



**Universidad Miguel Hernández**

**Facultad de Medicina  
Máster en Gestión Sanitaria**

**Trabajo Fin de Máster**

**Memoria de Gestión**

**UNIDAD DE ENFERMERÍA HOSPITALIZACIÓN  
PLANTA 7ª CENTRO HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA**

**Autor: Jesús Pérez Morote  
Tutor: Alejandro García Morant**

## ÍNDICE

1.-PRESENTACIÓN.....	4
2.- PLAN ESTRATÉGICO.....	4
2.1- METODOLOGIA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES.....	4
2.2- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	5
2.2.1.- ANÁLISIS EXTERNO.....	5
2.2.2- ANÁLISIS INTERNO.....	8
2.3- ESTRATEGIA Y OBJETIVOS.....	11
2.4- PLAN DE ACTUACIÓN.....	14
2.5- CONCLUSIONES.....	19
3.-BIBLIOGRAFÍA.....	21
4.-ANEXOS.....	23

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa Sanitario de la Región de Murcia.....	5
Figura 2. Plano unidad.....	8
Figura 3. Atención centrada en el paciente.....	12
Figura 4. Eficacia del Sistema de Salud.....	13
Figura 5. Calidad Total Unidad de Enfermería de Hospitalización.....	13

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparativa poblacional.....	6
Tabla 2. Recursos humanos HCUVA.....	6
Tabla 3. Recursos estructurales HCUVA.....	7
Tabla 4. Matriz DAFO/CAME.....	11
Tabla 5. Indicador de Información al trabajador del PG 2019.....	14
Tabla 6. Indicador de Formación del PG 2019.....	15
Tabla 7. Indicador del Pacto de Consumo en PG 2019.....	15
Tabla 8. Indicador sobre Evaluación y Mejora de la Calidad del PG.....	15
Tabla 9. Indicador Procesos asistenciales más importantes del PG 2019.....	16

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS O ACRÓNIMOS

- EFQM; Fundación Europea para la Gestión de la Calidad
- HCUVA; Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
- HG-7C; Hospital General ala 7ª Centro
- SMS; Servicio Murciano de Salud
- AP; Atención Primaria
- AE; Atención Especializada
- SNS; Sistema Nacional de Salud
- AS; Área de Salud
- ZBS; Zona Básica de Salud
- RRHH; Recursos Humanos
- ORL; Otorrinolaringología
- REU; Reumatología
- OFT; Oftalmología
- DAFO; Análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
- CAME; Respuesta para Corregir, Afrontar, Mejorar y Explotar
- PG; Pacto de Gestión
- RNAO; Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario
- GPC; Guías de Práctica Clínica
- SINAPS; Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
- UHD; Unidad de Hospitalización a Domicilio
- CCMM; Cuidados Medios

## 1.- PRESENTACIÓN

Este trabajo tiene como principal objetivo la elaboración de una memoria de gestión de una unidad de hospitalización médico-quirúrgica en un complejo hospitalario de tercer nivel, realizando una autoevaluación de la organización de dicha unidad, en base al modelo de calidad E.F.Q.M. que nuestro contrato de gestión defiende.

Una unidad de hospitalización es un conjunto funcional definido por la actividad asistencial que realiza dentro de los conocimientos y técnicas de una especialidad concreta<sup>1</sup>. La unidad de hospitalización HG-7C en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) Área I - Murcia Oeste, abarca varios ámbitos de aplicación, destacando las siguientes especialidades clínicas: Servicio de Otorrinolaringología, servicio de Cirugía Maxilofacial, servicio de Reumatología y servicio de Oftalmología.

Este servicio hospitalario ha de cumplir con todas aquellas funciones asistenciales, organizativas, docentes, investigadoras y de gestión relacionadas con dichas especialidades<sup>1</sup>.

La gestión de esta unidad busca especialmente la eficiencia en las actuaciones sanitarias y la seguridad de sus pacientes y profesionales. Las peculiaridades de los dirigentes de cada una de las especialidades, de los profesionales sanitarios, no sanitarios y de los pacientes, hacen que se tengan que adaptar ciertas pautas asistenciales en nuestro proceder habitual.

En Sanidad a los profesionales les corresponde ser efectivos y a los directivos ser eficientes<sup>1</sup>.

## 2.- PLAN ESTRATÉGICO

### 2.1- METODOLOGIA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES

Los valores estratégicos de la unidad de hospitalización HG-7C comparte las líneas estratégicas defendidas por la dirección de enfermería en el HCUVA.

- **Misión:** Proporcionar cuidados asistenciales integrales de excelencia (calidad, humanización, seguridad, eficacia y eficiencia) que satisfaga las necesidades y expectativas de los pacientes.
- **Visión:** El objetivo de la unidad siempre está ligado al compromiso de “0 efectos adversos” derivados de nuestros cuidados, satisfacción de los profesionales que

retroalimente su motivación y la continuidad de nuestros cuidados con la asistencia en Atención Primaria.

- **Valores:** Equipo profesional unido, constructivo, comprometido, cercano y altamente cualificado. Lealtad al equipo. Multidisciplinar. Transparencia. Respeto a la autonomía del paciente. Gestión eficiente de recursos.

## 2.2- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

### 2.2.1.- ANÁLISIS EXTERNO

#### A.- Marco general y organización del SMS

El sistema de prestaciones de la Región de Murcia se rige por el Servicio Murciano de Salud (SMS), un organismo perteneciente al SNS. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad<sup>2</sup>, establece dos demarcaciones territoriales: las Áreas de Salud (AS), estructuras básicas de salud, y las Zonas Básicas de Salud (ZBS), realizándolo por medio del Mapa Sanitario.

Por la Orden de 24 de abril de 2009<sup>3</sup>, de la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Autónomo se modifican las AS establecidas en la Ley anterior, (Decreto Regional 27/87), aumentándose a 9 AS con 9 hospitales

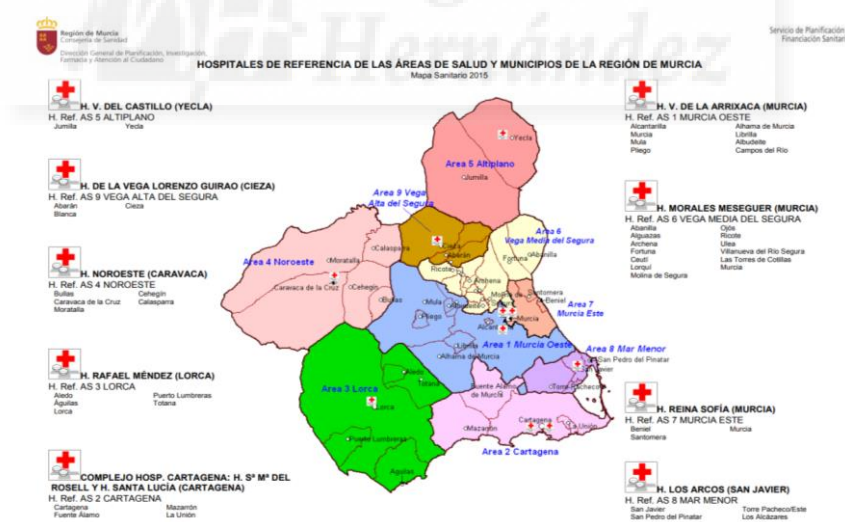


Figura 1. Mapa sanitario de la Región de Murcia<sup>3</sup>

#### B.- Análisis demográfico

El HCUVA presta cobertura de asistencia especializada a la población adscrita a su área que es aproximadamente de 260.000 habitantes<sup>4</sup> (véase la tabla 1). En el anexo 2 vemos la distribución por género y edad de la población de la Región de Murcia.

