

# **XIII Congreso Nacional de Hospitales:**

**Comunicaciones orales, ponencias y  
posters presentadas por personas y  
organismos de la Región de Murcia**

**XIII CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES:** **1**

**COMUNICACIONES ORALES, PONENCIAS Y POSTERS PRESENTADAS POR PERSONAS Y ORGANISMOS DE LA REGIÓN DE MURCIA** **1**

**PONENCIAS** **1**

**COMUNICACIONES ORALES** **1**

LA BIOSEGURIDAD EN LAS INSTALACIONES HOSPITALARIAS.	1
EVALUACIÓN Y MEJORA DEL TIEMPO MEDIO DE ENTREGA EN UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.	3
ABSENTISMO LABORAL DE PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA. AÑO 2002.	5
VÍAS CLÍNICAS. UNIDAD DE MAMA.	7
RIESGO SOCIAL. PROBLEMÁTICA QUE PLANTEAN LOS PACIENTES CUANDO CESAN LAS CAUSAS MÉDICAS QUE CONDICIONARON SU INGRESO.	9
¿ESTÁ CAMBIANDO LA ACTIVIDAD DE LOS HOSPITALES MATERNALES? ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA	12
LA COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA EN EL HOSPITAL DE LA ARRIXACA.	13
SISTEMA EDI, INSTRUMENTO DE CALIDAD EN LOS ALMACENES HOSPITALARIOS.	15
EL HOSPITAL DE LA ARRIXACA EN LOS TOP 20 DEL AÑO 2003. EJEMPLO DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN.	18
CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA MEDIANTE SU MONITARIZACIÓN	20
EL PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA, CONTROL Y SEGUIMIENTO.	22
PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD HOSTELERA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA.	23
EVOLUCIÓN DE LA OFERTA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	25
CONTROL DE CALIDAD Y DE PUNTOS CRÍTICOS EN LA RESTAURACIÓN DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA.	26
¿DIFIEREN LOS PROCESOS MÁS FRECUENTES EN LEQ EN FUNCIÓN DEL NIVEL DEL HOSPITAL?	28
ANÁLISIS DE LAS HERRAMIENTAS CLAVE PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA DEMANDA QUIRÚRGICA.	29

**POSTERS** **31**

AVANCE TECNOLÓGICO EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.	31
-------------------------------------------------	----

<b>UN PASO ADELANTE: ESTABLECER INDICADORES DE FRECUENTACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA AL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.</b>	<b>32</b>
<b>BUZÓN DE SUGERENCIAS: VÍNCULO DE COMUNICACIÓN.</b>	<b>34</b>
<b>CUESTONARIO DE VALORACIÓN DEL RENDIMIENTO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA FHC</b>	<b>36</b>
<b>PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO UNIFICADO DE RECLAMACIONES, QUEJAS Y SUGERENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DE LA REGIÓN DE MURCIA.</b>	<b>38</b>
<b>POSICIÓN ECONÓMICO - FINANCIERA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA: UNA CLAVE DE INTERPRETACIÓN.</b>	<b>39</b>
<b>MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA A TRAVÉS DE LA INTRODUCCIÓN DEL MENÚ A LA CARTA.</b>	<b>40</b>
<b>GRADO DE ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS Y PTA DE URGENCIAS A LA APERTURA DE UNA UNIDAD DE MEDIA - LARGA ESTANCIA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA.</b>	<b>43</b>
<b>RACIONALIZACIÓN DEL GASTO DE FARMACIA Y LABORATORIO MEDIANTE LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE M.I.</b>	<b>45</b>

## **Ponencias**

- Portal Sanitario Murciasalud. Ilmo. Sr. D. José Luis Gil Nicolás. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo.
- Situación actual de la gestión integrada en áreas de salud. La propuesta de la Región de Murcia. Ilmo. Sr. D. Juan Antonio Marqués Espí. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.
- Innovación de las tecnologías de la información en el ámbito de la sanidad militar. D. Fernando Sotos Villarejo. Hospital General Básico de la Defensa en Cartagena.

## **Comunicaciones orales**

### **La bioseguridad en las instalaciones hospitalarias.**

A. Tomás; J. A. Visedo; M. Guerrero; R. Ferrándiz; F. Acosta; M. Guillén.

Hospital de la Arrixaca

Palabras clave: Bioseguridad, reglamentación, parámetros, controles analíticos, procedimientos.

#### **Metodología:**

Por la necesidad de controlar las condiciones higiénico-reglamentarias en los diferentes circuitos de agua y aire del hospital para prevenir la aparición y propagación de enfermedades nosocomiales se ha llevado a cabo:

- Un inventario inicial de las instalaciones del hospital objeto de la reglamentación.
- Una memoria descriptiva de dichas instalaciones y una evaluación de puntos críticos.
- Una monitorización de parámetros físicos, químicos y biológicos de los puntos críticos.
- El establecimiento de procedimientos de actuación para:
  - Control y mantenimiento de las condiciones de bioseguridad del hospital.

- Actuaciones de contingencia frente a no conformidades de resultados analíticos.

### **Líneas de actuación**

Puesta en marcha de los diferentes procedimientos establecidos para las instalaciones del hospital:

- Circuitos de agua caliente sanitaria.
- Circuitos de agua fría de consumo humano.
- Torres de enfriamiento.
- Piscina de rehabilitación.
- Circuitos de agua ultrapura para laboratorios y diálisis.
- Circuitos de aguas de procesos de climatización y vapor.
- Circuitos de conductos de aire acondicionado.
- Unidades de tratamiento del aire acondicionado.

### **Financiación**

A través de concurso abierto de servicios,propuesto por los servicios técnicos del Hospital.

### **Objetivos**

- Cumplir con la normativa vigente y asegurar el mayor grado de calidad de las condiciones del agua y aire en el hospital para prevenir enfermedades nosocomiales.
- Dar a conocer a los usuarios y profesionales del hospital los procedimientos y sistemas establecidos para el control de la calidad del agua y aire en el hospital.

### **Resultados**

1. Mejora del control de la condiciones ambientales, tanto en circuitos de agua y aire, así como mejora de las condiciones de bioseguridad integral del hospital.
2. Mayor nivel de implicación de todos los profesionales en la labor de la puesta en marcha de los procedimientos para cumplir las condiciones técnico-reglamentarias.

# Evaluación y mejora del tiempo medio de entrega en un servicio de anatomía patológica.

R. Martínez; P. Gismero; C. Sánchez; A. Jiménez; A. Chavez; E. Abad.

Hospital Morales Meseguer

## Introducción

El análisis de las dimensiones de "estructura" y "proceso" de la calidad en un servicio de Anatomía Patológica (APA), mediante la revisión de recursos y circuitos, repercute directamente sobre los resultados del servicio.

## Objetivo

Evaluar y mejorar los tiempos medios de entrega (TME) desde la presentación al patólogo.

proceso automático de las biopsias hasta su

## Material y método

Estudio cuasi-experimental antes-después en un laboratorio de APA, durante 2 meses consecutivos (2001-2002). Las variables estudiadas fueron:

- Variables dependientes: Tiempo de inclusión y TME.
- Variable independiente: Cambios organizativos del laboratorio:
  - a) Etiquetado de porta-objetos simultáneo a la realización del examen macroscópico (durante la 1ª evaluación se realizaba con posterioridad)
  - b) Corte de forma ordenada por patólogo y N° de referencia de la muestra (durante la 1ª evaluación se realizaba de modo aleatorio)

El análisis de datos se realizó con Epi-Info 6-04.

