



Profesionales y Centros en las políticas de calidad

Manel Plana

MC Mutual

XXXIII
congreso

Sociedad Española
de Calidad Asistencial

XVI
jornadas

Asociación de Calidad
Asistencial del Principado
de Asturias

Gijón. 14, 15 y 16 de Octubre de 2015



MC Mutual. Algunas dimensiones.

- Un millón de trabajadores por cuenta ajena
- Atendidas en 103 centros, de los que 87 son asistenciales y evaluadores
- 2 clínicas propias, 2 mancomunados y otros centros contratados.
- En Clínicas 3000 intervenciones, 6500 urgencias, 25000 consultas externas y 33000 sesiones RHB
- En centros asistenciales 83000 trabajadores atendidos, 280000 visitas y 290000 sesiones RHB

Antecedentes en calidad

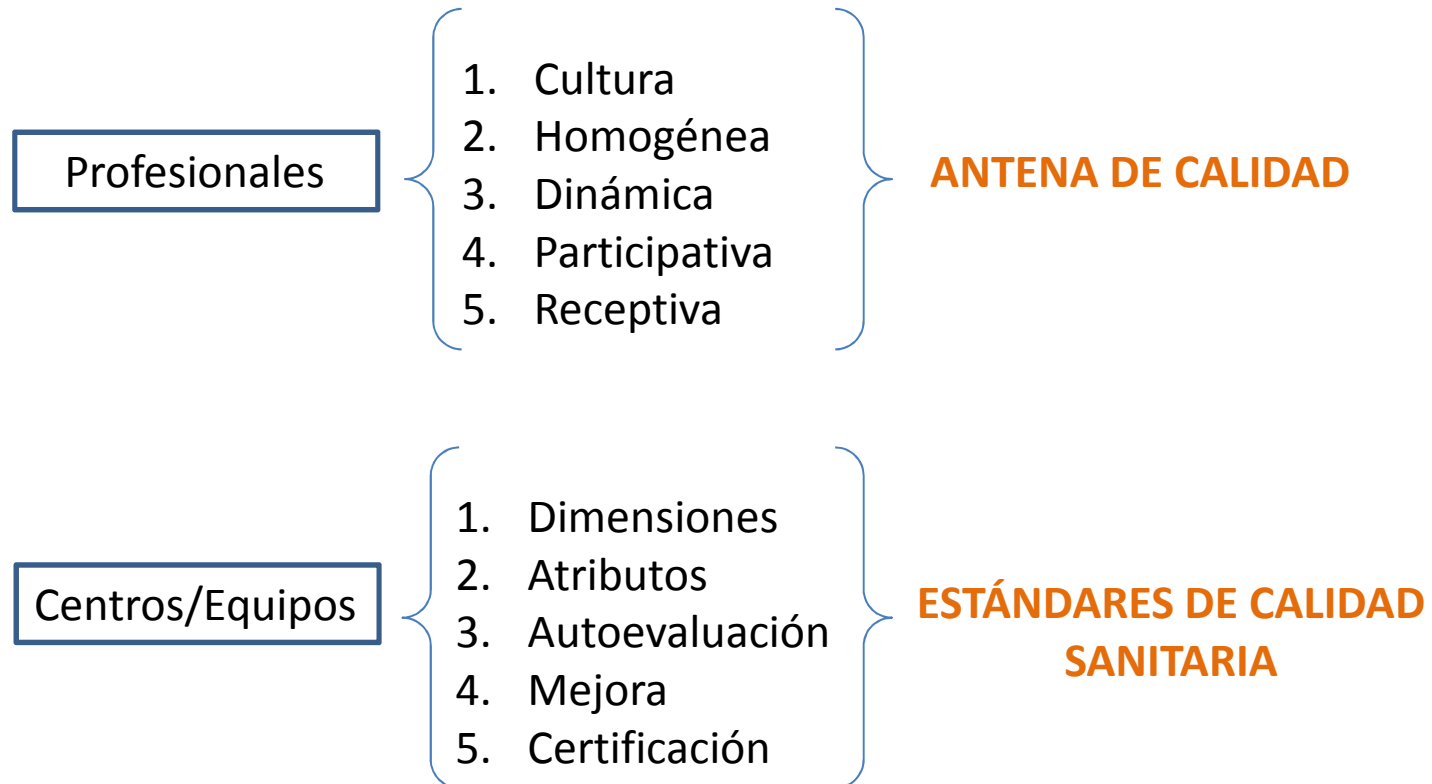
- Seguimiento opinión usuarios
- Programas de calidad diversos: historia clínica, guías y protocolos, formación y gestión conocimiento
- ISO 9001 Clínicas
- Programas de Seguridad del paciente