COMPARATIVA POBLACIONAL	SMS	ÁREA I
Nº HABITANTES (Nº TARJETAS SANITARIAS)	1464785	259903
Nº HABITANTES ÁREA DE SALUD	162754	259903

Tabla 1. Comparativa poblaciona<sup>5</sup>

## C.- Recursos sanitarios Área I – Murcia Oeste

### C.1. Cartera de servicios de H.C.U.V.A.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, define la cartera como el “conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”<sup>6</sup>.

El HCUVA es referencia regional para las especialidades de: cirugía cardiovascular y torácica, cirugía cardíaca infantil, cirugía maxilofacial, cirugía plástica y quemados, cirugía y pediatría neonatológica, neurocirugía, oncología médica y oncología radioterápica, hemodinámica, medicina nuclear y coordinación y actividad de trasplantes<sup>7</sup>.

### C.2- Estructura organizativa

El HCUVA cuenta con una plantilla en recursos humanos (RRHH), repartidos de la siguiente manera (véase tabla 2). El organigrama se relaciona en el Anexo 1.

PERSONAL	DOTACIÓN NUMÉRICA
PERSONAL DIRECTIVO	16
PERSONAL FACULTATIVO	621
PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO	2455
PERSONAL NO SANITARIO	1033
TOTAL	4125

Tabla 2. Recursos humanos HCUVA<sup>8</sup>.

## D.- Plan estratégico del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

El marco de gestión de la organización sanitaria del SMS es el modelo europeo de calidad “Fundación Europea para la Gestión de la Calidad” (EFQM), como referencia para orientar y definir su sistema de gestión. El plan estratégico dentro del Área I Murcia –

Oeste se consolida, se basa y se desarrolla a través del Pacto de Gestión de cada especialidad o servicio, cuyo objetivo es establecer los indicadores asistenciales que nos conduzcan hacia unos resultados excelentes en los clientes, en los profesionales y en la sociedad.

### E.- Recursos estructurales

En la tabla 3 podemos hacernos una idea de la dimensión del hospital.

DOTACIÓN	CANTIDAD
CAMAS	919
QUIRÓFANOS	27
PARITORIOS	12
CONSULTAS EXTERNAS	246
EN EL HOSPITAL	212
EN LOS CEP.	34
PUESTOS DE HEMODIÁLISIS	36
NO INFECCIOSOS	28
INFECCIOSOS	8
HOSPITAL DE DÍA	35
ONCOHEMATOLÓGICO	28
SIDA	5
OTROS MÉDICOS	2

*Tabla 3. Recursos estructurales HCUVA<sup>9</sup>*

### F.- Sostenibilidad y protección medioambiental

El desarrollo de la actividad del HCUVA se centra en los ámbitos asistencial, docente e investigador y resulta afectado e implicado en la problemática medioambiental. Por ello, el hospital, tiene la responsabilidad de ser una organización respetuosa con el medio ambiente desde la que se desarrollan o potencian entornos saludables para las actuales y futuras generaciones<sup>10</sup>.

Siguiendo ésta línea, la unidad de hospitalización HG-7C en HCUVA, está muy comprometida y por ello:

- El profesional, no utiliza ningún utensilio de plástico. Ellos mismos mantienen y proveen al equipo del menaje reutilizable necesario.
- Todos los pacientes y acompañantes tienen contenedores de reciclaje de plástico, tanto en las habitaciones, como en los espacios comunes de la planta, para su uso.
- La supervisión del servicio junto con el servicio de Salud Medioambiental negocia con el servicio de Farmacia, los envases de fluidoterapia intravenosa, para intentar que todo se sirva en envase de cristal y no de plástico.

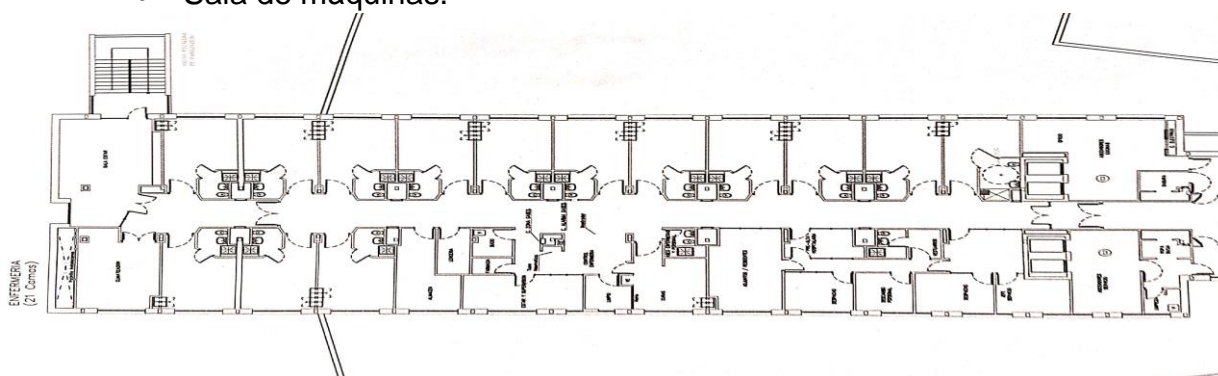
## 2.2.2- ANÁLISIS INTERNO

### A.- Recursos estructurales

La unidad se encuentra ubicada en la 7ª planta del Hospital General (HG), en su ala central. La planta de hospitalización es el espacio natural donde el personal de enfermería desarrolla sus cuidados durante las 24 horas del día mediante la realización de turnos.

Como en todas las unidades de hospitalización las instalaciones comprenden dependencias dedicadas a las funciones administrativas, docentes, investigadoras y sobre todo asistenciales. También existen zonas para el descanso del personal clínico de guardia. Estas zonas son las siguientes:

- Zona administrativa de Cirugía Maxilofacial (CMF), con los despachos del Jefe de Servicio y Jefe de Sección
- Sala de reuniones y sesiones de Reumatología (REU)
- Vestuarios de personal.
- Control de Enfermería, sala de curas, sala de estar de personal, cocina, aseo de personal y despacho de Supervisión de Enfermería.
- Almacén de lencería y almacén de material fungible.
- Habitaciones asistenciales, 13 en total, todas dobles.
- Sala de estar de pacientes y familiares.
- Sala de máquinas.



**Figura 2. Plano Unidad de Hospitalización 7ªC, Fuente: Ingeniería de HCUVA**

### B.- Recursos humanos

El personal adscrito a la Unidad de Hospitalización HG- 7ªC es exclusivamente personal de enfermería. El personal facultativo, cada uno de ellos, está adscrito a su especialidad (ORL, CMF, REU, OFT) y rotan por la planta según su organización, para revisar a sus pacientes y actualizar tratamientos.



De manera permanente, en la secretaría de CMF se encuentra en turno de mañana, la secretaria del mismo servicio.

