

Cumbre de Gestión Sostenible 2011

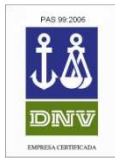
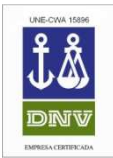
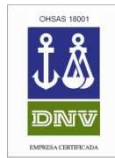
“ Tecnología de la Información en la Seguridad del Paciente”.



Fundación Hospital Calahorra.

Pelayo Benito García,

Coordinador Unidad Calidad.



Fundación Hospital Calahorra

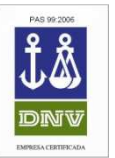
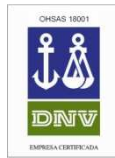
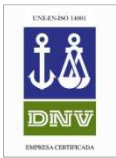


- FHC es una **institución pública**, enmarcada en la red sanitaria de la Comunidad Autónoma de **la Rioja**, con autonomía de gestión, presidida por un Patronato, que realiza actividades de **asistencia sanitaria especializada**, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación para los habitantes de la Rioja Baja y cualquier otro usuario que lo solicite.



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





INDICE

- 1. Estrategia** de FHC en materia de Seguridad del Paciente.
- 2. Guías- estándares** seguidos por FHC en materia de Seguridad del Paciente – Tecnología de la Información para implantar y desplegar su estrategia.
- 3. Conclusiones y recomendaciones.**
4. ANEXO: Tecnologías de la información y mejora de calidad de vida de pacientes: Proyecto **INCASA**.



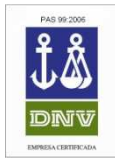
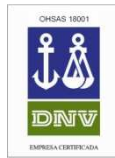


1-. Estrategia de FHC en materia de Seguridad del Paciente.



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





POSICIONAMIENTO ESTRATEGICO FHC:

PUNTO DE PARTIDA⁽¹⁾:

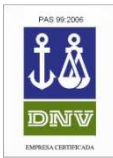
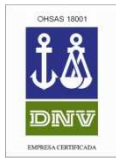
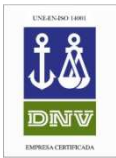
- En la actividad asistencial no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de **eventos adversos** (“actuaciones humanas”).
- No obstante, es posible reducir su frecuencia y gravedad mediante la adecuada **gestión de los riesgos** basada en un sistema de mejora continua.

(1) Fuente: “ESTRATEGIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE” - Recomendaciones del Taller de Expertos de la Agencia de calidad del SNS celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005 http://formacion.seguridaddelpaciente.es/doc/opsc_sp1.pdf



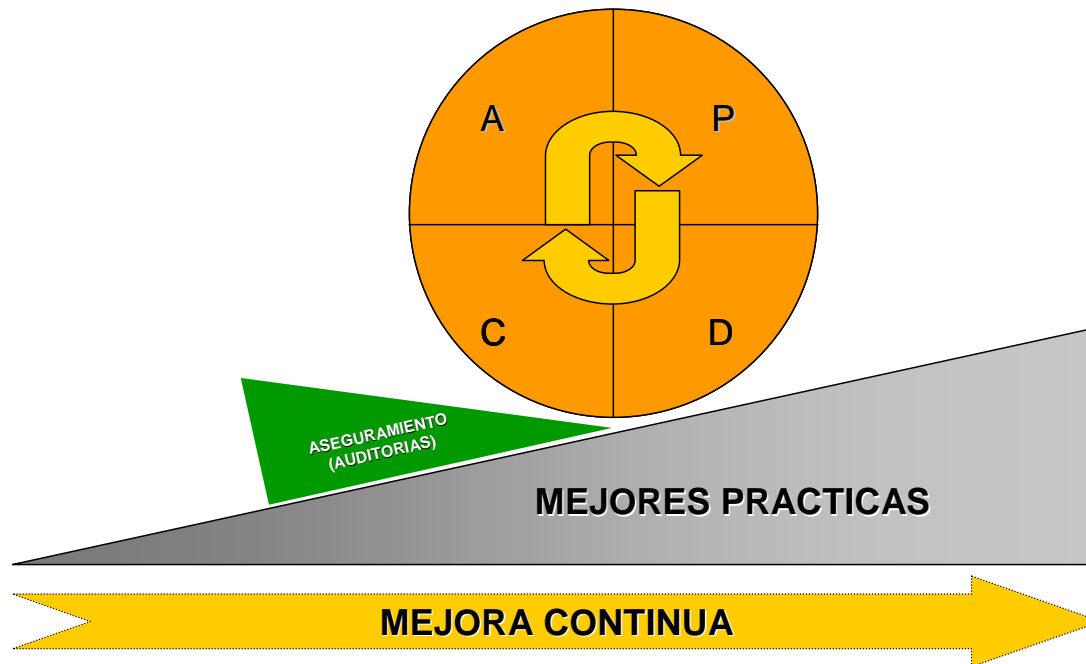
Cumbre de Gestión Sostenible 2011

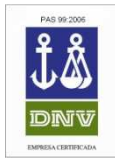
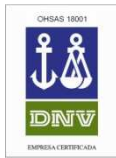




POSICIONAMIENTO ESTRATEGICO FHC:

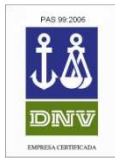
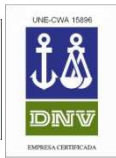
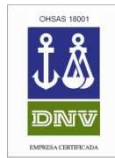
- “Seguridad del paciente” + “Gestión de Riesgos”.





Cumbre de Gestión Sostenible 2011



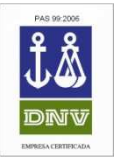
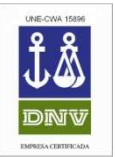
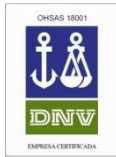


1-. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS).

- **Retos:**

- «Formular una **taxonomía** de la seguridad del paciente que sirva para notificar **sucesos adversos**. Identificar y divulgar las **«mejores prácticas»**».
- «Elaborar sistemas de **notificación** y **aprendizaje** para facilitar el análisis de las causas que originan errores y **prevenirlos**».
- «Lograr la participación plena de los **pacientes** en la labor de la alianza».



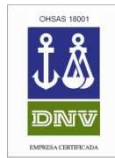


2-. Comité Europeo de Sanidad (2004)¹.



(1) Comité de expertos en la gestión de la seguridad, 56ª reunión, 2004.





2-. Recomendación del Consejo de Ministros de la UE (2 de julio de 2009)⁽¹⁾.

- **Principales afirmaciones:**

1. Las **herramientas de tecnología de la información y la comunicación (TIC)**, las **historias clínicas** y las prescripciones electrónicas, pueden contribuir a mejorar la **seguridad de los pacientes**.
2. Las herramientas de tecnología de la información y la comunicación deberían destinarse a **mejorar la comprensión por parte de los usuarios de los productos médicos**.

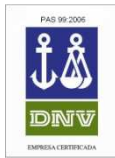
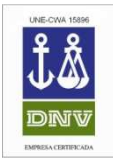
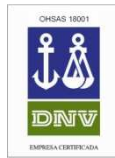
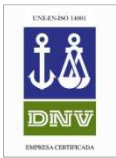
- **Desglose de las recomendaciones:**

3. Apoyar el establecimiento de **sistemas de información sin sanciones** y de **aprendizaje** sobre hechos adversos.



(1) <http://register.consilium.europa.eu/pdf/es/09/st10/st10120.es09.pdf>





3-. Taller de expertos de la Agencia de Calidad del SNS (2005).

- **Recomendaciones:**

- Lograr la **implicación de los profesionales** asistenciales en la seguridad de los pacientes.
- Déficit de circulación de **información**.
- Disponer de **tecnologías de información** que ayuden a los clínicos a hacer las cosas mejor.
- Falta de **controles de calidad** en la asistencia sanitaria.



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





4-. Plan Calidad SNS (2006-2010)¹.

- El **Plan de Calidad** propone líneas de trabajo de adhesión voluntaria y ofrece 6 grandes áreas de actuación:
 - 1. Protección, promoción de la salud y prevención.
 - 2. Fomento de la equidad.
 - 3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud.
 - **4. Fomento de la excelencia clínica.**
 - 5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos.
 - 6. Aumento de la transparencia.

