

# El Hospital Doctor Moliner participa con 11 comunicaciones en el XXXII Congreso de Calidad Asistencial

**XXXII** congreso SACA | **I** congreso AMCA

madrid | 15, 16 y 17 Octubre 2014



## REALIZACIÓN DE UN AMFE PARA LA PRIORIZACIÓN DE LOS PRINCIPALES RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores: Merino Plaza MJ\*, Martínez Asensi A, Nebot Sánchez MC, Gil Aparicio MD, Castillo Blasco M, Orero Vidagany R.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

### OBJETIVOS

A) Identificar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente; B) Analizar sus causas y métodos de detección; C) Proponer acciones de mejora y responsables para implementarlas; D) Clasificar la información y priorizar los riesgos identificados en función de su frecuencia, gravedad y detectabilidad (IPR); E) Visualizar gráficamente la magnitud de los riesgos identificados en función de su IPR; F) Seleccionar 3 modos de fallo y elaborar planes de mejora.

### RESULTADOS

A) A partir de la lluvia de ideas y de los resultados de la encuesta se elaboró un catálogo con 25 riesgos principales; B) Se realizó un AMFE preliminar, en el que se analizaron 31 modos de fallo, para cada uno de los cuales, se identificaron múltiples causas, se propusieron acciones de mejora y se valoró el IPR; C) Tras una segunda valoración, se estimó el IPR posterior a la aplicación de las acciones de mejora propuestas; D) Se Incluyó el AMFE en el documento del Mapa de riesgos del centro y se presentó a la Dirección; E) Se realizó un segundo AMFE detallado para cada una de las causas identificadas, analizándose en este caso 108 modos de fallo que se priorizaron por su IPR; F) Se elaboraron 3 planes de mejora para los modos de fallo cuyo abordaje se consideró prioritario por parte de la dirección (EA relacionados con la medicación, con la comunicación y con las caídas).

### CONCLUSIONES

A) El AMFE es una herramienta útil para trabajar con grupos multidisciplinares en el mapeo y la comprensión de los procesos asistenciales, aunque su efectividad depende de la experiencia y el conocimiento de los miembros del grupo para identificar modos de fallo; B) La realización del AMFE por los profesionales implicados en los procesos aporta un mayor conocimiento de los mismos y ayuda a aumentar la concienciación y a difundir la cultura sobre seguridad del paciente; C) Con su realización se promueve el trabajo en equipo, permitiendo profundizar de manera ágil en el conocimiento y mejora de la calidad de los procesos.

## DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA (EAP) EN CONSULTA AMBULATORIA DE UNIDAD DE ÚLCERAS

Autores: Dña Esther Alcalá del Olmo, D Pedro P Tenllado Doblas, Dña Pilar García Gascó, Dña Juana Llovet Planas, Dña María José Merino Plaza, Dña María Rosa Roca Castelló.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

### OBJETIVOS

A) Detección precoz de la enfermedad arterial periférica (EAP), mediante la utilización del Índice tobillo-brazo; B) Recogida de datos para el estudio de la prevalencia de la enfermedad en nuestra consulta de la Unidad de Úlceras de nuestro centro sanitario para la aplicación de medidas de prevención adecuadas; C) Evitar la progresión a isquemia crítica y conseguir la reducción de nuevos episodios de enfermedad cardiovascular mediante el control adecuado de los factores de riesgo.

### RESULTADOS

A) Concienciación del personal sanitario sobre la existencia de la enfermedad y sobre su fácil detección; B) Cumplimentación por parte de la Unidad de Úlceras de un protocolo encaminado al cribado de la enfermedad.

### CONCLUSIONES

A) El Índice Tobillo-Brazo es una exploración no invasiva útil y sencilla para el cribado de enfermedad arterial periférica en la mayoría de los pacientes; B) Los recursos técnicos necesarios para realizar esta prueba están al alcance de cualquier consulta; C) La estandarización del registro de datos es fundamental para una completa valoración y seguimiento de los pacientes y para la realización de posibles estudios epidemiológicos; D) La realización coste/eficacia de este cribado es claramente favorable para la detección de esta enfermedad y la disminución del número de complicaciones.



