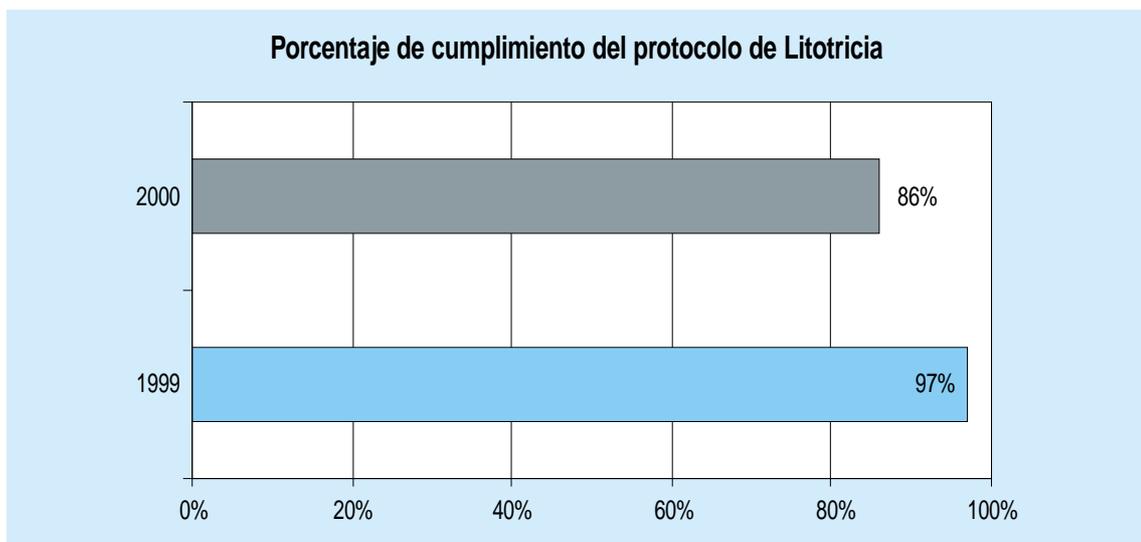
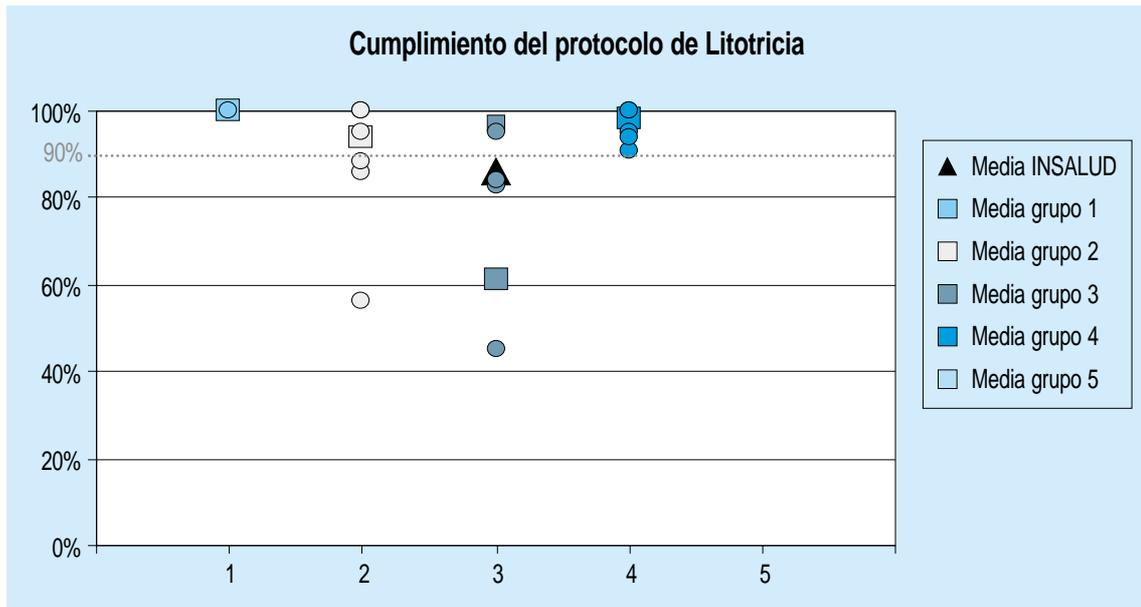
Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.4.3				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	17	63	8	182
II	20	95	25	711
III	7	223	25	753
IV	10	195	20	750
V	0	--	--	--
INSALUD	54 (78%)	120	8	753

Indicador 4.4.4. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una litotricia, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo.

Evalúan este objetivo 36 hospitales. Teniendo en cuenta que había 32 hospitales que no precisaban, o no disponían de tecnología para evaluar este objetivo, el porcentaje de evaluadores, respecto de los que debían evaluar ha sido del 73 % (36/49).

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

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	10	100% (143/143)	100%	100%
II	16	94% (652/695)	56%	100%
III	5	61% (273/449)	45%	97%
IV	5	98% (276/283)	91%	100%
V	0	--	--	--
INSALUD	36 (73%)	86% (1.344/1.570)	45%	100%



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

Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.4.4				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Media de historias evaluadas	Mínimo	Máximo
I	10	14	3	23
II	16	43	3	116
III	5	90	20	292
IV	5	57	22	88
V	0	--	--	--
INSALUD	36 (73%)	44	3	292

Se observa un aumento notable 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.

OBJETIVO 4.5. IMPLANTAR OTROS PROTOCOLOS DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS EN LOS SERVICIOS

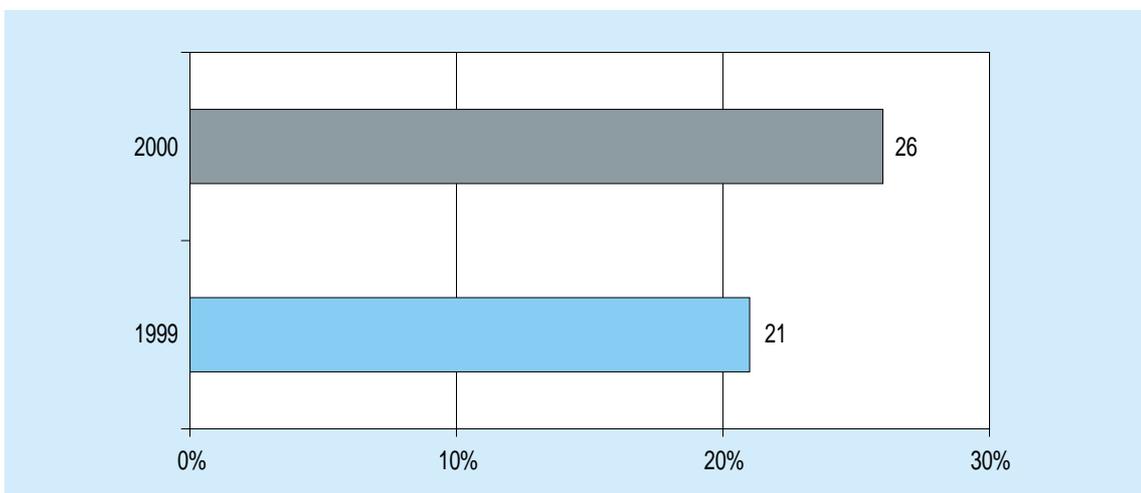
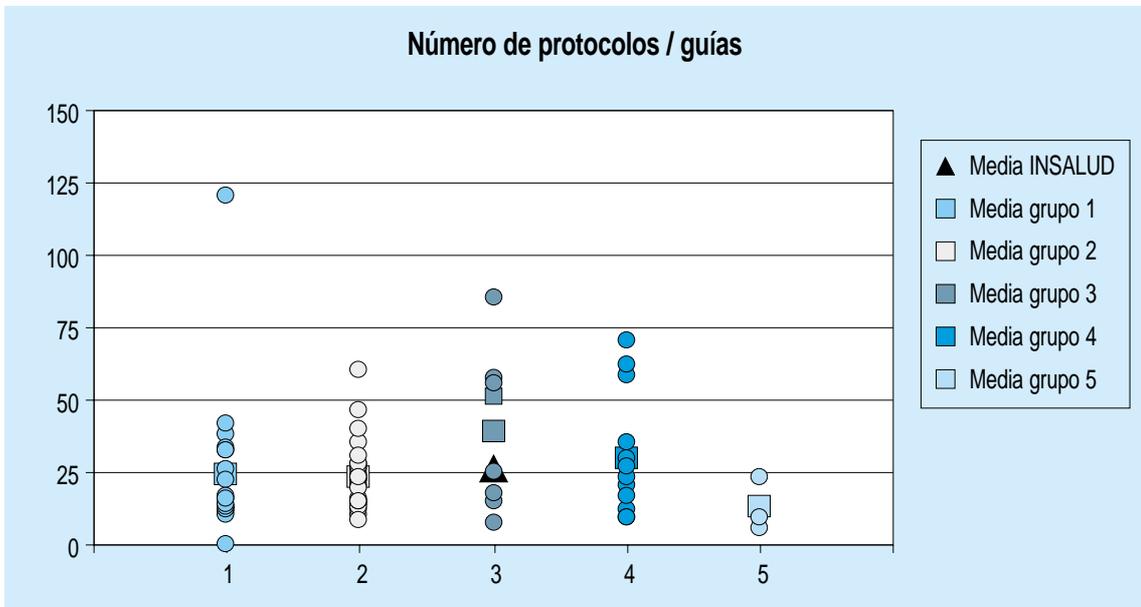
En la misma línea del año 1999 se mantiene este objetivo. La valoración institucional de estos protocolos se limita a unos indicadores de estructura, como son: la presencia de los protocolos documentados, y si han sido evaluados; al margen de la valoración del impacto que estas actuaciones pueden tener en el consumo de recursos en los hospitales.

Indicador 4.5.1. Número de protocolos/guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en el hospital.



Número de historias clínicas evaluadas. Indicador 4.4.4

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	24	0	120
II	26	23	8	60
III	8	39	7	85
IV	13	30	9	70
V	3	13	6	23
INSALUD	72 (89%)	26	0	120

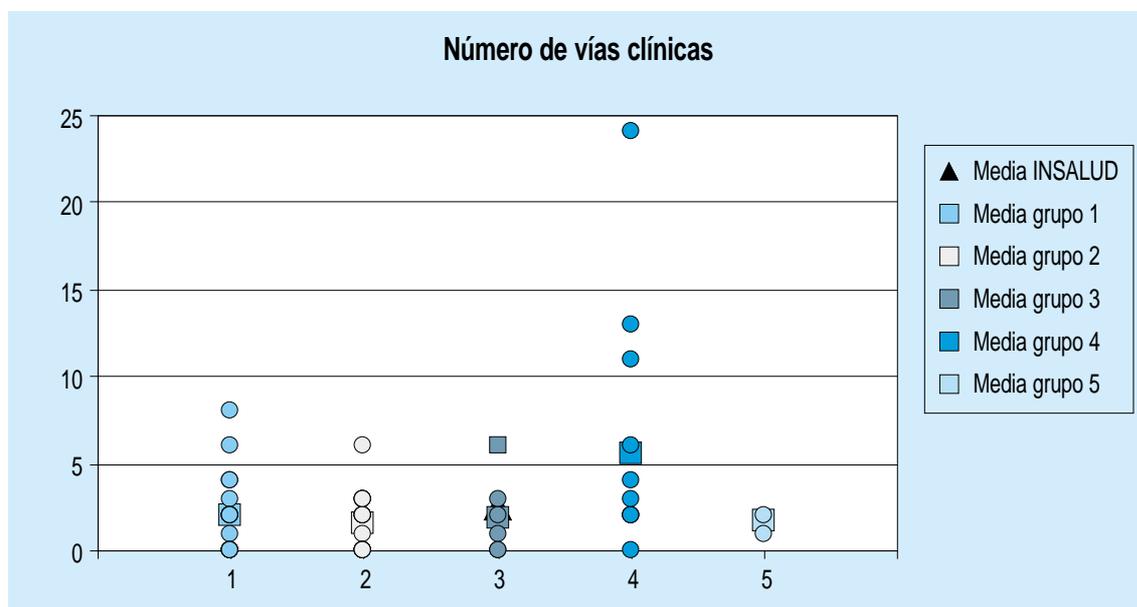


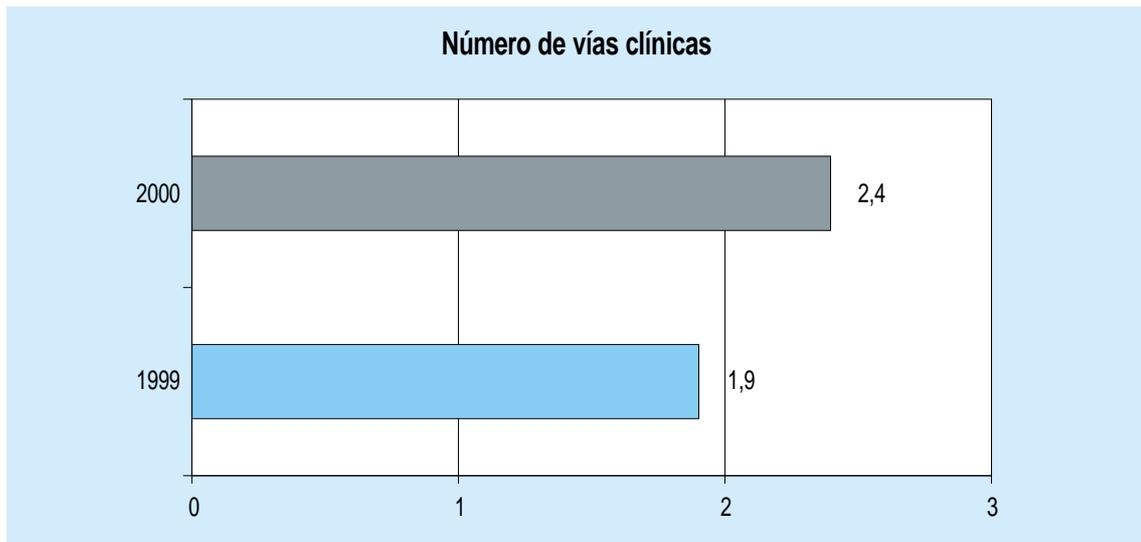
Indicador 4.5.2. Número de vías clínicas implantadas y evaluadas en el hospital.

En el Plan de Calidad del año 1999 se insistía en la implantación y evaluación de vías clínicas.

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 clínica. También mejoran la eficiencia, 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 pacientes^{13 14}.

Número de vías clínicas implantadas y evaluadas en el hospital				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	25	2	0	8
II	29	1'5	0	6
III	9	1.8	0	6
IV	13	5'6	0	24
V	3	1'7	1	2
INSALUD	79 (98%)	2'4	0	24





- Nº de vías clínicas implantadas y/o evaluadas: 189 (promedio vías clínicas/ hospital 2,4).
- Nº de vías clínicas evaluadas: 96 (promedio vías clínicas evaluadas /hospital: 1,3).

- Promedio de Servicios implicados: 3,3 por vía (mínimo 1 y máximo 12).
- Personal implicado:

	Médicos	Enfermería	Otros	Total
TOTAL 1.061	676	142	1.879	
PROMEDIO	5,6	3,6	0,7	9,6
MIN-MAX1 a 14	0 a 18	0 a 9	1 a 34	

Se ha observado un incremento en la media de vías implantadas-evaluadas respecto del año pasado. Por tanto, el camino diseño-implantación-evaluación sigue su avance, aunque lentamente.

En cuanto al análisis del personal implicado realizado este año, se observa como mejorable el rango del personal de enfermería y otros. Si una de las características de la vía clínica ha de ser la participación multidisciplinar, sería deseable (con vistas a una futura gestión de procesos) ir implicando (salvo particularidades) a otros profesionales, además de los facultativos.

Objetivo 5. Implantar objetivos de calidad por servicios

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 esa línea la evaluación del año 2000 continuó preguntando a los hospitales el número y relación de Servicios/Unidades que habían pactado y evaluado objetivos de calidad, tanto en los asistenciales como en el caso de los no asistenciales. 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.

OBJETIVO 5.1. IMPLANTAR OBJETIVOS DE CALIDAD EN UNIDADES ASISTENCIALES

El Plan de calidad del INSALUD tiene como objetivo potenciar la implantación de objetivos para la mejora de la calidad en todos los Servicios, por lo que con este objetivo se pretende dar libertad a los hospitales para que determinen áreas de mejora específicas sobre las que deseen intervenir, dependiendo de las características propias de cada hospital. Es conveniente que en los objetivos pactados estén integrados los aspectos médicos y de enfermería

Indicador 5.1. Porcentaje de Servicios/Unidades asistenciales que han implantado objetivos de calidad.

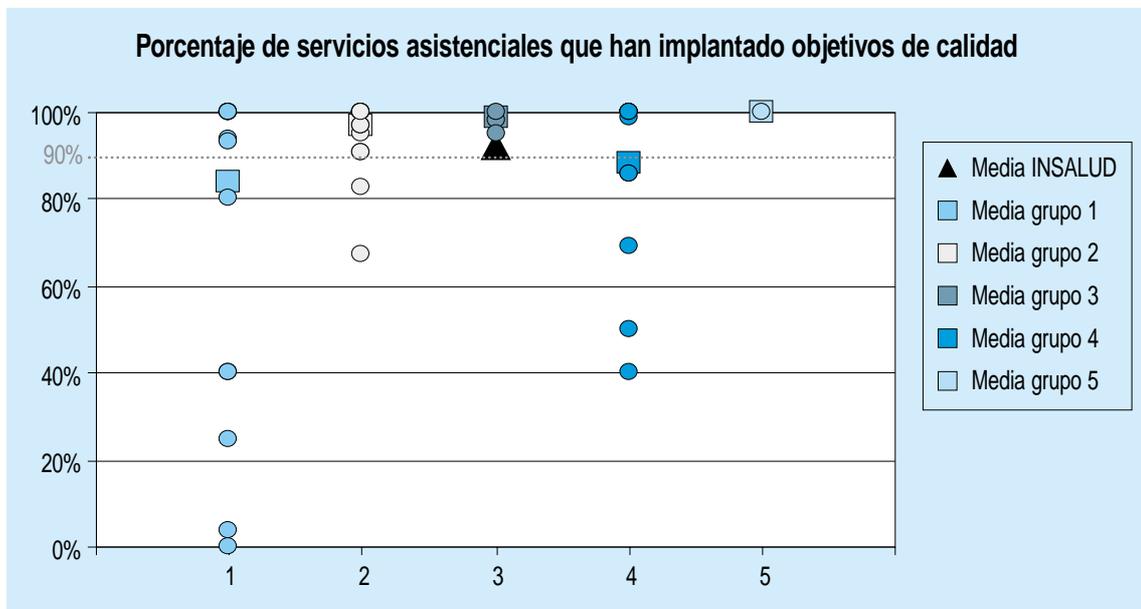
Evaluaron este objetivo 78 hospitales (96%). Para el total del INSALUD pactaron objetivos de calidad un 92% de los servicios asistenciales.



Porcentaje de servicios asistenciales que han implantado objetivos de calidad

Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	25	84%	0%	100%
II	29	97%	67%	100%
III	8	99%	95%	100%
IV	13	88%	40%	100%
V	3	100%	100%	100%
INSALUD	78 (96%)	92%	0%	100%

Porcentaje de servicios asistenciales que han implantado objetivos de calidad



Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 5.1)

Virgen del Puerto. Plasencia	De Sierrallana. Torrelavega
Virgen del Castillo. Yecla	De San Agustín. Avilés
Virgen de la Torre	De Mérida. Badajoz
Virgen de la Luz. Cuenca	De Laredo. Cantabria
Valle del Nalón. Langreo	De Jario. Coaña
Universitario de Getafe	De Hellín. Albacete
U Príncipe de Asturias	De Don Benito-Villanueva. Badajoz
Son Dureta. Palma de Mallorca	De Calatayud. Zaragoza
Severo Ochoa. Leganés	De Cabueñes. Gijón
Santos Reyes. Aranda de Duero	Complejo Hospitalario de León
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro	Complejo Hospitalario de Cáceres
Santa Cristina	Clínico San Carlos
Santa Bárbara. Puertollano	Clínico de Valladolid
San Jorge. Zaragoza	Centro Nacional de Parapléjicos. Toledo.
Río Hortega. Valladolid	Central de la Cruz Roja
Ramón y Cajal	Central de Asturias. Oviedo
Rafael Méndez. Lorca	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
Obispo Polanco. Teruel	Can Misses. Ibiza
Ntra.Sra. de Sonsoles. Ávila	12 de Octubre
Niño Jesús	C.H. Infanta Cristina. Badajoz
Morales Meseguer. Murcia	General de Móstoles. Madrid
Miguel Servet. Zaragoza	Santa M ^a del Rosell. Cartagena
Medina del Campo. Valladolid	C.H. San Millán-San Pedro. Logroño
General Yagüe. Burgos	Complejo Hospitalario de Segovia
General Río Carrión. Palencia	De la Princesa
General de Guadalajara	Verge del Toro. Menorca
Fundación H. de Manacor	Ciudad de Coria. Cáceres
Fundación H de Alcorcón	Complejo Hospitalario Ciudad Real
Del Bierzo. Ponferrada	General San Jorge. Huesca

OBJETIVO 5.2. IMPLANTAR OBJETIVOS DE CALIDAD EN UNIDADES NO ASISTENCIALES

Desde 1999 se han introducido objetivos de calidad en los Servicios no asistenciales, ya que se entiende a la organización como un sistema, siendo imprescindible la coordinación entre los distintos Servicios que lo integran.

Los objetivos de las Unidades no asistenciales están orientados fundamentalmente a la realización de procedimientos de las actividades que en ellos se llevan a cabo, esto facilita la posterior evaluación sobre aspectos de calidad identificados.

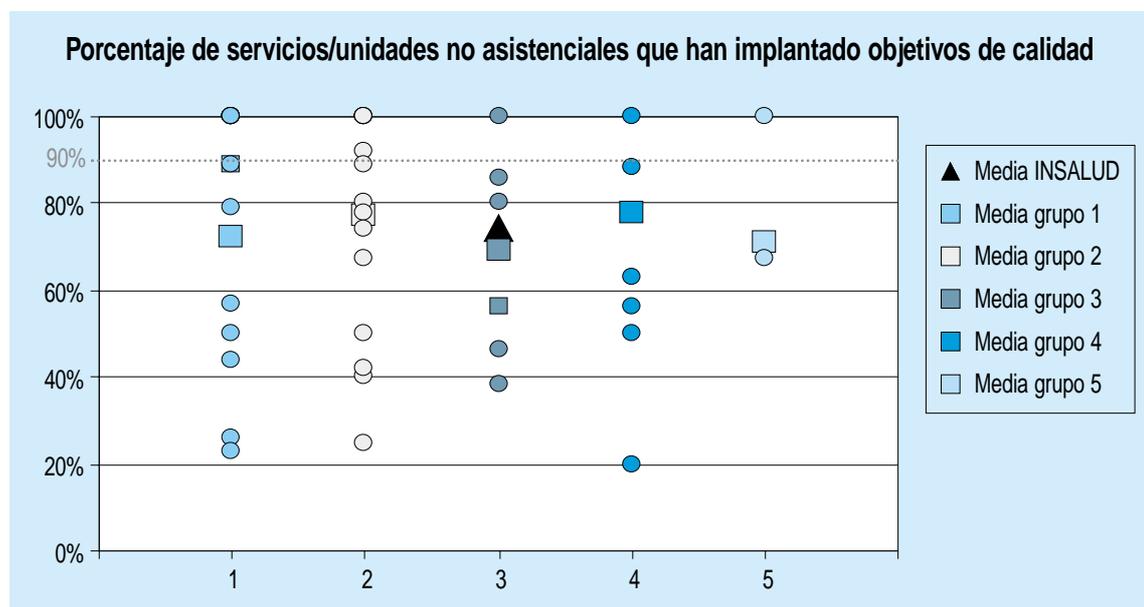


Indicador 5.2. Porcentaje de Servicios/Unidades no asistenciales que han implantado objetivos de calidad.

Evaluaron este objetivo 66 hospitales (81%). Para el total del INSALUD pactaron objetivos de calidad un 74% de los servicios no asistenciales. Los servicios que con mayor frecuencia tenían objetivos de calidad fueron: Admisión, Contabilidad, Informática, Suministros, Gestión Económica y Personal. Algunos de los objetivos pactados fueron:

- Reducción de días de pago a proveedores.
- Grado de satisfacción en la libre elección de menú.
- Crear Plan de acogida al nuevo celador.
- Manual de funcionamiento de la Unidad de Gestión económica.
- Seguimiento personalizado de las necesidades de Lencería.
- Disminuir "ropa perdida".
- Programa de citas a través de la página web.
- Formación a personal de programas informáticos.

