



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Memoria de gestión período 2018-2021

Servicio de Calidad y Documentación Clínica

Hospital Universitario Reina Sofía

María Antonia Alvarez de Lara Sánchez

mariaa.alvarezlara.sspa@juntadeandalucia.es

Septiembre de 2022



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
La garantía y el aseguramiento de la calidad en los servicios de salud	5
Calidad y Documentación Clínica: Un poco de historia	6
MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL SERVICIO.....	9
POLÍTICA DE CALIDAD.....	11
ORGANIZACIÓN Y ORGANIGRAMA	12
CARTERA DE SERVICIOS Y CARTERA DE CLIENTES.....	15
Cartera de Servicios	15
Cartera de clientes.....	20
RECURSOS HUMANOS, ESTRUCTURALES Y FUNGIBLES.....	22
Recursos humanos: las personas	22
Recursos estructurales y fungibles	25
PROCESOS.....	30
ACTIVIDAD DEL SERVICIO: ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.....	38
Unidad de Calidad	38
Unidad de codificación y generación del CMBD	50
Archivo	53
Unidad de Digitalización	56
Unidad de copias.....	60
OBJETIVOS PLANTEADOS EN 2017 Y RESULTADOS	61
ACTIVIDAD CIENTÍFICA Y DOCENTE	64
DOCUMENTACIÓN CONSULTADA	67

INTRODUCCIÓN

La definición de la calidad en la asistencia sanitaria es mucho más compleja que en la industria y en los servicios e incluye diferentes puntos de vista: el de los profesionales, que tendemos a definirla en términos científico-técnicos, el de las organizaciones proveedoras de servicios sanitarios, que ponen más énfasis en la salud de toda la población e incorporan al concepto de calidad nuevas dimensiones como la eficacia, la eficiencia y otros aspectos sociales y económicos. Y, finalmente, el de los usuarios que incluye aspectos como la relación médico-paciente, la adecuación de las instalaciones, la capacidad de responder a sus expectativas y el respeto a sus preferencias y valores individuales. De forma global, podríamos decir que una asistencia sanitaria de calidad se caracteriza por ofrecer una asistencia basada en los mejores conocimientos científicos y técnicos del momento, con los mínimos riesgos para el paciente, usando de manera eficiente los recursos y dando respuesta a las necesidades de los usuarios, con alto grado de satisfacción.

En las últimas décadas la tradicional relación médico-paciente se ha transformado en otra que se establece entre el enfermo y un sistema proveedor de servicios. Los pacientes no solamente desean profesionales excelentes con una serie de competencias clínicas específicas, sino que también demandan que la calidad de la organización sea igualmente excelente. Podemos afirmar que se ha pasado de una situación en la que la calidad de la asistencia y la excelencia en el servicio eran un reto y un compromiso ético de los profesionales sanitarios, a ser una legítima exigencia de los ciudadanos. Por tanto, la gestión y mejora continuada de las organizaciones sanitarias exige que sus líderes tengan una serie de competencias no clínicas para el manejo efectivo de lo que actualmente se admite que es una nueva tecnología: el sistema de organización.

La gestión de la calidad se puede implantar a través de lo que se conoce como *sistema de gestión de la calidad* cuya eficacia depende de la participación de todos los miembros de la organización. La finalidad de implantar un sistema de gestión de calidad en el sistema sanitario se orienta a la prestación de una asistencia continua y segura, con resultados cada vez mejores. La calidad, seguridad en los procesos y el desarrollo de la gestión son requisitos indispensables y prioritarios en la formulación de planes, estrategias y políticas del sector sanitario.

Además, la necesidad de una mejora continua de los servicios sanitarios se sustenta en otras razones:

- El coste de la no-calidad (uso inadecuado de medicamentos, ingresos no indicados, reingresos, reintervenciones, infecciones nosocomiales, secuelas, reclamaciones, etc.), que puede llegar a suponer hasta un 20-25 % del coste total de la prestación del servicio, mientras que el coste de la estructura y el mantenimiento de un sistema de calidad puede alcanzar como máximo un 2 % de aquél. Con una asistencia más segura a los pacientes pueden obtenerse reducciones muy importantes en los costes unitarios de la atención al paciente, al tiempo que se le proporciona una asistencia de mayor calidad.

- Hasta el 80 % de los problemas de calidad están originados por aspectos deficitarios de la organización (protocolización, formación, evaluación, comunicación interna...) que pueden corregirse sin recursos adicionales en la mayoría de los casos.
- Desde una perspectiva general y por tanto responsabilidad de la Dirección, es clave la planificación, la dotación de recursos materiales y humanos y la organización de los procesos asistenciales, o sea, disponer de un sistema de calidad.
- Desde el punto de vista de las unidades de gestión clínica o departamentos administrativos, es necesario un programa de gestión clínica o de calidad específico en función de su misión y cartera de servicios, que comporte la participación de todo el equipo de profesionales y cuya implantación la deben liderar los directores de las unidades clínicas o los responsables de un proceso determinado.

La garantía y el aseguramiento de la calidad en los servicios de salud

La garantía de que un centro, un servicio o una unidad, ofrece una atención sanitaria adecuada está determinada por la dotación de medios y la organización que lo preside. Los instrumentos más potentes de que se dispone en la actualidad para conseguir tener una aproximación objetiva al nivel de excelencia alcanzado por una Unidad Clínica o un Centro están basados en la evaluación externa llevada a cabo por una tercera parte: son los denominados sistemas de acreditación, certificación y evaluación externa.

En nuestro país, con un sector público que genera en torno a un 80% del total del gasto sanitario, la Ley General de Sanidad señala que el nivel de calidad de los servicios sanitarios debe ser debidamente evaluado y controlado. En el periodo 1.997 – 2021, centenares de servicios o centros sanitarios españoles, públicos y privados, han conseguido obtener un certificado de su sistema de calidad y los modelos aplicados, en orden decreciente de frecuencia, han sido ISO, EFQM y JCAHCO. En el momento presente, no existe en España un organismo con liderazgo y reconocimiento internacional suficiente en la acreditación de sistemas de aseguramiento de la calidad en las organizaciones sanitarias. No obstante, algunas administraciones sanitarias de comunidades autónomas españolas han creado organismos de carácter público que han desarrollado sistemas de acreditación de centros y servicios sanitarios, como es el caso de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). En 1985, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía publicó un Manual de Acreditación de Hospitales que podría considerarse el embrión del Programa de acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía, cuyo Manual de Estándares se editó por la ACSA en 2003. En abril de 2017 se publicó la última versión del Manual de Estándares de Unidades de Gestión Clínica y actualmente está próxima la publicación de una nueva actualización. Paralelamente, diversas sociedades científicas e instituciones españolas y de otros países han puesto en marcha iniciativas con el objetivo de desarrollar y aplicar sistemas de acreditación específicos de su práctica profesional.

Desde el año 2000 la Consejería de Salud ha apostado de forma clara por la calidad y la seguridad del paciente. Esta estrategia se plasma en los diferentes Documentos Estratégicos y Planes de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía e incluye:

- Objetivos anuales en los respectivos Contratos-Programa con hospitales y distritos sanitarios de atención primaria.
- Plan de gestión por Procesos Asistenciales Integrados (PAI).
- Unidades de Gestión Clínica (UGC).
- Estrategia de Seguridad del Paciente (ESSPA).

A partir de 2002, fecha en la que se crea la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, tanto las unidades de gestión como los profesionales del H.U.R.S. empiezan a formar parte activa del sistema de calidad del centro y a someterse a procesos de acreditación. Un objetivo fundamental para la Dirección del hospital y para el Servicio de Calidad y Documentación Clínica es el mantenimiento y mejora de este sistema.

Según los últimos datos publicados por la ACSA en el mes de julio de 2022, entre las unidades y centros sanitarios con mejores resultados en cumplimiento de estándares destacan en primer y segundo lugar la unidad de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar (100%) y la unidad de Urgencias del adulto (97,8%) del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Asimismo, el hospital figura en primer lugar en cuanto al número de Unidades certificadas.

Calidad y Documentación Clínica: Un poco de historia

La Unidad de Calidad del HURS se inicia en el año 1997, siendo en el año 1998 cuando se consolida como Unidad de apoyo a todos los profesionales, fusionándose a la ya existente estructura de Docencia e Investigación, conformando la “Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería”, quedando claramente descrito su papel de apoyo a la totalidad de la Organización y su posición staff dentro del organigrama del centro.

A partir de 2005, se define lo que, a partir de ese momento, va a ser la Unidad de Calidad de todo el complejo hospitalario y que presta sus servicios a todos los profesionales y trabajadores del mismo, asumiendo el reto de impulsar la cultura de la mejora, la certificación en calidad, la implantación de Planes de Calidad, desarrollar los Procesos Asistenciales... entre otros.

De todo esto destaca el hecho de hacer comprender a todos que la mejora de la calidad es una variable estratégica en la mayoría de las organizaciones, empresas e instituciones y, por ende, una tarea irrenunciable en la Unidad de Calidad.

Hasta febrero de 2006, el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) disponía de un modelo de organización en el que las Unidades de Calidad, Documentación Clínica y Admisión dependían funcionalmente de miembros del Equipo de Dirección, distintos para cada una de ellas. En 2002 se crea la categoría de Médico de Admisión y Documentación Clínica y

se comienza a planificar la organización de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), así como el tipo de relación que deben tener con la Unidad de Calidad.

Existen razones para considerar que las Unidades de Calidad y de Documentación Clínica deben estar integradas en un Servicio único. La fundamental es que la mejora de la calidad está basada en la evaluación sistemática de los procesos y en la introducción de los cambios en los mismos que el análisis de los resultados recomiende. Esto exige que se registren las actividades, que se realice un tratamiento normalizado de los datos (codificación) y que se midan, lo que permite elaborar la información y analizarla estadísticamente. Por otra parte, las carteras de servicios de estas Unidades (que se exponen en otro apartado de esta memoria), parecen justificar de una manera objetiva esta idea. Recientemente, se incorpora a la Unidad de Calidad la **Unidad de Información**, que es la que obtiene los datos de las aplicaciones corporativas que necesita la Dirección para evaluar los objetivos de los Acuerdos de Gestión Clínica y para hacer el seguimiento de los objetivos del Contrato Programa. Por tanto, en el Servicio de Calidad y Documentación Clínica toda la información obtenida permite completar el ciclo de Deming de la mejora continua.

La apuesta tecnológica del SAS en sus Planes Estratégicos ha permitido la modernización de la gestión de la documentación clínica en el ámbito andaluz. Esto supone una gran oportunidad para el HURS que, desde el Servicio de Calidad y Documentación Clínica, se está aprovechando. El reto más inmediato del HURS, una vez implantada Diraya de Atención Hospitalaria (DAH) en todos los Servicios y unidades del hospital, es avanzar en la eliminación definitiva del papel.

Desde el año 2006 el Hospital Universitario Reina Sofía dispone de un Servicio de Calidad y Documentación Clínica con una estructura bien organizada, que ha contribuido notablemente a los importantísimos logros obtenidos en todas sus actividades, como se puede comprobar en las diferentes memorias de actividades del Servicio, en el grado de cumplimiento de los objetivos y en el nivel de certificación de las unidades de los últimos quince años. En los próximos años habrá que seguir avanzando en seguridad del paciente, atención integral en base a la gestión por procesos, medida y evaluación de los resultados asistenciales a partir de los que fijar nuevos objetivos, impulso a las comisiones de mejora continuada de la calidad que protocolicen cada vez más ámbitos de actuación, mejoría de la cooperación entre grupos de profesionales en unidades de gestión clínica, monitorización de los planes integrales sobre enfermedades más frecuentes y acreditación de UGCs y del propio hospital. Mención especial merecen la Unidad de Documentación Clínica y la Unidad de Información a cuya modernización hemos asistido en los últimos años y cuyos logros están también reflejados en las memorias de resultados de estos últimos años y en el hecho de que se han convertido en unidades de referencia en Andalucía.

Desde el año 2018, se han producido grandes cambios estructurales y organizativos relacionados con modificaciones en la cartera de servicios que justifican sobradamente la necesidad de realizar una revisión y actualización del plan de calidad vigente en el Servicio. Estos cambios, a grandes rasgos, han sido:



- Creación de la Unidad de Digitalización (impulsada por la migración completa de los registros en papel a la Historia Clínica digital en la totalidad de las Unidades que conforman el hospital), pilotada en 2018 y consolidada a lo largo de 2019 y cierre del Archivo Central de Historias Clínicas el 1 de enero de 2020.
- Traslado de la Unidad de Seguridad de la Información.
- En octubre de 2021 se incorpora al servicio la Unidad de Información para la Evaluación (seguimiento de Contrato Programa y Acuerdos de Gestión Clínica), que obtiene los datos para el seguimiento de objetivos y elabora el cuadro de mando del HURS y de las UGCs.
- Igualmente, se ha producido un recambio de profesionales, así como incorporación a los nuevos puestos que han motivado la definición de perfiles profesionales específicos.

El trabajo que se refleja en esta Memoria es, en gran parte, la continuación del trabajo desarrollado por el anterior jefe de Servicio junto con los profesionales del mismo, como no puede ser de otra manera. Los importantes cambios que se han producido en los últimos cuatro años -personas, estructura y actividades- han permitido avanzar en la modernización del Servicio y en la consecución de nuevos objetivos. Del análisis de los logros, de los recursos y de las debilidades y fortalezas del Servicio, surgen nuevas ideas que servirán para añadirle valor y para trazar las que serán las líneas estratégicas y los objetivos de gestión para los próximos años.

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL SERVICIO

La misión, visión y valores del Servicio de Calidad y Documentación Clínica son el producto del trabajo y la reflexión de los profesionales del mismo y están reflejadas en todos los proyectos de gestión y memorias de actividades realizados por el jefe de servicio desde 2006. Esta información está accesible en la página web del hospital.

La **misión** del Servicio es dar soporte a todas las Unidades de Gestión Clínica, Departamentos Administrativos y de Servicios Generales del Hospital Universitario Reina Sofía, así como al equipo directivo, para alcanzar la excelencia en las funciones de asistencia a los pacientes, docencia, investigación, gestión y mejora de la calidad.

1. En la Unidad de Calidad diseñando, desarrollando, manteniendo y mejorando continuamente el Sistema de Calidad del Hospital Universitario Reina Sofía, ofreciendo soporte metodológico a las Unidades de Gestión Clínica y otros departamentos no asistenciales, así como a los órganos de participación (Comisiones, Grupos de Desarrollo e Implantación de Procesos y Grupos de Mejora) para el establecimiento de sus respectivos programas de calidad y seguridad del paciente. Con la incorporación de la Unidad de Información para la Evaluación, también proporcionando los datos necesarios para evaluar lo que hacemos (objetivos de Contrato Programa y de los Acuerdos de Gestión de los diferentes Servicios) y así poder emprender acciones de mejora.

2. En la Unidad de Documentación Clínica garantizando la disponibilidad de la información, en cualquiera de los soportes disponibles, para la asistencia, docencia, investigación, gestión, mejora de la calidad y otras funciones, asegurando que sea precisa, fidedigna y actualizada:

a) En la Unidad de Codificación y CMBD garantizando la disponibilidad de la información codificada, para las funciones reseñadas, asegurando que sea precisa, fidedigna y actualizada. Esto se realiza mediante el mantenimiento actualizado y con la máxima calidad del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBDA) correspondiente a los episodios de hospitalización y de los hospitales de día médico y quirúrgico del Hospital Universitario Reina Sofía, así como con su explotación, dando soporte a los profesionales, directivos y autoridades sanitarias.

b) En la Unidad de Digitalización mediante el escaneo y validación de todos aquellos documentos de la historia clínica que aún se encuentran en soporte papel, garantizando el acceso a los profesionales autorizados a la historia clínica completa, en formato digital. Igualmente, incorporando a la HC digital, a petición del usuario, aquellos estudios complementarios realizados fuera del ámbito del SSPA, con el objeto de evitar duplicidad innecesaria de pruebas.

c) En la Unidad de copias garantizando el derecho de los ciudadanos al acceso a su historia clínica (derechos ARCO), proporcionándole copias de la misma en el formato que soliciten.

d) En el Archivo mediante la custodia eficaz de las historias clínicas, oportuno y en el lugar adecuado, permitiendo a todo el personal autorizado el acceso a la documentación que contienen.

El trabajo necesario debe realizarse con un buen ambiente laboral que consiga la máxima satisfacción de los clientes del Servicio y del personal que trabaja en el mismo.

La **visión** de este Servicio es la de estar en el futuro en el grupo de Servicios de Calidad españoles líderes por su capacidad técnica, aplicación de nuevas tecnologías e investigación en calidad, seguridad del paciente y documentación clínica, siendo una Unidad de referencia en estos campos.

El Servicio de Calidad y Documentación clínica añade valor a los distintos Servicios y Unidades del Hospital, así como al Sistema Sanitario Público, generando conocimiento científico específico en el ámbito de las funciones y tareas derivadas de su misión.

En cuanto a los **valores**, los profesionales del Servicio de Calidad comparten una serie de valores que orientan su conducta:

- El paciente es el eje central de su actuación, su razón de ser.
- La búsqueda de la eficiencia clínica y económica a través de la mejora en la seguridad del paciente y en la calidad asistencial.
- Compromiso con la mejora continuada del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Respeto mutuo, colaboración, dignidad, creatividad, hábito de la verdad.
- Trabajo en equipo y aprendizaje permanente para el perfeccionamiento del grupo.
- Sentimiento de orgullo y pertenencia al Servicio, al HURS y al SSPA.
- Atención personalizada, respetuosa y ágil a los clientes, buscando la satisfacción de éstos con el servicio prestado.
- El trabajo como una fuente y lugar de desarrollo de las personas.