## **ACCIONES REALIZADAS PARA MEJORAR LA ADHESIÓN DEL PERSONAL AL PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS EN UN HACLE**

**Autores:** Alcalá del Olmo E, Orero Vidagany R, Gil Aparicio MD, Boza Cervilla M, Olmos Gascón MJ, Garrote Marcilla A.

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

### **OBJETIVOS**

**A) Identificar las causas de la falta de adhesión al protocolo; B) Priorizar las áreas de mejora y actuar sobre ellas; C) Evaluar los conocimientos sobre higiene de manos del personal; D) Establecer un programa para promocionar la higiene de manos; E) Implantar las medidas propuestas y comprobar su efectividad.**

### **RESULTADOS**

**A) En el estudio de colonización de manos del personal realizado en 2012 se observó un descenso del 7,1% en el porcentaje de personal colonizado respecto al estudio de 2010; B) En la aplicación del Marco de autoevaluación de la higiene de manos de la OMS en 2014 se obtuvo una puntuación de 287,5 puntos, que corresponde a un nivel de higiene de manos intermedio o consolidado, detectándose como principales áreas de mejora la formación y aprendizaje y la evaluación y retroalimentación; C) En la evaluación de los conocimientos sobre higiene de manos obtenida a través de la encuesta realizada al personal en marzo de 2014, se observaron unos conocimientos aceptables sobre higiene de manos, con una adhesión (teórica) próxima al 90%, siendo la principal área de mejora la del uso correcto de guantes; D) Algunas de las acciones propuestas en el programa para mejorar la adhesión del personal al protocolo de higiene de manos han sido: D.1) Mejorar la disponibilidad de material para la correcta higiene de manos; D.2) Realizar seguimiento del grado de adhesión del personal al protocolo por observación directa; D.3) Planificar la formación en materia de higiene de manos y uso correcto de guantes, confirmando que el personal ha completado la formación básica; D.4) Presentación periódica de los resultados obtenidos y de los indicadores, tanto a la dirección como al personal del centro.**

### **CONCLUSIONES**

**Aunque la correcta higiene de manos es una medida sencilla, efectiva y económica, para implementarla, hay que contar con la concienciación y colaboración de todo el personal, lo cual, no siempre es fácil y para conseguirlo, es necesario abordar el problema mediante una estrategia multimodal.**

## **INCREMENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A PARTIR DE LA ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN UN HACLE**

**Autores:** Roca Castelló MR, Azcón Sánchez M, Espuig Bultó MD, Morro Martín MD, Sabater Borí C, Merino Plaza MJ.

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

### **OBJETIVOS**

**A) Identificar los principales riesgos relacionados con la seguridad del paciente; B) Identificar sus causas y proponer medidas para minimizar su recurrencia; C) Relacionar los riesgos identificados con los procesos de la organización; D) Priorizar su abordaje y crear Planes de acción para su manejo.**

### **RESULTADOS**

**A) Definición del catálogo de riesgos; B) Creación del mapa de riesgos operativo; C) Identificación y priorización de los riesgos más frecuentes en 15 de los procesos definidos en el mapa de procesos de la Organización; D) Realización de un AMFE en el que se analizaron 31 modos de fallo, identificándose múltiples causas y acciones preventivas para cada uno de ellos; E) Incremento de la cultura de seguridad y de la declaración de EA a través del sistema de notificación, pasándose de 34 EA declarados entre 2012 y 2013 a 74 en el primer trimestre de 2014; E) Propuesta de Planes de acción con estrategias para el abordaje de los riesgos identificados; F) Puesta en marcha de las medidas preventivas prioritarias.**

