

2012

# PROGRAMA DE MEJORA

CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER  
AZPILAGAÑA- MILAGROSA



LAURA NAVARRO MARTINEZ  
MASTER EN GESTIÓN DE ENFERMERÍA



*GRACIAS A LAS PERSONAS QUE ME  
PROVOCAN, ME ANIMAN Y ME AYUDAN  
A PENSAR, EN ESPECIAL A MI TUTORA  
POR SU AYUDA*

Dña. JUANA HERMOSO DE MENDOZA CANTÓN, Profesora Asociada del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR que el proyecto de gestión que presenta Dña. Laura Navarro Martínez con el título **Programa de Mejora. Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña-Milagrosa**, ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería.

Pamplona, 17 de septiembre de 2012

Fdo.:



# INDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pag. 2
2. CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN	Pag. 4
2.1. SITUACIÓN DEL C.A.M DE AZPILAGAÑA	Pag.7
3. JUSTIFICACIÓN	Pag. 9
3.1. ANÁLISIS ESTRATÉGICO	Pag. 10
4. OBJETIVOS	Pag. 14
5. METODOLOGÍA	Pag. 16
5.1. PREPARACIÓN INTERNA E IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA	Pag. 17
5.2. PRIORIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA	Pag. 23
5.3. FORMULACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA	Pag. 28
5.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	Pag. 36
5.5. EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Pag. 39
6. CONCLUSIONES	Pag. 42
7. BIBLIOGRAFÍA	Pag. 45
ANEXOS:	
SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS	Pag. 47
ARTÍCULO PARA REVISTA TESELA	Pag. 48

# INTRODUCCIÓN



Este Programa de Mejora responde al trabajo fin de master de Gestión en Cuidados de Enfermería de la Universidad Pública de Navarra.

En el presente trabajo se desarrolla un plan de actuación dirigido a mejorar las actividades de enfermería en el Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña-Milagrosa.

El plan se justifica por modificaciones en la estructura asistencial del sector que implican una nueva forma de gestión en la que la base es tratar de impulsar el máximo grado de desarrollo profesional de todos los estamentos como factor esencial de la mejora simultánea de la calidad, eficiencia y motivación profesional. Es la labor de los profesionales asistenciales la que agrega valor y permite cumplir la misión de la organización. (1)

En la pasada legislatura se promovió la creación del Complejo Hospitalario de Navarra unificándose bajo un mismo organigrama los recursos humanos y materiales del Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino, Centros Ambulatorios de Asistencia Especializada (Centro de Especialidades Príncipe de Viana , Centro Dr. San Martín) y Clínica Ubarmin.

El Nuevo Modelo de Atención centrado en el paciente se basa en una línea clara de actuación, la creación de un nuevo modelo de organización y gestión que proporcione un cambio de cultura potenciando la organización basada en procesos.

Con el nuevo modelo de gestión se descentraliza la capacidad de decisión transfiriendo el control de las actividades al entorno clínico en fórmulas que trasciendan de lo jerárquico.

Se fomenta el cambio mediante formación en gestión, potenciando el liderazgo real frente al oficial, trabajando estrategias de transparencia y comunicación activa y con la participación y la implicación de los profesionales.

# CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN



Los Centros de Atención a la Mujer son centros pertenecientes al Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. Están zonificados de forma que a cada centro corresponde y atiende a la población de una zona determinada.

Ofrecen prestaciones sanitarias en el ámbito de la obstetricia y de la ginecología, de la planificación familiar y de la educación sexual.

Entre los servicios de estos centros podemos encontrar:

- Atención al embarazo, educación maternal y atención al puerperio.
- Asistencia a los problemas ginecológicos orgánicos y funcionales.
- Planificación familiar y educación sexual.
- Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.
- Consejo genético en grupos de riesgo.
- Atención al climaterio fisiológico.
- Prevención del cáncer de cérvix.

Además, los Centros de Atención a la Mujer de Chantrea-Andraize e Iturrama-San Juan desarrollan los programas de planificación familiar, programa joven, programa de atención sanitaria a mujeres que trabajan en prostitución, vasectomías y consulta de psicosexología.

El personal de enfermería de los Centros de Atención a la Mujer dependen de la Subdirección de Servicios Centrales, Ambulatorios y Asistencia Extrahospitalaria e Intrahospitalaria y Recursos Materiales dentro de la Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra.

El Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud , determina aquéllas que deben ser satisfechas directamente por el Sistema Nacional de Salud, incluyendo junto a las prestaciones clásicas dirigidas a la atención al embarazo, parto y puerperio, detección precoz de cáncer de mama y



ginecológico y planificación familiar, otras, que generadas por las nuevas dinámicas sociales han surgido más recientemente por demanda de las propias mujeres o desde el propio sistema sanitario como una complementación de otras prestaciones. Es el caso del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, el diagnóstico prenatal y otras, cuyo reconocimiento e inclusión en este apartado de financiación pública, es positivo para la salud de las mujeres. (2)

Tal como establece la Ley Foral de Salud (3), es competencia del Gobierno de Navarra la regulación de la sanidad interior, así como la organización de los servicios y de las prestaciones a los ciudadanos, que garanticen el derecho a la salud, siendo en el ejercicio de estas competencias donde se sitúa este Decreto Foral que establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y planificación familiar.

Se articula también un modelo organizativo que integra la variedad de recursos existentes en la actualidad, proporciona a la población una oferta única, coordinada y organizada por niveles crecientes de complejidad, que responde globalmente a las necesidades proporcionando una atención integrada y continuada que se acerca a la población mediante la creación de unos centros descentralizados que garantizan una atención más personalizada y de mejor accesibilidad.

En el Decreto Foral 259/1997, de 22 de septiembre, se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y en planificación familiar y se definen las prestaciones sanitarias y su ámbito de aplicación así como la forma de organizar las prestaciones para satisfacer las necesidades (4)

## 2.1. SITUACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER DE AZPILAGAÑA-MILAGROSA.

El equipo en el que se va a desarrollar este proyecto consta de 2 administrativos, 3 enfermeras, 2 matronas y 3 médicos ginecólogos.

Las enfermeras trabajan principalmente en la consulta de ginecología y obstetricia y en consulta de enfermería realizando actividades directas con las pacientes pero hay que destacar las demás actividades que se realizan como control de almacén (realización de pedidos, gestión de material), realización de informes de resultados, preparación de consultas previo a las mismas, preparación de interconsultas pre quirúrgicas y atención telefónica.

Según la Memoria de actividad durante el año 2010 se ha producido un aumento en la actividad de los Centros de Atención a la Mujer respecto de 2009 de 939 consultas. El contenido de las consultas de los CAM esta representado por tres áreas: ginecología (55%), obstetricia (28%) y prevención (17%) (5)

La actividad de las consultas en el Centro Azpilagaña- Milagrosa fue en 2010 de un total de 8183 consultas de las que 3533 fueron primeras y 4650 sucesivas.

La actividad total de los Centros de Atención a la Mujer en 2011 revela cifras de consultas externas con un número total de 44265 en ginecología, 13846 en gineprevención y 21849 en obstetricia, lo que revela un total de 79960 (6)

	Total actividad de los Centros de Atención a la Mujer	Total actividad del Centro de Atención a la Mujer Azpilagaña-Milagrosa	% actividad del Centro de Atención a la Mujer Azpilagaña-Milagrosa
Año 2009	78672	8157	10.3 %
Año 2010	79621	8183	10.2 %
Año 2011	79960		

En esta tabla se agrupan los datos nombrados con anterioridad añadiendo el porcentaje de actividad del Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña-Milagrosa respecto a la actividad general de todos los Centros de Atención a la Mujer.

# JUSTIFICACIÓN



Con esta propuesta de mejora se pretende mostrar la realidad diaria de las enfermeras del Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña- Milagrosa y realizar un programa de mejora dirigido a todas las actividades de enfermería, no solo las que se realizan en las consultas sino las actividades de gestión, constatar las necesidades e implantar las acciones pertinentes para mejorar el servicio siguiendo las líneas estratégicas del Plan de Salud de Navarra 2006- 2012.

Se quiere conseguir el objetivar y concretar el trabajo de enfermería ya que actualmente se valora únicamente la contabilización del número de consultas de enfermería realizadas sin tener en cuenta otras actividades organizativas, de administración y de gestión.

### 3.1. ANALISIS ESTRATEGICO

Es preciso la realización de un análisis estratégico de la situación actual del centro respecto a las actividades de enfermería para lo que se utiliza la matriz DAFO (7)

La matriz DAFO es la herramienta estratégica por excelencia más utilizada, aunque a veces de forma intuitiva y sin conocer su nombre técnico. El beneficio que se obtiene con su aplicación es conocer la situación real en que se encuentra la organización del equipo de enfermería, así como el riesgo y oportunidades que se le brinda desde el exterior.

