

Actividad por unidades

Archivo de historias clínicas.

MOVIMIENTOS DE HISTORIAS CLÍNICAS. AÑOS 2008 – 2016 (*).

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pedidos	355258	362980	353054	304588	291290	261.758	237.072	175.739	116.195
Préstamos	321110	327946	320013	278670	263.986	247.198	205.064	151.133	97.397
% No suministradas	8,84	9,65	9,40	8,50	9,37	5,6	13,1	14	16,7
Recuperaciones	370123	370137	353451	305108	291.926	248.666	212.923	150.351	97.349
Archivado de documentación suelta	-	121661	124198	116877	125.539	510.799	44.087	80.332	99.759
Movimientos totales	714.874	698.083	673.464	582.468	555.912	503.055	417.987	301.484	194.746
Variación anual de movimientos en %	+ 2,84	- 2,35	- 3,5	- 13,5	- 4,6	- 9,5	- 16,9	- 27,8	- 35,4

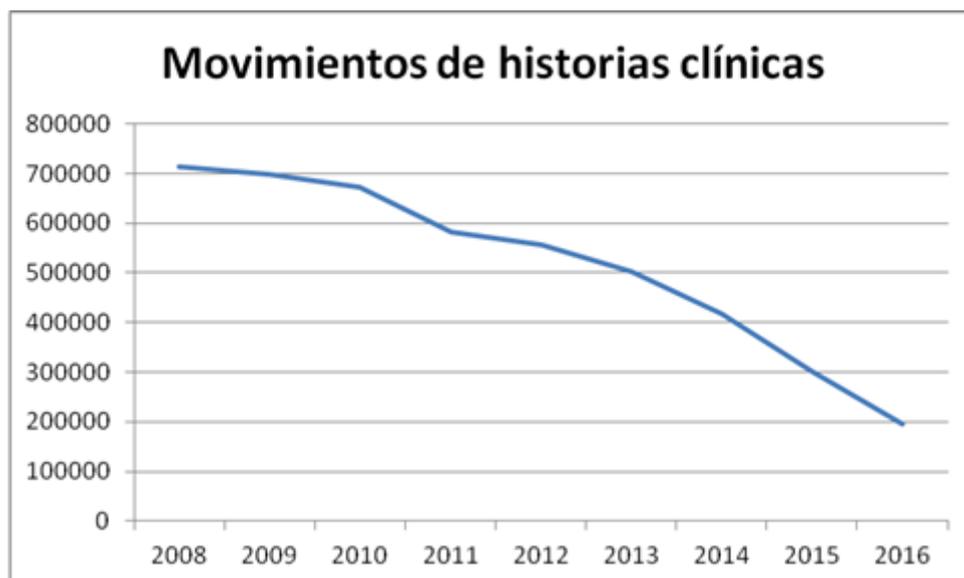
(*) Incluyen actividades del archivo central más los del Archivo externo. No incluyen los movimientos de Oncología, ni del Centro Periférico de Especialidades.

Los datos de documentación suelta de 2014 corresponden al primer semestre del año y los de 2015 corresponden a los 9 últimos meses del año.

El pico de movimientos totales (archivo central + archivo externo) de historias clínicas se alcanzó en el año 2008 en el que se llegó a la cantidad de 714.874 (344.751 préstamos más 370.123 recuperaciones). A partir de ahí, se ha ido produciendo una disminución progresiva de aquellos. Esto no es un hecho fortuito, sino que se debe a una mejor gestión de las solicitudes, con un trabajo tenaz y sistemático para conseguir acuerdos con los distintos Servicios Clínicos para no enviarle determinadas historias clínicas en función de su escasa utilidad, al optimizar el uso del programa Gestor de Informes y posteriormente el DIRAYA de atención hospitalaria.

En 2013 la disminución de la actividad conseguida, tanto en valor absoluto como en el porcentaje sobre el año anterior permitió que tres auxiliares administrativos que abandonaron el Servicio por motivos diferentes (2 jubilaciones y una comisión de servicio) no se hayan sustituido. Como se ha comentado anteriormente en este documento, la eliminación de los turnos nocturnos y de festivos en mayo de 2016 conllevó que otros tres administrativos abandonaran el Servicio sin ser sustituidos.

La disminución total de movimientos de historias clínicas conseguido en el periodo 2008 – 2016 ha sido de 520.128, lo que supone una caída de un **72,8%**, como puede apreciarse en el gráfico que sigue.



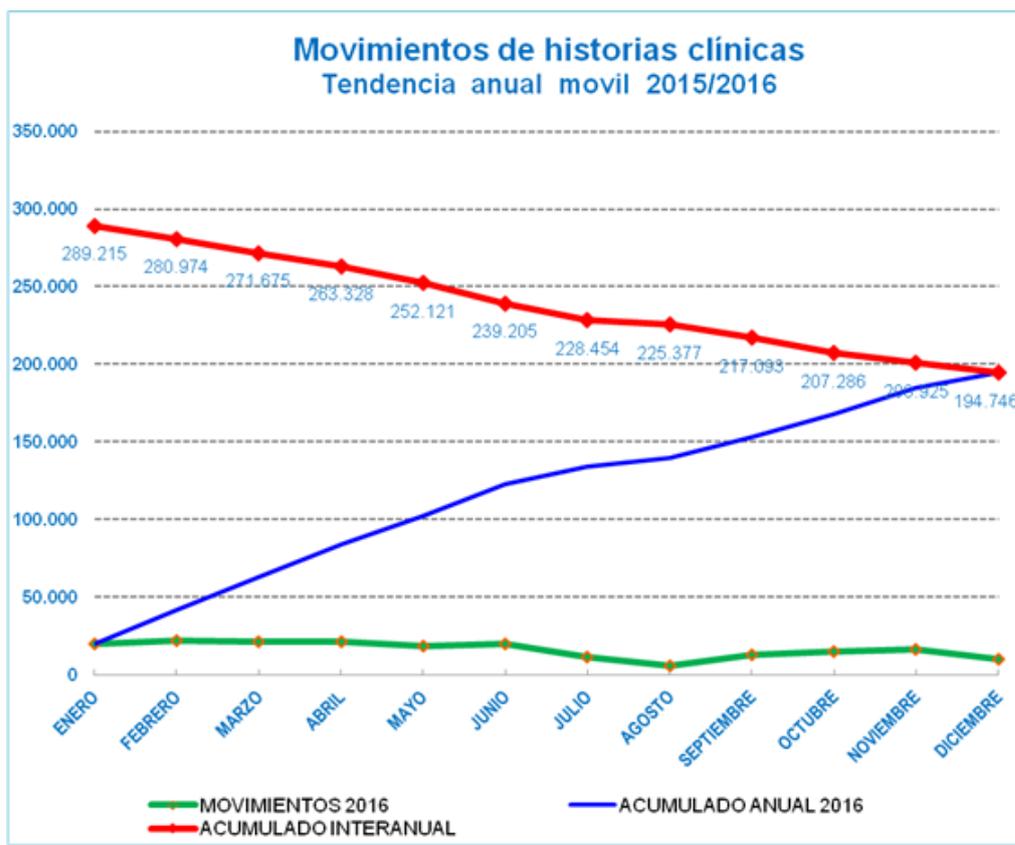
La incorporación paulatina de los facultativos al uso de la nueva historia clínica electrónica del hospital (DIRAYA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA – DAH), está permitiendo una mejora en la seguridad del paciente, el crecimiento en la calidad y, al mismo tiempo, la aceleración en la reducción en el gasto provocado por la disminución de los movimientos de la historia clínica en soporte tradicional.

Las medidas adoptadas han hecho que se haya podido soportar la restricción en las contrataciones de personal administrativo en todos estos años de crisis económica e incluso la disminución del número de personas empleadas en el archivo.

Por otra parte, la adjudicación a una nueva empresa en 2011 de la actividad externalizada permitió reducir la facturación en un 15 % en el pliego del concurso.

Además, se ha contenido el crecimiento constante de la facturación provocada por el hecho de que cada año se le transfería a la empresa externa una cantidad de historias clínicas que venía determinada por la insuficiente capacidad del espacio disponible en el hospital general. Esto lo estamos consiguiendo con bastantes dificultades mediante la herramienta ya citada (disminución de los préstamos por uso del Gestor de Informes inicialmente y posteriormente del DIRAYA ATENCION HOSPITALARIA), por eliminación de documentación pasiva y por un proceso de expurgo de la documentación clínica sostenido en el tiempo.

Como indica el gráfico “Z” de 2014/2015, que recoge la tendencia anual móvil de los movimientos totales de historias clínicas, el acumulado interanual sigue marcando una tendencia clara hacia el descenso por lo que muy probablemente en 2017 se va a conseguir de nuevo una reducción notable.



CPE CARLOS CASTILLA DEL PINO	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016
Número de peticiones	48.388	50.293	49.612	38.870
Número de préstamos	37.336	39.725	40.030	31.148
Nº de Historias recuperadas	53.647	55.943	54.723	42.618
Nº de documentación recuperada	4.783	3.528	3.383	2.259
Hª no localizadas	16	45	24	5
Peticiones extras	5.202	5.509	5.332	2.566
Incidencias	561	946	940	261
TOTAL MOVIMIENTOS	92.870	95.668	94.753	73.766

Los movimientos de historias clínicas en el CPE permanecen muy estables en el tiempo. Se ha intervenido en algunas especialidades para que pasen a usar la historia electrónica, lo que ha redundado en una reducción de la actividad en 2016 que ha supuesto un 22,1 %.

ONCOLOGÍA MÉDICA	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016
Peticiones	27.964	30.902	38.860	35.367
Prestadas	21.330	23.208	29.641	27.710
No inventariadas	2.191	3.818	3.235	1.645
Prestada / s/carpeta o electrónica	4.440	3.924	6.037	5.913
Recuperadas	23.981	25.424	32.526	31.690
Total movimientos	45.311	48.807	62.167	59.400

Es muy llamativo el crecimiento de los movimientos de Oncología Médica en 2015, que parece estar relacionado con el incremento del número de consultas realizado este año por la UGC de Oncología. La pequeña reducción en los movimientos de 2016 lo atribuimos a que no se han servido algunas historias clínicas a determinados facultativos, después de acordarlo con ellos.

Recuperación y ensobrado de la documentación clínica suelta.

Los movimientos de historias clínicas han sido utilizados clásicamente como la forma más aproximada de conocer la carga de trabajo en el archivo. Este modo de proceder hace que no se vea reflejada toda la tarea que se lleva a cabo de recuperación e introducción de la documentación suelta, que llega al archivo devuelta desde los Servicios clínicos, en el correspondiente sobre de la historia clínica.

Esta documentación suelta se genera en los episodios de hospitalización para los cuales no se ha movido la historia clínica, así como por las historias de consulta y documentación auxiliar que se produce en dichas consultas (analíticas, placas, electrocardiogramas.....). Toda esta actividad se ha podido recoger durante unos años gracias a una aplicación elaborada por el Servicio de Informática, pero no disponemos de esta posibilidad desde la instauración del DIRAYA DE ATENCION HOSPITALARIA. En 2016 hemos medido esta gran carga de trabajo diario, lo que ha supuesto un total de 99.759 documentos sueltos que se han integrado en su historia clínica. Este incremento con respecto al año anterior se explica porque al no enviar historia clínica es más la documentación que se devuelve al archivo para guardar en su sobre de historia (consentimientos informados, inclusión en lista de espera....)

A pesar del esfuerzo que realizamos para disminuirla, esta actividad se ha incrementado a lo largo de este último año, lo que ocupa gran parte de la actividad del personal destinado en el archivo.

Actividad de la Unidad de Derechos ARCO.

En los últimos años El Servicio Andaluz de Salud ha puesto en marcha en sus centros un nuevo servicio a los ciudadanos que les permite a estos la posibilidad de ejercer sus derechos Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO) que incluyen acceder a una copia de parte o de la totalidad de su historia clínica. Este derecho está provocando una demanda creciente de copias de documentos clínicos de tal modo que el trabajo que genera supone ya una gran parte de la tarea administrativa que se realiza en el archivo.

La actividad crece sostenidamente durante los años 2009 a 2011 y se estabiliza en 2012, como puede verse en las tablas que siguen. En 2013 hay de nuevo un incremento ostensible en la demanda, de la que no conocemos su causa.

