

FUNCIONES DE LOS COORDINADORES DE CALIDAD EN ISO EAP

JOSÉ MARÍA TURÓN ALCAINE

OBJETIVOS DEL TALLER

- ▶ CONCEPTOS EN GESTIÓN DE CALIDAD
- ▶ REPASO DE LA APLICACIÓN DE ISO 9001:2008 EN ATENCIÓN PRIMARIA. RESPONSABILIDADES EN EL EAP
- ▶ FUNCIONES DEL COORDINADOR DE CALIDAD y ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PARA QUE EL SISTEMA SEA FACTIBLE

INTRODUCCIÓN

- » ISO 9001 certifica Sistemas de Gestión de Calidad

GESTIÓN

- Realizar trámites para conseguir un resultado (**objetivo**) con los recursos disponibles. Sinónimo de dirigir o administrar

CALIDAD

- Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto/servicio que le confieren capacidad para **satisfacer necesidades** implícitas o explícitas”

POR TANTO LA GESTIÓN DE LA CALIDAD SERÍA

- ▶ REALIZAR UN CONJUNTO DE ACTIVIDADES CON EL OBJETIVO DE SATISFACER LAS NECESIDADES DE NUESTROS CLIENTES:
 - PACIENTES
 - SISTEMA SANITARIO
 - SOCIEDAD (LEY)

NIVELES DE GESTIÓN

- ▶ CENTRAL (SALUD)
- ▶ SECTOR
- ▶ EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA
- ▶ LA PROPIA CONSULTA



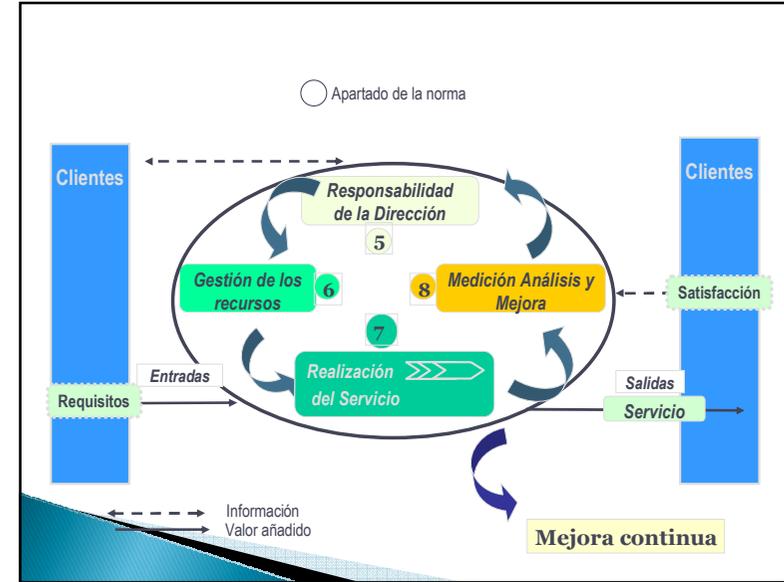
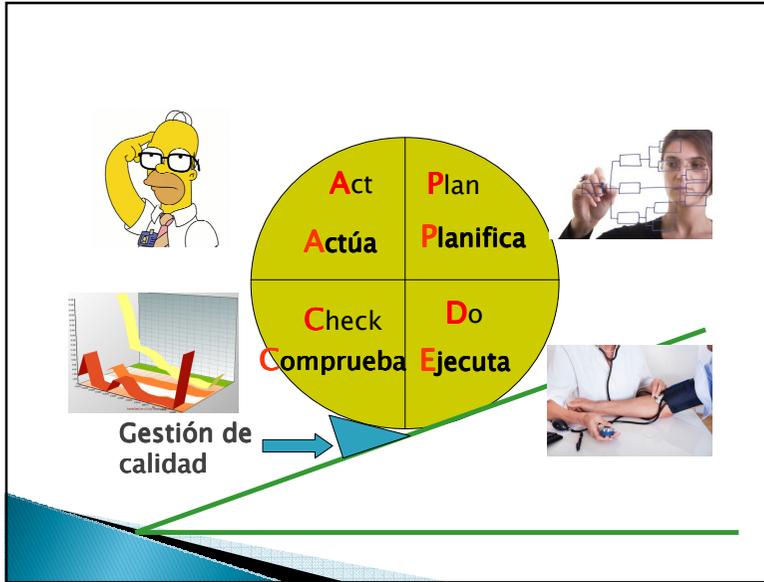
CLASES DE EQUIPOS

- ▶ Los que no saben que tienen problemas
- ▶ Los que saben que tienen problemas
- ▶ Los que saben que tienen problemas y por qué ocurren
- ▶ Los que no tienen problemas

Y, EN GENERAL EN LA MAYORÍA DE ELLOS PIENSAN QUE GESTIONAN BIEN...

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS EN ISO 9001:2008





ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS EN CALIDAD



PRODUCTO

- ▶ TANGIBLE
- ▶ SE PUEDE ALMACENAR
- ▶ SE PUEDE CONTROLAR LA CALIDAD ANTES



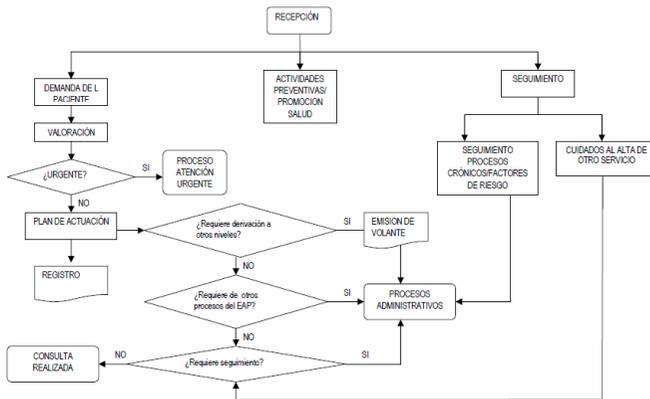
SERVICIO

- ▶ INMATERIAL
- ▶ NO SE PUEDE ALMACENAR
- ▶ SE CONSUMEN EN EL MOMENTO QUE SE ELABORAN (NO SE PUEDE CONTROLAR LA CALIDAD ANTES)
- ▶ DEPENDEN EN GRAN MEDIDA DE LAS PERSONAS QUE LOS PRESTAN

ISO SE BASA EN LA SISTEMÁTICA DE GESTIÓN POR PROCESOS

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECCIÓN MÉDICA HOSPITAL	DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECCIÓN MÉDICA HOSPITAL	DIRECCIÓN MÉDICA HOSPITAL	DIRECCIÓN MÉDICA HOSPITAL	DIRECCIÓN ENFERMERIA HOSPITAL
COORD. MEDICO AP	COORD. ENF. AP	COORD. MEDICO AP	JEFE SERVICIO	COORD. MEDICO AP	JEFE SERVICIO	JEFE SERVICIO	JEFE SERVICIO	SUPERVISOR A QUIROFANO
MÉDICO	ENFERMERIA	MÉDICO	ENDOCRINO	MÉDICO	MEDICO URGENCIAS	CIRUJANO	ANESTESISTA	ENFERMERIA QUIROFANO

LOS PROCESOS E INSTRUCCIONES DE TRABAJO SE HACEN EXPLÍCITOS Y SE DETALLA QUIEN LO TIENE QUE HACER



Código Documento	Título	Revisión	Fecha de Aprobación
PR-1_SAP/E	ATENCIÓN LA SALUD	B	20/05/2019
SP-1_SAP/E	ATENCIÓN ORDINARIA EN CONSULTA	B	20/05/2019
SP-2_SAP/E	ATENCIÓN ORDINARIA EN DOMICILIO	B	20/05/2019
SP-3_SAP/E	ATENCIÓN URGENTE	B	11/06/2019
SP-4_SAP/E	TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS	B	20/05/2019
PR-2_SAP/E	ATENCIÓN SOCIOFAMILIAR	A	20/05/2019
SP-5_SAP/E	ATENCIÓN SOCIAL	A	20/05/2019
PR-3_SAP/E	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	B	01/06/2019
SP-6_SAP/E	ODONTO	B	01/06/2019
SP-7_SAP/E	IT	B	01/06/2019
SP-8_SAP/E	CASTIGANONES	A	20/05/2019
SP-9_SAP/E	RECEPCIÓN DE TRATAMIENTO	B	01/06/2019
SP-10_SAP/E	VISADO DE RECETAS	A	20/05/2019
SP-11_SAP/E	ITS	A	20/05/2019
PR-4_SAP/E	ATENCIÓN A LOS LUGARES	A	20/05/2019
SP-12_SAP/E	RESESIONES E INFORMACIONES	A	20/05/2019
SP-13_SAP/E	NECESIDADES DE USUARIOS	A	20/05/2019
SP-14_SAP/E	DECLARACIONES	A	20/05/2019
PR-5_SAP/E	INTERVENCIÓN SANITARIA EN LA COMUNIDAD	A	20/05/2019
SP-15_SAP/E	INTERVENCIÓN COMUNITARIA	A	20/05/2019
PR-6_SAP/E	GESTIÓN INTERNA	A	20/05/2019
SP-16_SAP/E	CONTRATO DE GESTIÓN	A	20/05/2019
SP-17_SAP/E	COMUNICACIÓN INTERNA	A	20/05/2019
PR-7_SAP/E	MANUTENIMIENTO DE INSTALACIONES, EQUIPOS Y RESERVIOS	A	20/05/2019
PR-8_SAP/E	USUARIO DE EQUIPOS DE MEDIDA	B	10/01/2019
SP-18_SAP/E	INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO	A	20/05/2019
SP-20_SAP/E	RESERVIOS	A	20/05/2019
PR-9_SAP/E	RECURSOS HUMANOS	A	20/05/2019
PR-10_SAP/E	CURSOS/UMU/VE	A	20/05/2019
PR-11_SAP/E	PERSONAL DE EDUCACIÓN	A	20/05/2019
PR-12_SAP/E	ENCUESTA VALORACIÓN ACTIVIDAD FORMATIVA	A	20/05/2019
SP-19_SAP/E	EDUCACIÓN CONTINUADA	A	20/05/2019
SP-20_SAP/E	RECURSOS HUMANOS	A	20/05/2019
PR-13_SAP/E	RECURSOS MATERIALES	A	20/05/2019
SP-21_SAP/E	NECESIDADES DE MATERIA	A	20/05/2019