### **CONCLUSIONES**

**A) El conocimiento de los riesgos relacionados con la seguridad del paciente es el primer paso para poder prevenirlos. B) Los Mapas de Riesgos permiten un mejor entendimiento de la Organización y contienen información que apoya el desarrollo de programas para su adecuada gestión. C) Esta herramienta permite orientar con eficiencia las acciones, al definir prioridades y disponer de propuestas sobre las medidas para minimizar los riesgos; D) Con su diseño e implementación se promueve el trabajo en equipo y se incrementa el entendimiento de los procesos analizados, creando un mayor nivel de responsabilidad y colaboración; E) En nuestro caso, con el diseño del mapa de riesgos, especialmente durante la elaboración del AMFE, aumentó la concienciación sobre la importancia de la declaración EA relacionados con la seguridad del paciente, tal como lo demuestra el incremento de los EA declarados durante el primer trimestre de 2014.**



### **TALLER DE FORMACIÓN Y APOYO: “CUIDADO AL CUIDADOR”**

**Autores:** Nebot Sánchez MC, Arribas Bosca N, Aparicio Díaz B, Nacher Jordan O, Martínez Capella R, Alexandra Barroso Díaz

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

#### **OBJETIVOS**

Prevención del Síndrome del cuidador mediante: A) Apoyo psicológico; B) Orientación y asesoramiento de recursos sociales; C) Entrenar en solución de problemas y pautas de manejo; D) Practicar estrategias de autorregulación emocional.

#### **RESULTADOS**

A) Este proyecto tendrá una duración de 2 años (Nov 2013 - Dic 2015) y al encontrarse en una fase de desarrollo, los datos son orientativos; B) El número de personas que han asistido hasta el momento ha sido de 65, con un rango de edad entre 20 y 80 años y una relación de parentesco con la persona cuidada de: cónyuge 42, hija/o 17, nuera 5 y nieto 1; C) La mayoría de los asistentes manifiestan sobrecarga y lo que más les preocupa es: miedo al futuro, dependencia del familiar, bajos ingresos, repercusión física, psicológica y sociofamiliar al tratar de compatibilizar el cuidado del familiar con otras responsabilidades; D) Muchos de los asistentes refieren clínica afectiva y ansiosa asociada al proceso de cuidar. E) Su balance del taller es positivo, mostrándose satisfechos de poder compartir un espacio de ayuda mutua.

### **PLAN DE ACCIONES PARA LA MEJORA DEL CLIMA LABORAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA**

**Autores:** Nebot Sánchez MC\*, Martínez Asensi A, Espuig Bultó MD, Morro Martín MD, Merino Plaza MJ, Matoses Climent MA.

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

#### **OBJETIVOS**

A) Elaborar un plan de acción para mejorar el clima laboral y la cultura de seguridad del paciente; B) Concienciar a los directivos de la importancia de que las personas se sientan dueñas de su trabajo y desarrollen sus competencias y las repercusiones de este hecho sobre la calidad asistencial; C) Implantar las medidas propuestas y comprobar su efectividad en la encuesta de clima laboral a realizar en 2015.

#### **RESULTADOS**

Propuesta de un Plan de acciones con distintas medidas y estrategias para promover el desarrollo de las personas: A) Realizar, en la medida de lo posible, una gestión por competencias; B) Gestionar el capital intelectual de la organización; C) Promover el trabajo en equipo, la participación del personal y su desarrollo profesional; D) Realizar una correcta gestión del cambio; E) Realizar una adecuación de los recursos a la ejecución de los procesos; F) Promover la cultura de seguridad del paciente y del trabajador.

Tras la presentación del plan se han implementado medidas a nivel organizacional para la consecución de los objetivos planteados.

#### **CONCLUSIONES**

A) Las encuestas de clima laboral ayudan a averiguar el grado de identificación del personal con los objetivos, su sentido de pertenencia, sus relaciones interpersonales y con los mandos y su percepción sobre cómo se valora su trabajo; B) Estas encuestas, deberían realizarse al menos cada 2 años para crear cultura y para conocer la efectividad de las medidas adoptadas en los planes de mejora para resolver los puntos débiles hallados; C) Lograr que las prácticas se vuelvan rutinarias implica arraigar hábitos y esto lleva tiempo. Las personas no cambian su conducta solo con acciones educativas sino se requieren actividades de campo que demuestren la bondad del cambio sugerido. Hay que transformar la cultura a nivel de creencias, actitudes, comportamientos, rituales y paradigmas y para ello, es necesaria la implicación del personal.



