

INDICE PROYECTOS 061_2004

| | |
|--|--------------|
| 011_2004 “Mejora de la cadena de supervivencia para prevención de muertes súbitas cardiacas” de UME Sabiñánigo 061 | Pág. 2 a 8 |
| 018_2004 “Control de las caducidades del material y de la medicación existente en una unidad móvil de emergencias de Ejea de los Caballeros” de UME Ejea de los Caballeros | Pág. 9 a 13 |
| 061_2004 “Implantación de un sistema de gestión de la calidad en el 061 Aragón según la norma UNE-EN-ISO 9001:2000” del 061 Aragón | Pág. 14 a 20 |
| 101_2004 “Mejora de la calidad en la codificación diagnóstica de la patología atendida por el servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) del 061 Aragón” | Pág. 21 a 24 |

1. Título:

MEJORA DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA PARA LA PREVENCIÓN DE MUERTES SUBITAS CARDIACAS.

2. Responsable del proyecto:

Nombre y Apellidos: Iñigo Soteras Martínez.

Profesión: Médico.

Centro de Trabajo: 061 Aragon. UME Sabiñanigo.

Correo electrónico: inigosoteras yahoo.es

3. Otros componentes del Equipo de mejora:

| | | |
|-------------------|---------|-------------------|
| José Maria Fácil. | Médico. | 061 Aragon. |
| Teo Lorente Aznar | Médico. | Atención Primaria |
| Gema Urzola. | D.U.E. | 061 Aragón |

4. Problema u oportunidad de mejora seleccionada:

Importancia:

La muerte súbita cardíaca (MSC) se define como la muerte natural e inesperada debida a una causa cardíaca que ocurre en un corto periodo de tiempo desde el comienzo de los síntomas.

La muerte súbita cardíaca constituye un importante problema de salud pública. Se calcula que el 12% de las defunciones que se producen de forma natural son súbitas y, de estas el 88% son de origen cardíaco.

En los pacientes con cardiopatía isquémica, la MSC es la forma más frecuente de fallecimiento, un 50 % muere por esta causa en algún momento de su evolución. Además es la primera forma de presentación en de la C.I. en el 19-26 % de los pacientes.

La Task Force del Consejo Europeo de Resucitación estima que un tercio de los casos de IAM mueren antes de la llegada al hospital, la mayoría en la primera hora después del comienzo de los síntomas, siendo la proporción de muertes extrahospitalarias muy elevada, especialmente en la gente joven

Utilidad del proyecto:

La optimización de las estrategias en el tratamiento de la MSC podría reducir en un 12% la mortalidad entre la primera y la cuarta hora de evolución del IAM, a lo que se podría añadir una reducción del 11% entre las cuatro y 24 horas.

Método de detección:

La idea surgió por observación directa. Ya que veníamos observando déficit de "la cadena de supervivencia" necesaria para el correcto tratamiento de las víctimas por Muerte Súbita Cardíaca (MSC). No veíamos coordinación entre la población, Atención Primaria, primeros respondedores (policía local y bomberos), y nuestra UME. Son necesarias medidas de prevención primaria (fuera de nuestro alcance) y secundaria (diagnostico precoz, tratamiento adecuado).

5.Resultados que se espera conseguir

- ❖ Identificación por la población general de riesgo de MSC.
- ❖ Tratamiento adecuado y precoz de los pacientes que sufren una MSC.
- ❖ Coordinación con los equipos de Atención Primaria.
- ❖ Registro adecuado y completo de los casos de MSC para su análisis y puesta en común.

6. Relación del proyecto con las líneas de intervención.

1. Aumentar los beneficios derivados de la atención o servicios proporcionados.
2. Garantizar la disponibilidad, adecuación y accesibilidad de los recursos.

7. Análisis del problema

Situación de partida:

Identificación de fallos en la cadena de supervivencia.