El objetivo del análisis DAFO en este proyecto es el de que todas las partes involucradas en la actividad identifiquen las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que puedan afectar en mayor o menor medida.

Este análisis en común permite identificar una cantidad de ideas tres veces superior a la que generarían los mismos individuos trabajando por separado. En un buen análisis en común, cada miembro del equipo estimula las ideas de los demás con las suyas propias y los resultados frecuentemente son híbridos de muchas contribuciones.

El nombre lo adquiere de sus iniciales DAFO:

- Debilidades, también llamadas puntos débiles: son aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de la estrategia de la organización, constituyen una amenaza para la organización y deben, por tanto, ser controladas y superadas.
- Amenazas: se define como toda fuerza del entorno que puede impedir la implantación de una estrategia, o bien reducir su efectividad, o incrementar los riesgos de la misma, o los recursos que se requieren para su implantación, o bien reducir los ingresos esperados o su rentabilidad.
- Fortalezas, también llamadas puntos fuertes: son capacidades, recursos, posiciones alcanzadas y, consecuentemente, ventajas competitivas que deben y pueden servir para explotar oportunidades.
- Oportunidades: es todo aquello que pueda suponer una ventaja competitiva para la organización, o bien representar una posibilidad para mejorar la rentabilidad de la misma o aumentar la cifra de sus negocios.

Se realiza una reunión de las enfermeras del centro en las que se analiza la situación real de las enfermeras se presenta la siguiente matriz:

ANALISIS INTERNO	ANALISIS EXTERNO
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<p>Dificultad para conseguir los objetivos del centro</p> <p>Escasa formación en nuevas tecnologías</p> <p>Población exigente que precisa respuesta rápida</p> <p>Atención a demanda fuera de agenda</p> <p>Personal de sustitución con escasa experiencia</p>	<p>Burocracia lenta en la respuesta de diferentes solicitudes</p> <p>Deficiente información en general</p> <p>Cambios en la actividad sin consultar al personal</p> <p>Escasa flexibilidad</p> <p>Cambios constantes de procesos asistenciales, estructurales y administrativos</p>

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<p>Personal con gran experiencia en la especialidad</p> <p>Buen ambiente de trabajo</p> <p>Elevada capacidad de trabajo, eficacia de las enfermeras</p> <p>Actitud positiva al cambio</p> <p>Personal con capacidad resolutive</p> <p>Flexibilidad en las actividades diarias</p>	<p>Amplia oferta formativa</p> <p>Disponibilidad al cambio de los equipos directivos</p> <p>Introducción de nuevas tecnologías</p> <p>Dinamismo de la organización</p>

Tras esta matriz se reconoce la problemática a la que nos enfrentamos.

Las amenazas y debilidades deberán estar acotadas de la mejor forma para minimizar los efectos negativos caso de producirse o potenciarlas convirtiéndolas en oportunidades y fortalezas. Las oportunidades y fortalezas tendrán que ser cuidadas, mantenidas y utilizadas.



# OBJETIVOS



Dentro de esta época de cambios en los que la gestión y coordinación de recursos se está poniendo en entredicho y en el que la evaluabilidad y mejora están al orden del día este trabajo pretende analizar la situación de enfermería de forma real en el Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña y desarrollar un Programa de Mejora derivado de las actividades del personal de enfermería.

Hay que destacar dos grupos de objetivos a alcanzar:

Objetivos generales:

- Detectar áreas de mejora en el Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña priorizando según líneas estratégicas establecidas en el Plan de Salud de Navarra 2006-2012
- Mejorar la eficiencia evitando la duplicación de esfuerzos concentrando la utilización de los recursos disponibles.

Objetivos específicos:

- Reforzar los conocimientos del equipo de enfermeras sobre los temas que se detecten como debilidades
- Ordenar y coordinar las actividades del equipo de enfermería.

# METODOLOGÍA



Se ha seleccionado la “Guía para la elaboración de un programa de mejora” del Servicio de Calidad de Políticas y Servicios Públicos del Instituto Navarro de Administración. (8)

El propósito de esta guía es implantar las acciones necesarias para resolver problemas detectados y mejorar el servicio prestado.

Además la Ley Foral 21/2005 de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios Públicos en su artículo 17 establece el marco general de evaluación y calidad en las Administraciones Públicas de Navarra y define estos programas como una consecuencia de la evaluación y calidad de las Administraciones Públicas de Navarra.(9)

Se aplicaran las Fases de la Guía anteriormente citada adaptándola a la situación actual y al área de trabajo.

## 5.1. PREPARACIÓN INTERNA E IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA

En el Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña desarrollan la actividad de enfermería tres enfermeras, dos a tiempo completo y una a tiempo parcial.

Para identificar las áreas de mejora es necesario crear un grupo de mejora que serán equipos constituidos por personas pertenecientes a la organización, con ámbitos de responsabilidad diferente y que trabajen conjuntamente para estudiar acciones que mejoren el nivel de los servicios prestados y aplicar las mejoras propuestas.

Las enfermeras del centro deben convertirse en el motor de la mejora continua de las actividades de enfermería de este centro.

La *responsable del programa* de mejora es la enfermera que lo lidera y coordina. Sus funciones serán:

- Definir objetivos e indicadores.
- Identificar el trabajo y definir las tareas.
- Informar al equipo de trabajo de sus tareas y del inicio de las mismas.
- Facilitar información que necesiten y procurar la participación activa.
- Informar a otras personas, unidades o servicios.
- También realiza el seguimiento del programa para velar por que se realice lo planificado, vigilar posibles riesgos resolviendo los obstáculos y dirigir las reuniones.

El *equipo de trabajo* es el responsable de la ejecución de las actividades definidas en el programa y sus funciones son:

- Llevar a cabo el trabajo encomendado
- Identificar y comunicar riesgos o desviaciones
- Facilitar la información y asistir a las reuniones de seguimiento.

Para el desarrollo del programa de mejora es necesario constituir el equipo con los roles definidos y con la formación y motivación adecuada para realizar el trabajo.

Tras la definición del equipo de trabajo el siguiente paso es identificar y recopilar las áreas de mejora a partir de diversas fuentes:

1. Según la Ley 21/2005 de evaluación de las políticas públicas y de la calidad de los servicios públicos el origen de las áreas de mejora puede ser (9):
  - Cartas de servicios: Documento de acceso público a través del cual las Administraciones Públicas de Navarra informan a la ciudadanía sobre los servicios públicos que prestan. Incorporarán compromisos voluntariamente adquiridos para una mejor prestación de sus servicios

públicos, y los indicadores que aseguren su cumplimiento. No tienen carácter de disposiciones normativas y no surten efectos jurídicos vinculantes. Están reguladas por el Decreto Foral 72/2005 de 9 de Mayo, desarrollado por la Orden Foral 119/2005 de 11 de octubre del consejero de presidencia, justicia e interior (10)

- Sistema Público de Evaluación: Marco común del servicio público que guía la actividad de autoevaluación y mejora continua del sector público navarro. Su objetivo es que las administraciones desarrollen la capacidad de evaluación en todos los aspectos relacionados con el servicio público: la prestación del servicio, el funcionamiento de la organización y el diseño de las políticas públicas e intervenciones que se deriven de ellas.
- Cualquier otro método que recoja la satisfacción de los usuarios, como las sugerencias y quejas.

2. En el Departamento de Salud existe el Servicio de Análisis y Control Asistencial con funciones de materia de calidad y adscrito a la Dirección de Asistencia Especializada. No se han hallado en el Registro de Evaluación de Políticas y Servicios Públicos datos publicados de la atención especializada (11)
3. Del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea el 91 % de de las unidades cuentan con algún sistema o instrumento de calidad y el 87% cuentan con grupos de mejora y gestiona su actividad con procesos. (7)

El equipo de trabajo formado por las enfermeras del centro decide realizar un Brainstorming (7) con las enfermeras del equipo, con esta actividad se identifican los problemas existentes. De esa reunión se recogen la siguiente información sobre posibles áreas de mejora:

- § Desorganización del almacén.
- § No existe protocolo para organización de la lista de quirófano y realización de consulta pre quirúrgica.
- § Desorganización para la realización de informes (citologías y mamografías)
- § Interrupción de la actividad por llamadas telefónicas y atención de urgencias a demanda.
- § Desconocimiento del uso de autoclave.
- § Consulta de enfermería no reglada ni regulada lo que dificulta la continuidad de cuidados de enfermería.