Con respecto al personal no sanitario, la unidad dispone de un celador en turno de mañana compartido con el resto de las unidades de la planta 7ª, Digestivo (ala izquierda) y Neumología- Cirugía Torácica (ala derecha).

La plantilla de enfermería está formada por 11 enfermeras y 11 auxiliares y un enfermero con cargo de supervisor. El personal enfermero trabaja con una distribución de turnos en mañanas- tardes y noches, con un reparto horario de 7h-7h y 10h, salvo una enfermera fija de mañanas y dos enfermeras fijas de noches. El personal auxiliar es más homogéneo con una distribución de turnos en 12 horas, 12h. de diurno y 12h. de nocturno. El supervisor de unidad desempeña su trabajo siempre en turno de mañanas.

### **C.- Organización de la actividad del servicio**

En este tipo de servicios, donde conviven a diario pacientes y profesionales de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, se hace imprescindible una fuerte y constante organización del día a día. En la figura del supervisor recae siempre, mantener el orden y generar el clima adecuado para que la actividad asistencial se realice en las mejores condiciones posibles.

Es por y para ello que el personal del servicio, atiende todas las necesidades asistenciales de los pacientes en horarios concretos (fundamentalmente en turno de mañana), de tal manera que, como puntos primordiales se deben citar;

- Relevo oral y escrito en cada cambio de turno. Éste se hace en común, además de los profesionales implicados, están presente todos los demás. Los pacientes se dividen entre el personal únicamente con fines organizativos, pero el servicio es de todos y para todos.
- Nunca antes de las 9:30 empezamos a visitar a los pacientes con los diferentes especialistas, este tiempo es fundamental para nuestra planificación y organización.
- Todos los pacientes autónomos a diario se revisan, se curan, se informan... en nuestra sala de curas (específicamente preparada para la realización de éstos cuidados), en ella disponemos de un sillón reclinable y ajuste de altura hidráulico, sistema de aspiración, instrumental y material fungible específico.

Aquí el trabajo se realiza de manera más eficaz, eficiente, ergonómico y por tanto más seguro. Además organiza los tiempos de visita de cada especialista.

- Los pacientes dependientes se visitan en sus habitaciones.
- Se revisan cada uno de los pacientes, buscando la satisfacción de los mismos, desde el punto de vista sanitario, familiar, social, emocional, respetando su intimidad y favoreciendo su confort.
- El ingreso de los nuevos pacientes, es un momento importante para nosotros. En ésta primera toma de contacto, realizamos anamnesis, historia de enfermería y acogida del paciente, formularios que marcarán las pautas del proceso enfermero del paciente en nuestra unidad.
- Todos los pacientes dados de alta, abandonan la unidad con el “informe de cuidados al alta de enfermería”. Con el fin de colaborar con el seguimiento de los cuidados necesarios tras la hospitalización.

La actividad asistencial de la unidad en los últimos 5 años se observa en el anexo 3.

#### D.- Matriz DAFO/CAME del servicio de hospitalización 7ªC

Una vez realizado el análisis del entorno y el análisis interno de la unidad, se deben establecer los puntos débiles y fuertes y las amenazas y oportunidades del servicio resumidas en un **Análisis DAFO**. Éste se acompaña de una búsqueda de mejora de los puntos débiles, mantenimiento de los fuertes, propuestas para afrontar amenazas y medidas para explotar las oportunidades, mediante un **Análisis CAME**<sup>11</sup>

<b>DAFO</b> <b>DEBILIDADES</b>	<b>CAME</b> <b>CORREGIR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso estructural antiguo</li> <li>• Cirugía de primer nivel y sucia (importante riesgo de infección).</li> <li>• Escasa cultura investigadora.</li> <li>• Sobrecarga de trabajo.</li> <li>• No presencia de especialista CMF presencial, las 24h/día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiencias técnicas en instalaciones (red de A/A, sistema de aspiración...).</li> <li>• Deficiente formación del personal temporal, recientemente incorporado.</li> <li>• Relajación en la asistencia manteniendo los criterios de asepsia protocolizados.</li> <li>• Escasa función investigadora dentro de la unidad.</li> </ul>
<b>AMENAZAS</b>	<b>AFRONTAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importante renovación de RRHH con exigencia formativa urgente.</li> <li>• Posibilidad de aparición de efectos adversos.</li> <li>• Envejecimiento de la población con aumento continuo de diagnósticos susceptibles de estas cirugías.</li> <li>• Desmotivación en los profesionales.</li> <li>• Situación económica regional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talleres formativos teórico- prácticos sobre técnicas y cuidados más frecuentes en la unidad.</li> <li>• Incentivar motivación profesional con nuestras herramientas.</li> <li>• Estrecha vigilancia a pacientes traqueostomizados.</li> <li>• Fomentar el autocuidado, relaciones con UHD y/o AP.</li> </ul>

FORTALEZAS	MANTENER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal altamente cualificado.</li> <li>• Equilibrio entre personal experimentado y personal joven con iniciativa y motivación.</li> <li>• Compromiso del equipo con los objetivos de la dirección.</li> <li>• Resolución de patologías de alta complejidad.</li> <li>• Actividades asistenciales normalizadas por protocolos de actuación.</li> <li>• Realización de informe de cuidados al alta a todos los pacientes.</li> <li>• Disponibilidad de Rea y UCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de calidad dispensado actualmente.</li> <li>• Involucrar personal experimentado en la formación práctica del personal nuevo. Despertar su inquietud y motivación.</li> <li>• Vínculo recíproco con la dirección.</li> <li>• Referencia regional para ésta cirugía nivel I.</li> <li>• Relación activa con UCI.</li> <li>• Actualización de protocolos según evidencia científica.</li> <li>• Ayuda formativa para pacientes, cuidadores y entorno de AP.</li> </ul>
OPORTUNIDADES	EXPLOTAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de unidades específicas de alta complejidad.</li> <li>• Protocolizar asociación de cuidados para pacientes de distintas especialidades.</li> <li>• Generar conciencia en protección medioambiental.</li> <li>• Uso de las TIC para el seguimiento del paciente fuera del hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento específico para desarrollar investigación en cuidados, en base a la experiencia y evidencia científica.</li> <li>• Hábitos en usar menaje reutilizable y/o reciclar.</li> <li>• Consulta de enfermería telemática.</li> </ul>

*Tabla 4. Matriz DAFO/CAME*

## 2.3- ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS

La dirección de enfermería junto con la dirección médica determinan los pilares estratégicos para implantar el desarrollo con éxito, del proyecto del hospital.

### A- Objetivo general

Conseguir la eficiencia en las actuaciones sanitarias buscando la satisfacción del usuario.

### B- Objetivos específicos

- Mejorar la asistencia en términos de calidad y seguridad asistencial (efectos adversos = 0).
- Humanización de trato.
- Disminuir en lo posible la estancia del paciente en el hospital.
- Uso y control estricto de las medidas preventivas en la transmisión de patógenos de un paciente a otro. Minimizar la iatrogenia.

- Formación teórica y práctica en el manejo de los pacientes tipo y típicos de nuestras especialidades.
- Definir e implantar guías que ayuden a mejorar la educación para la salud (EPS) del paciente que mejore su autocuidado, el de cuidadores y/o familia.
- Mejorar la conexión, comunicación y formación con AP., UHD, centro concertado...

