

**XII Jornadas Técnicas de Inspección de Servicios  
Sanitarios**

**“Hacia la mejora de la calidad asistencial, por la  
tutela de los derechos”**

**RESUMENES**

**PONENCIAS, COMUNICACIONES Y PÓSTERES**

**Córdoba, 15 al 17 de Noviembre 2017**

## **PONENCIAS**

### **MESA 1: RETOS COMPARTIDOS EN LA EVALUACIÓN DEL USO ADECUADO DEL MEDICAMENTO.**

Modera: **Eutimio Jorge Tercero Fernández.**

Inspector farmacéutico Coordinador del Programa de Farmacia. Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios. Consejería Salud

### **VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA OFICINA DE FARMACIA.**

**Ángela Palop del Rio.**

Responsable Certificación Centros y Unidades Sanitarias. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)

Los profesionales de la farmacia familiar y comunitaria constituyen un primer nivel de asistencia sanitaria y, como profesionales cercanos a la población, han orientado su actividad a las nuevas necesidades de los pacientes, centrándose en aspectos como la adecuada atención farmacéutica, la seguridad del paciente y el uso correcto de los medicamentos, la promoción de la salud y la mejora de los estilos de vida, el desarrollo de nuevos servicios profesionales, etc.

Por este motivo, el Manual de Estándares de Farmacia Comunitaria publicado en 2015 por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), también se ha orientado a las necesidades de las personas que utilizan medicamentos. A través de 74 estándares repartidos en cinco bloques y once criterios, persigue la mejora continua de la atención farmacéutica y de los distintos servicios profesionales de valor añadido en el cuidado de la salud y mejora de la calidad de vida. El Manual incluye un anexo con otros 21 estándares específicos de aplicación en aquellas farmacias comunitarias que incluyan en su cartera de servicios la elaboración de Fórmulas Magistrales y Preparados Oficinales. Este Manual de estándares sustituye al anterior publicado en 2006, y pretende convertirse en una herramienta de referencia para el sector de la Farmacia Comunitaria.

El proceso de certificación de ACSA otorga un papel relevante a la autoevaluación, facilita el camino hacia la mejora continua y la mejora de la atención prestada a las personas. La autoevaluación se realiza con la ayuda de una aplicación informática vía web (ME\_jora C) que permite realizar el trabajo de forma estructurada, identificar y planificar áreas de mejora y gestionar la documentación de los servicios.

En esta presentación se mostrará brevemente en qué consiste el proceso de certificación, la estructura del manual de estándares, los resultados medios de cumplimiento en las oficinas de farmacia que ya han experimentado el proceso de certificación con ACSA, así como las principales áreas de mejora conseguidas durante las fases de autoevaluación y evaluación, que constituyen finalmente el valor añadido de este proceso.

### **MESA 2: INVESTIGACIÓN EN LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS..**

Modera: **Esther Álvarez Theurer..**

Doctora Medicina. Inspectora Médico Coordinadora Provincial IT. Delegación T Salud de Córdoba. Consejería Salud

## **CÓMO ELABORAR UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

### **Juan Luis Cabanillas Moruno.**

Doctor en Medicina. Jefe Servicio de Desarrollo Profesional y Formación. Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud.

La investigación es una de las tres facetas del ejercicio de la medicina y de la enfermería: asistencia-prevención, docencia e investigación. El alto ritmo de avances en dichos ámbitos hace que investigar sea una verdadera obligación para no condenarse al estancamiento.

Cuando se trata de elaborar un proyecto de investigación debemos reparar en algunos aspectos que resultan imprescindibles:

1. El Equipo Investigador: los conocimientos teórico-prácticos sobre la materia a investigar y la solvencia en el manejo del método epidemiológico han de estar garantizados en el equipo. Se debe escribir un cronograma con distribución de las tareas entre los componentes del equipo investigador.

Los investigadores han de valorar los problemas éticos que pudiera tener el estudio y someterlo al Comité de Ética de la Investigación acreditado correspondiente.

Habitualmente debe hacerse un presupuesto de los gastos que conlleva el estudio, y se hace siempre si se va a solicitar ayuda de una agencia externa de investigación.

2. Antecedentes del tema: se hace necesario realizar una revisión del tema a investigar y del marco teórico que lo sustenta. De esta forma las citas bibliográficas indican el grado de conocimiento de los investigadores sobre el tema, y han de ser adecuadas, actualizadas y ser analizadas por los investigadores con enjuiciamiento crítico. Es muy importante que la revisión se centre exactamente en el tema concreto del estudio, y no en aspectos generales de la materia a investigar.

3. Objetivos del Estudio: han de recogerse de forma medible los fines del estudio, de forma muy bien delimitadas, tanto cuantitativa como cronológicamente. Los objetivos tienen que ser originales, claros en la formulación del planteamiento a investigar y en su definición. Además de eso deben ser viables y de actualidad científica. Los investigadores han de evaluar la pertinencia del estudio y su aplicabilidad a la práctica diaria.

4. Metodología: hay que especificar el tipo de diseño epidemiológico elegido para dar respuesta a los objetivos, el ámbito donde se realiza el estudio, el cálculo del tamaño muestral y quiénes son los participantes, señalando claramente los criterios de inclusión y exclusión de participantes. También hay que recoger las variables, el análisis estadístico y el control de sesgos, es decir, qué sesgos pueden aparecer y si se evitan o si se controlan.

5. Análisis de los resultados: sirven para describir objetivamente los resultados, sin ninguna concesión a interpretaciones por parte de los investigadores. Han de ser comprensibles en su presentación y en su redacción.

6. Discusión: aquí los investigadores recogen las limitaciones de su estudio, interpretan, desde su punto de vista, los resultados obtenidos y los comparan con otros estudios recogidos en la literatura científica, señalando sus coincidencias y sus diferencias.

7. Conclusiones: estarán referidas exclusivamente a los resultados obtenidos en el estudio.

8. Recomendaciones: los investigadores pueden hacer algunas recomendaciones para poner en práctica los resultados de su proyecto de investigación-

## **FUENTES DE FINANCIACIÓN EN INVESTIGACIÓN.**

### **José Miguel Guzmán de Damas.**

Doctor en Farmacia. Gerente del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC) de Córdoba.

Nos encontramos en un contexto complejo en el que la presión financiera, el envejecimiento de la población y la aparición de nuevas tecnologías están cambiando el panorama sanitario. ¿ Qué papel deben de jugar los Institutos de Investigación Sanitaria /Fundaciones Gestoras de Investigación en este nuevo entorno?.¿Cómo financiar nuestros proyectos de investigación en este nuevo contexto?

Uno de los principales servicios que ofrecen estas entidades de gestión de la investigación es proporcionar al profesional del Sistema Sanitario Público de Andalucía las herramientas necesarias para facilitarle la captación de fondos para el desarrollo de su línea de investigación en el ámbito de la I+D+i en Salud.

Existen numerosas estrategias de financiación para los proyectos de investigación de investigación. Durante la exposición se van a explicar la diversidad de oportunidades de financiación las cuales se agrupan en:

-Convocatorias de ayudas. Financiación en concurrencia tanto competitiva como no competitiva de entidades públicas y privadas.

-Colaboraciones. Tanto con empresas privadas que buscan grupos de investigación para desarrollar I+D+i (demandas tecnológicas) como con otros grupos de investigación que llevan a cabo búsqueda de socios para participar en convocatorias internacionales.

- Otras formas de financiación. Como pueden ser los patrocinios para actividades concretas o venta de servicios.

## **ELABORACIÓN DE UN ARTÍCULO CIENTÍFICO.**

### **Manuel Romero Saldaña.**

Doctor en Biomedicina. Editor de revista científica.

La investigación sanitaria tiene por objeto profundizar en el conocimiento de la etiopatogenia, fisiopatología, tratamiento y prevención de las enfermedades. Los tipos de investigación, según el campo de trabajo (básica, clínica, y epidemiológica) o la metodología empleada (cualitativa o cuantitativa), intentan alcanzar un fin traslacional, o sea, que las conclusiones tengan una aplicabilidad en la práctica clínica.

De cualquier forma, el objetivo final de toda investigación es dar a conocer a la comunidad científica los resultados obtenidos. La forma más eficiente y académicamente más prestigiosa de divulgar el conocimiento es a través de la publicación en revistas científicas. Estas revistas acogen diferentes tipos de artículos: originales, originales breves, de revisión (sistemática, metaanálisis, narrativa), casos clínicos, editoriales, cartas al director, artículos divulgativos, etc.

Básicamente, los investigadores se enfrenta a dos cuestiones primordiales: qué tipo de artículo y a qué revista enviarlo. El artículo original es el formato más empleado por los investigadores para divulgar sus estudios, no en vano, más de mitad de los artículos publicados en todo el mundo son "originales". El artículo original es un documento escrito que contiene la descripción completa, clara y concisa de una investigación. Cada una de las partes del artículo original corresponde con una etapa del proceso de investigación. El esquema general de un artículo original es conocido como IMRYD: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. La redacción del manuscrito es un aspecto fundamental para alcanzar la publicación final. Por ello, se deben conocer los tres principios básicos: precisión (comunicar exactamente lo que se quiere decir), claridad (el texto se lee y entiende cómodamente) y brevedad (incluir sólo la información pertinente, utilizando el menor número de palabras). Además, el investigador debe saber qué información contendrá cada uno de los apartados del manuscrito, así como la elaboración eficaz de tablas, figuras, referencias, etc.

En cuanto a la revista, dos son los aspectos a tener en cuenta: el ámbito de la revista (scope) y su factor de impacto (FI). Publicar en revistas de impacto se ha convertido en una obsesión por los investigadores. El FI, aunque no es el único elemento, se ha convertido en el indicador “estrella” para clasificar las revistas científicas por el ISI (Institute for Scientific Information) y publicar anualmente el informe conocido como JCR (Journal Citations Report). Acceder a estas publicaciones es requisito indispensable para la promoción académica, para la consecución de becas y proyectos de investigación, en definitiva, aumentar el prestigio dentro de la comunidad científica.

En cuanto a la autoría existen directrices como las del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICJME) que señala tres requisitos para poder firmar un artículo científico: a) contribución a la concepción y diseño del estudio, a la obtención o análisis de los datos; b) escribir el borrador del artículo, o revisarlo críticamente; c) aprobación de la versión final del trabajo. Pero además, también es muy importante el orden adecuado: la posición de firma tiene en la actualidad un significado claro del nivel de contribución ya que sirven para otorgar crédito científico.

Finalmente, la investigación en el campo de la inspección de los servicios sanitarios debe abarcar los procesos de incapacidad temporal, la prestación de servicios sanitarios y farmacéuticos, el cumplimiento de estándares de calidad, etc.

## **ANÁLISIS Y REVISIÓN DE UN TRABAJO CIENTÍFICO.**

### **Javier Estebanz García.**

Doctor en Medicina. Inspector Médico Delegación T Salud de Málaga. Consejería Salud

Un objetivo básico de un trabajo científico es el de dar a conocer los resultados del mismo a la comunidad científica. La forma más común de comunicación de resultados de un trabajo científico es a través de artículos originales que se remiten a revistas científicas para su difusión. La admisión de artículos para su publicación se ha ido procedimentalizando con la exigencia de unos requisitos cada vez más garantistas de la calidad y utilidad de los trabajos, que pueden variar según la revista científica de que se trate, aunque con patrones comunes que se sirven, además, de sistemas de revisión por pares, quienes a través de diferentes guías de estándares de calidad de los trabajos científicos ayudan al editor en la toma de decisiones para publicar.

El éxito y la translación práctica de un trabajo científico, dependen en buena medida de la correcta difusión de los resultados del mismo. En la publicación se implican fundamentalmente, comités internacionales de editores, revistas científicas, editores, revisores, guías de estándares para la admisión y la publicación y guías de estándares para revisión de artículos.

Si bien el objetivo de los propietarios de una revista científica puede incluir aspectos comerciales, el objetivo del editor, cuya decisión ha de ser libre, ha de basarse en la validez del trabajo y en la importancia que puede tener para los lectores, para ello se han ido formalizando procedimientos de revisión con los que el editor pretende obtener un alto nivel de seguridad sobre la utilidad de los objetivos del estudio, sobre la validez de la metodología utilizada, sobre la coherencia y reproductibilidad de los resultados obtenidos, y sobre las correctas conclusiones del trabajo; para ello el editor pide a los revisores que con el apoyo de las guías adecuadas en cada caso, analicen la originalidad del artículo, la pertinencia y utilidad de las preguntas planteadas en la investigación, el rigor metodológico de los argumentos presentados, la coherencia entre resultados obtenidos y preguntas planteadas y el correcto planteamiento de las conclusiones además de verificar si las referencias bibliográficas utilizadas por los autores son correctas y actuales.