Plan de Calidad Sanitaria 14-16

- Planes de calidad en España
- Opiniones de los profesionales
- Estructuración en 5 líneas, objetivos y acciones
- Revisión anual y cada ciclo de tres años



Protagonistas profesionales de los planes de calidad



ANTENA DE CALIDAD (Profesionales sanitarios)

BASES

- **Propósito:**

Obtener una medida indirecta del impacto del Plan de Calidad Sanitaria (PCS) a través de las opiniones de los profesionales sanitarios.

- **Valor añadido:**

Consolidar las bases para futuras actuaciones en materia de acreditación de sistemas de calidad

- Asegurar niveles de calidad sanitaria contrastados
- Mantener activo y ajustado a las necesidades reales el PCS
- Hacer del PCS una referencia para todos los profesionales sanitarios

DOBLE ENFOQUE

(cultura e impacto)

A

Encuesta a
profesionales
sanitarios para
conocer percepción
y valoración PCS

Cultura de Calidad

marzo 2015 y 2016

825

B

Estudio cualitativo
medida indirecta de
impacto del PCS

**Referentes y
profesionales periféricos**

abril y octubre 2015, abril 2016

60+100

- Confidencialidad y respeto de la información (realizada externamente a MC MUTUAL)
- Economía de recursos (online)
- Sencillez (centrado en lo relevante)
- Orientado a la mejora y a lograr un mayor y positivo impacto

RESULTADOS (Cultura-1)

Participación

499 respuestas (participación del 61%)

	Frecuencia	Porcentaje	Participación
Zona 1	132	26,5	66
Zona 2	96	19,2	68
Zona 3	50	10	75
Zona 4	95	19	68
Clínicas	90	18	48
Centrales	36	7,2	61
Total	499	100	61

	Frecuencia	Porcentaje	Participación
Centrales	36	7,2	61
Consultas	373	74,7	66
Clínicas	90	18	48
Total	499	100	61

	Frecuencia	Porcentaje	Participación
Enfermero/a	161	32,3	61
Fisioterapeuta	77	15,4	63
Médico especialista	17	3,4	50
Médico gestor	38	7,6	86
Médico/a	160	32,1	60
otros	46	9,2	49
Total	499	100	61

RESULTADOS (Cultura-2)

Nivel de Cultura Calidad

TOTAL			PROFESIONALES (media)					
n	media	% > 9	Enfermería	Fisioterapia	Médicos especialistas	Médicos Gestores	Médicos	Otros
484	8.3	41.5	8.3	8.3	8.2	7.7	8.3	8.4

Nivel alto

% mejora

Médico Gestor ↓

ÁMBITOS			TERRITORIOS (media)			
CENTRAL	CENTROS	CLÍNICAS	ZONA 1	ZONA 2	ZONA 3	ZONA 4
7.7	8.2	8.5	8.2	8.1	8.4	8.3

Central ↓

=

RESULTADOS (Cultura-3)

Cultura Calidad: Descripción

1. La escala construida es consistente y válida.
2. Se considera importante la puesta en marcha del plan de calidad, el control de los tiempos de espera, la eficiencia de las actuaciones y la orientación al paciente.
3. Los médicos gestores y servicios centrales muestran una visión algo más crítica hacia nuestros niveles de calidad.
4. **Fortaleza actual:** historia clínica.
5. **Debilidad actual:** Falta de plan de calidad, participación pacientes e información sobre eventos adversos.