Porcentaje de servicios / unidades no asistenciales que han implantado objetivos de calidad				
Grupo	Nº Hospitales que evalúan	Resultado	Mínimo	Máximo
I	22	72%	23%	100%
II	25	77%	25%	100%
III	7	69%	39%	100%
IV	10	78%	20%	100%
V	2	71%	67%	100%
INSALUD	66 (81%)	74%	20%	100%



Existe gran variabilidad entre hospitales, y la oportunidad de mejora es continuar integrando los servicios no asistenciales (como integrantes de los procesos de atención a los pacientes) en el Plan de Calidad del Hospital.

Hospitales en el nivel de la excelencia (Indicador 5.2)	
Virgen del Castillo. Yecla	Miguel Servet. Zaragoza
Virgen de la Torre	Medina del Campo. Valladolid
Virgen de la Luz. Cuenca	General Río Carrión. Palencia
Universitario de Getafe	General de Guadalajara
Son Dureta. Palma de Mallorca	Fundación H. de Manacor
Severo Ochoa. Leganés	Fundación H de Alcorcón
Santos Reyes. Aranda de Duero	Del Bierzo. Ponferrada
Santa M ^a del Rosell. Cartagena	De San Agustín. Avilés
Santa Cristina	De la Princesa
Santa Bárbara. Puertollano	De Hellín. Albacete
San Jorge. Zaragoza	De Calatayud. Zaragoza
Ramón y Cajal	CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan
Puerta de Hierro	Ciudad de Coria. Cáceres
Obispo Polanco. Teruel	Central de la Cruz Roja
Ntra.Sra. de Sonsoles. Ávila	Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea
Niño Jesús	General San Jorge. Huesca
Morales Meseguer. Murcia	

Objetivo 6. Cumplir la normativa sobre prohibición del consumo de tabajo en los hospitales

El tabaquismo continúa siendo la primera causa de morbilidad y mortalidad evitable en nuestra sociedad¹⁵. Los costes sanitarios y sociales ocasionados por las muertes prematuras y las enfermedades atribuibles al tabaquismo son muy elevados.

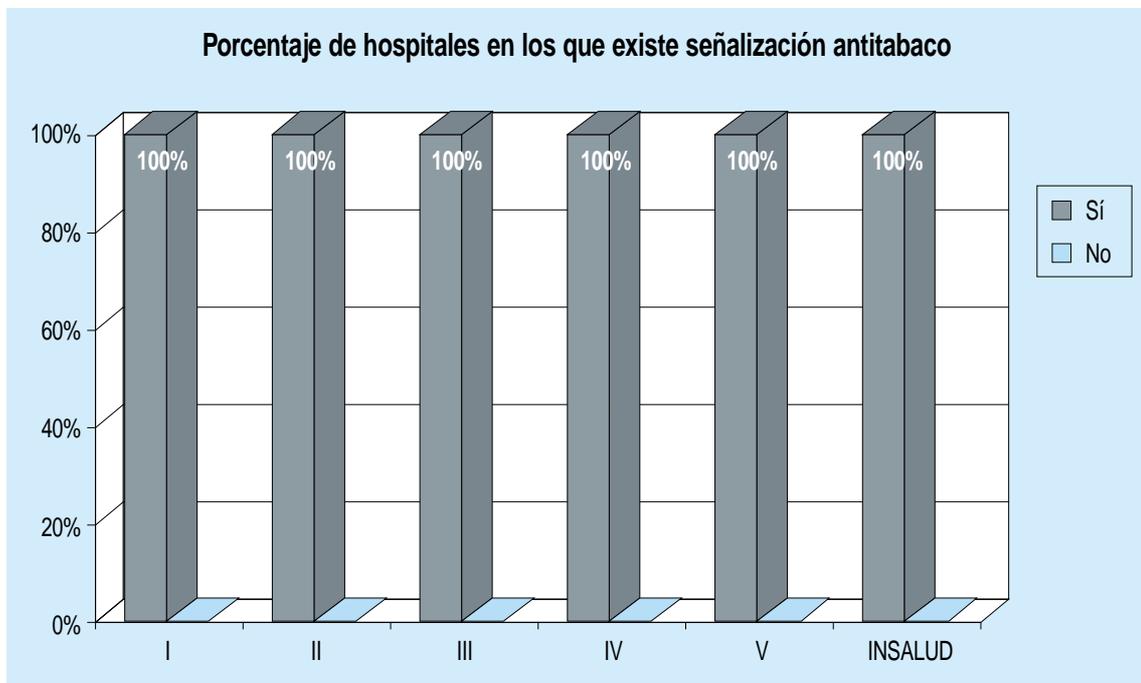
Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la importancia de su participación activa en la reducción del hábito tabáquico de la población, por las cuatro funciones que desempeñan: modélica, social, educadora y de apoyo^{16 17}.



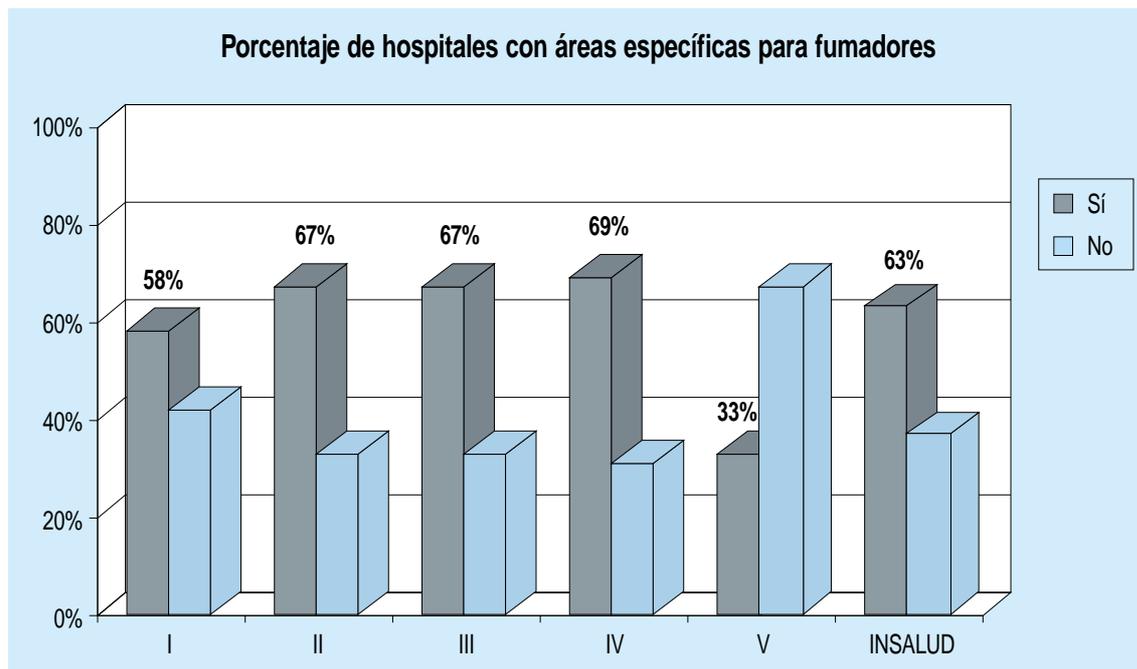
El objetivo, que se continúa contemplando en el Plan de Calidad del 2001, es mejorar la implantación en los hospitales de las medidas establecidas en el Real Decreto 192/88 sobre normas de uso del tabaco y que están basadas en la normativa de la OMS, refrendadas por los países europeos¹⁸:

- 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.
- Además, se solicita que se informe de cualquier acción complementaria en la lucha antitabaco.

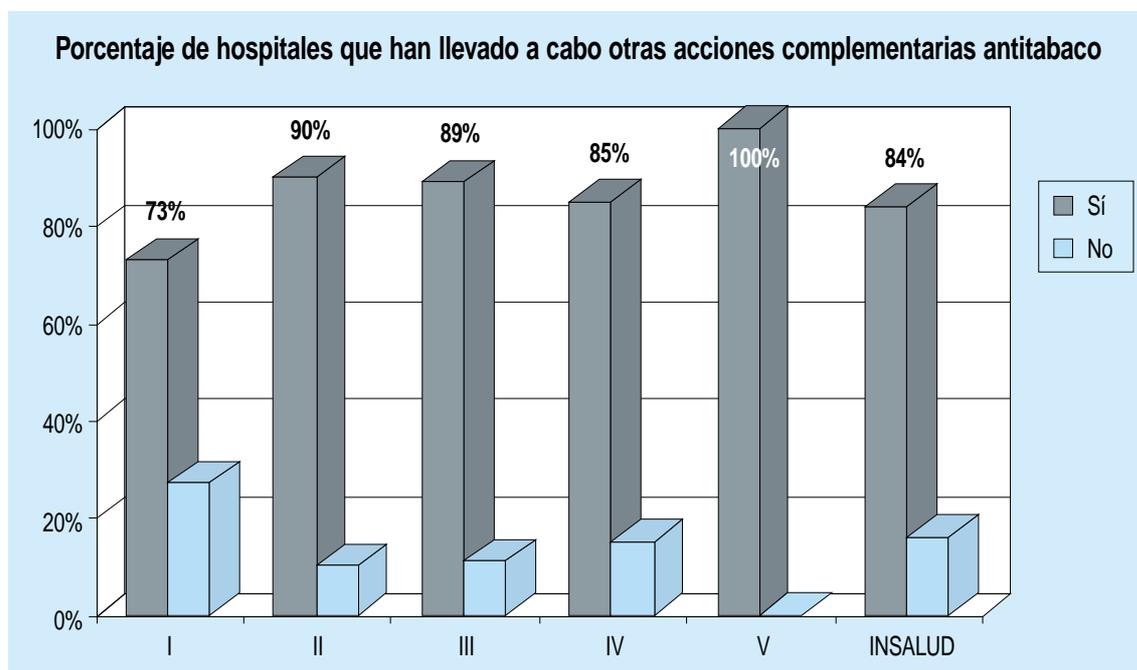
Evaluaron el objetivo los 81 hospitales (100%).



Indicador 6.2. ¿Se han habilitado áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando las de pacientes y familiares de las del personal sanitario?



Indicador 6.3. Número de acciones llevadas a cabo para la prevención del tabaquismo





Afortunadamente, una medida tan simple como la señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar parece haberse implantado de manera completa (a tenor de los resultados), cosa que no ocurrió en la evaluación del Plan del 99.

Mayores son las dificultades en la habilitación de zonas específicas y claramente diferenciadas para personal y pacientes y familiares. El promedio alcanzado es todavía ampliamente mejorable (63%).

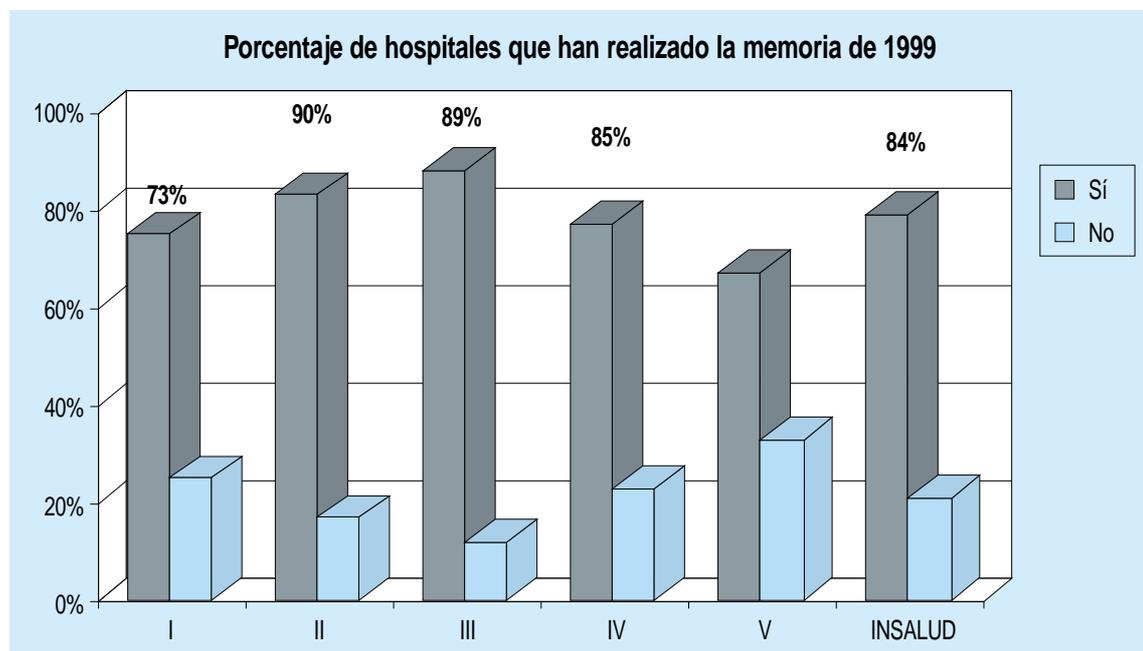
Respecto a otras acciones llevadas a cabo, el total de medidas antitabaco ha sido de 149, promedio por hospitales: 1,8.

Se implantaron 149 medidas antitabaco. De ellas, fueron coercitivas (prohibiciones, señalización áreas fumadores-no fumadores, etc.): 38 (25,5%), informativas (carteles, folletos, circulares, artículo en el periódico, etc.): 38 (25,5%), campañas antitabaco (día sin tabaco, hospital sin humos, día mundial antitabaco, etc.): 19 (12,7%), formativas (cursos, sesiones, conferencias): 16 (10,7%), consulta de deshabituación tabáquica: 12 (8%), encuestas en personal sanitario o pacientes acerca del hábito tabáquico o sobre los lugares donde se fuma: 8 (5,3%) y otras (grupos de trabajo, comités, etc.): 17 (11,4%).

Objetivo 7. Realizar la Memoria del Plan de Calidad del Hospital

Indicador 7.1. ¿El hospital ha realizado la memoria de 1999?

El objetivo ha sido evaluado por 77 hospitales (95%), distribuyéndose según grupos de la manera siguiente: Grupo I (24 hospitales lo evaluaron), Grupo II (29), Grupo III (8), Grupo IV (13), y Grupo V (3 hospitales).



Es deseable que el trabajo desarrollado en el hospital en el ámbito de la calidad, quede reflejado y documentado en una memoria, que debe incluir tanto los aspectos específicos priorizados por el hospital en función de su propia especificidad, como la parte correspondiente al plan general, común a todo el hospital.

El resultado alcanzado aparece como claramente mejorable en un futuro, y por ello se mantiene el objetivo para el año 2001.

IV. Monitorización de indicadores



IV. Monitorización de indicadores

La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad^{19, 20}. Esta actividad tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir^{21 22 23}. 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^{24 25 26 27}, el "Maryland Hospital Association Quality Indicator Project"²⁸, o el "University Hospital Consortium"²⁹.

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 asistencial³⁰.

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 calidad³¹.

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 Tukey). 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

Se recogen los resultados de algunos de los indicadores creados a partir de los datos recogidos en el CMBD.

Indicador 1.1. Mortalidad potencialmente evitable y mortalidad neonatal.

1.1.1. 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 es necesario refinarla y matizarla, dado que la comparación cruda proporciona una información no demasiado trascendente.

A partir de los trabajos de Rutstein, Charlton y Holland, comenzó a manejarse el concepto de "Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable" ^{32 33 34 35}, más conocida por MIPSE. 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.

Se continuó en el plan de calidad del 2000 (como en años anteriores) solicitando la medición de 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.

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

Se produjeron 10 casos, sobre un total de 4.356 altas (0,23%). Los datos por grupos de hospitales se muestran en la siguiente tabla:

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	2	597	5% (1)
II	4	1.563	2,3% (1)
III	3	757	1,1% (1)
IV	1	1.439	1,1% (1)
V	0	0	--
INSALUD	10	4.356	

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

No ha habido ningún hospital con más de un caso. Da la impresión que ha mejorado notablemente el proceso de codificación.

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

Hubo 7 casos, sobre un total de 12.930 altas (0,05%). Los datos por grupos de fueron:

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	2	1.581	3,5% (1)
II	2	4.781	1,1% (1)
III	1	2.512	0,3% (1)
IV	2	4.056	0,3% (1)
V	0	0	--
INSALUD	7	12.930	

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

El número máximo por hospital no ha superado un caso.

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

Ocurrieron 13 casos, sobre un total de 15.772 altas (0,08%). Los datos por grupos de fueron:

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	4	3.769	7,3% (3)
II	2	5.992	1% (1)
III	2	2.475	0,6% (1)
IV	5	3.536	0,8% (2)
V	0	0	--
INSALUD	13	15.772	

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



El hospital con mayor número de casos tuvo 3 casos; concretamente del grupo 1.

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

Se produjeron 25 casos, sobre un total de 8.575 altas (0,18%). Los datos por grupos de hospitales se muestran en la siguiente tabla:

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	3	1.317	5,3% (2)
II	6	3.170	2,1% (1)
III	3	1.525	0,8% (2)
IV	4	2.563	0,8% (2)
V	0	0	
INSALUD	16	8.575	

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

El hospital con mayor número de casos tuvo 2 casos.

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

Hubo 75 casos, sobre un total de 128.475 altas (0,06 %). Los datos por grupos de hospitales fueron:

Grupo	Casos	Altas	Máximo (*)
I	63	19.569	3,3% (58)
II	6	43.058	0,5% (4)
III	2	21.244	0,05% (1)
IV	4	44.604	0,05% (1)
V	0	0	
INSALUD	75	128.475	

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

El hospital con mayor número de casos tuvo 58 casos. Puede que exista error en la codificación, o que se trate de bolsas de población inmigrante, que acceden abruptamente a los servicios sanitarios con mal control de sus embarazos.

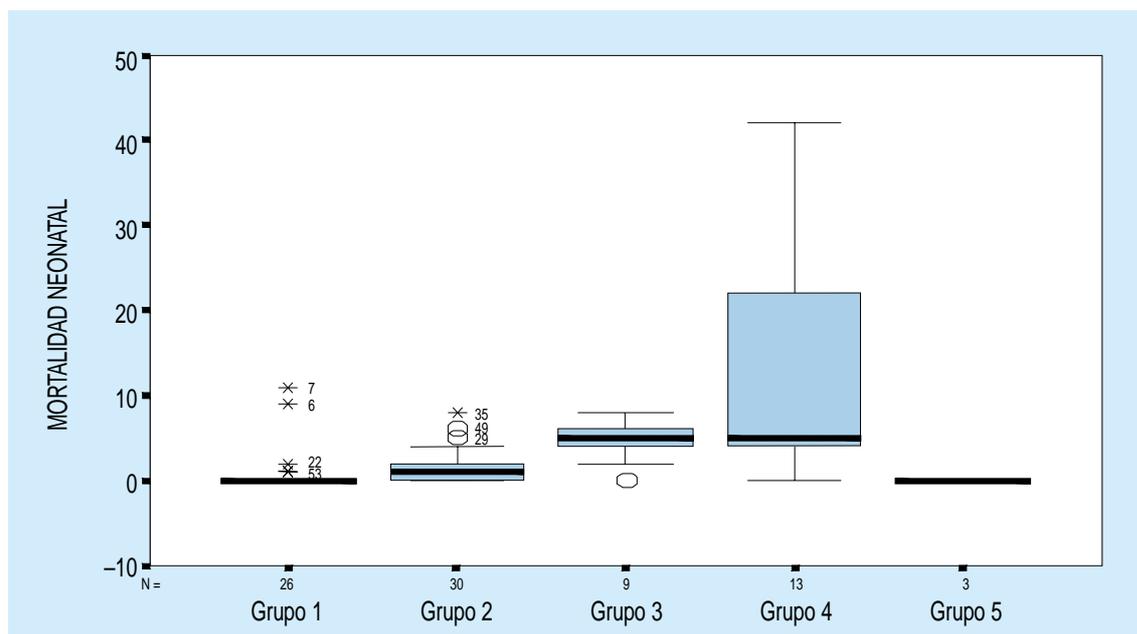
1.1.2. Mortalidad neonatal

Hubo 277 casos, sobre un total de 22.184 altas (1,2%). 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	24	3.119	2,6% (9)
II	47	8.107	2,7% (4)
III	41	3.809	2,1% (8)
IV	165	7.149	5,7% (4)
V	0	0	
INSALUD	277	22.184	

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

El hospital con mayor número de casos tuvo 9, en el grupo 1.



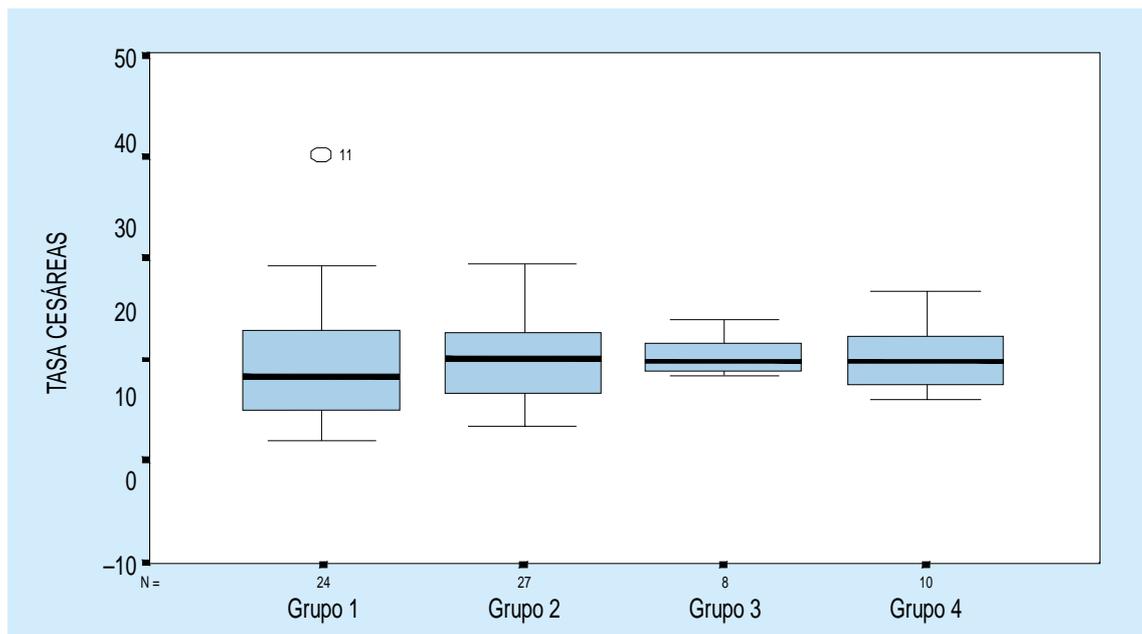


1.2. Otros indicadores

1.2.1. 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 99	Media 2000	Mínimo 2000	Máximo 2000
I	18,6%	19,3%	12%	40,1%
II	19,6%	20,2%	13,4%	29,2%
III	20,0%	20,2%	18,5%	23,7%
IV	18,9%	19,7%	16,2%	26,7%
INSALUD	19,2%	19,9%	12%	40,1%



1.2.2. Altas y estancias potencialmente ambulatorias

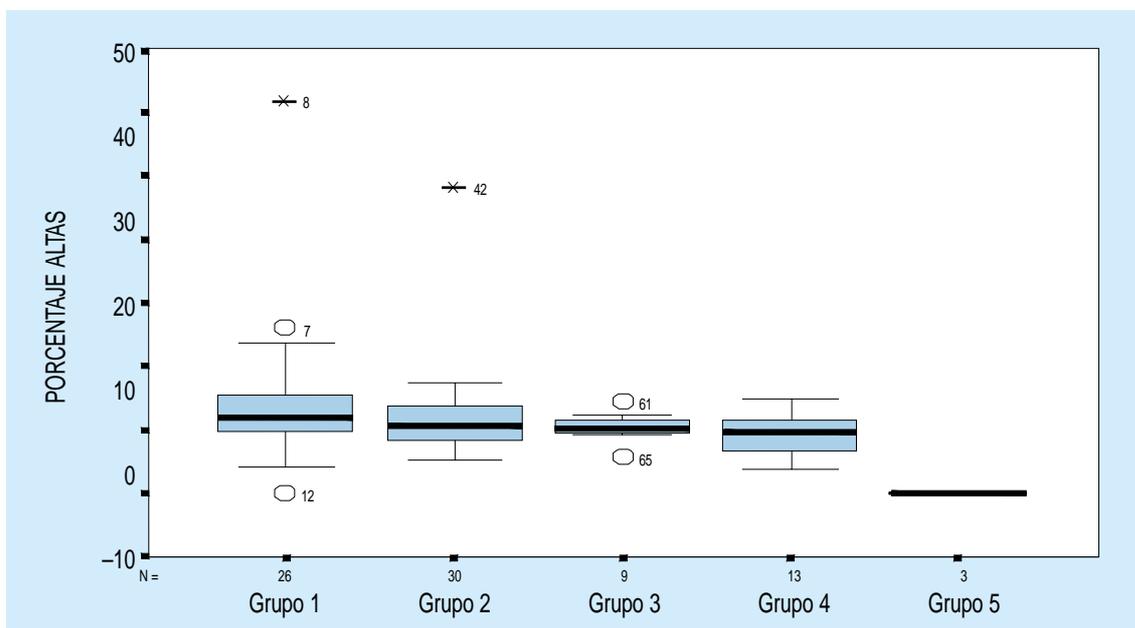
El interés en incorporar al sistema sanitario el tratamiento ambulatorio de ciertas patologías de mediana complejidad, que habitualmente eran ingresadas, se debe a los efectos beneficiosos de estos tratamientos³⁶:

- 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.