La medida del éxito de la publicación se la va a proporcionar al editor el índice de impacto de la publicación, medida a través del número de citas que ese artículo

tenga en artículos publicados por otros autores en otras revistas, ese número de citas contribuye a elevar el impacto global de la revista, ya que el factor de impacto de una revista se mide por el número de citas recibidas durante un año con respecto al número de artículos publicados por la revista en los dos años anteriores. El impacto, contribuye al prestigio de la revista y consolida la presencia de la misma en las principales bases de datos científicos internacionales como medline, Web of Knowledge, EMBASE, etc.

### **MESA 3: LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA EVALUACIÓN COMPARTIDA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.**

Modera: **Belén Illa Valdivieso.**

Inspectora Médico. Equipo Provincial de Inspección de Servicios Sanitarios de Granada.

### **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN CENTROS SOCIOSANITARIOS.**

**Julia Ortega Limón.**

Enfermera Subinspectora. Equipo Provincial de Inspección de Servicios Sanitarios de Sevilla.

El envejecimiento es un proceso evolutivo normal de los seres vivos, durante el cual se originan cambios biológicos de carácter acumulativo y persistente a lo largo de la vida. En un estudio publicado por Naciones Unidas en (2002), se califica el envejecimiento demográfico” como una tendencia a escala global sin precedentes en la historia de la humanidad”. La población de personas mayores de 60 años, ha pasado de 200 millones en los años 50 a sobrepasar los 700 millones en 2009. Se espera, que supere los 2000 millones en 2050.

El impacto social de este fenómeno plantea problemas importantes a las instituciones sociales y al sistema sanitario.

Este cambio del perfil de la población mundial se ha visto reflejado en España y en nuestra CCAA. Los mecanismos fundamentales por los que aumenta la esperanza de vida en las sociedades industrializadas, van unidos a avances en la salud pública, reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas, éxito sanitario en el tratamiento de enfermedades agudas (cronificándose en el tiempo) etc. Estos elementos modifican el perfil sanitario de esta población.

Las sociedades industrializadas fomentan cambios del entorno familiar, etc. que repercuten en el estilo, formas y entornos tradicionales donde residía este grupo etario. Es cada vez más habitual la institucionalización del anciano en centros gerontológico en los que conviven con carácter temporal o permanente personas mayores con algún tipo de dependencia.

La evaluación de la calidad asistencial, requiere valorar la oportunidad y conveniencia de las medidas necesarias para identificar, analizar, priorizar los problemas, y monitorizar cambios. Dirigidos al logro de los objetivos de la calidad asistencial, en relación a perseguir, mejorar y conservar la continuidad de la atención socio-sanitaria.

La puesta en marcha de un proceso de evaluación de la calidad asistencial en centros sociosanitarios, exige coordinar el sistema de reparto de competencias entre los participantes, proveedores de servicios sanitarios, sociales y entidades empresariales públicas o privadas, familiares etc. Está vinculado a las actuaciones Inspectoras como garantes en la comprobación de adecuación y cumplimiento de la norma sobre la asistencia prestada y las demandas requeridas.

Se propone aplicar una metodología que facilite a) el compromiso de evaluar la calidad asistencial ofertada por SSP ante problemas de salud enmarcados dentro de

procesos asistenciales que pueden ser considerados como referentes y trazadores para la selección de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación de los resultados de la atención asistencial, de cuidados y prescripciones farmacoterapéutica, etc, b) revisar acuerdos o normativas que regulan procedimientos de dotación de recursos o ratio c) unificar criterios que garanticen la calidad de las prestaciones.

En todo este proceso se detecta la necesidad de profesionales especializados en Geriátrica en el entorno de la Atención Primaria de Salud (APS) del SSP. Puesto que el porcentaje más significativo de demandas sanitarias de este grupo de población, se atienden a través de los profesionales sanitarios de los Centros de Salud a los que están adscritas las Residencias, sería conveniente diseñar y poner en marcha, un plan Gerontológico en la red de (APS).

## **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS CLÍNICAS DENTALES.**

### **Manuel Seris-Granier Escolar.**

Director de la Inspección Provincial Delegación T. de Cádiz. Consejería de Salud. .

En la Orden de 24 de febrero de 2017, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios, se publica el "Primer Marco Director de Inspección de los Servicios Sanitarios de Andalucía", y establece en el objetivo nº 2 la "Evaluación y Control de la Atención Sanitaria Prestada en Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios Públicos y Privados", recogiendo la realización de estudios de evaluación de resultados basados en la calidad continua y mejoras en la prestación de servicios sanitarios. Dentro de este objetivo se incluye la evaluación de la calidad en las consultas dentales.

En el programa se evalúan aspectos relacionados con los derechos y garantías de los pacientes, con la seguridad del paciente y de los profesionales y por último con el proceso asistencial.

Dentro de los derechos de los pacientes se han seleccionado los derechos a la toma de decisiones autónomas (consentimiento informado (CI) y el derecho a la información. Para evaluarlo se ha comprobado si el centro dispone de formularios de CI relacionados con su oferta de servicios, la estructura de contenidos de los formularios, si los mismos están correctamente cumplimentados y si se archivan en la historia clínica del paciente. En relación con el segundo se ha estudiado la publicidad que realizan los centros en relación a su cartera de servicios.

En relación, a la seguridad de los pacientes y de los profesionales la evaluación se ha centrado fundamentalmente en dos aspectos; por un lado, la existencia y correcta aplicación de un protocolo de limpieza, desinfección y esterilización del instrumental y de los equipos odontológicos así como la realización y registro de los controles establecidos por la clínica para acreditar la eficacia de la esterilización, y por otro en la bioseguridad analizando si el centro incorpora buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad en los usuarios y profesionales; si registra y realiza un análisis de los riesgos y acontecimientos adversos ocurridos, y si han puesto en marcha actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición; y por último si el centro tiene implantadas estrategias para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria.

Dentro de este capítulo, se comprobó también la existencia de un registro de los informes realizados por la UTPR y de los controles dosimétricos con una periodicidad máxima de un mes, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento sobre Protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes actualmente vigente y la existencia de un protocolo de actuación, ante la notificación por parte de una trabajadora, de su estado de embarazo o lactancia.

Otro aspecto evaluado de la seguridad del paciente ha consistido en analizar la trazabilidad de los productos sanitarios utilizados, en concreto si el centro disponía de la declaración de conformidad del sistema completo de Garantía de Calidad aplicado por el fabricante que le provee tanto de los implantes como de las prótesis, así como si dicha declaración se le entrega al paciente y queda una copia de la misma en la historia clínica.

En la seguridad en el uso de infraestructuras y equipamiento se ha evaluado si el centro dispone de un censo de equipos electromédicos, de un plan de mantenimiento de los equipos y si se registran las incidencias y verificaciones realizadas sobre los mismos.

En relación con el tercer aspecto evaluado, el proceso asistencial, se han analizado dos cuestiones, la primera si el centro dispone de PNT o Guías Clínicas al menos, para la realización de endodoncias, exodoncias, implantes en su caso, y tratamiento de caries y en segundo lugar, si en el centro se realizan implantes se verifica si se emplean listados de verificación quirúrgica y si se emiten informes de altas después cada implante y un informe fin del proceso.

## **PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN CENTROS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.**

### **Blas García Vargas-Machuca.**

Coordinador de Programas. Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. .

La Inspección de Servicios Sanitarios es un instrumento al servicio de la Administración Pública para garantizar la tutela del derecho a la protección de la salud. Para ello y tal como recoge su Reglamento y los diferentes Planes Anuales ejerce las funciones de inspección y control de centros, establecimientos y servicios sanitarios públicos, concertados y privados y de las prestaciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Andalucía, respecto al cumplimiento de las normas y de la calidad asistencial prestada.

Entre estos se encuentran los que obtienen, procesan, almacenan, distribuyen y/o aplican e implantan sustancias de origen humano, ya sean Centros o Establecimientos de Transfusión, Células y Tejidos, o de RHA.

La Comisión Europea a través de la financiación de acciones conjuntas (EusTITE, VISTART, ARTHIC, etc ) está promoviendo la armonización de las actuaciones de inspección y control.

Siguiendo estas directrices, en Andalucía se ha elaborado una Guía de Evaluación de Centros de RHA, que se publicará en la web de la Consejería. No solo orientada a la inspección de las unidades asistenciales definidas en el Real Decreto 1277/2003. También a evaluar la calidad de los Procesos Asistenciales incluidos en las actividades de Reproducción Humana Asistida.

Evaluación en la que sin duda estará presente la verificación del cumplimiento de las normas que le sean exigibles, pero cuya visión se plantea con el objetivo más amplio de evaluación de los criterios de calidad, de forma especial los de seguridad que están definidos por norma y/o por consenso basado en la evidencia científica, tanto si se trata de estructura, como de procedimiento y de resultados.

Para ello, además de las referencias normativas para la elaboración de este protocolo, se ha contado también con la colaboración del Servicio Andaluz de Salud; de profesionales médicos y biólogos del ámbito público y privado, miembros de Sociedades Científicas como ASEBIR y SEF.

En la Guía se definen los subprocesos que integran el Proceso RHA: 1.- Estudio Básico de Esterilidad, masculina y femenina. 2.- Inseminación Artificial 3.- F.I.V. y Microinyección Intracitoplasmática 4.- Donación de óvulos con fines reproductivos 5.- Crioconservación de gametos y de embriones. -5A Banco de Ovocitos -5B Banco de



semen -5C Banco de Preembriones 6.- Preservación de la fertilidad 7.- Diagnóstico Genético Preimplantacional.

Se verificará los requisitos estructurales relativos a instalaciones, equipamiento general y específico, así como personal. Asimismo, se comprobarán los requisitos específicos de los subprocesos asistenciales previamente definidos y los de selección y evaluación de donantes. En todos los subprocesos se ha incorporado los criterios de calidad de organización, procedimientos y resultados.

En los Planes Anuales de Inspección se definirán las inspecciones completas o temáticas que en razón de criterios basados en el riesgo evaluado, en el volumen de actividad, en la necesidad de garantizar la conformidad con la norma en materia de seguridad, o a petición de la Autoridad competente, hayan de realizarse.

Los profesionales de la Inspección que realicen esta actividad tendrán formación específica con acreditación de competencias adquiridas, ello permitirá unificar criterios, así como evaluar el trabajo realizado, buscando la excelencia profesional..

## **AUDITORIA COLABORATIVA "MODUS OPERANDI" DE LA INSPECCIÓN. EXPERIENCIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE CASTILLA LA MANCHA.**

### **Rafael Peñalver Castellano.**

Inspector médico. Subdirector Gerencia de Coordinación e Inspección del SESCAM. Toledo. .

El SNS español le tiene encomendada a los Servicios de Salud, a través de sus profesionales de la inspección sanitaria, la tarea de control y evaluación de los servicios sanitarios , según se dispuso la Ley 14/1986, de 25 de abril , General de Sanidad, en sus artículos 30 y 31 que establece que las autoridades sanitarias competentes realizarán el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles, disponiendo que todos los centros y establecimientos sanitarios estarán sometidos a la inspección y control sanitarios

Para hacer efectivo este mandato competencial, el colectivo de profesionales de la inspección de servicios sanitarios viene planteándose, incluso desde antes de la publicación de esta Ley General de Sanidad, la metodología más eficaz para realizar esta evaluación y control. Así se han venido realizando entre otros muchos métodos: Elaboración de informes de inspección, evaluaciones puntuales, inspección por programas, auditorías operativas, auditorías sanitarias, auditorías internas, auditorías externas, entre otras muchas.

La herramienta más frecuentemente utilizada por la inspección de Servicios Sanitarios en los últimos 15 años, es la Auditoría Interna, aunque con cierto confusionismo conceptual a veces se ha identificado como Auditoría Externa. Desde Castilla La Mancha y basándonos en la experiencia de las Auditorías de los Servicios de Urgencias Hospitalarios realizado en 2011, proponemos como herramienta de trabajo idónea para evaluar servicios sanitarios el modelo de Auditoría Colaborativa.

**AUDITORÍA COLABORATIVA:** Se realiza cuando en el análisis la estructura y del proceso asistencial se implican profesionales del centro o servicios y auditores de la autoridad ordenante. Acuerdan, consensuan procedimientos, objetivos y criterios para la elaboración de propuesta y mejoras.

### **Auditorías de los Servicios de Urgencias de los Hospitales de Castilla-La Mancha. 2011**

**ORDENANTE:** Consejería de Sanidad de Análisis del funcionamiento de los Hospitales de los Servicios de Urgencias de Castilla-La Mancha.

**OBJETIVO:** Por una parte, se pretendía la determinación de áreas de mejora de los servicios de Urgencias Hospitalarias de castilla La Mancha y la homogeneización de

los procesos y procedimientos asistenciales de la atención a los pacientes que van a Urgencias.

**RESPONSABLES:** La Gerencia de Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones solicitó a la Sección de Castilla-La Mancha de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) su colaboración para la realización de un protocolo de evaluación de estos servicios y para su aplicación..

**AUDITORES:** Constitución de equipos auditores compuestos por cinco personas: dos representantes de los Servicios de Urgencias auditados (correspondientes a centro distinto) y tres miembros de la Inspección de la provincia de ubicación del centro, uno de los cuales actuará como Jefe de Equipo de Auditoría.