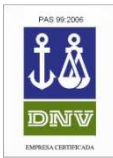
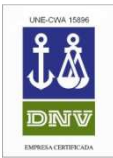
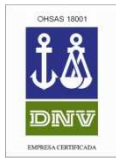
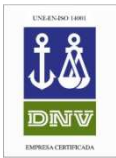




4-. Plan Calidad SNS (2006-2010).

- **Area 4 - Estrategia nº 8:** “Mejorar la **seguridad de los pacientes** atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud”.
 - Objetivos:
 - **8.1-**Promover y desarrollar el conocimiento y la **cultura de seguridad del paciente** entre los **profesionales** en cualquier nivel de atención sanitaria.
 - **8.2-**Diseñar y establecer sistemas para la **comunicación de los incidentes** relacionados con la seguridad del paciente.





4-. Plan Calidad SNS (2006-2010).

- **Balance 2006-2008:**

- **sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos:**

- se han realizado **tres informes jurídicos** que analizan la legislación nacional e internacional y hacen una serie de **propuestas** orientadas a reformar la normativa española para permitir la implantación de un **sistema de notificación no punitivo**.
 - Además se está pilotando en el SNS una propuesta de modelo de sistema de notificación para el SNS que permita evaluar su viabilidad.

- **Actividades previstas 2009-2010:**

- Propuesta de **cambio normativo** que permita la notificación no punitiva de eventos adversos.
 - **Prototipo** de sistema de información y notificación de incidentes y eventos adversos para el SNS.





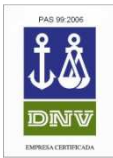
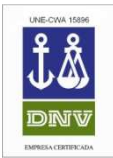
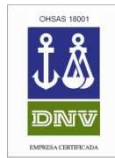
5-. IIº Plan Salud La Rioja (2009-2013).

*"...la **Seguridad de Pacientes** se considera un **aspecto clave** de las **políticas de calidad** de los sistemas de salud y un objetivo fundamental de los gestores sanitarios..."*

*"Las acciones puestas en marcha en La Rioja emanan, entre otros, de la **Estrategia de Seguridad** del **MSC** y de los **Planes de Calidad** del **SNS**".*

(pág. 348)

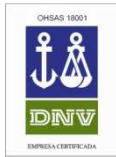




5-. IIº Plan Salud La Rioja (2009-2013).

- CAPÍTULO 18. SOBRE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA RIOJA:
 - **Sistemas de información.**
 - Nuevas tecnologías.
 - Uso racional del medicamento.
 - Sector privado.
 - Formación
 - Promoción de la investigación.
 - Calidad del Sistema de Salud de La Rioja.
 - **Seguridad del paciente.**





5-. IIº Plan Salud La Rioja (2009-2013).

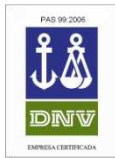
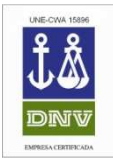
- **Objetivo General:**

- **1.** Implantación en el Sistema Sanitario de La Rioja de una **estrategia** de Seguridad del Paciente-Gestión de Riesgos.

- **Objetivos Específicos:**

- 1.1. **Difusión** de la **cultura** de **gestión de riesgos** clínicos en La Rioja para profesionales y pacientes.
- 1.2. Establecer un **sistema** para la identificación y valoración de los riesgos relacionados con la asistencia sanitaria.
 - 1.2.1. **Sistema de notificación de incidentes-eventos adversos.**
- 1.3. Establecer **medidas** para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.
- 1.4. Establecer una **estructura organizativa** para la Gestión de Riesgos Sanitarios en 2009.
 - 1.4.1. **Implantación y desarrollo de "Unidades FUNCIONALES de Seguridad del Paciente".**
- 1.5. **Formación** continuada de los profesionales e Investigación en gestión de riesgos sanitarios.



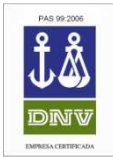
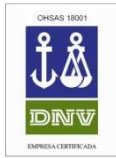


5-. IIº Plan Salud La Rioja (2009-2013).

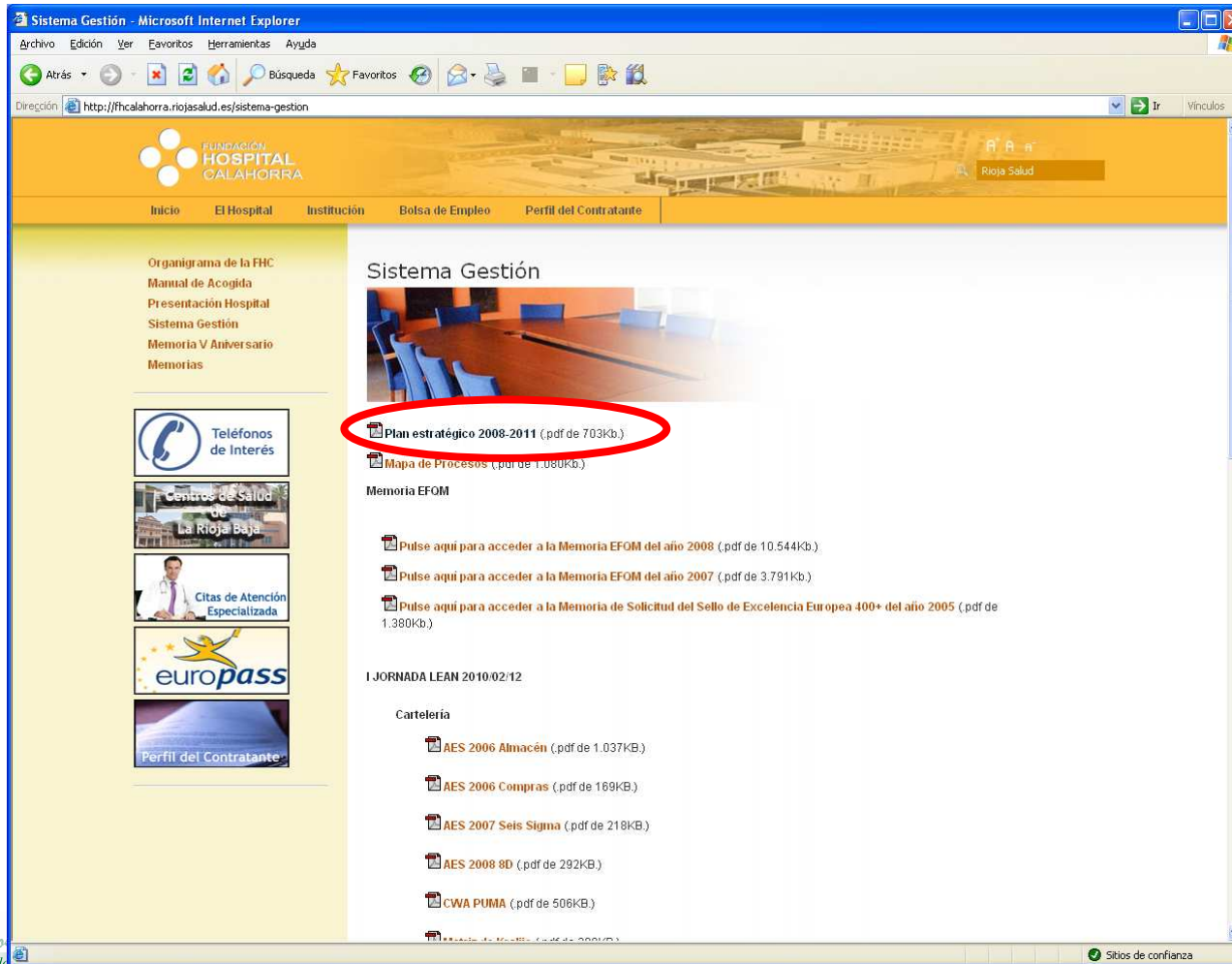
- **Indicadores:**

4. Numero de incidentes y eventos adversos **notificados** anualmente.
5. Numero de incidentes y eventos adversos **analizados** anualmente.



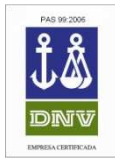
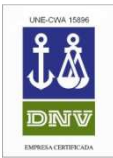
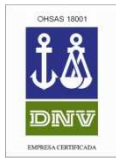
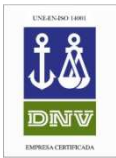


6-. Plan Estratégico FHC 2008-2011.