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 resultados³⁷.

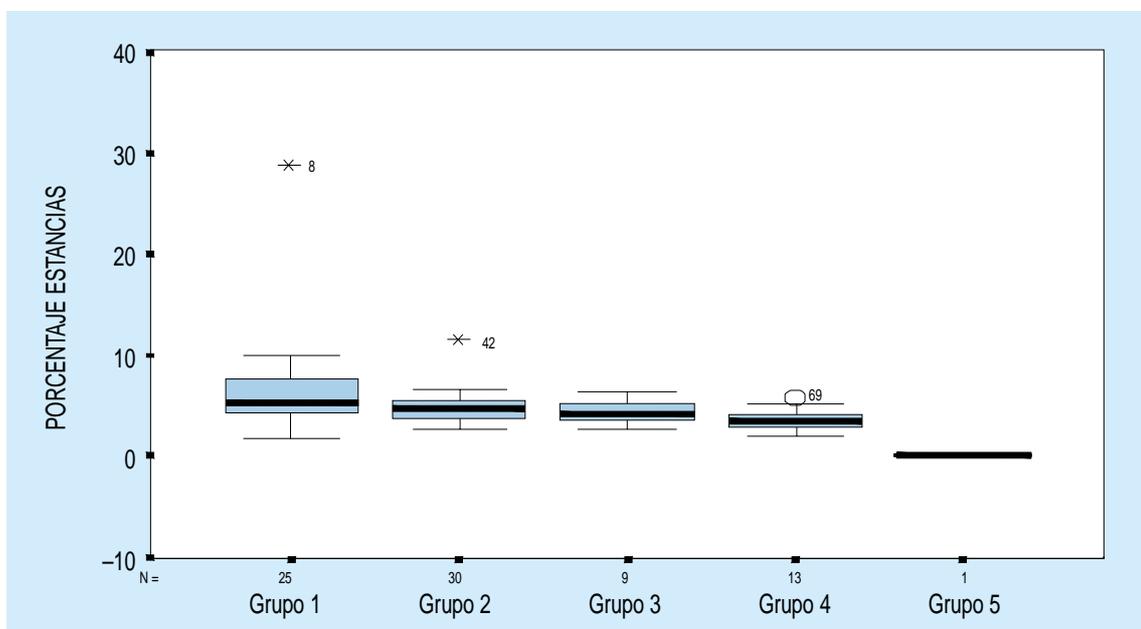
El indicador presentado en esta memoria es el número de altas y estancias generadas por los pacientes hospitalizados (totales y en el grupo de edad de mayores de 65 años), correspondientes a los GDR definidos como potencialmente ambulatorios en el CG de 1998, dividido por el total de altas y estancias.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

Altas potencialmente ambulatorias				
Grupo	Media 99	Media 2000	Mínimo 2000	Máximo 2000
I	15,1%	14,7%	4,4%	62%
II	12,9%	11,3%	5,4%	48,3%
III	10,6%	10,3%	5,5%	14,2%
IV	10,0%	8,8%	3,9%	14,8%
INSALUD	12,9%	10,6%	3,9%	62%





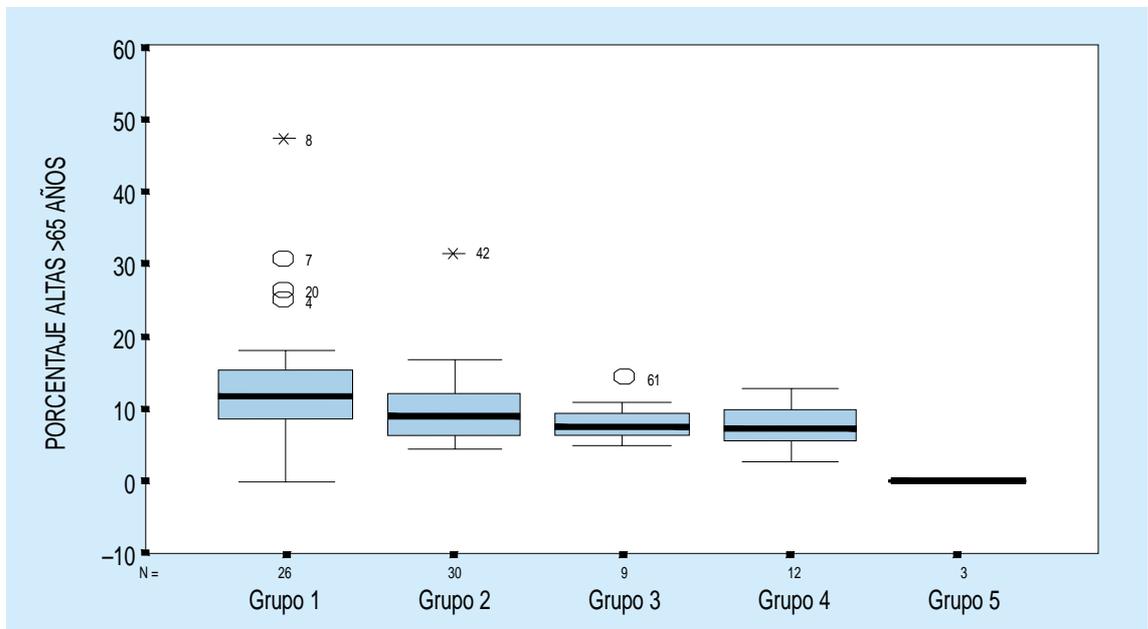
Estancias potencialmente ambulatorias				
Grupo	Media 99	Media 2000	Mínimo 2000	Máximo 2000
I	6,8%	5,7%	1,8%	28,7%
II	5,2%	4,6%	2,8%	11,4%
III	4,6%	4,4%	2,7%	6,3%
IV	3,8%	3,3%	2%	5,7%
INSALUD	5,4%	4,1%	1,8%	28,7%



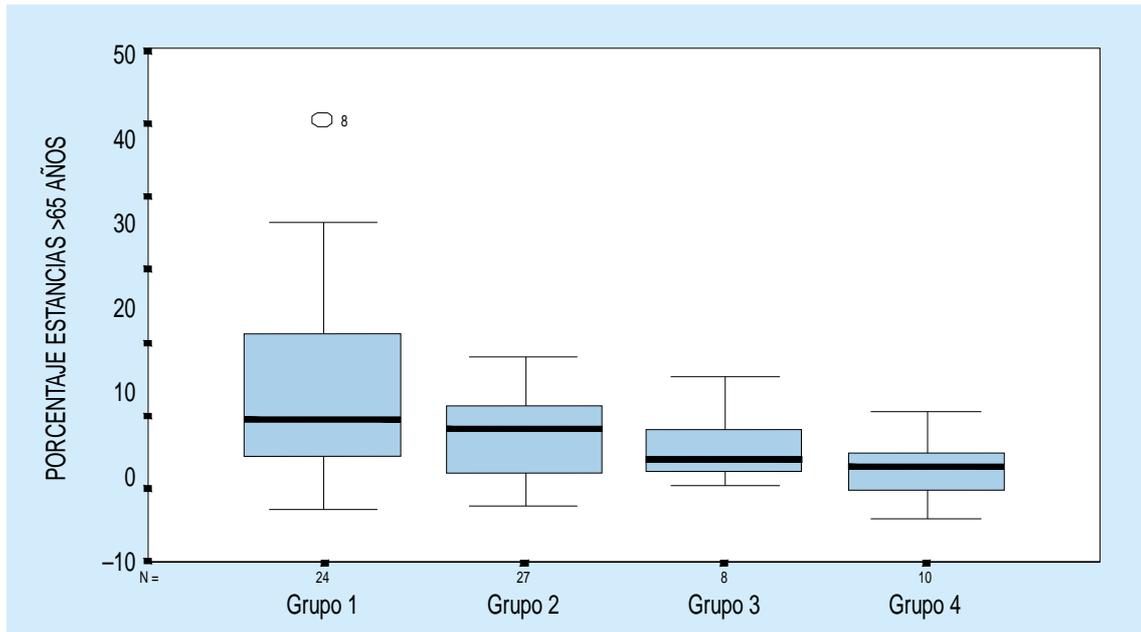
Vuelve a repetirse el descenso (ya registrado el año 99) tanto en las altas como en las estancias con respecto a los datos del año anterior. Se ha pasado del 12,9% al 10,6% en el número de altas potencialmente ambulatorias y del 5,4% al 4,1% en las estancias. Se marca por tanto una tendencia claramente favorable e este indicador, que es importante consolidar en años venideros.

El descenso ha sido bastante homogéneo en todos los grupos de hospitales.

Altas potencialmente ambulatorias (mayores 65 años)				
Grupo	Media 99	Media 2000	Mínimo 2000	Máximo 2000
I	14,4%	13,6%	5%	47,23%
II	10,9%	9,8%	4,4%	31,2%
III	8,5%	8,2%	4,9%	14,3%
IV	7,8%	7,7%	2,7%	12,8%
INSALUD	11,3%	9,2%	2,7%	47,2%



Estancias potencialmente ambulatorias (mayores 65 años)				
Grupo	Media 99	Media 2000	Mínimo 2000	Máximo 2000
I	4,8%	4,1%	1,4%	12,1%
II	3,8%	3,4%	1,6%	5,6%
III	3,4%	3,2%	2,1%	5%
IV	2,7%	2,6%	1,2%	4%
INSALUD	3,9%	3,1%	1,2%	12,1%



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

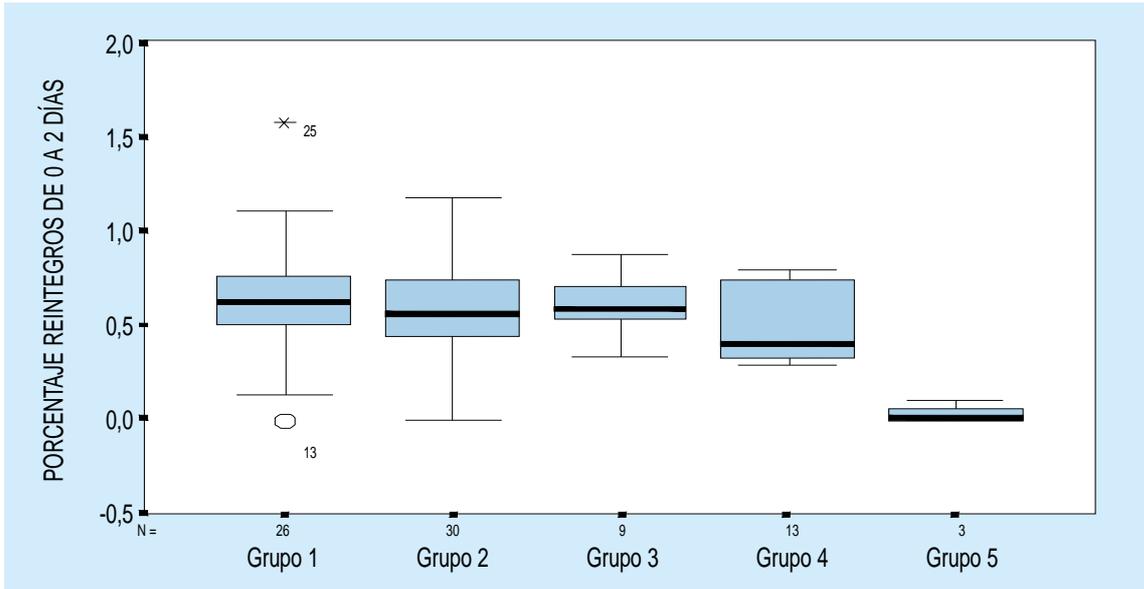
- Que el tipo de ingreso del episodio de reingreso sea urgente.
- Que la Categoría Diagnóstica Mayor del reingreso sea igual a la del episodio previo.

1.3. 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:

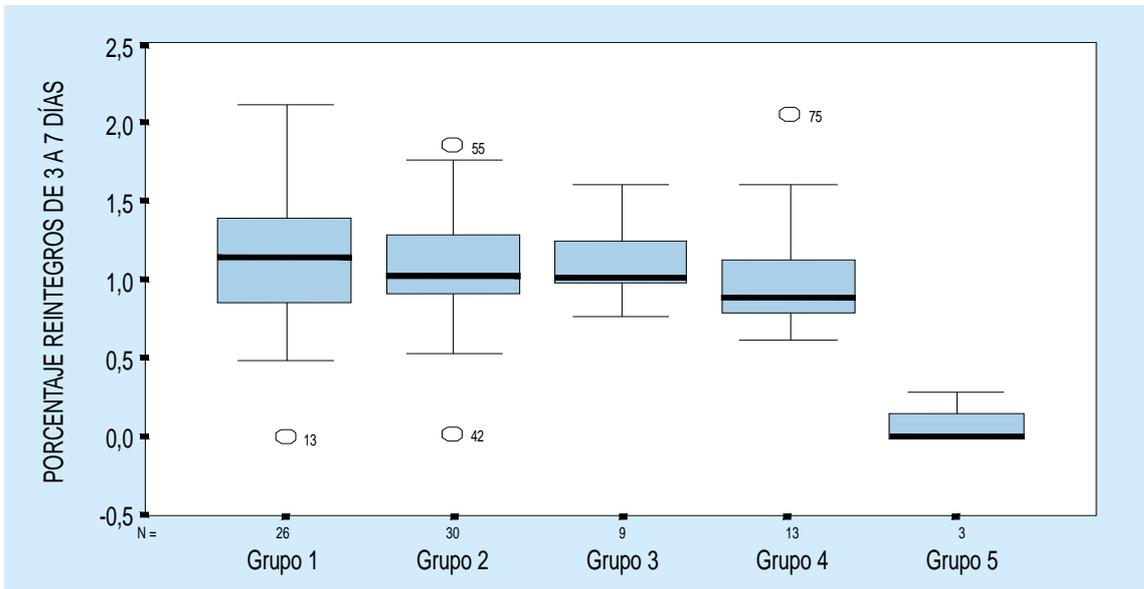
Los reingresos con estas características se cuantifican en tres periodos de tiempo, de 0 a 2 días, de 3 a 7 días, y de 8 a 30 días. El promedio de la tasa de reingresos global, para el año 2000 en el INSALUD ha sido del 4,02%.

a) Reingresos de 0 a 2 días				
Grupo	Media 99	Media 2000	Mínimo 2000	Máximo 2000
I	0,61%	0,63%	0 %	1,56%
II	0,55%	0,59%	0 %	4,17%
III	0,60%	0,60%	0,33%	0,87%
IV	0,50%	0,49%	0,29%	0,79%
V	0,02%	@ 0%	0 %	0,09%
INSALUD	0,55%	0,57%	0 %	4,17%



b) Reingresos de 3 a 7 días

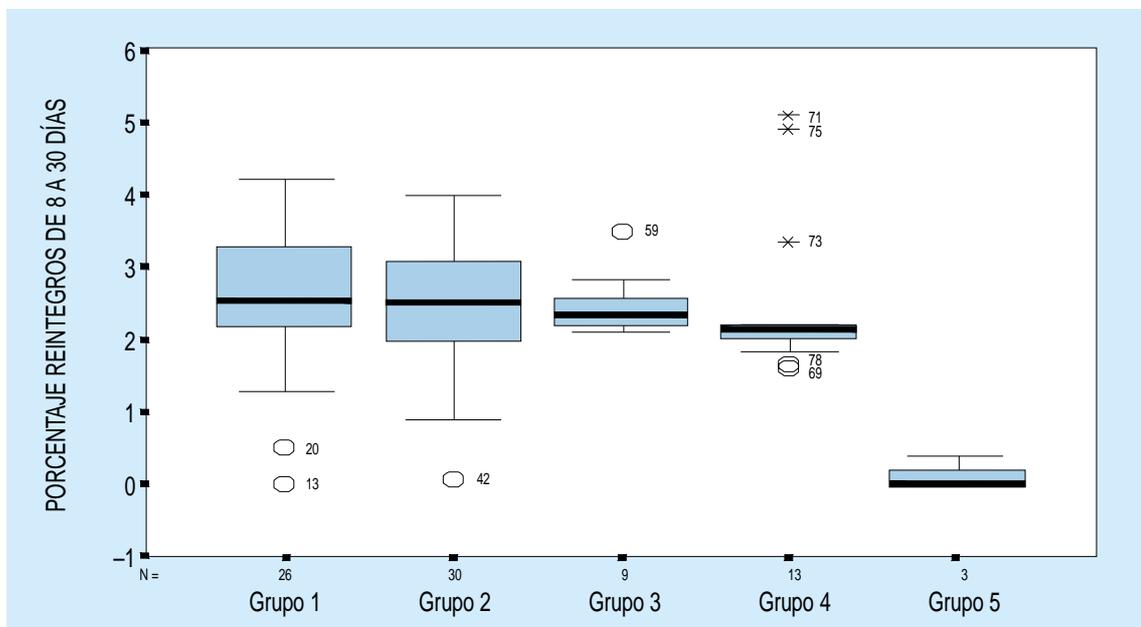
Grupo	Media 99	Media 2000	Mínimo 2000	Máximo 2000
I	1,06%	1,10%	0%	2,10%
II	1,01%	1,06%	0,01%	1,86%
III	1,02%	1,09%	0,77%	1,60%
IV	0,99%	1,04%	0,61%	2,04%
V	0,02%	@ 0 %	0%	0,27%
INSALUD	0,99%	1,04%	0%	2,10%





c) Reingresos de 8 a 30 días

Grupo	Media 99	Media 2000	Mínimo 2000	Máximo 2000
I	2,29%	2,51%	0%	4,19%
II	2,20%	2,49%	0,04%	3,97%
III	2,25%	2,45%	2,09%	3,46%
IV	2,35%	2,54%	1,58%	5,08%
V	0,29%	0,11%	0%	0,36%
INSALUD	2,19%	2,41%	0%	5,08%



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 organizativos³⁸.

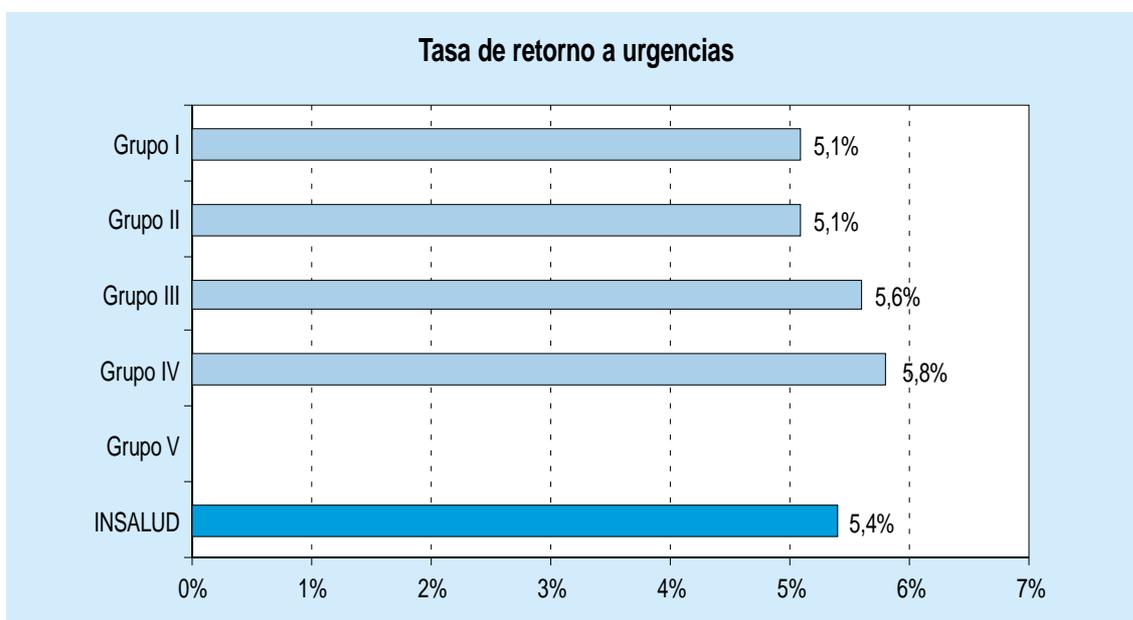
Una de las limitaciones del cálculo bruto de reingresos es que no tiene en cuenta las readmisiones programadas. Por otra parte, la readmisión puede deberse a una exacerbación de una enfermedad crónica o intercurrente, no relacionada con la asistencia recibida en el ingreso previo. Por todo ello, sólo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

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.

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

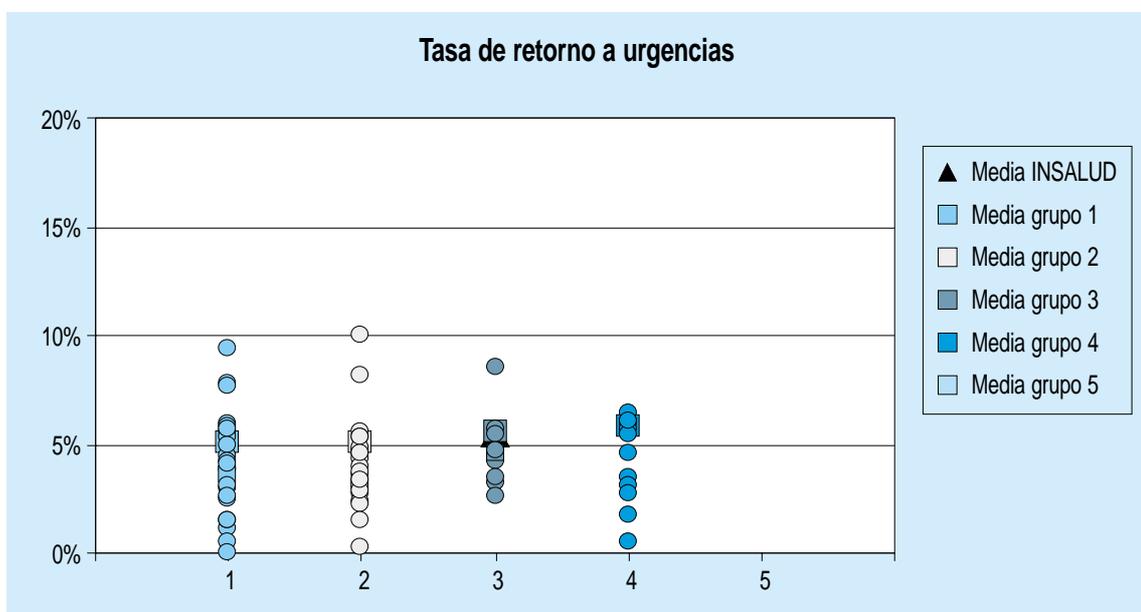
El indicador mide la proporción de pacientes que acude a un servicio de urgencias por segunda vez dentro de un plazo de 72 horas tras haber sido dados de alta. Para ello, se estudió un periodo de tiempo determinado. En el denominador del indicador, figura el número de pacientes que han acudido al servicio 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. El hospital debía realizar un análisis de las causas del retorno a urgencias y proponer acciones de mejora para las causas evitables.





Evalúan el 96% (73/76). No procede su medición en 5 hospitales.

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.