POLÍTICA DE CALIDAD

El Servicio se apoya y se sostiene en la política de calidad y ésta orienta la acción de sus miembros, impregnando a todas las decisiones y actividades necesarias en la ejecución de aquéllas. La constituyen una serie de principios e ideas que la fundamentan:

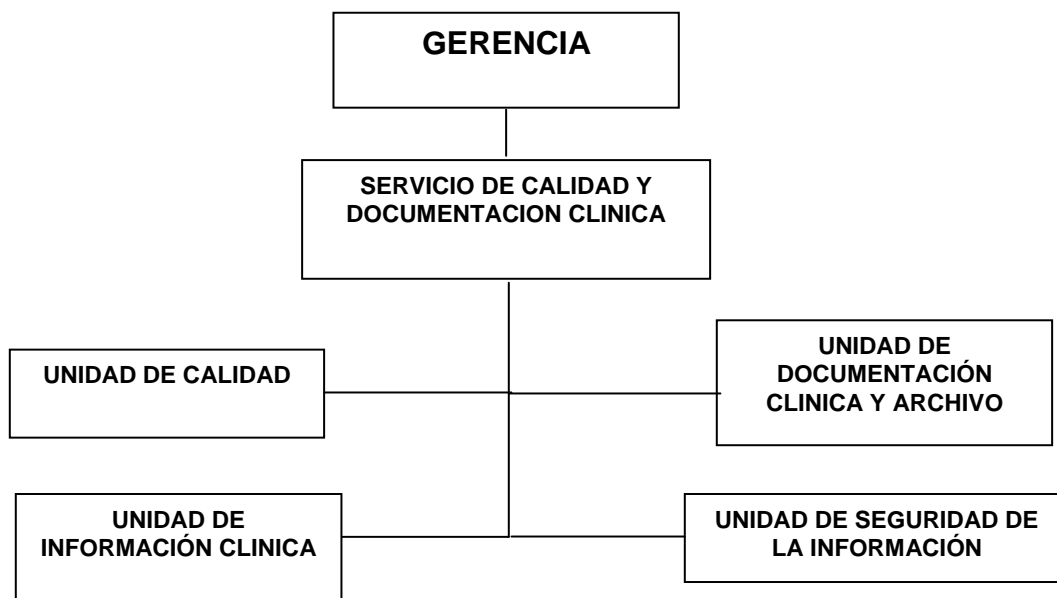
- ✓ Los clientes, enfermos, usuarios o ciudadanos, en función del tipo de relación que mantengan con nosotros, **deben estar satisfechos con el servicio**. No es suficiente con evitarles disgustos o hacer bien las cosas.
- ✓ **La satisfacción laboral de los trabajadores** es un componente importante de calidad, ya que son el mejor recurso de que se dispone. Se pretende la mayor cualificación y satisfacción, en un ambiente que fomente el desarrollo personal y profesional.
- ✓ La calidad es un atributo que está presente y acompaña a todas y cada una de las actuaciones que se realizan. Nuestro interés es, por tanto, **la calidad total y global**. No existen antagonismos sustanciales entre la calidad científico-técnica y la percibida por los clientes: son complementarias y/o sinérgicas.
- ✓ La calidad del servicio es un **valor cultural**, no sólo un objetivo general y es considerada por los trabajadores del Servicio como una exigencia ética, variable estratégica y seña de identidad.
- ✓ Un elemento básico y fundamental es que las actuaciones son perfeccionadas en un **continuum sin fin**. La verdad, la idea buena hoy, es aquella que puede sostenerse hasta que otra le supera y le sustituye. **Calidad e innovación** están, pues, fuertemente conectadas entre sí en una relación de mutua interdependencia.
- ✓ La calidad debe objetivarse con hechos, con resultados alcanzados, con actuaciones que puedan definirse, identificarse y evaluarse internamente y que permitan su certificación por entidades externas.
- ✓ Debe existir un control: el de nuestros clientes.

ORGANIZACIÓN Y ORGANIGRAMA

El Servicio de Calidad y Documentación Clínica se configura como un Servicio jerarquizado, central y adscrito directamente a la Gerencia del Hospital. Su misión principal, por tanto, es la de soporte a todos los Servicios y Unidades del hospital (asistenciales y no asistenciales).



A continuación, se muestra el organigrama del Servicio, vigente en octubre de 2017:



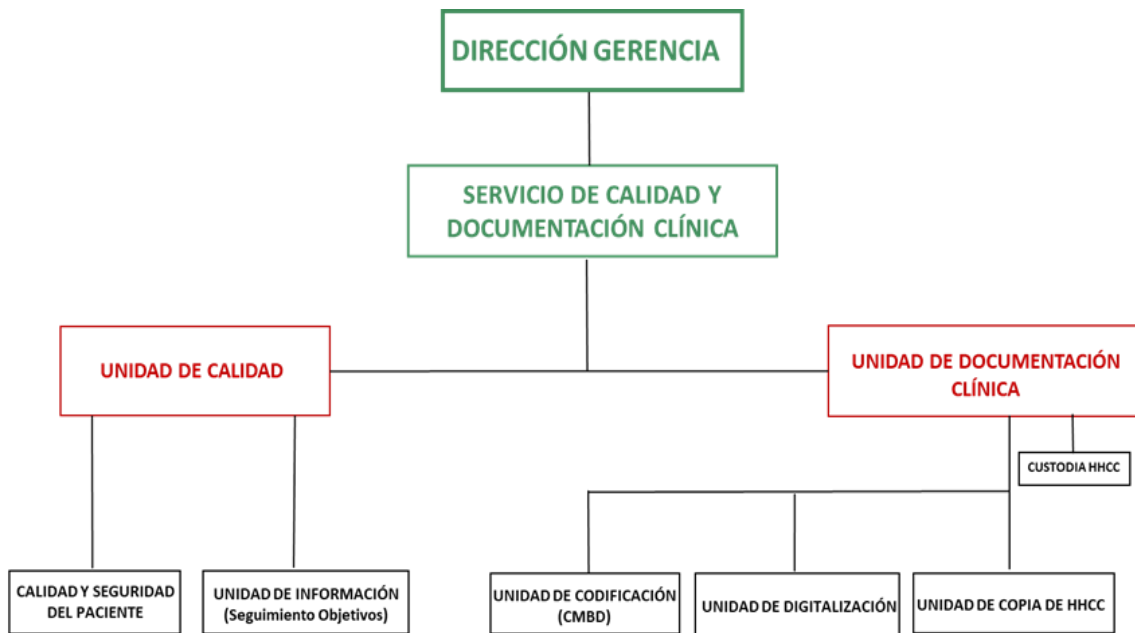
En los años siguientes el Servicio de Calidad y Documentación Clínica sufre una serie de transformaciones que permiten su adecuación a las necesidades del hospital y que suponen una modernización de su actividad.

A lo largo del año del año 2019 se consolida la Unidad de Digitalización, que había iniciado un pilotaje en 2018, y el 1 de enero de 2020 se cierra el Archivo Central de Historias Clínicas, como veremos mas adelante. En octubre de 2021 se incorpora al servicio la Unidad de Información, que obtiene los datos para el seguimiento objetivos y elabora el cuadro de mando del HURS y de las UGCs.

Actualmente, en el Hospital Reina Sofía están integradas en el Servicio las siguientes funciones:

- La gestión del sistema de calidad, que incluye los datos para la evaluación.
- La codificación de los datos al alta y la generación del CMBD.
- La digitalización de los documentos de la historia clínica y el archivo de historias clínicas
- La generación de copias de la historia clínica a demanda de los ciudadanos

El organigrama funcional actual, representado gráficamente, es el siguiente:



CARTERA DE SERVICIOS Y CARTERA DE CLIENTES

El Servicio de Calidad y Documentación Clínica oferta, en cada una de las unidades del mismo, la cartera de servicios que se describe a continuación. En todas las unidades que lo componen se han incorporado nuevos servicios que contribuyen a la mejora del Sistema de Calidad del hospital y responden a las nuevas demandas de nuestros clientes.

Cartera de Servicios

1. UNIDAD DE CALIDAD

Gestión del Sistema de Calidad: diseño, desarrollo, implantación, mantenimiento y mejora del Sistema de Calidad.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Asumir el papel de referentes de seguridad del paciente del centro, con el liderazgo de la Dirección Gerencia.
2. Diseño, apoyo metodológico y aplicación de planes de seguridad del paciente, específicos para cada una de las Unidades de Gestión Clínica, procesos asistenciales integrados y otros procesos clínicos. Realización de mapas de riesgos de procesos clínicos y otros procesos no asistenciales.
3. Aplicación de planes globales de seguridad del paciente para todo el hospital: identificación inequívoca del paciente y de muestras biológicas, seguridad quirúrgica, seguridad en el uso de radiaciones ionizantes, transfusiones, etc.
4. Gestión integral del sistema de registro y notificación de eventos adversos. Asesoramiento a las unidades en el análisis de eventos. Realización de análisis causales en eventos centinela.
5. Análisis de mortalidad.
6. Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente.
7. Monitorización de Indicadores de Calidad y Seguridad del Paciente.
8. Formación reglada en seguridad del paciente para todos los profesionales del hospital.
9. Auditorias de comprobación de la seguridad de la información para la seguridad del paciente mediante las Guías Safety Assurance Factors por EHR Resilience (SAFER). EHR = Electronic Health Records.

GESTIÓN DE PROCESOS

1. Coordinación, soporte metodológico y logístico de los Grupos de Implantación y Desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados y evaluación de los resultados, siguiendo la guía de cada uno de ellos y recomendada por el Servicio Andaluz de Salud.

2. Apoyo metodológico a la Comisión Mixta de Calidad Interniveles para el seguimiento del Plan de implantación y desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados acordados entre los Distritos y el Hospital.
3. Soporte metodológico y logístico en el diseño, implantación y seguimiento de procesos asistenciales clave de las unidades y procesos no asistenciales.
4. Aplicación de metodologías ágiles en la gestión de procesos.

ACREDITACIÓN Y AUDITORIAS EXTERNAS E INTERNAS

1. Coordinación Interna, asesoramiento y soporte del Proceso de Acreditación de las Unidades de Gestión Clínica y del Hospital por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y otras Instituciones.
2. Diseño y aplicación del Manual de trabajo para la evaluación de la adecuación de estancias e ingresos mediante el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) y participación directa, apoyando a la Dirección de la UGC correspondiente, en el proceso operativo.
3. Soporte y asesoramiento en el Proceso de Acreditación de las Unidades para la obtención de la designación como centros de referencia CSUR y Redes Europeas.
4. Soporte del Proceso de Acreditación de las Unidades por las diferentes sociedades científicas y entidades certificadoras.

GESTIÓN CLÍNICA

1. Asesoramiento y apoyo metodológico para la elaboración de los Acuerdos de Gestión de las Unidades de Gestión Clínica, según lo establecido en el Contrato Programa de Hospitales vigente cada año. Diseño y formulación de indicadores.
2. Apoyo metodológico y logístico para el diseño y desarrollo de nuevas Unidades Funcionales.
3. Obtención de datos de las aplicaciones corporativas para el seguimiento de objetivos del Contrato Programa y los Acuerdos de Gestión Clínica.
4. Análisis interno de los resultados alcanzados por las UGC en sus acuerdos de gestión clínica, para la evaluación por parte de la Dirección.

VOZ DEL CLIENTE

1. Recogida de la opinión de los ciudadanos en distintos aspectos de calidad mediante grupos focales. Como soporte a las Unidades que lo requieren.

APOYO A LA DIRECCIÓN Y UNIDADES FUNCIONALES

1. Soporte a las Direcciones para el mantenimiento del sistema de calidad de la división respectiva, desarrollo de procesos, procedimientos, formulación de indicadores y objetivos generales de calidad.
2. Cooperación y trabajo conjunto con las Unidades de Gestión Clínica y sus respectivos Coordinadores de Calidad y Seguridad del Paciente para el diseño e implantación de sus respectivos planes de seguridad del paciente y planes de calidad.
3. Asesoramiento a Directores de Unidades, Jefes de Servicio y profesionales para el desarrollo de proyectos y memorias de gestión.
4. Apoyo a las Comisiones Clínicas para la formulación de indicadores y objetivos generales de calidad. Participación en las mismas, a requerimiento de la Dirección.
5. Participación directa en las Comisiones de Calidad del Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), de la Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba y de las Unidades de Gestión Clínica que nos lo demanden.
6. Asesoramiento en el mantenimiento actualizado de la documentación y registros del sistema de calidad del hospital.

FORMACIÓN Y DOCENCIA

1. Actualización permanente de la metodología para la mejora de la calidad.
2. Fomento, diseño, organización y realización de proyectos de investigación en seguridad del paciente y calidad asistencial, en colaboración con las distintas unidades funcionales, cualquiera que sea la División a la que pertenezcan.
3. Diseño y realización de actividades formativas en temas de seguridad del paciente y calidad, dirigidas a todo el personal del hospital, incluidos los postgrados y pregrados.
4. Formación de postgrado:
 - Formación básica en seguridad del paciente para Especialistas Internos Residentes (EIR) de nueva incorporación.
 - Participación en la docencia EIR de la especialidad de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria mediante la rotación (incluida dentro de sus respectivos programas) por el Servicio, de facultativos residentes de esta especialidad.
5. Formación de pregrado: posibilidad de ofertar formación complementaria en calidad y seguridad del paciente, en la Facultad de Medicina y Enfermería.
6. Desarrollo de proyectos docentes (Universidad y Escuela Andaluza de Salud Pública) y de aplicación efectiva (empresas), mediante el establecimiento de alianzas y colaboración con Instituciones públicas.

CONTROL DE DOCUMENTACIÓN

1. Elaboración de los certificados a profesionales de su pertenencia a los distintos órganos de participación a nivel hospitalario, en materia de calidad y seguridad del paciente: procesos asistenciales integrados, comités o grupos de mejora específicos, Comisión de Seguridad del Paciente y Comisión de Documentación Clínica.
2. Mantenimiento actualizado del Procedimiento Operativo Estandarizado de elaboración de procedimientos operativos estandarizados (POE del POE).
3. Asesoramiento y revisión de la redacción de los POEs generales nuevos de hospital, numeración, custodia e inclusión en la web del hospital.
4. Control de las últimas versiones de los POEs generales del hospital.

Como puede deducirse de su cartera de servicios, la Unidad de Calidad se caracteriza por ser un agente facilitador, motivador, de apoyo y soporte metodológico a disposición de todo el hospital y sus profesionales. Es una unidad de apoyo, no de línea, su finalidad, su razón de ser, es que las unidades de producción alcancen sus objetivos.

2. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

UNIDAD DE DIGITALIZACIÓN

1. Digitalización de todos los documentos de la historia clínica (ley 41/2002, de autonomía del paciente) que aún están en soporte papel, para su incorporación a la historia clínica digital.

UNIDAD DE COPIAS

1. Realización de copias de la historia clínica a demanda de los ciudadanos, garantizando los derechos ARCO. Entrega de copias en acto único.
2. Entrega de copias de exploraciones radiológicas y otras.
3. Incorporación de pruebas realizadas externamente a la historia digital, a demanda del ciudadano.

GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

1. Elaboración y mantenimiento actualizado del Manual de uso de la historia clínica y del consentimiento informado.
2. Catalogación y normalización de la documentación clínica: control de documentos de la historia clínica, diseño y evaluación de los modelos (en cualquier tipo de soporte) de documentos empleados en la asistencia al paciente.

3. Confidencialidad: supervisión y ejecución de las normas que regulan el acceso y disponibilidad de la historia clínica y la información en ella contenida. Manual de uso de la historia clínica.
4. Gestión y evaluación del uso del formulario de consentimiento informado, según lo establecido en la Orden de la Consejería de Salud de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 52 de 6 de agosto de 2009) de instrucciones en relación con el procedimiento de consentimiento informado. Evaluación de la incorporación de nuevos C. I. en el hospital.
5. Depuración continuada del Fichero Maestro de Pacientes, mediante la eliminación de duplicados de la historia digital.
6. Garantía a los ciudadanos del cumplimiento de otros derechos ARCO (rectificación, cancelación y oposición) a los ciudadanos según se establece en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal.
7. Gestión de la documentación en papel, custodiada en el archivo externo: solicitud de historias para realización de copias, para auditorías o en determinados casos para estudios de revisión. Custodia de la documentación de la investigación clínica, durante el plazo que marca la ley.
8. Mantenimiento de los fondos documentales del archivo externo, mediante tratamiento de aquella documentación clínica de menor probabilidad de uso asistencial posterior.
9. Gestión de la destrucción física autorizada de documentación.
10. Realización de informes a Dirección Médica y Servicio de Atención al Ciudadano.
11. Apoyo metodológico y logístico en las auditorías de historias clínicas que se realizan por las Comisiones de Mejora de Calidad del hospital, Grupos de Mejora o Grupos de Desarrollo e Implantación de Procesos Asistenciales.
12. Realización de prácticas para la formación de alumnos de Técnico Superior en Documentación Clínica.
13. Formación en el uso adecuado de la historia clínica y difusión del Manual de uso de la misma.
14. Formación continuada e investigación en el Servicio.
15. Otras.

