



Informe Breve

Seguimiento de hallazgos y acciones de mejora en el esquema SINOC-DAIME

Cierre del informe: 7 Mayo de 2013

Seguimiento anual de la Calidad en las áreas y unidades de gestión clínica

Las áreas y unidades de gestión clínica desarrollan las acciones de calidad definidas en el esquema SINOC-DAIME y concretadas en el despliegue de los indicadores de calidad que forman parte de su acuerdo de gestión. Los acuerdos de gestión tienen una vigencia de año natural (enero-diciembre).

El esquema SINOC-DAIME, al igual que cualquier otro modelo de calidad, parte del principio básico de calidad de **mejora continua** (PDCA, ciclo de calidad, ciclo de Deming, etc.).

Los profesionales de áreas y unidades cuando cierran cada año la evaluación de los indicadores según el esquema DAIME, están finalmente cerrando el ciclo de la calidad e **integrando** las mejoras en las acciones a emprender en el siguiente ciclo anual.

El Servicio de Calidad y Gestión Clínica (SCGC) realiza el seguimiento de las acciones que ponen en marcha las áreas y unidades, concretado hasta el momento actual en **tres visitas** de evaluación por ciclo anual.

La primera visita (en junio-julio) se enfoca hacia la evaluación de riesgos y visita de instalaciones fundamentalmente.

La segunda visita (octubre-noviembre) se focaliza en el seguimiento de los indicadores y de acciones de mejora.

La tercera visita es la que cierra el ciclo anual (primer trimestre del año) y es la evaluación final anual de calidad.

Esquema del ciclo anual de la calidad en áreas y unidades de gestión clínica

Primera visita (de instalaciones y elementos de seguridad)

La primera visita que se realiza a áreas y unidades tienen un carácter especial, estructurándose en torno a determinados elementos claramente definidos: revisión de instalaciones y evaluación de riesgos, elementos de seguridad (incendios y evacuación), almacenes de material sanitario, cadena de frío, gestión de materiales peligrosos, estado general de las consultas, y exposiciones a riesgos biológicos. Es, en definitiva, una visita centrada en la **seguridad de los pacientes, los profesionales y las instalaciones**.

El informe de la primera visita recoge los hallazgos y sugiere acciones de mejora. Estos aspectos son seguidos en la segunda visita (de revisión del sistema de gestión) y recogidos en el informe pertinente, que señala los cambios (o no cambios) que se han introducido respecto a la visita inicial. Se han realizado un total de **46** primeras visitas (2009-2012), lo que significa que el primer contacto de un área o unidad con la calidad se materializa en una visita de evaluadores que centran su cometido en la **seguridad**. El 100% de las primeras visitas han incluido un informe de hallazgos y sugerencias de mejora.



Revisión del Sistema de Gestión

La finalidad de la segunda visita es realizar un repaso exhaustivo de los indicadores de calidad que forman parte de su acuerdo de gestión, otorgando una puntuación; en definitiva es un “ensayo” de la evaluación final a mes de octubre-noviembre y sirve de apoyo y orientación a las unidades y áreas de cara al logro de sus objetivos en la evaluación final anual.

Un informe recoge los resultados de esta evaluación, y además de la puntuación de cada indicador siguiendo el esquema SINOC-CAIME (puntuación para cada indicador entre 0 y 10), también recoge comentarios generales a la marcha de los indicadores. Estos se centran fundamentalmente en aspectos a mejorar, por ejemplo incidir en que deben mejorar las monitorizaciones de los indicadores, o que no deben olvidar informar de los resultados de las mismas a los profesionales, o que deben trabajar en la simplificación de documentación, etc.).

Evaluación final anual de la calidad

Se lleva a cabo en el primer trimestre del año, en el contexto de la evaluación general del acuerdo de gestión ya vencido. Además de la revisión documental incluye visita del área o unidad con entrevista a profesionales, trazado de pacientes o procesos y evaluación de las competencias del director.

El informe de la evaluación final de calidad recoge la puntuación obtenida indicador a indicador según el esquema SINOC-DAIE.