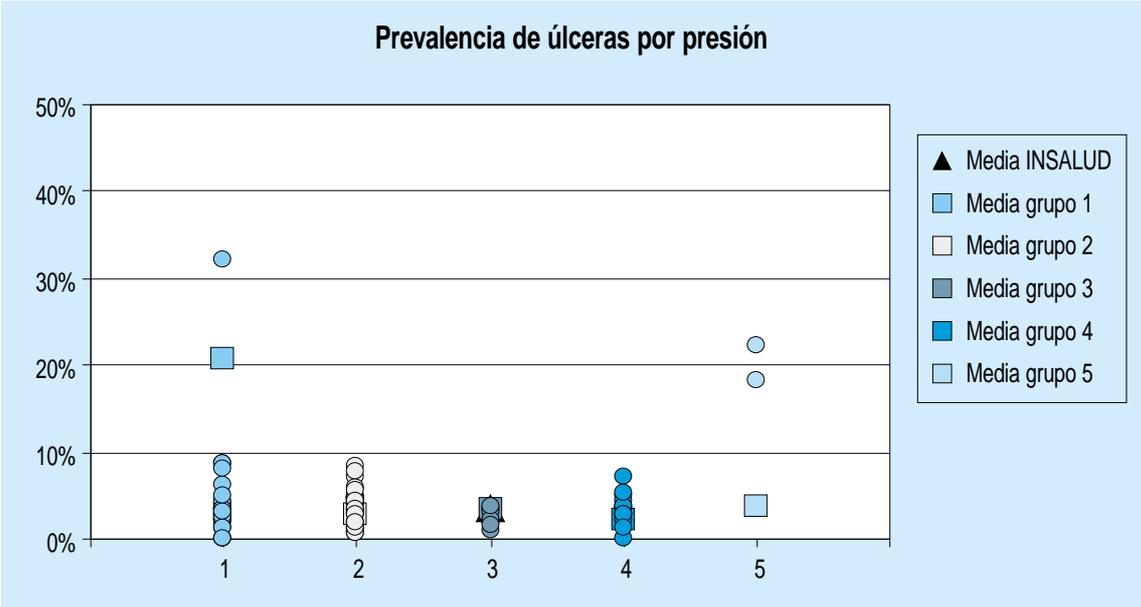
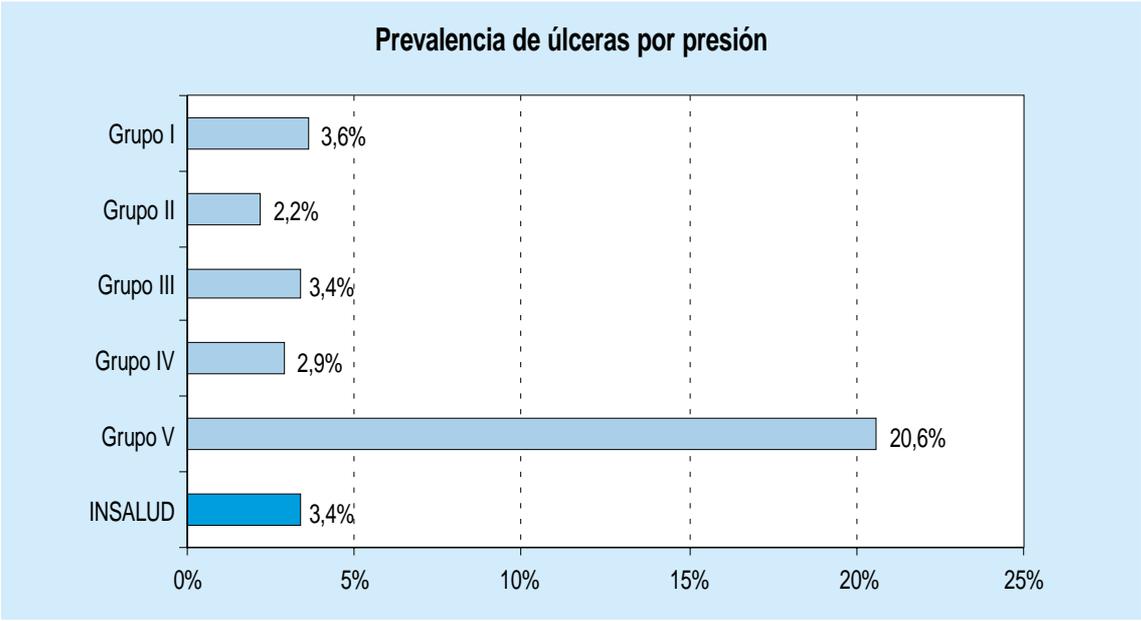
Respecto al año 99 ha aumentado levemente esta tasa, manteniéndose valores muy parecidos para todo el INSALUD y en cada grupo de hospitales.

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

El estudio EPINE¹⁰ 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.

Evalúan el 96% (78/81).



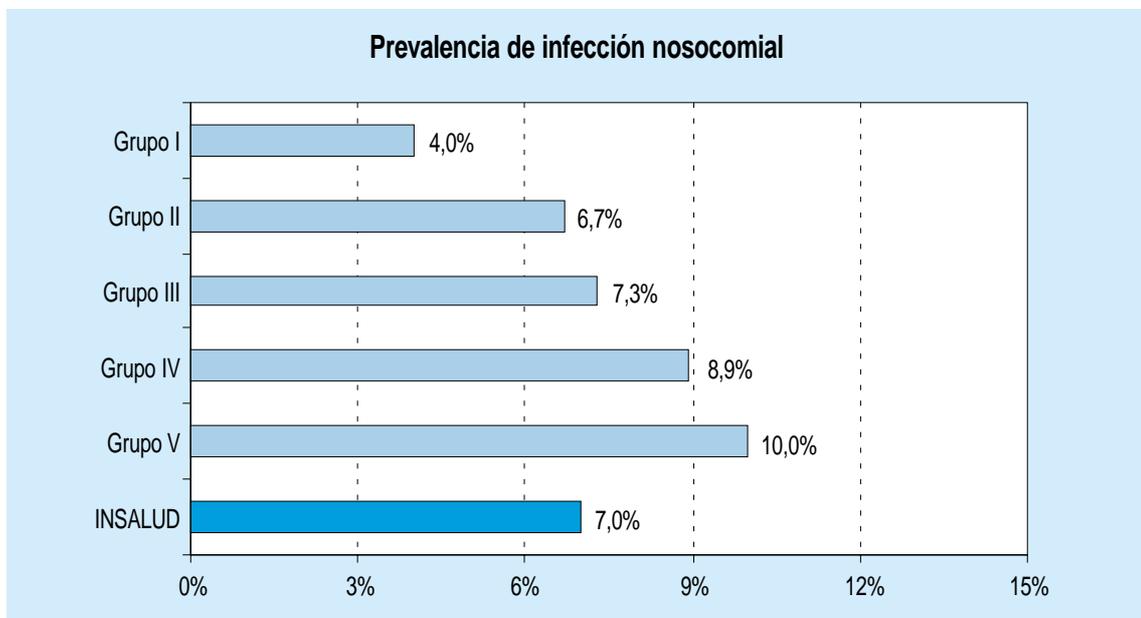
Al igual que el año 1999, y como es esperable, son los hospitales del grupo V los que presentan una prevalencia de úlcera por presión considerablemente mayor. En el resto de grupos, la prevalencia es muy similar.

Respecto del año 99 se observa un descenso en casi todas las tasas por grupos, incluyendo el V (de 23 a 20%). La global del INSA LUD descendió de un 5'3% a un 3'4%.



Indicador 2.3. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

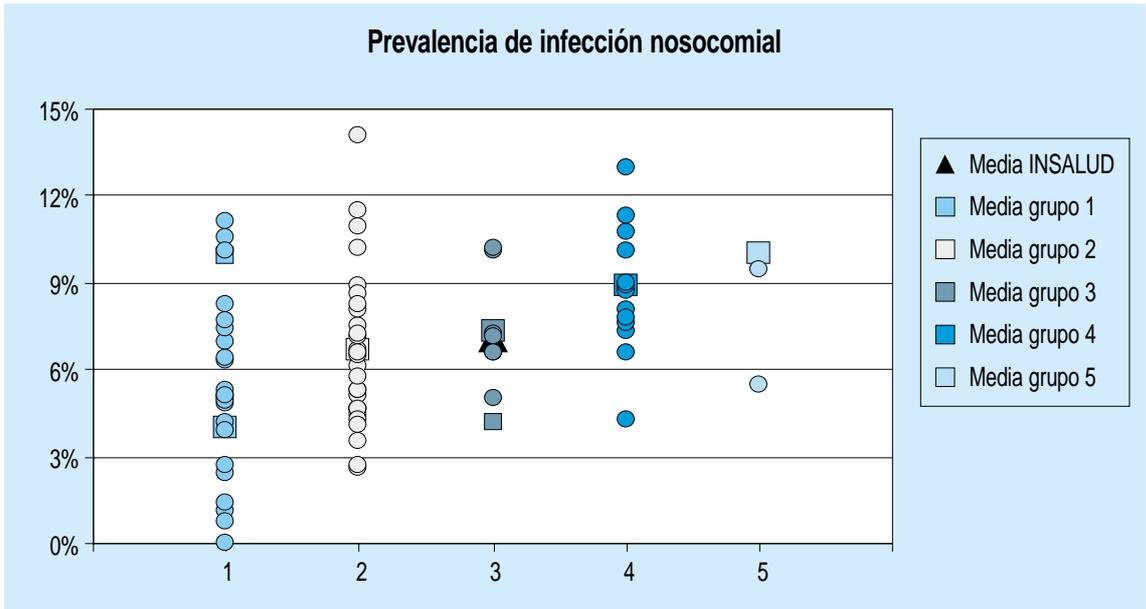
Los indicadores de infección hospitalaria son indicadores clásicos en la evaluación de la calidad asistencial. Dada la experiencia en su utilización, también son bastante fiables y comparables, especialmente los de prevalencia, ya que han sido obtenidos en casi todos los hospitales con una metodología similar (estudio EPINE¹⁰).



Evalúan el 96% (78/81).

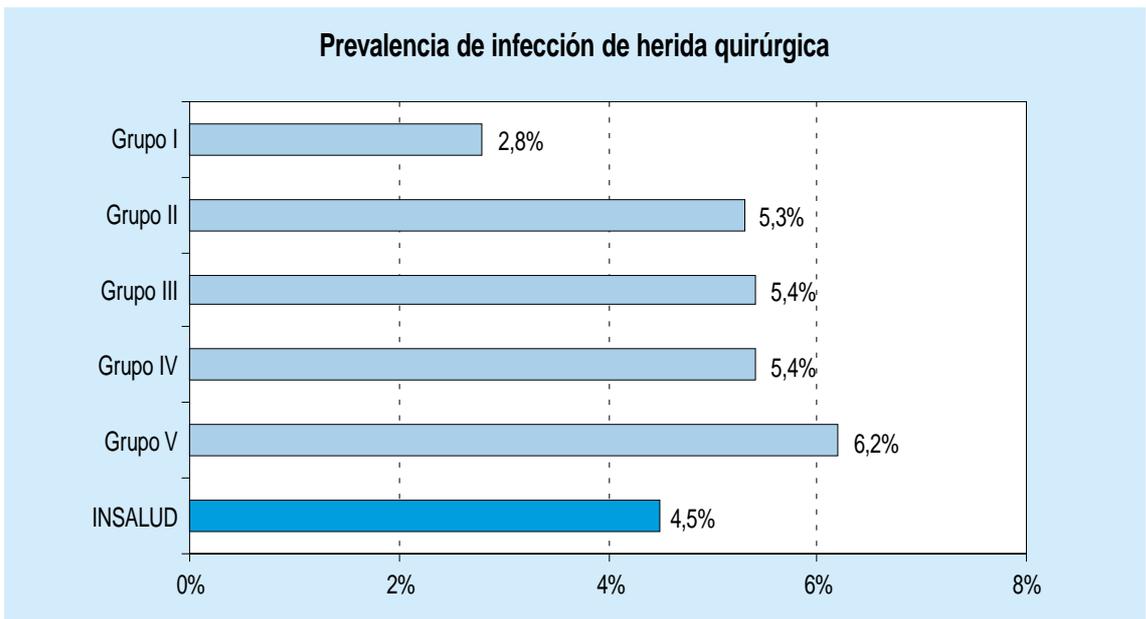
La prevalencia de la infección nosocomial en España se sitúa en el 7,9% en 1999, según el estudio EPINE. Por ello, el dato obtenido para los hospitales del INSALUD en 2000 es positivo, al situarse casi un punto porcentual por debajo de esta cifra, habiendo descendido respecto del dato del PC99 (7'5%).

Los hospitales de los grupos I, II, III y V han bajado sus tasas de prevalencia de infección nosocomial, mientras que los del grupo IV han empeorado (de 7,6% el año 99 a 8,9% el 2000).



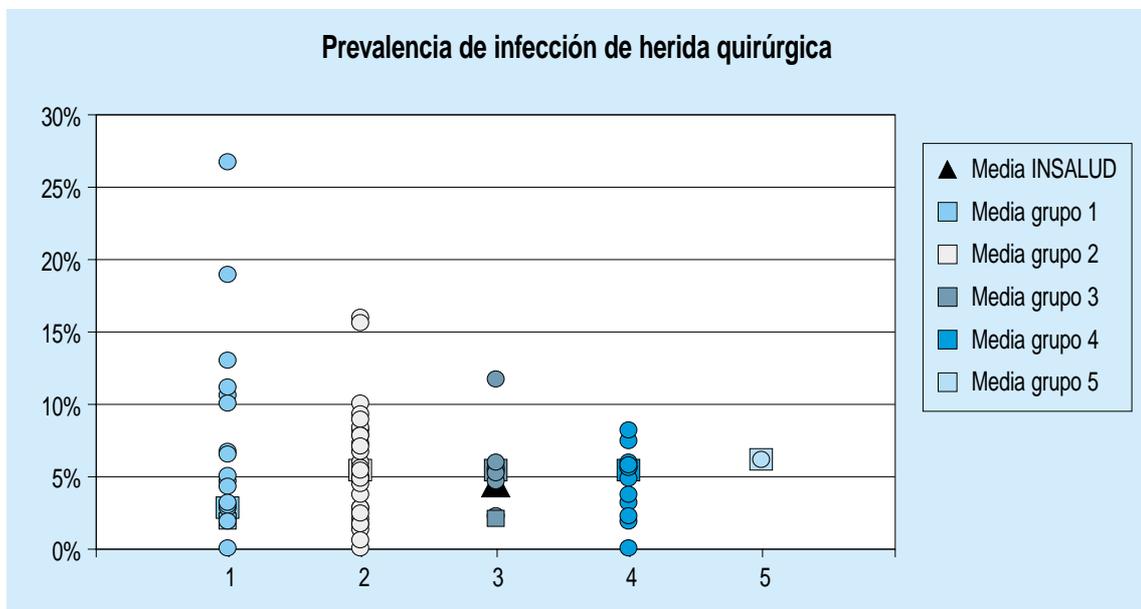
Indicador 2.4. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica

Evalúan el 96% (78/81).





La prevalencia de la infección de herida quirúrgica en España, según datos del EPINE¹⁰ de 1999, se situaba en el 4,8%. Los datos del INSALUD estaban algo por encima de esa cifra en los resultados del año 99 (5'6%), lo que parecía un repunte peligroso dados los datos de años anteriores, pero el 2000 ha descendido la tasa media hasta situarse en un 4'5%.

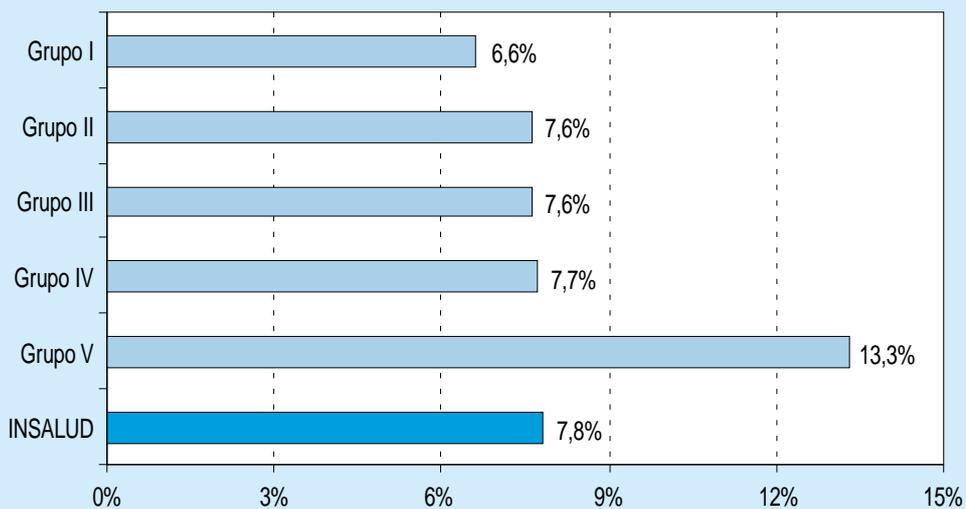


Parece haber algo menos de variabilidad en los resultados, manteniéndose sin embargo llamativamente en los hospitales del grupo I. Los hospitales que declaran tasas superiores al 10% deberían revisar la metodología del estudio, y posibles problemas de calidad.

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

Evalúan el 99% (80/81).

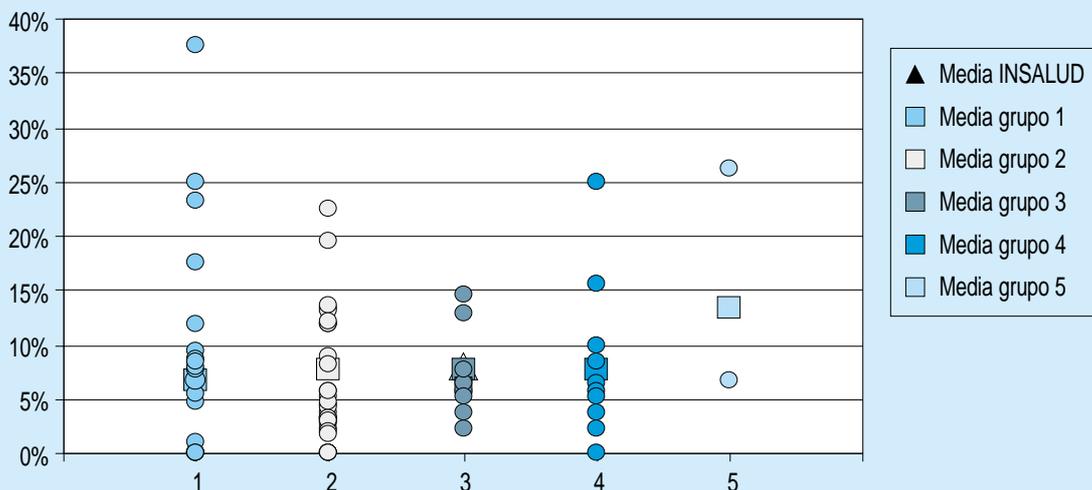
Prevalencia de infección urinaria en pacientes sondados



El resultado global del INSAUD ha ido empeorando ligeramente respecto al año 1998 (7'4%), y 1999 (7'7%). Dicho empeoramiento lo encabeza el grupo V, cuyo incremento ha sido muy grande, aunque siempre hay que tomar con cautela los datos de un grupo de hospitales compuesto por 3 centros. Por ello, es más preocupante el aumento en los grupos I, III y IV.

El grupo II, que el año 99 era uno de los mayores contribuyentes al ascenso general, ha tenido sin embargo un buen comportamiento el año 2000, siendo el único que ha descendido.

Prevalencia de infección urinaria en pacientes sondados





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

Este indicador ha sido contestado de forma diversa y heterogénea por los hospitales de la red. Algunos han dado datos globales de procedimientos sin estratificar, otros han aportado resultados estratificados por ASA y tipo de cirugía, y otros no han estratificado por ASA. Dado que el número de hospitales ha sido bajo, 58 (71%), se muestran los resultados con mayor interés, por su posibilidad de agregación, que corresponden a los datos de incidencia por tipo de cirugía, que son los más profusamente aportados.

Grupo	Nº Hospitales que han evaluado	Evaluaron sólo por tipo de cirugía	Evaluaron sólo por procedimientos	Evaluaron tipos de cirugía y procedimientos
I	14	8	3	3
II	25	11	11	3
III	7	2	2	3
IV	11	4	4	3
V	1	0	0	1
INSALUD	58 (71%)	25	20	13

De los procedimientos estudiados los más frecuentes han sido Histerectomía, Colectomía y Apendicectomía.

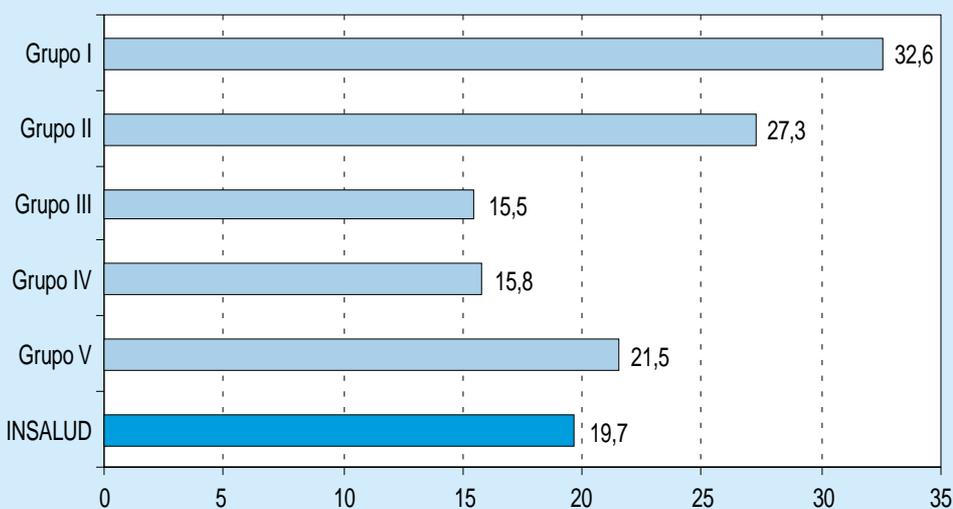
En cuanto a la incidencia según tipo de cirugía los datos globales son:

Tipo cirugía	Nº Hospitales	Resultado
Limpia	48	1,6% (225/14.239)
Limpia-Contaminada	48	4,4% (287/6.440)
Contaminada	48	15% (282/1887)
Sucia	48	7,9% (111/1420)

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

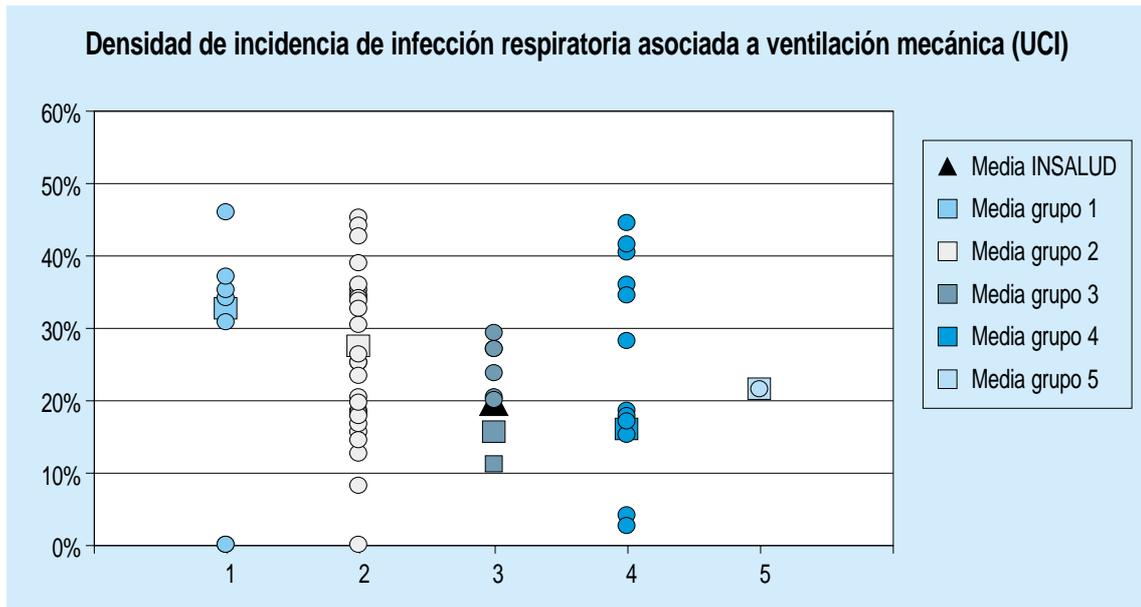
La aparición de una infección respiratoria se asocia a factores extrínsecos (la edad, la existencia de patología asociada como EPOC, etc.) y a factores intrínsecos³⁹. Entre estos últimos se encuentran fundamentalmente las instrumentaciones realizadas sobre el paciente, tales como la cirugía torácica, la nutrición parenteral o enteral, y especialmente, las instrumentaciones respiratorias.

**Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)
(casos x 1000 /pacientes*día)**



Evalúan el 99% (80/81).

Se ha producido un descenso importante respecto del año 99 (29'9), a expensas fundamentalmente de los grupos III y sobre todo el IV, que ha reducido a más de la mitad su densidad de incidencia.