**METODOLOGÍA:**

- Elaboración de Protocolo que contempla estructuras y procesos, incluyendo entrevistas a trabajadores y usuarios de los Servicios de Urgencias.
- Análisis de la documentación solicitada con carácter previo a la visita.
- Complimentación por los auditores, en presencia de los responsables del servicio, de un modelo de evaluación de los Servicios de Urgencias consensuado, que permite realizar un análisis objetivo de la situación y de los siguientes aspectos:
  - Estructura física, instalaciones y equipamiento e instrumental.
  - Material e instrumental clínico en diferentes áreas específicas: pediatría, sala de críticos y consultas/boxes.
  - Aspectos funcionales y organizativos.
  - Análisis del proceso asistencial urgente: criterios de calidad.
- Visita a las instalaciones, realizada por parte del equipo de forma simultánea a la cumplimentación del cuestionario, y por todos los auditores en diferentes momentos para tener una visión de la urgencia “en funcionamiento” en diferentes tramos horarios.
- Realización de entrevistas a diferentes personas relacionadas de forma directa, o indirecta, con la urgencia y con la estructura directiva del centro, que nos permitan una aproximación al entorno de la urgencia en el centro.

**RESULTADOS:**

1. De la visita a las instalaciones y cumplimentación del cuestionario de valoración referidas a las áreas de estructura, organización y calidad.
2. Áreas de mejora del servicio. En orden decreciente según el grado de consenso obtenido entre los diferentes auditores y siempre referidas a las áreas de estructura, organización y calidad.

#### **MESA 4: DESARROLLO PROFESIONAL: UTILIDADES Y EXPERIENCIAS ACTUALES.**

Modera: **Joaquín Carmona Díaz-Velarde.**  
Médico Inspector. Subdirección de la ISS.

#### **LA GESTIÓN DEL DESARROLLO PROFESIONAL COMO HERRAMIENTA CLAVE EN EL CAMBIO DE LAS ORGANIZACIONES. ACOMPAÑANDO A LOS CAMBIOS EN LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS DE ANDALUCÍA.**

**Joaquín Carmona Díaz-Velarde.**  
Médico Inspector. Subdirección de la ISS.

“La experiencia demuestra que realmente resulta muy difícil observar una gestión de desarrollo de personas en una organización si está no dispone de un proceso de gestión del desempeño sistematizado, asumido por la mayoría de sus profesionales y con consecuencias prácticas en la promoción, retribución y otros subsistemas de la empresa”.

A finales del siglo pasado, condicionado por la globalización, por los cambios y avances tecnológicos, por una mayor competitividad y por una necesidad de evaluación y acreditación de resultados, la evaluación del desarrollo profesional en las empresas cobró una especial importancia como elemento clave de cambio de las organizaciones. Estos cambios obligan a los profesionales de las organizaciones a una mayor capacidad de implicación, de innovación, de aprendizaje, de trabajo en equipo y de liderazgo. ¿Estos aspectos mencionados, son solo necesarios en las empresas privadas o también se deberían de incorporar en la gestión del desarrollo profesional de las administraciones públicas?

Con el desarrollo del Marco director de la ISS de Andalucía (2017-2019), se establece una orientación de la inspección a hacia las garantías de los derechos de la ciudadanía, basados en el control y evaluación de la atención sanitaria de los servicios sanitarios, públicos y privados, tanto de su marco de normativo como de la calidad de la misma.

Esta nueva orientación de la ISS ha provocados cambios en los objetivos a desarrollar y en las herramientas a utilizar, en el “que” y en el “como”. A las competencias establecidas antiguamente en las tareas de la Inspección, se han incorporado nuevas competencias para garantizar las capacidades que las nuevas funciones obligan. A finales del 2016 se definió un Mapa de competencias de la ISS de Andalucía, como herramienta que ayude a definir las aptitudes propias de los diferentes profesionales de la misma. Este trabajo se realizó por consenso y con participación de los propios profesionales de la Inspección. Junto con ello se estableció un plan de desarrollo individual de total de la plantilla, con acciones de mejoras y actividades formativas, con un nivel de desarrollo heterogéneo, dependiendo de las necesidades y lugar de trabajo. Determinadas habilidades y capacidades de auditoria y evaluación, vinculadas a procesos específicos (RHA, Sustancia de Origen Humano, IVE,..) se han adquirido por cursos específicos. Acompañando a este desarrollo, se ha ido regularizando las formas de trabajo, bajo guías y protocolos, lo que ha permitido homogeneizar el trabajo en la ISS y garantizar una transparencia para la población.

El desarrollo profesional no es un camino falto de dificultades, como herramienta debe estar vinculada con la estrategia de la organización, necesita de un convencimiento de sus cargos directivos y de sus profesionales, las competencias a adquirir deben ser coherentes con las tareas a realizar, sin formación o desarrollos de áreas de mejoras es difícil adquirir habilidades y reconocimientos, ... El desarrollo profesional debe ser un equilibrio entre las funciones a realizar, la capacidad de hacerlo, el cómo hacerlo y cómo adquirir la capacidad de hacerlo.

## **MESA 5: LA GESTIÓN COMPARTIDA EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL: DIFICULTADES PARA LA TOMA DE DECISIONES.**

Modera: **Carmen Bretones Alcaraz.**

Inspectora Médico del Cuerpo Sanitario de la Administración de la Seguridad Social. Coordinadora de la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades y Directora de la Inspección Provincial de Servicios Sanitarios de Almería.

## **LA GESTIÓN DEL DESARROLLO PROFESIONAL COMO HERRAMIENTA CLAVE EN EL CAMBIO DE LAS ORGANIZACIONES. ACOMPAÑANDO A LOS CAMBIOS EN LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS DE ANDALUCÍA.**

**José Javier Martín García. Beatriz Herruzo Caro**

Especialistas en Medicina y Enfermería del Trabajo. Unidad de Prevención de Riesgos Laborales 1-3 Distrito Córdoba-Guadalquivir.

El sistema de gestión de prevención en riesgos laborales del Servicio Andaluz de Salud (SGPRL-SAS), establece la realización de exámenes de salud tras incapacidad laboral (IT) en su procedimiento 15, de adaptación del puesto de trabajo, y en su procedimiento 22 de Vigilancia de la Salud.

Además, el procedimiento 15, reserva un acceso urgente de aquellas incorporaciones de más de un mes, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar la adopción de las restricciones laborales oportunas.

El objetivo principal es conocer el perfil del profesional tras periodos de IT repetidos y prolongados (género, edad, categoría, situación laboral, diagnóstico principal). Como objetivos específicos, destacar:

- Evaluar la tendencia temporal de los exámenes de retorno de IT.
- Describir las medidas de restricción laboral adoptadas y las dificultades surgidas en su implantación.
- Analizar la eficacia de la coordinación entre INSS, UMVI y Vigilancia de la Salud en la reincorporación de profesionales.

Diseño: estudio descriptivo transversal (prevalencia).

Se evaluó a los trabajadores del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir que acudieron a Vigilancia de la Salud en su reincorporación al puesto de trabajo tras un periodo de IT.

Resultados

Desde 2013 hemos realizado 190 exámenes de salud tras IT, de los cuales 83 fueron a petición de la UMVI (43,68%). El perfil del profesional que acude a vigilancia de la salud tras IT es principalmente mujer (73,68%), personal fijo (90,53%), y enfermera (39,47%).

Se emitieron 85 restricciones laborales, siendo la medida más prevalente evitar la manipulación de cargas / realización de esfuerzos físicos intensos (21,05%).

La duración media de la gestión de los procesos remitidos por el mando o a petición del trabajador fue de 17 días, mientras que la de los derivados por UMVI fue de 9 días.

Los procesos de valoración y el número de adaptaciones realizadas en los trabajadores solicitados por UMVI respecto al total de exámenes tras IT, muestran una tendencia progresivamente creciente.

Tras formación descentralizada en los procedimientos del SGPRL-SAS se incrementa progresivamente el número de RRMM tras IT, inicialmente a petición del trabajador o comunicación de su mando intermedio, posteriormente a petición de UMVI (61,22% de casos en 2017, 84,21% con adaptación). Los procedimientos de adaptación se han realizado principalmente en DUE por patología osteoarticular. No se han producido recaídas en los procesos adaptados.

Conclusiones

La coordinación de actuaciones entre UMVI y el personal sanitario de las unidades de vigilancia de la salud, posibilita completar la mayoría de procedimientos de adaptación antes de su reincorporación laboral efectiva.

Las medidas de restricción laboral no han implicado un cambio de puesto de trabajo, gracias a la adopción de medidas organizativas de los mandos intermedios, sustentadas en la implicación y resoluciones de la dirección gerencia del distrito.

## **LA INCAPACIDAD TEMPORAL, SITUACIONES CONTROVERTIDAS EN SU GESTIÓN Y PROPUESTA DE CREACIÓN DE UNA INSPECCIÓN MÉDICA DE TRABAJO.**

### **Araceli Lopez-Guillén Garcia**

Especialista en Medicina del Trabajo. Inspectora de la Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social. Inspectora Médico INSS Murcia.

La gestión adecuada de la IT (Incapacidad Temporal) consiste en que estén en situación de IT aquellos trabajadores que realmente deben estarlo. La gestión correcta no es “ahorrar” o disminuir costes, supone el uso racional de la prestación sobre la base de la correcta valoración médico funcional. Gestionar bien la IT es disponer de un correcto análisis de los datos de IT y sus variables, proceder con un adecuado control de las situaciones individuales según proceso de salud, según trabajador y el individual curso de una enfermedad y su consecuencia en la prestación posible del trabajo).

Podemos encontrarnos con situaciones especialmente controvertidas que nos requieran una consideración especial.

Ejemplos de estas situaciones son:

- Pacientes con patologías que precisan periodos de IT de larga duración y que por complicaciones en la evolución de la cirugía agotan los plazos establecidos por la ley obligando al inicio de un expediente de incapacidad permanente.

- Pacientes con patologías que cursan en brotes y que acumulando los procesos exceden el número de días de IT. En estos casos también nos vemos obligados a iniciar expedientes de IP.

- Patologías de gran entidad clínica como las oncológicas que a pesar de que remitan en su sintomatología generan una merma en la capacidad laboral del paciente. Curación clínica versus Recuperación de la Capacidad Laboral.

- Patologías que precisan tratamientos multidisciplinares pudiendo quedar secuelas de cada uno de estos tratamientos (tratamiento quirúrgico, tratamientos con quimioterapia y radioterapia, tratamientos hormonales, reconstrucciones plásticas, tratamiento rehabilitador, tratamiento psiquiátrico...)

Conviene analizar la situación de la incapacidad temporal desde la perspectiva médica y la laboral, valorar el papel de las entidades de control en IT actuales, y su interrelación con atención primaria y con la prevención y medicina del trabajo, para garantizar la protección de la salud laboral y la adecuación de esta prestación.

Es imprescindible facilitar la intercomunicación entre las partes, evitando compartimentos estancos, entre el ámbito de la atención médica, el valorador de la incapacidad y el de la valoración preventiva y de salud laboral.

Sería muy interesante contemplar nuevas actuaciones normativas que implementasen fórmulas de incorporación tras IT permitiendo las incorporaciones parciales, hasta la restitución de las capacidades perdidas, en aras a procurar un retorno al trabajo más temprano y en condiciones más favorables que aumenten la seguridad en salud laboral.

De la misma manera y en respuesta a las características de empleo en estos momentos, sería un avance hacer compatible la situación de IT con la de alta para aquellos trabajos con distintas exigencias requisitorias. La pluriactividad, el pluriempleo son cada vez más frecuentes lo que permitiría una situación de beneficio para el paciente y mejora global del sistema productivo.

La creación de una Inspección Médica de Trabajo podría ser cooperadora en la gestión del fraude en las situaciones concretas de incapacidad temporal dando respuesta ágil a la resolución de estas situaciones de ilegalidad.

De la misma manera sería competencia de este cuerpo el control, la asistencia sanitaria prestada por las mutuas en las situaciones de incapacidad temporal con objeto de salvaguardar las condiciones de salud de la población trabajadora.

## **PAPEL DE LA INSPECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE ANDALUCÍA EN LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES.**

### **Carmen Bretones Alcaraz.**

Desde el inicio de los procesos de Incapacidad Temporal (IT) hasta el cumplimiento del día 365, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS), Empresas

Colaboradoras, Entidades Gestoras y el Servicio Público de Salud comparten determinados aspectos de la gestión y control de esta prestación. En el marco de esta gestión compartida de la IT, la comunicación con el SSPA se realiza a través de la Inspección de los Servicios Sanitarios de Andalucía, más concretamente a través de las Unidades Médicas de Valoración de Incapacidades (UMVI), existentes en cada una de las ocho Direcciones Provinciales de Inspección de Servicios Sanitarios.