Para actuar sobre estos problemas es preciso tener en cuenta los objetivos comunes a todos los Centros de Atención a la Mujer, tratados en reunión general el día 2 de marzo del 2012:

- Objetivos de sostenibilidad: reducir en un 0.3% el gasto de material sanitario (controles trimestrales de pedidos de almacén de cada centro)
- Objetivo de actividad de consulta. Solo se contabiliza la actividad asistencial en consulta de enfermería. Este punto crea un gran debate ya que el equipo de enfermería realiza muchas actividades además de la consulta.
- Objetivo de seguridad: se utilizara el indicador registro de “vacunación de HPV” y “información sobre HPV” en historia clínica de las pacientes entre 18 y 45 años.
- Objetivo específico del centro: realización de una encuesta de satisfacción de la consulta de enfermería (por determinar)

Se realiza una plantilla de trabajo para facilitar el proceso de recopilación de áreas de mejora trabajando primero individualmente y después en una sesión de trabajo en grupo, se identifican y consensuan las principales áreas de mejora dentro del servicio conjugándolas con los problemas encontrados



### Plantilla para la identificación de las áreas de mejora

Servicio/Unidad C.A.M de Azpilagaña

Fecha Febrero/Marzo 2012

Problema	Área de mejora/ Objetivo general	Objetivos del centro
Desorganización en la gestión del almacén	Organización del almacén/reducir 0.3% el gasto del material	Sostenibilidad
Inexistencia de protocolización de la lista de quirófano y consulta pre quirúrgica.	Protocolización de consulta pre quirúrgica/ actividad de la consulta de enfermería	Actividad de consulta
Desorganización para la realización de informes	Reglamentar la realización de informes (citologías y mamografías)/ actividad de la consulta de enfermería	Actividad de consulta
Interrupción de la actividad por llamadas telefónicas y atención de urgencias a demanda	Regulación de llamadas telefónicas a demanda./ actividad de la consulta de enfermería  Atención de urgencias a demanda.	Actividad de consulta
Desconocimiento del uso de autoclave	Formación sobre esterilización del material	Actividad de consulta
Consulta de enfermería no reglada ni regulada	Programación de la consulta de enfermería/ actividad de la consulta de enfermería.	Actividad de consulta

## 5.2. PRIORIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA

En esta parte se priorizarán las áreas de mejora ya identificadas anteriormente de forma que conoceremos cuáles son las que requieren una intervención más inmediata.

Para realizar dicha priorización es necesario conocer las líneas estratégicas de la organización. Para ello nos remitimos al Plan de Salud de Navarra 2006-2012 (12) que se estructura en 5 líneas estratégicas:

- § Prevención de salud colectiva
- § Cuidados por procesos
- § Desarrollo de la organización y gestión del sistema sanitario
- § Desarrollo de la equidad y participación del ciudadano
- § Utilización adecuada del medicamento y de la historia clínica informatizada.

También hay que nombrar el Nuevo Modelo de Atención Especializada (13) que se centra en el paciente y fija unos objetivos claros:

- § Más accesibilidad mediante horarios de mañana y tarde.
- § Orientación a las necesidades de los pacientes mediante la gestión de las listas de espera y con servicios adaptados a esas necesidades (hospitales de día, hospitalización a domicilio, cirugía mayor ambulatoria)
- § Atención enfocada a los resultados a través de una gestión de calidad de medicina basada en la evidencia.
- § Más eficiente utilización de recursos a través de colaboración entre dispositivos asistenciales y gestión por procesos.
- § Servicios más integrados con otros niveles asistenciales a través de nuevas fórmulas de colaboración como interconsultas no presenciales,

gestión de la atención a pacientes crónicos y creación de áreas de gestión clínica.

- § Elevada calidad garantizada mejorando la eficiencia de los recursos del Sistema Navarro de Salud- Osasunbidea.

Con el análisis de las líneas estratégicas del Plan de Salud actual y los objetivos del nuevo Modelo de Atención Especializada se obtienen los Factores Críticos de Éxito (7); son los aspectos que se entienden como prioritarios para desarrollar cada una de las estrategias básicas y los que se consideran clave para el éxito final dentro del proceso de mejora, son cambiantes y se pueden determinar por el equipo. Tienen que ver con las funciones encomendadas al servicio.

En este caso se prioriza según lo que nos marca la organización a través de las líneas estratégicas y del nuevo modelo de atención sanitaria.

De este modo se descubre donde invertir el esfuerzo y la energía para lograr los objetivos que deseamos en el centro.

Aunque todo lo que forma parte de la estructura estratégica es importante, y su alcance equilibrado supone una de las condiciones del éxito, no todas las estrategias tienen la misma importancia para cumplir con la Misión y alcanzar la Visión, ni todos los Factores Críticos de Éxito tienen la misma importancia para alcanzar las estrategias.

*Matriz de priorización de las Áreas de Mejora.*

Se utiliza para la valoración, por parte del equipo de trabajo, de cada área de mejora que permita el desarrollo de los factores críticos de éxito, la variabilidad y la oportunidad. (7)

Con ello se determina en qué grado la puesta en práctica de cada área incide de modo mas directo en unos factores u otros.

Las áreas de mejora cuyo resultado implique mayor puntuación serán consideradas en primer lugar y así sucesivamente obteniendo la priorización.

Se otorga un rango del 1 al 5, siendo la nota más baja poco grado de incidencia en cada uno de los Factores Críticos de Éxito y 5 alto grado.

## Matriz de Priorización de Áreas de Mejora

Servicio/Unidad

C.A.M. AZPILAGAÑA

Fecha MARZO 2012

		Factores Críticos de Éxito						Puntuación	ORDEN
		I MAYOR ACCESIBILIDAD	II ATENCIÓN ENFOCADA A RESULTADOS	III MAS EFICIENTE UTILIZACIÓN DE RECURSOS	IV SERVICIOS MAS INTEGRADOS	V ELEVADA CALIDAD GARANTIZADA	VI DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO		
Áreas de Mejora	ORGANIZACIÓN ALMACEN	0	3	5	2	3	5	18	5
	PROTOCOLIZACIÓN DE CONSULTA PREQUIRURGICA	5	5	5	5	5	5	30	1
	REGLAMENTAR INFORMES	3	5	5	0	5	5	23	4
	REGULACIÓN DE CONSULTA Y LLAMADAS A DEMANDA	5	5	5	2	5	5	27	3
	PROGRAMACIÓN CONSULTA DE ENFERMERÍA	5	5	5	3	5	5	28	2

*Se puntúa del 1 al 5 en función de la influencia de las áreas de mejora sobre los FCE*

Esta matriz revela el siguiente orden/priorización de las áreas de mejora:

1. Protocolización de consulta prequirúrgica
2. Programación consulta de enfermería
3. Regulación de consulta y llamadas a demanda
4. Reglamentar la realización de informes
5. Organización almacén

### 5.3. FORMULACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA

Es la fase de definición y enunciación de acciones de mejora para conseguir materializar las mejoras objeto del programa.

Se deben diseñar las acciones a llevar a cabo lo que lleva a trabajar en la definición de los indicadores que permitan controlar la consecución de los objetivos.

Estos indicadores deben ayudar a definir la acción, conocer el grado de logro, revisar y evaluar los resultados finales y deben de ser adecuados y sencillos.

Es posible establecer más de una acción para una misma área de mejora lo que dependerá de los recursos disponibles en el servicio y de la complejidad de los propios objetivos.

Las acciones deberán ser:

- Específicas y cuantitativas y fáciles de verificar.
- Consecuentes con las políticas de la organización.
- Prácticas y alcanzables.
- Consecuentes con los recursos disponibles, es decir, realistas.

Interesa conocer las causas reales y potenciales de los problemas y/o las relaciones causales entre estos fenómenos ya que a pesar de tener claros los problemas y áreas de mejora las causas deben ser más estudiadas.

Para ello el equipo de trabajo decide la utilización de una herramienta de gestión, “Los 5 porqués”, para provocar la reflexión que den un giro en la forma de proceder (6) Para llevarlo a cabo se precisa una implicación del equipo de trabajo y conseguir con ello una mejora continua y facilitar la implantación de modelos o sistemas de gestión.

Los 5 porqués tratan de responder sucesivamente a una pregunta aunque no necesariamente solo y exclusivamente cinco veces, sino las veces que resulte necesario, en cada área de mejora.

El equipo decide tres preguntas comunes para cada área que ayuden a esclarecer la problemática real:

- ¿Porque surge?
- ¿Porque no funciona el sistema?
- ¿Porque no mejora este proceso?

1. Protocolización de consulta preoperatoria:

- Porque surge el problema: Por variabilidad del manejo del paciente pre quirúrgico.
- Porque no funciona el sistema: Ausencia de guías de seguimiento
- Porque no se mejora este proceso: No se realizan puestas en común de las formas de proceder.

2. Programación consulta de enfermería:

- Porque surge el problema: Las consultas de enfermería dependen de las consultas de ginecología y no existe programación continuada lo que dificulta la continuidad de atención de los cuidados de enfermería.
- Porque no funciona el sistema: Porque la programación no se realiza con suficiente previsión.
- Porque no se mejora este proceso: Porque no se programan las consultas.