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





6-. Plan Estratégico FHC 2008-2011.

http://fcalahorra.riojasalud.es/fcalahorra/pdf/BSC_2008-2011_FHC.pdf - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ir a Favoritos Ayuda

Búsqueda Favoritos

Dirección http://fcalahorra.riojasalud.es/fcalahorra/pdf/BSC_2008-2011_FHC.pdf

5 / 37 93,7%

Buscar

Fundación Hospital Calahorra
Plan Estratégico 2008-2011

CUADRO DE MANDO DE FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA POR OBJETIVOS ESTRATEGICOS

OBJETIVO	FACTORES CLAVE ÉXITO	SUBFACTORES	SUBFACTORES	INDICADORES DE GESTIÓN	OBSERVACIONES
SATISFACCIÓN NECESIDADES SANITARIAS DE POBLACIÓN DE REFERENCIA	ASISTENCIA ADECUADA	PERSONAS CAPACITADAS TÉCNICAMENTE		Índice de Satisfacción Global de clientes IS Global de clientes insatisfechos Índice de reclamaciones ponderado	
				IS asistencia Índice de mortalidad Índice de complicaciones Estancia media Tasa reingresos Tasa reintervenciones	
				IS con la competencia de los profesionales	
			MEDIOS CLINICOS ADECUADOS	IS instalaciones y material	
	CAPACIDAD ATENCIÓN / TRATO	ACTITUD PERSONAS	IS Trato personal medico IS Trato personal no médico		
		ORIENTACIÓN A CLIENTE DE PROCESOS	IS confianza inspira Hospital Recomendaría Hospital		
	COBERTURA NECESIDAD ASISTENCIAL	GAMA DE SERVICIOS	IS con las especialidades disponibles Nº de consultas especializadas fuera de área		
		RAPIDEZ EN LA ATENCIÓN	Demora media de consultas Demora media de quirófano Estancia media		

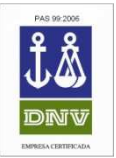
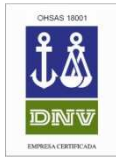
Página 5 de 37

Hecho Zona desconocida

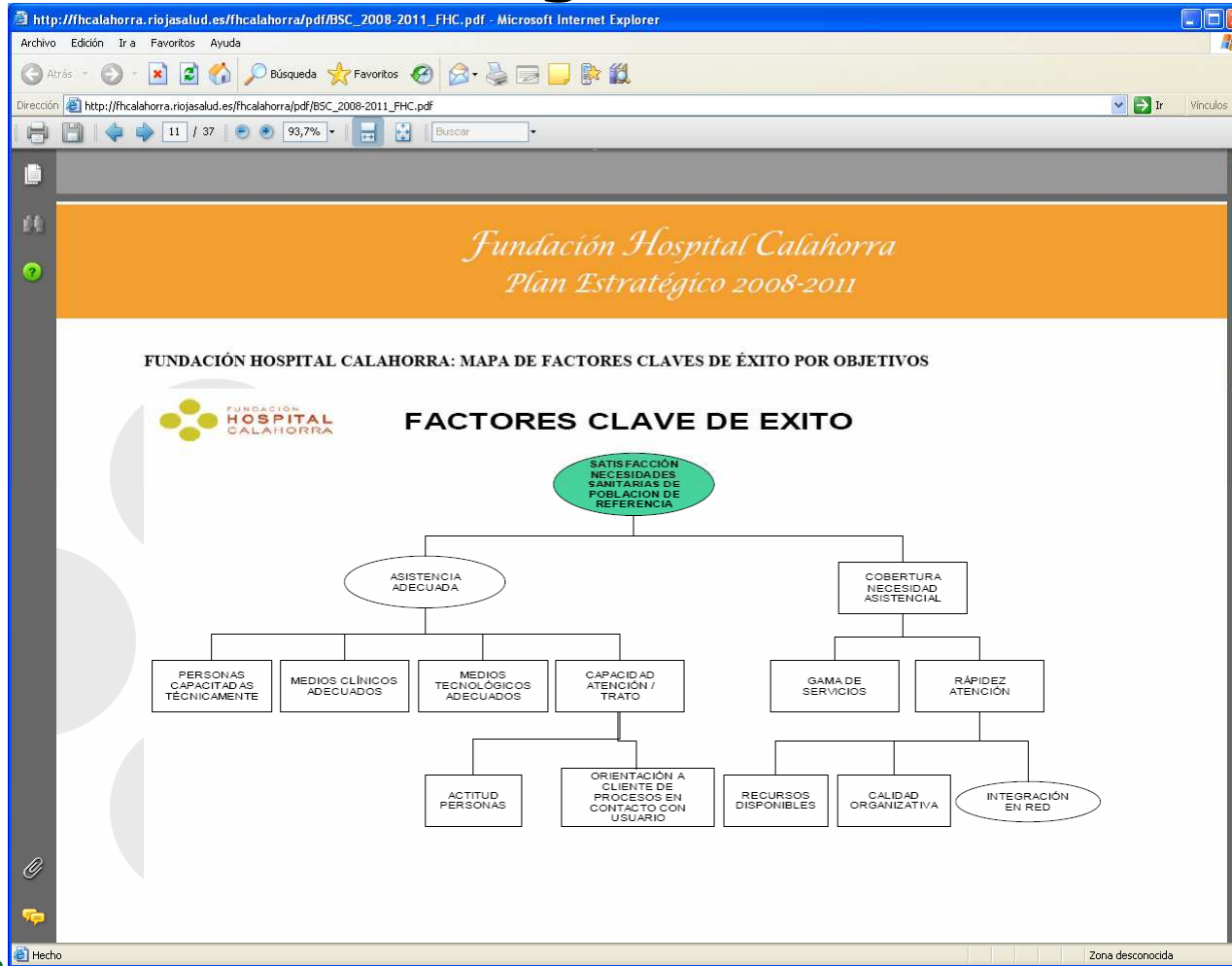


Cumbre de Gestión Sostenible 2011



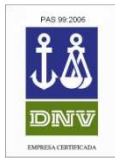
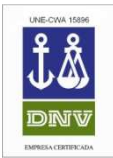
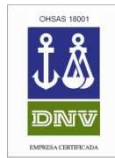


6-. Plan Estratégico FHC 2008-2011.