GOBIERNO DE ARAGON **salud**

Sistema de Calidad de los Equipos de Atención Primaria de SALUD
(UNE EN ISO 9001)

COMUNICACIÓN DE LA DIRECTORA GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD SOBRE EL SISTEMA DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- COMPROMISO DE MEJORA
- POLÍTICA DE CALIDAD
- OBJETIVOS

Documentos de Nivel I aplicables a todos los Equipos de Atención Primaria de SALUD:

- Manual de Calidad y Procedimientos Generales
- Procesos y Fichas de Subprocesos
- Documentación Externa y Otra Documentación

SECTOR	Documentos de nivel II para diversos EAP del Sector		Documentos de nivel III específicos de cada EAP		
	DOCs PO, IT, etc	DOC. EXT.	EAP	DOCs PO, IT, etc	DOC. EXT.
BARBASTRO	Ver		DHEFAN (DH)	Ver	
			CASTELLÓN DE SOS (CS)	Ver	
			MONZÓN RURAL (MR)	Ver	
HUESCA	Ver		BERDUN (BE)	Ver	Ver
			GRANEN (GR)	Ver	Ver
			PINEDOS (PI)	Ver	Ver
ALCAÑIZ	Ver	Ver	CALANDA (CA)	Ver	Ver
			CASPE (CP)	Ver	Ver
			BAÑESA (BA)	Ver	Ver
TERUEL	Ver		ALBARRACÍN (AL)	Ver	Ver
			ALIAGA (AI)	Ver	Ver
			MONREAL DEL CAMPO (MC)	Ver	Ver
CALATAYUD	Ver		DAROCA (DA)	Ver	Ver
			VILLARROYA DE LA SIERRA (VI)	Ver	Ver
			ACTUR NORTE (AN)	Ver	Ver
ZARAGOZA I	Ver	Ver	ACTUR SUR (AS)	Ver	Ver
			LA JOTA (LJ)	Ver	Ver
			PARRQUE GOYA (PG)	Ver	Ver
ZARAGOZA II	Ver		SAN JOSÉ SUR (SJ)	Ver	
			SAN PABLO (SP)	Ver	
			CARRERA (CA)	Ver	
ZARAGOZA III	Ver		DELICIAS SUR (DS)	Ver	Ver
			VALDEFIERRO (VA)	Ver	

Manual de Calidad y Proce...

http://172.25.0.105/frames/EAP/PG_01-1SA(P)E_SA_AL_N_I.html

salud

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN EN VIGOR

Código Documento	Nivel	Nombre	Revisión	Fecha de Aprobación
PO-01_ALIPE	II	Extracción de muestras en atención primaria	C	12/03/2012
PO-02_ALIPE	II	Control y gestión de los bolígrafos de medicamentos de los centros de salud	B	26/05/2011
PO-02-1_ALIPE	II	Partidos de farmacia	B	26/05/2011
PO-02-2_ALIPE	II	Revisión de caducidades	B	26/05/2011
PO-02-3_ALIPE	II	Formulario de devolución de medicamentos	B	26/05/2011
PO-02-4_ALIPE	II	Informe de auditoría de bolígrafos del Servicio de Farmacia de Atención Primaria	B	26/05/2011
PO-02-5_ALIPE	II	Registro de administración de urgencias	A	26/05/2011
PO-02-6_ALIPE	II	Propuesta de inclusión de nuevos medicamentos	A	26/05/2011
PO-02-7_ALIPE	II	Propuesta de solicitud de medicamento especial	A	26/05/2011
PO-02-8_ALIPE	II	Procedimiento operativo de gestión de almacenes de fungibles en los centros de salud	A	26/05/2011
PO-02-9_ALIPE	II	Formulario de control de almacen de fungibles	A	26/05/2011
PO-02-10_ALIPE	II	Formulario de recepción de almacén	A	26/05/2011
PO-02-11_ALIPE	II	Formulario de abarcan de sacos de mercancías	A	26/05/2011
PO-02-12_ALIPE	II	Formulario de control de caducidades	A	26/05/2011
PO-02-13_ALIPE	II	Formulario de control de stock	A	26/05/2011
PO-02-14_ALIPE	II	Formulario de stock de consultorio local	B	18/05/2012
PO-04_ALIPE	II	Procedimiento de gestión de equipos	C	21/05/2012
PO-04-1_ALIPE	II	Listado de equipos	A	26/05/2011
PO-04-2_ALIPE	II	Formulario de actividades externas de mantenimiento preventivo	B	18/05/2012
PO-04-3_ALIPE	II	Registro de actividades externas de mantenimiento preventivo	B	18/05/2012
PO-04-4_ALIPE	II	Lista de verificación de equipos y material de urgencias	C	10/08/2012
PO-04-5_ALIPE	II	Formulario de mantenimiento del coche	A	26/05/2011
PO-04-6_ALIPE	II	Formulario de verificación de temperatura de neveras	A	21/05/2012
PO-05_ALIPE	II	Procedimiento de gestión de la esterilización y desinfección del material sanitario en atención primaria	A	18/05/2012
PO-05-1_ALIPE	II	Controles de esterilización	A	18/05/2012
PO-05-2_ALIPE	II	Procedimiento de organización del material de urgencias	A	05/07/2012
PO-05-1-1_ALIPE	II	Formulario de contenidos de urgencias	A	05/07/2012
INSTRUCCIONES TÉCNICAS				
IT-01_ALIPE	II	Instrucciones para la recogida de muestras para estudios toxicológicos a solicitud de las fuerzas del orden	A	18/05/2012
IT-02_ALIPE	II	Instrucciones para la medición de absorbentes de orina	B	18/05/2012
IT-02-1_ALIPE	II	Formulario de prescripción de absorbentes	B	17/12/2012
IT-03_ALIPE	II	Instrucciones de desarga del data logger Torrey	A	18/05/2012

GESTIÓN POR PROCESOS

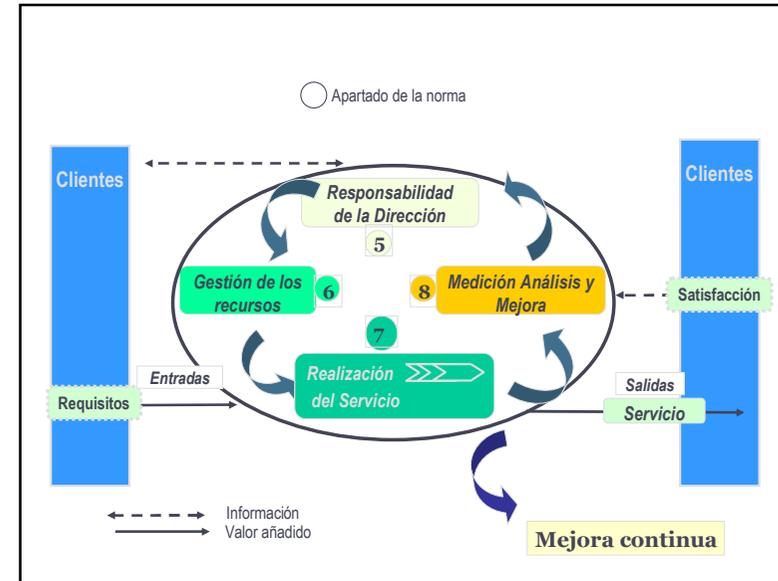
- ▶ Periódicamente se comprueba lo que no funciona repasando los indicadores y las incidencias, reclamaciones y satisfacción
- ▶ Los problemas se gestionan por los propios trabajadores que son los que tienen experiencia en su campo.
- ▶ Debe haber un equipo que gestione los procesos con un responsable al menos en cada proceso clave

Repaso de aspectos clave de la adaptación de la norma al entorno de Atención Primaria



NORMAS que hay que tener en cuenta en ISO 9001:2008

- Norma ISO 9001:2008
- Documentación ISO EAP NIVEL I, II Y III
- Requisitos legales: residuos, ley de protección de datos...
- Cartera de servicios
- Documentación interna del SALUD o departamento: ejemplo manuales OMI-AP
- Documentación de referencia en el sector sanitario, por ejemplo ficha de la AEMPS del oxígeno, de un medicamento



REALIZACIÓN DEL SERVICIO: documentos de trabajo sobre

- **Lo ya sabíamos:** Hemos plasmado nuestras actividades en documentos: procesos, subprocesos (ej. Proceso cita).
- **Lo que no sabíamos.** Hemos creado procedimientos nuevos para cumplir lo que dice la norma y la ley:
 - Preservación de productos: almacén, botiquines...
 - Carro de paradas y maletines
 - Mantenimiento de equipos (ECG, coche...)
 - Verificación de equipos de medición
 - Verificación interna de equipos (neveras, desfibrilador...)
 - Trazabilidad
 - Utilizar todos los mismos registros
 - Identificación de los productos del paciente
 - Gestión de residuos