## Resultados

Se observó un incremento en la carga de trabajo del servicio durante la 2ª evaluación:  $82,5 \pm 31,3$  bloques diarios frente a  $113,2 \pm 42,2$  ( $p < 0,05$ ). Así como un incremento en el tiempo de inclusión de  $56,6 \pm 15,8$  minutos frente a  $72,6 \pm 17,3$  ( $p < 0,05$ ). El TME disminuyó en 17,2 horas (1ª evaluación:  $24,9 \pm 1$ ; 2ª evaluación:  $7,6 \pm 2,5$ ;  $p < 0,05$ ).

## **Conclusiones**

Previsiblemente, la disminución del TME producirá una mejora en los tiempos de demora globales del servicio

# **Absentismo laboral de personal sanitario no facultativo en la Fundación Hospital de Cieza. Año 2002.**

J. L. Jiménez; C. Miranda; A. Tomás; M. Albarracñ.

Fundación Hospital de Cieza

## **Introducción**

El absentismo laboral constituye un serio problema y una preocupación creciente ya que repercute de una manera clara sobre los costes directos de personal y sobre los costes indirectos de la empresa; en forma de plantilla sobredimensionada, reducción de la productividad, incremento del personal temporal menos adiestrado y desmotivación del personal que tiene que suplir a sus compañeros.

Teniendo en cuenta que el presupuesto de personal supuso el 65 % del total para el año 2002 y que la tasa de absentismo durante el primer trimestre del mismo año era de 12,22 % nos pareció indicado en una primera fase adoptar mecanismos de corrección de dicha tasa para el personal sanitario no facultativo.

## **Objetivos**

- Disminución de la tasa de absentismo.
- Reducción coste de personal.
- Mejora de resultados.
- Mantener calidad asistencial.
- Mejora de clima laboral.

## **Metodología**

- Creación de un grupo de trabajo integrado por el gerente, dirección de enfermería, dirección de gestión y personal sanitario no facultativo (por categorías y servicios).
- Identificación y selección de variables que inciden en la tasa del absentismo.
- Información mensual del porcentaje de absentismo por grupos profesionales, causas, edades y sexo.



- Análisis y evaluación con criterios de cobertura sin pérdida de calidad asistencial.
- Seguimiento de incidencias en el grupo de trabajo.
- Evolución de costes por absentismo.
- Cuantificación económica de incentivos.

## **Resultados y conclusiones**

Tras la adopción de estas medidas, la tasa de absentismo se redujo en el último trimestre del año 2002 hasta un 3,75 %, es decir una reducción porcentual de 8,47 puntos sobre el primer trimestre.

## **Vías clínicas. Unidad de mama.**

Claver Valderas, MA; García Sánchez, MJ; Illana Moreno, J.; Piñero Madrona, A.; Bixquert Montagud, V.; Guerrero Fernández, M.

Hospital de la Arrixaca

Palabras clave:

Cáncer de mama, gestión por proceso, unidades clínicas.

### **Objetivos**

Puesta en marcha de una estrategia de actuación para el diagnóstico y tratamiento precoz de la patología mamaria sospechosa de malignidad detectada a través del programa de screening de cáncer de mama. Su objetivo se fundamenta en ofrecer la respuesta más rápida posible dentro de una atención integral y en tratar de eliminar al máximo la carga de ansiedad asociada a esta enfermedad al acortar las demoras, ofreciendo una información clínica y metodológica, adecuada, veraz, oportuna y continuada. Evaluación del período comprendido entre el 20 de septiembre de 2002 y el 23 de enero de 2003.

### **Metodología**

1. Puesta en marcha de la Unidad Funcional: Con integración de los servicios de: Cirugía General, Radiología, Medicina Nuclear y Anatomía Patológica. Se cuenta con la actuación posterior de Oncología Médica y Radioterápica y Cirugía Plástica, en función del diagnóstico definitivo y evolución de los pacientes.

## 2. Diseño del circuito de actuación:

- Jueves: selección de mamografías sospechosas de malignidad.
- Viernes: Cita para Historia Clínica, valoración de mamografía y solicitud de estudios complementarios.
- Lunes y Martes : realización de pruebas (MIBI, ecodópler de mama y PAAF). Valoración preanestésica y cualquier otra exploración complementaria que se considere.
- Miércoles: Programación Quirúrgica (sesión de tarde o de mañana), colocándose arpón y/o trazador para linfografía, durante esa mañana o la tarde previa respectivamente. Estudio histopatológico intraoperatorio de la lesión y/o ganglio centinela.

## Resultados

- Actividad: 24 pacientes remitidas desde AECC.
- Tiempo de espera de la primera consulta: 1 día.
- Tiempo de espera al tratamiento: 4.13 días.
- Estancia media: 2,79 días.
- Cirugía conservadora: 62%.
- Reconstrucción mamaria: 25%.

## Conclusiones

1. Mejor pronóstico por mayor rapidez en diagnóstico y tratamiento.
2. Mayor información a las pacientes tanto clínica como metodológica.
3. Cirugía menos agresiva y de menor riesgo quirúrgico.
4. Mayor eficiencia en la gestión por disminución de actos quirúrgicos y de la E.M.
5. Mayor satisfacción e implicación de los profesionales.
6. Mayor satisfacción de las pacientes.

## **Riesgo social. Problemática que plantean los pacientes cuando cesan las causas médicas que condicionaron su ingreso.**

María Navarro; M. Lasso.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

### **Introducción**

La nueva salud mundial, ha mejorado considerablemente en las últimas décadas aumentando la esperanza de vida.

En la actualidad nos encontramos ante un nuevo paradigma social como consecuencia de grandes cambios en la estructura social.

- El acceso masivo de la mujer al mercado remunerado.
- La transformación o quiebra de las relaciones jerárquicas en la familia.
- Los cambios demográficos.
- El envejecimiento de la población.
- Los flujos migratorios entre las diferentes partes de la población mundial.
- Advenimiento de nuevas enfermedades.
- La nueva Salud Pública, la innovación tecnológica en general y la genómica en particular.

Es todo un fenómeno que plantea nuevos retos para la formulación de políticas sanitarias y sociales y la necesidad de una organización social por haberse transformado los valores considerablemente tradicionales.

### **Objetivo**

Constatar el incremento de la demanda de atención social en pacientes ingresados en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, motivada por las necesidades del individuo desde una visión holística.

### **Metodología**

Análisis de los factores de riesgo por grupos de población en el 100% de los pacientes derivados a la Unidad de Trabajo Social (Servicio de Atención al Usuario) sobre el total de los ingresos en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, los

- Años 1999,2000,2001 y 2002.

### **Resultados**

Ingresos actuaciones %

- Año 1999 34163 516 1,51
- Año 2000 35144 660 1,87
- Año 2001 34731 696 2
- Año 2002 36507 792 2,17

### **Conclusiones**

La problemática Social existe y no podemos seguir dándole la espalda por lo que la búsqueda de soluciones para resolver la demanda socio-sanitaria presente y futura supone un reto para políticos, profesionales sanitarios y de las ciencias sociales.