3. Regulación de la atención a demanda tanto presencial como telefónica:

- Porque surge el problema: Porque se realizan estas actividades en cualquier momento sin programar.
- Porque no funciona el sistema: Porque no hay regulación de la atención a demanda.



- Porque no se mejora este proceso: Porque no implanta un sistema para la atención a demanda.
4. Reglamentar la realización de informes:
- Porque surge el problema: Porque se realizan sin programar
  - Porque no funciona el sistema: Porque no hay tiempos previstos para dicha actividad.
  - Porque no se mejora este proceso: Porque no se establecen tiempos para la realización de los mismos.
5. Organización almacén:
- Porque surge el problema: Porque no existe la forma de realizar los pedidos ni forma de almacenar el material.
  - Porque no funciona el sistema: Porque los pedidos y el almacenaje se realizan aleatoriamente.
  - Porque no se mejora este proceso: Porque no se realiza una puesta en común de ideas y se instaura una forma de realización de pedidos y almacenaje de material.

A partir de este punto se utiliza una tabla en la que se describen áreas de mejora, actividades a realizar e indicadores.

La definición de indicadores y el enunciado de las actividades de mejora son tareas que deben llevarse a cabo por el equipo de trabajo.

ÁREA DE MEJORA			
<b><i>PROTOCOLIZACIÓN DE LA CONSULTA PREQUIRÚRGICA</i></b>			
Actividades			
Búsqueda bibliográfica Realización de protocolo			
Indicadores			
Realización de búsqueda bibliográfica documentada			
Documento de protocolo realizado y validado			
Responsables		Fecha de Inicio	Fecha final
Del seguimiento:	RESPONSABLE DEL EQUIPO	Enero 2013	Abril 2013
De la ejecución	EQUIPO DE TRABAJO		
Observaciones			
Revisar los documentos ya existentes en los Centros de Atención a la Mujer sobre la actividad quirúrgica			

ÁREA DE MEJORA			
<b><i>PROGRAMACIÓN DE CONSULTA DE ENFERMERÍA</i></b>			
Actividades			
Sesión de grupo para programar con anterioridad Apertura de agenda por parte de las enfermeras			
Indicadores			
Acta de sesión de grupo			
Agendas abiertas semanalmente			
Responsables		Fecha de Inicio	Fecha final
Del seguimiento:	RESPONSABLE DE EQUIPO	SEPTIEMBRE 2013	CONTINUO MENSUALMENTE
De la ejecución	EQUIPO DE TRABAJO		
Observaciones			
Continuidad de cuidados de enfermería			

ÁREA DE MEJORA			
<b>REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN A DEMANDA TANTO PRESENCIAL COMO TELEFÓNICA</b>			
Actividades			
Reservar la ultima hora de la mañana para la actividad a demanda			
Indicadores			
Realización de citas de 14:15 h a 15:15 h			
Responsables		Fecha de Inicio	Fecha final
Del seguimiento:	RESPONSABLE DEL EQUIPO	1 FEBRERO 2013	CONTINUO
De la ejecución	EQUIPO DE TRABAJO		
Observaciones			
Proponer agenda en sesión de grupo del Centro			

ÁREA DE MEJORA			
<b><i>REGLAMENTACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE INFORMES</i></b>			
<b>Actividades</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar con médicos ginecólogos la valoración de resultados 2 veces/semana a última hora de la consulta</li> <li>• Reservar primera hora de la agenda de enfermería para realización y envío de informes</li> </ul>			
<b>Indicadores</b>			
Resultados valorados semanalmente			
Realización de informes en la hora reservada de la consulta de enfermería			
Responsables		Fecha de Inicio	Fecha final
Del seguimiento:	RESPONSABLE DEL EQUIPO	MAYO 2013	CONTINUO
De la ejecución	EQUIPO DE TRABAJO		
<b>Observaciones</b>			
<p>Programar la realización de informes en la consulta de enfermería semanal dejando huecos para tal efecto.</p>			

ÁREA DE MEJORA		
<b>ORGANIZACIÓN DEL ALMACEN</b>		
<b>Actividades</b>		
Actualización de catálogo anualmente Gestión de almacén con stock mínimo Formación en el programa de pedidos de almacén a través de Intranet Activación de claves de acceso para uso del programa		
<b>Indicadores</b>		
Revisión del catalogo anualmente ***		
Documento de stock mínimo **		
Actividades formativas realizadas *		
Claves de acceso activadas****		
Responsables	Fecha de Inicio	Fecha final
Del seguimiento: Responsable del equipo	Abril 2013	*Mayo 2013  **Noviembre, CONTINUO
De la ejecución Equipo de trabajo		*** 1º quincena de abril, anualmente  ****2ª quincena de abril
<b>Observaciones</b>		
Descarga de la aplicación del almacén desde Intranet del catálogo de materiales anualmente  Control e inventario para regular el gasto y rotación de stock para evitar productos caducados.  Aprendizaje del uso del programa de reservas del almacén de intranet y activación de usuarios y contraseñas.		

## 5.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

En esta fase debemos diseñar un plan de trabajo que contemple las tareas y recursos necesarios para implantar las acciones de mejora.

Los objetivos tienen que materializarse a través de un proceso gradual teniendo en cuenta los objetivos, el tiempo en que los queremos conseguir y los recursos humanos y materiales de los que disponemos.

Un conocimiento poco preciso nos conllevará una planificación ambigua y poco realista que dificultará el logro de los objetivos.

No hay que confundir los planes de acción con los objetivos, los primeros representan medios y recursos y los segundos se refieren siempre a resultados.

Para elaborar una planificación se sigue el siguiente orden:

1. Descomponer el objetivo en tareas concretas.
2. Asignar tiempos y recursos a cada tarea.
3. Asignar un indicador de finalización a cada tarea. (Fase 3)
4. Proyectar un calendario de trabajo.
5. Elaborar Plan de Comunicación e incorporación del Plan de Mejora en el Registro de Evaluación de Políticas Públicas y Calidad de los Servicios.





## 5.5 EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

En la ejecución se llevan a cabo las tareas previstas durante la fase 4 y se realiza el seguimiento de las mismas mediante observación de indicadores y análisis de evolución.

Este apartado se realizara durante el año 2013.

Implica la elaboración de las tareas y la puesta en práctica de los trabajos planificados. De todas las partes que componen la elaboración del Programa de Mejora, ésta es en la que intervienen más recursos y en la que es crítica la comunicación entre las diferentes partes implicadas, para tomar decisiones rápidamente y conocer, en todo momento, cómo es el avance de los trabajos.

Actividades a realizar:

1. Velar por la ejecución de las diferentes tareas en el plazo y forma previstas.
2. Comprobar, periódicamente, el grado de cumplimiento de las acciones previstas con respecto a lo planificado. En ocasiones, y al objeto de poder volver a medir los indicadores para ver si se alcanzan, se deberá considerar un tiempo entre el fin de las tareas planificadas y su valoración. Esta dilación temporal deberá ser considerada en la Fase 4 Planificación, del Programa.
3. Identificar posibles desviaciones y analizar sus causas. Las más comunes tienen que ver con la indisponibilidad de los recursos humanos en el momento planificado, o de los propios recursos materiales previstos, por citar algunos ejemplos.
4. Corregir las desviaciones identificadas a través de las acciones correctoras que se estimen adecuadas en cada momento.

5. Registrar las acciones pendientes, es decir, tareas programadas y que, por distintas circunstancias, no han podido llevarse a cabo, o no desarrollarlas en la forma en la que se había previsto. Estas acciones pendientes se relacionarán en un apartado específico (se anexa un ejemplo)

6. Recoger nuevas ideas o propuestas de trabajo que puedan surgir conforme se van ejecutando las tareas programadas. Se recogerán en el anexo anteriormente citado.

7. Anotar las buenas prácticas y lecciones aprendidas a lo largo de las fases de planificación, ejecución y seguimiento del Programa de Mejora. De esta forma se favorece la gestión del conocimiento y se optimiza la realización de nuevos programas de mejora en el futuro. Estas anotaciones se realizarán en el anexo anteriormente citado.

Así mismo, en esta fase, se identificarán una serie de acciones de comunicación entre las que, por su importancia, destacan:

1. El Responsable del Programa deberá informar del comienzo de la ejecución de los trabajos y procurar la difusión de los mismos entre los interesados.
2. El Equipo de Trabajo deberá informar al Responsable del seguimiento sobre los avances de los trabajos encomendados y de posibles contingencias acaecidas.
3. El Responsable de seguimiento deberá comunicar al Equipo de Trabajo, las posibles variaciones en los trabajos, los nuevos riesgos identificados, cambios realizados sobre lo planificado, etc. Así mismo, comunicará al Responsable del Programa, el avance de los trabajos y las desviaciones sobre lo planificado.

La evaluación del Programa de Mejora nos ayuda a conocer el grado de consecución de los objetivos propuestos y los resultados obtenidos, y conocer el impacto de las mejoras puestas en marcha.