Realización del Servicio

PROCEDIMIENTO ALMACÉN FUNCIONES DEL RESPONSABLE DE ALMACÉN

OBJETO DEL PROCEDIMIENTO DE ALMACÉN

- ▶ Que no haya nunca desabastecimiento: rotura de stock
- ▶ Que no esté disponible para el uso ningún producto caducado: control de caducidades

PIEDRO ALMACEN CALANDA.xls - Oper@Ofico.org Calc

Material	Texto breve de material	Referencia de Material de	Angul	STOCK ESTÁNDAR	EXISTENCIAS	SOLICITO
11647	ADAPTADOR LUER EXTR. MULTIPLE VIA PREVIA	450070	SI			
2188	AEROSOL DE SILICONA UNIVERSAL 500 ML	556000	SI			
5011	AGUA DESTILADA		SI			
602007	AGUA DESTILADA		SI			
43	AGUJA 12 X 0.8 MM, CONO LUER-AMARILLO	304000 MICROLANCE3	SI			
11	AGUJA 16 X 0.8 MM, CONO LUER-NARANJA	300600 MICROLANCE3	SI			
5	AGUJA 25 X 0.8 MM, CONO LUER-AZUL	300800 MICROLANCE3	SI			
6	AGUJA 25 X 0.8 MM, CONO LUER-VERDE	301156 MICROLANCE3	SI			
4	AGUJA 25 X 0.9 MM, CONO LUER-AMARILLO	304827	SI			
8	AGUJA 25 X 1.1 MM, CONO LUER-CREMA	301700 MICROLANCE3NU3	SI			
3	AGUJA 40 X 0.8 MM, CONO LUER-VERDE	304432 MICROLANCE	SI			
7	AGUJA 40 X 0.9 MM, CONO LUER-AMARILLO	301300	SI			
31	AGUJA P/PLUMA PRECARGO INSULINA 8 MM	320584	SI			
30	AGUJA P/PLUMA PRECARGO INSULINA 8 MM	320582 MICROPFINE	SI			
11646	AGUJA SEGURIDAD EXTRAC MULTIP VERDE 21G	368609 275112	SI			
12032	AGUJA GRIPPER P/RESERVORIO V-5B 19X 25MM	4439775-424881 / <i>cytoco</i>	SI			
953	(6V) AGUJA GRIPPER P/RSVOR 20G 25 mm (NUEVA)		SI			
2789	ALCOHOL	800300	SI			
343	ALGODON 100% HIDROFILO, EN ROLLO DE 1 KG	ALGA 0001	SI			
602787	APOS. HEMOST 10X20CM CELL. OXIDADA REGEN	SURGICEL W1902	SI			
602788	APOS. HEMOST P/PIDOT 5X100CM CELL. OXID. RES	31943	SI			
586	APOSITO ABSOR. SILICONA S/REB. 10X10 CM	MEPILEX 291010	SI			
820	APOSITO ABSOR. SILICONA S/REB. 15X15 CM	MEPILEX 294300	SI			
216	APOSITO ABSORBENTE ESTERIL, 6 X 7 CM	MEPORE 670800	SI			
217	APOSITO ABSORBENTE ESTERIL, 9 X 10 CM	MEPORE 670900	SI			
85	APOSITO ABSORBENTE ESTERIL, 9 X 15 CM	MEPORE 671000	SI			
83	APOSITO ABSORBENTE ESTERIL, 9 X 20 CM	MEPORE 671100	SI			
219	APOSITO ABSORBENTE ESTERIL, 9 X 30 CM	MEPORE 671300	SI			
139	APOSITO CALGINATO CALCICO, EST. 10X10	ALGISITE66000520	SI			
361	APOSITO CALGINATO CALCICO, EST. 15X15	ALGISITE66000521	SI			
145	APOSITO HIDROCEL. ELAST. NADRES. 15X15	ALLEVYN66000043	SI			
141 (pequeño)	APOSITO HIDROCELULAR C/REBOR. EST. 10X10	ALLEVYN66000043	SI			
142 (medio)	APOSITO HIDROCELULAR C/REBOR. EST. 12.5X12.5	ALLEVYN66000044	SI			
143 (grande)	APOSITO HIDROCELULAR C/REBOR. EST. 17.5X17.5	ALLEVYN66000045	SI			

STOCK ESTÁNDAR: CANTIDAD DE PRODUCTO QUE TIENE QUE HABER CADA VEZ QUE LLEGA EL PEDIDO

9 NOLOTIL AMPOLLAS **3**

STOCK MÍNIMO: CANTIDAD DE PRODUCTO QUE TIENE QUE HABER COMO MÍNIMO SIEMPRE. CUANDO SE ALCANZA: ROTURA DE STOCK





► ¡UN SOLO ALMACÉN!

Stocks en vitrinas

- Cada vitrina que tenga stocks definidos debe tener hoja de rotura de stock
- Reponer la rotura de stock cuando se produce
- Al menos una vez a la semana reponer el stock estándar
- En cada sitio donde haya medicamentos deberá existir al menos un control de caducidades

MEDICAMENTOS DE ORIGEN EXTERNO

- ▶ SE IDENTIFICAN PORQUE FALTA EL PRECINTO
- ▶ SOLO SERÁ APTO PARA EL USO SI TIENE EL NOMBRE DEL PACIENTE



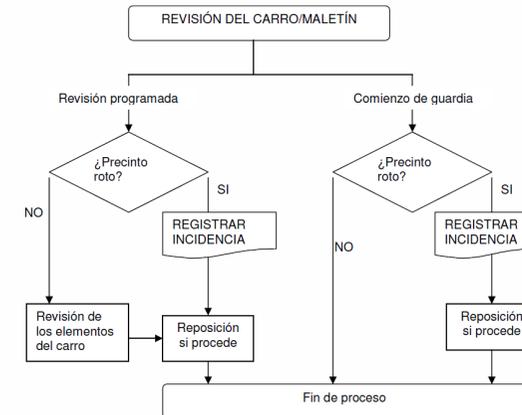
MATERIAL DE URGENCIAS

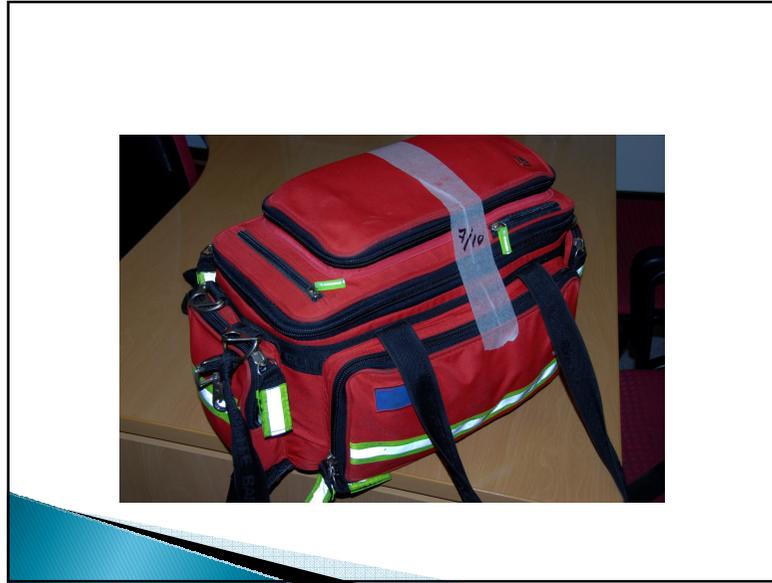
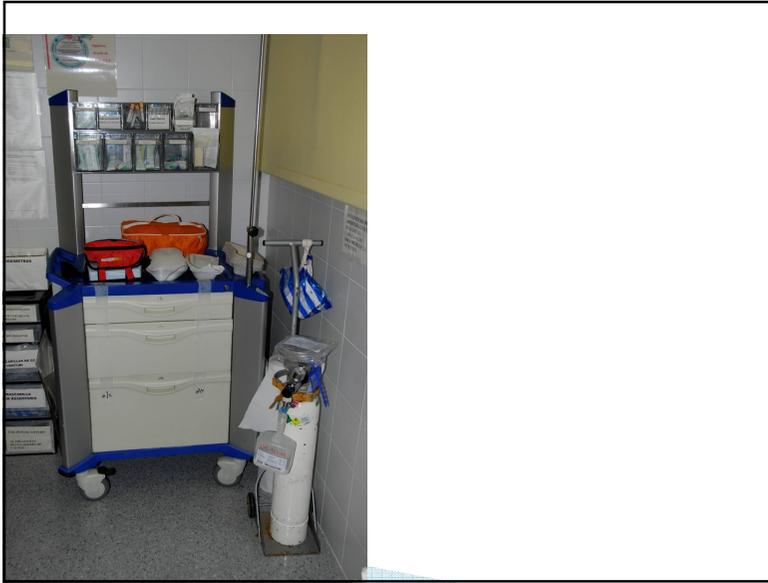
- » LISTADO DE CONTENIDOS DE CARROS Y MALETINES

FUNCIONES RESPONSABLE DE URGENCIAS

- ▶ Mensualmente verificará:
 - que todos los stocks están correctos
 - Revisará caducidades (preferible libreta)
 - Comprobará el funcionamiento correcto de los equipamientos
- ▶ Si el carro está desprecintado o sin reponer deberá avisarse al equipo de que se está poniendo en riesgo a todos

Diagrama de flujo de las revisiones del carro/maletín





Responsable de esterilización



<p><i>Fig 1. Control biológico</i></p>	<p><i>Fig 2. Control biológico embolsado</i></p>
<p><i>Fig 3. Control químico</i></p>	



REGISTRO DE CONTROLES DE ESTERILIZACIÓN					
CENTRO DE SALUD					
FECHA	¿ALGÚN CONTROL QUÍMICO DE LA SEMANA ES INCORRECTO?	CONTROL BIOLÓGICO		ETIQUETA DEL TUBO (w/ del control papa al lado)	FIRMA DEL RESPONSABLE
		INCORRECTO	INCORRECTO		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* Si ha habido algún error eno detallar con texto

ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS

Todos los centros de trabajo en los que se generen residuos sanitarios y/o químicos estarán dotados de un local exclusivo para ello.