En la práctica diaria el Médico de Atención Primaria (MAP), al emitir una baja laboral, se enfrenta a situaciones controvertidas que adquieren una mayor complejidad cuando la situación determinante de la Incapacidad Temporal es un Accidente de Trabajo (AT) o una Enfermedad Profesional (EP). Esto es consecuencia, por un lado, de su propia naturaleza al tener que establecer el nexo causal con el trabajo y, por otro, de la escasa información que los Médicos prescriptores de bajas tienen sobre las Contingencias Profesionales, especialmente en el caso de la EP.

La diferenciación entre Contingencias Comunes y Contingencias Profesionales trasciende el plano puramente conceptual y se traduce en un régimen jurídico diferenciado para estas últimas, que hace que revista una enorme trascendencia calificar una determinada patología como Enfermedad Profesional. Estos supuestos son el origen de controversia en cuanto a la contingencia determinante de la situación de IT, que se produce entre las diferentes entidades que participan en su control, lo que determina que el paciente vuelva a la consulta de su médico de cabecera en busca de una solución.

El MAP cuenta con el apoyo y la tutela de la UMVI, con el Inspector Médico asignado a su clave médica, al que puede consultar la actitud a tomar ante estas situaciones comprometidas y remitir al paciente para valorar la posibilidad de iniciar un expediente de cambio de determinación de contingencia de oficio.

La reforma del marco normativo de las Enfermedades Profesionales que rige desde 2007 supuso una adaptación a la legislación comunitaria y un considerable esfuerzo de actualización, racionalización y sistematización de la normativa existente. Pero no se ha resuelto el problema de la infradeclaración de EEPP, a lo que se le suma la escasa notificación de sospechas de EP por parte de los facultativos del SPS y de los médicos de los Servicios de Prevención. De la experiencia acumulada en estos años se evidencia que no lo estamos haciendo bien o que, al menos, lo podemos hacer mejor.

Con este objetivo, en nuestra Comunidad Autónoma se ha puesto en marcha el Programa Interdisciplinar de Salud Laboral, que establece una estrecha coordinación entre la Autoridad laboral, (los CPRL y la Inspección de Trabajo) y la Autoridad Sanitaria (Vigilancia Epidemiológica y la Inspección de Servicios Sanitarios).

La metodología incluye el desarrollo de un Plan de Formación del MAP sobre las EEPP, que le capacite para valorar los elementos que distinguen a estas Contingencias y para comunicar la Sospecha de Enfermedad Profesional. Además, se contempla la implicación y formación de determinados Médicos Especialistas en la comunicación y notificación de Sospecha de EEPP.

Para lograr una mayor efectividad, los inspectores de la UMVI tendrán acceso a la Red de Alerta, donde se registran todas las comunicaciones de Sospecha de EP, con una valoración conjunta del caso entre el Facultativo que comunica la Sospecha y el Inspector médico de la UMVI, acerca de la procedencia de baja laboral, de la contingencia determinante y del inicio, en su caso, de expediente de oficio de determinación de contingencia ante la Entidad Gestora, previa comunicación y solicitud de informe a la MCSS.

A raíz de la comunicación de la Sospecha de EP, la Unidad de Centros de la Inspección de Servicios Sanitarios, realizará el control de calidad de la Unidad de Vigilancia de la Salud del Servicio de Prevención implicado. Posteriormente podrá dar lugar a una comunicación a la Autoridad Laboral en caso de ausencia del documento de evaluación de riesgos u otras deficiencias detectadas.

Otra novedad a destacar es la Búsqueda activa de la Contingencia Profesional por parte de la Inspección, con utilización de listados de IT del Módulo de Tratamiento de la Información (MTI) del Programa Sigilum Milenium y de los Registros Hospitalarios para la detección de sucesos centinela. Además se establecerán Acuerdos de Colaboración en la Gestión (ACG) con las Direcciones Gerencia de Centros Hospitalarios para implicar a médicos especialistas en esta búsqueda activa, con recogida de datos laborales en las consultas de las UGC relacionadas con los diagnósticos seleccionados, para establecer su posible nexo de causalidad con el trabajo. Este procedimiento se coordina con la facturación a terceros de los gastos asistenciales ocasionados en el SPS por las situaciones de IT, que tras expediente de determinación de contingencia, mediante resolución del INSS, se declaren derivadas de contingencia profesional.

Por último, esta búsqueda de la Patología Profesional también se debe realizar en los expedientes de incapacidad, Temporal o Permanente, valorados en las sesiones EVI. Para la propuesta de calificación en la propia sesión o para posterior apertura de expediente de determinación de contingencia de oficio.

## **COMUNICACIONES Y PÓSTERES**

### **TRASTORNO MENTAL, IDEAS / INTENTOS AUTOLÍTICOS EN INCAPACIDAD TEMPORAL.**

**Fernández Chinchilla M.I, Galiano Duro B, Torio Duránte J.**

#### **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos mentales son un problema de salud y causa de Incapacidad Laboral (IT). El suicidio es una cuestión de Salud Pública. Es necesario conocer sus causas.

#### **OBJETIVOS**

-Identificar características sociodemográficas, laborales, clínicas de personas en IT por trastorno mental.

-Valorar prevalencia ideas/intentos autolíticos y características asociadas a su presentación.

#### **MÉTODO**

Estudio transversal. Unidad Médica Valoración Incapacidades Jaén. Pacientes (n=102). IT por trastorno mental. Dos médicos/evaluadores. Abril - junio 2016.

Variables: edad, sexo, fecha IT, ocupación, diagnóstico IT y CIE 10, concordancia diagnóstica, antecedentes familiares, intento suicidio previo, ingreso hospitalario, consumo drogas, alcohol, tendencias impulsivas, entorno vital, ideas suicidas durante la IT, intento autolítico durante la IT y tratamiento.

Análisis descriptivo .Análisis bivalente Chi cuadrado y Anova. Regresión logística.

#### **RESULTADO**

La edad media 45,85 años [desviación estándar (DE):10,23]. 62,7 % mujeres; 65,7% con contrato de trabajo en la fecha del reconocimiento. La media días IT 143,57 (DE:73,89). El diagnóstico en los partes de IT fue "alteración mental" en un 25,5 %. Según CIE 10, 57,8% fueron trastornos neuróticos, seguidos trastornos humor/afectivos 28,4 %. No concordancia diagnóstica (70,6%)

Presentan antecedentes de suicidio familiar 18,62%. Un 16,7% refiere haber tenido intento suicidio anterior (76,92% documentados). Durante el proceso de IT, 21,6% refirió ideas autolíticas y 22,72% de estos tuvieron intento autolítico (80% documentados).

Las ideas/intentos autolíticos se asocian estadísticamente con duración IT (media 137 días vs 169), sexo (31% hombres frente 16% mujeres), trastornos humor y psicosis (34% frente 12% neurosis). Antecedentes familiares psiquiátricos (31% vs 12%). intento suicidio previo (47% vs 16%), agresividad (48% vs 10%) drogas (54% vs 18%) alcohol (39% vs 17%). Regresión logística solo agresividad (b=6,5) y neurosis (b=0,24) asociadas a ideas/intentos suicidas.

#### CONCLUSIONES

Más del 20% de los pacientes en IT por problemas de salud mental presentan ideas autolíticas. Más frecuencia en hombres, con trastornos del humor y psicosis, con antecedentes familiares psiquiátricos, intento previo de suicidio, agresividad y consumo drogas o alcohol. En la regresión logística, solo agresividad (b=6,5) y neurosis (b=0,24) se mostraron asociadas a las ideas autolíticas-

### **APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN (M.L) EN EL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE PROPUESTA DE ALTA MÉDICAS FORMULADAS POR LAS MUTUAS (P.A.M) DERIVADAS DE CONTINGENCIAS COMUNES.**

**Ruiz Redondo J.M, Sánchez Higuera M.P, Lozano Días M.P, Perez Díaz S., Peñalver Castellano R.**

#### INTRODUCCIÓN

El R.D 625/2014, de 18 de Julio (BOE-A-2014-7684), dio respuesta a los nuevos planteamientos legales y al avance en la coordinación de actuaciones por parte de los servicios públicos de salud, de las entidades gestoras de la Seguridad Social y de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, modificando la gestión de las P.A.M.

En los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes cuya cobertura corresponda a una MUTUA, cuando ésta, a la vista de los partes médicos de baja o de confirmación de la baja, de los informes complementarios o de las actuaciones de control y seguimiento que desarrolle, considere que el trabajador puede no estar impedido para el trabajo, podrá formular, a través de los médicos adscritos a ella, propuestas motivadas de alta médica,

Dicho procedimiento está regulado en el mismo, y se resume:

- Remisión P.A.M a las unidades de inspección médica del servicio público de salud.
- Remisión a los facultativos o servicios médicos a quienes corresponda la emisión de los partes médicos del proceso.
- Pronunciación del Facultativo gestor.
- Traslado del informe, en plazo de cinco días, desde la recepción, a la mutua.

El plazo medio de contestación en Castilla La Mancha es de 9,37 días (datos INSS 2016), detectándose retrasos significativos en la gestión, para su corrección se propuso el desarrollo del actual procedimiento.

La aplicación de la M.L al procedimiento de gestión de P.A.M, es la estrategia propuesta por la Gerencia de Coordinación e Inspección del SESCAM, creando actividades, procesos de trabajo eficientes, en las que prime la rapidez en la capacidad de respuesta, la visión centrada en paciente y mejora continua.

#### OBJETIVOS

Mejorar los mecanismos establecidos:

- Aligerando los trámites y cargas burocráticas existentes en la actualidad.
- Centrándonos en los procesos de incapacidad temporal, en la protección del trabajador afectado y en su pronta recuperación, mecanismos que adicionalmente suponen un mejor control de los procesos.
- Aumento de la eficacia del sistema de gestión
- Mejora de los resultados

La finalidad es la aplicación objetiva, óptima, eficiente, medible y revisable.



## MÉTODO

Aplicación de la Metodología LEAN: Identificación y eliminación sistemática de la “muda” (los siete desperdicios), para lo fue necesario entender que eran los procesos, su composición, funcionamiento, interacción y sistemática de mejora continua.

Para ello, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Elaboración de mapa del flujo de valor.
- Despliegue de la función de calidad.
- Mantenimiento productivo total.
- Kaizen: a nivel de la Gerencia de Coordinación e Inspección del SESCAM y en el trabajo, tanto individual como colectivo.

## RESULTADO

Búsqueda continua de la excelencia, para lo que se:

- Detectaron las oportunidades
- Se creó el modelo actual
- Se creó el estado futuro
- Se planeó y dirigió el cambio.

## CONCLUSION

La implantación de la metodología LEAN en toda la organización, radicó en saber imbuir a la organización de la cultura, con las técnicas exactas, para poder extraer todo el potencial humano y hacer que la implantación y el éxito sea un trabajo de todos.

La metodología LEAN ha conseguido movilizar los recursos intelectuales del personal operativo, mandos intermedios y directivos.

## **POTENCIALES EVOCADOS VISUALES: UNA HERRAMIENTA EFICIENTE EN LA MEDICIÓN OBJETIVA DE LA AGUDEZA VISUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL.**

**García Ruiz P, Feriche Linares R, Jiménez Jiménez J, De la Fuente Madero JL, Domínguez Muñoz A, Gómez Álvarez A.**

## INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de agudeza visual (AV), sin evidencia de hallazgos exploratorios que las justifiquen, son frecuentes en los procedimientos de evaluación de incapacidad laboral. Los Potenciales Evocados Visuales (PEV) y las técnicas de Electrorretinograma (ERG) son pruebas complementarias de creciente valor clínico y medicolegal.

## OBJETIVOS

Comparar la agudeza visual medida mediante PEV-ERG frente a optotipos y su posible influencia en la calificación en procedimientos de incapacidad.

## MÉTODO

Se han analizado los expedientes de incapacidad evaluados en Granada en 2015 y 2016 a los que se solicitaron PEV-ERG, comparando el valor medio de AV medido mediante optotipos y PEV-ERG. El análisis estadístico se realizó mediante el aplicativo PSPP.

## RESULTADOS

Se han estudiado 27 pacientes (15 hombres y 12 mujeres), con edades (media+desviación estándar (DS) de 49.11años+8.85. El 22.22% trabajaban en el sector primario, 29.63% en el secundario y 44.44% en el terciario; el 70.37% se encontraban activos y el 29.63% desempleados. El 51.85% estaban diagnosticados de enfermedades retinianas, el 22.22% de la vía óptica, el 18.52% de la cámara anterior y el 7.41% de otras patologías. Los valores de AV en ojo derecho han sido

significativamente más elevados al realizar la medición con PEV (media + DS 0.41+0.34) que con optotipos (0.19+0.22) con una significación  $p < 0.001$ , así como en el ojo izquierdo, AV con PEV (0.46+0.30) frente a AV optotipos (0.21+0.19) con nivel de significación  $p < 0.001$ . Esto supuso un cambio en la calificación del grado de incapacidad permanente propuesto inicialmente en el 74% de los trabajadores analizados, siendo confirmada dicha calificación en 6 de los 7 casos (85.7%) reclamados judicialmente.