Este resultado final de calidad tiene repercusiones, en el encuadramiento en calidad y en la percepción de incentiación.

Existe la posibilidad de que el informe de evaluación final de la calidad se cierre con un listado (más o menos amplio) de indicadores para los que el evaluador solicita la presentación de información adicional (Informe de Seguimiento del indicador) que deben presentarse en un plazo limitado (dos meses) y en los que el área o unidad debe aportar pruebas documentales de la resolución de esos indicadores.

Valoración de informes de Seguimiento solicitados (2009-2011)

La tabla 1 presenta la relación numérica de informes de evaluación de indicadores solicitados a las áreas y unidades en los ejercicios 2009-2011. Esta solicitud se ha realizado en la evaluación final de calidad dando un margen de presentación de los informes de dos a tres meses.

En total se han solicitado **91** informes de seguimiento de indicadores (todos presentados por las áreas y unidades), **25** en la evaluación final de 2009, **50** en la evaluación final de 2010 y **16** en la evaluación final de 2011.

Seguimiento de indicadores con puntuaciones entre 0 y 4 puntos en la evaluación final (2009-2011)

Se ha realizado un seguimiento del comportamiento de aquellos indicadores a los que se otorgaba una puntuación “baja” en la evaluación final, de entre 0 y 4 puntos DAIME (un ejemplo puede ser aquel indicador en que solo se ha resuelto la fase D (documentado) y A (aprobado)).

Para ello se han revisado los informes de evaluación final de la calidad de todas las áreas y unidades evaluadas desde 2009 a 2011, identificando el código y el descriptor corto de los



indicadores entre 0 y 4 puntos DAIME. Se ha realizado el seguimiento hasta 2012 para los indicadores con puntuación inicial entre 0 y 4 puntos DAIME.

Los resultados se muestran en la tabla 2.

Como resumen se puede concluir que de los 90 indicadores seguidos desde 2009 a 2011, el **98,8%** de los indicadores de baja puntuación mejoraron la misma, frente al solo **1,1%** que no presenta mejoría en la puntuación.

Fecha: 7 de Mayo de 2013

Informe elaborado por:

Ana Maria Sánchez Fernández
Alejandra Fueyo Gutiérrez
Valentín Javier Rodríguez Martínez
Oscar Suárez Álvarez
Rebeca Suárez Gutiérrez

(Servicio de Calidad y Gestión Clínica)



Tabla 1

Informes de evaluación solicitados a unidades y áreas en la evaluación final de calidad	
Año	nº indicadores
ÁREA 1	
TREVIAS	
2009	4
2010	8
SM JARRIO	
2010	7
2011	4
ÁREA 3	
BQ SAN AGUSTÍN	
2010	1
SM SAN AGUSTÍN	
2010	1
CORVERA	
2010	1
LUANCO	
2009	2
2010	10
ÁREA 4	
LA FRESNEDA	
2009	2
GERIATÍA HMN	
2010	1
HUCA	
LABORATORIO MEDICINA HUCA	
2011	1
PEDIATRIA HUCA	
2011	1
SALUD MENTAL HUCA	
2010	4
2011	1

ÁREA 6	
ARRIONDAS	
2009	9
2010	4
RIBADESELLA	
2009	8
2010	6
Salud Mental Arriondas	
	1
ÁREA 7	
MOREDA	
2011	8
ÁREA 8	
LAVIANA	
2011	1
CASO-SOBRESCOBIO	
2010	1
SALUD MENTAL VALLE DEL NALON	
2010	2
UCI VALLE DEL NALON	
2010	3