RESULTADOS (Antena-1)

Antena Calidad

Referentes (N=70)	Profesionales (N=27)							
		Media	dt	N ≥ 4 (%)	Media	dt	N ≥ 4 (%)	p=
A los pacientes se les ofrece una completa información sobre el motivo por el que han recibido atención.		3,2	1,2	36 (51)	3,2	1,4	12 (46)	NS
Contamos con mecanismos de alerta automatizados que informan al médico de visitas, hospitalización, pruebas, etc.		2,3	1,4	17 (24)	3,0	1,4	9 (36)	0,05
Los resultados de pruebas de imagen e informes están disponibles antes de la cita con un paciente.		3,7	1,1	50 (69)	3,4	1,2	16 (59)	NS
La historia clínica es accesible para todos.		4,0	1,0	58 (82)	4,0	1,3	21 (78)	NS
Parte esencial de la formación continuada son las sesiones clínicas multidisciplinares.		1,8	1,1	8 (12)	2,9	1,3	9 (33)	0,01
El tiempo de espera quirúrgica es razonable y ajustado a la clínica del paciente.		3,7	1,0	46 (69)	3,7	1,3	17 (65)	NS
Los pacientes esperan en las salas para entrar a consulta un tiempo razonable.		3,4	1,0	37 (52)	3,0	1,4	14 (52)	NS
Contamos con medidas para facilitar la accesibilidad de pacientes con dificultades sensoriales o físicas.		2,7	1,4	23 (33)	3,1	1,4	12 (43)	NS
En la prescripción se tiene en cuenta la situación del paciente y el coste del fármaco.		3,4	1,0	39 (57,4)	3,3	1,3	14 (58)	NS

RESULTADOS (Antena-2)

Antena Calidad

Referentes (N=70)	Profesionales (N=27)						
	Media	dt	N ≥ 4 (%)	Media	dt	N ≥ 4 (%)	p=
Se dispone de información sobre indicadores de resultado sanitario y económico para mejorar la toma de decisiones clínicas.	3,0	1,1	28 (42)	3,2	1,3	16 (59)	NS
En todos los casos se pide a los pacientes su consentimiento informado.	4,2	0,9	57 (80)	4,2	1,2	24 (86)	NS
A todos los pacientes que solicitan un informe clínico en papel se les entrega lo antes posible.	3,9	0,9	56 (79)	3,9	1,2	21 (81)	NS
En mi centro se llevan a cabo planes de mejora de infraestructuras y tecnología anualmente.	2,3	1,2	14 (20)	3,0	1,5	12 (46)	0,035
Recurrimos de forma habitual a guías clínicas y fichas ocupacionales.	2,9	1,0	21 (30)	3,2	1,2	14 (50)	NS
Tenemos una adecuada oferta de formación.	2,7	1,2	20 (28)	2,9	1,2	12 (43)	NS
Participamos en estudios, investigaciones, comunicaciones a congresos o publicaciones.	1,6	0,9	5 (8)	1,8	1,1	3 (11)	NS
Recibimos alumnos en formación.	1,4	0,9	4 (6)	1,4	0,8	1 (4)	NS

RESULTADOS (Antena-3)