Cumbre de Gestión Sostenible 2011



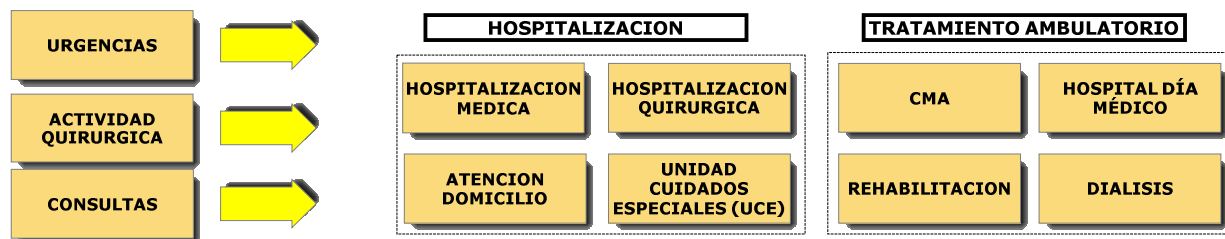


MAPA PROCESOS FHC

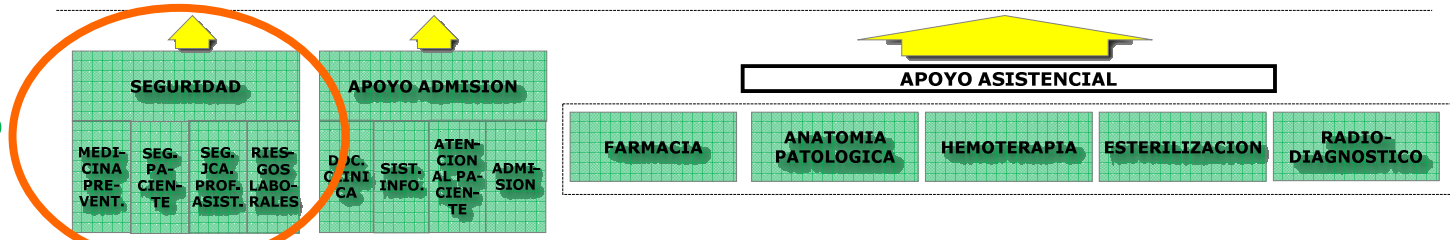
ESTRATEGICOS



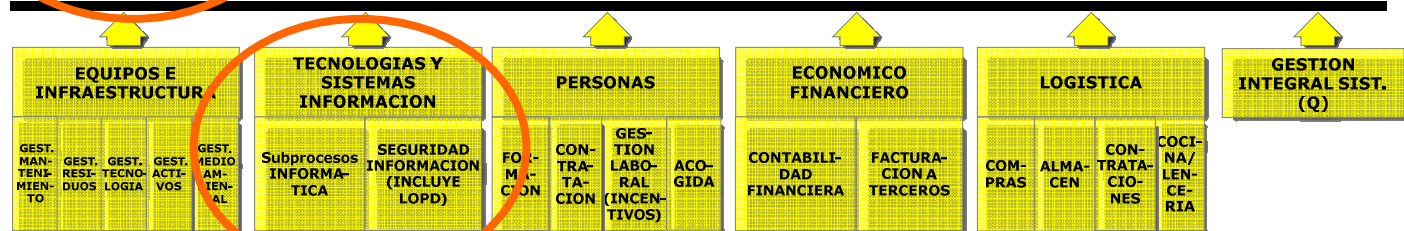
OPERATIVOS



APOYO



SOPORTE

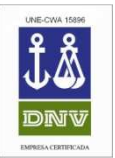
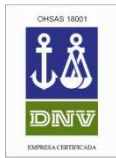
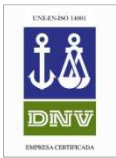


PACIENTES Y USUARIOS



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





6-. Plan Estratégico FHC 2008-2011.

- En lo que respecta a la estrategia en materia de TIC's, FHC está subordinada a la estrategia del Sistema Público de Salud de La Rioja.
- Fruto de dicha integración, FHC ha adoptado desde 2010 el Aplicativo **SELENE** para Historia Clínica Electrónica (HCE), que permite la sustitución de los múltiples HIS de cada hospital por uno corporativo – SELENE- bajo una plataforma estable, cumpliendo con los requisitos de la LOPD, con diversos niveles de seguridad y con rendimientos aceptables para los usuarios de Sistema de Información.



Cumbre de Gestión Sostenible 2011



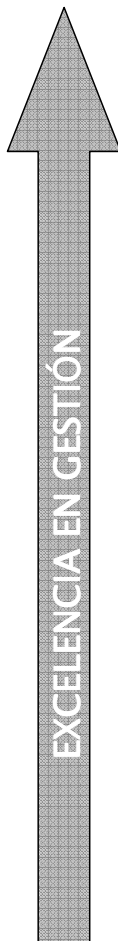
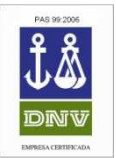
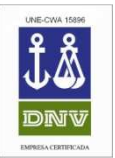
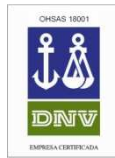


2-. Guías- estándares seguidos por FHC en materia de Seguridad del Paciente – Tecnología de la Información para implantar y desplegar su estrategia.



Cumbre de Gestión Sostenible 2011



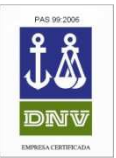
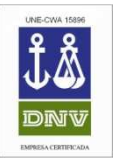
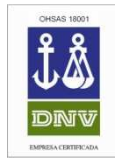
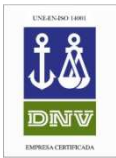


Identificación Inequívoca de Pacientes en la FHC	2011	2 ^{as} Jornadas en Seguridad del Paciente
Integración Sistemas Calidad basado en Procesos Actualización Mapa de Procesos FHC Premio Finalista AERCE Norma CWA-PUMA (gestión de Compras) Norma PAS 99 (Integración Sistemas)	2010	TOP 20 al Área Cirugía Digestiva (3) I Foro LEAN Hospitales en FHC 1 ^{as} Jornada en Seguridad del Paciente
Certificado a la Excelencia en los Servicios Públicos (450-500) Reconocimiento Plata Premio Finalista CEI	2009	Premio Especial TOP 20 Hospitales TOP 20 al Área Cirugía Digestiva (2) Unidad F. en Gestión de Riesgos y Seguridad
ISO 27001 2 ^a Memoria EFQM - 2º Mapa de Procesos BSC 2008-2011	2008	TOP 20 al Área Sistema Nervioso
OHSAS 18000	2007	5º TOP 20 Hospitales TOP 20 al Área Respiratorio
Sello Excelencia Europea +400 BSC 2006-2008	2006	4º TOP 20 Hospitales Formación Six Sigma, ISO, EFQM
2ª Autoevaluación EFQM 1ª Memoria EFQM - BSC 2005-2007	2005	3er TOP 20 Hospitales Auditores ISO, evaluadores EFQM
ISO 9001:2000 ISO 14001:2004 y EMAS	2004	2º TOP 20 Hospitales TOP 20 al Área Cirugía Digestiva (1) Formación en Gestión
1ª Autoevaluación EFQM 1er Plan Estratégico 2003-2004	2003	Accésit TOP 20 Hospitales
1er Mapa Procesos Formación de personas	2002	1er TOP 20 Hospitales
Misión, Visión, Valores FHC	2001	



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





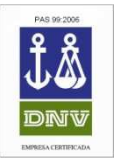
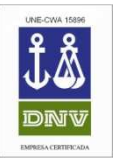
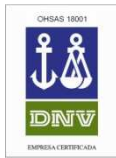
1-. UNE-ISO/IEC 27001.

ACTIVO	Tipo de Activo	Responsable / Propietario	Equipos incluidos en el Activo	Ejemplo de pérdida de datos, funcionalidades, servicios si fallara el Activo	Consecuencias			Críticidad
					Confid.	Integ.	Dispon.	
Hardware	Servidores FHC	U. Informática FHC	Servidores-Hw, Cabinas de Discos, Eva	Datos, funcionalidades y servicios a los q de soporte el Servidor afectado. Se refiere a los datos en Servidores insitu de FHC.	NA	NA	4	4
	Servidores S.Pedro	Dir. Informática SERIS	Servidores-Hw, Cabinas de Discos, Eva	Datos, funcionalidades y servicios a los q de soporte el Servidor afectado. Se refiere a los datos en Servidores insitu de S. Pedro pertenecientes a FHC: Selene, PACs, Patwin, Dietética, Triaje, ...	NA	NA	8	8
	Hw Cliente	U. Informática FHC	Pcs, Impresoras cliente; faxes...	Correo personal	NA	NA	2	2
Comunicaciones	Red LAN	U. Informática FHC	Todo Equipamiento de Electrónica Red Interna: Sonicwall, Wifi, eSafe, Pix, Riverstone,	Fallos de pérdidas de servicios relacionados con fallos en las comunicaciones internas	NA	NA	8	8
	Red WAN	U. Informática FHC	Todo equipamiento o servicio externo al Hospital de comunicaciones: Macrolan, cortes en operadores de comunicaciones, en Internet, ...	Fallo en Selene, PACs, Aplicaciones Sanitarias, TeleEEG, Antivirus, DNA, Dominio, Internet, Correo, ...	NA	NA	8	8
Personal	Personal Informático FHC	U. Informática FHC	Personal U. Informática FHC. Empleados contratats Informática FHC	Servicios que no se realizan. Servicios que se realizan erróneamente. Falta de soporte a u. Pérdida de servicio...	NA	NA	4	4
	Personal Informático S.Pedro	Dir. Informática SERIS	Personal U. Informática S. Pedro. Empleados contratats Informática S. Pedro. Empresas externas S. Pedro	Servicios que no se realizan. Servicios que se realizan erróneamente. Falta de soporte a u. Pérdida de servicio...	NA	NA	4	4
	Dirección	Dirección	Directivos FHC, Directivos S. Pedro	Servicios que no se realizan. Servicios que se realizan erróneamente. Falta de soporte a u. Pérdida de servicio...	NA	NA	2	2
	Usuarios	Usuarios	Usuarios	Servicios que no se realizan. Servicios que se realizan erróneamente. Falta de soporte a u. Pérdida de servicio...	NA	NA	2	2
Entorno	CPD 1 (Principal)	U. Informática FHC	Sala Servidores y entorno Planta 0 Edificio no asistencial	Datos, funcionalidades y servicios de los servidores internos del Cpd1	NA	NA	8	8
	CPD 2 (Secundario)	U. Informática FHC	Sala Servidores y entorno Planta sótano Edificio asistencial	Datos, funcionalidades y servicios de los servidores internos del Cpd2 (Telefonía, ...)	NA	NA	4	4
Software	"Entorno Sw" Asistencial	U. Informática FHC	SOs, SGBbdds, Sw Comercial, Sw Desarrollado. Sw cliente	Pérdida de Datos, funcionalidades y servicios asistenciales a los q de soporte el Sw afectado.	NA	NA	8	8
	"Entorno Sw" No Asistencial	U. Informática FHC	SOs, SGBbdds, Sw Comercial, Sw Desarrollado. Sw cliente	Pérdida de Datos, funcionalidades y servicios no asistenciales a los q de soporte el Sw afectado.	NA	NA	4	4
Información	Información Asistencial	FHC	Datos clínicos	Pérdida de Información de Historias Clínicas, asistenciales, imagen clínica	8	8	8	8
	Información No Asistencial	FHC	Información no clínica	Pérdida de información de Contratos, Procedimientos, Información contable	4	4	4	4