# ¿Está cambiando la actividad de los hospitales maternos? Análisis de la situación y propuestas de mejora

A. González; F. Acosta; J. León; J. Puerta; J. A. Visedo; M. Guerrero. Hospital de la Arrixaca

## Objetivo

Determinar si los acelerados cambios sociales que afectan a la estructura familiar, la inmigración y el acceso a la información están influyendo en la demanda de asistencia maternal urgente e indican la necesidad de rediseñarla.

## Método

Análisis del registro de la actividad urgente de nuestro Hospital Maternal correspondiente al periodo 1.998-2.002.

## Resultados

El número de partos aumentó un 8'15%, situándose en 5.518 en el 2.002. La analgesia epidural se ofreció en el 100% de los casos, realizándose finalmente en el 84'7% de ellos. Se incrementa el porcentaje de cesáreas que alcanza el 19'8% de los partos. La actividad quirúrgica se compone del 66% de cesáreas, el 23% de legrados y el 11% otros. Dicha actividad es mayor en turno de tarde y menor los fines de semana. El 10'1% de las parturientes proceden de otras áreas sanitarias. Finalmente, el 12'6% de las pacientes son ya de procedencia extranjera.

## Conclusiones

La casuística del hospital; la segunda del país, con 5.518 partos anuales, constituye un modelo sólido del que deducimos que:

1. La predicción de una drástica reducción de la demanda obstétrica ha resultado errónea. La baja natalidad española está siendo compensada por la afluencia de extranjeras en edad fértil. Urge redimensionar la necesidad y distribución territorial de hospitales materno-infantiles.
2. Las pacientes buscan calidad asistencial, aunque para ello deban acudir a otro hospital que soporte mayor presión de urgencias. El porcentaje de cesáreas seguirá

## **La comunicación interna y externa en el Hospital de la Arrixaca.**

J. Aguilar; M. Guerrero; R. Ferrándiz; J. A. Visedo; M. A. Clavel.

Hospital de la Arrixaca

Palabras clave: Comunicación, expectativas, pacientes, estrategia, acercamiento.

### **Metodología**

La comunicación interna, dirigida a profesionales y la comunicación externa, dirigida a pacientes y familiares, como la herramienta más conocida del marketing.

Elaboramos dentro del Plan Estratégico y de su línea general de calidad, un Plan de Comunicación.

Comunicación Interna (la que conecta y relaciona el centro hospitalario con la comunidad con la que convive, sirve para difundir servicios, dar a conocer su objetivo y misión, divulgar su progreso en el cuidado de la salud, transmitir conocimientos en materia de prevención a los ciudadanos).

- Instrumentos:
  - Revista de empresa; 40 ediciones, 3000 ejemplares por edición, destinada a profesionales, sindicatos, medios de comunicación, organismos públicos, portadas temas de actualidad, contraportada (servicios), hospital informa, fotos, cursos, conferencias, nombramientos, etc. Guías de servicios asistenciales y no asistenciales (ORL, Laringectomizado, farmacia, ...).
  - Comunicación externa (aquella que proporciona una mayor y mejor información entre aquellos que trabajan en la institución



tratando de que actúen como catalizador y armonizador del trabajo en equipo).

- Contenido: Plan Estratégico, Recursos, oferta de servicios, actividad asistencial, calidad, Plan Director Obras, Formación, Investigación, Docencia.
- Imagen corporativa contenida en tarjetas visita, notas interiores, oficios, historias clínicas, carpetas, logos exteriores, lencería, etc.
- Medios de comunicación (diarios locales, nacionales, especializados, Internet...)
- Asociaciones deportivas y culturales (Asociación ciclista, asociación de fútbol, etc.).
- Telemarketing: Encuestas de satisfacción telefónica a pacientes que han pasado por Consultas Externas, Urgencias, Altas hospitalarias; Virgen de la Arrixaca, como imagen institucional.

## **Objetivos**

- De la comunicación interna: la motivación del empleado y la identificación del empleado con su empresa.
- De la comunicación externa: reflejar en la sociedad la imagen que la institución desea dar de sí misma, enviar a la sociedad los mensajes que en cada momento le sea más convenientes e idóneos transmitir y establecer unas relaciones personales e institucionales con los profesionales y medios que le sirvan en situaciones de crisis.

## **Resultados**

1. Desde Junio de 1998 hasta Abril de 1999 existen 448 artículos en general que hacen referencia al Hospital de la Arrixaca, y teniendo en cuenta que la cifra de información general sobre la sanidad en Murcia es de 629, vemos que al menos 2 de cada 3 noticias sanitarias son de La Arrixaca.
2. Del total antes mencionado, 448 informaciones, 279 son artículos, en 34 casos, durante los 10 meses, ha sido página 3 (la más importante) y además con llamada o referencia en portada. Y 1 de cada 9 páginas de la Arrixaca.

3. Consolidación del Plan de comunicación Interno y Externo en el Hospital como un instrumento al servicio de la calidad asistencial.

## **Sistema EDI, instrumento de calidad en los almacenes hospitalarios.**

C. Aparicio; M. Guerrero; R. Ferrándiz; M.C. Travel; J. A. Visedo.

Hospital de la Arrixaca

### **Objetivos**

- Marco: Plan de actualización tecnológica en el área de suministros.

- Objetivos:
  - Actualización tecnológica.
  - Mejora en los procesos administrativos.
  - Disminución de las cargas administrativas ligadas a los supervisores de enfermería en sus relaciones con el área de suministros.
  - Reducción de stocks.
  - Reducción de las incidencias ligadas a la rotura de stocks.

### **Líneas de actuación**

- Hacia el exterior. Relación con proveedores. Implantación de un sistema automatizado para el envío de pedidos de forma electrónica y sin el uso de soporte papel.
- Hacia el interior. Relación con unidades de enfermería. Agilizar la disponibilidad de materiales en previsión de la demanda en el menor plazo de tiempo posible.

### **Resultados**

- Disminución de cargas administrativas: archivo, separación, clasificación y firma de pedidos.
- Reducidos los costes de transmisión: uso de correo electrónico y EDI.
- Agilidad en la comunicación con proveedores.
- Primera fase para la trazabilidad de productos.
- Primera fase para la integración de sistemas: Hospital y Proveedores.
- Disminución de los tiempos necesarios para cubrir las roturas de stocks.

### **Conclusiones**

- Necesidad de extender el uso de EDI al mayor número posible de proveedores y en su defecto el correo electrónico, a raíz de las mejoras detectadas en los primeros meses de funcionamiento de este sistema.

- Disponibilidad de recursos humanos para la realización de tareas con valora añadido (depuración de artículos, elaboración de catálogos, etc)

## **El Hospital de la Arrixaca en los top 20 del año 2003. Ejemplo de excelencia en la gestión.**

M. Guerrero; R. Ferrándiz; J. A. Visedo; F. Acosta; V. Bixquet.

Hospital de la Arrixaca

Palabras claves: Excelencia, calidad, índices, comparación.