CODIFICACIÓN CLÍNICA Y GENERACIÓN DEL CMBD

Gestiona la información clínica generada desde conjunto mínimo básico de datos de Andalucía (CMBDA): codificación, elaboración, validación y difusión.

1. Codificación clínica de los episodios asistenciales, siguiendo desde enero de 2016 la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª versión (CIE-10 MC), de diagnósticos y de procedimientos: hospitalización convencional, hospital de día médico y quirúrgico.

2. Envío del CMBD a los Servicios Centrales del SAS con la periodicidad que estos determinen.
3. Mantenimiento del Cuadro de Mando de la Dirección en aquellos datos que pueden obtenerse de la explotación del CMBDA.
4. Generación de informes de casuística, morbilidad y procedimientos asistenciales para los Servicios y Unidades Clínicas.
5. Información y análisis de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs).
6. Asesoría interna a los Servicios y Unidades de Gestión Clínica y a las Comisiones de Calidad para la gestión e investigación.
7. Participación directa y apoyo metodológico a los Grupos de Desarrollo e Implantación de Procesos Asistenciales Integrados.
8. Selección e identificación de casos para investigación clínica.
9. Investigación epidemiológica y de gestión de la calidad asistencial, conjuntamente con los Servicios Clínicos.
10. Formación de los profesionales clínicos que quieren asumir la codificación diagnóstica y de procedimientos de los episodios asistenciales atendidos en su propio Servicio o Unidad Clínica.
11. Formación en documentación clínica para profesionales del Área y alumnos de Técnico Superior en Documentación Sanitaria.
12. Otros.

Cartera de clientes

Son clientes potenciales: todos los profesionales y responsables de las unidades funcionales del Hospital, cualquiera que sea la división a la que pertenezcan.

De la **Unidad de Calidad** son clientes reales:

1. Unidades de Gestión Clínica.
2. Equipo de Dirección del Hospital.
3. Departamentos y Unidades de todas las Divisiones: Médica, Económico-Administrativa, Enfermería y Servicios Generales.
4. Servicios Centrales del SAS.
5. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).
6. Facultades de Medicina, Enfermería y Fisioterapia de Córdoba.
7. Instituciones externas: otros hospitales, Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA, Fundación para el Avance Tecnológico y

Entrenamiento Profesional (IAVANTE), Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), Universidad y otras que soliciten colaboración en actividades científicas o de formación.

8. Otras.

De la **Unidad de Codificación Clínica y generación del CMBD** son clientes reales:

1. Unidades de Gestión Clínica.
2. Equipo de Dirección del Hospital.
3. Departamentos y Unidades de todas las Divisiones: Médica, Económico-Administrativa, Enfermería y Servicios Generales.
4. Servicios Centrales del SAS.
5. Servicio de Inspección Médica.
6. Departamento de cargos del hospital.
7. Otros.

De la **Unidad de Digitalización, Copias y Archivo de Historias Clínicas** son clientes reales:

1. Las Unidades de Gestión Clínica
2. La Dirección del hospital
3. El Servicio de Atención al Ciudadano.
4. Las Comisiones de mejora de la calidad (Comisiones Clínicas).
5. Ministerio de Sanidad: auditorias de Servicios acreditados para la docencia MIR y de Centros, Servicios y Unidades Referencia (CSUR) a través de la Agencia de Calidad.
6. Agencia de Protección de Datos (Auditorias de oficio o por denuncias de usuarios).
7. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (evaluación de historias clínicas en el proceso de acreditación de Unidades de Gestión Clínica o de centros).
8. Asesoría jurídica del hospital.
9. Juzgados (petición de informes o copia de documentación clínica).
10. Servicio de Inspección Médica. Auditorias de historias clínicas.
11. Los propios pacientes y/o ciudadanos cuando solicitan informes o copia de documentación clínica.
12. Otros.

RECURSOS HUMANOS, ESTRUCTURALES Y FUNGIBLES

Recursos humanos: las personas

El Servicio de Calidad y Documentación Clínica lo constituye un equipo multidisciplinar de profesionales: médicos, enfermeras, técnicos superiores en documentación sanitaria y de la función administrativa, administrativos, auxiliares administrativos y celadores.

Aunque, naturalmente, todos los miembros del equipo atienden a cualquier demanda de un cliente y participan en cualquiera de los servicios de la cartera, el Servicio se estructura en dos unidades funcionales y, dentro de ellas, en líneas o áreas de trabajo con unas personas dedicadas a ellas de forma más específica.

A 30 de junio de 2022 la dotación de personal del Servicio de Calidad y Documentación Clínica del HURS era la siguiente:

- 1 Facultativo Jefe del Servicio.
- 2 Médicos de Admisión y Documentación Clínica.
 - 1 Médico de Familia
- 3 Enfermeras.
- 1 Técnico medio de la Función Administrativa.
- 17 Técnicos de Documentación Sanitaria.
- 2 Administrativos (una de ellos, Jefa de Grupo).
- 15 Auxiliares administrativos (2 en el CECCP).
- 2 Celadores.

En noviembre de 2017 una de las enfermeras era Jefa de Bloque y otra Jefa de Sección Administrativa. Estos dos cargos se han perdido tras la jubilación de la Jefa de Bloque y el traslado de la jefa de sección a la Dirección.



Unidad de Calidad



Unidad Documentación Clínica

Están elaborados y recientemente actualizados los mapas de competencias profesionales del Servicio, con los siguientes mapas-tipo:

- Jefe Servicio
- Enfermera
- Médico de Admisión y Documentación Clínica y Médico de la Unidad de Calidad
- Técnico Medio de la Función Administrativa.
- Técnico en Documentación Sanitaria
- Administrativo y Auxiliar administrativo

Gestión de las personas

La **gobernanza** del Servicio de Calidad y Documentación Clínica la ejercen la jefa de servicio, M^a Antonia Álvarez de Lara Sánchez, y la enfermera de la Unidad de Calidad Rosana Moreno Caballero, que es, además, la responsable del Plan de Calidad del Servicio.

El Servicio cuenta, también, con lo que llamamos el **Equipo Técnico**, formado por el/la referente de cada una de las unidades y que funciona como grupo motor del servicio.



El reparto de las funciones y responsabilidades no está directamente relacionado con la categoría profesional y no existe una estructura jerarquizada a excepción de la relación de la jefa de Servicio con el resto de la unidad. Aunque cada unidad tiene un referente, que es la persona mas cualificada para el puesto, la organización interna permite la formación de pequeños grupos de 2-3 personas de las cuales uno es el “experto” o referente y los demás son colaboradores. De esta manera, se evitan los puestos “unipersonales” y, en ausencia

del referente/experto, los colaboradores pueden asumir algunas de sus funciones y prestar el servicio a nuestros clientes. Además, la jefa de servicio se reúne un día a la semana con cada uno de los grupos (Seguridad del Paciente, Acreditaciones, CMBD e Información para la evaluación de objetivos), quincenalmente se reúne con el Equipo Técnico y diariamente hace un briefing con la jefa de grupo de Documentación Clínica. Este sistema de grupos y reuniones permite que el equipo esté cohesionado, que todos conozcan lo que hacen los demás, potencia el trabajo en equipo y la colaboración entre personas y hace que se produzcan sinergias entre los profesionales. Todo esto contribuye a un mejor clima laboral y a una mejor prestación de nuestros servicios.

Recursos estructurales y fungibles

El Servicio dispone de instalaciones en dos edificios físicamente separados entre sí. La superficie total de las instalaciones públicas directamente gestionadas por el Servicio se ha reducido en los últimos años:

DISTRIBUCIÓN DE LA SUPERFICIE DISPONIBLE

Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Año 2016.

Área	Superficie en m²
Unidad de Calidad	100
Jefatura del Servicio	18
Archivo central de historias clínicas	871
Unidad de Información Clínica	186
Archivo Centro Periférico de Especialidades	405
Archivo Hospital Provincial	180
TOTAL	1.760



Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Año 2022.

Área	Superficie en m ²
Unidad de Calidad	100
Jefatura del Servicio	18
Unidad de información	16
Archivo central de historias clínicas	425 (244)
Unidad de Información Clínica	186
Archivo Centro Periférico de Especialidades	405
Archivo Hospital Provincial (Cerrado)	0
TOTAL	969

PLANTA 4 DEL EDIFICIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL GENERAL (118 m²)

1. **Unidad de Calidad** dispone de un espacio que es una estancia diáfana de 100 metros cuadrados y la comparten las personas que actualmente forman parte de la misma.
2. La **Jefatura del Servicio** dispone de un despacho de 18 metros cuadrados.

PLANTA – 1 DEL EDIFICIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL GENERAL (1.057 m²):

3. La **Unidad de Información** (perteneciente a la Unidad de Calidad) dispone de un despacho de 16 metros cuadrados.
4. **Archivo central del Hospital General.**

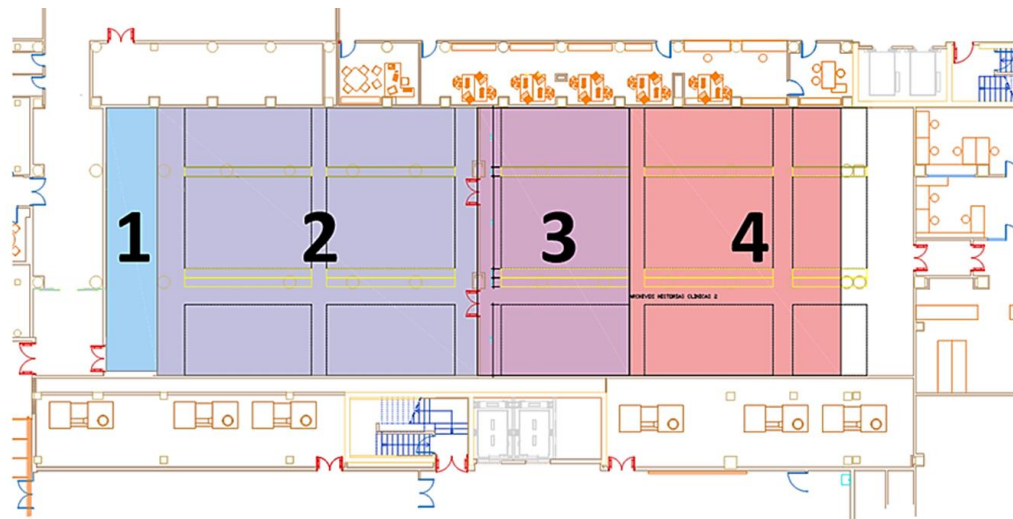
El Archivo Central de Historias Clínicas del Hospital General está ubicado en la planta semisótano y actualmente ocupa una superficie aproximada de 425 metros cuadrados (169 de oficinas + 256 de zona de archivado y prearchivado). Las historias están archivadas en armarios móviles de cinco baldas en altura, ordenadas por triple dígito terminal y en la actualidad son todas pasivas, pendientes de ser trasladadas al archivo externo.



La insuficiente capacidad de nuestro archivo para contener toda la documentación clínica activa del HURS había obligado a proceder al traslado anual de unas 25.000 historias clínicas a las instalaciones de una empresa externa concertada, SERVICIO MOVIL (Polígono Industrial Las Quemadas), hasta el año 2014. A partir de la entrada en funcionamiento de la historia clínica electrónica, Diraya de Atención Hospitalaria (DAH), en julio de 2014, la generación de historias en papel se fue reduciendo paulatinamente, si bien no han dejado de generarse documentos en papel, denominados incrementales. Para poder incorporar esta documentación suelta a la historia clínica electrónica iniciamos, en la primavera de 2018, un proyecto piloto de digitalización que terminó con la creación de la **Unidad de Digitalización** en marzo de 2019. Esta unidad ocupa una gran parte del espacio que estaba destinado a oficinas y a prearchivo. **El 1 de enero de 2020 se procede al cierre del Archivo Central del HURS** y a la pasivización de todas las historias clínicas que contiene.

Ante la ausencia de movimientos de las historias en papel y las necesidades de crecimiento del servicio de Radiodiagnóstico, para la instalación de nuevos equipos, a lo largo de 2019, 2020 y 2021 se realizan sucesivos traslados de historias clínicas a la nave de Servicio Móvil y se procede a la ocupación del espacio por parte de Radiodiagnóstico. En el momento actual, tenemos pendiente el traslado de las 116.000 historias que quedan para poder desalojar el resto del espacio que nos queda. Cuando se complete el traslado de historias, la superficie final de nuestras dependencias será de 244 m².

El desalojo del archivo se planificó en cuatro fases, de las que ya se han completado tres:





5. **Unidad de Codificación y CMBD.** Comparte el espacio con el Archivo Central. Dispone en esa misma área de 4 despachos de trabajo (dos usan los médicos y dos para codificación por técnicos superiores en documentación sanitaria), otro destinado a la secretaría administrativa y una sala de trabajo para la revisión de historias clínicas por el personal sanitario del hospital. Consta de 186 metros cuadrados.
6. La **Unidad de copias** está integrada en el espacio del Archivo Central.

CENTRO DE ESPECIALIDADES CASTILLA DEL PINO.

7. **Archivo del Centro Periférico de Especialidades Carlos Castilla del Pino.** Superficie de 405 metros cuadrados.

Situado en el sótano del edificio, contiene aproximadamente unas 400.000 historias clínicas y otra documentación clínica correspondiente a los pacientes que se atienden por distintas especialidades médicas de forma ambulatoria en aquél centro. Por tanto, la mayoría de ellas están duplicadas porque disponen de otra historia en el archivo central del hospital general. Desde enero de 2020 se ha producido una drástica reducción del movimiento de historias clínicas, que es residual en la actualidad: solo se presta alguna historia antigua y voluminosa de Neurología. Todos los incrementales que se generan cada día en las diferentes consultas, son digitalizados por los dos auxiliares administrativos ubicados en el centro.

OTROS

8. El antiguo archivo del Hospital Provincial se había cerrado en 2016. Un pequeño archivo que existía en el Hospital los Morales se cerró en julio de 2018 y toda la documentación que contenía (estudios, consentimientos informados antiguos y documentación variada) se trasladó en cajas a la nave externa. Las antiguas historias clínicas de la serie correspondiente al Dr. Carlos Castilla del Pino están bajo la custodia de la Fundación que lleva su nombre.

Instalaciones no gestionadas por el Servicio pero que albergan documentación clínica del HURS.

POLÍGONO INDUSTRIAL DE LAS QUEMADAS

Archivo externalizado. Está ubicado en el Polígono de las Quemadas de Córdoba. La gestión ha sido adjudicada por tercera vez a la empresa SERVICIO MÓVIL (Severiano Gestión) en 2020.

En la documentación que se almacena en estas dependencias, hay:

- Historias pasivizadas de HRS
- Hospital Infantil
- Historias Clínicas de I-dental



- Hospital Materno Infantil
- Hospital Provincial
- Exitus
- Estudios y Ensayos Clínicos
- Consentimientos Informados
- Historias voluminosas
- Pasivos de distintos centros de Salud
- Pasivos Oncología

Toda la documentación custodiada por Servicio Móvil es pasiva, lo que abarata los costes de custodia. La última revisión se ha realizado en el mes de mayo de 2022 y en el inventario se objetiva que hay depositadas 1.631.604 historias clínicas.

PROCESOS

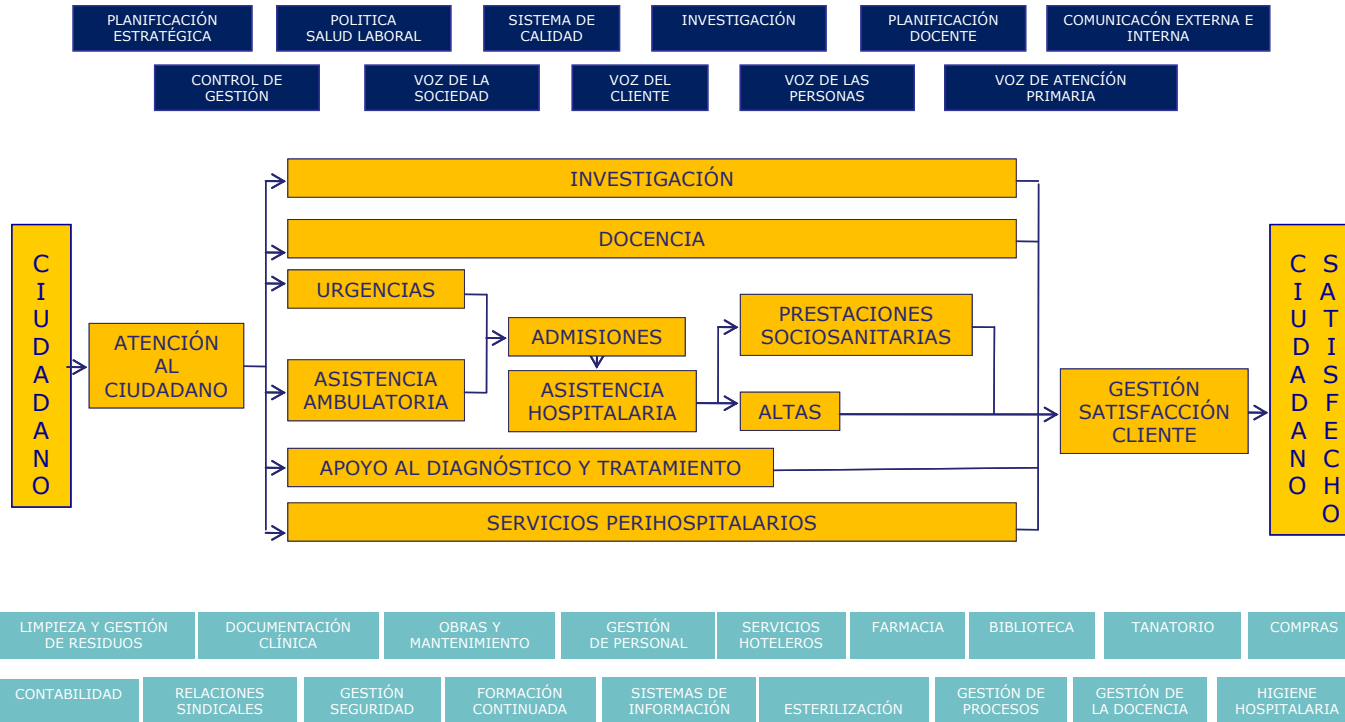
Siguiendo las recomendaciones estratégicas del Servicio Andaluz de Salud y de la Consejería de Salud, dentro del programa de gestión del Servicio se le dedica una especial atención a la identificación de los procesos clave de prestación de servicios, a su representación gráfica según la metodología IDEF (Integration definition for function modeling), al control de los puntos críticos y la reingeniería de los mismos con la finalidad de alcanzar la mayor eficiencia posible y la satisfacción de los clientes.