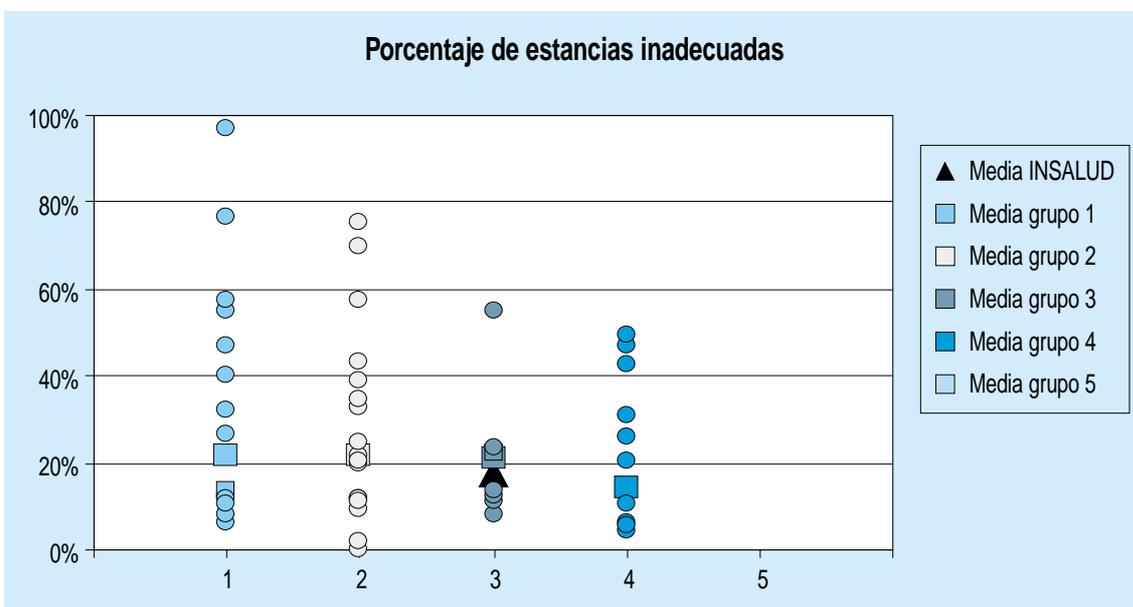
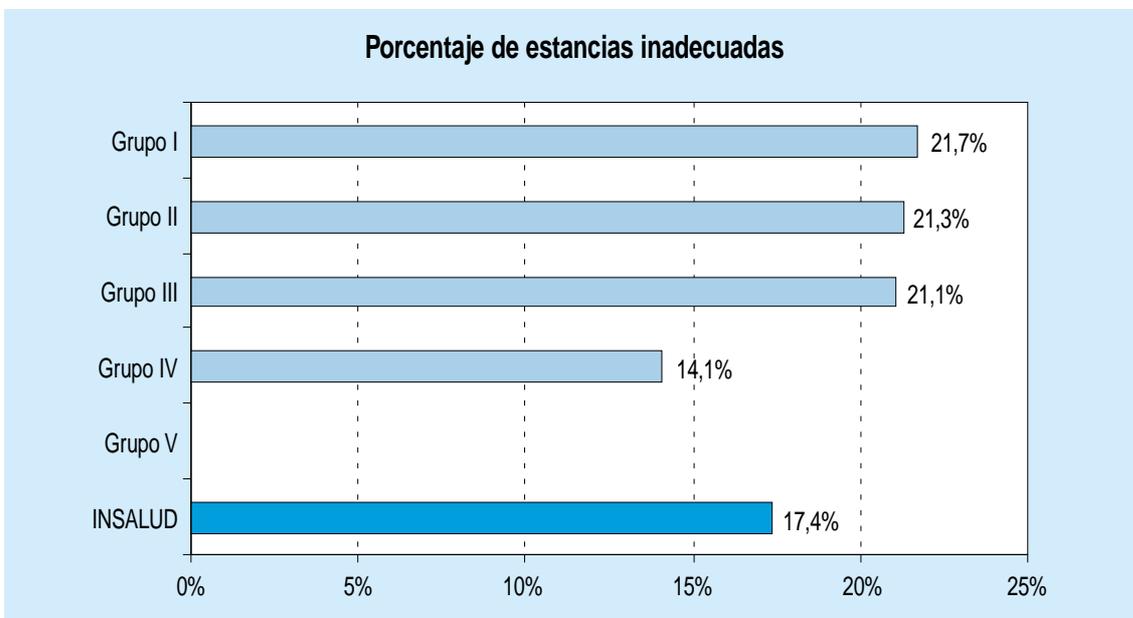
Indicador 2.8. Porcentaje de estancias no adecuadas en el GDR con estancia más desviada de la media.

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 pacientes⁴⁰.

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^{41 42 43}.

Tanto en 1998 como en 1999, 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. Afortunadamente, esta confusión se ha ido corrigiendo en el año 2000.

Evaluaron el 65% de los centros (53/81). El resultado mejoró notablemente respecto al del año anterior (24,9% de inadecuación).

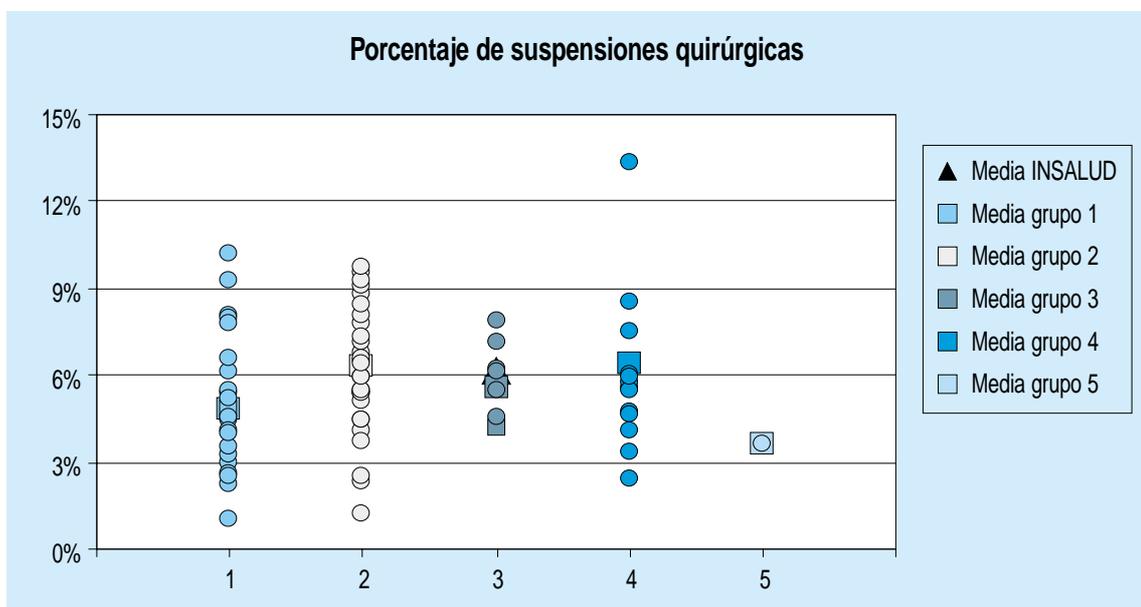
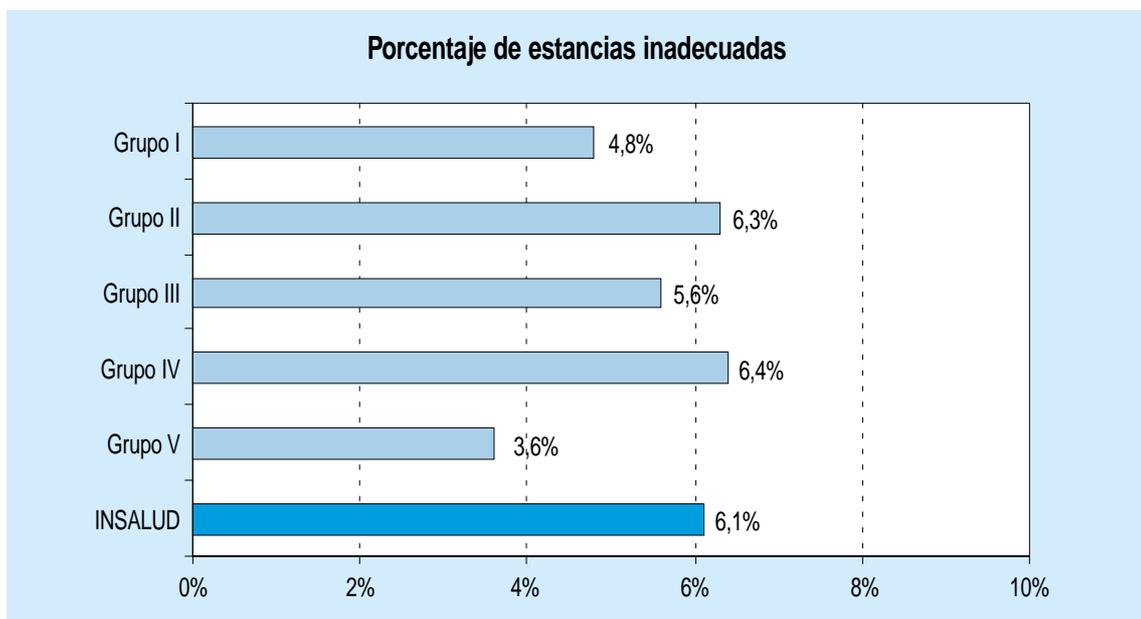




Los hospitales con tasas superiores al 50% deberían establecer medidas para reducir la inadeciación. Las tasas inferiores al 10% pueden deberse a problemas metodológicos al aplicar el AEP.

La suspensión de cirugía programada es costosa para un hospital⁴⁴. 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 familiares⁴⁵. La cancelación quirúrgica puede evitarse en gran medida, si se detectan los factores que la originan.

Indicador 2.9. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas



Cuando analizamos la causa más frecuente que ha motivado la suspensión de la cirugía programada, para los 75 hospitales que la han estudiado (94%), se obtienen en los primeros puestos las siguientes:

Causa de suspensión	Número de hospitales donde esta causa es la más frecuente
Motivo clínico (desaparece indicación, contraindicación quirúrgica, decisión médica, complicación clínica, etc.)	28
Paciente (renuncia, no se presenta, etc.)	14
Modificación de la programación en el mismo día por causa imprevista (prolongación intervenciones previas, cirugía urgente)	14
Varias o desconocidas	6
Técnica-administrativa (cambio de programación, falta de camas, falta por completar el estudio preoperatorio, problemas técnicos, averías, etc.)	1

Respecto del año 1999 se han igualado las causas debidas al paciente y las debidas a la modificación de la programación, mientras las causas administrativas-técnicas han disminuido claramente.

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	Porcentaje respecto del total de hospitales que superan la media en los que esta causa es la más frecuente
Motivo clínico (desaparece indicación, contraindicación quirúrgica, decisión médica, complicación clínica, etc.)	30,1%
Modificación de la programación en el mismo día por causa imprevista (prolongación intervenciones previas, cirugía urgente)	30,1%
Paciente (renuncia, no se presenta, etc.)	23,1%
Varias o desconocidas	15,7%

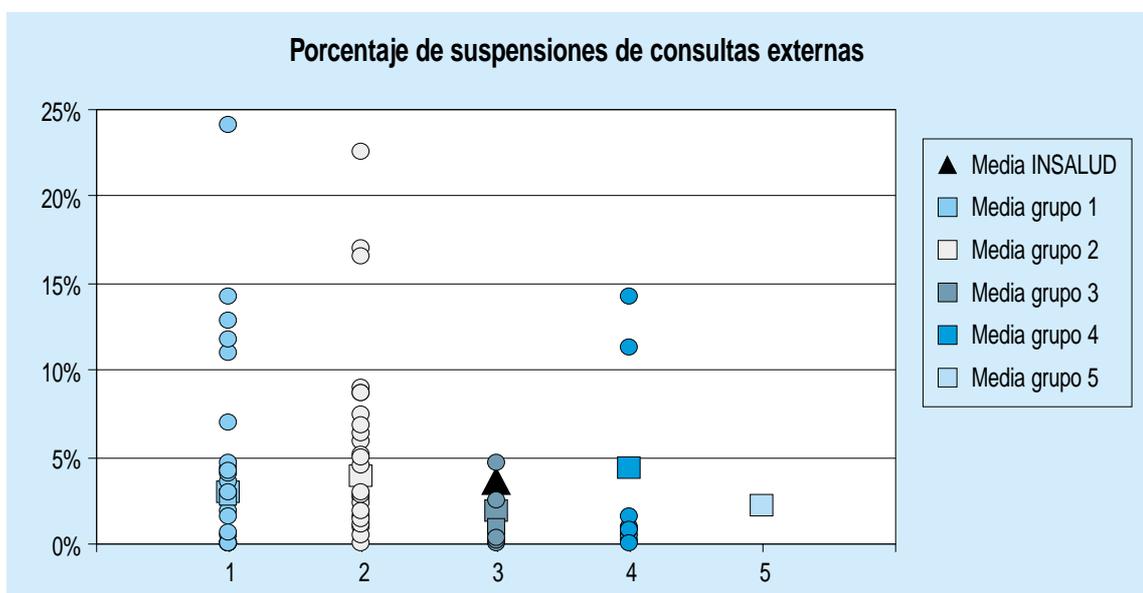
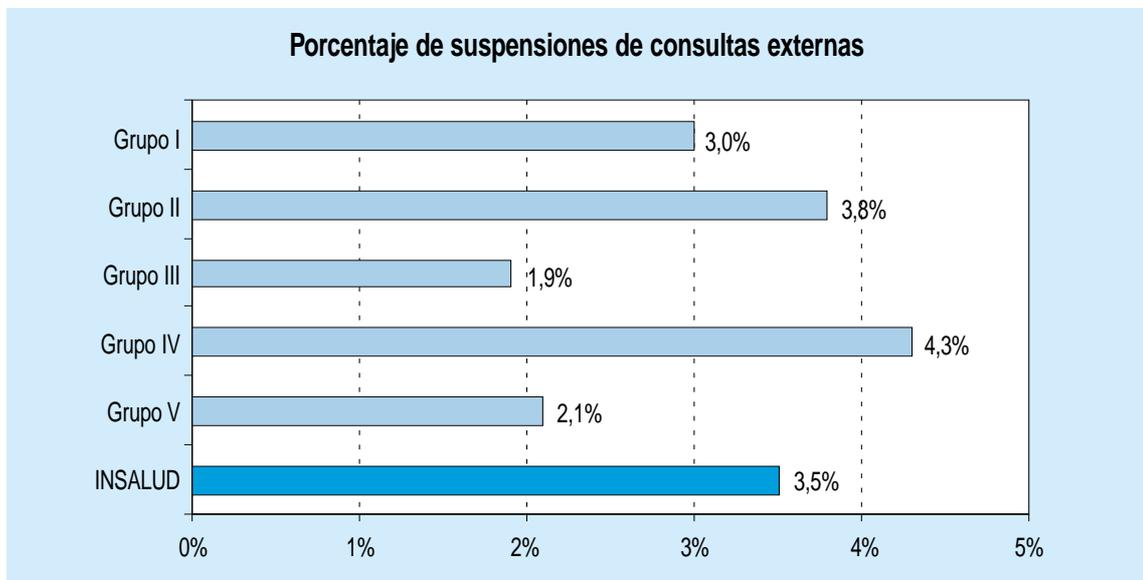


En este grupo de hospitales, que superan la media INSALUD encabezan la clasificación los motivos clínicos y la modificación de la programación.

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.

Indicador 2.10. Porcentaje de suspensiones de consultas externas.

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.



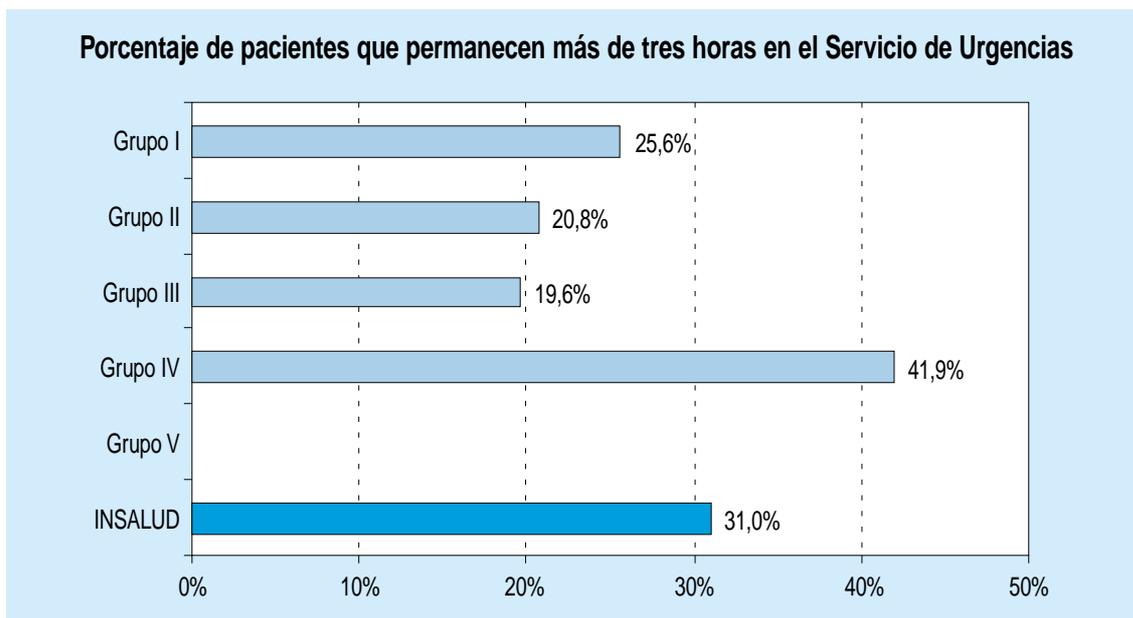
De los 72 hospitales que evalúan este indicador (89%), entre aquellos que han analizado las causas más frecuentes que originan la suspensión, observamos las siguientes:

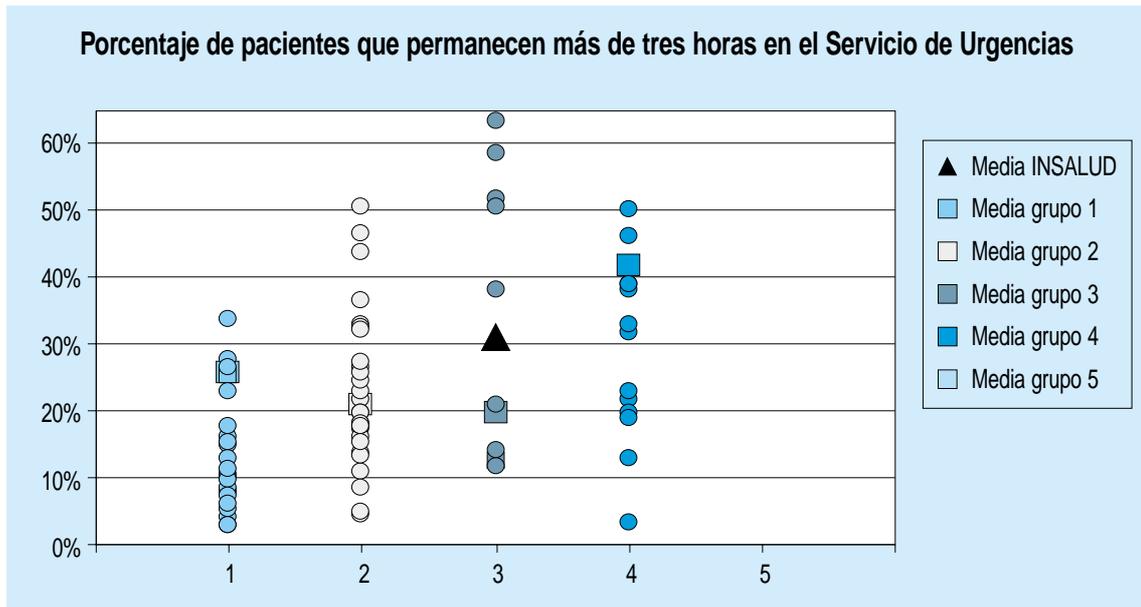
Causa de suspensión	Número de hospitales donde esta causa es la más frecuente
Originada por la institución (causadas por causas organizativas del servicio en la reorganización de sus actividades, vacaciones, congresos, libranza de guardias, o otras ausencias justificadas del facultativo)	28
Varios o desconocidas	14
Originada por el paciente (renuncia u olvido)	5

Como se ve, las originadas por la institución son las más frecuentes. Hay que tener en cuenta que engloba multitud de causas, muchas veces claramente justificadas.

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

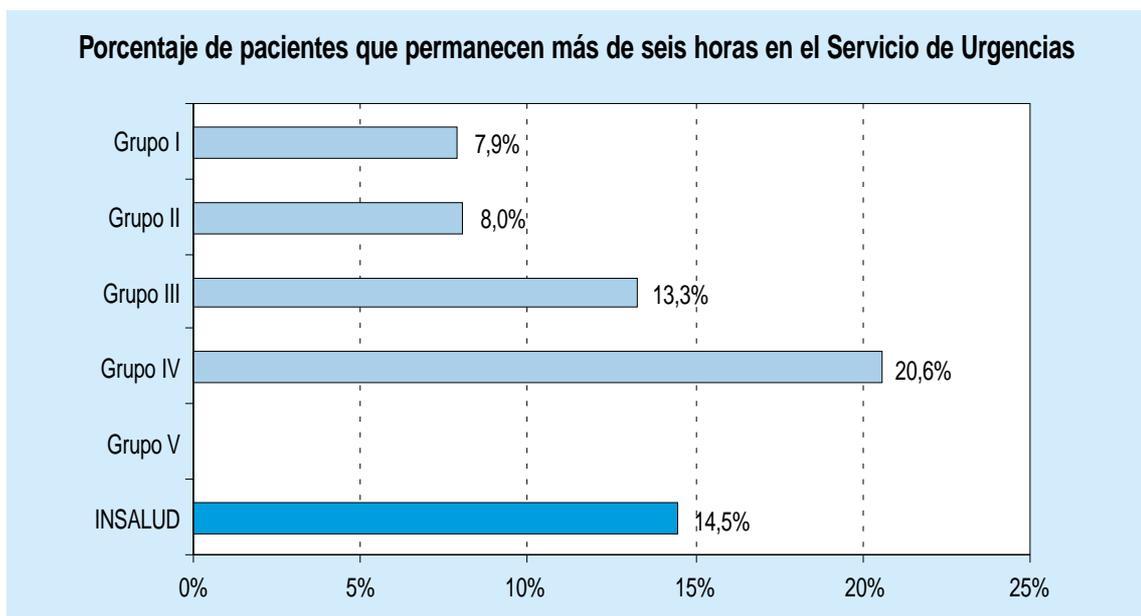
No procede en 4. Evalúan el 96% (74/77).

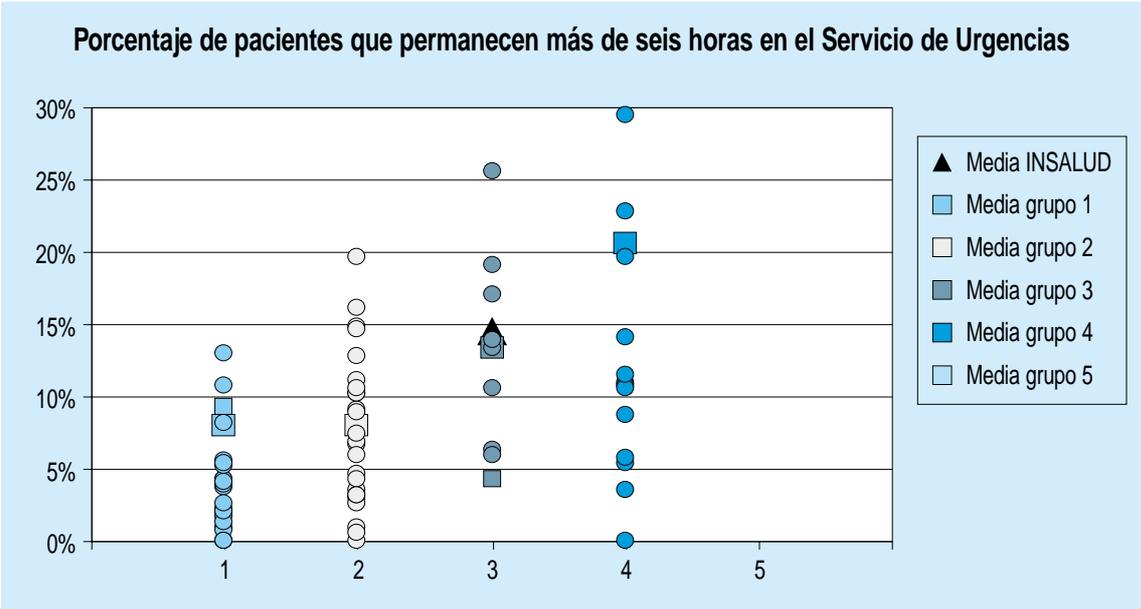




Indicador 2.11.b Porcentaje pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias

No procede en 4. Evalúan el 96% (74/77).