### C- Actividad asistencial centrada en el paciente

La atención centrada en el paciente supone un cambio cultural significativo, añadiendo a la evidencia y la eficiencia, la consideración de la efectividad y la autonomía del paciente respecto a sus preferencias, como factores determinantes en la toma de decisiones. (Véase anexo 4)



*Figura 3. Atención centrada en el paciente. Fuente<sup>12</sup>. Elaboración propia*

### D- Humanización en la práctica asistencial

Hay que destacar la habilidad en las relaciones personales que los profesionales sanitarios deben poseer. Éste es un factor clave dado que, tanto en la práctica asistencial como en la gestión, existe un punto común; la dirección y el personal sanitario han de ser muy hábiles en sus relaciones humanas, sin perder de vista la empatía<sup>13</sup>. (Véase anexo 5)

### E- Mejora de la eficiencia en la utilización de recursos. Optimización de costes

Sacar el máximo partido a los recursos que la sociedad pone al alcance del dispositivo asistencial, es nuestra responsabilidad. La racionalización es un objetivo. La priorización una necesidad. La mejora de la gestión no es una 'alternativa' coyuntural, sino una obligación permanente. Para nosotros, supone mantener conocimientos clínicos al día sin dejarnos llevar por la inercia ni embaucar por la novedad, esto sería costoso<sup>14</sup>.



Figura 4. Eficacia del Sistema de Salud<sup>15</sup>

### F- Cumplimiento de los estándares de los objetivos

El Pacto de Gestión de Enfermería 2019 se encuentra alineado al modelo EFQM que es un instrumento práctico que ayuda a las organizaciones de varias maneras<sup>16</sup> (Véase anexo 6)

El objetivo del Pacto de Gestión de Enfermería es establecer los indicadores asistenciales que nos conduzcan hacia unos resultados excelentes en los clientes, en los profesionales y en la sociedad.

### G- Gestión de la calidad. Calidad total. Definición y objetivos

La implantación de los principios de calidad total inciden en los “resultados económicos” de las organizaciones en la “satisfacción” de los clientes y en la “implicación” de sus profesionales<sup>16</sup>



Figura 5. Definición de “Calidad Total” en unidad hospitalaria de Enfermería<sup>17</sup>.

Debemos darnos cuenta como organización que el trabajar con calidad facilitará nuestro quehacer, disminuyendo la probabilidad de errores, mejorando la seguridad de nuestros pacientes, obteniendo más eficiencia y satisfacción para el paciente. (Véase anexo 7)

## H- Formación, docencia e investigación

El mayor valor de los profesionales sanitarios es su capacidad intelectual y de conocimientos profesionales, por ello la formación postgrado juega un papel clave para conseguir la excelencia en la prestación asistencial, en el desarrollo profesional y en la motivación de los equipos<sup>13</sup>.

La función docente en enfermería desarrolla las actividades teórico-prácticas en los campos de práctica clínica y proporciona las bases necesarias para el desarrollo del futuro profesional. El objetivo propuesto es comprender la vivencia de los docentes de enfermería junto a los estudiantes de enfermería, en los campos de práctica clínica<sup>18</sup>.

## 2.4- PLAN DE ACTUACION

Los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que se actúa, se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, que se harán realidad a través de las personas, las alianzas y recursos, y los procesos. Establece la integración de las áreas de trabajo y objetivos a alcanzar como equipo directivo, además consigue situar a la organización en una posición muy favorable para la autoevaluación con un planteamiento de calidad asistencial y de calidad en la gestión realizada<sup>13</sup>.

### A- Acción

Para llevar a cabo este plan de acción, nos apoyaremos en el “Pacto de Gestión” (PG) que todos los años firmamos con Dirección de Enfermería. El de 2019, se basa en los siguientes puntos, (modelo EFQM<sup>19</sup>, véase anexo 8):

#### A<sub>1</sub>- Liderazgo

Excelencia es ejercer un liderazgo con capacidad de visión que sirva de inspiración a los demás y que sea coherente en toda la organización.

#### **INDICADOR: INFORMACIÓN DEL CONTENIDO DEL PACTO DE GESTIÓN AL PROFESIONAL**

**Desarrollo y firma del PG de la unidad antes del 28 de febrero**

**Objetivo:** Dos reuniones informativas sobre el contrato de gestión

**Designación de un referente de calidad, seguridad y desarrollo de funciones (ANEXO 9)**

<b>Objetivo:</b> Participación activa
<b>Ponderación:</b> Nombramiento y desarrollo de funciones puntúa Asistencia > 75% puntúa
<b>Total de puntuación en el acuerdo del área 100 puntos</b>

*Tabla 5. Indicador de Información del PG 2019*

## A<sub>2</sub>- Personas

Excelencia es maximizar la contribución de los empleados a través de su desarrollo e implicación.

<b>INDICADOR: FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES</b>
<b>Sesiones formativas programadas en la unidad</b>
<b>Profesionales formados</b>
<b>Objetivo:</b> 60% de la plantilla (plantilla se refiere al nº de profesionales que han asistido a alguna de las sesiones formativas)
<b>Ponderación:</b> > 60% puntúa
<b>Total de puntuación en el acuerdo del área 160 puntos</b>

*Tabla 6. Indicador de Formación del PG 2019*

## A<sub>3</sub>- Recursos

Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante una gestión de recursos adecuada.

<b>INDICADOR: GESTIÓN EFICIENTE DE RECURSOS MATERIALES: CONSECUCIÓN PACTO DE CONSUMO</b>
<b>Objetivo:</b> 100%
<b>Ponderación:</b> Gasto ajustado a pacto puntúa 50
<b>Total de puntuación en el acuerdo del área 50 puntos</b>

*Tabla 7. Indicador del Pacto de Consumo*

## A<sub>4</sub>- Estrategia

Monitorizar la Calidad y Seguridad de la atención sanitaria.

<b>INDICADOR: ACTIVIDADES DOCUMENTADAS SOBRE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD</b>
<b>Ciclo de evaluación y mejora documentado durante un año</b>
<b>Ponderación:</b> > 1 puntúa 50
<b>Resultado en las encuestas de satisfacción del usuario</b>
<b>Objetivo:</b> La media del resultado del SMS
<b>Ponderación:</b> > a la media puntúa 100
<b>Total de puntuación en el acuerdo del área 150 puntos</b>

*Tabla 8. Indicador sobre Evaluación y Mejora de la Calidad*

## A<sub>5</sub>- Procesos Asistenciales

Excelencia es gestionar la organización mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos interdependientes e interrelacionados, midiendo la calidad de cuidados hospitalarios y seguridad del paciente. Los más importantes son:

<b>INDICADOR: PROCESOS ASISTENCIALES MÁS IMPORTANTES</b>	
<b>PLAN DE ACOGIDA</b>	
Pacientes ingresados más de 24h con realización correcta del plan de acogida.	
Objetivo: 90%	Ponderación: > 90% puntúa 20
<b>VALORACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO</b>	
Pacientes con valoración realizada correctamente en las primeras 24h tras el ingreso	
Objetivo: 90%	Ponderación: > 90% puntúa 20
<b>VALORACIÓN TEMPRANA DEL RIESGO DE UPP</b>	
Pacientes con valoración de riesgo de UPP en las primeras 24h del ingreso	
Objetivo: 95%	Ponderación: > 95% puntúa
Pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso/ pacientes ingresados >2días	
Objetivo: < 2.5%	Ponderación; < 2.5 puntúa
<b>VALORACIÓN TEMPRANA DEL RIESGO DE CAIDAS</b>	
Pacientes con valoración de riesgo de caída en las primeras 24h	
Objetivo: >95%	Ponderación: > 95% puntúa
Pacientes de riesgo de caída con cuidados adecuados a protocolo en las últimas 24h	
Objetivo: > 90%	Ponderación: > 90% puntúa
<b>CUIDADOS PACIENTES CON CATÉTER VENOSO CENTRAL</b>	
Pacientes portadores de catéter venoso central con cuidados adecuados a protocolo	
Objetivo: > 90%	Ponderación: > 90% puntúa
<b>CUIDADOS PACIENTES CON CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO (CVP)</b>	
Pacientes portadores de catéter venoso periférico con cuidados adecuados a protocolo	
Objetivo: > 85%	Ponderación: > 85% puntúa
<b>VALORACIÓN INCIDENCIA DE FLEBITITS</b>	
Pacientes portadores de CVP con flebitis	
Objetivo: < 10%	Ponderación: < 10% puntúa
<b>VALORACIÓN INCIDENCIA DE EXTRAVASACIÓN</b>	
Pacientes portadores de CVP con extravasación	
Objetivo: < 10%	Ponderación: < 10% puntúa
<b>VALORACIÓN TEMPRANA DEL DOLOR QUIRÚRGICO</b>	
Pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso, con evaluación del dolor en las primeras 24h tras cirugía y según periodicidad indicada en protocolo	
Objetivo: > 85%	Ponderación: > 85% puntúa
<b>VALORACIÓN TEMPRANA DE DESNUTRICIÓN</b>	
Pacientes ingresados para procedimiento quirúrgico con valoración de riesgo nutricional en las primeras 24h de su ingreso	
Objetivo: > 80%	Ponderación: > 80% puntúa
<b>DESARROLLO DE PLANES DE CUIDADOS TRAS EMISIÓN DE DIAGNÓSTICO</b>	
Pacientes con planes de cuidados desarrollados tras diagnóstico de enfermería emitido	



<b>Objetivo: &gt; 80%</b>	<b>Ponderación: Objetivo alcanzado puntúa</b>
<b>INFORME DE CUIDADOS (IC) EMITIDOS AL ALTA HOSPITALARIA</b>	
<b>IC realizados al alta hospitalaria</b>	
<b>Objetivo: &gt; 80%</b>	<b>Ponderación: Objetivo alcanzado puntúa</b>
<b>INDICADOR DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA</b>	
<b>Paciente con preparación quirúrgica adecuada a protocolo</b>	
<b>Objetivo: &gt; 95%</b>	<b>Ponderación: &gt; 95% puntúa</b>
<b>INDICADOR IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>	
<b>Presencia de pulsera identificativa en los pacientes ingresados y asistidos</b>	
<b>Objetivo: &gt; 95%</b>	<b>Ponderación: &gt; 95% puntúa</b>
<b>INDICADOR SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO</b>	
<b>Presencia de cartelería informativa</b>	
<b>Objetivo: 100%</b>	<b>Ponderación: &lt; 100% no puntúa</b>
<b>Presencia de jeringuillas de administración oral</b>	
<b>Objetivo: Existencia en el almacén de planta</b>	<b>Ponderación: La no existencia no puntúa</b>

*Tabla 9. Indicador Plan de Acogida del PG 2019*

La ponderación relativa a la incidencia de los profesionales de Enfermería en la consecución del Contrato de Gestión se explicita en el anexo 10.

### **B.- Actividad asistencial basada en el paciente. Impulsar uso de buenas prácticas**

Aplicar el concepto de atención centrada en el paciente, entre otras, significa conseguir un profesional, que en dosis adecuadas, tenga las siguientes cualidades; excelente preparación científico-técnica, motivación, eficiencia y dedicación, creatividad, actitud positiva frente al trabajo en equipo, formación permanente, sentido común y particularmente aquellos profesionales que trabajan directamente con los pacientes; amabilidad, información, educación, asertividad en la comunicación, empatía, respeto<sup>13</sup>.

Todos los trabajadores de la unidad tienen como punto de partida estas cualidades, que trabajamos regularmente mediante talleres teórico-prácticos, tanto desde la perspectiva del entrenamiento asistencial, como desde la perspectiva del entrenamiento de la inteligencia emocional.

### **C.- Impulsar la Calidad Total. Satisfacción y seguridad de pacientes y profesionales**

Parte fundamental de los objetivos principal y específicos de este trabajo. Éste punto es el “por y el para” de nuestro quehacer diario.

#### **CALIDAD PERCIBIDA & CALIDAD DE LA UNIDAD**

Lo realmente importante para el paciente es su grado de satisfacción. Esta será el resultado, de contraponer lo que inicialmente esperaba (expectativas) a lo que finalmente

percibe (calidad percibida), que no exactamente la que recibe (calidad asistencial). La calidad global que la prestación de un servicio puede ofrecer y que el usuario del mismo recibe no tiene por qué coincidir con la que éste percibe, aunque lógicamente sí estará directa e íntimamente relacionada.

## CALIDAD ASISTENCIAL & SEGURIDAD DE PACIENTE

En España, la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud estableció recomendaciones para la mejora de la calidad. (Véase anexo 11)

Un efecto adverso es la última fase de un proceso que ha comenzado con la interacción de múltiples factores y constituye la parte visible del iceberg de los problemas de seguridad del paciente<sup>13</sup>.

Nuestro compromiso con el paciente y con nosotros mismos es mantener la estadística de efectos adversos, derivados de la asistencia sanitaria, igual a cero. Para ello intentamos sistematizar las actuaciones técnicas en guías de procedimientos y protocolos asistenciales, aprobados por la Unidad de Calidad del hospital, acompañamiento y tutorización de los estudiantes en sus prácticas asistenciales, siempre que realicen cuidados directos a los pacientes y formación continua de todos los profesionales, doble chequeo en la administración de medicación...

### **D.- Mejoría progresiva en la eficiencia. Gestión de procesos**

Todos los esfuerzos de nuestra gestión sanitaria se orientan a las distintas formas de gestionar el conocimiento. Es en este ámbito de la gestión del conocimiento donde enmarcaremos tanto la gestión clínica como la gestión por procesos.

Es fácil coincidir que cualquier actividad puede desagregarse en sus distintos procesos y que el análisis pormenorizado de cada uno de ellos, es decir, sus fases, tiempos, recursos utilizados, recursos obtenidos, comparaciones con otros servicios, resulta necesario para la aplicación del conocimiento a la gestión.