Los sistemas de transporte y los contenedores reutilizables se limpiarán y desinfectarán periódicamente.

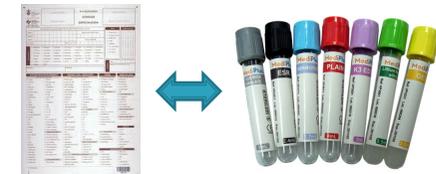
El local de almacenamiento debe estar señalizado y ubicado en una zona debidamente escogida para que su funcionamiento no afecte a los espacios colindantes. Deberá ser espacioso, ventilado, bien iluminado y acondicionado para que puedan realizarse con seguridad y facilidad las operaciones de limpieza y desinfección. Además, será de uso exclusivo a tal fin

El acceso al almacén central de residuos solamente estará permitido al personal autorizado expresamente.



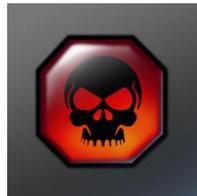
EXTRACCIONES

- ▶ ORDEN CORRECTO DE EXTRACCIÓN DE LOS TUBOS
- ▶ LOS QUE PREPARAN LOS TUBOS EL DÍA ANTERIOR ¡ASEGURARSE DE LA CORRESPONDENCIA ETIQUETA DEL TUBO- ETIQUETA DEL VOLANTE E IDENTIDAD DEL PACIENTE!



CONFIDENCIALIDAD

- ▶ CONVERSACIONES DE PROFESIONALES
- ▶ OMI ABIERTO SIN PROFESIONAL
- ▶ DESCARGAS DE ARCHIVOS "PIRATAS"



PROCEDIMIENTO FORMACIÓN

- Todo el mundo debe tener su curriculum incluido los eventuales
- Los curriculum de los que se van se segregan a otra carpeta pero se guardan
- Los curriculos deben actualizarse cada año
- En el caso de los coordinadores debe figurar su cargo en el currículo
- La experiencia debe figurar como «desde...»

Plan de formación

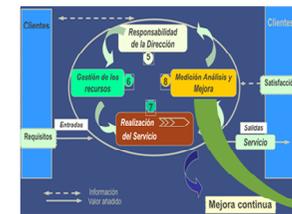
- Debe existir un plan de formación prospectivo al menos con una antelación de 3 meses
- Debe mantenerse un registro de asistencia
- Debe hacerse una valoración de la formación recibida:
 - Por el responsable de formación si la sesión fue impartida por alguien del equipo
 - Con encuesta de los asistentes si es alguien de fuera o si es una actividad acreditada.

ORGANIZACIÓN

» RESPONSABILIDADES EN LOS CENTROS

RESPONSABILIDADES EN EL CENTRO DE SALUD (EQUIPO DE MEJORA)

- Coordinador de calidad: sistema de gestión
- Responsable de formación
- Responsable de almacén
- Responsable de botiquín
- Responsable de material de urgencias
- Responsable de esterilización
- Responsable de equipamientos
- Responsable de coche
- Coordinadores EAP: consejo de salud, gestión objetivos, acciones comunitarias



Medición Análisis y Mejora

FUNCIONES DEL COORDINADOR DE CALIDAD

FUNCIONES DEL COORDINADOR DE CALIDAD



Funciones del coordinador de calidad:

- GESTIÓN POR OBJETIVOS
- REVISIÓN DE INCIDENCIAS
- RESULTADOS DE ENCUESTAS
- NO CONFORMIDADES Y ACCIONES PREVENTIVAS
- COMPROBAR QUE LOS RESPONSABLES CUMPLEN CON SUS FUNCIONES
- COMUNICAR CON EL EQUIPO
- COLABORAR EN LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
- INTERLOCUCIÓN EN AUDITORIAS

DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DEL COORDINADOR DE CALIDAD

SISTEMÁTICA EN LA GESTIÓN DOCUMENTAL

CADA CUATRIMESTRE, CON EL APOYO DEL COORDINADOR DE CALIDAD DE SECTOR:

- ▶ SE ANALIZAN LOS OBJETIVOS
- ▶ SE REVISAN LAS INCIDENCIAS Y SE VALORA SI ALGUNA DEBE SER NO CONFORMIDAD/ACCIÓN PREVENTIVA
- ▶ SE REVISAN LAS RECLAMACIONES Y SE VALORA SI ALGUNA DEBE SER NO CONFORMIDAD
- ▶ SE REVISAN LAS NO CONFORMIDADES Y SE ACTUALIZAN O CIERRAN

A	B	C	D	E	F
GUIÓN DE NO CONFORMIDADES					
ABIERTAS			CERRADAS		
2009					
NC 04/09	CALIBRACION/VERIFICACION				
NC 009-09	conexion A INTERNET				
2010					
NC 10/10			FALLOS DE OMI-LAB		
2011					
NC 007/11	FERIAL				
NC 008/11			ERROR SINTROM		
2012					
NC 003/12			RX ZARAGOZA		
NC 4/12			ARMARIO ZONA ALMACENAMIENTO RESIDUOS		
NC 6/12			INVENTARIO CARROS Y MALETINES		
NC 6/12	COORDINACION CITAS RADIOLOGIA				
NC 7/12	VISITAS ESPECIALISTA				
NC 8/12			DESCONEXIONES SERVIDOR INTERNET		
AP 1/12			ESTERILIZADOR		
			INDICADORES ENFERMERIA		
2013					
NC 1/13			Congelacion nevera		
NC2/13 AI			CADUCIDADES ALACÓN		
NC 3/13 AI			DESVIACIONES DOCUMENTALES		
NC 4/13 AI			ESPIRO FUERA DE USO		
NC 6/13	BOMBONA DE OXIGENO VACIA				
NC 6/13	DEFIBRILADOR NO APTO				
NC 7/13	ADMINISTRATIVO SUSTITUTO NO CAPACITADO				
2014					
INDICADORES					

GESTIÓN POR OBJETIVOS



Dos tipos de objetivos:

- Los que pone la dirección
- Los objetivos propios

Los que pone la dirección

GOBIERNO DE ARAGÓN **salud**

Sistema de Calidad de los Equipos de Atención Primaria de SALUD
(UNE EN ISO 9001)
COMUNICACIÓN DE LA DIRECTORA GERENTE DEL SERVICIO ARAGÓNÉS DE SALUD
SOBRE EL SISTEMA DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- CONTRIBUCIÓN DE MEJORA
- SEGUIMIENTO DEL CALIDAD
- OBJETIVOS

Documentos de Nivel I aplicables a todos los Equipos de Atención Primaria de SALUD:

- Manual de Calidad y Procedimientos Generales
- Directiva Política de Calidad
- Procedimiento Sistema de Gestión de Calidad

SECTOR	Documento de nivel I para diversos EAP del Sector		Documento de nivel II específicos de cada EAP	
	DOC EXT	DOC INT	DOC EXT	DOC INT
BARBASTRO	Ver		MANUAL DE CALIDAD	Ver
			INDICADORES DE CALIDAD	Ver
HUESCA	Ver		MANUAL DE CALIDAD	Ver
			INDICADORES DE CALIDAD	Ver
ALCAÑIZ	Ver	Ver	MANUAL DE CALIDAD	Ver
			INDICADORES DE CALIDAD	Ver
TERUEL	Ver		MANUAL DE CALIDAD	Ver
			INDICADORES DE CALIDAD	Ver
CALATAYUD	Ver		MANUAL DE CALIDAD	Ver
			INDICADORES DE CALIDAD	Ver
ZARAGOZA I	Ver	Ver	MANUAL DE CALIDAD	Ver
			INDICADORES DE CALIDAD	Ver
ZARAGOZA II	Ver		MANUAL DE CALIDAD	Ver
			INDICADORES DE CALIDAD	Ver
ZARAGOZA III	Ver		MANUAL DE CALIDAD	Ver
			INDICADORES DE CALIDAD	Ver

OBJETIVOS DIRECCIÓN 2016

IDENTIFICACIÓN DEL EAP	
1.- ESTABLECIMIENTO (Fecha: 04/04/2016)	
OBJETIVO 2016-1	INDICADORES
<p>1.- Mejorar el resultado de los servicios proporcionados en el apartado "Objetivos Clínicos" del Acuerdo de Gestión 2016, logrando una valoración mayor o igual a 8 en cada uno de sus indicadores. En aquellos en los que ya se hubiera alcanzado el objetivo en diciembre de 2015, mantener o mejorar el resultado.</p>	<p>Indicadores: Los incluidos en el anexo "Objetivos Clínicos y uso racional del medicamento. Atención Primaria" del Acuerdo de Gestión Clínica 2016.</p> <p>Aclaraciones: La definición, construcción y sistemática de evaluación de los indicadores se puede consultar en el "Anexo al Acuerdo de Gestión: Definición de Indicadores Objetivos Clínicos y URM AP"</p>
SEGUIMIENTO	PERIODICIDAD: Cuatrimestral RESPONSABLE: EAP: Coordinador/Responsable Calidad Sector: Director AP/Coordinador Calidad SALUD: Director AP/Coordinador Calidad

CADA CUATRIMESTRE

- ▶ **MEDICIÓN:**
 - Puntos fuertes: riesgo cardiovascular, primovacunación
 - Puntos débiles: atención continuada (30%) exploración de pie diabético (10% muy por debajo de la media del sector)...
- ▶ **ANÁLISIS (de lo que funciona mal):**
 - Los informes de atención continuada podrían salir mal porque citamos a la vez médicos y enfermeras al mismo paciente y solo registra uno de los dos
 - Pie diabético: no se sabe explorar, no hay monofilamentos, no se sabe registrar
- ▶ **MEJORA: (ACCIONES DE MEJORA)**
 - Atención continuada: comentar la necesidad de que enfermería rellene el informe de atención continuada cuando lo haga a la vez que el médico (poner por ejemplo: ver informe médico)
 - Sesión clínica exploración del pie diabético y registro en OMI, proporcionar el código SERPA del monofilamento.