## PLAN DE ACCIONES PARA LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Autores: Roca Castello MR\*, Gil Tebar P, Moreno Casero T, Bonias Mira P, Violero Lucas O, Merino Plaza MJ.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

### OBJETIVOS

A) Elaborar un plan de acción para la mejora de la comunicación; B) Concienciar a los directivos sobre el papel de la comunicación en el desarrollo del capital humano y la capacidad emprendedora del personal; C) Implantar las medidas propuestas y comprobar su efectividad en la encuesta a realizar en 2015.

### RESULTADOS

Propuesta de 4 Planes de acción con distintas medidas y estrategias para mejorar la comunicación a distintos niveles: A) Comunicación con el paciente: Acciones que evitan fallos en el traspaso de la información e implican a pacientes y familiares en el cuidado de su enfermedad; B) Comunicación interna: Acciones que promueven el contacto directo entre empleados y jefes, canalizan el flujo de información, mejoran el traspaso de información al cambio de turno y mejoran la formación del personal en temas relacionados con la comunicación y el trabajo en equipo; C) Comunicación externa: Acciones para vincular a los profesionales con la política de comunicación del Hospital, concienciándolos de la importancia de la imagen corporativa, aumentan el grado de conocimiento del Hospital por parte de nuestros principales grupos de interés y ayudan a conocer el grado de satisfacción de nuestros principales proveedores de pacientes con los servicios prestados para identificar nuestras áreas de mejora.

Tras la presentación de los planes se han implementado medidas a nivel organizacional para la consecución de los objetivos planteados.

### CONCLUSIONES

A) La Comunicación dinamiza la organización y canaliza las energías internas de sus integrantes para lograr una mayor eficacia y competitividad; B) La actitud es base de gran parte de los problemas que plantea la comunicación, por lo que es importante formar a todos los miembros de la organización en temas relacionados con la comunicación. Para mejorar el clima laboral de cualquier organización, es importante que sus miembros se sientan como parte integrante de la misma, y para ello, la comunicación es una herramienta fundamental; C) Respecto a la Comunicación externa, su finalidad es definir qué imagen queremos proyectar para ganar credibilidad y confianza ante nuestro público objetivo y mejorar así nuestros resultados.

## PLAN DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Autores: Merino Plaza MJ\*, Arribas Boscá N, Nebot Sánchez MC, Martínez Asensi A, Estellés Vicent A, Llovet Planas J.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

### OBJETIVOS

A) Elaborar un plan de acciones para la prevención del síndrome; B) Concienciar al personal y a los directivos sobre la importancia y las consecuencias del síndrome, tanto a nivel individual como organizacional y sus repercusiones sobre la calidad asistencial; C) Implantar las medidas preventivas propuestas y comprobar su efectividad en la próxima encuesta a realizar en 2016.

### RESULTADOS

Propuesta de un Plan de acción con distintas acciones y estrategias para la reducción del estrés laboral: A) Estrategias instrumentales basadas en la formación y el desarrollo personal en habilidades como resolución de problemas, asertividad, gestión del tiempo, comunicación y relaciones sociales; B) Estrategias paliativas de formación en habilidades como la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación; C) Creación de grupos de apoyo donde los profesionales puedan compartir experiencias; D) Establecimiento de estrategias organizacionales para la prevención del síndrome basadas en la retroinformación a los profesionales, no presentando la información como un juicio, sino como parte de los programas de desarrollo organizacional y en el establecimiento de programas de estímulo y reconocimiento.

Tras la presentación del Plan se han puesto en marcha varias medidas para la prevención del síndrome.

### CONCLUSIONES

A) El Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico y provoca disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas, con repercusiones negativas para las personas y para la organización; B) El primer paso para la resolución del problema es conocer su existencia e implantar medidas preventivas y paliativas para afrontar la situación y tratar de reducir el estrés laboral y humanizar la atención sanitaria.



## ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA ITU SEGUN LA SENSIBILIDAD LOCAL DE SUS AGENTES ETIOLÓGICOS

**Autores:** Roca Castelló MR, Merino Plaza MJ, Andrés Soler A, Gil Aparicio MD, Carrera Hueso FJ, Escoms Moreno MC.

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

### OBJETIVOS

Revisar el protocolo de tratamiento empírico de la ITU, adaptándolo al perfil de sensibilidad actual de los microorganismos más prevalentes y analizar la evolución de los agentes etiológicos y sus sensibilidades antibióticas.

### RESULTADOS

A) Desde 2003 el protocolo de tratamiento empírico de la ITU se ha revisado en 4 ocasiones, destacando el descenso progresivo de E coli como agente causal, especialmente en pacientes sondados (2003: 37%, 2007: 30,8%, 2009: 30,7%, 2014: 26%); B) Los principales hallazgos encontrados en la actualidad comparándolos con los obtenidos en 2009 son: B.1) Disminución de la sensibilidad (S) a Amoxicilina/Clavulanico en E coli (S 52% vs S 69%) y Proteus sp (S 39% vs 48%); B. 2) Fosfomicina conserva su actividad en E coli (S 91% vs S 92%), pero en Klebsiella sp, Proteus sp y Ps aeruginosa la sensibilidad ha disminuido (65% vs 77%, 17% vs 75% y 16% vs 20%); B.3) Ciprofloxacino ha mejorado su actividad respecto a los cortes anteriores en Klebsiella sp (47% vs 21%), pero continúa sin ser una buena alternativa terapéutica para el tratamiento de la ITU en nuestro centro (S < 40% para el resto de microorganismos considerados); B.4) E coli y Proteus sp han disminuido su sensibilidad respecto a Cefotaxima (S 55% vs 74% y 39% vs 92%); B.5) E coli y Klebsiella sp han disminuido su sensibilidad respecto a Aztreonam (S 38% vs 92% y 8% vs 94%); B.6) Ceftazidima y Cefepima han disminuido su actividad respecto a Ps aeruginosa (S 55% vs 79% y 61% vs 73%) y a Proteus sp (51% vs 92% y 67% vs 96%); B.7) Los aminoglicosidos conservan su actividad frente a los microorganismos considerados, (en E coli Gentamicina S 80%, Tobramicina 68%, Amikacina S 93%); B.8) Imipenem conserva su actividad frente a E coli y Klebsiella sp (S 99%), pero ha perdido actividad frente a Proteus sp (S 83% vs 96%) y Ps aeruginosa (S 53% vs 59%); B. 9) Piperacilina/Tazobactam muestra una actividad aceptable para E coli (S 72%), Klebsiella sp y Proteus sp (S 80%).

### CONCLUSIONES

La actualización periódica de los protocolos de tratamiento empírico de la ITU ha demostrado una alta efectividad al rotar los antibióticos recomendados para optimizar el tratamiento y evitar la aparición de resistencias por excesiva presión antibiótica.

## SELECCIÓN DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE MONITORIZACIÓN TRATADOS CON AMINOGLUCÓSIDOS O DIGOXINA Y SU RECOMENDACIÓN A LOS NO MONITORIZADOS

**AUTORES:** Merino Plaza MJ, Hernández Lorente E, Escoms Moreno MC, Marqués Miñana R, Nebot Sánchez MC.

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

### OBJETIVOS

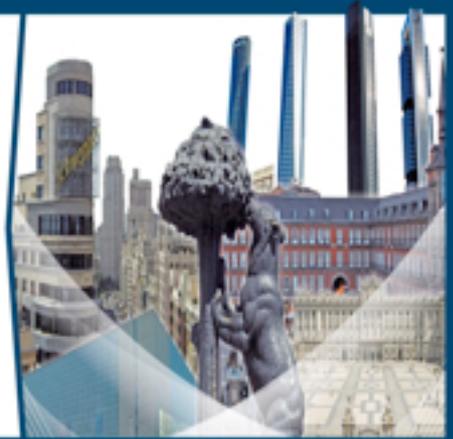
A) Realizar un cribado en un Hospital de Atención a Crónicos y Larga Estancia (HACLE) de los pacientes en tratamiento con estos fármacos que cumplen criterios de monitorización y analizar el grado de monitorización real; B) Evaluar el grado de aceptación por los facultativos responsables, de la recomendación de monitorización de aquellos pacientes que cumplen criterios y no están siendo monitorizados.

