



## 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 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.

Informe elaborado por:

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

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
<b>ÁREA A</b>	
<b>Centro 1</b>	
2009	4
2010	8
<b>Centro 2</b>	
2010	7
2011	4
<b>ÁREA B</b>	
<b>Centro 3</b>	
2010	1
<b>Centro 4</b>	
2010	1
<b>Centro 5</b>	
2010	1
<b>Centro 6</b>	
2009	2
2010	10
<b>ÁREA C</b>	
<b>Centro 7</b>	
2009	2
<b>Centro 8</b>	
2010	1
<b>Centro 9</b>	
2011	1
<b>Centro 10</b>	
2011	1
<b>Centro 11</b>	
2010	4
2011	1

<b>ÁREA D</b>	
<b>Centro 12</b>	
2009	9
2010	4
<b>Centro 13</b>	
2009	8
2010	6
<b>Centro 14</b>	
	1
<b>ÁREA E</b>	
<b>Centro 15</b>	
2011	8
<b>ÁREA F</b>	
<b>Centro 16</b>	
2011	1
<b>Centro 17</b>	
2010	1
<b>Centro 118</b>	
2010	2
<b>Centro 19</b>	
2010	3



**Tabla 2**  
Seguimiento indicadores entre 0 y 4 puntos DAIME

Indicadores			
Centro a	2009	2010	2011
indicador 1e1- Relación procedimientos CI	-	4	8
indicador 1e2- Hoja de firma de CI	-	4	8
indicador 3b1- Pruebas a la cabecera del paciente	-	0	5
indicador 4a1 - Guías Comunes	-	0	7
indicador 4d1- Educación crónicos	-	0	6
indicador 4b1- traslados urgentes	-	4	10
indicador 5f1- Línea investigación clínica	-	0	6
indicador 5f3- Memoria anual investigación	-	0	0
indicador 2c9 - Política de muestras comerciales	-	4	10
indicador 3c2 - Colectivos de riesgo	-	0	10
Centro b	2009	2010	2011
1e1-Intimidad de pacientes	"(1)"	4	10
2a2- identificación de pacientes		4	10
4c2- Comunicación sin errores		4	10
5a1- Plan de emergencias		4	6
5b1- Mapa de riesgos		4	6
H1.2- Motivos ingreso HC		-	0
Centro c	2009	2010	2011
1c1- DyD	"(1)"	-	4
1d2- Hojas de CI		-	0
2a1-Acogida pacientes		-	0
3b4- Opinión profesionales		-	2
3b6- Grupo de mejora		-	0
5c4- Inventario medicación		-	4
Centro d	2009	2010	2011
1f2- Sustitución toma decisiones	"(1)"	4	10
4c1- Plan de acogida a profesionales		2	8
5b1- Mapa de riesgos		4	6
H9.1- terminal y moribundo		4	10
Centro e	2009	2010	2011
4c2- Comunicación efectiva y sin errores	"(1)"	0	6
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
Centro f	2009	2010	2011
5b3- Prev control infección		-	0



H5.1- Planificación primeras 24 horas		-	0
Q3.4- Minimizar infección herida quirúrgica		-	0
<b>Centro g</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
2c8- Contención física	"(1)"	4	10
2d2- Traslado urgente		4	8
2d5- Continuidad conflicto ético		4	10
4a1- Memoria actividades formativas		4	10
4c1- Plan de acogida a profesionales		4	10
5b1- Mapa de riesgos		4	6
<b>Centro h</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
indicador 5c1- Triage de enfermería	0	0	"(3)"
indicador 4c4- Prevención de Úlceras por Presión	-	4	
<b>Centro i</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
5b1- Mapa de riesgos	"(1)"	0	9
2c3- Resucitación		-	0
4b1- Niveles RCP		-	0
H8.1- Dolor y planificación analgésica		-	4
<b>Centro j</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Planificación formación	"(1)"	2	10
Material necesario asistencia (consultas)		0	10
<b>Centro k</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Sustitucion toma decisiones	"(1)"	4	10
Comunicación efectiva entre profesionales		4	10
Dolor y planificación analgesia		4	10
Atención al paciente terminal		4	6
Indicaciones estudios radiologicos		4	10
Reacciones medios de contraste		4	10
<b>Centro l</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Necesidades formativas	"(1)"	2	10
Personal capacitado ordenes medicas		0	10
<b>Centro m</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Gestión de reclamaciones	"(1)"	2	10
Derechos y deberes		0	10
Intimidad del paciente		0	10
Identificacion pacientes		0	10
Continuidad por conflicto ético		4	10
Plan de acogida profesionales		0	10
Comunicación sin errores		0	6
Mapa de riesgos		0	0
<b>Centro n</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Gestión de residuos		4	10
Material punzo cortante		4	10
Accidente con material punzocortante		4	10



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



C1.6 Comunicar la cita al paciente		-	2
C2.4 Facilitar la cita al paciente		-	2
C2.5 El responsable informa de los resultados		-	2
C4.1 Procedimiento de necesidad de revisiones		-	4
C 4.2 Consulta sucesiva		-	4
1A. 2 Procedimiento de confidencialidad		-	0
<b>Centro s</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
1A.2 Procedimiento confidencialidad	"(1)"	-	0
2A.1 Acogida de pacientes		-	0
2F.1 Errores en Proceso asistencial		-	0
2F.2 Notificación de errores		-	0
4A.1 Necesidades formativas		-	0
4A.3 Planificación de la formación		-	0
<b>Centro t</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Derechos y deberes	"(1)"	4	9
<b>Centro u</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
2.e3 Programa educativo agudos	"(1)"	4	10

(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)