Posibles causas:

Causas atribuibles al cliente externo: demora en la llamada solicitando asistencia y el inicio de las maniobras de RCP. (Mandel L.P., Cobb L.A., CPR training in the community. *Ann Emerg Med* 1985; 14: 669-671. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees.)

Causas dependientes de los profesionales: competencia científico-técnica.

(Cobb L, Weaver D, Fahrenbruch C, Hallstrom A, Compass M. Community-Based Interventions for Sudden Cardiac Death. *Circulation* 1992; 85 (Supl): 98-102)

Causas dependientes de la organización interna y externa: Sistema de comunicaciones, coordinación entre unidades y CCU.

(Mayron R, Long RS, Ruiz E. The 911 emergency telephone number: Impact on emergency medical systems access in a metropolitan area. *Am J Emerg Med* 1984; 2: 491-492)

Causas atribuibles a déficit estructurales.

(Graf WS, Polin SS, Paegel BL. A community program for emergency cardiac care: A three year coronary ambulance paramedis evaluation. *JAMA* 1973; 226: 156-160.)

8. Método y actividades para mejorar.

- ❖ Contacto con los Equipos de Atención Primaria para informarles del proyecto. *(Responsables Iñigo Soteras Martínez, Teo Lorente Aznar)*

- ❖ Identificar y construir un registro de pacientes de riesgo, siguiendo los criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de insuficiencia coronaria,

Pacientes con antecedentes de IAM.

Pacientes con test de Franingham alto, de suceder un evento cardiológico.

Pacientes con Miocardiopatía dilatada idiopática.

Pacientes con Miocardiopatía hipertrófica.

Pacientes con displasia ventricular arritmogénica derecha.

Pacientes con Sd. de Wolf-Parkinson-White.

Pacientes con Sd. del intervalo QT prolongado.

NOTA: (Acordando con el médico de cabecera que estos pacientes tienen una calidad de vida aceptable, no padecen otra enfermedad asociada terminal. *(Responsables Iñigo Soteras Martínez, Teo Lorente Aznar)*)

- ❖ Formación en RCP básica para familiares de los pacientes de riesgo y primeros respondedores (policía, bomberos..) Duración 10 hrs.

Objetivos

Reconocer una parada cardíaca.

Activar el sistema médico de emergencias 061

Destreza en las maniobras de RCP básica.

Conceptos generales de reanimación.

Contenido:

Conocer la Cadena de Supervivencia y la importancia de la actuación del primer interviniente.
Entrenamiento en SVB.

(Responsables José María Fácil, Gema Urzola)

❖ Formación continuada para los Equipos de Atención Primaria.

Objetivos:

Destreza en las maniobras de RCP básica y avanzada.

Contenido:

Conceptos generales.

Definir el problema de muerte súbita.

Importancia de los equipos de emergencia extrahospitalaria en la "cadena de supervivencia".

Técnicas de SVB, ventilación, oxigenoterapia, Deas.

Información sobre la hoja de datos Utstein de Resucitación Cardiopulmonar.

(Responsables José María Fácil, Gema Urzola)

❖ Elaboración de un registro de los casos de M.S.C. mediante la hoja de datos Utstein de Resucitación Cardiopulmonar para evaluación y comparación con otros centros. *(Responsables Iñigo Soteras Martínez).*

9. Evaluación y seguimiento.

Mediante registro de los pacientes con la hoja Utstein de Resucitación Cardiopulmonar Prehospitalaria.

Los indicadores serán:

- Nº de MSC registradas.
- % de MSC recuperadas.
- % de RCP practicadas antes de la llegada del UVI Móvil.
- Tiempo desde la MSC hasta el inicio de la RCP.
- % de desfibrilaciones.
- Tiempo desde la MSC hasta la desfibrinación.
- % de MSC atendidas por UVI Móvil.
- Tiempo desde la MSC hasta la llegada de la UVI Móvil.

