



## **HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES**

### **Taller de Gestión de Comisiones de Calidad Hospitalaria**

### **Informe Final**





# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>RECOMENDACIONES FINALES/PROPUESTAS DE MEJORA:</b>	<b>6</b>
COMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN	7
SUBCOMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA	9
COMISIÓN DE INFECCIONES	9
COMISIÓN DE FARMACIA	9
COMISIÓN DE TECNOLOGÍA – ADECUACIÓN	10
COMISIÓN DE TRANSFUSIONES	11
COMISIÓN DE TUMORES	12
COMISIÓN DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	13
COMISIÓN DE ÉTICA ASISTENCIAL	14
SUBCOMISIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN	15
COMISIÓN DE MORTALIDAD	15
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN	17
COMISIÓN DE DOCENCIA	19
COMISIÓN CALIDAD	18
PROGRAMA	21
RELACION DE PARTICIPANTES	24
ORGANIZACIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJO	28



## INTRODUCCIÓN

El presente informe resume las actividades llevadas a cabo y las conclusiones más significativas que se establecieron en la Jornada de Trabajo “*Estrategias de Mejora de las Comisiones Clínicas Hospitalarias del Hospital Virgen de las Nieves*”, celebrado el día 16 de Mayo de 2005 en la Escuela Andaluza de Salud Pública. En el taller participaron cuarenta y cinco profesionales de diferentes ámbitos adscritos a las diferentes comisiones clínicas del hospital fundamentalmente presidentes y secretarios aunque también participó algún vocal. Además y como hecho destacable también estuvo presente el equipo directivo de ésta institución sanitaria.

Los **objetivos docentes** acordados fueron:

- Identificar los factores claves para el éxito de las comisiones clínicas.
- Adquirir conocimientos en dinámicas de grupo y equipos de trabajo.
- Definición de objetivos, propuestas de mejora e indicadores y su integración en un Plan de Calidad.
- Identificar los principales sistemas de evaluación de las comisiones de calidad.

La conducción de la jornada corrió a cargo de Enrique Pérez Trueba y José Carlos Canca Sánchez, de la Unidad de Calidad del Hospital Costa del Sol. Tuvo lugar el día 16 de mayo de 2005

### Desarrollo de la jornada

1.- Se tomó como punto de partida la tesis de que *las Comisiones Clínicas no funcionan adecuadamente*.

2.- El grupo de profesionales *identificó las siguientes causas*:

- Falta de metodología
- Falta de planificación
- Déficit de recursos
- Escasa participación
- Escasa motivación
- Falta de tiempo
- Poco apoyo de la Dirección
- Mala difusión de la información
- Incomunicación entre comisiones

3.- Los docentes expusieron los aspectos claves para el éxito de las comisiones clínicas y que son los siguientes:



- Identificar el papel de las comisiones y equipos de mejora en el Plan de Calidad de la Institución.
- Plantear objetivos y tareas a realizar por las comisiones. (centrar el papel o rol de las comisiones)
- Identificar los productos de las comisiones como grupo de mejora (Actas, Informes, Normativas, Evaluaciones, Recomendaciones como grupo de expertos, etc.)
- Transformar las comisiones a equipos más operativos y evaluadores de la práctica clínica.
- Mejorar la dinámica interna de las comisiones (gestión de las reuniones)
- Cuidar los aspectos formales e informales de las dinámicas de grupo y mejorar su rendimiento.
- Introducir aspectos metodológicos de evaluación por problemas y por objetivos.

4.- Se formaron los grupos de trabajo. El mensaje para esta parte de la Jornada fue el énfasis expresado por los organizadores sobre como convertir una Comisión Clínica en un Grupo de Mejora. Se distribuyó en grupos a los profesionales del Hospital Virgen de las Nieves en función de su pertenencia a las diferentes Comisiones. Los respectivos grupos trabajaron desarrollando el siguiente guión

- Objetivos
- Propuestas de mejora
- Indicadores para la monitorización del trabajo de su comisión

Se proporcionó documentación de apoyo que proporcionaba ejemplos prácticos sobre el tema procedente de diferentes fuentes como:

- Conclusiones del Seminario Nacional sobre el papel de las comisiones clínicas hospitalarias de 1994. Fundación Mapfre Medicina.
- Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Jaime Varo. Ed Díaz de Santos
- Plan Estratégico de calidad. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- Plan de Mejora continúa de la Calidad. Hospital Costa del Sol Marbella.

5.- En la sesión de tarde los grupos presentaron y explicaron sus resultados a los demás asistentes. Se realizó un debate participativo entre los ponentes de cada grupo. La comisión de transplantes no presentó sus resultados por ausencia de algún representante.