Si el Programa de Mejora no ha cumplido con los estándares programados, o no se han ejecutado todas las tareas previstas, o, por cualquier otra circunstancia, el Responsable del Programa no lo valida positivamente, podrá dar comienzo, de nuevo, el proceso de trabajo descrito en este documento, introduciéndose las modificaciones que se consideren oportunas.

El Responsable de la evaluación del Programa de Mejora llevará a cabo las acciones de difusión oportunas para comunicar interna y externamente los resultados de la evaluación.

# CONCLUSIONES



Una vez realizado el programa se ha obtenido una planificación más detallada de las actividades de mejora en enfermería.

Tras la aplicación de los Factores Críticos de Éxito no solo se han analizado las áreas de mejora y proporcionado una visión más objetiva de las mismas sino que se ha realizado una priorización acorde a las líneas estratégicas de la organización. Sorprende el resultado de esta que a priori no era valorada como tal.

Con la aplicación de este programa de mejora, la asistencia de enfermería es posible que se refuerce asegurando la continuidad de cuidados. Además se obtiene una coordinación y organización de las actividades que se realizan diariamente.

Todo esto se ha realizado teniendo en cuenta los objetivos comunes de los Centros de Atención a la Mujer del año 2012 lo que proporciona un ritmo dinámico de trabajo que obliga a estar en constante actualización y confiere un plan de trabajo proactivo.

Es importante detallar que, con los ciclos formativos propuestos como actividades en ciertas áreas de mejora, se asegura el aumento de conocimiento del personal de enfermería a través de programas de formación específicos en nuevas tecnologías.

Con el estudio y análisis exhaustivo de los problemas diarios que se plantean en las actividades de las enfermeras se consigue la propuesta de acciones que organizan y coordinan dichas actividades consiguiendo una programación en la línea de trabajo. Todo ello se consigue desde dentro del servicio lo que le otorga un gran valor añadido.

No puedo obviar que tras la definición de actividades se obtiene una mejor utilización de recursos y la optimización de su uso evitando la duplicidad de esfuerzos que se plantea como objetivo.

Se plantean ciertas acciones que, aprovechando las oportunidades de las que se dispone, pretenden disminuir las debilidades detectadas y convertirlas así en fortalezas.

Puedo concluir de forma taxativa que tras la realización de la presente propuesta, un programa de mejora que implica al personal, promueve un trabajo en equipo que motiva al grupo obteniendo un ambiente de trabajo activo y participativo.

Personalmente la retroalimentación que he obtenido tras la realización de este proyecto ha supuesto un gran enriquecimiento personal y profesional que traspasa las líneas meramente administrativas.

# BIBLIOGRAFÍA



- (1) Decreto Foral 19/2010, e 12 de Abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se establece su estructura directiva; BON N.º 50 de 23 de abril de 2010
- (2) Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud; Boletín Oficial del Estado, núm. 35 de 10 de febrero de 1995
- (3) Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud; B.O.N. núm. 146, de 3 de diciembre
- (4) Decreto Foral 259/1997, de 22 de septiembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y en planificación familiar; BON N.º 121 de 8 de octubre de 1997
- (5) Memoria del Servicio Navarro de Salud 2010, <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/54BC06F2-CA72-4F0C-A026-E89B5C335F3B/199409/Memoria2010COMPLETA3.pdf>; revisada el 10/2/2012
- (6) Sistema de Información Sanitaria de Navarra, enero 2012; Intranet Sanitaria
- (7) Rodríguez Garraza, Tomas; Guía de Calidad y Mejora en las Administraciones Publicas; Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Administración Pública; 2ª edición, 2005
- (8) Servicio de Calidad de Políticas y Servicios Públicos del Instituto Navarro de Administración; "Guía técnica para la elaboración de un programa de mejora" INAP, 2011.



(9) La Ley Foral 21/2005 de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios Públicos; Boletín Oficial de Navarra de 9 de enero de 2006; BOE de 4 de febrero de 2006

(10) Decreto Foral 72/2005 de 9 de Mayo, desarrollado por la Orden Foral 119/2005 de 11 de octubre del consejero de presidencia, justicia e interior; BON 66, 3 de junio de 2005 y BON 136, de 14 de noviembre de 2005

(11) Registro de Evaluación de Políticas y Servicios Públicos <http://inap.navarra.es/RegistroCalidad/evaluacionPoliticasyServiciosPublicos/index.xhtml> ; consultado el 30/7/2012

(12) Plan de Salud de Navarra 2006-2012; aprobado por la Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 28 de febrero de 2007; <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/4A48A46B-982A-4039-A9D8-C88738177EC0/158684/PlandeSaluddeNavarra20062012.pdf> ; consultado el 23/6/2012

(13) Vera Janín, Marta; Nuevo modelo asistencial; Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; 2012 <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/2DCF0154-C1D2-409A-BFF5-0E7D21FBB472/221048/IntervenciónConsejeraVera3.pdf> ; consultado el 3/5/2012

Anexo: Seguimiento de los objetivos y medición de los resultados				
Hitos de seguimiento				
Nº	Fecha	Responsables	Desviación Previsto/Real	Medidas correctoras
1				
2				
Comentarios				
Evaluación de los resultados				
Indicador	Estándar	Evaluación	Valor	Cumplimiento
Acciones pendientes		Buenas prácticas		
Comentarios				
Validación final del Programa de Mejora				
Responsable del Programa	Fecha	<input type="radio"/> Válido <input type="radio"/> No Válido	Firma	

## ARTÍCULO PARA LA REVISTA TESELA (SEGÚN NORMAS DE PUBLICACION)

<b>Ref.:</b>	Envíe el documento debidamente cumplimentado a Secretaria Editorial de Hemeroteca Cantárida <a href="mailto:secretaria@ciberindex.com">secretaria@ciberindex.com</a> indicando la revista donde desea publicar su artículo con preferencia
--------------	--

<b>Título del Artículo</b>	Programa de Mejora en Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña
<b>Revista elegida con preferencia</b>	Tesela
<b>Sección de la revista</b>	Originales
<b>Motivos de su elección</b>	Por estar especializada en gestión de enfermería
Otras revistas de la Hemeroteca Cantárida donde podría publicarlo	Index de enfermería
Observaciones que desee realizar a los editores	

Datos del autor o autora responsable del artículo	
Nombre	Laura
Apellidos	Navarro Martínez
Centro de trabajo	Complejo Hospitalario de Navarra- B
Dirección postal	31008
Ciudad/País	Pamplona
Teléfono	848 42 21 00
Correo electrónico	launavarro@terra.es

Declaro <small>(hacer doble clic sobre la casilla y señalar "activada", la no activación de algún punto dará lugar al rechazo del artículo sin ser evaluado)</small>	
<input checked="" type="checkbox"/> Que es un trabajo original. <input type="checkbox"/> Que no ha sido previamente publicado en otro medio. <input type="checkbox"/> Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación. <input type="checkbox"/> Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.	<input type="checkbox"/> Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido, y por tanto no hay ninguna razón para introducir cambios en los mismos una vez iniciado el proceso de evaluación. <input type="checkbox"/> Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.

Datos preliminares	
<b>Atención: no utilice TODO MAYÚSCULAS ni <b>negrita</b> en ninguna parte del documento</b>	
<b>Título</b>	<i>Programa de mejora. Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña-Milagrosa (Pamplona)</i>
<b>Autores por orden de aparición</b>	Laura <u>Navarro Martínez</u> , Juana <u>Hermoso de Mendoza Cantón</u>
<b>Centro/institución</b>	Servicio de Asistencia Especializada. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra.
<b>Dirección para correspondencia</b> <small>(solo del autor principal)</small>	C/Zalatambor N° 8-D; 4° B
<b>Dirección e-mail</b> <small>(solo del autor principal)</small>	<u>launavarro@terra.es</u>

## Resumen

**Introducción:** Tras las modificaciones en la estructura asistencial Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la instauración del nuevo modelo de gestión los servicios precisan un cambio.

**Justificación:** Mostrar las actividades de enfermería, constatar necesidades e implantar acciones de mejora en base a las líneas estratégicas del Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Se realiza un análisis estratégico utilizando la matriz DAFO.

**Objetivos:** Detectar áreas de mejora y priorizarlas, mejorar la eficiencia evitando duplicidades y concentrando la utilización de recursos, reforzar los conocimientos de las enfermeras y ordenar y coordinar las actividades.

**Metodología:** “Guía para la elaboración de un programa de mejora” del Servicio de Calidad de Políticas y Servicios Públicos del Instituto Navarro de Administración.

**Conclusiones:** Se identifican y priorizan áreas de mejora de las actividades de enfermería asegurando una continuidad de cuidados y se obtiene mejoría y optimización en la utilización de recursos.