OBJETIVOS ALCANIZ

IDENTIFICACIÓN DEL EAP	
1.- ESTABLECIMIENTO (Fecha: 04/04/2016)	
OBJETIVO 2016-2	INDICADORES
2.- Facilitar la actualización de los conocimientos y habilidades de los profesionales llevando a cabo un programa de formación del propio Equipo.	<p>Indicador: Programa de Formación del Equipo realizado</p> <p>Aclaraciones: Este objetivo se deriva del apartado "Formación e Investigación" del Acuerdo de Gestión Clínica 2016. El Equipo debe diseñar un Programa de formación continuada dirigido a sus propios profesionales. Las actividades formativas incluidas en este Programa de formación podrán adoptar el formato de sesiones, seminarios, jornadas o talleres y deberá ser presentado para su acreditación por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón. Este Programa de formación es independiente del Plan de Formación aprobado para cada Dirección de Atención Primaria y/o centro hospitalario y que ya se está ejecutando con cargo a fondos IAAP.</p> <p>Se considerará cumplido el objetivo si el programa ha incluido un mínimo de seis acciones formativas, está acreditado y se ha ejecutado.</p>
SEGUIMIENTO	<p>PERIODICIDAD: Cuatrimestral</p> <p>RESPONSABLE: EAP: Coordinador/Responsable Calidad Sector: Director AP/Coordinador Calidad SALUD: Director AP/Coordinador Calidad</p>

CADA CUATRIMESTRE

- ▶ **MEDICIÓN:** Comprobar el número de sesiones realizadas y acreditadas
- ▶ **ANÁLISIS:** Vamos bien.../Vamos con retraso porque....
- ▶ **MEJORA:** Vamos a programar para el próximo cuatrimestre x sesiones

FORMATO

IDENTIFICACIÓN DEL EAP	
1.- ESTABLECIMIENTO (Fecha: 04/04/2016)	
OBJETIVO 2016-3	INDICADORES
3.- Aumentar la satisfacción de los pacientes llevando a término sus propuestas de mejora.	<p>Indicador: Consejo de Salud de Zona de Salud constituido</p> <p>Aclaraciones: Este objetivo se deriva del apartado "Comisiones clínicas, grupos de consenso y órganos de participación" del Acuerdo de Gestión Clínica 2016. El objetivo se considerará cumplido de acuerdo a la evaluación de la constitución y funcionamiento del consejo de salud de zona a través del seguimiento de las reuniones celebradas, mediante la auditoría de las actas remitidas al Departamento realizada por técnicos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria</p>
SEGUIMIENTO	<p>PERIODICIDAD: Cuatrimestral</p> <p>RESPONSABLE: EAP: Coordinador/Responsable Calidad Sector: Director AP/Coordinador Calidad SALUD: Director AP/Coordinador Calidad</p>

CADA CUATRIMESTRE

- ▶ **MEDICIÓN:** Se ha constituido/No se ha constituido el consejo de salud y hay/no hay actas
- ▶ **ANÁLISIS:** No se ha constituido porque..
- ▶ **MEJORA:** Vamos a proponer la constitución del consejo de salud

1.- ESTABLECIMIENTO (Fecha: 04/04/2016)	
OBJETIVO 2016-5	INDICADORES
<p>5.- Desarrollar proyectos asistenciales con un impacto positivo en la salud y/o la calidad de vida de las personas a las que van dirigidas, entre otros aspectos, en los procesos, en las responsabilidades, en los modos de comunicación y de intercambio de información.</p>	<p>Indicador: Los proyectos asistenciales incluidos en el Acuerdo de Gestión Clínica 2016 del EAP se han desarrollado Aclaraciones: Este objetivo se deriva del apartado "Proyectos asistenciales" del Acuerdo de Gestión Clínica 2016. El objetivo se considerará cumplido de acuerdo con la valoración de la memoria elaborada para cada proyecto respecto a los siguientes criterios establecidos en el Acuerdo de Gestión clínica 2016: <i>Criterio 1 "cronograma de implantación":</i> En la memoria se describen los cambios producidos en las rutas asistenciales y/o procedimiento de trabajo, así como las actividades realizadas para implantar estos cambios, fechas, responsables y recursos invertidos. <i>Criterio 2 "plan de comunicación":</i> Se detallan las actividades realizadas (reuniones, materiales...) para comunicar a profesionales y pacientes el desarrollo del proyecto. <i>Criterio 3 "evaluación de los resultados alcanzados":</i> Se utilizan indicadores alineados con los objetivos planteados, se ofrecen los resultados de, al menos, la primera evaluación. <i>Criterio 4 "impacto del proyecto":</i> Se alcanzan los resultados deseados, se describe y compara la situación basal y la alcanzada o respecto a otros estándares planteados. <i>Criterio 5 "el proyecto tiene capacidad de extensión y es sostenible en el tiempo":</i> La información presentada en la memoria es suficiente para replicar el proyecto, el análisis de viabilidad es favorable (cronograma factible, recursos proporcionados...), se documentan lecciones aprendidas.</p>
SEGUIMIENTO	<p>PERIODICIDAD: Cuatrimestral</p> <p>RESPONSABLE: EAP: Coordinador/Responsable Calidad Sector: Director AP/Coordinador Calidad SALUD: Director AP/Coordinador Calidad</p>

IDENTIFICACIÓN DEL EAP	
1.- ESTABLECIMIENTO (Fecha: 04/04/2016)	
OBJETIVO PROPIO 2016	INDICADORES
<p>Incrementar el cumplimiento de los indicadores de cobertura del cuadro de mando de diabetes</p>	<p>Indicador: % de cumplimiento de los indicadores de cobertura del cuadro de mando de diabetes Aclaraciones: Los indicadores de cobertura del cuadro de mando son: -Registro de HBA1C en los últimos seis meses -Registro de retinografía en los últimos 3 años, revisión microalbuminuria en el último año -Revisión de GFR en el último año -Revisión del pie diabético en el último año -Tres tomas de presión arterial en el último año -1 determinación de LDL en el último años -Pacientes con registro de hipoglucemia en los últimos seis meses Objetivo: a determinar en función del punto de partida del centro</p>
SEGUIMIENTO	<p>PERIODICIDAD: Cuatrimestral</p> <p>RESPONSABLE: EAP: Coordinador/Responsable Calidad Sector: Director AP/Coordinador Calidad SALUD: Director AP/Coordinador Calidad</p>

PROYECTOS DE MEJORA: OBJETIVOS PROPIOS

- ▶ EVALUACIÓN INICIAL:
- ▶ ANÁLISIS DE SITUACIÓN
- ▶ OBJETIVOS
- ▶ ACCIONES DE MEJORA
- ▶ CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN
- ▶ PLAN DE COMUNICACIÓN (Actividades formativas, comunicación interna)
- ▶ EVALUACIÓN RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN
- ▶ EVALUCIÓN FINAL DEL IMPACTO
- ▶ POSIBILIDADES DE EXTENSIÓN A OTROS EQUIPOS Y SOSTENIBILIDAD EN EL TIEMPO

2.-SEGUIMIENTO

Seguimiento Primer Cuatrimestre(Fecha: dd/mm/aaaa)

MEDICIÓN Resumen en forma de texto de los indicadores en los que se han conseguido objetivos y especialmente de los más problemáticos.