6.- Fue entregado a los participantes un formulario a cumplimentar a posteriori y en su centro que defina comisión a comisión su:

- Justificación
- Objetivos
- Composición
- Estructura
- Normas sobre la sustitución y renovación de sus miembros
- Funciones de la Comisión
- Funciones de sus miembros
- Metodología de trabajo y responsabilidades
- Normas de funcionamiento
- Modelos de acta estandarizada

Esta herramienta será sin duda de gran utilidad para los diferentes grupos de trabajo



## RECOMENDACIONES FINALES

### Plan de calidad

- Elaborar un Plan de Mejora Continua que:
  - Contemple las necesidades del financiador
  - Permita mejorar los logros obtenidos por la institución
  - Mantenga los aspectos culturales que aportan valor y que son propios de la institución.
  - Defina el papel y se apoye en las comisiones clínicas y/o grupos de mejora existentes
  - Que integre en su cuadro de mandos los diferentes indicadores de las comisiones clínicas /o grupos de mejora.

### Comisiones clínicas

- Reducir el número de comisiones al estrictamente necesario.
- Definir cuidadosamente sus objetivos, indicadores y metodología de trabajo coherentes a medio plazo.
- Identificar prioridades anuales y actividades de rutina.
- Establecer objetivos individualizados alcanzables con estimación de cargas de trabajo
- Transformar a las comisiones clínicas en órganos de evaluación de la práctica clínica.
- Dotar a las comisiones más capacidad ejecutiva en los aspectos técnicos que le competan.
- Planificar las reuniones estimadas con periodicidad anual para poder compaginar con suficiente antelación la actividad asistencial de los miembros de la comisión.
- Seleccionar cuidadosamente a los miembros en base a su perfil profesional, grado de compromiso y valor añadido que aporta.
- Asegurar una composición de carácter multidisciplinario.
- Asegurar la formación en aspectos metodológicos de evaluación y mejora de la calidad y en la propia disciplina de la comisión.
- Incentivar y motivar a los profesionales para su participación en las comisiones.
- Mejorar los aspectos de logística como lugar de reunión, horarios, comunicaciones, orden del día, etc.
- Facilitar a los miembros el tiempo para su asistencia a las reuniones y sobretodo para llevar a cabo las tareas encomendadas por la comisión.
- Realizar un seguimiento periódico desde la Unidad de Calidad de las actividades de las comisiones.
- Coordinar las actividades de las distintas comisiones bajo la supervisión de la Unidad de Calidad



## COMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Normalizar la Documentación Clínica</li><li>2.- Conseguir una Historia clínica única por paciente evitando duplicados</li><li>3.- Mejorar la ordenación de los documentos de la Historia clínica</li><li>4.- Evaluar la calidad del informe de alta hospitalaria</li><li>5.- Mejorar los sistemas de información a los profesionales</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Recopilar los diferentes tipos de documentos, evaluar su contenido y formatos para aprobarlos como registros.</li><li>2.- Asignar campos obligatorios para (DIRAYA-NUHSA)</li><li>3.- Evaluar el cumplimiento del reglamento de uso de la Historia clínica.</li><li>4.- Formación a los profesionales en el uso y cumplimentación de la Historia clínica</li><li>5.- Realización de encuestas de satisfacción entre profesionales e incorporar las propuestas.</li><li>5.- Unificar la responsabilidad del sistema de información</li><li>6.- Mejorar los flujos de información</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Nº de H.C. con documentos no normalizados / Nº de H.C. con documentos normalizados</li><li>2.- Nº de duplicados (H.C.) / Nº Total de H.C.</li><li>3.- Nº de H.C. ordenadas / Nº total de H.C.</li><li>4.- Nº de informes bien cumplimentados / Nº total de informes.</li><li>5.- Nº de profesionales satisfechos / Nº de profesionales encuestados</li></ol>

### PROBLEMAS

- 1.- Multitud documentos no normalizados / Homogeneizados
- 2.- Duplicidad de H.C.
- 3.- Imposibilidad de manejar la H.C. (Orden, Historias voluminosas, etc.)
- 4.- Demasiado formato papel / Poco formato electrónico
- 5.- Determinar niveles de acceso, respuesta, circuitos
- 6.- Conocer la importancia de la H.C.
  - 6.1.- Cumplimentación deficiente (Formación)
  - 6.2.- Registros (Codificación, CMBD)
  - 6.3.- Calidad en el vertido de la información
  - 6.4.- Ilegibilidad



## SUBCOMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Normalizar la práctica enfermera (P.E.)</li><li>2. Unificar criterios en la prestación de los cuidados enfermeros.</li><li>3. Disminuir la variabilidad en la P.E.</li><li>4. Disminuir errores en la P.E.</li><li>5. Difusión de Procedimientos y Protocolos</li><li>6. Revisión de procedimientos y Protocolos cada dos años</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Elaborar y actualizar el manual de técnicas y procedimientos. Especialmente en:<ul style="list-style-type: none"><li>- Contenciones o inmovilizaciones de pacientes</li><li>- Uso de la Medicación (Potasio)</li><li>- Identificación del paciente</li><li>- Cirugía en paciente erróneo o lugar erróneo</li></ul></li><li>2.- Validar los procedimientos</li><li>3.- Revisar las técnicas y normas asistenciales elaboradas</li><li>4.- Colaborar con objetivos de calidad del centro</li><li>5.- Colaborar en la difusión de aspectos de calidad</li><li>6.- Realizar sesiones de enfermería</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Número de procedimientos elaborados</li><li>2.- Número de procedimientos pendientes de elaborar</li><li>3.- Número de procedimientos revisados según Evidencia Científica.</li><li>4.- Número de procedimientos vinculados a aspectos de seguridad</li><li>5.- Número profesionales de enfermería que conoce los procesos</li><li>6.- Número de sesiones de enfermería/año</li></ol>



## COMISIÓN DE INFECCIONES

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
1.- Disminuir la incidencia de infección nosocomial 2.- Definir la política de profilaxis antibiótica de manera consensuada con los servicios clínicos 3.- Realizar Guías de tratamiento empírico para las infecciones 4.- Vigilar de uso racional de antibióticos	1.- Flexibilidad en la composición de la comisión 2.- Definir Grupos de trabajo específicos para cada tema 3.- Seguimiento de infecciones quirúrgicas	1.- Incidencia de infecciones quirúrgicas en intervenciones seleccionadas 2.- Número dosis de antibióticos controlados y su coste

## COMISIÓN DE FARMACIA

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
1.- Asegurar la disponibilidad medicamentos 2.- Realizar e control y obtener información sobre efectos adversos y Reacciones Adversas a Medicamentos 3.- Mejorar la prescripción de medicamentos (uso racional del medicamento)	1.- Dar formación específica a los componentes de la comisión 2.- Establecer un sistema de comunicación errores medicación 3.- Participación de profesionales en estudios sobre el uso de fármacos	1.- Nº Protocolos sobre el uso de fármacos 2.- Nº sesiones sobre uso adecuado medicamentos 3.- Nº Fármacos con Valor Intrínseco No Elevado (VINE) retirados



## COMISIÓN DE TECNOLOGÍA – ADECUACIÓN

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
<p><b>Objetivo general</b> Asegurar una atención de alta calidad hacia la excelencia</p> <p><b>Misión</b> Revisar todos los aspectos de la atención médica</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.- Estudiar y proponer planes adquisición nuevas tecnologías</li><li>2.- Evaluar rendimiento servicios clínicos</li><li>3.- Evaluación de la experiencia práctica clínica</li><li>4.- Evaluar la adecuación del uso de la RNM</li></ol> <p><b>PREMISAS CONDICIONANTES</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.- Tecnificación práctica</li><li>2.- Tecnología en crecimiento exponencial</li><li>3.- Presión por incorporarla</li><li>4.- Desconocimiento de nuestras prácticas</li><li>5.- Poca promoción de la excelencia</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Implantar el uso del Formulario GANT</li><li>2.- Realizar un Plan Formación y asesoramiento centrado en la medicina basada en la evidencia</li><li>3.- Realizar estudios y auditorias de estancias innecesarias como la estancia media preoperatoria.</li><li>3.- Elaboración de protocolos, guías, etc. Con medicina basada en la evidencia</li><li>4.- Realizar sesiones divulgativas de las auditorias a los clientes internos. Sesiones públicas.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.- N° GANT aceptados / N° propuestos</li><li>2.- Estancias totales / Ingresos – Estancias preoperatorios – Estancias in/Estancias</li><li>3.- Guías Implementadas / Guías adaptadas</li><li>4.- N° pruebas adicionales a protocolo / N° pruebas evaluadas</li></ol>