Antena Calidad

Referentes (N=70)	Profesionales (N=27)						
	Media	dt	N ≥ 4 (%)	Media	dt	N ≥ 4 (%)	p=
Cuando se incorpora un profesional nuevo se aplica un plan de acogida.	2,2	1,4	16 (24)	2,5	1,4	8 (31)	NS
Hemos elaborado un mapa de riesgos para la seguridad del paciente.	1,8	1,1	7 (11)	2,4	1,5	7 (27)	NS
Tenemos instalados dispensadores de solución hidroalcohólica y/o jabón para la higiene de manos en todos los puntos de asistencia.	4,1	0,9	59 (82)	4,2	1,1	23 (82)	NS
Tenemos un sistema para identificar, clasificar y almacenar de manera diferenciada la medicación considerada de alto riesgo.	3,4	1,4	45 (65)	3,8	1,6	16 (67)	NS
La información de las alergias de los pacientes es sistemáticamente recogida en la historia clínica.	4,4	0,7	64 (93)	4,2	1,2	21 (81)	NS
Hemos recibido formación en calidad y seguridad del paciente.	3,4	1,0	37 (51)	3,9	1,2	17 (63)	NS
El procedimiento para la extracción de sangre tiene en cuenta las recomendaciones en materia de seguridad de los pacientes.	3,0	1,6	25 (34)	3,7	1,6	12 (57)	NS

RESULTADOS (Antena-4)

Antena Calidad: Conclusiones

96% conocían el PCS

1 Como áreas con margen de mejora identificaron

- Adecuación de la práctica clínica a las guías de practica (20% consideraron alta la implantación)
- Competencia científico-técnica (26%)
- Satisfacción de los pacientes (26%)

2 Elementos destacados en el PCS:

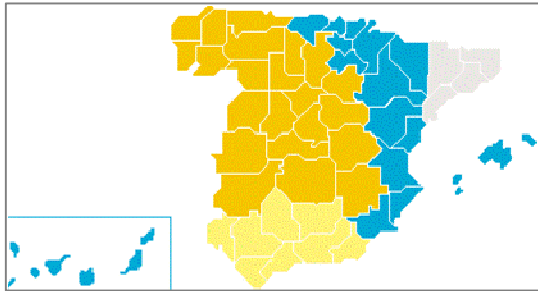
- Disponibilidad y accesibilidad a historia clínica común
- Disponibilidad del Consentimiento informado
- Disponibilidad de solución hidroalcohólica y sistema registro alergias

3 Elementos con nivel de implantación a mejorar

- Formación e investigación
- Disponibilidad de planes de mejoras en infraestructuras en equipamientos y tecnología,
- Adhesión a las guías de práctica clínica
- Disponer de un mapa de riesgos

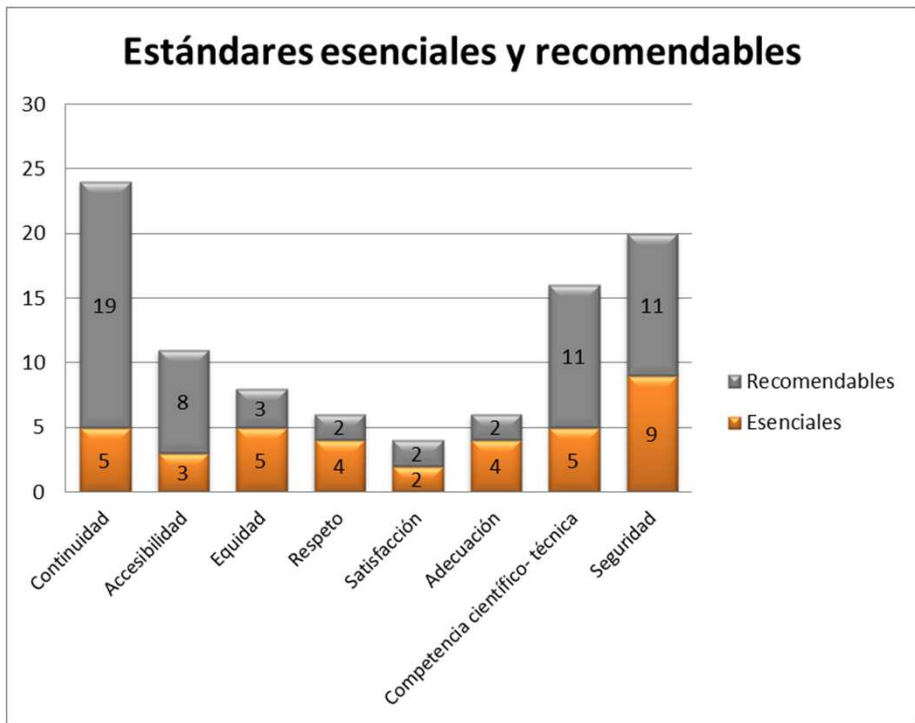
ESTÁNDARES DE CALIDAD SANITARIA (Centros y Equipos)