ANÁLISIS Análisis de las causas posibles por las que no se llega en los indicadores de peor resultado

Acciones de mejora propuestas tras el primer seguimiento **MEJORA**

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA PREVISTA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN ▶ PLAN DE COMUNICACIÓN (Actividades formativas, comunicación interna) 		

MEDICIÓN

CM DIABETES

Indicadores Globales | Comparativa Indicadores | Evolución Indicadores | Estadísticas | Ayuda

Bienvenido. [Cuentas de usuario](#) | [Ayuda](#) | [Cerrar sesión](#)

2016 M1 | 2016 M2 | 2016 M3 | 2016 M4 | 2016 M5 | 2016 M6 | 2016 M7 | 2016 M8 | 2016 M9 | 2016 M10 | 2016 M11 | 2016 M12

INDICADORES DE DIABETES

17 pacientes diabéticos: 350 | 17 total pacientes: 4.816 | Prevalencia: 7,55% | Fecha de la información: 12/08/2016

PUNTOS DÉBILES:

PUNTOS FUERTES:

ANÁLISIS

Revisión HbA1c: 72,55%

Retinografía

Revisión Microalbuminuria

REVISIÓN HbA1C

REVISIÓN HbA1C

REVISIÓN PIE DIABÉTICO

ANÁLISIS Y MEJORA

- ▶ REFLEXIONAR SOBRE CADA PUNTO DÉBIL:
 - Cobertura de glicada
 - Cobertura de Pie diabético
 - Registro de Hipoglucemia
- ▶ ACCIONES DE MEJORA (lleva el cronograma)
 - Glicada
 - Pie diabético
 - Registro de hipoglucemia

OBJETIVOS

Seguimiento Segundo Cuatrimestre (Fecha: dd/mm/aaaa)		
MEDICIÓN Resumen en forma de texto de los indicadores en los que se han conseguido objetivos y especialmente de los más problemáticos.		
ANÁLISIS de las causas posibles por las que no se llega en los indicadores de peor resultado		
Acciones de mejora propuestas tras el segundo seguimiento		
ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA PREVISTA
MEJORA		

EVALUACIÓN RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Evaluación final

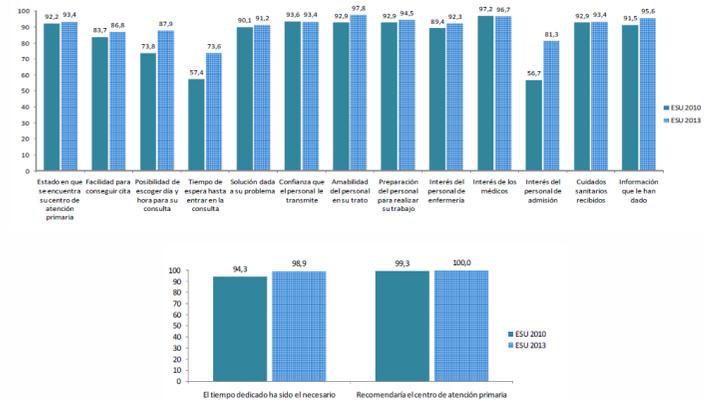
3.- EVALUACIÓN FINAL (Fecha: dd/mm/aaaa)		
EVALUACIÓN FINAL DEL IMPACTO		
MEDICIÓN Con este proyecto hemos conseguido mejorar...		
ANÁLISIS Lo que no hemos podido mejorar ha podido deberse a... y proponemos seguir evaluando el año que viene		
Acciones de mejora propuestas tras el año siguiente		
ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA PREVISTA
MEJORA		

EVALUACIÓN FINAL DEL IMPACTO
 POSIBILIDADES DE EXTENSIÓN A OTROS EQUIPOS Y
 SOSTENIBILIDAD EN EL TIEMPO



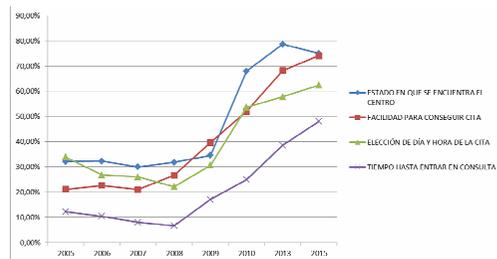
GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Satisfacción del cliente



ANÁLISIS SATISFACCIÓN

- ▶ MEDICIÓN: SELECCIÓN PUNTOS DÉBILES
- ▶ ANÁLISIS: CAUSAS HIPOTÉTICAS
- ▶ PROPUESTA DE ACCIONES DE MEJORA



ANÁLISIS POSIBILIDAD DE ESCOGER DÍA Y HORA PARA SU CONSULTA

PRESIÓN ASISTENCIAL= Nº VISITAS EN UN PERÍODO/ Nº DÍAS TRABAJADOS EN ESE PERÍODO 25 visitas

FRECUENTACIÓN= Nº VISITAS EN UN PERÍODO/ Nº DE HABITANTES 3-4 visitas

	Alta frecuentación	Baja frecuentación
Alta presión asistencial	A	B
Baja presión asistencial	C	C

- A: Revisa tu forma de organizarte
- B: Hay que aumentar los recursos
- C: Medio rural
- D: Zonas urbanas de clase alta

Si alta frecuentación: análisis de los tipos de visita:

	Necesidad asistencial	Necesidad administrativa
Motivo previsible	Visita asistencial previsible (recoger un análisis, pedir un análisis programado, seguimiento en crónicos estables)	Partes de baja Volantes repetidos para ambulancias
Motivo imprevisible	Visitas por patología aguda Reagudizaciones	Balnearios, Informes, certificados

Son necesarias todas las consultas programadas que hago
¿delego en la enfermera?
¿Hago demasiadas preventivas?
¿Pasa consulta la enfermera al mismo tiempo que yo?
Consulta telefónica

TIEMPO DE ESPERA HASTA ENTRAR EN CONSULTA: AGENDA ACORDEON

TIEMPO QUE UTILIZAS EN CONSULTA



TIEMPO DE CONSULTA SEGÚN TU AGENDA



CONSECUENCIAS:

- SALA DE ESPERA LLENA: STRESS Y RUIDO
- “YA QUE HE ESPERADO TANTO AHORA QUE SE AGUANTE”
- INSATISFACCIÓN PACIENTES

ACCIÓN DE MEJORA

- ▶ Adecuar tu agenda a tu realidad:
 - Si tu retraso es progresivo a lo largo de la mañana: aumenta el tiempo de cada cita o bloquea una visita cada cinco
 - Si tu retraso aparece a media mañana ponte colchones a partir de entonces



Y responde a estas preguntas

- ▶ ¿Entro en consulta a la hora o con retraso?
Por ejemplo visitantes
- ▶ ¿Cuánto tiempo dedico a desayunar?
- ▶ ¿Me interrumpen la consulta con el teléfono?

Gestión del día a día en el equipo de Atención Primaria. Josep Casajuana.

»» GESTIÓN DE INCIDENCIAS

INCIDENCIA



CUALQUIER SITUACIÓN QUE NOS SORPRENDA PORQUE NO DEBIERA HABER OCURRIDO

- que se puede solucionar inmediatamente (PARCHE)
- que no es repetitiva (si se repite no basta con un parche: hay que estudiar causas, algo más que una incidencia)
- que no pone en duda la competencia técnica de los Equipos de Atención Primaria (tiene consecuencias o puede llegar a tenerlas).

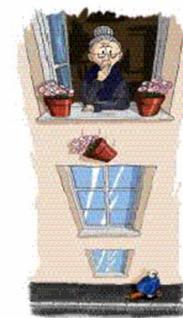
salud		LISTADO DE INCIDENCIAS			Código	
Responsable	Fecha	Origen Incidencia	Descripción	Solución inmediata	NC	Cierre y observaciones
	22-09-09	Medicación urgencias	Se encuentra un colón abierto sin fecha de apertura.	Se desecha y se comunica la necesidad de que conté la fecha de apertura en los colones.	NO	
	22-9-09	Almacén	El almacén está desordenado	Comunicación al EAP, necesidad de organización sistema FFO.	NO	28/9/2010 B almacén está ordenado con arreglo al procedimiento de equipos
	07/10/09	Urgencias	Se encuentra un colón abierto sin fecha de apertura	Se desecha y se comunica la necesidad de que conté la fecha de apertura en los colones.	NO	
	07/10/2009	Medicación urgencias	Aparecen en el botiquín de urgencias, medicamentos de origen externo	Se cambia organización del botiquín, se desecha la medicación no conformada.	08/002	Cerrada
	21/10/2009	Equipo urgencias	Las pallas del desbrizador están caducadas.	Se solicita de urgencia reposición de dos juegos.	NO	22/10/2009 Se reporen las pallas del desbrizador.
	21/10/2009	Almacén	Aparecen medicamentos caducados en el almacén	Revisión completa del almacén, revisión de fechas y validación de nuevos responsables.	09/003	Cerrada. Se ha creado un procedimiento de gestión botiquines que se ha implantado.
	18/01/2010	Medicación urgencias	Aparecen medicamentos de origen externo en el botiquín de urgencias.	Nuevo estudio de causas y comunicación individualizada a todos los miembros del equipo.	NO	Cerrada. No se ha vuelto a repetir.
	18/01/2010	Neveras	Faltan algunos registros de monitorización de temperatura de las neveras durante el mes de Diciembre.	Estudio de causas y apertura de no conformidad.	10/001	Cerrada
	18/01/2010	Coches	Tras proceder a ordenar el material del material de urgencias para desplazamientos, vuelven a aparecer elementos del material de urgencias dentro del coche.	Se recoge el material.	10/002	Se comunica la incidencia al equipo.
	15/03/10	Urgencias	Se encuentra un colón abierto sin fecha de apertura.	Se desecha y se comunica la necesidad de que conté la fecha de apertura en los colones.	NO	
	15/03/2010	Vacunas	Los días 12, 13 y 14 de Marzo no se registró la temperatura de la nevera que contiene las vacunas.	Registro y comunicación al equipo.	10/001	Se ha comprado un data logger y está pendiente de evaluación del cierre.
	02/09/2010	Neveras	Tras cambiar el termómetro de la nevera por mal funcionamiento nos han instalado un nuevo termómetro. En el día de hoy marca 17 grados por lo que hay que avisar al mantenimiento.	Se avisa a mantenimiento para verificar el funcionamiento de la nevera y del termómetro. Se consulta con labor Pública por si hubiera que descajar las vacunas.	10/004	Cerrada. No se consideró necesario descajar vacunas por tratarse de una avería del termómetro.
	40/24	INCIDENCIA	Se detecta en urgencias a un paciente desahogado que toma antioagulantes, cuyo punto de riesgo en el servicio de hematología del hospital de Alcala, no debe por haberse de piernas y equinos reflejos que también le afectan las piernas. Se realiza un PIR con resultado de 8. Al comprobar el informe de hematología con la derivación, observamos que el paciente tomaba anteriormente 600mg, pero con la nueva derivación le cambian a 300mg. El cambio no se como también la necesidad de revisar los le folio sobre por hematología y la hoja se entregó directamente en el centro de salud sin revisar, por lo que se le entrega a un técnico de atención al paciente.	Comunicación con hematología, se le da la información de riesgo, se le da la cita para dentro de dos días en el Hospital de Alcala, para nueva derivación. Se solicita la necesidad de una comunicación clara y específica de los cambios de medicación y se le da la información de riesgo, especialmente en los pacientes desahogados.	10/005	Cerrada. Ver NC.
	07/09/2010	OMI	Internet cada día va más lento, no solo en los pueblos sino también en Madrid. Además en los pueblos son frecuentes las "desconexiones por seguridad".	Se comunica a dirección.	09/009	Añeta
	16-10-10	Coches	El coche no funciona. Se le ha descargado la batería. Se avisa a la calibración el fin de semana y la responsable del taller.	Se lleva al taller. Se comunica la información sobre averías en el taller.	NO	16/11/2010 Se sustituye la batería. Cerrada. Se ha incluido en el