## COMISIÓN DE TRANSFUSIONES

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
<p>1.- Asegurar el uso racional de la sangre y Hemoderivados 2.- Mejorar de la seguridad del proceso transfusional 3.- Fomentar del programa hemovigilancia 4.- Mejorar la información suministrada al paciente 5.- Fomentar el programa autotransfusión 6.- Cumplir las normas de funcionamiento de la comisión</p>	<p>1.- Difusión de guía actualizada de uso apropiado. (SETS) 2.- Realizar una encuesta de evaluación de conocimientos médicos el uso de la sangre. 3.- Realizar informes de actividad transfusional por productos y servicios clínicos. 3.- Establecer medidas correctoras en base a las desviaciones obtenidas. 4.- Información a agentes del proceso devolución de peticiones no correctamente cumplimentadas salvo urgentes 5.- Difusión programa hemovigilancia (Juntas facultativa, enfermería) 6.- Unificación de petición de transfusión y consentimiento informado 7.- Suministrar la información necesaria a profesionales y pacientes a cerca de la alternativas de la transfusión homóloga 8.- Aplicación de normativas en torno a sustituciones, periodicidad y ceses</p>	<p>1.- <math display="block">\frac{\text{Nº de peticiones ajustadas por producto y servicio}}{\text{Nº Total de peticiones por producto y servicio}}</math></p> <p>2.- <math display="block">\frac{\text{Nº de peticiones correctamente identificadas (Firmas: Médico-DUE-TEL)}}{\text{Nº de peticiones recibidas}}</math></p> <p>3.- <math display="block">\frac{\text{Nº de reacciones transfusionales comunicadas}}{\text{Nº de reacciones transfusionales esperadas}}</math></p> <p>4.- <math display="block">\frac{\text{Nº de Peticiones con consentimiento informado firmado}}{\text{Nº total de peticiones}}</math></p> <p>5.- <math display="block">\frac{\text{Nº de pacientes autotransfundidos}}{\text{Nº de pacientes con criterios para ser autotransfundidos}}</math></p> <p>6.- <math display="block">\frac{\text{Porcentaje de asistencias (Nº asistencias)}}{\text{Nº miembros convocados}}</math></p>

## COMISIÓN DE TUMORES

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
<p>1.- Garantizar la correcta asistencia terapéutica y sin demoras, así como el seguimiento adecuado al paciente oncológico</p> <p>2.- Analizar el proceso asistencial de los pacientes con cáncer</p> <p>3.- Elaborar y revisar los protocolos Diagnósticos terapéuticos y de seguimiento</p> <p>4.- Impulsar el funcionamiento del registro hospitalario de tumores</p> <p>5.- Impulsar la creación de los comités de Tumores multidisciplinares y velar por su correcto funcionamiento, Identificando problemas y soluciones</p> <p>6.- Detectar y resolver los problemas de coordinación en la asistencia / Atención primaria</p> <p>7.- Definir las Normas de funcionamiento y organización de la comisión así como su cumplimiento</p>	<p>1.- Implantar la Historia clínica oncológica única e informatizada</p> <p>2.- Elaborar documentos específicos como Guías de información</p> <p>3.- Actualizar de forma continuada los protocolos de actuación. 4.- Establecer líneas de mejora en las demoras</p> <p>5.- Actualización continua del registro Hospitalario de tumores. 6.- Realizar Análisis de supervivencia de pacientes oncológicos</p> <p>7.- Establecer contactos entre facultativos del área hospitalaria de centros periféricos y centros de atención primaria</p> <p>7.- Garantizar el cumplimiento del régimen interno</p>	<p>1.- Análisis de puntos críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demoras en el Diagnóstico.</li> <li>- Demoras entre el Diagnóstico y el Tratamiento</li> <li>- Demoras en la asignación de Recursos</li> </ul> <p>2.- Análisis de Historias clínicas: Histología. TNM. Interconsulta oncológica. Cumplimiento del protocolo de Diagnóstico-Tratamiento. Consentimiento informado. (Analizado en %)</p> <p>3.- Análisis periódico de los datos del registro hospitalario de tumores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datos epidemiológicos / Localización</li> <li>- Incidencia / Prevalencia</li> <li>- Supervivencia</li> </ul>

### COMISIÓN DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
<p>1.- Mejorar la calidad en los cuidados 2.- Garantizar la calidad en los cuidados con el menor riesgo posible 3.- Conocer el nivel de calidad de los aspectos mas relevantes de los cuidados 4.- Conocer el nivel de satisfacción de los pacientes relacionados con la atención de enfermería 5.- Proponer estrategias de calidad con el desarrollo de indicadores específicos</p>	<p>1.- Potenciar la Subcomisión de UPP de caídas 2.- Proponer la inclusión del registro de errores de medicación en la comisión de farmacia 3.- Evaluación de la práctica enfermera a través (PAIs) 4.- Realizar un Taller sobre procesos y Calidad 5.- Priorizar planes de cuidados estandarizados a elaborar por procesos y cuidados 6.- Proponer a la comisión de ética asistencial evalúe el cumplimiento del protocolo de inmovilizaciones- contenciones de pacientes 7.- Incentivar la participación en las comisiones incluyéndolo como un reconocimiento en el baremo del concurso de méritos de las plazas de profesiones asociadas.</p>	<p>1.- Nº de infecciones existentes secundarias a cateterismos vesicales y venosos 2.- % de accidentes “caídas” 3.- Nº de planes de cuidados estandarizados elaborados 4.- % de planes de cuidados implantados por proceso 5.- Nivel de cumplimiento del dossier de cuidados (valoración, control y medida de registros de cuidados, perioperatorios) 6.- Nº de reclamaciones</p>