10. Duración y calendario previstos.

Fecha de inicio: Enero 2004. *Fecha de finalización:* Diciembre de 2004.

Calendario:

- ❖ Enero 2004. Contacto con los Equipos de atención Primaria para informarles del proyecto.
- ❖ Enero- Febrero 2004. Identificar y construir un registro de pacientes de riesgo, siguiendo los criterios de inclusión.
- ❖ Marzo 2004. Formación en RCP básica para familiares de los pacientes de riesgo y primeros respondedores (policía, bomberos..)
Formación continuada para los Equipos de Atención primaria.
- ❖ Enero-Diciembre 2004. Elaboración de un registro de los casos de M.S.C. mediante la hoja de datos Utstein de Resucitación Cardiopulmonar para evaluación y comparación con otros centros.

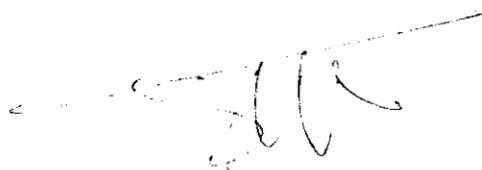
11.- Previsión de recursos.

| <u>Material /Servicios</u> | <u>Euros</u> |
|---|--------------|
| -Material fungible (carpetas, folios, bolígrafos) | 300 E |
| -Desplazamientos. | 400 E |
| -Ordenador portátil. | 2000 E |
| -Cañón proyector. | 2000 E |
| -Muñeco R.C.P. | 5000 E |

TOTAL: 9.700

Fecha y firma:

Sabiñanigo, 8 de Enero de 2004



Fdo: Iñigo Soteras Martínez.

| | |
|---------|---|
| Anexo 2 | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004) |
|---------|---|

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

La importancia del proyecto deriva por una parte de las consecuencias negativas que puede originar el empleo de medicación o de material que no esté en perfecto estado y por otra parte en mejorar la eficiencia en el uso de dicho material.

La utilidad del proyecto radica en establecer los medios necesarios para evitar el uso inadecuado del material y de la medicación, así como mejorar la asistencia a los pacientes.

Como método de detección del problema se desarrolla una reunión de los miembros de la UME de Ejea y se propone a través de una lluvia de ideas una serie de ideas de mejora. De entre todas las ideas surgidas y mediante priorización a través del método de ponderación se ha elegido la presente como la más útil y práctica.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Evitar los problemas existentes en el control de las caducidades tanto del material como de la medicación existente en esta UME.
- Identificar de forma rápida los materiales y medicamentos cuya caducidad sea más próxima para utilizarlos en primer lugar a fin de optimizar los recursos.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

| Líneas de intervención | ++++ | +++ | ++ | + | - |
|--|------|-----|----|---|---|
| <i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i> | | | X | | |
| <i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i> | X | | | | |
| <i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i> | | X | | | |
| <i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i> | X | | | | |

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Las Unidades Móviles de Emergencia (UMEs) del 061 Aragón prestan atención sanitaria en situaciones de emergencia o urgencia vital, atendiendo al paciente "in situ", estabilizándolo y trasladándolo hacia el destino adecuado, cuando así lo requiera la situación, en las adecuadas condiciones clínicas de soporte y mantenimiento.

Cuentan con un equipo integrado por un médico, un ATS, un técnico de transporte sanitario y un conductor. Están disponibles las 24 horas del día.

El suministro de la medicación y el material sanitario de las unidades móviles del 061 Aragón es variable en función de su ubicación. En el caso de la UME de Ejea el suministro se realiza a través de los servicios de farmacia y suministros del 061 Aragón y del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

La realización de turnos por el personal sanitario de la UME responsable de la recepción de pedidos y gestión del almacén dificulta la coordinación y la estandarización de estas actividades.

Se deben gestionar simultáneamente dos almacenes: el localizado en la base fija de la unidad y el existente en el propio habitáculo de la ambulancia.