- ▶ La solución inmediata no es un deseo sino lo que el profesional hizo en ese momento cuando se presentó la incidencia
- ▶ Cierre y observaciones: Si no se describe que el problema se ha solucionado, al leer el listado de incidencias se interpreta que no se ha arreglado el problema: NC. Excepción: cuando has abierto no conformidad.

DIFERENCIA ACCIÓN CORRECTIVA-SOLUCIÓN INMEDIATA (parche)



Error:
Causes and consequences are not linear in their magnitude



No conformidades/ Acciones preventivas

CONCEPTOS NO CONFORMIDADES/AC/AP.

- No conformidad: Cualquier incumplimiento o desviación grave o de las normas o los requisitos especificados dentro del SGC-EAP del SALUD, sea puntual o sistemático. Su hallazgo supone la apertura de un Informe de No Conformidad.
- Acción correctiva: Acción tomada para resolver una no conformidad.
- Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una No conformidad potencial, u otra situación potencialmente indeseable (para intentar prevenir que suceda). *Un día de estos va a pasar algo gordo...*

APERTURA DE NO CONFORMIDAD

- **Incumplimiento de los requisitos** establecidos en la documentación del Sistema de Calidad y/o en la Norma UNE-EN ISO 9001.
- **Incumplimiento de nuestras normas de nivel I, II y III**
- **Incumplimiento de los requisitos legales** u otros requisitos (por ejemplo manual de OMI-ap).

¿Cómo se detectan?

- **Incidencia repetida**, o que pone en duda la calidad de la atención prestada (no basta un parche).
- **Incidencia grave:**
 - **Efectos adversos** como consecuencia de la atención prestada u omitida.
 - **Incumplimientos evidentes de la norma, de nuestros procesos, procedimientos e instrucciones técnicas, de alguna ley, de otra documentación relacionada con el proceso asistencial (ficha técnica de medicamento, manual de OMI-AP...)**
- **Reclamaciones y Quejas** fundamentadas de clientes.
- Desviaciones de **Auditorías Internas o externas**

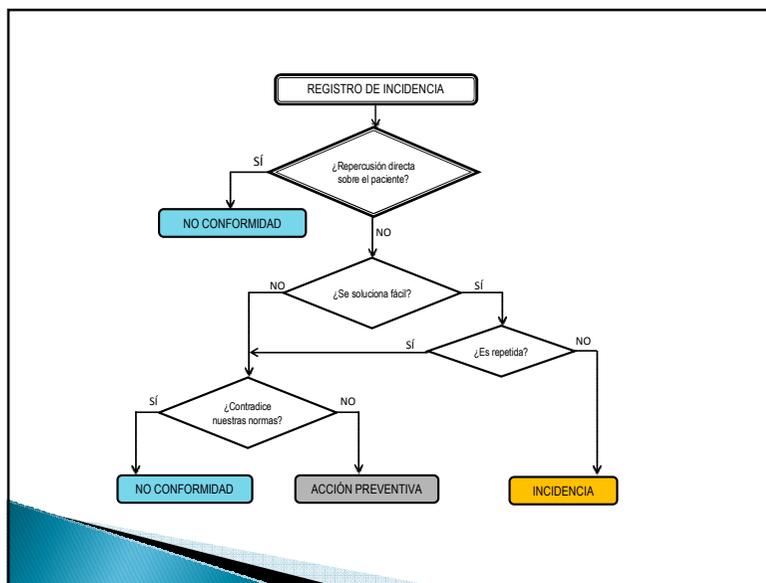
DESPUÉS DE CADA AUDITORIA

- ▶ Abrir no conformidades de la desviaciones
- ▶ Valorar si merece la pena hacer algo con las oportunidades de mejora (No conformidad o acción preventiva)

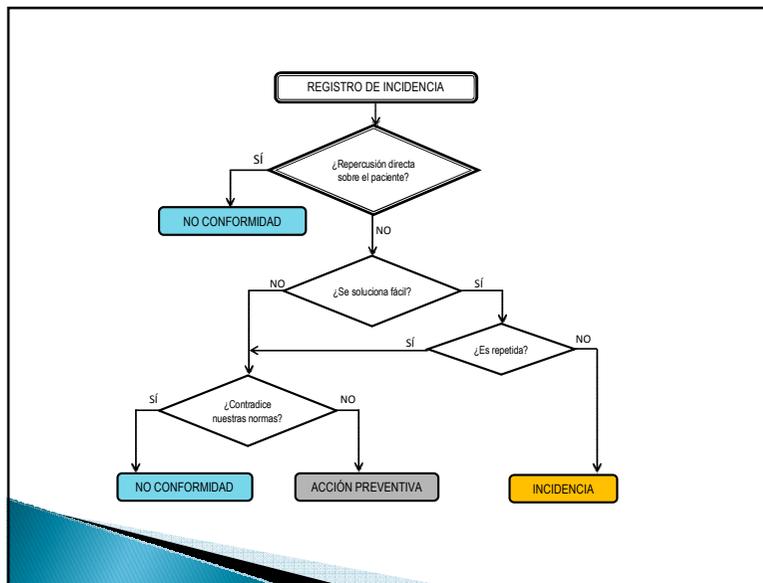
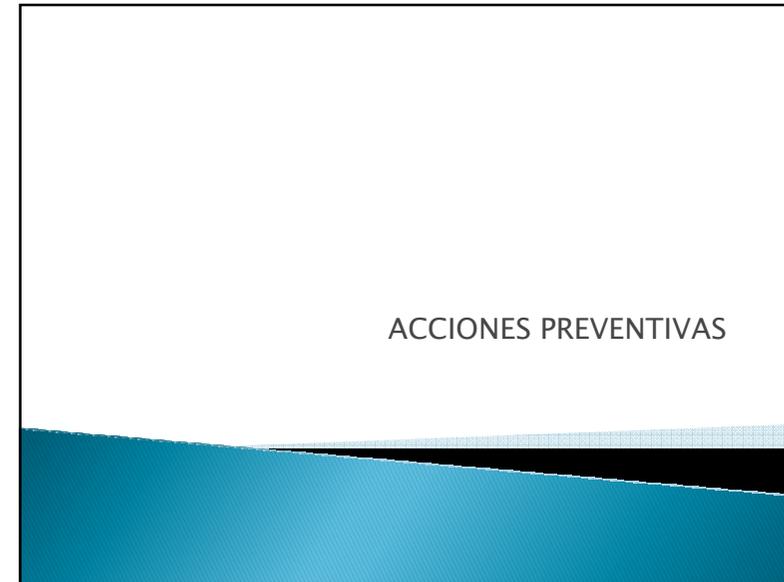


reclamaciones

- ▶ Reclamación del día 14 de febrero de 2012 interpuesta por la madre del paciente que informa que el día 10 de febrero de 2012 solicitó visita a domicilio hacia las 7hs am al equipo de guardia en relación con un dolor testicular de su hijo de 15 años y que le recomendaron por teléfono tomar ibuprofeno y acudir a su cita con su médico habitual. Posteriormente, a lo largo de la mañana al parecer intentó avisar nuevamente pero no le cogieron el teléfono en el centro. Finalmente fue atendido en el centro horas más tarde, cuando fue derivado al hospital de Alcañiz con diagnóstico final de torsión testicular derecha.