**Palabras clave:** Análisis estratégico, matriz DAFO, áreas de mejora, gestión.

## Abstract

*Improvement program. Center of Attention to Women of Azpilagaña-Milagrosa (Pamplona)*

*Introduction: According to the new model in the asistencial structure of Navarro Health Care Service-Osasunbidea a change in the management is required.*

*Justification: Show nursing activities, finding needs and implement improvement actions based on the strategic exposed of Navarra Health Plan 2006-2012. Strategic analysis is performed using the DAFO matrix.*

*Objectives:*

- *Identify and prioritize areas for improvement.*
- *Improve efficiency by avoiding duplication and focusing the use of resources.*
- *Reinforce knowledge of nurses.*
- *Organitazion and coordination the nursing activities.*

*Methodology: "Guidelines for the development of an improvement program" Quality of Servicie Policies and Services Public of institute Navarro of Administration.*

*Conclusions: Achivement of continuity and improvement in nursing care as well as to optimitation in use of resources.*

*Keywords: strategic analysis, DAFO matrix, areas of improvement, management.*

## Cuerpo del Artículo

### 1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se desarrolla un plan de actuación dirigido a mejorar las actividades de enfermería en el Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña-Milagrosa.

El plan se justifica por modificaciones en la estructura asistencial del sector que implican una nueva forma de gestión en la que la base es tratar de impulsar el máximo grado de desarrollo profesional de todos los estamentos como factor esencial de la mejora simultánea de la calidad, eficiencia y motivación profesional. (1)

El Nuevo Modelo de Atención centrado en el paciente se basa en una línea clara de actuación, la creación de un nuevo modelo de organización y gestión que proporcione un cambio de cultura potenciando la organización basada en procesos.

Con el nuevo modelo de gestión se descentraliza la capacidad de decisión transfiriendo el control de las actividades al entorno clínico en fórmulas que trasciendan de lo jerárquico.

Se fomenta el cambio mediante formación en gestión, potenciando el liderazgo real frente al oficial, trabajando estrategias de transparencia y comunicación activa y con la participación y la implicación de los profesionales.

### 2. CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN

Los Centros de Atención a la Mujer son centros pertenecientes al Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. Están zonificados de forma que a cada centro corresponde la población de una zona determinada.

Ofrecen prestaciones sanitarias en el ámbito de la obstetricia y de la ginecología, de la planificación familiar y de la educación sexual.

El personal de enfermería de los Centros de Atención a la Mujer dependen de la Subdirección de Servicios Centrales, Ambulatorios y Asistencia Extrahospitalaria e Intrahospitalaria y Recursos Materiales dentro de la Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra.

El Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud , determina aquéllas que deben ser satisfechas directamente por el Sistema Nacional de Salud, incluyendo prestaciones de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, el diagnóstico prenatal. (2)

Tal como establece la Ley Foral de Salud (3), es competencia del Gobierno de Navarra la regulación de la sanidad interior, así como la organización de los servicios y de las prestaciones a los ciudadanos, que garanticen el derecho a la salud, siendo en el ejercicio de estas competencias donde se sitúa este Decreto Foral que establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y planificación familiar.

En el Decreto Foral 259/1997, de 22 de septiembre, se establece la ordenación

de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y en planificación familiar se definen las prestaciones sanitarias y su ámbito de aplicación así como la forma de organizar las prestaciones para satisfacer las necesidades (4)

**2.1. SITUACION DEL CENTRO DE ATENCION A LA MUJER DE AZPILAGAÑA-MILAGROSA.**

Las enfermeras trabajan principalmente en la consulta de ginecología y obstetricia y en consulta de enfermería realizando actividades directas con las pacientes pero hay que destacar las demás actividades que se realizan como control de almacén (realización de pedidos, gestión de material), realización de informes de resultados, preparación de consultas previo a las mismas, preparación de interconsultas pre quirúrgicas y atención telefónica.

Según la Memoria de actividad durante el año 2010 se ha producido un aumento en la actividad de los Centros de Atención a la Mujer respecto de 2009 (5)

La actividad de las consultas en el Centro Azpilagaña- Milagrosa fue en 2010 de un total de 8183 consultas.

La actividad de los centros en 2011 revela un total de 79960 (6)

	<b>Total actividad de los Centros de Atención a la Mujer</b>	<b>Total actividad del Centro de Atención a la Mujer Azpilagaña-Milagrosa</b>	<b>% actividad del Centro de Atención a la Mujer Azpilagaña-Milagrosa</b>
<b>Año 2009</b>	78672	8157	10.3 %
<b>Año 2010</b>	79621	8183	10.2 %
<b>Año 2011</b>	79960		

### 3. JUSTIFICACION

Con esta propuesta de mejora se pretende mostrar la realidad diaria del colectivo de enfermería del Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña-Milagrosa y realizar un programa de mejora dirigido a todas las actividades de enfermería, no solo las que se realizan en las consultas sino las actividades de gestión, constatar las necesidades e implantar las acciones pertinentes para mejorar el servicio siguiendo las líneas estratégicas del Plan de Salud de Navarra 2006- 2012.

#### 3.1. ANALISIS ESTRATEGICO

Es preciso la realización de un análisis estratégico de la situación actual del centro respecto a las actividades de enfermería para lo que se utiliza la matriz DAFO (7), que es la herramienta estratégica por excelencia más utilizada. El objetivo del análisis DAFO en este proyecto es el de que todas las partes involucradas en la actividad identifiquen las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que puedan afectar en mayor o menor medida.

ANALISIS INTERNO	ANALISIS EXTERNO
DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>Dificultades para conseguir objetivos del centro</p> <p>Escasa formación en nuevas tecnologías</p> <p>Población exigente que precisa respuesta rápida</p> <p>Atención a demanda fuera de agenda</p> <p>Personal de sustitución con escasa experiencia</p>	<p>Burocracia lenta en la respuesta de diferentes solicitudes</p> <p>Deficiente información en general</p> <p>Cambios en la actividad sin consultar al personal</p> <p>Escasa flexibilidad</p> <p>Cambios constantes de procesos asistenciales, estructurales y administrativos</p> <p>Escasa motivación del personal para conseguir objetivos</p>
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<p>Personal con gran experiencia en la especialidad</p> <p>Buen ambiente de trabajo</p> <p>Elevada capacidad de trabajo, eficacia de las enfermeras</p> <p>Actitud positiva al cambio</p> <p>Personal con recursos resolutivos</p> <p>Flexibilidad en las actividades diarias</p>	<p>Amplia oferta formativa</p> <p>Disponibilidad al cambio de los equipos directivos</p> <p>Introducción de nuevas tecnologías</p> <p>Dinamismo de la organización</p>

Las amenazas y debilidades deberán estar acotadas de la mejor forma para minimizar los efectos negativos caso de producirse o potenciarlas convirtiéndolas en oportunidades y fortalezas. Las oportunidades y fortalezas tendrán que ser cuidadas, mantenidas y utilizadas.

## 4. OBJETIVOS

Dentro de esta época de cambios en los que la gestión y coordinación de recursos se está poniendo en entredicho y en el que la evaluabilidad y mejora están al orden del día este trabajo pretende analizar la situación de enfermería de forma real en el Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña y desarrollar un Programa de Mejora derivado de las actividades del personal de enfermería.

Hay que destacar dos grupos de objetivos a alcanzar:

Objetivo general:

- Detectar áreas de mejora en el Centro de Atención a la Mujer de Azpilagaña priorizando según líneas estratégicas establecidas en el Plan de Salud de Navarra 2006-2012
- Mejorar la eficiencia evitando la duplicación de esfuerzos concentrando la utilización de los recursos disponibles.

Objetivo específico:

- Reforzar los conocimientos del equipo de enfermeras sobre los temas que se detecten como debilidades
- Ordenar y coordinar las actividades del equipo de enfermería.

## 5. METODOLOGIA

Se ha seleccionado la “Guía para la elaboración de un programa de mejora” del Servicio de Calidad de Políticas y Servicios Públicos del Instituto Navarro de Administración. (8)

El propósito de esta guía es implantar las acciones necesarias para resolver problemas detectados y mejorar el servicio prestado.

Además la Ley Foral 21/2005 de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios Públicos en su artículo 17 establece el marco general de evaluación y calidad en las Administraciones Públicas de Navarra y define estos programas como una consecuencia de la evaluación y calidad de las Administraciones Públicas de Navarra.(9)

### 5.1 PREPARACION

#### INTERNA E

#### IDENTIFICACION DE

#### LAS AREAS DE MEJORA

Para identificar las áreas de mejora es necesario crear un grupo de mejora que serán equipos constituidos por personas pertenecientes a la organización, con ámbitos de responsabilidad diferente y que trabajen conjuntamente para estudiar acciones que mejoren el nivel de los servicios prestados y aplicar las mejoras propuestas.

Para el desarrollo del programa de mejora es necesario constituir el equipo con los roles definidos y con la formación y motivación adecuada para realizar el trabajo.