### **Metodología**

El programa Hospitales TOP 20 es una iniciativa de lasist, empresa consultora, dirigido a los hospitales que de forma voluntaria y gratuita deciden participar en un proceso de valoración objetiva de su labor en base a comparar diferentes ratios relativos a su actividad, calidad y gestión de recursos.

En la tercera edición han participado 143 hospitales, agrupados en diferentes grupos, encontrándose el Hospital de la Arrixaca en el grupo de Grandes Hospitales Docentes en número de 18, quedando clasificado en el número 3 de su grupo.

Indicadores tomados en consideración para comparar los resultados de los hospitales en la búsqueda de la excelencia:

- índice de mortalidad ajustada por riesgo (IMAR).
- índice de complicaciones ajustada por riesgo (ICAR).
- Estancia Media ajustada por casuística y severidad (EMACS).
- Tasa de sustitución por Cirugía Ambulatoria (CMA).
- Coeficiente de ambulatorización.
- Coste por unidad de producción ajustada.

### **Resultados año 2002**

- Posición global en el grupo: 3º de 18.
- Posición en el ranking de cada indicador:
  - Mortalidad (0,99): 8º.
  - Complicaciones (0,78): 1º.
  - Estancia Media (9,07): 10.
  - Ambulatorización (0,72): 5º.

- Coste (2.682 €): 11°.

## **Conclusiones**

- Seguir avanzando en la consolidación de un hospital con cultura de excelencia asistencial y confort hostelero, utilizando ésta u otra herramienta comparativa de hospitales.
- Seguir las líneas marcadas en nuestro Plan estratégico (impulso de la CMA, eficiencia en la utilización de los recursos, mejores índices de complejidad y potenciación de los sistemas de información).

(c) Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de

## **Calidad en la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica mediante su monitarización**

J. León; F. Acosta; M. Guerrero; R. Ferrándiz; J.M. Puerta; G. Vera.

Hospital de la Arrixaca

### **Palabras clave**

Balance, Calidad, Eficacia, Gestión, Lista de Espera Quirúrgica.

### **Objetivos, metodología y conclusiones**

Objetivos planteados:

- Medir la calidad de gestión de la Lista de Espera Quirúrgica mediante indicadores apropiados.
- Comprobar el balance positivo de una gestión eficaz y la continuidad de la tendencia
- Analizar la estacionalidad de resultados.

Durante los últimos años las iniciativas surgidas para desarrollar sistemas de información asistenciales capaces de determinar la producción hospitalaria o conocer la calidad de gestión y de asistencia prestada o por prestar han experimentado un importante auge en nuestra región.

Para los sistemas sanitarios públicos, las listas de espera constituyen un factor regulador de la demanda.

La Lista de espera Quirúrgica (LEQ) constituye uno de los elementos de mayor presión a la hora de garantizar una adecuada respuesta a las expectativas de los pacientes.

Los criterios definidos y pactados en el concepto LEQ incluyen una filosofía de desajuste entre la oferta y la demanda

Discusiones políticas justifican o explican la existencia de listas de espera. Las listas de espera, y por tanto la LEQ, son una realidad, existiendo suficientes indicadores y cuadros de mando que miden la calidad de su gestión desde diversos aspectos.

El índice **entrada / salida** mide con exactitud la evolución del desajuste entre la oferta de un hospital, o centro de gasto, y la demanda de la población a la que asiste.

Para el desarrollo del presente informe se ha monitorizado la evolución del **índice entrada / salida de LEQ** durante los cuatro últimos años (1999 a 2002) en el Hospital Virgen de la Arrixaca. Para ello hemos contado como principal material de trabajo e investigación con los ficheros informatizados, informes diarios y mensuales, así como cierres anuales referentes a LEQ en nuestro Hospital.

Se ha llegado a la conclusión de que en nuestro hospital el índice entrada/salida demuestra una correcta gestión al situarse por debajo del 1. Ello se ha debido, entre otros motivos, a una continua evaluación cuya finalidad fue el apoyo a la planificación y elaboración de programas especiales de reducción de Listas de Espera, la aportación de información concisa y puntual y la determinación de resultados.



## **El plan estratégico del Hospital Virgen de la Arrixaca, control y seguimiento.**

R. Ferrándiz; M. Guerrero; F. Acosta; J. A. Visedo; M. J. García.

Hospital de la Arrixaca

Palabras clave: Planificación estratégica, evaluación, calidad.

### **Objetivo**

Hacer una revisión de las alternativas y líneas estratégicas incluidas en el Plan Estratégico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca 1998-2001, identificando las líneas estratégicas que han sido objeto de desarrollo por parte del hospital en el periodo de cuatro años (1998-2001).

## **Método**

El Plan Estratégico está estructurado en dos partes, la primera es un diagnóstico de situación y la segunda parte recoge 24 líneas estratégicas agrupadas en 9 alternativas estratégicas que marcaban en 1998 para el equipo directivo las áreas de actuación. Para la revisión se ha asociado todas las actuaciones a cada una de las líneas estratégicas, señalando si la línea se ha desarrollado y el grado de desarrollo. En las acciones que implicaban la puesta en marcha nuevas acciones asistenciales, se ha cuantificado la actividad.

## **Resultados**

La revisión de las alternativas ponen de manifiesto que todas ellas se han abordado en su totalidad, desarrollando el 80% de las líneas estratégicas. La revisión del Plan Estratégico confirma que todas las líneas estratégicas identificadas en 1997 han sido desarrolladas con la realización de acciones concretas y certificarlas con resultados.

## **Conclusión**

El Plan Estratégico ha sido el punto de referencia esencial de todas las acciones y proyectos de mejora en la perspectiva de cuatros años hasta el final de 2001, ha sido el hilo conductor de la gestión a medio plazo del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, habiendo incluido en los sucesivos contratos de gestión anuales, la de desarrollo de las líneas estratégicas.

Por otra parte las líneas están en permanente desarrollo y vigencia, con planteamientos de nuevos objetivos, y otras líneas que abren nuevas posibilidades de desarrollo en el propio Hospital, lo que nos permite decir que el Plan Estratégico está vivo.

# **Plan de mejora en la calidad hostelera del Hospital Virgen de la Arrixaca.**

J. A. Visedo; M. Guerrero; R. Ferrándiz; T. Beltrán; J. I. Ruiz; M. J. García.

Hospital de la Arrixaca

Palabras clave: Calidad, limpieza, seguridad, accesibilidad, iluminación.

## **Objetivos**

- Marco: Plan de calidad aprobado en el Comité de Dirección del Hospital de la Arrixaca en el mes de noviembre de 1.999 como una de sus líneas estratégicas del Plan Estratégico 1.998-2001 y dentro del Plan de Calidad del Centro.
- Objetivos: Conseguir un Hospital seguro, limpio, confortable, iluminado y accesible.

## **Líneas de actuación**

- Zona exterior: mejora de la limpieza, circulación tráfico rodado, zonas ajardinadas, iluminación, señalización, imagen corporativa, seguridad, confortabilidad, gestión residuos urbanos, eliminación progresiva barreras arquitectónicas, accesibilidad, etc.
- Zonas interiores; actuaciones concretas en limpieza, seguridad, señalización interior, zonas comunes y de paso-vestíbulos, pasillos, salas de espera, escaleras, etc..-, disminución progresiva del tabaco, información al usuario, mejoras alimentación, mantenimiento interior.