El mapa de procesos del Servicio de Calidad y Documentación Clínica está alineado con el mapa de procesos del Hospital Universitario Reina Sofía del año 2000 modificado y ha sido modificado en los últimos cuatro años, en función de los cambios que han sufrido las diferentes áreas del servicio.

Se muestra en las páginas siguientes:



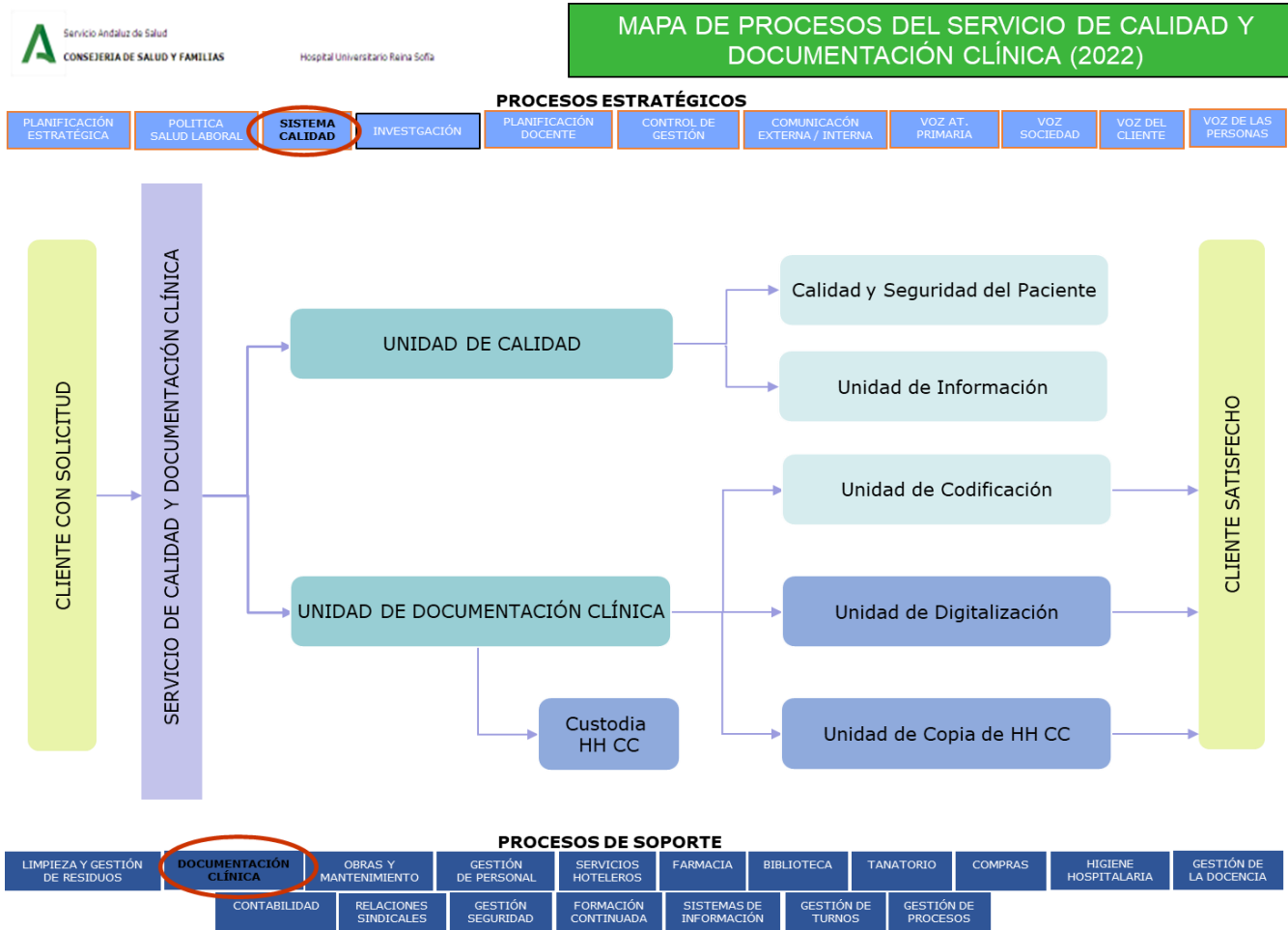
MAPA DE PROCESOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA



1 **Estratégicos** **Clave** **Soporte**

Mapa de procesos HURS. Versión 0.5. Enero, 2000 (MODIFICADO)

Mapa de Procesos del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Nivel 1.



En la **UNIDAD DE CALIDAD**:

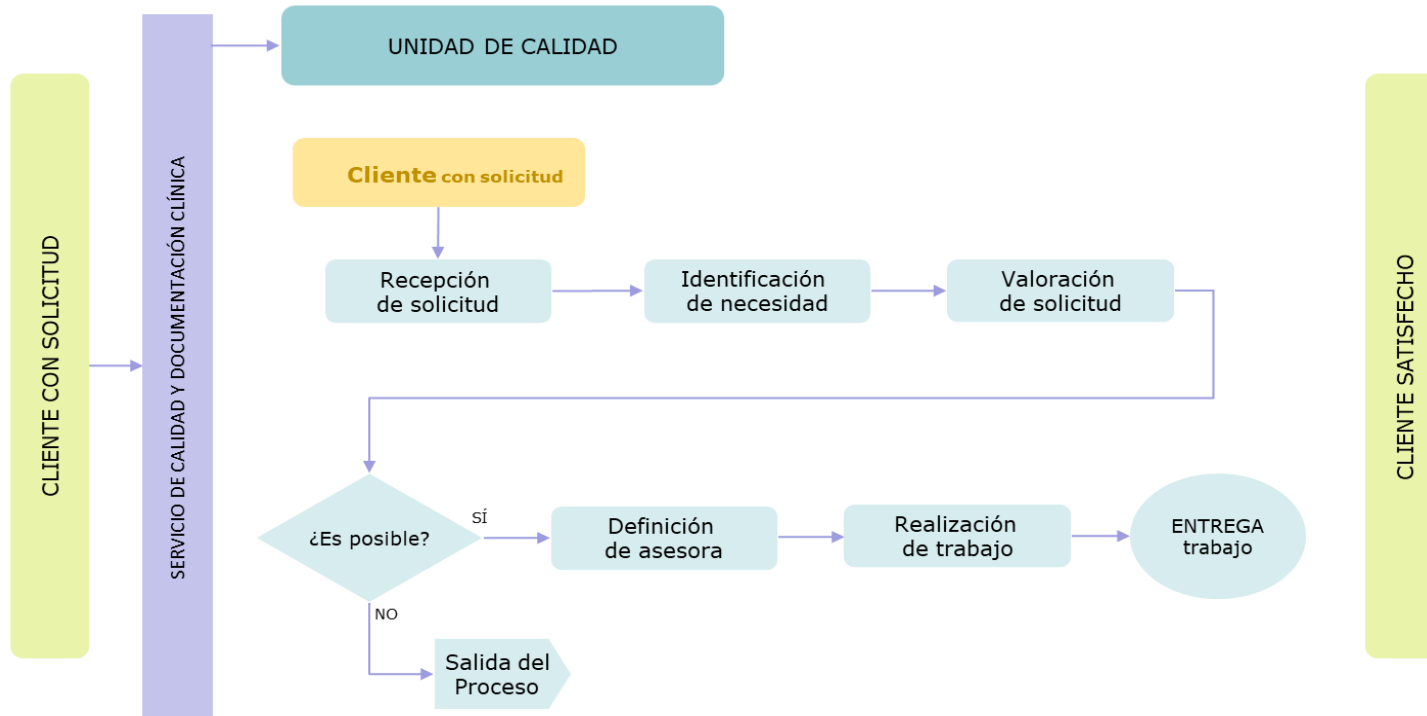
El proceso general más importante en la Unidad de Calidad es el de **asesoramiento a clientes** para cada uno de los servicios de la cartera o producto específico. Dentro de este proceso general, se incluyen una serie de procesos específicos, tales como:

- Desarrollo e implantación de Planes de Seguridad del Paciente.
- Elaboración de mapas de riesgos
- Análisis de eventos adversos
- Preparación de una Unidad de Gestión Clínica para la Acreditación o evaluación externa.
- Metodología para la gestión por procesos
- Metodología para Grupos de Desarrollo e Implantación de PAI.
- Elaboración de acuerdos de gestión clínica.
- Implantación de un programa de calidad en una Unidad.
- Realización de una auditoria de Historias Clínicas.
- Identificación, selección, ponderación, diseño, desarrollo y validación de indicadores de calidad.
- Seguridad de la información, según establece la Ley Orgánica de Protección de Datos.
- Elaboración del cuadro de mando de objetivos del Contrato Programa y de los Acuerdos de Gestión Clínica, en base a la información suministrada por las aplicaciones corporativas
- ...

La representación gráfica del proceso general de la Unidad de Calidad **-PROCESO: Asesoramiento a clientes-** se muestra a continuación:

Mapa de Procesos del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Nivel 2.

MAPA DE PROCESOS DEL SERVICIO DE CALIDAD Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (2020)



En la **UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**:

La Unidad de Documentación Clínica consta de cuatro unidades, cada una de ellas con un proceso clave:

Unidad de Custodia de la Historia Clínica, que actualmente tiene una actividad residual, representada en el **proceso Custodia de la Historia Clínica**.

Unidad de Codificación cuyo proceso general más importante es el de **elaboración de información clínica en base al CMBDA**. Este contiene tres subprocesos concatenados:

- Codificación clínica de episodios asistenciales.
- Depuración del CMBD y entrega a los Servicios Centrales del SAS.
- Elaboración de informes de casuística.

Unidad de Digitalización. El proceso clave es la **digitalización de documentos en papel** para su incorporación a la historia clínica electrónica. Este proceso consta de los siguientes subprocesos, también concatenados:

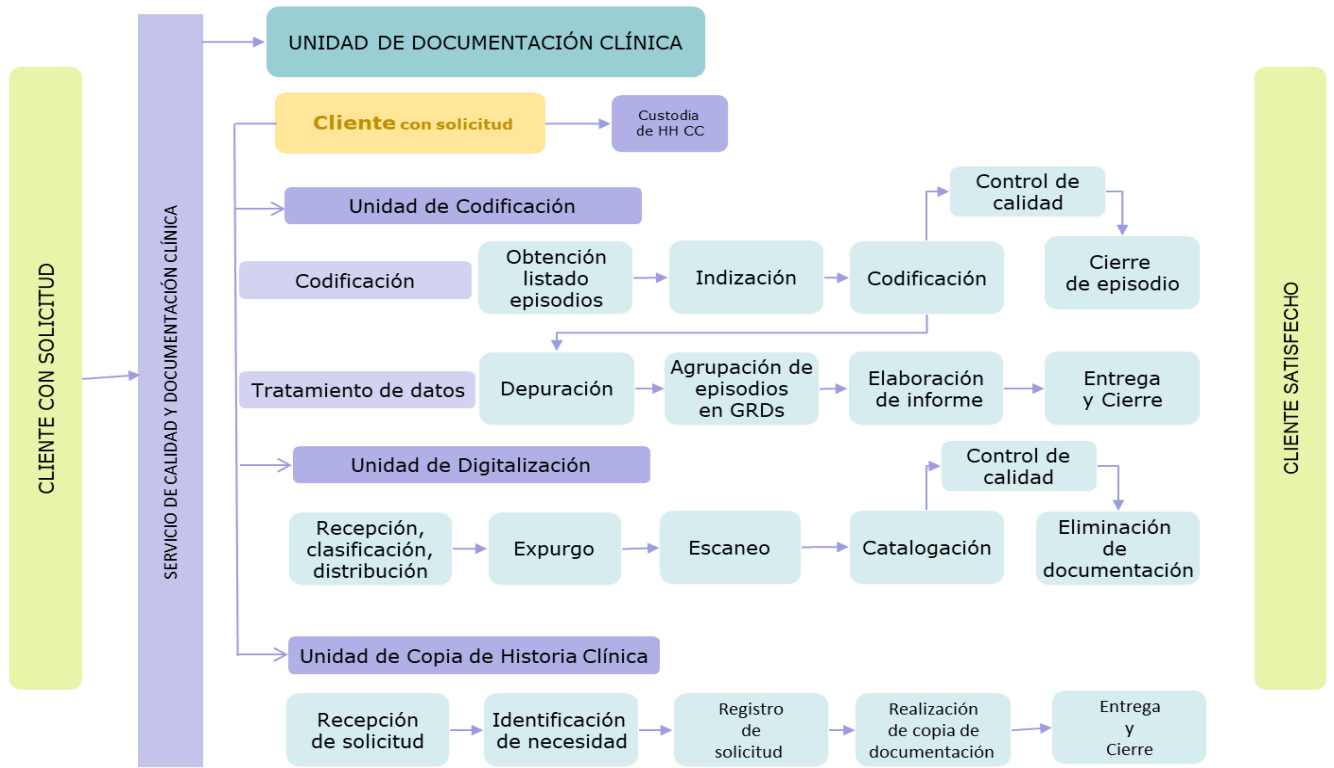
- Expurgo
- Escaneo
- Catalogación
- Control de calidad
- Destrucción del papel

Unidad de Copias cuyo proceso general mas importante es el de **realización de copias de la historia clínica**.

El mapa de procesos de la Unidad de Documentación Clínica se muestra a continuación:

Mapa de Procesos del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Nivel 2.

MAPA DE PROCESOS DEL SERVICIO DE CALIDAD Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (2020)





Cada uno de los procesos clave del servicio, así como todos los subprocesos de cada uno de ellos tienen su mapa y los procedimientos que les corresponden. En su conjunto, el servicio dispone de 13 mapas de procesos y 12 procedimientos, la mayoría de ellos de la unidad de Documentación Clínica.

ACTIVIDAD DEL SERVICIO: ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Unidad de Calidad

Hay cierta disparidad en la calidad y contenido de los registros de actividad entre las dos áreas principales del Servicio: en la Unidad de Documentación Clínica se dispone de completos cuadros de mando que son alimentados de forma continua y ofrecen datos exactos de actividad y resultados de manera constante. Sin embargo, la Unidad de Calidad, cuya actividad principal está relacionada con el asesoramiento, cuenta con registros estructurados en determinadas áreas de actividad (procesos de certificación, procesos asistenciales y no clínicos y seguridad del paciente) pero no en múltiples actividades de colaboración y asesoramiento que se desarrollan de forma continua y no quedan reflejadas documentalmente; esto dificulta enormemente plasmar la actividad real en la memoria anual. Además, y por las mismas razones, nos resulta muy difícil planificar el trabajo ya que generalmente la demanda de nuestros clientes es alta, muy heterogénea y, a menudo, “urgente”.

A continuación, se muestran algunos de estos resultados:

1. Seguridad del paciente

1.1. Sistema de notificación de eventos adversos.

El Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) cuenta con un sistema propio de notificación de eventos adversos desde el año 2015. En el año 2018 se iniciaron las mejoras en el sistema, mejoras que ha ido desarrollando la Unidad de Calidad que lo gestiona íntegramente desde entonces, como parte del Sistema de Calidad y Seguridad del Paciente del HURS.