Tras la definición del equipo de trabajo el siguiente paso es identificar y recopilar las áreas de mejora a partir de diversas fuentes por lo que nos remitimos a la bibliografía:



1. Según la Ley 21/2005 de evaluación de las políticas públicas y de la calidad de los servicios públicos el origen de las áreas de mejora puede ser (9):

- Cartas de servicios: Documento de acceso público a través del cual las Administraciones Públicas de Navarra informan a la ciudadanía sobre los servicios públicos que prestan. Están reguladas por el Decreto Foral 72/2005 de 9 de Mayo (10)
- Sistema Público de Evaluación: Marco común del servicio público que guía la actividad de autoevaluación y mejora continua del sector público navarro.
- Cualquier otro método que recoja la satisfacción de los usuarios como las sugerencias y quejas.

2. En el Departamento de Salud existe el Servicio de Análisis y Control Asistencial con funciones de materia de calidad y adscrito a la Dirección de asistencia especializada. No se han hallado en el Registro de Evaluación de Políticas y Servicios Públicos datos publicados de la atención especializada (11)

3. Del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea el 91 % de de las unidades cuentan con algún sistema o instrumento de calidad y el 87% cuentan con grupos de mejora y gestiona su actividad con procesos. (7)

El equipo de trabajo formado por las enfermeras del centro decide realizar un Brainstorming (7) para identificar los problemas existentes. De esa reunión se recogen la siguiente información sobre posibles áreas de mejora:

- Desorganización del almacén.
- Falta protocolización de la lista de quirófano y consulta pre quirúrgica.
- Desorganización para la realización de informes (citologías y mamografías)
- Interrupción de la actividad por llamadas telefónicas y atención de urgencias a demanda.
- Desconocimiento del uso de autoclave.
- Consulta de enfermería no reglada ni regulada lo que dificulta la continuidad de cuidados de enfermería.

Para actuar sobre estos problemas es preciso tener en cuenta los objetivos comunes a todos los Centros de Atención a la Mujer:

- Objetivos de sostenibilidad: reducir en un 0.3% el gasto de material sanitario
- Objetivo de actividad de consulta. Actividad asistencial en consulta de enfermería.
- Objetivo de seguridad: se utilizara el indicador registro de “vacunación de HPV” y “información sobre HPV” en historia clínica de las pacientes entre 18 y 45 años.
- Objetivo específico del centro: realización de una encuesta de satisfacción de la encuesta de enfermería (por determinar)

Problema	Área de mejora/ Objetivo general	Objetivos del centro
Desorganización en la gestión del almacén	Organización del almacén/reducir 0.3% el gasto del material	Sostenibilidad
Falta protocolización de la lista de quirófano y consulta pre quirúrgica.	Protocolización de consulta pre quirúrgica/ actividad de la consulta de enfermería	Actividad de consulta
Desorganización para la realización de informes	Reglamentar la realización de informes (citologías y mamografías)/ actividad de la consulta de enfermería	Actividad de consulta
Interrupción de la actividad por llamadas telefónicas y atención de urgencias a demanda	Regulación de llamadas telefónicas a demanda./ actividad de la consulta de enfermería Atención de urgencias a demanda.	Actividad de consulta
Desconocimiento del uso de autoclave	Formación sobre esterilización del material	Actividad de consulta
Consulta de enfermería no reglada ni regulada	Programación de la consulta de enfermería/ actividad de la consulta de enfermería.	Actividad de consulta

## 5.2. PRIORIZACION DE LAS AREAS DE MEJORA

Para realizar dicha priorización es necesario conocer las líneas estratégicas de la organización. Para ello nos remitimos al Plan de Salud de Navarra 2006-2012 (12) que se estructura en 5 líneas estratégicas:

- § Prevención de salud colectiva
- § Cuidados por procesos
- § Desarrollo de la organización y gestión del sistema sanitario
- § Desarrollo de la equidad y participación del ciudadano
- § Utilización adecuada del medicamento y de la historia clínica informatizada.

También hay que nombrar el Nuevo Modelo de Atención Especializada (13) que se centra en el paciente y fija unos objetivos y claves claros:

- § Más accesibilidad mediante horarios de mañana y tarde.
- § Orientación a las necesidades de los pacientes mediante la gestión de las listas de espera y con servicios adaptados a esas necesidades (hospitales de día, hospitalización a domicilio, cirugía mayor ambulatoria)
- § Atención enfocada a los resultados a través de una gestión de calidad de medicina basada en la evidencia.
- § Más eficiente utilización de recursos a través de colaboración entre dispositivos asistenciales y gestión por procesos.
- § Servicios más integrados con otros niveles asistenciales a través de nuevas formulas de

colaboración como interconsultas no presenciales, gestión de la atención a pacientes crónicos y creación de áreas de gestión clínica.

- § Elevada calidad garantizada mejorando la eficiencia de los recursos del Sistema Navarro de Salud- Osasunbidea.

Con el análisis de las líneas estratégicas del Plan de Salud actual y los objetivos del nuevo Modelo de Atención Especializada se obtienen los Factores Críticos de Éxito (7); son los aspectos que se entienden como prioritarios para desarrollar cada una de las estrategias básicas.

### *Matriz de priorización de las Áreas de Mejora.*

Se utiliza para la valoración, por parte del equipo de trabajo, de cada área de mejora que permita el desarrollo de los factores críticos de éxito, la variabilidad y la oportunidad. (7)

Con ello determinaremos en qué grado la puesta en práctica de cada área incide de modo mas directo en unos factores u otros.

Las áreas de mejora cuyo resultado implique mayor puntuación serán consideradas en primer lugar y así sucesivamente obteniendo la priorización.

Se otorga un rango del 1 al 5, siendo la nota más baja poco grado de incidencia en cada uno de los Factores Críticos de Éxito y 5 alto grado.

**Matriz de Priorización de Áreas de Mejora**Servicio/Unidad **C.A.M. AZPILAGAÑA**Fecha **MARZO 2012**

		Factores Críticos de Éxito						Puntuación	ORDE N
		I MAYOR ACCESI BILIDA D	II ATENCIÓN ENFOCADA A RESULTADO S	III MAS EFICIENTE UTILIZACIO N DE RECURSOS	IV SERVICIOS MAS INTEGRADO S	V ELEVADA CALIDAD GARANTIZ ADA	VI DESARROLLO DE LA ORGANIZACI ÓN Y GESTION DEL SISTEMA SANITARIO		
<b>Áreas de Mejora</b>	ORGANIZACION ALMACEN	0	3	5	2	3	5	18	5
	PROTOCOLIZACIO N DE CONSULTA PREQUIRURGICA	5	5	5	5	5	5	30	1
	REGLAMENTAR INFORMES	3	5	5	0	5	5	23	4
	REGULACION DE CONSULTA Y LLAMADAS A DEMANDA	5	5	5	2	5	5	27	3
	PROGRAMACION CONSULTA DE ENFERMERIA	5	5	5	3	5	5	28	2

Esta matriz nos revela el siguiente orden/priorización de las áreas de mejora:

1. Protocolización de consulta prequirúrgica
2. Programación consulta de enfermería
3. Regulación de consulta y llamadas a demanda
4. Reglamentar la realización de informes
5. Organización almacén

### 5.3. FORMULACION DE ACCIONES DE MEJORA

Se debe diseñar las acciones a llevar a cabo lo que nos lleva a trabajar en la definición de los indicadores que nos permitan controlar la consecución de los objetivos.

Estos indicadores deben ayudar a definir la acción, conocer el grado de logro, revisar y evaluar los resultados finales y deben de ser adecuados y sencillos.

Las acciones deberán ser:

- Específicas y cuantitativas y fáciles de verificar.
- Consecuentes con las políticas de la organización.
- Prácticas y alcanzables.
- Consecuentes con los recursos disponibles, es decir, realistas.

Interesa conocer las causas reales y potenciales de los problemas y/o las relaciones causales entre estos fenómenos ya que a pesar de tener claros los problemas y áreas de mejora las causas deben ser más estudiadas.

Para ello el equipo de trabajo se utiliza una herramienta de gestión, “Los 5

porqués”, para provocar la reflexión que den un giro en la forma de proceder (6)

Los 5 porqués trata de responder sucesivamente a una pregunta aunque no necesariamente solo y exclusivamente cinco veces, sino las veces que resulte necesario, en cada área de mejora.

A partir de este punto se utiliza una tabla en la que se describen áreas de mejora, actividades a realizar e indicadores.

La definición de indicadores y el enunciado de las actividades de mejora son tareas que deben llevarse a cabo por el equipo de trabajo.