Se resumen a continuación las causas identificadas que pueden conducir a un déficit en el control de la caducidad y posterior uso adecuado del material y de la medicación:

- Existen en la UME materiales y medicación de diversa procedencia, lo cual no facilita el control de los mismos.
- En ocasiones las fechas de caducidad no son fácilmente legibles lo cual puede inducir a error.
- La clase de atención sanitaria que se presta debido a la situación de urgencia que concurre no facilita el control de la medicación y del material de forma instantánea.

Fuentes de información: comunicación de incidencias en reuniones de equipo.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- A) Elaborar una base de datos con el material existente en la UME en donde se refleje las caducidades para facilitar su revisión y control. Se designa a dos personas del equipo de la UME para la elaboración de dicha base de datos. Cada vez que se recibe un pedido es responsabilidad del equipo que se encuentre de guardia ese día introducir en dicha base de datos tanto el material como la medicación recibida así como su fecha de caducidad.
- B) Identificar tanto el material como la medicación de caducidad más inmediata. Se procede a señalar tanto el material como la medicación que caduca en los siguientes 6 meses mediante la colocación de cinta adhesiva roja. Para ello se implica a todo el personal de la base a fin de realizar un control exhaustivo tanto en la UME como en el Almacén de la Base.
- C) Revisión de la base de datos para su posible mejora o modificación
- D) Establecer contacto con los responsables de los servicios proveedores de material y de medicación a esta UME con el fin de poder establecer un control externo de dichas caducidades. Se contactará con dichos responsables para diseñar líneas de actuación. Al tener que depender de personal externo a esta base, se estima que esta línea de actuación si bien es interesante no es imprescindible para desarrollar el presente proyecto.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

Criterios de evaluación:

- Introducción en la base de datos de los nuevos pedidos el día de su recepción. Se anota en el libro de incidencias tanto la recepción del material como la introducción en la base de datos de los medicamentos recibidos.
- Revisión del material y medicación el día 20 de cada mes. Dicha actividad será realizada por el equipo de guardia que esté de servicio. Se dejará constancia en el libro de incidencias de la base la realización de dicha actividad.
- Retirada de medicación y material (el día 25 del mes correspondiente) que caducará en el siguiente mes al que se realiza este control. A cargo del personal de guardia de ese día. Al igual que en el caso anterior, también se reflejará en el libro de incidencias la retirada de dicho material.
- Cada tres meses se revisará el libro de incidencias para observar el cumplimiento de los anteriores apartados.
- Cada seis meses se realizará una revisión exhaustiva de las caducidades.

Indicadores de evaluación:

- Porcentaje de fármacos existentes en el almacén que no figuren en la base de datos. Se anota que fármacos son y se deja constancia en el libro de incidencias. Se realiza trimestralmente, el último día de ese trimestre por el equipo de guardia.
- Porcentaje de productos sanitarios que no figuren en la base de datos. Se anota los productos sanitarios que no figuran en la base de datos. Se realizará cada tres meses junto con el anterior.
- Porcentaje de fármacos caducados no retirados (se vuelven a encontrar en la siguiente revisión).

En el caso de haber podido desarrollarse, se establecerá un control externo con los proveedores de esta UME respecto a las fechas de caducidades tanto de la medicación como del resto de productos sanitarios. El control externo se realizará enviando un formulario cada seis meses indicando la medicación y el material sanitario retirado (caducado) junto con el listado de la medicación y material que caducará en los siguientes seis meses.