COPIAS DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Periodo 2007 – 2016

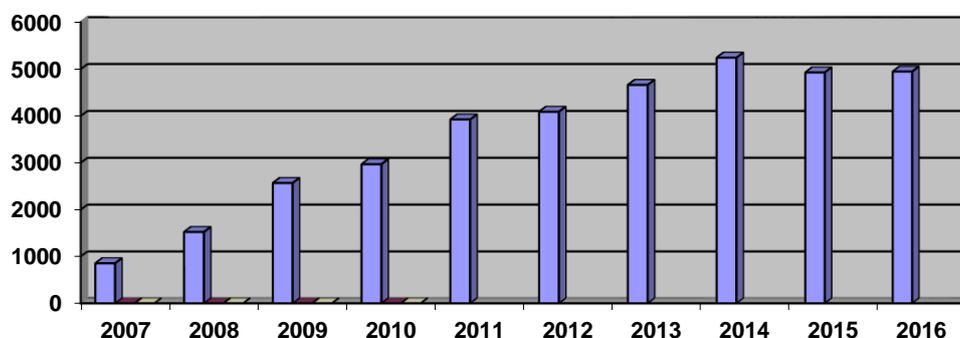
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Solicitudes	856	1524	2570	2970	3925	4090	4663	5244	4929	4947
Entrega copias	912	1452	2727	3047	3925	3951	4497	5089	4429	4593
Promedio mensual de entregas	182	207	227	253	329	329	375	424	370	383
Incremento anual de solicitudes en %	*	-	68,7	15,7	22,2	4,2	14,1	12,5	- 6	- 0,3

(*) Las solicitudes presentadas en 2007 solo se monitorizaron unos meses.

Como muestra la tabla de la evolución de la actividad en el periodo 2007 - 2016, la demanda ha ido creciendo de forma sostenida, aunque muy discretamente desde 2012, pasando los promedios de entrega de copias en días laborables (247) desde 11,04 en 2009 a 17,9 en 2015.

El incremento en valor absoluto en el periodo (diferencia entre 2008 y 2015) ha sido de 2.997 copias, lo supone un incremento del 205 %. Esto nos ha obligado a destinar más personal para esta tarea, detrayéndolo de las funciones de archivo. El año 2016 ha concluido con 7 personas destinadas al Servicio de copia de historia clínica, debido a la creación de la unidad ARCO.

En el gráfico que sigue puede observarse la evolución de las solicitudes presentadas en la Unidad ARCO por los ciudadanos.



Los tipos de solicitudes que se presentan por los ciudadanos en la Unidad Arco se muestran en la tabla que sigue.

Desglose de solicitudes que se presentan en la Unidad ARCO. Año 2016

TIPO DE SOLICITUDES	NÚMERO	%
Copias de historias clínicas por el Servicio Atención al ciudadano	4.655	94,1
Copias de historias clínicas por otros hospitales	50	1,1
Copias de historias clínicas por Unidad Técnico Jurídica	170	3,4
Copias de historias clínicas por otros	15	0,3
Rectificación y / o cancelación de datos	22	0,4
Rectificación y / o cancelación de oficio	35	0,7
TOTAL	4.947	100

Como puede observarse, la mayoría de las peticiones de copias de historias clínicas, nos llegan desde el Servicio de Atención al Ciudadano que es la vía natural empleada por las personas interesadas. El segundo bloque en importancia lo constituyen las peticiones desde otros hospitales. A continuación las de la Unidad Técnico Jurídica.

Es a partir del día 1 de julio cuando se crea la Unidad de derechos ARCO y es el servicio de Documentación Clínica el encargado de recibir las solicitudes. Además del derechos de acceso a la historia clínica también se han atendido casos de Rectificación y / o cancelación en la historia clínica y en la historia clínica de oficio, como puede observarse en la tabla anterior.

Reclamaciones.

RECLAMACIONES ESCRITAS RECIBIDAS. AÑOS 2006 - 2016

Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total reclamaciones	30	24	21	10	12	6	4	3	8	8	3
Reducción en %	- 34,7	- 20	- 12,5	- 52,3	+ 20	- 50	- 33,3	- 25	+ 166,6	0	-37,5
Tasa por 100.000 préstamos	8,9	7,5	6,5	3,1	3,7	2,15	1,51	1,21	3,9	5,29	3,08



Como puede apreciarse, el número absoluto de reclamaciones al archivo de historias clínicas han ido reduciéndose de manera consistentemente progresiva desde el año 2006 al 2014. De igual manera ha ocurrido en la tasa por 100.000 préstamos.

En el año 2015 ha habido un repunte que en valor absoluto no es muy importante, pero sí en su valor relativo. Hemos analizado cada una de las reclamaciones y los motivos han sido: relacionado con la copia de documentación clínica: 5, no aparece la historia clínica: 2 y relacionado con el Servicio de Archivo: 1. Esto nos indica que tenemos que prestarle una mayor atención al proceso de entrega de copias de documentación (uno de los derechos ARCO) y perseverar en la mejora del servicio de préstamos de historias clínicas.

Teniendo en cuenta el número absoluto de reclamaciones que recibimos, va a ser muy difícil conseguir reducciones en el futuro, aunque consideramos a este tipo de servicio de una importancia fundamental para una buena asistencia y existe una lógica sensibilidad con este aspecto en la mayoría de las personas que trabajan en este Servicio.

Desde 2014 cada reclamación se considera un acontecimiento centinela, por lo que se procede siempre a su análisis, con objeto de aprender de cada una de ellas e introducir las mejoras que sean precisas.

MOTIVOS DE RECLAMACIONES ESCRITAS. AÑOS 2006 - 2016

Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
No se envía historia clínica a consulta	26	19	11	8	9	3	3	2	5	2	1
Suspensión de intervención quirúrgica por no disposición de historia clínica	0	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0
Relacionada con la gestión de la copia de documentación clínica	1	2	6	1	0	3	1	1	3	5	2
Falta documentación en la historia clínica	3	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0
Relacionado con el funcionamiento del Servicio de archivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total reclamaciones	30	24	21	10	12	6	4	3	8	8	3

Durante años, la causa más frecuente que ha generado una reclamación ha sido el no envío en el momento adecuado de la historia a consulta, pero en 2011 se observó que las reclamaciones en relación con las solicitudes de copia de documentación clínica llegaron a igualarlas en número. Esto hizo que se procediera a un análisis de causa-raíz sobre este tipo de reclamaciones para evitarlas o reducirlas aún más, que tuvo un efecto positivo. Como se ha comentado anteriormente, la garantía del acceso a la documentación clínica es ahora el aspecto prioritario a mejorar para evitar reclamaciones por este motivo.

Unidad de Información Clínica

ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN CLÍNICA. AÑOS 2010 – 2016

Actividad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CMBDH	40.182	39.866	39.396	39.293	39.902	40.255	38.032
Altas Hospitalarias codificadas*	40.171	39.866	39.396	39.293	39.899	40.255	38.028
Porcentaje de CMBD Válido	99,97	100,00	100,00	100,00	99,99	100,00	99,99
Promedio de Diagnósticos/Alta Hospitalaria	5,39	5,25	5,80	5,81	6,10	6,31	5,63
Promedio de Procedimientos/Alta Hospitalaria	2,30	2,24	2,23	2,33	2,36	2,36	1,84
Hospital de Día Quirúrgico	20.663	20.487	22.438	23.150	21.328	20.318	22.096
Procedimientos CMA codificados*	19.478	20.487	22.438	23.150	21.328	20.318	22.096
Porcentaje de CMA Válido	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Hospital de Día Médico	72.522	88.561	55.243	86.412	72.716	13.672	17.441
Asistencias en Hospital de Día Médico codificadas *	6.644	9.428	15.445	86.416	72.716	13.672	17.441

(*): Episodios Asistenciales codificados en sus variables clínicas (diagnósticos y procedimientos) por el Servicio de Documentación Clínica.

En todo el periodo 2010 – 2016, se observa un número de altas de hospitalización muy estables. Aunque en 2016 ha habido una disminución apreciable en el número de altas de hospitalización convencional, muy probablemente, esto está relacionado con el enorme esfuerzo de atención de los pacientes en régimen ambulatorio que viene haciendo el hospital, pero también con la mejora en el registro de la actividad en cirugía ambulatoria ya que en años anteriores algunos casos se contaban como de hospitalización convencional por un déficit en el proceso de registro administrativo.

La actividad de codificación en la Unidad de Información Clínica ha venido creciendo desde 2010 a 2016 provocado por una mayor captación de los episodios asistenciales de la hospitalización de día.

El descenso en el número de episodios de hospital de día codificados en 2015, se debe a que en este ejercicio no se ha podido incluir la actividad de Oncología Médica ni Radioterápica (radioterapias ambulatorias), aunque si las braquiterapias. Esto es debido a la nueva exigencia del DIRAYA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA que exige de la generación de un ingreso y un alta administrativos por cada uno de los episodios asistenciales de hospital de día. Esta tarea no se está realizando ni por el Servicio de Admisión, ni por las propias UGCs, lo que hace imposible su codificación por nuestro Servicio.

A pesar de la utilización de la CIE-10 durante el año 2016, no se han artefactado de forma importante los datos de globales de actividad.

Datos e indicadores de producción del hospital. Años 2.009 – 2.016.

Se exponen a continuación con algo más de detalle los indicadores de producción o resultado global del hospital obtenidos del CMBDA en base a la codificación llevada a cabo por la Unidad de Información Clínica, lo que permite hacer una estimación bastante aproximada a la carga de trabajo que conlleva esta tarea.

DATOS E INDICADORES DE PRODUCCIÓN DEL HOSPITAL. AÑOS 2.009 – 2.016.

CMBD HOSPITALIZACIÓN								
VARIABLES	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016
Altas Hospitalarias	41.239	40.182	39.866	39.396	39.293	39.902	40.255	38.032
De Ingresos Urgentes	20.737	19.547	21.381	21.430	17.610	18.965	20.506	-
De Ingresos Programados	20.502	20.636	18.485	17.966	21.683	20.937	19.749	-
Estancias	327.614	306.527	293.275	279.959	274.266	267.743	269.306	261.126
Estancias Esperadas	336.807	323.579	312.753	300.239	291.947	298.866	294.667	284.099
Estancia Media	7,94	7,63	7,36	7,11	6,98	6,71	6,69	6,87
Estancia Media Esperada	8,17	8,05	7,85	7,62	7,43	7,49	7,32	7,47
Estancia Media Depurada *	6,73	6,61	6,33	6,14	5,98	5,88	5,80	-
Estancia Media Preoperatoria Programada	1,66	1,93	1,51	1,40	1,22	1,05	1,11	1,04
Índice de Utilización de Estancias	0,97	0,95	0,94	0,93	0,94	0,90	0,91	0,92
Estancias Evitadas	- 9.193	- 17.039	- 19.478	- 20.280	- 17654	- 31.152	- 25.315	-23.359
Índice Case-Mix en Pesos	1,94	2,00	2,02	2,06	2,08	2,09	2,11	1,11
Puntos GRDs	80.111	80.476	80.790	80.979	81.730	83.395	84.939	42.261
Reingresos Urgentes < 30 días, igual diagnóstico principal	504	535	427	470	475	566	686	1.859
Mortalidad	1.997	1.904	1.935	1.914	1.865	1.867	1.973	2.079
Total de Partos	4.159	4.111	4.108	3.833	3.650	3.621	3.688	3.574
Cesáreas	862	852	793	764	741	707	724	728
Partos Vaginales	3.297	3.259	3.315	3.069	2.909	2.914	2.944	2.846
Partos con Anestesia Epidural	2.316	2.415	2.537	2.453	2.197	2.134	2.372	2.435
GRDs No Válidos (470 y 469)	5	11	0	0	0	0	0	0

*Los datos depurados corresponden a las altas excluyendo pacientes outliers y aquellos con estancia de 0 días y alta a domicilio.