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





1- UNE-ISO/IEC 27001.

3-. NIVEL DE RIESGO: frecuencia del evento x gravedad del evento x impacto en las cualidades del activo		TIPOLOGÍA DE ACTIVOS																				
Categoría	Amenaza	Entorno					Hardware			Comunic		Software		Personas					Informac			
		Archivos	CPD1	CPD2	Instalaciones	Suministros	Servidores FRC	Servidores H. San Pedro	WiFi	LAI	Entorno SW Asistencial	Entorno SW Ito. Asistencial	Equipo Alta Dirección	Coordinadores y Propietarios	Resto de personal según Cat.	Subcontratas	Pacientes y Usuarios	Clinico Asistencial	Gestión Ito. Asistencial	Otros		
		12,41	15	15	11	9,2	13,8	13,8	12	13	8,72	7,97	11,2	11	9,34	9	3	12,91	8,06	8,97		
Desastres	Desastres naturales que activan el plan de catástrofes	111,69	135	135	99	82,8	124,2	124,2	108	117	78,48	70,83	100,8	99	84,06	81	27	116,19	72,54	80,73	1.847,52	
	Desastres industriales que activan el plan de catástrofes	111,69	135	135	99	82,8	124,2	124,2	108	117	78,48	70,83	100,8	99	84,06	81	27	116,19	72,54	80,73	1.847,52	
	Suciedad	49,64	60	60	44	36,8	55,2	55,2	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	51,64	32,24	35,88	821,12	
	Averías en equipos informáticos	446,76	540	540	396	331,2	496,8	496,8	432	468	313,92	283,32	403,2	396	336,24	324	108	464,76	290,16	322,92	7.390,08	
	Averías en equipos industriales	446,76	540	540	396	331,2	496,8	496,8	432	468	313,92	283,32	403,2	396	336,24	324	108	464,76	290,16	322,92	7.390,08	
	Exceso de temperatura	49,64	60	60	44	36,8	55,2	55,2	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	51,64	32,24	35,88	821,12	
	Exceso de humedad	12,41	15	15	11	9,2	13,8	13,8	12	13	8,72	7,97	11,2	11	9,34	9	3	12,91	8,06	8,97	205,28	
	Fallo eléctrico	198,56	240	240	176	147,2	220,8	220,8	192	208	139,52	125,92	179,2	176	149,44	144	48	206,56	128,96	143,52	3.284,48	
	Interrupción en el suministro de comunicaciones	49,64	60	60	44	36,8	55,2	55,2	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	51,64	32,24	35,88	821,12	
	Interrupción del suministro de climatización	49,64	60	60	44	36,8	55,2	55,2	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	51,64	32,24	35,88	821,12	
	Interrupción de otros suministros o servicios esenciales	111,69	135	135	99	82,8	124,2	124,2	108	117	78,48	70,83	100,8	99	84,06	81	27	116,19	72,54	80,73	1.847,52	
	Degradación de soportes de almacenamiento	49,64	60	60	44	36,8	55,2	55,2	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	51,64	32,24	35,88	821,12	
Falta de personal indispensable	49,64	60	60	44	36,8	55,2	55,2	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	51,64	32,24	35,88	821,12		
Errores y Ataques	Errores por uso inadecuado	49,64	60	60	44	36,8	55,2	220,8	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	206,56	32,24	35,88	1.141,64	
	Suplantación de identidad	111,69	135	135	99	82,8	124,2	496,8	108	117	313,92	70,83	100,8	99	84,06	81	27	116,19	72,54	80,73	2.455,56	
	Acceso no autorizado	111,69	135	135	99	82,8	124,2	124,2	108	117	78,48	70,83	100,8	99	84,06	81	27	116,19	72,54	80,73	1.847,52	
	Modificación de información	49,64	60	60	44	36,8	55,2	55,2	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	51,64	32,24	35,88	821,12	
	Introducción de información falsa	111,69	135	135	99	82,8	124,2	496,8	108	117	313,92	70,83	100,8	99	84,06	81	27	116,19	72,54	80,73	2.455,56	
	Dstrucción de información	198,56	240	240	176	147,2	220,8	220,8	192	208	139,52	125,92	179,2	176	149,44	144	48	206,56	128,96	143,52	3.284,48	
	Divulgación de información	111,69	135	135	99	82,8	124,2	496,8	108	117	313,92	70,83	100,8	99	84,06	81	27	116,19	72,54	80,73	2.455,56	
	Manipulación de programa	49,64	60	60	44	36,8	55,2	220,8	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	51,64	32,24	35,88	1.091,36	
	Denegación de servicio	49,64	60	60	44	36,8	55,2	55,2	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	51,64	32,24	35,88	821,12	
	Robo	49,64	60	60	44	36,8	55,2	55,2	48	52	34,88	31,48	44,8	44	37,36	36	12	51,64	32,24	35,88	821,12	
Dstrucción de equipos	111,69	135	135	99	82,8	124,2	496,8	108	117	313,92	70,83	100,8	99	84,06	81	27	116,19	72,54	80,73	2.455,56		
		2.742,61	3.135,00	3.135,00	2.299,00	1.922,80	2.884,20	4.871,40	2.508,00	2.717,00	2.868,88	1.644,83	2.340,80	2.299,00	1.952,06	1.881,00	627,00	2.853,11	1.684,54	1.874,73		

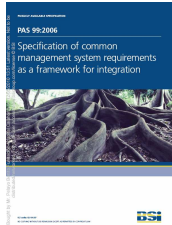


Cumbre de Gestión Sostenible 2011

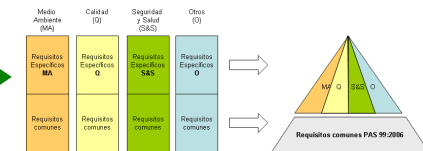




2-. PAS 99:2006.



OBJETIVO: Con la finalidad de **optimizar los recursos económicos** destinados al mantenimiento de los sistemas de gestión y **eliminar ineficiencias administrativas**, FHC decidió **integrar** en uno solo los sistemas de gestión correspondientes a los estándares **ISO 9001, ISO 14001, ISO 27001, OHSAS 18000 y EMAS**.



METODO: **a) UN ESTÁNDAR COMUN.** Para ello, FHC ha adoptado como referencia el marco establecido por la norma de integración de sistemas **PAS 99:2006**, elaborada por BSI (British Standards Institution). Es una especificación **certificable** orientada a dotar de un marco común a aquellas organizaciones que dispongan de dos o más sistemas de gestión y que estén interesadas en la gobernanza del **riesgo**.

b) UNA APLICACIÓN COMÚN: FHC se ha dotado de una **aplicación** sencilla y común para todo el Hospital, accesible desde la **intranet** y de desarrollo propio, mediante la cual los propietarios de los procesos pueden gestionar de forma ágil todo tipo de **“acciones”** (acciones de mejora, reclamaciones, no conformidades, ...), asegurándose al mismo tiempo de que cumplen los requisitos de cada uno de los estándares en vigor. **Cada acción es identificada automáticamente con un sencillo código que permite su trazabilidad y clasificación.** La aplicación se completa con una sección denominada **“Indicadores”** donde cada propietario o persona autorizada (p. ej. integrantes de equipos de proceso) puede incorporar tanto el indicador clave de su proceso como otros que considere necesarios.