Durante el mes de Octubre y con carácter anual se procederá a la reevaluación completa del proyecto con el fin de valorar su vigencia y las posibilidades de introducir nuevas mejoras.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 26 de Enero de 2004

Fecha de finalización: 1 de Marzo 2004

Calendario:

- Del 26 al 30 de Enero: Diseño de la base de Datos
- Del 2 al 6 de Febrero: Introducción de los registros correspondientes a los medicamentos y material existente tanto en la UME como en el Almacén de la base de Ejea.
- Del 9 al 13 de Febrero: Se realiza la primera revisión exhaustiva de todo el material y medicación existente en la base y en la UME. Se procede a la identificación de los medicamentos y del material más próximos a caducar marcándolos con cinta adhesiva roja
- Del 16 al 27 de Febrero: .Se realizarán en esta misma semana los contactos con los responsables de los servicios proveedores a fin de estudiar la viabilidad del apartado 8D anteriormente descrito.
- Desde el 1 de Marzo se realizarán los controles y actividades señaladas en el apartado correspondiente a la evaluación y seguimiento (apartado 9)

| | |
|---------|---|
| Anexo 2 | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004) |
|---------|---|

| <u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> (Formativos, tiempo, mejoras...) | |
|---|---|
| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
| Ordenador personal tipo Pentium IV con grabadora de CD y DVD. impresora y Monitor | 1300 |
| Herramientas informáticas: Acces, Word... etc | 850 |
| Curso de informática relativa a Acces | 150 |
| Curso de calidad | 120 |
| Material informático: disquetes, CD | 100 |
| Material de oficina: Folios, etc | 80 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| TOTAL | 2600€ Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL 061 ARAGÓN SEGÚN LA NORMA UNE-EN-ISO 9001:2000

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a Isabel Cano del Pozo

Profesión Técnico de Salud Centro de trabajo: 061 Aragón

Correo electrónico: teccsalud061@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|------------------------------|---------------------|-------------------|
| Esther Domínguez Plo | Técnico de calidad | 061 Aragón |
| Roberto Navarro Castillo | Supervisor C.C.U. | 061 Aragón |
| Cristina Lapuente Castellano | Teleoperador C.C.U. | 061 Aragón |
| Miguel Angel Benito Rubio | Médico regulador | 061 Aragón |
| Alberto Huici Germán | Médico regulador | 061 Aragón |
| Ramón Sanz Ibor | Locutor C.C.U. | 061 Aragón |
| Carmen Antoranz Nalvay | Locutor C.C.U. | 061 Aragón |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

El 061 Aragón es una organización joven (tan solo cuatro años de andadura) y como tal, disfruta de las ventajas de un espíritu emprendedor y lleno de vitalidad, con ganas de innovar, pero también sufre las desventajas de la incertidumbre que genera la falta de experiencia y que conlleva en ocasiones problemas de coordinación.

Durante estos años se ha ido delimitando la cartera de servicios de la organización y se han definido procedimientos de actuación que han permitido organizar la actividad de las distintas unidades que la componen, consolidándose como estructura dentro del Servicio Aragonés de Salud para la atención de las urgencias y emergencias extrahospitalarias.

No obstante, el rápido crecimiento del 061 Aragón ha puesto de manifiesto ciertos déficits al no existir un conocimiento claro de las necesidades o expectativas de las partes interesadas, tanto de los propios profesionales que trabajan en la organización como de los pacientes que reciben sus servicios, ni de los resultados que se pretendían conseguir.

Como consecuencia de esto, la propia Dirección de la organización lideró la propuesta de implementar un sistema que permitiera definir los procesos y mantenerlos bajo control. Desde la Unidad de Calidad se ha propuesto para tal fin la implantación de un sistema de gestión de la calidad diseñado para mejorar continuamente mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas y con un enfoque basado en procesos, considerando que puede ayudar a conducir la organización en su camino hacia la excelencia.

Con el objetivo de que la implementación del sistema de gestión de calidad se realice de una forma sistemática y eficaz se ha decidido seguir los requisitos establecidos por la Norma UNE-EN-ISO 9001-2000.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El proyecto se realizará en dos fases:

1ª Fase: Elaboración de la Documentación del sistema de gestión de la calidad según la Norma UNE-EN-ISO 9001:2000.