El hospital está reduciendo el número de altas y su estancia media paulatinamente, con un índice de complejidad que crece discretamente cada año. Esto lo está consiguiendo por un mejor funcionamiento, ya que se observa que, al mismo tiempo, que reduce el Índice de Utilización de Estancias (IUE), lo hace también con el número de altas y no sólo con la estancia media, lo que provoca una reducción de las estancias totales empleadas. Esto último significa que el hospital es más eficiente, porque conlleva una disminución ostensible del gasto: la reducción en las estancias empleadas en 2015 con respecto a 2009 es de 66.488, lo que supone el uso de 182 camas menos cada día.

Es de destacar el resultado obtenido por el hospital en su IUE, que alcanzó por primera vez en su historia el valor de 0,95 en el año 2010, lo que ha supuesto también un valor negativo en las estancias evitables. Este valor se ha venido reduciendo muy discretamente desde entonces y se mantiene estable en el valor 0,92 en los últimos dos años.

El comportamiento del hospital en cuanto a la utilización de las camas en el periodo 2009 - 2016 es mejor que el promedio de Andalucía, a pesar de que en el estándar están incluidos todos los centros, cualquiera que sea su nivel de complejidad.

Esta mejora en la eficiencia es, por ahora, una tendencia, lo que significa que si no ocurre algún extraño acontecimiento, el hospital volverá conseguir un uso de la hospitalización en 2017, mejor que el promedio de Andalucía, con una tendencia clara hacia el estudio y tratamiento ambulatorios de los procesos clínicos y una asistencia más ágil a los pacientes ingresados, con una estancia media que se ha situado en 2015 en el valor 6,69 por primera vez en la historia del centro. El pequeño incremento en la estancia media en 2016 puede estar relacionado con la mejora en el registro de la cirugía mayor ambulatoria.

La reducción en el Índice case-mix en 2016 se debe al hecho de que en 2016 se utilizan los AP-DRG. Haciendo una extrapolación, el resultado que se habría obtenido en 2015 con el mismo criterio, sería 1,09. Todo lo comentado en los párrafos anteriores tiene, por tanto, base argumental. El mismo comentario se puede hacer en relación con los puntos GRDs conseguidos.

Se observa una reducción discreta, pero ostensible y progresiva en el número de partos hasta 2014, con una discreta recuperación en 2015 poco significativa.

HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO								
Variables	AÑO							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Procedimientos CMA	22.427	20.663	20.487	22.438	23.150	21.328	20.318	22.096
Puntos GRDs	19.637	18.665	18.408	21.138	21.870	21.180	19.994	16.673
Peso Medio	0,88	0,90	0,90	0,94	0,94	0,99	0,98	0,75

La evolución de la actividad quirúrgica sin ingreso, la cirugía mayor ambulatoria, muestra una discreta caída en 2010, sobre 2009 y una estabilización de la actividad en 2011, con un peso medio similar. En 2012 hay de nuevo un incremento muy apreciable que se mantiene en 2013, para volver a reducirse en 2014 y 2015.

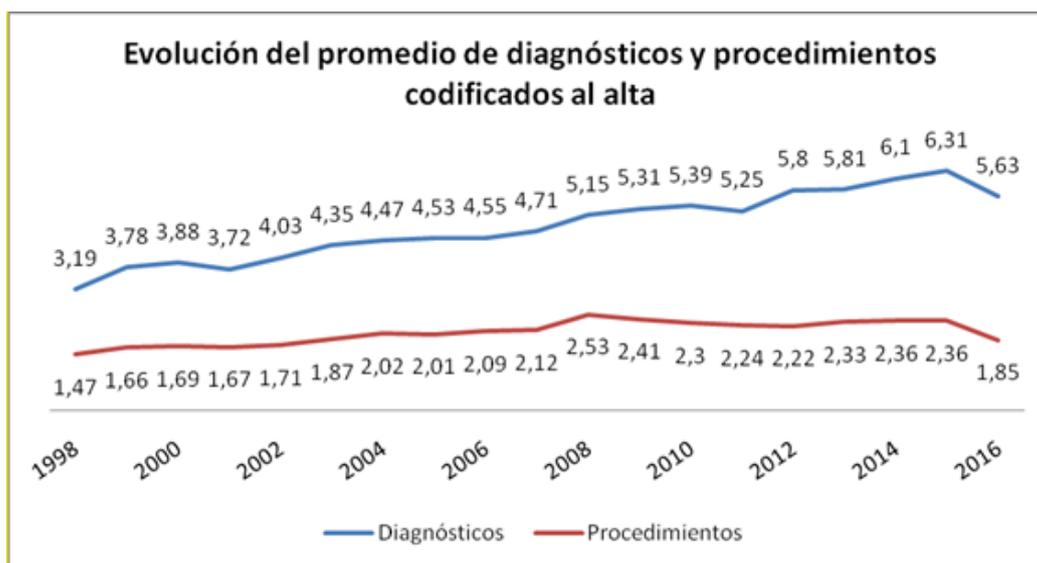
El descenso que se observa en el peso medio en 2016, está relacionado con el uso de la CIE-10.

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO								
Variables	AÑO							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Procedimientos	65.934	72.522	88.561	55.243	86.412	72.716	13.672	17,741
Puntos GRDs	54.444	61.969	78.410	50.356	86.656	70.857	11.943	-
Peso Medio	0,83	0,85	0,89	0,91	1	0,97	-	-

Como se ha comentado anteriormente, el descenso en el número de episodios de hospital de día médico codificados en 2015 y 2016, se debe a un déficit en la captación de la actividad, ya que en estos ejercicios no se ha podido incluir la actividad de

Oncología Médica ni Radioterápica (radioterapias ambulatorias), aunque si las braquiterapias. Esto es debido a la nueva exigencia del DIRAYA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA que precisa de la generación de un ingreso y un alta administrativos por cada uno de los episodios asistenciales de hospital de día. Esta tarea no se está realizando ni por el Servicio de Admisión, ni por las propias UGC, lo que hace imposible su codificación por nuestro Servicio.

Gráfico 1. Calidad de la codificación de episodios asistenciales



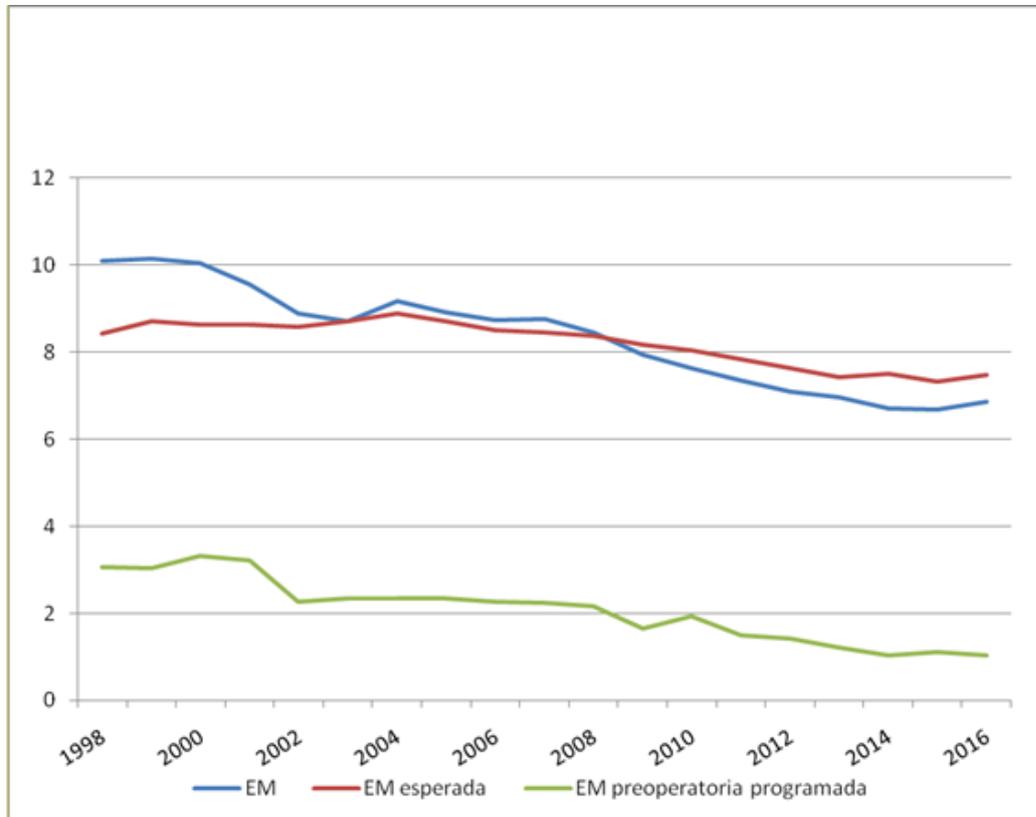
Como puede observarse, la complejidad del hospital se incrementa de forma continuada desde hace más de 15 años. Esto puede estar en relación con un incremento real de la complejidad, la mejor utilización de las camas (se ingresan sólo a los pacientes más complejos) y, presumiblemente, por un trabajo cada vez más preciso en la codificación de los episodios asistenciales.

En el caso de los procedimientos, existe un estancamiento en el promedio del número por alta. Salvo que, lógicamente, el número de procedimientos en la práctica asistencial es más “redondo” que el de diagnósticos, es difícil interpretar este dato: ¿estamos ya en el límite de la precisión en la codificación?, ¿es menos intervencionista la práctica clínica?

La caída producida en 2016 tanto en el número de diagnósticos como el de procedimientos está relacionada, sin duda, con el uso de la CIE-10 que es mucho más difícil y complejo. Probablemente remontará algo en 2017, pero realmente el año 2016 va a marcar una nueva etapa.

Gráfico 2. Evolución de la utilización del hospital. Estancias medias

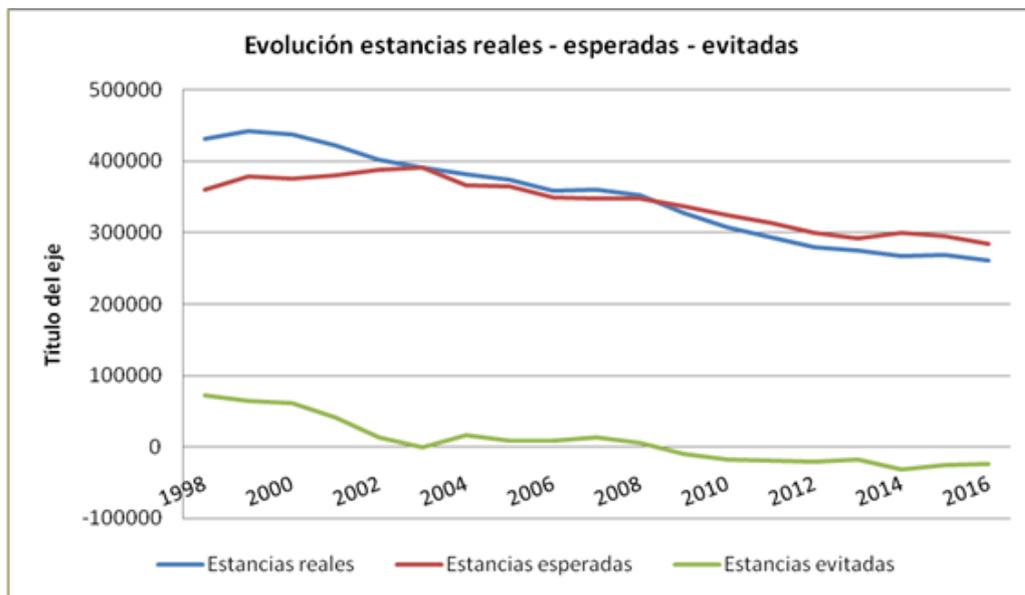
Evolución de las estancias medias



El análisis de la utilización del hospital a través de algunos indicadores obtenidos de las estancias medias, muestra que ya en 2009 se cruzaron en el gráfico los valores de la estancia media obtenida y la esperada por un mayor descenso de aquella.