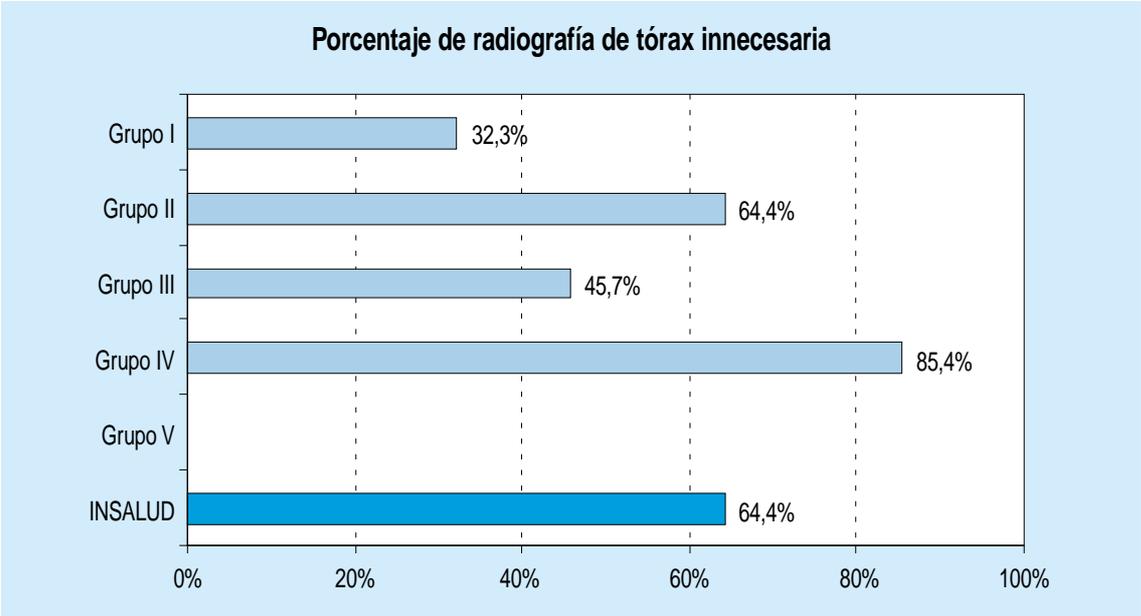


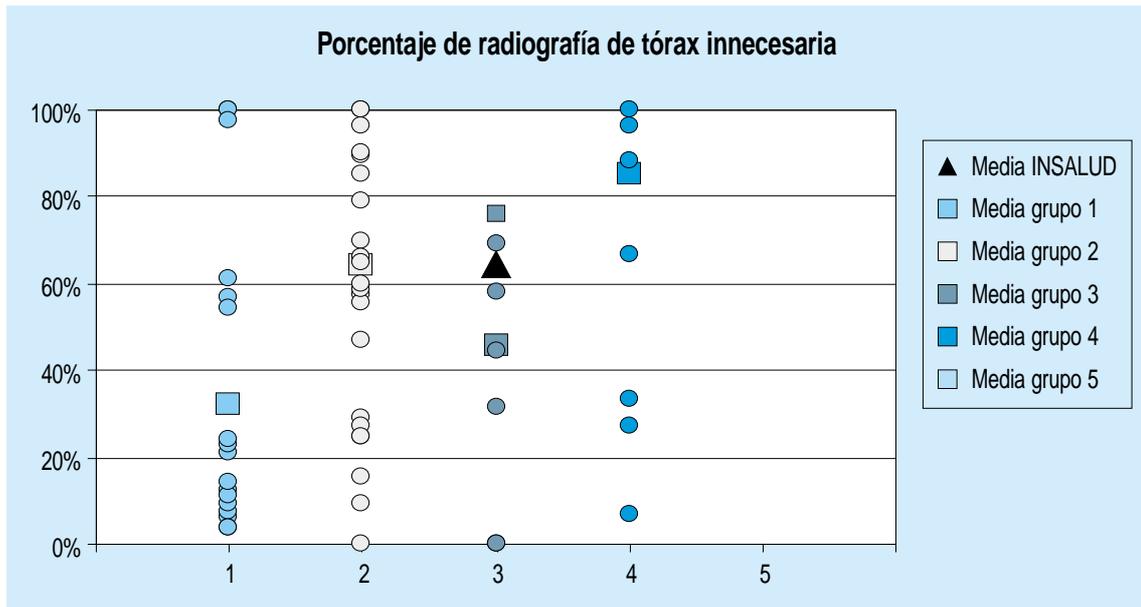
Desgraciadamente se ha producido un empeoramiento de estos dos indicadores en los datos globales para INSA LUD con respecto a 1999. Concretamente, se ha pasado del 11,3% de pacientes que permanecen más de 6 horas en urgencias en 1998, al 14,5% y del 26,8% que permanecieron más de 3 horas en el 99 a un 31% el año 2000.

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

Se ha continuado con la medición de este indicador que pretende traducir en una acción concreta la evidencia científica sobre este tema^{46 47}.

No procede en 1. Evalúan el 69% (55/80)





Tal como se planteaba el año anterior, continúa siendo uno de los campos donde existe mayor margen de mejora ya que prácticamente se mantienen los resultados del año pasado tras la mejoría importante experimentada respecto del 99. La variabilidad sigue siendo extraordinariamente grande, especialmente en los hospitales del grupo 2.

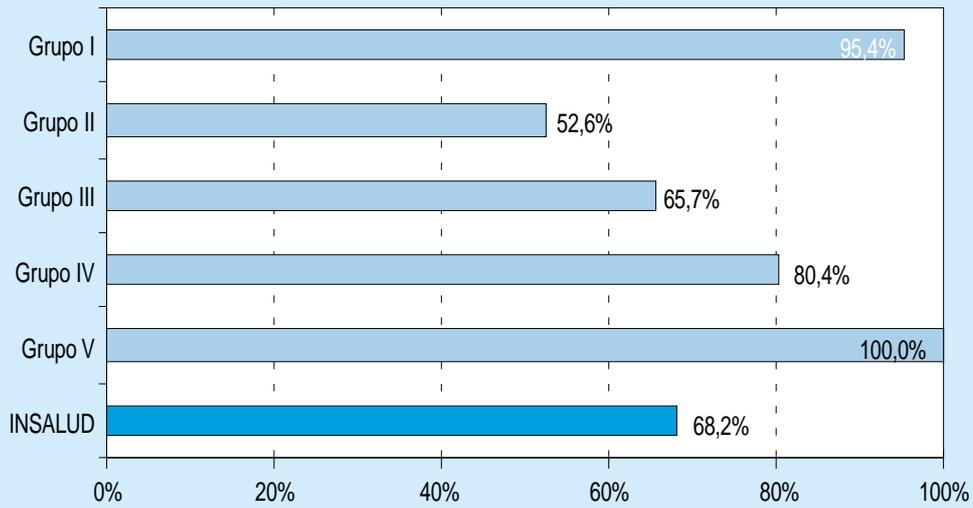
El Plan de Calidad del año 2000 recogió en su monitorización de nuevo este indicador.

El resultado global en el territorio INSALUD ha sido levemente mejor que en el 99, pasando de un 65,9% a un 68,2%.

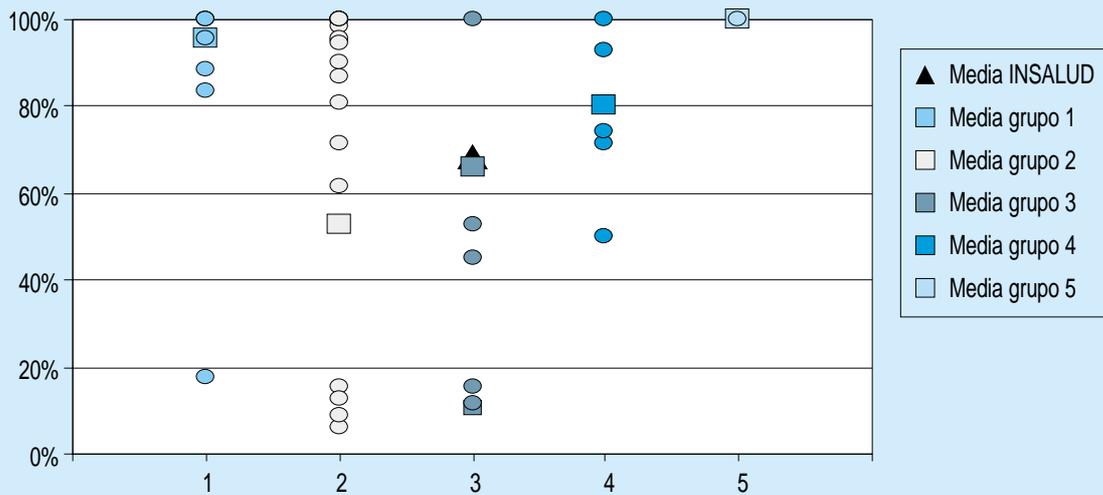
2.13. Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento.

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 formó parte de la monitorización del Plan de Calidad.

Porcentaje de pacientes en riesgo social evaluados



Porcentaje de radiografía de tórax innecesaria



V. Anexos



Anexo I. Estructura hospitalaria del INSALUD

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

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

Hospitales del Grupo III

CH de Albacete	Río Hortega. Valladolid
Complejo Hospitalario de Toledo	CH Infanta Cristina. Badajoz
General Yagüe. Burgos	Universitario de Getafe. Madrid
Complejo Hospitalario de León	De la Princesa. Madrid
Clínico de Valladolid	

Hospitales del Grupo IV

Miguel Servet. Zaragoza	Ramón y Cajal. Madrid
Clínico U Lozano Blesa. Zaragoza	12 de Octubre. Madrid
Central de Asturias. Oviedo	Clínico San Carlos. Madrid
Son Dureta. Palma de Mallorca	Puerta de Hierro. Madrid
U Marques de Valdecilla. Santander	Niño Jesús. Madrid
Complejo Hospitalario de Salamanca	U Virgen de la Arrixaca. Murcia
La Paz. Madrid	

Hospitales del Grupo V

San Jorge. Zaragoza	Centro Nacional de Paraplégicos. Toledo
De la Fuenfría. Madrid	

Población cubierta: 14.064.660

Camas instaladas: 36.469

Camas instaladas/1.000 habitantes: 2,59



Clasificación hospitales INSALUD

GRUPO 1

22 Hospitales
< 200 CAMAS

GRUPO 3

9 Hospitales
≥ 6 O ≤ 8 ESPECIALIDADES COMPLEJAS O
< 6 ESPECIALIDADES COMPLEJAS CON
> 90 ESPECIALIDADES TOTALES
> 2 EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO

GRUPO 2

28 Hospitales
> 200 CAMAS
≤ 5 ESPECIALIDADES COMPLEJAS
≤ 2 EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO

GRUPO 4

12 Hospitales
> 8 ESPECIALIDADES COMPLEJAS O
≥ 6 O ≤ 8 ESPECIALIDADES COMPLEJAS CON
≥ 7 EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO
TRASPLANTES ≥ 2 ÓRGANOS

Sub. Gral. At. Especializada





Anexo II. Metodología de evaluación. Estándares y objetivos comunes

Introducción

1. 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 entrega a los pacientes una Guía del hospital.

Estándar 5. 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 6. El hospital gestiona las reclamaciones de los pacientes y familiares.

Estándar 7. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.

Estándar 8. El Hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria.

Estándar 9. Donación y el transplante de órganos.

Estándar 10. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

2. Programa de mejora de la calidad común a todos los hospitales

OBJETIVO 1. MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Objetivo 1.1. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un Plan de Información.

Indicador 1.1.1. ¿ Se ha elaborado la Guía Hospitalaria de Información a pacientes y familiares?

Indicador 1.1.2. Porcentaje de servicios que precisan informar, que tienen un plan documentado de información a pacientes y familiares de acuerdo a las líneas de la Guía de Información.

Objetivo 1.2. Desarrollar documentos de consentimiento informado específicos.

Indicador 1.2. 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 1.3. Implantar el documento de consentimiento informado específico

Indicador 1.3.1. Porcentaje de pacientes que tienen documento de CI, debidamente firmado por el médico y el paciente.

Indicador 1.3.2. Porcentaje de documentos de CI, firmados por el médico, en los cuales el médico está debidamente identificado.

OBJETIVO 2. MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Objetivo 2.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días.

Indicador 2.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivo en un período menor de 15 días desde el alta.

Objetivo 2.2. Disponer de los IA en todas las historias clínicas a los 2 meses del alta, incluyendo las HC de pacientes fallecidos.

Indicador 2.2.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producido el alta.

Indicador 2.2.2. Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producido el alta.

Objetivo 2.3. Mejorar la calidad del informe de alta.

Indicador 2.3. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

OBJETIVO 3. MEJORAR LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Indicador 3. Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera que cumplen los criterios de la Guía de Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica

OBJETIVO 4. MEJORAR LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA DE PROCESOS

Objetivo 4.1. Mejorar la aplicación del protocolo de profilaxis antibiótica.

Indicador 4.1.1. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo.

Indicador 4.1.2. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia.



Indicador 4.1.3. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia-contaminada y contaminada

Objetivo 4.2. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

Indicador 4.2. Porcentaje de pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

Objetivo 4.3. Mejorar la Implantación de las guías de las Sociedades Científicas, con los criterios de indicación quirúrgica en procedimientos frecuentes.

Indicadores 4.3.1 a 4.3.6. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos/intervenidos de acuerdo al protocolo.

Objetivo 4.4. Implantación de protocolos para la utilización de alta tecnología.

Indicadores 4.4.1 a 4.4.4. Porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado alta tecnología de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo (RNM, TAC, oxigenoterapia, litotricia).

Objetivo 4.5. Implantar otros protocolos de procesos o procedimientos en los servicios.

Indicador 4.5.1. Número de protocolos/guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en el hospital.

Indicador 4.5.2. Número de vía/vías clínicas implantadas y evaluadas en el hospital.

OBJETIVO 5. IMPLANTAR OBJETIVOS DE CALIDAD POR SERVICIOS

Indicador 5.1. Indicador 5.1. % de servicios asistenciales que han implantado objetivos de calidad

Indicador 5.2. Indicador 5.2. % servicios/unidades no asistenciales que han implantado objetivos de calidad.

OBJETIVO 6. CUMPLIR LA NORMATIVA SOBRE CONSUMO DE TABACO EN LOS HOSPITALES

Indicador 6.1. Existe señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios, salvo en zonas permitidas.

Indicador 6.2. Se han habilitado áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

Indicador 6.3. Se han llevado a cabo otras acciones complementarias para la prevención del tabaquismo.

OBJETIVO 7. REALIZAR LA MEMORIA DEL PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL

3. Monitorización de indicadores

1. INDICADORES OBTENIDOS A PARTIR DEL CMBD
1.1. Datos generales
Estancia media bruta
Estancia media depurada
Diagnósticos por alta
Procedimientos por alta
1.2. Mortalidad potencialmente evitable
Asma (5 a 64 años)
Apendicitis (5 a 64 años)
Colelitiasis/colecisticis (5 a 64 años)
Mortalidad materna
Mortalidad perinatal
1.3. GRDs inespecíficos
GRD 467
GRD 468
GRD 476
GRD 477
GRD 469
GRD 470
1.4. Otros indicadores
Altas potencialmente ambulatorias
Estancias potencialmente ambulatorias
Altas potencialmente ambulatorias > 65 años
Estancias potencialmente ambulatorias > 65 años
Tasa de cesáreas
1.5. Reingresos urgentes por la misma Categoría mayor Diagnóstica (CMD)
Reingresos de 0 a 2 días
Reingresos de 3 a 7 días
Reingresos de 8 a 30 días
1.6. Estancias prequirúrgicas
<i>Todos los ingresos</i>
Estancia media prequirúrgica
Estancia media postquirúrgica
<i>Ingresos programados</i>
Estancia media prequirúrgica
Estancia media postquirúrgica
1.7. Indicadores funcionales
IC
IEMA



2. INDICADORES OBTENIDOS A PARTIR DE ESTUDIOS ESPECÍFICOS EN LOS HOSPITALES

Tasa de reingresos en urgencias a las 72 horas
Tasa de prevalencia de pacientes con úlceras por presión
Tasa de prevalencia de la infección nosocomial
Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica
Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados
Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s
Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI)
Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en el GRD con estancia más desviada de la media
Porcentaje de suspensiones quirúrgicas
Porcentaje de suspensiones de consultas externas
Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3/6 horas en el Servicio de Urgencias
Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio
Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento

3. OTROS INDICADORES

Nivel de contabilidad analítica

4. ENCUESTA DE ACTIVIDAD DE LAS COMISIONES CLÍNICAS Y GRUPOS DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. INTRODUCCIÓN

El Plan de Calidad del año 2000 comprende una serie de metas comunes a todos los hospitales en las que se plasman algunas de las líneas estratégicas que la Institución ha venido desarrollando en los últimos años:

– Orientar los servicios al ciudadano.

– Mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos asistenciales.

– Implicar a los profesionales en la gestión de la calidad.

Respecto a 1999 se plantean algunas modificaciones basadas en los últimos resultados disponibles.

Este documento aporta la metodología de evaluación de:

1. Estándares de la Organización.
2. Programa de Mejora de la Calidad común a todos los hospitales.
3. Monitorización de indicadores.
4. Encuesta de actividad de las comisiones clínicas y grupos de mejora.

- 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
- 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. La evaluación debe realizarse con rigor metodológico, ya que sus resultados cada vez van a tener más trascendencia en la gestión.

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 conseguir que los profesionales implicados en el objetivo colaboren en la evaluación, se autoevalúen, ya que 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 deben definir claramente numerador y denominador. En las auditorías realizadas a los hospitales, algunos de los resultados no validados 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.
- Cuando el número de pacientes o historias a estudiar no supera los 50, lo más razonable es estudiarlos a todos. En caso contrario, si el estudio supone un esfuerzo considerable, se requerirá seleccionar una muestra, puesto que no tiene mucho sentido emplear esfuerzos en estudiar de forma exhaustiva una población muy grande. Uno de los aspectos más importantes es seleccionar correctamente la muestra para el estudio. Al igual que en años anteriores, junto con la metodología definitiva se enviará un anexo denominado "Muestreo 00.doc" para ayudar a aquellas personas que lo precisen en el proceso de selección de la muestra, así como una hoja de cálculo en Excel 97 "muestreo 00.xls", para la obtención del tamaño muestral. Se recomienda utilizar los siguientes parámetros en la hoja de cálculo:
 - Usar la versión "población conocida", introduciendo dicha población.
 - Utilizar el nivel del 95% de seguridad ($\alpha=0,05$, $z=1,96$)
 - Utilizar una precisión del 5% al 10% (error i , $0,05-0,1$). La precisión del 5% es la ideal, pero requiere tamaños muestrales bastante elevados. La precisión del 10% puede ser suficiente en la mayoría de los casos.

- Utilizar la frecuencia esperada del parámetro, utilizando los resultados de estudios pilotos o de años anteriores. Se recomienda que, en caso de no conocer dicha frecuencia esperada, se debe introducir 0,5 en la hoja, que es el caso más desfavorable (obliga al mayor tamaño muestral posible).

Si se siguen estas recomendaciones, se obtendrán resultados finales más comparables entre hospitales.

Este tamaño muestral puede calcularse para obtener un resultado representativo de todos los servicios implicados. En este caso, la población es la total (suma de todos los pacientes o historias de todos los servicios). Este resultado permite conocer al INSALUD el nivel global de calidad, pero no es útil para gestionar la calidad en el hospital y conocer el nivel de cada uno de los servicios. Es muy importante conocer el resultado de cada servicio y para ello es necesario, conociendo su población, calcular la muestra para esa población. Lógicamente, el número de historias a estudiar es mayor, y se deberá planificar con cuidado la carga de trabajo.

Como indicación general, los tamaños muestrales nunca deberán ser inferiores a 50.

Como novedad, este año se incluye un programa de Excel para calcular números aleatorios (Números aleatorios.xls), desarrollado en la Subdirección General de Atención Especializada del INSALUD. En la hoja de cálculo, se introduce el rango de historias que queremos muestrear (hasta un máximo de 5000), y el tamaño muestral. Pulsando sobre la casilla "calcular", el programa genera una lista de números aleatorios no repetidos y ordenados de menor a mayor. Este sistema es muy útil a la hora de muestrear un listado de historias clínicas. Cada número al azar representa un número de orden de la historia en dicho listado.

- En los resultados siempre se necesita saber cual ha sido el período en que se ha realizado el estudio, si se ha realizado sobre población total de ese período 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 período de estudio sea lo más cercano posible a la fecha de la evaluación; por ejemplo, el período 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. Toda esta documentación deberá estar disponible, si el hospital es objeto de una visita para validar los datos.

- Este documento no se debe utilizar para el envío de los datos, ya que es simplemente la metodología de evaluación.
- Antes 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, accesible desde toda la organización. Para ello se debe enviar la memoria por correo electrónico o disquete, con una petición del Gerente del hospital para que la memoria sea publicada en la Intranet.

El realizar la memoria del Plan de Calidad del hospital tiene como principal objetivo divulgar el Plan de Calidad del hospital en su ámbito: profesionales, ciudadanos, etc. Además, permite al INSALUD conocer con más detalle las actividades de calidad realizadas en los hospitales.



La memoria debe procurar cumplir ciertas características. Debe contener como mínimo una introducción, descripción del Plan de Calidad (que no debe limitarse al Plan de Calidad Institucional) con sus resultados, valoración de los mismos, medidas de mejora a adoptar, y conclusiones.

Existen recomendaciones para elaborar memorias generales de los hospitales, que pueden aplicarse también a la Memoria del Plan de Calidad. Por otra parte, el formato de la memoria no debería de ser el utilizado en la recogida de datos del Plan de Calidad Institucional, ya que es un formato excesivamente técnico.

1. 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 y que se deben mantener. En el año 2000, se han incluido cuatro nuevos estándares. Al igual que en el año 1999, se va a utilizar una escala semejante a la que propone la Joint Commission en la evaluación de sus estándares.

Dado que la medición de los estándares no es cuantitativa, 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.

Para cumplimentar los estándares, en cada uno se debe señalar si se cumple o no cada criterio, y el nivel que el hospital considera de cumplimiento global de cada estándar.

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 cumplimiento

- 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 cumplimiento

- 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 cumplimiento

- 1 2 3 4 5 6

Estándar 4. El hospital entrega a los pacientes una Guía del hospital.

- La Guía es un folleto o publicación con información sobre el hospital que se entrega a los pacientes dentro del Plan de acogida.
- Contiene información sobre:
 - Presentación del hospital y los aspectos relevantes de la hospitalización.
 - Servicio de Atención al Paciente: funciones, ubicación y horario.
 - Los trámites administrativos frecuentes y documentación necesaria para realizarlos, como solicitud de la baja, citaciones en consultas, etc.
 - Descripción de los distintos servicios asistenciales, con su ubicación, teléfono de contacto y cartera de servicios.
 - Descripción de otros recursos disponibles para el paciente, como biblioteca, servicios religiosos, capilla, escuela para niños, teléfonos, etc.

- Horarios de comidas, visitas, transportes, servicios religiosos, etc.
- En esta información escrita figura la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes.

Nivel de cumplimiento

- 1 2 3 4 5 6

Estándar 5. 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 cumplimiento

1 2 3 4 5 6

Estándar 6. El hospital gestiona las reclamaciones de los pacientes y familiares.

- El hospital tiene asignado el servicio responsable de la gestión de las reclamaciones.
- El servicio cuenta con un sistema que garantiza que se contestan en un plazo menor de 30 días.
- Las contestaciones a las reclamaciones son motivadas y se adaptan, como mínimo, a los criterios establecidos en el manual de funciones del Servicio de Atención al Paciente.
- Se hace la evaluación de las causas de reclamación más frecuentes. La evaluación se encuentra documentada.
- Los resultados de esta evaluación se difunden a las personas implicadas y se llevan a cabo las medidas necesarias para mejorar.

Nivel de cumplimiento

1 2 3 4 5 6

Estándar 7. 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 cumplimiento

1 2 3 4 5 6

Estándar 8. El Hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria.

- El hospital tiene implantado un sistema de vigilancia y prevención de la infección.
- El sistema de vigilancia ha sido diseñado de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende, con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados y de los expertos en infección hospitalaria.
- El sistema adoptado por el hospital se encuentra documentado.