Tabla 2

Seguimiento indicadores entre 0 y 4 puntos DAIME	AÑO			
AREA 1				
Trevias	2009	2010	2011	2012
	Puntuación			
indicador 1e1- Relación procedimientos CI	-	4	8	10
indicador 1e2- Hoja de firma de CI	-	4	8	10
indicador 3b1- Pruebas a la cabecera del paciente	-	0	5	5
indicador 4a1 - Guías Comunes	-	0	7	8
indicador 4d1- Educación crónicos	-	0	6	8
indicador 4b1- traslados urgentes	-	4	10	10
indicador 5f1- Línea investigación clínica	-	0	6	0
indicador 5f3- Memoria anual investigación	-	0	0	0
indicador 2c9 - Política de muestras comerciales	-	4	10	10
indicador 3c2 - Colectivos de riesgo	-	0	10	10
SM JARRIO	2009	2010	2011	2012
1e1-Intimididad de pacientes	"(1)"	4	10	10
2a2- identificación de pacientes		4	10	10
4c2- Comunicación sin errores		4	10	10
5a1- Plan de emergencias		4	6	5
5b1- Mapa de riesgos		4	6	6
H1.2- Motivos ingreso HC		-	0	10
AREA 3				
BQ SAN AGUSTÍN	2009	2010	2011	2012
1c1- DyD	"(1)"	-	4	6
1d2- Hojas de CI		-	0	0
2a1-Acogida pacientes		-	0	0
3b4- Opinión profesionales		-	2	3
3b6- Grupo de mejora		-	0	4
5c4- Inventario medicación		-	4	6
NEUMOLOGÍA SAN AGUSTÍN	2009	2010	2011	2012
1f2- Sustitución toma decisiones	"(1)"	4	10	"(2)"
4c1- Plan de acogida a profesionales		2	8	
5b1- Mapa de riesgos		4	6	
H9.1- terminal y moribundo		4	10	
ORL SAN AGUSTÍN	2009	2010	2011	2012
4c2- Comunicación efectiva y sin errores	"(1)"	0	6	"(2)"
5b1- Mapa de riesgos		0	2	
C2.1- Material necesario		-	0	
2f1- Errores en el proceso asistencial		-	0	
2f2- Notificación errores		-	0	
4a1- Memoria actividades formativas		-	0	



5b3- Prev control infección		-	0	
H5.1- Planificación primeras 24 horas		-	0	
Q3.4- Minimizar infección herida quirúrgica		-	0	
SM SAN AGUSTÍN	2009	2010	2011	2012
2c8- Contención física	"(1)"	4	10	7
2d2- Traslado urgente		4	8	6
2d5- Continuidad conflicto ético		4	10	6
4a1- Memoria actividades formativas		4	10	10
4c1- Plan de acogida a profesionales		4	10	10
5b1- Mapa de riesgos		4	6	6
AREA 4				
La Fresneda	2009	2010	2011	2012
indicador 5c1-Triage de enfermería	0	0	"(3)"	"(3)"
indicador 4c4- Prevención de Úlceras por Presión	-	4		
GERIATÍA HMN	2009	2010	2011	2012
5b1- Mapa de riesgos	"(1)"	0	9	10
2c3- Resucitación		-	0	4
4b1- Niveles RCP		-	0	2
H8.1- Dolor y planificación anlgésica		-	4	10
HUCA				
Nefrología del HUCA	2009	2010	2011	2012
Planificación formación	"(1)"	2	10	9
Material necesario asistencia (consultas)		0	10	0
Neurociencias HUCA	2009	2010	2011	2012
Sustitucion toma decisiones	"(1)"	4	10	10
Comunicación efectiva entre profesionales		4	10	10
Dolor y planificación analgesia		4	10	10
Atención al paciente terminal		4	6	10
Indicaciones estudios radiologicos		4	10	-
Reacciones medios de contraste		4	10	-
Pediatría HUCA	2009	2010	2011	2012
Necesidades formativas	"(1)"	2	10	4
Personal capacitado ordenes medicas		0	10	10
Salud Mental HUCA	2009	2010	2011	2012
Gestión de reclamaciones	"(1)"	2	10	7
Derechos y deberes		0	10	7
Intimidad del paciente		0	10	7
Identificacion pacientes		0	10	7
Continuidad por conflicto ético		4	10	7
Plan de acogida profesionales		0	10	7
Comunicación sin errores		0	6	7
Mapa de riesgos		0	0	7
Gestión de residuos		4	10	7
Material punzo cortante		4	10	7
Accidente con material punzocortante		4	10	7