#### CONCLUSIONES

Los PEV-ERG se muestran como exploraciones que pueden ser muy útiles para la valoración objetiva de la AV, especialmente en aquellos casos en los que no existe evidencia de enfermedad oftalmológica que justifique un determinado nivel de pérdida visual.

### **GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN EL PROGRAMA EXTRAORDINARIO DE AYUDA A LA CONTRATACION DE ANDALUCIA.**

**Moreno Ruiz, JA.**

**INTRODUCCIÓN:** El programa extraordinario de ayuda a la contratación de Andalucía (PEACA) se encuentra dentro del Plan General de Inclusión Social, impulsado por la Comunidad Andaluza a través de los Ayuntamientos de Andalucía.

Debido al elevado índice de incapacidad temporal (IT) en la primera campaña del 2015, el ayuntamiento de Málaga solicitó colaboración a la Inspección Médica.

**OBJETIVOS:** Tras la intervención de la Inspección Médica, se quiere demostrar la mejora de los indicadores de I.T y corregir aquellos casos que no justifican la prestación.

**MÉTODO:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de las campañas 2016 y 2017. Los listados de bajas del Ayuntamiento y el soporte del Sigillum Millennium, proporcionan los datos con los que se elaboraran las variables que nos permitirán medir indicadores: incidencia acumulada, duración días de media y medir aquellos trabajadores con procesos de I.T. de más de 30 días que dejaron de solicitar asistencia sanitaria en los tres meses siguientes de la finalización del contrato.

Con los datos de 2016 se establecieron unas recomendaciones. Una de ellas fue aplicar la deducción económica por I.T.

**RESULTADOS:** En ambos años el número de contratos fue aproximadamente (800). En 2016 los trabajadores que causaron baja fue de 201. En 2017 de 136. La incidencia acumulada pasó del 35,65% al 25,39%. La duración media disminuyó de 3,18 días a 1,73 días.

Los pacientes con procesos de I.T. de más de 30 días que no siguieron demandando asistencia en 2016 fue del 73%, mientras que en 2017 fue del 37,5%.

**CONCLUSIONES:** La participación y las recomendaciones realizadas por la Inspección Médica han demostrado mejorar los indicadores de IT, consiguiendo que la prestación recaiga en aquellos trabajadores de forma más justificada.

### **EL ABSENTISMO EN LA ÚLTIMA DÉCADA: PERFIL DE CUATRO GRANDES EMPRESAS.**

**Mena Babiano, F; Gómez Manzanares, A; Rodríguez Díaz, I.**

#### INTRODUCCIÓN

Sufrimos la mayor crisis económica desde la Gran Depresión. Está bien estudiada la influencia de estos periodos en la salud. En la Incapacidad Temporal (IT) también tiene influencia. Las “grandes empresas” tienen comportamientos particulares en su absentismo por IT por contingencias comunes (ITCC).

## OBJETIVOS

Analizar el perfil del absentismo por ITCC en cuatro grandes empresas, vinculadas a Fraternidad-Muprespa, desde el año 2008 al 2016.

## MÉTODO

Se analiza el absentismo por ITCC en cada empresa durante los años 2008, 2013 y 2016, es decir, antes y durante la crisis y en el primer año de posible recuperación. Se estudian: pirámides de población, indicadores descriptivos de la IT (incidencia, prevalencia, duraciones, diagnósticos, distribución por edad, sexo...) y los costes directos e indirectos de la ITCC en cada empresa.

## RESULTADOS

Son empresas muy diferentes entre sí. Presentan variabilidad en la evolución de su ITCC. La Incidencia evoluciona con el “efecto crisis” con menos procesos en el año de mayor intensidad de la situación. Posterior incremento del indicador según se recupera la economía y se “pierde el miedo”. Comportamiento similar en Prevalencia y DMA. En cambio las Duraciones Medias, en general, se han ido incrementando levemente. Prácticamente igual perfil de morbilidad causante de IT en las 4 empresas. Distinto comportamiento durante la crisis en cada empresa de procesos oncológicos, cardiovasculares, psiquiátricos y en los síntomas mal definidos.

## CONCLUSIONES

Terrible crisis económica, desempleo, inestabilidad laboral.

Plantillas envejecidas. Futuro de enf. crónicas (reenfocar gestión clínica y socio-laboral).

Absentismo: miedo a perder el trabajo y presentismo pero también ajuste y adecuación por patologías más banales.

El repunte del absentismo no ha terminado.

Costes elevados. No solo “control”; los Recursos Humanos han de buscar el COMPROMISO del trabajador con su empresa y la PROMOCIÓN de la salud.

Se precisan reformas más profundas y una cooperación intensa entre Mutuas, SPS e INSS.

## **INCAPACIDAD TEMPORAL “REFUGIO”.**

### **Pareja Cano A., Fernández Pascual M.A, y Sánchez Higuera M.P**

## INTRODUCCIÓN

Consideramos como Incapacidad Temporal (IT) “refugio”, aquella situación de IT que perdura tras la finalización de un contrato temporal de duración determinada desde el inicio del mismo, pasando el pago de la prestación económica de la IT a ser efectuado de manera directa por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, manteniendo de esta forma la retribución económica que sin esta incapacidad temporal finalizaría.

## OBJETIVOS

Valorar la incidencia y la duración media de las bajas médicas en las poblaciones con este tipo de contrato de duración determinada desde el comienzo del contrato, y comparar con la incidencia y la duración media de las bajas en la población general, en la provincia de Ciudad Real en los años 2015 y 2016.

**MÉTODO:** Revisión de listados de trabajadores con contratos temporales, en la provincia de Ciudad Real en los años 2015 y 2016, facilitados por la Dirección Provincial de Ciudad Real de la Consejería de Economía, Empresa y Empleo en: Planes de Empleo de los Ayuntamientos, Servicio de Salud, Educación, y el resto de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, comprobándolos con los datos de IT del SESCAM.

**RESULTADOS:** Es previsible que se presente una mayor incidencia y duración media de la Incapacidad Temporal ligado a este tipo de contratos, frente al resto de la población trabajadora.

**CONCLUSIONES:** En función de los resultados finalmente obtenidos, se podrían establecer medidas de control sobre esta población para detectar situaciones que prolonguen de forma injustificada la permanencia en IT, corrigiendo las desviaciones en la duración media de las bajas.

## **FACTORES PREVALENTES EN LA PRESCRIPCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SU INFLUENCIA SOBRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES.**

**Velázquez de Castro A, Rodríguez J.**

### **INTRODUCCIÓN**

La prestación de IT está sujeta en la práctica a factores clínicos, administrativos, económicos y laborales que no la justifican y que actúan de diferente manera sobre los distintos profesionales de la atención primaria.

### **OBJETIVOS**

Estudiar la frecuencia de estos factores en la prescripción de la IT y valorar como influyen sobre los diferentes profesionales. ¿Existen diferencias entre médicos sustitutos y titulares?

### **MÉTODO**

Se hace control indirecto de todas las bajas prevalentes (180) en una unidad de gestión clínica de la provincia de Granada formada por 6 médicos con indicadores de incidencia, prevalencia y duración media de la IT por encima del promedio.

Los resultados provisionales se contrastan y completan en entrevista con los profesionales.

### **RESULTADOS**

Los altos indicadores de estos profesionales vienen motivados, por la prescripción o prolongación de la IT en casos en que no es pertinente. Encontramos:

- Enfermos crónicos sin signos de fase aguda
- Gestantes sin patología o susceptibles de acogerse a la prestación de Riesgo Profesional de la Embarazada a través de su mutua.
- Accidentados de tráfico que no tienen derecho a la prestación, ya curados o que están recibiendo tratamientos que no necesitan fuera del SPS.
- Procesos no activos sin cerrar.

La entrevista con estos médicos ha arrojado numerosas altas.

### **CONCLUSIONES**

1. La formación de los médicos de Atención Primaria es fundamental a la hora de prescribir la IT. Importante que esta formación sea realizada por el propio inspector de la zona y que incluya actividades administrativas con la aplicación PIT
2. La gestión compartida de la IT entre los médicos de atención primaria y la Inspección es punto clave para mejorar los indicadores

## **RESULTADO DEL TRABAJO COORDINADO SERVICIO PÚBLICO DE SALUD Y MUTUAS: ÍNDICE DE CONCORDANCIA EN PROPUESTAS DE ALTA.**

**Atance Martínez, JC, Agudo Montesinos, MP, Masó Abad, E; Grupelli Gardel, BE; García Blanco, A.**

### **INTRODUCCIÓN:**

El RD 625/ 2014 (1) otorga a las mutuas la posibilidad de colaborar en la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes (CC). Esta acción ha sido cuestionada por diferentes agentes. El estudio pretende determinar la concordancia en la tarea colaborativa entre profesionales de mutuas, médicos inspectores (MI) y médicos de Atención Primaria (MAP) en la gestión de las propuesta de alta (PA).

### **OBJETIVOS:**

- Cuantificar las PA emitidas por las mutuas: por centro de salud y proceso clínico.
- Calcular el índice de Kappa (Fleiss) entre observadores y cuantificadores.
- Identificar y calcular discrepancias.
- Elaborar propuestas de mejora.

#### MÉTODO:

Revisamos las PA emitidas por mutuas en el periodo de 01/01/2017 a 30/06/2017, en el Área de Salud.

Clasificamos éstas por Equipos de Atención Primaria (EAP) (3 urbanos y 3 rurales) y por proceso clínico.

El diseño del estudio fue observacional y los estadísticos de comparación de medias:  $p < 0,05$  para Error tipo I (IC: 95% y EE: 5%). Apoyo de Epiinfo y SPSS.

#### RESULTADOS:

Revisamos 285 PA. El 68% (194) fueron ratificadas por MAP. El 20% (54) lo fueron posteriormente por el MI, en primera consulta, y un 7% más en segunda, con un total de 268 casos concordantes, manteniéndose en IT el 6% (17) restante.

Objetivamos aproximadamente 1/3 de patología músculo-esquelética y otro tanto de procesos mentales que predominaban sobre el resto de patologías (miscelánea).

La concordancia global fue 0,81 (Buena-Muy buena): Psiquiatría 0,41 (Moderada – Débil), músculo-esquelético 0,79 (Buena) y miscelánea 0,83 (Muy buena).

No hubo diferencias significativas ( $p=0,062$ ) entre EAP rurales y urbanos, ni por procesos clínicos ( $p=0,081$ ) entre centros.

#### CONCLUSIONES:

- La alta concordancia objetivada entre los profesionales intervinientes indica que el trabajo complementario realizado aporta un buen resultado global.
- La coordinación profesional se hizo ajustada a tiempos de respuesta aunque algunos procesos requirieron seguimiento posterior.
- Un mayor trabajo colaborativo en procesos de Salud Mental reduciría aún más las discrepancias.

## **ACTUACIÓN DE LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PARA LA CORRECTA DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ANDALUCÍA.**

**Álvarez Theurer E, Carrillo Pulido G, Cruces Casas S, León Pérez L, Membrives Casado C.**

#### INTRODUCCIÓN

La brucelosis en el ámbito laboral se reconoce como una Enfermedad Profesional (RD 1299/2006) correspondiendo a las Entidades Gestoras o Colaboradoras de la Seguridad Social su declaración.

#### OBJETIVOS

Estimar la posible infradeclaración de la brucelosis profesional, a partir de un brote ocurrido en una empresa. Demostrar el papel que desempeña la Inspección de Servicios Sanitarios (ISS) en la visibilidad de las enfermedades profesionales (EP) y su contribución a una correcta declaración.

#### MÉTODO

Análisis descriptivo de un brote de brucelosis profesional ocurrido en un matadero en el norte de provincia de Córdoba, desde abril hasta julio de 2017, realizando una encuesta epidemiológica y análisis de la evaluación de riesgos. Estudiamos bajas laborales producidas y los datos de las entidades colaboradoras relativos a los trabajadores.

#### RESULTADOS

El brote epidémico afectó a 16 trabajadores de la provincia de Córdoba: 12 hombres y 4 mujeres. Los casos se produjeron en la zona de riesgo (línea de sacrificio ovino). La transmisión aérea se considera como posible vía de contagio. Aunque todos han sido baja laboral, sólo 3 fueron calificados como EP, al ser el resto trabajadores autónomos que no tenían cubierta la contingencia profesional. Desde la Inspección de Servicios Sanitarios se ha llevado a cabo la determinación de contingencia de esas bajas laborales para que fueran registrados estos casos como EP.

#### CONCLUSIONES

Nos encontramos ante una infradeclaración de la brucelosis como enfermedad profesional, que atribuimos a la no prestación económica de los casos que no tienen cobertura de la contingencia profesional. Es fundamental el papel de la ISS en la correcta calificación de la EP, no sólo para la reparación del daño causado al trabajador mediante las prestaciones correspondientes; sino con fines esencialmente preventivos, evitando la aparición de nuevos casos de enfermedad profesional entre otros trabajadores.