<b>ÁREA DE MEJORA</b>			
<i>PROTOCOLIZACION DE LA CONSULTA PREQUIRURGICA</i>			
<b>Actividades</b>			
Búsqueda bibliográfica Realización de protocolo			
<b>Indicadores</b>			
Realización de la búsqueda			
Documento de protocolo realizado y validado			
<b>Responsables</b>		<b>Fecha de Inicio</b>	<b>Fecha final</b>
Del seguimiento:	RESPONSABLE DEL EQUIPO	Enero 2013	Abril 2013
De la ejecución	EQUIPO DE TRABAJO		
<b>Observaciones</b>			
Revisar los documentos ya existentes en los Centros de Atención a la Mujer sobre la actividad quirúrgica			
<b>ÁREA DE MEJORA</b>			
<i>PROGRAMACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA</i>			
<b>Actividades</b>			
Sesión de grupo para programar con anterioridad Apertura de agenda por parte de las enfermeras			
<b>Indicadores</b>			
Acta de sesión de grupo			
Agendas abiertas semanalmente			
<b>Responsables</b>		<b>Fecha de Inicio</b>	<b>Fecha final</b>
Del seguimiento:	RESPONSABLE DE EQUIPO	SEPTIEMBRE 2013	CONTINUO MENSUALMENTE
De la ejecución	EQUIPO DE TRABAJO		
<b>Observaciones</b>			
Continuidad de cuidados de enfermería			

<b>ÁREA DE MEJORA</b>			
<b><i>REGULACION DE LA ATENCION A DEMANDA TANTO PRESENCIAL COMO TELEFONICA</i></b>			
<b>Actividades</b>			
Reservar la ultima hora de la mañana para la actividad a demanda			
<b>Indicadores</b>			
Realización de citas de 14:15 h a 15:15 h			
<b>Observaciones</b>			
Proponer agenda en sesión de grupo del Centro			
<b>Responsables</b>		<b>Fecha de Inicio</b>	<b>Fecha final</b>
Del seguimiento:	RESPONSABLE DEL EQUIPO	1 FEBRERO 2013	CONTINUO
De la ejecución	EQUIPO DE TRABAJO		

<b>ÁREA DE MEJORA</b>			
<b><i>REGLAMENTACION DE LA REALIZACION DE INFORMES</i></b>			
<b>Actividades</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar con médicos ginecólogos la valoración de resultados 2 veces/semana a ultima hora de la consulta</li> <li>• Reservar primera hora de la agenda de enfermería para realización y envío de informes</li> </ul>			
<b>Indicadores</b>			
Resultados valorados semanalmente			
Realización de informes en la hora reservada de la consulta de enfermería			
<b>Responsables</b>		<b>Fecha de Inicio</b>	<b>Fecha final</b>
Del seguimiento:	RESPONSABLE DEL EQUIPO	MAYO 2013	CONTINUO
De la ejecución	EQUIPO DE TRABAJO		
<b>Observaciones</b>			
Programar la realización de informes en la consulta de enfermería semanal dejando huecos para tal efecto.			

<b>ÁREA DE MEJORA</b>			
<i>ORGANIZACIÓN DEL ALMACEN</i>			
<b>Actividades</b>			
Actualización de catálogo anualmente Gestión de almacén con stock mínimo Formación en el programa de pedidos de almacén a través de Intranet Activación de claves para uso de programa			
<b>Indicadores</b>			
Actualización del catalogo anualmente ***			
Documento de stock mínimo **			
Actividades formativas realizadas *			
Claves activadas****			
<b>Responsables</b>		<b>Fecha de Inicio</b>	<b>Fecha final</b>
Del seguimiento:	Responsable del equipo	Abril 2013	*Mayo 2013 **Noviembre, CONTINUO *** 1º quincena de abril, anualmente ****2ª quincena de abril
De la ejecución	Equipo de trabajo		
<b>Observaciones</b>			
Descarga de la aplicación del almacén desde Intranet del catálogo de materiales anualmente Control e inventario para regular el gasto y rotación de stock para evitar productos caducados. Aprendizaje del uso del programa de reservas del almacén de intranet y activación de usuarios y contraseñas.			

#### 5.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

En esta fase debemos diseñar un plan de trabajo que contemple las tareas y recursos necesarios para implantar las acciones de mejora.

Un conocimiento poco preciso nos conllevará una planificación ambigua y poco realista que dificultará el logro de los objetivos.

Para elaborar una planificación se sigue el siguiente orden:

- Descomponer el objetivo en tareas concretas.
- Asignar tiempos y recursos a cada tarea.
- Asignar un indicador de finalización a cada tarea. (Fase 3)
- Proyectar un calendario de trabajo.
- Elaborar Plan de Comunicación e incorporación del Plan de Mejora en el Registro de Evaluación de Políticas Públicas y Calidad de los Servicios.





## 5.5. EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA

En la ejecución se llevan a cabo las tareas previstas durante la fase 4 y se realiza el seguimiento de las mismas mediante observación de indicadores y análisis de evolución.

Este apartado se realizara durante el año 2013.

Implica la elaboración de las tareas y la puesta en práctica de los trabajos planificados. De todas las partes que componen la elaboración del Programa de Mejora, ésta es en la que intervienen más recursos y en la que es crítica la comunicación entre las diferentes partes implicadas, para tomar decisiones rápidamente y conocer, en todo momento, cómo es el avance de los trabajos.

Se identificarán una serie de acciones de comunicación entre las que, por su importancia, destacan:

- El Responsable del Programa deberá informar del comienzo de la ejecución de los trabajos.
- El Equipo de Trabajo deberá informar al Responsable del seguimiento sobre los avances de los trabajos encomendados y de posibles contingencias acaecidas.
- El Responsable de seguimiento deberá comunicar al Equipo las posibles variaciones en los trabajos, los nuevos riesgos identificados, cambios realizados sobre lo planificado, etc.

Si el Programa de Mejora no ha cumplido con los estándares programados o el Responsable del Programa no lo valida positivamente, podrá dar comienzo, de nuevo, el proceso de trabajo descrito en

este documento, introduciéndose las modificaciones que se consideren oportunas.

## 6. CONCLUSIONES

Se ha obtenido una planificación más detallada de las actividades de mejora en enfermería.

Tras la aplicación de los Factores Críticos de Éxito se han analizado las áreas de mejora y proporcionado una visión más objetiva de las mismas

Con la aplicación de este programa de mejora la asistencia de enfermería es posible que se refuerce asegurando la continuidad de cuidados.

Con los ciclos formativos propuestos como actividades en ciertas áreas de mejora, se asegura el aumento de conocimiento del personal de enfermería.

Se consigue la propuesta de acciones que organizan y coordinan las actividades de enfermería consiguiendo una programación en la línea de trabajo. Todo ello se consigue desde dentro del servicio lo que le otorga un gran valor añadido.

No puedo obviar que tras la definición de actividades se obtiene una mejor utilización de recursos y la optimización de su uso evitando la duplicidad de esfuerzos que se plantea como objetivo.

Tras la realización de la presente propuesta, un programa de mejora que implica al personal, se promueve un trabajo en equipo que motiva al grupo obteniendo un ambiente de trabajo activo y participativo.

## 7. BIBLIOGRAFIA

(1) Decreto Foral 19/2010, e 12 de Abril, por el que se crea el complejo hospitalario de navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se establece su estructura directiva

(2) Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud

(3) Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud; B.O.N. núm. 146, de 3 de diciembre

(4) Decreto Foral 259/1997, de 22 de septiembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y en planificación familiar

(5) Memoria del Servicio Navarro de Salud 2010, <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/54BC06F2-CA72-4F0C-A026-E89B5C335F3B/199409/Memoria2010COMPLETA3.pdf>

(6) Sistema de Información Sanitaria de Navarra, enero 2012

(7) Rodríguez Garraza, Tomas; Guía de Calidad y Mejora en las Administraciones Publicas; Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Administración Publica; 2ª edición, 2005  
Plan estratégico de la sanidad pública Navarra 2066-2012

(8) Servicio de Calidad de Políticas y Servicios Públicos del Instituto Navarro de Administración ; “Guía técnica para la elaboración de un programa de mejora” INAP, 2011.

(9) La Ley Foral 21/2005 de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios Públicos

(10) Decreto Foral 72/2005 de 9 de Mayo, desarrollado por la Orden Foral 119/2005 de 11 de octubre del consejero de presidencia, justicia e interior.

(11) Registro de Evaluación de Políticas y Servicios Públicos

<http://inap.navarra.es/RegistroCalidad/evaluacionPoliticasPublicas/index.xhtml>

(12) Plan de Salud de Navarra 2006-2012; aprobado por la Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 28 de febrero de 2007;

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/4A48A46B-982A-4039-A9D8-C88738177EC0/158684/PlandeSaluddeNavarra20062012.pdf>

(13) Vera Janín, Marta; Nuevo modelo asistencial; Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; 2012

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/2DCF0154-C1D2-409A-BFF5-0E7D21FBB472/221048/IntervenciónConsejeraVera3.pdf>