Siguiendo los principios de la mejora continua, en 2019 se elaboró un Procedimiento Operativo Estandarizado de carácter general (POE_HURS_014 *Notificación y análisis de eventos adversos*), que describe todo el proceso de notificación. Fue aprobado por la Dirección Gerencia del Hospital y actualmente cualquier profesional del hospital puede acceder al mismo, a través de la página web en el apartado de procedimientos generales:

http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/fileadmin/user_upload/area_gerencia/calidad/procedimientos_generales/14_poe_notif_eventos_adversos_0416.pdf

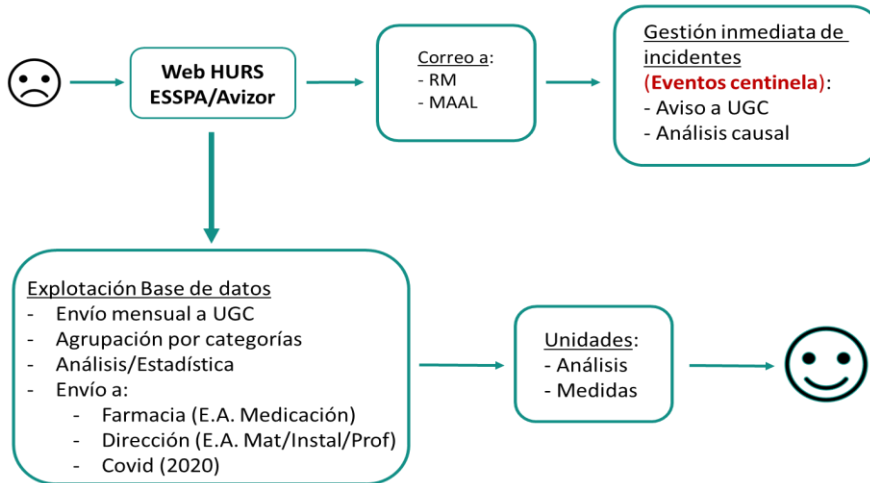
En 2020 se actualizó nuevamente el formulario de notificación en la web, para simplificar el acceso de los profesionales y la cumplimentación del mismo. Además, se ha mejorado la gestión del sistema de notificación de manera que, en la actualidad, se puede realizar una explotación de los datos recogidos en el mismo, analizarlos y enviar un informe a las Unidades, con sus correspondientes recomendaciones de mejora.

Durante el año 2021, se continúa mejorando el sistema de explotación actualizando la clasificación de los eventos adversos de acuerdo con el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (OMS). De esta manera, hacemos también coincidir nuestra clasificación con la utilizada por la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, con la idea de converger en un sistema único de notificación del SSPA en cuanto sea posible. Asimismo, hemos añadido dos nuevos ítems a la base de datos: evento adverso grave y no evento adverso.

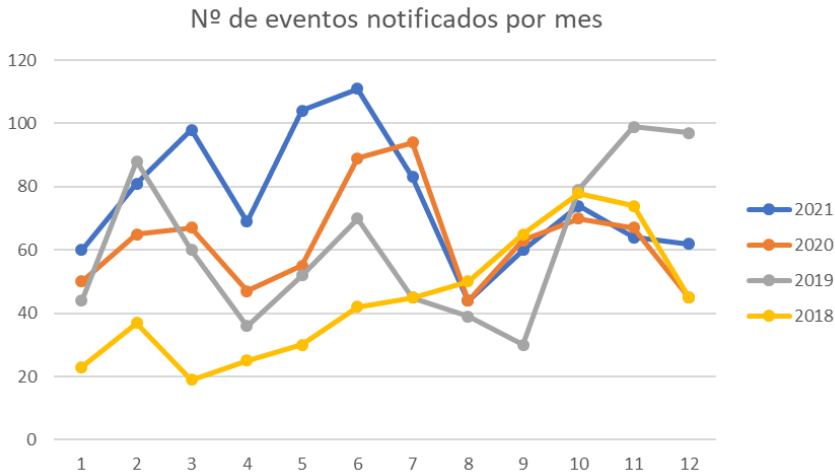
Respecto a la gestión que realiza la Unidad de Calidad del HURS, cada vez que un profesional notifica un evento se genera un correo electrónico que recibimos las dos referentes de seguridad del paciente del HURS: M^a Antonia Álvarez de Lara y Rosana Moreno. Si se trata de un evento grave o centinela, contactamos con los referentes de seguridad y la gobernanza de la unidad y propiciamos un análisis causal. Además, cada mes realizamos la descarga desde la web del hospital de todos los eventos notificados, lo que genera una base de datos Access que se revisa y a partir de la cual se genera un informe en PDF y un Excel que se envía a cada unidad, con sus eventos del mes anterior y el acumulado en el año. Mensualmente se envía a los gestores de incidentes y a la gobernanza de cada UGC las notificaciones anonimizadas que han realizado sus profesionales y se promueve su análisis, ofreciendo apoyo metodológico desde la Unidad de Calidad. En estos envíos mensuales incluimos también aquellas notificaciones recibidas a través de la plataforma de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Además, con una periodicidad trimestral, elaboramos dos informes para la dirección: EAs relacionados con materiales y estructuras y EAs relacionados con los profesionales. Durante la pandemia hemos realizado, además, informes de EAs relacionados con Covid-19.

El siguiente diagrama muestra cómo se hace la gestión del sistema de notificación:

Sistema de notificación de Eventos Adversos del HURS



Con la tenacidad y paciencia que caracteriza a las profesionales de la Unidad de Calidad y con el apoyo de los referentes de las unidades, se ha logrado que en estos cuatro años se incremente notablemente la tasa de notificación:



En 2018 se notificaron un total de 533 EAs, en 2019 fueron 789, en 2020 se notificaron 756 y en 2021, 910.

Por último, en octubre de 2021 publicamos en la web del HURS el POE_HURS-090 *Seguridad del paciente: actuación ante un evento adverso grave*. Pude consultarse en:

http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/fileadmin/user_upload/area_gerencia/calidad/procedimientos_generales/90_poe_actuacion_evento_adverso_grave_firmas.pdf

Para los próximos años, la unidad de Calidad proyecta migrar del sistema de notificación local al sistema de la ESSPA que ya utilizan la mayoría de los centros sanitarios de la Comunidad. La ESSPA, a través de los referentes de seguridad de los centros, tiene una red de alerta de eventos graves que pueden ser de interés para todos y gestiona la información también de manera útil para toda la Comunidad.

1.2. Planes de seguridad (PSP) y mapas de riesgos (MR).

Treintaicinco UGCs del hospital tienen un PSP de la unidad y alguna de ellas cuenta con un plan por cada área asistencial (alguna tiene hasta siete planes). La mayoría de ellos se realizaron con anterioridad a 2018. Además, se había comenzado a trabajar en PSP en procesos concretos, algunos de ellos clave en sus respectivas unidades y otros multidisciplinares. Desde 2018, se han realizado los siguientes PSP de procesos multidisciplinares o complejos: PSP del Laboratorio de Hemodinámica, PSP del paciente de Oncohematología infantil, PSP del circuito de críticos del Servicio de Urgencias y PSP del paciente con Cirugía extracorpórea.

En estos años se han revisado, además, los Mapas de Riesgo de aquellos procesos con una antigüedad mayor de cinco años y se han realizado 13 nuevos, tanto de unidades funcionales nuevas, como procesos clave de algunas unidades y procesos multidisciplinares. Dado el volumen de procesos identificados que se manejan en el hospital, la previsión para el futuro es de un incremento de los mapas de riesgo y PSP.

1.3. Comisión de Seguridad del Paciente

Disuelta por el anterior jefe de servicio en 2017 y constituida nuevamente en 2018, está presidida por la Directora Gerente y son miembros natos de esta Comisión las dos referentes de seguridad del paciente del HURS: M^a Antonia Álvarez de Lara (preside por delegación cuando la gerente no puede asistir) y Rosana Moreno (secretaria). La Comisión tiene, además, 12 vocalías y cada una de ellas representa sendas líneas estratégicas priorizadas por la Estrategia de Seguridad del Paciente (ESSPA) en 2020. Desde 2018, se celebran tres reuniones anuales (en 2020 solo dos) de las que se realiza un acta y anualmente, se realiza un informe que incluye todos los objetivos planteados al comienzo del año y los logros de cada una de las vocalías.

1.4. Comisiones de mortalidad/seguridad/calidad en algunas UGC.

Las dos referentes de SP del hospital participan en análisis a requerimiento de las unidades y en algunas comisiones de SP de las unidades. Siempre con un papel de asesoramiento y apoyo metodológico.

1.5. Incorporación de objetivos de SP

En el acuerdo de gestión de la mayoría de las unidades, según el Contrato Programa de hospitales y análisis de los indicadores del CP IQI y PSI, particularmente los casos de fallecimiento por ictus, infarto o neumonía.

1.6. Red de referentes de seguridad del paciente en las UGCs

En consonancia con las indicaciones SSPA, en el año 2010 se inició la creación en el hospital Reina Sofía de una red de referentes de seguridad – gestores de incidentes, según la ESSPA – en todas las unidades. Inicialmente en cada unidad había un médico y una enfermera, pero, de manera progresiva, en algunas unidades se han ido creando equipos de seguridad integrados por profesionales de las diferentes áreas de su UGC y en la actualidad hay 99 profesionales que se ocupan de la seguridad del paciente en las unidades. Tienen un Equipo de Seguridad del paciente las siguientes unidades:

- Salud Mental. Las dos referentes de SP del HURS participan en las reuniones bimensuales de este equipo.
- Hematología. La enfermera referente de SP del HURS participan en las reuniones mensuales de este equipo.
- Nefrología
- Digestivo
- UCI
- Pediatría
- Onco M
- Ginecología
- C. Maxilofacial

La misión de los referentes y equipos es difundir y mejorar la cultura de seguridad del paciente en su unidad, potenciar la notificación de incidentes y eventos adversos, promover y realizar la gestión de riesgos, el análisis de incidentes notificados y la implantación de acciones de mejora y promover la implementación de prácticas seguras basadas en la mejor evidencia. En todas estas actividades, cuentan con el apoyo metodológico y el asesoramiento de las referentes de seguridad del hospital, que también realizan acciones formativas con ellos y asisten puntualmente a alguna de sus reuniones.

En 2018 se realizó el “*Primer encuentro de referentes de seguridad del paciente del HURS*” y en 2019 se celebró la segunda edición. En 2020 y 2021 no se pudo celebrar el encuentro por las restricciones debidas la pandemia y en 2022 se ha programado para el día 27 de octubre. En estos encuentros, organizados por la Unidad de Calidad y presididos por la

Directora Gerente, propiciamos que se conozcan, intercambien conocimiento y que compartan experiencias de utilidad para todos.

1.7. Auditorías para medir incidencia de eventos adversos (MIDEA) en algunos servicios

1.8. Seguridad de la Información para la seguridad del paciente

En 2017 la Unidad de Calidad era la responsable de la seguridad de la información para la seguridad del paciente y había dos informáticos adscritos al servicio que se encargaban de ello. En 2019 uno de estos profesionales volvió a Informática y posteriormente ha sido el responsable de la seguridad del paciente en las TIS para el SAS.

En la Unidad de Calidad permanece como Técnico de la Función Administrativa la otra informática, que continúa participando en el proyecto de investigación financiado "*Mejora de la seguridad del paciente en base a la introducción de esta perspectiva en Tecnologías de la Información Sanitarias mediante metodologías para su evaluación (Adaptación Guías SAFER)*". En base a este proyecto, en 2018 se había diseñado una aplicación para la autoevaluación manual que se pilotó en Aparato Digestivo y Cirugía Torácica. En 2021 se inicia la autoevaluación automatizada que se pilota con éxito en Cirugía Torácica, Cirugía Pediátrica, Reumatología e Inmunología/Alergología, para dar cumplimiento a un estándar del Manual de Acreditación de UGC sobre seguridad en las TIS.

1.9. Formación

Las dos referentes de SP del HURS imparten charlas sobre seguridad del paciente, tanto de forma proactiva como a requerimiento de las Unidades, en sus sesiones o en sus reuniones de formación.

En septiembre de 2021 iniciamos un curso para profesionales del hospital, "*Seguridad del paciente para profesionales sanitarios*", a través de Gesforma, del que se han realizado ya 10 ediciones y del que se han planificado otras 10. Cada edición consta de 20 horas lectivas y lo imparten íntegramente las cuatro profesionales de la Unidad de Calidad. Hasta el momento se han recibido cerca de 1.000 solicitudes y lo han realizado más de 400 profesionales. El objetivo es que la mayoría de los profesionales sanitarios del hospital adquiera conocimientos básicos en SP y se genere una cultura de la seguridad en todo el centro.

2. Acreditación UGCs

Una de las actividades más importantes que realiza la Unidad de Calidad es el asesoramiento y acompañamiento de las unidades en su proceso de acreditación. En la inmensa mayoría de los casos se trata de la acreditación por la ACSA, pero también asesoramos en los procesos de certificación por las diferentes sociedades científicas.

Respecto a 2017, la situación actual se muestra en la siguiente tabla:

Unidades Certificadas	Nº de Unidades
Avanzado	24 (1 “nueva” y 2 “perdidas”)
Óptimo	4 (+ U. Formación)
Excelente	2
Total certificadas	30
En fase “Demo”	4 (3 “nuevas” y 1 que la perdió)
Han perdido la certificación	3 (1 en demo para volver a acreditarse)

En el período 2018-2021 tres unidades han perdido la certificación; una de ellas lo ha retomado y está en fase “de demostración”, en la aplicación de ACSA y trabajando para certificarse nuevamente en 2023. Una unidad se certificó por primera vez en 2019 y hay cuatro unidades que han subido de nivel: una Excelente y tres Óptimo.

Respecto a los hospitales de nuestro entorno, el Hospital Universitario Reina Sofía está posicionado entre los mejores, con la mas alta cobertura de certificación (76,2% de las UGCs), alberga las dos unidades que tienen el mejor cumplimiento de estándares (Cirugía Torácica y Urgencias se sitúan en primer y segundo lugar respectivamente) y cuenta con dos unidades certificadas Excelente. Estos datos se muestran en las siguientes imágenes de la web de la ACSA:



Resultados de actividad ACSA

Boletín trimestral nº 57, julio 2022
ISSN: 2255-0674

Inicio
ACSA Internacional
Organizaciones destacadas
Actividad



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias

1	HR Reina Sofía	76,2%
2	H.U. Virgen del Rocío	63,4%
3	DAP Bahía de Cádiz-La Janda	60,7%
4	AGS Nordeste Granada	59,1%
4	AGS Norte de Málaga	59,1%
6	HR Virgen Macarena	57,5%

Cobertura de certificación de Unidades de Gestión Clínica (julio de2022)

1	HR Reina Sofía	UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar	EXE	100,0%
2	HR Reina Sofía	UGC Urgencias	EXE	97,8%
3	HRU de Málaga	UGC Cuidados Intensivos y Urgencias Pediátricas	EXE	97,0%
4	H.U. Virgen del Rocío	UGC Ginecología y Patología Mamaria	EXE	94,0%
5	H San Cecilio	UGC Laboratorios	EXE	92,7%
6	AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz	UGC Salud Mental	OPT	89,0%
7	H Costa del Sol	AIG Anestesiología y Reanimación	OPT	86,1%

UGC destacadas según cumplimiento de estándares de calidad en certificación (julio de2022)

Además, la unidad de calidad participa como asesora y preparando las auditorías externas de los cuatro CSUR que tiene el hospital.

3. Procesos

Desde que, en 2001, dentro del Plan de Calidad del Servicio Sanitario Público de Andalucía, se inició la gestión por procesos y se desarrollaron los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs), en el hospital Reina Sofía se han implantado los 54 PAIs priorizados por la Consejería, con un grado de implantación y desarrollo local muy desigual. En los últimos años, se siguen trabajando muchos de ellos en el hospital -los del cáncer, ictus, infarto, sepsis, trauma grave, trastorno mental grave, atención al embarazo y parto, etc.- mientras que otros mas sencillos prácticamente se han abandonado. Ha contribuido a ello el que muchos de los manuales de la Consejería llevan años sin actualizarse y que la coordinación

con Atención Primaria no siempre ha sido fácil; por ambas razones muchos profesionales se han sentido desmotivados.

Desde 2018, la Unidad de Calidad ha trabajado, además, en 22 procesos asistenciales, diferentes de los PAIs, a demanda de las unidades. En todos ellos se ha analizado el proceso y eliminado todo lo que no aporta valor, se ha diseñado el mapa del proceso, el listado de actividades de cada una de las fases del proceso, se han identificado los puntos críticos de riesgo para el paciente y se han identificado todos los procedimientos asociados a cada proceso. Este es un tipo de encargo del que es difícil cuantificar las horas de trabajo de la profesional de la unidad que lo realiza, que son muchas, y que, afortunadamente, resulta de una enorme utilidad a las unidades. Los procesos que se han trabajado desde 2018 han sido los siguientes:

1. Proceso de atención al paciente crítico en el Servicio de Urgencias
2. Proceso de atención al paciente oncohematológico infantil
3. Proceso de atención al paciente sometido a Cirugía Extracorpórea
4. Proceso Inmunoterapia CAR-T
5. Proceso TPH (Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos)
6. Proceso TPH: Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos
7. Proceso TPH: Trasplante Alogénico de Progenitores Hematopoyéticos
8. Proceso TPH: Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos Domiciliario
 - Subproceso: Obtención CPH (células de progenitores hematopoyéticos)
 - Subproceso: Procesamiento CPH (criopreservación y descongelación)
9. Proceso de atención al paciente con linfedema
10. Proceso de atención multidisciplinar en consulta de ELA
11. Proceso del medicamento: UGC Farmacia Hospitalaria
 - Subproceso de preparación de pedidos: Dispensación
 - Subprocesos de Salas Blancas
 - Subproceso de atención al paciente externo
 - Subproceso de Evaluación y Selección
 - Subproceso de laboratorio de Farmacocinética
 - Subproceso de Ensayos Clínicos
12. Proceso de atención al paciente con obesidad mórbida: circuito de Cirugía Bariátrica
13. Proceso de atención al paciente en Hospital de Día de Inmunología

14. Proceso de atención en Hospital de Día de Reumatología: administración de terapias biológicas
15. Subproceso de programación quirúrgica
16. Proceso de atención al paciente en Rehabilitación Cardíaca
17. Proceso de atención al paciente en Salud Mental: Hospitalización
18. Proceso de atención al paciente en Salud Mental: Comunidad Terapéutica
19. Proceso de atención al paciente en Unidad de hospitalización COVID
20. Proceso de atención al paciente en hospitalización neuroquirúrgica
21. Proceso de atención al paciente en Unidad de Endoscopias Digestivas
22. Proceso de atención en patologías de suelo pélvico

4. Procedimientos

En el año 2007 la Unidad de Calidad diseñó y desarrolló un procedimiento operativo estandarizado (POE) para la elaboración de procedimientos operativos estandarizados, con la finalidad de que pueda utilizarse en todos los Servicios y Unidades del hospital, sean o no asistenciales. Se denominó el POE del POE, del cual se han hecho sucesivas actualizaciones, la última, v4, en agosto de 2018. Durante el periodo 2018 a 2021 se ha continuado generalizando su uso por todas las UGCs y servicios del hospital, tanto para la redacción de los POEs Generales del hospital, de Enfermería o de SSGG, como para los POEs de las unidades.