### **RELACIÓN ENTRE LOS EQUIPOS DE LA UVMI Y VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA CAPACITACIÓN LABORAL DE TRABAJADORES ESPECIALMENTE SENSIBLES DEL SAS.**

**Díaz García, A.; Bellón García, N.; Bretones Alcaraz, C.; Sánchez Borja, C.**

**INTRODUCCIÓN:** En el Servicio Andaluz de Salud el Procedimiento 15 del Sistema de Gestión de Riesgos Laborales establece las pautas de actuación para garantizar la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos. Dicho procedimiento indica además, que si las restricciones laborales indicadas impiden la realización de las tareas principales de la profesión, y no existe puesto de trabajo compatible con el estado de salud, se debe solicitar un Informe de capacitación a la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades (UVMI). Para esta valoración de la capacitación laboral se debe enviar la propuesta de restricciones de Vigilancia de la Salud, el Informe de adaptación de puesto de trabajo, y los Informes médicos y pruebas complementarias. Este procedimiento no establece sin embargo otro tipo de comunicación entre ambos equipos salvo el envío de la información en sobre cerrado.

#### OBJETIVOS:

- o Facilitar la toma de decisiones en casos de atención a profesionales con restricciones laborales en los que no existe puesto compatible (aptitud laboral favorable, baja médica o inicio de expediente de incapacidad permanente).
- o Mejorar la conciliación de la vida laboral con el estado psicofísico del trabajador.

#### MÉTODO:

Creación y puesta en marcha de una comisión técnica de trabajo entre los profesionales de la Unidad de Vigilancia de la Salud del CH Torrecárdenas de Almería y de la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades de Almería. Esta comisión técnica tiene establecida una reunión trimestral y en lo referente al acceso de información médica de carácter personal, cumple el artículo 22.4 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales al ejercer la UVMI como autoridad sanitaria.

#### RESULTADOS:

Mejora de la comunicación entre ambos equipos implicados en el mismo procedimiento, lo que supone un mejor control en la valoración de la capacidad para el trabajo.

Valoración con criterios más homogéneos de las patologías que afectan al normal desarrollo de las actividades principales del puesto de trabajo.

Identificación de grupos profesionales susceptibles de producir con mayor frecuencia situaciones de incapacidad, permitiendo orientar las actividades preventivas y la valoración de las consecuencias medico laborales.

El intercambio de información entre ambos equipos facilita el establecimiento de criterios ponderados y homogéneos para identificar el grado de exigencias psicofísicas de un puesto de trabajo

**CONCLUSIONES:** La comisión de trabajo facilita la valoración de la capacidad laboral de un trabajador por la UVMI, pues al requerir objetivar las limitaciones orgánicas y/o funcionales que una lesión o enfermedad haya originado en el trabajador, también resulta imprescindible la aportación de la Unidad de Vigilancia de la Salud en lo que respecta al resultado del examen de salud, el conocimiento de las competencias y tareas realizadas por el trabajador así como de los requerimientos del puesto de trabajo, para poder determinar si las limitaciones permiten o impiden al trabajador desarrollar la actividad laboral y en condiciones seguras.

## **EVALUACION DE LA DEMORA PARA CITA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

### **Barrios Moreno A, Díaz García P, Chicano Díaz S.**

#### **INTRODUCCIÓN:**

Se denomina demora a la imposibilidad de obtener cita para consulta médica no urgente (CMnU) en Atención Primaria en el mismo día o al siguiente de solicitarla. Su existencia afecta a la accesibilidad y sus causas: oferta insuficiente o mal planificada.

Este trabajo recoge la evaluación de la demora en un Centro de Salud (CS) de Cuenca por la Inspección Médica del Sescam solicitado por la Dirección General de Atención Sanitaria del SESCAM.

#### **OBJETIVOS:**

Evaluar cuantitativa y cualitativamente la demora para CMnU de un CS ( solo municipio cabecera)

#### **METODO:**

1.- Estudio oferta y demanda: nº médicos – MF- , cupos de tarjetas –CTIS-, oferta asistencial; basándonos en consultas atendidas en dos semanas se calcularon indicadores de demanda: presión asistencial (PA) = (pacientes/día/medico) y frecuentación (FR) = consultas por habitante con TIS/año.

2.- Análisis de la demora: estudio individual por MF.

#### **RESULTADOS**

##### **Oferta/demanda**

- 8 MF.CTIS 1557\* (1961-1116) \*\*
- Huecos cita semanal: CMnU: Total: 1619. Por MF: 200 \* (270-100)\*\*
- Consultas atendidas: Total semana:1724 (media 2 semanas estudiadas)
- PA 46\* (73-23) \*\*. FR: 6.1\* (8,92-4,07)\*\*

\* Valor medio. \*\*Rango

##### **Demora:**

Afecta a la cita para 4 médicos, a continuación describimos días de demora, CTIS, Consultas ofertadas y atendidas respectivamente

MF1.- 11, 1733, 168, 325

MF2.- 4, 1909, 242, 266

MF3\*.- 4, 1643, 192, 177

MF4\*.- 5, 1540, 159, 197

\* Un día menos de consulta por libranza guardia.

#### **CONCLUSIONES**

Los problemas detectados fueron:

1- mala gestión de agendas, programadas de forma automática, sin intervención del MF, sin ajuste a necesidad real y sin distinguir tipo de consulta.

2- diferencias en la actividad no justificables.

Propuesta solución: reunión con afectados para reprogramar actividad y agendas

## **ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL Y SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO EN UN HOSPITAL COMARCAL.**

**Torío Duránte J, Montoro Ruiz E.**

### **INTRODUCCIÓN**

Incluido como acuerdo de colaboración en el Plan de Inspección se realizó estudio de la baja indicación de analgesia epidural en el hospital de Úbeda, donde se promociona un parto más natural que podría condicionar baja oferta de esta analgesia.

### **OBJETIVOS**

Valorar la organización asistencial, analgesia recibida y satisfacción con la atención al parto

### **METODOLOGÍA**

Encuesta telefónica para comprobar grado de satisfacción e información proporcionada sobre alivio del dolor y analgesia epidural. Mediante muestreo estratificado (según recibieran o no analgesia epidural) se seleccionaron 60 mujeres que habían parido entre el 1 de julio de 2015 y el 30 de junio de 2016 (1173 partos). Se excluyeron partos instrumentales o mediante cesárea.

### **RESULTADOS**

La satisfacción con la atención recibida es muy alta, el 90% totalmente satisfechas con matronas y el 6,7% satisfechas. Igualmente un 63,3% se muestran totalmente satisfechas y un 33,3% satisfechas con los ginecólogos, Un 70% reconocen que se le informó en el hospital de los métodos para disminuir o aliviar el dolor del parto, entre ellos la analgesia epidural.

El empleo de analgesia epidural es muy escaso, en el 30,18% de los partos; si se excluyen las cesáreas, baja al 20%. Entre las que no la recibieron, un 70% no la consideró necesaria, un 20% porque había empezado el expulsivo y un 10% porque implica riesgos.

La analgesia epidural es más frecuente en amas de casa y mujeres con menor nivel educativo, no existiendo diferencias en cuanto a la media de edad. No encontramos asociación entre haber realizado educación maternal y tipo de analgesia, pero la epidural sí es más frecuente en el primer parto.

Es significativa la asociación entre analgesia epidural en un parto anterior y en el analizado; el 100% de las que no la tuvo anteriormente no la solicitó, mientras que el 80% de las que la tuvo antes la solicitó ( $p < 0,01$ ).

También se encuentra asociación entre haber recibido analgesia epidural y solicitarla en un futuro parto; el 75% la volvería a solicitar, mientras que el 94,4% de las que no la tuvieron tampoco la solicitarían en esa nueva ocasión ( $p < 0,001$ )

### **CONCLUSIONES**

El Hospital de Úbeda, en línea con las recomendaciones más actuales, plantea una atención al parto menos medicalizada ofertando, junto a la epidural, otras alternativas para aliviar el dolor. Esta oferta alternativa conlleva un bajo índice de analgesias epidurales (20%) cuando en la mayoría de hospitales esta cifra se acerca al 75%.

Las mujeres entrevistadas refieren un alto grado de satisfacción, independiente del método de alivio del dolor. Un menor nivel educativo y ser ama de casa se asocia con la elección de analgesia epidural; también se muestran asociados con el tipo de analgesia recibida en un parto anterior y la que solicitaría en uno futuro.



## **MARCO JURÍDICO ACTUAL DE LA TELEMEDICINA.**

**Prieto Gómez, PJ; Antúnez Estévez, F.**

**INTRODUCCIÓN:** Se contempla la telemedicina en todas sus facetas, que es telemedicina y que no, con hincapié en el marco jurídico de aplicación, tanto Europeo, Estatal, Autonómico, y Corporativo, respecto a autorización de centros y aspectos deontológicos de la misma.

**OBJETIVOS:** Recopilar el entorno jurídico alrededor de la telemedicina aplicada a la relación médico paciente, que se viene manteniendo dentro de un canon clásico, y que se ve influenciada actualmente, por las tecnologías de la información, que siempre van por delante del Derecho, ocasionando en la aplicación de legislación adecuada para garantizar que la aplicación de la telemedicina se ajusta a ley, garantiza los derechos de los pacientes y el control administrativo adecuado de los profesionales que la desarrollan.

**MÉTODO:** Se ha utilizado Legislación Básica Estatal, de Comunidades Autónomas, códigos corporativos y debido a la falta de normativa específica Española se ha utilizado también la legislación de la Unión Europea sobre telemedicina.

**RESULTADOS:** La telemedicina no es una nueva especialidad sino un modo de ejercer intentando paliar la separación física de médico y paciente. Actualmente en nuestro entorno, la implantación de técnicas interacción telemática con pacientes son de gran interés en la Atención Primaria y Especializada.

**CONCLUSIONES:** La telemedicina es hoy una realidad que presenta problemas éticos, técnicos y de accesibilidad. El Marco Jurídico es pobre en cuanto a legislación específica, agrupando normas de diferentes ámbitos, a veces más programa político que verdadera legislación. No hay legislación estatal que unifique. La regulación más rica es Europea. El crecimiento de la telemedicina será una necesidad próxima por el envejecimiento y aumento de la demanda de cuidados. El acceso a la red y portales de salud, debe ser controlado por la Administración en sus requisitos mínimos de funcionamiento, garantizando que el profesional “al otro lado” reúna los requisitos legales para la actividad sanitaria pretendida

## **INSPECCIÓN DE CENTROS QUE UTILIZAN SUSTANCIAS DE ORIGEN HUMANO. “UTILIZACIÓN DE UNA MATRIZ DE RIESGO PARA PLANIFICAR FRECUENCIA, TIPO Y OBJETIVOS DE LA INSPECCIÓN”.**

**Estebaranz García F.J.**

**INTRODUCCIÓN:** La normativa vigente de ámbito europeo, obliga a que la Autoridad Sanitaria Competente inspeccione todos los Centros y Servicios que obtienen, procesan, almacenan, distribuyen y/o implantan células y tejidos ( BEyTE), de forma rutinaria y con una cadencia máxima bianual, aunque una de cada dos inspecciones puede ser documental y/o parcial. La utilización de unos criterios básicos de calidad en el procedimiento inspector y de una matriz de riesgo para determinar frecuencia tipo y alcance de cada una de estas inspecciones se plantean como herramientas de trabajo imprescindibles.

**OBJETIVOS:**

1.-Plantear criterios procedimentales básicos de Inspección.

2.-Construir una matriz de riesgo, como herramienta de planificación de la inspección.

**MÉTODO.** Revisión Bibliográfica de las actuales guías europeas de inspección y evaluación de BEyTE( VISTART, ICH\_Q9; EDQM blood-guide, etc).

Recopilación de conclusiones de foros europeos de discusión profesional de este ámbito en 2 work-shops (Italia y Suecia, 2017).

**RESULTADOS.** La Inspección de estos Centros, tiene unos requisitos personales de capacitación e imparcialidad del inspector; unos requisitos procedimentales que incluyen la existencia de adecuados protocolos de inspección y de un procedimiento que describa responsabilidades, objetivos, metodología, alcance, requisitos de calidad e informes.

Ese tipo de inspecciones ganan mucho en efectividad y eficiencia si la planificación de las mismas se hace a través de una matriz de riesgo que analice riesgos intrínsecos, riesgos relacionados con volumen y grado crítico de las actividades e historial del Centro.

**CONCLUSIONES:** Los procedimientos de inspección han de sujetarse a estándares claramente definidos y medibles de calidad y la planificación de las inspecciones a análisis previos del carácter y actividad del Centro.

## **ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN AL ICTUS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS (CHT).**

**Miguel Justicia Gil, M; Campos Aguilera, F; Garrido Gámez, LM**

### **INTRODUCCIÓN**

Análisis retrospectivo y descriptivo de la atención al ictus durante el segundo semestre de 2016 en el CHT de Almería.

### **OBJETIVOS**

Análisis de la actuación asistencial previa al diagnóstico de confirmación y tratamiento del ictus.

### **MÉTODO**

Solicitud al CHT, listado de pacientes con diagnóstico de ictus al alta hospitalaria, atendidos durante el segundo semestre de 2016, códigos CIE-9 430 al 434, conteniendo los siguientes items: nombre y apellidos, edad, sexo, NUHSA y causa del alta.