- En el se define el servicio y/o personas responsables y se describen las actividades que se deben llevar a cabo.
- Se monitorizan los riesgos, las tasas y las tendencias en infecciones nosocomiales.
- Se difunde la información a todos los implicados.
- Se analizan las causas y se implantan las acciones necesarias para mejorarlas.

Nivel de cumplimiento

- 1 2 3 4 5 6

Estándar 9. Donación y el transplante de órganos.

- El hospital tiene implantado el protocolo de la ONT para la mejorar el proceso y aumentar la tasa de donaciones.
- El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y la 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.
- El hospital envía los datos en plazo a la ONT.

Nivel de cumplimiento

- 1 2 3 4 5 6

Estándar 10. 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. 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 evaluarán anualmente.

- La Gerencia dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.
- Cuando se detecta un problema de calidad, el Gerente pone los recursos y adopta las medidas necesarias para solucionarlo.
- 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 recursos a la Unidad de calidad: despacho, apoyo administrativo, dirección de correo electrónico, etc.

Nivel de cumplimiento

- 1 2 3 4 5 6

Se adjunta la escala del nivel de cumplimiento. 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 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

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



2. Programa de Mejora de la Calidad común a todos los hospitales

OBJETIVO 1. MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Objetivo 1.1. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un Plan de Información

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

- Sí
- No

Este objetivo pretende que los hospitales elaboren una guía con los criterios que se deben seguir en el proceso de información a pacientes y familiares (Guía Hospitalaria sobre la Información a Pacientes y Familiares). Esta guía debe incluir todos aquellos aspectos relevantes que contribuyan a mejorar la calidad de la información, como la existencia de lugares y horarios definidos para informar a los familiares, la información al paciente y la entrega del documento de consentimiento informado (que, quién, cómo, cuándo, y dónde se debe informar), señalización del servicio, directorio de facultativos y supervisora de planta, identificación del personal, material informativo de apoyo, etc.

Esta guía debe servir para la elaboración del Plan de Información de los servicios y para orientar ante problemas frecuentes que afectan tanto a los pacientes como a los equipos asistenciales. Es importante que en la elaboración de esta guía participen, junto con otros profesionales del hospital, miembros del Servicio de Atención al paciente, del Comité de Ética y Coordinador de calidad.

No se debe confundir esta guía con los folletos que se entregan a los pacientes, con información genérica sobre el hospital.

No solamente los servicios clínicos son los que tienen que informar. Algunos otros, que tienen contacto con los pacientes y/o familiares (admisión, por ejemplo), también deberían contar con planes de información.

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):

.....

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

.....

Indicador 1.1.1. ¿Se ha elaborado la Guía Hospitalaria de Información a pacientes y familiares?

- Sí
- No

Indicador 1.1.2. Porcentaje de servicios que precisan informar, que tienen un plan documentado de información a pacientes y familiares de acuerdo a las líneas de la Guía Hospitalaria sobre la Información a pacientes y familiares.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ S}^\circ \text{ clínicos que tienen un plan documentado para la información de acuerdo a la Guía} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de servicios clínicos que precisan informar}}$$

Nº total de servicios clínicos que precisan informar

Se ruega enviar la **Guía Hospitalaria sobre la Información a pacientes y familiares**, y los planes de información de los siguientes servicios/unidades: urología, y neumología (en su defecto, medicina interna).

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

Resultado:

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

Nivel pactado en el CG 00 Nivel alcanzado en la evaluación

Objetivo 1.2. Desarrollar documentos de consentimiento informado específicos

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

- Sí
- No
- No precisa

Los formularios de consentimiento informado (CI) son documentos hospitalarios y por lo tanto antes de su implantación deben ser evaluados 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 tomada en cuenta.



Este documento debe contener la información suficiente que le permita al paciente participar en la toma de decisiones y dar, o no, su consentimiento. Para ello los hospitales deben adaptar estos documentos a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de Oviedo.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es su forma y diseño, por lo que estos documentos deben estar normalizados, al igual que el resto de los documentos de la Historia Clínica.

Cuando los documentos hayan sido realizados por las Sociedades Científicas, y de acuerdo con el espíritu que reflejan algunas de estas publicaciones elaboradas por las Sociedades, estos documentos se deben considerar como una guía y no deben ser adoptados automáticamente sin ser:

- Adaptados al contexto del hospital.
- Tenidos en cuenta los criterios éticos del Consentimiento Informado.
- Evaluados por la Comisión encargada.

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

Sí

No

No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

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

.....

Indicador 1.2. 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.

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?.....

<p>Resultado</p> <p>Nº de documentos de CI =.....</p> <p>Nivel pactado en el CG 00Nivel alcanzado en la evaluación.....</p>

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.

Objetivo 1.3. Implantar el documento de consentimiento informado específico

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

Sí

No

No precisa

Indicador 1.3.1. Porcentaje de pacientes que tienen documento de CI, debidamente firmado por el médico y el paciente.

Fórmula del indicador:

Nº de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico que tienen en su HC el documento de CI correctamente firmado por el médico y el paciente o representante en caso de incapacidad X 100

Nº total de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica/procedimiento diagnóstico, que son evaluados

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

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.

Muestra

Todos los pacientes intervenidos en el período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes intervenidos en dicho período. El tamaño muestral no deberá ser inferior a 50.

período de estudio

A determinar por el hospital.



Resultado

Intervenciones quirúrgicas					
Servicio	Intervención	período estudiado	Nº total de intervenciones en ese período	Num / Den	Resultado %
Cirugía General				/	
				/	
Traumatología				/	
				/	
ORL				/	
				/	
Oftalmología				/	
				/	
Toco-ginecología				/	
				/	
Urología				/	
				/	
C. Torácica				/	
				/	
C. Cardiovascular				/	
				/	
Neurocirugía				/	
				/	
Otro servicio quirúrgico				/	
				/	
Anestesia	Anestesia			/	
Total cirugía				/	

Procedimientos diagnósticos				
Prueba diagnóstica	período estudiado	Nº total de pruebas realizadas en ese período	Num / Den	Resultado %
Prueba 1 (*)			/	
Prueba 2				/
Prueba 3				/
Prueba 4				/
Prueba 5				/
Suma			/	

(*) Especificar cada una de las pruebas.

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

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

Nivel pactado en el CG 00 Nivel alcanzado en la evaluación

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

Se ha detectado que muchos de los documentos firmados por el médico no identifican a éste correctamente. Teniendo en cuenta que los criterios de calidad del documento de consentimiento informado indican que el médico debe estar correctamente identificado, se ha decidido incluir un nuevo indicador para evaluar este aspecto. Para ello, se puede utilizar la misma muestra que en el estudio anterior, añadiendo la variable: identificación del médico. De todas formas, en el indicador interesa medir aquellos casos en los que se den las dos circunstancias: identificación correcta y firma.



El documento de Consentimiento informado es un documento ético y legal, y como tal, los firmantes deben estar correctamente identificados. Esto además es importante para el paciente, teniendo en cuenta que debería quedarse con una copia de este documento.

Indicador 1.3.2. Porcentaje de documentos de CI, firmados por el médico, en los cuales el médico está correctamente identificado.

OBJETIVO 2. MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La mejora de los sistemas de información sanitaria requiere mejorar la calidad de los informes de alta. De acuerdo a la Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984, 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 incompleta 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 importantes para la asignación del presupuesto hospitalario. Además el paciente y su médico recibirán una información incompleta del episodio hospitalario que dificultaría la continuidad asistencial.

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

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Sí

No

Indicador 2.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un período 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:

Nº de HC evaluadas con IA definitivo que están disponibles en un período menor de 15 días desde el alta. x 100

 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.

Período/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.

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

Período de estudio.....

Población total del período de estudio.....

Población estudiada:

Total

Muestra

Resultado.

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

Nivel pactado en el CG 00 Nivel alcanzado en la evaluación

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

Objetivo 2.2. Disponer de los IA en todas las HC a los 2 meses del alta

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Sí

No



Indicador 2.2.1 Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta.

Período de estudio
A determinar por el hospital.

Fórmula del indicador:

Nº de HC con informe de alta definitivos que están disponibles en el Sº de Archivo a los 2 meses del alta x 100

Nº total de HC de pacientes dados de alta evaluadas

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.

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

Población a estudio

Historias Clínicas de pacientes dados de alta.

Cada hospital establecerá según su criterio, el método de la recogida de los datos.

Período de estudio.....

Población total del período de estudio.....

Población estudiada:

Total

Muestra

Resultado.

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

Nivel pactado en el CG 00 Nivel alcanzado en la evaluación

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

Indicador 2.2.2 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.

Período de estudio
A determinar por el hospital.

Muestra
A determinar por el hospital.

Período de estudio..... Población total del período de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado. $\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$ Nivel pactado en el CG 00 Nivel alcanzado en la evaluación
--

Objetivo 2.3. Mejorar la calidad del informe de alta

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Sí

No

Los hospitales (preferentemente la comisión de historias clínicas) deben establecer, de acuerdo a los criterios publicados 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 2.3. 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 2000.

Período 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

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

La evaluación se ha hecho:

- Sólo con el Informe de alta
- Contrastando los datos del informe de alta con la HC

Período de estudio.....
Población total del período de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
$\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$
Nivel pactado en el CG 00 Nivel alcanzado en la evaluación

OBJETIVO 3. MEJORAR LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

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

Sí

No

No precisa

Estos criterios hacen referencia a una parte del procedimiento administrativo, responsabilidad del médico especialista que sienta la indicación, que son los establecidos en la Guía y se recogen en el capítulo: criterios de inclusión y registro en LEQ, apartado 4.3.

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

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

.....

Indicador 3. Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera que cumplen los criterios de la Guía de Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica

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.

En ocasiones, se decide que la ausencia de un dato no es importante, porque puede ser obtenido por otra vía. En tal caso, los encargados de llevar a cabo la evaluación deberán poder argumentar esta decisión.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo a la guía de gestión} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Población a estudio

Pacientes incluidos en lista de espera para procedimientos quirúrgicos.

Período 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.



Período de estudio.....
Población total del período de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$
Nivel pactado en el CG 00 Nivel alcanzado en la evaluación

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

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.

OBJETIVO 4. MEJORAR LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE PROCESOS

Como consecuencia de la variabilidad de la práctica clínica, surgió el movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia, 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.

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 propusieron 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. 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 incluido en 1998, se mantiene en el 2000.

Protocolos de utilización de alta tecnología.

Desde 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 el 2000.

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 el 2000 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 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. En el 2000, 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 incluyó en el Contrato de Gestión el diseño y la implantación de al menos una vía clínica en un proceso frecuente, y en el 2000, se ha ampliado a 2 vías clínicas.



Objetivo 4.1. Mejorar la aplicación del protocolo de profilaxis antibiótica

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

Sí

No

No precisa

Una de los aspectos del uso de antibióticos del que existe una clara evidencia es el tiempo de administración, que ha demostrado un efecto óptimo cuando existe una alta concentración tisular al inicio de la operación. Además ha sido demostrado también que no existe un efecto extra si se continúa la administración más allá del Período perioperativo inmediato (< 24h)⁸. Estos criterios, unidos al de la elección del antibiótico, cuyo uso restrictivo es una evidencia que se está volviendo cada vez más convincente^{9, 10}, son los aspectos claves del protocolo, y deben ser tenidos en cuenta de una forma rigurosa en los hospitales.

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

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

.....

Indicador 4.1.1. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta} \times 100}{\text{Nº de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)}}$$

Nº de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)

Período de estudio.....
Resultado.
$\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \text{.....} \%$
Nivel pactado CG 99 Nivel alcanzado

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

Para tener un mejor conocimiento de las causas de la probable inadecuación del uso de la profilaxis, este indicador se desdobra en dos:

Indicador 4.1.2. 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)

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

Indicador 4.1.3. 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)

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

Población

Todos los pacientes intervenidos, salvo cirugía sucia.

Período de estudio

El que determine el hospital.

Muestra de estudio

Todos los pacientes sometidos al procedimiento elegido en el Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes.

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:

.....

Objetivo 4.2. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo

¿Evalúa el hospital este objetivo?:

Sí

No



El hospital debe decidir en que aspecto de los cuidados de enfermería va a trabajar durante el año 2000. Se debería focalizar en aspectos importantes que afectan a un gran número de pacientes, como el protocolo de la preparación prequirúrgica, cuidados de catéteres, etc., y debe ser lo que se incluya en este apartado.

Pero este objetivo está relacionado con la mejora de los procesos asistenciales de forma concreta. Así, si el hospital pacta llevar a cabo la implantación de la vía clínica de la prótesis de cadera, todos los cuidados de enfermería de ese proceso es un objetivo de calidad relacionado con los cuidados de enfermería, pero su evaluación se debe incluir en la evaluación integral del cumplimiento de la vía clínica.

En que cuidados de enfermería se ha decidido diseñar y/o implantar un protocolo:

.....

¿Por qué razones?

.....

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

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

.....

Indicador 4.2. Porcentaje de pacientes con cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

Protocolo que se evalúa:

.....

Fórmula del indicador

Nº de pacientes con cuidados de acuerdo al
protocolo x 100

Nº Total de pacientes evaluados

Población a estudio

Pacientes sometidos al cuidado elegido

Muestra

Todos los pacientes sometidos al procedimiento elegido en el Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes.

Período 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).

Período de estudio.....
Resultado.
$\frac{\text{N}^\circ}{\text{N}^\circ} \times 100 = \dots\dots\dots \%$
Nivel pactado en el CG 00 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 4.3. Mejorar la implantación de las guías de las Sociedades Científicas, con los criterios de indicación quirúrgica en procedimientos frecuentes.

Las guías diseñadas en colaboración con la Sociedades Científicas (SS.CC.) implantados en 1998 y que se mantienen en 2000 son:

- Cataratas.
- Amigdalectomía/adenoidectomía.
- Hiperplasia benigna de próstata.
- Prótesis total de rodilla.
- Prótesis total de cadera.
- Hallux valgus.

A pesar de que la evaluación del cumplimiento de estos protocolos ha tenido unos resultados altos, se mantiene este objetivo por 2 razones fundamentales:

- Las tasas de depuración de la lista de espera continúan siendo altas, y uno de los motivos de depuración está relacionado con la indicación, por lo que aún quedan aspectos por mejorar. En este sentido la evaluación se debe hacer exclusivamente en la población de pacientes que están en lista de espera, y no en los pacientes intervenidos. De esta forma, el protocolo debe ser conocido por todos los facultativos que incluyen pacientes en lista de espera. Sin embargo, como excepción, hay protocolos que incluyen criterios relacionados con aspectos de la intervención quirúrgica (prótesis de cadera y rodilla). En tal caso, la evaluación debe ser doble: una, en relación al cumplimiento de los criterios de lista de espera, y otra, en relación al cumplimiento de los criterios de la intervención. No es necesario que se evalúe a los mismos pacientes en las dos evaluaciones.

- Estos protocolos de las SSCC deben ser vistos como el germen de protocolos de procesos asistenciales frecuentes. A su vez estos pueden ser el punto de partida de vías clínicas, o cualquier otra herramienta para gestionar con calidad los procesos asistenciales, lo que se considera una prioridad en este plan de calidad.

Aquellos hospitales que por sus características no puedan aplicar estos protocolos (algunos de los hospitales del grupo 5), deben sustituir este objetivo por el diseño y la evaluación de protocolos en un mínimo de 3 de los procesos más frecuentes atendidos en el hospital.



4.3.1. Protocolo de Cataratas

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

Sí

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?

Sí

No

Indicador 4.3.1. Porcentaje de pacientes que han
sido incluidos de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes incluidos en lista de espera de
acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes incluidos en lista de espera
evaluados

Período de estudio

El que determine el hospital.

Población y muestra de estudio

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

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con
los criterios empleados en la evaluación del
protocolo

Período de estudio.....
Población total del período de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$
Nivel alcanzado en la evaluación

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

4.3.2. Protocolo de amigdalectomía y adenoidectomía

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

Sí

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?

Sí

No

Indicador 4.3.2. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Período 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 Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho Período.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

Período de estudio.....
Población total del período de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
$\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$
Nivel alcanzado en la evaluación



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

4.3.3. Protocolo de hiperplasia benigna de próstata

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

Sí

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?

Sí

No

Indicador 4.3.3. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados

Período 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 Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho Período.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

Período de estudio.....
Población total del período de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$
Nivel alcanzado en la evaluación

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

4.3.4. Protocolo de prótesis total de rodilla

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

Sí

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?

Sí

No

Indicador 4.3.4a. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Período de estudio

El que determine el hospital.

Población y muestra de estudio

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

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

Período de estudio..... Población total del período de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado. $\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$ Nivel alcanzado en la evaluación
--



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

Indicador 4.3.4b. Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes intervenidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes intervenidos en lista de espera evaluados

Período de estudio.....

Población total del período de estudio.....

Población estudiada:

Total

Muestra

Resultado.

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

Nivel alcanzado en la evaluación

Período de estudio

El que determine el hospital.

Población y muestra de estudio

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

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

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

4.3.5. Protocolo de prótesis total de cadera

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

Sí

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?
 Sí No

Indicador 4.3.5a. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados

Período de estudio..... Población total del período de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado. $\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$ Nivel alcanzado en la evaluación
--

Período de estudio
 El que determine el hospital

Población y muestra de estudio
 Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho período.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

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



Indicador 4.3.5b. Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos de acuerdo al protocolo}}{\text{Nº pacientes intervenidos evaluados}} \times 100$$

Período 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 Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho período.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

Período de estudio.....

Población total del período de estudio.....

Población estudiada:

Total

Muestra

Resultado.

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

Nivel alcanzado en la evaluación

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

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?

Sí

Sí

No

Indicador 4.3.6. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Período de estudio

El que determine el hospital

Período de estudio.....

Población total del período de estudio.....

Población estudiada:

Total

Muestra

Resultado.

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

Nivel alcanzado en la evaluación

Población y muestra de estudio

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

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

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.



4.3.7. 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?

Sí

No

Indicador 4.3.7. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos/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

Período de estudio.....
Población total del período de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$
Nivel alcanzado en la evaluación

Período 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 Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho período.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo

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

4.3.8. Protocolo 2.

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?
Sí No

Indicador 4.3.8. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos/tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Período 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 período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho período.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

Período de estudio.....
Población total del período de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra

Resultado.

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

Nivel alcanzado en la evaluación



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

4.3.9. Protocolo 3.

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?

Sí No

Indicador 4.3.9. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos/tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados}}$$

.....

Período 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 Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho período.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

Período de estudio..... Población total del período de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado. $\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$ Nivel alcanzado en la evaluación
--

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

4.3.10. 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?
Sí No

Indicador 4.3.10. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos/tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Período 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 Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho período.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

Período de estudio.....

Población total del período de estudio.....

Población estudiada:

Total

Muestra

Resultado.

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

Nivel alcanzado en la evaluación



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

4.3.11. 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?

Sí No

Indicador 4.3.11. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos/tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados}}$$

.....

Período 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 Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho Período.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

Período de estudio..... Población total del período de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado. $\frac{\text{Nº}}{\text{Nº}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$ Nivel alcanzado en la evaluación
--

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

4.3.12. 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?

Sí No

Indicador 4.3.12. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos/tratados de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes tratados/incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Período 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

Período escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho período.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

Período de estudio.....

Población total del período de estudio.....

Población estudiada:

Total

Muestra

Resultado.

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

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 4.4. Implantación de protocolos para la utilización de alta tecnología

Los hospitales que con una tasa de utilización por encima de la media de su grupo en: RNM, TAC, oxigenoterapia y litotricia, deben continuar con la implantación y evaluación de protocolos basados en los informes de las Agencias de Evaluación Tecnológica. En el caso de la oxigenoterapia, una reciente circular del INSALUD¹¹ regula sus indicaciones y utilización.

La tasa de utilización es un dato incluido en el cuadro de mandos del Contrato de Gestión. Se considerarán las tasas de utilización del cierre del CG de 1999 como criterio para saber si un hospital debe implantar o no los protocolos.

En el caso de que el hospital no disponga de la tecnología no es razón para no implantar el protocolo, ya que realiza la indicación, y estos protocolos hablan de criterios de indicación. Deben ser conocidos y cumplidos por todos los facultativos que indican las pruebas, y no sólo por aquellos que las realizan. En todo caso, independientemente de la tasa de utilización, parece recomendable el implantar estos protocolos para asegurarse una utilización adecuada en todos los pacientes.

4.4.1. Protocolo de utilización de RNM

De acuerdo a las tasa de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo?:

- Sí
- No
- No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)
- No precisa, pero evalúa

La evaluación se ha hecho en todas las patologías:

- Sí
- No

La evaluación se ha hecho en (definir patología o proceso).....

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

Indicador 4.4.1. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una RNM, de acuerdo a los criterios del protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes a los que se les ha realizado RNM de acuerdo a los criterios del protocolo x 100

 Total de pacientes a los que se les ha realizado una RNM evaluados

Período de estudio

El que determine el hospital

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes diagnosticados con esa tecnología en un Período de tiempo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho período.

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

Período de estudio..... Población total del período de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado. $\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$
--

Causa principal de inadecuación:

No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)

Medida de mejora adoptada:

No precisa, pero evalúa

4.4.2. Protocolo de utilización de TAC

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo?:

La evaluación se ha hecho en todas las patologías:

Sí

No

Sí

La evaluación se ha hecho en (definir patología o proceso).....

No



Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

Indicador 4.4.2. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado un TAC, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes a los que se les ha realizado TAC de acuerdo a los criterios del protocolo x 100

Total de pacientes a los que se les ha realizado una TAC evaluados

Período de estudio

El que determine el hospital

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes diagnosticados con esa tecnología en un Período de tiempo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho Período.

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

Período de estudio.....
Población total del período de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Causa principal de inadecuación:

.....

Medida de mejora adoptada:

.....

4.4.3. Protocolo de utilización de oxigenoterapia.

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo?:

Sí

No

No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)

No precisa, pero evalúa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

.....

Indicador 4.4.3. Porcentaje de pacientes a los que se les ha tratado con oxigenoterapia, de acuerdo a la circular 4/00 del INSALUD.

Fórmula del indicador

Nº pacientes tratados con O₂ de acuerdo a los criterios de la circular 4/00 x 100

 Total de pacientes tratados con O₂ evaluados

Período de estudio

El que determine el hospital

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes tratados con esa tecnología en un período de tiempo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho período.

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

Período de estudio..... Población total del período de estudio..... Población estudiada: Total Muestra Resultado. $\frac{\text{N}^\circ}{\text{N}^\circ} \times 100 = \dots\dots\dots \%$
--

Causa principal de inadecuación:

.....

Medida de mejora adoptada:

.....

No precisa, pero evalúa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

4.4.4. Protocolo de utilización de litotricia.

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, ¿se evalúa este objetivo?:

- Sí
- No
- No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)

Indicador 4.4.4. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una litotricia, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo

Fórmula del indicador

Nº pacientes a los que se les ha realizado litotricia de acuerdo a los criterios del protocolo x 100

 Total de pacientes a los que se les ha realizado una litotricia evaluados



Período de estudio
El que determine el hospital

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

Población y muestra de estudio
Todos los pacientes tratados con esa tecnología
en un período de tiempo escogido, o una muestra
aleatoria en función del volumen de pacientes en
dicho período.

Período de estudio.....
Población total del período de estudio.....
Población estudiada:
Total
Muestra
Resultado.
$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

Causa principal de inadecuación:
.....

- 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.

Medida de mejora adoptada:
.....

Objetivo 4.5. Implantar otros 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 desde 1998 se pactó 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:

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.

- Utilización de pruebas diagnósticas.

Los objetivos pactados por servicio deberán incluirse en la memoria del Plan de Calidad del hospital.

Indicador 4.5.1. Número de protocolos/guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en el hospital.

Nº de protocolos pactados en el CG 00
Nº protocolos implantados y evaluados en el hospital

Nota: aquí se incluirán también los protocolos de las SS.CC. ya evaluados anteriormente, así como los protocolos de utilización de alta tecnología.

Indicador 4.5.2. Número de vía/vías clínicas implantadas y evaluadas en el hospital.

Nº vías clínicas.....

Explicitar las vías clínicas. Añadir cuantas líneas sean necesarias:

<p>Vía 1: _____</p> <p>Fase de la vía clínica:</p> <p><input type="checkbox"/> Diseñada</p> <p><input type="checkbox"/> Implantada</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluada</p> <p> % de seguimiento de la vía clínica.....</p> <p>Nº de Servicios Clínicos y no Clínicos que han participado en el diseño de la vía: _____</p> <p>Número de personas que han participado: _____</p> <p>MÉDICOS: _____</p> <p>ENFERMERAS: _____</p> <p>OTROS PROFESIONALES (ESPECIFICAR CATEGORÍA Y NÚMERO):</p> <p>Motivos por los que se ha elegido ese proceso para implantar una vía:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--



Vía 2: _____

Fase de la vía clínica:

Diseñada

Implantada

Evaluada

% de seguimiento de la vía clínica.....