ESTÁNDARES DE CALIDAD - Modelo

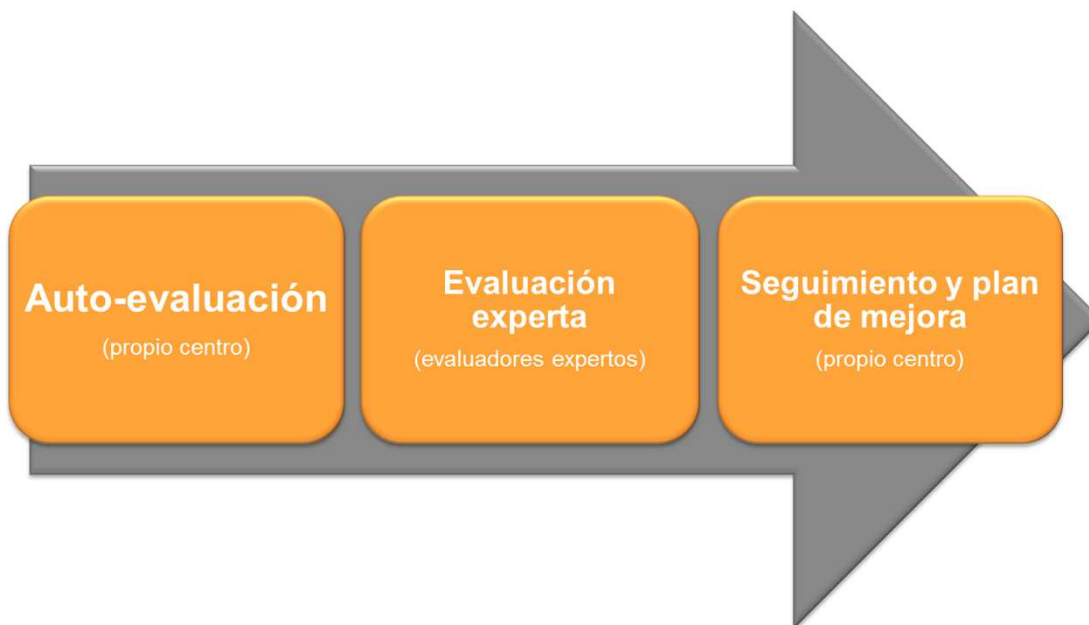


Ámbito: los centros asistenciales

129 estándares → **50** esenciales



ESTÁNDARES DE CALIDAD - Fases



NO			SÍ	
0	1	2	3	4
No se ha implantado, no hay evidencia	Evidencia mínima en fase inicial	Se ha definido, pero sólo está parcialmente implantado	Se ha definido y está implantado	Se ha implantado y evaluado, es un modelo para otros centros

Puntuación final	
Puntuación	Acciones a realizar
< 65%	Plan de mejora y nueva evaluación experta a los 12 meses
65-85%	Plan de mejora y nueva experta a los 18 meses
>85%	Plan de mejora y nueva experta a los 36 meses