Del listado facilitado por la dirección se seleccionaron 30 historias, sobre las que se realizó un estudio de la información existente en Atención Primaria, Empresa Pública Emergencias Sanitarias, Dispositivo Cuidados Críticos Urgencias y Hospital Torrecardenas.

En cada historia se han estudiado: distribución por sexo, distribución por edad, comorbilidad previa, tratamientos previos, datos clínicos de inicio de síntomas de ictus, hora de inicio y primera asistencia, tiempo asistencia servicios sanitarios, dispositivo utilizado, diagnóstico de ictus donde y cuando se realiza, activación del código ictus y fibrinólisis.

### **RESULTADOS**

Los resultados se presentarán por apartados según los items mencionados en la metodología, siendo los más destacables, una deficiente activación del código ictus en la muestra estudiada, que supone solo un 23,3% de todos los casos, y el bajo porcentaje de Fibrinólisis realizadas durante el segundo semestre de 2016 en el CH Torrecárdenas que fue sólo de 6,95% del total de Ictus Isquémicos.

### **CONCLUSIONES**

En la mayoría de los casos, no se cumple con lo establecido en el Protocolo Asistencial del Ictus del Complejo Hospitalario Torrecárdenas elaborado por el comité local de atención al ictus, donde se recogen las medidas de coordinación entre los diferentes servicios, por lo que se produce un bajo porcentaje de activación del Código Ictus y en consecuencia un bajo porcentaje de tratamientos fibrinolíticos realizados a pacientes diagnosticados de Ictus Isquémico, susceptibles de recibir dicho tratamiento.

## **ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL, RELATIVAS A CENTROS DE LAS AGENCIAS PÚBLICAS EMPRESARIALES SANITARIAS DE ANDALUCÍA.**

**Villar Doncel JD, Suárez Arjona ME.**

**INTRODUCCIÓN:** Los daños personales que generan las Reclamaciones por Responsabilidad Sanitaria (RRP) tienen consecuencias para el paciente, para el ejercicio profesional y para la organización sanitaria.

**OBJETIVOS:** Generales: 1) Determinar incidencia de RRP por asistencias en Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES). 2) Identificar áreas y problemas de seguridad del paciente para favorecer actuaciones que minimicen los Eventos Adversos (EA) y las RRP.

**MÉTODO:** Diseño en tres fases; esta comunicación es la primera: estudio retrospectivo descriptivo global, de 171 Dictámenes Médicos (DM) de RRP, de 2012 a 2016. Diseño de formulario para recogida de variables, utilización de base de datos de la Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios y procesamiento de datos mediante aplicaciones Excel y Xlstat.

**RESULTADOS:** 46.000 ingresos hospitalarios/año en APES, incremento progresivo anual de RRP, incidencia de RRP 69'3/100.000 ingresos, 7% DM "conformidad" o favorables a la indemnización. Lo más reclamado: "Proceso asistencial" como "causa", "Urgencias" y "Quirúrgica" como "área", "Traumatología" como "especialidad", "osteomioarticular" como "grupo diagnóstico", "personal facultativo" como "profesional", los "grandes hospitales" de APES como "centro", "moderado" y "exitus (29,6%)" como "tipo de daño", "100.000-200.000 €" como cantidad más "solicitada", "28.681 €" como cantidad media "indemnizada", "201-500 días" como "periodo estabilización lesiones".

**CONCLUSIONES:** algunos resultados son similares a otros estudios: de INSALUD, SERMAS, SERGAS, ICS. Diferencia de resultados con ENEAS (estudio nacional de eventos adversos ligados a la hospitalización); en ENEAS más EA en servicios quirúrgicos, 4% de EA provocaron muerte, e incidencia de EA 9/100; es decir, sólo una mínima parte de EA son reclamados.

## **SISTEMAS DE STOCAJE/TRAZABILIDAD DE MATERIAL SANITARIO EN INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.**

**Pérez Ureña R, Caballero Quintana A, Pérez Ureña C, Martínez Girón P, Sánchez-Sánchez R.**

### **INTRODUCCIÓN**

Los sistemas informáticos de estocaje y de trazabilidad permiten a las empresas tener un control exhaustivo de los movimientos de los productos que pasan por las mismas. Esto adquiere una mayor importancia cuando se trata de material sanitario y sobre todo en aquel que conlleva fecha de caducidad o algún control estricto como el de los estupefacientes.

### **OBJETIVOS**

Nuestro objetivo es el de presentar la implantación de un sistema informático de control de stock/trazabilidad para el material sanitario que pueda ser usado para completar la información solicitada en la inspección sanitaria cuando ésta así lo requiera.

### **MÉTODO**

Asistencia los Ángeles adquirió a primeros de 2017 en sus instalaciones el software SageMurano versión 2016.85.000 que fue adaptado a nuestras necesidades técnicas con la implantación de aplicación web de traspaso de almacenes y controles de inventario y de dotación. Mediante este sistema se etiquetan todos los productos

sanitarios con etiqueta que incluye código de barras EAN 13 que incluye nº de lote y fecha de caducidad y en los estupefacientes un código propio a cada ampolla. Esto nos permite que en cualquier momento y leyendo el código de barras podamos ver en el sistema la información relevante del producto.

#### RESULTADOS

En las inspecciones de servicios sanitarios se revisan manualmente los productos que llevan las unidades móviles o los productos que se encuentran en un recinto sanitario, sin embargo y salvo en medicación estupefaciente, no existe un control de la trazabilidad de los productos. En nuestro sistema un inspector podría conocer la línea que ha seguido un producto desde que ha sido comprado por la empresa, por los almacenes que ha pasado y su ubicación en el momento de la inspección además de poder detectar en el momento cualquier producto que tuviese una alerta sanitaria y tuviese que ser retirado.

### **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN AJENOS. UNA PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN PARA LOS CENTROS CON UNIDADES ASISTENCIALES DE MEDICINA DEL TRABAJO.**

**Serrano Ramírez JL, Campos Aguilera F, Garrido Gámez L, Justicia Gil M, Bañón García J.**

**INTRODUCCIÓN:** el RD 843/2011 establece que la autoridad sanitaria evaluará la actividad sanitaria que desarrollan los servicios de prevención (SP), comprobando su calidad, suficiencia y adecuación. El RD 901/2015 modifica el anterior y establece un mecanismo de comunicación de los SP a la autoridad sanitaria. Por otro lado, la experiencia de la inspección de servicios sanitarios en el proceso administrativo de autorizaciones de la unidad asistencial U.99 medicina del trabajo, ha permitido detectar disparidad de criterios, para su clasificación, en el Sistema de Información de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (SICESS).

**OBJETIVOS:** 1. Proponer un sistema homogéneo de clasificación en el SICESS para los servicios sanitarios integrados en un servicio de prevención.

2. Evaluar la calidad, suficiencia y adecuación de los servicios sanitarios de servicios de prevención ajenos autorizados en la provincia de Almería.

**MÉTODO:** 1. A través del SICESS y los expedientes administrativos se han revisado todas las unidades básicas de medicina del trabajo (U.99) con autorización vigente en junio del 2016.

2. Se han seleccionado 14 servicios sanitarios autorizados como U.99 en la provincia de Almería. Tras una reunión con un grupo de expertos se seleccionaron doce criterios que permitieran un pronunciamiento claro sobre la calidad, suficiencia y adecuación de la actividad sanitaria. Los objetivos específicos, procedimiento, actuaciones para cada objetivo y sistema de registro de la evaluación realizada en cada servicio sanitario del SP se reflejan en el programa de Inspección puesto en marcha durante el segundo semestre del año 2016.

**RESULTADOS:** 1. Las 14 unidades de medicina del trabajo evaluadas (100%) estaban clasificados en el SICESS como centros de reconocimiento (C.2.5.10).

2. Se exponen los resultados para cada uno de los criterios estudiados (se expone el porcentaje de servicios sanitarios que cumplen el criterio satisfactoriamente: número de servicios sanitarios que cumplen/ total de servicios sanitarios evaluados):

**CONCLUSIONES:** 1. Se concluye una clasificación inadecuada de las U.99 de medicina del trabajo y se propone un criterio homogéneo para su clasificación.

2. Se detallan los criterios de calidad que no se cumplen por una mayoría de servicios sanitarios y cuales deben proponer un plan de mejora.

## **PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN CLÍNICAS DENTALES.**

**Paz Álvarez, M; Montoro Ruiz, E; Calle Ocaña, A; Torío Durántez, J; Fernández de la Blanca, M.**

### **INTRODUCCIÓN**

El Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios contempla la Evaluación de la Calidad en 30 Clínicas Dentales en la provincia de Jaén: existen 305 clínicas, de las que 172 han concertado el PADI (prestación asistencial dental infantil).

### **OBJETIVOS**

Evaluar los resultados basados en la calidad continua y mejoras en la prestación de las clínicas dentales, analizando diversos aspectos de su actividad: información de los usuarios, gestión por procesos, equipamiento, bioseguridad, protección radiológica, limpieza, desinfección y esterilización, trazabilidad, publicidad e historias clínicas en PADI.

### **METODOLOGÍA**

Tras reunirse con la Inspección Provincial (IP), el Presidente del Colegio de Dentistas envió circular a los colegiados informándoles de los puntos incluidos en el Programa de Calidad. Posteriormente, la IP comunicó a las clínicas seleccionadas la próxima visita y los aspectos incluidos en el Programa. En las visitas se cumplimentó el protocolo de inspección y se hicieron las propuestas de mejora pertinentes, enviándolas por comunicación oficial.

### **RESULTADOS**

1. Consentimiento Informado: habitualmente sólo se cumplimenta en cirugía, exodoncia quirúrgica, endodoncia y ortodoncia.
2. Aunque poseen los procedimientos normalizados de trabajo del Consejo General de Dentistas, la descripción en la historia clínica es muy incompleta.
3. Equipamiento: un tercio de las consultas dispone de censo; sólo una de plan de mantenimiento.
4. Protección radiológica: todas las consultas disponen de registro de los informes realizados por la UTPR y de los controles dosimétricos.
5. Limpieza, desinfección y esterilización: sólo dos consultas disponen de protocolo escrito.
6. Todas las consultas guardan en la historia trazabilidad de los implantes y el consentimiento informado.
7. Publicidad: tres consultas realizan publicidad pero ninguna la comunica.
8. En el 80% de las consultas su historia clínica coincidía con lo registrado en el PADI. Solo tres recogen los empastes en dientes temporales.

### **CONCLUSIONES**

Las consultas analizadas, a excepción de dos de ella, presentan un nivel de calidad aceptable. No obstante, los protocolos son muy generales y la cumplimentación de registros e historias es escasa.

## **LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA.**

**Garrido Gámez L, García Fortea P, Aparicio Pérez FJ, Luque Lozano S.**

### **INTRODUCCIÓN:**

El Estatuto de Autonomía prevé en su artículo 138, un sistema de evaluación para garantizar que las políticas públicas se adecuan a los objetivos básicos y cumplen los principios rectores de actuación previstos en Andalucía. La Ley 1/2014, de Transparencia (Art.12) define la evaluación de políticas públicas (EPP) como el

proceso sistemático de generación de conocimiento encaminado a la comprensión integral de una intervención pública, realizando un juicio valorativo basado en evidencias respecto de su diseño, puesta en práctica, resultados e impactos, todo con la finalidad de contribuir a la mejora de las intervenciones, e impulsar la transparencia y la rendición de cuentas.

#### OBJETIVOS

1. Valorar la importancia de la aportación de la Inspección de Servicios Sanitarios (ISS) a la EPP
2. Presentar las iniciativas en curso

#### MÉTODO

Revisión del contexto legal, y descripción de las actividades desarrolladas por el Grupo de personas evaluadoras desarrollado por el IAAP. (GPE).

#### RESULTADOS

La ISS dispone de capacidad legal para controlar o verificar el cumplimiento de los aspectos de organización y funcionamiento que afecten a los objetivos establecidos en los centros del SSPA o concertados con el mismo (Art.6.2.a de su Reglamento), funciones que son desarrolladas de acuerdo al Plan Anual de Inspección.

En el contexto del modelo de EPP definido en 2015 por el IAAP, se constituyó el GPE que colabora en actividades de formación y difusión de la EPP, y de asesoramiento para evaluación de planes (evaluabilidad previa, y evaluación de impacto). Se presentan las principales actividades desarrolladas por este GPE, en el que participan los autores de la comunicación.

#### CONCLUSIONES

La capacidad para participar en las actividades de EPP se apoya en su competencia, independencia, y apoyo estratégico reforzado tras entrar en vigor la Directiva 2011/24/UE para la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza.

### **AUDITORÍA SOBRE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN BASE A LAS INDICACIONES Y CRITERIOS DE USO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES (NACOS), EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

**Illa Valdivieso MB, del Aguila Grande JP, Vílchez Peula FJ, Rivadeneira Navarro C.**

**OBJETIVOS:** Evaluar la adecuación de la prescripción de NACOs en una UGC del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, en el origen de la prescripción, adecuación y fortaleza diagnóstica de la indicación y en el procedimiento utilizado con el fin de efectuar propuestas de mejora.