Control de medicamentos		4	10	7
Responsable del paciente		2	10	7
Medicación en consulta		2	10	0
Emisión de ordenes médicas		4	10	7
Registro administración medicación		2	10	7
Farmacia HUCA	2009	2010	2011	2012
Comunicación efectiva entre profesionales	"(1)"	2	6	7
AREA 6				
Arriondas	2009	2010	2011	2012
indicador 2f1- Riesgos de exposición laboral	-	0	10	10
indicador 3c1- Maltrato	-	0	10	10
indicador 4a1 - Guías Comunes	-	0	6	6
indicador 4b1- traslados urgentes	-	0	0	0
indicador 4c1- Cuidados paliativos	-	0	5	10
indicador 4d1- Educación crónicos	-	0	10	8
indicador 5c1- Triage enfermería	-	0	0	-
indicador 5d2-Plan formación RCP	-	0	10	10
indicador 5e1- Actividad formativa	-	0	6	10
indicador 5f1- Línea investigación clínica	-	0	10	10
indicador 6a3- Formación catástrofes	-	0	10	5
indicador 6c3- Libro de incidencias	-	0	10	10
indicador 5b3- Responsable de enfermería	0	10	10	10
indicador 6a2- Simulacro de incendios	0	10	10	10
indicador 6b1- Supervisión de instalaciones	0	10	10	10
Ribadesella	2009	2010	2011	2012
indicador 1i2- Cartera de servicios	-	0	10	-
indicador 2c3- Identificación de pacientes	-	0	10	10
indicador 3c1- Maltrato	-	4	10	10
indicador 4a1 - Guías Comunes	-	0	6	10
indicador 5c1- Triage enfermería	-	0	10	-
indicador 5e1- Actividad formativa	-	0	8	5
indicador 5f1- Línea investigación clínica	-	0	4	4
indicador 5f3- Memoria anual investigación	-	0	0	0
indicador 5g1- Necesidades formativas	-	2	10	10
indicador 6b3- Mapa de riesgos	-	0	10	10
indicador 1f1- Intimidad de pacientes	-	0	10	10
indicador 3c2 - Colectivos de riesgo	-	2	2	5
indicador 6a2- Simulacro de incendios	0	10	10	5
indicador 6b1- Supervisión de instalaciones	0	7	10	10
Salud Mental Arriondas	2009	2010	2011	2012
4.c2 Comunicación sin errores	"(1)"	4	7	6
C1.1 Recepción petición de consulta		-	2	10
C1.4 Valoración peticiones de consulta		-	2	6
C1.5 Priorizar peticiones de consulta		-	2	6
C1.6 Comunicar la cita al paciente		-	2	6



C2.4 Facilitar la cita al paciente		-	2	10
C2.5 El responsable informa de los resultados		-	2	10
C4.1 Procedimiento de necesidad de revisiones		-	4	6
C 4.2 Consulta sucesiva		-	4	6
1A. 2 Procedimiento de confidencialidad		-	0	10
AREA 7				
Oftalmología H A BUYLLA	2009	2010	2011	2012
1A.2 Procedimiento confidencialidad	"(1)"	-	0	10
2A.1 Acogida de pacientes		-	0	10
2F.1 Errores en Proceso asistencial		-	0	6
2F.2 Notificación de errores		-	0	6
4A.1 Necesidades formativas		-	0	10
4A.3 Planificación de la formación		-	0	10
Moreda	2009	2010	2011	2012
Derechos y deberes	"(1)"	4	9	10
AREA 8				
UCI H Valle Nalón	2009	2010	2011	2012
2.e3 Programa educativo agudos	"(1)"	4	10	-

Evolución de indicadores que en la evaluación final de áreas y unidades han obtenido una puntuación entre 0 y 4 puntos

- (1) Sombreado en gris en 2009 las unidades y áreas que no firmaron acuerdo de gestión ese año
- (2) No se ha realizado auditoría en ese año por renuncia del área o unidad
- (3) UGC no funcionante desde 2010 (ultimo AG firmado)