La organización por procesos precisa la descentralización y delegación de funciones asistenciales, la actitud basada en la confianza, la participación, el compromiso, la asunción de responsabilidades más allá de las meramente clínicas<sup>13</sup>. (Véase anexo 12)

### **E.- Recursos humanos. El supervisor de unidad de hospitalización**

La supervisión es una dirección democrática, cuyo principal interés es el hombre y su realización va en consonancia con los objetivos de la organización<sup>20</sup>. Para poder

ejercer las funciones y roles propios de supervisión, esta figura debe poseer ciertas habilidades<sup>21</sup>. (Véase anexo 13)

Hablamos de habilidades tan importantes como:

- Liderazgo; Koontz y Weihrich lo definen como influencia, arte o proceso de influir en las personas de modo que se esfuercen de una manera voluntaria y entusiasta hacia el logro de las metas de grupo.
- Motivación laboral; es la capacidad para mantener el estímulo positivo de sus empleados en relación a todas las actividades que realizan para llevar a cabo los objetos de la misma, es decir, en relación al trabajo<sup>22</sup>.
- Comunicación asertiva; es la habilidad social de relación, una forma de expresión consciente, mediante la cual se manifiestan las ideas, opiniones, de forma congruente, clara, directa, equilibrada, honesta y respetuosa, sin la intención de herir o perjudicar, y actuando desde una perspectiva de autoconfianza.
- Toma de decisiones y manejo del conflicto
- Empoderamiento y gestión; consiste en administrar la delegación de autoridad a los empleados subordinados. Requiere dos cosas, primero, crear confianza y segundo, capacitar<sup>23</sup>.
- Coordinación intra y/o extrahospitalaria; En el manejo de éstos pacientes con necesidades tan específicas (traqueostomizados), la relación con diferentes servicios del hospital es muy directa. Servicios como UCI o Reanimación están continuamente presente en nuestro día a día. Por otra parte, nuestro compromiso con los pacientes, nos obliga a menudo a contactar por escrito y/o telefónicamente con el entorno de AP, unidad de hospitalización a domicilio (UHD), familia, cuidadores..., con el fin de facilitar los cuidados del paciente en el ámbito domiciliario.
- Guías y protocolos; Los protocolos de Enfermería constituyen uno de los pilares básicos que de alguna manera determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados<sup>32</sup>. (Véase anexo 14)

## 2.5.- CONCLUSIONES

1. El mayor valor de nuestra organización sanitaria, sin duda, es el recurso humano. El mayor valor de los profesionales sanitarios es su capacidad intelectual y de conocimientos profesionales, por ello la formación postgrado juega un papel clave para conseguir la excelencia en la prestación asistencial, en el desarrollo profesional y en la motivación de los equipos.

2. Una gestión por procesos nos ayuda a buscar la excelencia en la eficiencia de nuestras actuaciones, que a su vez nos llevarán a alcanzar la máxima satisfacción para el paciente y su entorno. Para nosotros es importante buscar la motivación del profesional, a mayor satisfacción laboral existe mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto mayor satisfacción del paciente.
3. Mejorar la asistencia en términos de calidad percibida y seguridad, es para nosotros una prioridad, en nuestro quehacer diario, el uso de procedimientos asistenciales sistemáticos (protocolos, GPC,...) nos llevarán a minimizar los posibles efectos adversos que tanto perjudican al paciente y al propio equipo. Debemos darnos cuenta y entender que trabajar con calidad siempre repercute, mejorando la seguridad de nuestros pacientes, nuestros profesionales y obteniendo más eficiencia.
4. La humanización en el trato de nuestros pacientes, en la realización de nuestros cuidados y actividades, está y ha de estar presente a diario, actitud que nos hace grandes y nos enorgullece como equipo unido, competente, constructivo y leal. La satisfacción del usuario está ligada al trato del personal, por lo tanto, nuestros actos forman parte de un circuito de trabajo que produce una mejora continua.
5. El paciente es el eje de nuestros cuidados, no nos olvidamos de involucrarlo en sus cuidados, respetando sus decisiones, formándolo y capacitándolo desde un punto de vista técnico y emocional, así como a su cuidador principal y entorno más inmediato.
6. Nuestro apoyo, como expertos en cuidados, al alta es fundamental. Es por esto que ningún paciente abandona nuestra unidad sin el “Informe de Cuidados de Enfermería al Alta Hospitalaria, sabiendo que el paciente lo entiende y lo ha practicado previamente. Interactuamos con otros niveles asistenciales para asegurar la continuidad de cuidados en éstos puntos asistenciales (AP, hospitales de CCMM, UHD...)

Actualmente presentamos buenos resultados en el cumplimiento de nuestros objetivos, aun así, debemos seguir trabajando para alcanzar esa obligada excelencia asistencial que nuestros pacientes se merecen.

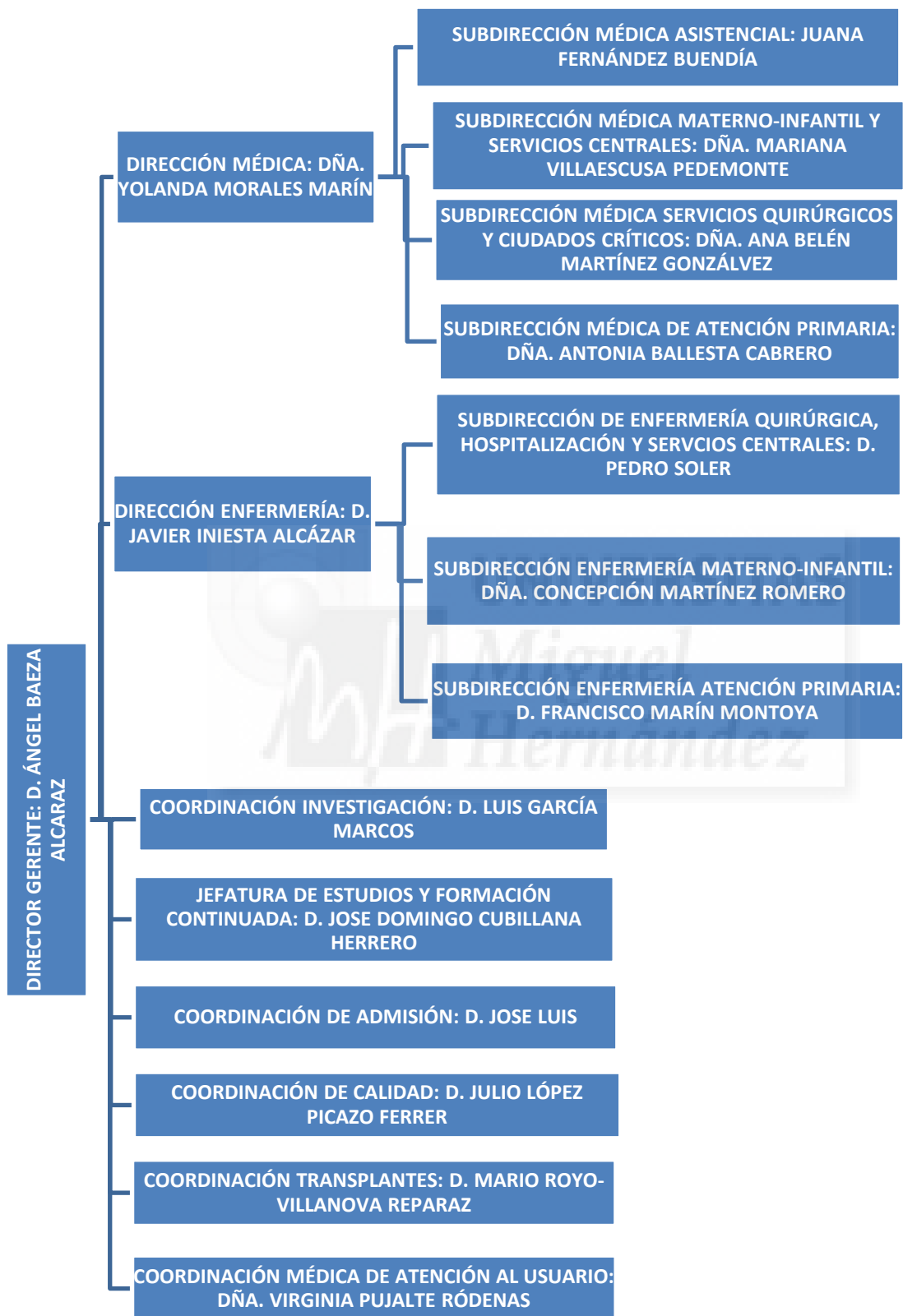
### 3.-BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE-A-2006-16212. Num 222. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
- 2- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE-A-2006-16212. Num 222. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
- 3- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE-A-2006-16212. Num 222. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
- 4- Portal sanitario de la Región de Murcia. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=104664&idsec=916>
- 5- Portal sanitario de la Región de Murcia. Murciasalud.es. Disponible en: [http://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU\\_padron/p16/sec29.html](http://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU_padron/p16/sec29.html)
- 6- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE-A-2006-16212. Num 222. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
- 7- Portal sanitario de la Región de Murcia. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=104664&idsec=916>
- 8- Portal sanitario de la Región de Murcia. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=104664&idsec=916>
- 9- Portal sanitario de la Región de Murcia. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=30588&idsec=924>
- 10- Portal sanitario de la Región de Murcia. Disponible en: [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/415010-politica\\_medioambiental.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/415010-politica_medioambiental.pdf)
- 11- Capote-Moreno, A. L. (2018). *Memoria de Gestión para la Jefatura del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid* (Master's thesis).
- 12- Jovell A. La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. *Monografías Humanitas* 2003: 723-32
- 13- Murillo, D. A. (2012). *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial*. Ediciones Díaz de Santos.
- 14- López Casasnovas G. Racionalizar y optimizar el gasto sanitario, clave de la aportación de la economía de la salud al bienestar social. En *Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en la Salud: Principios y Práctica*. Coordinadores: Domínguez-Gil Hurlé A, Soto Álvarez J. Real Academia Nacional de Farmacia. Madrid 2002.