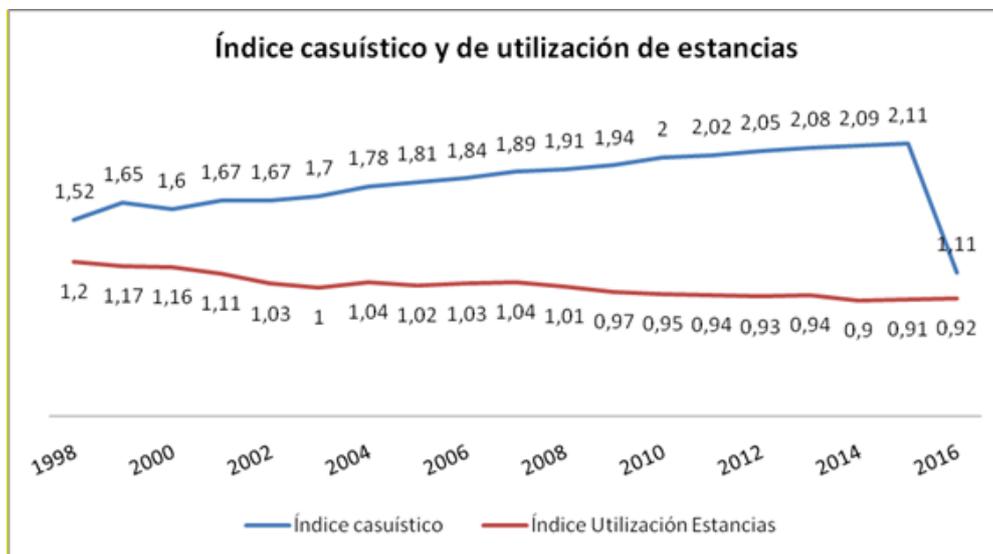
Es consistente la tendencia del hospital a reducir la estancia preoperatoria de los enfermos intervenidos quirúrgicamente. Hay un discreto repunte en la estancia media preoperatoria en 2010 que no podemos explicar, pero que no detiene el descenso en la estancia media que viene observándose como una tendencia.

Gráfico 3. Evolución de la utilización del hospital. Otros indicadores



El análisis de la utilización del hospital a través de otros indicadores como las estancias absolutas, evidencia un resultado en 2009 en el que las estancias evitadas tienen un valor negativo sobre las esperadas, lo que indica una mejor gestión en el HURS del recurso cama, al compararlo con el estándar andaluz. Supone un elemento importante de mejora en la eficiencia general del centro que, además, parece mantenerse en los últimos siete años, incrementándose paulatina, aunque discretamente, la distancia entre los resultados del HURS y el promedio de Andalucía.

Gráfico 4. Complejidad y eficiencia en el uso de la hospitalización



El resultado alcanzado en el IUE en 2009 (0,97) ya fue un hecho histórico en el HURS porque nunca se había conseguido disminuirlo hasta colocarlo por debajo del estándar, pero el valor de los años sucesivos hasta obtener en 2014 un 0,90, le da una gran consistencia, pues indica que el hospital tiene una tendencia clara hacia la eficiencia.

Se debe a una mejor gestión de la utilización del recurso cama, ya comentada, conseguido por el empeño de la Dirección Médica y el esfuerzo de la mayoría de las Unidades de Gestión Clínica y de los Servicios del hospital. Nuestro Servicio colabora con el análisis de la adecuación del uso de la hospitalización, mediante la herramienta Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) y el asesoramiento directo a las UGCs y Servicios en base a los resultados obtenidos de la explotación del CMBDA.

Además, es destacable que la reducción en el IUE se está consiguiendo a pesar de que la casuística del hospital es cada vez más compleja.

El descenso en el índice casuístico es un artefacto debido a la utilización de la CIE-10 y, como consecuencia de ello, de los AP-DRG. Deberá ser en el futuro el año de referencia. El valor equivalente que se habría obtenido en 2015 es de 1,09. Por tanto, los comentarios recogidos en los párrafos anteriores son pertinentes.

Unidad de Calidad

Implantación de programas de seguridad del paciente / calidad en Servicios y Unidades de Gestión Clínica.

Desde el año 2006 hasta la actualidad, la Unidad de Calidad ha venido colaborando y asesorando a los Servicios y unidades de Gestión Clínica que lo han demandado para el diseño de sus propios programas de calidad y/o de seguridad del paciente.

Prácticamente la totalidad de las UGCs han designado formalmente a un profesional responsable y referente en las mismas para estas materias.

El nivel de desarrollo de los planes de seguridad/calidad es muy diferente en cada una de las UGC.

La Comisión Central de Seguridad del Paciente y Calidad se creó en 2007. Desde su inicio dos facultativos del Servicio forman parte de la misma como vocales. Las líneas de trabajo en las que trabaja la Comisión en materia de seguridad del paciente son las siguientes:

Programas generales (transversales)

1. Seguridad quirúrgica. Plan de utilización sistemática del listado de verificación de seguridad quirúrgica en la totalidad de los Servicios y quirófanos iniciado el día 1 de junio de 2009.
2. Plan de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
3. Programa de manos seguras.
4. Programa de bacteriemia zero.
5. Sistema de identificación inequívoca del paciente mediante pulseras desde octubre de 2.008.
6. Eventos adversos relacionados con la medicación.
7. Úlceras por presión.
- 8. Mecanización y registro de datos de filiación de pacientes.**
9. Sistema de notificación, registro y análisis causal de incidentes de seguridad y eventos adversos.
- 10. Seguridad de la información.**
- 11. Desarrollo de planes de seguridad del paciente en UGC y procesos.**
12. Programas de prevención de caídas y flebitis.
13. Centros contra el dolor.

El Servicio participa directamente en las líneas de trabajo de Seguridad quirúrgica y en el Sistema de notificación, dando soporte y apoyo metodológico.

El Servicio coordina y se responsabiliza de las líneas de:

- Seguridad de la Información.
- Mecanización y registro de datos de filiación de pacientes.
- Desarrollo de planes específicos de seguridad del paciente en UGC y procesos.

Para la realización de su papel en el desarrollo de planes específicos de seguridad del paciente en UGC y procesos, el Servicio ha elaborado un método que ha aplicado en la práctica en 8 planes de seguridad del paciente de procesos y en 12 UGC. El Servicio coordina en la práctica toda la actividad que se genera para el desarrollo de estos planes.

Al 31 de diciembre de 2016 los planes ya diseñados e implantados son los siguientes:

Planes específicos de seguridad del paciente

Planes de seguridad del paciente en procesos	
Proceso	Responsable
Cáncer de mama	María Cara García
Trasplante hepático	Antonio Poyato González
Hemodiálisis	Rodolfo Crespo Montero
Radioterapia	María Jesús Romero
Asistencia al aborto	Ana Ortiz Minuesa
Hospitalización ginecológica	Pilar Jiménez Rodríguez
Hospital de Día Oncológico	María José Merino Romero
Postoperatorio cirugía cardíaca pediátrica	Ignacio Ibarra de la Rosa
Apendicitis en el niño	José Ignacio Garrido Pérez
Cáncer de piel	Antonio José Vélez García-Nieto
Proceso de alta del hospital a atención primaria	María José Berenguer García
Inmunoterapia	Lourdes Fernández
Proceso alergia a medicamentos	María José Barasona Villarejo

Planes de seguridad del paciente en Unidades de Gestión Clínica	
Unidad de Gestión Clínica	Responsable
Enfermedades Infecciosas	Milagros García Lázaro
Salud Mental	José Fernando Vencesla
Cirugía General	César Díaz López
De la Mujer	Ana Ortiz Minuesa
Rehabilitación	Fernando Mayordomo Riera
Cirugía Torácica	Ángel Salvatierra Velázquez
Medicina Nuclear	Mariola Albalá González
Reumatología	Alejandro Escudero Contreras
Medicina Interna	Manuel Montero Pérez-Barquero
Urgencias	Javier Montero Pérez
Radiodiagnóstico	Marina Álvarez Benito
Cirugía Cardiovascular	Ignacio Muñoz Carvajal
Nefrología	María López Andréu
Cirugía Pediátrica	José Ignacio Garrido Pérez
Farmacia	Esther Márquez
Aparato Digestivo	Antonio Poyato Martínez
Oftalmología	José María Gallardo Galera
Medicina Preventiva	Inmaculada Salcedo Leal y María Jesús Romero Muñoz
Endocrinología	Carmen Tenorio Jiménez
Alergología	Lourdes Fernández
Medicina Intensiva	María José Ferrer Higuera e Isabel Amores
Pediatría	José Manuel Rumbao Aguirre
Hematología	Concepción Herrera Arroyo
Inmunología Clínica y Alergología	Aurora Jurado Roger
Anestesiología y Reanimación	Antonio Galán Cabezas y Francisca Ramírez

Esquemáticamente, el método que se sigue es el siguiente:

1. El Servicio de Calidad y Documentación Clínica asume la coordinación efectiva, el soporte metodológico y la logística del trabajo.
2. Constitución de un Grupo de Trabajo compuesto por profesionales de la Unidad o Proceso de que se trate y miembros del Servicio de Calidad y Documentación Clínica.
3. Revisión bibliográfica.
4. Catálogo de eventos adversos, fallos y causas. Elaboración por el grupo de trabajo, mediante la técnica de generación de ideas (“brainstorming”).

5. Mapa de riesgos. Construcción del mismo sobre el mapa de procesos de la Unidad y de las actividades principales de los mismos.
6. Priorización de los eventos adversos y obtención del Índice de Prioridad de riesgos, empleando el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).
7. Plan de prevención para la disminución del riesgo, a partir de los fallos y causas de los eventos adversos del catálogo.
8. Aplicación efectiva del Plan de Seguridad del Paciente: distribución de tareas.
9. Notificación y registro de los eventos adversos que se produzcan.
10. Medición de la incidencia usando el método local denominado MIDEA. Al 31 de diciembre, se estaba midiendo la incidencia y naturaleza de los eventos adversos en las siguientes UGCs: Digestivo, Pediatría, Urgencias Pediátricas, Cirugía Pediátrica. Cirugía Cardiovascular y Urgencias del Adulto. También en el proceso de Hemodiálisis.
11. Sistema de mejora continuada: Registro, análisis causa-raíz y adopción de medidas correctoras de los eventos adversos que se produzcan.

Seguridad de la Información para la seguridad del paciente

En 2010 la Unidad de Calidad asumió la totalidad de las funciones asignadas al responsable de la seguridad de la información del hospital.

Los servicios que se prestan en esta área se recogieron en la cartera de la Unidad de Calidad en un apartado anterior.

Auditorías de cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD).

Desde el año 2010 se han venido realizando las auditorías internas sobre cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección Datos de las Unidades de Gestión Clínica que se han sometido a la evaluación externa por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

El método de auditoría empleado ha sido diseñado por el responsable de Seguridad de la Información.

Se han elaborado los correspondientes informes de los resultados de la auditoría, en los que se incluyen los hechos, observaciones y deficiencias detectadas y se han propuesto las correspondientes medidas correctoras o recomendaciones aplicables.

Los informes de auditoría analizan 15 áreas de control:

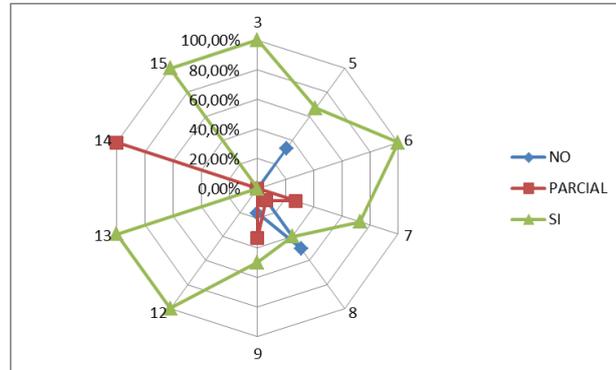
1. Relaciones con Empresas Externas (Encargados de Tratamiento)
2. Relaciones con Empresas Externas sin Acceso a Datos
3. Delegación de Autorizaciones
4. Trabajo con Datos de Carácter Personal fuera del centro
5. Tratamiento de Ficheros Temporales y Copias de Documentos
6. Funciones y Obligaciones del Personal
7. Control de Accesos
8. Gestión de Soportes y Documentos
9. Control de Accesos

10. Copias de Respaldo y Recuperación
11. Registro de Accesos
12. Uso de Redes y Telecomunicaciones
13. Criterios de Archivo
14. Dispositivos de Almacenamiento
15. Custodia de Documentos

Como ejemplo, se muestra en las páginas que siguen los resultados en tablas y gráficos, resumen del nivel de cumplimiento de las Unidades de Gestión Clínica Auditadas en 2012.