2ª Fase: Implantación del Sistema de gestión de la calidad según la Norma UNE-EN-ISO 9001:2000.

| | |
|---------|---|
| Anexo 2 | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004) |
|---------|---|

En ambas fases los resultados que se esperan conseguir son:

- Proporcionar el marco de referencia para la mejora continua con objeto de aumentar la satisfacción del ciudadano y todas las partes interesadas mediante el establecimiento de la Política y Objetivos de la Calidad del 061 Aragón.
- Definir los procesos que contribuyen al logro de un servicio aceptable para el ciudadano y mantener estos procesos bajo control mediante el establecimiento de métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.
- Facilitar la toma de decisiones eficaces basadas en el análisis de los datos y la información obtenidos.
- Ayudar a la organización a aumentar la satisfacción del ciudadano analizando los requisitos del mismo a través de especificaciones en el servicio prestado.
- Generar confianza tanto al 061 Aragón como a sus clientes de su capacidad para proporcionar un servicio de calidad que satisfaga los requisitos de forma coherente.
- Promover la participación del personal a todos los niveles y su total compromiso posibilitando que sus habilidades sean utilizadas para el beneficio de la organización.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

| Líneas de intervención | ++++ | +++ | ++ | + | - |
|--|------|-----|----|---|---|
| <i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i> | | X | | | |
| <i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i> | | | X | | |
| <i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i> | X | | | | |
| <i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i> | | X | | | |

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

El 061 Aragón es un servicio de ámbito regional cuya finalidad es dar respuesta las 24 horas del día y los 365 días del año a las demandas de atención sanitaria urgente que se produzcan por parte de la población, movilizándolo en cada caso el recurso que se estime más adecuado atendiendo a criterios de gravedad, proximidad y disponibilidad. Además, a través de sus unidades asistenciales, atiende a los pacientes "in situ", estabilizándolos y trasladándolos, cuando su situación clínica lo requiere, al nivel asistencial más adecuado en función de su patología. Los procesos desarrollados son muchos y muy variados, con intervención de

distintos tipos de profesionales, y la coordinación con otros servicios asistenciales y no asistenciales resulta crucial para garantizar una resolución exitosa de las intervenciones.

La elaboración durante el año 2003 de un informe de autoevaluación según los criterios del Modelo de la EFQM por la Unidad de Calidad del 061 Aragón, ha permitido poner de manifiesto distintas oportunidades de mejora en la organización en relación con la gestión de los procesos desarrollados, al detectarse una falta de definición y control sobre los mismos que permita su evaluación y mejora continua. Tanto los profesionales como la Dirección consideran que es necesario profundizar en la forma en que se realizan los distintos servicios, evaluando los resultados y ejecutando acciones correctoras en los puntos en los que se detecte un inadecuado desarrollo del proceso, que lo desvíe de su objetivo hacia la satisfacción de las expectativas de nuestros pacientes.

En este contexto se ha pensado que la implantación de un sistema de gestión de la calidad, diseñado para mejorar continuamente mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas y con un enfoque basado en procesos, ayudaría a conducir la organización en su camino hacia la excelencia. Con el objetivo de que la implementación del sistema de gestión de calidad se realice de una forma sistemática y eficaz se ha decidido seguir los requisitos establecidos por la Norma UNE-EN-ISO 9001:2000.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaboración de la documentación aplicable por el Departamento de Calidad:

- Sentar las bases escritas de la estructura organizativa de la empresa: crear el organigrama del 061 Aragón.
- Definir funciones y responsabilidades de cada estatuto del organigrama respecto al sistema de gestión de la calidad.
- Crear fichas de los distintos puestos de trabajo.
- Elaboración del Manual de Calidad.
- Definir los objetivos de calidad y la política de calidad.
- Desarrollo de procedimientos:
 - a) Estudiar el proceso actual y realizar el diagrama de flujo.
 - b) Analizar las diferencias del proceso actual con los requisitos de la norma.
 - c) Analizar las posibilidades de mejora del proceso.
 - d) Adaptar el proceso a los requisitos de la norma incorporando las posibilidades de mejora.
 - e) Elaboración de las instrucciones de trabajo generadas en cada proceso.