## **Resultados**

- Disminución en un 50% los incidentes en temas de seguridad.
- Incremento de la iluminación exterior e interior en un 50%.
- Disminución del consumo de tabaco dentro del Hospital en un 50%.
- Mejora de la señalización interior y exterior en un 100%.
- Progresiva peatonalización del recinto hospitalario en un 40%.
- Eliminación de un 30% de las barreras arquitectónicas.

# **Evolución de la oferta quirúrgica en un hospital de tercer nivel.**

F. Acosta; J. León; J. A. Visedo; A. González; R. Ferrándiz; M. Guerrero.

Hospital de la Arrixaca

## **Objetivo**

Evaluar, en un período de cuatro años las diversas herramientas de gestión aplicadas a la lista de espera quirúrgica (LEQ) para cumplir los objetivos marcados en el Contrato de Gestión anual, respecto a la satisfacción de la demanda quirúrgica.

## **Método**

Se trató estadísticamente la información contenida en la base de datos de la LEQ del hospital y C.E.P. (área I de Murcia). Realizamos un análisis de la evolución de los indicadores más relevantes sobre motivos de salida de LEQ en el período 1999-2002.

## **Resultados**

Los 12 procesos más frecuentes en LEQ, no han variado significativamente. Las intervenciones con ingreso van aumentando discretamente y superan el 36% de las salidas. Sin embargo, el mayor incremento corresponde a la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que creció más del 50% y ya representa más del 35% de las salidas por intervención en el Hospital. Las salidas por depuración se han reducido hasta el 14%. Finalmente, fue preciso recurrir a Centros Concertados en el 20% de los casos. Al cierre de cada uno de los 4 años estudiados, se cumplieron los objetivos de demora media y máxima en LEQ.

## **Conclusión**

La mejor oferta quirúrgica induce el incremento de la demanda, por lo que se mantiene la magnitud de la LEQ. Nuestro objetivo es conseguir la equidad y garantía de demora mediante una gestión integral de la LEQ. Nos planteamos un abordaje del problema mediante medidas a corto, medio y largo plazo. Finalmente, la CMA es un excelente modelo de rediseño de procesos que mejora cuantitativa y cualitativamente la oferta quirúrgica.

# **Control de calidad y de puntos críticos en la restauración del Hospital Virgen de la Arrixaca.**

F. Raya; J. A. Visedo; R. Ferrándiz; M. Guerrero.

Hospital de la Arrixaca

Palabras clave: Calidad, planificación, análisis puntos críticos.

## **Objetivos**

- Plena garantía sobre el cumplimiento de la Guía de Buenas Prácticas Higiénico Sanitarias en Restauración Colectiva.
- Aseguramiento del Control de Calidad mediante el sistema APPCC.
- Mejoras de la operativa interna.
- Mejor servicio y mayor grado de satisfacción de nuestros pacientes.

## **Metodología**

- Normas ISO 9000.
- Aplicación de la legislación Española sobre Seguridad Alimentaria en el sector de restauración.
- Implantación total del concepto de trazabilidad.
- Definición de programas propios de muestreo de nuestras ingestas acabadas de acuerdo con nuestro propio APPCC.

## **Conclusiones**

La creación de un Servicio de CCRH en el HUVA, desde el año 2001, ha supuesto un mayor grado de aseguramiento del confort y prevención de peligros en cuanto a toxiinfecciones alimentarias al hacer un seguimiento diario de los PCC.

- Reconocimiento diario de las cocinas tanto de nuestro hospital como de los servicios de cafeterías de público, personal y comedor de médicos.
- Colaborando en el diseño de menús tanto basales como terapéuticos.
- Seguimiento desde la recepción de los alimentos, la manipulación y entrega de las ingestas al paciente.
- Formando al personal mediante cursos de manipulación de alimentos y conocimiento del APPCC y GBPHS.

Con este proyecto que se está llevando a cabo en el Hospital de la Arrixaca se pretende culminar el proceso iniciado en el año 1.996 con la centralización de las cocinas.

Existe una gran dificultad que es la lucha continua para evitar que el Control de Calidad se convierta en una serie de documentos, que nadie entiende el porqué se hacen ni asume como suyo.

Es difícil mantener el Control de Calidad cuando el día a día de nuestras cocinas va imponiendo su dinámica de toda la vida.

Frente a eso, lo importante es la distribución continua de la cultura de la calidad entre los trabajadores, seguir implantando documentación haciendo partícipes, al mayor número de personas, y no olvidar que lo importante es hacer las cosas bien.

## **¿Difieren los procesos más frecuentes en LEQ en función del nivel del hospital?**

F. Acosta; J. León; J. A. Visedo; A. González; R. Ferrándiz; M. Guerrero.

Hospital de la Arrixaca

### **Objetivo**

Determinar si la complejidad de la Cirugía programada que se realiza en un hospital de tercer nivel y la existencia de muchas especialidades de referencia regional en el mismo, como CCV, Tórax, MXF, Neurocirugía, etc. influyen en la composición cualitativa de su Lista de Espera Quirúrgica y global.

### **Método**

Analizamos el informe de cierre de Lista Espera Quirúrgica correspondiente al año 2002, realizado por la Unidad de Evaluación del Hospital. Se estudiaron los principales procesos en lista, comparando la situación del Hospital de

referencia con la de su centro de Especialidades (CEP), cuya lista es intervenida por facultativos propios en centros concertados.

## **Resultados**

Los 5 procesos más frecuentes en la Lista de Espera Quirúrgica del Hospital constituyen el 28% de la misma, mientras que en el CEP alcanzan el 48%. Existen coincidencias, aunque con porcentajes diferentes, para las cataratas, hernias inguino/escrotales y enfermedades crónicas de amígdalas/vegetaciones. Los 15 principales procesos representan el 50% de la LEQ del hospital y el 86 % del CEP. De ellos las anomalías congénitas genitales y las hernias discales aparecen solo en el registro del hospital, aunque suponen menos del 5% de su lista. Finalmente, la proporción espera/demora media fue muy positiva.

## **Conclusiones**

La mayor complejidad de la cirugía que suponen las especialidades de referencia para un hospital, aumenta las estancias y el peso relativo y afecta significativamente a otros indicadores de su actividad quirúrgica. Sin embargo, la LEQ global, en cuanto a los procesos más frecuentes, coincide en buena medida, con la de cualquier hospital de menor nivel. Por todas estas connotaciones, la gestión de la demanda quirúrgica en dichos hospitales, tiene especiales dificultades.

## **Análisis de las herramientas clave para mejorar la gestión de la demanda quirúrgica.**

F. Acosta; J. León; J. A. Visedo; A. González; R. Ferrándiz; M. Guerrero.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

### **Objetivo**



La solución de la demanda quirúrgica es uno de los principales retos de los Sistemas de Salud Públicos. Nos proponemos determinar las principales herramientas de gestión de que disponen los hospitales para responder a la fuerte demanda quirúrgica, que cada día crece en cantidad y variedad, conforme mejora la calidad del Servicio prestado.