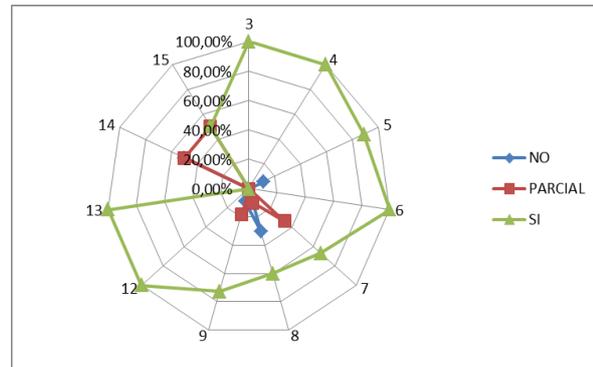
Área Control	Cumplimiento		
	NO	PARCIAL	SI
3	0,00%	0,00%	100,00%
4	0,00%	0,00%	100,00%
5	40,00%	0,00%	60,00%
6	0,00%	0,00%	100,00%
7	0,00%	25,00%	75,00%
8	47,62%	4,76%	47,62%
9	16,67%	33,33%	50,00%
12	0,00%	0,00%	100,00%
13	0,00%	0,00%	100,00%
14	50,00%	50,00%	0,00%
15	0,00%	50,00%	50,00%

Unidad de Gestión Clínica de Farmacia



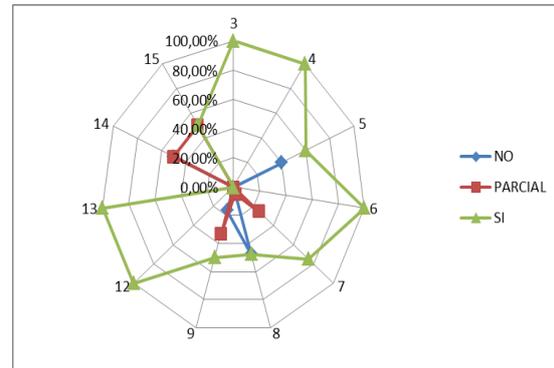
Área Control	Cumplimiento		
	NO	PARCIAL	SI
3	0,00%	0,00%	100,00%
5	33,33%	0,00%	66,67%
6	0,00%	0,00%	100,00%
7	0,00%	27,27%	72,73%
8	50,00%	10,00%	40,00%
9	16,67%	33,33%	50,00%
12	0,00%	0,00%	100,00%
13	0,00%	0,00%	100,00%
14	0,00%	100,00%	0,00%
15	0,00%	0,00%	100,00%
Total	22,58%	16,13%	61,29%

Unidad de Gestión Clínica Nefrología

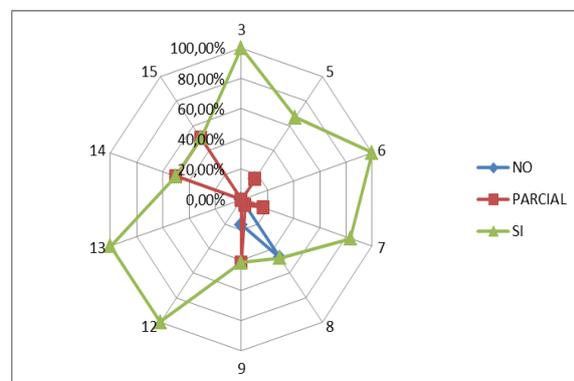


Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología

Área Control	Cumplimiento		
	NO	PARCIAL	SI
3	0,00%	0,00%	100,00%
4	0,00%	0,00%	100,00%
5	11,11%	0,00%	88,89%
6	0,00%	0,00%	100,00%
7	0,00%	33,33%	66,67%
8	30,00%	10,00%	60,00%
9	9,09%	18,18%	72,73%
12	0,00%	0,00%	100,00%
13	0,00%	0,00%	100,00%
14	50,00%	50,00%	0,00%
15	0,00%	50,00%	50,00%
Total	13,45%	14,93%	71,64%

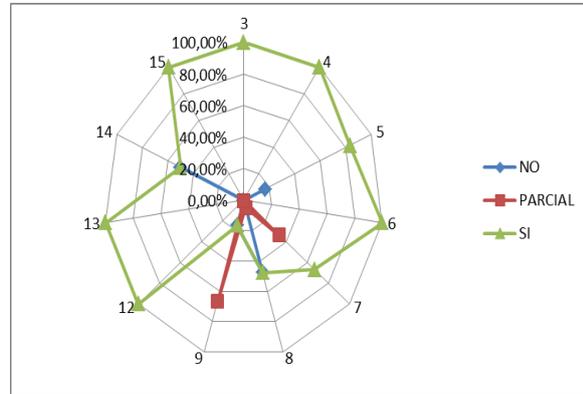


Área Control	Cumplimiento		
	NO	PARCIAL	SI
3	0,00%	0,00%	100,00%
5	16,67%	16,67%	66,67%
6	0,00%	0,00%	100,00%
7	0,00%	16,67%	83,33%
8	47,62%	4,76%	47,62%
9	16,67%	41,67%	41,67%
12	0,00%	0,00%	100,00%
13	0,00%	0,00%	100,00%
14	0,00%	50,00%	50,00%
15	0,00%	50,00%	50,00%
Total	20,00%	16,92%	63,08%



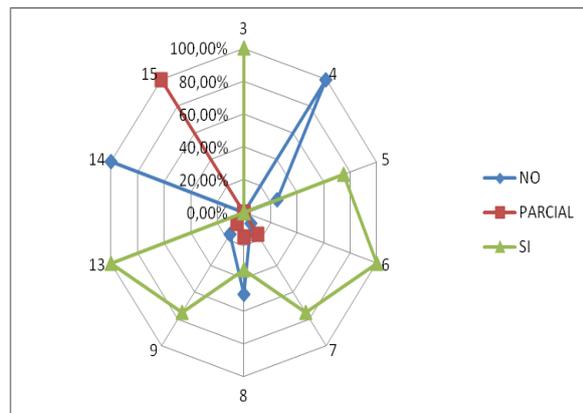
Unidad de Gestión Clínica de Unidad de la Mujer

Área Control	Cumplimiento		
	NO	PARCIAL	SI
3	0,00%	0,00%	100,00%
4	0,00%	0,00%	100,00%
5	16,67%	0,00%	83,33%
6	0,00%	0,00%	100,00%
7	0,00%	33,33%	66,67%
8	47,62%	4,76%	47,62%
9	16,67%	66,67%	16,67%
12	0,00%	0,00%	100,00%
13	0,00%	0,00%	100,00%
14	50,00%	0,00%	50,00%
15	0,00%	0,00%	100,00%



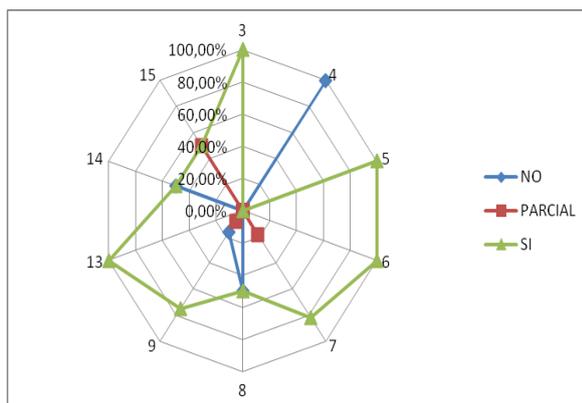
Unidad de Gestión Clínica de Reumatología

Área Control	Cumplimiento		
	NO	PARCIAL	SI
3	0,00%	0,00%	100,00%
4	100,00%	0,00%	0,00%
5	25,00%	0,00%	75,00%
6	0,00%	0,00%	100,00%
7	8,33%	16,67%	75,00%
8	50,00%	15,00%	35,00%
9	16,67%	8,33%	75,00%
13	0,00%	0,00%	100,00%
14	100,00%	0,00%	0,00%
15	0,00%	100,00%	0,00%
Total	27,87%	13,11%	59,02%



Unidad de Gestión Clínica de Urgencias

Área Control	Cumplimiento		
	NO	PARCIAL	SI
3	0,00%	0,00%	100,00%
4	100,00%	0,00%	0,00%
5	0,00%	0,00%	100,00%
6	0,00%	0,00%	100,00%
7	0,00%	18,18%	81,82%
8	50,00%	0,00%	50,00%
9	16,67%	8,33%	75,00%
13	0,00%	0,00%	100,00%
14	50,00%	0,00%	50,00%
15	50,00%	0,00%	50,00%
Total	23,33%	6,67%	70,00%



Comisión de Seguridad de la Información.

En Mayo de 2010 se creó la Comisión de Seguridad de la Información, dependiente de la Dirección General, con funciones de asesoría en materia de seguridad de la información. Se han llevado a cabo las siguientes actuaciones.

En el marco del Plan de Adecuación para la adaptación a la LOPD se han llevado a cabo las acciones siguientes:

1. Circuito de atención al ejercicio de derechos ARCO
2. Plan de Concienciación sobre LOPD.
3. Circuito para el consentimiento para el tratamiento de Datos de Carácter Personal.
4. Gestión de accesos.
5. Copias de respaldo y recuperación
6. Tratamiento de documentación. Soporte Papel
7. Acceso a la información por terceros (empresas externas)
8. Entrada y salida de información. Gestión de Autorizaciones
9. Gestión de incidencias de Seguridad
10. Gestión de soportes con Datos de Carácter Personal (NO PAPEL)
11. Registro de Accesos
12. Adecuación del CPD. Medidas Físicas
13. Adecuación del Documento de Seguridad

Fundamentalmente, estas 13 acciones se resumen en el desarrollo, aprobación y difusión de los procedimientos de seguridad exigidos por la Ley y la elaboración del Documento de Seguridad particularizado para el centro.

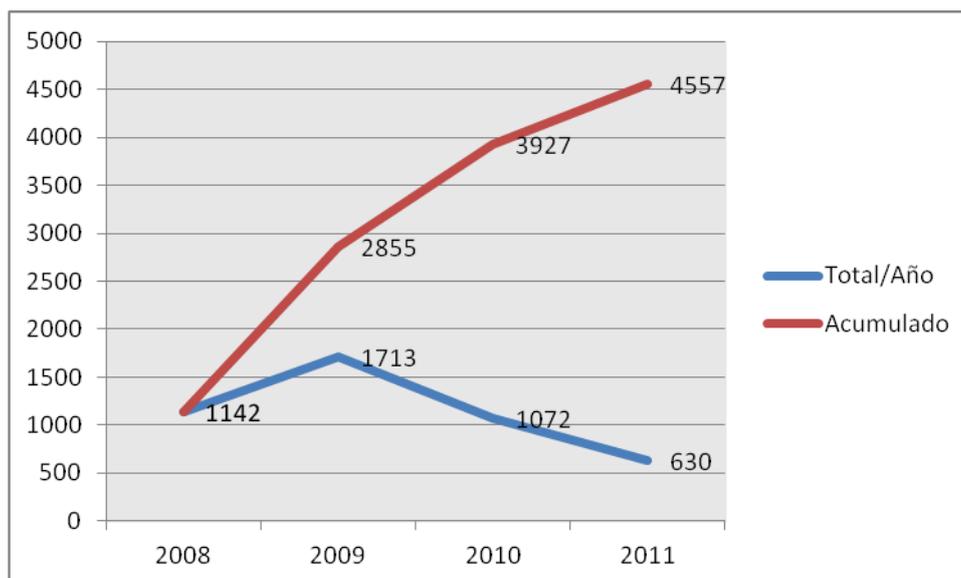
Actividades docentes en materia de Seguridad de la Información

Desde el año 2008 se han venido realizando sesiones de concienciación de una hora de duración, dirigida a todos los niveles profesionales, llegando a un total acumulado de 4.557 profesionales en el periodo 2008 - 2011. Las respuestas a la encuestas de los asistentes a estas sesiones, muestran un alto grado de satisfacción con las mismas.