## COMISIÓN DE ÉTICA ASISTENCIAL

<b>OBJETIVOS</b>	<b>PROPUESTAS DE MEJORA</b>	<b>INDICADORES</b>
<p>1.- Difundir la cultura en Bioética (miembros CEA y profesionales hospital) 2.- Facilitar la realización de consultas en Bioética asistencial por parte de los profesionales 3.- Velar por el cumplimiento de los derechos de los pacientes en el hospital 4.- Informar de las líneas de actuación del hospital con contenidos éticos 5.- Elaboración de un código de ética del hospital 6.- Facilitar la formación de profesionales en aspectos bioéticos</p>	<p>1.- Realizar cursos de formación sobre aspectos éticos 2.- Crear un foro de debate en la página Web sobre aspectos éticos 3.- Realizar subscripciones a revistas de bioética. 4.- Difundir las actividades de la comisión, labor itinerante (“búsqueda activa de problemas”) 5.- Revisar los contenidos y adecuación de los Consentimientos Informados del centro</p>	<p>1.- Nº de consultas en bioética asistencial 2.- % actos capítulos tributarios de consentimiento informado que lo cumplen 3.- Nº de capítulos del código ético 4.- Nivel de actividad del foro propio de la página Web del hospital</p>

### SUBCOMISIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
<p>1.- Realizar políticas encaminadas a la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.</p> <p>2.- Estandarizar los tratamientos tópicos y los cuidados preventivos y terapéuticos</p> <p>3.- Difundir las estrategias de Prevención y Tratamiento más efectivas</p> <p>3.- Estandarizar los registros en Atención Primaria y Especializada.</p>	<p>1.- Valoración riesgos a través escala (EMINA)</p> <p>2.- Elaborar Guías prácticas con algoritmos fáciles</p> <p>3.- Realización talleres de formación a los profesionales</p> <p>4.- Elaborar y evaluar un registro del tratamiento de UPP</p> <p>5.- Establecer vías de comunicación con la comisión de Infecciones para decidir política de actuación en el tratamiento local de heridas crónicas.</p>	<p>1.- Prevalencia e Incidencia úlceras por presión por unidades de hospitalización</p> <p>2.- N° de EMINA de pacientes con UPP / n° Total de pacientes ingresados</p>

### COMISIÓN DE MORTALIDAD

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
<p>1.- Realizar un análisis sistemático de la mortalidad en el hospital.</p> <p>2.- Analizar los procesos asistenciales de los pacientes fallecidos en el hospital</p> <p>3.- Análisis de las altas voluntaria y de los procesos en los que se identifique limitación de recursos terapéuticos</p> <p>4.- Analizar los casos Princeps y Relevantes</p> <p>5.- Realizar un Formulario para las necropsias totales y parciales</p>	<p>1.- Obtener un Listado de éxitus <math>\leq 3</math> meses</p> <p>2.- Realizar una ficha de éxitus</p> <p>3.- Aumentar el número de autopsias al 10% del total de muertes hospitalarias.</p> <p>4.- Aumentar el número de necropsias en muerte evitable</p> <p>5.- Mejorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La documentación específica</li> <li>• El traslado del cadáver</li> <li>• La sala de autopsias</li> <li>• La formación de profesionales</li> </ul>	<p>1.- N° de fallecidos de los que se recibe ficha / n° total de fallecidos.</p> <p>2.- N° de necropsias de pacientes con mortalidad evitable/ n° de muertes evitables.</p> <p>3.- n° de necropsias/ n° total de fallecimientos</p> <p>4.- n° de fallecidos recibidos en menos de tres meses/ N° total de fallecidos del hospital</p> <p>5.- n° de altas voluntarias en pacientes con alta probabilidad de fallecimiento evaluados/ n° de altas voluntarias en pacientes con alta probabilidad de fallecimiento</p>

## COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
<p>1.- Proporcionar el asesoramiento de proyectos de investigación            2.- Seguimiento de las becas.            3.- Asegurar la formación específica en investigación            4.- Definir los criterios técnicos y premisas            5.- Identificar la producción científica y el seguimiento            5.- Identificar y promover objetivos de investigación por servicio            6.- Gestionar los recursos por Fundación            7.- Incorporar a Atención Primaria y a Enfermería a la producción científica</p>	<p>1.- Dedicar más tiempo a la investigación            2.- Mejorar los espacios físicos disponibles            3.- Difundir precozmente las convocatorias de investigación            4.- Aumentar la formación específica en investigación            5.- Difundir los resultados de investigación            6.- Actualizar los criterios para la obtención de premios de la Fundación y Ayudas            7.- Crear un Instituto de Investigación</p>	<p>1.- Seguimiento de proyectos            - % Proyectos evaluados            - % Proyectos asesorados            - % Proyectos financiados            - % Proyectos publicados            - % Proyectos con transferencia tecnológica            - N° de becarios            - N° de informes relativos a recomendaciones            2.- Recursos y producción científica            - Recursos financieros en el período            - Recursos humanos            - Artículos indexados            - Proyectos financiados por servicio            - N° artículos / libros            - Acreditación externa            - N° tesis            3.- Formación            - N° cursos            - N° horas            - N° asistentes            - Grado de satisfacción            - N° de informes relativos a recomendaciones</p>