**MÉTODO:** Entre 1 de enero/31 de agosto de 2016. Se recogen datos de los facultativos de la UGC de Gran Capitán que tienen 9 o más pacientes en tratamiento (3 facultativos). En las historias clínicas (HC) se analizan los ítems recogidos en: "Indicación y Criterio de Uso de los NACOs", datos clínicos del Módulo de Diraya Visado-V.5.01 y de la Historia de Salud digital de Atención Primaria (AP) y Especializada (AE).

**RESULTADOS:** tratamientos: 123 (49 Dabigatran, 46 Rivaroxaban, 28 Apixaban). De los 29 pacientes analizados:

- 16 pacientes no cumplimentado el juicio clínico
- 13 pacientes cumplimentado juicio clínico parcialmente. Sólo 1 tiene registrados los datos requeridos en "Indicación y Criterios de uso de NACOs".
- 17 AP/12 AE.
- Requisitos exigidos en "Indicaciones y Criterios de uso de NACOs".

- o 16 no cumplen todos los requisitos: 11 hay datos de la evaluación del riesgo tromboembólico, 5 sólo registro de fibrilación auricular no valvular.
- o 13 cumplen todos los requisitos (cumplen todos los criterios de indicación establecidos para NACOs).
- 13 HC tienen cumplimentado el juicio clínico en el módulo de Diraya Visado-V.5.01 y en 12 hay correlación con los datos clínicos de la historia de salud digital de Diraya.

CONCLUSIONES: Vistos los resultados se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Revisar las Indicaciones y Criterios de uso de NACOs.
2. Mejorar la cumplimentación del módulo de Diraya Visado- V.5.01.
3. Organizar acciones formativas.
4. Mejorar el grado de cumplimentación de la historia de salud digital con todos los diagnósticos necesarios para la prescripción de NACOs, tanto en AP como AE.

## **ADECUACIÓN DEL USO DE ANTIDIABÉTICOS Y CONTROL DE HEMOGLOBINA GLICADA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.**

**Comino Crespo P, Torío Durántez J.**

### **INTRODUCCIÓN**

Como acuerdo de colaboración incluido en el plan anual de inspección se evaluó la utilización de antidiabéticos (grupo anatómico A13), en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Úbeda.

### **OBJETIVOS:**

- Auditar los criterios de calidad de la prescripción de antidiabéticos verificando su adecuación en tres subgrupos: antidiabéticos orales (A10B), análogos de insulinas de larga duración (A10AE) y antidiabéticos orales de última generación utilizados en monoterapia (A10BF, A10BG A10BX, A10X)
- Evaluar la cumplimentación del proceso asistencial integrado (PAI) en la historia clínica y los resultados obtenidos; siendo el criterio de efectividad, la hemoglobina glicosilada (HG)

### **METODOLOGIA**

Estudio retrospectivo de los pacientes de la UGC de Úbeda a los que se prescribió antidiabéticos en el periodo febrero-abril de 2017. De los 38931 usuarios, 2765 cumplen el criterio de inclusión. Se seleccionaron aleatoriamente 20 pacientes por médico, en total 480, más otros 20 pacientes que recibían antidiabéticos de última generación en monoterapia.

Los criterios utilizados para valorar la adecuación y efectividad son los recogidos en el PAI Diabetes Mellitus 2017.

### **RESULTADOS**

La edad media es de 67,5 años (desviación estándar (DE):13,8), el 58% son varones y el 15% cuentan con interconsulta al segundo nivel. El 91% están incluidos en PAI, el 86% tienen determinación de HG, siendo su media 7,41 %(DE:1,4).

La adecuación de la prescripción de antidiabéticos orales es del 77,6%. En cuanto a efectividad, cumplen el criterio del Contrato Programa (HG<8%) el 72,6% pero solo la mitad de ellos cumplen el del PAI (HG=6,5-7%). Estas cifras son muy variables entre médicos, oscilando la adecuación entre el 93% y el 53% y la efectividad (entre el 100% y el 40%).

La adecuación de la prescripción de análogos de insulina de larga duración es del 73,3%. La efectividad siguiendo el criterio del Contrato Programa (HG<8%) es del 52,3% pero algo menos de la mitad cumplen el del PAI (HG=6,5-7%).

La adecuación de los fármacos antidiabéticos orales de última generación utilizados como mono-fármacos es del 55 %. En cambio, la efectividad siguiendo el criterio del

Contrato Programa (HG<8%) es del 94,1%; el 69% también cumplen el del PAI (HG=6,5-7%).

#### CONCLUSIONES

Casi  $\frac{3}{4}$  de los antidiabéticos orales e insulinas de larga duración están adecuadamente prescritos; no obstante existe una excesiva variabilidad entre médicos.

El 73% de los pacientes con antidiabéticos orales alcanzan el objetivo de HG del contrato programa, pero sólo la mitad de ellos presentan cifras acordes al PAI. Esta efectividad es bastante menor en los análogos de la insulina.

Aunque la adecuación en la prescripción de antidiabéticos orales de última generación utilizados en monoterapia es menor, su efectividad es mucho más alta.

### **EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO A RESIDENTES DE CUATRO CENTROS SOCIO SANITARIOS DE LA PROVINCIA DE ALMERÍA.**

**García Ramírez, C; Moreno Salazar, MM**

#### INTRODUCCIÓN:

El Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios de Andalucía 2017 introduce una nueva línea de acción “La evaluación de la calidad asistencial en centros residenciales de mayores”, enmarcado dentro del Plan de Evaluación de la Calidad Asistencial en los centros sociosanitarios de Andalucía 2017-2019.

En base a ello, el equipo de Inspección de Farmacia de Almería procede a la evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico en cuatro centros sociosanitarios de nuestra provincia.

#### OBJETIVOS:

Se pretende evaluar la adecuación de la medicación prescrita, para ello:

- Se comprueba en la historia clínica si la indicación se adecua a los criterios y recomendaciones indicadas en los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de la AEMPS y si se aplican los criterios de calidad de los medicamentos en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) del contrato programa 2017.
- Se comprueba si el tratamiento que se administra al residente es la medicación activa que tiene prescrito en la Historia de Salud Única (HSU) a través de la consulta a la estación clínica de DIRAYA.
- Se verifican las condiciones de adquisición, conservación, custodia y administración de los medicamentos en los centros sociosanitarios seleccionados.

#### MATERIAL Y MÉTODO:

Durante el primer semestre de 2017 se realiza un estudio de los residentes ingresados en 4 centros sociosanitarios del Distrito Poniente de Almería, seleccionando residencias con pacientes con derecho a la prestación farmacéutica del SSPA que cuentan con más de 50 camas.

Los casos que se incluyen en el estudio son residentes con prescripciones de nuevos anticoagulantes orales (NACO); de antidiabéticos orales (ADO); y de fármacos para trastornos cognitivos. Se seleccionan 20 pacientes con más de 5 medicamentos en su Ficha de Tratamiento (FT).

Se contrastó la información farmacoterapéutica de los residentes seleccionados obtenida de la FT que consta en los centros sociosanitarios con la información registrada en la HSU.

Además de comprobar que la indicación se adecua a los IPT de la AEMPS, y que se aplican los criterios de calidad de medicamentos en el SSPA del contrato programa 2017, se evaluó la seguridad del medicamento administrado, comparando con los criterios STOPP/START propuestos por la Sociedad Europea de Geriátrica y utilizados para la detección de medicación inapropiada en personas mayores de 65 años, y se analizan los tratamientos concomitantes para detectar posibles interacciones, con la herramienta de la base de datos MICROMEDEX.



#### RESULTADOS:

- En la revisión de la medicación en más de la mitad de los residentes seleccionados se detectó alguna incidencia en el tratamiento (discrepancias en la prescripción activa registrada en DIRAYA y la anotada en la FT, relacionada con los criterios STOPP/START, duplicidad de medicamentos, posibles interacciones entre medicamentos, entre otras.).
- En los 4 centros inspeccionados se observaron deficiencias en el proceso de gestión del medicamento (adquisición, conservación, custodia, preparación y administración).
- No existen mecanismos de control para asegurar la trazabilidad del medicamento desde la prescripción hasta la administración del medicamento.

#### CONCLUSIONES:

- Es necesario la integración del profesional farmacéutico en el equipo asistencial multidisciplinar para el control de todos los procesos de gestión del medicamento, así como establecer programas de atención farmacéutica, dirigido a la revisión sistemática de los tratamientos e implantar herramientas de seguimiento farmacoterapéutico y detección de Problemas Relacionados con los Medicamentos.
- Debería de existir una mayor coordinación entre los profesionales de los centros sociosanitarios y los sanitarios de los centros del SSPA.
- Por último, pensamos que se debería implantar sistemas informatizados en la administración de medicamentos.

### **EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL, TRAS LA REORGANIZACIÓN SUFRIDA POR UNA AUDITORIA DE LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.**

**Sánchez Osorio, FI; González Campos, MC; Caparros Romero, MS; Girela Molina, B; Camacho Marín, A.**

#### INTRODUCCIÓN

En el Plan de Inspección 2015, el objetivo 5.B, incluía la evaluación del procedimiento de conciliación de la medicación en los centros sanitarios del SSPA. Al recibir el informe la Gerencias del Hospital creó un grupo de trabajo para corregir las deficiencias.

#### OBJETIVOS

Analizar los resultados de un programa de errores de conciliación (EC), con las mejoras recomendadas en un servicio de traumatología.

#### MÉTODO

Estudio observacional prospectivo realizado durante el año 2016, en el que se incluyeron todos los pacientes con 65 años o más o en tratamiento con al menos 5 fármacos. Las variables medidas fueron: edad, sexo, número de medicamentos prescritos, número de EC, grupo farmacológico implicado y gravedad del EC. Las fuentes de información empleadas fueron: Diraya-Clinica, APD-Prisma y entrevista con el paciente-cuidador. Los pacientes se incluyeron en las primeras 24 horas tras el ingreso. Se recogió el listado completo de medicación domiciliaria. Se comparó este listado con la prescripción realizada durante el ingreso. Para calificar una discrepancia como EC, el prescriptor debía aceptarlo como tal tras solicitar su aclaración.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 283 pacientes. Se revisaron 1903 medicamentos. Se halló un promedio de 2.7 EC/paciente. El tipo de EC más frecuente fue la omisión de medicamentos (89.6%), seguido de diferente dosis, pauta o vía (7.0%). Con respecto a la gravedad de los errores, el 73,2% alcanzan al paciente sin ocasionar daño, el 21,2 % no alcanza al paciente y el 5,6% alcanzan al paciente y requieren monitorización. La intervención realizada por el servicio de Farmacia se aceptó en el 81,3% de los casos.

#### CONCLUSIONES

La priorización de la conciliación en este Hospital Comarcal, tras el informe emitido por la Inspección de Servicios Sanitarios, ha tenido un impacto positivo en la seguridad del paciente.

## **ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DEL INFORME NORMALIZADO PARA EL VISADO DE ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA.**

**Sánchez Osorio, FI; Caparros Romero, MS; González Campos, MC; Rivadeneira Navarro, C; Prieto Gómez, PJ.**

### **INTRODUCCIÓN**

Con la publicación del Informe de Posicionamiento Terapéutico para la indicación de fibrilación auricular no valvular (FANV) con anticoagulantes de acción directa (ACOD), en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, se implanta un modelo normalizado para facilitar su indicación y su visado.

### **OBJETIVOS**

Realizar un análisis de la veracidad de la información recogida en el informe normalizado para el visado de ACOD

### **MÉTODO**

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes FANV que iniciaron tratamiento con un ACOD entre los años 2014 y 2016 tras un tratamiento con antivitaminicos K (AVK) con mal control del INR (no motivado por falta de adherencia al tratamiento). Las variables medidas fueron: edad, sexo, fecha de inicio de tratamiento con ACOD, fármaco prescrito, puntuación CHADS2, y grado de anticoagulación previo. Las fuentes de información empleadas fueron: Diraya-Clínica y Gota. Se valoró el grado de anticoagulación mediante el método de Rosendaal (mal control Tiempo de Rango Terapéutico (TRT) en los últimos 6 meses <66%. Se comparó esta información con la indicada en el informe de visado emitido por el facultativo prescriptor.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 32 pacientes con una edad media de 79,4 años. Los ACOD prescritos fueron Apixaban (43,8%), Dabigatran (28,1%) y Rivaroxaban (28,1%).

En el 12,5% de los pacientes en los que se indicaba iniciar ACOD por tratamiento con AVK con mal control del INR no se pudo verificar esta información. De estos, en el 25% de los casos figuraba en la historia clínica falta de adherencia al tratamiento con AVK y en el 75% restante no se cumplía TRT <66%.

### **CONCLUSIONES**

La comprobación de la veracidad de los datos señalados en el informe normalizado de visado, pone de manifiesto que existe en algunos casos falta de rigor en su cumplimentación.