### RESULTADOS

Se seleccionaron 40 pacientes en tratamiento con éstos fármacos (26 con AMG y 14 con DGX), con un rango de edad de 28-91 años (media 68 años). De ellos, 29 (72,5 %) cumplían criterios, 17 (58,62 %) con AMG y 12 (41,37%) con DGX. De los que cumplían criterios, 11 (38 %) estaban siendo monitorizados - 4 (36%) con AMG y 7 (64%) con DGX -, mientras que 18 (62 %) no lo estaban. De los 18 no monitorizados, a 11 (61,11%) se les recomendó la determinación de niveles plasmáticos, en el resto de casos se desestimó por finalización próxima del tratamiento. Solo en tres casos fue aceptada la recomendación (27,3%) por parte del médico responsable, que correspondió a un tratamiento con AMG y a dos tratamientos con DGX.

### CONCLUSIONES

A) Los resultados revelan un bajo nivel de monitorización (38%), siendo más acusado en el caso de los AMG (36%); B) Se detectó un bajo grado de aceptación de la recomendación por parte de los prescriptores; C) Consideramos que un conocimiento más profundo de los criterios de monitorización de estos fármacos, por parte de los médicos, probablemente redundaría en un mayor grado de monitorización, lo que se traduciría en una mejora de los resultados clínicos y en la prevención de los efectos adversos asociados.



## RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO “MASLACH BURNOUT INVENTORY” (M.B.I.) A LOS TRABAJADORES DEL CENTRO

Autores: Merino Plaza MJ\*, Arribas Boscá N, Nacher Jordan O, Pérez Martínez F, Felici Portales JV, Pavón Andreu C.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia.

### OBJETIVOS

A) Conocer el grado de Burnout del personal y la relación entre las distintas variables; B) Elaborar un Plan para la prevención y tratamiento del síndrome.

### RESULTADOS

A) N 121 (participación 47%); 85% mujeres;

B) La media de las subescalas presenta puntuaciones dentro de la normalidad comparada con otros centros y con los baremos españoles (CE 21,04, DP 4,69 y RP 41,6), mejores que las obtenidas en el estudio realizado en 2011, pero considerando los resultados individuales se observa: B.1) 64% de la muestra sufre CE, 46% DP y 30% baja RP; B.2) 23,8% de la muestra presenta una variable afectada, 31,2% dos variables y 13,6% las tres variables (SQT); B.3) Solo el 27,3% de los individuos estudiados no presentan ninguna variable afectada; B.4) Los hombres presentan mayor afectación de las 3 escalas; B.5) Se observa mayor cansancio emocional y despersonalización en el tramo etario entre 45 y 50 años, entre 15 y 20 años de antigüedad laboral y en el turno de mañanas fijas;

C) Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: C.1) Cansancio emocional x Edad, antigüedad laboral, valoración por los pacientes, familiares y superiores y valoración de los ingresos; C.2) Despersonalización x Régimen de trabajo y autovaloración de la experiencia profesional; C.3) Realización personal x valoración por los pacientes, familiares y superiores y con la autovaloración del optimismo; C.4) Existe correlación entre las 3 variables respuesta (CE, DP y RP).

Tras el análisis estadístico de los resultados obtenidos en el estudio, se ha elaborado un Plan para la prevención y tratamiento del Burnout.

### CONCLUSIONES

A) El síndrome de Burnout es una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico y en ella intervienen factores de organización, de personalidad y de naturaleza laboral; B) Es útil realizar evaluaciones periódicas e intervenciones directas a distintos niveles para mejorar la calidad de vida de los trabajadores y la calidad asistencial.