## COMISIÓN DE DOCENCIA

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
<p>1.- Adaptar los programas de cada especialidad a la realidad de la organización            2.- Elaborar el libro del Residente adaptándolo a las necesidades de la organización            3.- Autorizar y supervisar las rotaciones externas            4.- Evaluar la capacidad docente del tutor y medir su formación            5.- Definir el rol del tutor            6.- Establecer y adaptar los criterios y la metodología de formación de los residentes            7.- Coordinar con anatomía patológica las sesiones clínicas anatomopatológicas            9.- Grado satisfacción de los residentes con las rotaciones            10.- Establecer formación de general</p>	<p>1.- Elaborar un Registro de formación de la docencia externa a la formación MIR (Registrar los residentes que salen a algún sitio a formarse)            2.- Realizar una memoria de la rotación externa            3.- Establecer una comisión de evaluación anual            4.- Definir las tareas para cada miembro de la comisión            5.- Identificar el grado de satisfacción de los docentes            6.- Identificar las mejoras que aporten valor en determinados los cursos de formación            7.- Mejorar la formación de residentes en urgencias            8.- Actualizar el libro de acogida de los residentes</p>	<p>1.- Porcentaje programa formación adaptada            2.- Porcentajes de rotación supervisadas            3.- Porcentaje de rotación externas aceptadas            4.- N° de rotaciones recibidas            5.- N° de rotaciones informadas            6.- Informes de estándares            7.- Informes de la comisión en criterios docentes sobre rol del tutor y sobre programa de formación            8.- Formación del tutor:                - N° horas                - N° Asistentes                - N° Cursos            9.- Encuesta grado satisfacción N° sesiones clínicas y N° de asistentes</p>

## COMISIÓN CALIDAD

OBJETIVOS	PROPUESTAS DE MEJORA	INDICADORES
1.- Elaborar el Plan de Calidad 2.- Evaluar su cumplimiento 3.- Contribuir a la evaluación de indicadores clínicos 4.- Desarrollo de planes de formación en calidad 5.- Identificar, difundir y establecer propuestas de mejora sobre Eventos Adversos y riesgo de los pacientes 6.- Establecer un mapa de indicadores por servicios clínicos y unidades de enfermería	1.- Evaluar cinco procesos con periodicidad semestral 2.- Difusión de los resultados 3.- Crear una unidad de Riesgos y Eventos Adversos	1.- N° de auditores en cada proceso 2.- N° cursos, n° de horas, grado de satisfacción 3.- Efectos adversos por servicio / medicamentos úlceras, nosocomial, etc. 7.- Indicadores de calidad por servicios: - Médico - Quirúrgicos - Diagnóstico



## **HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES**

### **Taller de Gestión de Comisiones de Calidad Hospitalaria**

16 de mayo de 2005

### **Programa**

Área de Consultoría

## Lugar de celebración: \_\_\_\_\_

Escuela Andaluza de Salud Pública

## dirigido a: \_\_\_\_\_

Profesionales de ámbito hospitalario que tienen participación en Comisiones de Calidad Hospitalarias y Grupos de Mejora.

## metodología \_\_\_\_\_

Sesiones teóricas y prácticas. Trabajos de grupo con exposición de resultados, presentaciones de grupo y debate.

Se realizará un manual con las conclusiones de curso

## objetivos doCentes \_\_\_\_\_

- Identificar los factores claves para el éxito de las comisiones clínicas.
- Adquirir conocimientos en dinámicas de grupo y equipos de trabajo.
- Definición de objetivos y actividades del año y su integración en un Plan de Calidad.
- Identificar los principales sistemas de evaluación de las comisiones de calidad.
- Diseño, elaboración, implantación y evaluación de las mejoras propuestas.

## doceNtes particiPantes \_\_\_\_\_

- Enrique Pérez Trueba. Unidad de Calidad Hospital Costa del Sol.
- José Carlos Canca Sánchez. Unidad de Calidad Hospital Costa del Sol.

**1** ■ Lunes, 16 de mayo de 2005

## distribución horaria y contenidos

09'00: Presentación del curso.

09'15: El papel de las comisiones clínicas en el hospital desde el marco de un plan de calidad. Funciones y Objetivos. Problemas frecuentes.