2. Realizar el proceso de implantación del sistema de gestión de la calidad, que significará:

- Un esfuerzo por parte de todo el personal de la organización en el estudio de los procesos y en la adaptación de los distintos procedimientos a su trabajo diario.
- La instauración de normas de calidad que se deberán cumplir siempre y en todos los casos.
- Realización de reuniones periódicas de sensibilización, es decir, reuniones informativo – participativas realizadas para el personal de la empresa con el objetivo de explicar los distintos procedimientos al personal implicado en cada proceso.
- Creación de grupos de mejora para facilitar la mejora de los procesos y sentar las bases para la mejora continua.
- El ofrecimiento a todo el personal de la organización de la formación que realmente necesite para su puesto de trabajo, tanto formación técnica como referente al sistema de gestión de la calidad que asegure la mejora continua de toda la organización.

3. Evaluación del sistema de gestión de la calidad a través de la realización de:

- Auditorías internas de la calidad por el equipo auditor designado para su realización.
- Revisiones periódicas del sistema de gestión de la calidad por Dirección.
- Encuestas de satisfacción del cliente.
- Actividades de mejora continua a través de planes que incluyan las medidas correctivas y preventivas oportunas siendo responsabilidad del personal del Departamento de Calidad.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

Se establecerá un sistema de valoración de la documentación para el Aseguramiento de la Calidad que garantice la repetibilidad de las tareas y la obtención de resultados aceptables. Este concepto valora el grado de documentación de las actividades de la organización correspondientes a los requisitos de la Norma ISO-9001:2000. La puntuación de cada apartado de la Norma se realizará de acuerdo al siguiente baremo:

0 puntos: No existe documentación referente a este punto.

1 punto: La documentación es prácticamente inexistente, o contiene grandes lagunas, contiene errores importantes al contemplar el requisito aplicable de la Norma, o es tan confusa que no asegura la repetibilidad de las tareas.

2 o 3 puntos: Existe documentación , pero:

| | |
|---------|---|
| Anexo 2 | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004) |
|---------|---|

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • contiene carencias o errores importantes. • Es confusa y puede causar problemas a la hora de ejecutar las tareas. <p>4 puntos: Aceptable con comentarios. Existe documentación , pero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contiene pequeñas carencias o errores poco importantes. • Puede existir problemas de interpretación importantes. <p>5 puntos: La documentación examinada contempla suficientemente los requisitos de la Norma aplicada a la organización.</p> <p>Cualquier puntuación inferior a 4 puntos supondrá la descalificación del Sistema y por lo tanto, su mejora y adecuación.</p> |
|--|

| | |
|--|------------------------|
| 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS | |
| Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas | |
| Fecha de inicio: | Fecha de finalización: |
| Calendario: | |
| 1ª FASE: | |
| <p>Fecha de inicio: Enero de 2004 Fecha de finalización: Diciembre de 2004</p> <p>Elaboración de la documentación del sistema de gestión de la calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Calidad: Enero –Marzo 2004 • Manual de Procedimientos: Abril – Septiembre 2004 • Instrucciones de trabajo: Octubre – Noviembre 2004 • Primera auditoria interna de la Documentación del sistema de calidad: Noviembre 2004 | |
| 2ª FASE: | |
| <p>Implantación del sistema de gestión de la calidad y evaluación del mismo a partir de Diciembre 2004.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera auditoria interna de la implantación del sistema de gestión de la calidad: Septiembre 2005 | |

| | |
|---------|---|
| Anexo 2 | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004) |
|---------|---|

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
 Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