1. Cualquier profesional autorizado puede acceder fácilmente desde la **intranet**.

2. Con un simple clic se selecciona el **Proceso** y el **criterio EFQM** a los que se vincula la “acción”.

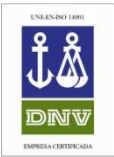
3. Se genera un **correo** que permite su seguimiento por la U. Calidad.

RESULTADOS: Un Sistema de Gestión **MAS EFICIENTE** (menos días de auditorías, menos costes consultoría/certificaciones, menos horas reunión...) y **MÁS PRÁCTICO** (más acciones de mejora en marcha, más información útil disponible para más personas involucradas).



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





Sistema Integrado de Gestión FHC - Windows Internet Explorer

https://intranet.riojasalud.es/intranet/5GCFHC/sgc.php

Sistema Integrado de Gestión FHC

Usuario: pbenito

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN: PAS 99:2006

Acciones Informes Indicadores Configuración

Reclamaciones No Conformidades Acciones Correctivas Acciones Preventivas Incidentes Ambientales Acciones de Mejora

Gestión Económica

Logística

Dirección Económica Financiera

Informática

Número	Fecha Apertura	
I.AM.11.02	13/04/2011	AI10 - PI 7 GESTIÓN ACTIVOS - D
I.AM.11.03	14/04/2011	AE10 Y AI10 - MEJORA
I.AM.11.04	16/05/2011	AUDITORIAS INT
I.AM.11.05	26/05/2011	AI11 - CIERRE INCIDENCIA
I.AM.11.06	26/05/2011	AI11 - SELENE. REVISIÓN PER
I.AM.11.07	06/06/2011	OBJ10 - OP-MANAJ
I.AM.11.08	06/06/2011	OBJ11 - CONTROL A
I.AM.11.09	06/06/2011	OBJ12 - REVISIÓN NO CON

Mantenimiento

Recursos Humanos

Sin Definir

Medicina Preventiva

Nefrología

Hospitalización Pediátrica

Farmacia

Hospitalización a Domicilio

Cirugía Mayor Ambulatoria

Listo

I.AM.11.06[1].pdf - Adobe Reader

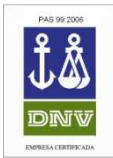
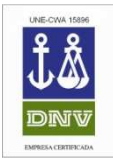
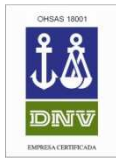
FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA

Número Documento:	I.AM.11.06	Sistema:	ISO 27001:2006
Fecha Apertura:	26/05/2011	Tipo:	ACCIONES DE MEJORA
Fecha Cierre Previsto:	26/05/2011	Fecha Cierre:	26/05/2011
Unidad/Dirección:	Informática	Situación:	Completada
Origen:	Auditoría Interna	Proceso:	Tecnologías y Sistemas de la Información
Importancia:	Normal	Eficaz:	Si
CriterioEFQM:	4 Alianzas y Recursos		
Cliente:	AI11 - SELENE. REVISIÓN PERFIL USUARIOS		
Responsable:	1.3 Coordinador Informática		
Anomalia:	De manera preventiva, se debería hacer seguimiento de la procedencia de los accesos a programas y carpetas. Por ejemplo, una vez al año. Esta procedencia se deja actualmente a merced de los Coordinadores, es decir, tiene que haber una solicitud expresa de los mismos para que a los trabajadores de su Unidad se les de acceso o se le quite.		
Causa:	Auditoría Interna 2011 - Area de Mejora Los permisos en carpetas los definen los Coordinadores, pero el perfil en Selene se revisará por parte de Informática en sus Auditorías Trimestrales internas		



Cumbre de Gestión Sostenible 2011

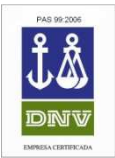
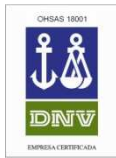




3-. UNE 179003:2010.

- Sirve para saber **cómo deben gestionarse los riesgos** para la seguridad del paciente según el consenso alcanzado por un grupo de expertos en la materia.
- Su objetivo es servir de guía a las organizaciones sanitarias que quieran implantar un **sistema para la gestión de riesgos (SGRSP)** para:
 - identificar situaciones de riesgo.
 - implantar acciones para su reducción y prevención.
- Apdo. 4.8-.Sistemas de **comunicación y notificación**:
 - Es responsabilidad de la Alta Dirección.
 - Debe tener en cuenta la mejora del desempeño del SGRSP.
 - Debe haber comunicación y consulta tanto interna como externa.
 - 4.8.1 Interna:
 - Información relevante.
 - Asegurar que se devuelve información a los profesionales implicados.
 - 4.8.2 Externa:
 - Debe haber un Plan (ejemplos en Anexo D).
- Incluye entre sus Anexos uno ("D") dedicado al **Sistema de notificación de eventos adversos**.
- Entre las técnicas estructuradas de análisis de riesgo propone el uso de **AMFE** (Análisis modal de Fallos y Efectos).



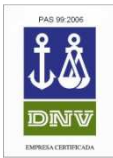
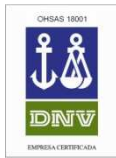


3-. UNE 179003:2010.

Anexo D): Sistema de notificación de eventos adversos.

- La UNE 179003:2010 propone dos ejemplos.
- El 2º de ellos ha sido promovido por la Agencia de Calidad del SNS como proyecto piloto dentro del Plan de Calidad del SNS. Permite su implementación en un entorno informático:
 - Informe del Plan de Calidad SNS 2006-2010 "Balance de actividades y acciones previstas":
 - Pág. 35: *El desarrollo de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos es fundamental para aprender de los errores. Se han realizado tres informes jurídicos que analizan la legislación nacional e internacional y hacen una serie de propuestas orientadas a reformar la normativa española para permitir la implantación de un sistema de notificación no punitivo. Además se está pilotando en el SNS una propuesta de modelo de sistema de notificación para el SNS que permita evaluar su viabilidad.*
 - Pág. 36: *Actividades previstas 2009-2010 .../... Se elaborará una propuesta de cambio normativo que permita la notificación no punitiva de eventos adversos y se presentará un prototipo de sistema de información y notificación de incidentes y eventos adversos para el SNS.*
 - Pág. 37: *Diseñar y pilotar un sistema de notificación y comunicación de incidentes y eventos adversos.*





3-. UNE 179003:2010.

Técnicas estructuradas de análisis de riesgos: **AMFE.**

ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS (AMFE)

Nombre del Sistema (Titulo):		Fecha AMFE:	
Responsable (Dpto. / Área):		Fecha Revisión:	
Responsable de AMFE (persona):			

Función o Componente del Servicio	Modo de Fallo	Efecto	Causas	Método de detección	G gravedad	O ocurrencia	D detección	NPR inicial	Acciones recomend.	Responsable	Acción Tomada	G gravedad	O ocurrencia	D detección	NPR final
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0
								0							0

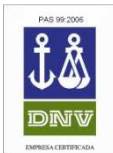
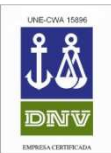
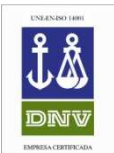
Valores de G entre 1 y 10; Valores de O entre 1 y 10; Valores de D entre 10 y 1 (Ver tablas de Valoración en el tutorial)

Borrar Datos Ir a Gráfico



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





ANÁLISIS DE MODOS DE FALLO Y SUS EFECTOS (AMFE)

Proceso (título):	NA	Fecha AMFE:	04/05/2011
Propietario del proceso:	NA	Fecha Revisión:	
Equipo realizador de AMFE:	Ainhoa Villaverde (Pysma), Rufi Arechaga, Alberto Martínez, Juan I. Garmica, Ana Cristina López, Isabel Muñoz, Palayo Banto		

Se identifican a continuación los riesgos "transversales", es decir, aquellos comunes a todos y cada uno de los procesos de FHC o a una o varias categorías de procesos en su totalidad (p. ej. todos los procesos operativos o todos los procesos de soporte). No se han incluido los riesgos que afectan solo a uno o algunos procesos de una o varias categorías, pero no a todos. Como proceso "líder" se identifica a aquel dentro del cual se ha detectado dicho riesgo y cuyo propietario, en consecuencia, debería liderar las acciones de mejora destinadas a la reducción de su NPR. Es necesario que dichas acciones de mejora, una vez consensuadas y aprobadas, sean incorporadas como tales a la aplicación SIG para su gestión, así como añadir posteriormente el código asignado por dicha aplicación al AMFE correspondiente de cada proceso dentro de la columna "Acción Tomada" (ver abajo). En **verde** aparecen las celdas en las que se puede completar información. En **rojo** aparecen las celdas que indican a que estándar/norma afecta el riesgo detectado.