10'00: Herramientas de gestión de las comisiones. Reuniones, convocatorias, dinámicas de grupo. Normativa interna. El producto final de las comisiones.

11'00: Descanso.

11'30: Formulación de objetivos, indicadores. Propuestas de mejora. Trabajos de Grupo.

14'00: Almuerzo.

16'00: Presentación de resultados de grupo.

17'00: Conclusiones.

19'00: Fin del Taller.



## **HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES**

### **Taller de Gestión de Comisiones de Calidad Hospitalaria**

16 de mayo de 2005

### **Listado**



Área de Consultoría

## **Relación nominal de integrantes de las diferentes Comisiones**

### **PRESIDENTES/AS, VICEPRESIDENTES/AS, SECRETARIOS/AS,**

#### **COMISIÓN DE CALIDAD**

**PRESIDENTE: JESÚS MARTÍNEZ TAPIAS**  
**VICEPRESIDENTA: ENCARNACIÓN HERNÁNDEZ LÓPEZ**  
**SECRETARIA: MARÍA GARCÍA CUBILLO**

#### **COMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA**

**PRESIDENTE: FRANCISCO PÉREZ SÁEZ**  
**SECRETARIA: ANTONIA FERNÁNDEZ VALDIVIA**

#### **COMISIÓN DE ÉTICA ASISTENCIAL**

**PRESIDENTA: M<sup>a</sup> ÁNGELES BONILLO GARCÍA**  
**SECRETARIO: JUAN PASQUAU LIAÑO**

#### **COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA**

**PRESIDENTE: FCO. JOSÉ FERNANDEZ-NOGUERAS JIMÉNEZ**  
**VICEPRESIDENTA. M<sup>a</sup> ÁNGELES BONILLO GARCÍA**  
**SECRETARIO: DR. SEBASTIÁN IBÁÑEZ BERMÚDEZ.**

#### **COMISIÓN DE INFECCIONES, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS**

**PRESIDENTE: GUILLERMO FERRER GARCÍA**  
**SECRETARIO: JOSÉ LUIS MARTÍN RUÍZ**

#### **COMISIÓN DE MORTALIDAD**

**PRESIDENTE: FCO. JOSÉ FERNÁNDEZ –NOGUERAS JIMÉNEZ**  
**SECRETARIO: FRANCISCO GUERRERO LÓPEZ**

#### **COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS**

**PRESIDENTE: FRANCISCO PÉREZ SÁEZ**  
**VICEPRESIDENTE: JOSÉ EXPÓSITO HERNÁNDEZ**  
**SECRETARIO: CARLOS JIMÉNEZ ÁLVAREZ**



### **COMISIÓN DE TRANSFUSIONES**

**PRESIDENTE: GUILLERMO FERRER GARCÍA**  
**VICEPRESIDENTES: JOSÉ M<sup>º</sup> DE PABLOS GALLEGO**  
**ANTONIO FERNÁNDEZ MONTOYA**  
**SECRETARIA: ALMUDENA GARCÍA RUÍZ**

### **COMISIÓN DE TRASPLANTES**

**PRESIDENTE: FCO. JOSÉ FERNÁNDEZ-NOGUERAS JIMÉNEZ**  
**SECRETARIO: PEDRO NAVARRETE NAVARRO**

### **COMISIÓN DE TUMORES**

**PRESIDENTE: EMILIANO NUEVO LARA**  
**SECRETARIO: JUAN RAMON DELGADO PÉREZ**

### **COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**PRESIDENTE: JESÚS MARTÍNEZ TAPIAS**  
**SECRETARIO: JAVIER CASTEJÓN CASADO**

### **COMISIÓN DE DOCENCIA**

**PRESIDENTE: MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ RUZ**  
**SECRETARIA CARMEN LÓPEZ LÓPEZ**

### **COMISIÓN DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**PRESIDENTA: PILAR BARRUETABEÑA ALONSO**  
**SECRETARIO: MANUEL MEGÍAS JIMÉNEZ**

### **SUBCOMISIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

**PRESIDENTA: JOSEFA BAILÓN BALLESTEROS**  
**SECRETARIA: MARGARITA ENRIQUEZ DE LUNA.**

### **SUBCOMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA:**

**PRESIDENTA: ANTONIA JIMÉNEZ FERNÁNDEZ**  
**SECRETARIA informes: BERTA GORLAT SÁNCHEZ**  
**SECRETARIA citas: DOLORES GALLARDO ABAD**

### **COORDINADONRES/AS DE GRUPO DE TRABAJO:**

**José Manuel Sánchez Castaño –Calidad y Evaluación Tecnologías**  
**Jesús Villar del Moral – Calidad**  
**Eduardo Villar Álvarez – Calidad**  
**Manuel García Montero – Farmacia**  
**Manuel Colmenero Ruiz – Transfusiones**  
**Francisco Gonzalez Fernandez- Ulceras por presión**