Profesionales que han asistido a actividades de formación. 2008 - 2011

Año	Total/Año	Acumulado
2008	1142	1142
2009	1713	2855
2010	1072	3927
2011	603	4557

Evolución del número de alumnos de 2008 a 2011



Durante 2012, a pesar de que se hicieron dos convocatorias, ya no acudió ningún profesional y se finalizó el plan diseñado por los Servicios Centrales del SAS. Por otro lado, el 85 % de la plantilla del HURS ha recibido ya formación. Estas razones explican la ausencia de actividades formativas ese año.

En el momento actual se está planificando otra serie de actividades formativas para ir llegando a aquellos profesionales que no pudieron asistir en años anteriores o porque son de nueva incorporación.

Soporte a las UGCs para la autoevaluación mediante las Guías SAFER.

Durante el año 2015 se elaboró un plan de formación dirigido a los técnicos, enfermeras y facultativos del Servicio sobre las Guías SAFER.

Además, se aplicaron, a modo de prueba en la autoevaluación de las UGCs de Cirugía Torácica y Urgencias.

Asesoramiento para la elaboración de Acuerdos de Gestión y evaluación de las UGCs

Desde el año 2007 se ha venido prestando asesoramiento para toda una serie de tareas exigidas por la puesta en marcha y profundización del programa de gestión clínica en el HURS. Las actividades del Servicio han sido de soporte a las UGCs y a la Dirección y se pueden resumir en grandes apartados:

- Creación de nuevas UGCs y rediseño de otras ya existentes.
- Diseño de objetivos de las UGCs.
- Evaluación de resultados de las UGCs.

Este apartado exige de una gran dedicación horaria de al menos dos personas, casi exclusivamente dedicadas a ello y al apoyo en los programas de acreditación externa que se describe en el apartado siguiente.

Acreditación externa de Unidades de Gestión Clínica.

El Servicio proporciona asesoramiento y soporte metodológico y logístico a las UGCs y Servicios que se someten a una acreditación externa, cualquiera que sea el modelo y la Institución que realiza la evaluación, coordinando el esfuerzo de las Unidades y Servicios del hospital para superar con éxito distintas auditorias llevadas a cabo por organismos externos.

Hay que destacar que el HURS dispone de la única UGC acreditada con nivel excelente de todo el SSPA (Cirugía Torácica) y otra UGC en nivel óptimo (Enfermedades Infecciosas), por la Agencia de Calidad Sanitaria. Esto está basado en un enorme esfuerzo mantenido en el tiempo de los profesionales de ambas UGC, a los que nuestro Servicio les da soporte metodológico y logístico. Para el Servicio de Calidad y Documentación Clínica esta demanda genera una gran actividad.

En la tabla que sigue se muestra la relación de Unidades de Gestión Clínica ya acreditadas al 31 de diciembre de 2015, así como el nivel alcanzado y la Entidad certificadora.

ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA. SITUACIÓN AL 31 DE DICIEMBRE DE 2015

Unidades	Nivel de Acreditación	Entidad acreditadora / certificadora
Cirugía Torácica	Excelente (Nivel III)	ACSA.
Enfermedades Infecciosas	Óptimo (Nivel II).	ACSA.
Medicina Interna	Avanzado	ACSA.
Urgencias del Adulto	Avanzado	ACSA.
Unidad de Formación Continuada	Avanzado	ACSA.
Cirugía General y Digestiva	Avanzado	ACSA.
Medicina Nuclear	Avanzado	ACSA.
Urología	Avanzado	ACSA.
Laboratorio de Análisis Clínicos	Avanzado	ACSA.
UGC Oftalmología	Avanzado	ACSA.
UGC Nefrología	Avanzado	ACSA.

Memoria de actividad del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Año 2016.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

UGC Aparato Digestivo	Avanzado	ACSA.
UGC Cirugía Cardiovascular	Avanzado	ACSA.
UGC Reumatología	Avanzado	ACSA.
UGC Radiodiagnóstico y Cáncer de Mama (interniveles) - Distrito de Atención Primaria Córdoba, Distrito de Atención Primaria Guadalquivir, Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba y Hospital Reina Sofía (alcance total)	Avanzado	ACSA.
UGC Medicina Preventiva y Salud Pública (interniveles) - Hospital Reina Sofía, Distrito de Atención Primaria Córdoba y Distrito de Atención Primaria Guadalquivir (alcance total)	Avanzado	ACSA.
UGC Endocrinología y Nutrición	Avanzado	ACSA.
UGC Hematología	Avanzado	ACSA.
UGC Pediatría	Avanzado	ACSA
UGC Ginecología y Obstetricia	Avanzado	ACSA
Programa de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	Acreditado	Comité Conjunto de Acreditación: Joint Accreditation Committee ISCT (Europe) & EBMT (JACIE), Comité de Acreditación en Transfusión (CAT) y Organización Nacional de Trasplantes (ONT).
Salas Blancas	Autorizada y Certificada	Agencia Nacional del Medicamento
Servicio de Transfusión	Autorizado y Certificado	Comité de Acreditación en Transfusión (CAT)
Unidad de Referencia Trasplante Pulmonar infantil y adulto	Centro de referencia Autorizado	Ministerio de Salud y Políticas Sociales
Unidad de Referencia Trasplante Cardíaco infantil	Centro de referencia Autorizado	Ministerio de Salud y Políticas Sociales
Unidad de Referencia Trasplante Hepático	Centro de referencia Autorizado	Ministerio de Salud y Políticas Sociales
Unidad de Referencia Cardiopatía Congénita del Adulto	Centro de referencia Autorizado	Ministerio de Salud y Políticas Sociales
Unidad de Referencia Trasplante de Alogénico Infantil	Centro de referencia Autorizado	Ministerio de Salud y Políticas Sociales
Unidad de Referencia Trasplante de Páncreas	Centro de referencia Autorizado	Ministerio de Salud y Políticas Sociales
UGC Cirugía Pediátrica - Hospital Reina Sofía	Autoevaluación	ACSA
UGC Salud Mental - Hospital Reina Sofía	Autoevaluación	ACSA
UGC Neumología - Hospital Reina Sofía	Autoevaluación	ACSA
UGC Inmunología y Alergología - Hospital Reina Sofía	Autoevaluación	ACSA
UGC Neurocirugía y Neurofisiología - Hospital Reina Sofía	Autoevaluación	ACSA
UGC Cirugía Ortopédica y Traumatología - Hospital Reina Sofía	Autoevaluación	ACSA
UGC Anatomía Patológica (intercentros) - Hospital Reina Sofía (alcance parcial)	Autoevaluación	ACSA

El Hospital cuenta con un total de 19 Unidades de Gestión Clínica más la Unidad Integrada de Formación, acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Adicionalmente se asumió el asesoramiento de las UGC de la ZBS de Levante Sur y Lucano del Distrito de Córdoba, hasta su acreditación por la ACSA.

De igual modo, se dio soporte y asesoramiento a algunas Unidades que se han certificado o acreditado por sistemas internacionales o nacionales:

- Aparato Digestivo. Asociación Española de Estudios del Hígado.
- Hematología. JACIE y Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Urgencias. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

También se ha dado asesoramiento para ser denominados Servicios de Referencia por el Ministerio de Sanidad y Política Social a dos Unidades: Cardiopatías congénitas del adulto y Patología Cardíaca Congénita del Niño

Para algunos procesos, se asesoró a la Dirección de Servicios Generales y a la Unidad de Esterilización para una posible certificación de su sistema de calidad en base a la Norma ISO 9001.

Es de destacar el incremento de la actividad de asesoramiento a las UGC en 2015.

Acreditación de competencias profesionales.

La Unidad de Calidad ha participado activamente ofreciendo apoyo metodológico a la Dirección de Personal del Hospital, para el establecimiento del circuito del acceso de los profesionales de este Hospital a la acreditación profesional, así como para la elaboración de un modelo único para los distintos certificados de todos los manuales de acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Dicho modelo se ha orientado en todo momento a facilitar al profesional y al equipo de evaluadores de la Agencia la gestión del proceso de acreditación de competencias profesionales.

Desde 2010 la Unidad de Calidad elabora los certificados de las competencias profesionales relacionados con la participación en Procesos Asistenciales Integrados, Grupos de mejora de la calidad, Planes de Calidad y Comisiones Clínicas, así como con la actividad asistencial relacionada con GRDs y datos que se extraen de la fuente de información CMBDA.

La Unidad de Calidad emite también los certificados de competencias profesionales por pertenencia a los grupos de implantación y desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados ó a Comisiones Clínicas Hospitalarias para la actualización de sus currículos, presentación en Bolsa, etc.

Desde el año 2009, se vienen llevando a cabo sesiones de asesoramiento para los profesionales sanitarios, facultativos y enfermeros, que inician su proceso de Acreditación de Competencias Profesionales. En la tabla que sigue se resumen la actividad generada.

Sesiones de asesoramiento en grupos o individuales a profesionales
Periodo 2009 – 2012

ASESORAMIENTO EN ACREDITACION COMPETENCIAS PROFESIONALES	Número sesiones			
	2009	2010	2011	2012
ANATOMÍA PATOLÓGICA	-	-	10	5
APARATO DIGESTIVO	-	1	-	-
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	-	-	8	-
CIRUGÍA GENERAL	-	2	-	-
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	-	-	7	-
CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR (Enfermería)	-	6	6	-
CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR (Facultativos)	-	3	-	-
DIGESTIVO	4	-	-	-
ENDOCRINOLOGÍA	-	1	20	15
LA MUJER (Enfermeras/Matronas)	-	-	3	2
LA MUJER (Facultativos)	-	-	4	2
MEDICINA INTENSIVA	-	-	32	10
NEFROLOGÍA	-	2	1	7
PEDIATRÍA Y SUS ESPECIALIDADES	-	-	1	-
PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD	-	4	11	-
RADIODIAGNÓSTICO Y CÁNCER DE MAMA (Facultativos)	-	2	14	2
REHABILITACIÓN	-	-	1	-
SALUD MENTAL	-	-	1	-
URGENCIAS DE ADULTOS (Enfermería)	-	-	8	4
URGENCIAS DE ADULTOS (Facultativos)	-	-	0	4
UROLOGÍA	-	3	4	
ENFERMERAS BLOQUE QUIRÚRGICO HOSPITAL PROVINCIAL	-	-	3	-
SERVICIO DE CALIDAD Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (Facultativos)	-	1	2	3
ATENCION PRIMARIA FACULTATIVOS	-	-	1	-
ATENCION PRIMARIA ENFERMERAS	-	-	1	-
FISIOTERAPEUTAS	-	-	1	-
TOTAL	4	25	137	54

Globalmente, en el periodo 2009-2012 ha habido un incremento claro en el número de profesionales del HURS acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. La situación al 31 de diciembre de 2012, se presenta en la tabla que sigue.

Resumen de la situación de acreditación de competencias profesionales al 31 de diciembre de 2012. ACTUALIZAR

Acreditación competencias profesionales	Situación año 2012
Nº de profesionales en fase de preparación	242
Nº de profesionales en autoevaluación	156
Nº de profesionales acreditados	352

Participación en comisiones y grupos de mejora

A lo largo del periodo 2009 – 2016 los miembros del Servicio han participado en distintos grupos de mejora y comisiones. A modo de resumen:

- Comisión de Ética, Subcomisión de Investigación Sanitaria.
- Comisión de Documentación Clínica y Estadística. Reconstituida en 2007, tres facultativos y dos técnicos de grado medio de la función administrativa del Servicio forman parte como miembros componentes de esta Comisión. La secretaría de esta Comisión la realiza una médica del Servicio: Dra. Araceli Ruíz García.
- Comisión Central de Calidad y de Seguridad del Paciente: Dos facultativos pertenecen a esta comisión. Se constituye en el 2007.
- Comisión de Mortalidad: Dos facultativos pertenecen a esta comisión. Se constituye el 29 de septiembre de 2007.
- Comité Local del Trauma Grave. Un facultativo es miembro de esta Comisión. Se constituye en 2009.
- Comisión de Área de Cuidados Paliativos. Un facultativo es miembro de esta Comisión. Se constituye en 2009.
- Comisión de Sistemas de Información. Dos facultativos son miembros de esta Comisión. Se constituye en 2009.
- Comisión de Seguridad de la Información. Un facultativo y un técnico de grado medio de la función administrativa del Servicio son miembros de esta Comisión. Se constituye en 2009.
- Comisión de Calidad del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC). Un facultativo es miembro de esta Comisión. Se constituye en 2010.
- Comisión de Calidad de la Facultad de Medicina. Un facultativo es miembro de esta Comisión desde 2011.
- Un miembro del Servicio coordina el grupo de trabajo de Coordinadores de Procesos Asistenciales Integrados de Distrito Córdoba, Distrito Córdoba Sur, Distrito Guadalquivir y Hospital Universitario Reina Sofía desde 2011.
- Dos miembros del Servicio forman parte del Comité de calidad de la UGC de Hematología desde 2011.