	INFORME DE NO CONFORMIDAD Y RECLAMACIONES. ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	PG-02-1-SA/PJE Revisión: 0 Página 1 de 2																																	
	Código Informe: [NC] o [AP]-[SIG]E-[CAP-YY-XXX] EAP:	Fecha de apertura: [dd/mm/aa] Responsable de la apertura:																																	
Origen de la No Conformidad o Acción Preventiva																																			
<input type="checkbox"/> INCIDENCIA GRAVE <input type="checkbox"/> INCIDENCIA REPETIDA <input type="checkbox"/> RECLAMACIONES CLIENTES																																			
<input type="checkbox"/> AUDITORIAS INTERNAS <input type="checkbox"/> AUDITORIAS EXTERNAS <input type="checkbox"/> OTROS. Detallar:																																			
Descripción de la No conformidad o problema a prevenir, sus causas y consecuencias <small>(Descripción de la No conformidad o Acción Preventiva)</small> [Descripción de las causas de la No Conformidad o que motivan la Acción Preventiva] [Descripción de las consecuencias de la No Conformidad o que pretende evitar la Acción Preventiva]																																			
Clasificación																																			
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN A PACIENTES <input type="checkbox"/> MATERIAL URGENCIAS <input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN																																			
<input type="checkbox"/> ALMACÉN <input type="checkbox"/> REQUISITOS LEGALES <input type="checkbox"/> REGISTROS																																			
<input type="checkbox"/> BOTIQÚN <input type="checkbox"/> TRAZABILIDAD <input type="checkbox"/> OTROS [indicar]																																			
<input type="checkbox"/> EQUIPOS (MANTENIMIENTO, ETC) <input type="checkbox"/> COMPRAS/PROVEEDORES																																			
Acciones (Tipo de acción(es): #[mediana], #[correctiva], #[preventiva])																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>I</th> <th>C</th> <th>P</th> <th>ACCIONES</th> <th>RESPONSABLE</th> <th>PLAZO EJECUCIÓN</th> <th>FECHA FIN EJECUCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	FECHA	I	C	P	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO EJECUCIÓN	FECHA FIN EJECUCIÓN		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
FECHA	I	C	P	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO EJECUCIÓN	FECHA FIN EJECUCIÓN																												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Seguimiento (Una vez realizadas las acciones, hay que verificar que han sido efectivas mediante el seguimiento de sus resultados, así como sujeción de realización de nuevas acciones que se registren en la tabla anterior)																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>Descripción de las acciones de seguimiento</th> <th>RESPONSABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	FECHA	Descripción de las acciones de seguimiento	RESPONSABLE																																
FECHA	Descripción de las acciones de seguimiento	RESPONSABLE																																	
Cierre Fecha de cierre: Descripción de la verificación del cierre: (Comentar los hechos que justifican el cierre)																																			



OBSERVACIÓN EN INFORME DE AUDITORIA

- Se constata que los carros de parada de pediatría y adultos están separados (planta baja y planta primera respectivamente) pero se comprueba que faltan elementos imprescindibles en uno de ellos dado que comparten el aparataje crítico (por ejemplo desfibrilador, pulsioxímetro...) constatándose durante la auditoría que no había desfibrilador en la sala de urgencias de pediatría ni pulsioxímetro en la de adulto dado que son compartidos, lo que puede poner en compromiso el desarrollo de actividades críticas.

REDACCIÓN DE LAS NO CONFORMIDADES Y ACCIONES PREVENTIVAS

Código Informe: [NC] o [AP]-SS(P)E-EAP-YY-XXX Fecha de apertura: [dd/mm/aa]
EAP: Responsable de la apertura:

Origen de la No Conformidad o Acción Preventiva

<input type="checkbox"/> INCIDENCIA GRAVE	<input type="checkbox"/> AUDITORÍAS INTERNAS
<input type="checkbox"/> INCIDENCIA REPETIDA	<input type="checkbox"/> AUDITORÍAS EXTERNAS
<input type="checkbox"/> RECLAMACIONES CLIENTES	<input type="checkbox"/> OTROS. Detallar:

Descripción de la No conformidad o problema a prevenir, sus causas y consecuencias
[Descripción de la No Conformidad o Acción Preventiva]
[Descripción de las causas de la No Conformidad o que motivan la Acción Preventiva]
[Descripción de las consecuencias de la No Conformidad o que pretende evitar la Acción Preventiva]

Clasificación

<input type="checkbox"/> ATENCIÓN A PACIENTES	<input type="checkbox"/> ALMACÉN	<input type="checkbox"/> ROTACIÓN	<input type="checkbox"/> EQUIPOS (MANTENIMIENTO, ETC)
<input type="checkbox"/> MATERIAL URGENCIAS	<input type="checkbox"/> REQUISITOS LEGALES	<input type="checkbox"/> INMOVILIDAD	<input type="checkbox"/> COMPRAS/PROVEEDORES
<input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> REGISTROS	<input type="checkbox"/> OTRO(s) [detallar]	<input type="checkbox"/>

Acciones Tipo de acción(es): I(mediata), C(orrectiva), P(reventiva)

FECHA	I	C	P	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO EJECUCIÓN	FECHA FIN EJECUCIÓN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Seguimiento (Una vez realizadas las acciones, hay que verificar que han sido efectivas mediante el seguimiento de sus resultados; esto puede suponer la realización de nuevas acciones que se registrarán en la tabla anterior)

FECHA	Descripción de las acciones de seguimiento	RESPONSABLE

Cierre
Fecha de cierre: Descripción de la verificación del cierre: (Comentar los hechos que justifican el cierre)

NC o AP-SS(P)E-EAP-YY-XXX

- ▶ NC SI ES NO CONFORMIDAD
- ▶ AP SI ES ACCION PREVENTIVA
- ▶ SS: SECTOR SANITARIO. AQUÍ=AL
- ▶ P (PRIMARIA)
- ▶ E EQUIPO
- ▶ EAP: SIGLA DE TU CENTRO DE SALUD
- ▶ YY: DOS ULTIMAS CIFRAS AÑO. P. EJ. 15
- ▶ XXX: NÚMERO DE NO CONFORMIDAD

EJEMPLOS:

NC-AL(P)E-MU-15-002

AP-AL(P)E-CP-15-001

Código Informe: [NC] o [AP]-SS(P)E-EAP-YY-XXX

Origen de la No Conformidad o Acción Preventiva

<input type="checkbox"/> RECLAMACIONES CLIENTES	<input type="checkbox"/> AUDITORÍAS INTERNAS
<input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN SISTEMA CALIDAD O NORMAS	<input type="checkbox"/> AUDITORÍAS EXTERNAS
<input type="checkbox"/> REQUISITOS LEGALES U OTROS REQUISITOS	<input type="checkbox"/> INCIDENCIA REPETIDA
<input type="checkbox"/> EQUIPOS, CALIBRACIONES Y MANTENIMIENTO	<input type="checkbox"/> INCIDENCIA GRAVE
	<input type="checkbox"/> OTROS. Detallar:

Descripción de la No conformidad o problema a prevenir, sus causas y consecuencias
[Descripción de la No Conformidad o Acción Preventiva]
[Descripción de las causas de la No Conformidad o que motivan la Acción Preventiva]
[Descripción de las consecuencias de la No Conformidad o que pretende evitar la Acción Preventiva]

Acciones Tipo de acción(es): I(mediata), C(orrectiva), P(reventiva)

FECHA	I	C	P	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO EJECUCIÓN	FECHA FIN EJECUCIÓN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Seguimiento (Una vez realizadas las acciones, hay que verificar que han sido efectivas mediante el seguimiento de sus resultados, eso puede suponer la realización de nuevas acciones que se registran en la tabla anterior)

FECHA	Descripción de las acciones de seguimiento	RESPONSABLE

Cierre

Fecha de cierre:
Descripción de la verificación del cierre: (Comentar los hechos que justifican el cierre)

Responsable:

- ▶ Seguimiento.
 - 1. Decido con qué criterio consideraré que el problema se ha solucionado
 - 2. Cuanto tiempo tiene que pasar hasta que considere que el problema se ha solucionado
 - 3. La frecuencia con que voy a comprobar si el problema se ha arreglado. Si ha pasado el plazo de seguimiento y no se ha repetido la cierre
- ▶ Descripción de la verificación del cierre: la cierro porque hemos conseguido...

ATENCIÓN A LAS FECHAS

- ▶ Algunas no conformidades (por ejemplo las documentales) pueden abrirse y cerrarse en el día
- ▶ La mayoría requieren un seguimiento (por ejemplo si he dado formación)

» EJEMPLO REDACCIÓN NO CONFORMIDAD

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

- ▶ Llega a urgencias un paciente desplazado que toma anticoagulantes, cuyo ajuste último se realizó en el servicio de Hematología del hospital de Alcañiz hace 15 días. Acude por edema de piernas y equimosis refiriendo que también le sangran las encías. Al constatar que toma anticoagulatnes se realiza un INR con resultado de 8.

ANÁLISIS DE CAUSAS

- ▶ Al comprobar el informe de Hematología con la dosificación, observamos que el paciente tomaba anteriormente Aldocumar, pero con la nueva dosificación le cambiaron a Sintrom. El cambio se reflejó en la hoja de informe habitual de Hematología, sin ser remarcado por ellos ni informado en hoja aparte, y la hoja se entregó directamente en el centro de salud sin revisar, por lo que el paciente estuvo tomando Warfarina a dosis de Sintrom y por tanto tomando una dosis excesiva. El paciente mostró su sorpresa a la enfermera que le entregó el informe por el aumento importante de la dosis cuando su INR no había variado respecto al informe anterior, pero la enfermera le dijo que si se lo había puesto el especialista estaba bien.

ACCIÓN CORRECTIVA

- ▶ Comunicar la incidencia a Hematología solicitándoles que se fijen en el tratamiento entrante y si deciden cambiar el tratamiento que lo remarquen en el informe.
- ▶ Enfermería del centro de salud: Hay que leer el informe que viene del hospital antes de entregarlo, comprobando que el tratamiento que entra es el mismo que el que se le prescribe posteriormente

SEGUIMIENTO

- ▶ CADA CUATRIMESTRE DURANTE UN AÑO COMPROBAREMOS QUE LAS ACCIONES FUNCIONAN
- ▶ LA CERRARÉ EN SEPTIEMBRE DEL AÑO QUE VIENE (PASADO EL VERANO) SI NO HA HABIDO NUEVAS INCIDENCIAS