Por otra parte, en 2015 se le asignó a la Jefa de Bloque de Calidad la responsabilidad de mantener el control de los POEs Generales del Hospital que se colocan en la página web. Esto lo realiza actualmente una de las enfermeras de la Unidad de Calidad, para lo cual desempeña las siguientes tareas:

- Asesoramiento para la redacción
- Revisión del documento cuantas veces sea necesario
- Circuito de firmas de autores, revisores y aprobación por la Directora Gerente
- Envío a informática para su inclusión en la web
- Custodia del original en papel, con las firmas, en la unidad de Calidad
- Control de las revisiones posteriores

Desde 2018, el hospital ha redactado **21 POEs generales nuevos y se han revisado y actualizado 29 más**. Además, el Servicio de Calidad y Documentación Clínica ha redactado 6 POEs generales relacionados con seguridad del paciente o gestión de la documentación clínica y ha actualizado dos relacionados con la seguridad del paciente:



- POE 014 Notificación de eventos adversos V5. *Actualizado*
- POE 018 Conciliación de la Medicación V4. *Actualizado*
- POE 025 Consentimiento informado V1. *Nuevo*
- POE 064 Envío de documentación al archivo de historias clínicas V1. *Nuevo*
- POE 065 Envío del consentimiento informado al archivo de historias clínicas V1. *Nuevo*
- POE 073 Retirada de documentación de proyectos de investigación clínica para su archivado y custodia V1. *Nuevo*
- POE 074 Detección y Notificación de Duplicados del FIMP. *Nuevo*
- POE 090 Seguridad del paciente: Actuación ante un evento adverso grave. *Nuevo*

5. Acuerdos de Gestión Clínica

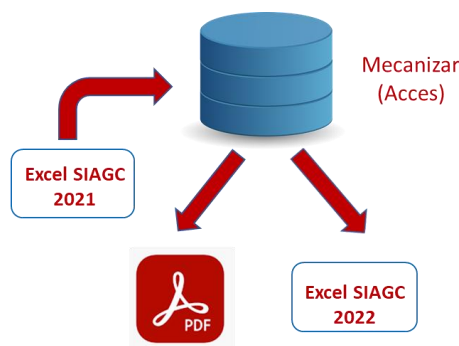
Desde el año 2007 la Unidad de Calidad ha venido prestando asesoramiento para toda una serie de tareas exigidas por la puesta en marcha y profundización del programa de gestión clínica en el HURS. Las actividades del Servicio han sido de soporte a las UGCs y a la Dirección y se pueden resumir en grandes apartados:

- Asesoramiento en el diseño de objetivos y sus indicadores a la dirección y a las UGCs.
- Redacción de las fichas de objetivos e indicadores. Circuito con la Dirección
- Montaje del acuerdo final y maquetación del documento en PDF
- Mecanización en SIAGC
- Obtención de los datos para la evaluación de resultados de las UGCs.
- Generación de una gran base de datos de objetivos – alrededor de 1.400 – en Access, disponible para su explotación por la Dirección

En la elaboración de los AGC de 2021 se ha introducido, como novedad, la automatización de todos los datos, utilizando la aplicación de Office Access, que permite la descarga automática en SIAGC y la generación del documento en PDF. De esta manera, se minimiza la posibilidad de error, por lo que los resultados son fiables, se reduce tiempo de generación de los acuerdos, los tiempos de respuesta son mas ágiles y nos permite obtener una gran base de datos de objetivos para su explotación. El circuito se muestra a continuación:



1.390 objetivos en 2022
(14-15.000 celdas)



A pesar del gran avance del año 2021 con la automatización, este apartado exige de una gran dedicación horaria de al menos dos personas, casi exclusivamente dedicadas a ello durante dos o tres semanas. Y en los acuerdos de 2021 y 2022 se ha implicado, además, el médico documentalista referente del CMBD, que ha asesorado sobre objetivos e indicadores cuya fuente es el CMBD.

6. Seguimiento de objetivos

Desde octubre de 2021, la tarea de obtención de los datos para el seguimiento de objetivos y la evaluación de los AGC ha pasado a depender de la Unidad de Calidad. El profesional referente alimenta el cuadro de mando de cada unidad y lo deja disponible en la carpeta compartida para que tanto la UGC, como la Dirección puedan hacer el seguimiento de objetivos.

Además, esta unidad es la encargada de hacer el seguimiento de los objetivos del Contrato Programa, elaborando el cuadro de mando anual de objetivos e incorporando los datos en las diferentes carpetas del portal de seguimiento, para su consulta por la Dirección.

Por último, en esta unidad se atienden todas las consultas sobre datos de objetivos y datos de la actividad del hospital a requerimiento de la Dirección, los responsables asistenciales y el IMIBIC.

Esta es otra tarea de la Unidad de Calidad, en realidad toda una línea de trabajo, que es muy difícil de cuantificar. El grado de satisfacción de nuestros clientes nos proporciona, al menos, una medida de la eficacia de esta actividad.

7. Comisiones

El servicio de Calidad y Documentación Clínica participa en comisiones y grupos de mejora del hospital, Facultades e IMIBIC. A lo largo del periodo 2018 – 2021 los miembros del Servicio han participado en las siguientes comisiones:



- Comisión de Documentación Clínica y Estadística. Tres facultativos del servicio forman parte, como miembros natos, de esta Comisión. La labor de secretaría de esta Comisión la realiza el facultativo documentalista del servicio.
- Comisión Central de Calidad y de Seguridad del Paciente: el facultativo y la enfermera referentes de seguridad del paciente del hospital son miembros natos de esta comisión. Se constituye en el 2007.
- Comisión de Calidad del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC). Un facultativo es miembro de esta Comisión. Se constituye en 2010.
- Comisión de Calidad de la Facultad de Medicina y Enfermería. Un facultativo es miembro de esta Comisión desde 2011.
- Comisión de Nuevas Tecnologías. Un facultativo del servicio es miembro nato de esta Comisión desde 2017.
- Comisión de Infecciones. Un facultativo del servicio es miembro de esta Comisión desde 2019.
- Comisión de Humanización. La enfermera referente de calidad del servicio es miembro nato de esta Comisión desde 2021.
- Comisión de procesos de soporte de Laboratorio.
- Comisión de reproducción asistida.

Unidad de codificación y generación del CMBD

El proceso general más importante de esta Unidad es la elaboración de información clínica en base al CMBDA. Este contiene tres subprocesos concatenados:

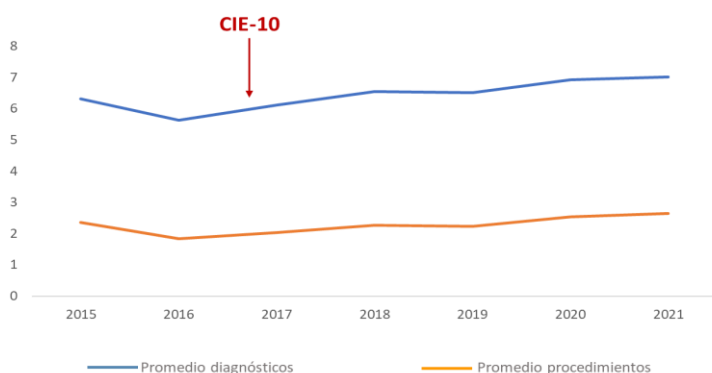
- Codificación clínica de episodios asistenciales. La actividad de codificación en la Unidad de Información Clínica ha venido creciendo desde 2010 a 2021, provocado por una mayor actividad del hospital y, en mayor medida, por una mayor captación de los episodios asistenciales de la hospitalización de día. Este último aspecto se ha venido trabajando más desde 2019, año en el que el llamado *Índice de Ambulatorización* fue incluido en el Contrato Programa de hospitales. Me referiré a este índice mas adelante.
- Depuración del CMBD y entrega a los Servicios Centrales del SAS. Esta actividad se genera a partir de la codificación de los episodios asistenciales. Los datos se depuran, se agrupan en GRDs (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) y se elabora el CMBD hospitalario, que se remite trimestralmente a los Servicios Centrales del SAS y a las UGC.
- Elaboración de informes de casuística. Estos informes se elaboran en base a los datos del CMBDA y proporcionan toda la información de la actividad del hospital, lo que resulta fundamental para evaluar todos los procesos e introducir mejoras (Estancias Esperadas, Estancia Media, Estancia Media Esperada, Estancia Media Depurada *, Estancia Media Preoperatoria Programada, Índice de Utilización de Estancias, Estancias Evitadas, Índice Case-Mix, Puntos GRDs, Reingresos

Urgentes < 30 días, Mortalidad, etc.). La mayoría de estos datos se incluyen en el cuadro de mando de la Dirección para hacer el seguimiento de los objetivos del Contrato Programa.

La tabla que se muestra a continuación proporciona una idea de la actividad que ha desarrollado esta unidad en los últimos años:

Actividad	2017	2018	2019	2020	2021
CMBDH. Número de altas	37.919	38.793	40.459	36.285	37.957
Altas Hospitalarias codificadas	37.919	38.793	40.459	36.285	37.957
Porcentaje de CMBD válido	100%	100%	100%	100%	100%
Promedio Diagnósticos/ Alta hospitalaria	6,11	6,54	6,52	6,93	7,02
Promedio Procedimientos/ Alta hospitalaria	2,04	2,26	2,23	2,53	2,64
Hospital de Día Quirúrgico	22.734	24.984	23.893	17.209	19.508
Procedimientos CMA codificados	22.734	24.984	23.983	17.209	19.508
Porcentaje de CMA válido	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital de Día Médico	22.514	28.330	53.402	59.026	63.885
Asistencias en HDM codificadas	3.016	28.194	53.402	58.542	63.770
Índice de Ambulatorización (IA)	-	-	0,32	0,43	0,39

En esta tabla y en la gráfica siguiente se puede observar que la calidad de la codificación ha aumentado en los últimos años: el 100% del CMBD es válido y tanto el número de diagnósticos, como el número de procedimientos al alta ha ido en aumento en los últimos cinco años. Y ello a pesar de que el cambio de CIE-9 a CIE-10 se produjo a finales de 2016 y los profesionales necesitaron formación, estudio y un período de adaptación. Sin embargo, aunque en 2021 tuvimos un 100% de CMBD válido, el número de diagnósticos al alta estuvo discretamente por debajo de la media de los hospitales de tercer nivel de Andalucía. Por tanto, uno de los objetivos para los próximos años será mejorar este criterio de calidad del CMBD.

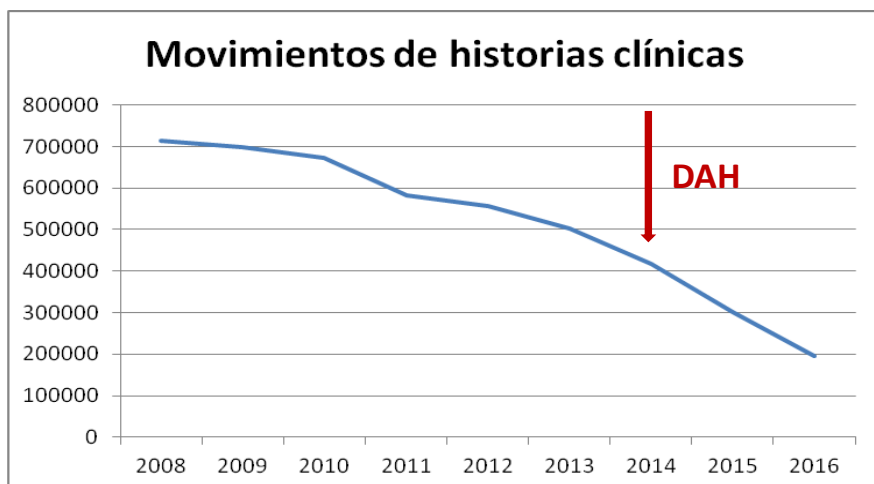


- Hospital de Día Médico (HDM) e Índice de Ambulatorización (IA)** El IA fue incluido en el Contrato Programa de hospitales en 2019. Para calcular este índice es preciso que se codifiquen todas las asistencias en HDM incluidas en la Cartera HDM del SAS y, para ello, es preciso que previamente se registren en DAH. El Servicio de Calidad y Documentación Clínica llevaba todo el año 2018 trabajando con algunas unidades que quisieron y pudieron registrar su actividad de HDM, con el compromiso de codificar esta actividad. Unidades como Urología, Salud Mental, Hematología, Nefrología... iniciaron esta experiencia piloto. En 2019, cuando el IA se convierte en un objetivo del Contrato Programa, las unidades, algunas con gran esfuerzo, incrementaron el número de registros y la Unidad de Codificación tuvo que destinar a esta tarea a dos técnicos para poder abarcar el gran número de sesiones registradas; partiendo de un IA de 0,08 a principios de año, logramos finalizar 2019 con 0,32. El interés de esto no es simplemente cumplir un objetivo, sino que el hospital tenga un registro de calidad de toda su actividad asistencial. Como se ve en la siguiente gráfica, de 2017 a 2018 se produce un salto cuantitativo muy importante y a partir de 2019 se registra casi toda la actividad HDM del hospital. En el momento actual estamos pendientes de que Oncología Radioterápica y la Unidad de Endoscopias Digestivas dispongan de los recursos necesarios para poder registrar su actividad, incluida toda en la Cartera HDM del SAS, para poder codificarla.

	2017	2018	2019	2020	2021
Asistencias en HDM codificadas	3.016	28194	53402	58542	63770
Índice de Ambulatorización (IA)	-	-	0,32	0,43	0,39

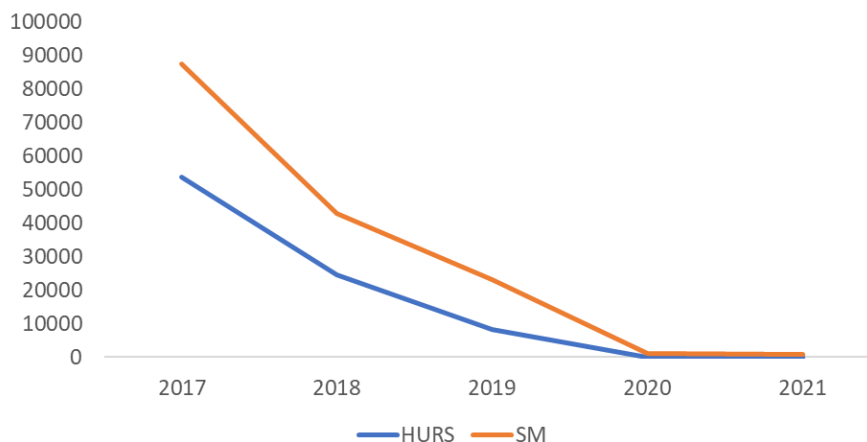
Archivo

Desde 2009 se había ido produciendo una disminución progresiva del movimiento de historias clínicas tanto en hospitalización, como en el hospital de día, como en las consultas externas. Esta tendencia tan evidente no fue fortuita, sino que se debió a una mejor gestión de las solicitudes, con un trabajo tenaz y sistemático de nuestro Servicio para conseguir acuerdos con las distintas Unidades para no enviarles determinadas historias clínicas, en función de su escasa utilidad. En julio de 2014 entra en funcionamiento Diraya de Atención Hospitalaria (DAH) y a medida que los distintos clientes iban utilizando la historia electrónica, se acordaba con ellos el envío de únicamente la documentación clínica en soporte papel que les resultara imprescindible. La evolución del movimiento de historias clínicas desde 2008 hasta 2016 se muestra en el siguiente gráfico:



A partir de 2017, intensificamos la labor de concienciación de las unidades respecto a la utilización de la historia electrónica y el abandono progresivo del papel, con el objetivo claro del Servicio de cerrar en Archivo y dejar de prestar historias en papel. El cierre definitivo del Archivo se produce el 1 de enero de 2020 y a partir de ese momento solo se mueve una cantidad mínima de historias para copias, a demanda de los ciudadanos, y ocasionalmente para auditorías (ACSA, ONT, etc). La evolución de los movimientos desde 2017 a 2021 es la siguiente:

Préstamo HHCC



En el año 2017 se prestaron 53.525 historias del Archivo de Reina Sofía y 87.246 de Servicio Móvil y en 2021 los préstamos fueron de 84 y 731 historias respectivamente.