PROCESO líder del riesgo detectado (ID "CATEGORÍA" - "Proceso" - "Subproceso")	Actividad del Proceso	Modo de Fallo	Efecto	Causas	Método de detección	Gravidad			NPR inicial	Acciones recomendadas	Responsable	Acción Tomada	Gravidad	Balance	NPR final	AFECTA A LA CATEGORÍA DE PROCESOS					Incluir en todos los procesos		
						General	Operativa	Dinámica								AFECTA A LA CATEGORÍA DE PROCESOS DE SERVICIO AL PACIENTE	AFECTA A LA CATEGORÍA DE PROCESOS DE SERVICIO AL CLIENTE	AFECTA A LA CATEGORÍA DE PROCESOS DE SERVICIO AL EMPLEADO	AFECTA A LA CATEGORÍA DE PROCESOS DE SERVICIO AL SOCIARIO	AFECTA A LA CATEGORÍA DE PROCESOS DE SERVICIO AL COMUNITARIO			
SOPORTE - EQUIPOS E INFRAESTRUCTURAS (GESTIÓN AMBIENTAL)	GESTIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS (CONSUMO DE RECURSOS NATURALES, VERTIDOS Y SEGREGACIÓN DE RESIDUOS)	a) Consumo de recursos más elevado o b) INCIDENTE AMBIENTAL.	Disminución de los recursos naturales disponibles en el futuro, de la disponibilidad de los recursos energéticos y contaminación de suelos y corrientes de agua. Incidentes ambientales. Sobrecostes. Incumplimiento legal (sanciones)	Falta de información, formación y concienciación. No seguimiento de Programa de gestión ambiental.	Varios (contador, visual, analítico, paso, etc.) y detección de aspectos ambientales significativos en programa Gestión Ambiental.	5	5	5	125						0	X	X	X	X			Incluir en todos los procesos.	
APOYO - SEGURIDAD (PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES)	GESTIÓN DEL CAMBIO (PUESTO DE TRABAJO)	No comunicación a Servicio Prevención Propio de cambios de puesto de trabajo o de cambios dentro del propio puesto de trabajo (p. ej. reincorporaciones tras IT).	Incumplimiento legal (sanciones) y daños (prealespotenciales) en salud.	NO detección de cambios en el puesto de trabajo que precisen revisión de la evaluación de riesgos o su no comunicación al Servicio Prevención Propio. ¿Falta de formación/competencia de Coordinadores en la materia?		8	7	7	392						0			X	X	X			Incluir en todos los procesos.
APOYO - SEGURIDAD (PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES)	ESTADO DE LA COMPETENCIA EN PRL DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN	Falta de suficiente acreditación de competencia en PRL de todas las personas de la organización (aptitud, formación e información, entrega EPI).	Incumplimiento legal (sanciones) y daños (prealespotenciales) en salud.	Falta de integración de PRL en la gestión	Auditorías / Listado anual general y mensual de puestos de riesgo	9	7	7	441						0			X		X			Incluir en todos los procesos.
APOYO - SEGURIDAD (PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES)	GESTIÓN DE ACCIDENTES LABORALES	Falta de información o información tardía a SPP de ocurrencia del accidente	Incumplimiento legal (sanciones) y daños (prealespotenciales) en salud.	Falta de integración de PRL en la gestión	Información a SPP	9	6	6	432						0			X		X			Incluir en todos los procesos.
SOPORTE - TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN (SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN)	Implementación de controles para cumplir los objetivos de control necesarios para el tratamiento de riesgos del SOCI	gestión deficiente de los controles derivados del inventario de riesgos de controles para cumplir los objetivos de control necesarios para el tratamiento de riesgos del SOCI	Incumplimiento legal (sanciones)	Falta de integración de SOCI en la gestión. ¿Formación/competencia de coordinadores/gestores? Detección y actualización de SI 04	Revisión del SOCI en C. Seguridad información	7	2	7	98						0		X			X			Incluir en todos los procesos.
SOPORTE - LOGÍSTICA (CONTRATACIONES)	EVALUACIÓN DE CONTRATOS CON PROVEEDORES	Falta de Feedback entre Responsable del Contrato y Logística acerca del cumplimiento del objeto del contrato	Desconocimiento evolución real del contrato. Incumplimiento Ley Contratos del Sector Público (sanciones).	Falta de comunicación entre Responsable del Contrato y áreas implicadas	Revisión Comisión Compras	2	7	2	28	Reforzar interacciones entre subprocesos contrataciones y el resto de los procesos para medir la prestación adecuada del contrato	Isabel Muñoz	Evaluar en Comisión Compras contra un estándar reconocido, SERVQUAL, enviado previamente al Responsable del Contrato. LAM.11.16			0				X				Incluir en todos los procesos OPERATIVOS
SOPORTE - LOGÍSTICA (COMPRAS)	SOLICITUD NUEVO MATERIAL	Falta de información al Logístico	Desinformación que puede provocar cambios o anulaciones actividad asistencial. Incumplimiento Ley Contratos del Sector Público (sanciones).	Falta de trazabilidad	Reclamación cliente interno	5	8	2	80	Reforzar trazabilidad	Isabel Muñoz	Módulo en Navision de Solicitudes Comisión de Compras. LAM.11.09			0	X				X			Incluir en todos los procesos OPERATIVOS
SOPORTE - LOGÍSTICA (COMPRAS)	DISPONIBILIDAD MATERIAL	Falta de material sanitario	Anulaciones o retrasos en la actividad asistencial	Incrementos de actividad no comunicados a Logística	Kanban	3	7	4	84	Reforzar interacciones proceso logístico y el resto de los procesos para informar de los incrementos de actividad.	Isabel Muñoz	Proyecto I+D+i Sistema Roboizado para productos quirúrgicos. LAM.11.11			0					X			Incluir en todos los procesos OPERATIVOS



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





Informe Auditoría Interna SIG FHC 2011_Anexo Listado Hallazgos_tabla resumen (2011_05_25).pdf - Adobe Reader

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

1 / 1 94,3%

Comentario Compartir

Informe Final Auditoría Interna SIG FHC 2011

Listado de Hallazgos (tabla-resumen)

Cuenta de TIPO	PROCESO/ SUBPROCESO													Total general	
TIPO	ANATOMIA PATOLÓGICA	EQUIPOS E INFRAESTRUCTURAS	FARMACIA	INFORMATICA	MEDICINA PREVENTIVA	RESUMEN MANOS	SEGURIDAD DE LA INFORMACION	PLANIFICACION ESTRATEGICA	LOGISTICA	PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES	GESTION AMBIENTAL	GESTION ECONOMICO-FINANCIERA	APYO ADMISION	HOSPITALIZACION MEDICA	Total general
1-. AREA DE MEJORA	4		1	2	2	1	1	1	1	3	1	1		4	21
2-. PUNTO FUERTE			1		1									2	6
3-. OBSERVACION	1	1	1	1	1	1	1							2	10
4-. NO CONFORMIDAD							1							1	1
Total general	5	1	3	3	4	2	2	1	1	3	1	1	4	21	

Informe Auditoría Interna SIG FHC 2011 (2011_05_25).pdf - Adobe Reader

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

5 / 7 133%

Comentario

obligatorio según el manual del SIG es relevante dada la trascendencia de este proceso). Idem para las fichas de cada uno de los tres subprocesos mencionados.