## **Método**

Evaluación de toda la documentación generada por el hospital en un período de 7 años que afectase a la actividad quirúrgica: planes de reforma arquitectónica, plan estratégico, actas de las Comisiones de Dirección, Obras y programación Quirúrgica, manual de evaluación de indicadores de actividad quirúrgica y de LEQ anuales, etc.

## **Resultados y conclusiones**

Se ha objetivado que las herramientas de gestión más útiles para mejorar la gestión de la demanda quirúrgica del hospital, en el periodo analizado, han sido las cuatro siguientes:

1. El rediseño de procesos, que ha tenido un impacto esencial en los resultados; revelando rápidamente eficaz la implantación de la CMA.
2. Creación de los Sistemas de Información adecuados, que han permitido la monitorización ágil y el análisis continuo de la demanda quirúrgica, así como el diseño de estrategias encaminadas a cumplir los objetivos de LEQ.
3. Mejoría de la eficiencia del recurso cama/quirófano. Se ha optimizado las estancias preoperatorias y media, aumentando la complejidad. Se ha implantado la actividad quirúrgica de tardes.
4. Dirección por objetivos: se consigue que el objetivo final del Hospital Quirúrgico sea atender su demanda en un tiempo razonable, priorizada en función de criterios explícitos y con garantía de equidad. Se nombra un responsable único con capacidad de analizar la información y afinar los recursos necesarios para conseguirlo.

## Posters

### Avance tecnológico en la actividad asistencial.

A. Marín; E. Ródenas; F. Guirado.

Hospital de Molina

#### Introducción

En el marco del desarrollo del Plan de Sistemas de información de IDC en los hospitales del grupo, Hospital de Molina implanta la informatización de la asistencia en el área de urgencias.

#### Objetivos

- Mostrar el proceso de informatización del área de urgencias del Hospital de Molina.
- La informatización es secuencial e integral con todos los datos, administrativos y asistenciales desde la solicitud de asistencia hasta el alta del servicio.
- Detectar las principales dificultades del proceso.

#### Metodología

- Desarrollo del plan de implantación. Adquisición de equipos. Aplicación informática I-MSH, I-MDH, Programa de formación del personal.
- Definición de los modelos de valoración e informes de pacientes.
- Integración en la Historia Clínica Electrónica con los servicios de hospitalización.
- Petición automática de pruebas diagnósticas.
- Facturación automática.

#### Resultados

Tras el proceso de implantación en el área de urgencias del Hospital de Molina, toda asistencia médica es recogida, desde la solicitud de asistencia hasta el alta.

#### Conclusiones

1. El proceso de informatización de la asistencia es posible de forma secuencial y con un programa preconcebido de implantación.

2. Una de las principales dificultades es la falta de formación de los profesionales, por lo que se hace necesario, un plan de formación específico y apoyo en la práctica real.
3. La información que aporta la historia clínica informatizada, es una buena herramienta para la planificación y gestión de servicios sanitarios.

## **Un paso adelante: establecer indicadores de frecuentación desde Atención Primaria al servicio de radiodiagnóstico.**

F. Guirado; E. Rodenas; A. Marin.

Hospital de Molina

### **Introducción**

En la bibliografía no hay indicadores que permitan evaluar la frecuentación desde Atención Primaria a servicio de radiodiagnóstico, sin embargo si los hay de actividad y frecuentación global de un servicio de radiodiagnóstico.

### **Objetivos**

- Establecer indicadores que midan la derivación de pacientes desde atención primaria(frecuentación) a radiodiagnóstico por exploraciones practicadas que nos permita planificar, medir,comparar y gestionar dicha actividad.
- Medir la frecuentación de las derivaciones realizadas desde Atención Primaria al servicio de radiodiagnóstico de referencia.

### **Metodología**

Estudio de la actividad realizada por el servicio de radiagnóstico del Hospital de Molina a pacientes derivados desde los centros de de Atención Primaria de la comarca de referencia (83000 habitantes) durante los años 2000-2001-2002.Análisis mediante paquete estadístico SPSS de las derivaciones totales y por tipo de exploración.

### **Resultados**

La frecuentación de derivaciones de Atención Primaria al servicio de radiodiagnóstico es de 235(+ - 2%)por cada 1000 habitantes.

La distribución de dicha frecuentación por tipo de exploración es:

- Técnica año 2000 Año 2001 Año 2002
- Radiología convencional: 86,5% 86,3% 85,5%
- Ecografía: 10,3% 10,9% 11,1%
- TAC: 1,2% 1,8% 2%

## Conclusiones

1. La frecuentación de las derivaciones de Atención Primaria al servicio de radiodiagnóstico es de 235(+ -2%)por cada 1000 habitantes, aproximadamente el 25% de la frecuentación total del servicio de radiología.
2. Del total de derivaciones el 85% corresponden a radiología convencional con tendencia a la estabilidad.
3. Las derivaciones a Ecografía y TAC son del 10,5% y 2% respectivamente con tendencia a aumentar en ambos casos.

## Indicadores de frecuentación en Radiología

### Estandar de exploraciones: 800-900/1000 hab./año

Distribución por técnicas		
Concepto	Número	Porcentaje
<b>Expl. Rx. Simple</b>	600-650	75%
<b>Estudios Contraste</b>	24-27	35
<b>Mamografías</b>	32-36	4%
<b>Ecografías</b>	80-90	10%
<b>Tac Scanner</b>	40-45	5%
<b>Rmn</b>	16-18	2%

<b>R.X. Vascular Intervencionista</b>	4-5	1%
---------------------------------------	-----	----

Según el estándar, la comarca de Segura presenta los siguientes parámetros:

<b>Concepto</b>	<b>Comarca</b>	<b>H. Molina Fact.</b>	<b>Insalud</b>
<b>Total exploraciones</b>	65000-70000	47687	38424
<b>Nº. placas R.X. simple</b>	117000-135000	42022	35500
<b>Nº Estudios</b>	1900-2150	169	118
<b>Nº Mamografía</b>	2560-2880	1924	1920
<b>Nº Ecografías</b>	6500-7000	3250	2806
<b>Nº Tac</b>	3250-3500	734	622
<b>Nº Rmn</b>	975-1100	0	0
<b>Nº R.X. Intervencionista</b>	500	0	0

**Buzón de sugerencias: vínculo de comunicación.**

E. Rodenas; F. Guirado; A. Marín.

Hospital de Molina

## **Introducción**

El Buzón de Sugerencias es otra herramienta a tener en cuenta junto con el libro de reclamaciones y las encuestas, para valorar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios.

## **Objetivos**

- Instaurar el Buzón de Sugerencias en el Hospital de Molina.
- Comparar las sugerencias presentadas con las reclamaciones en el mismo periodo.
- Valorar la influencia del Buzón de Sugerencias en el número de reclamaciones.

## **Metodología**

- Puesta en marcha del Buzón de Sugerencias en el Hospital de Molina.
- Análisis estadístico con paquete SPSS para valorar la influencia del Buzón de Sugerencias en el número de reclamaciones.
- Comparación del número de sugerencias y el número de reclamaciones del 1º y 2º semestre del año 2002.