Después de los sucesivos traslados de historias al archivo externo, los depósitos en las tres dependencias de que disponemos en la actualidad quedan así:

	HURS	CECCP	Servicio Móvil
2017	363.050	331.672	1.323.829
2022	111.860	395.066	1.631.604

A lo largo de 2018 y 2019, aún se crearon 111.979 historias clínicas en papel, sobre todo en el CECCP, pero en 2020, con el cierre del Archivo, ya o se creó ninguna más.

En los meses previos al cierre del archivo fue precisa una intensa campaña de información a las unidades, a través de las reuniones de la Dirección con los responsables asistenciales e informando directamente, desde la Unidad de Documentación Clínica, a los facultativos en sus sesiones clínicas.

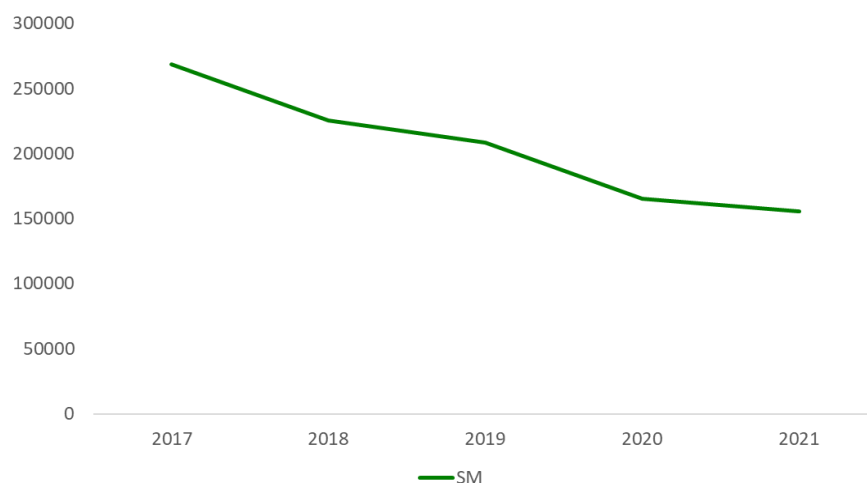
El uso de la historia clínica electrónica en absoluto ha dado lugar a la desaparición del papel. Muy al contrario, en los últimos años ha aumentado la cantidad de documentación clínica suelta en papel, lo que denominamos *incrementales*. Esta documentación suelta se

genera en los episodios de hospitalización, hospital de día y consulta y consiste en electrocardiogramas, ecografías ginecológicas, retinografías, campimetrías y otras pruebas de oftalmología, documentación del Servicio de Admisión, Hoja de inclusión en lista de espera quirúrgica, etc. Y, además, cada día se generan cantidades ingentes de consentimientos informados que se deben incluir en la historia del paciente y que actualmente se digitalizan en su totalidad. Hasta mediados de 2018 esta documentación se guardaba en los sobres correspondientes de la historia clínica de los pacientes y se archivaba. A mediados de 2018 se empezó a digitalizar y desde mediados de 2019 se digitaliza el 100% de la documentación incremental que genera la actividad asistencial del hospital. Los consentimientos de Preanestesia se digitalizan en un circuito diferenciado, en 48-72 horas, para que estén disponibles en cualquier momento.

Gestión de los recursos del Archivo

Al desaparecer el préstamo de historias en papel los profesionales del archivo, auxiliares administrativos, han asumido íntegramente el proceso de digitalización. También el cierre del Archivo ha permitido reducir el número de celadores de cuatro a dos y optimizar así los recursos humanos del servicio y del hospital.

Por último, ya que las historias clínicas en papel no se iban a volver a mover, salvo algunas excepciones, el 1 de enero de 2020 se pasivizaron todas las historias, tanto del Archivo Central del HURS, como de Servicio Móvil. Esto tiene una repercusión económica evidente: la custodia de las historias pasivas es más barata que la de las activas. Además, al no haber movimientos de préstamo y devolución, las facturas de Servicio Móvil se han reducido considerablemente. En 2017 la factura de SM ascendió a 268.900 € y en 2021 fue de 155.347 €, por lo que en cuatro años el ahorro ha sido de 113.555 €. En realidad, el ahorro por custodia ha sido mayor, pero ha habido que pagar las sucesivas retiradas masivas para desalojar el Archivo y esto ha repercutido negativamente en la facturación. Este descenso en la facturación (en euros) se muestra en el siguiente gráfico:

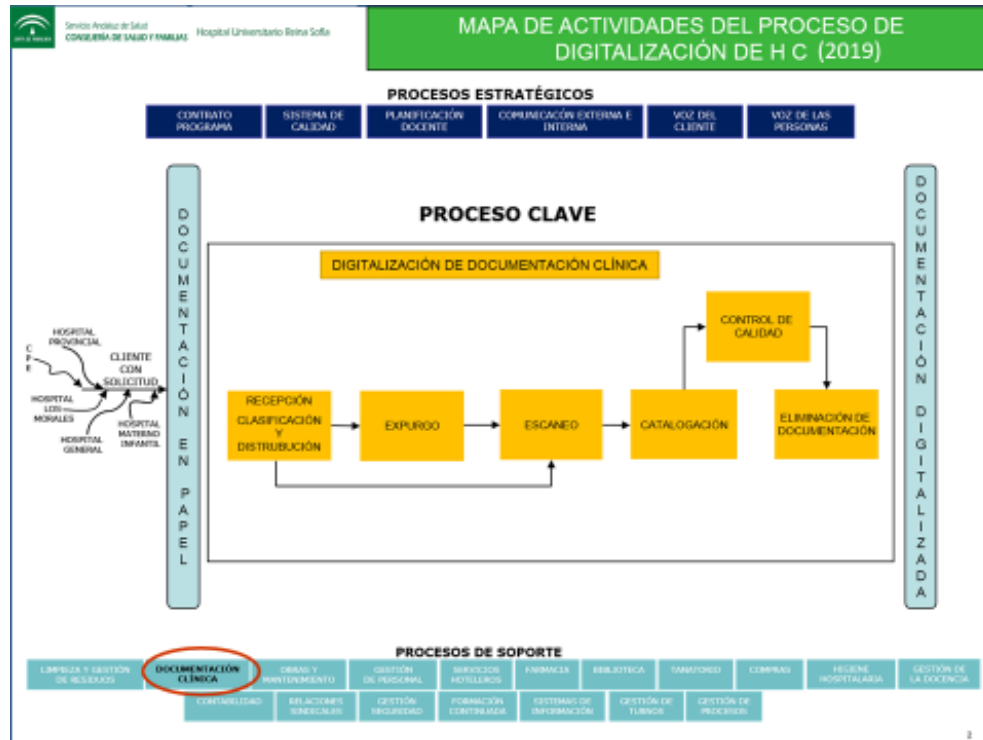


Unidad de Digitalización

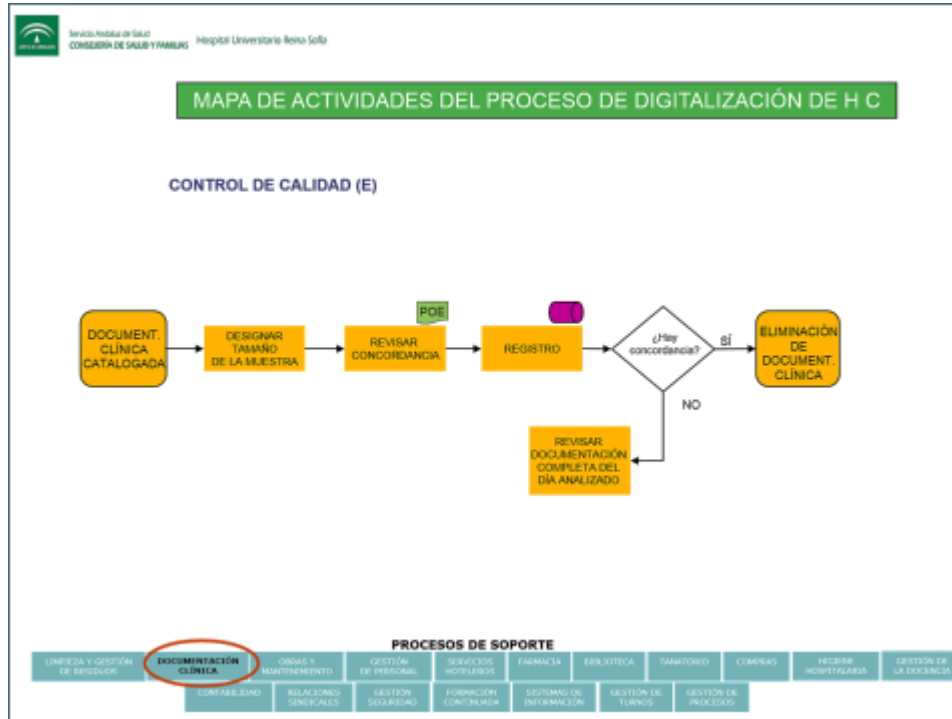
El proceso de digitalización consiste en la realización de una copia certificada de los documentos en papel, resultando en una copia digital que lleva una marca de agua y un sello de tiempo que certifican que es copia fidedigna. El último paso de este proceso es la incorporación de la copia digital a la historia clínica electrónica, dentro del episodio en el que se generó el documento en papel.

A mediados de 2018 adquirimos un escáner y se empezó a pilotar la digitalización con la UGC de Oftalmología. Esta unidad, con bastantes equipos obsoletos, realiza numerosas exploraciones cuyos resultados se imprimen y son cruciales para el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes. Las hojas impresas se digitalizan y se incluyen en la historia electrónica, quedando disponibles para su consulta.

En marzo de 2019 se crea la Unidad de Digitalización, como parte de la Unidad de Documentación Clínica. Para la organización del trabajo y de los recursos, utilizamos la metodología de *gestión por procesos* en el que definimos el proceso clave y todos los subprocesos y, mediante la observación directa de la enfermera de la Unidad de Calidad responsable de procesos, se ordenó el flujo de trabajo para evitar cuellos de botella y tiempos muertos. Una vez diseñado el proceso, se redactaron todos los procedimientos que consideramos necesarios para la realización de todas las tareas. En definitiva, se realizaron 7 mapas de procesos y 6 procedimientos de uso interno. Además, se realizaron dos POEs generales del hospital - 064 de *Envío de documentación al Archivo de historias clínicas* y 073 de *Retirada de documentación de proyectos de investigación clínica para su archivado y custodia*-. Para garantizar la adecuada difusión del proyecto de digitalización y de los dos procedimientos, se hicieron numerosas sesiones informativas en los servicios. A continuación, se muestra el mapa del proceso de digitalización, realizado en 2019:

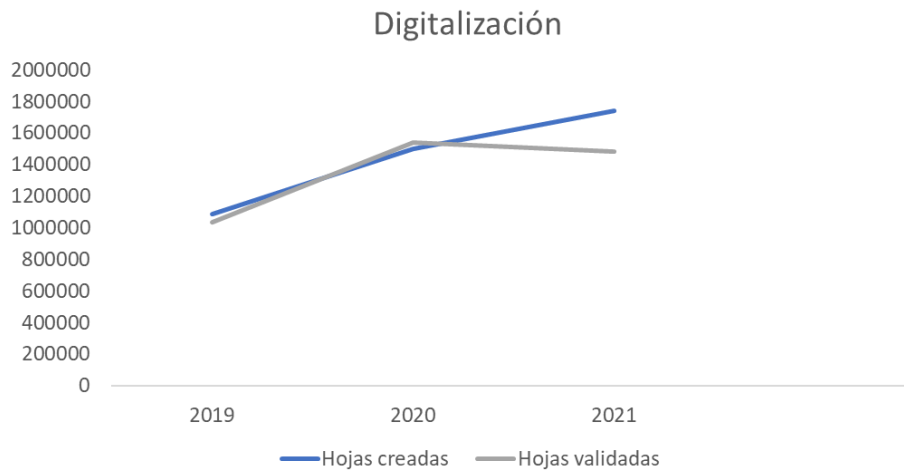


Un punto clave de la gestión del proceso de digitalización es el **control de calidad**. Diariamente se hace un muestreo por lotes de la documentación digitalizada y, utilizando una plantilla estándar, se verifica la concordancia entre el papel y la documentación digitalizada. Solamente cuando el lote cumple los estándares de calidad, procedemos a su destrucción certificada y confidencial (Unidad Medioambiental del HURS). A continuación, se muestra el mapa del proceso “Control de calidad de la documentación digitalizada”, que lleva asociado un procedimiento:



Además de la documentación incremental y los consentimientos informados, en esta unidad se digitalizan todas las historias completas en papel de las que los ciudadanos solicitan copias. Una vez digitalizadas, se incorporan a DAH, se entregan las copias al ciudadano y se destruye la historia en papel. Esto contribuye también al ahorro económico en la custodia de historias clínicas.

Aunque iniciamos el proceso en marzo de 2019, no empezamos a digitalizar la totalidad de los documentos que entraban en la unidad hasta mayo de 2019. Al final de 2019 se habían digitalizado un total de 1.088.675 hojas. En 2020 se digitalizaron 1.499.923 y en 2021 1.738.568. El dato de 2020 no es muy valorable debido a la reducción del número de asistencias en el hospital por la pandemia, por lo que pensamos que la cifra de 2021 sí representa la realidad.



Gestión de los recursos de la Unidad de Digitalización.

Dado el elevado volumen de incrementales que entran en la unidad y tras el diseño del proceso, se adquirieron cuatro escáneres más y se procedió a la contratación de cuatro técnicos en documentación sanitaria (TDS). Para optimizar la utilización de todos los recursos estructurales y materiales, en esta unidad se trabaja en turno de mañana y tarde, lo que nos ha permitido mantener una elevadísima tasa de digitalización con solo cinco escáneres. Otros hospitales de nuestro entorno, con un número de altas similar trabajan con entre 8 y 12 escáneres y con entre 8 y 12 TDS.

La “reconversión” de las tareas de los auxiliares administrativos, de archivar historias a realizar el complejo proceso de digitalización ha sido modélica, se han sentido motivados y se han adaptado perfectamente y en muy poco tiempo.

Consideramos que el volumen de hojas digitalizadas anualmente supone unos costes de diverso tipo que el hospital no debería asumir: gasto en papel y costes de la digitalización, además del impacto medioambiental. En la actualidad, el hospital está pilotando en algunos servicios la eliminación de la Orden de Ingreso y Hoja de inclusión en Lista de Espera Quirúrgica. Recientemente, se ha implementado el registro electrónico de la Hoja de Cuidados de Enfermería en la UGC de Urgencias y se está implementando el PACS de Oftalmología para el volcado de las imágenes generadas en las exploraciones a la historia electrónica. En los próximos años habrá que ir avanzando en este sentido, para lograr la eliminación completa del papel. Por último, se está pilotando un proyecto corporativo de consentimiento informado electrónico que, definitivamente, dará lugar a un enorme ahorro de papel y de trabajo en las unidades de digitalización, cuando se haga extensivo a toda la organización.

Unidad de copias

En los últimos años el Servicio Andaluz de Salud ha puesto en marcha en sus centros un nuevo servicio a los ciudadanos para que puedan ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), lo que les permite acceder a una copia de parte o de la totalidad de su historia clínica. Este derecho está provocando una demanda creciente de copias de documentos clínicos de tal modo que el trabajo que genera supone ya una gran parte de la tarea administrativa que se realiza en el archivo. El aumento, en valor absoluto, en el periodo entre 2008 y 2015 fue de 2.997 copias, lo que supone un incremento del 205%. Esto obligó a destinar más personal para esta tarea, detrayéndolo de las funciones de archivo, de tal manera que el año 2016 concluyó con 6 personas destinadas al Servicio de copia de historia clínica, incluyendo la atención al usuario en las ventanillas del vestíbulo principal del hospital. Los resultados de los últimos cinco años se muestran a continuación:

Año	2017	2018	2019	2020	2021
Nº de copias	5.873	5.987	6.349	4.618	5.573

En 2020, debido a la pandemia, se observó una reducción del número de solicitudes que muestra una tendencia clara a la recuperación en 2021. El tiempo medio de respuesta al ciudadano, desde que solicita hasta que se le envía la copia era de **5,98 días** en 2017 y en 2021 ha sido de **1,71 días**, ya que la historia clínica electrónica permite la realización de copias en forma de “Acto Único”, entregándose la documentación al ciudadano en el momento de ser solicitada.

En 2017 comenzó la incorporación a la historia electrónica DAH de exploraciones radiológicas realizadas fuera del hospital y que los ciudadanos aportan en soporte CD. Entre los años 2017 y 2019 se incorporaron 613 exploraciones. En 2020 se incorporaron pruebas a 566 historias y en 2021 a 770. Los ciudadanos traen entre 1 y 11 CDs con pruebas radiológicas, lo que supone una carga adicional de trabajo.

Respecto a la gestión de los recursos, se ha mantenido la dotación de 6 profesionales, pese al notable incremento de la actividad.