1. Modelo

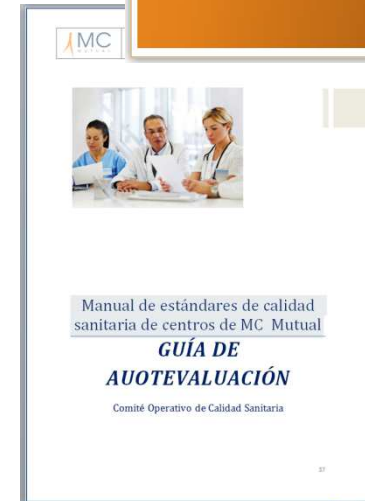
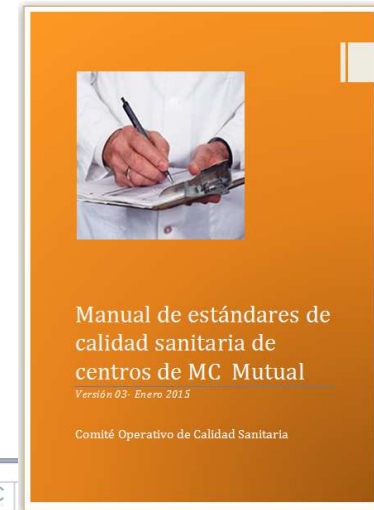
- Bases conceptuales
- Características del modelo de evaluación de estándares de MC Mutual
- Fases en la aplicación del modelo Responsabilidades
- Evaluación y revisión del modelo (mejora continua)





2. Cronograma de aplicación

3. Estándares

4. Guía de autoevaluación

5. Plan de Mejora



Tipo	Código	Definición estándar	Explicación	Evidencia
	ACC-002	El tiempo de demora para la intervención quirúrgica es inferior a los plazos establecidos por patología	Definir los plazos por especialidades o por los procedimientos más prevalentes	Escoger, en el listado de pacientes intervenidos quirúrgicamente en los últimos 6 meses, 10 pacientes de las patologías más prevalentes. Comprobar que el plazo de tiempo entre la indicación quirúrgica y la intervención esté dentro del plazo establecido por la DSMA para cada patología Comprobar que, en caso de demora, se registran los motivos
	RES-002	El centro facilita la carta de derechos y deberes de los pacientes a los trabajadores que acuden al centro	Esta información debe ser fácilmente accesible por los pacientes/ clientes	Comprobar que existen carteles en las salas de espera y folletos disponibles para los pacientes. Comprobar que la información está disponible en la web del centro. Verificar con un mínimo de 2 trabajadores de MC y 2 pacientes que conocen la carta de derechos y deberes y saben dónde se halla disponible.
	SAT-002	El centro elabora anualmente un plan de mejora en base a los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes		Comprobar la existencia de planes de mejora anuales basados en el análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción de pacientes específicos del centro
	SEG-005	El cumplimiento de la higiene de manos de los profesionales del centro es superior al 50%	El cumplimiento de la higiene de manos del personal sanitario debe evaluarse anualmente mediante observaciones regladas según la metodología estandarizada de la OMS, establecida en el protocolo de higiene de manos de MC Mutual	Revisar el último informe de observación del cumplimiento de higiene de manos realizado según metodología establecida en el protocolo de higiene de manos de MC Mutual