Un facultativo del Servicio ha coordinado todas las sesiones de los Grupos de Mejora que han analizado los resultados de los Programas de Trasplantes hepático del adulto (2009) e infantil (2007), cardíaco adulto (2009) e infantil (2010) y pulmonar (2010).

Se ha colaborado con la Coordinación Regional de Trasplantes para el diseño e implantación del método de análisis de los resultados obtenidos en los distintos programas de trasplantes que se realizan en la Comunidad Autónoma.

Procesos Asistenciales Integrados (PAIs).

La Unidad de Calidad es la responsable de la Coordinación en el hospital de los PAIs que se han priorizado por la Comisión Mixta Interniveles para el Área de Salud de Córdoba.

Toda la labor de apoyo metodológico y logístico, así como la coordinación de los grupos de implantación y desarrollo (GID) ha sido llevada a cabo por los miembros del Servicio. Esto ha supuesto un enorme esfuerzo y ha exigido de una gran dedicación y empleo de recursos.

En el año 2006 recibimos un **Premio a la mejora continua de los procesos asistenciales**, con motivo de las comunicaciones presentadas en el V Encuentro de Procesos Asistenciales Integrados celebrado en Sevilla, otorgado por la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Para esta distinción, la Dirección General señaló muy especialmente el nivel de colaboración y esfuerzo conjunto del Hospital, con los Distritos de Atención Primaria de su área: Centro, Guadalquivir y Sur, por lo que el premio fue compartido.

En 2015 se ha mantenido y mejorado la actividad de todos los PAIs en funcionamiento. Además, se ha iniciado la actividad en los PAIs: Atención temprana: seguimiento recién nacido de riesgo, Hemoterapia y Fiebre en la infancia.

La situación de los PAIs al 31 de diciembre de 2015 se puede ver en el Cuadro de Mando de la página siguiente.

SITUACIÓN DE PAIS EN CÓRDOBA A 31 DE DICIEMBRE DE 2015													
		FECHA COMIENZO	ANEXO II	ARQUITECTURA .4	PLAN COMUNICACIÓN	PLAN FORMACIÓN	RESULTADOS AÑO 2015	GRUPOS MEJORA	MAPA RIESGOS	PLAN SEGURIDAD PAI	HOJA RUTA ACIENTE	APROBADO C.MIXTA	RESPONSABLE
1	Anemias	06											Victor Arqueros Martínez
2	Ansiedad, Depresión y Somatizaciones	02											Gloria Estebaranz Redondo
3	Artrosis de Rodilla y Cadera	07											Alejandro Escudero Contreras
4	Asma del Adulto	07											Antonio Pablo Arenas Vacas
5	Asma en la Edad Pediátrica	05											Mª Luisa Serrano Gómez
6	Ataque Cerebro Vascular	02											Juan José Ochoa Sepúlveda
7	Atención al Enfermo Pluripatológico	02											Juan Antonio Ortiz Minuesa
8	Atención al Trauma Grave	06											Juan Antonio Vega Reyes
9	Atención Temprana: Seg. Recién Nacido Riesgo	15											Mª José Párraga Quiles
10	Bloque Quirúrgico	07											Antonio Galán Cabezas
11	Cáncer de Cérnix/Útero	02											José Ángel Monserrat Jordán
12	Cáncer Colorrectal	04											Antonio Hervás Molina
13	Cáncer de Mama	02											María Cara García
14	Cáncer de Piel	05											Rafael Salido Vallejo
15	HBP/Cáncer de Próstata	02											Francisco José Anglada Curado
16	Cáncer de Pulmón	07											Paula María Moreno Casado
17	Catarata	02											Mª José Pérez Cordobés
18	Cefaleas	02											Carmen Jurado Cobo
19	Colelitiasis / Colecistitis	02											Antonio Luque Molina
20	Cuidados Paliativos	02											Raúl Carvajal Partera
21	Demencias	02											Eduardo Agüera Morales
22	Diabetes Mellitus	02											Rafael Palomares Ortega
23	Disfonía	04											Leonardo Rodríguez Pérez
24	Disfunción Tiroidea	10											Mª Ángeles Gálvez Moreno
25	Dolor Crónico no Oncológico	06/12											Inmaculada Herrador Montiel
26	Dolor Torácico	02											Julio Aparicio Sánchez
27	Embarazo, Parto y Puerperio	02											Antonio de la Torre González
28	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	02											Francisco Santos Luna
29	Fibromialgia	07											Carmen Albañir Albalá
30	Fiebre de Duración Intermedia	05											Julián de la Torre Cisneros
31	Fiebre en la Infancia	15											Alex Núñez Adam
32	Fractura de Cadera en el Anciano	02											Rafael Quevedo Reinoso
33	Hemoterapia	10/15											Miguel Ángel Álvarez Rivas
34	Hepatitis Virica	05/11											Inmaculada Olaya Caro (desde 2011)
35	Insuficiencia Cardíaca	02											José Mª Arizón del Prado
36	Insuficiencia Renal Crónica	06											Alberto Rodríguez Benot
37	Laboratorios Clínicos	11/11											Rafael González Fernández
38	Nutrición Clínica y Dietética	06											Mª José Molina Puerta
39	Riesgo Vascular	08											Enrique Martín Rioboo
40	Sepsis Grave	11/14											Francisco Gracia García

SITUACIÓN DE PAIs EN CÓRDOBA A 31 DE DICIEMBRE DE 2015													
		FECHA COMIENZO	ANEXO II	ARQUITECTURA .4	PLAN COMUNICACIÓN	PLAN FORMACIÓN	RESULTADOS AÑO 2015	GRUPOS MEJORA	MAPA RIESGOS	PLAN SEGURIDAD PAI	HOJA RUTA ACIENTE	APROBADO C.MIXTA	RESPONSABLE
41	Síndrome Aórtico Agudo	06											Julio Aparicio Sánchez
42	Técnicas de Imagen	13											Francisco Triviño Tarradas
43	Trasplante Hepático	03											Antonio Poyato González
44	Trasplante Pulmonar	12											Ángel Salvatierra Velázquez
45	Trastorno de Conducta Alimentaria	07											Teresa Guijarro Granados
46	Tratorno Mental Grave	08											Carmen Prada Carrasco
47	Urolitiasis	05/12											Javier Márquez López
48	VIH/SIDA	02											Antonio Rivero Román
Fases en la Implantación de PAIs													
1) Designación de Responsable							(*) Mapa de Riesgos: Sepsis Grave en la Infancia						
2) Constitución del Grupo de Implantación							(**) Hojas de Ruta del Paciente: Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) y Obesidad Mórbida						
3) Análisis de situación							Hoja de Ruta del Paciente: IRC Pre y Diálisis y Trasplante Renal						
4) Elaboración de Arquitectura 4													
5) Elaboración de Plan de Comunicación													
6) Plan de Formación													
7) Evaluación de resultados													
8) Constitución de Grupo de Mejora con Usuarios													
9) Mapa de Riesgos del Proceso													
10) Plan de Seguridad del Proceso													
11) Hoja de Ruta del Paciente													
12) Aprobado en Comisión Mixta													

La tarea de coordinación y apoyo a estos grupos exige de una gran dedicación y tiempo de varias personas de la Unidad de Calidad. En la tabla que sigue se dan algunos datos cuantitativos que pueden acercarnos a la realidad operativa.

Resumen de la actividad de procesos asistenciales integrados Al 31/12/2012	
Grupos de desarrollo e implantación	48
Análisis de situación	48
Mapa de actividades	46
Plan de comunicación	27
Plan de formación	27
Evaluación mediante indicadores en año 2012	36
Grupos de mejora	40
Mapa de riesgos	34
Hoja de ruta del paciente	16

La voz del cliente.

Durante todo el periodo se ha venido trabajando con Grupos Focales. El año más destacado en cuanto a actividad es el de 2012, en el que se multiplicó por cuatro en relación con el promedio de los tres años anteriores. Esto se debió a la inclusión como un objetivo en los acuerdos de gestión de las Unidades de Gestión Clínica de ese año.

Esta actividad generó la necesidad de prolongar la jornada por la tarde en muchas ocasiones, ya que la asistencia de los participantes se condicionó con frecuencia a este horario.

Dado el trabajo especial que se desarrolló durante una serie de años, se adjunta un resumen de la tarea llevada a cabo y se presenta en la tabla que sigue.

Durante 2015 sólo se realizó un grupo focal, atendiendo a la única demanda de asesoramiento que se presentó al Servicio.

Grupos focales 2009 - 2012

Grupo	2009	2010	2011	2012
PACIENTES A LA QUE SE LE HA REALIZADO LA TÉCNICA ESSURE	4	0	4	-
UNIDAD DE MAMA	-	2	0	-
MÉDICOS DE LA RISA	-	-	-	1
ALERGOLOGÍA	-	-	-	1
ANÁLISIS CLÍNICOS	-	-	-	1
ANESTESIA	-	-	-	1
APARATO LOCOMOTOR	-	-	-	1
CARDIOLOGÍA	-	-	-	1
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	1	2	1	1
CIRUGÍA GENERAL	-	-	-	1
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	-	-	-	1
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	-	-	-	1
CIRUGÍA PLÁSTICA	-	-	-	1
CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR	-	2	0	1
CITA PREVIA	-	-	-	1
CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS: URGENCIAS	-	2	3	1
CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS: CUIDADOS CRÍTICOS	-	-	-	1
CUIDADOS PALIATIVOS	-	-	-	2
DERMATOLOGÍA	-	-	-	1
DIGESTIVO	-	-	-	1
ENDOCRINOLOGÍA	-	-	-	1
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	-	-	-	1
HEMATOLOGÍA	-	-	-	1
MEDICINA INTERNA	3	2	3	1
MEDICINA NUCLEAR	-	-	-	1
NEFROLOGÍA	-	-	-	1
NEUMOLOGÍA	-	-	-	1
NEUROCIRUGÍA Y NEUROFISIOLOGÍA	-	-	-	1
NEUROLOGÍA	-	-	-	1
OFTALMOLOGÍA	-	-	-	1
ONCOLOGÍA	-	-	-	1
OTORRINOLARINGOLOGÍA	-	-	-	1
PEDIATRÍA Y SUS ESPECIALIDADES	-	-	-	1
RADIODIAGNÓSTICO	-	4	0	1
REHABILITACIÓN	-	-	-	2
REUMATOLOGÍA	-	-	-	1
SALUD MENTAL (R.SOFIA)	-	-	-	1
TRAUMATOLOGÍA	-	-	-	1
UGC DE LA MUJER	-	-	-	1
UNIDAD DE ATENCION TEMPRANA (REHABILITACIÓN)	-	-	-	1
UNIDAD DE SUEL PÉLVICO	-	-	-	2
URGENCIAS	3	-	-	-
UROLOGÍA PROVINCIAL INTERCENTROS	-	-	-	1
TOTAL	11	14	11	43

Evaluación de la adecuación de estancias e ingresos en el hospital.

Durante el año 2007 se inició un plan de evaluación de la adecuación de ingresos y estancias en distintos Servicios clínicos, usando para ello el Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP).

El Servicio de Calidad y Documentación Clínica elaboró un Manual para su aplicación en el Hospital Universitario Reina Sofía y durante los años 2009 a 2011 se hizo un análisis conjunto con las UGC de la adecuación mediante la auditoria correspondiente en aquellas que la gerencia consideró oportuno.

En 2015 no se ha prestado apoyo a ninguna UGC porque no lo han demandado, ya que las que lo han considerado oportuno mantienen el uso de la herramienta para su propia autoevaluación, como por ejemplo Medicina Interna y Aparato Digestivo.

Formación MIR.