El personal facultativo del SUAP del 061 Aragón hemos detectado que con frecuencia asistimos a pacientes con patologías no incluidas en el "Manual de Codificación abreviado" disponible en nuestra Unidad. Expresada esta deficiencia en las reuniones que periódicamente mantenemos, pensamos que puede introducir sesgos en los estudios de incidencia que eventualmente puedan realizarse, así como en la asignación de recursos a esta Unidad.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la calidad de la codificación realizada por los facultativos del SUAP para que refleje con mayor fiabilidad la demanda asistencial urgente de la población en la ciudad de Zaragoza.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD
 Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

| Líneas de intervención | ++++ | +++ | ++ | + | - |
|--|------|-----|----|---|---|
| <i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i> | | | | X | |
| <i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i> | | | | | X |
| <i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i> | | | | | X |
| <i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i> | X | | | | |

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

El "Manual de Codificación Abreviado" utilizado para la codificación diagnóstica de las patologías atendidas por el personal facultativo del 061 Aragón es el resultado del consenso de un grupo de trabajo integrado por representantes de Servicios 061 de varias Comunidades Autónomas, coordinado desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, y está basado en el Sistema Internacional de Clasificación de Enfermedades (CIE 9-MC).

Actualmente, a aquellos problemas urgentes atendidos por el SUAP del 061 Aragón cuyo código no aparece en el "Manual de Codificación Abreviado", se les asigna otro código similar o el código "Otros", perdiéndose especificidad.

Los profesionales pensamos que la gran variedad de patologías atendidas por nuestra Unidad es muy difícil de incluir en un Manual Abreviado. Por otra parte, el problema se acentúa al ser éste un Manual de uso común entre esta Unidad y las Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME), unidades que, en principio, asisten patologías de distinta índole.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Los profesionales del SUAP que forman parte de la Comisión de Mejora y Garantía de la Calidad del 061 Aragón, proponen al resto de profesionales que integran la unidad (un total de 28 médicos) localizar en el Manual CIE 9-MC los códigos correspondientes a las patologías atendidas no incluidas en el Manual Abreviado, añadiendo al código "Otros" (ó "V 65.4") el correcto.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

Se revisarán y evaluarán las Historias Clínicas utilizando como Indicadores:

Porcentaje de informes clínicos codificados como "Otros" ó "V 65.4" .

Porcentaje de informes clínicos en el que estos códigos se acompañan del real.

Se considerará estándar de Calidad que el 70 % de las Historias revisadas presenten el código real.

| | |
|---------|---|
| Anexo 2 | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004) |
|---------|---|

| | |
|---|---|
| 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS | |
| Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas | |
| Fecha de inicio: 1 de Febrero de 2004 | Fecha de finalización: 30 de Septiembre de 2004 |
| Calendario: <ul style="list-style-type: none"> • 1 al 31 de Enero de 2004, información a los profesionales de la actividad a realizar • 1 de Febrero al 30 de Septiembre de 2004, ejecución del proyecto • Octubre y Noviembre de 2004, evaluación de Historias Clínicas | |

| | |
|--|--|
| 11.-PREVISIÓN DE RECURSOS_ (Formativos, tiempo, mejoras...) | |
| <i><u>Material/Servicios</u></i> | <i><u>Euros</u></i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
| <u>MATERIAL INVENTARIABLE:</u> - Libros - Ordenador Personal Pentium IV - Herramientas informáticas (Access, Word, etc) | 200 € 1200 € 850 € |
| <u>FORMACIÓN:</u> - Curso presencial o a distancia sobre implantación de Gestión de la Calidad | 1200 € |
| <u>MATERIAL FUNGIBLE:</u> - Papel, material informático (CD ROM, cartuchos, tinta, etc) | 200 € |
| | |
| | |
| | |
| TOTAL | 3.650 € Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |

Fecha y firma: Zaragoza, 16 de Enero de 2004