MANUAL DE ESTÁNDARES – Validación gestores y clínicos

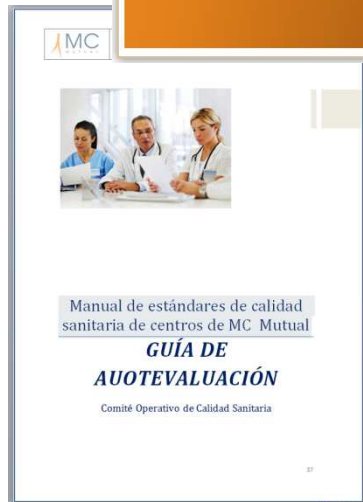
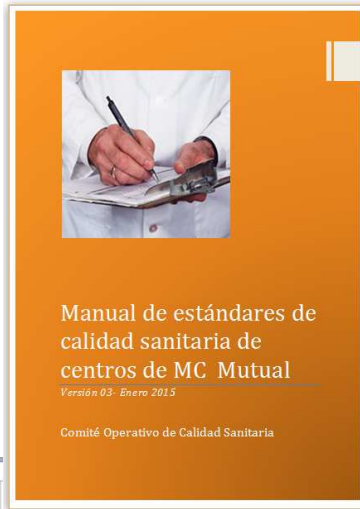
	Gestores	Clínicos	Δ
CON-003	8,8	6,8	2,0
CON-006	8,7	5,6	3,1
CON-011	8,3	6,7	1,5
CON-016	8,2	6,2	2,0
CON-018	7,7	5,9	1,7
CON-019	7,9	6,0	1,9
CON-027	7,4	4,3	3,1
ACC-002	9,0	6,9	2,1
ACC-003	8,7	6,8	1,9
ACC-009	7,3	6,8	0,5
ACC-010	8,2	6,4	1,8
ACC-011	9,2	6,5	2,7
EQU-004	8,8	6,5	2,3
EQU-005	8,4	7,1	1,3
EQU-006	8,3	6,7	1,6
EQU-008	7,2	5,1	2,1
EQU-009	8,4	4,9	3,5
EQU-010	6,8	4,9	1,8
EQU-014	8,5	5,2	3,3
EQU-015	8,5	5,7	2,8
RES-001	8,7	8,2	0,5
RES-002	7,8	6,5	1,3
RES-003	8,3	7,1	1,1
RES-007	7,3	5,9	1,4
RES-009	7,8	6,3	1,5

	Gestores	Clínicos	Δ
RES-010	7,5	6,3	1,2
SAT-001	7,9	6,8	1,1
SAT-002	7,7	6,6	1,1
SAT-003	8,6	6,7	1,9
SAT-004	8,6	6,1	2,5
ADE-001	8,3	6,8	1,5
ADE-002	7,8	4,4	3,4
ADE-007	8,6	7,7	0,8
ADE-008	8,4	5,5	2,9
CCT-011	8,4	6,6	1,8
CCT-012	8,3	6,5	1,8
CCT-014	8,7	6,5	2,2
CCT-015	9,0	7,8	1,2
CCT-016	8,9	5,9	2,9
SEG-001	8,8	5,2	3,6
SEG-002	9,0	6,3	2,6
SEG-003	9,2	6,9	2,3
SEG-005	8,6	6,8	1,8
SEG-007	9,2	8,1	1,1
SEG-011	8,8	7,8	1,0
SEG-015	8,9	8,1	0,8
SEG-023	9,4	7,9	1,4
SEG-024	9,4	8,1	1,3
SEG-025	8,9	7,6	1,3
SEG-030	9,4	6,0	3,4
Total	8,4	6,5	1,9

Atributos
 CE: Comprensión del estándar,
 I: Importancia,
 F: Factibilidad,
 A: Autoevaluables,
 CA: Comprensión acciones de mejora.)

	Gestores	Clínicos	Δ
CE	9,0	7,5	1,5
I	8,2	7,2	1,0
F	7,8	5,9	1,9
A	8,2	5,9	2,3
CA	8,7	6,0	2,7
Total	8,4	6,5	1,9

	GESTORES					CLÍNICOS				Total
	P1	P2	P3	P5	T.gest	P6	P7	P10	T.din	
media	9,5	7,5	7,5	8,9	8,4	7,3	5,3	6,8	6,5	7,5
destip	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0	0,7	1,3	2,1	1,0	3,0
CV	9%	13%	11%	10%	12%	10%	24%	31%	16%	39%



- 1 Formación equipo auditoría sanitaria
- 2 Autoevaluación de los centros pilotos
- 3 Evaluación presencial estándares en los dos centros

Conclusiones (Objetivos instrumentales de los planes de calidad)