**OTROS ASISTENTES**

**Juana Maria de Haro Castellano. Comité de Ensayos Clínicos**

**Pilar Molina Garcia. Secretaria de Actas de Comisiones Clínicas**

**Jose Luis Morales Torres. Enfermero Unidad de Calidad**



**ORGANIZACIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJO**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES Y ESCUELA ANDALUZA DE SALUD**  
**PUBLICA**  
**DÍA 16 DE MAYO DE 2005**

**PRESIDENTES/AS, VICEPRESIDENTES/AS, SECRETARIOS/AS,**

**COMISIONES DE CALIDAD**

**COMISIÓN DE CALIDAD**

**G1**

**PRESIDENTE: JESÚS MARTÍNEZ TAPIAS**  
**VICEPRESIDENTA: ENCARNACIÓN HERNÁNDEZ LÓPEZ**  
**SECRETARIA: MARÍA GARCÍA CUBILLO**

**COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**PRESIDENTE: JESÚS MARTÍNEZ TAPIAS**  
**SECRETARIO: JAVIER CASTEJON CASADO**

**COMISIÓN DE DOCENCIA**

**PRESIDENTE: MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ RUZ**  
**SECRETARIO: CARMEN LOPEZ LOPEZ**

**COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA**

**G2**

**PRESIDENTE: FCO. JOSÉ FERNANDEZ-NOGUERAS JIMÉNEZ**  
**VICEPRESIDENTA. M<sup>a</sup> ÁNGELES BONILLO GARCÍA**  
**SECRETARIO: SEBASTIÁN IBAÑEZ BERMÚDEZ**

**COMISIÓN DE INFECCIONES, PROFILAXIS Y POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS**

**PRESIDENTE: GUILLERMO FERRER GARCÍA**  
**SECRETARIO: JOSÉ LUIS MARTÍN RUÍZ**

**COMISIÓN DE ÉTICA ASISTENCIAL**

**PRESIDENTA: M<sup>a</sup> ÁNGELES BONILLO GARCÍA**  
**SECRETARIO: JUAN PASQUAU LIAÑO**



**COMISIÓN DE TRANSFUSIONES**

**G3**

**PRESIDENTE: GUILLERMO FERRER GARCÍA**

**VICEPRESIDENTES: JOSÉ M<sup>a</sup> DE PABLOS GALLEGO**

**SECRETARIA: ALMUDENA GARCÍA RUÍZ**

**COMISIÓN DE TUMORES**

**PRESIDENTE: EMILIANO NUEVO LARA**

**SECRETARIO: JUAN RAMON DELGADO PÉREZ**

**COMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA**

**G4**

**PRESIDENTE: FRANCISCO PÉREZ SÁEZ**

**SECRETARIA: ANTONIA FERNÁNDEZ VALDIVIA**

**COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS**

**PRESIDENTE: FRANCISCO PÉREZ SÁEZ**

**VICEPRESIDENTE: JOSÉ EXPÓSITO HERNÁNDEZ**

**SECRETARIO: CARLOS JIMÉNEZ ÁLVAREZ**

**COMISIÓN DE MORTALIDAD**

**G5**

**PRESIDENTE: FCO. JOSÉ FERNÁNDEZ –NOGUERAS JIMÉNEZ**

**SECRETARIO: FRANCISCO GUERRERO LÓPEZ**

**COMISIÓN DE TRASPLANTES**

**PRESIDENTE: FCO. JOSÉ FERNÁNDEZ-NOGUERAS JIMÉNEZ**

**SECRETARIO: Ausente**



**COMISIÓN DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**G6**

**PRESIDENTA: PILAR BARRUETABEÑA ALONSO**  
**SECRETARIO: MANUEL MEGÍAS JIMÉNEZ**

**SUBCOMISIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

**PRESIDENTA: JOSEFA BAILÓN BALLESTEROS**  
**SECRETARIO: MARGARITA ENRIQUEZ DE LUNA**

**SUBCOMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA:**

**PRESIDENTA: ANTONIA JIMÉNEZ FERNÁNDEZ**  
**SECRETARIA informes: BERTA GORLAT SÁNCHEZ**  
**SECRETARIA actas: DOLORES GALLARDO ABAD**

**COORDINADORES/AS DE GRUPO DE TRABAJO:**

**José Manuel Sanchez Castaño. Comision de Calidad**  
**Jesus Villar del Moral. Comision de Calidad**  
**Eduardo Villar Alvarez. Comision de Calidad**  
**Manuel Garcia Montero. Comision de Farmacia**  
**Manuel Colmenero Ruiz. Comision de Trasmisiones**  
**Francisco Gonzalez Fernandez. Subcomisión de Úlceras por Presión**