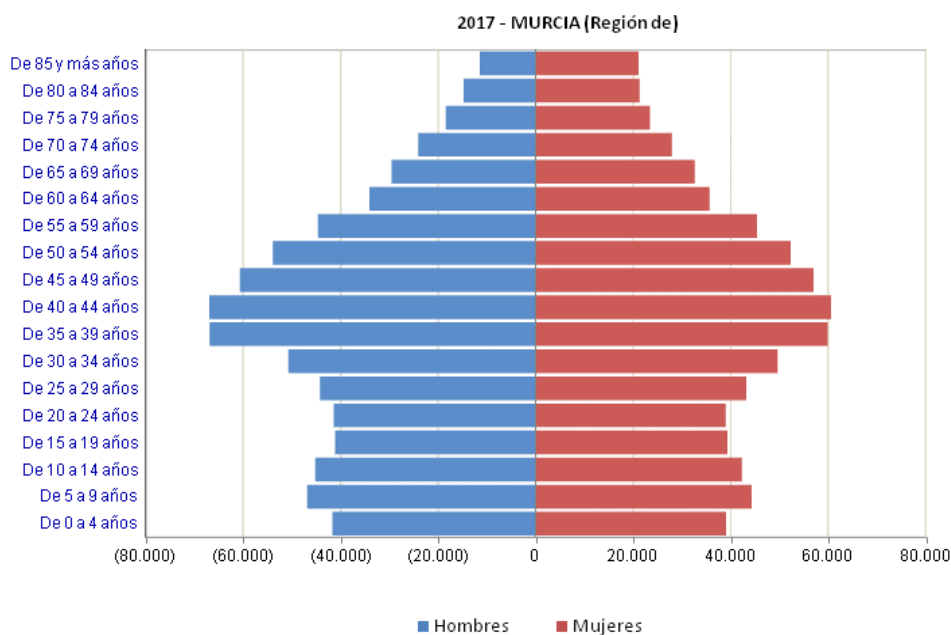
- 15- Fuente: RNAO, 2016\* \* Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2016). Mind the Safety Gap in Health System Transformation: Reclaiming the Role of the RN. Retrieved from [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/HR\\_REPORT\\_May11.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/HR_REPORT_May11.pdf)
- 16- - Pacto de Gestión firmado con Dirección de Enfermería en 2019. Unidad Asistencial de Enfermería7ª Centro HCUVA.
- 17- Definición de Calidad Total -<https://image.slidesharecdn.com/calidadtotal1-150217190649-conversion-gate02/95/calidad-total1-9-638.jpg?cb=1424200101>
- 18- Bettancourt, L., Muñoz, L.A., Merighi, M. A. B., & Santos, M. F. D. (2011). El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1197-1204.
- 19- *Modelo EFQM de excelencia: sector público y organizaciones del voluntariado*. European Foundation for Quality Management de Calidad, C. G. (Ed.). (1999)
- 20- Stoner Freeman G, Administración de una perceptiva global, 6ª ed. México: Prentice – Hall Hispanoamericana; 1996.
- 21- Bonifaz Villar C.J. Desarrollo de habilidades directivas. ed. 2012: Dionne Valentina Santo García.
- 22- García V. técnicas de motivación laboral. Coay. Cult. [Internet] 13 septiembre 2010 [acceso 22 oct. 16] Disponible en: <http://coyunturaeconomica.com/herramientas/motivacion-laboral>.
- 23- - Rodríguez Martínez, A. D. (2017). *Fortalecimiento del rol del supervisor de enfermería en un Hospital General* (Doctoral dissertation, Facultad de Enfermería y Nutrición).
- 24- Protocolos de Enfermería Hospital General Universitario de Ciudad Real. <http://www.hgucr.es/areas/area-de-enfermeria/protocolos-de-enfermeria/>

## 4.-ANEXOS

### ANEXO 1. ORGANIGRAMA HCUVA



## ANEXO 2. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA



## ANEXO 3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE HG - 7C EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

ACTIVIDAD ASISTENCIAL	2015	2016	2017	2018	2019
<b>ÁREA HOSPITALIZACIÓN</b>					
<b>INGRESOS</b>					
PROGRAMADOS	11042	11014	10859	11310	11263
URGENTES	27092	27044	27245	26707	26609
ESTANCIA MEDIA	6,04	5,96	6,08	6,02	6,07
ÍNDICE OCUPACIÓN	70,1%	67,4%	69,8%	68,2%	67,1%
ALTAS	38193	38011	38049	38226	37986
<b>ACTIVIDAD QUIRÚRGICA</b>					
CCI (PROGRAMADO)	6954	6592	6678	6986	6571
CMA (PROGRAMADO)	3127	2927	2927	3264	3020
MENOR (QUIRÓFANO)	4199	4064	3698	3453	3078
URGENTE (CCI+CMA)	3606	4535	4746	4625	4311
<b>CONSULTAS</b>					
PRIMERAS	201792	202076	202059	207881	216816
SEGUNDAS	476965	482112	472651	494376	497825
DERIVADAS AP	136382	134908	133090	131312	131127
TIEMPO MEDIO ESPERA	30,39	36,98	41,79	35,20	36,17