Nº de Servicios Clínicos y no Clínicos que han participado en el diseño de la vía: _____

Número de personas que han participado: _____

MÉDICOS: _____

ENFERMERAS: _____

OTROS PROFESIONALES (ESPECIFICAR CATEGORÍA Y NÚMERO):

Motivos por los que se ha elegido ese proceso para implantar una vía:

.....

.....

**AÑADIR CUANTOS CUADROS SEAN
NECESARIOS**

- La mayoría de los servicios
- Todos los servicios

**OBJETIVO 5. IMPLANTAR OBJETIVOS DE
CALIDAD POR SERVICIOS**

Servicios asistenciales (incluidos servicios
centrales)

*Indicador 5.1. % de servicios asistenciales que han
implantado objetivos de calidad*

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de servicios asistenciales que han implantado
objetivos de calidad x 100}}{\text{Nº total de servicios asistenciales que tiene el
hospital}}$$

Los objetivos pactados han integrado aspectos
médicos y de enfermería:

- Ningún servicio
- Algunos servicios

Servicios no asistenciales

El Plan de Calidad del INSALUD se había
centrado tradicionalmente en los servicios clínicos.
Sin embargo, se consideró necesario incorporar el
resto de servicios del hospital a dicho Plan. Por
ello, el año pasado se introdujo este objetivo:
lograr que los servicios no asistenciales pacten y
evalúen objetivos de calidad; dicho objetivo se
mantiene en el 2000.

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.

Los códigos de los servicios no asistenciales, de
tres letras, se detallan en el Anexo 1.

Indicador 5.2. % servicios/unidades no asistenciales que han implantado objetivos de calidad.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de servicios no asistenciales que han implantado objetivos de calidad} \times 100}{\text{Nº total de servicios no asistenciales que tiene el hospital}}$$

Servicio	Objetivo pactado y evaluado

OBJETIVO 6. 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. Éstos 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 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 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 6.1. Existe señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios, salvo en zonas permitidas.

- Sí
 No

Indicador 6.2. Se han habilitado áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

- Sí
 No

Indicador 6.3. Se han llevado a cabo otras acciones complementarias para la prevención del tabaquismo.

- Sí
 No

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.

OBJETIVO 7. REALIZAR LA MEMORIA DEL PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL

El hospital ha realizado la memoria de 1999:

- Sí
 No

3. Monitorización de indicadores

En el Contrato de Gestión del 2000 el compromiso es:

- LO SSCC del INSALUD enviarán a los hospitales los resultados de los indicadores de calidad que se obtienen a través del CMBD, comparados con la media del grupo. Progresivamente se irán incorporando nuevos indicadores.

El hospital debe:

- Analizar los resultados de los indicadores, incluidos los que se obtienen del CMBD, las tendencias y compararse con el resto de los hospitales de su grupo.

- Llevar a cabo los estudios que le permitan obtener una serie de indicadores que no se obtienen automáticamente de los sistemas de información.
- Enviar el resultado de las tasas de infección en función del sistema de vigilancia que ha diseñado.
- Analizar las causas cuando los resultados estén alejados de la media, y siempre que aparezca un caso que se considere un suceso centinela.
- Llevar a cabo las medidas de mejora o acciones correctoras necesarias, y no limitarse a conocer los resultados.

En la evaluación final del hospital se valorará si se ha llevado a cabo la monitorización, pero no los resultados obtenidos. Tal como se expresa en las líneas generales del contrato, la monitorización de los indicadores clínicos tiene el objetivo de detectar problemas de calidad, pero su utilización no debe emplearse en la clasificación de hospitales ya que, las limitaciones del propio sistema de información y la presencia de otras variables no controladas o desconocidas, no permiten este uso. Sin embargo, esta información puede ser utilizada por la SGAE para pedir información a los hospitales sobre las acciones de mejora que se implanten cuando los valores se alejen de la media.

Los hospitales deben ser rigurosos en la metodología de evaluación, poniendo atención en la definición de los indicadores y en los tamaños muestrales.

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.

Está previsto que algunos de los indicadores del CMBD sean redefinidos, o incluso se puede añadir alguno nuevo. Esto no modifica el trabajo a realizar por los hospitales, ya que los resultados serán calculados en el INSALUD. Los indicadores mostrados a continuación son los del año 1999.



Definición de los indicadores extraídos del CMBD

1.1. Datos generales.

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).

Diagnósticos por alta: 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.

Procedimientos por alta: 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.

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 Holland¹², 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

$$\frac{\text{Nº total pacientes fallecidos en el hospital por causas potencialmente evitables x 100}}{\text{Nº pacientes dados de alta por estas causas}}$$

Tasa de mortalidad neonatal

Es un indicador de los riesgos pre, intra y postnatales inmediatos. En su numerador se incluyen todos los recién nacidos fallecidos entre el parto y el día 28 de vida. Dado que el indicador se extrae el CMBD, la definición puede diferir respecto a la definición clásica utilizada en salud pública.

1.3. GRDs inespecíficos.

Número de altas y porcentaje respecto al total correspondiente a los GRDs: 467, 468, 469, 470, 476 y 477. 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.



1.4. 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

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	DILATAION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEO
494	COLECISTEC.LAPAR.SIN EXPLORAC.COND.BILIAR SIN CC

Este año, no existe un listado de GRDs potencialmente ambulatorios común para todos los hospitales, sino que cada uno establece aquellos que considere. Sin embargo, se puede considerar válido el listado del año 1999 a los efectos de estimar que potencial de desarrollo tiene todavía la CMA, respecto a procedimientos que pueden ser realizados por este tipo de cirugía en casi todos los hospitales.

Tasa 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.

1.5. Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor.

Los reingresos urgentes por la misma CMD en un Período de tiempo limitado ayudan a detectar problemas de no calidad en la asistencia hospitalaria previa.

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:

1.º 10 al 14 de julio (episodio inicial).

2.º 19 al 31 de julio (1.º reingreso a los 5 días del anterior episodio).

3.º 7 al 10 de agosto (2.º 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.

1.6. 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.

1.7. 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 2000.

En la memoria de 1999 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 retorno a urgencias a las 72 horas.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Número de pacientes que acuden a urgencias por segunda vez en 72 horas} \times 100}{\text{Número total de pacientes que acuden a urgencias en un determinado Período}}$$

Mide la cantidad de pacientes que tras ser atendidos en el servicio de urgencias hospitalarias y ser dados de alta, regresa al mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el servicio de urgencias del hospital. Si bien, en sentido estricto deberían tenerse en cuenta únicamente los que vuelven por el mismo motivo, resulta muy difícil, cuando no imposible, considerar si es o no el mismo motivo el que le hace retornar. En este sentido, una complicación o un síntoma nuevo sobrevenido en el curso de un problema no bien resuelto podrían falsear la bondad del dato. Por este motivo es preferible incluir los retornos por cualquier causa, dado que el sesgo introducido es menor y menos relevante.

Aunque es normal que una proporción de pacientes, aun habiendo sido correctamente atendidos y tratados, tenga una evolución desfavorable y precisen de nuevo la asistencia urgente, no es menos cierto que cuando la calidad técnica de la misma no es la óptima, es más probable que algunos pacientes no reciban el diagnóstico o el tratamiento adecuado, o no hayan sido detectados todos los problemas de salud, y precisen por ello de una nueva atención. Por este motivo parece pertinente medir y monitorizar en el tiempo este indicador como reflejo indirecto de la efectividad real del Servicio de Urgencias

En el denominador del indicador, figurará el número de pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias en ese Período. En el numerador, el número de pacientes que vuelven a urgencias en un plazo de tiempo de 72 horas tras ser dados de alta, por cualquier causa.

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 Período de tiempo para calcularlo. En ambos casos, el hospital debe hacer un análisis de las causas del retorno a urgencias y proponer acciones de mejora para las causas evitables.

Tiene el hospital informatizados los registros en urgencias

- Sí
- No

Período de tiempo estudiado
.....

Resultado

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

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 2.2: tasa de prevalencia de pacientes con úlceras (Estudio EPINE)

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Número de pacientes con úlceras de decúbito}}{\text{Número de total de pacientes estudiados (EPINE)}}$$



Resultado

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

2.3. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Número de casos de infección nosocomial en un día determinado x 100}}{\text{Número total de pacientes estudiados en ese día}}$$

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:

$$\frac{\text{Número de infecciones de herida quirúrgica en pacientes intervenidos x 100}}{\text{Número de enfermos intervenidos}}$$

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

$$\frac{\text{Número de infecciones urinarias en pacientes sondados x 100}}{\text{Número de pacientes sondados}}$$

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

$$\frac{\text{Número de infecciones de herida quirúrgica en determinado procedimiento x 100}}{\text{Número de pacientes intervenidos por dicho procedimiento}}$$

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	Período 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:



	Período 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 telescópado (< 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

$$\frac{\text{Número de infecciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica x 1000}}{\text{Días totales de ventilación mecánica}}$$

Resultado

$$\frac{N^{\circ}}{N^{\circ}} \times 1000 = \dots\dots\dots\%$$

Período estudiado

2.8. Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) 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 una reducción de los plazos diagnósticos que puede reducir demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico o la atención a los pacientes¹⁴.

En años anteriores existió 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 AEP¹⁵ 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, y existe un manual de uso, traducido al español*. 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.

* Fundación Avedis Donavedian.

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.

Período 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 el porcentaje de intervenciones programadas a realizar con ingreso que son anuladas con posterioridad a su inclusión en parte quirúrgico por cualquier causa, independientemente de que sean sustituidas o no.

Es un cálculo informático sobre la base de datos hospitalaria que registra las intervenciones quirúrgicas programadas. 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

$$\frac{N^{\circ} \text{ de intervenciones programadas suspendidas}}{x 100}$$

$$N^{\circ} \text{ de intervenciones programadas}$$

Período de estudio

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

Señalar la causa más frecuente:

CAUSA DE SUSPENSIÓN
Motivo clínico (desaparece indicación, contraindicación quirúrgica, complicación clínica, etc.)
Paciente (renuncia, no se presenta, etc.)
Modificación de la programación en el mismo día por causa imprevista (prolongación intervenciones previas, cirugía urgente)
Técnica-administrativa (cambio de programación, falta de camas, problemas técnicos, averías, etc.)
Falta por completar el estudio preoperatorio
Varios, desconocida

2.10. Porcentaje de suspensiones de consultas externas.

La actividad desarrollada en Consultas Externas, surgida como apoyo a la de hospitalización, ha ocupado tradicionalmente un papel secundario frente a ésta. El mayor consumo de recursos de la hospitalización y la atención a casos más complejos y paradigmáticos de las diferentes Especialidades Médicas en esta modalidad asistencial, justifica un mayor interés por esta área de gestores y profesionales sanitarios.

En los últimos años, sin embargo, la conjunción de una serie de factores ha modificado este comportamiento promoviendo que las consultas externas cobren un mayor protagonismo. Entre estos factores cabe destacar la tendencia a la atención ambulatoria de los procesos en detrimento de la hospitalización; incremento de la actividad en consultas, como consecuencia del supuesto anterior y del aumento de la demanda; demoras excesivas en consultas externas, con lo que ello supone de pérdida de calidad de la asistencia; deficiencias en la gestión de la actividad de consulta externa que genera insatisfacción en pacientes y profesionales.

En el año 1999, en el conjunto del INSALUD se realizaron 1.183.540 ingresos y 5.190.260 asistencias en urgencias, cifras muy inferiores a las 21.840.024 consultas efectuadas, lo cual corrobora la importancia de las consultas externas en cuanto a volumen de actividad. Por otra parte, auditorías realizadas en varios hospitales, permitieron constatar que en ocasiones se produce hasta un 20% de incomparecencia y hasta un 5% de desprogramaciones a instancia del propio Centro. Lo que corrobora la, todavía, baja implicación de los directivos de los centros y del conjunto de profesionales en la gestión de las consultas externas y la propia complejidad de la misma.¹⁶

El año pasado se incluyó un indicador que midiera el porcentaje de suspensión de consultas, pero este indicador no fue definido de forma precisa y por tanto, fue medido de forma heterogénea.

Como se ha elaborado una guía de gestión de las consultas externas, que ya ha sido difundida por los hospitales en la fase de borrador, el indicador a monitorizar este año trata de adaptarse al contenido y definiciones de esta guía.



El sistema de información necesario para la gestión de las CCEE y obtención automática de indicadores aún no se ha implantado en todos los hospitales, por lo que la obtención de información sobre estos aspectos deberá llevarse a cabo a través de estudios específicos prospectivos en los hospitales.

Este año se ha decidido incidir en las consultas de los Servicios de Ginecología-Obstetricia y Urología. El indicador que se propone, pretende obtener información sobre el número de reprogramaciones de las citas de CCEE debidas a causas del hospital, relacionándolas con la actividad de estas consultas.

Se propone que el responsable de la evaluación de este indicador sea el Jefe del Servicio de Admisión.

Indicador 2.10.a. Porcentaje de reprogramación de la cita de consulta externa en el Sº de Urología por motivos del propio hospital.

Fórmula del indicador:

Nº de pacientes a los que se les reprograma la cita por motivos del propio hospital en la consulta de Urología durante el mes de octubre

Nº de pacientes vistos en la consulta del Servicio de Urología durante el mes de octubre.

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

Indicador 2.10.b. Porcentaje de reprogramación de la cita de consulta externa en el Sº de Ginecología-Obstetricia por motivos del propio hospital.

Fórmula del indicador:

Nº de pacientes a los que se les reprograma la cita por motivos del propio hospital en la consulta de Ginecología-Obstetricia durante el mes de octubre

Nº de pacientes vistos en la consulta del Servicio de Ginecología-Obstetricia durante el mes de octubre.

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

Se ha propuesto hacer esta medición en el mes de octubre, pero si el hospital lo prefiere, puede ser llevada a cabo en septiembre o noviembre.

Estudio de la permanencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios

Este indicador ha sido modificado ligeramente respecto al año anterior. Por eso, es necesario estudiar con detenimiento la nueva definición.

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SHU) son el primer contacto con el hospital para muchos ciudadanos¹⁷. 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 servicios¹⁸. El tiempo de permanencia de los usuarios¹⁹ puede ser utilizado como indicador de calidad en la evaluación de los SHU.

Una característica fundamental de la atención urgente es la rapidez. El paciente en urgencias debe ser atendido sin grandes dilaciones con el objetivo de identificar en poco tiempo su problema, y buscarle la solución más adecuada en el contexto real en que se presenta. Un tiempo de estancia prolongado puede significar que existen déficits de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficientes, etc.

Por todo ello, proponemos un estudio para medir el tiempo de permanencia 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 permanencia de todos los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del hospital a lo largo de 24 horas. El año pasado, se proponía estudiar un solo día. Este año, sin embargo, se seleccionarán dos o tres días, no festivos, entre semana (martes, miércoles, o jueves), en los meses de junio y octubre a ser posible, para minimizar el efecto de estacionalidad en la frecuentación de los Servicios de Urgencias^{20,21}. Una persona designada al efecto deberá registrar la hora de entrada en el servicio, la hora de alta y la de salida. Para evitar el sesgo de la observación, debería procurarse que no se conozca que se está realizando la medición.

El tiempo de permanencia es el tiempo total que permanece el paciente en el servicio de urgencias, desde que llega hasta que lo abandona, sea por alta, por ingreso en planta, por fallecimiento, por traslado a una unidad de observación, o por traslado a otro centro.

Al día siguiente se revisarán los casos de los pacientes que hayan permanecido 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.

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.

Período 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.*

Período 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 Vasca²² y de otras agencias²³:

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

$$\frac{N^{\circ} \text{ pacientes } < 60 \text{ ASA } 1 \text{ que tiene RX tórax en el estudio preoperatorio } \times 100}{N^{\circ} \text{ pacientes } < 60 \text{ ASA } 1 \text{ con estudio preoperatorio estudiados}}$$

$$\frac{N^{\circ} \text{ pacientes } < 60 \text{ ASA } 1 \text{ con estudio preoperatorio estudiados}}{N^{\circ} \text{ pacientes } < 60 \text{ ASA } 1 \text{ con estudio preoperatorio estudiados}}$$

Resultado

Período de estudio

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

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

En el año 1999 se llevó 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

$$\frac{N^{\circ} \text{ de pacientes en riesgo detectados y entrevistados por la unidad de seguimiento } \times 100}{N^{\circ} \text{ pacientes en riesgo detectados}}$$

Período de estudio

Resultado

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

VI. Referencias bibliográficas



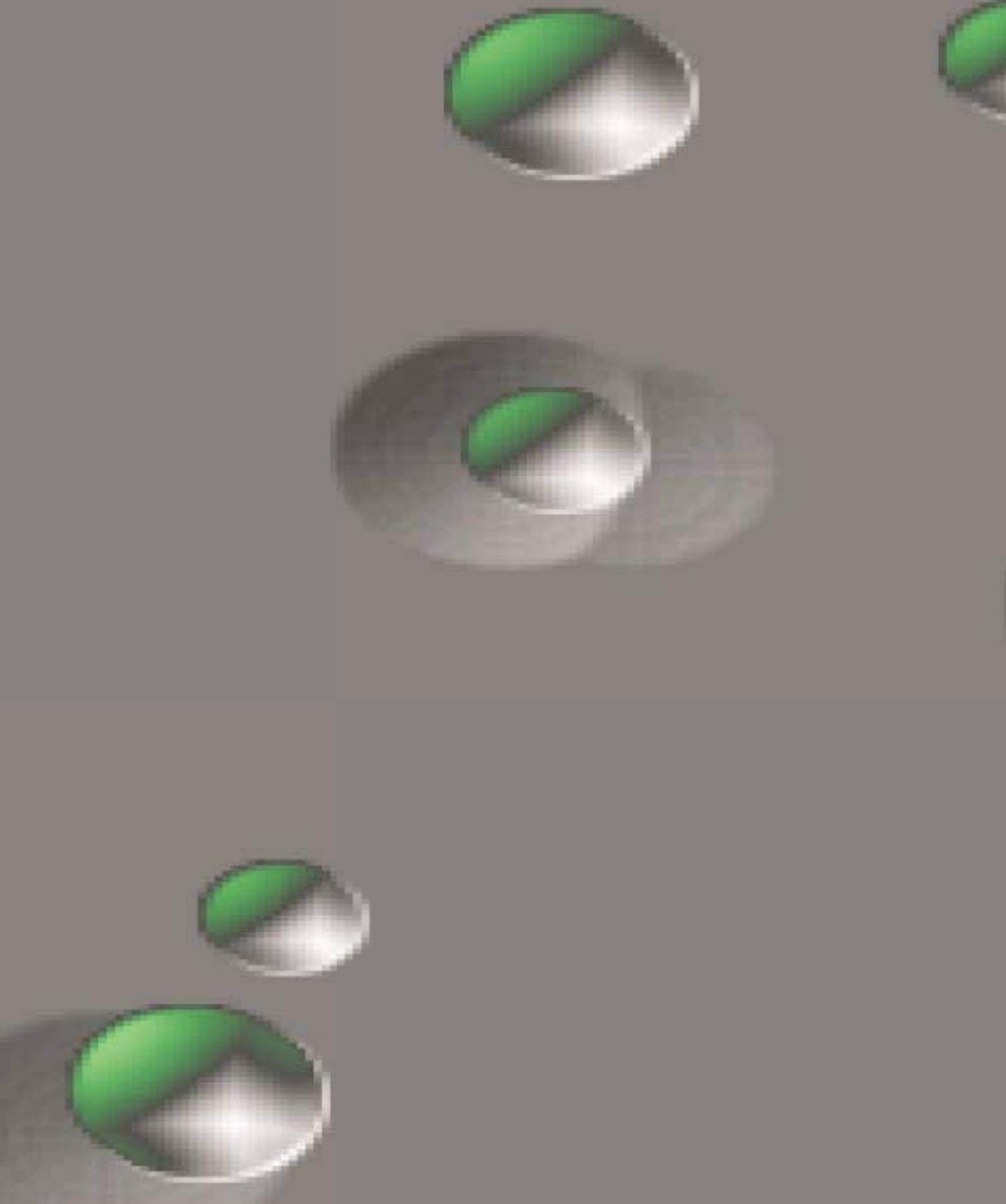
VI. Referencias bibliográficas

- ¹ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Fundación Avedis Donabedian. SG Editores. Barcelona 1995. (Pag 267).
- ² Información y documentación clínica. Documento final del grupo de expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.
- ³ 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).
- ⁴ Delgado Vila R, Suñol Sala R. La información clínica para el control de calidad asistencial. Todo Hospital 1990. Mayo: 39-43.
- ⁵ 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.
- ⁶ Manresa Presas JM. El informe de alta hospitalaria: la conciencia del clínico. Med Clin (Barc) 1993;101:253-254.
- ⁷ 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.
- ⁸ Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. INSALUD. Madrid 1998.
- ⁹ Criterios de inclusión y registro de la demanda quirúrgica y de la lista de espera. Circular 3/94. INSALUD.
- ¹⁰ Grupo de Trabajo EPINE. Director: J. Vaqué. Proyecto EPINE 1990-1999. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. 2001.
- ¹¹ Murillo Capitán E. Protocolos. Med Clin (Barc) 1994;102:659-660.
- ¹² Osteba. Indicaciones del uso apropiado de Resonancia Magnética. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria, marzo 1997.
- ¹³ Johnson S. Pathways of Care. Blackwell Science. Gran Bretaña 1997.
- ¹⁴ García Caballero J, Díez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. Vías clínicas. Medicina Preventiva 1999;5:28-39.

- ¹⁵ 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
- ¹⁶ González Enríquez J, Salvador Llivina T. Profesionales de la salud y tabaco: avances en España. Gaceta Sanitaria 1996;10:1-3.
- ¹⁷ 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).
- ¹⁸ Estudio sobre la situación actual del tabaco: repercusión en España. Consejo de Consumidores y Usuarios. Madrid 1999.
- ¹⁹ Gilmore CM, De Moraes Novaes H. Manual de gerencia de la calidad. Organización Panamericana de la Salud 1996.
- ²⁰ Saturno Hernández PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 437-443.
- ²¹ Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). Control de Calidad Asistencial 1991;6: 60-64.
- ²² Angaran DM. Selecting, developing, and evaluating indicators. Am J Hosp Pharm 1991;48:1931-7.
- ²³ Sennet C. An introduction to HEDIS. Hospital Practice 1996;june 15:147-148.
- ²⁴ Mainous AG, Talbert J. Assessing quality of care via HEDIS 3.0. Arch Fam Med 1998;7:410-413.
- ²⁵ Hiltunen K. HEDIS 1999 Effectiveness of care measures: implementation issues. Journal for Healthcare Quality 1999;21:32-35,54
- ²⁶ Bishop W, Park K, Rector J, Faulkner M. HEDIS audits: meeting the challenge. Journal for Healthcare Quality 1999;20:10-15.
- ²⁷ Kazandjian VA, Lied TR. Cesarean section rates: effects of participation in a performance measurement project. Journal on Quality Improvement 1998;24:187-196.
- ²⁸ Compendium of clinical indicators. University Hospital Consortium. UHC 1990.
- ²⁹ Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB, Plume SK. Building measurement and data collection into medical practice. Ann Intern Med 1998;128:460-466.
- ³⁰ 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.
- ³¹ 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.
- ³² Gispert Magarolas R. La mortalidad evitable: ¿indicador de calidad asistencial?. Control de Calidad Asistencial 1992;7:1-7.



- ³³ 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.
- ³⁴ Holland W. Avoidable death as a measure of quality. *Quality Assurance in Health Care* 1990;2:227-233.
- ³⁵ Ortun V., Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clin (Barc)*, 1988; 90:399-403.
- ³⁶ 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.
- ³⁷ Colomer Mascaró J, Ramón Roca C, Varela Pedragosa J, Borràs Andrés JM. La cirugía ambulatoria en España: un estudio Delphi. *Gac Sanit* 1996;10:238-243.
- ³⁸ García Ortega C, Almenara Barrios J, García Ortega JJ. Tasa de reingresos en un hospital comarcal. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:103-110.
- ³⁹ Cuende Melero N, Baylín Larios AB. Neumonía nosocomial. En: Garrido Cantarero G. *Manual de Medicina Preventiva*. Jarpyo Editores SA. Madrid 1998.
- ⁴⁰ Fishbein MJ. Inappropriate use of hospitals. *N Engl J Med* 1987;316:1215-16.
- ⁴¹ 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.
- ⁴² 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.
- ⁴³ 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.
- ⁴⁴ 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.
- ⁴⁵ 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.
- ⁴⁶ Osteba. Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático para cirugía electiva programada. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Junio 1994.
- ⁴⁷ Preoperatives routines. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Mayo 1989.



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