Aunque no existe una especialidad médica de calidad, ni de documentación clínica (aunque esta última es una categoría profesional), el Servicio está participando en los programas de formación MIR.

Durante los años 2007 a 2011, incluido en sus respectivos programas de formación, rotaron por el Servicio de Calidad y Documentación Clínica los MIR de la especialidad de Medicina Preventiva de 4º curso. En 2009 no hubo residentes de Medicina Preventiva que rotaran por el Servicio.

En 2012, una MIR de Medicina Familiar y Comunitaria rotó por el Servicio.

En 2015 no ha rotado ningún MIR por el Servicio.

POE del POE.

Durante al año 2007 el Servicio de Calidad diseñó y desarrolló un procedimiento operativo estandarizado (POE) para la elaboración de procedimientos operativos estandarizados con la finalidad de que pueda utilizarse en todos los Servicios y Unidades del hospital, sean o no asistenciales. Le hemos denominado el POE del POE.

Durante el periodo 2009 a 2012 se ha continuado generalizando su uso por todas las UGCs y Servicios del hospital.

En el momento presente el Servicio de Calidad y Documentación Clínica dispone de los siguientes procedimientos normalizados según el POE del POE para uso interno:

- POE de destrucción de documentación clínica.
- POE de detección de duplicados en el fichero índice maestro de pacientes.
- POE de emisión de copia de documentos de la historia clínica. En revisión.
- POE de entrada de documentación clínica en archivo
- POE de identificación y registro de pacientes
- POE de fusión de duplicados de historias clínicas
- POE de codificación clínica de episodios asistenciales
- POE de elaboración y validación de los CMBDs de hospitalización, hospital de día médico y hospital de día quirúrgico. En revisión.
- POE de informes explotación de GRDs. En revisión.

- POE de asesoramiento en la implantación y desarrollo de procesos asistenciales estandarizados (PAIS)
- POE de emisión de certificados para la acreditación profesional
- POE de realización de grupos focales
- POE de elaboración de procedimientos operativos estandarizados (POE DEL POE)

En 2015 se le asignó a María José Berenguer la responsabilidad de mantener el control de los POE Generales del Hospital que se colocan en la página web. Esto supone un trabajo de revisión formal previa de todos los POEs generales.

En el momento actual, están ya disponibles en la página web del centro los siguientes POEs Generales:

[!\[\]\(07e03eee1bee0936ea2556896d3bb996_img.jpg\) POE 1 Elaboración de procedimientos estandarizados \(POE del POE \) \(pdf 175 Kb\)](#)

[!\[\]\(7f05b059bc0583c5dd3385c0ccddbce0_img.jpg\) POE 3 Acogida al paciente en la Unidad de Gestión Clínica \(pdf 636 Kb\)](#)

[!\[\]\(bc41d2928368291aeb48d45289891271_img.jpg\) POE 4 Garantía de la intimidad ciudadana \(pdf 495 Kb\)](#)

[!\[\]\(711f81de5648ddf918583603859123f4_img.jpg\) POE 5 Registro de voluntades y preferencias del usuario \(pdf 376 Kb\)](#)

[!\[\]\(40ff4926cc4e80920dcd6e30a3ae173f_img.jpg\) POE 6 Designación de Médico Especialista y Hospital \(pdf 223 Kb\)](#)

[!\[\]\(842b9a660eb497650bab4e1dbd552bfc_img.jpg\) POE 10 Régimen de acompañamiento y visitas a pacientes hospitalizados \(pdf 601 Kb\)](#)

[!\[\]\(4c004fe1308bd1c1ed3931e371f29946_img.jpg\) POE 11 Identificación de pacientes mediante pulseras identificativas \(pdf 209 Kb\)](#)

[!\[\]\(23c95a79ea2fdecb85c88c5fd848f31c_img.jpg\) POE 13 Mantenimiento del carro de parada \(pdf 517 Kb\)](#)

[!\[\]\(dc529689d361f44313a00e52199898c1_img.jpg\) POE 14 Notificación de eventos adversos \(pdf 292 Kb\)](#)

[!\[\]\(110cc478cf3551d7691515804cdd34ca_img.jpg\) POE 15 Control y registro de temperatura del frigorífico de medicación \(pdf 1 Mb\)](#)

[!\[\]\(7d04a82a756ab25802790e9a99099eb5_img.jpg\) POE 18 Conciliación de la Medicación v3 \(pdf 216 Kb\) *Actualizado*](#)

[!\[\]\(b3fd739500f3826111d0106aa0e98be0_img.jpg\) POE 21 Detección de necesidades formativas y elaboración del plan de formación de los profesionales de la UGC \(pdf 581 Kb\)](#)

[!\[\]\(1697b9d573570acb8a28fd07740c0f00_img.jpg\) POE 22 Atención a las personas cuidadoras con tarjeta + cuidado \(pdf 656 Kb\)](#)

[!\[\]\(e7763df037e8e477f754a1304ac132bb_img.jpg\) POE 24 de Designación de Profesionales Referentes del Paciente \(pdf 180 kb\)](#)

[!\[\]\(15ad6cad88b41c9ee7700ddc132b8fbb_img.jpg\) POE 27 Higiene de manos y uso correcto de guantes \(pdf 335 Kb\)](#)

[!\[\]\(bd5e5d34239052db0cfe5dd2787ea572_img.jpg\) POE 28 Limpieza y Desinfección de material clínico y equipamiento \(pdf 177 Kb\)](#)

[!\[\]\(4ad5a38ba6b9203ba3fdd31e30ea8da0_img.jpg\) POE 29 Limpieza y Desinfección manual de material endoscópico \(pdf 309 Kb\)](#)

[!\[\]\(e25ee69ff43c7b7912efb5454f1805cc_img.jpg\) POE 30 Limpieza, Desinfección y Esterilización Ambú \(pdf 408 Kb\)](#)

- [POE 31 Actuación en materia de detección de alcohol, drogas y otras sustancias \(pdf 8,3 MB\)](#)
- [POE 32 Atención a pacientes que rechazan la transfusión de sangre y hemoderivados \(pdf 451 K\)](#)
- [POE 33 Ahorro de sangre y sus derivados en la práctica transfusional \(pdf 343 Kb\)](#)
- [POE 34 Guía de Indicaciones de Hemoderivados \(pdf 172 Kb\)](#)
- [POE 35 Normativa General de Transfusión de Hemoderivados \(pdf 1,7 Mb\)](#)
- [POE 36 Transfusión masiva \(pdf 210 Kb\)](#)
- [POE 37 Ante Contingencias de los Sistemas Informáticos \(pdf 154 Kb\)](#)
- [POE 40 Renuncia de gestante a su futuro/a hijo/a \(pdf 271 Kb\)](#)
- [POE 41 Detección y Actuación ante el Maltrato Infantil en el Ámbito Hospitalario \(pdf 691 Kb\)](#)
- [POE 42 Atención en caso de abuso sexual a menores \(pdf 696 Kb\)](#)
- [POE 44 Atención a Pacientes en Riesgo Social en la Unidad de Gestión Clínica \(UGC\) de Urgencias \(pdf 432 Kb\)](#)
- [POE 46 Manejo perioperatorio de la terapia antitrombótica \(anticoagulantes y antiagregantes orales\) n pacientes que precisan intervenciones quirúrgicas \(pdf 519 Kb\)](#)
- [POE 47 Recogida y entrega del material quirúrgico \(pdf 218 Kb\)](#)
- [POE 48 Solicitud y reposición de instrumental pequeño utillaje \(pdf 3 Mb\)](#)
- [POE 50 Comunicación de los casos de enfermedades de declaración obligatoria \(EDOS\) \(pdf 340 Kb\)](#)
- [POE 51 Atención ante un Alta Voluntaria de un paciente en una Unidad de Hospitalización \(pdf 177 kb\)](#)
- [POE 55 Responsabilidad por uso inadecuado de bienes del hospital \(pdf 232 Kb\)](#)

Manual de uso de la historia clínica y del consentimiento informado.

El Servicio de Calidad y Documentación Clínica ha revisado y actualizado el Manual de uso de la historia clínica. Su nueva versión ha sido aprobada por la Comisión de Documentación Clínica en noviembre de 2009.

Con la finalidad de ayudar a los distintos Servicios Clínicos en la elaboración de los documentos de información técnica de cara a obtener el consentimiento informado de los pacientes ante procedimientos diagnósticos o terapéuticos que conlleven algún peligro potencial y de darle cumplimiento a lo establecido en la Ley de autonomía del

paciente y lo dispuesto en las resoluciones del Servicio Andaluz de Salud, el Servicio de Calidad y Documentación Clínica ha diseñado un manual de estilo "ad hoc". Aprobado por la Comisión de Documentación Clínica que se divulgó en 2009 y 2010.

En el momento actual, se procede a la elaboración del nuevo Manual, que contendrá las instrucciones de manejo y uso del DIRAYA DE ATENCION HOSPITALARIA.

Coordinación con otros servicios y atención primaria

Como quiera que las dos funciones fundamentales de los profesionales de este Servicio son la gestión de la calidad y de la documentación clínica, la coordinación con otros Servicios, Secciones o Unidades del Área Hospitalaria Reina Sofía es una exigencia imprescindible e intrínseca a las tareas que tienen que desarrollar cotidianamente.

Desde nuestro punto de vista, este Servicio debe dirigir su trabajo hacia la motivación, dinamización, orientación, evaluación y apoyo metodológico en su vertiente de garantía de calidad y en el de la normalización, ordenación, confidencialidad y precisión en la información contenida en la documentación clínica. Y en ambas líneas, ejecutar el trabajo con el máximo rigor.

No es posible obtener éxito en la mejora de la calidad asistencial si no se consigue una amplia participación voluntaria de los profesionales y esto no sólo exige de una buena coordinación con otras Unidades, sino del trabajo conjunto:

- En la definición e identificación de problemas.
- En el análisis.
- En la evaluación y ponderación.
- En la búsqueda e introducción de medidas correctoras.
- En la reevaluación.

Esto conduce a una serie de productos: protocolos, procedimientos, indicadores, etc., útiles para las Unidades y para el conjunto de hospital.

En el momento actual se mantienen proyectos activos de investigación operativa en materia de seguridad del paciente con las UGC de Digestivo, Urgencias y Cirugía Pediátrica.

Con respecto a las Unidades Funcionales (cualquiera que sea la División a la que pertenecen) consideramos que la mejor forma de establecer una coordinación operativa y sólida es la de contar con algún miembro de cada una de ellas que, a tiempo parcial, se ocupe y responsabilice de la mejora de la calidad internamente.

Es muy difícil coordinar la actividad en lo relacionado con los Centros Periféricos de Especialidades y en lo que respecta a la actividad facultativa no jerarquizada, pero se intenta también con la estrategia anteriormente mencionada o con otras alternativas.

En cuanto a atención primaria nos parece muy interesante la iniciativa de la Gerencia del hospital que nos animó a crear una Unidad de Gestión Clínica en la que participaran profesionales de ambos niveles. Como se ha comentado en un apartado anterior, nuestra primera propuesta a los Servicios Centrales fue inicialmente desestimada.

Así pues y por ahora, la coordinación con los Distritos de Atención Primaria, en materia de mejora de la calidad, creemos que debe estar dentro de las orientaciones estratégicas generales incluidas en el Contrato-Programa y centrada en aquellas materias que puedan ser prioritarias para las respectivas Direcciones o de interés para los profesionales.

El instrumento fundamental ahora disponible es el de la gestión de procesos. Mediante el trabajo conjunto de los Grupos Implantación y Desarrollo de Procesos. Desde el Servicio estamos intentando apurar las posibilidades de esta herramienta, como se comentó en el apartado correspondiente.

En cuanto a los métodos para asegurar la difícil coordinación entre niveles asistenciales, hay alguna evidencia y suficiente acuerdo para poder afirmar que tienen que estar apoyados en el trabajo conjunto: grupos de mejora “ad hoc”, protocolos únicos, sesiones clínicas, evaluación conjunta de pacientes individuales o en grupos, etc.

En el momento actual se trabaja con un Grupo de Implantación y Desarrollo del Proceso de Alta desde el hospital a atención primaria que esperamos mejore efectivamente la coordinación y la continuidad asistencial entre ambos niveles de atención.