### ANEXO 3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LA UNIDAD HG-7C EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (continuación)

	2015	2016	2017	2018	2019
	879	695	806	720	743
Pacientes médicos	486	431	534	547	536
Pacientes quirúrgicos	641	511	544	480	496
Pacientes urgentes	724	615	796	787	783

### ANEXO 4. MODELOS DE LA ATENCIÓN A LA SALUD



## ANEXO 5. FACTORES QUE ATENTAN CONTRA LA ASISTENCIA HUMANIZADA

- EL PACIENTE SE RELACIONA CON UN EQUIPO EXTENSO DE PERSONAS
- LA DIRECCIÓN SE BASA EN UN EXCESIVO CENTRALISMO CON POCO MARGEN EN LA TOMA DE DECISIONES POR PARTE DEL RESTO DEL EQUIPO
- EXCESIVA BUROCRATIZACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS
- FORMACIÓN PROFESIONAL CENTRADA CASI EXCLUSIVAMENTE EN HABILIDADES TÉCNICAS, EN DETRIMENTO DE LOS CONTENIDOS MÁS HUMANISTAS
- UNA EXCESIVA PRESIÓN ASISTENCIAL POR LA DURACIÓN, INTENSIDAD Y ELEVADO VOLUMEN DE TRABAJO, FAVORECEN LA DESPERSONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

## ANEXO 6. RENDIMIENTO DEL MODELO EFQM EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

- HERRAMIENTA PARA AUTOEVALUAR EN QUÉ SITUACIÓN ESTAMOS EN EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA, AYUDA A IDENTIFICAR CARENCIAS E IMPLANTAR SOLUCIONES
- ESTABLECE EN TODOS LOS SERVICIOS UN MODO DE PENSAR Y UN LENGUAJE COMÚN
- MARCO GENERAL PARA UBICAR LAS DIFERENTES INICIATIVAS, ELIMINAR DUPLICIDADES E IDENTIFICAR DEFICIENCIAS

## ANEXO 7. CALIDAD Y CAMBIO CULTURAL SANITARIO

- ENFOQUE EN LAS NECESIDADES DE PACIENTE Y FAMILIA
- ENFOQUE EN LA MEJORA DE PROCESOS
  - PLAN DE HUMANIZACIÓN
- MEJORA CONTINUA COMO META DE FORMA CONSTANTE
  - SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ( CHECK- ACT- PLAN- DO)
- INCENTIVAR A NUESTROS TRABAJADORES. RECONOCIMIENTOS DE SUS ÉXITOS

## ANEXO 7. CALIDAD Y CAMBIO CULTURAL SANITARIO (continuación)

### ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA CULTURA DE CALIDAD<sup>20</sup>

- Orientación clara hacia la población, (reflejada expresamente en misión, visión y valores.
- Focalización de intereses hacia su propio personal.
- Capacidad de trabajo en y como en equipo.
- Búsqueda constante de seguridad en las actuaciones.
- Crear un ambiente interno de trabajo con un clima de sinceridad y confianza para poder expresar realmente las opiniones
- Espíritu de mejora continua.

## ANEXO 8. MODELO EFQM



## ANEXO 9. FUNCIONES DELEGADAS DEL REFERENTE DE CALIDAD EN HG-7C

- LIDERAZGO EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL EQUIPO DE PERSONAS
- CONSTRUIR CULTURA EN SEGURIDAD Y CALIDAD EN CUIDADOS
- ANALIZAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA CALIDAD ASISTENCIAL
- IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA CONTINUA
- ASEGURAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL
- MEJORAR TRABAJANDO EN EQUIPO CON TRANSMISIÓN EFICAZ DE LA INFORMACIÓN
- APLICAR LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE EN CUIDADOS
- SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO UNA DIMENSIÓN CLAVE DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD
- APRENDER A COMPARTIR LECCIONES DE SEGURIDAD (RESPONSABILIDAD COMPARTIDA)
- IMPLEMENTAR SOLUCIONES PARA PREVENIR EFECTOS ADVERSOS

## ANEXO 10. PONDERACIÓN DEL CONTRATO DE GESTIÓN. PLANTA HG-7C

PONDERACIÓN	
➤ DESPLIEGUE ( LIDERAZGO ) .....	150
➤ PROFESIONALES ( FORMACIÓN ).....	160
➤ RECURSOS ( SOSTENIBILIDAD ).....	50
➤ ESTRATEGIA ( MEJORA CONTÍNUA SATISFACCIÓN DEL USUARIO ).....	160
➤ PROCESOS ( CALIDAD Y SEGURIDAD ).....	480

## ANEXO 11. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD & SEGURIDAD

- NORMAS DE CALIDAD PARA REALIZAR UNA ACTIVIDAD SANITARIA DE FORMA SEGURA
- INDICADORES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE SERVICIOS DE FORMA FIABLE
- GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y GUÍAS DE PRÁCTICA ASISTENCIAL PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD
- REGISTRO DE AQUELLAS PRÁCTICAS QUE SUPONGAN INNOVACIÓN Y MEJORÍA DE RESULTADOS, QUE LOS REALIZADOS ACTUALMENTE
- REGISTRO DE SUCESOS ADVERSOS Y DE AQUELLAS PRÁCTICAS QUE PUDIERAN SUPONER UN PROBLEMA POTENCIAL DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE (SINAPS)

## ANEXO 12. FASES DE IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

### FASES DE IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

- Identificación de los profesionales interesados
- Delimitación de las actividades relacionadas con el proceso
- Problemas que representan en la atención al proceso
- Reconocimiento de las especificidades funcionales del proceso
- Reconocimiento de las especificidades estructurales
- Reconocimiento de las especificidades logísticas (circuitos, agendas, horarios...)
- Definir objetivos de calidad
- Abordar con decisión el trabajo cooperativo con otros niveles asistenciales

## ANEXO 13. HABILIDADES GERENCIALES DE SUPERVISIÓN



## ANEXO 14. EL PORQUÉ DE PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ACTUACIÓN ENFERMERA

- DOCUMENTAN LA ASISTENCIA QUE DEBE PROPORCIONAR ENFERMERÍA
- DOCUMENTAN LA ASISTENCIA PROPORCIONADA
- SON UN MEDIO DE COMUNICACIÓN
- AYUDAN EN EL DESARROLLO DE LOS PLANES DE CALIDAD
- DOCUMENTO ESCRITO ANTE ACCIONES LEGALES
- PROPORCIONA UN VÁLIDO CANAL DE COMUNICACIÓN ENTRE EL PROPIO PERSONAL ENFERMERO Y RESTO DEL EQUIPO
- ASEGURA LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA:
  - DETERMINA LO QUE SE HACE
  - COMPARA LO QUE SE DEBIÓ HACER CON O QUÉ SE HIZO
  - SE PUEDEN IDENTIFICAR OMISIONES O PUNTOS DÉBILES
  - SE PUEDEN DETERMINAR LAS CORRECCIONES NECESARIAS Y LLEVARLAS A LA PRÁCTICA