OBJETIVOS PLANTEADOS EN 2017 Y RESULTADOS

Al no ser una unidad clínica, los resultados de la actividad de las diferentes áreas del servicio no se pueden considerar resultados en salud y, como se ha mencionado anteriormente, no siempre se pueden cuantificar los resultados de la unidad de Calidad. Sin embargo, de nuestro trabajo dependen, en gran medida, los resultados clínicos de otras unidades a las que el Servicio de Calidad presta su apoyo.

Como es ya tradición en el servicio desde su creación, en los años 2018 a 2021 el grado de cumplimiento de los sucesivos Acuerdos de Objetivos ha sido excelente, **habiéndose obtenido una puntuación de 10 en los cuatro años**. Esto es el fruto del compromiso, el entusiasmo y la entrega de los profesionales, que se han esforzado al máximo; teniendo en cuenta que en los últimos cuatro años han dejado el servicio cinco de los seis profesionales del Equipo Técnico y se han incorporado otros cinco sin experiencia en calidad o documentación clínica.

También se han cumplido la mayoría de los objetivos derivados de las líneas estratégicas del servicio que se plantearon en el Proyecto de Gestión para la jefatura, a finales de 2017, para los años 2018 a 2021.

Líneas estratégicas y objetivos de 2017. Resultados:

1. Seguridad del paciente. “Consolidar la cultura de seguridad del paciente y afianzar el papel de las UGC y otros servicios no asistenciales como espacios seguros. Profundizar, desarrollar e implementar todas aquellas líneas de acción que mejoren la seguridad del paciente y que se traducen en objetivos de seguridad concretos. Llevar al HURS a la distinción de “Hospital seguro””.

Los objetivos derivados de esta línea estratégica fueron los siguientes:

- 1.1. Re-constitución y dinamización de la Comisión de Seguridad del paciente. Objetivo cumplido.
- 1.2. Potenciar la conciliación de la medicación en las UGCs. Objetivo cumplido
- 1.3. Potenciar la notificación y análisis de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y la implantación de acciones de mejora. Objetivo cumplido.
- 1.4. Elaboración de un procedimiento para la transferencia de la información/pacientes. Se trataba de un procedimiento general del hospital que, por diferentes razones, en general ajenas a la Unidad de Calidad, no se ha podido realizar.

2. Seguridad de la información. “Otra de las líneas estratégicas es desarrollar e implementar lo legislado sobre Seguridad de la información en todo lo referente a la seguridad del paciente. Entre las líneas de acción, estarían la potenciación de la Comisión de Seguridad de la Información del HURS y el desarrollo de un Plan de Seguridad de la Información ya redactado por el responsable de seguridad de la información del servicio”.

Los objetivos de esta línea estratégica se cumplieron parcialmente ya que en 2019 la seguridad de la información pasó a la Subdirección TIC y posteriormente se empezó a gestionar desde la Consejería. Sin embargo, la Técnico de la Unidad de Calidad, informática de formación, continua en el proyecto de investigación financiado “Mejora de la seguridad del paciente en base a la introducción de esta perspectiva en Tecnologías de la Información Sanitarias mediante metodologías para su evaluación (Adaptación Guías SAFER)”. En base a este proyecto, en 2018 se había diseñado una aplicación para la autoevaluación manual que se pilotó en Aparato Digestivo y Cirugía Torácica. En 2021 se inicia la autoevaluación automatizada que se pilota con éxito en Cirugía Torácica, Cirugía Pediátrica, Reumatología e Inmunología/Alergología, para dar cumplimiento a un estándar del Manual de Acreditación de UGC sobre seguridad en las TIS.

3. Acreditación del hospital. “Adquisición de la excelencia en términos verificables en nuestro centro. Para ello habría que desarrollar una serie de líneas de acción: hacer benchmarking para aprender de otros hospitales, elaborar un catálogo de las unidades que están y no están acreditadas y buscar los fallos por los que algunas unidades no lo están y fomentar una cultura de evaluación permanente de las competencias de los profesionales”. A principios de 2020 se abrió la aplicación de la ACSA para acreditación de instituciones, en “modo demo” y en marzo comenzó la pandemia que obligó a modificar la actividad asistencial del hospital, gestionar recursos de otra manera, crear circuitos específicos y diferenciados de los habituales y, en general, introducir muchos cambios. Además, todos estos cambios supusieron un enorme esfuerzo de la dirección y los responsables asistenciales que impedía la adecuada dedicación al proyecto de acreditación. Esperamos retomar el proyecto y lograr la acreditación del hospital en los próximos años.

4. Eliminar los ficheros en papel en el hospital. “Contribuir a construir la historia digital única e integrada del SSPA. Fomentar el uso de Diraya Atención Hospitalaria, haciendo un uso correcto y completo de los diferentes módulos que lo conforman. Eliminación progresiva de la documentación en papel y de los ficheros departamentales”. Para ello, se proponían los siguientes objetivos:

- 4.1. Digitalización de historias de algunas UGC.
- 4.2. Consentimiento Informado: digitalización, firma “electrónica” del C.I.
- 4.3. Avanzar en la historia digital única e integrada del SSPA:
- 4.4. Eliminación de los ficheros en papel
- 4.5. Profundizar en el conocimiento y el uso de Diraya Atención Hospitalaria
- 4.6. Gestionar la documentación en papel que aún custodia el Archivo hasta su conversión en “pasivo”.

Este objetivo se ha cumplido totalmente con el cierre del Archivo y la creación de la Unidad de Digitalización. Está pendiente la gestión del consentimiento informado, que solo puede ser corporativo. Actualmente se está pilotando un proyecto corporativo en el hospital de Osuna que esperamos que, en breve, se haga extensivo a todos los hospitales.

5. Plan de formación en el tratamiento de grandes bases de datos (big data) y en bioestadística. “El desarrollo de las nuevas tecnologías de inteligencia artificial permite el manejo de grandes bases de datos y elaborar una enorme cantidad de información que es crucial para los Servicios de Salud. Para el Servicio de Calidad y Documentación Clínica, la formación de los responsables del Fichero en bioestadística y tratamiento de grandes bases de datos se ha convertido en una línea estratégica”. Una de las médicas documentalistas de la unidad de Calidad había realizado el Diploma Universitario de Especialización en Epidemiología e Investigación Clínica, impartido por la escuela andaluza de Salud pública y en 2019 realizó, también en la EASP, un curso sobre “Forest random” y otro sobre “Learning machine”. Lamentablemente, en la OPE de 2020 se trasladó a otra provincia.

6. Potenciar la investigación. “Consolidación de proyectos en curso y elaboración de nuevos proyectos de investigación sobre seguridad del paciente y seguridad de la información”. Este objetivo no se ha cumplido, dadas las dificultades derivadas del recambio completo de los profesionales del equipo técnico.

ACTIVIDAD CIENTÍFICA Y DOCENTE

La capacidad de generar y transferir conocimientos e innovaciones del Servicio de Calidad y Documentación clínica del HURS es muy alta. A pesar del recambio completo del equipo técnico y de la pandemia, el servicio ha logrado mantener actividad científica y docente. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Actividad	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Libros	-		1	1	2
Artículos revistas científicas	-	-	1	-	1
Ponencias	-	1	-	1	2
Comunicaciones en congresos	3	3	2	6	14
Cursos y actividades docentes impartidos	4	4	4	9	21
Sesiones de formación interna y/o conjuntamente con otros Servicios y Unidades	10	9	-	6	25
Formación recibida por las personas del Servicio	4	18	4	12	38
Colaboración en Sociedades Científicas y otros	1	-	-	2	3
Proyectos de Investigación	1-	-	-	-	1

La técnico de la unidad de calidad ha realizado en el curso 2019-20 el Diploma Universitario de Especialización en Calidad y Seguridad del Paciente en Instituciones Sanitarias y las dos enfermeras lo han realizado en el curso 2021-22, todas con resultado satisfactorio.

DOCENCIA

Sesiones de formación interna

La Unidad debe mantener la dinámica de sesiones periódicas de formación interna, tanto como herramienta de transferencia de conocimientos y novedades entre los distintos perfiles profesionales del servicio, como de espacio de integración de las diferentes áreas

del mismo y de adquisición de cierta práctica de exposición en público de los profesionales con menor experiencia en ello. Excepto en 2020 y 2021, el servicio tiene programada una sesión formativa quincenal, acreditada por ACSA.

Colaboración con el resto de Unidades del HURS

A demanda del resto de unidades la unidad viene desarrollando actividades formativas sobre diferentes temas: calidad, seguridad del paciente, acreditación, búsquedas bibliográficas, etc. El servicio garantizará la continuidad de estas colaboraciones.

Formación postgrado

Desde 2020, el servicio imparte en el hospital una formación para EIR de nueva incorporación, de una hora de duración, titulada "*Seguridad del paciente en una UGC*". A partir de 2023 la Unidad de Calidad va a participar en la formación en competencias genéricas para los EIR de la Comunidad Autónoma, impartiendo una clase dentro del módulo "*Gestión clínica y de la calidad*".

Colaboración con otras entidades

Además, algunos miembros del Servicio de Calidad y Documentación Clínica colaboran de manera habitual, como docentes, con:

1. Escuela Andaluza de Salud Pública

- Diploma Universitario de Especialización en Calidad y Seguridad del Paciente en instituciones sanitarias. Dos módulos: módulo 3 y módulo 5 (2018, 2019, 2020, 2021 y 2022)
- Diploma de Especialización en Gestión Sanitaria (2019, 2021 y 2022)
- Diploma de Especialización en Gestión de Cuidados y Práctica Enfermera Avanzada (2018, 2019, 2021 y 2022).
- Formación en SP. Centro de Emergencias Sanitarias 061 (2021 y 2022)
- Formación en SP. Alto Guadalquivir (2021)
- Formación en SP. Hospital de Poniente (2021)

8. Universidad Complutense de Madrid

- Máster en Hemodiálisis: "Calidad y seguridad del paciente en hemodiálisis" (2018, 2019, 2020, 2021 y 2022).

9. Colaboraciones puntuales con la Facultad de Medicina y Enfermería y el IMIBIC.

Con la Facultad de Medicina y Enfermería existe la posibilidad ofrecer prácticas a los estudiantes y se podría plantear una asignatura Calidad en el futuro. Desde diversos organismos se insta a la inclusión de contenidos sobre seguridad del paciente en la formación de grado de los profesionales y existen propuestas para diferentes categorías de contenidos y calendarización que han sido pilotadas y evaluadas. Se deben tener en cuenta



estas indicaciones para la propuesta de asignaturas específicas y el servicio debe impartirlas directamente o asesorar al resto de las unidades.

Los profesionales en formación son de especial interés para el servicio. Actualmente existe un acuerdo con la UGC de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud para que sus médicos en formación realicen un rotatorio por el Servicio de Calidad. En el futuro habrá que explorar la posibilidad de ofertar este rotatorio a otras UGC.

DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

1. Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1.984. BOE de 14 de septiembre de 1.984 por la que se regula el informe de alta médica hospitalaria.
2. Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas: Normas de Acreditación de Hospitales. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Edit. Alhambra Mexicana. Monografía, 1.985: 1-9.
3. DECRETO 105/1.986 de 11 de junio. (B.O.J.A. Nº 61 de 24.06.86) sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial; 6,3:65-74, 1.991.
5. Buch Jensen P: ISO 9000. Guía y comentarios. AENOR. 1.993.
6. Norma ISO 9001:2015 de calidad [Internet]. ISO 9001:2015. 2015. [consultado 2022 agosto 22]. Disponible en:
<https://www.nueva-iso-9001-2015.com/>
7. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Edit. Díaz de Santos. 1.994.
8. Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations: Sistema de medición de indicadores y uso en hospitales. Apéndice C. Manual de Acreditación de Hospitales. Edit. Standars. 1.996.
9. Blumenthal D and Epstein AM: Part. 6: The role of physicians in the future of quality management. N Engl J Med 1.996; 335 (17):1328-1331.
10. Ochoa LAO. Gestión clínica: desarrollo e instrumentos. Ediciones Díaz de Santos, 2012 [consultado 2022 may 05]. Disponible en:
https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=i_65Zuinf5oC&oi=fnd&pg=PR9&dq=comisiones+cl%C3%ADnicas&ots=m-WZy4vv33&sig=wfalvVxyu_PixnypErD4oUFy22E
11. Pineda Sánchez L. Aproximación teórica al concepto de calidad y los sistemas de gestión (Theoretical approach to the concept of quality and management systems) [Internet]. <edu.co> [consultado 2022 may 05]. Disponible en:
<https://aunarcali.edu.co/revistas/index.php/RDCES/article/download/110/77/>
12. María Antonia Álvarez de Lara, María Dolores Arenas, Mercedes Salgueira Lazo. Calidad y Seguridad en el Tratamiento del Paciente con Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al Día, 2021. [consultado 2022 agosto 22]. Disponible en:
<https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-calidad-seguridad-el-tratamiento-del-380>

13. DECRETO 462/1996, de 8 de octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales. B.O.J.A. Nº 127 de 5 de noviembre de 1.996.
14. López Domínguez O: Gestión de pacientes en el hospital: El Servicio de Admisión y Documentación. Edit. Olalla. Madrid, 1.997.
15. Tejedor Fernández M et al: El coste de los procesos clínicos en los Servicios de Urgencias y Emergencias. Emergencias 1998; 10:393-405.
16. Tejedor M y Martín JM: Sistema de calidad en un servicio de emergencias sanitarias. Rev Calidad Asistencial 1.999; 14: 671 – 679.
17. Tejedor Fernández M et al: El sistema ABC en el análisis del coste de los procesos clínicos en las Unidades de Urgencias y Emergencias. Rev Calidad Asistencial 1999; 14:312-320.
18. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294, de 06 de diciembre de 2018.
19. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2010; [consultado 2022 agosto 22]. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
20. III Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. EDITA: Consejería de Salud. Junta Andalucía. 2010. [consultado 2022 ago 22] Disponible en:
<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad-investigacion-conocimiento/calidad-sistema-sanitario/paginas/plan-estrategico-calidad-sspa.html>
21. Tejedor Fernández M et al. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. EDITA: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2000. ISBN: 84-8486-016-7.
22. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION: Estándares internacionales de acreditación de hospitales. 2.011.
23. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J: Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el modelo de excelencia de la EFQM. Edit. MSD 2001.
24. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 de 16 de noviembre de 2002.
25. Pérez Lázaro JJ, García Alegría J y Tejedor Fernández M. Gestión clínica: conceptos y metodología de aplicación. Rev Calidad Asistencial 2002; 17 (5):305 - 11.

26. Tejedor Fernández M, Pérez Lázaro JJ y García Alegría J. Gestión clínica: Aplicación práctica en una Unidad Hospitalaria (II). Rev Calidad Asistencial 2003;18(2):125-31.

27. Programa de Certificación de Unidades, Centros e Instituciones sanitarias: Manual de estándares de Unidades de Gestión Clínica. [ME 5 1_07] [Internet]. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017.[consultado 2022 ago 22] Disponible en:

<https://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual-UGC.pdf>

28. Vigil Martín E, Tejedor Fernández M, Álvarez C, Labrador Gómez, D, Ruiz Tárraga R, Aragón Serrano G. Información Clínica, Grupos Relacionados con el Diagnóstico y Gestión Sanitaria. Informática y Salud 2006; 55: 54- 61.

29. Manual de elaboración de Planes Estratégicos de Políticas Públicas de la Junta de Andalucía. [consultado marzo 2022]. Disponible en:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/presidenciaadministracionpublicaeinterior/servicios/publicaciones/detalle/79115.html#toc-documentos-adjuntos>

30. Metodología de elaboración y seguimiento de los Planes Integrales. Consejería de Salud y Familias. [consultado abril 2022]. Disponible en:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/metodologia-plan.es.html>

31. Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. 2008 [consultado julio 2022]. Disponible en:

https://juntadeandalucia.es/export/drupalajda/Guia_perspectiva_genero_CS_2008.pdf

32. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados. 2009. [Internet]. [consultado febrero 2022]. Disponible en:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/guia-diseno-pai-segunda-ed.html>

33. Tutorial y herramienta de apoyo. Gestión y mejora de la seguridad del paciente. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. Disponible en:

<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/formacion/tutoriales/gestion-riesgos-mejora-seguridad-paciente/>

34. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Seguridad del Paciente Periodo 2015-2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. [citado 2022 ago 17] Disponible en:

<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>

35. Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público Andaluz. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias, 2019. [consultado 2022 ago 22]. Disponible en:

<https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/09/EstrategiaSeguridadPaciente.pdf>

36. Martín Tejedor Fernández, Francisco Javier Montero Pérez, Rosa Miñarro del Moral, Francisco Gracia García, Juan José Roig García, Ana María García Moyano. Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital: ¿cómo hacerlo? Emergencias 2013; 25: 218-227.

37. CMBD de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. [consultado 2022 ago 22]. Disponible en:

<https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/sistemas-de-informacion/cmbd-andalucia>

38. I. García Romera, A. Danet Daneta y J.C. March Cerdá. El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. Rev Calid Asist. 2010; 25(4): 200–206

39. March Cerdá JC, Danet A, Romero Valdecillos M y Prieto Rodríguez MA. Clima emocional en equipos de profesionales sanitarios de Andalucía. Revista de Calidad Asistencial 2010; 25(6): 372-377.

40. Mapas de competencias del SSPA. Metodología para la elaboración de mapas de competencias. [consultado 2022 ago 12]. Disponible en:

<https://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/metodologia-elaboracion-mapas-competencias-acsa.pdf>