Estándar/es ISO 9001:2008, 5.4 y 5.6.1.

5.4. No Conformidades:

Nº No Conformidad	NC-01
Descripción	La integración de de los requisitos del estándar de la UNE-ISO/IEC 27001:2007 no está suficientemente desarrollada a nivel de los demás procesos por ser transversal y depender en gran medida del resto de procesos No hay suficientes evidencias de la completa identificación y evaluación de los riesgos de la seguridad de la información por activos y tipos de amenazas, así como en el establecimiento de los controles necesarios para su gestión y el despliegue de los mismos en los procesos correspondientes.
Estándar/es	UNE-ISO/IEC 27001:2007, 4.2.1. letras d), e), f) y g).

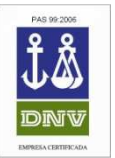
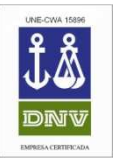




4-. UNE-EN ISO 27799.

- La **UNE-EN ISO 27799** (publicada en enero de 2010) está orientada a la gestión de la seguridad de la información en Sanidad y básicamente aplica al **dominio sanitario** la Norma **ISO/IEC 27002**.
- En la actualidad, FHC está en proceso de revisión de su **Hoja de Controles-Objetivos de Control** para su actualización conforme a las recomendaciones de la citada Norma (cap. 7 y Anexo A), con la finalidad de estar en disposición de incorporar como objetivo dentro del próximo PE FHC 2012-2015 el de someter su Sistema Integrado de Gestión (SIG) a certificación contra la misma.





4-. UNE-EN ISO 27799.

- Lo anterior exigirá a FHC incorporar a su Sistema Integrado de Gestión (SIG) los siguientes aspectos:
 - Mejora continua en el respeto a **obligaciones éticas** y legales específicas en materia de información sanitaria.
 - Incorporación de **mejores prácticas** en materia de seguridad en informática sanitaria.
 - Profundizar en la **gestión integral de riesgos** para la organización.
 - Mantener los **costes operativos**.
 - Asegurar la **interoperatividad** con otros sistemas sanitarios.
 - Contribuir a la estrategia en materia de HCE del Sistema Público Sanitario de La Rioja.





3-. Conclusiones y recomendaciones.



Cumbre de Gestión Sostenible 2011

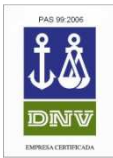
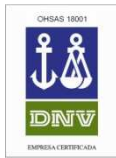




1-. Conclusiones:

- FHC considera que la seguridad de la información -y en particular de la información sanitaria- es uno de los factores clave que apoya su estrategia de gestión del riesgo para la seguridad de sus pacientes, establecida de acuerdo con las necesidades y expectativas de sus grupos de interés.
- FHC quiere compatibilizar su equilibrio financiero y el control de sus costes operativos –en especial, en inversiones en el área de TIC’s- con el desarrollo de un sistema de gestión de riesgos orientado no sólo al cumplimiento del marco regulatorio obligatorio sino a la mejora continua.
- Para ello, FHC ha optado por implantar, desarrollar y mejorar su propio Sistema Integrado de Gestión (SIG) de manera que éste responda a las exigencias de los estándares y normas de adhesión voluntaria que dispongan de mayor respaldo y consenso internacional en cada momento.
- En este sentido, los riesgos para la seguridad de la información sanitaria pueden y deber ser tratados como eventos adversos (o incidentes), bien de modo directo o bien de modo indirecto, para la seguridad del paciente y requieren, por tanto, ser analizados de modo sistemático para su reparación y prevención.
- El uso de tecnologías de la información orientadas a la seguridad del paciente debe contemplar necesariamente como uno de sus objetivos esenciales la puesta en marcha de un sistema de notificación de eventos adversos que asegure al mismo tiempo la seguridad de la información sanitaria, la capacidad de aprendizaje y mejora continua del sistema a partir del análisis de los fallos y errores cometidos y la voluntariedad, confidencialidad y carácter no punitivo de la actuación de los profesionales sanitarios involucrados.





2-. Recomendaciones para el PE FHC 2012-2015:

- Incorporar explícitamente el **enfoque "Seguridad del Paciente"** al modelo de gestión de FHC, basado en **EFQM 2010**, manteniendo la "Seguridad de la Información" como proceso de soporte, en particular del proceso de apoyo "Seguridad", identificando y mejorando las interfases entre ambos procesos de forma adecuada.
- Incorporar al **Plan Estratégico FHC 2012-2015** (PE FHC 2012-2015) la "Seguridad del Paciente" como uno de los factores clave de éxito (FCE) de FHC, vinculando su aseguramiento al desarrollo de un modelo de gestión integral del Riesgo que incluya específicamente la Seguridad de la Información en el ámbito sanitario.
- Elaborar, aprobar y difundir a todos los grupos de interés de FHC, identificados en su Manual de Gestión, la **Política de Seguridad del Paciente de FHC**, incorporando a la misma la dimensión relativa a la Seguridad de la Información Sanitaria.
- Establecer como **Objetivos** a conseguir dentro de su pº de vigencia los siguientes:
 - Extender y mantener una **cultura de seguridad** (en sus 4 vertientes o "subprocesos") mediante la reducción de los riesgos asociados a la práctica clínica para el conjunto de los trabajadores de FHC (asistenciales & no asistenciales).
 - Establecer como **Indicador Clave (estratégico)** de FHC en materia de Seguridad del Paciente el **índice de incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria**, cuyo rango máximo en base anual debe ser en todo caso inferior al 8.4% establecido por ENEAS en 2012.
 - Implantar en FHC los procesos identificados por la **UNE 179003:2010** y por la **UNE-EN ISO 27799** acordes con los requisitos del Sistema Integrado de Gestión (SIG) de FHC, en particular un **Sistema de Notificación de Eventos Adversos que cumpla los requisitos establecidos por ambas Normas** así como por las obligaciones legales y reglamentarias aplicables.
 - Obtener la **verificación por parte ajena** (auditoría externa + certificación) de la adecuación del funcionamiento de FHC a los requisitos establecidos por la **UNE 179003:2010** y la **UNE-EN ISO 27799** durante el pº de vigencia del PE 2012-2015.





ANEXO:
Tecnologías de la información y
mejora de calidad de vida de
pacientes: Proyecto **INCASA**.





Proyecto INCASA

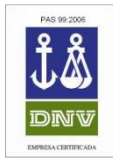
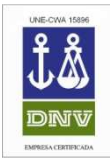
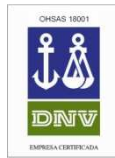
(integrated network for Completely Assisted Senior citizen's Autonomy)

- FHC participa como entidad colaboradora del consorcio **INCASA**, creado en 2009 junto a otras organizaciones de la UE tales como entidades del sector de las telecomunicaciones y centros hospitalarios de Reino Unido, Francia y Grecia. Su objetivo es contribuir a la creación de una red de asistencia socio-sanitaria integral para personas de edad avanzada.
- FHC llevará cabo un piloto destinado a la **tele-asistencia** de 30-35 pacientes con **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**.
- Para ello empleará la aplicación SARA de Telefónica, la cual permite capturar de modo inalámbrico y en tiempo real datos de esfuerzo, ritmo cardiaco y saturación de oxígeno del paciente mientras éste ejercita sus extremidades en su domicilio de acuerdo con una serie de ejercicios pautados por su médico, el cual podrá acceder a través de un servidor en remoto a los datos que le permitirán valorar la evolución del paciente.
- Entre los beneficios esperados se contempla el ahorro de desplazamientos por parte de los pacientes al Hospital, el aseguramiento de la continuidad en el tratamiento de pacientes crónicos y el incremento de la capacidad del Hospital para atender a un mayor número de pacientes de tales características sin merma de la calidad asistencial. En el caso de los pacientes se valorará, al tratarse de enfermedades crónicas, el no empeoramiento de su situación clínica y el mantenimiento o mejora de su nivel de calidad de vida, usando para ello teste estándares (BODE, SF-36, St. George).



Cumbre de Gestión Sostenible 2011





Correo electrónico de contacto:
pbenito@riojasalud.es



Cumbre de Gestión Sostenible 2011