## **Resultados**

Durante los 6 meses que lleva implantado el Buzón de Sugerencias en el Hospital de Molina, hemos recibido 83 sugerencias de las que 23 son agradecimientos. El número de reclamaciones, ha disminuido aunque no es estadísticamente significativo con el mismo periodo del año anterior.

## **Conclusiones**

- El Buzón de Sugerencias, es una herramienta de participación que se utiliza más que el libro de reclamaciones.
- El Buzón de Sugerencias disminuye el número de reclamaciones.
- El Buzón de Sugerencias es el método indicado para expresar los agradecimientos

(c) Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia

## **Cuestionario de valoración del rendimiento para el personal de enfermería de la FHC**

A. Tomás; A. Rodríguez; A. M. Sánchez; D. Estrada; J. L. Jiménez; C. Miranda.

Fundación Hospital De Cieza

### **Introducción:**

Como oportunidad de mejora se plantea la necesidad de crear un sistema de valoración del rendimiento que plasme los datos recogidos mediante la observación del supervisor de enfermería, con el fin de: ayudar al evaluado a conocer sus limitaciones y así poder establecer compromisos de mejora respecto a la calidad de su trabajo y identificar y potenciar sus cualidades, destrezas y capacidades. Todo ello contribuirá a mejorar la comunicación y el conocimiento mutuo del trabajador con su superior inmediato, a adecuarlo al servicio asignado, mejorando el funcionamiento del equipo de enfermería.

### **Objetivos:**

- Diseñar un sistema de evaluación del rendimiento para el personal de enfermería
- Detectar en el trabajador aquellos puntos fuertes y débiles que le puedan ayudar al desempeño de su trabajo.

### **Metodología:**

Se diseñó un cuestionario informatizado en el que se valoran y se da puntuación a los siguientes ítems:

1. Características generales
2. Conocimientos profesionales
3. Adaptabilidad. Capacidad de aprendizaje
4. Capacidad de organización
5. Cantidad de trabajo

6. Calidad de trabajo
7. Actitud
8. Iniciativa
9. Cooperación
10. Eficacia bajo estrés
11. Interés por el puesto de trabajo. Motivación
12. Criterio
13. Liderazgo
14. Asistencia
15. Relaciones personales

Se califica un periodo determinado. La evaluación es realizada por el supervisor de enfermería de la Unidad y es comentada con el trabajador registrándose la fecha en el informe para posteriores evaluaciones.

**Resultados:**

El cuestionario de valoración de rendimiento se cumplimenta cada periodo de tiempo ya definido a los trabajadores eventuales. Se ha utilizado en el proceso de promoción interna.

**Conclusión:**

Esta herramienta es muy útil para mejorar las habilidades del trabajador, detectar potenciales y necesidades de formación. Implica a la persona a mejorar sus capacidades y actitudes, mejorando el funcionamiento del equipo de trabajo.



# **Propuesta de implantación de un circuito unificado de reclamaciones, quejas y sugerencias en el ámbito de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.**

M<sup>a</sup> P. Rodríguez; F. Donoso; D. A. Miñano; J. Merino; A. Cánovas.

Consejería de Sanidad y C.Murcia

## **Introducción**

La Ley 4/94, por la que se crea el Servicio Murciano de Salud (SMS) de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, reconoce el derecho de los usuarios a utilizar vías de reclamación, quejas o sugerencias existentes. Actualmente este derecho no se encuentra desarrollado reglamentariamente en nuestra Comunidad Autónoma.

## **Objetivos**

Implantar una guía de actuación para un circuito de reclamaciones, quejas y sugerencias, validando el derecho de los usuarios contemplados en la Ley.

## **Metodología**

Se analizarán normativas legales: Constitución Española, Ley 14/86, Ley General de Sanidad, Ley 30/92 del RJA/E/PAC, Ley 4/94 del SMS y Resolución de 10/06/92 del Secretario General del Sistema Nacional de Salud. Se elaborará un circuito único de reclamaciones tanto en Atención Primaria como en Especializada. Se creará un modelo unificado de hoja de reclamaciones, quejas y sugerencias pactado con el propio SMS.

## **Resultados**

Establecido circuito de reclamaciones se conseguirá cualificar y cuantificar las causas que originan la presentación de reclamaciones. Contraanálisis positivo de los datos obtenidos por las Unidades correspondientes del SMS.

## **Conclusiones**

- Circuito de reclamaciones único.
- Unificación de formatos y criterios.
- Corrección de desviaciones.
- Mayor accesibilidad del usuario.

(c) Consejería de Sanid

## **Posición económico - financiera de la Fundación Hospital de Cieza: una clave de interpretación.**

C. Miranda; F. Vilches; J. L. Jiménez; J. Marín; M<sup>a</sup>; Dña. Marín; M<sup>a</sup>; E. Martínez.

Fundacion Hospital De Cieza

## **Introducción**

La dirección de la FHC, con el objetivo de profundizar en el desarrollo de herramientas de diagnóstico, planificación y control, consideró importante ampliar la perspectiva general que presentan el Balance y la Cuenta de Pérdidas y Ganancias a través del modelo de análisis de su posición económica-financiera. Para ello es necesario el concurso de las relaciones que

pueden definirse entre las diferentes variables económico-financieras que los integran (ratios).

### **Metodología**

- Análisis del Balance de Situación y Cuenta de Pérdidas y Ganancias.
- Desglose de los conceptos que constituyen el Balance y la CPG.
- Selección de ratios financieros: orientados a la determinación de la posición financiera , calculados sobre el balance.
- Selección de ratios económicos: orientados a la determinación de la posición económica de la empresa, calculados sobre la CPG o sobre Balance y CPG.
- Comparación con valores teóricos recomendados

### **Conclusiones**

Analizada la posición financiera presenta una doble dimensión:

- Una dimensión de equilibrio a corto plazo según indica la situación de tesorería.
- Una dimensión de equilibrio estructural a medio-largo plazo según indica el nivel de endeudamiento.

Del análisis de la posición económica se desprende que la empresa está en condiciones de generar fondos suficientes que garanticen su estabilidad, teniendo en cuenta que no es el objetivo de esta Fundación obtener beneficio, que no obstante se reinvertiría en la actividad, sino gestionar de una eficiente y eficaz los recursos disponibles para lograr de forma continuada en el tiempo un nivel óptimo de calidad asistencial.

## **Mejora de la calidad percibida por los pacientes de la Fundación Hospital de Cieza a través de la introducción del menú a la carta.**

J. L. Jiménez; C. Miranda; A. Tomás; M<sup>a</sup> J. Crevillén.

---

Fundación Hospital De Cieza

## **Introducción**

De los dos aspectos tradicionales de la calidad, la científico-técnica y la percibida por los pacientes, tanto los profesionales como los equipos directivos de los hospitales suelen centrarse en el primero de ellos. En parte, puede ser, por el hecho de que los hospitales públicos tienen los pacientes "asegurados" y no precisan acciones tendentes a fidelizarlos con el hospital, ni a considerar su cuota de mercado.

Una medida indirecta de la calidad percibida por los pacientes es el número de reclamaciones presentadas. Así en la Fundación Hospital de Cieza observamos que de forma sostenida se presentaban reclamaciones respecto a la comida servida a los pacientes ingresados

A partir de ese hecho, introdujimos el menú a la carta como medida de mejora para los pacientes sin restricciones de dieta.

## **Objetivos**

Mejora de la calidad percibida por los pacientes a través de la introducción de un menú a la carta para todos aquellos pacientes sin indicaciones específicas de dieta por parte del facultativo responsable.

## **Metodología**

Se establecieron las necesidades mínimas, desde el punto de vista dietético, de los menús a elaborar. Un aspecto que se consideró en dicha valoración fueron los hábitos alimenticios y los gustos más frecuentes del área de referencia de nuestro hospital.

Tras dicho estudio se elaboró una carta de platos que conformarían dicho menú, que estaba compuesto por 18 primeros platos, 15 segundos y 8 postres, en todas sus posibles combinaciones.

El número total de opciones asciende a 2.160, lo cual hace imposible que el paciente repita menú durante su permanencia en el Centro.

## **Resultados**

- Durante todo el año 2001 el número de reclamaciones por algún aspecto relacionado con la comida fue de 10, o sea el 0,05 por cada 100 estancias.
- En el primer semestre del año 2002 el número fue de 11, o sea el 0,09 por cada 100 estancias.

- A partir de la introducción del menú a la carta, que fue en el mes de junio del 2002, no se produjeron más reclamaciones, habiendo tenido las estancias de pacientes las mismas que en periodos similares.

## **Conclusiones**

La introducción del menú a la carta ha mejorado la percepción de los pacientes de los servicios prestados por el hospital, como pone de manifiesto la disminución en el número de reclamaciones presentadas en el Servicio de Atención al Paciente.

# **Grado de aceptación de los servicios de hospitalización de agudos y PTA de urgencias a la apertura de una unidad de media - larga estancia de la Fundación Hospital de Cieza.**

M. Albarracín; J. L. Jiménez; A. Tomás; C. Miranda.

Fundación Hospital De Cieza

## **Introducción**

La población de la Comarca que asiste nuestro hospital tiene un alto grado de envejecimiento. El porcentaje de altas de > 75% sobre el total de altas hospitalarias es del 24.44 % . Siendo en el 2002 sobre el total de altas del área médica el 52.08 %.

Las características de este grupo de edad determinan que habitualmente se nos presenten pacientes que en la evolución natural de la patología de la que son asistidos, necesitan al final de su proceso un grado de asistencia previa al alta hospitalaria, que siendo todavía necesaria, es de baja complejidad. Decidimos por tanto crear una unidad hospitalaria adaptada a las necesidades asistenciales de la fase final del proceso hospitalario de este tipo de población.

## **Objetivos**

Medición del grado de respuesta de los servicios de hospitalización de agudos y P de urgencias durante los años 2001-2002 ante la creación de una UHLME como proveedores de ella.

## **Metodología**

- Diseñar perfil general de pacientes susceptibles de ingreso en la UHLME.
- Definir criterios de ingreso.
- Definir procedimiento de ingreso:

- Fuentes de ingreso: a-1 Hospitalización (inter-intrahospital) a-2 P urgencias; AP.
- Composición del equipo multidisciplinar.
- Solicitud por parte de los servicios.
- Aceptación por parte del equipo multidisciplinar.
- Confirmación en todos los traslados internos de informe de alta definitivo del servicio de procedencia.
- Creación de una base de datos que identifique la procedencia de los pacientes.
- Proceso de datos necesarios para identificación de: procedencia, motivos de ingreso y destino de altas.

## **Resultados**

- Procedencia de pacientes: 29 % traslado h interno; 30% traslado h externo; 18 % P urgencias; 15 % AP; 8 % residencias.
- Destino de altas: 56 % a domicilio; 28 % exitus; 12 % residencia; 1 % hospitalización agudos.
- Motivos de ingreso: 35 % agudización de proceso crónico; 21 % convalecencia; 21 % larga rehabilitación; 19 % paliativos; 4 % otros.

## **Conclusiones**

- Disminución de la utilización de estancias en hospitalización de agudos, derivando pacientes a servicios menos complejos y costosos.
- El importante % de altas a domicilio es indicador de la capacidad resolutive de la unidad.
- Mejora asistencial en adecuación de tratamientos.
- Mejora del resultado "coste-eficacia" en una línea de pacientes
- Buena aceptación de la unidad por parte de los servicios de hospitalización de agudos.
- El 18 % de pacientes resuelven su hospitalización sin pasar por unidades de agudos

## **Racionalización del gasto de farmacia y laboratorio mediante la implicación de los profesionales del servicio de M.I.**

J. L. Jiménez; A. Lafuente; C. Miranda; A. Tomás; M; Albarracín; C Marín-Blázquez.

Fundación Hospital De Cieza

### **Introducción**

El presente trabajo analiza los resultados del pacto de consumo realizado entre la Dirección de la Fundación Hospital de Cieza y los facultativos del Servicio de Medicina Interna.

El pacto afectó al consumo de Farmacia y al coste de los estudios analíticos de los pacientes ingresados en el Servicio de M.I. durante el año 2002.

Los términos del pacto de objetivos fueron introducidos en el contrato de gestión de ese año.

### **Objetivos**



Evaluar el impacto económico de la Farmacia y de las analíticas de los pacientes ingresados en M.I., una vez que dichos parámetros a partir de la inclusión de los mismos en los objetivos globales del Servicio..

Metodología:

- Se estudiaron todos los pacientes ingresados en el Servicio, cuyo número y tipología fueron similar a los de años anteriores.
- A cada paciente se le imputó el coste exacto del gasto farmacéutico a través de la contabilidad analítica, así como el coste de las determinaciones analíticas realizadas durante el total de su estancia en el hospital.
- En ambos parámetros se evaluó el coste total de todo el proceso, con independencia del número de días que permaneciera ingresado.

## Resultados

A pesar de que en el año 2001 se habían protocolizado los tratamientos de numerosas patologías y el consumo farmacéutico disminuyó a partir del segundo trimestre, se observa que durante el año 2002 este consumo ha sido aún menor (Tabla I), llegándose a un coste global de 117,97 €uros por paciente en 2002, frente a los 146,99 €uros del año 2001 (29,08 euros menos). En cuanto a las determinaciones analíticas de los pacientes ingresados en dicho Servicio, en el 2001 supusieron un coste por paciente de 169,25 euros por paciente, pasando a una cifra de 124,91 €uros por paciente en el año 2002 (Tabla I), o sea un descenso de 44,34 euros por paciente.

Tabla I	2001	2002	% disminución	Coste de Farmacia por Ingreso
	146,99	117,91	24,7	

Coste de Laboratorio por Ingreso	2001	2002	% disminución
	169,25	124,90	26,2

## Conclusiones

La implicación de los profesionales del Servicio de Medicina Interna mediante pactos de consumo introducidos en el contrato de gestión ha demostrado que pueden conseguirse disminuciones significativas (24,7% del gasto farmacéutico y 26,2% en coste de laboratorio) para los pacientes ingresados, cuyo número y diagnósticos son similares a los de cualquier otro año.

Esta racionalización del gasto ha permitido liberar recursos destinados directamente a dicho Servicio, tanto a nivel individual como en cuanto a inversiones.